

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CONOCIMIENTOS,
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL”**

**Estudio trasversal analítico realizado en las aldeas:
Cuyuta y Las Guacas; Masagua, Escuintla**

diciembre 2015

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Julio Roberto Vides Quiroa
María Francesca Eugenia Filippi Arriaga
Lester Adolfo Rojas Aldana
Pablo David Tzorin Ruiz**

Médico y Cirujano

Guatemala, abril de 2016

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

| | |
|---|-----------|
| Julio Roberto Vides Quiroa | 200810254 |
| María Francesca Eugenia Filippi Arriaga | 200910021 |
| Lester Adolfo Rojas Aldana | 200910427 |
| Pablo David Tzorin Ruiz | 200910665 |

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL"

Estudio trasversal analítico realizado en las aldeas:
Cuyuta y Las Guacas; Masagua, Escuintla

diciembre 2015

Trabajo asesorado por el Dr. Carlos Eduardo Taracena Palala y revisado por el Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los siete días de abril del dos mil dieciséis


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO

El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

| | |
|---|-----------|
| Julio Roberto Vides Quiroa | 200810254 |
| María Francesca Eugenia Filippi Arriaga | 200910021 |
| Lester Adolfo Rojas Aldana | 200910427 |
| Pablo David Tzorin Ruiz | 200910665 |

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

"ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL"

Estudio trasversal analítico realizado en las aldeas:
Cuyuta y Las Guacas, Masagua, Escuintla

diciembre 2015

El cual ha sido revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el siete de abril del dos mil dieciséis.

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5.950

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador

USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Guatemala, 7 de abril del 2016

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informo que nosotros:

Julio Roberto Vides Quiroa

María Francesca Eugenia Filippi Arriaga

Lester Adolfo Rojas Aldana

Pablo David Tzorin Ruiz

Presentamos el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

"ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CONOCIMIENTOS,
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL"

Estudio trasversal analítico realizado en las aldeas:
Cuyuta y Las Guacas; Masagúa, Escuintla

diciembre 2015

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos
y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Dr. Carlos Eduardo Taracena Palala
Maestro en Ginecología y Obstetricia
Colegiado 41420
ASESOR

Dr. Carlos Eduardo Taracena Palala
Firma y sello

Revisor
Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos
Firma y sello
Reg. de personal

Paul Antulio Chinchilla Santos
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 3154

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

ACTO QUE DEDICO

Por Julio Roberto Vides Quiroa

A Dios, Por haberme permitido emprender nuevos caminos, por haberme puesto cada nueva prueba, y por nunca abandonarme en el camino. A él toda la gloria y gratitud, pues cada logro proviene de su divina voluntad e infinita misericordia.

A mis padres:

A mi padre Julio Roberto Vides Rosales, por todo su esfuerzo, amor y apoyo que me ha brindado en todo momento de mi vida. Y a mi madre María Nadesda Quiroa Bonilla, por brindarme siempre su amor, guía y paciencia incondicional que me han acompañado a desde el momento de mi nacimiento. Gracias a ellosha sido posible alcanzar este sueño que ahora inicia.

A mis abuelas:

Zoila Clemencia Rosales Hernández y María Natividad Bonilla Calderón, por haber participado activamente de mi formación y haberme brindado sus cuidados, consejo y cariño durante toda mi vida.

A mi tío y hermana:

Oscar Gabriel Vides Rosales y María José Vides Quiroa, por el apoyo que me han brindado siempre, por haber estado presentes en cada momento importante de mi vida y por su amor incondicional durante tantos años.

A mis familiares y amigos:

Por el cariño y amistad que hemos compartido a lo largo de cada paso de nuestras vidas, por cada experiencia vivida, por cada prueba superada y por haberme acompañado a crecer a lo largo de esta escuela llamada vida.

ACTO QUE DEDICO

Por María Francesca Eugenia Filippi Arriaga

A Dios, por todas sus bendiciones y su maravilloso amor, por regalarme día con día la oportunidad de ser alguien mejor, por poner ángeles en mi camino en los momentos de prueba, por acompañarme en cada momento de mi formación profesional y por darme fuerza, determinación y coraje para finalizar este capítulo de mi vida. Para ti señor mi vida, mi presente, mis logros y mis sueños.

A mis padres:

A mi madre Susana María Arriaga Aguilar por su lucha, dedicación y superación. Porque su ejemplo y amor incondicional son y serán siempre, lo más valioso que tengo en la vida. A mi padre Carlo Francesco Eugenio Filippi Galicia, por su amor y su recuerdo, porque sé que siempre está con migo.

A mis hermanos:

Aldo David Fabrizio Filippi Arriaga y Jose Carlo Javier Filippi Arriaga, porque han sido mis compañeros de juegos y de vida, porque gracias a ellos aprendí que todo en la vida es mejor cuando se comparte.

A mis abuelos y bis abuelos:

Edgar Augusto Arriaga González, María Teresa Aguilar Amado, José Domingo Filippi Lainfiesta, Irma Gloria Galicia Ortega, Elena Emperatriz González Flores y Elsa Amado Santos. Por compartir con migo su cariño, su paciencia y sus ocurrencias, porque nunca me faltaron sus buenos consejos y sus detalles. Porque todo el tiempo que compartí o he compartido con ustedes lo llevo siempre en mi corazón.

A mis tíos y primos:

A mis tíos y primos Filippi y Arriaga, porque unas líneas no me bastan para nombrarlos a todos y describir lo agradecida que me siento porque son parte de mi vida, por darme su ayuda cuando más lo he necesitado, por compartir buenos y malos momentos, por hacerme sentir siempre como en casa y por darme ánimo y coraje para seguir mis sueños.

A mis amigos:

Aquellos quienes su amistad cercana persiste a pesar de la distancia y el tiempo y aquellos que recientemente han tocado mi vida. Gracias por ser mi soporte y mis cómplices de aventuras, penas y alegrías; y gracias porque con su convivencia, su confianza y sus consejos, me han hecho una mejor persona.

A mis maestros:

A todos quienes compartieron su conocimiento, sus dones y sus consejos para hacerme una mejor persona y una mejor profesional.

ACTO QUE DEDICO

Por Lester Adolfo Rojas Aldana

A Dios, por regalarme la vida, cada latido, cada respiro que mi humanidad da en cada instante de mi existencia, que con él lo somos todo y sin él no somos nada, a ese ser maravilloso que me permitió finalizar mi carrera profesional como médico exitosamente y que estoy seguro estará conmigo y me acompañará por el camino de la vida siempre.

A mis padres:

A mi madre Dinhora Aldana Rodas, por su enseñanza de vida, por su amor, por su dedicación, por su cariño, por su incansable esfuerzo para brindarme lo mejor en esta vida, por ser mi mejor amiga y una mujer a la que yo admiro como a ninguna. A mi padre Víctor Rojas Castellanos, por su cariño, por ser un ejemplo y que a pesar de las vicisitudes supo enseñarme cosas invaluable para mi vida y apoyarme en los momentos claves para alcanzar mis metas.

A mis hermanos:

A mi hermano Víctor Rojas, por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida, por sus dones y sus virtudes de las cuales he aprendido mucho, por ser esa persona que me ha acompañado y aconsejado en mi crecimiento como ser humano, a mi hermano Juan Pablo Rojas, por ser mi mejor amigo desde siempre, por ser mi compañero, por compartir tantos momentos maravillosos conmigo, por crecer junto a mí y enseñarme el don de la amistad, a mi hermano Carlos Rojas, por enseñarme que el esfuerzo continuo en la vida es para siempre y nunca hay que ceder hasta alcanzar nuestros objetivos.

A mis tíos:

A mi tía Sandra Aldana, por el apoyo y cariño brindado hacia mí y hacia mi familia por siempre, y sé que está muy orgullosa desde el cielo por esta meta lograda de muchas que vendrán, a mis tíos Francisco Aldana y Ligia González, por su ejemplo de esfuerzo y de compartir con el prójimo y por todos los momentos que hemos disfrutado juntos.

A mis amigos:

A mis amigos, por acompañarme durante el transcurso de esta maravillosa profesión, por los momentos que hemos podido compartir juntos, por las alegrías y las tristezas, por el cariño y la amistad que hemos cultivado día a día, a todos, ¡Gracias!

ACTO QUE DEDICO

Por Pablo David Tzorin Ruiz

A mi Dios, mi amado Padre, Jesucristo y Espíritu Santo. Gracias por la vida y salud que me has dado, el propósito que sembraste en mí y por las muchas veces que me ayudaste en esos momentos de flaqueza. Toda la gloria es para Ti.

A mi esposa:

Mi amada esposa Kelli Bull, gracias por apoyarme, por desvelarte conmigo y llenarme de mucha alegría, gracias por ser mi ayuda idónea y hacer de este camino más fácil de recorrer. Sé que aún hay muchos logros que juntos alcanzaremos, me siento dichoso de alcanzarlos a tu lado.

A mis padres:

Mi Papá Victor Tzorin por enseñarme que con esfuerzo y disciplina se pueden alcanzar las metas. A mi mamá Amparo Ruiz por el apoyo y amor que me das, tus incansables oraciones por mí hoy dan fruto.

A mis hermanos:

Mis hermanos Marlon Tzorin y Jessica Sagastume, por ser esa guía para mí, apoyo incondicional en muchas etapas de mi vida. Jaqueline Tzorin por apoyar y creer en mí, hoy esa confianza se ve reflejada con este logro. Victor Tzorin y Alejandra de la Roca, gracias por su ayuda y cariño hacia mi vida y por su apoyo en esos momentos difíciles. Genesita Tzorin, gracias hermanita por tu amor y cariño hacia mí, gracias porque siempre has estado para apoyarme en todo y aunque estés lejos, estas siempre cerca en mi corazón.

A mis sobrinos:

Sofía, Victor Alfonso, Marlon Daniel, Brigitte Alejandra, Genesis Brigitte, Daniel, Sebastian, Jessica, Nicole. Gracias por ser parte de mi vida, por compartir esos momentos memorables, estoy orgulloso de todos ustedes.

A mis amigos:

Gracias a todos por nombre, ustedes son parte de este logro, gracias por los consejos por el apoyo incondicional en los momentos difíciles y por compartir conmigo esos momentos de mucha alegría, gracias a cada uno de ustedes.

A mis maestros:

Gracias a todos los que han sido parte de mi formación académica, por mostrarse siempre dispuestos a enseñarme y compartir todas esas experiencias que hoy me han ayudado a culminar esta carrera.

AGRADECIMIENTOS

- A la Universidad San Carlos de Guatemala por ser nuestra casa de estudios y darnos la oportunidad de crecer de forma humana y profesional.
- Al doctor Paul Antulio Chinchilla Santos por su profesionalismo, consejos y dedicación en la revisión de nuestro trabajo de tesis.
- Al doctor Carlos Eduardo Taracena Palala por su disposición, dedicación y asesoramiento en la elaboración de nuestro trabajo de tesis.
- Al doctor Ronal Armando Bosarreyes Andrino por su colaboración para la realización de nuestro trabajo de tesis.
- A la doctora Aída Guadalupe Barrera Pérez por su guía, ayuda y disposición en las correcciones de nuestro trabajo de tesis.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos de planificación familiar en las mujeres de 15 a 49 años de las comunidades de Cuyuta y Las Guacas del municipio de Masagua del departamento de Escuintla y su asociación con los factores socioeconómicos. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Mujeres en edad fértil que residen en las aldeas de Cuyuta y Las Guacas. Estudio transversal analítico utilizando encuestas. Se identificaron conocimientos, actitudes y prácticas y se asociaron con los factores socioeconómicos. **RESULTADOS:** De 574 mujeres entrevistadas, 90% pertenecía a una etnia no indígena, 53% tenía escolaridad primaria, 80% amas de casa, 58% profesa religión católica, 58% tenía un ingreso económico menor a Q.2500.00; 74% presentó conocimiento adecuado, 68% utilizaba algún método de planificación familiar, 99.7% aceptaba a los métodos de planificación familiar. Al asociar los factores socioeconómicos con conocimiento, se pudo rechazar la hipótesis nula en los siguientes casos: Escolaridad $X^2=13.64$ ($P=0.0085$) e ingreso económico $X^2=8.73$ ($P=0.0028$). Al asociar los factores socioeconómicos con utilización, la hipótesis nula se rechazó en los siguientes casos: edad $X^2=29.84$ ($P=0.0004$), escolaridad $X^2=23.75$ ($P= <0.0001$), ocupación $X^2=52.14$ ($P= <0.0001$), etnia $X^2=4.02$ ($P=0.0329$), y religión $X^2=9.53$ ($P=0.0016$). **CONCLUSIONES:** Existe asociación entre tener conocimiento adecuado con el ingreso económico y la edad. No hay asociación entre las actitudes con ninguno de los factores socioeconómicos. Sí existe asociación entre las prácticas con edad, etnia, religión, escolaridad y ocupación.

PALABRAS CLAVE: Planificación familiar, factores socioeconómicos, conocimientos, actitudes y prácticas

ÍNDICE

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 2 | OBJETIVOS | 3 |
| 2.1 | General..... | 3 |
| 2.2 | Específicos | 3 |
| 3 | MARCO TEÓRICO | 5 |
| 3.1 | Antecedentes..... | 5 |
| 3.2 | Planificación familiar | 9 |
| 3.3 | Conocimiento de los métodos de planificación familiar | 10 |
| 3.3.1 | Definición de métodos de planificación familiar..... | 11 |
| 3.3.2 | Beneficios de la planificación familiar | 11 |
| 3.3.3 | Métodos de planificación familiar | 12 |
| 3.4 | Actitudes ante la planificación familiar | 28 |
| 3.4.1 | Funciones de las actitudes | 30 |
| 3.4.2 | Actitudes positivas y negativas | 30 |
| 3.4.3 | Tipos de actitud | 31 |
| 3.5 | Prácticas de planificación familiar en la actualidad | 32 |
| 3.6 | Factores socioeconómicos que influyen en la planificación familiar | 35 |
| 3.6.1 | Edad..... | 35 |
| 3.6.2 | Etnia | 36 |
| 3.6.3 | Escolaridad..... | 37 |
| 3.6.4 | Ocupación | 39 |
| 3.6.5 | Religión | 39 |
| 3.6.6 | Ingreso económico | 40 |
| 4 | POBLACIÓN Y MÉTODOS..... | 43 |
| 4.1 | Tipo y diseño de investigación..... | 43 |
| 4.2 | Unidad de análisis | 43 |
| 4.2.1 | Unidad primaria de muestreo..... | 43 |
| 4.2.2 | Unidad de análisis | 43 |
| 4.2.3 | Unidad de información..... | 43 |
| 4.3 | Población y muestra | 43 |
| 4.3.1 | Población o universo | 43 |
| 4.3.2 | Marco muestral..... | 43 |
| 4.3.3 | Muestra | 44 |
| 4.4 | Criterios de selección | 46 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 4.4.1 | Criterios de inclusión | 46 |
| 4.4.2 | Criterios de exclusión | 46 |
| 4.5 | Medición de variables | 47 |
| 4.6 | Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos..... | 52 |
| 4.6.1 | Técnicas de recolección de datos..... | 52 |
| 4.6.2 | Procesos | 52 |
| 4.6.3 | Instrumentos de medición..... | 52 |
| 4.7 | Procesamiento de datos | 54 |
| 4.7.1 | Procesamiento..... | 54 |
| 4.7.2 | Análisis de datos | 54 |
| 4.7.3 | Hipótesis..... | 58 |
| 4.8 | Límites y alcances de la investigación | 59 |
| 4.8.1 | Límites..... | 59 |
| 4.8.2 | Alcances..... | 59 |
| 4.9 | Aspectos éticos de la investigación | 59 |
| 4.9.1 | Principios éticos generales | 59 |
| 5 | RESULTADOS | 61 |
| 6 | DISCUSIÓN..... | 67 |
| 6.1 | Conocimientos sobre los métodos de planificación familiar | 67 |
| 6.2 | Actitudes sobre los métodos de planificación familiar | 69 |
| 6.3 | Prácticas sobre los métodos de planificación familiar | 69 |
| 7 | CONCLUSIONES | 73 |
| 8 | RECOMENDACIONES..... | 75 |
| 9 | APORTES | 77 |
| 10 | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 79 |
| 11 | ANEXOS..... | 87 |
| 11.1 | Anexo 1 | 87 |
| 11.1.1 | Contextualización de área de estudio | 87 |
| 11.2 | Anexo 2 | 91 |
| 11.2.1 | Encuesta | 91 |
| 11.3 | Anexo 3 | 95 |
| 11.3.1 | Consentimientos informados | 95 |
| 11.4 | Anexo 4 | 100 |
| 11.4.1 | Tablas de salida | 100 |

1 INTRODUCCIÓN

El acceso a la planificación familiar es un derecho de todos los guatemaltecos, sin embargo siendo Guatemala un país con gran inequidad, se considera que muchos de los habitantes tienen menor acceso a los beneficios de los métodos de planificación familiar. Este déficit se evidencia principalmente en las poblaciones de áreas rurales, indígenas, pobres y con baja escolaridad.

En el área rural de Guatemala se han realizado algunos estudios que muestran resultados alarmantes sobre la falta de conocimiento de los métodos de planificación familiar. En el año 2006 se realizó un estudio en la aldea de Xenimajuyú, Chimaltenango; este estudio encontró que el 82% de los habitantes no tenía conocimiento sobre los métodos de planificación familiar.¹ En el año 2007 se realizó otro estudio en mujeres en edad fértil de la aldea Barcenás, Villa Nueva, obteniendo como resultado que el 82% de la población de mujeres en edad fértil no tenía conocimientos sobre los métodos anticonceptivos para planificación familiar.² Luego en otro estudio en el año 2011, en las comunidades Chitocán y Satis, del departamento de Alta Verapaz, se determinó que el 68 % de las mujeres en edad fértil no utilizaba métodos de planificación familiar.³ Finalmente en el año 2013 se realizó un estudio en estudiantes de 13 a 16 años del departamento de Escuintla, en el que se determinó que el 86% de los estudiantes no tenían conocimiento sobre los métodos de planificación familiar.⁴

Todos estos datos reflejan que en Guatemala la necesidad insatisfecha del uso de métodos de planificación familiar sigue siendo alta y se considera que esta necesidad insatisfecha es causada por múltiples razones, entre ellas el aumento de la población, la pobreza, la falta de educación, escasez de servicios de planificación familiar y los insumos, no habiendo disponibilidad adecuada de los mismos o con disponibilidad de opciones limitada.

En Escuintla, en el municipio de Masagua, el 97% de la población vive en área rural con una tasa de escolaridad de 33.6 por cada 100 habitantes en ciclo básico, y con 4.9 por cada 100 habitantes en ciclo diversificado. Masagua es un municipio con muchas características que hacen sospechar de una mala utilización, poca aceptación, y conocimiento inadecuado sobre los métodos de planificación familiar de sus habitantes ya

que cuenta con un índice de desarrollo humano de 0.55, un dato bajo comparado con el del departamento de Escuintla con 0.67 y el departamento de Guatemala con 0.70; lo que indica que este municipio tiene deficiencias en cuanto al acceso a la educación, habitabilidad de la vivienda, trabajo, economía y acceso a la salud. En Masagua, únicamente 5 aldeas cuentan con un puesto de salud donde se da atención e información sobre los métodos de planificación familiar. De estas aldeas, en Cuyuta y Las Guacas predomina significativamente el área rural, hay bajas tasas de escolaridad en los ciclos de básicos y de diversificado, y gran parte de la población vive en pobreza; por lo que es importante obtener datos específicos sobre las comunidades rurales afectadas, para que posteriormente puedan ser usados para creación de planes comunitarios de acción, educación y promoción según las necesidades específicas de cada comunidad. Por lo anterior, se optó por hacer el estudio en estas aldeas.⁵

Para estudiar el problema, se formularon interrogantes como: ¿Cuál es la situación socioeconómica de la población a estudio? ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de la población a estudio sobre los métodos de población familiar? ¿Cuál es la asociación de los factores socioeconómicos de la de las mujeres en edad fértil con sus conocimientos, actitudes y prácticas?, así como ¿Cuáles son los métodos de planificación familiar más usados? y ¿Cuál es la fuente de información de donde se obtiene conocimiento?

Para poder resolver las preguntas se realizó un estudio de diseño transversal analítico mediante encuestas para recopilar los datos. Para determinar la existencia de asociación entre los factores socioeconómicos los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos de planificación familiar se plantearon múltiples hipótesis, las cuales fueron sometidas a análisis mediante la utilización de herramientas de asociación estadística como Chi cuadrado, Cramer V y Odds ratio.

2 OBJETIVOS

2.1 General

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de las comunidades de Cuyuta y Las Guacas del Municipio de Masagua del departamento de Escuintla y la asociación de éstos con los factores socioeconómicos, durante diciembre de 2015.

2.2 Específicos

- 2.2.1 Describir los factores socioeconómicos de las mujeres de las comunidades a estudio, en lo referente a edad, escolaridad, ocupación, ingreso económico, etnia y religión.
- 2.2.2 Identificar el conocimiento sobre los métodos de planificación familiar de las mujeres estudiadas y la fuente de información de dicho conocimiento.
- 2.2.3 Identificar las actitudes que tienen las mujeres en edad fértil de Cuyuta y Las Guacas con respecto a los métodos de planificación familiar.
- 2.2.4 Describir las prácticas en el uso de métodos de planificación familiar de las mujeres a estudio, en cuanto a métodos utilizados, razones de abandono del método de planificación familiar, y método de preferencia.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

La planificación familiar ha sido una de las preocupaciones de la humanidad a lo largo de la historia. En el tratado médico *Ebers Papyrus*, escrito en el año 1550 a.C., ya se describía algún método anticonceptivo. Los filósofos griegos Platón y Aristóteles desde los tiempos antiguos advirtieron de los peligros de un exceso de población; Aristóteles recomendaba, como modo de impedir el embarazo, una mezcla de incienso, cedro y aceite de oliva. Estos primeros anticonceptivos eran simples barreras mecánicas colocadas en la vagina que impedían que el espermatozoides eyaculado durante el coito fecundara el óvulo.^{6,7}

Existe evidencia que el mecanismo del dispositivo intrauterino (DIU) fue desarrollado por los antiguos turcos y árabes que insertaban piedras del tamaño de un guisante en el útero de las hembras de camello para evitar que quedaran embarazadas mientras atravesaban el desierto. El uso de fundas de colores para el pene se remonta a los antiguos egipcios, sin embargo su función era más decorativa que anticonceptiva. Fue en el siglo XVI que el anatomista italiano Gabriel Falopio inventó el condón de lino húmedo para proteger a los hombres del contagio de la sífilis obteniendo así una función anticonceptiva y de protección contra infecciones de transmisión sexual.⁶

Los primeros movimientos a favor de la planificación familiar se remontan a 1798, a partir de la obra Thomas Robert Malthus, un economista británico, quién expresó su temor a que los recursos alimenticios se terminaran debido al ritmo de crecimiento de la población. La obra de Malthus estimuló los movimientos a favor de la planificación familiar, pero hay que resaltar que estos primeros esfuerzos, encontraron una gran resistencia religiosa e individual.^{6,7}

Fue en el siglo XIX en donde comenzó a romperse la barrera social y religiosa que impedía el uso de métodos de planificación familiar y junto con la revolución industrial de esa época, en el año de 1844, a partir del perfeccionamiento de los procesos de producción del caucho, que el uso del condón se extendió como método de anticoncepción. El proceso de producción del caucho también fue

decisivo para el desarrollo del diafragma moderno, el cual fue ideado en 1838 por un médico alemán.⁶

A nivel mundial, desde el siglo XIX ochenta países han adoptado programas de planificación familiar; la Organización Mundial de la Salud (OMS) patrocina programas de investigación sobre anticoncepción y planificación familiar y ha ayudado a muchos de ellos a organizar y fomentar dichos programas. Cabe resaltar que entre los objetivos del Fórum Internacional sobre Población en el siglo XXI, celebrado en 1989, se encuentra el incrementar al 59% la proporción mundial de mujeres en edad fértil que utilicen anticonceptivos.^{7,8}

En América Latina fue hasta el año de 1994 cuando los programas de planificación familiar tomaron mayor importancia dentro de la población, derivando en el desarrollo de políticas gubernamentales para el control poblacional, realizándose campañas para el control de la fecundidad y para limitar el número de hijos.⁶Fue en este año cuando se realizó en Guatemala uno de los estudios más antiguos relacionado con el conocimiento de los métodos de planificación familiar. Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional de Chimaltenango, obteniendo como resultado que el 92.2% de la muestra tenía conocimiento sobre los métodos de planificación familiar, pero el 68.8% no los utilizaban.⁹

Posteriormente en Guatemala en el año de 1995, la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM) realizó una investigación en el departamento de Quiché, la cual mostró que los hombres reconocían ampliamente los beneficios del espaciamiento de los embarazos. Sin embargo, la información recolectada también reveló un escaso conocimiento masculino sobre métodos anticonceptivos; sólo 3% de esta población utilizaba algún método de planificación familiar.⁶Luego durante el año 2000, La UnitedStates Agency International Development(USAID) apoyó al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para posicionar la planificación familiar para el espaciamiento adecuado de los nacimientos como componente clave del nuevo plan de salud reproductiva. En su primer año, este programa capacitó a más de 9,500 consejeros en técnicas de asesoría y el uso seguro de anticonceptivos para el espaciamiento de los nacimientos.⁹

Entre otros estudios importantes que se han realizado con relación a los métodos de planificación familiar en Guatemala puede mencionarse una tesis, realizada en la población femenina comprendida de 15 a 45 años del municipio de Acatenango, Chimaltenango, en el año 2000, en la que se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos anticonceptivos, obteniendo como resultado que el 58% de las mujeres conocían los métodos anticonceptivos. Al preguntar sobre los métodos anticonceptivos específicos, se determinó que los métodos conocidos por la mayoría de las mujeres, independientemente del nivel de exposición, eran la píldora, la inyección y el preservativo con porcentajes de 51%, 38% y 22% respectivamente. También se investigó sobre las causas del abandono de los métodos anticonceptivos, siendo estas, problemas de salud (38.1%), problema para adquirirlos (27.7%), piensan que no son eficaces (14.8%), costo (12.9%) y otras causas (5.5%).¹⁰

En el año 2002 se realizó un estudio de carácter social, en donde se analizaron las características de la oferta y la demanda de servicios e insumos de planificación familiar en los departamentos de Sololá, Totonicapán, y Jutiapa. Uno de los datos más interesantes obtenidos en el estudio fueron las razones que expresan las mujeres en edad fértil para no usar servicios de planificación familiar. Siendo estas razones de mayor a menor frecuencia: No estar casada o unida, no tiene relaciones sexuales, por razones religiosas o por la creencia de que son dañinos para la salud.¹¹

Posteriormente un estudio realizado en Guatemala por la Iniciativa de Planificación Familiar (ALAS) en el año 2005, identificó que los factores socio-culturales que contribuyen al limitado uso de anticonceptivos en Guatemala, incluyen: Falta de información, distancia para acceder a los servicios de salud, el costo de dichos servicios, las barreras culturales y del lenguaje, la desaprobación por parte de la pareja y la oposición religiosa.²

Por otra parte en el año 2006 se realizó una tesis que tenía como objetivo principal describir los conocimientos y las creencias sobre los métodos anticonceptivos para planificación familiar en los habitantes en edad reproductiva de la aldea Xenimajuyú, municipio de Tecpán, Chimaltenango. Se determinó que el 82 % de los habitantes

no tenía conocimiento sobre los métodos de planificación familiar y que los métodos anticonceptivos artificiales más utilizados por la población femenina eran los inyectables, el 38.79% de la población estudiada obtenía la información sobre métodos de planificación familiar a través de los medios de comunicación (radio, prensa, televisión) y el 26.33% a través del puesto de salud.¹

Luego en el año 2007 se realizó otro estudio con el objetivo de describir los conocimientos y creencias sobre los métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres en edad fértil de la Aldea Barcenas, Villa Nueva. Obteniendo como resultado que el 82% de la población de mujeres en edad fértil no tenía conocimientos sobre los métodos anticonceptivos para planificación familiar y que la falta de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos en la población estudiada, podía deberse a sus creencias arraigadas en la religión y la ausencia de medios de difusión de la información. En cuanto a la fuente de donde obtenían la información sobre los métodos anticonceptivos, el 39% de la población respondió que es a través de los medios de comunicación (radio, prensa, televisión).²

Posteriormente en Alta Verapaz el año 2010, las estadísticas del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSAR) revelaron que de 23 mil nacimientos que se reportaban anteriormente en el departamento se incrementó a 26 mil nacimientos, lo que sugería la falta de métodos de planificación familiar. Específicamente se determinó que de todas las mujeres que vivían en dicho departamento, solo el 10% utiliza algún método de planificación familiar y que más del 80% de las mujeres que vivían en el área rural se encontraban en total desinformación en cuanto a métodos de planificación familiar. En otro estudio similar en año 2011 en las mujeres en edad fértil de las comunidades Chitocán y Satis, también en el departamento de Alta Verapaz, se determinó que el 68 % de las mujeres en edad fértil no utiliza métodos de planificación familiar.³

Finalmente en el año 2013 en un estudio en el departamento de Escuintla con relación al conocimiento de métodos de planificación familiar en estudiantes de 13 a 16 años de 26 institutos mixtos jornada matutina y vespertina, se determinó que el 86% de los estudiantes no tenían conocimiento sobre los métodos de planificación familiar.⁴

3.2 Planificación familiar

El desarrollo de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, es un derecho de cada ser humano, reconocido internacionalmente como medio esencial para mejorar la salud de la población y reducir la mortalidad asociada a embarazos no deseados.¹²Todas las personas tienen derecho a la elección, acceso y beneficios de los avances científicos en cuanto a selección de métodos de planificación familiar se trata. Un enfoque basado en los derechos para la provisión de anticonceptivos adopta una visión holística de las personas, lo que incluye tomar en consideración las necesidades de cuidado de la salud sexual y reproductiva de todos los usuarios, y analizar todos los criterios de elegibilidad y las prácticas recomendadas para así, ayudarles a elegir y a usar un método de planificación familiar.¹³

La planificación familiar se puede definir como “el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil dentro de los cuáles se encuentra la información, educación, consejería en anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos”.¹⁴Los servicios de planificación familiar pueden contribuir grandemente a la reducir las tasas de mortalidad y morbilidad materna, evitando embarazos en los extremos de los años reproductivos de la mujer, así como en las mujeres multíparas y los grupos más vulnerables. También contribuyen a mejorar la salud materna y de la niñez, proporcionando un espacio inter genésico apropiado, habiendo menor mortalidad infantil y menos desnutrición. Adicionalmente la madre puede aportar el tiempo y la atención apropiada al recién nacido así como a sus otros hijos, permitiéndole además desarrollándose en su condición personal, familiar y también en aspectos culturales, sociales y profesionales.¹⁵

El uso sistemático y correcto de los métodos de planificación familiar puede variar dependiendo de algunos factores dependientes de los usuarios, tales como la edad, el ingreso económico, deseo de la persona de prevenir o postergar el embarazo y la cultura. Los métodos que dependen del uso sistemático y correcto por parte de las

personas tienen un rango alto de eficacia. La mayoría de los usuarios tienden a usar un método de planificación familiar más eficazmente a medida que adquieren mayor experiencia con el método.¹³“El adecuado ejercicio de la planificación familiar repercute favorablemente en una comprensión de la sexualidad humana, por cuanto permite entender las dimensiones biológica, psicológica, comunicativa, social y pro creativa de su ejercicio. Ayuda también a establecer el comportamiento sexual en términos de profunda seriedad y responsabilidad frente a la misma familia y la sociedad en general”.¹

Así pues, la planificación familiar es una herramienta que permite a la sociedad desarrollarse integralmente asegurando una mejor calidad de vida principalmente a las familias con escasos recursos en áreas marginales. En el ámbito del concepto de solidaridad y de utilización universal de los métodos de planificación familiar, se intenta que las parejas decidan por sí mismas el número de hijos que desean tener y el espaciamiento entre ellos, sin prejuicios, coerción ni discriminación.¹⁵

3.3 Conocimiento de los métodos de planificación familiar

Conocimiento se puede definir como el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con la que nos relacionamos con el mundo exterior. Conjunto de saberes sobre un tema o sobre una ciencia. La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc.). A medida que crece el conocimiento sobre algún objeto, tema, información; pueden darse cambios en la conducta. Entre las principales características del conocimiento se encuentran: El fin es alcanzar una verdad objetiva.; el hecho de que es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva sensación, percepción y representación; y la propiedad de asimilar el mundo circulante.¹⁶

En cuanto al conocimiento de los métodos de planificación familiar, se considera que una persona tiene conocimiento general de los métodos de planificación familiar cuando sabe la definición de los métodos de planificación familiar, si conoce para qué se utilizan los métodos de planificación familiar o utiliza algún método de una forma correcta. Por otra parte, las personas también pueden tener conocimientos

específicos de los beneficios de los métodos de planificación familiar, los métodos de planificación familiar que se ofrecen a nivel nacional en los servicios de salud de primer nivel, segundo nivel y tercer nivel y sobre los porcentajes de protección o de efectividad que brindan estos métodos para impedir la concepción.

3.3.1 Definición de métodos de planificación familiar

Los métodos de planificación familiar también llamados métodos anticonceptivos se definen como cualquier forma de impedir la fecundación o concepción al mantener relaciones sexuales. También se llama contracepción o anticoncepción, y son una forma de control de la natalidad.¹⁷

3.3.2 Beneficios de la planificación familiar

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. Entre los beneficios específicos del uso adecuado de métodos de planificación familiar podemos encontrar:

- Reducción de tasas de embarazos no deseados y la necesidad de efectuar abortos peligrosos.
- Disminución del embarazo de adolescentes.
- Menor crecimiento de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.
- Prevención de las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH - SIDA.¹⁸
- Disminución de los riesgos para la salud que suponen el embarazo, el parto y la lactancia, y que debilitan a la madre.
- Menor mortalidad materna evitando embarazos en mujeres en los extremos de la vida, o quienes ya han tenido múltiples embarazos.¹⁹

- Prevención de complicaciones en mujeres que ya tienen problemas de salud que se exacerben con un embarazo como la diabetes, hipertensión, el VIH, etc.
- Promoción de la educación ya que las familias con menos hijos pueden educar en igualdad de condiciones tanto a sus hijas como a sus hijos, además de prestarle más atención a las necesidades individuales de cada uno.
- Más oportunidades de trabajo para las mujeres ya que estas pueden acabar los estudios y buscar una profesión.
- Disminución de riesgos en el embarazo mediante un espacio adecuado entre los embarazos (separados por más de 2 años)
- Mejor economía familiar ya que cuando las familias son más pequeñas, los recursos económicos pueden emplearse igualmente y eficazmente entre los hijos y las hijas.¹²

3.3.3 Métodos de planificación familiar

Durante las últimas 3 décadas ha habido notables progresos en el desarrollo de nuevas tecnologías anticonceptivas y métodos de planificación familiar, entre los cuales se incluyen las transiciones de altas dosis a bajas dosis en anticonceptivos orales combinados y de DIUs inertes a dispositivos de cobre y DIUs liberadores de levonorgestrel. Además, se han introducido los anticonceptivos inyectables combinados, el parche y el anillo vaginal hormonal combinado, los implantes y los anticonceptivos inyectables de progestina sola.¹³

En Guatemala, en las áreas urbanas y rurales gran parte de la población tiene acceso a métodos de planificación familiar debido a los centros de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de primer, segundo y tercer nivel que basan sus servicios en las guías nacionales de planificación familiar del programa nacional de salud reproductiva en donde se incluyen únicamente algunos métodos de planificación familiar como lo son: método de lactancia amenorrea (MELA), el collar o método de días fijos (MDF), el condón masculino, T de cobre 380 A, anticonceptivos orales combinados (AOC),

anticonceptivos inyectables combinados (AIC), inyectables de progestágenos, implantes sub dérmicos, oclusión tubárica bilateral (OTB), vasectomía.¹⁵

3.3.3.1 Método de lactancia amenorrea (MELA)

Este se trata de un método natural y temporal, basado en la infertilidad fisiológica que se da mientras se practique la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses postparto.

Cuando una mujer da de mamar, el estímulo que el niño provoca al succionar el pezón envía impulsos nerviosos al cerebro de la madre, respondiendo alterando la producción de hormonas que son necesarias para estimular gestación. Por lo tanto, si una mujer no ha visto su menstruación y está amamantando exclusivamente a su bebé, la probabilidad de que ovule durante los primeros 6 meses postparto es muy baja.

Cuando se utiliza de manera adecuada debe cumplir con tres requisitos (da lactancia materna exclusiva, no ha visto el retorno de su menstruación después del parto y su bebé tiene menos de 6 meses de edad), se produce menos de un embarazo (0.9) por cada 100 mujeres que utilizan el MELA en los primeros 6 meses después del parto.¹⁵

Ventajas y beneficios:

Para el recién nacido y lactante:

- Reafirma el vínculo madre-hijo
- Proporciona los requerimientos nutricionales óptimos para el crecimiento y desarrollo del niño
- Brinda los aminoácidos y lípidos esenciales para el desarrollo fisiológico
- Brinda al bebé inmunización pasiva
- El MELA favorece la lactancia exitosa y prolongada hasta los dos años de edad.

Para la madre:

- Da la oportunidad y el tiempo a las mujeres de decidir voluntariamente y con información el método anticonceptivo que quieren utilizar después del MELA.
- Ayuda a acortar el tiempo de sangrado posparto y disminuye el riesgo de infección durante el puerperio.
- Motiva a la madre a dar lactancia materna exclusiva a su recién nacido.
- Protege contra el cáncer de mama, ovario y endometrio.
- La protección anticonceptiva comienza inmediatamente después del parto.
- Es un método anticonceptivo tan eficaz como otros métodos modernos.
- No tiene ningún costo.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No tiene efectos secundarios.¹⁵

Limitaciones:

- El MELA no es apropiado para mujeres que no estén motivadas, orientadas y/o dispuestas a dar lactancia inmediata, exclusiva y a demanda a su recién nacido.
- Personal de salud o servicios de salud con atención de partos que no favorezcan el alojamiento conjunto y lactancia inmediata; que ofrezcan biberones al recién nacido
- Puede ser un método difícil de practicar por circunstancias de separación del bebé por períodos prolongados (más de 4 horas).
- No brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH.
- Es eficaz sólo en los primeros 6 meses posparto.¹⁵

3.3.3.2 El collar o método de días fijos (MDF)

Se trata de un método que se basa en el conocimiento de las fechas en que la mujer es fértil. La mujer se da cuenta cuándo empieza y

termina el período fértil de su ciclo menstrual. Permite a las parejas espaciar los embarazos en forma natural. Se utiliza un collar con perlas de diferentes colores o formas que les sirve a las parejas para identificar los días fértiles de la mujer. Durante los días fértiles las parejas pueden decidir si abstenerse de tener relaciones o usar apropiadamente el condón.

Se basa en el hecho de que hay ciertos días del ciclo menstrual de la mujer en los que puede quedar embarazada. Se identifican los días del 8 al 19 como los días fértiles en ciclos menstruales con duración de 26 a 32 días. La pareja debe llegar a un acuerdo sobre qué práctica seguir durante los días fértiles de la mujer: abstinencia o uso correcto del condón. Si se abstienen de tener relaciones sexuales durante los días fértiles, la mujer no queda embarazada.¹⁵

Tiene una tasa de eficacia del 95% en el primer año de uso consistente y correcto del método en mujeres con la mayoría de ciclos menstruales de 26 a 32 días de duración.¹⁵

Ventajas y beneficios:

- La pareja no necesita someterse a procedimientos clínicos.
- No representa riesgos para la salud de la pareja.
- No requiere supervisión médica.
- Incentiva la participación del hombre en la anticoncepción.
- Le enseña a la mujer a saber cómo funciona su fertilidad y observar cómo es su ciclo menstrual a través del tiempo.
- No tiene ningún costo monetario.¹⁵

Limitaciones:

- Si la mujer ha estado usando anticonceptivos hormonales inyectables de sólo progestágeno, deberá haber transcurrido 3 meses y tenido por lo menos dos ciclos de 26 a 32 días de duración después del uso del inyectable y antes de empezar a utilizar el método del collar o método de días fijos.

- Si utiliza anticonceptivos orales, debe haber tenido por lo menos dos ciclos menstruales de 26 a 32 días antes de empezar a utilizar el collar.
- Si la mujer está dando de mamar o ha suspendido la lactancia recientemente, debe haber tenido por lo menos 3 ciclos posparto, el último con una duración de 26 a 32 días de duración; puede haber riesgo de embarazo antes de lograr esta condición.
- Mujeres con ciclos muy cortos (menores de 26 días) o muy largos (más de 32 días) no deben usar este método.
- No protege contra infecciones de transmisión sexual.¹⁵

3.3.3.3 La ovulación

Este es un método natural que se basa en la percepción de secreción cervical o humedad vaginal de parte de la mujer.

La pareja debe evitar las relaciones sexuales en los días fértiles del ciclo menstrual de la mujer evitando así el embarazo. La observación de signos tales como secreciones cervicales y humedad vaginal asociadas a la ovulación permite evitar las relaciones sexuales en los días fértiles de la mujer. Usar condón en esos días no es lo más recomendable, ya que el lubricante o espermicida que contiene el condón puede alterar la consistencia del moco cervical y por lo tanto la observación del mismo puede no ser confiable.¹⁵

Si se utiliza de una forma adecuada y metódica, la ovulación tiene una tasa de eficacia del 97%, pero de acuerdo al uso típico del método pueden esperarse 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.¹⁵

Ventajas y beneficios:

- La pareja no necesita insumos ni someterse a procedimientos clínicos.

- No tiene efectos secundarios.
- Requiere muy poca supervisión médica.
- Incentiva la participación de la pareja en la anticoncepción.
- La mujer reconoce cómo funciona su fertilidad y observar cómo es su ciclo menstrual.
- No tiene ningún costo económico.¹⁵

Limitaciones:

- Requiere de entrenamiento y acompañamiento previo a su uso.
- La existencia de condiciones que sugieren retrasar el uso de estos métodos requiere un asesoramiento especial y un proveedor de servicios calificado para asegurar su uso correcto.
- Si la mujer ha dejado de usar anticonceptivos hormonales inyectables sólo de progestágeno deberá haber tenido por lo menos dos ciclos de 26 a 32 días de duración después del uso y antes de empezar a utilizar el método de la ovulación.
- No protege contra infecciones de transmisión sexual.¹⁵

3.3.3.4 El condón masculino

Consiste en una delgada bolsa o funda hecha de látex que se coloca cubriendo el pene erecto del hombre antes de cada relación sexual, siendo un método temporal y de barrera que sólo se puede usar una vez.

El condón impide temporalmente el encuentro del óvulo de la mujer con los espermatozoides del hombre mecánica y químicamente. Por ello se le conoce como un método de barrera.

Cuando se usa el condón de manera incorrecta éste tiene 85 por ciento de eficacia. Cuando el uso del condón es correcto y sistemático tiene el 98 por ciento de eficacia.¹⁵

Ventajas y beneficios:

- Fácil de adquirir

- No tiene riesgos para la salud
- Tiene eficacia temporal e inmediata
- No necesita supervisión médica
- Puede utilizarse después del parto
- Se puede dejar de usar en cualquier momento
- Disminuye el riesgo de embarazo ectópico
- Fácil de mantener a la mano en caso de que la relación sexual ocurra en forma imprevista
- Puede ser usado por hombres de cualquier edad
- Ayuda a reducir la eyaculación prematura
- Incentiva la participación del hombre en la anticoncepción
- Reduce el riesgo de transmisión de infecciones de transmisión sexual,
- No necesita examen médico previo a su utilización.¹⁵

Limitaciones:

- Se debe usar un condón nuevo en cada relación sexual
- Disminuye la sensibilidad del pene.¹⁵

3.3.3.5 T de cobre 380 A

La T de cobre es un pequeño dispositivo de plástico flexible y cobre que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos; es de carácter temporal y reversible. De sus variedades la más usada actualmente es la T de cobre 380A la cual consiste en un cuerpo flexible en forma de T que contiene 380 mm² de cobre. Aproximadamente 314 mg de cobre se localizan en el vástago vertical y 33 mg en cada brazo horizontal, en el extremo inferior presenta un bulbo de 3 mm del cual salen dos monofilamentos de polietileno.

La T de cobre reduce la posibilidad de que el espermatozoide fertilice el óvulo. La T de cobre afecta la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina inmovilizándolos o destruyéndolos, disminuye la capacidad de

movilización de los espermatozoides alterando la consistencia del moco cervical, espesándolo, aumentando la fagocitosis en la cavidad endometrial.

La tasa de efectividad de la T de cobre es de 99.2 a 99.4% en el primer año de su utilización, brindando una protección anticonceptiva de 10 años.¹⁵

Ventajas y beneficios:

- Eficacia inmediata
- Método para uso a largo plazo
- No interfiere con las relaciones sexuales
- No afecta la lactancia materna
- Retorno inmediato de la fertilidad al retirarla
- Pocos efectos colaterales
- No necesita de insumos de reemplazo
- Económico.¹⁵

Limitaciones:

- Requiere un examen médico previo
- Necesita de un proveedor capacitado para la inserción y remoción
- Aumenta el sangrado y cólico menstrual en los primeros meses de uso
- Puede ser expulsada espontáneamente
- Aunque raro, puede ocurrir perforación uterina (1 en 1000 casos) durante la inserción
- No brinda protección contra infecciones del tracto genital, ITS
- Si tiene sida y no está en terapia antirretroviral o no está bien clínicamente.¹⁵

3.3.3.6 Anticonceptivos orales combinados (AOC): La pastilla

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son preparados hormonales que contienen estrógeno y progestágeno. Se utilizan con fines anticonceptivos de carácter temporal y reversible. Se toma

una pastilla cada día, durante 21 ó 28 días dependiendo de la presentación. En la red de servicios del MSPAS sólo se utilizan presentaciones de 28 días.

Los anticonceptivos orales inhiben la ovulación y aumentan la consistencia del moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides, evitando así que fecunden al óvulo. Producen cambios en el endometrio: lo adelgaza y produce atrofia de las glándulas, por lo que el sangrado menstrual es minimizado.

El uso correcto y consistente de este método brinda una protección del 99.7% y, con el uso típico es de 92%, en el primer año de uso. La efectividad depende de la usuaria: el riesgo de embarazo aumenta cuando la usuaria comienza una caja nueva de píldoras con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más píldoras cerca del inicio o del final de una caja.¹⁵

Ventajas y Beneficios:

- Eficacia elevada cuando se toman diariamente
- Eficacia inmediata al iniciarse dentro de los primeros 7 días del ciclo
- No requiere examen pélvico previo al uso
- No interfiere con las relaciones sexuales
- Pocos efectos colaterales
- El uso puede interrumpirse con facilidad
- Pueden ser proporcionados por personal no médico
- Flujos menstruales menos profusos y dolorosos
- Pueden mejorar la anemia
- Regularizan los ciclos menstruales
- Protegen contra el cáncer ovárico y del endometrio
- Disminuye la enfermedad benigna de la mama
- Previene el embarazo ectópico
- Ayuda a prevenir quistes de ovario
- Disminuye el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

- Puede usarse a cualquier edad, desde la adolescencia hasta la menopausia
- Puede ser usado por mujeres que tienen hijos y mujeres que no los tienen
- Permite el retorno de la fertilidad tan pronto como se interrumpa el uso.¹⁵

Limitaciones:

- Depende de la usuaria (motivación continuada y uso diario)
- La eficacia puede ser alterada al utilizar ciertos medicamentos para la epilepsia (fenobarbital), tuberculosis (rifampicina y griseofulvina) y antirretrovirales
- Requieren de la disponibilidad de suministros
- No brindan protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Son efectos secundarios comunes:
 - Náuseas (muy común en los primeros tres meses)
 - Sangrado en goteo o sangrado entre períodos menstruales, especialmente si la mujer olvida tomar sus pastillas o se demora en tomarlas
 - Dolor de cabeza leve
 - Sensibilidad en los senos
 - Leve aumento de peso (para algunas mujeres el aumento de peso es una ventaja)
 - Amenorrea (para algunas mujeres la amenorrea es una ventaja)
 - En algunas mujeres pueden ocasionar cambios de temperamento, incluyendo depresión y menor deseo sexual.¹⁵

3.3.3.7 Anticonceptivos inyectables combinados (AIC): Inyección mensual

Se trata un método anticonceptivo hormonal temporal y reversible, administrado por inyección intramuscular mensual. Contienen progestágeno y estrógeno sintéticos.

La inyección mensual inhibe la ovulación, espesa el moco cervical y produce cambios en el endometrio, al igual que los anticonceptivos orales combinados (pastilla).

Protección: El uso adecuado y consistente de los anticonceptivos inyectables combinados (AIC) brinda una protección del 99.95% y el uso típico del 97%, en el primer año de uso. La eficacia depende de la puntualidad en la aplicación de la inyección; el mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer se atrasa en su administración o la omite.¹⁵

Ventajas y beneficios:

- Es altamente eficaz
- Eficacia inmediata si se inicia antes del séptimo día del ciclo menstrual
- No interfieren con las relaciones sexuales
- Debe administrarse una nueva dosis cada 4 semanas, más o menos tres días
- Conveniente y fácil de usar
- Pocos efectos colaterales
- Pueden ser administrados por personal capacitado no médico
- Disminuyen la cantidad, duración y dolor durante el período menstrual
- Protegen contra el cáncer ovárico y del endometrio
- Disminuyen la enfermedad benigna de la mama
- Pueden mejorar la anemia
- No requiere de ninguna acción diaria
- Su uso es discreto
- Las inyecciones pueden interrumpirse en cualquier momento.¹⁵

Limitaciones:

- Puede alterar el patrón del sangrado menstrual, durante los primeros seis meses de uso.
- No brinda protección contra las ITS

- Una vez administrado el método, la usuaria no puede interrumpir su uso, puesto que es un método de depósito intramuscular. Debe esperar hasta que pase el efecto.
- La eficacia puede ser variar al utilizar ciertos medicamentos para la epilepsia (fenobarbital), tuberculosis (rifampicina) y griseofulvina y antirretrovirales.¹⁵

3.3.3.8 Inyectables sólo de progestágenos: La inyección bimensual o trimestral

Es un método anticonceptivo hormonal temporal y reversible, administrado por inyección intramuscular bimensual o trimestral. Contienen un progestágeno sintético de depósito.

Inhibe la ovulación (salida del óvulo de los ovarios) y aumenta la consistencia del moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides. También produce modificaciones en el endometrio, alterando su crecimiento y grosor, lo que origina ausencia del sangrado menstrual.

El uso adecuado y metódico brinda una protección del 99.7% y el uso típico es de 97%, en el primer año de uso. La eficacia depende de que las inyecciones se apliquen puntualmente; el mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer omite una inyección.¹⁵

Ventajas y beneficios:

- Alta eficacia
- Eficacia rápida (de iniciarse en los primeros 7 días del ciclo)
- Duración intermedia (2 meses para la noretisterona y 3 meses para el acetato de medroxiprogesterona por inyección)
- No se requiere un examen pélvico antes del uso
- No interfiere con el coito
- No afecta la lactancia materna aplicada después de 6 semanas posparto; no altera la cantidad y calidad de la leche materna
- Pocos efectos secundarios

- Puede ser administrada por personal capacitado no médico
- No contienen estrógeno
- Puede disminuir los dolores menstruales
- Mejora la anemia
- Brinda protección contra el cáncer de endometrio, patologías benignas de la mama y fibromas uterinos
- Confiere privacidad a la usuaria
- Permite flexibilidad en las visitas de seguimiento, la usuaria puede volver 2 semanas antes o 2 semanas después de su próxima inyección
- Puede reducir la frecuencia de convulsiones en mujeres con epilepsia.¹⁵

Limitaciones:

- Requiere administrar una inyección cada 2 o 3 meses dependiendo del anticonceptivo inyectado utilizado
- En la mayoría de las usuarias provoca cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado o manchas irregulares)
- Amenorrea es normal, especialmente después del primer año de uso (algunas mujeres consideran la amenorrea como una ventaja)
- Aumento de peso (más o menos 4 libras cada año)
- En raros casos hay sangrado excesivo (menos de 1 por 1000 usuarias)
- Es necesario el reabastecimiento (volver a la clínica cada 60 +/- 7 días para inyección bimensual o cada 90 +/- 15 días para la inyección trimestral)
- No brinda protección contra las ITS
- Retraso en el retorno de la fertilidad, entre 6 y 10 meses después de la última inyección independientemente del tiempo de uso.
- Puede ocasionar dolores de cabeza, aumento de sensibilidad en los senos, cambios de humor, náuseas, pérdida del cabello, disminución del deseo sexual y/o acné en algunas mujeres.¹⁵

3.3.3.9 Implantes sub dérmicos: Jadelle

Es un método anticonceptivo hormonal temporal y reversible, de larga duración y que brinda protección hasta por tres a cinco años. Está compuesto por dos cilindros o tubitos delgados y flexibles hechos de silicón, que contienen una hormona llamada levonorgestrel. Tienen 4.3 cm de largo y 2.5 mm de diámetro. Los implantes se colocan debajo de la piel, en la cara interna del brazo que menos se use, comúnmente el izquierdo.

Impide la ovulación y el moco cervical se espesa para que no pasen los espermatozoides. Al igual que la inyección trimestral, producen alteración en el endometrio lo que origina cambios en el sangrado menstrual.

Protección: El implante jadelle tiene una efectividad del 99%. Es un método muy efectivo.¹⁵

Ventajas y beneficios:

- Eficacia elevada
- Eficacia rápida (en menos de 24 horas) si se inicia en los primeros 7 días del ciclo
- Duración prolongada (hasta 5 años el de dos implantes y 3 años el de uno)
- No requiere examen pélvico antes del uso
- No interfiere con las relaciones sexuales
- Retorno inmediato de la fertilidad al removerse (no contienen estrógenos)
- Pocos efectos secundarios
- La usuaria no necesita suministros
- Puede ser colocado por proveedor no médico capacitado
- No contienen estrógenos
- Puede disminuir el flujo y los dolores menstruales
- Disminución de las patologías benignas de la mama
- Disminuye la frecuencia del embarazo ectópico
- Protege contra enfermedades pélvicas inflamatorias.¹⁵

Limitaciones:

- En la mayoría de las mujeres causan cambios del patrón menstrual (sangrado/ manchado irregular inicialmente, ausencia de menstruación)
- Puede haber aumento o disminución de peso
- Requiere un proveedor capacitado y disponible para su inserción y remoción
- No brinda protección contra las ITS.¹⁵

3.3.3.10 Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina: Oclusión tubárica bilateral (OTB)

Es un método anticonceptivo quirúrgico permanente para mujeres que ya no desean tener más hijos. Consiste en la oclusión tubárica bilateral (OTB). También se le llama esterilización tubárica, ligadura de trompas, anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina (AQVF), salpingectomía, atadura de trompas, minilaparotomía y “la operación de la mujer”.

Al bloquear las trompas de falopio (mediante corte, cauterización, colocación de anillos o grapas) se impide que los espermatozoides lleguen al óvulo y lo fertilicen.

Protección: La tasa de fallo es muy baja; ocurre un embarazo por cada 200 mujeres operadas en el primer año de uso.¹⁵

Ventajas y beneficios:

- Eficacia inmediata y elevada
- Método permanente y difícilmente reversible
- No interfiere con la lactancia materna
- No interfiere con el coito
- El gozo sexual se ve aumentado porque no hay preocupaciones de un embarazo
- Buen método en el caso de usuarias para quienes el embarazo tenga un alto riesgo para su salud

- Cirugía sencilla, que generalmente se realiza bajo anestesia local y no necesita hospitalización
- No tiene efectos secundarios a largo plazo
- No produce cambios en la función sexual, no tiene efecto alguno sobre la producción de hormonas por parte de los ovarios, ni sobre la menstruación
- No necesita suministros ni visitas repetidas¹⁵

Limitaciones:

- Debe considerarse como un método permanente (no reversible)
- Puede haber arrepentimiento con posterioridad
- Toda cirugía implica un riesgo
- Requiere un equipo médico capacitado
- No brinda protección alguna contra ITS.¹⁵

3.3.3.11 Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina: Vasectomía

La vasectomía es un procedimiento quirúrgico que provee anticoncepción permanente a los hombres que no quieren tener más hijos.

Cómo actúa: Al obstruir los conductos deferentes (tubos por donde pasan los espermatozoides) se impide que los espermatozoides lleguen al semen. El hombre sigue eyaculando, pero su semen ya no tiene espermatozoides, por lo que no podrá fertilizar a un óvulo. La vasectomía no afecta el desempeño sexual, ya que los testículos siguen funcionando normalmente.

La vasectomía brinda una tasa de fallo muy baja, 2 embarazos por cada 1000 operaciones en el primer año de uso; esto significa que de cada 1000 mujeres cuyas parejas se hayan hecho una vasectomía 998 no van a quedar embarazadas en el primer año de uso. Es importante dar a conocer a los usuarios que este método no brinda protección contra el embarazo hasta que se observe que no hay espermatozoides en una muestra de semen sometida a un examen microscópico, lo cual ocurre aproximadamente hasta que el

usuario haya eyaculado 20 veces o hasta que hayan transcurrido 12 semanas después de la operación. El hombre debe usar condón durante este tiempo.¹⁵

Ventajas y beneficios:

- Es permanente
- No interfiere con el coito (relaciones sexuales)
- Implica menor riesgo quirúrgico y menor gasto que la operación de la mujer
- Buen método en el caso de usuarios para los que el embarazo de su pareja encierre un alto riesgo para la salud
- Cirugía sencilla, que se realiza bajo anestesia local y no requiere hospitalización
- No tiene efectos secundarios a largo plazo
- No produce cambios en la función sexual; no tiene efecto alguno sobre la producción de hormonas por parte de los testículos.¹⁵

Limitaciones:

- Eficacia retardada (requiere tiempo y/o hasta 20 eyaculaciones post operación)
- Debe considerarse como un método permanente (no reversible)
- Puede haber arrepentimiento con posterioridad si no hay correcta orientación
- Toda cirugía implica un riesgo
- Requiere un proveedor capacitado
- No brinda protección alguna contra ITS.¹⁵

3.4 Actitudes ante la planificación familiar

Una actitud es una disposición de ánimo manifestada de alguna manera; tiende a permanecer estable con el tiempo y siempre se dirigen hacia un objeto o cierta idea. Los seres humanos tienden a formar actitudes que van en línea con las ideas o asuntos que ya conocen.^{20, 21}

Hay tres componentes que cuando se unen, forman una actitud:

1. Elemento cognitivo (lo pensado).
2. Elemento emocional (los sentimientos).
3. Elemento conductual (como se expresan los pensamientos y sentimientos en acción).²¹

Las actitudes existen en todos los seres humanos, muchas veces sin ser notados por la persona. Cada vez que una persona conoce a un nuevo objeto, una nueva actitud se forma. Sin embargo, ya formada una actitud, es difícil modificarlo. Eso se debe a que las actitudes muchas veces tienen raíz en nuestras creencias básicas, convicciones, e ideologías, las cuales empezamos a formar desde la niñez, y tienden a ser similares a los creencias y juicios de la familia de origen. Esas convicciones tienen años para poderse formar y cada opinión o actitud nueva que entra toma lugar para juntarse a la ideología ya formada y reforzar lo que ya creemos. Hay actitudes que se forman según lo aprendido en la familia, e igual hay otras actitudes que se forman debido a la influencia de la sociedad y las normas ya establecidas en una comunidad, por ejemplo la actitud negativa contra la violencia o el homicidio. Sin embargo, hay otras actitudes que un individuo puede tener que no vienen ni de la sociedad ni de la familia, sino que de ese ser mismo.²¹

Las emociones son un ingrediente básico en la formación de una actitud. Los sentimientos que una persona experimenta frente a una situación, objeto, o persona pueden ser positivos o negativos por indeterminada cantidad de razones. Pero normalmente, si un sentimiento hacia el objeto es positivo, se encuentra que la actitud también será positiva. De igual forma es con los pensamientos. Por ejemplo, un niño pensando en su estudio, si piensa que es bueno para estudiar, normalmente su actitud será de igual forma positiva. Igual, si los sentimientos tienden a ser negativos (enojo, tristeza, temor, entre otros) y hay también pensamientos negativos, el actitud hacia tal objeto, es probable que también la actitud será negativa. De esa forma, las emociones y lo cognitivo son elementos integrales de la actitud.²⁰

Aunque es muy difícil modificar una actitud que ya se ha formado, no es imposible. Muchas veces esos mismos cambios de actitud se pueden cambiar por un cambio de influencia en la vida de una persona, por ejemplo cambiarse a una comunidad con distintas actitudes y empezar a asimilar las nuevas actitudes. Recibir una nueva

información acerca de un objeto también puede tener una gran influencia para cambiar la actitud de la persona. Muchas veces, solo el presentar la información que antes no tenía acceso la persona, puede ser suficiente para que modifique su actitud.²¹

Las esferas donde más existen teorías acerca de la actitud son los campos de psicología social y psicología de la personalidad. Según su teoría, se puede encontrar ambas actitudes personales, las cuales se relacionan solamente con el individuo y las actitudes sociales donde las actitudes se forman sobre un grupo en particular (puede ser un grupo distinguido por lugar, raza, género, edad, entre otras características). Las actitudes, influidas creencias y convicciones que forma un individuo durante su existencia se vuelven un conglomerado que llegan a influir en las reacciones de las personas hacia un objeto o situación. Y esas reacciones uniformes en cambio, revelan ya la actitud determinada que tiene el individuo.²¹

3.4.1 Funciones de las actitudes

Las actitudes se desempeñan en varios ámbitos de la vida, como por ejemplo, en los procesos emotivos, conductuales, sociales y cognitivos, siendo esta última la principal función, teniendo varias aplicaciones en distintos campos:

- Estudios de mercado, en forma predictiva de la conducta, frente a objetos o conductas específicas.
- Estudios de prejuicios y estereotipos, en grupos o minorías étnicas.
- Con fines y objetivos abstractos, donde este tipo de actitud está definida como valor personal.
- La actitud en relación a uno mismo, llamada también autoestima.²¹

3.4.2 Actitudes positivas y negativas

Las actitudes positivas, pueden cambiar el entorno de la persona, por ejemplo, al enfrentar un nuevo trabajo de mayor dificultad, podría considerarlo como una oportunidad de desarrollo laboral, un reto a las capacidades propias, lugar para especializarse en lo que hace, mostrar que aprende rápido haciéndolo

bien, etc.; mientras que una actitud negativa, enfrentando el mismo trabajo, podría reflejar frustración, pensar en que “no me gusta”, o “se aprovechan de mí”. De tal manera que la actitud es la disposición con la que enfrentamos cada reto o momento en nuestra vida.²¹

Las actitudes hacia a los métodos de planificación familiar pueden variar según el estado de ánimo de la persona, experiencias previas, relaciones inter-familiares, con amigos y acontecimientos de la comunidad. Aunque no se modifican de un día a otro, sí puede verse afectada dependiendo de los elementos previamente descritos.²¹

3.4.3 Tipos de actitud

3.4.3.1 Actitud emotiva

Puede presentarse cuando dos personas se tratan con afecto, produciéndose una actitud de benevolencia, causada por emociones de mayor intimidad como el enamoramiento y el cariño.²¹

3.4.3.2 Actitud desinteresada

Se presenta despreocupada por el beneficio propio, teniendo su centro de enfoque en la otra persona sin considerarla como un medio o instrumento, sino como un fin. Está formada por 4 cualidades: Apertura, Disponibilidad, Solicitud y Aceptación.²¹

3.4.3.3 Actitud manipuladora

Busca un beneficio propio, viendo al otro como un medio.²¹

3.4.3.4 Actitud interesada

Se considera como la consecuencia natural de una situación de necesidad del sujeto: cuando una persona experimenta penurias.²¹

3.5 Prácticas de planificación familiar en la actualidad

A nivel mundial la planificación familiar es una intervención de salud costo efectiva probada ya que se considera que ha contribuido a disminuir el número de muertes maternas en todo el mundo entre los años 1990 y 2010. Esta puede contribuir a la reducción de la pobreza y el hambre y podría prevenir el 32% de todas las muertes maternas a nivel mundial y un 10% de las muertes infantiles si estuviera disponible para todas las mujeres. Sin embargo a pesar que la planificación familiar es costo efectiva, cientos de millones de mujeres, especialmente las mujeres jóvenes o con desventajas sociales o económicas, no tienen acceso a anticonceptivos modernos o a información sobre métodos anticonceptivos.²²A pesar de los grandes avances de las últimas décadas, se calcula que más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ni ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción.²³

Se considera que los resultados de proveer acceso universal voluntario a la planificación familiar en los países más pobres del mundo son dramáticos y significativos, ya que se calcula que en el ámbito de salud los beneficios podrían incluir la disminución de 600,000 muertes en recién nacidos y 179,000 muertes maternas cada año; los embarazos no deseados disminuirían a 2 tercios dando como resultado 21 millones menos de embarazos no planeados y 26 millones menos de abortos inducidos. Además de todos estos beneficios en el ámbito de salud también habría otros muchos efectos que implicaría el uso de métodos de planificación familiar. A nivel socioeconómico las familias podrían invertir sus recursos en la salud y educación de sus hijos, las niñas obtendrían más posibilidades de completar su educación y las mujeres con menos hijos tendrían más posibilidades de buscar empleo y aumentar sus ingresos. A pesar de todos estos beneficios es deplorable que millones de mujeres y hombres en los países más pobres continúen con deficiencias en el acceso y calidad de información sobre planificación familiar, servicios y recursos.²²

En el este de Asia gracias a los métodos de planificación familiar se ha tenido el mayor progreso previniendo las muertes maternas y se ha logrado alcanzar una prevalencia del 84% de uso de métodos anticonceptivos, a comparación de África Sub Sahariana que tiene el promedio más alto de muertes maternas y una baja

prevalencia del uso de métodos anticonceptivos.²²En África se considera que la necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. La falta de equidad, el aumento acelerado de la población y una escasez de servicios de planificación familiar hacen que en este continente el 53% de las mujeres en edad fértil tengan una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos.¹⁸

En América Latina y El Caribe existe una proporción importante de jóvenes que inician precozmente su vida sexual en condiciones no planeadas y no adecuadas, lo que deriva en una alta proporción de embarazos no deseados por falta de información sobre métodos anticonceptivos o el uso incorrecto de los mismos, así como en un mayor riesgo de contraer ITS/VIH/Sida. En este continente las tasas de fecundidad no han disminuido en forma importante durante los últimos 20 años. Por lo que es alarmante el hecho de que las adolescentes no usan métodos anticonceptivos, a pesar que una importante proporción de ellas los conoce. De acuerdo a la CEPAL, también en América Latina la maternidad en adolescentes está por encima de 20% y se considera que esta variable se encuentra en estrecha relación con las condiciones económico-sociales de este grupo humano.²⁴

En los países en vías de desarrollo se calcula que unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo; por motivos como poca variedad de métodos, acceso limitado a la anticoncepción, temor a los efectos colaterales o negativos de los anticonceptivos, oposición por razones culturales o religiosas y servicios de mala calidad.¹⁸Se calcula que el uso de anticonceptivos en estos países puede prevenir hasta 18 millones de embarazos no planeados, 138 millones de abortos, y más de 118,000 muertes maternas.²⁵

A nivel de Centro América se considera que en Guatemala muchas familias no utilizan los métodos de planificación familiar, razón por la cual desde 1980 la población se ha incrementado desmedidamente hasta llegar a 15 millones de habitantes en el año 2013 y se calcula que alcanzará los 16.2 millones para el año 2015.^{26,27}

Por otra parte en Guatemala la falta de conocimiento o utilización de métodos de planificación familiar se refleja por diversos indicadores como lo es la razón de mortalidad materna en la que se estima 139.7 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos. También el embarazo en adolescentes sigue siendo alto ya que hay 98 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años. Otro dato importante es que el 46% de las mujeres de 20-24 años de edad inicia su vida de pareja antes de los 20 años y el 41% tiene su primer hijo o hija antes de los 20 años, con los consiguientes riesgos a su salud y el efecto en la capacidad de desarrollo individual.²⁶

La fecundidad es una de las variables más importantes para evaluar la tendencia del crecimiento de la población y un descenso en la fecundidad; tiene repercusiones positivas en la disminución de la mortalidad infantil y materna. En Guatemala las edades de mayor fecundidad son de 20 a 34 años. Con diferencias marcadas entre área urbana y rural, así como entre regiones y departamentos. Las diferencias entre el área urbana y la rural son evidentes, tanto en el nivel como en la estructura, esta última sobrepasa en 45% la fecundidad encontrada en el área urbana. Si se mantienen las tasas de fecundidad por edad actuales, las mujeres del área rural tendrían al final de su vida reproductiva 4.2 hijo/as, mientras que en el área urbana tendrían 2.9 hijo/as.²⁸

El nivel de educación alcanzado por las mujeres hace una gran diferencia en la fecundidad específica. La tasa global de fecundidad (TGF) varía según el nivel de educación, sin educación es de 5.2, con educación primaria 3.8, educación secundaria o superior 2.3. El nivel de educación es el que muestra la brecha más grande de TGF, ya que las mujeres sin ningún nivel de educación tienen 121 por ciento más nacimientos que las que poseen educación secundaria o superior.²⁸

Existe una brecha significativa entre los grupos étnicos indígena y no indígena. La tasa global de fecundidad (TGF) según éstos se encuentra que, la indígena es de 4.5 y la no indígena de 3.1. Según el grupo étnico, en las mujeres indígenas ocurrieron 25 por ciento más nacimientos.²⁸

La demanda insatisfecha de planificación familiar, según el plan de acción del programa de país 2010-2014 del Gobierno de Guatemala, disminuyó de 28% a 20.8%, aunque las mujeres con el menor nivel de escolaridad alcanzan más del

doble de este porcentaje y la prevalencia de uso de anticonceptivos aumentó de 42.3 a 54.1% en el periodo de 2002-2008/9, pero es todavía una de las más bajas de la región.²⁶

3.6 Factores socioeconómicos que influyen en la planificación familiar

Los factores socioeconómicos son todos los aspectos sociales y económicos que condicionan el estilo de vida de una persona. Entre estos pueden mencionarse la escolaridad, la ocupación, el ingreso económico, la etnia y la religión.²⁹ Estos se definen a su vez como:

- Etnia: Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc.
- Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
- Ocupación: Trabajo, empleo, oficio en la que se invierte gran parte de tiempo.
- Religión: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.
- Ingreso económico: caudales de dinero que entran en poder de una persona.³⁰

Para propósitos de estudiar estos factores socioeconómicos podemos resaltar elementos importantes que los relacionan con los conocimientos actitudes y las prácticas:

3.6.1 Edad

En Guatemala, las mujeres con edades comprendidas entre 15 y 49 años de edad corresponden al 46% de la población del país, de este porcentaje cerca de dos quintas partes no están expuestas a embarazo (por no tener relaciones sexuales o no haber tenido su primera experiencia sexual aún); sin embargo el 60% restante son sexualmente activas y por lo tanto están en la necesidad usar métodos de planificación familiar.³

La cantidad de mujeres en edad fértil que utilizan algún método de planificación familiar es menor en las mujeres menores de 25 años, solteras, analfabetas y pertenecientes a áreas rurales. Esto va asociado al hecho que para muchas familias el hablar del tema sigue siendo “tabú” o se está predisponiendo a la joven a ser promiscua. Por lo mismo el conocimiento como el uso adecuado es menor en estos grupos.³¹

Se estima que el grupo etario que tiene mayor cantidad que mujeres que desean espaciar el nacimiento entre sus hijos o que desea limitar el número de los mismos y que a pesar de ello no usan ningún método de planificación familiar, son las mujeres entre 14 y 25 años.³¹

Se debe considerar a las mujeres en Guatemala como “en edad de riesgo” cuando tienen menos de 20 años o más de 35. Sin embargo se calcula que el 47% de las mujeres comprendidas estas edades no usan ningún método anticonceptivo. Se calcula que alrededor del 35% de mujeres jóvenes y menores de 20 años no usan actualmente ningún método de planificación familiar, se reporta alrededor de un 25% de la población de mujeres entre 20 y 35 años que no usa métodos de planificación familiar.³¹

3.6.2 Etnia

Es claro que el uso de métodos anticonceptivos ha avanzado drásticamente en los últimos treinta años en Latinoamérica, sin embargo este avance no ha sido uniforme en todos los grupos étnicos. En Latinoamérica hay presencia de poblaciones indígenas descendientes de los habitantes americanos precolombinos, especialmente en México, Guatemala, Perú, Bolivia y Ecuador.³²

Estos grupos son muy diversos entre sí. A pesar de sus grandes diferencias, comparten la característica de conservar lenguajes nativos mayas o incas, vivir en áreas rurales y depender de agricultura para su supervivencia. Un gran porcentaje de estos grupos pertenece a comunidades pobres, y otro gran

porcentaje no domina el idioma castellano, lo cual crea otra barrera para su acceso a los modernos métodos de planificación familiar.³²

Las creencias sobre efectos adversos nefastos de los métodos de planificación familiar es mucho más tangible entre las poblaciones indígenas que en las no indígenas. Esto se debe principalmente al conflicto entre la medicina moderna con las creencias tradicionales, principalmente en Guatemala en donde en algunos grupos indígenas existe la creencia que las mujeres deben tener un número de hijos predestinados, de no hacerlo estarían “quitándole la vida” a sus hijos. De igual manera, las creencias negativas hacia los métodos de planificación familiar por parte de los conyugues influye de manera más poderosa en las mujeres indígenas que en las no indígenas.³²

En general se observa un acceso más deficiente entre las poblaciones indígenas que las no indígenas en Latinoamérica a los métodos de planificación familiar. Se calcula que para inicios de la década de los noventa, la TGF de las mujeres indígenas guatemaltecas es de 6.8 comparado con un 5.0 de sus compatriotas no indígenas; asimismo el porcentaje de mujeres indígenas que usaban algún método de planificación familiar era de 4.5, comparado con un 27.9 de sus contrapartes no indígenas. Estos datos denotan la diferencia marcada entre el uso de los métodos de planificación familiar entre las personas pertenecientes a una etnia indígena y una no indígena.³²

3.6.3 Escolaridad

Existe una relación directa entre la escolaridad de las mujeres en edad fértil y su relación con su conocimiento, aceptación y predisposición a usar adecuadamente los métodos de planificación familiar. Ya que una escolaridad baja o analfabetismo es causa y efecto de pobreza, de una mala planificación familiar, de falta de un empleo digno, lo que trae consecuentemente problemas para adaptarse adecuadamente a métodos modernos de salud preventiva.³³

En cuanto a la relación con los factores socioeconómicos, se estima que la tasa global de fecundidad (TGF) varía según el nivel de educación, se calcula que sin educación es de 5.2, con educación primaria 3.8, educación secundaria o superior 2.3. El nivel de educación es el que muestra la brecha más grande de TGF, ya que las mujeres sin ningún nivel de educación tienen 121 por ciento más nacimientos que las que poseen educación secundaria o superior.²⁸

Se conoce relativamente poco acerca del impacto que produce el analfabetismo en la toma de decisiones y actitudes de la mujer respecto a la anticoncepción, específicamente sobre la probabilidad de nunca haberla practicado. Sin embargo se ha observado una relación directamente proporcional entre una escolaridad baja y la falta de uso de métodos de planificación familiar.³³

Se estima que la población con más demanda insatisfecha de mujeres en edad fértil que desean espaciar los nacimientos entre cada hijo o limitar el número de hijos corresponde a las personas que tienen una escolaridad de primaria o secundaria. Se estima que superan en proporción a las mujeres analfabetas, pues estas últimas tienen un menor porcentaje de mujeres en edad fértil con deseos de limitar el número de hijos.³¹

Las poblaciones pobres y analfabetas están sujetas a un desconocimiento de los métodos de planificación familiar así como a su uso inapropiado o ausencia total del mismo. Se estima que en Guatemala las personas que tienen menos conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar son las mujeres analfabetas y residentes de áreas rurales del país. Estas personas generalmente dependen de los insumos que provee el estado o las organizaciones no gubernamentales.³¹

En cambio entre las mujeres con niveles superiores de estudios, se tiene un mejor conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar, además de ser la población con menor número de hijos por pareja.³¹

3.6.4 Ocupación

En caso de Guatemala, los empleos que ocupan las mujeres en la sociedad, varía de manera descomunal dependiendo del contexto social en el que se encuentren las mujeres en cuestión. Estas ocupan cargos públicos, así como empresariales, docentes, o trabajadoras de la salud o en grandes industrias maquileras, empleadas domésticas o amas de casa.³⁴

En caso de las áreas rurales la mayoría de mujeres en edad fértil son amas de casa, dedicándose al cuidado de la familia y de los hijos, mientras el conyugue se encarga de salir a trabajar para proporcionar el ingreso económico a la familia.³⁴

El resto de mujeres en edad fértil se dedican principalmente a agricultura, servicios e industria. Cabe recalcar que hay un mayor porcentaje de mujeres que proporcionan servicios técnicos especializados en relación a los hombres.³⁴

Las mujeres con empleos más tecnificados o profesionales tienen un mayor ingreso mensual, situación se relaciona con su escolaridad y residencia en áreas urbanas.³⁴

3.6.5 Religión

En Guatemala prevalece la religión católica y evangélica, pero también existen pequeñas poblaciones que conservan las creencias propias de la región, los mitos principalmente en los más ancianos en las regiones indígenas del interior del país.³⁵

Actualmente existe el 50% tanto católicos y protestantes de acuerdo al censo elaborado anualmente, las iglesias cada día participan más entorno a la temática de Salud Reproductiva. Hay líderes de iglesias que sostienen que las familias deben tener el número de hijos que quieran, como dice la sagrada biblia “Fructificad y multiplicaos”, por lo que sus fieles tienen cierto respeto y

optan por métodos naturales como la lactancia materna. Se ha visto en algunas comunidades donde existe influencia del poder religioso de aceptar o no un método anticonceptivo, como también las creencias ancestrales.³⁵

3.6.6 Ingreso económico

El desempleo o falta de empleo digno es muy marcado en nuestro medio, esto desencadena una serie de situaciones donde la familia no tiene acceso a este recurso, la pobreza lleva consigo problemas de salud, educación y vivienda.³⁵

La falta de dinero dificulta el acceso a los servicios de salud, sobre todo cuando el traslado implique gastos de pasaje y alimento y que toda la familia sale del hogar por no poder descuidar a los hijos pequeños; por ello muchas veces no solamente la señora o usuaria debe salir de casa.³⁵

Un aspecto importante es que entre los determinantes sociales para la utilización de métodos de planificación familiar según estudios realizados en Estados Unidos, se considera que las mujeres con bajos niveles de ingresos o de educación, usualmente tienen menos acceso a la información, conocimiento y utilización de métodos de planificación familiar.³⁰

Entre todos estos determinantes el vínculo existente entre maternidad temprana por falta de métodos de planificación familiar y la pobreza debe considerarse en dos sentidos. Por una parte, la maternidad en la adolescencia obstaculiza la continuidad escolar y reduce las oportunidades de inserción laboral en condiciones que permitan generar los recursos necesarios para el desarrollo de los(as) hijos(as); de ahí que la reproducción durante la adolescencia esté considerada entre los eslabones de la reproducción intergeneracional de la pobreza. Y por otra parte, la condición de pobreza suele significar ausencia de oportunidades y limitaciones para la construcción de proyectos de vida distintos a la maternidad como destino principal de la mujer.³⁰

En cuanto a los factores socioeconómicos y la asociación de estos con los métodos de planificación familiar se considera que aunque los embarazos no deseados ocurren en todas las mujeres sin importar los ingresos económicos, la educación o la edad que tengan, hay diferencias en la ocurrencia de embarazos no deseados, en los que se observa que estos se producen con más frecuencia en los siguientes grupos:

- Mujeres entre 18 a 24 años de edad.
- Mujeres unidas con su pareja.
- Mujeres que viven en pobreza o pobreza extrema.
- Mujeres que no han alcanzado educación secundaria.
- Mujeres que viven en el área rural.²⁸

4 POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de investigación

Estudio transversal analítico.

4.2 Unidad de análisis

4.2.1 Unidad primaria de muestreo

Viviendas ubicadas dentro de las comunidades de Cuyuta y Las Guacas del Municipio de Masagua del departamento de Escuintla.

4.2.2 Unidad de análisis

Respuestas obtenidas con la encuesta que se realizó sobre factores socioeconómicos, conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar.

4.2.3 Unidad de información

Mujeres en edad fértil entre 15 a 49 años que habitaban en las viviendas de las comunidades de Cuyuta y Las Guacas del Municipio de Masagua, y la información que proporcionaron en la encuesta.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población o universo

Mujeres en edad fértil entre 15 a 49 años de las comunidades de Cuyuta y Las Guacas del Municipio de Masagua del departamento de Escuintla. (Para la contextualización de área de estudio ver Anexo 1)

- Población de mujeres en edad fértil de la comunidad Cuyuta: 468 mujeres.
- Población de mujeres en edad fértil de la comunidad Las Guacas: 394 mujeres.

4.3.2 Marco muestral

- Número de viviendas habitadas de la comunidad Cuyuta: 414 viviendas.
- Número de viviendas habitadas de la comunidad Las Guacas: 391 viviendas.

4.3.3 Muestra

La muestra se calcula con base en la población de mujeres en edad fértil de las comunidades de Cuyuta y Las Guacas. El tipo de muestreo que se utiliza es probabilístico de tipo aleatorio simple, calculando el tamaño de la muestra con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 (N-1) + Z^2 * p * q}$$

** $n + 10\%$ = tamaño de la muestra final

En donde:

- Tamaño de la muestra = n
- Tamaño de la población N = Cuyuta: 468 y Las Guacas: 394
- Nivel de confianza Z (95%) = 1.96
- Probabilidad p (mujeres en la población objeto de estudio) $p=0.58$
- Margen de error considerado d^2 (5%) $d=0.05$
- Complemento de $p = 1 - p = q$
 $q=0.42$

** El 10% en ésta fórmula, se calcula por pérdidas previstas en la toma de la muestra, por lo que se obtuvo el porcentaje del tamaño de la muestra (“ n ”) y posteriormente se sumó a éste mismo para así obtener el tamaño total de la muestra.

Muestra de mujeres en edad fértil de la comunidad Cuyuta: 294 mujeres.

$$n = \frac{468 * 1.96^2 * 0.58 * 0.42}{0.05^2 (468-1) + 1.96^2 * 0.58 * 0.42} = 267$$
$$267 + 10\% = 293.7 = 294$$

Muestra de mujeres en edad fértil de la comunidad Las Guacas: 280 mujeres.

$$n = \frac{394 * 1.96^2 * 0.58 * 0.42}{0.05^2 (394-1) + 1.96^2 * 0.58 * 0.42} = 254$$
$$254 + 10\% = 279.4 = 280$$

- La toma de la muestra en la aldea de Cuyuta, se realizó en zigzag, iniciando en el punto más noreste de la aldea, sobre la primera calle norte (del lado este de la carretera), recorriéndola de este a oeste, adentrándose en los callejones de norte a sur, luego en la segunda calle se recorrió de oeste a este adentrándose en los callejones del lado sur, por último se recorrió la tercera calle de este a oeste, adentrándose de nuevo en los callejones del lado sur, al término de este recorrido, se procedió a cruzar la carretera principal hacia el lado oeste, en donde se hizo el recorrido de sur a norte sobre la carretera, luego se entró en la calle norte accediendo así al callejón, recorriéndolo de norte a sur para concluir al punto más suroeste de la aldea, abarcando de esta manera todos los sectores.

- La toma de la muestra en la aldea Las Guacas, se realizó en zigzag, iniciando en el punto más noreste de la aldea, sobre la primera calle norte (del lado este de la carretera), recorriéndola de oeste a este, adentrándose hasta el callejón en donde se rodeó la cuadra para seguir en la segunda calle norte, recorriéndola de este a oeste, hasta llegar a la carretera principal, en donde se rodeó de nuevo la cuadra para seguir en la tercer calle recorriéndola de oeste a este, y así sucesivamente hasta que se llegó a la calle número 11, con lo que se procedió a cruzar la carretera principal hacia el lado oeste, reiniciando en el punto más suroeste de la aldea, realizándose el recorrido de sur a norte sobre la carretera, para luego entrar en la primera calle sur, recorriéndola de este a oeste, adentrándose hasta el callejón en donde se rodeó la cuadra para seguir en la segunda calle sur, recorriéndola de oeste a este, y así sucesivamente hasta llegar a la calle número 12, abarcando todos los sectores.

- En ambas aldeas pasó casa por casa, abarcando cuatro casas seguidas para luego evitar una casa y continuar con las siguientes cuatro. De esta manera se abarcó el número necesario de casas para tomar una muestra representativa de la población.

-La selección de la unidad de información en las casas en donde había más de una persona que reunía los requisitos para ser elegible, fue mediante un

sorteo con pequeñas pelotas de plástico, las cuales fueron de color blanco y solamente una tuvo otro color, la persona que escogía la pelota de color dentro de un recipiente oscuro fue la única en participar en la investigación. De esta manera se evitaba cualquier sesgo en la toma de la muestra.

4.4 Criterios de selección

4.4.1 Criterios de inclusión

- Mujeres en edad fértil de 15 – 49 años que acepten participar en el estudio voluntariamente.
- Que sean residentes de las comunidades de Cuyuta y Las Guacas del Municipio de Masagua del departamento de Escuintla.
- Mujeres que hablen y entiendan de forma adecuada el idioma castellano.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Mujeres en edad fértil de 15 – 49 años que hayan tenido una histerectomía, o se hayan realizado una oclusión tubárica bilateral.
- Mujeres embarazadas.
- Mujeres con alguna discapacidad física o mental que por su condición de salud no puedan responder la encuesta.
- Mujeres que hayan participado en la validación del instrumento de recolección de datos.

4.5 Medición de variables

| MACRO-VARIABLES | VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN |
|---------------------------------|--------------------------|--|---|--|--------------------|--|
| FACTORES SOCIOECONÓMICOS | Edad | Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta el momento que se realiza la presente investigación. ³⁶ | Edad en años que indica tener la mujer al momento de realizarse la encuesta. | Independiente Cuantitativa Discreta | De Razón | Años |
| | Escolaridad | Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ³⁶ | Último nivel de educación formal estudiado. | Independiente Cualitativa Politómica | Ordinal | Primaria Básica Diversificada Universitaria Ninguna |
| | Ocupación | Trabajo, empleo, oficio en la que se invierte gran parte de tiempo. ³⁶ | Ocupación que desempeña actualmente. | Independiente Cualitativa Politómica | Nominal | Ama de casa Estudiante Comerciante Empleada doméstica Agricultora Desempleada Otra |
| | Ingreso económico | Caudales de dinero que entran en poder de una persona. ³⁶ | Salario mínimo mensual promedio según el Ministerio de Trabajo de Guatemala para el 2015. ³⁷ | Independiente Cualitativa Dicotómica | Nominal | Menos de Q.2,500.00 Igual o Más de Q.2,500.00 |

| | | | | | | |
|----------------------|--|--|---|--|---------|--|
| | Etnia | Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc. ³⁶ | Comunidad a la que indica que pertenece la mujer encuestada. | Independiente Cualitativa Dicotómica | Nominal | Indígena No indígena |
| | Religión | Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. ³⁶ | Religión que profesa. | Independiente Cualitativa Dicotómica | Nominal | Católica Evangélica |
| CONOCIMIENTOS | Conocimiento de métodos de planificación familiar | Conocimiento de que los métodos anticonceptivos son la forma de impedir la fecundación o concepción al mantener relaciones sexuales. ¹⁷ | Resultado obtenido en la encuesta para definir si conoce o no sobre los métodos de planificación familiar, dependiendo de la puntuación al final de la entrevista | Dependiente Cualitativa Dicotómica | Nominal | Adecuado: Cuando la puntuación es mayor o igual que 61 puntos en la serie de preguntas sobre conocimientos. Inadecuado: Cuando la puntuación es menor a 61 puntos en la serie de preguntas sobre conocimientos. |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|--|---------|---|
| | Fuente de información | Instrumento por el cual se informan las personas de algún tema. | Medio por el cual la persona entrevistada conoció acerca de los métodos de planificación familiar. | Independiente Cualitativa Politémica | Nominal | Puesto/Centro de Salud Radio Televisión Periódico Familiar Escuela Otra |
| ACTITUDES | Actitud de la población hacia los métodos de planificación familiar. | Disposición de la población para usar y fomentar el uso de los métodos de planificación familiar. | Es obtenido del punteo asignado al resultado de la encuesta para definir si su actitud es de aceptación o rechazo hacia los métodos de planificación familiar. | Dependiente Cualitativa Dicotómica | Nominal | Aceptación de los métodos anticonceptivos: cuando la puntuación obtenida por el método de Likert en la sección sea mayor a 18 puntos. Rechazo de los métodos anticonceptivos: cuando la puntuación obtenida por el método de Likert sea menor o igual a 18 puntos. |
| PRÁCTICAS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR | Uso de algún método de planificación familiar | Uso actual de algún método sin ninguna falta, error o defecto. | Mujeres que responden que sí utilizan un método de planificación familiar. | Dependiente Cualitativa Dicotómica | Nominal | Sí No |
| | Método de planificación familiar utilizado | Método de planificación familiar seleccionado. | Método de planificación familiar que es más utilizado al momento de la entrevista por las mujeres en edad | Dependiente Cualitativa Politémica | Nominal | Método de lactancia amenorrea Método del collar o días fijos Ovulación Implante sub dérmico |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|--|---------|--|
| | | | fértil de las comunidades en estudio. | | | Inyección mensual Inyección bimensual Inyección trimestral Pastillas anticonceptivas (ACO) Condón T de cobre Otro |
| | Abandono de método de planificación familiar | La entrevistada deja de utilizar el método de planificación familiar. | La entrevistada indica haber interrumpido el uso de algún método de planificación familiar | Dependiente Cualitativa Dicotómica | Nominal | Sí No |
| | Causa de abandono de métodos de planificación familiar | Motivo por el cual la mujer deja de usar algún método anticonceptivo | Motivo que la mujer indique como causante del abandono del método de planificación familiar utilizado | Dependiente Cualitativa Politómica | Nominal | Por los efectos secundarios No sirven Cuestan mucho dinero No había en el centro o puesto de salud Otra |
| | Método de planificación familiar de preferencia | Método de planificación familiar que una persona desea usar por considerarlo como el que mejor satisface sus necesidades. | Método de planificación familiar que la mujer entrevistada indique como el que mejor satisface sus necesidades. | Dependiente Cualitativa Politómica | Nominal | Método de lactancia amenorrea Método del collar o días fijos Ovulación Implante sub dérmico Inyección mensual Inyección bimensual Inyección trimestral Pastillas anticonceptivas (ACO) |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|------------------------------|
| | | | | | | Condón T de cobre Otro |
|--|--|--|--|--|--|------------------------------|

4.6 Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos

4.6.1 Técnicas de recolección de datos

Se realizó una encuesta con preguntas cerradas y de esa manera se obtuvo la información deseada.

4.6.2 Procesos

- Se elaboró una carta de solicitud al Dr. Ronal Bosarreyes, coordinador municipal de salud, centro de atención permanente del municipio de Masagua, para autorizar la realización de la investigación.

- Habiendo cuatro estudiantes de sexto año de la carrera de Médico y Cirujano, se trabajó de tal manera que le correspondía a dos estudiantes recolectar datos en Cuyuta y dos estudiantes recolectar datos en Las Guacas.

- Habiendo dos estudiantes de EPS hospitalario y dos estudiantes en EPS rural, se procedió a organizarse de manera de poder recolectar la muestra dos fines de semana en el cual no correspondió asistir a turno para los 2 estudiantes de EPS hospitalario, de esta manera no se interfirió con sus actividades hospitalarias.

- A los estudiantes de EPS rural les correspondió estar en el área a estudio en los fines de semana acordados para realizar la recolección de datos.

- Posteriormente se procedió a tabular y analizar los datos recolectados, con el fin de realizar satisfactoriamente el estudio.

4.6.3 Instrumentos de medición

La herramienta que se utilizó en esta investigación para medir y obtener los datos fue una encuesta dirigida que constó de cuatro bloques de preguntas. (Ver Anexo 2) El primer bloque constó de preguntas para determinar los factores socioeconómicos.

El segundo bloque constó de preguntas sobre el conocimiento sobre métodos de planificación familiar. Tuvo una serie de preguntas de selección múltiple sobre el conocimiento de métodos de planificación familiar, en el que cada pregunta tuvo un valor de 10 puntos, haciendo un total de 100 puntos, clasificándose como “adecuado” a quienes obtuvieron un puntaje mayor o igual a 61 puntos y como “inadecuado” a quienes obtuvieron un puntaje menor a 61 puntos.

El tercer bloque trató acerca de las actitudes hacia los métodos de planificación familiar, para determinar la aceptación o rechazo de la población a estudio con respecto a los métodos de planificación familiar. Para lo cual se hizo un cuestionario aplicando la escala de Likert, este cuestionario constó de 6 preguntas, con 5 posibles respuestas cada una, la puntuación de cada respuesta varió de 1 punto a 5 puntos. Al momento de sumar las puntuaciones, los resultados podían tener un valor entre 6 y 30 puntos. Se tomó como “aceptación” un puntaje mayor a 18 puntos y como “rechazo” un puntaje menor o igual a 18 puntos.

El cuarto bloque constó de preguntas acerca de las prácticas sobre métodos de planificación familiar, en éste bloque se buscó determinar información acerca de los métodos de planificación familiar más usados, la fuente a la cual recurren las participantes para educarse acerca los métodos de planificación familiar, abandono del uso de algún método y el método de planificación familiar que prefieren usar las entrevistadas.

La realización la encuesta conllevó dos partes, en primer lugar, se sometió a validación un cuestionario que se aplicó a 10 mujeres entre 15 y 49 años de edad, de la Aldea de Cuyuta, quienes llenaban todos los requisitos para participar en el estudio. Sin embargo, se constató que no indagaba sobre las actitudes y prácticas de la población a estudio, por lo que se realizó una nueva prueba, a la cual se le agregó una sección de preguntas usando el método de Likert y una sección de preguntas sobre las prácticas de la entrevistada con respecto a los métodos de planificación familiar. Esta prueba se llevó a cabo con 10 mujeres en edad fértil de la aldea de Chichipate, El Estor, Izabal.

En cuanto al instrumento de recolección de datos pudo comprobarse que:

- La información obtenida con las preguntas realizadas en la encuesta fue adecuada para cumplir con los objetivos de la investigación.
- El tiempo estimado para responder la encuesta por cada participante fue de 5 a 10 minutos.
- La encuesta fue práctica y útil para obtener información.

En cuanto a las participantes pudo comprobarse que:

- Comprendieron las preguntas del instrumento de recolección de datos.
- Estuvieron dispuestas a dar la información requerida.
- Participaron voluntariamente en la investigación.

Por lo que se consideró que el instrumento de recolección de datos era adecuado para ser utilizado en la presente investigación.

4.7 Procesamiento de datos

4.7.1 Procesamiento

Una vez recolectadas todas las encuestas, la información se ingresó directamente por los estudiantes tesistas en una hoja electrónica de Excel, con la cual se construyó una base de datos, al siguiente día se ingresó nuevamente todos los datos en una nueva hoja electrónica de Excel y se comparó con la primera, con el propósito de comprobar que la información había sido tabulada correctamente. Esto permitió evitar errores tipográficos, sistemáticos de ingreso, detectar el índice de errores y corregir datos contradictorios.

4.7.2 Análisis de datos

Para realizar el análisis descriptivo básico de los datos obtenidos se incluyó lo siguiente:

- Frecuencias simples del número de veces en que aparece una respuesta particular.
- Porcentajes totales de las variables de interés

- Promedios de los valores más típicos del conjunto de datos.

Por otra parte para determinar la asociación entre los factores socioeconómicos y las variables conocimiento actitudes y prácticas se utilizaron las siguientes medidas de asociación estadística:

CHI CUADRADO (X^2): La cual se utilizó en todas las tablas de contingencia, utilizando un nivel de confianza del 95% con un valor Alfa (α): 0.05. Para cada tabla se calculó el valor crítico de Chi cuadrado (X^2 crítico) correspondiente según los grados de libertad de cada tabla, en donde el grado de libertad (df) es igual a $(r-1)(c-1)$, siendo r el número de filas y c el número de columnas. Según estos datos se obtuvieron los siguientes parámetros para la interpretación de cada tabla:

- Tablas de 2x2 que relacionan los factores socioeconómicos etnia, religión e ingreso económico con los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar.
 - Parámetros: (df:1) (X^2 crítico: 3.84)
 - Interpretación:
 - X^2 mayor a 3.84: se rechaza la hipótesis nula la cual indica que no hay asociación entre el factor socioeconómico y los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar. Comprobando que si hay asociación.
 - X^2 menor o igual a 3.84: no se rechaza la hipótesis nula que indica que no hay asociación entre el factor socioeconómico y los conocimientos actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar. Comprobando que no hay asociación.
- Tabla de 4 x 2 que relaciona la edad con los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar.
 - Parámetros: (df: 3) (X^2 crítico: 7.81)
 - Interpretación:

- X^2 mayor a 7.81: se rechaza la hipótesis nula la cual indica que no hay asociación entre la edad con los conocimientos actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar. Comprobando que si hay asociación.
- X^2 menor o igual a 7.81: no se rechaza la hipótesis nula que indica que no hay asociación entre la edad y los conocimientos actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar. Comprobando que no hay asociación.
- Tablas de 5 x 2 que relacionan la escolaridad y la ocupación con los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar.
 - Parámetros: (df: 4) (X^2 crítico: 9.48)
 - Interpretación:
 - X^2 mayor a 9.48: se rechaza la hipótesis nula la cual indica que no hay asociación entre la escolaridad y la ocupación con los conocimientos actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar. Comprobando que si hay asociación.
 - X^2 menor o igual a 9.48: no se rechaza la hipótesis nula que indica que no hay asociación entre la escolaridad y la ocupación con los conocimientos actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar. Comprobando que no hay asociación.^{38,39,40}

Valor P (P): El cual se utilizó para determinar si se rechazaba o no la hipótesis nula. Según el resultado obtenido se realizó la siguiente interpretación:

- P menor o igual a 0.05: Se rechaza la hipótesis nula que indica que no hay asociación entre dos variables. Comprobando que si hay asociación.
- P mayor a 0.05: No se rechaza la hipótesis nula que indica que no hay asociación entre dos variables. Comprobando que no hay asociación.

Cramer's V: Se utilizó en las tablas de contingencia para determinar la fuerza de asociación entre la edad, etnia, escolaridad, ocupación, religión e ingreso económico con los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar.

- Interpretación:
 - Cramer's V menor a 0.1=no hay efecto de asociación.
 - Cramer's V entre 0.1- 0.29= la fuerza de asociación es pequeña.
 - Cramer's V entre 0.3-0.5= la fuerza de asociación es moderada.
 - Cramer's V mayor a 0.5= la fuerza de asociación es grande.^{40,41}

Odds Ratio (OR): La cual se utilizó para la asociación de cuadros dicotómicos que incluyeron los factores socioeconómicos etnia, religión e ingreso económico y las variables conocimiento, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar. Según el resultado obtenido se realizó la siguiente interpretación:

- OR mayor a 1: la asociación es positiva, es decir la presencia del factor socioeconómico se asocia a la mayor ocurrencia de la variable.
- OR menor a 1: la asociación es negativa, es decir la presencia del factor socioeconómico no se asocia a la mayor ocurrencia de la variable.
- OR igual a 1: no hay asociación entre el factor socioeconómico y las variables, es decir que la cantidad de veces que ocurra la variable va a ser igual con o sin la presencia del factor socioeconómico.^{42,43,44}

Intervalo de Confianza (IC): Este se utilizó en los casos en los que fue posible calcular el Odds Ratio y se utilizó para determinar si la asociación era o no estadísticamente significativa. Según el resultado obtenido se realizó la siguiente interpretación:

- Si el IC contiene el número 1: la asociación no es estadísticamente significativa.
- Si el IC no contiene el número 1: la asociación es estadísticamente significativa.

Por último, una vez calculados los resultados, se organizó una reunión con el asesor y revisor con el fin de revisar las variables clave y analizar los resultados obtenidos.

4.7.3 Hipótesis

Los factores socioeconómicos edad, etnia, religión, ingreso económico, escolaridad y ocupación se relacionan con un conocimiento adecuado, una actitud de aceptación y la utilización de los métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil de las comunidades de Cuyuta y Las Guacas del municipio de Masagua.

- Ho: Si X^2 del factor socioeconómico edad es menor o igual a 7.81, no hay asociación de este factor socioeconómico con los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar
- Ha: Si X^2 del factor socioeconómico edad es mayor a 7.81, si hay asociación de este factor socioeconómico con los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar
- Ho: Si X^2 de los factores socioeconómicos etnia, religión e ingreso económico es menor o igual a 3.84, no hay asociación de estos factores socioeconómicos con los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar
- Ha: Si X^2 de los factores socioeconómicos etnia, religión e ingreso económico es mayor a 3.84, si hay asociación de estos factores socioeconómicos con los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar.
- Ho: Si X^2 de los factores socioeconómicos escolaridad y ocupación es menor o igual a 9.48, no hay asociación de estos factores socioeconómicos con los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar
- Ha: Si X^2 de los factores socioeconómicos escolaridad y ocupación es mayor a 9.48, si hay asociación de estos factores socioeconómicos con los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar.

4.8 Límites y alcances de la investigación

4.8.1 Límites

En las aldeas de Cuyuta y las Guacas no se encontró croquis adecuado que describa el número de viviendas de cada sector.

4.8.2 Alcances

El presente estudio evaluó el conocimiento actual de las mujeres en edad fértil sobre planificación familiar relacionado con los factores socioeconómicos, lo cual permitirá a las autoridades respectivas (municipalidad de Masagua y MSPAS) conocer de la problemática y propiciar así una mayor difusión en el conocimiento de los métodos de planificación familiar que repercuta positivamente en la mortalidad materno-infantil y en la natalidad de esas comunidades.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

4.9.1 Principios éticos generales

Por el tipo de estudio las implicaciones a nivel ético fueron mínimas, ya que estuvieron exentas de procedimientos experimentales que pudieran colocar en riesgo la integridad física de las participantes.

Las implicadas en la investigación recibieron información clara y detallada de los objetivos y de la metodología de investigación y se obtuvo la aprobación antes de dar inicio al proceso de recolección de datos.

Previo a la participación en el estudio, se les informó a las mujeres acerca de las ventajas y desventajas de este y se presentó un consentimiento informado donde aceptaron de forma escrita las condiciones y requerimientos del estudio y se les permitió retirarse libremente y en cualquier momento; en caso de que la persona fuese analfabeta, se solicitó la presencia de un testigo, el cual dio fe de que hubo una lectura exacta del documento de consentimiento para la

participante de la investigación y que se resolvieron las dudas que hubieran surgido. La investigación no generó ningún daño ambiental ni personal, se tomaron en cuenta los principios bioéticos, basados primordialmente en la beneficencia, autonomía y equidad.

El estudio es categoría I (sin riesgo), ya que comprendió los estudios que utilizan técnicas observacionales, con las que no se realizó ninguna intervención o modificación con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron de dicho estudio.

5 RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación:

Cuadro 5.1
Factores socioeconómicos de las mujeres en edad fértil de las aldeas de Cuyuta y Las Guacas

| FACTORES SOCIOECONÓMICOS | CUYUTA (n = 294) | | LAS GUACAS (n = 280) | | TOTAL (n = 574) | |
|---------------------------|------------------|-------|----------------------|-------|-----------------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| EDAD | | | | | | |
| 15-19 años | 44 | 14.97 | 44 | 15.71 | 88 | 15.33 |
| 20-30 años | 120 | 40.82 | 139 | 49.64 | 259 | 45.12 |
| 31-40 años | 79 | 26.87 | 73 | 26.07 | 152 | 26.48 |
| 41-49 años | 51 | 17.35 | 24 | 8.57 | 75 | 13.07 |
| ETNIA | | | | | | |
| Indígena | 23 | 7.82 | 33 | 11.79 | 56 | 9.76 |
| No indígena | 271 | 92.18 | 247 | 88.21 | 518 | 90.24 |
| ESCOLARIDAD | | | | | | |
| Primaria | 174 | 59.18 | 130 | 46.43 | 304 | 52.96 |
| Básica | 62 | 21.09 | 101 | 36.07 | 163 | 28.40 |
| Diversificada | 34 | 11.56 | 32 | 11.43 | 66 | 11.50 |
| Universitaria | 12 | 4.08 | 1 | 0.36 | 13 | 2.26 |
| Ninguna | 12 | 4.08 | 16 | 5.71 | 28 | 4.88 |
| OCUPACIÓN | | | | | | |
| Ama de casa | 222 | 75.51 | 239 | 85.36 | 461 | 80.31 |
| Estudiante | 36 | 12.24 | 19 | 6.79 | 55 | 9.58 |
| Comerciante | 12 | 4.08 | 13 | 4.64 | 25 | 4.36 |
| Agricultora | 7 | 2.38 | 7 | 2.50 | 14 | 2.44 |
| Otra | 17 | 5.78 | 2 | 0.71 | 19 | 3.31 |
| RELIGIÓN | | | | | | |
| Católica | 155 | 52.72 | 176 | 62.86 | 331 | 57.67 |
| Evangélica | 139 | 47.28 | 104 | 37.14 | 243 | 42.33 |
| INGRESO ECONÓMICO | | | | | | |
| Menos de Q.2,500.00 | 265 | 90.14 | 223 | 79.64 | 488 | 85.02 |
| Igual o más de Q.2,500.00 | 29 | 9.86 | 57 | 20.36 | 86 | 14.98 |

Cuadro 5.2
Conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil de las aldeas de Cuyuta y Las Guacas

| CONOCIMIENTO | CUYUTA (n = 294) | | LAS GUACAS (n = 280) | | TOTAL | |
|--|------------------|--------|----------------------|-------|-------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Adecuado | 156 | 53.06 | 267 | 95.36 | 423 | 73.69 |
| Inadecuado | 138 | 46.94 | 13 | 4.64 | 151 | 26.31 |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | | | | | | |
| puesto/centro de salud | 209 | 71.09 | 149 | 53.21 | 358 | 62.37 |
| Radio | 0 | 0.00 | 16 | 5.71 | 16 | 2.79 |
| Televisión | 8 | 2.72 | 11 | 3.93 | 19 | 3.31 |
| Periódico | 0 | 0.00 | 11 | 3.93 | 11 | 1.92 |
| Familiar | 14 | 4.76 | 30 | 10.71 | 44 | 7.67 |
| Escuela | 61 | 20.75 | 62 | 22.14 | 123 | 21.43 |
| Otra | 2 | 0.68 | 1 | 0.36 | 3 | 0.52 |
| ACTITUD | | | | | | |
| Aceptación | 294 | 100.00 | 278 | 99.29 | 572 | 99.65 |
| Rechazo | 0 | 0.00 | 2 | 0.71 | 2 | 0.35 |
| UTILIZACIÓN | | | | | | |
| Si | 172 | 58.50 | 217 | 77.50 | 389 | 67.77 |
| No | 122 | 41.50 | 63 | 22.50 | 185 | 32.23 |
| MÉTODO UTILIZADO | | | | | | |
| Inyección trimestral | 99 | 57.56 | 75 | 34.56 | 174 | 44.73 |
| Inyección mensual | 16 | 9.30 | 74 | 34.10 | 90 | 23.14 |
| Pastillas anticonceptivas (ACOS) | 32 | 18.60 | 26 | 11.98 | 58 | 14.91 |
| Inyección bimensual | 5 | 2.91 | 14 | 6.45 | 19 | 4.88 |
| Otro | 20 | 11.63 | 30 | 13.82 | 50 | 12.85 |
| ABANDONO | | | | | | |
| Si | 138 | 46.94 | 161 | 57.50 | 299 | 52.09 |
| No | 156 | 53.06 | 119 | 42.50 | 275 | 47.91 |
| CAUSA DE ABANDONO | | | | | | |
| Efectos secundarios | 66 | 47.83 | 55 | 34.16 | 121 | 40.47 |
| No sirven | 26 | 18.84 | 19 | 11.80 | 45 | 15.05 |
| Cuestan mucho dinero | 3 | 2.17 | 13 | 8.07 | 16 | 5.35 |
| No había en ese momento en el puesto o centro de salud | 12 | 8.70 | 72 | 44.72 | 84 | 28.09 |
| Otras | 31 | 22.46 | 2 | 1.24 | 33 | 11.04 |
| MÉTODO PREFERIDO | | | | | | |
| Inyección trimestral | 137 | 46.60 | 88 | 31.43 | 225 | 39.20 |
| Inyección mensual | 44 | 14.97 | 89 | 31.79 | 133 | 23.17 |
| Pastillas anticonceptivas (ACOS) | 58 | 19.73 | 39 | 13.93 | 97 | 16.90 |
| Implante sub dérmico | 8 | 2.72 | 19 | 6.79 | 27 | 4.70 |
| Otro | 47 | 15.99 | 45 | 16.07 | 92 | 16.03 |

Cuadro 5.3
Asociación de los factores socioeconómicos con el conocimiento de los métodos de planificación familiar

| FACTOR SOCIOECONÓMICO | X² | P de X² | Vc | OR | IC 95% | INTERPRETACIÓN |
|------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------|-----------|-----------------|--|
| Edad | 5.47 | 0.1404 | | | | La edad no tiene asociación con el conocimiento |
| Etnia | 0.47 | 0.3842 | | | | La religión no tiene asociación con el conocimiento |
| Escolaridad | 13.64 | 0.0085 | 0.15 | | | -La escolaridad tiene asociación con el conocimiento. -Se rechaza la hipótesis nula, lo que indica que si hay asociación. -La fuerza de asociación es pequeña. |
| Ocupación | 6.09 | 0.1925 | | | | La ocupación no tiene asociación con el conocimiento |
| Religión | 0.47 | 0.4345 | | | | La religión no tiene asociación con el conocimiento |
| Ingreso económico | 8.73 | 0.0028 | | 0.36 | 0.1880 - 0.7072 | -El ingreso económico tiene asociación con el conocimiento. -Se rechaza la hipótesis nula, lo que indica que si hay asociación. -El tener un ingreso económico menor a Q. 2,500.00 se asocia de forma negativa a tener un conocimiento adecuado sobre planificación familiar. -La asociación es estadísticamente significativa. |

(X²=Chi cuadrado, P=Valor P, Vc= Cramer's V, OR=Odds Ratio, IC=Intervalo de Confianza, ■ =no puede calcularse)

Cuadro 5.4
Asociación de los factores socioeconómicos con las actitudes hacia los métodos de planificación

| FACTOR SOCIOECONÓMICO | X² | P de X² | Vc | OR | IC 95% | INTERPRETACIÓN |
|------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------|-----------|---------------|--|
| Edad | 5.57 | 0.1345 | | | | La edad no tiene asociación con la actitud. |
| Etnia | 0.53 | 0.6981 | | | | La etnia no tiene asociación con la actitud. |
| Escolaridad | 9.23 | 0.0556 | | | | La escolaridad no tiene asociación con la actitud. |
| Ocupación | 0.49 | 0.9745 | | | | La ocupación no tiene asociación con la actitud. |
| Religión | 0.25 | 0.8267 | | | | La religión no tiene asociación con la actitud. |
| Ingreso económico | 0.16 | 0.9396 | | | | El ingreso económico no tiene asociación con la actitud. |

(X²=Chi cuadrado, P=Valor P, Vc= Cramer's V, OR=Odds Ratio, IC=Intervalo de Confianza, ■ =no puede calcularse)

Cuadro 5.5
Asociación de los factores socioeconómicos con la utilización de los métodos de planificación familiar

| FACTOR SOCIOECONÓMICO | X² | P de X² | Vc | OR | IC 95% | INTERPRETACIÓN |
|------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------|-----------|-----------------|---|
| Edad | 29.84 | 0.0004 | 0.23 | | | -La edad tiene asociación con la utilización. -Se rechaza la hipótesis nula, lo que indica que si hay asociación. - La fuerza de asociación es pequeña. |
| Etnia | 4.02 | 0.0329 | | 0.54 | 0.3112 - 0.9519 | - La etnia tiene asociación con la utilización. -Se rechaza la hipótesis nula, lo que indica que si hay asociación. -El pertenecer a la etnia indígena se asocia de forma negativa a la utilización de algún método de planificación familiar. -La asociación es |

| | | | | | | |
|-------------------|-------|---------|------|------|-----------------|---|
| | | | | | | estadísticamente significativa. |
| Escolaridad | 23.75 | <0.0001 | 0.20 | | | - La escolaridad tiene asociación con la utilización. -Se rechaza la hipótesis nula, lo que indica que si hay asociación. - La fuerza de asociación es pequeña. |
| Ocupación | 52.14 | <0.0001 | 0.30 | | | - La ocupación tiene asociación con la utilización -Se rechaza la hipótesis nula, lo que indica que si hay asociación. - La fuerza de asociación es moderada. |
| Religión | 9.53 | 0.0016 | | 1.77 | 1.2431 - 2.5273 | La religión tiene asociación con la utilización -Se rechaza la hipótesis nula, lo que indica que si hay asociación. -La asociación es estadísticamente significativa. |
| Ingreso económico | 0.97 | 0.2687 | | | | El ingreso económico no tiene asociación con la utilización. |

(X²=Chi cuadrado, P=Valor P, Vc= Cramer's V, OR=Odds Ratio, IC=Intervalo de Confianza, ■ =no puede calcularse)

6 DISCUSIÓN

Con la presente investigación se determinó que de un total de 574 mujeres en edad fértil pertenecientes a las aldeas de Cuyuta y Las Guacas del municipio de Masagua del departamento de Escuintla, el 40% tenían entre 20-30 años de edad, siendo este el grupo de edad con un mayor número de participantes. Del total de participantes el 90% pertenecían a una etnia no indígena, el 53% tenía una escolaridad primaria, el 80% eran amas de casa y el 58% profesaba la religión católica. Estos datos son acordes al panorama general que se presenta en el municipio de Masagua en donde se considera que este municipio tiene las tasas más bajas de escolaridad en el ciclo básico y diversificado, lo que propicia que la mayoría de mujeres abandonen la escuela antes de concluir la educación primaria y se dediquen a ser amas de casa. En cuanto al ingreso económico se determinó que el 58% de las mujeres encuestadas tenía un ingreso económico familiar menor de Q.2,500.00, lo que se refleja a nivel departamental, ya que se considera que en Escuintla el 47.37% de la población vive en pobreza en el área rural. Este dato indica que estas aldeas tienen deficiencias en cuanto a las posibilidades de trabajo y que los recursos económicos no son suficientes para abarcar las necesidades de vivienda, educación y salud.⁴⁵

6.1 Conocimientos sobre los métodos de planificación familiar

En cuanto al conocimiento sobre los métodos de planificación familiar se determinó que el 74% de las mujeres en edad fértil tienen un conocimiento adecuado, lo cual es un porcentaje elevado a comparación de un estudio realizado en el municipio de Acatenango, Chimaltenango, en el año 2000 en que se determinó que sólo el 58% de las mujeres conocían los métodos de planificación familiar, y otro estudio realizado en la aldea Xenimajuyú, municipio de Tecpán, Chimaltenango en el año 2006, en donde se encontró que el 82% de los habitantes no tenía conocimiento sobre los métodos de planificación familiar. Este fue un hallazgo positivo de la investigación, ya que si las mujeres en edad fértil de las aldeas de Cuyuta y Las Guacas poseen un conocimiento adecuado sobre los métodos de planificación familiar, es más fácil que puedan ponerlos en práctica en su vida diaria. Otro hallazgo positivo de la investigación es que se determinó que los puestos o centros de salud son importantes para el conocimiento adecuado de los métodos de planificación familiar, ya que de todos los medios para obtener información, la fuente

de información sobre los métodos de planificación familiar más utilizada fue el puesto o centro de salud con un 62% de los casos. Por lo tanto los puestos de salud además de brindar información sobre los métodos de planificación familiar, pueden promocionar más la utilización de los mismos.^{1,4,10}

Se determinó que la edad y la etnia no se asociaron con tener un mayor o menor conocimiento sobre planificación familiar, esto indica que, sin importar la etnia, una mujer joven puede conocer tanto como una mujer de mayor edad, o una mujer mayor puede ignorar tanto sobre planificación familiar como una mujer joven. Con respecto a estos datos, debe tomarse en cuenta que en el estudio predominó la etnia no indígena con 90% de todas las mujeres encuestadas y que una gran parte de las mujeres encuestadas se encontraban entre los 20 y 30 años de edad, por lo que es posible que estos hallazgos sean diferentes en otras poblaciones.

Un factor socioeconómico que se evaluó, que sí presentó asociación con el conocimiento sobre planificación familiar es la escolaridad que concuerda con datos como la tasa global de fecundidad (TGF) que varía según el nivel de educación siendo esta mayor en mujeres sin educación, lo cual hace reflexionar en el hecho que mientras más alto sea el nivel de escolaridad en las mujeres en edad fértil, más conocimiento tendrán sobre planificación familiar, y por ende habrá una mayor utilización de los métodos de planificación familiar como se pudo comprobar en este estudio.²⁸

El profesar la religión católica o evangélica, así como el tipo de ocupación no determinó que se conociera más sobre planificación familiar. Sin embargo, sí se encontró que el tener un ingreso económico menor a Q. 2,500.00 se asociaba de forma negativa a tener un conocimiento adecuado sobre planificación familiar, dato que preocupa, ya que se tiene estimado según la información recabada, que en las áreas rurales del departamento de Escuintla, el 47.37% de la población vive en pobreza, perteneciendo la población de Masagua y por ende las aldeas que fueron estudiadas casi en su totalidad al área rural.^{45,34}

6.2 Actitudes sobre los métodos de planificación familiar

Un hallazgo importante de la investigación fue que el 99.7% de las mujeres encuestadas tienen una actitud de aceptación hacia los métodos de planificación familiar lo que indica que si existe la información, disponibilidad y acceso a los mismos, podría aumentar su utilización.

A pesar que casi la totalidad de las mujeres en edad fértil encuestadas tuvieron una actitud de aceptación hacia los métodos de planificación familiar, se determinó que los factores socioeconómicos estudiados no se asocian con las actitudes hacia los métodos de planificación familiar, ya que las actitudes muchas veces tienen raíz en nuestras creencias básicas, convicciones, e ideologías, las cuales empezamos a formar desde la niñez.²¹

6.3 Prácticas sobre los métodos de planificación familiar

Del total de mujeres encuestadas se determinó que el 68% utilizaba algún método de planificación familiar, siendo en estos casos la inyección trimestral el método de mayor preferencia con 39% de los casos y el más utilizado, representando un 45% de los casos. A pesar que este porcentaje de utilización no parece ser elevado, al compararlo con otros estudios realizados indica que la utilización de los métodos de planificación familiar ha aumentado, ya que en un estudio realizado en el año 2011 en las comunidades Chitocán y Satis, del departamento de Alta Verapaz, se determinó que sólo el 32% de las mujeres en edad fértil utilizaba métodos de planificación familiar.³

En cuanto a la información que se proporciona sobre los métodos de planificación familiar es importante que esta ofrezca diversidad sobre los tipos de métodos existentes y a la vez sea específica en cuanto a las ventajas y efectos secundarios de cada uno, para que cada mujer pueda elegir el más adecuado según sus necesidades y su salud, y de esta forma pueda evitarse el abandono de los mismos, ya que del total de las mujeres encuestadas el 52% abandonó la utilización de algún método de planificación familiar, lo que se debió en un 40% a la presencia de efectos secundarios.

Se encontró que la edad sí se asoció con utilizar algún método de planificación familiar, claro está que esta situación se ve influenciada por el hecho que mujeres en edad fértil más jóvenes son más proclives a planificar que las mujeres de edad más avanzada. Además se encontró en este estudio que el grupo de 20 a 30 años representó el 40% de todas las mujeres encuestadas, siendo el grupo más numeroso, de las cuales el 67% utilizaban algún método de planificación familiar, lo que mostró que este grupo se interesó más en utilizar algún método respecto a los demás, por lo cual hay que propiciar que los grupos etarios de los extremos de menor y mayor edad, que son grupos de mayor riesgo, tengan una tendencia a una mayor utilización de los métodos de planificación familiar.^{23,46}

El pertenecer a la etnia indígena sí se asocia a una menor utilización de los métodos de planificación familiar con respecto al grupo no indígena. Esto quizá por un conflicto entre la medicina moderna con las creencias tradicionales, principalmente en Guatemala en donde en algunos grupos indígenas existe la creencia que las mujeres deben tener un número de hijos predestinados. Sin embargo debe tomarse en cuenta que únicamente el 9.76% de la población estudiada pertenecía a la etnia indígena, por lo que aunque la asociación sí es estadísticamente significativa, este dato puede ser no representativo para la población indígena en general.³²

Se encontró que la ocupación, sí se asocia con la utilización de algún método de planificación familiar, y que la fuerza de asociación es moderada; esto puede deberse a que usualmente la ocupación se relaciona con un mayor o menor ingreso económico, lo que determina si se tiene capacidad de comprar o no alguno de los métodos de planificación familiar que ofrece el mercado. Por el contrario, dentro de los resultados que se obtuvieron, el ingreso económico no se asocia con la utilización de algún método de planificación familiar, lo que podría deberse a que muchas de las mujeres que planifican con algún método, lo obtienen gratuitamente de parte del servicio de salud al que asisten, siendo este por lo regular el puesto o centro de salud más cercano al lugar donde viven.

Por último se encontró que el pertenecer a la religión católica se asocia a una mayor utilización de los métodos de planificación familiar con respecto al grupo que profesa

la religión evangélica, por lo que se comprobó que prevalece la influencia del poder religioso de aceptar o no un método de planificación familiar, ya que algunas veces líderes de iglesias sostienen que las familias deben tener el número de hijos “que Dios quiera”.³⁵

7 CONCLUSIONES

- 7.1 En las aldeas a estudiadas, la población femenina es predominantemente joven, con bajo ingreso económico, escolaridad deficiente, dedicada a ser ama de casa, por lo que se considera una población en alto riesgo de no utilizar adecuadamente los métodos de planificación familiar.
- 7.2 En cuanto al conocimiento, tres cuartas partes de las mujeres en edad fértil de las aldeas encuestadas posee un conocimiento adecuado, siendo la fuente de información de donde más obtienen dicho conocimiento el puesto o centro de salud; también se determinó que al asociar el conocimiento con los factores socioeconómicos, entre más alto sea el nivel de escolaridad más conocimiento se tiene sobre la planificación familiar, así como que el tener un ingreso económico menor a Q.2,500.00 se asocia negativamente a tener un conocimiento adecuado sobre la planificación familiar.
- 7.3 En cuanto a la actitud, las mujeres encuestadas tienen una actitud de aceptación hacia los métodos de planificación familiar, y que esta no se asocia con los factores socioeconómicos.
- 7.4 En cuanto a las prácticas, dos tercios de mujeres utiliza algún método de planificación familiar, siendo el más usado y el de preferencia la inyección trimestral; también se determinó que más de la mitad de las mujeres a estudio abandonó la utilización de algún método de planificación familiar, lo cual se debió en su mayoría a los efectos secundarios. Los factores socioeconómicos edad, etnia, escolaridad, religión, y ocupación, se asocian a la utilización de algún método de planificación familiar.

8 RECOMENDACIONES

8.1 A las autoridades del Centro de Salud de Masagua:

- Promover más información de los métodos de planificación familiar en la consulta médica, a través de charlas educacionales, campañas comunitarias y distribución de material educativo, en los puestos y centros de salud, ya que en estos lugares es en donde la mayoría de mujeres obtienen conocimiento. Así como exponer de forma clara los efectos secundarios y todas las alternativas de utilización que existen en cuanto a los métodos de planificación familiar, esto con el fin disminuir el gran porcentaje de mujeres que abandonan los métodos de planificación familiar por los efectos secundarios.
- Procurar el abastecimiento constante de métodos de planificación familiar en los puestos y centros de salud ya que la segunda causa de abandono en las aldeas estudiadas fue el desabastecimiento del puesto o centro de salud.

8.2 A las autoridades del Ministerio de Educación de Masagua:

- Supervisar que en el pensum escolar se incluyan e impartan obligatoriamente los temas relacionados a educación sexual y planificación familiar en los grados de primaria.

8.3 A la Alcaldía Municipal de Masagua:

- Promover la información de los métodos de planificación familiar con los líderes comunitarios y religiosos, con el fin de permitir que los métodos de planificación familiar sean un motivo de discusión dentro de las organizaciones comunitarias y las iglesias, para que las creencias populares o la religión no sea un impedimento para la utilización de dichos métodos.

9 APORTES

- 9.1 Proporciona un panorama general a las autoridades del Centro de Salud de Masagua sobre el conocimiento, actitudes y prácticas sobre los métodos de planificación familiar y la asociación de los mismos con los factores socioeconómicos, pudiéndose tomar como referencia para ampliar la información, reforzar los conocimientos y extrapolarlos en otras comunidades con características semejantes.

10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estrada Lux RA. Conocimientos y creencias sobre métodos anticonceptivos para planificación familiar: estudio descriptivo transversal realizado en los habitantes de 15 a 49 años en la aldea Xenimajuyú del municipio de Tecpán Chimaltenango de agosto a septiembre 2006. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; Facultad de Ciencias Médicas; 2009.
2. Rivera García GA. Conocimientos y creencias sobre métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres en edad fértil: aldea Bárcena, Villa Nueva, Guatemala de agosto a septiembre 2007. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; Facultad de Ciencias Médicas; 2007.
3. Ramírez Caal MA, Quiroa Casado ME. Características socio demográficas, creencias de las mujeres en edad fértil, uso de métodos de planificación familiar y la participación de la pareja: estudio descriptivo realizado en las comunidades: Chitocán y Satis, municipio de Cobán, departamento de Alta Verapaz de junio a julio de 2011. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala; Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 2011.
4. González Klusmann CM, Trinidad Chacón EG, Palencia Aguilar ER, Camó Ordoñez AJ, Gudiel Mauricio EM, Medrano Ortiz FJ. Conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos en estudiantes del nivel básico: estudio descriptivo transversal realizado en institutos públicos mixtos de las jornadas matutina y vespertina plan diario del departamento de Escuintla de julio a agosto 2013. [en línea] [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; Facultad de Ciencias Médicas; 2013. [citado 22 Mayo 2015]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9198.pdf
5. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Cifras para el desarrollo humano, Escuintla. [en línea] Guatemala: PNUD; 2011 [citado 20 Jul 2015]. Disponible en: http://www.desarrollohumano.org.gt/fasciculos/cifras_v4.html

6. Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala. Estudio estadístico en áreas indígenas de Guatemala. Guatemala: APROFAM; 1999.
7. Hatcher RA. La planificación familiar nos ayuda a todos. En: Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore, Maryland: Mail-Well Mid Atlantic Print Group; 2002: p.21-27.
8. Instituto Bernabeu Medicina Reproductiva. Quinto fórum mujer y sociedad. [en línea] España: IBMR; 2014 [citado 20 Jul 2015]. Disponible en: <https://www.institutobernabeu.com/es/ib/v-forum/>
9. Sánchez A, Abramson W, Lamadrid C. Guatemala: Estudio del acceso a servicios e insumos de planificación familiar para identificar estrategias que mejoren el acceso hasta el último rincón del país. [en línea] Arlington, VA: USAID; 2009 [citado 22 Mayo 2015]. Disponible en: http://osarguatemala.org/userfiles/GT_EstudAcceso.pdf
10. Alvarado Pazos CA. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en el municipio de Acatenango del departamento de Chimaltenango: estudio descriptivo realizado con 300 mujeres en edad reproductiva, en el período comprendido de mayo a junio del 2000. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; Facultad de Ciencias Médicas; 2000.
11. Family Health International. Anticoncepción. [en línea] Durham, NC: FHI; 2006 [citado 22 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.Fhi.org/sp/RH/FAQs/.htm>
12. González A, Santos S. Lo que usted debe saber sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos. [en línea]. Guinea Ecuatorial: Fundación de Religiosos para la Salud; 2009 [citado 22 Mayo 2015]. Disponible en: http://www.fundacionfrs.es/archivos/_Manual_Planificacin_Familiar.pdf
13. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. [en línea] 2ª ed. Ginebra: OMS;2005

- [citado 22 Mayo 2015]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43152/1/9243562843_spa.pdf
14. Salud total EPS. Características de consulta de planificación familiar. Punto informativo [en línea] Colombia: Ministerio de Protección Social; 2011 [citado 21 Mayo 2015]. Disponible en:
<http://saludtotal.com.co/Documents/BOLET%E2%95%93N%20PUNTO%20INFORMATIVO%20PLANIFICACION%20FAMILIAR.pdf#search=consulta%20de%20planificaci%C3%B3n%20familiar>
 15. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías nacionales de planificación familiar. [en línea] Guatemala: MSPAS; 2009 [citado 19 Mayo 2015]. Disponible en:
<http://portal.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/PlanificacionFamiliar/OtrasPublicaciones/GUIA%20Final30Enero10.pdf>
 16. Ortiz E. El conocimiento como problema y proceso. [en línea] Venezuela: Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda; 2010 [citado 22 Mayo 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/edgargabrielortizsanchez/el-conocimiento-como-problema-y-proceso>
 17. Sanchez Vera K. Relación ente el nivel de conocimiento y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en estudiantes del quinto año de la escuela académico profesional de educación de la UNMSM.[tesis Licenciado en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2007.
 18. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. [en línea] Ginebra: OMS; 2015 [citado 22 Mayo 2015] Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es>
 19. Burns A, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K. Donde no hay doctor para mujeres: Un manual para la salud de la mujer. [en línea] Berkeley, CA: Hesperian Guías de Salud; 1999. [citado 22 Mayo 2015]. Disponible en:
<https://we.riseup.net/assets/217561/Inicio.pdf>

20. Diccionario Enciclopédico Vox 1[en línea]. [s.l.] Larousse Editorial;2007 [citado 12 Oct 2015]. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/emoci%C3%B3n>
21. Cardozo García A. Concepto de actitud. [en línea]. México: Scribd; 2011 [citado 12 Oct 2015]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/7869056/Concepto-de-Actitud>
22. Carr B, French Gates M, Mitchell A, Shah R. Giving women the power to plan their families. Lancet [en línea] 2012, Jul [citado 22 Mayo 2015]; 380 (9837): 80-82. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)60905-2.pdf?dialogRequest=](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60905-2.pdf?dialogRequest=)
23. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar: Un manual para proveedores. [en línea] Ginebra: OMS; 2011 [citado 22 Mayo 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf
24. Gómez PI, Molina R, Amberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. [en línea] Lima: FLASOG; 2011 [citado 22 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.unal.edu.co/bioetica/documentos/2011/Maternidad.pdf>
25. Singh S, Darroch J. Adding It Up: Costs and benefits of contraceptive services estimates for 2012. [en línea] Nueva York: Guttmacher Institute, UNFPA; 2012 [citado 22 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>
26. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Plan de acción del programa de país 2010-2014 (revisión para el período 2012-2014). [en línea] Guatemala: UNFPA; 2012 [citado 22 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.gt/sites/default/files/CPAP%20Revisi%C3%B3n%202010-2014%20versi%C3%B3n%20final%20firmada%20con%20Segeplan.pdf>
27. De Leon R, Martínez García M, Mendoza A. Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva 2009. [en línea] Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; 2011. [citado 23 Mayo 2015]. Disponible

en:<http://www.contraloria.gob.pa/inec/Aplicaciones/ENASER/EnasserInformeFinal.pdf>

28. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Quinta encuesta nacional de salud materno infantil (ENSMI) 2008 al 2009. [en línea] Guatemala: MSPAS, INE, UVG; 2009 [citado 25 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/01/22/LYk4A1kGJAO7lvfS0Aq6tezcUa9tQh35.pdf>
29. Instituto Andaluz de la Mujer. Salud y género [en línea] Sevilla: IAM; 2009 [citado 23 Mayo 2015]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/ugen/modulos/Salud/consecuencias.html>
30. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Family planning. [en línea] Washington DC: ODPHP; 2012 [citado 22 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/family-planning>
31. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Segmentación del mercado de servicios de planificación familiar en Guatemala. [en línea] Guatemala: USAID; 2006. [citado 12 Ene 2016]. Disponible en: <http://bvssan.incap.int/local/URC/URC00023.pdf>
32. Terborgh A, Rosen J, Santiso Gálvez R, Terceros W, Bertrand J, Bull S. Planificación familiar en las poblaciones indígenas de América Latina. *Perspect. int. planif. famil.*(Nueva York) [en línea] 1996 [citado 17 Ene 2016] Número especial: 4-11. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/22spa00496.pdf>
33. Nazar Beutelspacher A, Molina Rosales D, Salvatierra Izaba B, Zapata Martelo E, Halperin D. La educación y el no uso de anticonceptivos entre mujeres de bajo nivel socioeconómico en Chiapas. *Perspect. int. planif. famil.* (Nueva York) [en línea] 1999 [citado 17 Ene 2016]; Número especial:9-15. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/25009999S.pdf>

34. García A, Gomáriz E. Mujeres centroamericanas sobre la base del censo de población de Guatemala 1981. [en línea] Costa Rica: FLACSO; 1989 [citado 16 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/guatemala/trab-2.htm>
35. Menéndez Salazar L, Cabrera González J. Factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva de la comunidad de Nuevo Horizonte, Santa Ana, Petén. [en línea] [tesis Licenciatura en Enfermería] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala; 2008. [citado 15 Ene 2016]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8589.pdf
36. Real Academia Española [en línea]. Madrid, España: RAE; 2015 [citado 12 Oct 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val>
37. Guatemala. Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Información de Guatemala. [en línea] Guatemala:MINTRABAJO; 2015 [citado 20 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gob.gt/index.php/salariominimo.html>
38. Diener M. Use of the chi-square statistic. [en línea] Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2010 [citado 17 Ene 2016]. Disponible en: <http://ocw.jhsph.edu/courses/fundepiii/pdfs/lecture17.pdf>
39. Soper D. Critical chi-square value calculator, statistics calculator version 3.0 beta. [en línea] Nueva York: Free Statistics Calculators; 2016 [citado 17 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.danielsoper.com/statcalc3/calc.aspx?id=12>
40. Lowry R. Chi-square, cramer's v, and lambda, for a rows by columns contingency table. [en línea] Nueva York:VassarStats2015 [citado 17 Ene 2016]. Disponible en: <http://vassarstats.net/newcs.html>

41. Fort Collins Science Center. Statistical interpretation. [en línea] Fort Collins, CO: FCSC; 2015 [citado 17 Ene 2016]. Disponible en: <https://www.fort.usgs.gov/LandsatSurvey/AdditionalData>
42. Cerda J, Vera C, Rada G. Odds ratio: aspectos teóricos y prácticos. Rev. méd. Chile [en línea] 2013 [citado 17 Ene 2016]; 141 (10): 5-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000014
43. Guaicha O, Idrovo A. Odds ratio. [en línea] Cuenca: Universidad de Cuenca; 2013 [citado 17 Ene 2016]. Disponible en: http://www.slideshare.net/omargp100/odds-ratio-27849262?from_m_app=android
44. Medcalc software. Free statistical calculators odds ratio, version 16.1. [en línea] Ostende: MedCalc Software bvba; 2016 [citado 17 Ene 2016]. Disponible en: https://www.medcalc.org/calc/odds_ratio.php
45. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Pobreza y desarrollo: un enfoque departamental. [en línea] Guatemala: Instituto Nacional de Estadística; 2011 [citado 22 Jul 2015]. Disponible en <http://www.ine.gov.gt/sistema/uploads/2014/12/03/qINtWPkxWyP463fpJgnPOQrjox4JdRBO.pdf>
46. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar: Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [en línea] Ginebra: OMS; 2015 [citado 20 Ene 2016]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/
47. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población Escuintla 2015: documento del departamento de estadística del centro de salud de Masagua. Guatemala: INE; 2015.

48. Contreras V. Renap registró 369 mil 472 nacimientos durante 2014. Diario La Hora. 11 Mar 2015. Nacionales: 34.
49. Guatemala. Observatorio de Salud Reproductiva. OSAR Escuintla. [en línea] Guatemala: OSAR; 2009 [citado 22 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.osarguatemala.org/content/osar-escuintla>
50. Wikiguate.com.gt. Escuintla. [en línea]. Guatemala: Wiki guate; 2015 [citado 23 May 2015]. Disponible en: <http://wikiguate.com.gt/escuintla/>
51. Escalante Herrera MA. Masagua: datos demográficos. [en línea] Guatemala: www.pbase.com; 2015 [citado 23 Mayo 2015]. Disponible en: http://www.pbase.com/m_escalante_herrera/masagua
52. Guatelog.com. Masagua, Escuintla, reseña histórica. [en línea] Guatemala: Guatelog.com; 2010 [citado 23 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.guatelog.com/log/320/Masagua-Escuintla.html>
53. Dirección de Área de Salud de Escuintla. Censo 2013 al 2014. [CD-ROM]. Escuintla: MSPAS; 2015.



11 ANEXOS

11.1 Anexo 1

11.1.1 Contextualización de área de estudio

El departamento de Escuintla está ubicado en la Región V (Central) del país y ocupa una superficie aproximada de 4,384 km². Según las proyecciones de población del Instituto Nacional de estadística para el año 2015 cuenta con un total de 761,085 habitantes, 381,913 de sexo masculino y 379,171 de sexo femenino y de estos 197,804 habitantes corresponden a mujeres entre 15-49 años de edad.⁴⁷ De los 369 mil 472 nacimientos a nivel nacional durante el año 2014, 53 mil 287 corresponden al municipio de Guatemala, siendo el segundo lugar Escuintla con 10 mil 603.⁴⁸ De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008-2009, la tasa de fecundidad en el departamento de Escuintla es de 3.4 hijos por mujer, elevada a comparación de la tasa de Guatemala de 2.7. Se calcula que aunque para las mujeres del departamento de Escuintla el número ideal de hijos es de 2.9. El uso de métodos modernos de planificación familiar es de 32% y la necesidad insatisfecha es de 25.3%. Al compararlo con el promedio nacional, 44% y 20.8%, se observa que el acceso a métodos de planificación familiar, no satisface las necesidades de las mujeres en este departamento.^{49, 28}

En cuanto a los factores socioeconómicos más importantes puede mencionarse que en el área rural de Escuintla el 47.37% de la población vive en pobreza, el Índice de educación en el área rural es de 0.67, índice de etnicidad es de 0.89 y la relación de dependencia en el área rural es de 0.67.⁴⁵ En cuanto a sus relaciones territoriales Escuintla limita al norte con los departamentos de Chimaltenango, Sacatepéquez y Guatemala, al este con Santa Rosa, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con Suchitepéquez, se divide políticamente en 13 municipios.⁵⁰

De estos Municipios el Municipio de Masagua se encuentra a una distancia de 15 km de la cabecera de Escuintla, cuenta con una Superficie de 473 km² y fue fundado como municipio en el año 1830.^{51,52} Según la memoria de labores del distrito de Masagua en el año 2014, el municipio cuenta con un total de

48,202 habitantes; de estos 1,150 habitantes en el área urbana y 47,052 en el área rural, en donde se define como área urbana a todo lugar poblado con más de 2,000 habitantes, siempre y cuando el 51% de las viviendas tengan acceso a energía eléctrica y agua potable en tubería dentro de la misma, lo que significa que el 97% de la población vive en el área rural.⁴⁵

Para el municipio de Masagua el Índice de desarrollo humano (el cual se determina por medio de indicadores de población, educación, habitabilidad de la vivienda, trabajo, pobreza y salud) se considera bajo ya que éste es de 0.55 (siendo 0 el nivel de desarrollo humano más bajo y 1 el más alto), a diferencia del departamento de Escuintla con 0.67 y el departamento de Guatemala con 0.70.⁵

Otro aspecto importante es que según la tasa neta de escolaridad el municipio de Masagua cuenta con una tasa de escolaridad en el ciclo básico de 33.6 y una tasa de escolaridad en el ciclo diversificado de 4.9 siendo estas las más bajas de los 13 municipios de Escuintla.⁵

En cuanto a su región geográfica el municipio se divide políticamente en un pueblo –cabecera-, 14 aldeas, 26 caseríos, 14 colonias, 17 lotificaciones, 26 parcelamientos, 22 granjas y cerca de 150 fincas. Las aldeas son: Astillero, Centro Urbano, El Milagro, Esmeralda, Guardianía, La Aurora, Las Guacas, Llanitos, Málaga, Obero, San Juan Mixtán, San Miguel las Flores, Santa Luisa y Cuyuta.^{51,52}

La Aldea Cuyuta cuenta con una población de 1746 habitantes, 840 del sexo masculino y 906 del femenino. De la población de sexo femenino hay 468 mujeres entre las edades de 15-49 años. La aldea cuenta con 17 sectores, en los que se encuentran repartidas 414 viviendas habitadas.



Descripción: Mapa de aldea Cuyuta dividida en 17 sectores.
 Fuente: Departamento de Registro y Estadística, Centro de Salud de Masagua, Escuintla.

De los 17 sectores, 16 de ellos se encuentran al este de la carretera principal y un sector al oeste de la misma. Los 16 sectores se encuentran ubicados en 3 calles en dirección de este a oeste y 6 callejones en dirección de norte a sur. Un sector se encuentra sobre la orilla de la carretera por donde es accesible, contándose con 2 calles, una al norte y otra al sur del sector en dirección de este a oeste, conectadas por un callejón en la parte de atrás del

sector que va de norte a sur.⁵³

La Aldea de Las Guacas cuenta con una población de 1527 habitantes, 765 del sexo masculino y 762 del femenino. De la población de sexo femenino hay 394 mujeres entre las edades de 15-49 años. La aldea cuenta con 12 sectores, en los que se encuentran repartidas 391 viviendas habitadas. De los 12 sectores, 6 de ellos se encuentran al este de la carretera principal y el resto, al oeste. Los sectores del lado este, se encuentran ubicados en 11 calles con dirección de este a oeste y entre 1 callejón y la carretera principal, ambas en dirección norte a sur. Los restantes sectores se encuentran ubicados en 12 calles con dirección de este a oeste y entre 1 callejón y la carretera principal, ambas en dirección norte a sur.^(*)

Estas aldeas son 2 de las 5 aldeas del municipio que cuentan con un puesto de salud en el que el personal de salud que trabaja en los mismos, da buenas referencias de la población en cuanto a colaboración con las actividades de salud y en cuanto a seguridad del el equipo de trabajo para realizar la investigación ya que en otras aldeas del municipio se han reportado hechos violentos como robo, asalto a mano armada, linchamiento y bloqueo de

^(*) Departamento de Registro y estadística. Censo de Cuyuta 2013 al 2014. Escuintla: Centro de Salud de Masagua; 2014.

caminos principales para ingresar a las aldeas. (Bosarreyes Andrino R.A. Jefe de distrito Centro de salud de Masagua, comunicación personal, 29 de junio de 2015)



11.2 Anexo 2

11.2.1 Encuesta



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN**



“Asociación entre los factores socioeconómicos y los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil”

Instrucciones: A continuación se presentan 4 series de preguntas, la primera es sobre datos personales y factores socioeconómicos, la segunda es una serie de selección múltiple acerca del conocimiento sobre planificación familiar, seguida de una serie sobre actitudes y por último una serie acerca de prácticas sobre los métodos de planificación familiar. Deberá responder lo que considere correcto.

A. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

1. **¿Cuál es su edad?** _____ años.
2. **¿Cuál es su etnia?** Indígena _____ No indígena _____
3. **¿Cuál es su escolaridad?**
Primaria _____ Básicos _____ Diversificado _____ Universitario _____ Ninguna _____
4. **¿Cuál es su ocupación?**
Ama de casa _____ -Estudiante _____ -Comerciante _____ -Empleada doméstica _____
Agricultora _____ -Desempleada _____ -Otra _____
5. **¿Cuál es su religión?**
Católica _____ Evangélica _____
6. **¿Aproximadamente cuánto es el ingreso mensual de su familia?**
Menos de Q.2,500.00 _____ Igual o Más de Q.2,500.00 _____

B. CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

1. **¿Qué es planificación familiar?**
A. Es curar enfermedades de transmisión sexual.
B. Es decidir cuántos hijos quiere tener y cuándo los quiere tener.
C. Es decidir cómo criar adecuadamente a los hijos.
D. No sabe
2. **¿Qué son los métodos de planificación familiar?**
A. Son medicinas que dejan infértil a la mujer
B. Es cualquier forma de impedir el embarazo al tener relaciones sexuales.
C. Son vitaminas para la mujer embarazada
D. No sabe
3. **¿Cuál de estas no es una función de los métodos de planificación familiar?**
A. Para no tener hijos
B. Para tener el espaciamiento de tiempo adecuado entre cada hijo
C. Para curar enfermedades de transmisión sexual
D. No sabe
4. **¿Cuál de los siguientes es un método de planificación familiar natural?**
A. Condón
B. Inyección mensual

- C. Método de lactancia amenorrea (MELA)
D. No sabe
5. **¿Cuál de los siguientes métodos de planificación familiar debe aplicarse o tomarse todos los días?**
A. Inyección
B. T de cobre
C. Pastillas anticonceptivas
D. No sabe
6. **¿Con cuál de los siguientes métodos de planificación familiar, no se puede volver a tener hijos?**
A. Implantes subdérmicos (Jadelle)
B. Inyección de los tres meses
C. Operación de la mujer (OTB) y Vasectomía
D. No sabe
7. **Con respecto al condón masculino, ¿Cuál de las siguientes respuestas es incorrecta?**
A. Previene Enfermedades de transmisión sexual
B. Evita embarazos indeseados
C. Se puede reutilizar el mismo condón cada vez que se tenga relaciones sexuales
D. No sabe
8. **¿Cuál opción es falsa sobre la utilización de la T de cobre como método anticonceptivo?**
A. No afecta la lactancia materna
B. No interfiere con las relaciones sexuales
C. No necesita de un profesional de la salud para ser colocado ni retirado
D. No sabe
9. **¿Cuál de las siguientes es una ventaja de los métodos anticonceptivos inyectables?**
A. Protege contra infecciones de transmisión sexual.
B. No causa aumento de peso.
C. Puede prevenir el cáncer de ovario
D. No sabe
10. **¿Cuál de las siguientes opciones es falsa sobre la utilización de la pastilla (anticonceptivos orales) como método de planificación familiar?**
A. Tiene que tomarse todos los días
B. Regulariza los ciclos menstruales
C. Estabilizan el temperamento y aumentan el deseo sexual
D. No sabe

C. ACTITUD HACIA LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo en su mayoría | Ni desacuerdo ni de acuerdo | En desacuerdo en su mayoría | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Los métodos de planificación familiar son muy buenos para las parejas cuando se usan de manera adecuada. | | | | | |
| 2. Es bueno para usted usar algún método de planificación familiar al momento de tener relaciones. | | | | | |
| 3. ¿Qué opina su pareja que usted use métodos de planificación familiar? | | | | | |
| 4. Es importante saber acerca de los métodos de planificación familiar. | | | | | |
| 5. Todas las parejas sexualmente activas deberían usar algún método de planificación familiar. | | | | | |
| 6. Si alguien de su confianza lo necesitara, usted le recomendaría y/o animaría a buscar un método de planificación familiar. | | | | | |

D. PRÁCTICAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. ¿Cómo se ha enterado usted a cerca de los métodos de planificación familiar? (marcar más de uno si así lo indica)

- A. Puesto/Centro de Salud
- B. Radio
- C. Televisión
- D. Periódico
- E. Familiar
- F. Escuela
- G. Otra (Especifique: _____)

2. ¿Utiliza algún método de planificación familiar? Sí _____ No _____

3. Si la respuesta anterior es Sí, indique ¿Qué métodos de planificación familiar utiliza?

Método de lactancia amenorrea (MELA) _____

El Collar o Días fijos _____

Ovulación _____

Implante Sub dérmico _____

Inyección mensual _____

Inyección bimensual _____

Inyección trimestral _____

Pastillas anticonceptivas (ACOS) _____

Condón _____

T de cobre _____

Otro _____ (Especifique: _____)

4. ¿Ha dejado alguna vez de utilizar un método de planificación familiar?

Sí _____ (Especifique: _____) No _____

5. Si la respuesta anterior es Si responda: ¿Por qué razón dejo de utilizar el método de planificación familiar?

A. Por los efectos secundarios

B. No sirvió

C. Cuestan mucho dinero

D. No había en ese momento en el puesto o centro de salud

E. Otra (Especifique: _____)

6. ¿Si pudiera escoger entre los diferentes métodos de planificación familiar que hay, cuál de todos escogería?

Método de lactancia amenorrea (MELA) _____

El Collar o Días fijos _____

Ovulación _____

Implante Sub dérmico _____

Inyección mensual _____

Inyección bimensual _____

Inyección trimestral _____

Pastillas anticonceptivas (ACOS) _____

Condón _____

T de cobre _____

Otro _____ (Especifique: _____)

11.3 Anexo 3

11.3.1 Consentimientos informados



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



HOJA DE INFORMACIÓN A PARTICIPANTES MAYORES DE EDAD

El desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo la Planificación Familiar, es un derecho reconocido internacionalmente, como un medio muy importante para mejorar la salud de la población. En la actualidad el conocimiento y el uso de los métodos de planificación familiar pueden traer grandes beneficios para la salud, para la economía y para la sociedad, dentro de las comunidades guatemaltecas.

Debido a estas razones nosotros como estudiantes de sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hemos realizado este documento para invitarla a participar en un estudio a realizarse en las mujeres en edad fértil de 15-49 años de las aldeas de Cuyuta y Las Guacas, del Municipio de Masagua, Departamento de Escuintla. Con el propósito principal de determinar la asociación entre los factores socioeconómicos y los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar en estas comunidades.

Usted como participante debe de ser habitante de estas aldeas, encontrarse en las edades de 15-49 años, no debe de estar embarazada ni debe de haber sido sometida a procedimientos quirúrgicos como la histerectomía o la oclusión tubárica bilateral. (OTB).

El procedimiento para obtener la información consistirá únicamente en pedirle a usted como participante que responda las preguntas de un cuestionario, el cual será realizado por uno de los investigadores. Luego de responder la encuesta, la información obtenida podrá ser publicada o difundida con fines científicos, pero en ningún momento se divulgará su identidad personal por haber proporcionado la información.

Es importante mencionar que la participación en la investigación es completamente voluntaria, no representa ningún riesgo para su salud ni para su integridad como participante, y que los investigadores estamos abiertos a responder cualquier duda o pregunta que usted tenga sobre el estudio. En caso de que usted como participante no esté de acuerdo con algún aspecto del estudio, puede retirarse del mismo en cualquier momento que lo desee.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PARTICIPANTES MAYORES DE EDAD

He sido invitada a participar en la investigación “Asociación entre los factores socioeconómicos y los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil” Estudio a realizarse en las mujeres en edad fértil de 15-49 años de las aldeas de Cuyuta y Las Guacas, municipio de Masagua, departamento de Escuintla. Entiendo que la participación en este estudio no conlleva riesgos para mi salud, que para participar en este estudio se me realizará un cuestionario y que la información obtenida puede ser usada, publicada o difundida con fines científicos, sin divulgar mi identidad personal.

He leído o me ha sido leída la información sobre el estudio, la he comprendido, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Por lo que consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

TESTIGO (solo en caso de persona analfabeta)

He leído con exactitud o He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para la participante de la investigación, persona quien ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____

Huella dactilar del participante _____

Firma del testigo _____

Fecha _____

Ha sido proporcionada a la participante una copia de este documento de consentimiento informado _____ (iniciales del investigador)



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



HOJA DE INFORMACIÓN A PARTICIPANTES MENORES DE EDAD Y PADRES O TUTORES.

El desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo la Planificación Familiar, es un derecho reconocido internacionalmente, como un medio muy importante para mejorar la salud de la población. En la actualidad el conocimiento y el uso de los métodos de planificación familiar pueden traer grandes beneficios para la salud, para la economía y para la sociedad, dentro de las comunidades guatemaltecas.

Debido a estas razones nosotros como estudiantes de sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hemos realizado este documento para invitar a su hija o dependiente a participar en un estudio a realizarse en las mujeres en edad fértil de 15-49 años de las aldeas de Cuyuta y Las Guacas, del Municipio de Masagua, Departamento de Escuintla. Con el propósito principal de determinar la asociación entre los factores socioeconómicos y los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar en estas comunidades.

La participante debe de ser habitante de estas aldeas, encontrarse en las edades de 15-49 años, no debe de estar embarazada ni debe de haber sido sometida a procedimientos quirúrgicos como la histerectomía o la oclusión tubárica bilateral. (OTB). Además debe contar con la autorización de sus padres o tutores mediante un consentimiento por escrito, así como su propio asentimiento para participar en este estudio.

El procedimiento para obtener la información consistirá únicamente en pedirle a la participante que responda las preguntas de un cuestionario, el cual será realizado por uno de los investigadores. Luego de responder la encuesta, la información obtenida podrá ser publicada o difundida con fines científicos, pero en ningún momento se divulgará su identidad personal por haber proporcionado la información.

Es importante mencionar que la participación en la investigación es completamente voluntaria, no representa ningún riesgo para la salud de la participante ni para su integridad, y que los investigadores estamos abiertos a responder cualquier duda o pregunta que surjan sobre el estudio. En caso de que la participante o los padres o tutores no estén de acuerdo con algún aspecto del estudio, la participante puede retirarse del mismo en cualquier momento que lo desee.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PADRES O TUTORES DE PARTICIPANTES MENORES DE EDAD

Mi hija ha sido invitada a participar en la investigación “Asociación entre los factores socioeconómicos y los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil” Estudio a realizarse en las mujeres en edad fértil de 15-49 años de las aldeas de Cuyuta y Las Guacas, municipio de Masagua, departamento de Escuintla. Entiendo que la participación en este estudio no conlleva riesgos para su salud, que para participar en este estudio se realizará un cuestionario y que la información obtenida puede ser usada, publicada o difundida con fines científicos, sin divulgar la identidad personal de ella o la mía.

He leído o me ha sido leída la información sobre el estudio, la he comprendido, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Por lo que consiento voluntariamente que mi hija o dependiente participe en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarla de la investigación en cualquier momento.

Nombre de la participante

Nombre del padre, madre o tutor

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

Ha sido proporcionada a los padres o tutores de la participante una copia de este documento de consentimiento informado _____ (iniciales del investigador)

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO DE PARTICIPANTES MENORES DE EDAD

He sido invitada a participar en la investigación “Asociación entre los factores socioeconómicos y los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil” Estudio a realizarse en las mujeres en edad fértil de 15-49 años de las aldeas de Cuyuta y Las Guacas, municipio de Masagua, departamento de Escuintla. Entiendo que la participación en este estudio no conlleva riesgos para mi salud, que para participar en este estudio se me realizará un cuestionario y que la información obtenida puede ser usada, publicada o difundida con fines científicos, sin divulgar mi identidad personal ni la de mis padres o tutores.

He leído o me ha sido leída la información sobre el estudio, la he comprendido, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Tengo el consentimiento de mis padres o tutores autorizando que yo participe en este estudio, por lo que asiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento si así lo deseo.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Ha sido proporcionada a la participante una copia de este documento de asentimiento informado _____ (iniciales del investigador)

11.4 Anexo 4

11.4.1 Tablas de salida

Tabla 11.1
Prácticas de los métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil de las aldeas de Cuyuta y Las Guacas, diciembre 2015

| MÉTODO UTILIZADO | CUYUTA (N = 294) | | LAS GUACAS (n = 280) | | TOTAL | |
|----------------------------------|------------------|-------|----------------------|-------|-------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Método de lactancia amenorrea | 1 | 0.58 | 0 | 0.00 | 1 | 0.26 |
| El collar o días fijos | 4 | 2.33 | 0 | 0.00 | 4 | 1.03 |
| Ovulación | 4 | 2.33 | 9 | 4.15 | 13 | 3.34 |
| Implante sub dérmico | 4 | 2.33 | 6 | 2.76 | 10 | 2.57 |
| Inyección mensual | 16 | 9.30 | 74 | 34.10 | 90 | 23.14 |
| Inyección bimensual | 5 | 2.91 | 14 | 6.45 | 19 | 4.88 |
| Inyección trimestral | 99 | 57.56 | 75 | 34.56 | 174 | 44.73 |
| Pastillas anticonceptivas (ACOS) | 32 | 18.60 | 26 | 11.98 | 58 | 14.91 |
| Condón | 4 | 2.33 | 6 | 2.76 | 10 | 2.57 |
| T de cobre | 3 | 1.74 | 7 | 3.23 | 10 | 2.57 |
| Otro | 0 | 0.00 | 2 | 0.92 | 2 | 0.51 |
| MÉTODO DE PREFERENCIA | | | | | | |
| Método de lactancia amenorrea | 2 | 0.68 | 0 | 0.00 | 2 | 0.35 |
| El collar o días fijos | 3 | 1.02 | 1 | 0.36 | 4 | 0.70 |
| Ovulación | 3 | 1.02 | 8 | 2.86 | 11 | 1.92 |
| Implante sub dérmico | 8 | 2.72 | 19 | 6.79 | 27 | 4.70 |
| Inyección mensual | 44 | 14.97 | 89 | 31.79 | 133 | 23.17 |
| Inyección bimensual | 4 | 1.36 | 18 | 6.43 | 22 | 3.83 |
| Inyección trimestral | 137 | 46.60 | 88 | 31.43 | 225 | 39.20 |
| Pastillas anticonceptivas (ACOS) | 58 | 19.73 | 39 | 13.93 | 97 | 16.90 |
| Condón | 20 | 6.80 | 6 | 2.14 | 26 | 4.53 |
| T de cobre | 15 | 5.10 | 11 | 3.93 | 26 | 4.53 |
| Otro | 0 | 0.00 | 1 | 0.36 | 1 | 0.17 |

Tabla 11.2
Asociación de la edad con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar

| EDAD | CONOCIMIENTO ADECUADO | CONOCIMIENTO INADECUADO | TOTALES |
|-------------------|-----------------------|-------------------------|---------|
| 15-19 años | 59 | 29 | 88 |
| 20-30 años | 198 | 61 | 259 |
| 31-40 años | 116 | 36 | 152 |
| 41-49 años | 50 | 25 | 75 |
| TOTALES | 423 | 151 | 574 |

- X^2 : 5.47 (grados de libertad: 3) (X^2 crítico: 7.81) (P:0.1404)
 - Interpretación: La edad no tiene asociación con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar.

- CramerV: 0.0976
 - Interpretación: no hay efecto de asociación.

Tabla 11.3

Asociación de la etnia con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar

| ETNIA | CONOCIMIENTO ADECUADO | CONOCIMIENTO INADECUADO | TOTALES |
|----------------|------------------------------|--------------------------------|----------------|
| Indígena | 44 | 12 | 56 |
| No indígena | 379 | 139 | 518 |
| TOTALES | 423 | 151 | 574 |

- OR: 1.34 (IC: 0.6900 - 2.6208)
 - Interpretación: el pertenecer a la etnia indígena es un factor que incrementa 1.34 veces la posibilidad de tener un conocimiento adecuado sobre planificación familiar comparado con el grupo no indígena.
- X^2 : 0.51 (grados de libertad:1) (X^2 crítico: 3.84) (P:0.3842)
 - Interpretación: La etnia no tiene asociación con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar.
- Cramer V:0.03
 - Interpretación: no hay efecto de asociación.

Tabla 11.4

Asociación de la escolaridad con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar

| ESCOLARIDAD | CONOCIMIENTO ADECUADO | CONOCIMIENTO INADECUADO | TOTALES |
|----------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------|
| Primaria | 208 | 96 | 304 |
| Básicos | 136 | 27 | 163 |
| Diversificado | 49 | 17 | 66 |
| Universitario | 11 | 2 | 13 |
| Ninguna | 19 | 9 | 28 |
| TOTALES | 423 | 151 | 574 |

- X^2 : 13.64 (grados de libertad:4) (X^2 crítico: 9.48) (P: 0.0085)
 - Interpretación: La escolaridad tiene asociación con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar.
- Cramer V: 0.15
 - Interpretación: la fuerza de asociación es pequeña.

Tabla 11.5
Asociación de ocupación con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar

| OCUPACION | CONOCIMIENTO ADECUADO | CONOCIMIENTO INADECUADO | TOTALES |
|--------------------|-----------------------|-------------------------|---------|
| Ama de casa | 345 | 116 | 461 |
| Estudiante | 36 | 19 | 55 |
| Comerciante | 21 | 4 | 25 |
| Agricultora | 10 | 4 | 14 |
| Otra | 11 | 8 | 19 |
| TOTALES | 423 | 151 | 574 |

- X^2 : 6.09 (grados de libertad:4) (X^2 crítico: 9.48) (P: 0.1925)
 - Interpretación: La ocupación no tiene asociación con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar.
- Cramer V: No es posible calcular debido a valores menores al valor mínimo esperado.

Tabla 11.6
Asociación de la religión con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar

| RELIGIÓN | CONOCIMIENTO ADECUADO | CONOCIMIENTO INADECUADO | TOTALES |
|-------------------|-----------------------|-------------------------|---------|
| Católica | 248 | 83 | 331 |
| Evangélica | 175 | 68 | 243 |
| TOTALES | 423 | 151 | 574 |

- OR: 1.16 (IC: 0.7984 - 1.6884)
 - Interpretación: el profesar la religión católica incrementa la posibilidad 1.16 veces más a tener un conocimiento adecuado sobre planificación familiar con respecto al grupo que profesa la religión evangélica.
- X^2 : 0.47 (grados de libertad:1) (X^2 crítico: 3.84) (P: 0.4345)
 - Interpretación: La religión no tiene asociación con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar.
- CramerV: 0.03
 - Interpretación: no hay efecto de asociación.

Tabla 11.7
Asociación del ingreso económico con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar

| INGRESO ECONOMICO | CONOCIMIENTO ADECUADO | CONOCIMIENTO INADECUADO | TOTALES |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------|---------|
| Menos de Q.2,500.00 | 348 | 140 | 488 |

| | | | |
|----------------------------------|-----|-----|-----|
| Igual o más de Q.2,500.00 | 75 | 11 | 86 |
| TOTALES | 423 | 151 | 574 |

- OR: 0.36 (IC: 0.1880 - 0.7072)
 - Interpretación: el tener un ingreso económico menor a Q. 2,500.00 se asocia de forma negativa a tener un conocimiento adecuado sobre planificación familiar con respecto al grupo que tiene un ingreso económico mayor.
- X^2 : 8.73 (grados de libertad:1) (X^2 crítico: 3.84) (P: 0.0028)
 - Interpretación: El ingreso económico tiene asociación con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar.
- Cramer V: 0.13
 - Interpretación: la fuerza de asociación es pequeña.

Tabla 11.8
Asociación de la edad con las actitudes hacia métodos de planificación familiar

| EDAD | ACEPTACION | RECHAZO | TOTALES |
|-------------------|-------------------|----------------|----------------|
| 15-19 años | 88 | 0 | 88 |
| 20-30 años | 259 | 0 | 259 |
| 31-40 años | 150 | 2 | 152 |
| 41-49 años | 75 | 0 | 75 |
| TOTALES | 572 | 2 | 574 |

- X^2 : 5.57 (grados de libertad:3) (X^2 crítico: 7.81) (P:0.1345)
 - Interpretación: La edad no tiene asociación con las actitudes hacia los métodos de planificación familiar.
- Cramer V: 0.09
 - Interpretación: no hay efecto de asociación.

Tabla 11.9
Asociación de la etnia con las actitudes hacia los métodos de planificación familiar

| ETNIA | ACEPTACION | RECHAZO | TOTALES |
|----------------|-------------------|----------------|----------------|
| Indígena | 56 | 0 | 56 |
| No indígena | 516 | 2 | 518 |
| TOTALES | 572 | 2 | 574 |

- OR: 0.5470 (IC: 0.0259 - 11.5354)
 - Interpretación: la etnia indígena se asocia de forma negativa a tener una actitud de aceptación hacia los métodos de planificación familiar.
- X^2 : 0.53 (grados de libertad:1) (X^2 crítico: 3.84) (P: 0.6981)

- Interpretación: La etnia no tiene asociación con las actitudes hacia los métodos de planificación familiar.
- Cramer V: 0.02
 - Interpretación: no hay efecto de asociación.

Tabla 11.10
Asociación de escolaridad con las actitudes hacia los métodos de planificación familiar

| ESCOLARIDAD | ACEPTACION | RECHAZO | TOTALES |
|----------------|------------|---------|---------|
| Primaria | 303 | 1 | 304 |
| Básicos | 163 | 0 | 163 |
| Diversificado | 66 | 0 | 66 |
| Universitario | 13 | 0 | 13 |
| Ninguna | 27 | 1 | 28 |
| TOTALES | 572 | 2 | 574 |

- X^2 : 9.23 (grados de libertad:4) (X^2 crítico: 9.48) (P: 0.0556)
 - Interpretación: La escolaridad no tiene asociación con las actitudes hacia los métodos de planificación familiar.
- Cramer V: 0.13
 - Interpretación: la fuerza de asociación es pequeña.

Tabla 11.11
Asociación de ocupación con las actitudes hacia los métodos de planificación familiar

| OCUPACION | ACEPTACION | RECHAZO | TOTALES |
|----------------|------------|---------|---------|
| Ama de casa | 459 | 2 | 461 |
| Estudiante | 55 | 0 | 55 |
| Comerciante | 25 | 0 | 25 |
| Agricultora | 14 | 0 | 14 |
| Otra* | 19 | 0 | 19 |
| TOTALES | 572 | 2 | 574 |

- X^2 : 0.49 (grados de libertad: 4) (X^2 crítico: 9.48) (P:0.9745)
 - Interpretación: La ocupación no tiene asociación con las actitudes hacia los métodos de planificación familiar.
- Cramer V: No es posible calcular debido a valores menores al valor mínimo esperado.

Tabla 11.12
Asociación de la religión con las actitudes hacia los métodos de planificación familiar

| RELIGIÓN | ACEPTACION | RECHAZO | TOTALES |
|-------------------|------------|---------|---------|
| Católica | 330 | 1 | 331 |
| Evangélica | 242 | 1 | 243 |
| TOTALES | 572 | 2 | 574 |

- OR: 1.36 (IC: 0.0849 - 21.9106)
 - Interpretación: el profesar la religión católica se asocia 1.36 veces más a la aceptación hacia los métodos de planificación familiar con respecto al grupo que profesa la religión evangélica.
- X^2 : 0.25 (grados de libertad:1) (X^2 crítico: 3.84) (P: 0.8267)
 - Interpretación: La religión no tiene asociación con las actitudes hacia los métodos de planificación familiar.
- Cramer V: 0.009
 - Interpretación: no hay efecto de asociación.

Tabla 11.13
Asociación del ingreso económico con las actitudes hacia los métodos de planificación familiar

| INGRESO ECONÓMICO | ACEPTACION | RECHAZO | TOTALES |
|----------------------------------|------------|---------|---------|
| Menos de Q.2,500.00 | 486 | 2 | 488 |
| Igual o más de Q.2,500.00 | 86 | 0 | 86 |
| TOTALES | 572 | 2 | 574 |

- OR: 1.1249 (IC: 0.0535 - 23.6337)
 - Interpretación: el ingreso económico menor a Q2,500.00 se asocia 1.12 veces más a la aceptación hacia los métodos de planificación familiar.
- X^2 : 0.16 (grados de libertad:1) (X^2 crítico: 3.84) (P: 0.9396)
 - Interpretación: El ingreso económico no tiene asociación con las actitudes hacia los métodos de planificación familiar.
- Cramer V: 0.02
 - Interpretación: no hay efecto de asociación.

Tabla11.14

Asociación de la edad con las prácticas de los métodos de planificación familiar

| EDAD | SI UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR | NO UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR | TOTALES |
|-------------------|--|--|----------------|
| 15-19 años | 14 | 30 | 44 |
| 20-30 años | 81 | 39 | 120 |
| 31-40 años | 49 | 29 | 78 |
| 41-49 años | 27 | 24 | 51 |
| TOTALES | 171 | 122 | 293 |

- X^2 : 18.14 (grados de libertad:3) (X^2 crítico: 7.81) (P: 0.0004)
 - Interpretación: La edad tiene asociación con la utilización de métodos de planificación familiar
- Cramer V: 0.2488
 - Interpretación: la fuerza de asociación es pequeña

Tabla 11.15

Asociación de la etnia con las prácticas de los métodos de planificación familiar

| ETNIA | SI UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR | NO UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR | TOTALES |
|----------------|--|--|----------------|
| Indígena | 31 | 25 | 56 |
| No indígena | 360 | 158 | 518 |
| TOTALES | 391 | 183 | 574 |

- OR: 0.54 (IC: 0.3112 - 0.9519)
 - Interpretación: el pertenecer a la etnia indígena se asocia de forma negativa a la utilización de algún método de planificación familiar.
- X^2 : 4.02 (grados de libertad:1) (X^2 crítico: 3.84) (P: 0.0329)
 - Interpretación: La etnia tiene asociación con la utilización de métodos de planificación familiar.
- Cramer V: 0.09
 - Interpretación: no hay efecto de asociación.

Tabla 11.16
Asociación de escolaridad con las prácticas de los métodos de planificación familiar

| ESCOLARIDAD | SI UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR | NO UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR | TOTALES |
|----------------|---|---|------------|
| Primaria | 217 | 87 | 304 |
| Básicos | 121 | 42 | 163 |
| Diversificado | 34 | 32 | 66 |
| Universitario | 4 | 9 | 13 |
| Ninguna | 15 | 13 | 28 |
| TOTALES | 391 | 183 | 574 |

- X^2 : 23.75 (grados de libertad:4) (X^2 crítico: 9.48) (P: <0.0001)
 - Interpretación: La escolaridad tiene asociación con la utilización de métodos de planificación familiar.
- Cramer V: 0.20
 - Interpretación: la fuerza de asociación es pequeña.

Tabla 11.17
Asociación de ocupación con las prácticas de los métodos de planificación familiar

| OCUPACION | SI UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR | NO UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR | TOTALES |
|----------------|---|---|------------|
| Ama de casa | 339 | 122 | 461 |
| Estudiante | 18 | 37 | 55 |
| Comerciante | 14 | 11 | 25 |
| Agricultora | 13 | 1 | 14 |
| Otra | 7 | 12 | 19 |
| TOTALES | 391 | 183 | 574 |

- X^2 : 52.14 (grados de libertad:4) (X^2 crítico: 9.48) (P:<0.0001)
 - Interpretación: La ocupación tiene asociación con la utilización de métodos de planificación familiar.
- Cramer V: 0.30
 - Interpretación: la fuerza de asociación es moderada.

Tabla 11.18
Asociación de la religión con las prácticas de los métodos de planificación familiar

| RELIGIÓN | SI UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION | NO UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION | TOTALES |
|----------|--|--|---------|
|----------|--|--|---------|

| | FAMILIAR | FAMILIAR | |
|-------------------|-----------------|-----------------|-----|
| Católica | 243 | 88 | 331 |
| Evangélica | 148 | 95 | 243 |
| TOTALES | 391 | 183 | 574 |

- OR: 1.77 (IC: 1.2431 - 2.5273)
 - Interpretación: el profesar la religión católica se asocia 1.77 veces más a la utilización de los métodos de planificación familiar con respecto al grupo que profesa la religión evangélica.
- X^2 : 9.53 (grados de libertad:1) (X^2 crítico: 3.84) (P: 0.0016)
 - Interpretación: La religión tiene asociación con la utilización de métodos de planificación familiar.
- Cramer V: 0.13
 - Interpretación: la fuerza de asociación es pequeña.

Tabla 11.19
Asociación del ingreso económico con las prácticas de los métodos de planificación familiar

| INGRESO ECONÓMICO | SI UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR | NO UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR | TOTALES |
|----------------------------------|--|--|----------------|
| Menos de Q.2,500.00 | 328 | 160 | 488 |
| Igual o más de Q.2,500.00 | 63 | 23 | 86 |
| TOTALES | 391 | 183 | 574 |

- OR: 0.74 (IC: 0.4478 - 1.2507)
 - Interpretación: el tener un ingreso económico menor a Q. 2,500.00 tiene una asociación negativa con la utilización de algún método de planificación familiar con respecto al grupo que tiene un ingreso económico mayor.
- X^2 : 0.97 (grados de libertad:1) (X^2 crítico: 3.84) (P: 0.2687)
 - Interpretación: El ingreso económico no tiene asociación con la utilización de métodos de planificación familiar.
- Cramer V: 0.0
 - Interpretación: no hay efecto de asociación.