

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA ESTUDIOS DE POSTGRADO



**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN**

**JORGE MARIO GUZMÁN CAMAS**

Tesis

Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad  
Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en  
Ginecología y Obstetricia

Junio 2016



# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El(la) Doctor(a): Jorge Mario Guzmán Camas

Carné Universitario No.: 100021252

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de tesis **FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN**

Que fue asesorado: Dr. Antonio Petzey Reanda

Y revisado por: Dra. Rosa Julia Chiroy Muñoz MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para junio 2016.

Guatemala, 13 de mayo de 2016

  
Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado

  
Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



Guatemala, 18 de septiembre de 2013

Doctor  
Erwin González Maza  
Coordinador Específico de Programas de Postgrado  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Hospital Nacional de Antigua  
Presente

Estimado Dr. González Maza

Por este medio le informo que revisé el contenido del Informe Final de Tesis con el título **"Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción"** del Dr. Jorge Mario Guzmán Camas, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,

  
Dr. Antonio Pelzey  
Asesor de tesis  
Departamento de Gineco-Obstetricia  
Hospital Nacional de Antigua Guatemala

Dr. Antonio Pelzey R.  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado No. 6581



Guatemala, 18 de septiembre de 2013

Doctor  
Erwin González Maza  
Coordinador Especifico de Programas de Postgrado  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Hospital Nacional de Antigua  
Presente

Estimado Dr. González Maza

Por este medio le informo que revisé el contenido del Informe Final de Tesis con el título "**Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción**" del Dr. Jorge Mario Guzmán Camas, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,

Dra. Rosa J. Chiroy Muñoz  
MEDICINA INTERNA  
Col. 10,574

Dra. Rosa Julia Chiroy  
Revisor de tesis  
Departamento de Medicina Interna  
Hospital Nacional de Antigua Guatemala

## Dedicatoria

A Dios, mi padre celestial - por iluminar mi camino y acompañarme en todo momento, por cuidar de mi familia en mi ausencia.

A Marlitt, mi esposa – que ha sido mi compañera fiel en nuestro matrimonio, amiga que cuyo contacto y amor me conforta, una guía cuya sabiduría me dirige, un apoyo incondicional que con sus palabras me anima, es quien me fortalece e inspira para que juntos alcancemos nuestras metas.

A Amelia Belén, Matías José, Fátima Isabella, mis hijos - por comprender el tiempo que no estuve a su lado, me impulsan cada día a superarme para ofrecerles siempre lo mejor, hacen que mi vida esté completa.

A César José y Olga Marina, mis padres - quienes son influyentes modelos a seguir, gracias por su apoyo, consejos y comprensión, me han dado valores, principios, carácter, empeño y perseverancia, por ellos soy quien soy.

A toda mi familia que siempre me apoya.

A Dr. Rodrigo Arévalo Alvarado, un agradecimiento especial, por su apoyo y tiempo para la finalización de esta tesis.

## INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS	i
INDICE DE GRAFICAS	ii
RESUMEN	iii
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	19
IV. MATERIAL Y METODOS	20
V. RESULTADOS	24
VI. DISCUSION Y ANALISIS	38
6.1 CONCLUSIONES	42
6.2 RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44
VIII. ANEXOS	48

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1	23
TABLA 2	35
TABLA 3	35
TABLA 4	36
TABLA 5	36
TABLA 6	37
TABLA 7	37

## INDICE DE GRAFICAS

<b>GRAFICA 1</b>	<b>25</b>
<b>GRAFICA 2</b>	<b>26</b>
<b>GRAFICA 3</b>	<b>27</b>
<b>GRAFICA 4</b>	<b>28</b>
<b>GRAFICA 5</b>	<b>29</b>
<b>GRAFICA 6</b>	<b>30</b>
<b>GRAFICA 7</b>	<b>31</b>
<b>GRAFICA 8</b>	<b>32</b>
<b>GRAFICA 9</b>	<b>33</b>
<b>GRAFICA 10</b>	<b>34</b>

## RESUMEN

Los avances en salud sexual y reproductiva la perspectiva del género en el debate social, la promoción de los derechos humanos, incluidos los reproductivos, y el enfoque interdisciplinario del tema, estimulan a los profesionales de la salud a ampliar la visión de la anticoncepción hacia la salud sexual y la procreación responsable. Esto contribuye al mejor desarrollo de hombres y mujeres, a que encaren su sexualidad con cuidados saludables y a que puedan evitar conductas riesgosas. **OBJETIVO** “Determinar las causas que influyen en el abandono o interrupción de la utilización de métodos de planificación familiar”, en pacientes del departamento de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala, Sacatepéquez, Guatemala, en el año 2013. **MATERIAL Y METODO:** mediante estudio descriptivo transversal practicado a 361 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, para su tabulación e interpretación estadística se utilizo el programa de EXCEL. **RESULTADOS:** se obtuvo que los métodos anticonceptivos que mas conocen son los administrados por vía intramuscular, pastillas y de barrera con 316, 254 y 64 respuestas respectivamente, y de los más utilizados fue el inyectado con 232 respuestas, condón con 105 respuestas y con 98 respuestas los orales, la principal fuente de información figura el personal paramédico, medico y por último los medio de comunicación **CONCLUSIONES** Las principales razones de abandono de los distintos métodos anticonceptivos figuran: efectos secundarios.(OR 36.67), decisión personal (OR 8.39), costo del tratamiento (OR 5.09), manejo (OR 3.73), indicación médica (OR 3.68), decisión de pareja (OR 1.23), según se refleja en las tablas de contingencia 2x2 y análisis de Odds Ratio

## I. INTRODUCCIÓN

En 1971, la Organización Mundial de la Salud definió la Planificación Familiar como “una manera de pensar y de vivir, adoptada voluntariamente por los individuos y las parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, a fin de promover la salud y el bienestar de la familia y la comunidad (3).

Con la Planificación Familiar podría evitarse, en un porcentaje aceptable, muertes maternas consideradas de forma directa, además de prevenir abortos y mejorar la calidad de vida de muchas mujeres y niños, contribuyendo de esa manera a disminuir el acelerado crecimiento demográfico (4).

En América Latina y el Caribe, el promedio de prevalencia anticonceptiva es de 70%, porcentaje que sube a 74% para Suramérica y desciende a 64% para Centroamérica. De todos los países de la región, la prevalencia anticonceptiva más baja la presenta Haití (28%), seguido por Guatemala (38%) y Bolivia (48%). (5).

Vale la pena mencionar que por las características sociales de Guatemala, se sabe que la mayoría de personas principalmente en el área rural, desconocen que existen diferentes métodos de planificación familiar, según lo menciona el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (6).

El número de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos generalmente va en aumento, pero se considera que este incremento se observa con mayor frecuencia en las distintas zonas urbanas del territorio guatemalteco, sin ser el departamento de Sacatepéquez una excepción. En las zonas rurales sabemos que los principales proveedores de este programa nacional son los centros de salud por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, se considera que por las características demográficas y de accesibilidad pueden hacer imposible la obtención de algún método de planificación familiar o la continuidad de su uso, y lo más frecuente, el abandono del mismo, teniendo como consecuencia, embarazos no deseados, aumento de abortos, inexistencia de atención prenatal, aumento del crecimiento demográfico y por ende mayor pobreza nacional.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, según la Ley Para Maternidad Saludable, que menciona en el capítulo VII, artículo 25, “es el encargado de mantener y abastecer los recursos necesarios para la atención de la salud materna neonatal, en los tres niveles de atención definidos en esta ley, priorizando aquellas regiones del país

con mayor vulnerabilidad, de forma gratuita, debe garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a servicio materno neonatal, incluida la planificación familiar, la atención diferenciada en adolescentes, respetando la pertinencia cultural y la ubicación geográfica de las mujeres guatemaltecas, entre otras.(8)

En el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de La Antigua Guatemala ofrece: depoprovera y norgestrol, T de cobre, condones y la esterilización quirúrgica. Que también pueden ser ofrecidos en distintos centros y puestos de salud del Departamento de Sacatepéquez.

La planificación familiar, basada en el uso de métodos anticonceptivos, respeta uno de los derechos humanos fundamentales que es elegir libremente el número de hijos que se desea tener, además de permitir mejorar las tasas de supervivencia infantil, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Al mismo tiempo mejora la salud materna por cuanto permite tener los hijos en el momento más adecuado, tanto desde el punto de vista físico como psíquico. (4)

Por lo antes mencionado, se realizó el presente estudio de investigación en 361 pacientes atendidas y hospitalizadas en los distintos servicios de postparto del departamento de Ginec Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala, del departamento de Sacatepéquez, Guatemala, en el año 2013. Identificando cuáles son los principales factores que se asocian al abandono de métodos anticonceptivos, describiendo las características epidemiológicas, agrupadas y distribuidas en grupos etáreos, estado civil, nivel de escolaridad, como el conocimiento de los distintos métodos de planificación familiar y su utilización, lo considerado de acuerdo a su experiencia si el método utilizado le fallo, la fuente de la cual obtuvo información y el por qué decidió abandonar el método utilizado.

El Objetivo del estudio fue la identificación de todos los factores asociados al abandono de los métodos anticonceptivos, dándolos a conocer y de acuerdo a los resultados que se obtuvieron se sugirieron distintas estrategias para la disminución de la natalidad y sus complicaciones de la forma más adecuada y correcta, como la disminución de la utilización de los distintos métodos de planificación familiar que ofrece el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social de Guatemala, como el Hospital en donde se realizó este estudio que se menciono con anterioridad.

## II. ANTECEDENTES

### **Definiciones:**

**Anticonceptivo:** es todo agente o acción tendiente a evitar el inicio de un embarazo, generalmente impidiendo la fecundación y excepcionalmente impidiendo la implantación (ACOG.1992)

**Fecundación:** proceso que comienza con la penetración del ovocito secundario por el espermatozoide y se completa con la fusión de los pronúcleos femeninos y masculinos. Es sinónimo de concepción y fertilización.

**Implantación:** comienzo del embarazo. Es la nidación del ovulo fecundado. (36)

### **2.1 Planificación Familiar**

Es un derecho humano universal contemplado en las Naciones Unidas y aceptado por la mayoría de las naciones del mundo. Es el derecho que tiene toda pareja a decidir libremente y bien informada sobre el número de hijos que desea tener, y el momento oportuno para tenerlos (9).

Una forma del Sector de la población delimita y controla la natalidad, la reducción del índice de crecimiento puede atribuirse a estrictas normativas y políticas adoptadas por el control de la natalidad en beneficio de las familias. El acceso a anticonceptivos, y el derecho a elegir el número de hijos y controlar los intervalos entre nacimientos, reduce el crecimiento de la población como resultado a los programas de Planificación familiar propiciadas por los Gobiernos. (10).

Es un componente dentro del programa de Salud Reproductiva, conlleva aspectos acerca de la Capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual plena, responsable y con libertad para elegir el número de hijos que desean tener así como decidir el momento y la frecuencia de los embarazos. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala con otras instituciones y organizaciones privadas; garantizan el abastecimiento y disponibilidad de métodos de alta calidad para el espaciamiento de embarazos en todos los servicios públicos de salud (11).

#### **2.1.1 Programas de Planificación Familiar**

Han sido desarrollados y patrocinados para ofrecerle a la gente un medio que le permita tener el número de hijos que desea, reduciendo la incidencia de embarazos no deseados, proporcionar el recurso necesario para mejorar la salud materno-infantil y coadyuvar a un crecimiento más lento de la población, favoreciendo un desarrollo económico acelerado. Los

anticonceptivos modernos son un importante medio para que las mujeres de los países en desarrollo puedan controlar su fecundidad. (12).

### **2.1.2 Iniciativa de Planificación Familiar**

El gobierno de Guatemala, garantiza el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios maternos y neonatales, incluida la planificación familiar, la atención diferenciada en adolescentes, respetando la pertinencia cultural y la ubicación geográfica de las mujeres guatemaltecas, entre otras, mencionado en el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSAR), Ley para la maternidad saludable y su reglamento, año 2010. (8)

### **2.1.3 Beneficios de la Planificación Familiar**

Los beneficios de la planificación familiar y el espaciamiento de nacimientos van más allá de los que reciben las mujeres y sus familias. Las mujeres que pueden planificar cuándo y cuántos hijos desean procrear, disfrutan de una salud mejorada, experimentan menos embarazos y nacimientos imprevistos, teniendo menos probabilidad de un aborto. Además, las mujeres que controlan su fertilidad tienen más oportunidades educativas y de empleo, lo que mejora su situación social y económica además del bienestar de sus familias. (13).

### **2.1.4 Salud Reproductiva**

Es un estado general de bienestar físico, mental, social y no sólo ausencia de enfermedades. En Guatemala se interpreta con la inclusión de: niños y niñas, adolescentes, hombres y mujeres en edad reproductiva, con el propósito fundamental de impulsar acciones que garanticen salud adecuada de los padres y de esa forma garantizar hijos saludables, ya que la salud reproductiva contribuye en el futuro a que los individuos posean buena capacidad de aprendizaje y de trabajo, puedan ejercer su derecho a participar en el desarrollo y disfrutar de los beneficios sociales de la vida. (12).

### **2.1.5 Derechos de Reproducción**

Se fundamentan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre estos, teniendo la accesibilidad necesaria para elegir métodos seguros, eficaces, asegurables y aceptables de planificación familiar, para el control de su fecundidad, así como el acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan

al embarazo y parto transcurrir en condiciones de seguridad, ofreciendo a las parejas las mayores posibilidades de tener un hijo sano, alcanzar el nivel más elevado de salud reproductiva y adoptar decisiones a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción, ni violencia.(14)

### **2.1.6 Familia**

La Organización Mundial de la Salud define familia como: "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial". (15)

## **2.2 Métodos Anticonceptivos**

La anticoncepción (prevención del embarazo) se practica por muchas razones, como la planeación del embarazo, las limitaciones del número de hijos, la prevención de riesgos médicos del embarazo (sobre todo en presencia de enfermedades crónicas como cardiopatía, diabetes y tuberculosis) y control de la población mundial. El uso de anticonceptivos va en incremento en países desarrollados, pero algunas formas de la misma quedan fuera del alcance económico de los habitantes de los países en vías de desarrollo. (16). De la población femenina estadounidense de 15 a 44 años se estima que 30% no tienen actividad sexual, 5% no utiliza anticonceptivos, 5% se sometió a esterilización quirúrgica y el 60% utiliza algún método anticonceptivo.(16)

### **2.2.1 Comportamientos Alternativos y Métodos Naturales**

#### **2.2.1.1 Coito Interrumpido**

Consiste en el retiro voluntario del pene antes de la eyaculación, tiene una efectividad moderada para prevenir el embarazo, Las desventajas consisten en que requiere autocontrol del varón y la ocurrencia de un embarazo por el semen que escapa antes de la eyaculación o el que se deposita en el introito vaginal. (16)

#### **2.2.1.2 Abstinencia Periódica**

Puesto que las mujeres son fértiles solo durante alrededor de 24 horas después de la ovulación, la omisión consciente del coito por dos días antes de la ovulación y dos días

después de esta debe brindar una anticoncepción efectiva. La dificultad radica en la identificación prospectiva, con una certeza razonable del momento de la ovulación. Por lo tanto pueden utilizarse varios recursos adjuntos para aumentar la precisión e identificar el momento de la ovulación. Existen tres técnicas que pueden ayudar a identificar con más precisión el día probable de la ovulación. El método del calendario predice la ovulación 14 días antes del siguiente periodo menstrual, con base en meses de documentación cuidadosa de la duración de los ciclos menstruales. La temperatura corporal basal, se registra justo al despertar, antes de realizar cualquier actividad, esta presenta un incremento súbito de 0.3 a 0.4 grados centígrados con la ovulación. La viscosidad del moco, tanto cervical como vaginal tiene cambios en sus características, siendo un poco más espeso de lo normal. (16)

### **2.2.1.3 Prolongación de la Lactancia (MELA)**

Es un método anticonceptivo utilizado en el post parto, se considera moderno y temporal, basado en la infertilidad fisiológica que se da durante la lactancia al evitar los estímulos hormonales evitando la ovulación. La lactancia regular y frecuente resulta de una inhibición de la ovulación por la desorganización folicular y la inhibición de estímulos hormonales.

Este método requiere tres requisitos fundamentales:

- Que la madre permanezca en amenorrea
- Que la lactancia sea exclusiva
- Que el recién nacido sea menos de 6 meses.

Se estima que este método brinda una tasa de fallo de al menos de 2 embarazos por cada 100 mujeres que lo utilizan adecuadamente, garantizando que la paciente cumpla los requisitos antes mencionados.

**Beneficios:** ayuda a que la hemorragia post parto sea menos intensa, tanto en frecuencia como en cantidad, además de disminuir el riesgo de infección puerperal. Se estima que la protección anticonceptiva comienza inmediatamente después del parto sin representar gasto económico adicional.

**Limitaciones:** Puede ser un método difícil de practicar por múltiples circunstancias, mencionando como ejemplo la separación del recién nacido por periodos prolongados, debido a las responsabilidades de los padres, considerando otra desventaja el que no brinda protección contra infecciones de transmisión sexual y VIH SIDA. (17)

#### **2.2.1.4 Método de días fijos (collar)**

Es un método anticonceptivo natural basado en el conocimiento de los posibles días fértiles de acuerdo a la secuencia de varios periodos menstruales regulares, evitando las relaciones sexuales desprotegidas durante esos días. El collar está compuesto por 32 perlas de distintos colores representando el ciclo menstrual, ayuda a identificar en qué días hay mayor riesgo de concepción, siendo este mayor al tener relaciones sexuales sin protección. La eficacia del método utilizado correctamente es del 95% (identificando 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso correcto del método).

**Beneficios:** La pareja no necesita utilizar ningún método de planificación familiar, ni someterse a procedimientos quirúrgicos. Involucra la participación del hombre en el correcto funcionamiento de la anticoncepción.

**Limitaciones:** La Eficacia es muy limitada si la paciente usuaria tiene ciclos menstruales muy cortos (menor de 26 días) o muy largos (más de 32 días), No protege de las ITS y VIH/SIDA. (17)

#### **2.2.1.5 Método del Ritmo:**

En este método el objetivo principal es identificar los días fértiles, tomando como base fundamental por lo menos seis periodos menstruales consecutivos, para saber si la paciente se puede caracterizar como eumenorreica. Si los periodos menstruales son regulares, puede evitar quedar embarazada al no tener relaciones sexuales durante el tiempo en que se estima pueda ovular, que es la base de este método.

Usando un calendario, la pareja anota el número de días que demora cada ciclo menstrual durante un periodo no menor a seis meses. De este registro debe escoger el ciclo menstrual más largo y el ciclo más corto; ejemplo: un grupo de ciclos en cual el más prolongado dura 30 días, se le debe restar un número constante el cual es 11, siendo el resultado de esta resta 19. Al escoger el periodo menstrual más corto, siendo por ejemplo 25 días, se le restara un número constante siendo 18, dando como resultado 7. La interpretación de los resultados a estas formulas matemáticas, nos indican, que no deben tenerse relaciones sexuales sin protección los días del 7 al 19 del ciclo menstrual, ya que estos días son los que posiblemente se encuentren en periodo fértil aumentando el riesgo de concepción. El periodo de mayor seguridad o denominado infértil, estará comprendido desde el día 1 al 7 y del 19 hasta al 7 del siguiente ciclo menstrual. La efectividad de este método es de cada 100 parejas que utilizan bien este método de planificación familiar durante el periodo de un año, nueve mujeres resultaron embarazadas. (18)

### **2.2.1.6 Método de la Temperatura Basal**

El método consiste en el registro de los signos y síntomas que ocasiona el periodo menstrual al momento de presentarse la ovulación, uno de los principales signos se evidencia con los cambios ligeros en la temperatura basal al momento de la ovulación. La paciente debe tomarse la temperatura corporal todos los días en las mañanas, ya sea oral, vaginal, rectal, considerando que la axilar es poco confiable, informando que debe ser a la misma hora y al momento de despertarse, antes de realizar alguna actividad física asegurándose que siempre sea en la misma región corporal elegida. Aproximadamente tres días después de la ovulación aumenta el nivel de progesterona, esta sustancia también llamada hormona del cuerpo lúteo, juega un papel importante en la nidación del óvulo fecundado y durante la primera fase del embarazo. La progesterona es la responsable de que la temperatura corporal se eleve uno o dos días después de la ovulación. Cuando el aumento térmico de aproximadamente 0.2 a 0.5 grados centígrados se registra tres días seguidos, se considera que ha finalizado la fase fértil en ese ciclo. La temperatura permanece más alta durante por lo menos diez días, tras la cuales vuelve a descender dando lugar a la menstruación. Midiendo la temperatura corporal es posible saber si ha ocurrido ovulación, para saber cuándo se inicia el periodo fértil hay que analizar el flujo vaginal y el moco cervical, el periodo más fértil tiene lugar antes y poco después de la ovulación. La tasa de fallo es de un embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso. (19)

### **2.2.1.7 Método del Moco Cervical:**

Consiste en determinar cuáles son días fértiles a través de observar los cambios o modificaciones del moco cervical. Después de la menstruación hay un número variable de días sin secreciones vaginales llamados días secos los cuales son infértiles. Después de estos días, el moco cervical comienza progresivamente a hacerse más abundante, elástico y transparente hasta llegar a presentar características semejantes a la clara del huevo, a lo cual acompaña una sensación de humedad en los genitales, los cuales se pueden ser interpretados como días fértiles. Después de este periodo se presenta nuevamente varios días en la que el moco cervical se vuelve espeso y escaso, hay que tener en cuenta que los primeros tres días de este periodo todavía son días fértiles y no debe tenerse relaciones sexuales sin protección. La pareja que desea utilizar este método, debe abstenerse de tener relaciones sexuales desde el momento en que el moco cervical comience con los cambios y hacerse abundante y elástico hasta 3 días

después de terminar este periodo. La tasa de fallo es de 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. (20)

## **2.2.2 Intervenciones Peri coitales**

### **2.2.2.1 Duchas después del coito**

El objetivo de este método es lavar el semen que se encuentra depositado dentro de la vagina antes que los espermatozoides ingresen por el canal cérvix. Estudios han revelado la presencia de espermatozoides en el moco cervical a tan solo 90 segundos después de la eyaculación, la efectividad de este método como anticonceptivo es marginal y muy poco utilizada en la actualidad. (16)

### **2.2.2.2 Esponjas Anticonceptivas**

Existen esponjas cuyo material más común es el poliuretano, dichas esponjas contienen un químico denominado espermatocida como el nonoxinol 9, este producto es de venta libre y se comercializa sin prescripción médica. Estas esponjas son efectivas durante 24 horas después de introducirla en la cavidad vaginal, conteniendo un asa en un extremo la cual facilita su extracción. Son menos efectivas que el diafragma con espermicida. Se conocen algunos informes ocasionales de síndrome de choque tóxico relacionado con el uso de la esponja. (16)

### **2.2.2.3 Preparaciones Espermicidas**

Está disponible una gran variedad de productos comerciales como en cremas, jaleas, espumas y supositorios, conteniendo espermicidas, su comercialización es sin preinscripción médica, registrando una muy buena efectividad en neutralizar y matar los espermatozoides, funcionando como barrera anticonceptiva. Todos estos agentes requieren insertarse en la vagina antes de cada coito, pueden existir fallas en su efectividad debido a la introducción incorrecta, o, al no permitir que transcurra el tiempo suficiente para que la sustancia se disperse en toda la cavidad vaginal. Algunas mujeres sufren irritación química y deben suspender o cambiar a un método anticonceptivo más conveniente, algunas de las preparaciones disponibles también tienen un buen efecto profiláctico contra las enfermedades de transmisión sexual ocasionadas por *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, entre otras. (16)

### **2.2.3 Métodos de Barrera**

Los métodos de barrera consisten en el bloqueo físico del útero para impedir la entrada del semen y su contenido. Incluyen el preservativo masculino y femenino, el diafragma, la esponja vaginal y la T de cobre. (20)

#### **2.2.3.1 Condón Masculino:**

Recubrimiento delgado de látex, que se coloca en el pene erecto para impedir el depósito de semen en la vagina de forma mecánica y/o químico cuando este producto se acompaña de espermicidas, la utilización del condón evita el encuentro del óvulo con los espermatozoides. Es anticonceptivo temporal disponible para el hombre, dentro de los beneficios es de alta eficacia y de forma inmediata evitando así las enfermedades de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia humana, (18)

#### **2.2.3.2 Condón Femenino:**

Consiste en una funda de poliuretano o látex con dos anillos flexibles en cada extremo. Uno de ellos se fija a la vagina, mientras que el otro permanece fuera, cubriendo parcialmente los órganos genitales externos. Utilizado correctamente tiene una eficacia del 79%, algo menor que la del preservativo masculino y, al igual que éste, no precisa de control médico. Todavía no está claro su grado de protección frente a las enfermedades de transmisión sexual. (18)

#### **2.2.3.3 Diafragma:**

En el caso de las mujeres, el método de barrera más empleado es el diafragma, una cubierta de goma que se ajusta al cérvix (cuello del útero) y que contiene una crema o gel espermicida, que inutiliza a los espermatozoides próximos a los bordes del diafragma. Estos dispositivos están también libres de efectos secundarios, y su eficacia anticonceptiva es del 82%. Los diafragmas deben ser prescritos por el médico, quien determina el tamaño y tipo apropiado para cada mujer. Un sistema parecido es la esponja vaginal, impregnada de espermicida, que se introduce en el cérvix con anterioridad a la relación sexual. Su mecanismo de acción es similar al del diafragma. (18)

#### **2.2.3.4 Dispositivo Intrauterino T de Cobre**

Es un pequeño objeto de plástico que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos, es de carácter temporal y reversible, impidiendo la fecundación. La T de Cobre 380A (consiste en un cuerpo flexible en forma de T que contiene un principio activo de 380 mm<sup>2</sup> de cobre), que brinda una larga protección anticonceptiva (10 años); la tasa de fallo es de 1 en 125 a 170 mujeres en el primer año de uso. Es muy beneficioso, altamente eficaz, método a largo plazo pero reversible, no afecta la lactancia materna, retorno inmediato de la fertilidad posterior al retiro. El mecanismo de acción es que, su presencia en el útero estimula la liberación de leucocitos y prostaglandinas por el endometrio como parte de una reacción de cuerpo extraño, estas sustancias son hostiles tanto para espermatozoides como para los óvulos fecundados y los cigotos, la presencia de cobre incrementa el efecto espermicida y es un abortivo eficiente y confiable. Cumulativa de embarazos es de 2.1 al final de los 10 años de uso. (21)

#### **2.2.3.5 Capuchón Cervical**

Este es una barrera que cubre la porción cervical. El capuchón más moderno es una válvula de una vía que permite la salida de líquido cervical y uterino mientras previene la entrada de espermatozoides. Es probable que los capuchones cervicales no deban dejarse más de 72 horas puesto para evitar posibles infecciones. La desventaja de este método consiste en que cada capuchón debe moldearse para cada paciente individual por que la anatomía cervical varía mucho. (16)

#### **2.2.4 Métodos Anticonceptivos Hormonales**

Los anticonceptivos hormonales son sustancias químicas que funcionan mediante la alteración del modelo hormonal normal de una mujer para que no se produzca la ovulación. Actúan sobre el revestimiento uterino para evitar la implantación del huevo fecundado en el útero, y modifican la composición del moco cervical. Estos anticonceptivos pueden ser administrados en forma oral (píldora), inyectable o mediante implantes. Cuando se usan adecuadamente, los anticonceptivos hormonales son un método de control de natalidad muy eficaz que, sin embargo, no ofrece protección frente a las enfermedades de transmisión sexual, tales como el SIDA. (20)

Eficacia usual. De 6 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0,1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer

año de uso). Son distintos preparados anticonceptivos que contienen hormonas femeninas, que pueden administrarse por vía oral o parenteral. (22)

#### **2.2.4.1 Anticonceptivos orales**

La píldora anticonceptiva es un método que consiste en un comprimido oral, compuesto por hormonas sintéticas similares a las que producen los ovarios y su acción central es impedir la ovulación. Es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces y seguros y uno de los más utilizados en el mundo. Los anticonceptivos orales (ACOS) están elaborados con una combinación de estrógenos y progestágenos por eso se le llaman “ACOS combinados”. (23)

1. La píldora anticonceptiva funciona mejor si se toma todos los días a la misma hora, sin importar la actividad sexual.
2. No debe ser masticada, se ingiere con agua.
3. También es recomendable que se tenga un tratamiento de emergencia, por la posibilidad de perder el que se está utilizando.
4. El tratamiento es personal e intransferible.
5. Se debe informar al médico tratante si esta bajo otro tratamiento médico, ya que algunos medicamentos reducen la eficacia de la píldora, por ejemplo: los medicamentos anticonvulsivos que toman las mujeres con epilepsia, los anti micóticos que se usan para combatir las infecciones por hongos en vagina y en la piel. (23)

Si la paciente presenta alguna sintomatología como vómito, diarrea o está tomando algún medicamento que interfiera con la acción de la píldora anticonceptiva, debe de tener siempre otro método anticonceptivo alternativo o de forma conjunta como el condón, así estará prevenida y protegida para evitar un embarazo. (23)

La píldora anticonceptiva es un método seguro y eficaz para evitar el embarazo. La mayoría de las mujeres jóvenes que las toman no padecen efectos secundarios. Los efectos secundarios que algunas mujeres experimentan incluyen los siguientes:

1. Sangrado menstrual irregular
2. Náusea
3. Aumento de peso
4. Mareos, tensión mamaria
5. Cambios de humor

Algunos de estos efectos secundarios mejoran después de los 3 primeros meses de iniciado el tratamiento, pero si persisten estas molestias, es importante que se informe al médico y si puede continuar con este método, cambiarlo o suspenderlo de forma definitiva. (23)

En la actualidad y gracias a los avances de la ciencia, se han desarrollado nuevos medicamentos que causan menos molestias.

Ventajas:

- Regulariza los ciclos menstruales.
- Reduce o elimina el dolor durante la menstruación.
- Disminuye la cantidad del sangrado menstrual, reduciendo así la incidencia de anemia.
- Es un método reversible, al suspenderlo regresa la ovulación y la fertilidad.
- Ofrece una gran eficacia (superior al 99%) si es utilizado correctamente.
- Es un método discreto y no interfiere en las relaciones sexuales.
- Además, se ha demostrado que las píldoras anticonceptivas ofrecen cierta protección contra algunas enfermedades como quistes mamarios, quistes de ovario y el cáncer de útero. (23)

Desventajas:

- No brindan protección en contra de las enfermedades de transmisión sexual, por lo tanto se recomienda su uso con condón
- Riesgo de olvido, siendo este el principal motivo de embarazos no deseados o posible abandono de este método.
- La diarrea aguda y el vómito puede afectar su absorción y disminuir su efectividad.
- Algunos medicamentos interfieren con su absorción.

Disminuyen la capacidad de absorber el ácido fólico de los alimentos por lo que es necesario tomar un suplemento. (23)

No todas las mujeres pueden utilizar píldoras anticonceptivas combinadas. En ciertos casos, algunas enfermedades u otro tipo de factores hacen que el uso de la Píldora sea menos eficaz o más riesgoso. Por ejemplo, no se recomienda en pacientes que:

- Tengan antecedentes o enfermedades hepáticas.
- Antecedentes de diabetes con alguna complicación o enfermedad vascular.

- Antecedentes de cefaleas intensas o diagnóstico de migraña.
- Tienen hemorragia vaginal sin explicación, que pueda no corresponderse con su periodo menstrual,
- Mononucleosis infecciosa activa. (23)

La presentación en el mercado de los anticonceptivos combinados son los siguientes:

1. Anticonceptivos con 21 comprimidos.
  - a. La toma de los comprimidos se realizará a razón de uno al día durante 21 días consecutivos, seguido de un periodo de 7 días sin medicamento. En este periodo sin toma se presentará la menstruación.
  - b. Una vez finalizados estos 7 días, se reanudará la toma con un nuevo blíster (incluso si aún no ha finalizado la menstruación), iniciando nuevamente el mismo día de la semana que en el del periodo anterior.
2. Anticonceptivos con 28 comprimidos.
  - a. También existe el formato 21 + 7, es decir que esta presentación contiene 28 comprimidos de los cuales sólo 21 contienen las hormonas anticonceptivas y los 7 restantes no tienen carga hormonal alguna.
  - b. Ya que la toma de píldoras del formato 21 + 7 es continua, tiene la ventaja de no interrumpir el tratamiento, con eso disminuye la posibilidad de olvido de la fecha y día que explica el método anterior.
3. Anticonceptivos con el formato 24 + 4 en donde también cada paquete contiene 28 comprimidos pero 24 contienen hormonas anticonceptivas y los 4 restantes no contienen carga hormonal.
  - a. El mecanismo de ingestión es continuo.
  - b. Cuando se finaliza el blíster de 28 píldoras, inmediatamente se debe iniciar un nuevo blíster, con el cuidado de no dejar pasar ni un solo día entre un blíster y el otro.
  - c. El periodo menstrual aparecerá durante la cuarta semana o al finalizar el blíster y se detendrá en cuanto se inicie el siguiente. (23)

### 2.2.4.2 Anticonceptivos Inyectables

Son métodos anticonceptivos hormonales que se administran por medio de inyección intramuscular profunda, su presentación varía en el periodo que pueden ser de tipo mensual o trimestral. Tienen la ventaja de ser involuntarios y fáciles de manejar, preservando la privacidad de la usuaria. En ambos casos existe el problema de que una vez administrado no hay forma de retirarlo del organismo, debiendo esperar el metabolismo total de excreción. (24)

**Eficacia:** 0,3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Se clasifican:

- a) Mensuales de primera generación
- b) Mensuales de segunda generación
- c) Trimestrales

**a) Mensuales de primera generación:** Están formados por la combinación de un estrógeno de acción prolongada (Enantato de Estradiol) con un gestágeno de acción corta (Acetofénido de Dihi-dro-xiprogesterona). Se aplican entre el séptimo y el décimo día del ciclo, preferentemente el octavo o noveno.

La alta dosis de estrógenos de liberación prolongada produce frecuentes alteraciones del ciclo como hipermenorrea y menor metrorragia. Es por ello que habitualmente no se los recomienda. (25)

**b) Mensuales de segunda generación:** Están compuestos por un estrógeno de acción breve (Valerato o Cipionato de Estradiol) y un gestágeno de acción prolongada (Enantato de Noretisterona de Medroxiprogesterona). No producen aumento del sangrado menstrual sino que por el contrario lo disminuyen, siendo la amenorrea un efecto adverso frecuente. Cabe destacar que dicha amenorrea se debe al bajo aporte de estrógenos, por lo que no constituye un signo de alarma que indique suspender el tratamiento una vez descartado el embarazo. La misma es totalmente reversible si se suspende la aplicación del medicamento y puede tratarse agregando estrógenos en parches o comprimidos, una semana antes de la fecha en que se espera la menstruación (un comprimido de estrógenos conjugados equinos de 0,625 por día por 7 días, o un parche de 50 microgramos de Estradiol aplicado una semana antes de la fecha menstrual; si el parche tiene una duración de tres días, el mismo deberá cambiarse una vez).

La primera dosis se aplica el primer día del ciclo; y luego, cada treinta días, pudiéndose adelantar o retrasar tres días, por lo que resulta práctico que la usuaria lo aplique siempre en la misma fecha calendario (por ejemplo: si su primer aplicación fue el 9 de noviembre, que realice las siguientes aplicaciones el 9 de cada mes: 9 de diciembre, 9 de enero, etc.).

**Ventajas:** una sola aplicación mensual.

**Desventajas:** son frecuentes las alteraciones del ciclo menstrual, desde amenorrea, manchado hemorrágico frecuente, aumento de peso. Estos son los principales argumentos del abandono de su utilización. (25)

**c) Trimestrales:** Consiste en una dosis de 150 miligramos de Acetato de Medroxiprogesterona de liberación lenta. La dosis de este gestágeno inhibe eficazmente la ovulación dando una eficacia anticonceptiva de 99,7 %. El efecto adverso más frecuente es la amenorrea, que se verifica en el 60 % de las usuarias. Si bien se trata de un anticonceptivo de progesterona sola, está contraindicado en la hipertensión arterial, ya que el efecto mineralocorticoide de la Medroxiprogesterona en una dosis alta puede elevar la presión arterial. La primera dosis se aplica el primer día de la menstruación, y luego cada tres meses calendario. (25)

**Ventajas:** su alta eficacia anticonceptiva y su administración a intervalos prolongados.

**Desventajas:** frecuentes alteraciones del ciclo menstrual, síntomas como náuseas, vómitos, ansiedad, aumento de peso, entre otras, menor reversibilidad de sus efectos anticonceptivos, estos aspectos también influyen al abandono de este método de anticoncepción. (37)

#### **Manejo de algunos efectos secundarios**

**Manchado intermenstrual (spotting):** es el efecto adverso más frecuente. No es indicación de suspender el tratamiento. Suele revertir espontáneamente antes del cuarto ciclo de uso. No disminuye la eficacia anticonceptiva. (25)

**Hemorragia genital intracíclica:** si ocurre en las primeras dos semanas se deberá duplicar la dosis. Si ocurriera en la tercera, suspender y permitir el sangrado, que se interpretará como menstruación. Si el cuadro se repite, descartar patologías asociadas y evaluar el cambio de método. (25)

**Amenorrea:** en pacientes que toleran bien el medicamento puede experimentar incluso amenorrea por el tiempo de utilización, lo que se recomienda es realizarse una prueba de embarazo antes de continuar con el tratamiento.

**Embarazo:** Se debe suspender el tratamiento.

**Galactorrea:** si persiste, consultar con endocrinólogo o cambiar por método no hormonal.

**Cirugía:** Suspender seis semanas antes de la intervención. En caso de urgencia tomar las medidas preventivas de trombosis postoperatoria.

**Diarrea, vómito o interacción con drogas:** complementar con otro método anticonceptivo. Si persiste, suspender.

**Amenorrea post-píldora:** no tratar antes de los 6 meses. Suele corregirse espontáneamente en el 90% de los casos. Si persiste luego de ese lapso procurar establecer el diagnóstico etiológico. (25).

#### **2.2.4.3 Implantes sub dérmicos**

Son métodos anticonceptivos hormonales, de carácter temporal y reversible, de larga duración y que brindan protección hasta por cinco años. Hay otros tipos de implantes, por el descrito en este documento es Norplant. Este se presenta en seis cápsulas de silastic de 34 mm de longitud y 2.4 mm de diámetro, delgadas y flexibles, que contienen un progestágeno de depósito (levonorgestrel). Estas se insertan por debajo de la piel en el brazo de la usuaria mediante un procedimiento quirúrgico menor. Actúan inhibiendo la ovulación. Tiene una falla de un embarazo por 1000 usuarias en el primer año de uso), y su tasa acumulativa a 5 años es de un embarazo por 62 usuarias. (17)

**Beneficios:** Eficacia elevada, Eficacia rápida (menos de 24 horas) si se inicia en los primeros días del ciclo, Duración prologada (hasta 5 años), Retorno inmediato de la fertilidad al removerse, Puede ser proporcionado por personal capacitado no medico.

**Limitaciones:** No contienen estrógenos, Puede disminuir el flujo y los dolores menstruales, Protege contra enfermedades pélvicas inflamatorias. (17)

#### **2.2.5 Esterilización quirúrgica**

Es la prevención permanente del embarazo. Hoy muchas razones para la esterilización, como las hay para la anticoncepción. Sin Embargo, la esterilización electiva se convierte con rapidez en el método más empleado para limitar el tamaño de la familia en los países desarrollados. En estados Unidos existe poca controversia respecto a la esterilización voluntaria y es legal en todos los estados. Casi la tercer parte de todas las parejas casadas en Estados Unidos utiliza la esterilización como medio anticonceptivo, se emplea más a menudo cuando ya no desea procrear, cuando una paciente está por arriba de treinta años de edad o cuando el matrimonio tiene más de 10 años de duración. (16)

### **2.2.5.1 Obliteración tubárica**

Este es el procedimiento quirúrgico que se usa con más frecuencia, puede utilizarse por ligadura, derivación o excisión. La ligadura puede hacerse con resección segmentaria (Pomeroy), o con aplastamiento y ligadura (Madlener). La excisión puede realizarse por salpingectomía, excisión por la porción fundibular de la trompa; resección de la porción ístmica (incisión cornual), ocultamiento del extremo proximal de la trompa por debajo del perineo visceral o parietal, o mediante cauterización y oclusión del orificio útero tubárica o a través de la cavidad uterina (16). Cerca del 1% de las mujeres esterilizadas solicitan la reversión del procedimiento, los índices de embarazo después de una recanalización tubárica microquirúrgica son de por menos 50%, según el método utilizado para la ligadura. Las técnicas laparoscópicas con bandas son las que conllevan mejores índices de reversión (75%), y deben considerarse en la paciente joven, del 5 al 10% se arrepiente de haber solicitado el procedimiento.(16)

### **2.2.5.2. Esterilización masculina**

La esterilización masculina mediante ligadura del conducto deferente, es menos peligrosa que la esterilización femenina. Esta alternativa debe ofrecerse a todas las parejas que desean limitar la reproducción, sobre todo cuando la mujer no es la mejor candidata para la intervención quirúrgica. Esta operación no causa impotencia. La esterilidad no puede asumirse hasta que se comprueba la ausencia total de espermatozoides en el semen (15 a 20 eyaculaciones). (16) Las desventajas de la vasectomía incluyen la recanalización espontánea ocasional y poco frecuente, desarrollo ocasional de un espermatocelo y posibilidad de formar anticuerpos contra los espermatozoides. Las complicaciones ocasionales comprenden formación de hematoma, epididimitis y problemas psicológicos, se produce atrofia testicular cuando los vasos sanguíneos se ligan en forma inadvertida. (16)

## **3. Razones de Abandono**

Según la Universidad Nacional del Nordeste de Argentina en un estudio realizado en el año 2004, indican que dentro de las principales causas de abandonos de los distintos métodos de anticoncepción figuran: por decisión propia, falta de interés para ir a retirar la pastilla, por imposibilidad económica para el pago de transporte, por distintas marcas, por la irregularidad que presentaban, por no tener relaciones sexuales, por querer quedar embarazada, efectos indeseados. (37)

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Determinar las causas que influyen en la interrupción o abandono de la utilización de métodos de planificación familiar.

#### **3.2. Objetivos específicos**

3.2.1 Describir las características epidemiológicas (grupo étnico, nivel de escolaridad, estado civil) de las pacientes participantes e incluidas en el presente estudio.

3.2.2 Identificar cuáles son los métodos de planificación familiar que conocen las pacientes participantes en el estudio, de estos cuales han utilizado, considerando si les han fallado.

3.2.3 Conocer las fuentes de información que influyeron para el conocimiento y uso de los distintos medios de anticoncepción.

3.2.4 Identificar las razones planteadas por las pacientes participantes del abandono de la utilización de los distintos métodos de planificación familiar.

## IV. MATERIAL Y METODOS

### 4.1 Diseño de investigación

Estudio descriptivo transversal.

### 4.2 Población y muestra

Pacientes seleccionadas de manera aleatoria que se encuentran en los servicios de post parto del departamento de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala en el año 2013. Para el cálculo de la muestra se utilizo la siguiente fórmula:

$$n = Z^2 Nq / Z^2q + PNe^2$$

En donde:

n = muestra

N = universo (partos en el año 2011 fueron 6072)

P = 0.5 de probabilidad de ocurrencia del evento

q = 0.5 de probabilidad de no ocurrencia del evento

Z = 1.96 de confiabilidad

e = error de 0.01

Siendo el resultado de n = 361 pacientes

#### 4.2.1 Criterios de Inclusión

Pacientes atendidas en su parto tanto eutócico como distócico que estén hospitalizadas en las distintas salas de postparto del departamento de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala, quienes autoricen y deseen participar voluntariamente en este tema de investigación

#### 4.2.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes post parto con alteración del estado de la consciencia o deterioro cognitivo que impida realizar la entrevista
- Pacientes post parto que sean ingresadas a la unidad de cuidados intensivos con cualquier causa.
- Pacientes que se niegan en participar en este tema de investigación

### 4.3 Definición y operacionalización de variables

Tabla de operacionalización de variables					
Variable	Conceptualización de la variable	Operacionalización de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	instrumento
Grupo etéreo	Tiempo que media entre el nacimiento y la fecha en que se respondió la encuesta, expresada en años	Edad referida por la paciente, registrada en grupos etéreos como se explica a continuación : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 a 14</li> <li>• 15 a 19</li> <li>• 20 a 24</li> <li>• 25 a 29</li> <li>• 30 a 34</li> <li>• 35 a 39</li> <li>• 40 a 44</li> <li>• 45 a 50</li> </ul>	Cuantitativa discreta	intervalar	Boleta de recolección de datos
Estado Civil	Es el estado civil referido por las mujeres	Se tomara únicamente el que refiere la paciente sin tomar en cuenta lo que legalmente este descrito en el historial clínico, de la siguiente maneta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Unida</li> <li>• Otro</li> </ul>	Cuantitativa nominal	Nominal	Boleta de recolección de datos
Nivel de escolaridad	Se clasificarán según los criterios de los Ministerios de Educación, que la clasifica según el último nivel escolar vencido	Grado escolar referido por la paciente o en su efecto el registrado en la historia clínica, registrado de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> <li>• Primaria</li> <li>• Nivel medio</li> <li>• Universitario</li> </ul>	Cualitativa ordinal	Cuantitativa	Boleta de recolección de datos
Conocimiento de algún método anticonceptivo	Si tiene conocimiento de algún método de planificación familiar independientemente cual mencione	Según lo referido por la paciente de que si conoce o no algún método anticonceptivo, teniendo las opciones siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Pastillas</li> <li>b) Inyección mensual o trimestral</li> <li>c) Barrera</li> <li>d) Naturales</li> <li>e) DIUS</li> <li>f) Quirúrgicos</li> </ol>	Nominal	Nominal	Boleta de recolección de datos
Utilización de algún método anticonceptivo	Si ha utilizado algún método de planificación familiar independientemente cual mencione	Según lo referido por la paciente de la utilización de alguno de los métodos anticonceptivos siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Pastillas</li> <li>b) Inyección mensual o trimestral</li> </ol>	Nominal	Nominal	Boleta de recolección de datos

		<ul style="list-style-type: none"> <li>c) Barrera</li> <li>d) Naturales</li> <li>e) DIUS</li> <li>f) Quirúrgicos</li> </ul>			
Efectividad de los métodos anticonceptivos	La referencia de la paciente de los métodos utilizados si consideró que alguno de ellos le fallo	<p>El registro de lo referido por la paciente según lo que haya experimentado de acuerdo a la experiencia de la utilización del mismo, respuesta de la siguiente manera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Si</li> <li>b) No</li> </ul>	Nominal	Nominal	Boleta de recolección de datos
Fuente de información de la cual se obtuvo información de los distintos métodos de planificación familiar	Persona o medio por lo que la paciente refiere que le proporciono información de los distintos métodos de planificación familiar	<p>Lo referido por la paciente acerca de la obtención de información de los distintos métodos de planificación familiar de las siguientes alternativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Medico</li> <li>b) Personal de salud</li> <li>c) Familiares</li> <li>d) Amigos</li> <li>e) Medios de comunicación.</li> </ul>	Cualitativa nominal	Nominal	Boleta de recolección de datos
La razón del porque abandono el método de anticoncepción utilizado	Razón o motivo que influyo para dejar de utilizar el método de planificación familiar	<p>Lo referido por la paciente indicando cuales de las siguientes fueron las causas principales del por qué perdió la continuidad de la utilización de métodos de planificación familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Efectos secundarios</li> <li>b) Costo de medicamentos</li> <li>c) Problemas de manejo</li> <li>d) Indicación médica</li> <li>e) Decisión personal</li> <li>f) Decisión de pareja</li> </ul>	Cualitativa nominal	Nominal	Boleta de recolección de datos

#### **4.4 Procedimientos**

Se efectuó previamente una boleta de recolección de datos, con las características que se consideraron necesarias para obtener la información adecuada para poder llevar a cabo este trabajo de investigación.

Se le practico una entrevista a las pacientes ingresadas en las distintas salas de posparto del departamento de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala en el año 2013, explicándoles de forma detallada la dinámica y el mecanismo de la misma, informando que la participación era de aspecto voluntario y con previa autorización, la cual se debía registrar por medio de la firma o huella dactilar del dedo pulgar de su mano derecha sobre el documento denominado consentimiento informado. Se les explico además que la información obtenida en las respuestas se manejaría con la mayor discreción para fines exclusivos de este estudio de investigación, las respuestas brindadas por las participantes se registraban en la boleta de recolección de datos. Al finalizar la entrevista, se revisa el historial clínico para la obtención del número de registro medico.

El procesamiento de la información obtenido en la boleta de recolección de datos, se tabulo y proceso en el programa EXCEL.

#### **4.5 Ética de la Investigación**

Se informó pertinentemente a la paciente sobre el estudio a realizar, dejando claro que su participación es voluntaria con la opción de negarse a responder o de participar en cualquier momento del proceso. En el momento de aceptar la participación se da lectura al consentimiento informado con la finalidad de la comprensión y aceptación de la paciente, plasmando su firma o huella digital de acuerdo al caso.

Se garantizó el correcto uso de la información, de manera que guardó la confidencialidad de la persona a quien se evaluó, aplicado durante todo el proceso de investigación, por lo que este estudio se denomina como riesgo mínimo (Categoría II).

## V. RESULTADOS

Con el objetivo fundamental de identificar los distintos factores asociados al abandono de métodos de planificación familiar, tomando las características demográficas de 361 pacientes, las cuales fueron atendidas en las distintas salas de post parto del departamento de Ginecología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala durante el año 2013. Observamos que el grupo de 20 a 24 años, se entrevistaron a 113 pacientes que corresponde al 31.3 % de la muestra, seguida por el grupo comprendido de 15 a 19 años con 76 pacientes con el 21 %, el 19% está comprendido en el grupo de 25 a 29 años con 71 pacientes. 199 pacientes respondieron que su estado civil es casada como grupo dominante con un 55%, el 36% con 133 pacientes se encuentran en unión libre y solamente el 7% con 26 pacientes se encuentran solteras. El grupo predominante con 143 pacientes tienen estudios de nivel primario que corresponde el 39%, el 35% con 129 pacientes tienen estudios de nivel medio (entiéndase básico y diversificado), el 24% con 87 pacientes no tienen estudios, y solamente 2 pacientes del total de la muestra tienen estudios universitarios correspondiéndole el 0.55%. Los resultados obtenidos se explicaran de acuerdo a la tabla y graficas que se presentan a continuación.

**TABLA No. 1**

Tabla 1. Características demográficas de la población estudiada (n=361)

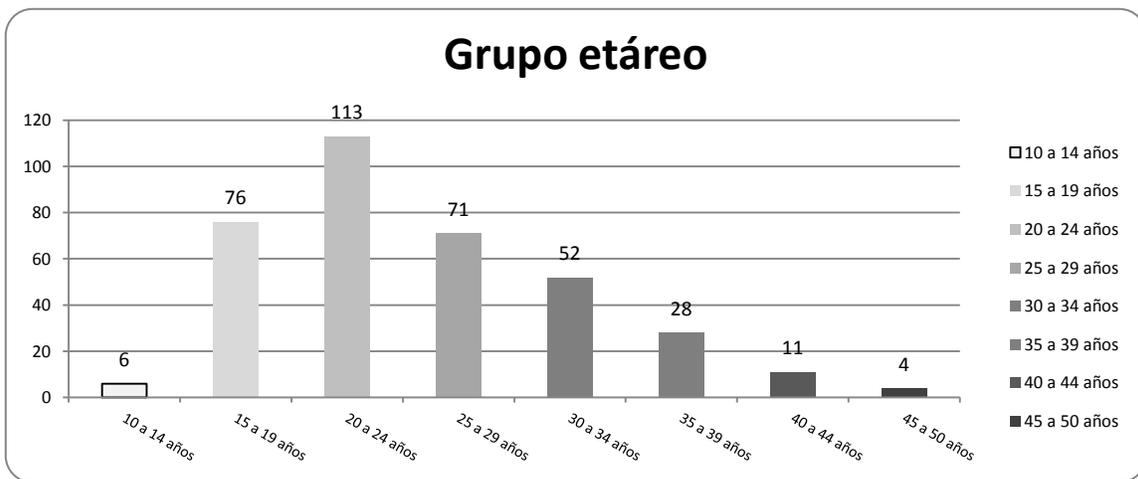
<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<i>Edad</i>		
10 - 14 años	6	1.66
15 - 19 años	76	21.05
20 - 24 años	113	31.30
25 - 29 años	71	19.67
30 - 34 años	52	14.40
35 - 39 años	28	7.76
40 - 44 años	11	3.05
45 - 50 años	4	1.11
<i>Estado civil</i>		
Casada	199	55.12
Unión libre	133	36.84
Soltera	26	7.20
Otros	3	0.83
<i>Nivel académico</i>		
Ninguno	87	24.10
Primario	143	39.61
Nivel medio	129	35.73
Universitario	2	0.55

Fuente: Boleta de recolección de datos

## GRÁFICA No. 1

### Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción

De las 361 pacientes participantes, el 31.3% con 113 pacientes corresponden al grupo etéreo de 20 a 24 años, seguido del grupo de 15 a 19 años con 76 pacientes que corresponde al 21.05%. En los extremos se describen 6 pacientes menores de 14 años y cuatro mayores de 45 años. Observando que la mayoría de pacientes entrevistadas se encuentran desde los 15 a los 29 años con un total de 260 pacientes, correspondiente al 72% del total de las pacientes participantes.

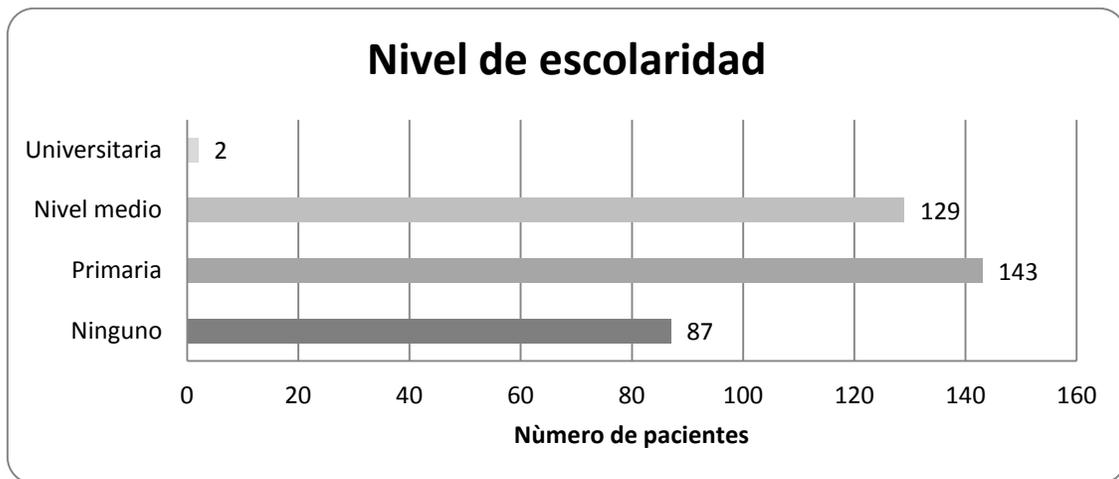


Fuente: Boleta de recolección de datos.

## GRÁFICA No. 2

### Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción

De acuerdo al objetivo específico 3.2.1, el nivel escolar se dividió en cuatro grupos, el 39.61% con 143 pacientes cursaron en el nivel primario, 129 pacientes que corresponde el 35.73% curso el nivel medio, 87 pacientes sin tener ningún curso académico aprobado con el 24.1% y únicamente dos pacientes con estudios universitarios con el 0.55%. (Entiéndase: nivel primario correspondía desde primero a sexto, nivel medio desde primero básico hasta el último año carrera en diversificado). Mencionando que la mayoría de pacientes atendidas por lo menos cursaron algún año del nivel primario, llamando la atención la poca cantidad de pacientes con el nivel medio finalizado, con estudios universitarios que se vuelve casi nulo su significado estadístico.

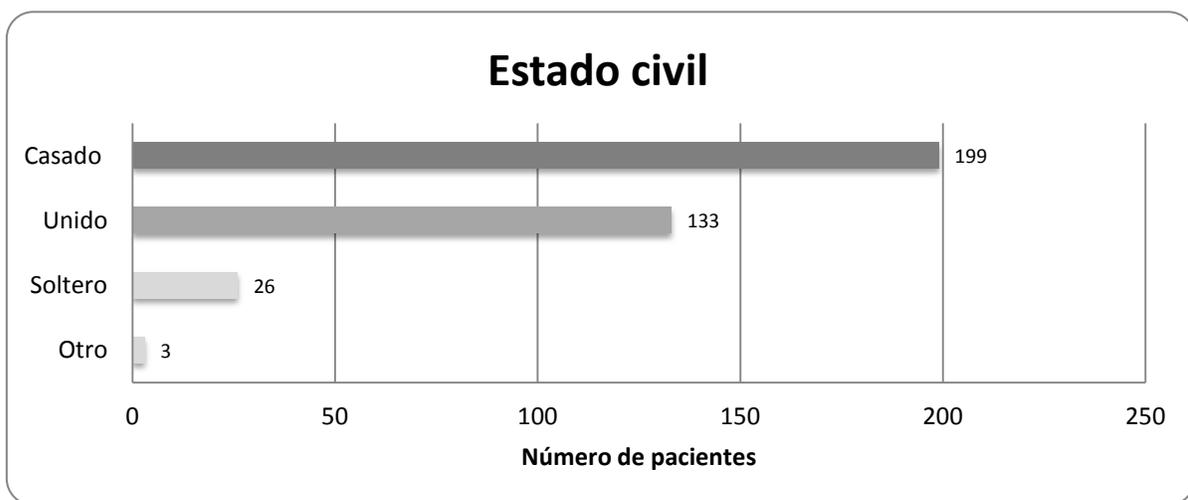


Fuente: Boleta de recolección de datos.

### GRÁFICA No. 3

#### Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción

El 55.12% corresponde a 199 pacientes que refirieron estar casadas, el 36.84% unidos y/o relaciones estables, el 7.2% solteras y únicamente el 0.8% refirieron estar viudas. Este dato lo podemos interpretar indicando que las usuarias más frecuentes son las que indicaron estar casadas, en menor cantidad las que indicaron estar unidas en relación a las pacientes solteras (objetivo específico 3.2.1).

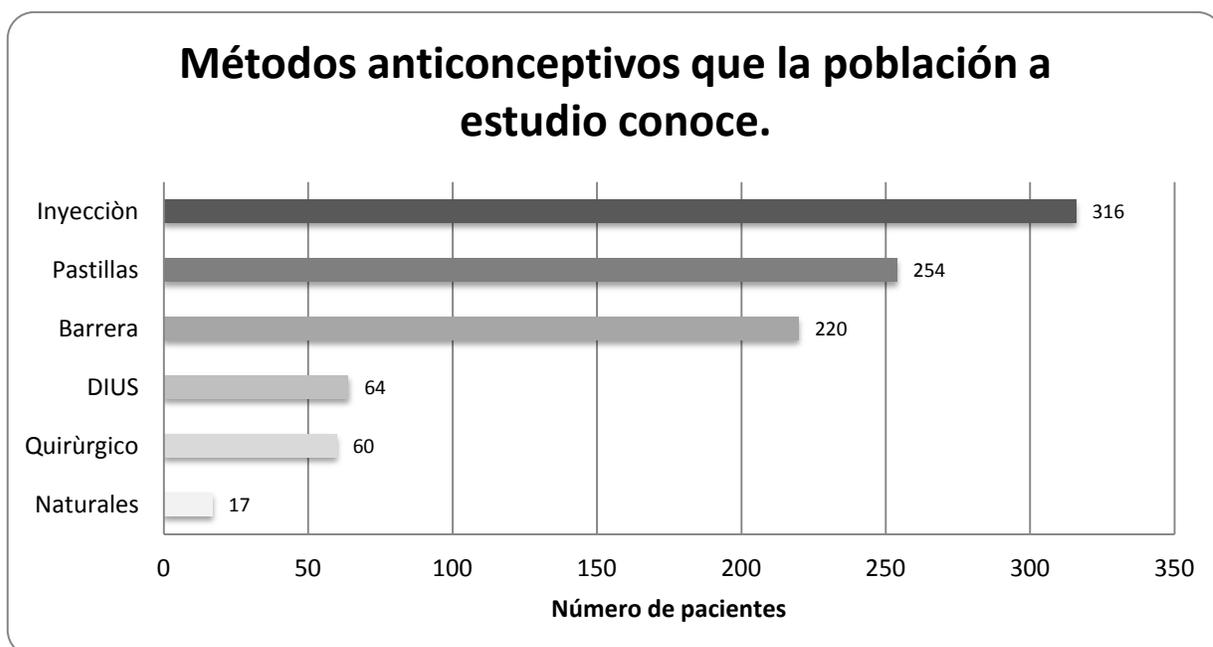


Fuente: Boleta de recolección de datos.

## GRÁFICA No. 4

### Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción

El método anticonceptivo que mas conocen las pacientes (objetivo especifico 3.2.2) con 316 respuestas es el método anticonceptivo inyectable en sus distintas presentaciones, obtuvimos también 254 respuestas de el método de pastillas anticonceptivas, 220 respuestas con anticonceptivos de barrera, específicamente el condón, solamente 64 y 60 respuestas con dispositivos intrauterinos y procedimiento quirúrgicos respectivamente, únicamente 17 respuestas favorables para los métodos naturales.

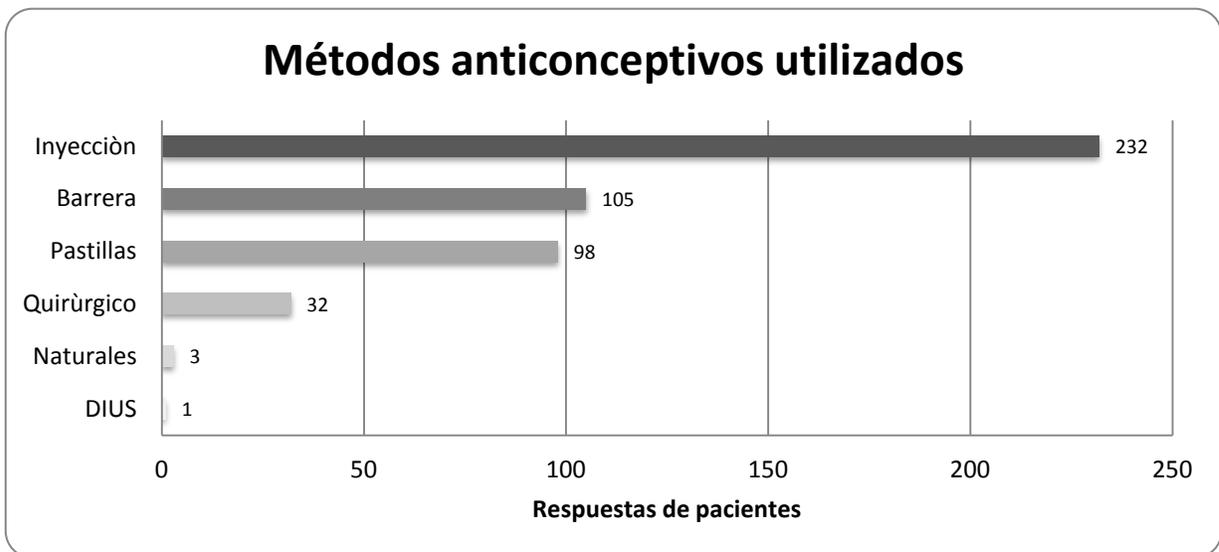


Fuente: Boleta de recolección de datos.

## GRÁFICA No. 5

### Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción

La utilización de los distintos metodos anticonceptivos (objetivo especifico 3.2.2) , el mas utilizado es el inyectable en sus distintas presentaciones con 232 usuarias, el condón como método de barrera con 105 usuarias, los anticonceptivos hormonales orales con 98 usuarias, únicamente 32 pacientes se les realizó procedimiento quirurgico como la obliteracion tubárica, solamente tres pacientes utilizaron el método natural y únicamente una papciente utilizó en algún momento el dispositivo intrauterino (T de cobre), aclarando que las las usuarias en el trancurso de su vida utilizaron más de un método anticonceptivo.

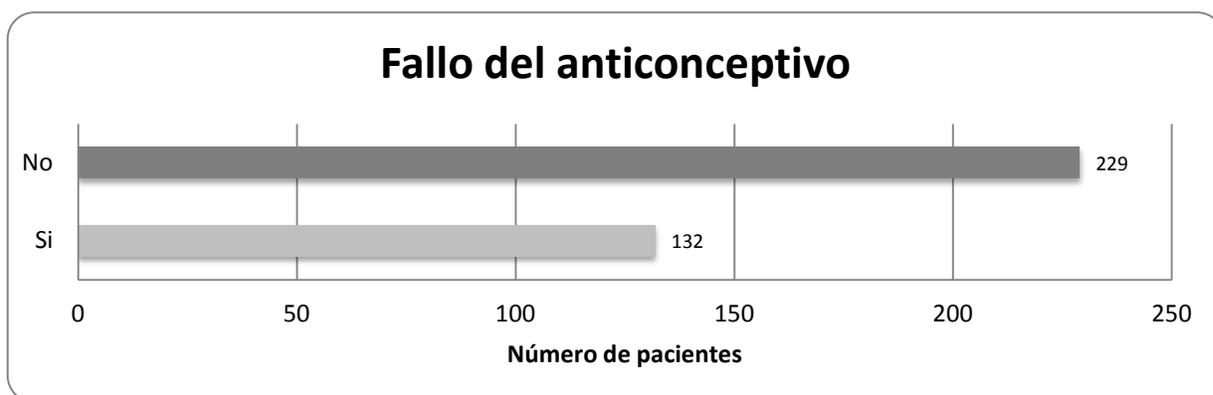


Fuente: Boleta de recolección de datos.

## GRÁFICA No. 6

### Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción

Se reportó que el 63.43% con 229 usuarias indicaron que el método anticonceptivo utilizado no les ocasiona ningún problema (objetivo específico 3.2.2) y 132 pacientes que le corresponde el 36.57% reportaron que no tuvieron la efectividad esperada.

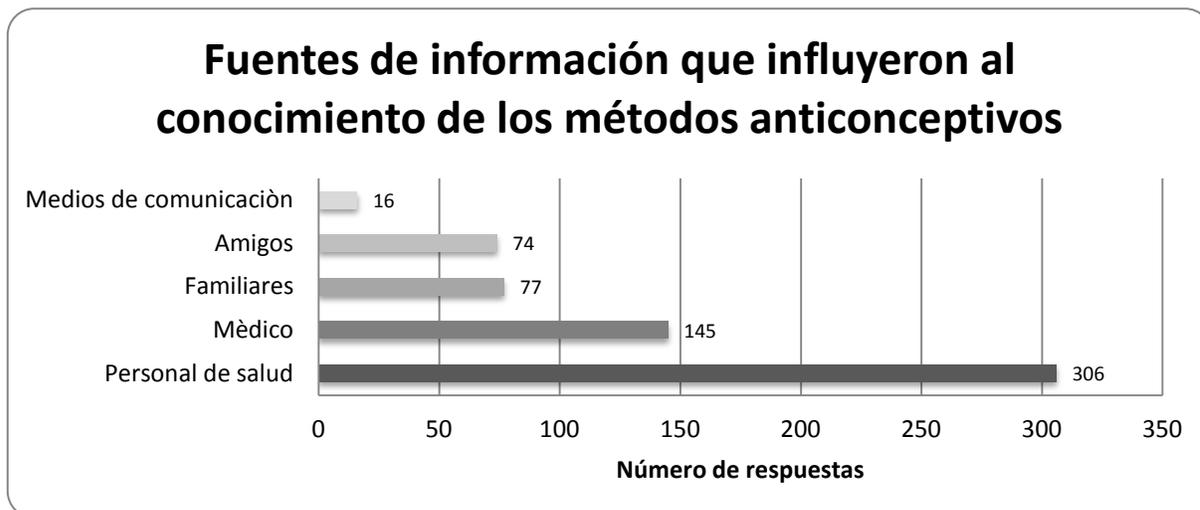


Fuente: Boleta de recolección de datos.

## GRÁFICA No. 7

### Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción

Según el objetivo específico 3.2.3, las respuestas obtenidas indican que el personal de salud tiene más participación e influencia en proporcionar información acerca de los distintos métodos de anticoncepción, por lo tanto se obtuvieron 306 respuestas favorables, seguidamente el personal médico con 145 respuestas, familiares y amigos con 77 y 74 respuestas respectivamente, y con casi nula la participación de los medios de comunicación solamente 16 respuestas.

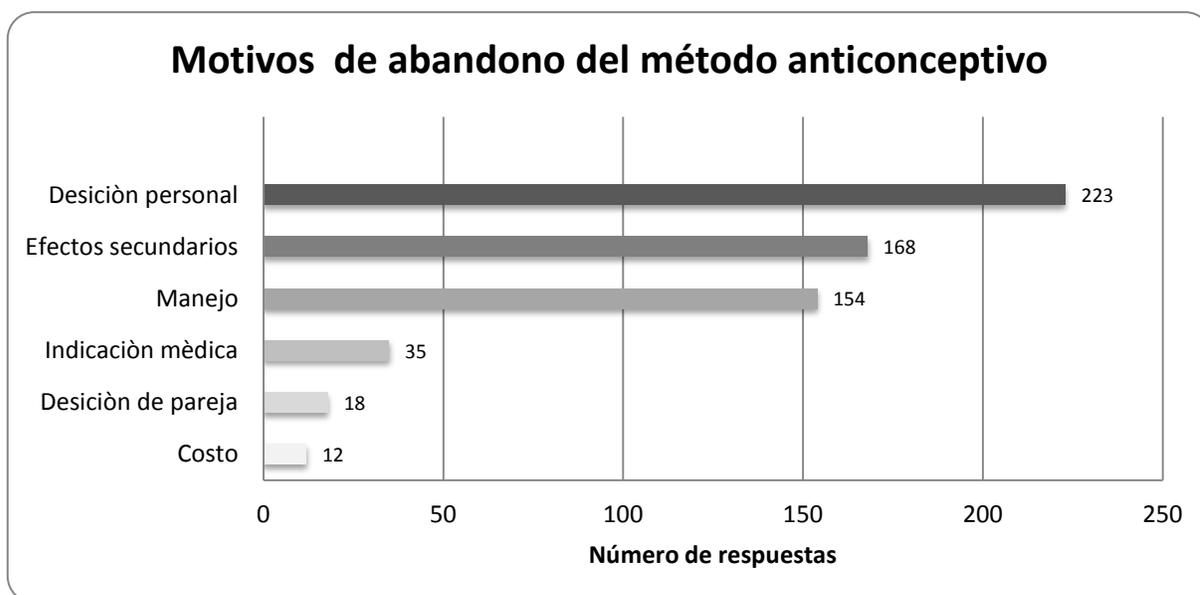


Fuente: Boleta de recolección de datos.

## GRÁFICA No. 8

### Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción

De los motivos de abandono de métodos de planificación familiar (objetivo 3.2.4) se reportan 223 respuestas de decisión personal, indicando el deseo de tener nuevamente un embarazo como principal motivo, de los efectos secundarios como segunda causa 168 respuestas indican que el aumento de peso, cefaleas, náuseas, vómitos, manchados hemorrágicos, son los signos y síntomas más frecuentes; 154 respuestas corresponden a problemas de manejo como el desconocimiento de la correcta utilización del condón, el olvidar tomar la pastilla. El cuarto motivo corresponde la indicación médica con 35 respuestas indicando que el tratamiento médico no era con motivo anticonceptivo si no para otras patologías, 18 respuestas indicando que fue decisión de pareja y únicamente se registraron 12 respuestas relacionadas con el valor económico.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

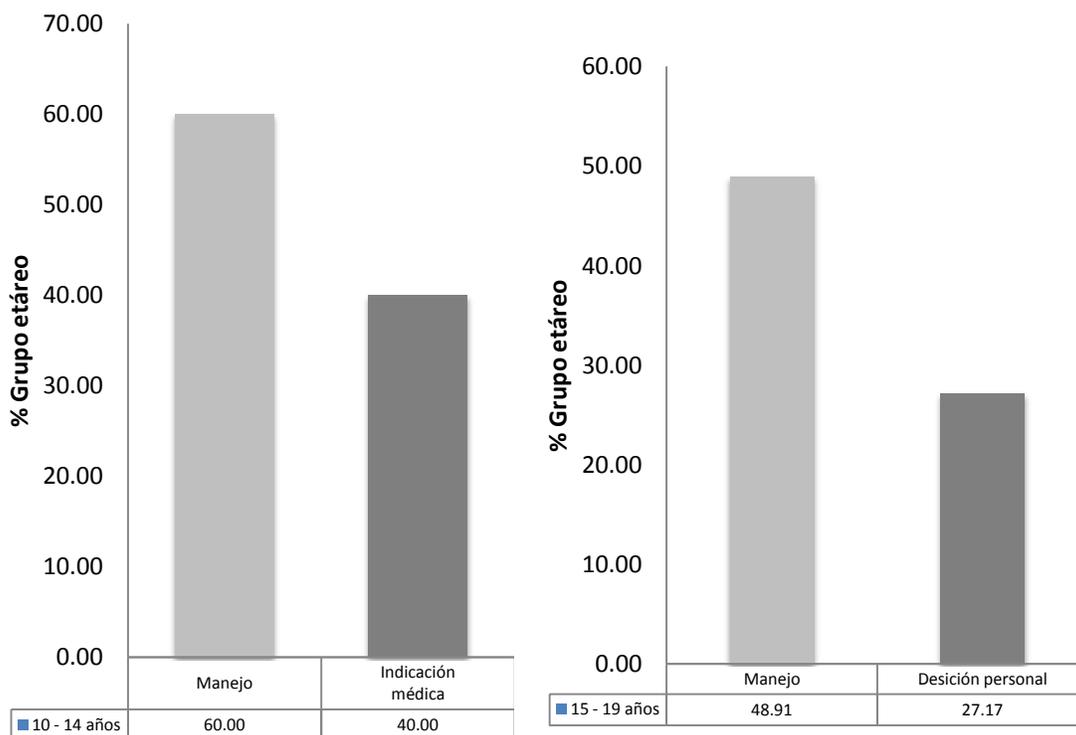
## GRÁFICA No. 9

### Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción

Esta grafica corresponde al grupo etáreo de 10 a 14 años el 60% de las pacientes indica que por situaciones de manejo es la principal razón para el abandono del método utilizado, seguidamente por indicación médica con un 40%. En el grupo etáreo comprendido entre las edades de 15 a 19 años la segunda causa es la decisión personal con 27.17% de respuestas y el 48.91% es por dificultad en el manejo a igual que el grupo etáreo anterior.

#### Principales razones del abandono de métodos anticonceptivos

según grupo etáreo.



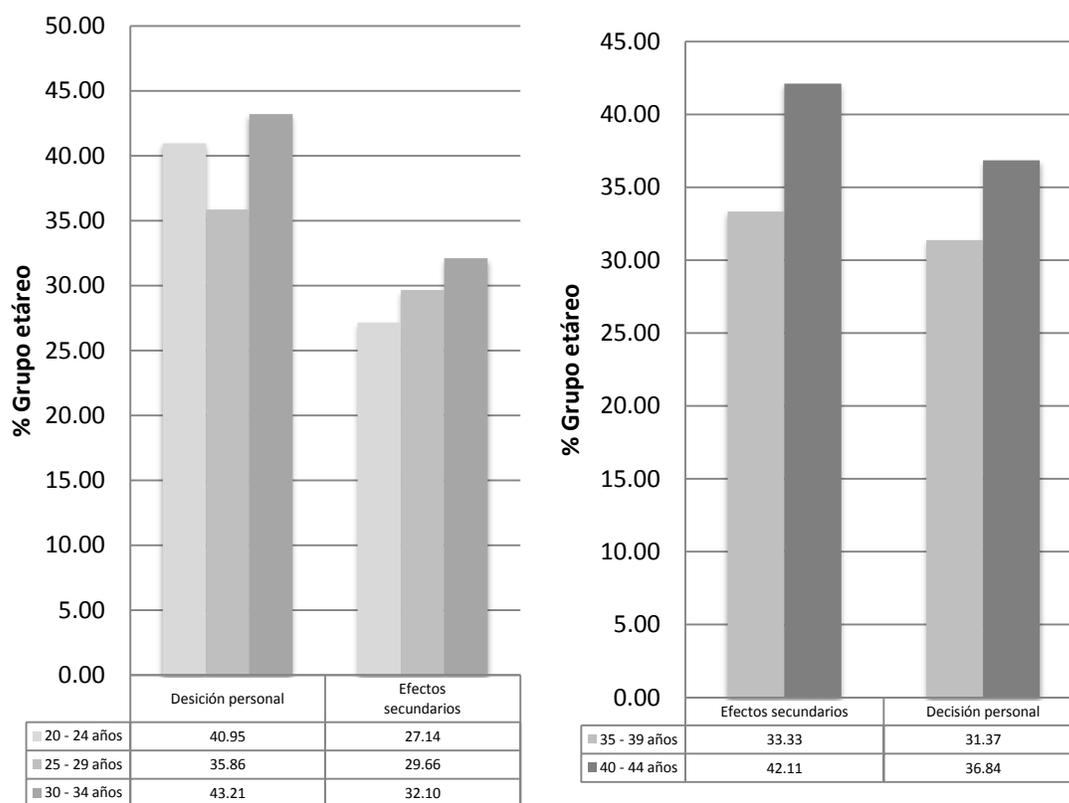
Fuente: Boleta de recolección de datos.

## GRÁFICA No. 10

### Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción

Esta grafica indica que en los grupos etáreos comprendidos en los grupos de edades de 20 a 34 años, las principales razones del abandono del método de planificación familiar figuran la decisión personal y efectos secundarios con 40.95% y 29.66% respectivamente. En tanto que en los grupos de las edades de 35 a 44 años indicaron que los efectos secundarios fueron los principales motivos de abandono reflejado con el 42.11% de las respuestas, comparadas con el 31.37% que corresponde a la respuesta de decisión personal.

#### Principales motivos del abandono de métodos anticonceptivos según grupo etáreo.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

**TABLA NO. 2**

**Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción**

De acuerdo a los valores presentando anteriormente, se construyeron tablas de contingencia 2x2 para evaluar la causalidad directa sobre los factores asociados al abandono de métodos anticonceptivos. Se utilizo la medición de Odds Ratio para evaluar la fuerza de asociación en la evaluación de causalidad.

	ABANDONO DE TRATAMIENTO		
EFFECTOS SECUNDARIOS	SI	NO	TOTAL
SI	149	19	168
NO	34	159	193
TOTAL	183	178	361

\*OR 36.67337461

Fuente: Boleta de recolección de datos.

El odds ratio presentado por los efectos secundarios, muestra una asociación de causalidad (OR) 36.67 veces mayor como razón para abandonar el tratamiento anticonceptivo en las pacientes de la muestra.

**TABLA NO. 3**

**Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción**

	ABANDONO DE TRATAMIENTO		
COSTO DEL TRATAMIENTO	SI	NO	TOTAL
SI	10	2	12
NO	173	176	349
TOTAL	183	178	361

\*OR 5.086705202

Fuente: Boleta de recolección de datos.

El costo del tratamiento representa una asociación de causalidad (OR) 5.09 veces mayor como razón para abandonar el tratamiento anticonceptivo en las pacientes de la muestra.

**TABLA NO. 4****Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción**

	ABANDONO DE TRATAMIENTO		
MANEJO	SI	NO	TOTAL
SI	106	48	154
NO	77	130	207
TOTAL	183	178	361

OR 3.728354978

Fuente: Boleta de recolección de datos

El manejo del tratamiento representa una asociación de causalidad (OR) 3.73 veces mayor como razón para abandonar el tratamiento anticonceptivo en las pacientes de la muestra.

**TABLA NO. 5****Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción**

	ABANDONO DE TRATAMIENTO		
INDICACIÓN MÉDICA	SI	NO	TOTAL
SI	27	8	35
NO	156	170	326
TOTAL	183	178	361

OR 3.677884615

Fuente: Boleta de recolección de datos

La indicación médica representa una asociación de causalidad (OR) 3.68 veces mayor como razón para abandonar el tratamiento anticonceptivo en las pacientes de la muestra.

**TABLA NO. 6****Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción**

	ABANDONO DE TRATAMIENTO		
DECISIÓN PERSONAL	SI	NO	TOTAL
SI	154	69	223
NO	29	109	138
TOTAL	183	178	361

OR

8.388805597

Fuente: Boleta de recolección de datos

La decisión personal de las encuestadas representa una asociación de causalidad (OR) 8.39 veces mayor como razón para abandonar el tratamiento anticonceptivo en las pacientes de la muestra.

**TABLA NO. 7****Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción**

	ABANDONO DE TRATAMIENTO		
DECISION PAREJA	SI	NO	TOTAL
SI	10	8	18
NO	173	170	343
TOTAL	183	178	361

OR

1.228323699

Fuente: Boleta de recolección de datos

La decisión en pareja, considerando el nivel de influencia que puede tener la pareja actual en la encuestada, representa una asociación de causalidad (OR) 1.23 veces mayor como razón para abandonar el tratamiento anticonceptivo en las pacientes de la muestra.

## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La finalidad de este trabajo de investigación, es brindar información sobre la importancia de la identificación de los distintos factores que influyen al abandono de los distintos métodos anticonceptivos. Se identifico las distintas causas que ocasionan una salud sexual y reproductiva precaria, con el sentido de ampliar el conocimiento entorno al impacto que los factores sociales, económicos, culturales y jurídicos pueden tener en una comunidad en cuanto a la salud reproductiva.

Se obtuvo una muestra de 361 pacientes, quienes estuvieron hospitalizadas en las distintas áreas de postparto del departamento de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala, a las cuales se les realizo una entrevista previa explicación de la participación voluntaria, aceptando el ser parte de este trabajo de investigación firmaron un documento al cual se le denomina consentimiento informado.

Se obtuvieron los siguientes resultados, de la totalidad de las participantes se observó que existe el grupo etáreo comprendido en las edades de 20 a 24 años con el 31% (113 pacientes) fue el que mayor participantes obtuvo, seguido del grupo comprendido en las edades entre 15 y 19 años con 76 participantes con el 21.05% y del tercer grupo con mayor pacientes participantes es el que va de los 25 a 29 años con 71 pacientes y el 20%, interpretando que la mayoría de las pacientes atendidas y usuarias de los distintos métodos de planificación familiar son jóvenes menores de 30 años, pudiéndose atribuir a una causa de abandono va relacionada con la edad de las mismas mencionado dentro de esas causas el deseo de procrear nuevamente.(38)

El nivel de escolaridad de las pacientes participante, predominó en nivel primario con 143 pacientes correspondiente a 39.61%, aclarando que pueden estar distribuido desde el primero al sexto grado, el nivel medio comprendido desde el primer año básico hasta el último de la carrera de diversificado con 129 pacientes o el 35.73%, registrando únicamente dos pacientes con estudios universitarios equivalentes al 0.55% y 87 pacientes sin ningún tipo de estudios, interpretamos estos datos que las pacientes que mas utilizaron algún método de planificación familiar están ubicadas en el nivel primario, al set unidas con las pacientes que no tienen ningún nivel académico el significativa la diferencia comparadas con las que tienen nivel medio y universitario, resumiendo que mientras más bajo es el nivel académico mayor es la cantidad de usuarias pero el abandono de los mismos es directamente proporcional. Dejando en nivel académico bajo como un factor muy determinante a la utilización continúa de los métodos anticonceptivos ofrecidos (37)

El estado civil con 199 pacientes casadas, 133 con unión estable, únicamente 26 solteras y 3 pacientes viudas, interpretando que las pacientes casadas tienen mayor tendencia de utilización de métodos anticonceptivos y el control de natalidad, pudiéndose corresponder a la mayor responsabilidad de el número de hijos que desean procrear. (37)

Los métodos anticonceptivos más conocidos de acuerdo al estudio se basa fundamentalmente a los que ofrece el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que son fundamentalmente los ofrecidos en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala, siendo el método inyectado (316 respuestas), pastillas anticonceptivas (254 respuestas), y condón como método de barrera (220 respuestas), reflejándose de la misma forma la utilización de los mismos en ese mismo orden, refiriendo que el manejo de la inyección de tres meses es más cómodo y práctico de utilizar comparada con los otros, la incomodidad de colocar el condón y sus cuidados, la secuencia de la toma de la pastilla a diario, el poco interés y promoción de los dispositivos intrauterinos, y otros factores que las literaturas actuales también los menciona. (37) (38)

Las fuentes principales de información e influencia del conocimiento y utilización de los distintos métodos de planificación familiar, la que es más mencionada por las pacientes participantes figura el personal de salud con 306 respuestas, seguidamente por el personal médico con 145 respuestas, los familiares, amigos y medios de comunicación son muy poco participativos, considerando que los principales responsables de una adecuada educación en planificación familiar son principal responsabilidad de los médicos, observando el poco interés estadístico reflejado, de los medios de comunicación, la familia y amigos se evidencia la poca influencia acerca de la información, uso y continuidad.

Las pacientes indicaron que atribuyen el fallo del método utilizado al manejo en los métodos de barrera, por la incomodidad, la mala técnica, los accidentes al momento de utilizarlo así como el costo de este producto. En relación a las pastillas anticonceptivas, existe la posibilidad de que se olvide el tomar la pastilla de diario, la confusión de los efectos secundarios como manchado hemorrágico constante o la amenorrea que provocan los métodos inyectados.

Las tres principales razones de abandono de métodos anticonceptivos expuestas por las encuestadas, figuran decisión personal, efectos secundarios, problemas de manejo con 223, 168, y 154 respuestas respectivamente, en menor respuestas mencionamos la indicación médica, decisión de pareja y costo económico de los mismos. Dentro de las razones personales que las pacientes jóvenes refieren es el deseo de procrear o la poca facilidad de tener acceso a los centros de distribución. (16) (36) (37)

De los efectos secundarios mencionaron con mayor frecuencia el manchado hemorrágico, ansiedad, cefalea intensa, sensación de aumento de peso, entre otras (16), evitando la continuidad de los mismos y su adecuado uso. (37)

Se identifica que las principales razones del abandono de métodos de planificación familiar comparada con los grupos etáreo, en forma porcentual, se muestra que del grupo comprendido de 10 a 14 años corresponde a dificultad de manejo de los distintos métodos de planificación familiar con un 60% de respuestas, con el 40% según prescripción médica. Del grupo de 15 a 19 años las dos razones o motivos de abandono fueron de problemas en manejo y decisión personal, observando el comportamiento de los grupos etáreos de 20 hasta 34 años las dos principales razones o motivos de abandono son: por decisión personal y efectos secundarios, desde el 40% hasta el 29% respectivamente. En el último grupo, de 35 a 44 años, con el 42% atribuible a los efectos secundarios y con el 31 por ciento de decisión personal, en comparación con otros estudios, son semejantes los resultados. (38)

Finalmente, se utilizaron tablas de contingencia 2x2 con método de análisis con Odds Ratio para evaluar la fuerza de asociación en la evaluación de causalidad, evidenciando que el principal factor asociado al abandono de métodos anticonceptivos son los efectos secundarios con un OR de 36.67, seguido de la decisión personal de la paciente con un OR de 8.39. Se muestra en un tercer lugar el costo del tratamiento con un OR de 5.09, el cual se podría considerar como un hallazgo interesante del estudio, ya que el costo del tratamiento anticonceptivo puede ser elevado para el tipo de personas que asisten al hospital nacional, considerando su bajo ingreso económico. Sin embargo, no se puede afirmar que sea el caso de todas las encuestadas, ya que estos datos no fueron tomados en cuenta para la investigación. El cuarto factor de riesgo para el abandono de los tratamientos anticonceptivos es el manejo con un OR de 3.73, seguido por la Indicación Médica con un OR de 3.68 y terminando en último lugar la decisión en pareja con un OR de 1.23.

Dentro de las limitaciones de dicho estudio, de la parte bibliográfica existen pocos trabajos similares para poder llevar comparaciones más precisas y continuas. En el trabajo de campo, la barrera lingüística influyo en el mecanismo de preguntas y respuestas, en el momento de la obtención de datos referidos por las pacientes obtuvimos respuestas no se podían confrontar con algún documento para confirmar la veracidad de la información, como ejemplo el estado civil, nivel de educación, edad. Al momento de solicitar la firma para ser registrada en el documento de consentimiento informado, como señal firme de aprobación a la participación en el estudio, la mayoría de pacientes se encontraban con una vena periférica

canalizada haciéndolo incomodo y laborioso en algunos casos, se pretendía tener el registro del documento personal de identificación pero al momento de solicitarlo no lo portaba y no tenían memorizado en número de DPI por tener una numeración muy larga, omitiendo ese paso, por lo tanto la resultado más factible y practico la obtención de la huella dactilar del pulgar derecho.

Algunas pacientes presentaron temor al momento de la realización de la entrevista ya sea por no tener conocimiento de lo que se les estaba planteando, tomando la solución más práctica de no participar o de contestar lo que compañeras de habitación contestaban previamente.

Así mismo, para realizar un estimado para el cálculo de la población de mujeres que abandonaron el tratamiento anticonceptivo, se tomo en cuenta que si mencionaban dos o más razones validas (que estuvieran dentro de la encuesta) se tomaría como una paciente que realmente abandono el tratamiento. Se decidió realizar de esta forma, ya que por las razones previamente expuestas, no se podía demostrar la veracidad de los datos brindados por las encuestadas.

Sugiriendo la realización de nuevos estudios similares con la identificación del grupo más vulnerable y de mayor afluencia al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala, para caracterizar sus principales causas o razones del por qué de la discontinuidad de algún método anticonceptivo utilizado, o por utilizar.

## 6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 Dentro de las características demográficas de las 361 pacientes participantes encontramos que el grupo etáreo predominante fue el comprendido entre las edades de 20 a 24 años con 113 pacientes siendo el 31.30%. Se identificó que el 55.12% o 199 pacientes refirieron ser casadas y el nivel educacional primario fue el predominante con 39.61% o 143 pacientes.
- 6.1.2 De los métodos anticonceptivos más conocidos mencionaron el método inyectado, específicamente el de tres meses, la pastilla anticonceptiva y los métodos de barrera con 316, 254 y 220 respuestas respectivamente. De los que más han sido utilizados 232 pacientes refirieron haber utilizado el método inyectado, 105 respuestas para métodos de barrera específicamente condón masculino y las pastillas anticonceptivas con 98 respuestas.
- 6.1.3 El personal de salud en forma general fue reportado como la principal fuente de información, estando en segundo lugar el personal médico, y los medios de comunicación son reportados con muy poca participación.
- 6.1.4 De lo referido por las pacientes, basadas en experiencias propias, relacionado con la utilización de los distintos métodos de planificación familiar 229 pacientes indicaron que en algún momento el método utilizado le falló y 152 pacientes usuarias están satisfechas con el método utilizado.
- 6.1.5 Las principales razones o causas del abandono de los distintos métodos de planificación familiar son: en pacientes jóvenes problemas con el manejo y adecuada utilización de los distintos métodos, indicación médica. En pacientes con edad intermedia prevalecen los motivos personales y efectos secundarios, mientras en edades más avanzadas se identificó que la principal causa de abandono fueron los efectos secundarios seguidos por decisiones personales. Los principales factores de riesgo asociados en la evaluación por el abandono del tratamiento anticonceptivo fueron los efectos secundarios, decisión personal y el costo del tratamiento.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

- 6.2.1** Solicitar al Programa Nacional de Salud Reproductiva la continua capacitación al personal médico del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala.
- 6.2.2** Poner más énfasis en el cumplimiento del Programa de Salud Reproductiva en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala a través de la consulta externa de planificación familiar con el cumplimiento de sus distintas actividades.
- 6.2.3** Brindar acciones de promoción y prevención de salud para orientar a la población sobre el uso y la utilidad de los métodos anticonceptivos según sea requerido por la paciente involucrando las distintas áreas del departamento de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala.
- 6.2.4** Promover los distintos métodos de planificación familiar, principalmente el quirúrgico, ya que es de muy buena aceptación pero poca realización en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala.
- 6.2.5** Involucrar a distintas organizaciones afines al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala como a los diferentes medios de comunicación para la participación continua de la promoción de los distintos métodos de planificación familiar que se ofrecen.
- 6.2.6** Exigir a las autoridades administrativas del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala, que se cumpla de acuerdo con lo estipulado en la Ley de Planificación Familiar, sea utilizado el presupuesto estipulado para este programa de prioridad nacional manteniendo abastecido con los distintos métodos que el MSPAS ofrece y se retome la programación de esterilización quirúrgica de forma electiva y continua.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Todo en Antigua [en línea]. Guatemala 2010; [accesado 25 Sep 2012]. Disponible en: <http://www.todoenantigua.com/antigua/historia/88.html>
2. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala: DRPAP/MSPAS; Mayo 2012.
3. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de las actividades de planificación familiar en los servicios de salud. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 1975. (Serie de informes técnicos; 569).
4. -----. Organización Mundial de la Salud. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 1979. (Serie de informes técnicos; 442) y 1971 (Serie de informes técnicos; 446).
5. Abajmazat G. Factores que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar por mujeres hospitalizadas en la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango. [tesis de Licenciatura en Enfermería]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Octubre 2007.
6. -----. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Reglamento orgánico interno. Guatemala: MSPAS; 1,998. Artículo 58, 63.
7. Esto es Sacatepéquez [en línea]. Guatemala 2010; [accesado 26 Sep 2012]. Disponible en: <http://www.guatelog.com>
8. Guatemala. Observatorio de salud sexual y reproductiva. Ley para la maternidad saludable y su reglamento Guatemala: OSAR; 2010. Disponible en: <http://www.osarguatemala.org.>
9. -----. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo de salud reproductiva. Guatemala; MSPAS; 2003.
10. -----. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de salud reproductiva. Guatemala; MSPAS; 2005.
11. Guatemala. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integridad en el programa nacional de salud sexual y reproductiva, de Guatemala: Policopiado; 2007.
12. -----. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional materno infantil. Guatemala: MSPAS; 2011.
13. Singh S. Adding It Up: The benefits of investing in sexual and reproductive health care; New York: [s.n.] 2003.

14. -----. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de salud reproductiva. Guatemala: MSPAS; 2001.
15. Revista virtual Bubulisima [en línea]. New York; 2009. [Actualizado Ene 2011, accesado 06 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164.htm>.
16. Bensaon, Pernoll M. Manual de Obstetricia y Ginecología, 10ª. ed. McGraw-Hill Interamericana: México; 2008, p.787.
17. -----. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías nacionales de salud reproductiva: Planificación familiar. Guatemala: MSPAS; 2003.
18. -----. Organización Mundial de la Salud. Mejorías en el acceso a la atención de buena calidad: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 1996.
19. New York. Supplement to American Journal of obstetrics and Gynaecology: preventing unintended pregnancy: advances in hormonal contraception [en línea]. New York; 2004. [accesado 16 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
20. González E, Molina T, Montero A, Martínez V, Molina R. Factors associated with maintenance of contraception among adolescents [en línea]. Chile; 2009. [accesado 13 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
21. -----. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías de métodos para el espaciamiento de embarazos: Nivel comunitario. Guatemala: MSPAS; 2000.
22. Madrid. El cumplimiento en anticoncepción hormonal oral en España. Madrid: DAPHNE; 2010.
23. Fertilab.net, Revista Virtual Infogen [en línea]. 2010; [accesado 03 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.fertilab.net/anticoncepcion/anticoncepcion/anticonceptivos>
24. Gineco web, Revista virtual [en línea]. 2012; accesado 03 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.ginecoweb.com/0inyectables.html>
25. Saldívar D. Experiencia clínica de los anticonceptivos orales combinados (AOC) de baja dosis en México. Distrito Federal : 2006. p. 74, 559-67.
26. Schorge J. Schaffer J. Halvorson L. Hoffman B. Bradshaw K. Cunningham F. Obstetricia de Williams, México: McGraw Hill Interamericana; 2009, vol. 5 p. 105-135.

27. Speroff L. Marc A. Fritz. Endocrinología ginecológica clínica y esterilidad. 2ª. ed. México [s.n.]: 2006, vol. 21-26 p. 827-1012.
28. Botero J. Obstetricia y Ginecología, texto integrado. 7ª. ed. Universidad de Antioquia [s.n.]: 2004, vol. 30 p. 419.
29. Benson & Pernoll's. Obstetrics & Gynecology, New York: Mcgraw-Hill Interamerican: 2004, vol. 26 p. 727.
30. Factores Asociados al abandono de la anticoncepción, Revista Cielo, [en línea]. Chile; 2007; [accesado 05 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.bases.br/cgi-bin/wxislind.exe>.
31. Anticoncepción en la adolescencia. Clínica Las Condes, [en línea]. 2009; [accesado 05 Oct 2012]. Disponible en: [http://www.clinicalascondes.cl/dev\\_clc/media/.../7\\_adela\\_monteri-9.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/dev_clc/media/.../7_adela_monteri-9.pdf).
32. Impedimentos socioculturales para el uso de métodos anticonceptivos [en línea]. 2008; [accesado 05 Oct 2012]. Disponible en: [www.monografias.com](http://www.monografias.com).
33. Morais S, Pereira, Stella R. Taquette. Factores Asociados al abandono de la anticoncepción hormonal oral: Estudio con los adolescentes de la ciudad de Río de Janeiro [en línea]. Río de Janeiro; 2007; [accesado 07 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.cielo.cl/scielo.php>.
34. Budalich, Morgan C. Factores que contribuyen al abandono del uso de métodos anticonceptivos en las usuarias de un programa de Salud Reproductiva en un centro de salud de la provincia del Chaco [en línea]. Universidad Nacional del Nordeste, comunicaciones científicas y tecnológicas; 2004; [accesado 07 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/web/cyt/com2004/3-medicina/m-101.pdf>
35. Cumplimiento de la anticoncepción hormonal oral en España, [en línea]. Barcelona; 2007; [accesado 08 Oct 2012]. Disponible en: [http://www.bayersheringpharma.es/ebbsc/cms/es/\\_galleries.pdf](http://www.bayersheringpharma.es/ebbsc/cms/es/_galleries.pdf)
36. Schawarcz R. Fescina R. Duverges C. Obstetricia. 6ª. ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005, vol. 11 p. 520.
37. Gómez A. Gómez J. Hernández M. Jiménez J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control [en línea]. 2007. [accesado 14 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/.../p18.html>

38. Budalich, Cintia M. – Brandan, Nora C.- Agolti, Gustavo E. Factores que atribuyen al abandono del uso de métodos anticonceptivos en las usuarias de un programa de salud reproductiva en un centro de salud de la provincia del Chaco. Universidad Nacional del Nordeste de Argentina, Comunicaciones científicas y tecnológicas [en línea]. Argentina; 2004. [accesado en 22 de mar 2013].

## ANEXO I

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA  
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

### “FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE METODOS DE ANTICONCEPCIÓN”

#### BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad:

No. De Registro

<b>Nivel de escolaridad</b>  a) ninguna b) primaria c) diversificado d) universitario	<b>Estado Civil:</b>  a) soltera b) casada c) unida d) otro
<b>Métodos anticonceptivos conocidos:</b>  a) Pastillas b) Inyección mensual, trimestral c) Barrera d) Naturales e) DIUS f) Quirúrgico	<b>Qué tipo de anticonceptivo a utilizado:</b>  a) Pastillas b) Inyección mensual, trimestral c) Barrera d) Naturales e) DIUS f) Quirúrgico
<b>Le ha fallado alguna vez algún anticonceptivo utilizado</b>  SI  NO	<b>Fuente de información de los métodos anticonceptivos:</b>  a) Médico b) Personal de salud´ c) Familiares d) Amigos e) Medios de comunicación
<b>Razón del abandono del Método:</b>  a) Efectos secundarios b) Costo del medicamento c) Problemas del manejo d) Indicación medica e) Decisión personal f) Decisión de la pareja	<b>Anotaciones:</b>

**ANEXO II**

**CONCENTIMIENTO INFORMADO**

**HOJA DE AUTORIZACION PARA INGRESAR AL PROTOCOLO DE INVESTIGACION.**

FECHA \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_

El investigador estudiante del segundo año de maestría en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de San Carlos de Guatemala, desea invitarla a participar en la investigación sobre "FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE METODOS DE ANTICONCEPCION".

Por medio de la presente

(Yo): \_\_\_\_\_

Doy autorización plena a los doctores residentes que laboran en este hospital para que se me realice un cuestionario o cualquier cuestionamiento que consideren necesarios para ingresar a un protocolo de estudio. Se me explico y estoy consciente que la información obtenida puede ser presentada en sesiones clínicas y hasta publicadas en revistas de información científica.

Por lo tanto, no tengo inconveniente en colaborar, teniendo presente que la información obtenida será valiosa para dar sugerencias para el mejoramiento de la problemática o conclusiones obtenidas.

He leído y comprendido la información proporcionada por el médico investigador. Por lo que firmo y coloco mi huella digital.

AUTORIZACION.

Participante

Investigador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE METODOS DE ANTICONCEPCION" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.