

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



PLANIFICACIÓN FAMILIAR, UNA NECESIDAD INSATISFECHA

GERSON ROBERTO ALVARADO BLANCO

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Para obtener el grado de

Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Enero 2017



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.01.067.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Gerson Roberto Alvarado Blanco

Camé Universitario No.: 200510005


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 **PLANIFICACIÓN FAMILIAR UNA NECESIDAD INSATISFECHA**

Que fue asesorado: Dr. Jorge David Alvarado Andrade MSc.

Y revisado por: Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Mendez MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2017**.

Guatemala, 02 de noviembre 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, 7 de noviembre de 2015

Doctor Oscar Fernando Castañeda Orellana, MSc.
Coordinador Especifico
Maestría y Especialidades
Escuela de Estudios de Postgrado
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetable doctor Castañeda Orellana:


Por medio de la presente le informo que he revisado y aprobado el informe final de tesis detallado a continuación.

Título 'PLANIFICACION FAMILIAR: UNA NECESIDAD INSATISFECHA'

Autor: Gerson Roberto Alvarado Blanco.

Dicha tesis ha cumplido con todos los requisitos para su aval por parte de esta coordinación, siendo enviada para los trámites de aprobación e impresión final de tesis a donde corresponda.

Sin otro particular, se suscribe.



Dr. Jorge David Alvarado Andrade, MSc

Ginecólogo y Obstetra

Asesor de Tesis

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Guatemala, 7 de noviembre de 2015

Doctor

Oscar Fernando Castañeda Orellana, MSc.

Coordinador Específico

Maestría en Ginecología y Obstetricia


Hospital Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable doctor:

Por este medio le envío el informe final de Tesis "**PLANIFICACIÓN FAMILIAR: UNA NECESIDAD INSATISFECHA**" perteneciente al Dr. Gerson Roberto Alvarado Blanco el cual ha sido revisado y **APROBADO**

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Mendez, MSc.

Ginecólogo y Obstetra

Revisor de Tesis

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social



ÍNDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS.	i
RESUMEN.	ii
I. INTRODUCCION.	1
II. ANTECEDENTES.	2
2.1 La Salud Sexual y Reproductiva.	2
2.2 Reproducción.	4
2.3 Sexo y Reproducción.	5
2.4 La Planificación Familiar.	6
2.5 La necesidad insatisfecha de anticoncepción en el mundo.	9
2.6 Métodos Anticonceptivos.	10
2.7 Conductas en salud sexual.	20
III. OBJETIVOS.	23
3.1 General.	23
3.2 Específico.	23
IV. MATERIAL Y METODOS.	24
4.1 Tipo de estudio.	24
4.2 Población y muestra.	24
4.2.1 Población o universo.	24
4.2.2 Muestra.	24
4.3 Unidad de análisis.	24
4.4 Selección de sujetos a estudio.	25
4.4.1 Criterios de inclusión.	25
4.4.2 Criterios de exclusión.	25
4.5 Definición y operacionalización de las variables.	25
4.6 Técnicas y procedimientos e instrumento para recolección de datos de información.	27
4.6.1 Técnica.	27
4.6.2 Procedimientos.	27
4.6.3 Instrumento.	27
4.7 Plan de procesamiento y análisis de datos.	27
4.7.1 Plan de Procesamiento de datos.	27

4.7.2	Plan de análisis de datos.	28
4.8	Alcances y límites de la investigación.	28
4.8.1	Alcances.	28
4.8.2	Límites.	28
4.9	Aspectos Éticos.	28
V.	RESULTADOS.	29
VI.	DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS.	33
6.1	Conclusiones.	35
6.2	Recomendaciones.	36
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	37
VIII.	ANEXOS.	39
8.1	Boleta de recolección de datos.	39

INDICE DE TABLAS

- TABLA No: 1 29
- TABLA No. 2 29
- TABLA No. 3 30
- TABLA No. 4 31
- TABLA No. 5 32
- TABLA No. 6 32
- TABLA No. 7 33
- TABLA No. 8 35

RESUMEN

La planificación familiar es de suma importancia en los países en vías de desarrollo, debido a la limitación de los recursos para brindarles un adecuado entorno a sus hijos. La satisfacción de los métodos de planificación va a lograr que se lleven a cabo bien y cómodamente dichos métodos. Se realizó el estudio de la insatisfacción en los métodos de planificación de las mujeres que asistieron a la atención de su parto a el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en la cual se brindó información de todos los métodos de planificación por medio de una video en los cuales se exponían las eficacias, efectos colaterales, beneficios y riesgos para la salud con cada método de planificación. La insatisfacción de dichos métodos son del 30 % siendo los métodos que les hubiera gustado a las pacientes llevar y con el que no cuenta el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social el de inyectables mensuales y los implantes. Se planteó la implementación de estos métodos para poder brindar una mejor atención en la planificación familiar.

Palabras Claves: Planificación familiar, métodos de planificación, satisfacción.

I. INTRODUCCIÓN

Guatemala tiene una de las tasas de fecundidad más altas de Centroamérica, con 4.8 hijos por mujer. En un período de 50 años, la tasa global de fecundidad, ha pasado de 7.1 en los años 50 a 4.8 para el año 2000. Mientras, en otros países la tasa global de fecundidad ha disminuido de 6 hijos por mujer durante los años 60 a menos de 3 en 1999.(1)

Se evidencia que en mujeres sin educación se presenta una tasa global de fecundidad de 6.4% relativamente alta, en comparación con una tasa global de fecundidad de 4.7% y 2.1% para mujeres con educación primaria y secundaria respectivamente. Esto indica que la tasa global de fecundidad va disminuyendo mientras más educación recibe la mujer. (1)

Las estadísticas de Guatemala, según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), muestran una tasa de Mortalidad Materna de 248 muertes por 100,000 nacidos vivos, lo cual indica que la mortalidad materna se encuentra muy elevada, y es una de las cifras más altas de Centroamérica. (1)

El uso de métodos de planificación familiar contribuye a disminuir la tasa de natalidad en nuestro país, el cual para 2011 fue de 26.48 nacimientos por 1000 habitantes. (1)

El uso de anticonceptivos pone asimismo a las mujeres en una situación de poder, al permitirles decidir el número y el espaciamiento de sus hijos. En nuestro país el acceso a la información sobre sexualidad y reproducción no ha circulado con facilidad, en especial en los sectores sociales con menores recursos económicos, menor nivel de escolaridad y/o residente en zonas rurales, en los cuales ésta dificultad ha sido históricamente una constante. (1)

La anticoncepción no es un tema independiente u opcional, sino que forma parte de la salud integral de mujeres y hombres con un importante beneficio sobre su calidad de vida. (1)

La tarea de planificación familiar sigue inconclusa. A pesar de los grandes avances de las últimas décadas, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción. Hay muchas razones por las que no se ha resuelto esa necesidad: los servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles en todos lados, o las opciones son limitadas. (1)

II. ANTECEDENTES

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante el servicio que presta los trabajadores de la salud (médicos, enfermería, trabajo social, etc.) para la aplicación de métodos anticonceptivos temporales y permanentes.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción en el mundo.

Se calcula que en los países en desarrollo unos 200 millones de parejas desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Los motivos son los siguientes:

- Poca variedad de métodos especialmente a nivel de instituciones públicas.
- Acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros;
- Temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad;
- Oposición por razones culturales o religiosas;
- Servicios de mala calidad;
- Barreras de género.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción en las mujeres casadas está disminuyendo pero sigue siendo alta. En África, no usan anticoncepción un 22% de las mujeres casadas que están en riesgo de quedar embarazadas contra sus deseos; esta cifra representa un descenso mínimo por comparación con el de diez años atrás (24%). En Asia, América Latina y el Caribe —regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta—, las necesidades insatisfechas representan un 9% y un 11%, respectivamente.

2.1 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Cuando hablamos de salud sexual y salud reproductiva decimos que es algo que trasciende lo biológico y se adentran en el campo de la antropología, sociología, la psicología, la medicina y el derecho, entre otras disciplinas. De ahí que inicialmente la salud ha cambiado su significado ha ido adquiriendo nuevas connotaciones como Planificación Familiar; Salud Reproductiva; Salud Sexual y hoy dicen Procreación Responsable; etc.

Hoy día se define la salud reproductiva como los derechos sexuales y reproductivos que expresan el derecho que tienen las parejas a disfrutar de una sexualidad pro creativa, plena, segura, y libres del temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad, a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones con resultados positivos en términos de supervivencia y bienestar para los padres y sus hijos.

Pero no siempre las mujeres ejercemos ese derecho a decidir por nuestra salud sexual y reproductiva. Existen factores culturales y de género que impiden a la mujer adoptar decisiones en cuanto al sexo, planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos y prevenir enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

Según La OMS, “La salud reproductiva es la ausencia de enfermedades en el proceso reproductivo en el marco de un estado de bienestar físico, mental y social”. La OMS centra su concepto en dos pilares; El respeto a los derechos de la familia a decidir el número de hijos que quieren tener, cuándo y cómo; y el deber del Estado de proveerles servicios de bienestar, buena calidad antes durante y después del proceso reproductivo.

Salud Sexual

La OMS., define a la salud sexual, como “La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser sexuado, por medios que sean potencialmente enriquecedora que potencian la personalidad, la comunicación y el amor.

Los derechos sexuales y reproductivos están profundamente relacionados con el desarrollo cultural y de género de un pueblo.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, subrayaron la importancia de atender las necesidades de las mujeres en lo referente a la Salud reproductiva y la Planificación Familiar.

Salud Sexual y Reproductiva

La salud sexual es la relación entre hombre y mujer que se da en un ámbito corporal, de expresiones afectivas y conductas sexuales.

La salud reproductiva es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura y la libertad de decidir en todos los aspectos relacionados con la procreación”.

La salud reproductiva involucra condiciones de la mujer biológicas, psicológicas, sociales y culturales que la preparan para tener hijos. Aquí se inicia la vida de un ser desde la maternidad hasta el final de su fertilidad más o menos a los 50 años.

Para mantener la salud sexual y reproductiva se deben adquirir ciertas condiciones saludables en cuanto a conductas sexuales adecuadas y aceptables que favorezcan una calidad de vida y una responsabilidad sociocultural. (2)

Toda mujer que solicita servicios de salud reproductiva aporta con ella toda la historia de su vida. Una historia que deberíamos estar dispuestos a escuchar con respeto porque puede tener información vital para la salud y el bienestar de la mujer.

Hay muchos aspectos de la vida de la mujer que influyen en su salud reproductiva, incluida la relación que tiene con su compañero y su entendimiento y creencias acerca de la sexualidad. Las creencias culturales relativas a la vida sexual que debe tener una mujer pueden influir en la actitud que tiene respecto a su sexualidad. (3)

Estereotipos que ponen en peligro la salud sexual

Se retan a los criterios tradicionales para fomentar el comportamiento sexual de menor riesgo. El género tiene una influencia tan poderosa sobre el comportamiento sexual que algunos expertos creen que poner en tela de juicio los puntos de vista tradicionales de la masculinidad y feminidad es esencial para promover la salud sexual. Los estereotipos de género de mujeres sumisas y hombres poderosos pueden restringir el acceso a la información, entorpecen la comunicación y promueven el comportamiento de riesgo en las mujeres y los hombres en formas diferentes, pero igualmente peligrosas.

2.2 REPRODUCCIÓN

El ser humano, como los primates superiores tiene una fecundidad limitada, un período de gestación prolongado y una etapa más prolongada aún de maduración fuera del ámbito materno, o sea que el aparato de reproducción comienza con la mujer, el embarazo, el parto y los cuidados del niño. La ginecología que se ocupa de todo este proceso de reproducción

debe cambiar y agregar a su atención la humanización y modificar su práctica complementando los cuidados con otras disciplinas para brindar una mejor calidad de atención a las mujeres. Pero también surge un problema con este nuevo conocimiento científico de la reproducción tal vez se halla mal instrumentado o utilizado, influyendo en fomentar o limitar y aún reemplazar la reproducción nos estamos refiriendo al desarrollo en los avances sobre tratamientos de esterilidad, de la anticoncepción y la fertilidad artificial.

Todo esto ha ocurrido explosivamente en las últimas décadas de este siglo y nos hemos enfrentado con una problemática para la cual no estábamos preparados, por lo tanto, urge encontrar una solución con una concepción más amplia que creemos puede ser denominada Ginecología Antropológica.

2.3 SEXO Y REPRODUCCIÓN:

La conducta humana en la esfera sexual y reproductiva, ha sido motivo de varios estudios antropológicos lo cual concluyen en que aparecen diferencias significativas, conductas tan variadas que ponen en duda las imágenes tradicionales del hombre y la mujer.

Para la mujer el acto sexual constituye en el amor y la fusión completa de la gestación, el parto y la lactancia. La ginecología antropológica estudia el sujeto que tiene delante –la mujer-y ellos se preguntan: ¿qué es ser mujer? o sino mejor ¿quién es la mujer?

“Es llamativo que gran parte de las observaciones de la antropología se refieren a las características que hacen a la diferencia entre el varón y la mujer y, desde ya, a las vinculadas en la reproducción y al rol de cada uno en dicha función”.

“La materia de estudio de un antropólogo está constituida por la conducta de personas que viven juntas según costumbres que han aprendido de sus antepasados”. (4)

Salud: consulta sobre sexualidad

La conveniencia de la consulta es iniciar un vínculo adecuado con el equipo interdisciplinario de manera precoz para tener presente la importancia de los cambios que implica el desarrollo y la adolescencia, las modificaciones corporales y la información sobre educación sexual a tiempo le permitirá a las mujeres lograr una mejor calidad de vida, manteniendo su salud. (5)

La toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos pueden influir a todo lo largo de la vida.

Para realizar una elección de un método anticonceptivo adecuado, es necesario conocer tu aparato reproductor y cuáles son los diversos métodos disponibles:

Vagina., es el órgano receptáculo del pene durante el acto sexual y también sirve como canal del parto y para el alumbramiento.

Cérvix o " cuello"; el cérvix es la parte más baja y estrecha del útero y comunica con la vagina.

Útero o " matriz", el útero es el órgano donde se desarrolla el feto. El revestimiento interno o mucosa del útero recibe el nombre de endometrio.

Trompas de Falopio, son dos y constituyen el canal de paso del óvulo desde el ovario al útero. Las trompas de Falopio son el sitio donde tiene lugar la fecundación.

Ovarios, son dos glándulas sexuales y tienen una doble función producir los óvulos y elaborar las hormonas femeninas, estrógenos y progesterona.

El desprendimiento de un óvulo maduro por el ovario, se denomina ovulación. Este mecanismo sucede normalmente una vez al mes (a los 12-14 días) del inicio de la menstruación o regla" en promedio, aunque existen grandes variaciones. (6)

La actividad sexual sin protección conlleva el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. De mayor a menor importancia, todas pueden ser peligrosas para la salud.

Para hablar de sexualidad responsable nos referimos a decidir cuándo y cómo tener hijos, teniendo en cuenta, la madurez, la edad, el factor económico o el cumplir con los objetivos que te hayas fijado. (7)

2.4 LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Cuando el matrimonio, ejercitando la paternidad responsable, busca, posterga o limita la llegada de los hijos, tiene la posibilidad de recurrir a los métodos naturales de planificación familiar.

La planificación familiar representa un estilo de vida que ayuda a los cónyuges a alcanzar su plenitud, por lo tanto no debe ser reducida a meras técnicas.

Para poder utilizar estos métodos es necesario que:

- La mujer aprenda a reconocer su fertilidad
- El matrimonio se abstenga de relaciones sexuales durante el período fértil, si el objetivo es evitar el embarazo.

”La planificación familiar se ha definido como el derecho de las personas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”.

O sea que toda decisión debe tomarse y realizarse con el total consentimiento de la pareja y educando sobre los diferentes métodos anticonceptivos, para regular la reproducción y mantener la salud sexual y la salud reproductiva eligiendo lo mejor para la familia.

Los métodos anticonceptivos dentro de un contexto de relación afectiva y madura, es un aporte positivo para la pareja, sean estos métodos naturales o artificiales.

Poder regular la planificación familiar de la familia hace a la salud biopsicosocial de esa familia, y por ende de la sociedad. Pero el empleo de los métodos anticonceptivos cuando no hay formación, información y educación sexual que ayude a crear conductas de salud sexual, es decir conocer que es “ser hombre” y “ser mujer” puede tener más riesgos que beneficios es aquí el problema de hoy. (8)

Para reflexionar sobre la planificación familiar de hoy en día debemos tener en cuenta que es uno de los temas que todavía no se conoce totalmente por la comunidad, específicamente las mujeres y la educación es el instrumento que debemos utilizar para aplicar este nuevo concepto en la vida de las personas para orientar y aconsejar a las familias, parejas a cambiar conductas sexuales donde se rijan por normas morales y culturales donde existen factores sociales, económicos, que también influyen a la hora de decidir tener un hijo. (9)

Beneficios de la planificación familiar

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres.

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.

También puede evitar el embarazo de las mujeres de edad avanzada, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

Prevención de la infección por el VIH y el SIDA.

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

Poder de decisión y una mejor educación.

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

Disminución del embarazo de adolescentes.

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar

la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

Menor crecimiento de la población.

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

2.5 LA NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPCIÓN EN EL MUNDO

Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Los motivos son los siguientes:

- Poca variedad de métodos.
- Acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros.
- Temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad.
- Oposición por razones culturales o religiosas.
- Servicios de mala calidad.
- Barreras de género.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. (10)

Consejería en Planificación Familiar

La consejería en planificación familiar es una actividad que deben desarrollar todos los proveedores de servicios de salud. Es el proceso mediante el cual se ayuda a los usuarios a tomar decisiones informadas, voluntarias y confidenciales sobre su fecundidad. En muchas ocasiones, las mujeres, los hombres o las parejas desean retrasar el nacimiento de su primer hijo, espaciar el nacimiento entre ellos, o bien, no tener más hijos. La consejería en planificación familiar ayuda a tomar decisiones no sólo para evitar un embarazo, sino para espaciarlos o limitarlos del todo por motivos personales o de salud.

La consejería se distingue de la promoción y la información en que se centra en las circunstancias individuales y en la toma de decisiones del usuario. La consejería incluye promoción, información y educación, pero cada uno de estos elementos por sí solos no es consejería. El propósito fundamental de la consejería es lograr que, en cada consulta, los individuos y/o las parejas conozcan el derecho que tienen a decidir por sí mismos, de una manera responsable, su vida reproductiva. Cuando ellos eligen personalmente y sin presiones la forma en que desean regular sus embarazos, es más probable que estén satisfechos y que el uso de cualquier método anticonceptivo sea exitoso. (11)

a. **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:**

Se refiere a cualquier acción, instrumento o medicación dirigida a evitar la concepción de un embarazo.

Existen métodos temporales y permanentes.

Los métodos anticonceptivos son eficaces e inocuos para la mayoría de las mujeres cuyo fin es evitar un embarazo no deseado y es efectivo el uso de ellos cuando se lo realiza bajo control de un profesional que educa y supervise su empleo. (12)

Los métodos de planificación familiar que se encuentran disponibles según el manual de la Organización Mundial de la Salud son los siguientes:

Anticonceptivos orales combinados

La principal consecuencia de la administración de estrógeno y gestágeno durante el ciclo menstrual es la supresión de la ovulación al inhibir la síntesis de gonadotrofinas a nivel hipofisario e hipotalámico. Los dos componentes presentan particularidades en su acción anticonceptiva.

El estrógeno inhibe la producción de FSH y así la foliculogénesis y potencia el efecto de los gestágenos.

El gestágeno inhibe la producción de LH y su pico preovulatorio.

Adicionalmente existen otros mecanismos anticonceptivos mediados por las hormonas administradas, estos mecanismos son determinantes en los beneficios no contraceptivos.

El estrógeno estabiliza el endometrio ayudando al gestágeno a mantener el control del ciclo.

El efecto gestagénico sobre el moco cervical, la función tubárica y el endometrio conlleva una dificultad de receptividad de los mismos a los gametos e impide la fecundación.

Debido a que el componente estrogénico potencia la acción anticonceptiva del componente gestagénico (probablemente aumentando el nivel intracelular de receptores de progesterona), sólo se requiere una dosis mínima de estrógenos para mantener la eficacia de los anticonceptivos orales (13)

Píldoras de progestina sola.

En la actualidad, contamos con nuevos gestágenos que son “híbridos” de los anteriores (dienogest) o que proceden de otras moléculas (drospirenona).

Dienogest es un gestágeno que combina las propiedades de la familia de los 19-nortestosterona y los derivados de la progesterona, ejerce actividad antiandrogénica.

Drospirenona (DRSP), que debe sus especiales propiedades a su novedosa estructura molecular, derivada de la 17-alfa-espironolactona. Estas propiedades confieren a la DRSP la capacidad de contrarrestar la estimulación de la aldosterona inducida por los estrógenos, función que, en el ciclo normal, desempeña la progesterona endógena. (14)

Píldoras anticonceptivas de emergencia.

Píldoras que solo contienen una progestina, o una progestina y un estrógeno juntos, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno presentes en el organismo de la mujer.

Las píldoras conceptivas de emergencia a veces reciben el nombre de píldoras “del día después”, “de la mañana siguiente” o anticonceptivos postcoitales.

Funcionan fundamentalmente evitando o retrasando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación). No son efectivas si la mujer ya se encuentra embarazada.

Las píldoras que pueden ser utilizadas como píldoras anticonceptivas de emergencia son:

Un producto especial que contenga la progestina levonorgestrel

Un producto especial que contenga estrógeno y levonorgestrel

Píldoras que contienen progestina sola, con levonorgestrel o norgestrel

Anticonceptivos orales combinados que contienen estrógenos y una progestina (levonorgestrel, norgestrel o noretindrona)

Cuando tomarlas

Lo antes posible después del sexo sin protección. Cuando antes se tomen las píldoras de Emergencia después del sexo sin protección, más posibilidades de evitar el embarazo.

Puede prevenir el embarazo cuando se las toma en cualquier momento dentro de los 5 días posteriores al sexo sin protección.

Inyectables con progestina sola

Cada uno de los anticonceptivos inyectables, acetato de medroxiprogesterona de depósito y enantato de noretisterona contiene una progestina igual a la hormona natural progesterona producida en el cuerpo de la mujer. (Por lo contrario los inyectables mensuales contienen tanto estrógeno como progestina)

No contiene estrógeno, por lo que puede ser utilizado por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.

El acetato de medroxiprogesterona de depósito, el inyectable con progestina sola de mayor uso, es conocido también, como “the shot”, “the jab”, la inyección, Depo, Depo-Provera, Megestron, y Petogen.

El enantato de noretisterona es conocido, también como enantato de noretisterona, Noristerat, Syngestal.

Se administra mediante inyección en el musculo (inyección intramuscular). La hormona se libera entonces lentamente en el flujo sanguíneo. Hay otra formulación de Acetato de medroxiprogesterona que puede inyectarse justo debajo de la piel.

Funcionan fundamentalmente evitando la liberación de óvulos de los ovarios.

Inyectables mensuales

Los inyectables mensuales contienen 2 hormonas, una progestina y un estrógeno, iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno que produce el cuerpo de la mujer. (Los anticonceptivos orales combinados también tienen estos 2 tipos de hormonas.)

También reciben el nombre de anticonceptivos inyectables combinados, AIC, o “la inyección”

La información que se da acá se aplica al acetato de medroxiprogesterona/cipionato de estradiol y el enantato de noretisterona/valerato de estradiol.

El acetato de medroxiprogesterona/cipionato de estradiol se comercializa bajo los nombres comerciales de Ciclofem, Ciclofemina, Cyclofem, Cyclo-Provera, Feminena, Lunella, Lunelle, Novafem, y otros. El enantato de noretisterona /valerato de estradiol se comercializa bajo los nombres comerciales de Mesigyna y Norigynon.

Funcionan fundamentalmente evitando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

Parches combinados

Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, de plástico flexible, que se usa contra el cuerpo

Libera continuamente 2 hormonas- una progestina y un estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer- directamente a través de la piel al torrente sanguíneo.

Se usa un parche nuevo cada semana durante 3 semanas, seguido de una cuarta semana en la que no se usa parche. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación.

También conocido como ortho Evra y Evra.

Actúa fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

Anillo vaginal combinado

Se trata de un anillo flexible que se coloca en la vagina.

Libera 2 hormonas de forma continua- una progestina y un estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógenos producidos en el organismo de la mujer –dentro del anillo. Las hormonas se absorben a través de la pared de la vagina directamente al torrente sanguíneo.

Se mantiene el anillo colocado durante 3 semanas, luego de lo cual se retira a la cuarta semana. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación.

También se llama NuvaRing

Funciona fundamentalmente evitando la liberación de óvulos desde los ovarios (ovulación).

Implantes

Son pequeños cilindros o capsulas de plástico, cada uno del tamaño de un fosforo, que liberan una prostaglandina parecida a la progesterona natural producida por el organismo de la mujer.

Un proveedor específicamente entrenado realiza un procedimiento de cirugía mínima para colocar los implantes debajo de la piel en la cara interna de la parte superior del brazo de una mujer.

No contiene estrógenos, por lo que se lo puede utilizar durante la lactancia y lo puede usar mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógenos.

Hay muchos tipos de implantes:

Jadelle: 2 cilindros, eficaz durante 5 años

Implanon: 1 cilindro, eficaz durante 3 años (hay estudios en curso para ver si dura 4 años)

Norplant: 6 capsulas, la etiqueta indica 5 años de uso (hay estudios de gran tamaño que han encontrado que su eficacia dura 7 años).

Sinoplan: 2 cilindros, eficaz durante 5 años.

Actúa primariamente por:

Espesamiento del mucus cervical (esto bloquea los espermatozoides, no permitiéndoles llegar al ovulo)

Distorsión del ciclo menstrual, evitando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

Dispositivo intrauterino de cobre.

El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre es un pequeño armazón de plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre. Un proveedor con entrenamiento específico lo inserta en el útero de la mujer por vía vaginal, atravesando el cuello uterino o cérvix.

Casi todos los tipos de DIU llevan atados uno o dos hilos, o hebras. Los hilos atraviesan el cérvix y quedan colgando en la vagina.

Funcionan fundamentalmente provocando una modificación química que daña al espermatozoide y al óvulo antes de su unión. (15)

Dispositivo intrauterino con levonorgestrel.

El dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU LNG) es un dispositivo intrauterino anticonceptivo de plástico en forma de T (DIU) que libera levonorgestrel, una hormona progestérgica, en el útero, a una dosis de 20 µg por día durante cinco años. El DIU LNG previene el embarazo al espesar el moco cervical, inhibir la motilidad del espermatozoide y suprimir el crecimiento de la pared uterina. (16)

Esterilización femenina.

La ligadura tubaria (esterilización femenina, salpingólisis tubaria, salpingoclasia) es el método utilizado con más frecuencia a escala mundial para la regulación de la fecundidad.

La salpingectomía parcial: el método de Pomeroy es el más utilizado; consiste en atar la base de una pequeña asa de trompa y extirpar su segmento superior. Es segura y fácil de aprender.

Las grapas bloquean la trompa llevando a la fibrosis por falta de irrigación. Se utilizan durante la laparoscopia. Requieren de un aplicador especial.

Los anillos de silicona también bloquean mecánicamente las trompas. Se coloca estirado, y cuando se suelta comprime la trompa. El más utilizado es el de Yoon.

La electrocoagulación: puede ser unipolar o bipolar. Este método emplea corriente eléctrica para coagular o quemar una pequeña porción de las trompas de Falopio. La unipolar es poco utilizada por el riesgo de lesiones de órganos vecinos. La bipolar, en cambio, es más segura pero un poco menos eficaz (17)

Vasectomía.

Consiste en interrumpir el paso de los espermatozoides a través del conducto deferente, para ello se han de aislar y ocluir dichos conductos, para lograrlo pueden emplearse diferentes técnicas quirúrgicas y habitualmente se realiza bajo anestesia local.

Como en cualquier otro método anticonceptivo se valora la eficacia por la ausencia de embarazo, y se estima que la tasa de fallos de la vasectomía es inferior al 1% en términos generales y según la OMS.

Para lograr la discontinuidad de los conductos se pueden aplicar diferentes técnicas:

Escisión de una pieza de conducto deferente y ligadura con suturas o clips.

La interposición de tejido para prevenir una posible recanalización.

Cauterización de la luz del conducto (18)

Condomes masculinos.

El preservativo masculino o condón, es una funda delgada de látex que se coloca en el pene erecto. Su función es evitar el embarazo, pero a diferencia de otros métodos anticonceptivos, como las pastillas o el DIU, el preservativo protege del contagio de las enfermedades de transmisión sexual, sobre todo del virus HIV. También protege del cáncer de cuello uterino.

El preservativo constituye una barrera física que impide que los espermatozoides (semillas masculinas), entren en la vagina. También sirve de barrera contra los microorganismos infecciosos, ya que evita el contacto directo entre los fluidos femeninos y masculinos. (19)

Condomes femeninos.

El preservativo femenino es una vaina lubricada usada por la mujer dentro de su vagina durante la relación sexual. Puede ser de poliuretano o de plástico. El preservativo femenino actúa como barrera frente a los espermatozoides y a las enfermedades de transmisión sexual, pues cubren y protegen completamente la vagina. El preservativo femenino tiene dos anillos, uno a cada extremo. Un anillo está en el extremo cerrado de la vaina o preservativo, y se coloca en el interior de la vagina. El otro anillo, está en el extremo abierto del preservativo o vaina, y se coloca en el extremo exterior de la vagina. En la cara interna del preservativo femenino hay un lubricante con base de siliconas, pero hay otro lubricante

adicional que viene con el preservativo. El preservativo femenino brinda protección frente al embarazo y en menor grado frente a las enfermedades de transmisión sexual. (20)

Espermicidas.

Los espermicidas se hace referencia a un tipo de barrera química que tiene como principal función matar o inmovilizar rápidamente los espermatozoides al contacto y hacerlos incapaces de fecundar el oocito; éstos no deben ser agentes irritantes de la mucosa vaginal ni del pene, y tampoco deben presentar efectos adversos en el desarrollo embrionario.

Los productos espermicidas se consiguen en diferentes presentaciones como espumas, geles, cremas, películas, esponjas y supositorios.

Se debe aclarar que, como cualquier otro método de barrera, su efectividad depende de la habilidad que se tenga para utilizarlos y de la responsabilidad al manejarlos (21)

Metodos basados en el conocimiento de la fertilidad.

“Conocimiento de la fertilidad” significa que la mujer sabe darse cuenta cuándo empieza y termina el período fértil de su ciclo menstrual.(El período fértil es cuando ella puede quedar embarazada.) Algunas veces recibe el nombre de abstinencia periódica o planificación familiar natural.

La mujer puede usar varias maneras, solas o combinadas, para decircuándo comienza y termina su período fértil.

Los métodos basados en el calendario

Implican llevar la cuenta de los días del ciclo menstrual a fin de identificar el comienzo y la finalización del período fértil. – Ejemplos: Método de Días estándar y método del Ritmo de calendario.

Los métodos basados en los síntomas

Dependen de la observación de los signos de fertilidad.

Secreciones cervicales: Cuando la mujer ve o percibe secreciones cervicales, podría encontrarse fértil. Puede que perciba solamente cierta leve humedad vaginal.

Temperatura corporal basal (TCB): La temperatura del cuerpo de la mujer en descanso se eleva levemente después de la liberación de un óvulo (ovulación), cuando puede quedar embarazada. Su temperatura se mantiene elevada hasta el comienzo de su siguiente menstruación.

Ejemplos: Método de Dos días, método TCB, método de la ovulación (también conocido como método Billings o método de la Mucosa Cervical) y el método de síntomas y temperatura

Funcionan, en primer término, ayudando a la mujer a saber cuándo puede quedar embarazada. La pareja previene el embarazo evitando el sexo vaginal sin protección durante esos días fértiles en general absteniéndose o utilizando condones o un diafragma. Algunas parejas utilizan espermicidas o el retiro, pero estos están entre los métodos menos eficaces.

Método	Embarazos cada 100 mujeres en el correr del primer año
métodos basados en el calendario	
Método de días estándar	5
Método de ritmo calendario	9
Métodos basados en los síntomas	
Método de dos días	4
Método de la Temperatura corporal basal	1
Método de la ovulación	3
Método de síntomas y temperatura	2

El retiro.

El hombre retira su pene de la vagina de su compañera y eyacula fuera de la vagina, manteniendo el semen alejado de los genitales externos de la mujer

Se lo conoce también como coitus interruptus o “marcha atrás.” Actúa haciendo que el semen no ingrese al cuerpo de la mujer.

Método de amenorrea de la lactancia.

Un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad (“lactancia” significa que está relacionado a amamantar. “Amenorrea” significa no tener menstruación.)

El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) requiere 3 condiciones. Las 3 condiciones deben cumplirse:

“Pecho exclusivo” incluye tanto la alimentación sólo en base a pecho (el bebé no recibe ningún otro tipo de líquido o alimento, ni siquiera agua, aparte de la leche materna) como el pecho casi exclusivo (el bebé recibe ocasionalmente vitaminas, agua, jugo de fruta u otros nutrientes, además de la leche materna).

“Pecho casi exclusivo” significa que el bebé recibe algo de líquido o alimento además de la leche materna, pero la mayoría de las ingestas (más de tres cuartos de todas las ingestas) son de leche materna.

Funciona básicamente al impedir que los ovarios liberen óvulos (ovulación). El dar pecho con frecuencia impide que se liberen las hormonas naturales que estimulan la ovulación temporalmente. (15)

Criterios médicos de elegibilidad para el MELA.

No hay condiciones médicas que restrinjan el uso de la amenorrea de lactancia como método anticonceptivo y no hay evidencia de que tenga un efecto negativo sobre la salud de la mujer. Sin embargo, ciertas condiciones que afectan la lactancia pueden afectar la duración de la amenorrea limitando su utilidad como anticonceptivo:

Infección por VIH: las mujeres VIH positivas deben ser informadas del riesgo de transmisión al lactante y de las alternativas para alimentarlo, de modo que puedan hacer una elección informada.

Uso de medicamentos: No se recomienda amamantar a las mujeres que están usando drogas como: anti-metabolitos, bromocriptina, ciertos anticoagulantes, altas dosis de corticosteroides, ciclosporina, ergotamina, litio, drogas radioactivas, reserpina y drogas que modifiquen el ánimo.

Condiciones del recién nacido: como deformaciones de la boca, mandíbula o paladar, prematuridad o requerimiento de cuidados neonatales intensivos, y ciertos trastornos metabólicos que pueden hacer difícil la lactancia. (22)

La eficacia de los métodos anticonceptivos:

Si 100 mujeres utilizan cada método durante un año, ¿cuántas saldrían embarazadas?

Esterilización masculina Menos de 1

Esterilización femenina Menos de 1

Implanon Menos de 1

DIU de cobre Menos de 1

DIU de progestina Menos de 1

Inyectable de Progesterona trimestral 0-3

Anillo anticonceptivo 0-8

Píldoras anticonceptivas 0-8

Parche anticonceptivo 0-8

Condón (masculino) 2-15 Condón (femenino) 5-21

Retiro 27

Espermicidas 18-29

Ningún método 85 (23)

2.7 CONDUCTAS EN SALUD SEXUAL

Llamamos así a todas las actitudes que toman las mujeres para proteger su salud, la de su pareja y su entorno; tanto en su prácticas sexuales como en sus embarazos, tanto física como psíquica, mediante una toma de conciencia previa de situaciones que pueden afectar su integridad su salud sexual y reproductiva. Ej. Embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, mal uso de algún método anticonceptivo, embarazos sin control.

Consideraciones en cuanto a las conductas.

En el ser humano, el instinto sexual asegura la continuidad de la especie a través de la unión sexual y el embarazo consecutivo. Pero la civilización tiene sus normas al respecto, que actúan como un mandato impuesto desde la infancia, regulando en forma más o menos estricta la conducta de los individuos de ambos sexos en esta área. Estas normas proviene de muy atrás en la historia de la civilización y han sido el interés prioritarios de aquellos

hombres-Sabios y Profetas- que sentaron las bases de una cultura basada en principios saludables, para el bien de la especie y su progreso moral y espiritual. Reglas como la prohibición del incesto, la castidad, la creación de la familia, la protección de la descendencia, la condena de la homosexualidad, tienen de algún modo a diferenciar al ser humano del resto de los animales superiores, racionalizando su conducta en lugar de dejarla librada al juego de sus instintos.

La madurez psicosexual de la mujer y la inmadurez afectiva tanto del hombre como de la mujer han llevado a la sociedad moderna a enfrentarse con la problemática de los abortos espontáneos, de trastornos en los embarazos, el parto en las adolescentes y de la falta de compromiso de hacerse cargo de la situación; donde ambos miembros de la pareja son responsables. Por todo esto las sociedades deben procurar que las normas morales restrinjan el comienzo de la vida sexual por algunos años más.

Según la religión católica se debe llevar a cabo un noviazgo para lograr una madurez en la pareja exigiendo una edad mínima para contraer matrimonio a fin de asegurar que el hijo inaugure la formación de la familia responsable y con capacidad de auto sustento, con posibilidades sociales y económicas de constituir una verdadera familia. Y mucho tiene que ver la familia de origen de cada uno, los padres debemos también hacer cumplir estas normas morales respetando a la sociedad y a nuestras creencias religiosas.

Sea cual fuere la significación de la sexualidad, se dice que el derecho a procrear es fundamental, básico inherente a la supervivencia misma de la persona pero este derecho no se ejerce sino se respetan las exigencias esenciales del niño por nacer y las del cuerpo social, porque la procreación individual es reproducción del cuerpo social y el niño a de ocupar un lugar en él.

Diferenciación sexual Es el proceso de diferenciación que determina la formación de un varón o una mujer, trasciende lo biológico y se adentra en la identificación de su sexo condicionando una serie de conductas acordes con las expectativas, valores, normas y roles culturales del grupo que lo recibe. Luego a lo largo de la vida el individuo va adquiriendo ideas, creencias, conocimientos, valores, normas, pautas que su medio ambiente social y familiar ha creado en función de su identidad sexual que se completara al finalizar la adolescencia.

La relación sexual

“La respuesta sexual humana es una consecuencia ordenada y racional de acontecimientos fisiológicos cuya meta consiste en preparar los cuerpos de dos miembros del sexo opuesto para que se cumpla la reproducción de la especie”. (24)

La necesidad de Planificación Familiar

La falta de servicios de planificación familiar tiene un impacto directo en la salud materno-infantil, la pobreza, la educación y la igualdad de género. Los indicadores socioeconómicos de Guatemala, entre algunos de los peores de América Latina, muestran este efecto: Existen altas tasas de fecundidad entre las mujeres y las niñas adolescentes. **La mujer guatemalteca promedia tiene 4.1 hijos** (la media mundial en 2010 fue de 2,5), mientras que **el 20% de las mujeres guatemaltecas tienen un promedio de 6 hijos**. En contraste, las mujeres guatemaltecas informan de su número ideal de hijos como 3,3. (Banco Mundial, 2008; Guttmacher Institute, 2006; Population Reference Bureau, 2011)

El 28% de las mujeres en edad reproductiva tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar. (Population Reference Bureau, 2009).

Más del 50% de los embarazos en América Latina entre las edades de 15 y 44 no son planeados. Satisfaciendo la necesidad de la mujer de una familia moderna podría reducir este número en un 67%. (Guttmacher Institute, 2010)

Un análisis reciente estima que asegurar el acceso a planificación familiar podría **reducir las muertes maternas en hasta un 35%**, las muertes de recién nacidos hasta en un 10%-20%, y los abortos inseguros en los países en desarrollo en un 70%. (25)

III. OBJETIVOS

3.1 General:

- 3.1.1** Identificar la insatisfacción en los métodos de planificación de las mujeres puérperas que asistieron a la atención de su parto en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

3.2 Específicos:

- 3.2.1** Conocer el perfil epidemiológico (edad, estado laboral, escolaridad, estado civil, paridad) de las mujeres puérperas que asistieron a la atención de su parto en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- 3.2.2** Conocer que método de planificación familiar con el que no cuenta el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es el que más desearían utilizar las mujeres puérperas que asistieron a la atención de su parto en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- 3.2.3** Conocer que método de planificación familiar existente en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es el que más utilizan las mujeres puérperas que asistieron a la atención de su parto en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal descriptivo.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Mujer puérpera que recibió la información por medio del video realizado por el Dr. Gerson Alvarado de los métodos de planificación familiar en base a la OMS, durante su estancia en el servicio de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el período de enero a diciembre de 2014.

4.2.1 POBLACION O UNIVERSO

Muestra para población infinita

4.2.2 MUESTRA

$$N = \frac{Z^2 (PQ)}{D^2}$$

D²

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.5 \times 0.5)}{(0.05)^2}$$

$$N = \frac{3.8416 \times 0.25}{0.0025}$$

N: 384

4.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Mujer que se encuentra en la unidad de postparto y que recibió la información de los métodos de planificación familiar disponibles a nivel nacional a través del video realizado por el Dr. Gerson Alvarado de los métodos de planificación familiar en base a la OMS, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

4.4 SELECCIÓN DE SUJETOS A ESTUDIO:

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION

Paciente que se encuentra en la unidad de postparto y que vieron el video de planificación familiar realizado por el investigador de los métodos de planificación familiar en base a la OMS

Paciente post cesárea en su segundo y tercer día de puerperio.

Pacientes que desean planificación familiar.

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes que no vieron el video de planificación familiar realizado por el investigador, de los métodos de planificación familiar en base a la OMS en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Paciente post cesárea en su puerperio inmediato.

Paciente que no desean planificación familiar.

4.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Paciente puérpera que vio el video de planificación familiar realizado por el Dr. Gerson Alvarado de los métodos de planificación familiar en base a la OMS en el servicio de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el período de enero a diciembre de 2014.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Edad en años al momento del diagnóstico de la paciente registrada en la historia clínica	Cuantitativa	Razón
Genero	Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres	Son grupos de especies en la cual se puede dividir una de otras por distintas característica como por ejemplo, masculino y femenino	Cualitativa	Nominal
Planificación familiar	Conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas para el control de la reproducción	Distintos métodos por el cual una mujer o un hombre puede decidir cuántos hijos desea en su vida	Cualitativa	Nominal
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender.	Nivel educativo de las puérperas	Cualitativa	Nominal
Necesidad	Es lo que resulta indispensable para vivir en un estado de salud plena.	Todo lo que se necesita para llevar una vida plena	Cualitativa	Nominal

4.6 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS DE INFORMACIÓN

4.6.1 TECNICA

Se presentó un video y se realizó una encuesta y se tomó la información necesaria para la realización de los análisis necesarios.

4.6.2 PROCEDIMIENTOS

A todas las pacientes que se encontraba en su puerperio mediato en el servicio de post parto se les colocó en la televisión del servicio el video de los métodos de planificación que existen para que luego contestaran una encuesta la cual llenaron con la finalidad de encontrar el método de planificación que deseaba la paciente y con el que no cuenta la institución para poder conocer la insatisfacción de los métodos de planificación familiar. Antes de llenar la encuesta de recolección de datos, se les explicó que los datos que coloquen solo se utilizaran para fines estadísticos.

4.6.3 INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó para recolectar los datos de información era una encuesta realizada por el investigador. En el cual se incluían los siguientes aspectos: Fecha, edad, estado laboral, escolaridad, estado civil, gestas, métodos de planificación que le gustaría llevar de todos los métodos de planificación que existen, que método de planificación familiar que hay en el IGSS desea llevar.

4.7 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

4.7.1 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

A los datos que se obtuvieron en la encuesta se le aplicara regla de 3 para poder identificar el nivel de insatisfacción que hay en los métodos de planificación con los que cuenta el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, luego se identificó que métodos de planificación con los que no cuenta el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social son los que más deseaban las pacientes.

4.7.2 PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Debido a que la investigación es de carácter descriptiva todos los resultados se tabularon para evidenciar el porcentaje de insatisfacción que hay en los métodos de planificación familiar.

4.8 ALCANCES Y LIMITES DE LA INVESTIGACION

4.8.1 ALCANCES

Lo que se deseaba alcanzar con este estudio es identificar los métodos de planificar con los que no cuenta el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y así poder hacer los tramites necesarios para incluirlos en el listado básico de medicamentos y poder bajar el porcentaje de insatisfacción en los métodos de planificación familiar.

4.8.2 LIMITES

Los límites que se encontraron fueron con las pacientes que por motivos personales no quisieron que se les realizara la encuesta o por motivo de dolor del puerperio no quisieron recibir la información del video realizado por el investigador.

4.9 ASPECTOS ETICOS

Se trata de un estudio Categoría I ya que no implicó riesgo para las pacientes y se utilizaron técnicas observacionales, no se realizó ninguna intervención directa en la evolución y tratamiento.

V. RESULTADOS

TABLA No. 1

EDAD DE LAS MUJERES PUÉRPERAS

Edad (años)	Número	Porcentaje
15-20 años	16	3
21-25 años	200	40
26-30 años	176	35
31-35 años	56	11
36-40 años	48	9
Más de 40 años	8	2
Total	504	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

TABLA No. 2

ESTADO LABORAL DE LAS MUJERES PUÉRPERAS

Afiliada/no afiliada	Total	Porcentaje
Afiliadas	312	62
No afiliadas	192	38
Total	504	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

TABLA No. 3

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES PUÉRPERAS

Escolaridad	Total	Porcentaje
Ninguno	8	2
Primaria	136	27
Secundaria	288	57
Universitaria	72	14
Total	504	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

TABLA No. 4

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES PUÉRPERAS

Estado civil	Total	Porcentaje
Soltera	64	13
Casada	248	49
Unida	176	35
Separada	16	3
Total	504	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

TABLA No. 5

PARIDAD DE LAS MUJERES PUÉRPERAS

Hijos	Total	Porcentaje
Primigestas	232	46
Multigestas	272	54
Total	504	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

TABLA No. 6

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN QUE DESEAN LAS MUJERES PUÉRPERAS

Métodos de Planificación	Total	Porcentaje
Inyectables Mensuales	88	58
Implantes	64	42
Total	152	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

TABLA No. 7**MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN**

Métodos de Planificación	Total	Porcentaje
Anticonceptivos Orales Combinados	26	5
Inyectables con Progestina sola	186	38
Dispositivo Intrauterino con cobre	90	18
Esterilización femenina	74	14
Condomes masculinos	68	13
Método Natural	50	10
Amenorrea por Lactancia	10	2
Total	504	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

TABLA No. 8**INSATISFACCIÓN EN LA OBTENCIÓN DE UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN DE LAS PUÉRPERAS**

Satisfacción/Insatisfacción	Total	Porcentaje
Satisfacción	352	70
Insatisfacción	152	30
Total	504	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

VI. DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Los rangos de edades de las mujeres que más consultaron al el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para atención del parto están comprendidas entre los 20 y 30 años, esto podría deberse a que es la edad en donde las mujeres son sexualmente activas, aunque también hay mujeres adolescentes en quien hay que brindarle una buena consejería de control prenatal por el riesgo de embarazos no deseados y también de enfermedades de transmisión sexual.

La mayor cantidad de paciente es afiliada por lo que se podría dar un seguimiento extenso en relación a un método de planificación y así poder espaciar los embarazo adecuadamente.

Se puede observar que la mayoría de mujeres puérperas tienen un grado de escolaridad adecuada a quienes se les puede brindar mayor información en relación a la planificación familiar o se les puede brindar instrucciones específicas para un buen método de planificar, además la cantidad de mujeres analfabetas son pocas siendo en este estudio la menor cantidad.

El mayor porcentaje de mujeres puérperas son mujeres casadas por lo que se debe brindar un adecuado método de planificación para espaciar sus embarazos ya que son sexualmente activas y el riesgo de un siguiente embarazo no deseado y de una planificación insatisfecha es mayor.

La mayoría de mujeres puérperas son multíparas por lo que es importante brindar un método de planificación que se adapte a su vida cotidiana para obtener un buen resultado de estos métodos y evitar los embarazos no deseados y lograr una satisfacción de los métodos de planificación.

Los métodos con los que no cuenta el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social pero con los que desean planificar las pacientes puérperas están los inyectables mensuales y los implantes, por lo que su planificación familiar es insatisfecha ya que no se le puede brindar dicho método por no estar en el listado básico de medicamentos.

Los inyectables con progestina es el método que más llevan las mujeres puérperas esto podría ser porque es el método que ya han utilizado anteriormente o es lo método que menos control debe llevar ya que se coloca cada 3 meses además podría deberse a que es

un método que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social le ha brindado anteriormente pero no es el método que desean por lo que se estaría obteniendo una necesidad insatisfecha desde planificaciones anteriores.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 El método que más le gustaría utilizar a la puérpera y con el que no cuenta el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es el de inyectables mensuales en un 58 %.
- 6.1.2 El método de planificación que más han utilizadas las puérperas en un 38 % es el de progestina sola.
- 6.1.3 El rango de edad de las puérperas está comprendido entre los 20 y 30 años, siendo estos el 75 % de las pacientes.
- 6.1.4 El grado de insatisfacción de los métodos de planificación con los que cuenta el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es del 30 %.
- 6.1.5 Los métodos de planificación familiar con los que no cuenta el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y que las puérperas hubieran deseado llevar son el de inyectables mensuales en un 58 % y los implantes en un 42 %.
- 6.1.6 Más de la mitad de puérperas cursaron como mínimo la secundaria.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Implementación de los métodos de planificación familiar con los que no cuenta el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; inyectables mensuales e implantes para poder cubrir la insatisfacción en los métodos de planificación.
- 6.2.2 Brindar charlas de los beneficios, ventajas y desventajas de los métodos de planificación para que las mujeres que desean llevar un método de planificación utilicen el que más se adecue a ellas.
- 6.2.3 Capacitación del residente de primer año que este cursando en el servicio de post parto para que brinde una charla a las púerperas sobre los métodos de planificación.
- 6.2.4 Actualizar los trifolios existentes de los distintos métodos de planificación familiar.
- 6.2.5 Crear un libro de “dudas en planificación familiar” y así poder explicar específicamente sobre el método de planificación familiar que le generó dudas y brindar una atención especializada.
- 6.2.6 Que esta investigación sirva como base para una investigación en donde se evidencie la insatisfacción de los métodos de planificación en relación a las diferentes edades, profesión, escolaridad, estado civil, religión etc, de las mujeres que utilicen los servicios del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. <http://portal.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondelaSalud/PlanificacionFamiliar/OtrasPublicaciones/GUIA%20Final30Enero10.pdf>
2. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable Una respuesta necesaria; 2002
3. - Smith, Emily J. Salud Reproductiva. Al hablar de la sexualidad se promueve la salud sexual: Disponible en: [www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v 21-4/](http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v21-4/). Consulta 5 de diciembre 2007
4. Calandra, Dante Gurucharri, Carlos. "Ginecología Antropológica", Una visión Integral de la mujer en la consulta Ginecológica. Librería-Editorial AKADIA, Buenos Aires Argentina 1991
5. Manuel García Ferrer. Revista Ser Padres Hoy Editorial GF García Ferrer. Agosto 1997.
6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS www.pediatraldia.cl Consulta 13 septiembre 2006
7. Lic. León Gindin, La sexualidad responsable. Revista 13/20 Anticonceptivos. Buenos Aires. 1998.
8. Red Nacional por la Salud de la Mujer. (Autores Varios). "Hecho en Red" por la salud de la mujer. Ed. Dunken. 2001
9. Raymundo Damasceno Assis. Acerca de la Ética. Sociedad Bíblica Argentina. Primera reimpresión, Junio de 1999
10. Organización Mundial de la Salud Planificación Familiar Nota descriptiva N°351 Mayo de 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
11. Guías Nacionales de Planificación Familiar. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala, Edición 2009
12. Clínica de Planificación familiar <http://www.aprofam.org.gt/servicios-medicos/consultas/planificacion-familiar/>
13. Sánchez Borrego R. "GUIA DE PRACTICA EN ANTICONCEPCION ORAL" Editora Emisa, 2003, San Sebastián de los Reyes Madrid. Pág. 36.
14. Sánchez Borrego R. "GUIA DE PRACTICA EN ANTICONCEPCION ORAL" Editora Emisa, 2003, San Sebastián de los Reyes Madrid. Pág. 35-6.

15. Manual de la Organización Mundial de la Salud sobre Planificación Familiar.
<http://es.scribd.com/doc/2197459/Manual-OMS-Planificacion-Familiar>
16. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones de la Organización Mundial de la Salud (RHR/OMS) y la Facultad de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg/Centro para los Programas de Comunicación (CCP). Family Planning: A Global Handbook for Providers. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2007.
17. Gomez L. "GUIA PRACTICA CLINICA, ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA" Editora OSECAC, 2012, Argentina. Pág. 4.
18. Quesada Moreno M. "ANTICONCEPCION QUIRURGICA MASCULINA: VASECTOMIA" Sociedad Española de Contracepción 2013. Alicante España. Pág. 1-3.
19. Dreyer C, et al. "PLANIFICACIÓN FAMILIAR. EN PROFAM: PROGRAMA DE EDUCACIÓN A DISTANCIA DE MEDICINA FAMILIAR" E. Rubisntein. Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires . 1997. Pag. 1
20. <http://web.ssaver.gob.mx/equidaddegeneroy saludrep/files/2015/03/Preservativos-Femeninos.pdf>
21. Uribe Clavijo M. "ESPERMICIDAS: UNA ALTERNATIVA DE ANTICONCEPCION PARA CONSIDERAR" Antioquia, Medellín, Colombia 2012. Pág. 134
22. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. "ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA" Chile 2016, pag. 1
23. Trussell J. "CONTRACEPTIVE EFFICACY". En Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Steward, F, Kowal D. Contraceptive Technology: Nineteenth Revised Edition. Nueva York NY: Ardent Media, 2007.
24. Italo F. Gastaldi-Julio Perelló, "SEXUALIDAD", Una educación sico-sexual centrada en la persona. Ediciones Don Bosco Argentina, Primera Reimpresión 1996
25. Fundacion ALAS Programa de Planificacion Familiar.
<http://wingsguate.org/es/que-hacemos/planificacion-familiar/89-que-hacemos/117-family-planning-program-2>

VIII. ANEXOS

8.1 ANEXO No. 1:

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA No _____

Universidad de San Carlos de Guatemala
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Maestría de Ginecología y Obstetricia

Le agradecería que contestara la siguiente encuesta. La información que usted aporte es muy importante para desarrollar una investigación sobre; Planificación Familiar una necesidad Insatisfecha.

La encuesta es anónima.

Marque con una X o responda la pregunta que se re realizan a continuación.

- | | |
|-------------------|--------|
| 1. Fecha | 2 Edad |
| 2. Estado Laboral | |
| Afiliada | |
| Beneficiaria | |
| 3. Escolaridad | |
| Ninguno | |
| Primaria | |
| Secundaria | |
| Universitaria. | |
| 4. Estado civil | |
| Soltera | |
| Casada | |
| Unida | |
| Separada | |
| Otro _____ | |

5. Cuantos hijos tiene _____

6. ¿Enumere los 5 métodos de planificación familiar que le gustaría llevar si hubieran todos en el IGSS?

- Anticonceptivos orales combinados _____
- Píldoras de progestina sola _____
- Píldoras anticonceptivos de emergencia _____
- Inyectables con progestina sola _____
- Inyectables mensuales _____
- Parches combinados _____
- Anillo vaginal combinado _____
- Implantes _____
- Dispositivo intrauterino con cobre _____
- Dispositivo intrauterino con levonorgestrel _____
- Esterilización femenina _____
- Vasectomía _____
- Condones masculinos _____
- Condones femeninos _____
- Diafragmas _____
- Espermicidas _____
- Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad _____
- El retiro _____
- Amenorrea por lactancia _____

7. Que método de planificación familiar que hay en el IGSS desea llevar

- Inyectable con progestina sola _____
- Dispositivo intrauterino con cobre _____
- Esterilización femenina _____
- Condones masculinos _____
- Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad _____
- Amenorrea por lactancia _____

Gracias por su colaboración.

PERMISO DE AUTOR

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **PLANIFICACIÓN FAMILIAR, UNA NECESIDAD INSATISFECHA**, 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.