

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
Facultad de Ciencias de la Salud



**ANÁLISIS DEL USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS SEGÚN LOS ESTILOS DE
APEGO EN UNIVERSITARIOS DE CIENCIAS DE
LA SALUD**

Máster Oficial en Sexología
Curso académico 2012/2013
Trabajo Fin de Máster

Autora: Piedad Gómez Torres
Tutora: Dra. Inmaculada Fernández Agis

Agradecimientos

En primer lugar expresar mi agradecimiento a Inmaculada Fernández Agis, tutora de este trabajo y profesora del Máster de Sexología de la Universidad de Almería, por sus conocimientos y ayuda en el desarrollo de esta investigación.

A mi familia y pareja, por su incondicional apoyo y gran paciencia demostrada en todo momento.

A todo/as mis compañera/os del Máster de Sexología por el cariño y el apoyo recibido en estos dos años que hemos compartido esta enriquecedora experiencia.

1. Introducción.....	5
1.1. Métodos Anticonceptivos.....	11
1.1.1. Historia de la anticoncepción.....	11
1.1.2. Cambios sociales producidos por los anticonceptivos...	19
1.1.3. Actualidad de los métodos anticonceptivos.....	23
1.1.4. Clasificación, descripción y uso de métodos anticonceptivos.....	25
1.2. El Apego.....	36
1.2.1. Historia de la teoría del Apego.....	37
1.2.2. La formación del Apego.....	41
1.2.3. Los estilos de apego.....	43
1.2.4. Diferencias en los estilos de apego.....	46
1.2.5. Perfiles de comportamiento sexual en relación con los estilos de apego.....	47

2. Justificación.....	48
3. Objetivos	49
3.1. Objetivo general	
3.2. Objetivos específicos	
4. Hipótesis.....	51
5. Metodología: materiales y métodos.....	52
5.1. Participantes.....	52
5.2. Instrumentos de recogida de información.....	52
5.3. Procedimiento.....	56
5.4. Diseño del estudio.....	56
6. Análisis de datos y resultados.....	57
6.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas.....	57
6.2. Análisis multivariante.....	69
7. Discusión y conclusiones.....	91
8. Bibliografía.....	96
9. Anexos.....	103

1. Introducción

La salud sexual según la Organización Mundial de la salud se define como:

“La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la actividad sexual, de modo que resulten enriquecedores y contribuyan a mejorar la personalidad, la comunicación y el amor” (OMS, 1999)¹

O en su versión posterior: *“Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente ausencia de enfermedad, disfunción o malestar” (OMS, 2002).*

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud sexual es "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad"².

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. Para ello, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia"³.

La salud reproductiva es: “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (CIPD, 1994)⁴.

La definición de salud reproductiva se enmarca dentro de la definición de salud en general dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero aplicada a los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La definición comprende:

- *“La capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, en todo el ciclo vital.”*
- *“La capacidad de procrear y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, así como de decidir cuándo y con qué frecuencia.”*
- *“La capacidad de llevar a término embarazos deseados así como poder dar bienestar al recién nacido de manera que se desarrolle su potencial”⁴*

El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos.

Así, según Ruiz Salguero et al (2008), la salud sexual está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual⁵.

La salud sexual y la salud reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural, como hemos visto), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia).

Como ya hemos visto, los conceptos de salud sexual y sobretodo el de salud reproductiva son complejos, y hasta llegar a esta concepción, ha habido todo un proceso ideológico y social en el marco de los derechos sexuales y reproductivos que han pasado por diferentes etapas.

En la Cuarta Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Beijing (1995), se situó la salud reproductiva dentro de un contexto de Derechos Sexuales y Reproductivos y dentro del marco general de los Derechos Humanos. En este sentido, la Plataforma de Acción aprobada en dicha Conferencia reconoció que “los derechos humanos de las mujeres incluyen sus derechos a controlar y a decidir de manera libre y responsable sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación o violencia” (IPPF, 1998)⁶.

Esta definición de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), constituye una reelaboración de la realizada originariamente por el movimiento feminista, que formuló en los años 70 los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como “el derecho de las mujeres a controlar su cuerpo regulando su sexualidad y capacidad reproductiva sin imposiciones, coerciones o violencia por parte de los hombres, así como la exigencia de que éstos asuman su responsabilidad por el ejercicio de su sexualidad”⁷.

Según Shallat (1993), los derechos sexuales y reproductivos fueron formulados con suficiente claridad porque hacen referencia a aspectos de la vida privada que históricamente han estado excluidos de las esferas política y legislativa. Desde su concepción, los derechos sexuales y reproductivos son algo más que el derecho al aborto, a los anticonceptivos y a la planificación familiar, y no competen solamente a las mujeres sino también a los hombres, las parejas, los matrimonios, los adolescentes, los homosexuales y lesbianas, las prostitutas y otros colectivos cuyas actividades sexuales tienen lugar fuera de las definiciones tradicionales de pareja y familia. También señala que los derechos reproductivos no pueden ser separados de la sexualidad y que existen en el contexto de otros derechos, tales como el del consentimiento informado y la calidad de atención⁸.

Por su parte, De Barbieri (1999) remarca que las ambigüedades y vacíos existentes en la formulación de los derechos sexuales y reproductivos realizada por las Conferencias Mundiales auspiciadas por la ONU, se explican porque:

- a) Estos derechos tienen un estatus jurídico débil, pues han sido consensuados en programas y plataformas de acción que no son jurídicamente vinculantes para los signatarios.
- b) En las mismas se hacen reiterados llamados a que el Estado, la sociedad civil y las organizaciones de mujeres adopten determinadas acciones, sin fijar de manera clara las tareas correspondientes a cada uno de esos sujetos.
- c) No existen tribunales internacionales a los que recurrir en caso de violación de alguno de estos derechos⁹.

Así, mientras la Conferencia de Derechos Humanos (Teherán, 1968) reconocía que el derecho a la reproducción era un “derecho de los padres”¹⁰, la Conferencia sobre Población (Bucarest, 1974) amplió su alcance como “derecho de las parejas e individuos”¹¹, en tanto la realizada en ocasión del Año Internacional de la Mujer (México, 1975) abordaba el tema desde la perspectiva del “derecho a la integridad corporal y al control de las mujeres sobre su capacidad reproductiva”¹². La Conferencia sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) ratificó el derecho de las mujeres a controlar su propia fecundidad a través del acceso y la información sobre los métodos de

anticonceptivos, y el Programa de Acción emanado de esta conferencia se comprometía a “promover la equidad y la igualdad entre los sexos y los derechos de la mujer, así como a eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad”¹³.

La Plataforma de Acción Mundial aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) reafirmó y fortaleció el consenso logrado en El Cairo. Gran parte de los textos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos aprobados en la Conferencia sobre Población y Desarrollo se incorporaron directamente en los documentos de la Conferencia de Beijing sugiriendo, además, que “los gobiernos aseguraran la igualdad y la no discriminación, en la ley y en la práctica, adoptando medidas para proteger esos derechos”¹⁴.

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) en 1995, aprobó una *Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos* en la que éstos son formulados a partir de doce derechos reconocidos en los instrumentos legales internacionales sobre Derechos Humanos (cartas, convenciones y pactos de Naciones Unidas) (cuadro nº1), y que constituye una herramienta para el análisis y la vigilancia de las violaciones a tales derechos¹⁵.

Derechos Humanos	Derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva
Derecho a la vida	Protección de las mujeres cuyas vidas están en peligro debido al embarazo.
Derecho a la libertad	Protección a las mujeres que corren riesgo de mutilación genital, acoso sexual, embarazos forzados, esterilización o aborto impuesto.
Derecho a la igualdad y a estar libre de toda forma de discriminación	Acceso en igualdad de condiciones a la educación y los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva. Protección contra todas las formas de violencia causadas por razones de raza, color, sexo, idioma, religión, o cualquier otro estatus.
Derecho a la privacidad	Protección al carácter privado y confidencial de los servicios de información relativos a la atención de la salud sexual y de la reproducción. Respeto a la elección autónoma de las mujeres con respecto a la procreación.
Derecho a la libertad de	Respeto a la libertad de pensamiento de las personas en lo

pensamiento	tocante a su vida sexual y reproductiva. Derecho a estar libres de la interpretación restrictiva de textos religiosos, creencias, filosofías y costumbres como instrumentos para limitar la libertad de pensamiento en materia de salud sexual y reproductiva.
Derecho a la información y la educación	Derecho a la información correcta, no sexista y libre de estereotipos en materia de sexualidad y reproducción. Derecho a la información sobre beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fertilidad
Derecho a optar por contraer matrimonio o no, y a formar y planificar una familia	Protección contra los matrimonios sin consentimiento pleno, libre e informado. Derecho a la atención de la salud reproductiva de las personas infértiles o cuya fertilidad está amenazada por enfermedades de transmisión sexual.
Derecho a decidir tener hijos o no tenerlos, y cuándo tenerlos	Derecho de las mujeres a la protección de la salud reproductiva, la maternidad y el aborto seguros. Derecho de las personas a acceder a la gama más amplia posible de métodos seguros, efectivos y accesibles para la regulación de la fertilidad.
Derecho a la atención y a la protección de la salud	Derecho a servicios completos de atención a la salud sexual y reproductiva. Protección de las niñas y las mujeres contra las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud.
Derecho a los beneficios del progreso científico	Acceso a la tecnología de atención a la salud reproductiva disponible, incluida la relacionada con la infertilidad, anticoncepción y aborto.
Derecho a la libertad de reunión y a la participación política	Derecho a reunirse, asociarse y tratar de influir en los gobiernos para que otorguen prioridad a la salud y derechos de la sexualidad y reproducción.
Derecho a no ser sometido/a a torturas y maltrato	Protección a las personas contra cualquier tratamiento degradante y violencia en relación con su sexualidad y reproducción, especialmente en tiempos de conflicto armado.

Cuadro n° 1 (Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), 1995)

Por otra parte, según el documento producido por el Foro CIPD+5, la salud reproductiva puede ser considerada como un enfoque integral que sirve para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres con relación a su sexualidad y reproducción. Ese enfoque introduce conceptos como derecho, equidad, dignidad, empoderamiento, autodeterminación y responsabilidad en todo lo relacionado con la vida de hombres y mujeres sea en la sociedad, en la familia o en las relaciones sexuales. Por

tanto, implica un visión que va más allá del modelo biomédico, que tiende a ver al individuo fuera de su contexto y a no analizar en profundidad las causas de la salud y la enfermedad (WHO, 1999)¹⁶.

Como especificó el programa de acción del CIPD (1994), los cuidados de la salud reproductiva deberían incluir un amplio espectro de servicios para lograr los siguientes objetivos principales:

- *“Facilitar a todas las personas que lo requieran el acceso a la planificación familiar y la libre elección del método de la misma junto con la información y la educación sobre este tema y el apoyo necesario para llevarla a cabo”.*
- *“Asegurar una maternidad sin riesgos a través de cuidados previos al embarazo, durante y después del mismo, asegurando un parto seguro y reduciendo la mortalidad infantil”.*
- *“Prevenir y tratar las enfermedades del transmisión sexual (ETS) incluyendo el VIH/sida”.*
- *“Desalentar activamente las prácticas tradicionales dañinas como la mutilación genital femenina”¹⁷.*

Dentro de este encuadre conceptual de la salud sexual y reproductiva que nos ayuda a ver cómo dentro de ella existen multitud de temas que han ido evolucionando y ampliándose con el paso de los años hasta nuestros días, creando así una definición cuanto menos compleja, me voy a centrar en dos temas en los que indagar; los métodos anticonceptivos y el apego.

Aunque el campo de los métodos anticonceptivos sea uno de los temas más conocidos a nivel socio-cultural a priori dentro de la salud sexual y reproductiva dentro de nuestra cultura, aún queda mucho por hacer en la evolución de conductas en esta área concreta de la salud. Y además considero necesario, relacionarlo con el campo del apego, ya que creo necesario indagar en esta relación de conceptos.

1.1. Métodos Anticonceptivos

Como anticonceptivo se define, según la RAE¹⁸ (Real academia de la Lengua Española), “*Dicho de un medio, de una práctica o de un agente: Que evita la preñez*”.

Tapia en su blog, nos ofrece otra definición: “*un método anticonceptivo es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales. Por lo general implica acciones, dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad. También se le llama contracepción o anticoncepción, en el sentido de ser formas de control de la natalidad*”¹⁹.

1.1.1. Historia de la anticoncepción

La historia de la anticoncepción o historia de la contracepción es una de las disciplinas de la historia de la medicina que estudia la evolución de la anticoncepción a través del tiempo²⁰.

La historia del control de la natalidad se remonta al descubrimiento que la relación sexual está asociada al embarazo, ya que en un principio el hombre no atribuye a la relación coital la capacidad de fecundación, sino que esta se atribuye a causas divinas o mágicas. Como ejemplos de técnicas mágicas anticonceptivas tenemos: “Rociar de sangre menstrual los amuletos que lleva la mujer”.

Otra técnica según Aspacio de Mileto sería: “No deberá cohabitar con varón al comienzo o al final de la menstruación, y si lo hiciere... debe retener su aliento para que el semen no suba al útero y que sin tardanza se levante, reposando sobre sus rodillas se apreste a estornudar y lave su vulva con cuidado”

Y según Alberto el grande, sería “Escupir tres veces en la boca de un sapo”²¹

Las formas más antiguas de anticoncepción, más allá de las técnicas mágicas, incluían el coitus interruptus y la combinación de hierbas con supuestas propiedades contraceptivas o abortivas, aceptando también el aborto o el infanticidio en las clases bajas.

El registro más antiguo del control de la natalidad presenta instrucciones anticonceptivas en el Antiguo Egipto.

El Papiro de Petri, de 1850 a. n. e, es el primer texto médico del que se tiene noticia. En él aparecen algunas recetas anticonceptivas; una de éstas aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, colocado en la vagina femenina antes del coito, resultaba eficaz barrera para los espermatozoides; otra receta consistía en una irritación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio natural.²² Estos pesarios, como se les conocía, tuvieron una pequeña diferencia con los elaborados en la India y África, al variar las excretas de cocodrilo por las de elefante, lo que se mantuvo vigente hasta el siglo XI de Nuestra Era.²³

El segundo texto importante, El Papiro de Ebers, contiene la primera referencia a un tapón de hilaza medicado... "Tritúrese con una medida de miel, humidézcase la hilaza con ello y colóquese en la vulva de la mujer."²²

Según los doctores Niels Lawersen y Seteven Whitney (1978)²⁴, los pesarios o antiguos métodos anticonceptivos también fueron de oro -técnica muy elegante-, consistentes en una esfera de 18 mm de diámetro, que se insertaba en la vagina antes del acto sexual.

En la historia de la anticoncepción, la referencia bíblica citada con más frecuencia es un pasaje del Génesis: " Pero Onán sabía que la prole no llegaría a ser suya; y sucedió que, cuando sí tuvo relaciones con la esposa de su hermano, desperdició su semen en la tierra para no dar prole a su hermano..."²⁵

Para los talmudistas, personas que siguen la doctrina del Talmud, libro santo de los judíos, las esponjas fueron buenos anticonceptivos, pues así lo mostraron sus mil años de uso.²³

Tenemos también referencia griega, la encontramos en el libro de Aristóteles *Historia Animalium*, del siglo IV antes de Cristo que decía: "Algunos impiden la concepción untando la parte de la matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un unguento de plomo o con incienso mezclado con aceite de olivo"²⁶. Aristóteles cuenta que, después de los tres hijos, "las mujeres pierden su gusto por el amor", y que "las mujeres se ponían viejas antes que los hombres debido a los embarazos"²⁷.

La mención más antigua en un texto chino es de Sub Ssu Mu ... "Tómese algo de aceite y de mercurio y fríase sin parar y tómese una píldora tan grande como una semilla de yayuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para siempre..."²².

La religión islámica no se oponía a la anticoncepción y el coitus interruptus figuraba en primer lugar como un método mencionado en las más antiguas tradiciones del profeta²². A diferencia de la Iglesia Católica que sigue pronunciándose en contra del uso de la anticoncepción, refiriéndose a que esta debe ser entendida de manera natural.

Desde épocas prehistóricas aparecieron pintados los preservativos, que deben su primicia a la necesidad de evitar las enfermedades venéreas, mucho antes de relacionarse el sexo con la concepción.

La historia del también llamado condón, conocido en muchos lugares de América como gorrito, licra, y protector, entre otros nombres, se remonta nada menos que a año 1000 a. C. donde en Egipto se utilizaban fundas de tela sobre el pene²⁸.

Según la leyenda, el antiguo rey de Creta, usaba una vejiga de cabra como medio para evitar la concepción. Pero fueron los romanos los primeros en emplearlo como barrera contra las enfermedades venéreas, tan conocidas en la actualidad. En la Roma antigua e imperial se empleaban las tripas y las vejigas de los animales para cubrir el pene, pues esos tejidos tenían la apropiada finura y una gran capacidad de tensión.²⁴

Los primeros datos documentados sobre los preservativos se remontan al Renacimiento. El primero en proyectar un profiláctico con declarados fines anticonceptivos, además de sanitarios, de material de lino, fue el médico italiano Gabriel Fallopio, quién recoge en su libro *De morbo gallico* un precursor del condón, que consistía en una vaina hecha de tripa de animal y lino, que se fijaba al pene con una cinta. Su objetivo era prevenir las enfermedades de transmisión sexual como la sífilis y la gonorrea.

La primera mención en la historia inglesa se remonta a 1717, cuando en la revista Tatler se contaba que Carlos II, después de tener tres hijos ilegítimos, recurrió al uso de preservativos por consejo de un tal doctor Condom, del cual se postula que proviene el nombre actual²³. Sin embargo, el nombre de condón no está respaldado por los historiadores que se le atribuya a este doctor puesto que parece ser que en el siglo XIX es

cuando aparece por primera vez la palabra "condón", en un libro dedicado a la sífilis, escrito por el Dr. Turner en 1760.

A fines del siglo pasado, los preservativos hechos de cuero de animales y tejidos finos y lubricados comenzaron a ser sustituidos por la goma obtenida del árbol *Herves Brasiliensis*, y vulcanizada después de ser elaborada con solventes a base de petróleo. Luego, en Europa y América del Norte se comenzó a trabajar el látex de goma proveniente del sudeste asiático²³.

En cuanto a los espermicidas, las primeras referencias escritas, aparecen en los papiros egipcios el año 1850 a.C., citados anteriormente. Múltiples sustancias han sido utilizadas a lo largo de la historia: carbonato sódico, vinagre, soluciones jabonosas, agua y limón, aceites.²⁹ En 1885 aparecen los supositorios de quinina, en 1937 le sustituirá el contraceptivo vaginal de acetato de fenilmercurio. En 1950 aparecen los surfactantes que siguen siendo el principal compuesto de los espermicidas o espermaticidas³⁰.

El diafragma parece remontarse a tiempos muy antiguos. En el siglo XVIII, Casanova recomendaba la colocación en el fondo de la vagina de la mitad de un limón exprimido cuyo jugo tenía la "reputación" de actuar como espermicida. En 1882, el doctor C. Hasse comunicó la primera definición detallada del diafragma moderno. En 1908 fue redescubierto por K. Kafka²².

La idea de que existe un período estéril procede de la antigüedad, donde se pensaba que la época más favorable para la concepción eran los días inmediatamente antes y después de la menstruación, una teoría que hoy se sabe que es incorrecta. En 1920 se concibió la teoría moderna del período estéril por Kysaky Ogino y Knauss²². El método de la temperatura basal fue establecido por Van del Velde en Alemania en 1928 y el método modificado basado en la secreción del mucus desarrollado por Dorairaj es una variante del método de la ovulación²².

El origen de los dispositivos intrauterinos (DIU), se puede remontar al siglo IV a.C., con Hipócrates como precursor ya que descubrió el efecto anticonceptivo que se derivaba de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero y su utilización desde épocas remotas en las camellas de los nómadas del desierto, para evitar su preñez durante las largas travesías (piedras de río)²⁹.

Aunque durante siglos se intentó el empleo de fragmentos de madera o de hueso como dispositivos intracervicales, la anticoncepción intrauterina moderna se inicia en 1928 con la presentación por Richter de un auténtico dispositivo intrauterino que consistía en un lazo de hilo de seda²⁸. Hacia 1863 se le llamaron elevadores porque servían para elevar un útero retroverso y estaban hechos de una talla de aleación de zinc y cobre. El primer dispositivo intrauterino (DIU) específicamente anticonceptivo era un anillo de tripa de seda de gusano fabricado en 1909 por el doctor Richter. En 1931, Graefenber notificó el uso de una estructura también de tripa de gusano de seda forrada de plata alemana. La espiral de Margulies, el primer DIU de segunda generación fue introducido en 1960²².

Lippes fue quien sobre la base de la espiral de Margulies, diseñó su conocida Asa de Lippes, sin duda el DIU más utilizado en todo el mundo, el cual se fabrica en distintos tamaños para adaptarlo mejor a las dimensiones de la cavidad uterina y la única innovación que aportó fue la introducción en un hilo-guía en la cola del DIU, que ayudaba a su localización y extracción²⁹.

Zipper en 1967, diseñó la conocida "T" con cobre, un dispositivo de plástico en forma de T en cuyo brazo vertical se encuentra enrollada una espiral de cobre. Sobre esta base aparecieron el Cu- 7 y el Multiload, diseñado por Vans Os (1974), para reducir con su especial diseño la cifra de expulsiones²⁹.

Fue en 1970 cuando Scomegna demostró que añadiendo esteroides y concretamente Progesterona a la rama horizontal de la T, se conseguía un efecto anticonceptivo similar, reduciendo notablemente la pérdida menstrual y la Dismenorrea que acompañaban a la utilización de los anteriores dispositivos. Este mismo año se inició la fabricación de DIU's medicados o bioactivos, con iones de cobre y plata o con hormonas, incrementándose la eficacia anticonceptiva y reduciéndose los efectos secundarios²⁹.

Antes de los métodos hormonales, en 1880, Lungren realizó el primer procedimiento de esterilización tubárica después de una operación cesárea. Desde entonces se han descrito más de 100 técnicas diferentes de intervenciones quirúrgicas para la esterilización femenina definitiva²⁹.

Un aspecto muy importante para la elección de la esterilización femenina (salpingoclasia) como método anticonceptivo es el de su irreversibilidad. La decisión de elegir este método ha de ser muy clara y conociendo bien las ventajas y desventajas, pues muchas mujeres se arrepienten de esta decisión.

La vasectomía se inicia a principios de este siglo con Sharp (1930), pero no es sino hasta 1963 que Poffenberger publica 2,000 casos de vasectomías voluntarias efectuadas de 1956 a 1961, con excelentes resultados²⁹.

Al igual que la esterilización tubárica, se debe considerar un método quirúrgico irreversible, aunque en algunos países se realiza exitosamente su reversibilidad. Este es uno de los métodos más seguros; sólo en casos excepcionales puede producirse una falla debido a que los conductos se canalicen de nuevo y pasen otra vez los espermatozoides al eyaculado y produzcan el embarazo²⁹.

Desde finales del siglo XIX se sospechaba que los ovarios segregaban una sustancia que inhibía la ovulación. Los primeros estudios sobre estados fisiológicos contraceptivos se realizaron con extractos de ovario y placenta por Ludwig Haberlandt y por Otfried Fellner en Viena³¹. Más tarde, el profesor Haberlandt, comenzó a experimentar con la implantación de ovarios de animales embarazadas en hembras normales, lo cual produjo en éstas una esterilidad temporal. Sobre la base de estos estudios creó una tableta llamada Infecundin, que no consta que se probara en seres humanos.

Entre 1927 y 1935, Russel Marker, profesor de química del Instituto Rockefeller, estudiaba la posibilidad de obtener progesterona de cerdos, obteniendo de 2.500 ovarios de cerdas preñadas tan sólo 1 mg de la hormona. Descubrió al mismo tiempo que una especie de planta, el Trillium mejicano, ñame o yam conocido como “cabeza de negro” que es “un tubérculo utilizado para el dolor menstrual, síntomas de la menopausia y para evitar los abortos”, contenía un esteroide, la sapogenina diosgenina³²

El endocrinólogo Fuller Albright, en Boston, en la década de 1950, planteaba que el uso de la progestina oral pudiese tener un efecto en la contracepción. La síntesis química de este compuesto (progestina) fue realizada por Carl Djerassi, Luis Miramontes y Alejandro Zaffaroni³³.

Es a partir de 1950 que el doctor Gregory Pincus y el doctor John Rock comenzaron a realizar diferentes trabajos con compuestos hormonales, y en 1956 el doctor Pincus anuncia en Puerto Rico el descubrimiento de la píldora³⁴.

En 1970, alrededor de 10 millones de mujeres en EE.UU. usaban la píldora, en los años 80, cerca de 30 millones y hacia 1990 más de 60 millones³². Actualmente millones de mujeres los usan en todo el mundo, el 19 por ciento de las mujeres entre 15 y 44 años utilizan la píldora anticonceptiva y más del 60 por ciento de las mujeres entre 15 y 44 años utilizan algún método anticonceptivo. Su uso, sin embargo, es desigual según regiones o países, así, un 25% de mujeres en edad fértil en el Reino Unido lo toman, pero sólo un 1% en Japón. En España se legalizó la comercialización y el uso de la píldora anticonceptiva el 7 de octubre de 1978, más de 20 años después de otros países europeos³².

El 9 de mayo de 2010 se celebró el 50º aniversario de la aparición de la Píldora anticonceptiva³⁵.

A partir del descubrimiento de la píldora anticonceptiva, se crean nuevas formas de anticoncepción hormonal.

El desarrollo de los anticonceptivos subdérmicos o implantes subcutáneos comienza en 1967, cuando el estadounidense Sheldon Segal y el chileno Horacio Croxatto propusieron el uso de cápsulas subdérmicas de polímeros para la difusión lenta y prolongada de un principio activo anticonceptivo. Norplant, desarrollado en 1983 en Finlandia, es la primera marca de implante subcutáneo con levonorgestrel como principio activo anticonceptivo³⁶. Jadelle y Implanon son las marcas de los implantes de segunda generación³⁷.

Desde 2002 se comercializa el anillo vaginal con etinilestradiol y etonogestrel, similar en su efecto a la píldora pero más cómodo en su uso, con menores efectos secundarios, y con una eficacia del 99,7%³⁸.

El empleo de hormonas en altas dosis para anticoncepción de emergencia (AE) se inició en los años 60, como método para evitar embarazos y abortos después de una violación. Posteriormente se han ensayado numerosos esquemas de tratamiento, incluyendo estrógenos en diferentes dosis, combinaciones de estrógenos y progestinas, progestinas solas, dispositivos intrauterinos y últimamente mifepristona³⁹.

La anticoncepción de emergencia ha sido conocida también como “anticoncepción post-coital” y a las pastillas usadas para AE se las ha llamado “la píldora del día después”. Estos términos pueden confundir ya que puede usarse varios días después de un coito no protegido y, además, no se trata de una sola píldora⁴⁰.

La anticoncepción de emergencia está aprobada por la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), y las agencias reguladoras de la mayoría de los países incluyendo los EEUU (Food and Drug Administration). En la mayoría de los países, también se incluye la AE en las normas para la atención de los casos de violación⁴⁰.

Entre las nuevas vías de administración de anticonceptivos hormonales combinados destacan los parches transdérmicos con norelgestromina y etinilestradiol que, al evitar el primer paso hepático, consigue una mayor biodisponibilidad, lo que permite dosis menores y menos efectos secundarios. Además, por su comodidad, favorece la adhesión al tratamiento. Otra vía novedosa es el anillo vaginal (con etinilestradiol y etonogestrel) con alta eficacia anticonceptiva y buen control del ciclo⁴¹.

En cuanto a la anticoncepción con progestágenos solos, indicada en caso de contraindicación a estrógenos, disponemos ya de una píldora oral con desogestrel, un progestágeno de tercera generación con escasa acción androgénica; de un DIU con levonorgestrel y de implantes subdérmicos con etonogestrel o levonorgestrel, que proporcionan anticoncepción efectiva y duradera⁴¹.

También es relativamente novedosa la pauta de anticoncepción de emergencia con levonorgestrel en dosis única de 1,5 mg o bien dos dosis de 0,75 mg con un intervalo de doce horas entre ambas⁴¹.

Como vemos el uso de la anticoncepción desde la antigüedad, nos demuestra que la sociedad, independientemente de su punto de vista, ha comprendido la necesidad de utilizar estas técnicas y que debido a su evolución, que en primera instancia estuvieron más influidas por las costumbres y las creencias -algunas todavía con vigencia- hoy contamos con anticonceptivos eficaces, inocuos y económicos.

1.1.2. Cambios sociales relacionados con anticoncepción

A partir de la revolución industrial de finales del siglo XIX y principios del XX, los nacimientos de seres humanos empiezan a superar al número de muertes y, además, los movimientos migratorios a otras zonas del planeta no son capaces de compensar este crecimiento. En este momento, la anticoncepción pasa a ser un tema de interés para las organizaciones humanas y sale del ámbito puramente íntimo⁴².

Por esta razón, podemos considerar dos etapas históricas diferenciadas. La primera abarca toda la Edad Antigua, Media y Moderna, con escasos conocimientos en anticoncepción. La segunda, mucho más breve y reciente, es la Edad Contemporánea (siglos XIX y XX), que comprende todo el desarrollo científico de la anticoncepción. En este período, especialmente en la segunda mitad del siglo XX, se desarrolla la anticoncepción hormonal.

A finales del siglo XIX y principios del XX, el neomalthusianismo tuvo especial auge extendiendo su influencia durante la primera mitad del siglo XX. El neomalthusianismo es una actualización de la teoría demográfica, social y poblacional de Thomas Malthus que considera correcta la teoría de la población de Malthus (que señala que la población crece a ritmo geométrico y los recursos en progresión aritmética por lo que se llegaría a una catástrofe malthusiana o crecimiento demográfico desorbitado que habría que evitar⁴³) pero discrepa en las medidas para controlar el crecimiento de la población.

Los neomalthusianos consideran la reproducción ilimitada como un problema que afecta de manera especial a las clases pobres con extensas familias numerosas, ya que las condena a la miseria⁴⁴. Proponen la toma de conciencia social e individual la limitación de la natalidad como necesaria para evitar la superpoblación, la procreación consciente, la promoción de la planificación familiar, el uso y difusión de métodos anticonceptivos (principalmente preservativo y diafragma) así como la práctica del aborto⁴⁵ considerando inadecuados los obstáculos represivos o destructivos tradicionales del malthusianismo: represión sexual, castidad, retraso del matrimonio, hambrunas, epidemias y guerras⁴⁶.

La relación entre religión y sexualidad es variada en las distintas religiones. Es clave la consideración que pueda darse de diferentes hechos: el matrimonio, las prácticas homosexuales, el adulterio, etc. Para algunos, como Michel Foucault, el control de la sexualidad es una forma más de control social.

La moral sexual católica ha sido restrictiva en el uso de la anticoncepción ya que defiende que el fin primero del matrimonio es la procreación. Este principio ha sido reafirmado numerosas veces: encíclica *Arcanum Divinae Sapientiae* de León XIII; encíclica *Casti connubii* de 31 de diciembre de 1931 de Pío XI en la que se rechaza cualquier tipo de anticoncepción; encíclica de Pablo VI *Humanae vitae* de 1968 contra el aborto y el control de la natalidad^{47,48}.

Antes del uso masivo general de métodos anticonceptivos en la segunda mitad del siglo XX se produjeron tanto avances científicos como sociales en defensa de la información y el acceso de métodos anticonceptivos. Destacan desde comienzos del siglo XX Margaret Sanger en Estados Unidos y Mary Stopes en Reino Unido⁴⁹.

Entre los factores que han intervenido en la difusión del uso de los métodos anticonceptivos en prácticamente todo el mundo se encuentran:

- Desarrollo técnico y difusión de métodos anticonceptivos eficaces: la aparición de la píldora anticonceptiva, la accesibilidad del preservativo y la generalización del uso del dispositivo intrauterino, así como todos los demás métodos anticonceptivos permitieron un amplio abanico de opciones con una alta eficacia anticonceptiva y un coste económico que puede considerarse relativamente bajo⁴⁹.
- Reivindicación de la sexualidad femenina: la lucha por la igualdad del feminismo incluye una reivindicación dual: por una parte la posibilidad de disfrute integral de la sexualidad (salud sexual) y por otra, la reivindicación del control de la reproducción con garantías sanitarias y socioeconómicas (salud reproductiva). La planificación familiar ha ido de la mano de la difusión y educación sobre el uso de los métodos anticonceptivos⁴⁹.
- Control de la reproducción por los progenitores: en las sociedades desarrolladas los posibles progenitores practican una fertilidad controlada por un doble motivo: por una parte los propios individuos reproductores desean disfrutar de todas las etapas de la vida sin obligarse a un esfuerzo reproductivo constante; por otra esos progenitores desean unas condiciones de seguridad económicas, educativas,

sociales y psicológicas para sus descendientes que exigen unos ingresos suficientes, cierta estabilidad emocional y social y también un reducido número de descendientes⁵⁰.

- Control de la reproducción institucional y social: El control de la reproducción puede fomentarse desde los gobiernos o instituciones mediante las políticas de natalidad (política de hijo único en China, promoción de la planificación familiar en India, fomento de ayudas a la natalidad, etc.). Además existen algunas asociaciones y grupos antinatalistas que defienden en unos casos la no reproducción radical (sin hijos por elección, movimiento por la extinción humana voluntaria) y en otros la promoción del control crecimiento desmesurado de la población (posiciones de corte malthusiano o neomalthusianas). Enfrente están quienes defienden o promueven la natalidad o el natalismo; ya sea desde posiciones religiosas o nacionalistas (quienes usan el aumento de la población como un arma de interés estratégico)⁵⁰.

En España, entre enero de 1941 y octubre de 1978, la anticoncepción estuvo prohibida como parte de una política demográfica pronatalista⁵¹.

En octubre de 1978 se firmaba el Real Decreto 2275/78 que modificaba los artículos del Código Penal, en los que se establecía que vender, divulgar u ofrecer cualquier cosa destinada a evitar la procreación era delito.

No se dispone de información cuantitativa sobre las prácticas de control de la natalidad en la sociedad española durante la primera mitad del siglo XX, pero hay indicios de que se limitaba el tamaño de la familia, según señalan Díez Nicolás y De Miguel (1981)⁵¹.

En los años treinta la Iglesia Católica influía bastante en el comportamiento de la población, por lo que constituía un obstáculo a los avances en el control de la natalidad. En ella se promulgaba que el objetivo principal del sexo no era el placer, sino la procreación. El franquismo refuerza estas posiciones contrarias al control de la natalidad, y su postura, prácticamente invariable durante las cuatro décadas del régimen, puede resumirse en lo escrito por el médico Juan Bosh Marín en un folleto publicado en 1940 por la Dirección General de Sanidad⁵¹:

“Han de acordarse medidas severas y eficaces contra el aborto criminal, contra las normas y medios anticoncepcionales, contra todo cuanto se oponga en una u otra forma a la vida, prestigio y honor de la familia cristiana tradicional española”⁵².

La primera píldora que se conoció en España fue el Anovial 21, en el año 1964, pero no se recomendaba como anticonceptivo sino como ovulístico (reposo del ovario por indicación médica) y se recetaba para regular el ciclo menstrual o combatir el acné⁵¹.

En junio de 1970 llegó el Eugynon, recomendado también para el reposo del ovario y la dismenorrea.

En 1972 fue realizada la primera encuesta exclusivamente al tema de la fecundidad en España. Formó parte del estudio titulado “Natalidad y Planificación Familiar”, centrado en los conocimientos y opiniones acerca de los métodos de control de la natalidad en una muestra representativa de las mujeres casadas de 15 a 49 años. En la prueba piloto se encontró que no era aconsejable preguntar directamente por el uso de algún método pues el recelo que tal pregunta despertaba podía invalidar el resto de respuestas del cuestionario. Aún así, una de cada cinco mujeres prefirió no contestar si conocía o no los métodos anticonceptivos. Un hallazgo interesante es que el método más conocido fue la píldora (72%), en segundo lugar el método de Ogino (58%) y en tercer lugar el preservativo (42%) y después el coitus interruptus (35%)⁵¹.

1.1.3. Actualidad anticoncepción

La encuesta Daphne de 2009 sobre hábitos anticonceptivos en España indica que el 79% de las mujeres en edad fértil regulan su fertilidad con algún método anticonceptivo. El método más utilizado es el preservativo con un 37 % de usuarias, seguido de la anticoncepción hormonal empleada por el 24 % de las encuestadas en sus diferentes vías de administración, con claro predominio de la vía oral. Se estima que cerca de tres millones de mujeres utilizan anticonceptivos orales combinados, no sólo por la protección anticonceptiva, principal motivo de inicio de la toma en el 86 % de los casos, sino también por sus beneficios adicionales como regular el ciclo, alivio de molestias menstruales o mejora de la piel o el cabello⁵³. De este modo, la píldora, mejorada constantemente ya que se ha realizado una reducción progresiva de la dosis de estrógeno consiguiendo además de disminuir el riesgo de enfermedad tromboembólica, que efectos secundarios como náuseas, vómitos, cefalea y mastalgia sean menores, por lo que sigue siendo considerada una de las alternativas más eficaces (99,5%) y seguras entre los métodos anticonceptivos⁵⁴.

Otro cambio es el desarrollo de progestágenos de 3ª generación que tenía como objetivo minimizar los efectos androgénicos evitando el efecto adverso sobre el perfil lipídico. En 1995 se comunicó mayor número de episodios de tromboembolismo venoso respecto a los progestágenos de 2ª generación. Posteriormente se han introducido nuevos progestágenos buscando efectos que mejoren la tolerabilidad⁵⁵.

La efectividad de los ACOC depende del estricto cumplimiento diario de la toma, siendo frecuentes los fallos por olvido. Las nuevas vías de administración como la transdérmica o la transvaginal pretenden, además de reducir los efectos secundarios, facilitar el cumplimiento y mejorar la efectividad del método⁵³.

En cuanto a la anticoncepción hormonal combinada, las principales novedades en este campo han sido la introducción de nuevos progestágenos con mejor perfil de efectos secundarios y beneficios adicionales, la aparición de un preparado con estrógeno natural y la utilización de nuevas pautas de inicio y de régimen de intervalo libre de hormona⁴².

En una reciente revisión de 12 ensayos controlados aleatorizados en la que se compara el anillo vaginal con anticonceptivos orales combinados, se concluye que la exposición sistémica a EE con el anillo fue la mitad que con los 30 mcg que contienen los ACOC y con menos variaciones en los niveles séricos del mismo. Del mismo modo se observó que ambos métodos presentan la misma supresión ovárica y similar eficacia contraceptiva⁵⁶.

El anillo vaginal tiene una alta eficacia, con una tasa de fallo que oscila según los estudios del 0.6-1.18 por 100 mujeres año⁵⁵.

1.1.4. Clasificación, descripción y uso de métodos anticonceptivos

El criterio más utilizado para la clasificación de los métodos anticonceptivos es el mecanismo por el cual actúan.

A efectos de análisis, se pueden clasificar en si son métodos manejados por el hombre (métodos masculinos) o si son manejados por la mujer (métodos femeninos). También se pueden catalogar en si son para aplazar la maternidad o espaciar los nacimientos (métodos temporales), o para limitar el tamaño de la familia (métodos permanentes o definitivos)⁵¹.

Según su mecanismo de acción podemos clasificar los métodos anticonceptivos actuales en⁵¹:

1. Anticonceptivos hormonales: inhiben la ovulación y, además, actúan directamente sobre los órganos genitales (ovario, útero y cérvix) evitando la concepción, la anidación o ambos.

1.1. Píldora combinada: es un anovulatorio porque actúa impidiendo la ovulación al elevar el nivel de estrógeno. Además, estimula la mucosidad del cuello uterino para que forme una barrera y obstruya el paso del semen. Altera los movimientos de las trompas de Falopio, con lo cual se dificulta el desplazamiento del óvulo y de los espermatozoides. Hace más delgada la membrana uterina y por lo tanto menos acogedora. Existen tres tipos de píldoras combinadas: monofásica (dosis de estrógeno y gestágeno constantes), bifásica (dosis de estrógeno constante y de gestágeno variable) y trifásica (se pueden administrar con combinaciones diferentes). La dosis hormonal total en cada ciclo se ha ido reduciendo a lo largo del desarrollo y perfeccionamiento de estos métodos.

Los rangos de eficacia son disímiles entre los diferentes autores, pero todos indican alto nivel de eficacia.

En las usuarias de píldoras, la causa de fallo suele ser error por toma irregular u olvido. Si la demora con respecto al horario establecido es mayor de 12 horas, la protección anticonceptiva se reduce y se recomienda usar un método complementario. No se recomiendan los “períodos de

descanso” que antes se sugerían. Los olvidos graves son los de inicio y final del paquete. Su efecto puede alterarse con algunos medicamentos y la píldora puede alterar el efecto de los medicamentos.

Toda mujer con buena salud puede usar la píldora durante toda su vida fértil. La pueden tomar nulíparas o después de un aborto. No se recomienda para mujeres que fuman o que tienen exceso de peso.

No se recomienda durante la lactancia. En mujeres con antecedentes de problemas cardiovasculares, del hígado, cáncer, o problemas hormonales, el consumo de la píldora puede agravar el cuadro clínico. Lo mismo si se sufre de depresión o migraña. Tampoco está indicada en mujeres con patología de tiroides ni en mujeres diabéticas.

- 1.2. Píldora unitaria de progestágeno, minipíldora, píldora sólo de progestágeno psp: el efecto depende principalmente de sus acciones sobre el cuello del útero y sobre la membrana uterina evitando la penetración de los espermatozoides y la anidación del óvulo. No siempre se inhibe la ovulación debido a la reducida dosis de gestágeno.

El índice de fracaso es más elevado en mujeres de más de 70 kilos de peso.

Se pueden tomar durante toda la vida fértil. Es una alternativa para las mujeres que no pueden tomar la combinada. No se recomienda en mujeres que han tenido cáncer de mama, o que tiene algunos problemas de hígado. Son el mejor anticonceptivo para mujeres que están dando de lactar.

- 1.3. Inyectables: impiden el embarazo durante dos o tres meses según el tipo de inyección. Su acción se inicia impidiendo la ovulación pero cuando la concentración de gestágeno disminuye, hacia el final de los dos o tres meses, puede volver a ocurrir la ovulación. También actúa sobre la membrana uterina y el cuello del útero de manera similar a la píldora unitaria.

El índice de fracaso es más elevado en mujeres de más de 70 kilos de peso.

No se recomienda en mujeres que han padecido problemas de corazón, enfermedades arteriales graves, enfermedades hepáticas crónicas o algún cáncer en ovarios o senos.

- 1.4. Implantes subdérmicos o subcutáneos: consisten en pequeñas cápsulas de plástico llenas de progestágeno (progesterona sintética). Se colocan en la parte interna del brazo donde van liberando las hormonas a la corriente sanguínea. Actúan impidiendo la ovulación y sobre la membrana uterina y el cuello del útero de manera similar a los demás anticonceptivos más eficaces. Su efecto protector es de hasta cinco años. El índice de fracaso es más elevado en mujeres de más de 70 kilos de peso.

Los implantes subdérmicos los debe colocar personal sanitario con conocimientos específicos. Se implantan durante la menstruación y protege desde ese momento y hasta que se retire. Si se quiere tener un hijo sólo hay que retirarlo.

Al igual que los demás anticonceptivos hormonales, los puede usar cualquier mujer con buena salud durante la vida fértil. Se puede recomendar a partir de la 6ª semana después del parto.

- 1.5. Anillo vaginal: consiste en un aro de plástico que contiene progestágeno. Tiene más o menos el tamaño de un diafragma pequeño. Una vez puesto en la vagina va desprendiendo el progestágeno, actúa sobre la mucosa cervical espesándola y cerrando así la entrada del útero.

Se coloca en la vagina de manera que los músculos de la misma lo sostengan. Cada tres semanas debe quitarlo y a la cuarta semana debe ponerse uno nuevo. Debe llevarse permanentemente y no debe retirarse para tener relaciones sexuales. Durante su uso pueden colocarse tampones. El índice de fracaso es más elevado en mujeres de más de 70 kilos de peso.

No se recomienda en caso de prolapso uterino o si no se tiene buen tono muscular. Tampoco se recomienda si se sufre de estreñimiento, si se ha tenido inflamación de pelvis, de cuello de útero o de vagina o embarazo ectópico.

2. Métodos de barrera. Evitan el embarazo impidiendo el encuentro del óvulo y del espermatozoide.

2.1. Preservativo masculino, condón. Consiste en una funda de caucho que se coloca en el pene erecto adaptándose totalmente y actuando como barrera que impide el paso de los espermatozoides al aparato genital femenino.

Es el único método masculino no quirúrgico de probada eficacia. La mayoría de los fracasos se deben a errores en su uso, al manipularlo o teniendo contactos genitales próximos antes de colocarlo o después de quitarlo, de ahí el rango tan amplio de eficacia.

Debe colocarse estando el pene erecto y antes de que toque cualquier zona del cuerpo de la pareja, cercana a los genitales. Se debe usar uno nuevo en cada contacto sexual.

No se debe poner en contacto con aceite o cremas, ni con productos como óvulos. Si se necesita más lubricación se deben usar cremas con base en agua o cremas espermicidas.

Puede usarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida. No se recomienda en hombres que no consigan o no mantengan la erección. Si hay reacción a los lubricantes o a los espermicidas se deben usar marcas que no tienen esas sustancias.

2.2. Preservativo femenino. Es un tubo diseñado para cubrir la vagina y la vulva impidiendo el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide.

Debe colocarse dentro de la vagina antes de cualquier contacto genital. Debe saberse colocar para que el pene penetre en él y garantizar su efecto protector. Se debe utilizar uno nuevo en cada contacto sexual.

Puede usarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida. Los tabúes religiosos pueden dificultar su empleo.

2.3. Diafragmas y capuchones vaginales. Hacen de barrera impidiendo el paso de los espermatozoides. También contiene espermicida.

El diafragma consiste en un casquete de caucho natural, con un reborde que contiene una anilla metálica flexible. Existen diferentes medidas para poder adaptarse a cada usuaria.

Los capuchones, también de caucho natural, son más pequeños que los diafragmas y vienen en tres diseños.

El ajuste correcto depende de las condiciones anatómicas de la mujer y del tono muscular que tenga, el cual puede modificarse al aumentar o disminuir de peso.

Se debe buscar asesoría a personal especializado para seleccionar el tamaño que convenga y para aprender a manejarlo. Puede insertarse en la vagina en cualquier momento antes de la relación sexual.

Debe usarse siempre con espermicidas que se aplican en la cúpula del diafragma antes de colocarlo. Si pasan más de dos horas entre la inserción y la relación sexual se debe colocar más espermicida sin retirarlo. Debe dejar el diafragma en su lugar por lo menos 6 horas después de que el hombre haya tenido la última eyaculación. Después de usarlo se debe lavar con agua y jabón sin perfume, secar y guardar en caja en un lugar fresco. No debe entrar en contacto con aceites o cremas.

Puede usarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida excepto en las seis primeras semanas después del parto.

Puede dificultarse su uso en mujeres con dedos muy cortos o vagina muy profunda. No se recomienda si la mujer padece de infecciones urinarias frecuentes, si se tiene poco tono muscular o descendimiento de útero. No se recomienda en personas con alergia al látex.

3. Métodos químicos: son productos químicos que actúan directamente sobre los espermatozoides impidiendo su ascenso a través del cuello del útero.

3.1. Espermicida. Se presenta en gel, crema, espuma, pomada u óvulos espermicidas. Inhibe los movimientos natatorios de los espermatozoides. No es un método eficaz. Se recomienda usarlo como complemento de otros métodos.

Los estudios muestran grandes diferencias entre la efectividad teórica y la real. La efectividad de los óvulos se estima en 95%. Los errores en el uso, como falta de disolución del producto explican gran parte de la diferencia.

Deben aplicarse en el fondo de la vagina, cerca del cuello del útero. En el caso del gel, las cremas o las espumas en aerosol, es indispensable disponer de un aplicador adecuado.

En general, se debe dejar un tiempo entre la aplicación y el coito para que el producto se disuelva y se extienda por el fondo del saco vaginal. En el caso de los óvulos hay que esperar 3 a 10 minutos. La protección dura entre media y una hora según el producto. No se deben hacer lavados vaginales antes de dos horas después del último coito.

Se pueden usar durante toda la vida fértil.

- 3.2. Esponja. Consiste en una esponja de poliuretano blando impregnada en espermicida. La función principal está en el espermicida pero además recubre cuello del útero y actúa de barrera.

Primero se humedece la esponja con un poco de agua para activar el espermicida. Se coloca en la parte superior de la vagina. Debe dejarse durante 6 horas después del coito. Se pueden tener varios contactos sexuales sin necesidad de añadir espermicida. Una vez retirada no se puede volver a usar. No se puede llevar más de 30 horas seguidas.

Puede dificultarse su uso en mujeres con dedos muy cortos o vagina muy profunda. No se recomienda si la mujer padece de infecciones urinarias frecuentes, si se tiene poco tono muscular.

4. Dispositivo intrauterino (DIU). Artefactos que colocados en el útero impiden el embarazo por diferentes mecanismos.

- 4.1. DIU. Existen varios tipos de DIU, los de cobre actúan liberando iones; otros liberan hormonas por lo que se pueden clasificar entre los anticonceptivos hormonales.

Debe ser colocado por un médico o profesional especializado. La colocación resulta más fácil al final del período. La inserción durante la regla garantiza que no hay embarazo. Debe hacerse un examen médico antes de su inserción para comprobar que no hay infecciones, caso en el cual no se recomienda por riesgo de generar enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Debe esperarse 6 semanas después del Parto para su inserción. No se recomienda durante la lactancia porque aumenta las probabilidades de perforación.

No se recomienda cuando la persona o su pareja tiene otras parejas porque aumenta el riesgo de EIP. Tampoco se recomienda en personas con enfermedades de corazón, anemias o si se toman fármacos que inhiben el sistema inmunológico, con antecedentes de embarazo ectópico o de EIP.

5. Métodos naturales. Se basan en el hecho de que el momento del ciclo en que la mujer puede quedar embarazada es realmente corto. Consisten en la determinación exacta de ese momento para abstenerse de relaciones sexuales durante ese intervalo (abstinencia periódica o Planificación Familiar Natural, PFN) o mantenerlas usando métodos de barrera, coito interrumpido o contacto sin penetración vaginal. La eficacia depende de las señales de fertilidad y las reglas de abstinencia que se utilizan.

5.1. Método del calendario (método de Ogino-Knaus, del ritmo). Consiste en hacer un seguimiento a los ciclos (entre 6 y 12 meses) para determinar la fecha más temprana y la más tardía en que puede producirse la ovulación.

La diferencia entre la duración del ciclo más corto y 18 (ej. $26-18=8$) y la del ciclo más largo y 10 (ej. $35-10=25$) dan los días de mayor probabilidad de embarazo (del 8° al 25° día del ciclo) para los que se recomienda abstinencia, retiro o no penetración vaginal.

5.2. Método de la temperatura. Los cambios hormonales que se producen a lo largo del ciclo menstrual afectan la temperatura corporal. Baja un poco antes de la liberación del óvulo. Después vuelve a subir hasta unos días antes de la regla cuando vuelve a bajar.

Se debe tomar con cuidado la temperatura diariamente y confeccionar un registro con la mínima y la máxima. También se debe tomar la temperatura corporal basal (cuerpo en reposo). La variación más importante oscila entre 0,2 y 0,4 °C y suele ocurrir inmediatamente después de la ovulación. Al cabo de tres días en que la temperatura ha sido más elevada que las anteriores pueden tenerse relaciones sexuales sin riesgo de embarazo.

- 5.3. Método de Billing o de la mucosidad vaginal. En los días que siguen a la regla la mucosidad es menos abundante. Al aproximarse la ovulación el cuello del útero empieza a secretar más moco, el cual es de consistencia resbaladiza, que facilita el desplazamiento de los espermatozoides.

Aprender a reconocer la consistencia del moco cervical y las señales de que la ovulación está a punto de producirse para evitar relaciones sexuales en los días fértiles.

- 5.4. Método sintotérmico o de indicadores múltiples. Consiste en hacer un seguimiento diario de la temperatura y del estado del moco cervical. Además, identificar otros síntomas de la ovulación.

Identificar los síntomas como dolor al momento de la ovulación, pérdidas de sangre, cambios de humor, consistencia de los pechos.

6. Métodos quirúrgicos:

- 6.1. Esterilización femenina (ligadura de trompas). Consiste en obstruir, anudar o cortar las trompas de Falopio impidiendo el paso del óvulo, del ovario al útero. La ovulación sigue produciéndose pero el cuerpo absorbe los óvulos de forma natural.

Existen varias técnicas y todas requieren de personal médico especializado. Hay dos vías: la vaginal y la abdominal; para esta última existen dos técnicas la laparotomía (mediante incisión en la cavidad abdominal por lo general a la altura del vello púbico, se localizan las trompas y se ligan; puede aprovecharse otra intervención como, por ejemplo, una cesárea), y la laparoscopia (mediante incisión en la cavidad

abdominal, en el borde inferior del ombligo, se introduce el laparoscopio, se localizan las trompas y se cortan y se ocluyen).

Puesto que se considera irreversible, debe practicarse a personas que no desean más hijos. Aunque ninguna condición médica impide que la mujer se haga una esterilización, la valoración médica previa debe establecer si dadas las condiciones de salud de la usuaria, la operación se debe postergar hasta que éstas se hayan controlado (ej, presencia de ITS o EIP) o se debe referir a la paciente a un centro de mayor complejidad.

6.2. Esterilización masculina (vasectomía). Consiste en seccionar u obstruir el conducto deferente que lleva los espermatozoides de los testículos a la próstata; se siguen produciendo espermatozoides, pero son absorbidos por el cuerpo como ocurre cuando no hay eyaculación.

7. Anticoncepción de emergencia: postcoital o para después de la relación sexual:

7.1. Píldora del día después, anticoncepción oral de emergencia. Actúa retrasando la ovulación (si no se ha producido) de modo que se produzca cuando el óvulo ya no puede ser fecundado. Si no logra retrasarla modifica la velocidad con que progresa el óvulo por las trompas hasta el útero, de manera que éste no esté preparado evitando así la anidación. Modifica la mucosa uterina haciéndola inhóspita.

Según el tipo de píldora se prescriben dosis de 20, 25, 4, 2 o 1 píldora en un intervalo de 72 horas después de la relación sexual sin protección y otra dosis igual 12 horas después.

Tiene las mismas contraindicaciones y requiere las mismas precauciones señaladas para la píldora.

7.2. DIU postcoital. Actúa de manera similar a la píldora postcoital modificando la velocidad con que progresa el óvulo por las trompas hasta el útero y modificando la mucosa uterina haciéndola inhóspita. Se documentan fallos de menos de 1 %.

Actúa en un intervalo de cinco días, después de la relación sexual desprotegida. Después de la localización del DIU, la regla debe llegar a su debido tiempo.

Tiene las mismas contraindicaciones y requiere las mismas precauciones señaladas para el DIU.

8. Otros métodos anticonceptivos:

8.1. Coitus interruptus (retiro, retirada). El hombre retira el pene de la vagina de su compañera antes de eyacular expulsando el semen fuera de la vagina. Aunque no se dispone de datos concretos, se atribuye el fracaso a la presencia de espermatozoides en el líquido lubricante que se expulsa antes de la eyaculación, que en principio no debe tenerlos ya que es segregado por las glándulas bulbo-uretrales, pero pueden quedar algunos si ha habido una eyaculación previa.

Si el coito se repite, se aconseja orinar entre una y otra eyaculación para eliminar los espermatozoides que han quedado.

Algunos hombres no pueden practicarlo porque no perciben la inminencia de la eyaculación y no saben elegir el momento de la retirada.

8.2. Lactancia prolongada, método de lactancia-amenorrea (mela). Consiste en utilizar la lactancia materna como un método temporal de planificación familiar. Detiene la ovulación ya que la lactancia materna produce cambios en la velocidad a la que se liberan las hormonas naturales de la mujer.

La mujer se encuentra protegida de forma natural del embarazo cuando:

- a. Al menos el 85 % de la alimentación del bebé está constituida por leche materna y ella da de lactar a su bebé con frecuencia tanto de día como de noche.
- b. No han regresado sus períodos menstruales.
- c. Su bebé tiene menos de 6 meses de edad.

Las únicas condiciones que restringen el uso del mela son que el bebé tenga más de 6 meses, que se haya reiniciado el período menstrual, que haya comenzado a disminuir la frecuencia con la que da de lactar o que no esté recomendada la lactancia materna como es el caso de tener VIH/SIDA.

- 8.3. Lavados vaginales, duchas poscoitales. Puede agilizar el desplazamiento de espermatozoides logrando el efecto contrario.

A pesar de la multitud de métodos anticonceptivos que existen, la utilización actualmente se reduce a 3-4 tipos de métodos anticonceptivos.

1.2. El Apego

El apego se define según la Real Academia Española como *“Afición o inclinación hacia alguien o algo”*⁵⁷.

Según John Bowlby, el apego *“es un modo de concebir la propensión que muestran los seres humanos a establecer sólidos vínculos afectivos con otras personas determinadas y explicar las múltiples formas de trastorno emocional y de alteraciones de la personalidad”*⁵⁸.

Según Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola y Sainz de Murieta (2001), definen el apego como: *“El mecanismo de adaptación de la conducta a la satisfacción de necesidades del momento, conducta que se mantiene activa durante todo el ciclo vital”*⁵⁹.

En la página webs Psicoterapia por internet: Todo es mente, el apego es *“la inclinación o afecto preferencial hacia alguien (o algo), que se manifiesta normalmente en conductas destinadas a conseguir o mantener la proximidad a otra persona (considerada generalmente como más fuerte y/o sabia, en especial la madre), en un contacto sensorial privilegiado, en proporcionar seguridad (protección; favoreciendo la independencia y la adaptación al entorno) y apoyo emocional (en momentos emocionales como angustia, ansiedad, miedo, tristeza o culpa), y en la resistencia a la separación (que causa ansiedad)”*⁶⁰.

1.2.1. Historia de la teoría del Apego.

La teoría del apego tiene su origen en la figura histórica de John Bowlby, quien rechazó los planteamientos teóricos dominantes hasta el momento (conductismo y psicoanálisis) en la concepción de la afectividad y formuló una teoría de la vinculación revolucionaria para la época, al considerar la vinculación afectiva como una necesidad primaria. A partir de este momento, son numerosos los autores que investigan, amplían y comprueban empíricamente esta teoría del vínculo, llegando a ser en la actualidad un marco de referencia único en el estudio de los procesos afectivos en la infancia, pero también en la edad adulta⁶¹.

Según la teoría psicoanalítica, la necesidad de apegarse solo se ve en adultos como consecuencia de una fijación o un retorno a un apego infantil. A pesar de haber empezado su carrera como psicoanalista, Bowlby se opone explícitamente a esa noción del apego⁶².

Para Bowlby no hay un instinto, hay diferentes conductas instintivas. Considera que el apego es una conducta instintiva primaria distinta de la sexual y la alimentación. Considera, de este modo, el apego como el resultado tanto de una necesidad innata, como de adquisición, con una doble función:

1. Una función de protección física y seguridad emocional proporcionada por un adulto capaz de defender al niño vulnerable de todo peligro.
2. Una función de socialización. El comportamiento de vinculación con la madre se diversifica, se amplía a figuras auxiliares, se desplaza, a lo largo de la vida, a las personas próximas, luego a los extraños y, finalmente, a grupos cada vez más amplios, que estructuran la personalidad.

Dentro de este modelo, los afectos sirven para:

1. Evaluar las condiciones internas y externas del individuo;
2. Decidir, actuar y evaluar continuamente sus consecuencias;
3. Comunicarse con otras personas⁶³.

Para que la socialización ocurra y sea positiva es necesario que se establezca una auténtica concordancia entre las demandas reales del niño (naturaleza, ritmo) y la capacidad de la madre para responder a estas demandas de manera apropiada⁶³.

Los modelos conductistas (reducción del impulso por la comida, o refuerzo social interactivo positivo) son insuficientes para explicar el apego, como se manifiesta en los experimentos de Harlow, puesto que el niño, también, se apega a figuras familiares no implicadas activamente en su alimentación, el apego se desarrolla a pesar de repetidos castigos o de maltrato. En 1942, un estudio de Anna Freud y Dorothy Burlingham concluye que los niños se apegan (incluso a madres que están continuamente de mal humor y a veces se comportan de manera cruel con ellos) y la relación de apego no se extingue a través del ciclo vital a pesar de la ausencia de la figura de apego⁶¹.

Según Gómez-Zapiain (2009), la teoría del apego mantiene que todo ser humano nace dotado de un sistema comportamental organizado para la obtención de diversos objetivos. Éste es instintivo en la medida en que es ambientalmente estable y reconocible en las especies. El objetivo principal es la búsqueda de proximidad de un adulto (figura de apego) con capacidad de cuidar y proteger⁶⁴.

De este modo, podemos sintetizar y decir que, establecer vínculos afectivos estables con los progenitores o sustitutos (apegarse), es una necesidad primaria (no aprendida), tan relevante en la vida humana como la alimentación o la sexualidad. El establecimiento de un fuerte vínculo materno es vital para la supervivencia del bebé. Los niños que permanecen cerca de sus madres pueden recibir la alimentación y protección necesaria para adaptarse y sobrevivir al medio. Cuanta más experiencia de interacción social tenga un lactante con una determinada persona, tanto más probable es que se apegue a ella. Por esta razón, es principalmente a través de los cuidados que imparte la madre como un niño adquiere su principal figura de apego. Lo normal es que haya más de una persona hacia la que se siente apego, en cuyo caso habrá, por lo general, un claro orden de preferencia⁶¹.

El apego proporciona la seguridad emocional del niño: ser aceptado y protegido incondicionalmente. Este planteamiento también puede observarse en distintas especies animales y que tiene las mismas consecuencias: la proximidad deseada de la madre como base para la protección y la continuidad de la especie.

Desde que fue desarrollada la teoría del apego, ha sido posible mejorar la comprensión de los procesos de personalidad y diferencias individuales de los adultos. A su vez, las investigaciones realizadas posteriormente han permitido establecer una correlación entre el estilo de apego desarrollado durante la infancia y ciertas variables importantes durante la adultez⁶¹.

La teoría del apego propuesta por el psicoanalista inglés John Bowlby, tiene sus bases científicas en la Etología. Bowlby planteó su teoría en el marco de las terribles consecuencias de la Segunda Guerra Mundial y dijo⁶⁵:

“El apego hacia la madre es una necesidad básica tanto como alimentarse. La calidad de esa primera relación que el niño establece con la madre (figura de apego) afectará la calidad de todas las demás relaciones a lo largo de su vida, con su padre, sus abuelos, sus primos, sus compañeros de trabajo, sus amigos, su pareja y con sus propios hijos.”

En 1958 Bowlby, lee ante la Sociedad Británica el primero de los trabajos –de una serie de tres– dedicados al tema: “La naturaleza del vínculo entre el niño y su madre”. Los dos siguientes serán “Angustia de separación”, leído también en la Soc. Británica, y “Tristeza y duelo en la infancia”, publicado en 1960 en *Psychanalytical study of the child*. Las circunstancias en que se publica éste último expresan claramente la tormenta crítica que se levantó frente a las ideas de Bowlby: el artículo es precedido por una nota del editor en la que se indica que, ante las profundas controversias suscitadas por las ideas del Dr. Bowlby, se publica su trabajo seguido de los comentarios críticos de Anna Freud, Max Schur y René Spitz. Estos tres trabajos constituyen el esquema que más tarde desarrollará, en su trabajo principal, la trilogía *Attachment and Loss* (Apego y pérdida), publicada entre 1969 y 1980⁶⁶.

El trabajo de Bowlby estuvo influenciado por Konrad Lorenz (1903-1989) quien en sus estudios con gansos y patos en los años 50, reveló que las aves podían desarrollar un fuerte vínculo con la madre (teoría instintiva) sin que el alimento estuviera por medio⁶⁷.

Pero fue Harry Harlow (1905-1981) con sus experimentos con monos, y su descubrimiento de la necesidad universal de contacto quien le encaminó de manera decisiva en la construcción de la Teoría del Apego⁶⁷.

Más tarde Mary Ainsworth (1913-1999) aportó sus observaciones directas de la relación madre-bebé realizadas primero en Uganda y más tarde replicadas en Baltimore y, también, el procedimiento estandarizado de laboratorio para observar y clasificar la relación de apego entre la madre y su hijo de entre doce y dieciocho meses: la situación extraña.

En el procedimiento de la situación extraña la madre entra y sale varias veces de una habitación, dejando a su hijo unas veces solo y otras en compañía de un desconocido. Las separaciones son muy breves. El equipo investigador graba lo que ocurre en vídeo y después lo analiza. Lo que se observa, principalmente, es la conducta del niño cuando se producen las separaciones y, sobre todo, lo que pasa en el reencuentro. El reencuentro es el indicador más claro del estado de una relación⁶⁸. Ainsworth encontró una información muy valiosa para el estudio de las diferencias en la calidad de la interacción madre-hijo y su influencia sobre la formación del apego⁶⁷.

Ainsworth encontró tres patrones principales de apego:

1. Niños de apego seguro que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre.
2. Niños de apego inseguro, que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres.
3. Niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres⁶⁷.

1.2.2. La formación del apego

Para desarrollar la formación del apego debemos saber que el apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo) ⁶⁷.

Según Marrone, la teoría del apego supone que el organismo crea sistemas conductuales o conjuntos funcionales. Entre estos sistemas podemos encontrar los siguientes⁶⁹:

- El sistema de apego: integrado por dos subsistemas: uno dirigido a mantener la relación como tal, y el otro a buscar la proximidad inmediata bajo circunstancias temporales.
- El sistema de afiliación (afiliación de grupos)
- El sistema de alimentación
- El sistema sexual
- El sistema exploratorio

Cada uno de los cuales sirve a una función biológica particular.

Desde el punto de vista de la teoría del apego, un sistema es un conjunto de respuestas o repertorio de conductas cuyo objetivo es satisfacer un tipo específico de necesidad (o de varias necesidades asociadas). Estas conductas se acompañan de elementos emocionales. Cada sistema puede ser activado en un determinado momento en respuesta a ciertos estímulos internos o externos. Algunos sistemas pueden ser activados al mismo tiempo y de manera sinérgica: un ejemplo sería la activación conjunta de los sistemas de apego y sexual en la relación de pareja ⁶⁹.

Según Gómez-Zapiain (2009), a través de la interacción entre los sistemas de conducta se genera el apego cuyas características son las siguientes⁶⁴:

1. El apego se caracteriza por el esfuerzo en mantener la proximidad con la persona con la que se está vinculado. Establecida la vinculación afectiva, el apego es un sistema que se activa en estados de peligro, aflicción o inseguridad.
2. El apego se caracteriza también por el mantenimiento de contacto sensorial privilegiado. En este tipo de interacción es donde mayor contacto corporal se produce entre dos personas. La distancia corporal, la distancia de las caras es mínima. Los sonidos, el lenguaje peculiar especialmente modulado, los olores, el tacto, la calidez, la ternura caracterizan este momento. Esta intimidad físico-sensorial sólo se recuperará en la relación de amantes adultos.
3. La seguridad que promueve el propio vínculo permite la exploración del entorno. La seguridad que aporta la vinculación afectiva, siendo la figura de apego la referencia esencial, permite al niño o a la niña explorar el mundo que le rodea.
4. La ansiedad ante la separación es otra de las características del sistema de apego. Ante la separación de la figura de apego, surge la ansiedad de separación que tiende a desaparecer al recuperar la proximidad y el contacto.

Una de las ideas centrales de la teoría del apego se refiere a la base de seguridad. Su origen se encuentra en la interacción entre el niño y su figura de apego y depende fundamentalmente de su calidad. Así, la base de seguridad permite al individuo estructurar de forma coherente su propio Yo.

La teoría del apego mantiene la idea de que una buena experiencia de apego provee al individuo de representaciones mentales positivas respecto a uno mismo y los demás, y ello constituye la base de seguridad que se expresa en el modo de relacionarse expresado en estilos de apego⁶⁴.

1.2.3. Los estilos de apego

Bowlby (1973) indicó que los modelos internos contienen el modelo de uno mismo en términos de autoestima y el modelo de los demás en términos de confianza⁵⁸, la combinación de ambas variables explicarían los distintos estilos de apego.

Ainsworth, Blehar, Water, y Wall (1978) concluyen tres patrones conductuales que son representativos de los distintos estilos de apego en el niño⁷⁰:

1. *Apego Seguro*: Aparece ansiedad ante la separación y esta desaparece al volver con el cuidador. Utilizan el apoyo de su cuidador cuando están angustiados. Tienen la seguridad de que sus cuidadores están disponibles y responden a sus necesidades cuando los necesitan.
2. *Apego inseguro-evitativo*: El niño no tiene confianza en la disponibilidad del cuidador principal, muestra poca ansiedad ante la separación y el desinterés en el reencuentro, incluso cuando el cuidador busca el acercamiento ellos rechazan el encuentro. Esto podríamos interpretarlo como una conducta saludable, sin embargo, esto es debido a la falta de actitudes emocionales.
3. *Apego inseguro ansioso-ambivalente*: El niño muestra ansiedad ante la separación y no se tranquiliza ante el reencuentro con el cuidador, el niño intenta asegurarse la atención del cuidador. Su preocupación por la ausencia del cuidador no les deja explorar el entorno por su propensión a la ansiedad. Presenta un fuerte deseo de intimidad y a la vez una sensación de inseguridad.

Los investigadores al encontrarse con problemas para clasificar a todos los niños dentro de estas categorías han propuesto una cuarta categoría de apego denominado desorganizado^{71,72}.

4. *Apego desorganizado*. Estos niños ante la situación extraña reaccionan con un comportamiento que se puede entender como una mezcla de los patrones ambivalente y evitativo. En el reencuentro con la figura de apego pueden mostrar búsqueda de proximidad y contacto para, repentinamente, huir y evitar la interacción, mostrando también con frecuencia gestos de autoprotección. Las investigaciones sobre el apego desorganizado en la infancia confirman que se

trata de un patrón frecuente en niños que son víctimas de episodios de negligencia y maltrato físico.

En esta situación, el niño ha experimentado ciclos de protección y a la vez rechazo y agresión, se siente vinculado a su figura de apego y a la vez la teme, lo que explica la combinación de aproximación y evitación. En este contexto el niño no sabe qué tipo de comportamiento es el adecuado en la interacción con la conducta de apego.

Más adelante, Bartholomew (1991) plantea una versión actualizada de los estilos de apego en adultos en cuatro categorías (cuadro n°2). Su planteamiento surge de la reflexión siguiente: si el modelo interno, siguiendo a Bowlby, está compuesto por dos variables, el modelo de sí mismo y el modelo de los demás, y si éstas se relacionan entre sí de modo ortogonal, de esta relación resultan cuatro categorías, como apuntaban otros investigadores⁷³.

		<u>Modelo de sí mismo</u>	
		<u>Positivo</u>	<u>Negativo</u>
<u>Modelo del otro</u>	<u>Positivo</u>	Seguro	Ansioso /Preocupado
	<u>Negativo</u>	Evitativo/Alejado	Temeroso

Cuadro n°2. Estilos de apego adaptado de Bartholomew (1994)

Estos estilos tienen como referente la tipología de Ainsworth y son:

1. Seguro: Los sujetos seguros tienen percepción positiva de sí mismos y de los otros, no tienen reparo a la hora de acercarse e involucrarse con los demás. Se desenvuelven bien con la intimidad y con la autonomía.
2. Ansioso/Preocupado: Estos individuos quieren intimar con los demás, pero temen ser rechazados o desvalorizados. Poseen una idea negativa de sí mismo y positiva de los demás.

3. Evitativo/Alejado: La característica de estas personas es que le otorgan más importancia a lo personal y defensivamente desvalorizan la importancia de los vínculos afectivos. Poseen una idea positiva de sí mismo y negativa de los demás.
4. Temeroso: Siente deseo de intimar con los demás pero a su vez desconfía y evitan los vínculos sentimentales. Temen ser rechazados y suelen ser muy dependientes del otro. Poseen una idea negativa de sí mismo y negativa de los demás.

1.2.4. Diferencias en los estilos de apego

Las diferencias en el estilo de apego se deben a multitud de factores, entre los que se han destacado las características de las figuras de apego que se han tenido en la infancia, la historia familiar y diferentes variables del sistema familiar, las características del propio niño y algunos factores transculturales.

En relación con las figuras de apego, el apego seguro se relaciona con el hecho de tener cuidadores que cumplen adecuadamente la función: estar disponibles, percibir y responder adecuadamente a las demandas del niño de forma coherente, ser emocionalmente estables, mantener formas de interacción armónicas e íntimas con los hijos, etc.⁷⁴. En resumen, aquellas personas que permiten al niño aprender mental, afectiva y conductualmente que son incondicionales y eficaces. Los estilos de apego seguro se relacionan también con una historia familiar satisfactoria y con estilos educativos cálidos y favorecedores de autonomía.

El apego ansioso o preocupado se relaciona con figuras de apego inconsistente, incoherentes en la relación con los hijos, inestables emocionalmente y con expresiones de intimidad muy cambiantes. La historia familiar con frecuencia es insatisfactoria, con inestabilidad y estilo educativo sobreprotector e incoherente⁷⁴.

El apego evitativo o alejado se ha relacionado con figuras de apego hostiles hacia los niños o con dificultad para expresarles afecto y proporcionarles intimidad. El balance de la historia familiar suele ser poco satisfactorio y las normas educativas frías y hostiles; pueden oscilar entre el autoritarismo y el abandono⁷⁴.

El apego desorganizado o temeroso, se relaciona con las distintas formas del maltrato infantil, físico y/o emocional⁷⁴.

1.2.5. Perfiles de comportamiento sexual en relación con los estilos de apego

La relación entre la experiencia sexual y el apego parece evidente según diversos estudios. Brennan y Shaver (1995) encontraron que las personas evitativas están más predispuestas a implicarse en relaciones no comprometidas y tienden a aceptar que es posible y placentero el sexo sin amor⁷⁵.

Fenney, Noller y Patty (1993) encontraron evidencias similares respecto a los evitativos ya que aceptaban más fácilmente relaciones sexuales casuales y no comprometidas que el resto de los grupos de apego⁷⁶.

Hazan y Zeifman (1994) obtuvieron que los seguros manifestaban una menor propensión a mantener relaciones sexuales casuales al margen de su relación principal. Tendían a implicarse en relaciones iniciadas mutuamente y a disfrutar del contacto físico con o sin sexo explícito. Los evitativos tendían a mantener relaciones sexuales caracterizadas por niveles bajos de intimidad psicológica. Los ansiosos-ambivalentes parecían disfrutar más con la expectativa de una relación sexual y con las caricias que con los comportamientos sexuales más explícitos⁷⁷.

Gómez-Zapiain (2008) encontró que las personas que tienden a la seguridad del apego, tienden a sentir menor necesidad de tener relaciones fuera de su pareja y son más capaces de ofrecer cuidados. Las personas inseguras, tendentes a la ansiedad o la evitación, muestran diferencias significativas en sentido opuesto en relación con los seguros⁷⁸.

2. Justificación

Según la revisión bibliográfica, las investigaciones realizadas han permitido establecer una correlación entre el estilo de apego desarrollado durante la infancia y ciertas variables importantes durante la adultez.

En los estudios referentes al apego adulto se han analizado con muchas variables relacionadas con el comportamiento en las relaciones sexuales, como la satisfacción, la intimidad, las relaciones con otra pareja, pero no existen estudios que relacionen variables relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos tanto dentro de la propia pareja como con otras personas según los diferentes estilos de apego.

Sería interesante ver la influencia del estilo de apego en el uso de los métodos anticonceptivos, así como las decisiones de utilizar uno u otro tipo de método si se dan por parte de uno mismo, de ambos o de la otra persona en la relación sexual.

Además, parece importante analizar, si el estilo de apego adulto se corresponde con el estilo de apego que se ha desarrollado a lo largo de la infancia y de la adolescencia.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Conocer la relación entre los diferentes estilos de apego adulto con el uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales con la pareja y con otras personas fuera de ésta.

4.2. Objetivos Específicos

Objetivo 1:

Analizar si existen diferencias entre los Estilos de Apego en la infancia y adolescencia con los estilos de Apego en la edad adulta.

Objetivo 2:

Analizar si el tipo de método anticonceptivo que se utiliza depende o no de mantener relaciones con otras personas fuera de la pareja.

Objetivo 3:

Analizar si la edad de comienzo del uso de métodos anticonceptivos depende de los estilos de Apego adulto.

Objetivo 4:

Analizar si el tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual depende los estilos de Apego.

Objetivo 5:

Analizar si influyen los estilos de Apego en el uso de un método anticonceptivo con la pareja.

Objetivo 6:

Analizar si influyen los estilos de Apego en la decisión de utilizar un método anticonceptivo con la pareja.

Objetivo 7:

Analizar si influyen los estilos de Apego en el uso de un método anticonceptivo con otra persona.

Objetivo 8:

Analizar si influyen los estilos de Apego en la decisión de utilizar un método anticonceptivo con otra persona fuera de la pareja.

5. Hipótesis

- Hipótesis n°1: Los Estilos de Apego en la infancia y adolescencia coincidirán con los Estilos de Apego en la edad adulta.

- Hipótesis n°2: El tener relaciones sexuales con tu pareja o con otra persona fuera de la pareja no influirá en el tipo de método anticonceptivo que se elija.

- Hipótesis n°3: Los diferentes estilos de Apego influirá en la edad de comienzo del uso de métodos anticonceptivos.

- Hipótesis n°4: El estilo de Apego influirá en el método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual.

- Hipótesis n°5: El estilo de Apego influirá en el método anticonceptivo utilizado con la pareja.

- Hipótesis n°6: El estilo de Apego influirá en la toma de la decisión de utilizar un método anticonceptivo con la pareja.

- Hipótesis n°7: El estilo de Apego influirá en el método anticonceptivo utilizado con otra persona.

- Hipótesis n°8: El estilo de apego influirá en la toma de la decisión de utilizar un método anticonceptivo con otra persona.

5. Metodología: materiales y métodos

5.1. Participantes

La muestra de este estudio está compuesta por 200 individuos, dividido en 170 mujeres y 30 hombres. Todos ellos son universitarios de ciencias de la salud: 90 participantes de enfermería, 27 participantes de psicología, 21 participantes de medicina, 17 participantes de fisioterapia, 17 participantes de odontología, 9 participantes de farmacia, 8 participantes de terapia ocupacional, 7 participantes de nutrición y dietética y 4 participantes de logopedia.

En cuanto a la edad, el rango se extiende desde los 18 años hasta los 38 años con una media de 22.51 y una desviación típica de 3.354 (ver ANEXO 1).

5.1.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión en el estudio son:

- Ser mayor de 18 años.
- Ser universitario de alguna de las carreras de ciencias de la salud.
- Haber utilizado métodos anticonceptivos alguna vez.

5.2. Instrumentos de recogida de información

1. Ficha de datos sociodemográficos

Para la realización de este trabajo se diseñó una ficha que recogiera la información sociodemográfica de los sujetos (Ver ANEXO 2).

Los datos que se recogieron fueron los siguientes:

- Edad
- Sexo

- Estudios universitarios de ciencias de la salud
- Estado Civil
- Hijos
- Pareja Estable y tiempo de relación en caso afirmativo
- Motivos para tener relaciones sexuales
- Uso de algún método anticonceptivo
- Edad de comienzo de métodos anticonceptivos
- Método en la primera relación sexual
- Método/s anticonceptivo/s durante las relaciones sexuales con su pareja
- Razón/es elección de un método anticonceptivo con su pareja
- Decisión de usar un método anticonceptivo con su pareja
- Método/s anticonceptivo/s durante las relaciones sexuales con otras personas
- Razón/es elección de un método anticonceptivo con otras personas
- Decisión de usar un método anticonceptivo con otras personas

2. Cuestionario de apego parental⁷⁹

Este instrumento es un cuestionario retrospectivo cuyo objetivo es evaluar la percepción que el sujeto tiene de la conducta y actitudes de sus padres en la relación mantenida con ellos hasta los 16 años. Las 25 preguntas que forman el cuestionario componen dos escalas: Cuidado/ afecto (12 ítem) y Control/Sobreprotección (13 ítem). La escala de respuesta es de tipo Likert con 4 alternativas De este modo cada respuesta se puntúa en un rango de 0 a 3 puntos (0 nunca; 3 siempre), quedando la escala de Cuidado con un puntaje máximo de 36 puntos y la de Sobreprotección con 39 puntos. (Ver ANEXO 3).

El factor Cuidado/afecto está definido, por un lado, como: afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, y por otro, como frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, apuntando de esta manera a la presencia o ausencia de esta variable.

El factor Control/Sobreprotección apunta de igual manera a la presencia o ausencia de éste, y se define como: control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma.

La combinación de estas dos escalas permite obtener cuatro tipos de vinculación, tal y como puede observarse en la figura 1.

	Alta sobreprotección		
Bajo Afecto	Control Frío	Control afectuoso	Alto Afecto
	Vínculo ausente	Vínculo óptimo	
	Baja sobreprotección		

Figura 1: Tipos de vínculos en función del P.B.I.

- *Control afectuoso*. Este tipo de vínculo es el resultante de puntuaciones elevadas en las escalas de afecto y control. Es característico de padres intrusivos y sobreprotectores, pero afectuosos.

- *Control frío*. Este tipo vínculo corresponde a una elevada puntuación en la escala de control y bajo afecto. Padres intrusivos, fríos y distantes.

- *Vínculo ausente*. Es característico de padres en los que existe bajo control y bajo afecto. Son padres distantes, negligentes al tiempo que muestran pocas conductas de supervisión.

- *Vínculo óptimo*. Es la combinación de un elevado afecto y bajo control, lo que corresponde a un vínculo afectuoso que facilita la autonomía.

La combinación interesante para la adquisición de un vínculo seguro es la resultante de conductas parentales afectuosas y con control bajo o moderado en la crianza de los hijos. La inseguridad afectiva, por el contrario, se asociaría a la sobreprotección sin fomento de la autonomía y a un afecto y cuidado parentales bajo.

En cuanto a las propiedades psicométricas, los autores⁷⁸ señalaron una buena fiabilidad, con índices para el padre de .82 en afecto y en control.

3. Cuestionario de Relación⁸⁰

Este cuestionario permite clasificar el estilo de apego de la persona a través de cuatro descripciones generales de formas de relación afectiva. En la primera parte, de elección forzada, la persona elige aquella descripción que más se acerca al modo en el que se ve representada en su gestión de las relaciones interpersonales. En la segunda parte, contesta una escala de tipo Likert de 7 puntos, el grado en que cada una de las cuatro descripciones se ajustan a su forma de relacionarse (desde en absoluto parecido a mí, hasta muy parecido a mí). (Ver ANEXO 4).

<p>Seguro: Me resulta fácil sentirme emocionalmente cercano a otros. Me siento cómodo/a sabiendo que puedo contar con su ayuda y que ellos pueden contar con la mía. No me preocupa estar sólo/a o que otras personas no me acepten.</p>
<p>Temeroso: Me siento incómodo/a intimando con los demás. Quiero tener relaciones emocionales íntimas, pero encuentro difícil confiar plenamente en los demás y no me siento bien si los necesito. Me preocupa que pueda salir herido/a si me permito intimar demasiado con los demás.</p>
<p>Preocupado: Quiero estar muy implicado/a emocionalmente con los demás pero, a menudo, encuentro que los otros no están dispuestos a estar tan cerca de mí como me gustaría. Me siento incómodo/a sin tener relaciones íntimas, pero a veces me preocupa que los demás no me valoren tanto como yo los valoro a ellos.</p>
<p>Alejado: Me siento bien sin tener relaciones íntimas. Para mí, es muy importante sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no tener que contar con los demás ni que ellos tengan que contar conmigo.</p>

Tabla 1: Descripciones prototípicas de los cuatro estilos de apego

Este instrumento, a parte del diagnóstico del estilo de apego, también permite valorar a los sujetos en las dimensiones afectivas “concepto de uno mismo” y “concepto de los demás” señaladas por Bowlby 1973⁵⁸.

La categoría afectiva se obtiene en función de la alternativa elegida por el sujeto y la evaluación dimensional se realiza a través de operaciones de suma y resta con las puntuaciones dadas por el sujeto en las escalas Likert, tal como señalan los autores. Este proceso se explica en el apartado de resultados.

5.3. Procedimiento

Para la recogida de datos se ha creado una encuesta online (<https://www.onlineencuesta.com/s/781ca5b>) que ha estado activa durante 14 días en los que se ha recogido la muestra de 200 universitarios de ciencias de la salud.

Este cuestionario estaba compuesto por 17 preguntas sociodemográficas y relacionadas con el uso de los métodos anticonceptivos, más 3 cuestionarios: el cuestionario de apego parental⁷⁹ y el cuestionario de relación⁸⁰.

La muestra ha participado de forma anónima y voluntaria por la página web anteriormente descrita garantizando la confidencialidad de los datos y su uso exclusivo para nuestro estudio.

Para acceder a la muestra se ha publicado el enlace de la página web utilizada en diferentes redes sociales y en grupos cerrados de dichas redes que pertenecían al conjunto de universitarios de ciencias de la salud.

5.4. Diseño del estudio

Es un estudio con un enfoque cuantitativo, con diseño transversal, analítico-comparativo entre los diferentes estilos de apego adulto con las variables relacionadas con los métodos anticonceptivos que hemos utilizado.

Se realiza un estudio descriptivo de las variables sociodemográficas y análisis Chi-cuadrado cuando este análisis ha resultado relevante.

6. Análisis Estadístico y Resultados

Una vez finalizado el trabajo de campo los datos han sido introducidos en una base de datos para su posterior análisis estadístico. Este análisis se ha realizado con el paquete SPSS (en su versión 20 para Windows Xp).

A continuación procederemos a detallar los análisis efectuados, para así facilitar la interpretación de los resultados. En primer lugar, presentamos el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y posteriormente presentamos los análisis multivariado.

6.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas (Anexo 5)

Como podemos observar (Figura 2) la muestra está formada por 170 mujeres que forman el 85% de la muestra y 30 hombres que constituyen el 15% restante de la muestra total de 200 individuos.

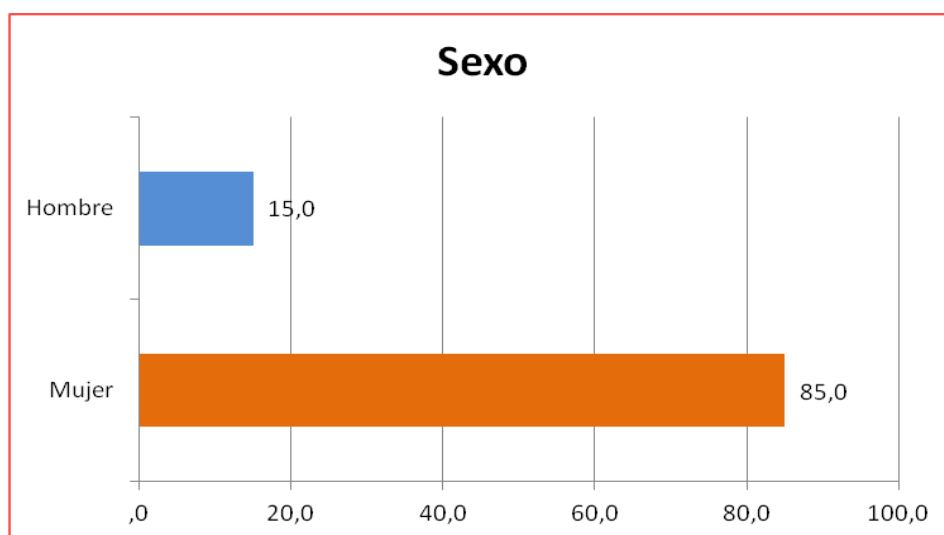


Figura 2: Distribución de porcentajes de la variable sexo en la muestra

Todos ellos son universitarios de diferentes carreras de ciencias de la salud (Figura 3): 90 participantes de enfermería (45%), 27 participantes de psicología (17,5%), 21 participantes de medicina (10,5%), 17 participantes de fisioterapia (8,5%), 17 participantes de odontología (8,5%), 9 participantes de farmacia (4,5%), 8 participantes de terapia ocupacional (4%), 7 participantes de nutrición y dietética (3,5%) y 4 participantes de logopedia (2%).

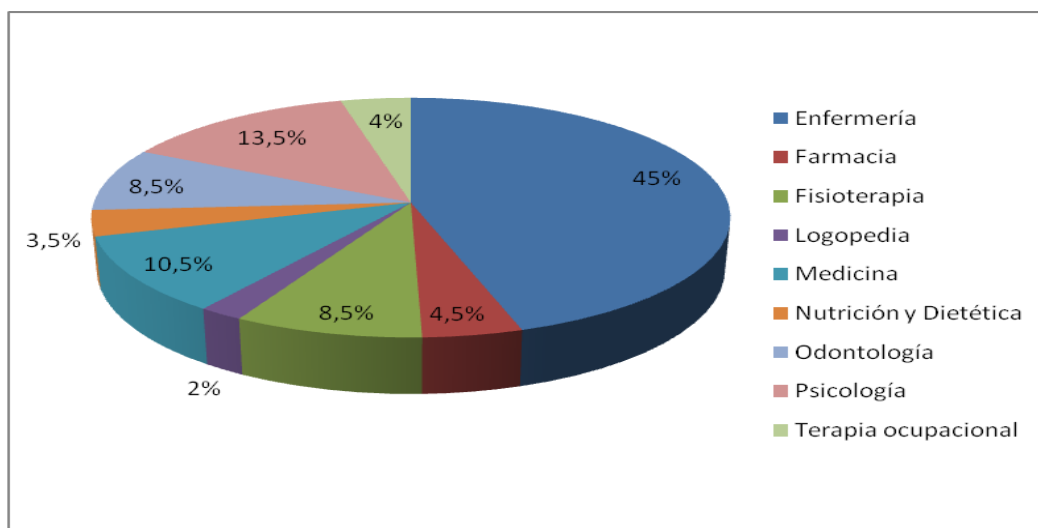


Figura 3: Distribución de porcentajes de estudios universitarios

En cuanto al estado civil (Figura 4), tenemos 180 individuos solteros (90%), 6 casados (3%) y otros 14 que no se catalogan como solteros ni casados (7%).

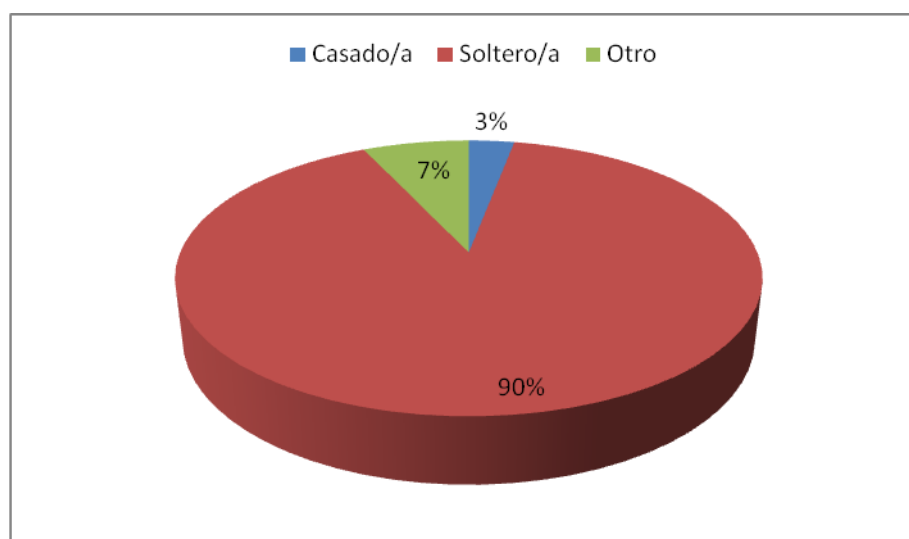


Figura 4: Distribución de porcentajes según el estado civil

Del total de la muestra, tenemos 6 personas con hijos (3%) y 197 personas sin hijos (97%). (Figura 5).

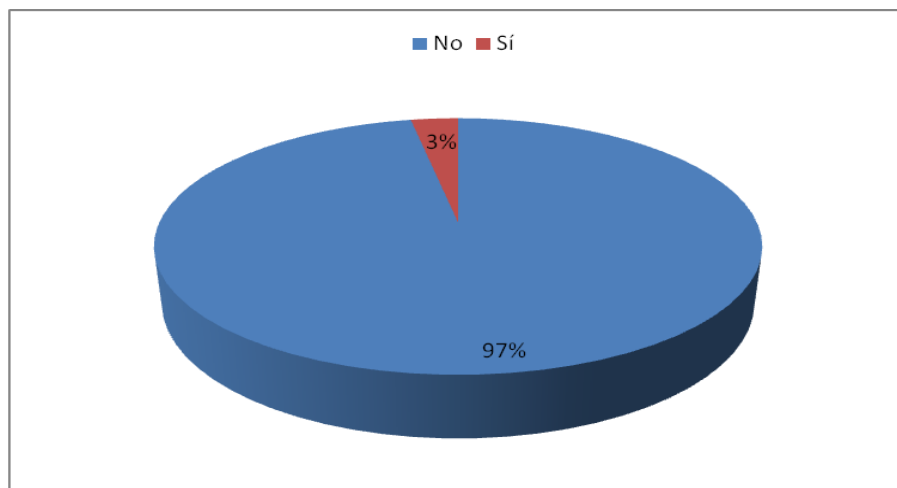


Figura 5: Distribución de porcentajes de personas con hijos y sin hijos

En cuanto a tener o no pareja estable (Figura 6), tenemos 121 personas que sí tienen pareja estable (61%) y 79 personas que no tienen actualmente pareja estable (39%).

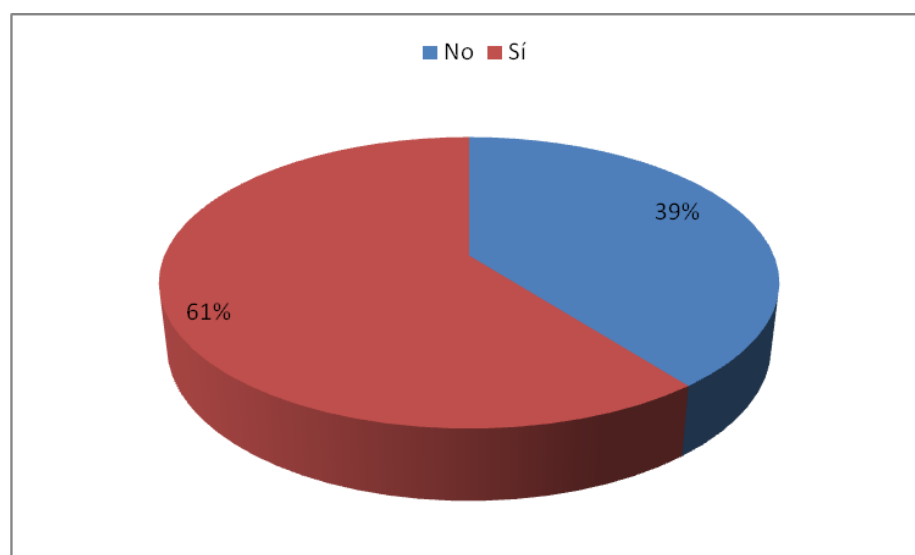


Figura 6: Distribución de porcentajes de personas con pareja estable.

Dentro de las 120 personas con pareja estable (61% del total de la muestra) (Figura 7), tenemos a 14 personas que llevan menos de un año de relación (11,7%), entre 1 y 3 años de relación tenemos a 61 personas (50,8%) y con una relación de más de 3 años tenemos a 45 personas (37,5%).

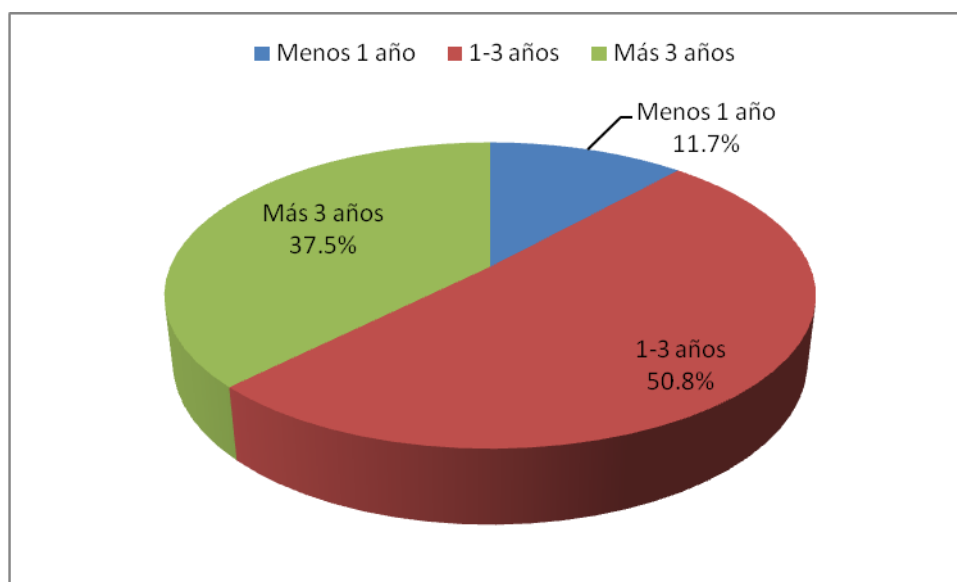


Figura 7: Distribución de porcentajes del tiempo de relación de personas con pareja estable.

Del total de la muestra, tenemos a 42 personas que no usan actualmente métodos anticonceptivos (21%) frente a 158 personas que sí los usan actualmente (79%). (Figura 8).

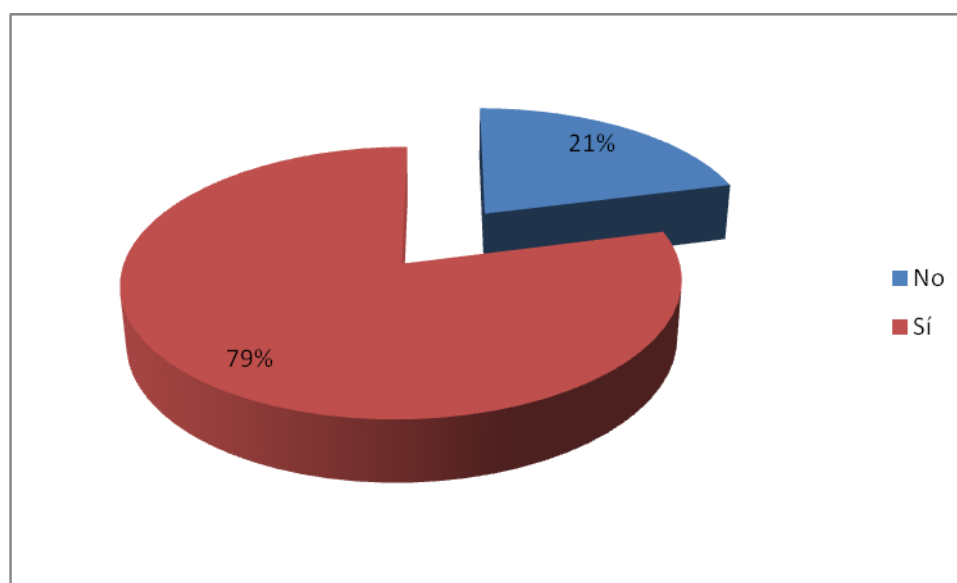


Figura 8: Distribución de porcentajes del uso actual de métodos anticonceptivos.

En cuanto a la edad de comienzo del uso de métodos anticonceptivos (Figura 9), tenemos que 1 persona empezó entre los 12 y los 13 años (0,5%), 26 personas entre los 14 y los 15 años (13,1%), 69 personas entre los 16 y los 17 años (34,8%), 82 personas entre los 18 y los 19 años (41,4%) y con más de 20 años empezaron a utilizar métodos anticonceptivos 20 personas (10,1%).

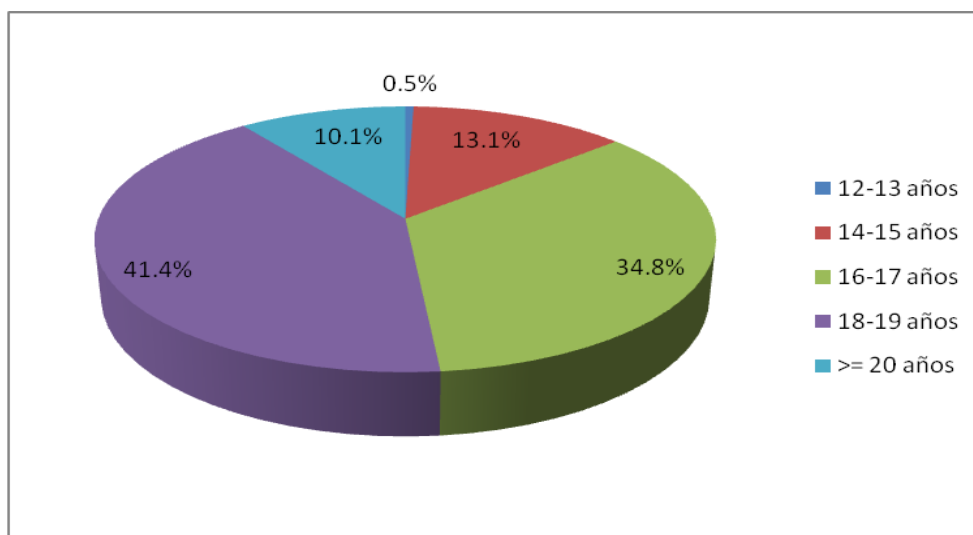


Figura 9: Distribución de porcentajes de la edad de comienzo de métodos anticonceptivos.

En el método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual (Figura 10) tenemos a 1 persona que utilizó el diafragma (0,5%), 6 personas que utilizaron el coito interrumpido (3%), 6 personas que utilizaron la píldora anticonceptiva (3%), 10 personas que no usaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual (5%) y 177 personas que utilizaron el preservativo/condón (88,5%).

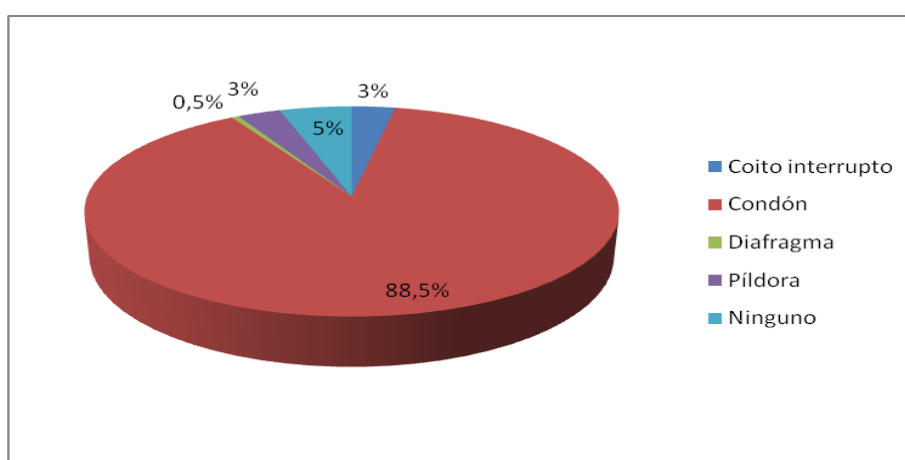


Figura 10: Distribución de porcentajes del método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual.

En el método anticonceptivo utilizado durante las relaciones sexuales con su pareja (Figura 11) tenemos a 143 personas que utilizan el preservativo masculino/condón (52,77%), 61 personas que utilizan la píldora anticonceptiva (22,51%), 33 personas que utilizan el coito interrumpido (12,18%), 20 personas que utilizan el anillo vaginal (7,38%), 3 personas que utilizan el DIU (1,11%), 2 personas que utilizan el preservativo femenino (0,74%), 2 personas que utilizan los parches anticonceptivos (0,74%), 2 personas que utilizan el diafragma (0,74), 1 persona el moco cervical o método de Billings (0,37%) y otra persona que utiliza como método anticonceptivo con su pareja la vasectomía (0,37%).

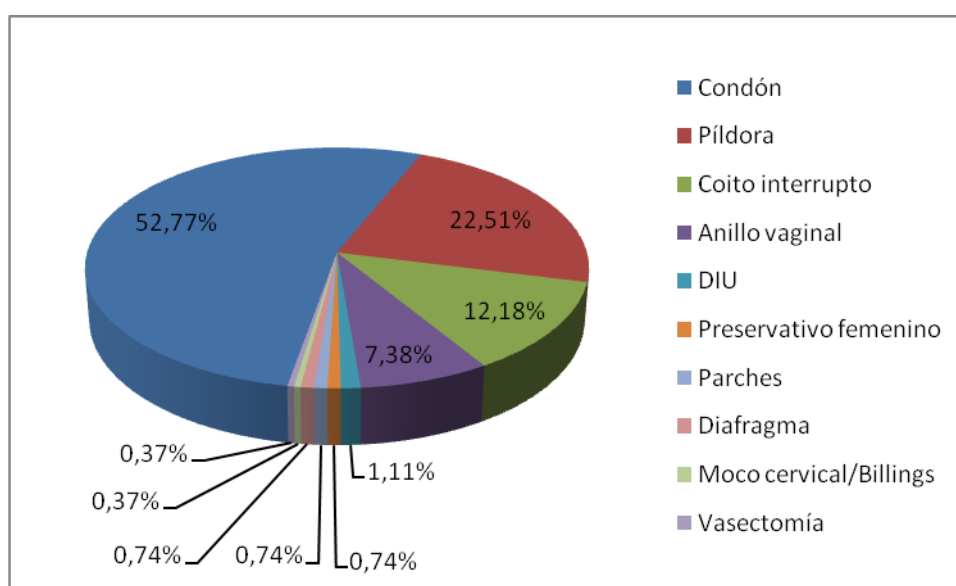


Figura 11: Distribución de porcentajes del método anticonceptivo utilizado en las relaciones con su pareja.

Presentamos un gráfico para así poder apreciar y contrastar diferencias distinguiendo entre mujeres y hombres, los métodos anticonceptivos utilizados en las relaciones sexuales con su pareja (Figura 12). En el coito interrumpido, las mujeres lo utilizan en un 14,8% frente al 33,3% de los hombres, pero no existen diferencias en ninguno de los casos.

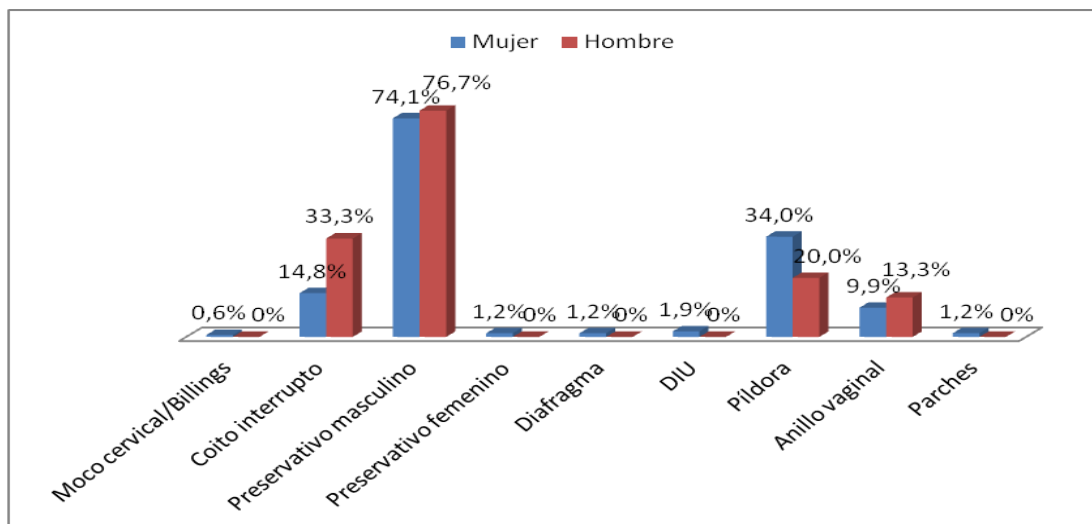


Figura 12: Distribución de porcentajes del uso de un anticonceptivo en las relaciones con su pareja por sexo.

Presentamos un gráfico para así poder apreciar y contrastar diferencias según el estado civil con los métodos anticonceptivos utilizados en las relaciones sexuales con su pareja (Figura 13).

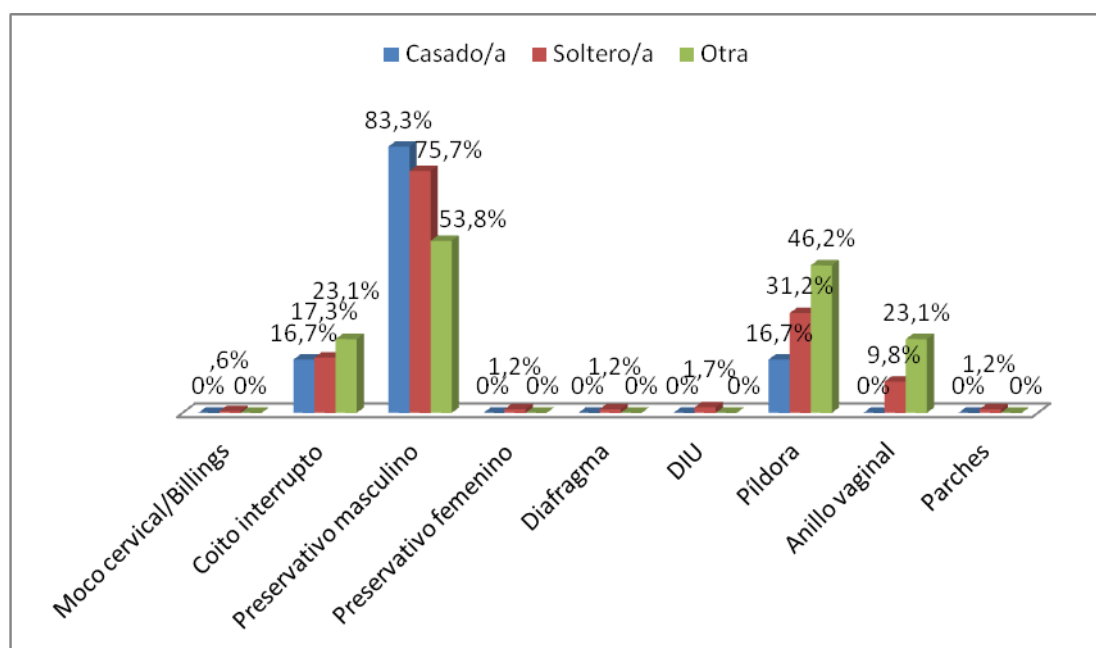


Figura 13: Distribución de porcentajes del uso de un anticonceptivo en las relaciones con su pareja por estado civil.

Presentamos un gráfico para así poder apreciar y contrastar diferencias según el tiempo en pareja con los métodos anticonceptivos utilizados en las relaciones sexuales con su pareja (Figura 14).

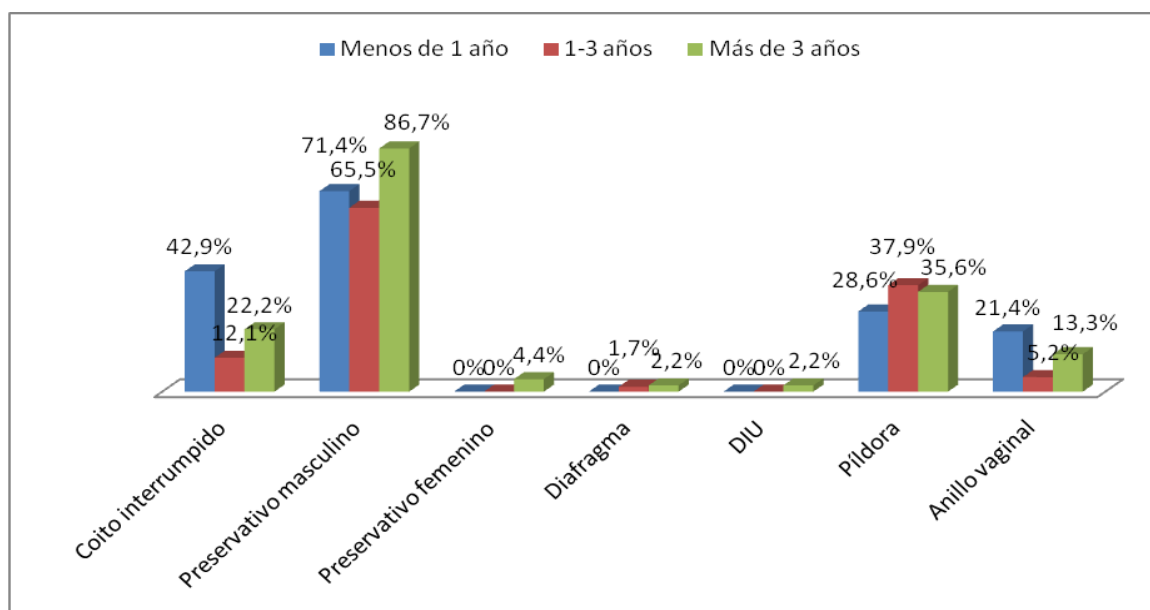


Figura 14: Distribución de porcentajes del uso de un anticonceptivo en las relaciones con su pareja por tiempo de duración de la pareja.

En cuanto a la razón de utilizar un método anticonceptivo en las relaciones con su pareja los porcentajes fueron los siguientes (Figura 15): 57% razón seguridad, 26% razón comodidad, 12,67% razón económica y 4,3% otra razón para su uso.

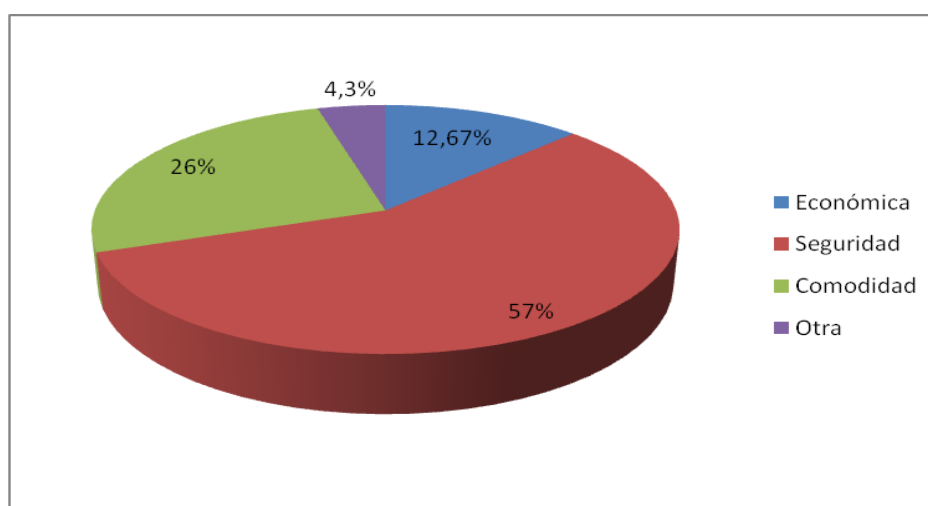


Figura 15: Distribución de porcentajes de la razón para utilizar un anticonceptivo en las relaciones con su pareja.

En la decisión de utilizar un método anticonceptivo en las relaciones con la pareja se obtuvieron los siguientes porcentajes (Figura 16): decisión de ambos 86,72%, decisión de mi pareja 1,53% y decisión mía propia 11,73%.

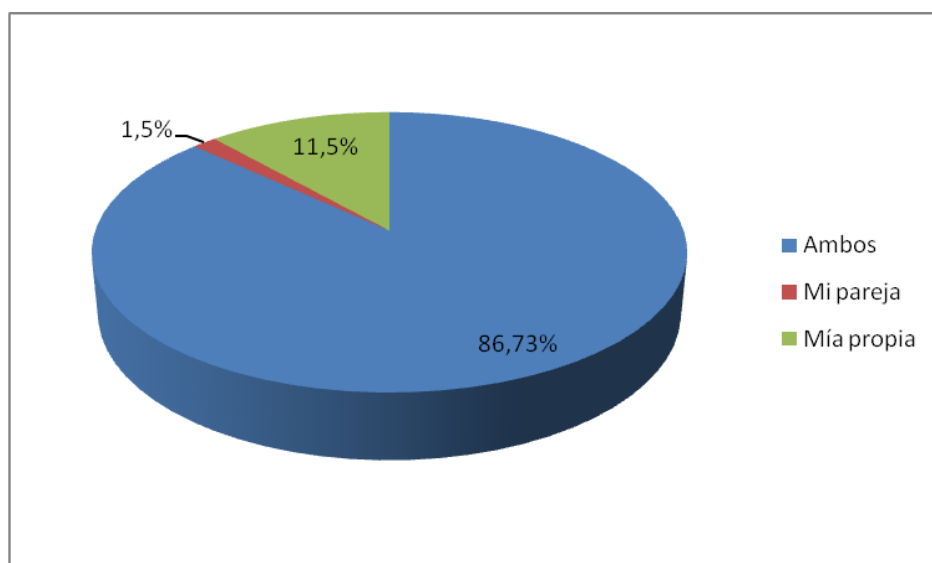


Figura 16: Distribución de porcentajes de la decisión de utilizar un anticonceptivo en las relaciones con su pareja.

A la pregunta de qué método anticonceptivo utiliza en las relaciones con otras personas aparte de su pareja contestaron 96 personas (48%) frente a 104 personas (52%) que no contestaron esta pregunta, dejandola en blanco (Figura 17).

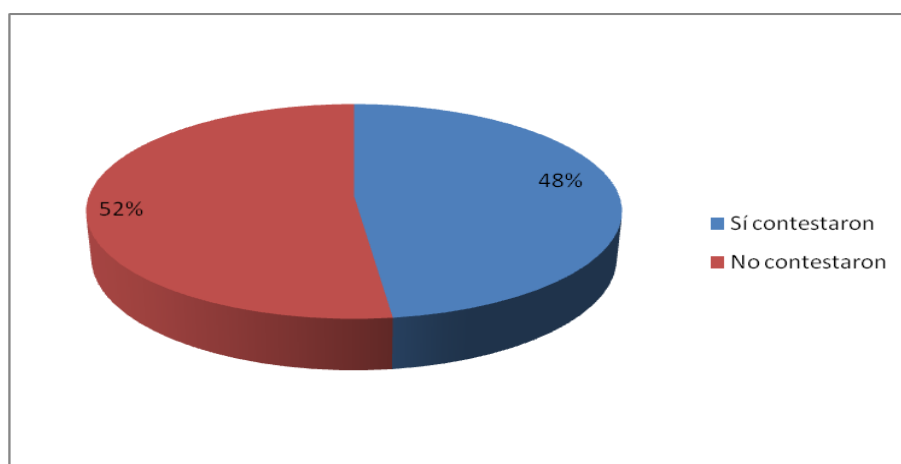


Figura 17: Distribución de porcentajes de las personas que contestaron a la pregunta de método anticonceptivo con otras personas aparte de su pareja.

De ese 48% de la muestra que sí contestaron a la pregunta de los métodos utilizados con otras personas aparte de la pareja fueron (Figura 18): 94 utilizan el preservativo masculino/condón (69,12%), 17 la píldora anticonceptiva (12,5%), 12 utilizan el coito interrumpido (8,82%), 4 utilizan el anillo vaginal (2,94%), 3 los parches anticonceptivos (2,21%), 3 el DIU (2,21%), 2 espermicidas (1,47%) y 1 persona utiliza el preservativo femenino (0,74%).

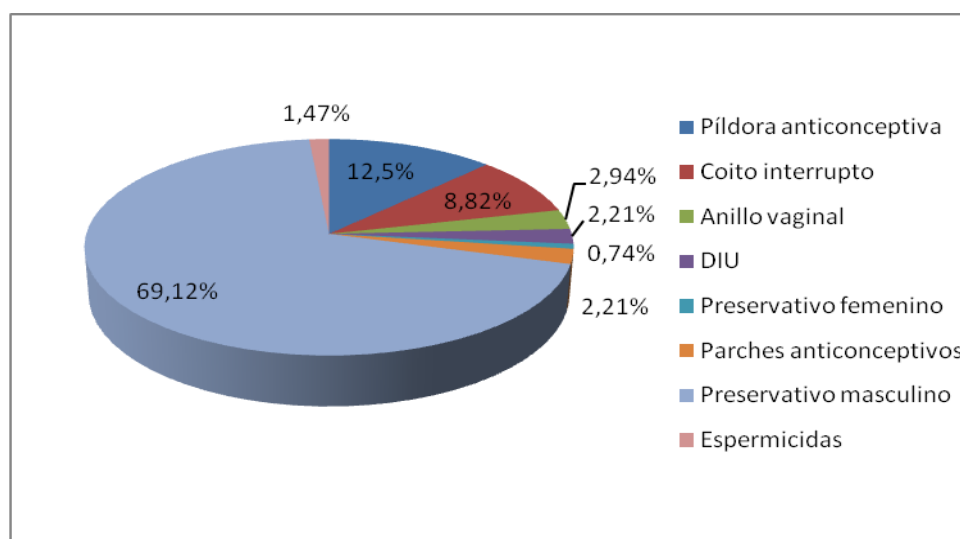


Figura 18: Distribución de porcentajes del método anticonceptivo utilizado en las relaciones con otra persona.

En el uso de un método anticonceptivo con su pareja y con otras personas aparte de su pareja, presentamos un gráfico de ambos para así poder apreciar y contrastar diferencias (Figura 19).

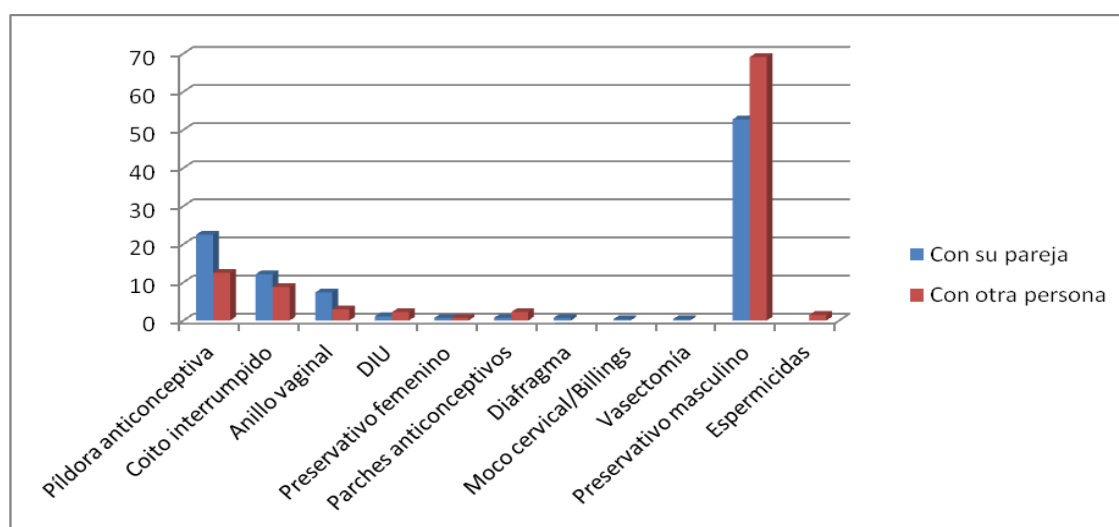


Figura 19: Distribución de porcentajes uso de métodos anticonceptivos según sea con la pareja o con otra persona.

En las relaciones sexuales con otras personas aparte de su pareja, la razón para utilizar un método anticonceptivo se obtuvo (Figura 20): 73,23% de personas por seguridad, 14,96% la razón es comodidad, 7,1% para los que la razón es económica y un 4,72% para los que la razón es otra.

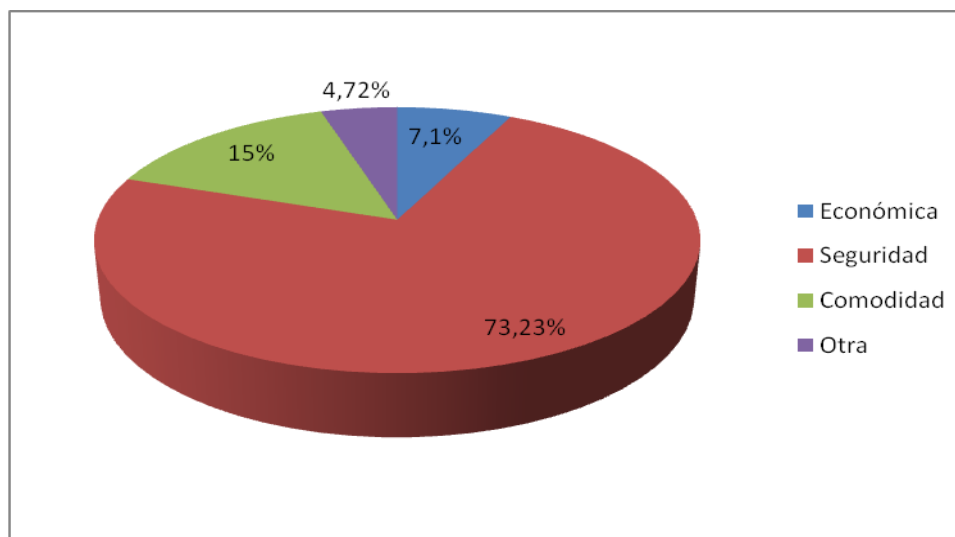


Figura 20: Distribución de porcentajes de la decisión de utilizar un anticonceptivo en las relaciones con otra persona.

En la razón para utilizar de un método anticonceptivo con su pareja y con otras personas aparte de su pareja, presentamos un gráfico de ambos para así poder apreciar y contrastar diferencias (Figura 21).

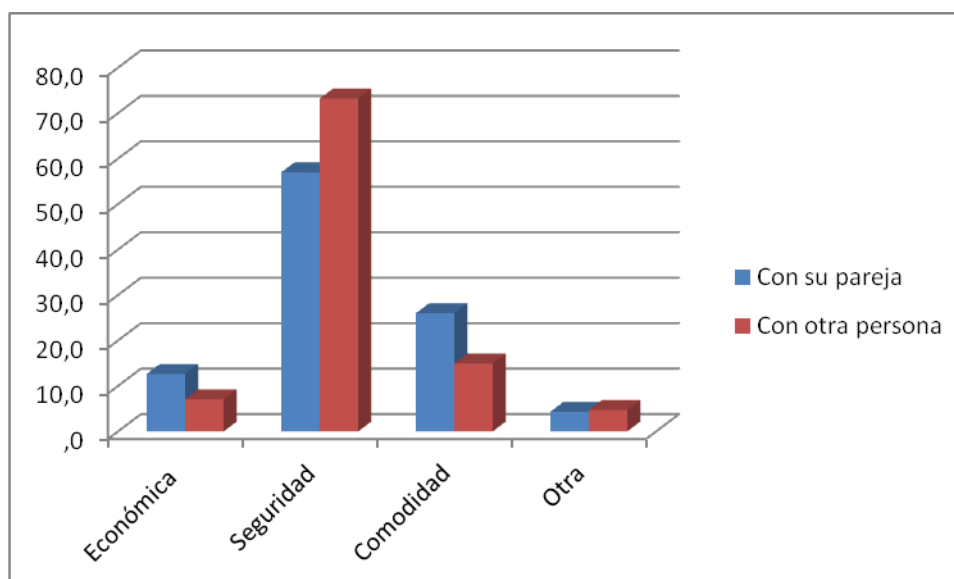


Figura 21: Distribución de porcentajes razón para el uso de métodos anticonceptivos según sea con la pareja o con otra persona.

En la decisión de utilizar un método anticonceptivo con otra persona aparte de la pareja se obtuvieron las siguientes proporciones (Figura 22): decisión de ambos un 55,45%, decisión mía propia 42,57% y de la otra persona un 1,98%.

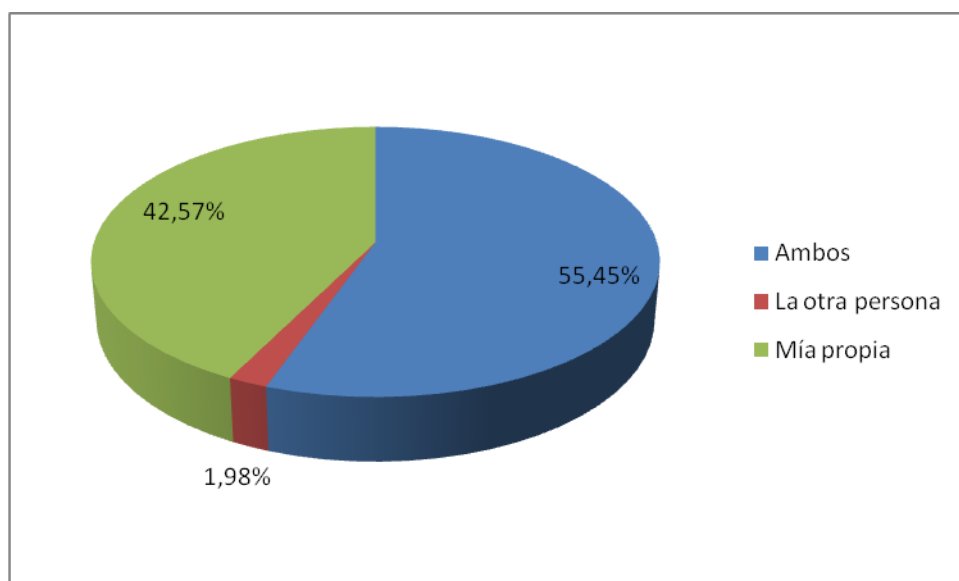


Figura 22: Distribución de porcentajes de la decisión de utilizar un anticonceptivo en las relaciones con otra persona.

En la decisión para utilizar de un método anticonceptivo con su pareja y con otras personas aparte de su pareja, presentamos un gráfico de ambos para así poder apreciar y contrastar diferencias (Figura 23).

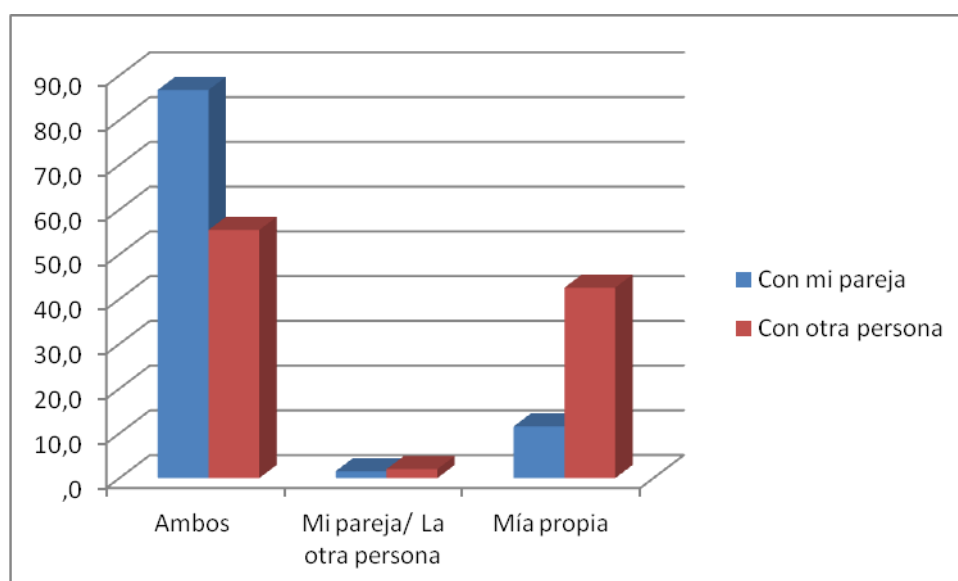


Figura 23: Distribución de porcentajes decisión para el uso de métodos anticonceptivos según sea con la pareja o con otra persona.

6.2. Análisis Multivariante:

- Relaciones sexuales con su pareja u otras personas vs el uso de un Método Anticonceptivo, la razón y la decisión de su uso.

En el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja encontramos a 15 (14,4%) que utilizan el coito interrumpido como método anticonceptivo frente a un 13,5% (13) de los que si mantienen relaciones fuera de la pareja. Pese a que estos datos ofrecen un porcentaje más alto en el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja, la prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos ($p\text{-valor}=1$), por tanto las variables son independientes. El uso de éste método anticonceptivo es independiente de mantener o no relaciones fuera de la pareja (Tabla 2).

Tabla 2: Tabla de Contingencia Coito interrumpido vs Relaciones con otros

		<u>Relaciones con otros</u>		
		No	Sí	Total
No	Recuento	89 _a	83 _a	172
	% dentro de Relaciones con otros	85.6%	86.5%	86.0%
Si	Recuento	15 _a	13 _a	28
	% dentro de Relaciones con otros	14.4%	13.5%	14.0%
Total	Recuento	104	96	200
	% dentro de Relaciones con otros	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado con corrección por continuidad: Valor=0,000; gl=1; p-valor=1.

a. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Relaciones con otros categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel 0 .05.

En el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja encontramos a 85 (81,7%) que usan el preservativo masculino como método anticonceptivo frente a 83 (86,5%) de los que si mantienen relaciones fuera de la pareja. Pese a que estos datos ofrecen un porcentaje más alto en el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja, la prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos ($p\text{-valor}=0.473$), por tanto las variables son independientes. El uso de éste

método anticonceptivo es independiente de mantener o no relaciones fuera de la pareja (Tabla 3).

Tabla 3: Tabla de Contingencia Preservativo masculino vs Relaciones con otros

Preservativo masculino		Relaciones con otros		
		No	Sí	Total
No	Recuento	19 _a	13 _a	32
	% dentro de			
	Relaciones con otros	18.3%	13.5%	16.0%
Sí	Recuento	85 _a	83 _a	168
	% dentro de			
	Relaciones con otros	81.7%	86.5%	84.0%
Total	Recuento	104	96	200
	% dentro de			
	Relaciones con otros	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado con corrección por continuidad: Valor=0,516; gl=1; p-valor=0.473.

a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Relaciones con otros categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

En el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja encontramos a 2 (1,9%) que utilizan el preservativo femenino como método anticonceptivo frente a un 0% de los que sí mantienen relaciones fuera de la pareja. Pese a que éstos datos ofrecen un porcentaje más alto en el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja, la prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p-valor=0.513), por tanto las variables son independientes. El uso de éste método anticonceptivo es independiente de mantener o no relaciones fuera de la pareja (Tabla 4).

Tabla 4: Tabla de Contingencia Preservativo femenino vs Relaciones con otros

Preservativo femenino		Relaciones con otros		
		No	Sí	Total
No	Recuento	102 _a	96 _a	198
	% dentro de			
	Relaciones con otros	98.1%	100.0%	99.0%
Sí	Recuento	2 _a	0 _a	2
	% dentro de			
	Relaciones con otros	1.9%	.0%	1.0%
Total	Recuento	104	96	200
	% dentro de			
	Relaciones con otros	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado con corrección por continuidad: Valor=0,428; gl=1; p-valor=0.513.

a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Relaciones con otros categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

En el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja encontramos a 1 (1%) que utilizan el DIU como método anticonceptivo frente a 2 (2.1%) de los que sí mantienen relaciones fuera de la pareja. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p-valor=0.944), por tanto las variables son independientes. El uso de éste método anticonceptivo es independiente de mantener o no relaciones fuera de la pareja (Tabla 5).

Tabla 5: Tabla de Contingencia DIU vs Relaciones son otros

DIU		Relaciones con otros		
		No	Sí	Total
No	Recuento	103 _a	94 _a	197
	% dentro de			
	Relaciones con otros	99.0%	97.9%	98.5%
Sí	Recuento	1 _a	2 _a	3
	% dentro de			
	Relaciones con otros	1.0%	2.1%	1.5%
Total	Recuento	104	96	200
	% dentro de			
	Relaciones con otros	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado con corrección por continuidad: Valor=0,005; gl=1; p-valor=0.944.

a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Relaciones con otros categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

En el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja encontramos 28 (26.9%) que utilizan la píldora como método anticonceptivo frente a 17 (17.7%) que si mantienen relaciones fuera de la pareja. Pese a que estos datos ofrecen un porcentaje más alto en el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja, la prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p-valor=0.165), por tanto las variables son independientes. El uso de éste método anticonceptivo es independiente de mantener o no relaciones fuera de la pareja (Tabla 6)

Tabla 6: Tabla de Contingencia Píldora vs Relaciones con otros

Píldora		Relaciones con otros		
		No	Sí	Total
No	Recuento	76 _a	79 _a	155
	% dentro de			
	Relaciones con otros	73.1%	82.3%	77.5%
Sí	Recuento	28 _a	17 _a	45
	% dentro de			
	Relaciones con otros	26.9%	17.7%	22.5%
Total	Recuento	104	96	200
	% dentro de			
	Relaciones con otros	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado con corrección por continuidad: Valor=1,931; gl=1; p-valor=0.165.

a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Relaciones con otros categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

En el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja encontramos a 8 (7.7%) que utilizan el anillo vaginal como método anticonceptivo frente a 6 (6.3%) que si mantienen relaciones fuera de la pareja. Pese a que estos datos ofrecen un porcentaje más alto en el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja, la prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p-valor=0.903), por tanto las variables son independientes. El uso de éste método anticonceptivo es independiente de mantener o no relaciones fuera de la pareja (Tabla 7).

Tabla 7: Tabla de Contingencia Anillo vaginal vs Relaciones con otros

Anillo vaginal		Relaciones con otros		
		No	Sí	Total
No	Recuento	96 _a	90 _a	186
	% dentro de			
	Relaciones con otros	92.3%	93.8%	93.0%
Sí	Recuento	8 _a	6 _a	14
	% dentro de			
	Relaciones con otros	7.7%	6.3%	7.0%
Total	Recuento	104	96	200
	% dentro de			
	Relaciones con otros	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado con corrección por continuidad: Valor=0,015; gl=1; p-valor=0.903.

a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Relaciones con otros categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

En el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja encontramos a 2 (1.9%) que utilizan los parches como método anticonceptivo frente a 2 (2.1%) que si mantienen relaciones fuera de la pareja. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p -valor=1), por tanto las variables son independientes. El uso de éste método anticonceptivo es independiente de mantener o no relaciones fuera de la pareja (Tabla 8).

Tabla 8: Tabla de Contingencia Parches vs Relaciones con otros

Parches		Relaciones con otros		
		No	Sí	Total
No	Recuento	102 _a	94 _a	196
	% dentro de			
	Relaciones con otros	98.1%	97.9%	98.0%
Sí	Recuento	2 _a	2 _a	4
	% dentro de			
	Relaciones con otros	1.9%	2.1%	2.0%
Total	Recuento	104	96	200
	% dentro de			
	Relaciones con otros	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado con corrección por continuidad: Valor=0,000; gl=1; p-valor=1.

a. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Relaciones con otros categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

En el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja encontramos a 15 (14.4%) que utilizan un método anticonceptivo por razón económica frente a 15 (15.6%) de los que si mantienen relaciones fuera de la pareja. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p -valor=0.968), por tanto las variables son independientes. La razón económica para utilizar un método anticonceptivo es independiente de mantener o no relaciones fuera de la pareja (Tabla 9).

Tabla 9: Tabla de Contingencia Razón Económica vs Relaciones con otros

Razón Económica		Relaciones con otros		
		No	Sí	Total
No	Recuento	89 _a	81 _a	170
	% dentro de			
	Relaciones con otros	85.6%	84.4%	85.0%
Sí	Recuento	15 _a	15 _a	30
	% dentro de			
	Relaciones con otros	14.4%	15.6%	15.0%
Total	Recuento	104	96	200
	% dentro de			
	Relaciones con otros	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado con corrección por continuidad: Valor=0,002; gl=1; p-valor=0.968

a. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Relaciones con otros categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

En el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja encontramos a 90 (86.5%) que utilizan un método anticonceptivo por razón de seguridad frente a 86 (89.6%) de los que si mantienen relaciones fuera de la pareja. Pese a que estos datos ofrecen un porcentaje más alto en el grupo de los que sí mantienen relaciones fuera de la pareja, la prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p-valor=0.657), por tanto las variables son independientes. La razón seguridad para utilizar un método anticonceptivo es independiente de mantener o no relaciones fuera de la pareja (Tabla 10).

Tabla 10: Tabla de Contingencia Razón Seguridad vs Relaciones con otros

Razón Seguridad		Relaciones con otros		
		No	Sí	Total
No	Recuento	14 _a	10 _a	24
	% dentro de			
	Relaciones con otros	13.5%	10.4%	12.0%
Sí	Recuento	90 _a	86 _a	176
	% dentro de			
	Relaciones con otros	86.5%	89.6%	88.0%
Total	Recuento	104	96	200
	% dentro de			
	Relaciones con otros	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado con corrección por continuidad: Valor=0,197; gl=1; p-valor=0.657

a. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Relaciones con otros categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

En el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja encontramos a 29 (27.9%) que utilizan un método anticonceptivo por razón de comodidad frente a 29 (30.2%) de los que si mantienen relaciones fuera de la pareja. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p-valor=0.837), por tanto las variables son independientes. La razón comodidad para utilizar un método anticonceptivo es independiente de mantener o no relaciones fuera de la pareja (Tabla 11).

Tabla 11: Tabla de Contingencia Razón Comodidad vs Relaciones con otros

Razón Comodidad		Relaciones con otros		
		No	Sí	Total
No	Recuento	75 _a	67 _a	142
	% dentro de			
	Relaciones con otros	72.1%	69.8%	71.0%
Sí	Recuento	29 _a	29 _a	58
	% dentro de			
	Relaciones con otros	27.9%	30.2%	29.0%
Total	Recuento	104	96	200
	% dentro de			
	Relaciones con otros	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado con corrección por continuidad: Valor=0,042; gl=1; p-valor=0.837

a. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Relaciones con otros categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

En el grupo de los que no mantienen relaciones sexuales fuera de la pareja encontramos a 23 (22,1%) que la decisión de utilizar un método anticonceptivo es suya propia frente a 27 (28,1%) de los que si mantienen relaciones fuera de la pareja. En el grupo de los que no mantienen relaciones sexuales fuera de la pareja encontramos a 0 (0%) que la decisión de utilizar un método anticonceptivo es de la pareja frente a 1 (1%) de los que si mantienen relaciones fuera de la pareja. Y finalmente, en el grupo de los que no mantienen relaciones fuera de la pareja encontramos a 79 (76%) que la decisión de utilizar un método anticonceptivo es de ambos frente a 65 (67,7%) de los que si mantienen relaciones fuera de la pareja. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p-valor=0.464), por tanto las variables son independientes.

La decisión de utilizar un método anticonceptivo por sí mismo, la otra persona o ambos es independiente de mantener o no relaciones fuera de la pareja (Tabla 12).

Tabla 12: Tabla de Contingencia Decisión vs Relaciones con otros

Decisión		Relaciones con otros		
		No	Sí	Total
Mía propia	Recuento	23 _a	27 _a	50
	% dentro de			
	Relaciones con otros	22.1%	28.1%	25.0%
Mi pareja/ Otra persona	Recuento	0 _a	1 _a	1
	% dentro de			
	Relaciones con otros	.0%	1.0%	.5%
Ambos	Recuento	79 _a	65 _a	144
	% dentro de			
	Relaciones con otros	76.0%	67.7%	72.0%
Total	Recuento	104	96	200
	% dentro de			
	Relaciones con otros	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=2,565; gl=3; p-valor=0.464

a. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Relaciones con otros categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

•Cuestionario de Apego Parental⁷⁹

Para la categorización de los sujetos en cada una de las categorías de apego parental hemos utilizado el punto de corte para la variable afecto/cuidado de 24 y la media de la variable control/sobreprotección fue de 12,5 para el padre⁷⁹.

Los resultados en nuestra muestra se muestran en la figura 24.

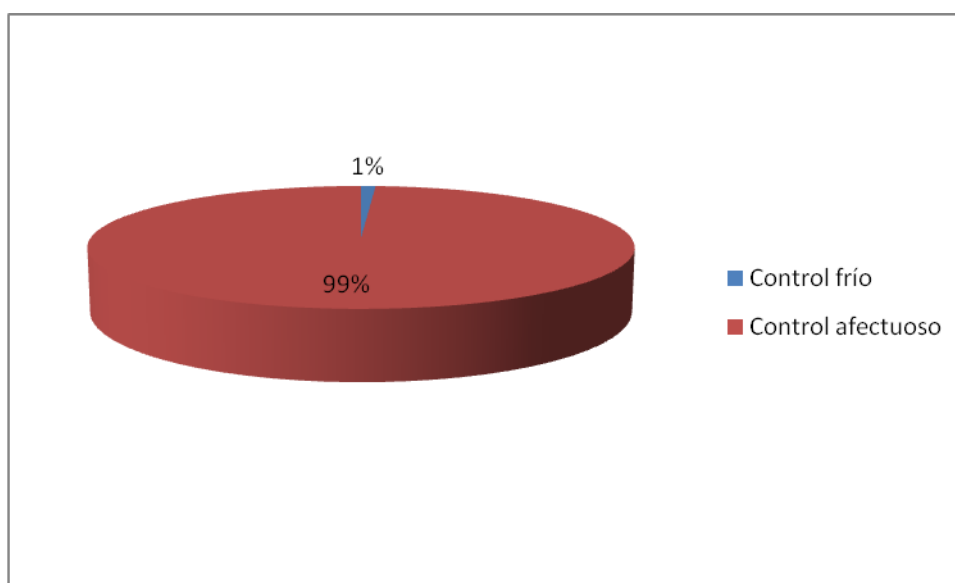


Figura 24: Distribución de porcentajes tipo de vínculo parental.

Como podemos observar, en el 99% (198 personas) de nuestra muestra, el vínculo parental que se recuerda con el padre es clasificado como “Control afectuoso” caracterizado por padres intrusivos y sobreprotectores, pero afectuosos. Este tipo de vínculo es el resultante de puntuaciones elevadas en las escalas de afecto y control.

El 1% restante (2 personas) recuerda el vínculo con su padre en la categoría de “Control frío”. Este tipo de vínculo corresponde a una elevada puntuación en la escala de control y bajo afecto. Padres intrusivos, fríos y distantes.

•Cuestionario de Relación⁸⁰: Análisis de la variable Apego
Adulto

En la primera parte, con la elección de la descripción que más considera cada persona que se acerca al modo en el que se ve representada en su gestión de las relaciones interpersonales, se han obtenido los siguientes resultados (Figura 25): 96 personas marcaron la opción A que corresponde con la descripción del apego seguro (48%), 35 personas (17,5%) marcaron la opción B que corresponde con el apego temeroso/desorganizado, 50 personas (25%) marcaron la opción C correspondiente al apego preocupado/ansioso y 19 personas (9,5%) marcaron la opción D correspondiente al apego alejado/evitativo.

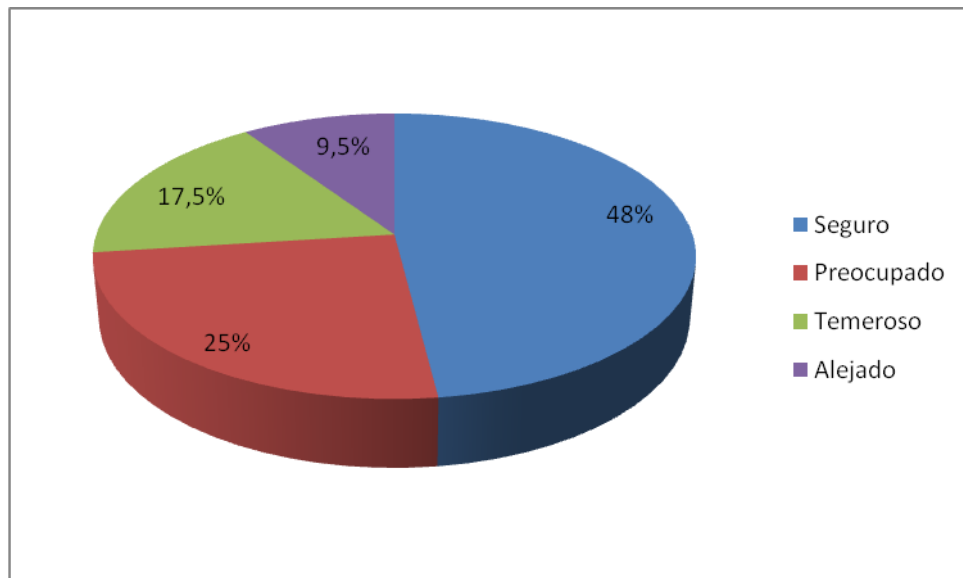


Figura 25: Distribución de porcentajes de apego adulto según autodescripción.

En el grupo de las personas sin pareja nos encontramos a 30 personas con apego seguro (38%), 26 personas con apego preocupado (32,9%), 13 personas con apego temeroso (16,5%) y a 10 personas con apego alejado (12,7%) (Figura 26).

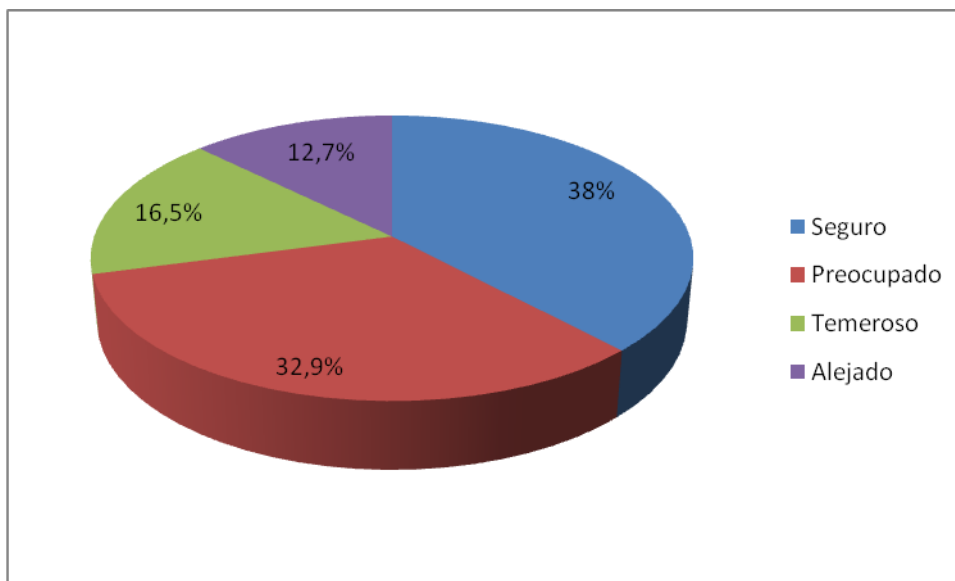


Figura 26: Proporción de tipo de apego en personas sin pareja.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías de personas que tienen pareja estable. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p -valor= 0.059), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente de tener pareja estable (Tabla 13).

Tabla 13: Tabla de Contingencia Apego vs Pareja estable

Tipo de apego		Pareja estable (PE)		Total
		No	Sí	
Seguro	Recuento	30 _a	66 _b	96
	% dentro de PE	38.0%	54.5%	48.0%
Preocupado	Recuento	26 _a	24 _b	50
	% dentro de PE	32.9%	19.8%	25.0%
Temeroso	Recuento	13 _a	22 _a	35
	% dentro de PE	16.5%	18.2%	17.5%
Alejado	Recuento	10 _a	9 _a	19
	% dentro de PE	12.7%	7.4%	9.5%
Total	Recuento	79	121	200
	% dentro de PE	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=7,456; gl=3; p-valor=0,059

a. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de PE categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías del tiempo que tienen pareja. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p -valor= 0.793), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente del tiempo que se tiene pareja (Tabla 14).

Tabla 14: Tabla de Contingencia Apego vs Tiempo pareja

Tipo apego		Tiempo pareja (TP)			Total
		Menos 1 año	1-3 años	Más 3 años	
Seguro	Recuento	6 _a	36 _a	24 _a	66
	% dentro de TP	42.9%	59.0%	53.3%	55.0%
Preocupado	Recuento	3 _a	13 _a	8 _a	24
	% dentro de TP	21.4%	21.3%	17.8%	20.0%
Temeroso	Recuento	3 _a	9 _a	10 _a	22
	% dentro de TP	21.4%	14.8%	22.2%	18.3%
Alejado	Recuento	2 _a	3 _a	3 _a	8
	% dentro de TP	14.3%	4.9%	6.7%	6.7%
Total	Recuento	14	61	45	120
	% dentro de TP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=3,124; gl=6; p-valor=0.793.

a. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de TP categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel 0.05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías de personas que utilizan un método anticonceptivo actualmente. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p -valor= 0.315), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente de usar actualmente un método anticonceptivo (Tabla 15).

Tabla 15: Tabla de contingencia Apego vs Uso Método anticonceptivo actualmente

Tipo apego		Método actualmente (MA)		Total
		No	Sí	
Seguro	Recuento	15 _a	81 _a	96
	% dentro de MA	35.7%	51.3%	48.0%
Preocupado	Recuento	14 _a	36 _a	50
	% dentro de MA	33.3%	22.8%	25.0%

Temeroso	Recuento	8 _a	27 _a	35
	% dentro de MA	19.0%	17.1%	17.5%
Alejado	Recuento	5 _a	14 _a	19
	% dentro de MA	11.9%	8.9%	9.5%
Total	Recuento	42	158	200
	% dentro de MA	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=3,545; gl=3; p-valor=0,315

a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de MA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías de edad de inicio del uso de métodos anticonceptivos. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p-valor= 0.842), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente de la edad de inicio del uso de métodos anticonceptivos (Tabla 16).

Tabla 16: Tabla de Contingencia Apego vs Edad inicio métodos anticonceptivos

Tipo de apego		Edad inicio método (EIM)					Total
		12-13 años	14-15 años	16-17 años	18-19 años	>= 20 años	
Seguro	Recuento	0 _a	14 _a	37 _a	35 _a	8 _a	94
	% dentro de EIM	.0%	53.8%	53.6%	42,7%	40.0%	47.5%
Preocupado	Recuento	1 _a	6 _a	15 _a	22 _a	6 _a	50
	% dentro de EIM	100.0%	23.1%	21.7%	26.8%	30.0%	25.3%
Temeroso	Recuento	0 _a	4 _a	10 _a	18 _a	3 _a	35
	% dentro de EIM	.0%	15.4%	14.5%	22.0%	15.0%	17.7%
Alejado	Recuento	0 _a	2 _a	7 _a	7 _a	3 _a	19
	% dentro de EIM	.0%	7.7%	10.1%	8.5%	15.0%	9.6%
Total	Recuento	1	26	69	82	20	198
	% dentro de EIM	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=7,235; gl=12; p-valor=0,842

a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de EIM categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías del método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p-valor= 0.541), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente del método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual (Tabla 17).

Tabla 17: Tabla de Contingencia Apego vs Método primera relación

Tipo Apego	Método primera relación (MPR)						Total
	Coito						
	interrumpido	Condón	Diafragma	Píldora	Ninguno		
Seguro	Recuento	2 _a	84 _a	1 _a	4 _a	5 _a	96
	% dentro de MPR	33.3%	47.5%	100.0%	66.7%	50.0%	48.0%
Preocupado	Recuento	1 _a	46 _a	0 _a	1 _a	2 _a	50
	% dentro de MPR	16.7%	26.0%	.0%	16.7%	20.0%	25.0%
Temeroso	Recuento	3 _a	29 _a	0 _a	0 _a	3 _a	35
	% dentro de MPR	50.0%	16.4%	.0%	.0%	30.0%	17.5%
Alejado	Recuento	0 _a	18 _a	0 _a	1 _a	0 _a	19
	% dentro de MPR	.0%	10.2%	.0%	16.7%	.0%	9.5%
Total	Recuento	6	177	1	6	10	200
	% dentro de MPR	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=13,795; gl=15; p-valor=0,541

a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de MPR categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías del método anticonceptivo utilizado en la relación sexual con la pareja. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p -valor= 0.714), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente del método anticonceptivo utilizado en la relación sexual con la pareja (Tabla 18)

Tabla 18: Tabla personalizada Apego vs Método con la pareja

Tipo de apego	Método con la pareja (MP)														
	Coito interrumpido		Preservativo masculino		Preservativo femenino		Diafragma		DIU		Píldora		Anillo vaginal		
	R	e	R	e	R	e	R	e	R	e	R	e	R	e	
n	% del N de la columna	n	% del N de la columna	n	% del N de la columna	n	% del N de la columna	n	% del N de la columna	n	% del N de la columna	n	% del N de la columna	n	% del N de la columna
Seguro	12 _a	52,2%	47 _a	53,4%	1 _a	50,0%	1 _a	50,0%	1 _a	100,0%	23 _a	54,8%	8 _a	66,7%	
Preocupado	2 _a	8,7%	16 _a	18,2%	1 _a	50,0%	1 _a	50,0%	0 _a	,0%	10 _a	23,8%	2 _a	16,7%	
Temeroso	7 _a	30,4%	20 _a	22,7%	0 _a	,0%	0 _a	,0%	0 _a	,0%	5 _a	11,9%	2 _a	16,7%	
Alejado	2 _a	8,7%	5 _a	5,7%	0 _a	,0%	0 _a	,0%	0 _a	,0%	4 _a	9,5%	0 _a	,0%	

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=16,946; gl=21; p-valor=0,714

a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de MP categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías de la decisión de usar un método anticonceptivo en la relación sexual con la pareja. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p-valor= 0.076), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente de la decisión de utilizar un método anticonceptivo en la relación sexual con la pareja (Tabla 19).

Tabla 19: Tabla personalizada Apego vs Decisión usar un método con la pareja

Tipo de apego	Decisión con la pareja (DP)					
	Mía propia		Mi pareja		Ambos	
	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Seguro	7 _a	53.8%	0 _a	.0%	59 _a	56.2%
Preocupado	5 _a	38.5%	0 _a	.0%	18 _a	17.1%
Temeroso	1 _a	7.7%	2 _a	100.0%	19 _a	18.1%
Alejado	0 _a	.0%	0 _a	.0%	9 _a	8.6%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=11,431; gl=6; p-valor=0,076

a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de DP categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías del método anticonceptivo utilizado en la relación sexual con otra persona. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p-valor= 0.787), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente del método anticonceptivo utilizado en la relación sexual con otra persona (Tabla 20)

Tabla 20: Tabla personalizada Apego vs Método con otra persona

Tipo de apego	Método utilizado con otras personas (MOP)													
	Coito interrumpido		Preservat masculino		Preservat femenino		Píldora		Espermicida		Anillo vaginal		Parche	
	R	n	R	n	R	n	R	n	R	n	R	n	R	n
Seguro	5 _a	100,0%	31 _a	58,5%	1 _a	100,0%	7 _a	58,3%	1 _a	100,0%	1 _a	33,3%	3 _a	100,0%
Preocupado	0 _a	,0%	8 _a	15,1%	0 _a	,0%	2 _a	16,7%	0 _a	,0%	2 _a	66,7%	0 _a	,0%
Temeroso	0 _a	,0%	12 _a	22,6%	0 _a	,0%	3 _a	25,0%	0 _a	,0%	0 _a	,0%	0 _a	,0%
Alejado	0 _a	,0%	2 _a	3,8%	0 _a	,0%	0 _a	,0%	0 _a	,0%	0 _a	,0%	0 _a	,0%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=15,685; gl=21; p-valor=0,787

a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de MOP categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías de la decisión de usar un método anticonceptivo útil en la relación sexual con otra persona. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p-valor= 0.134), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente de la decisión de utilizar un método anticonceptivo en la relación sexual con otra persona (Tabla 21)

Tabla 21: Tabla personalizada Apego vs Decisión de usar un método con otra persona

Tipo de apego	Decisión usar un método con otra persona (DOP)					
	Mía propia		La otra persona		Ambos	
	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Seguro	12 _a	57.1%	0 _a	.0%	11 _a	52.4%
Preocupado	2 _a	9.5%	0 _a	.0%	2 _a	9.5%
Temeroso	5 _a	23.8%	0 _a	.0%	6 _a	28.6%
Alejado	2 _a	9.5%	0 _a	.0%	2 _a	9.5%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=0,987; gl=3; p-valor=0,134

a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de DOP categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

En la segunda parte, vamos a analizar el estilo de apego adulto según la valoración en la escala tipo Likert de 7 puntos para la clasificación en cuanto a las dimensiones afectivas.

La dimensión “el concepto de sí mismo” se obtuvo sumando las puntuaciones dadas por la persona en los estilos con un concepto positivo de sí mismo (seguro y alejado) y restándole la suma en las puntuaciones dadas en los estilos con un concepto de sí mismo negativo (temeroso y preocupado). El concepto de sí mismo, expresado en términos de autoestima, indica la capacidad del individuo de regular el grado de dependencia hacia los demás.

La dimensión “el concepto de los otros” se obtuvo sumando las puntuaciones de los sujetos en las descripciones de estilos con un concepto positivo de los otros (seguro y preocupado) restándole la suma de las puntuaciones dadas por los sujetos a los estilos con concepto negativo de los demás (alejado y temeroso). El concepto de los demás, se expresa en términos de confianza de tal modo que las personas se pueden mostrar confiadas o desconfiadas hacia los demás (Figura 26)

		<u>Modelo de sí mismo</u>	
		<u>Positivo</u>	<u>Negativo</u>
<u>Modelo del otro</u>	<u>Positivo</u>	SEGURO Bienestar con la intimidad y la autonomía	ANSIOSO /PREOCUPADO Ambivalente, muy dependiente
	<u>Negativo</u>	EVITATIVO/ALEJADO Negación del apego	TEMEROSO/DESORGANIZADO Miedo a la intimidad

Figura 26: Estilo de apego y modelo mental del self y de los otros.

A continuación presentamos los resultados finalmente obtenidos (Figura 27): 136 personas (68%) de apego seguro y 64 personas de apego evitativo/alejado (32%).

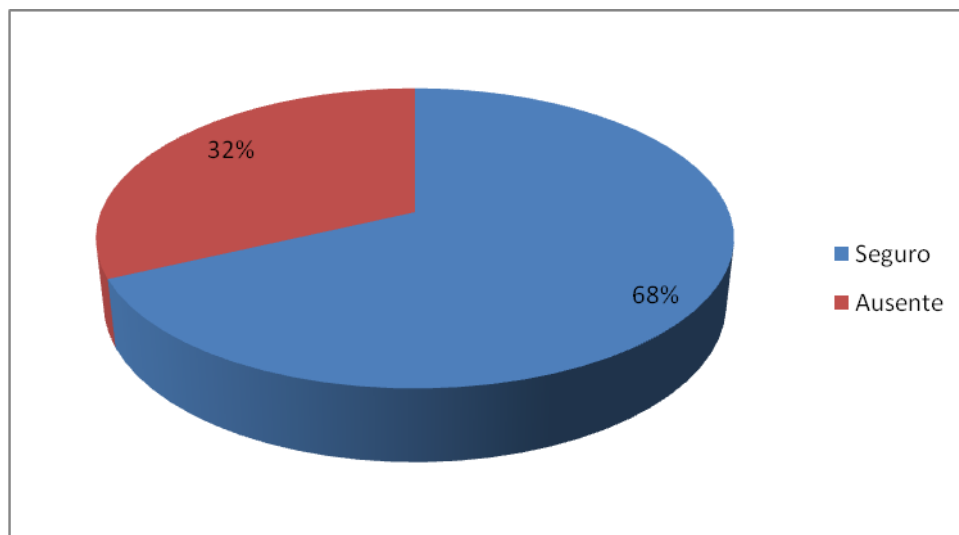


Figura 27: Distribución de proporciones de apego adulto según los modelos afectivos.

En el grupo de las personas sin pareja nos encontramos a 48 personas con apego seguro (60,8%) y a 31 personas con apego evitativo/ alejado (39,2%). La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos ($p\text{-valor}=0.056$), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente de la decisión del grupo de personas sin pareja (Figura 28).

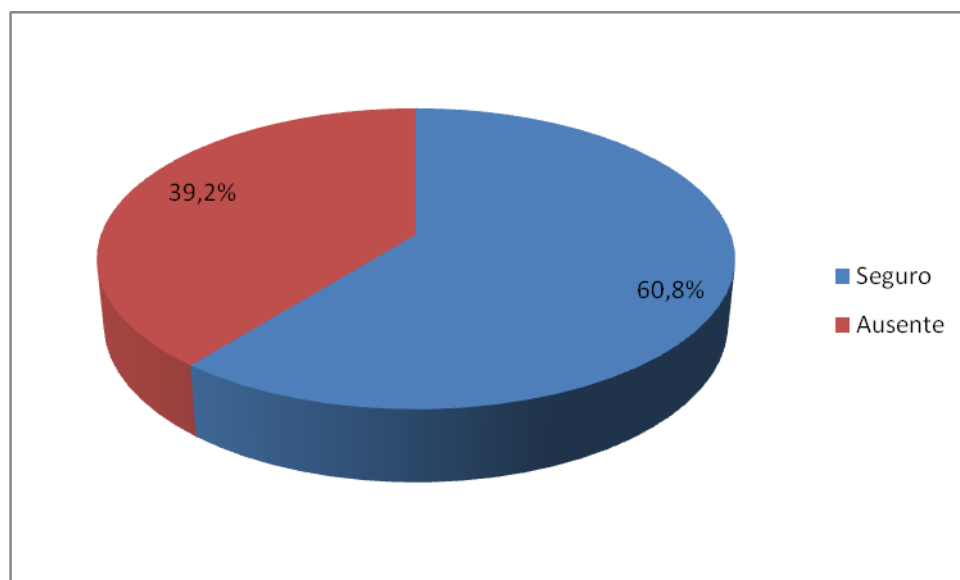


Figura 28: Distribución de proporciones de apego adulto en personas sin pareja estable.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías del tiempo que tienen pareja. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p -valor= 0.568), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente del tiempo que se tiene pareja (Tabla 22).

Tabla 22: Tabla de Contingencia Apego vs Tiempo en pareja

Tipo apego	Tiempo pareja (TP)				
	Menos 1 año	1-3 años	Más 3 años	Total	
Seguro	Recuento	9 _a	47 _a	32 _a	88
	% dentro de TP	64.3%	77.0%	71.1%	73.3%
Alejado	Recuento	5 _a	14 _a	13 _a	32
	% dentro de TP	35.7%	23.0%	28.9%	26.7%
Total	Recuento	14	61	45	120
	% dentro de TP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=1,130; gl=2; p-valor=0,568

a. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de TP categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías de personas que utilizan un método anticonceptivo actualmente. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p -valor= 0.131), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente de usar actualmente un método anticonceptivo (Tabla 23).

Tabla 23: Tabla de Contingencia Apego vs Método anticonceptivo actualmente

Tipo apego	Método actual (MA)		Total	
	No	Sí		
Seguro	Recuento	24 _a	112 _a	136
	% dentro de MA	57.1%	70.9%	68.0%
Alejado	Recuento	18 _a	46 _a	64
	% dentro de MA	42.9%	29.1%	32.0%
Total	Recuento	42	158	200
	% dentro de MA	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado con corrección por continuidad: Valor=2,283; gl=1; p-valor=0.131

a. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de MA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías de edad de inicio del uso de métodos anticonceptivos. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p -valor=

0.521), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente de la edad de inicio del uso de métodos anticonceptivos (Tabla 24).

Tabla 24: Tabla de Contingencia Apego vs Edad inicio métodos anticonceptivos

Tipo de apego		Edad inicio método (EIM)					Total
		12-13 años	14-15 años	16-17 años	18-19 años	>= 20 años	
Seguro	Recuento	0 _a	20 _a	46 _a	56 _a	13 _a	135
	% dentro de EIM	.0%	76.9%	66.7%	68.3%	65.0%	68.2%
Alejado	Recuento	1 _a	6 _a	23 _a	26 _a	7 _a	63
	% dentro de EIM	100.0%	23.1%	33.3%	31.7%	35.0%	31.8%
Total	Recuento	1	26	69	82	20	198
	% dentro de EIM	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=3,225; gl=4; p-valor=0,521
a. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de EIM categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías del método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p-valor= 0.595), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente del método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual (Tabla 25).

Tabla 25: Tabla de Contingencia Apego vs Método primera relación

Tipo de apego		Método primera relación (MPR)					Total
		Coito interrumpido	Condón	Diafragma	Píldora	Ninguno	
Seguro	Recuento	4 _a	117 _a	1 _a	5 _a	8 _a	136
	% dentro de MPR	66.7%	66.1%	100.0%	83.3%	80.0%	68.0%
Alejado	Recuento	2 _a	60 _a	0 _a	1 _a	2 _a	64
	% dentro de MPR	33.3%	33.9%	.0%	16.7%	20.0%	32.0%
Total	Recuento	6	177	1	6	10	200
	% dentro de MPR	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=3,692; gl=5; p-valor=0,595
a. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de MPR categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías del método anticonceptivo utilizado en la relación sexual con la pareja. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente

significativos (p -valor= 0.201), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente del método anticonceptivo utilizado en la relación sexual con la pareja (Tabla 26)

Tabla 26: Tabla personalizada Apego vs Método con la pareja

Tipo de apego	Método utilizado con la pareja (MP)													
	Coito interrumpido		Preser masculino		Preser femenino		Diafragma		DIU		Píldora		Anillo vaginal	
	R		R		R		R		R		R		R	
	e		e		e		e		e		e		e	
	c		c		c		c		c		c		c	
	u		u		u		u		u		u		u	
	e	% del N	e	% del N	e	% del N	e	% del N	e	% del N	e	% del N	e	
	n	de la	n	de la	n	de la	n	de la	n	de la	n	de la	n	
	t	columna	t	de la	t	de la	t	de la	t	de la	t	de la	t	
	o	a	o	columna	o	columna	o	columna	o	columna	o	columna	o	
Seguro	21 _a	91,3%	65 _a	73,9%	1 _a	50,0%	1 _a	50,0%	1 _a	100,0%	30 _a	71,4%	11 _a	91,7%
Alejado	2 _a	8,7%	23 _a	26,1%	1 _a	50,0%	1 _a	50,0%	0 _a	,0%	12 _a	28,6%	1 _a	8,3%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=9,781; gl=7; p-valor=0,201
a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de MP categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías de la decisión de usar un método anticonceptivo en la relación sexual con la pareja. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p -valor= 0.650), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente de la decisión de utilizar un método anticonceptivo en la relación sexual con la pareja (Tabla 27)

Tabla 27: Tabla personalizada Apego vs Decisión usar un método con la pareja

Tipo de apego	Decisión método con la pareja (DP)					
	Mía propia		Mi pareja		Ambos	
	% del N de la		% del N de la		% del N de la	
	Recuento	columna	Recuento	columna	Recuento	columna
Seguro	10 _a	76.9%	2 _a	100.0%	76 _a	72.4%
Alejado	3 _a	23.1%	0 _a	.0%	29 _a	27.6%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=0,862; gl=2; p-valor=0,650
a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de DP categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías del método anticonceptivo utilizado en la relación sexual con otra persona. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente

significativos (p -valor= 0.282), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente del método anticonceptivo utilizado en la relación sexual con otra persona (Tabla 28).

Tabla 28: Tabla personalizada Apego vs Método con otra persona

Tipo de apego	Método utilizado otra persona (MOP)													
	Coito interrumpido		Preser masculino		Preser femenino		Píldora		Espermicida		Anillo vaginal		Parche	
	R	n	R	n	R	n	R	n	R	n	R	n	R	n
	% del N	% del N	% del N	% del N	% del N	% del N	% del N	% del N	% del N	% del N	% del N	% del N	% del N	% del N
	de la	de la	de la	de la	de la	de la	de la	de la	de la	de la	de la	de la	de la	de la
	columna	columna	columna	columna	columna	columna	columna	columna	columna	columna	columna	columna	columna	columna
Seguro	5 _a	100,0%	43 _a	81,1%	1 _a	100,0%	11 _a	91,7%	1 _a	100,0%	1 _a	33,3%	3 _a	100,0%
Alejado	0 _a	,0%	10 _a	18,9%	0 _a	,0%	1 _a	8,3%	0 _a	,0%	2 _a	66,7%	0 _a	,0%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=8,610; gl=7; p-valor=0,282

a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de MOP categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

La proporción de personas que presentan los diferentes tipos de apego es igual en las distintas categorías de la decisión de usar un método anticonceptivo util en la relación sexual con otra persona. La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos (p -valor= 0.469), por tanto las variables son independientes. El tipo de apego es independiente de la decisión de utilizar un método anticonceptivo en la relación sexual con otra persona (Tabla 29).

Tabla 29: Tabla personalizada Apego vs Decisión usar un método con otra persona

Tipo de apego	Decisión de usar un método con otra persona (DOP)					
	Mía propia		La otra persona		Ambos	
	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Seguro	15 _a	71.4%	0 _a	.0%	17 _a	81.0%
Alejado	6 _a	28.6%	0 _a	.0%	4 _a	19.0%

Chi-cuadrado de Pearson: Valor=0,525; gl=1; p-valor=0,525

a.Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de DOP categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

7. Discusión y Conclusiones

A lo largo de este estudio hemos analizado los métodos anticonceptivos utilizados en las relaciones con la pareja y en las relaciones con otras personas, así como las razones y las decisiones del uso de un anticonceptivo determinado. Además, nos hemos interesado en ver si los estilos de apego interfieren de alguna forma a la hora de utilizar un método anticonceptivo.

A continuación, después de la presentación detallada de los resultados, mostraremos en primer lugar el contraste de hipótesis expuestas, con los resultados obtenidos. Seguidamente, anotaremos las limitaciones encontradas en la realización de este estudio, y, por último aportaremos algunas indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

-Objetivo específico 1: Analizar si existen diferencias entre los Estilos de Apego en la infancia y adolescencia con los Estilos de Apego en la edad adulta.

Hipótesis nº1: Los Estilos de Apego en la infancia y adolescencia coincidirán con los Estilos de Apego en la edad adulta. Observamos que esta hipótesis no es cierta en nuestra muestra, puesto que en el apego parental las cifras de apego seguro se elevan a un 99% frente a cifras de un 48% y 68% de apego seguro adulto respectivamente en la parte autodefinitoria y de escala Likert para la medición de la variable apego adulto.

-Objetivo específico 2: Analizar si el tipo de método anticonceptivo que se utiliza depende o no de mantener relaciones con otras personas fuera de la pareja.

- Hipótesis nº2: El tener relaciones sexuales con tu pareja o con otra persona fuera de la pareja no influirá en el tipo de método anticonceptivo que se elija. Como podemos observar en los diferentes análisis, el uso de cualquier método anticonceptivo es independiente de mantener o no relaciones fuera de la pareja.

Sin embargo, podemos observar en los resultados obtenidos que existe un porcentaje más elevado de personas que eligen como método anticonceptivo el coito interrumpido dentro de las relaciones con la pareja (12,48%) frente a las que lo eligen con otra persona (8,82%) y además, podemos observar como en el preservativo masculino tenemos un porcentaje inferior utilizado como método anticonceptivo dentro de las relaciones con la pareja (52,77%) frente al uso fuera de la pareja (69,12%) como cabría esperar.

-Objetivo específico 3: Analizar si la edad de comienzo del uso de métodos anticonceptivos depende de los estilos de Apego adulto.

Hipótesis n°3: Los diferentes estilos de Apego influirán en la edad de comienzo del uso de métodos anticonceptivos. Observamos que esta hipótesis tampoco se cumple, el tipo de apego es independiente de la edad de inicio del uso de métodos anticonceptivos. Podemos observar que la edad de comienzo del uso de métodos anticonceptivos mayoritariamente (86,3%) es a partir de los 16 años.

-Objetivo específico 4: Analizar si el tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual depende los Estilos de Apego.

Hipótesis n°4: El estilo de Apego influirá en el método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual. Observamos que esta hipótesis no se cumple con nuestra muestra, con lo que el tipo de apego es independiente del método anticonceptivo utilizado durante la primera relación sexual.

-Objetivo específico 5: Analizar si influyen los estilos de Apego en el uso de un método anticonceptivo con la pareja.

Hipótesis n°5: El estilo de Apego influirá en el método anticonceptivo utilizado con la pareja. Observamos que esta hipótesis no se cumple con nuestra muestra, con lo que el tipo de apego es independiente del uso de un método anticonceptivo con la pareja.

-Objetivo específico 6: Analizar si influyen los Estilos de Apego en la toma de la decisión de utilizar un método anticonceptivo con la pareja.

Hipótesis nº6: El estilo de Apego influirá en la toma de la decisión de utilizar un método anticonceptivo con la pareja. Observamos que esta hipótesis no se cumple con nuestra muestra, con lo que el tipo de apego es independiente de la decisión de utilizar un método anticonceptivo con la pareja.

-Objetivo específico 7: Analizar si influyen los estilos de Apego en el uso de un método anticonceptivo con otra persona.

Hipótesis nº7: El estilo de Apego influirá en el método anticonceptivo utilizado con otra persona. Observamos que esta hipótesis no se cumple con nuestra muestra, con lo que el tipo de apego es independiente del uso de un método anticonceptivo con otra persona.

-Objetivo específico 8: Analizar si influyen los estilos de Apego en la toma de la decisión de utilizar un método anticonceptivo con otra persona fuera de la pareja.

Hipótesis nº8: El estilo de apego influirá en la toma de la decisión de utilizar un método anticonceptivo con otra persona. Observamos que esta hipótesis no se cumple con nuestra muestra, con lo que el tipo de apego es independiente de la toma de la decisión de utilizar un método anticonceptivo con otra persona.

- Limitaciones del estudio y propuestas de futuro:

En general, hemos de indicar que no hemos podido cotejar los resultados obtenidos en nuestro estudio con otros similares debido a la escasez de estudios que se hayan planteado con objetivos similares al nuestro. Este aspecto ha sido una de las mayores limitaciones, ya que nada hemos encontrado que comparase los estilos de apego con el uso y la decisión de utilizar un método anticonceptivo en las relaciones con la pareja o fuera de ella, por tanto hay que tener en cuenta lo novedoso de este trabajo.

El tipo de procedimiento para la recogida de datos a través de página webs consideramos que ha podido limitar el estudio en el sentido de no poder responder a las dudas que hayan podido surgir a los encuestados así como a la intención de rellenar el cuestionario al azar.

Para generalizar los datos de este estudio y completar los resultados, a continuación se proponen una serie de propuestas para mejorar y/o completar la investigación.

- Mayor homogeneidad de la muestra tanto en sexo como en estilos de apego adulto.
- Mayor tamaño de la muestra.
- No se contempla la educación sexual recibida.
- Tampoco se contempla los conocimientos en cuanto a métodos anticonceptivos

Algunas propuestas para futuros estudios es por ejemplo, realizar una comparación de dos muestras entre estos universitarios de ciencias de la salud y otro tipo de universitarios y también utilizar a los dos miembros de una pareja para comparar entre ellos.

Para finalizar concluiremos con lo siguiente:

- Algunos trabajos de investigación apuntan a que el estilo de apego de los padres se transmiten de algún modo a los hijos, es decir, que la calidad de la relación vincular en la infancia es un factor predictor del estilo de apego actual. Sin embargo, los datos que resultaron en nuestro caso no han apoyado esta investigación precedente, no cumpliéndose así la teoría de Bowlby⁵⁸.
- En nuestro estudio, el uso de un método anticonceptivo u otro no está relacionado con mantener relaciones con la pareja o con otra persona. No existen investigaciones anteriores con las que poder contrastar estos resultados.
- La edad de comienzo del uso de métodos anticonceptivos en nuestra muestra se sitúa en un 86,3% de los casos en más de 16 años.
- El uso del preservativo masculino es inferior en las relaciones sexuales con la pareja que fuera de ella, invirtiendo la situación en el caso del coito interrumpido. Un porcentaje de un 12,18% de los individuos utilizan el coito interrumpido como método anticonceptivo, valor que nos indica una falta de concienciación del riesgo de utilizar el coito interrumpido como método anticonceptivo, además, tratándose de universitarios de ciencias de la salud con una edad media de 22,51 y una desviación típica de 3.354 años y que deberían que estar más concienciados de este riesgo.
- En nuestro estudio, el tipo de apego no influye en ninguna de las decisiones que se toman a la hora de utilizar un método anticonceptivo tanto en las relaciones con la pareja como en las relaciones con otras personas fuera de ésta, pero se debería realizar otro estudio con porcentajes similares en los estilos de apego puesto que por este motivo los resultados de nuestro estudio pueden no ser concluyentes.

8. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Definición de Salud Sexual. [Online] obtenido el 9 de octubre de 2012 en la URL <http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch6/index.htm>.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000). *Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción*. Antigua: OPS.
3. Organización Mundial de la Salud (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002*, Geneva.
4. CIPD (1994), Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, A/CONF.171/13, El Cairo, 5 a 13 de diciembre, 1994. Párrafo 7.2. [Online] obtenido el 9 de octubre de 2012 en la URL: <http://www.undp.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>
5. Ruiz Salguero, Magda Teresa; Cabré Pla, Anna; Castro Martín, Teresa. *Anticoncepción y salud reproductiva en España: crónica de una (r)evolución*. España: Editorial CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2008. p 71. [Online] obtenido el 10 de octubre de 2012 en la URL <http://site.ebrary.com/lib/bual/Doc?id=10239046&ppg=72>
6. IPPF (1998), *The Need for Family Planning, the Remaining Challenges*, International Planned Parenthood Federation, Londres. [Online] obtenido el 10 de octubre de 2012 en la URL: <http://www.ippf.org/fp.htm>
7. HERA (1999), "Salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: Hojas de acción", en *Health, Empowerment, Rights and Accountability*, Nueva York.
8. Shallat, L. (1993), "Derechos de la vida", en *Mujer y Salud*, nº 3, Santiago de Chile.
9. De Barbieri, T. (1999), "Derechos sexuales y reproductivos. Aproximación breve a su historia y contenido", en *Mujer y Salud*, nº 2, Santiago de Chile.
10. Teherán. (1968), *Conferencia Internacional de Derechos Humanos*. Naciones Unidas. [Online] obtenido el 10 de octubre de 2012 en la URL: <http://www.un.org/es/development/devagenda/humanrights.shtml>
11. Bucarest (1974) *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Naciones Unidas. [Online] obtenido el 10 de octubre de 2012 en la URL: <http://www.un.org/es/development/devagenda/humanrights.shtml>

12. México (1975). Conferencia Mundial sobre la Mujer. Naciones Unidas. [Online] obtenido el 13 de octubre de 2012 en la URL
<http://www.un.org/es/development/devagenda/gender.shtml>
13. CIPD (1994), Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, A/CONF.171/13, El Cairo, 5 a 13 de diciembre, 1994. [Online] obtenido el 13 de octubre de 2012 en la URL
<http://www.undp.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>
14. Beijing (1995), Conferencia Mundial sobre la Mujer. Naciones Unidas. [Online] obtenido el 13 de octubre de 2012 en la URL:
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/fwcw.htm>
15. IPPF (1995), Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos, Londres. [Online] obtenido el 13 de octubre de 2012 en la URL
<http://www.cosladajoven.net/wp-content/uploads/2010/ARCHIVOS%20PARA%20DESCARGAR/CIDAJ/ASESORIA%20SEXUALIDAD/CARTA%20DE%20LOS%20DERECHOS%20SEXUALES%20Y%20REPRODUCTIVOS.pdf>
16. WHO (1999), Interpreting Reproductive Health. ICPD+5 Forum. The Hague, 8-12 February 1999, World Health Organization, Ginebra.
17. CIPD (1994), Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994. [Online] obtenido el 22 de octubre de 2012 en la URL
<http://www.undp.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>
18. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 22ª edición, término *anticonceptivo*.
19. Tapia, R. Métodos Anticonceptivos. Blog Institucional, Monografías. [Online] obtenido el 23 de octubre de 2012 en la URL
<http://www.monografias.com/trabajos91/sobre-metodos-anticonceptivos/sobre-metodos-anticonceptivos.shtml>
20. McLaren, A. (1999) *Twentieth-century sexuality: a history*. Wiley: Ediciones Max.
21. Gil Deza, E. Aspectos éticos relacionados con el comienzo de la vida humana. Instituto Oncológico Henry Moore. [Online] obtenido el 27 de octubre de 2012 en la URL:
<http://www.hmoore.com.ar/presentaciones/Clases%20modulo%20bioetica/Regulacion%20de%20la%20natalidad.pdf>

22. Díaz Alonso, G. (1995) Historia de la anticoncepción. Revista Cubana de Medicina General Integral, 11 (2), 192-194.
23. Grillo, E. (1999). Anticonceptivos, desde tiempos remotos. Reseñas historia. [Online] obtenido el 15 de noviembre de 2012 en la URL <http://www.nnc.cubaweb.cu/historia/historia18.htm>
24. Lauersen, N. H., Whitney, S. (1978). Este es tu cuerpo: guía de la mujer a la ginecología. Editorial Azteca.
25. Biblia. El libro del Génesis. Capítulo 38:9. [Online] obtenido el 5 de noviembre de 2012 en la URL: <http://la-santa-biblia.com/tnm/genesis-capitulo-24.html>
26. Balme, D. M. (2002). Historia animalium / Aristotle. New York : Cambridge University Press.
27. Aquileana (2007). Breve reseña de la Historia de los Anticonceptivos. Genealogía anticonceptiva. La Audacia de Aquiles. [Online] obtenido el 5 de noviembre de 2012 en la URL: <http://aquileana.wordpress.com/page/139/>
28. Martos Rubio, A. (2010). Breve Historia del condón y de los métodos anticonceptivos. España: Nawtilus.
29. Celsam. (2009) Historia de la anticoncepción. Portal del Centro Latino americano Salud y Mujer. [Online] obtenido el 15 de noviembre de 2012 en la URL: http://www.celsam.org/home/interiorCelsam.asp?pagina=1&cve_cont=111
30. Historia de la anticoncepción, en Portal de la Sociedad Canaria de Medicina de Familia y Comunitaria, España. [Online] obtenido el 5 de noviembre de 2012 en la URL: http://socamfyc.org/inicio/sites/default/files/Historia_de_la_Anticoncepcion.Pdf
31. Peñaranda-Parada, E., Méndez, R., Rondón-Herrera, F., Restrepo-Suárez, J.F., Quintana, G., Iglesias-Gamarra, A. (2011). Historia sobre el papel de las hormonas y los anticonceptivos en el lupus. Revista colombiana de reumatología, 18 (1), 8-25
32. Lattus, J., Sanhueza, M.C. (2010). Breve historia de la Píldora Anticonceptiva. Revista Obstétrica- Ginecológica, 5 (2), 112-15
33. Marks L. (1997) Historia de la píldora anticonceptiva. Ciencias 48,33-39
34. Pincus G. (1965) The Control of Fertility. New York: Academic Press.
35. Galán, G. (2010) 50 Años de la píldora anticonceptiva. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología, 75(4), 217 - 20

36. Computer Science Undergraduate Association at Berkeley Norplant.
Levonorgestrel Implants. [Online] obtenido el 5 de noviembre de 2012 en la URL:
<http://www.csua.berkeley.edu/~monac/norplant.html>
37. Santana, F., Gómez, M., Real, R.M. (2000). Sistema de implantes subdérmico: norplant. Instituto Nacional de Endocrinología. Departamento de Salud Reproductiva, Revista Cubana Endocrinología, 11(1), 41-50
38. Anillo vaginal, lo último en anticonceptivos, en Medicinas.com. [Online] obtenido el 11 de noviembre de 2012 en la URL: <http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=1717>
39. Croxatto, H.B., Devoto, L., Durand, M. (2001). Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception*, (63) 111
40. Croxatto, H.B., Díaz, S. Anticoncepción de emergencia. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Santiago, Chile. Ginecología, 3ª Edición. En Prensa.
41. López de Castro, F., Lombardía, J. (2005). Novedades en anticoncepción hormonal. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29 (3), 57-68
42. Pérez Campos, E.F. (2009). Anticoncepción hormonal combinada. Sociedad Española de Contracepción. España.
43. Rodríguez, G. (2006) El Socialismo del Siglo XXI. [Online] obtenido el 11 de noviembre de 2012 en la URL:
http://books.google.es/books?id=R5Bj2tTdHwcC&pg=PA67&dq=malthusianismo&hl=es&ei=E4yfTMe6H8k4QbprImyDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CC0Q6AEwAQ#v=onepage&q=malthusianismo&f=false
44. Diccionario demográfico multilingüe (Español primera edición 1959), ONU.
45. Bracons, E.M. (2000) La ecología humana en el anarquismo ibérico: urbanismo "orgánico" o ecológico, neomalthusianismo, y naturismo social. *Icaria*, Antrazyt.
46. Malthusianismo, Neomalthusianismo, Crítica, en filosofia.org
47. Pressat, R. (1989) Introducción a la demografía, Ariel, Vaticano. [Online] obtenido el 27 de noviembre de 2012 en la URL:
http://www.vatican.va/holy_father/pius_xi/encyclicals/documents/hf_p-xi_enc_31121930_casti-connubii_sp.html
48. De la Cuesta, R., Franco, C., Iglesias, E. (2011). Actualización en anticoncepción hormonal. *IT del Sistema Nacional de Salud*, 35, 75-87

49. MacInnes, J., Pérez, J. (2008). La tercera revolución de la modernidad. La revolución reproductiva. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*,(122),89-118
50. Potts, M., Short, R. (2001). *Historia de la sexualidad, desde Adán y Eva*. Cambridge University Press, Madrid.
51. Ruiz-Salguero, M.T., Cabré Pla, A., Castro Martín, T., Solsona Pairó, M. (2005). *Anticoncepción y salud reproductiva en España: Crónica de una (r)evolución*. Roal S.L. CSIC España
52. Díez N., De miguel. (1940). Ministerio de la Sanidad. 1981: 200
53. López de Castro, F., Lombardía, J. (2005). *Información Terapéutica*. Sistema Nacional de Salud, 29 (3). [Online] obtenido el 5 de noviembre de 2012 en la URL: http://www.msc.es/Diseno/informaciónProfesional/profesional_farmacia.htm
54. McLaren, A. (1991). *Historia de los anticonceptivos: de la antigüedad a nuestros días*. Minerva Ediciones.
55. Roumen, F.J. (2007).The contraceptive vaginal ring compared with the combined oral contraceptive pill: a comprehensive review of randomized controlled trials. *Contracepcion*, (75), 420-29
56. Roumen, F.J, Apter, D., Mulders, T.M., Dieben, T.O. (2001) Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethinyl estradiol. *Hum reprod*, (16) 469-75
57. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 22ª edición, término *apego*.
58. Bowlby J. (1973). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata S.L.
59. Yáñez, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M. y Sainz de Murieta, L.M. (2001). *Apego en adultos y percepción de los otros*. *Anales de Psicología*, 17(2) 159-70
60. (2013). *Apego*. *Psicoterapia por internet: todo es mente*. [Online] Obtenido el 4 de febrero de 2013 en la URL: <http://todoesmente.com/el-apego.html>
61. (2012). *Apego*. *BuenasTareas.com*. [Online] obtenido el 18 de noviembre de 2012 en la URL: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Apego/6198012.html>
62. Vuyk, R. (1983). Algunas preguntas y respuestas sobre la teoría del apego de Bowlby. *Anuario de Psicología* 28 (1), 27-45

63. Yildiz, I. (2008). Teorías sobre afectos y síntomas IV, Perspectivas de psicología evolutiva y multidisciplinaria. *Revista de Asociación Psicoanalítica Colombiana, Psicoanálisis*. 10 (1), 101-124
64. Gómez-Zapiain, J. (2009). *Apego y sexualidad, entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*. Madrid: Alianza Editorial.
65. Herrera, N. (2013). El origen del apego. Guía de mamá. La relación con nuestros padres modelan nuestro cerebro. 1-17
66. Fernández, M. (2002). Teoría del apego y psicoanálisis. Hacia una convergencia clínica. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 33 (1), 5-35
67. Chaktoura, E. (2010). La fórmula del apego. *La Nación Revista de Buenos Aires*. 1-10. [Online] Obtenido el 11 de febrero de 2013 en la URL:
 - a. www.psicoadolescencia.com.ar
68. Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Editorial Psimática.
69. Barrero, E. (2003). *Los cimientos de la plenitud afectiva. Teoría del Apego*. Universidad Anáhuac, Mexico Sur. 1-19
70. Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. 28, 759-75
71. Main M, Hesse E. Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? En: Greenberg MT, Cicchetti D & Cummings EM, editores. *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press; 1990.
72. Main M, Solomon J. Procedures for indentifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. En: Greenberg MT, Cicchetti D & Cummings EM, editores. *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press; 1990.
73. Bartholomew, K. y Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61, 226-45
74. López F. *Necesidades de la Infancia y protección infantil I. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos de las necesidades infantiles*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1995

75. Brennan, K.A. y Shaver, P.R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and social psychology*, 21 (3), 267-83
76. Feeney, J.A., Noller, P. y Patty, J. (1993). Adolescents' interactions with the opposite sex: Influence of attachment style and gender. *Journal of adolescence*, 16 (2), 169-86
77. Hazan, C. y Zeifman, D. (1994). Sex and the psychological tether, en K. Bartholomew y D. Perlman (eds.), *Attachment processes in adulthood. Advanced in personal relationships*. Londres: Jessica Kingsley Publishers, Ltd
78. Gómez-Zapiain, J. (2008). Sistema de apego y comportamiento sexual en las relaciones de pareja, en I. Etxebarria (ed.), *Emoción y motivación. Contribuciones actuales*. San Sebastián: Asociación de motivación y emoción, vol. II, pp 259-68
79. Parker, Turpling, Brown. *Cuestionario de Apego Parental*. P.B.I., 1979
80. Bartholomew, Horowitz. *Cuestionario de Relación*. C. R., 1991

9. Anexos

9.1. ANEXO 1: Análisis descriptivo de la variable Edad

Edad					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	200	18	38	22.51	3.354
N válido (según lista)	200				

9.2. ANEXO 2: Variables Sociodemográficas y de Métodos Anticonceptivos.

Este cuestionario tiene el objetivo de investigar sobre el uso de métodos anticonceptivos y estilos de apego en universitarios de ciencias de la salud. La información obtenida en esta encuesta es de carácter anónimo y de uso exclusivo para esta investigación. Por favor, responda con sinceridad. Gracias por su participación.

- 1) Edad: _____
- 2) Sexo:
 1. Masculino
 2. Femenino
- 3) Estudios universitarios de ciencias de la salud:
 1. Enfermería
 2. Farmacia
 3. Fisioterapia
 4. Logopedia
 5. Medicina
 6. Nutrición y Dietética
 7. Odontología
 8. Psicología
 9. Terapia Ocupacional
- 4) Estado civil:
 1. Soltero
 2. Casado
 3. Otro
- 5) ¿Tiene hijos?
 1. Si
 2. No

- 6) ¿Tiene pareja estable?
1. Si
 2. No
- 7) En caso afirmativo, ¿Cuánto tiempo lleva con su pareja? (indique meses, o años) _____
- 8) Señala por orden de importancia, entre los motivos que se enuncian a continuación, las dos razones fundamentales por las cuales has tenido, tienes o tendrás relaciones sexuales:
1. Por placer
 2. Porque la mayoría de los jóvenes lo hace
 3. Por no perder a tu pareja
 4. Por curiosidad
 5. Por sentirte más hombre o más mujer
 6. Por amor a tu pareja
 7. Porque se da la oportunidad
 8. Otra razón _____
- 9) ¿Utilizas actualmente algún método anticonceptivo?
1. Si
 2. No
- 10) ¿A qué edad comenzaste a utilizar métodos anticonceptivos?
1. 12 – 13 años
 2. 14 – 15 años
 3. 16 – 17 años
 4. 18 – 19 años
 5. Más de 20 años
 6. Otra edad: _____
- 11) ¿Qué método anticonceptivo usaste en tu primera relación?
- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. Ninguno | 5. Píldora |
| 2. Coito interrumpido | 6. Inyectable |
| 3. Condón | 7. Por calendario |
| 4. Diafragma | 8. Otro _____ |

12) Elige el/los método/s anticonceptivo/s que utilizas durante tus relaciones sexuales con tu pareja

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Temperatura basal | 9. Píldora anticonceptiva |
| 2. Moco cervical o método de Billings | 10. Inyección hormonal |
| 3. Método del Ritmo | 11. Implante hormonal |
| 4. Coito interrumpido | 12. Espermicidas |
| 5. Preservativo masculino (Condón) | 13. Ligadura de trompas |
| 6. Preservativo femenino | 14. Vasectomía |
| 7. Diafragma | 15. Anillo vaginal |
| 8. Dispositivo Intrauterino (DIU) | 16. Parches anticonceptivos |

OTROS: _____

13) En las relaciones con tu pareja, ¿por qué razón o razones elige un método anticonceptivo? (elija todas las respuestas que considere)

1. Económica
2. Seguridad
3. Comodidad
4. Otra _____

14) La decisión de utilizar un método anticonceptivo en la relación sexual con mi pareja es por iniciativa de:

1. Mía propia
2. Mi pareja
3. Ambos

15) Si tienes relaciones sexuales con otras personas aparte de tu pareja, elige el/los método/s que utilizas:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Temperatura basal | 9. Píldora anticonceptiva |
| 2. Moco cervical o método de Billings | 10. Inyección hormonal |
| 3. Método del Ritmo | 11. Implante hormonal |
| 4. Coito interrumpido | 12. Espermicidas |
| 5. Preservativo masculino (Condón) | 13. Ligadura de trompas |
| 6. Preservativo femenino | 14. Vasectomía |
| 7. Diafragma | 15. Anillo vaginal |
| 8. Dispositivo Intrauterino (DIU) | 16. Parches anticonceptivos |

OTROS: _____

16) Si tienes relaciones con otras personas fuera de tu pareja, ¿por qué razón o razones elige un método anticonceptivo? (elija todas las respuestas que considere)

1. Económica
2. Seguridad
3. Comodidad
4. Otra _____

17) La decisión de utilizar un método anticonceptivo en la relación sexual con otras personas fuera de tu pareja es por iniciativa de:

1. Mía propia
2. La otra persona
3. Ambos

9.3. ANEXO 3: Cuestionario de Apego Parental.

CUESTIONARIO DE APEGO PARENTAL (Parker, Tupling y Brown, 1979)

Este cuestionario enumera una serie de *actitudes y conductas* que hacen referencia a *tus padres*. Para responder a las preguntas *piensa en la relación que mantuviste con tus padres hasta que tuviste 16 años* y no en la relación que mantienes actualmente con ellos. Rodea con un círculo la respuesta adecuada a cada cuestión siguiendo la siguiente escala:

3	2	1	0
Siempre o casi siempre	Bastantes veces	Algunas veces	Nunca o casi nunca

MI PADRE

1. Me hablaba con voz cálida (cariñosa) y amigable.....	3	2	1	0
2. No me ayudó tanto como yo necesitaba.....	3	2	1	0
3. Me dejaba hacer las cosas que a mí me gustaba hacer.....	3	2	1	0
4. Era (parecía) emocionalmente frío conmigo.....	3	2	1	0
5. Parecía comprender mis problemas y preocupaciones.....	3	2	1	0
6. Era afectuoso conmigo.....	3	2	1	0
7. Le gustaba que tomase mis propias decisiones.....	3	2	1	0
8. No deseaba que yo me hiciera mayor.....	3	2	1	0
9. Intentaba controlar todo lo que yo hacía.....	3	2	1	0
10. Invadía mi intimidad (mi vida privada).....	3	2	1	0
11. Disfrutaba hablando de cosas conmigo.....	3	2	1	0
12. Me sonreía con frecuencia.....	3	2	1	0
13. Me trataba como si fuera un/a niño/a.....	3	2	1	0
14. Parecía que no comprendía lo que yo necesitaba o quería.....	3	2	1	0
15. Me dejaba decidir cosas por mí mismo/a.....	3	2	1	0
16. Me hacía sentir que yo no era deseado/a.....	3	2	1	0
17. Conseguía hacerme sentir mejor cuando estaba desanimado/a.....	3	2	1	0
18. No hablaba mucho conmigo.....	3	2	1	0
19. Intentaba hacerme dependiente de él.....	3	2	1	0
20. Creía que yo no podía cuidar de mí mismo/a si él no estaba a mi lado.....	3	2	1	0
21. Me daba tanta libertad como yo quería.....	3	2	1	0
22. Me dejaba salir tantas veces como yo quería.....	3	2	1	0
23. Era sobreprotector conmigo.....	3	2	1	0
24. No me alababa o elogiaba.....	3	2	1	0
25. Me dejaba vestirme como yo quería.....	3	2	1	0

9.4. ANEXO 4: Cuestionario de Relación.

CUESTIONARIO DE RELACIÓN

(Bartholomew, K. y Horowitz, L.M., 1991)

1) A continuación, aparecen cuatro descripciones de formas de relacionarse. Por favor, lee cada una de ellas y **RODEA** la letra que corresponda al estilo que mejor te describe o esté más cercano al modo en que generalmente te comportas en tus relaciones íntimas.

- A. Me resulta relativamente fácil intimar emocionalmente con los demás. Estoy cómodo apoyándome o dependiendo de otros y cuando los demás dependen o se apoyan en mí. No me preocupa estar sólo o que los demás no me acepten.
- B. Me siento algo incómodo cuando intimo con los demás. Quiero tener relaciones cercanas emocionalmente, pero me resulta difícil confiar completamente en los demás o depender de ellos. A veces me preocupa que me hieran si intimo demasiado con ellos.
- C. Me gustaría tener relaciones de una gran intimidad con los demás, pero a menudo me encuentro con que los demás no quieren intimar tanto como a mí me gustaría. Me siento incómodo si no tengo relaciones cercanas, pero a veces me preocupa que los demás no me valoren tanto como yo les valoro.
- D. Estoy cómodo en las relaciones en las que no se intima emocionalmente. Es muy importante para mí sentir que soy independiente y autosuficiente, y prefiero no apoyarme o depender de los demás y que los demás no se apoyen o dependan de mí.

2) Ahora, por favor, elige una posición en la escala para cada uno de los cuatro estilos de relación anteriores de acuerdo con el grado en el que crees que se corresponden con tu forma de relacionarte. Asegúrate que rodeas **un número para cada estilo**.

	En absoluto parecido a mi		Algo parecido a mi			Muy parecido a mi	
Estilo A.	1	2	3	4	5	6	7
Estilo B.	1	2	3	4	5	6	7
Estilo C.	1	2	3	4	5	6	7
Estilo D.	1	2	3	4	5	6	7

9.5. ANEXO 5:

Análisis descriptivo de la variable Sexo

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mujer	170	85.0	85.0	85.0
	Hombre	30	15.0	15.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Análisis descriptivo de la variable Estudios

		Estudios			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Enfermería	90	45.0	45.0	45.0
	Farmacia	9	4.5	4.5	49.5
	Fisioterapia	17	8.5	8.5	58.0
	Logopedia	4	2.0	2.0	60.0
	Medicina	21	10.5	10.5	70.5
	Nutrición y Dietética	7	3.5	3.5	74.0
	Odontología	17	8.5	8.5	82.5
	Psicología	27	13.5	13.5	96.0
	Terapia ocupacional	8	4.0	4.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Análisis descriptivo de la variable Estado Civil

		Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casado/a	6	3.0	3.0	3.0
	Soltero/a	180	90.0	90.0	93.0
	Otro	14	7.0	7.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Análisis descriptivo de la variable Hijos

Hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	194	97.0	97.0	97.0
	Sí	6	3.0	3.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Análisis descriptivo de la variable Pareja Estable

Pareja estable

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	79	39.5	39.5	39.5
	Sí	121	60.5	60.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Análisis descriptivo de la variable Tiempo con pareja

Tiempo Pareja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos 1 año	14	7.0	11.7	11.7
	1-3 años	61	30.5	50.8	62.5
	Más 3 años	45	22.5	37.5	100.0
	Total	120	60.0	100.0	
Perdidos	Sistema	80	40.0		
Total		200	100.0		

Análisis descriptivo de la variable Métodos Anticonceptivos actualmente

Método anticonceptivo actualmente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	42	21.0	21.0	21.0
	Sí	158	79.0	79.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Análisis descriptivo de la variable Edad inicio Métodos Anticonceptivos

Edad inicio método

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	12-13 años	1	.5	.5	.5
	14-15 años	26	13.0	13.1	13.6
	16-17 años	69	34.5	34.8	48.5
	18-19 años	82	41.0	41.4	89.9
	>= 20 años	20	10.0	10.1	100.0
	Total	198	99.0	100.0	
Perdidos	999	2	1.0		
Total		200	100.0		

Análisis descriptivo de la variable Método primera relación sexual

Método primera relación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Coito interrumpido	6	3.0	3.0	3.0
	Condón	177	88.5	88.5	91.5
	Diafragma	1	.5	.5	92.0
	Píldora	6	3.0	3.0	95.0
	Ninguno	10	5.0	5.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Análisis de la variable Método con mi pareja y Método con otra persona

Resumen de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
Con mi pareja	192	96.0%	8	4.0%	200	100.0%
Con otra persona	96	48.0%	104	52.0%	200	100.0%

Análisis de frecuencias de la variable Método con mi pareja

Frecuencias \$Con mi pareja

	Respuestas	Porcentaje de casos		
		Nº	Porcentaje	
Con mi pareja	Moco cervical	1	.4%	.5%
	Coito interrumpido	34	12.7%	17.7%
	Preservativo masculino	143	53.4%	74.5%
	Preservativo femenino	2	.7%	1.0%
	Diafragma	2	.7%	1.0%
	DIU	3	1.1%	1.6%
	Píldora	61	22.8%	31.8%
	Anillo vaginal	20	7.5%	10.4%
	Parches	2	.7%	1.0%
Total		268	100.0%	139.6%

Análisis de las variables Método con mi pareja por Sexo

	Método utilizado	Sexo			
		Mujer		Hombre	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
	Temperatura basal	0	.0%	0	.0%
	Moco cervical	1	.6%	0	.0%
	Método Ritmo	0	.0%	0	.0%
	Coito interrumpido	24	14.8%	10	33.3%
	Preser masculino	120	74.1%	23	76.7%
	Preser femenino	2	1.2%	0	.0%
	Diafragma	2	1.2%	0	.0%
	DIU	3	1.9%	0	.0%
	Píldora	55	34.0%	6	20.0%

Anillo vaginal	16	9.9%	4	13.3%
Parches	2	1.2%	0	.0%

Análisis de las variables Método con mi pareja por Estado Civil

	Estado civil					
	Casado/a		Soltero/a		Otro	
	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Temp basal	0	.0%	0	.0%	0	.0%
Moco cervical	0	.0%	1	.6%	0	.0%
Método Ritmo	0	.0%	0	.0%	0	.0%
Coito interrumpido	1	16.7%	30	17.3%	3	23.1%
Preser masculino	5	83.3%	131	75.7%	7	53.8%
Preser femenino	0	.0%	2	1.2%	0	.0%
Diafragma	0	.0%	2	1.2%	0	.0%
DIU	0	.0%	3	1.7%	0	.0%
Píldora	1	16.7%	54	31.2%	6	46.2%
Anillo vaginal	0	.0%	17	9.8%	3	23.1%
Parches	0	.0%	2	1.2%	0	.0%

Análisis de las variables Método con mi pareja por Tiempo en pareja

	Tiempo pareja					
	Menos 1 año		1-3 años		Más 3 años	
	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Temp basal	0	.0%	0	.0%	0	.0%
Moco cervical	0	.0%	0	.0%	0	.0%
Método Ritmo	0	.0%	0	.0%	0	.0%
Coito interrumpido	6	42.9%	7	12.1%	10	22.2%
Preser masculino	10	71.4%	38	65.5%	39	86.7%
Preser femenino	0	.0%	0	.0%	2	4.4%
Diafragma	0	.0%	1	1.7%	1	2.2%
DIU	0	.0%	0	.0%	1	2.2%
Píldora	4	28.6%	22	37.9%	16	35.6%
Anillo vaginal	3	21.4%	3	5.2%	6	13.3%

Parches	0	.0%	0	.0%	0	.0%
---------	---	-----	---	-----	---	-----

Análisis de frecuencias de la variable Método con otras personas

Frecuencias \$Con otra persona

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
Con otra persona	Coito interrumpido	12	9.0%	12.5%
	Preservativo masculino	94	70.1%	97.9%
	Preservativo femenino	1	.7%	1.0%
	DIU	1	.7%	1.0%
	Píldora	17	12.7%	17.7%
	Espermicidas	2	1.5%	2.1%
	Anillo vaginal	4	3.0%	4.2%
	Parches	3	2.2%	3.1%
Total	134	100.0%	139.6%	