

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



**CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL**

JULIO SAMUEL PEREZ ESTRADA

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.01.146.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Julio Samuel Pérez Estrada

Carné Universitario No.: 200012060


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: **CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL.**


Que fue asesorado: Dr. Alejandro Berganza Msc.

Y revisado por: Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzmán MSc.

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

Guatemala, 24 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

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Ciudad de Guatemala 28 de Septiembre de 2016

Doctor

Edgar Fernando Chinchilla

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Nacional de Escuintla

Presente.

Respetable Dr.:

Por este medio informo que he **asesorado** a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **Julio Samuel Pérez Estrada** *carne* 200012060, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula "**Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres en edad fértil**".

Luego de la **asesoría**, hago constar que el Dr. **Pérez Estrada**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Alejandro Berganza MSc.

Asesor de Tesis

Alejandro J. Berganza O.
Ginecologo y Obstetra
Colegiado 12,527

Ciudad de Guatemala 30 de Septiembre de 2016.

Doctor

Edgar Fernando Chinchilla MSc

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Nacional de Escuintla

Presente.

Respetable Dr. :

Por este medio informo que he **revisado** a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **Julio Samuel Pérez Estrada**, **carne 200012060**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula "**Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres en edad fértil**".

Luego de la **revisión**, hago constar que el Dr. **Pérez Estrada**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

DR. EDGAR F. CHINCHILLA G.
GINECOLOGO
COLEGIADO No. 8434

Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzmán MSc
Revisor de Tesis

INDICE

I Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	4
III. Objetivos.....	35
IV. Material y Métodos	36
V. Resultados	42
VI. Discusión y Análisis.....	54
6.1 Conclusiones.....	57
6.2 Recomendaciones.....	58
VII. Referencia Bibliográfica.....	59
VIII. Anexos.....	61

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Frecuencia de Edad.....	42
Tabla No. 2 Estado civil de mujeres en edad fértil	43
Tabla No. 3 Escolaridad de mujeres en edad fértil.....	44
Tabla No. 4 Ocupación de mujeres en edad fértil.....	45
Tabla No. 5 Etnia de mujeres en edad fértil.....	46
Tabla No. 6 Procedencia de mujeres en edad fértil.....	47
Tabla No. 7 Mujeres en edad fértil que ha recibido información de métodos anticonceptivos	48
Tabla No. 8 Lugar donde han recibido información de métodos Anticonceptivos.....	49
Tabla No. 9 Métodos anticonceptivos más conocidos	50
Tabla No. 10 Mujeres en edad fértil que está utilizando algún método anticonceptivo	51
Tabla No. 11 Métodos anticonceptivos que estén utilizando mujeres en edad fértil	52
Tabla No. 12 Conocimiento sobre funcionamiento y efectividad del método anticonceptivo utilizado.....	53

INDICE DE GRAFICAS

Grafica No. 1 Frecuencia de Edad.....	42
Grafica No. 2 Estado civil de mujeres en edad fértil	43
Grafica No. 3 Escolaridad de mujeres en edad fértil.....	44
Grafica No. 4 Ocupación de mujeres en edad fértil.....	45
Grafica No. 5 Etnia de mujeres en edad fértil.....	46
Grafica No. 6 Procedencia de mujeres en edad fértil.....	47
Grafica No. 7 Mujeres en edad fértil que ha recibido información de métodos anticonceptivos.....	48
Grafica No. 8 Lugar donde han recibido información de métodos Anticonceptivos.....	49
Grafica No. 9 Métodos anticonceptivos más conocidos	50
Grafica No. 10 Mujeres en edad fértil que está utilizando algún método anticonceptivo	51
Grafica No. 11 Métodos anticonceptivos que estén utilizando mujeres en edad fértil	52
Grafica No. 12 Conocimiento sobre funcionamiento y efectividad del método anticonceptivo utilizado.....	53

RESUMEN

Título: Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres de edad fértil

Antecedentes: El uso de métodos de planificación familiar contribuye a disminuir el índice de natalidad en nuestro país, el cual para 1998 fue de 5.8%. Algunos autores opinan que los métodos de planificación familiar proporcionan beneficios para la salud

Objetivo Determinar los conocimientos y uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres en edad fértil que acude a consulta externa del Hospital Regional de Escuintla, durante el periodo de Enero 2014 a Diciembre 2014.

Diseño: Estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo

Población: Todas las pacientes que acudieron a consulta externa de Ginecología y obstetricia del Hospital de Escuintla durante el año 2014. Se hallaron 495 pacientes en edad fértil, datos obtenidos de una encuesta guiada a las pacientes, realizando entrevista a las mismas que asistieron a la consulta externa del Hospital Regional de Escuintla durante el periodo del estudio. **Resultados:** se determinó que el 84% de las pacientes están informadas sobre los diferentes métodos de planificación, sin embargo el 80% refirió no utilizarlos, así mismo se identifica el método de planificación más utilizado con un 48% siendo este el inyectable, **Conclusiones:** Sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos se reflejó que la mayoría de pacientes encuestadas refirieron conocer sobre métodos anticonceptivos, sin embargo la mayoría no utiliza los mismos. Las características socioculturales halladas en el estudio indican un porcentaje de más del 50% del total de pacientes son de baja escolaridad razón por la que se considera el hallazgo de no utilizar métodos de planificación familiar estudio compatible con otros estudios realizados en Guatemala.

I. INTRODUCCION

La planificación familiar ha sido el derecho que tienen las parejas de decidir libre y responsablemente cuántos hijos desean tener y cuando tenerlos, siendo uno de los derechos de las mujeres y por lo tanto un tema muy útil en la actualidad.

El uso de métodos de planificación familiar contribuye a disminuir el índice de natalidad en nuestro país, el cual para 1998 fue de 5.8%. Algunos autores opinan que los métodos de planificación familiar proporcionan beneficios para la salud. (Peláez, 1998)

Las estadísticas de Guatemala, según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, muestran una tasa de Mortalidad Materna de 248 muertes por 100,000 nacidos vivos; esto significa que la mortalidad se encuentra elevada por factores de riesgo que tienen nuestras mujeres como la multiparidad, mala nutrición de la madre, bajo nivel económico, bajo nivel educativo; lo cual es mayor en las áreas rurales de nuestro país. (Suarez Maddalen, 2004)

En la actualidad, unos ochenta países han adoptado programas de planificación familiar; la Organización Mundial de la Salud (OMS) patrocina programas de investigación sobre anticoncepción y planificación familiar y ha ayudado a muchos de ellos a organizar y fomentar dichos programas.

En nuestro país se han realizado seis estudios sobre el tema, se hace referencia a tres de estos: El primero, en el Hospital de Chimaltenango en 1994, sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas del uso de métodos de planificación familiar evidenciando que el 92.2% de la muestra conoce sobre los métodos, pero el 68.8% no los usan. (Iniciativa de salud de los pueblos indígenas de Guatemala, Organización Panamericana de Salud. Oficinas Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud,, 1998)

El segundo estudio se realizó en una aldea del municipio de Sanarate, el cual encontró que la población tiene conocimiento sobre los métodos pero a pesar de existir este conocimiento no se aplica.

El último estudio realizado sobre el tema fue en el municipio de San Pedro Ayampuc, el cual evidencio que 57% de la muestra estudiada conoce sobre los métodos anticonceptivos, pero solo el 30.5% de ellos, los ha utilizado. (Conocimiento actitudes

y prácticas de métodos anticonceptivos en una comunidad indígena San Pedro Ayampuc., 1995)

Estudio realizado por Fernández y Colegas en el año 2009 en Argentina se analizó una muestra representativa de 5140 historiales clínicos en el hospital materno infantil Dr. Joel Valencia de los cual se concluyó que la opción por preferencia es la anticoncepción hormonal con un 39% seguida de esterilización quirúrgica 21% ocupando en tercer lugar con un 20% los DIU.

Es importante destacar que la participación libre e informada de la usuaria en la elección del método anticonceptivo fue pilar fundamental tanto en la efectividad del mismo como en la disminución del abandono. Estos resultados son disímiles a lo reportado por las Naciones Unidas en 2003 para Sur América que sitúa en primer lugar a la esterilización quirúrgica femenina (33,1 %), seguido por los AHO con 17,1 %, los condones con 4,7 % y en cuarto lugar a los DIU 4,4 %.siendo contrastantes dichos resultados. (Iniciativa de salud de los pueblos indígenas de Guatemala, Organización Panamericana de Salud. Oficinas Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud,, 1998)

La (IV Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), 2002), reporto en el año 2002 que el 83.5% de la población indígena conoce algún método anticonceptivo y solo el 31.7% de la población los ha utilizado, en contraste a los datos obtenidos de la población ladina en donde el 98.1% conoce y un 70.6% ha utilizado los métodos para planificación familiar.

Se realizó este estudio para determinar los conocimientos y uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres de edad fértil que acudieron a consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Escuintla. Se realizó una encuesta que permitió recolectar los datos por medio de una entrevista.

En el presente estudio se logra entrevistar a un total de 495 mujeres en edad fértil, de las que se determinó que 84% recibe información sobre métodos anticonceptivos, sin embargo sólo un 20 % de las pacientes encuestadas refirieron utilizar algún método anticonceptivo; siendo los métodos anticonceptivos inyectables el de mayor uso con un 48 %.

Tomando en cuenta que Guatemala es un país multiétnico y pluricultural se concluye que la mayoría de las pacientes entrevistadas provienen del área rural 52% y llegan a una escolaridad primaria 66%.; con una edad de 15 a 20 años 38%.

Por todo lo expuesto desarrollar esta investigación es de vital importancia y nos ayudara a determinar los conocimientos y el uso de métodos anticonceptivos y nos dará instrumentos para abordar la prevención en un grupo específico de pacientes así como desarrollar una estrategia de capacitación dirigida al equipo de salud del Hospital de Escuintla para que puedan contribuir a mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil.

II. ANTECEDENTES

PLANIFICACION FAMILIAR

Según la (Organización panamericana de la Salud en las Américas, 2002) La planificación familiar es el conjunto de medidas educativas, de servicios técnicos y de orientación que permiten a las personas y a las parejas ejercer el derecho a decidir el número, momento y forma en que desean tener sus hijos/as, en relación con múltiples factores tales como deseos, posibilidades económicas, salud, trabajo, vivienda, educación entre otros. La planificación familiar, desde el enfoque de la salud reproductiva, se puede considerar como una estrategia que permite mejorar la salud y la calidad de vida de mujeres, hombres, niños y niñas, permitiendo el desarrollo integral de los mismos, por cuanto es potencializadora del desarrollo humano.

Antecedentes históricos

La planificación familiar durante los últimos años ha ido teniendo más auge que en los años pasados. Antes de Cristo ya existían métodos de planificación familiar, ya que se dieron cuenta que era parte fundamental para el desarrollo del ser humano, era decisión de cada pareja espaciar los embarazos, cuántos hijos tener durante la etapa reproductiva y constituye un derecho para la mujer el decidir cuándo embarazarse con el fin de mejorar su salud. (Gómez Nij, s/f)

En 1957 en la India se hincaron proyectos para disminuir la fecundidad, los cuales lograron que las mujeres incrementaran el uso de los métodos de planificación familiar, al principio los hombres de esas comunidades rechazaban el uso de los mismos, por sus creencias culturales y sociales, pero al final del año de 1964 se había expandido el uso de ellos a otras regiones del mundo.

En 1965 los programas de planificación familiar fueron apoyados por los Estados Unidos de Norteamérica, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el proyecto INOPAL III, consiguieron el mejoramiento, la accesibilidad y la aceptación de los métodos de planificación familiar y las ventajas que estos tienen con la salud del ser humano durante los años de 1995 a 1998. (García, 2007)

Se observa en la literatura, que los programas de planificación familiar han sido modificados para tener una mejor cobertura y accesibilidad para las poblaciones de las áreas rurales en donde las mujeres tienen más posibilidades de sufrir embarazos no deseados y de alto riesgo, ya que dichas áreas se encuentran alejadas de la cabecera departamental, y el acceso al servicio médico es difícil, por lo que es necesario que dichas poblaciones sean las que deban tener mayor información sobre los métodos de planificación familiar, tomando en cuenta la cultura, el nivel educativo, desempeño laboral del esposo y el papel que juega la mujer dentro del núcleo familiar. (Suarez Maddalen, 2004, pág. 1)

Expresa (Varona, 2005) que con el incremento de los servicios de planificación familiar se pretende reducir los abortos, el deterioro físico de la mujer, brindarle un mejor estado de salud y disminuir la mortalidad materna y neonatal. Durante las últimas dos décadas las parejas del mundo entero utilizan algún método de planificación familiar, se han realizado estudios de las poblaciones indígenas rurales que son las que tienen mayor problema para tener acceso a los diferentes métodos de planificación familiar por las razones antes mencionadas. Por lo que los proyectos de planificación familiar deben hacer énfasis en la educación a las poblaciones tanto del área urbana como rural para poder alcanzar la meta que propone la OMS, la cual es una mejor vida para todos los habitantes obteniendo así el desarrollo para cada nación.

ACTITUDES Y CREENCIAS SOBRE EL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

El hombre se siente obligado a iniciar tempranamente las relaciones sexuales para demostrar su “hombría” ante sus pares. El “sexo” es tema central de conversaciones entre adolescentes hombres, quienes al igual que los adultos hacen gala de sus conquistas imaginarias o reales. Esta tendencia se confirma en estudios realizados a estudiantes universitarios, alrededor de tres cuartas partes de los varones cuando llegan a la universidad admiten que ya han mantenido relaciones sexuales; de estos el 62% rechazan el uso del condón y solo una tercera parte lo utilizan con trabajadoras del sexo. Además existen prejuicios sexuales, como la necesidad de hacer daño a las mujeres, burlarse de los homosexuales, desdeñar a personas de otras religiones o razas, ya que de esta manera prueban su “hombría”. (Peláez, 1998)

Pese a la pluriculturalidad de Guatemala, el comportamiento sexual de los hombres es muy similar en todos los grupos étnicos y el denominador común es no discutir abiertamente el tema frente a las mujeres. Los varones se amparan en la religión para ocultar sus verdaderos deseos y necesidades, diciendo que “Dios es quien ha puesto en cada hombre esto, y no se aprende, ya se trae”. En la mayoría de los sectores de la sociedad guatemalteca, según el estudio de APROFAM (1995), la procreación de hijos se considera mandato de Dios y, por lo tanto, sagrado, la procreación de hijos constituye una de las razones principales de los seres humanos y la función central del matrimonio. Entre las poblaciones mayas, tener familia numerosa fue tradicionalmente estimado como positivo. Los jóvenes casados expresaron esto explícitamente: “Nuestros padres dicen que ya no aguantamos mucho porque solo llegamos a tener de 6 a 8 hijos, pero antes lo normal era tener 14 a 15 niños”. Entre los líderes y los hombres casados fue muy clara la desaprobación de la idea de tener una familia pequeña. Pensaban que tener una familia numerosa es bueno porque así habría alguien que les ayudara.

También indicaron que el tener pocos hijos disminuiría fuerza tanto de su raza como del país de Guatemala. Hablaron con desaprobación de los hombres que no podían mantener a sus familias y por esa razón no tienen muchos hijos. Las fuentes más comunes de información acerca de sexo son las pláticas, las revistas pornográficas y la asistencia a centros de prostitución.

Muy pocos grupos reciben educación sexual, aunque el Ministerio de Educación intenta introducir en el programa de estudios el tema. Los maestros y las maestras lo desconocen, muestran prejuicios y son reacios a su puesta en práctica. Una de las consecuencias de la desinformación son los embarazos no deseados.

Según (Organización panamericana de la Salud en las Américas, 2002) a menudo se cree que los varones deben comenzar su vida sexual a una edad temprana, hacia los 26 años, para evitar problemas físicos y mentales y lograr un desarrollo óptimo. Una práctica aun común es que los padres lleven a sus hijos a un prostíbulo. Para muchas mujeres la primera relación sexual de la adolescencia coincide con el matrimonio o la unión libre; otras tienen una relación prematrimonial y luego se casan. (García, 2007)

Debido al escaso conocimiento sobre el uso del preservativo entre los hombres jóvenes que practican tempranamente las relaciones sexuales, un problema de salud importante son las enfermedades de transmisión sexual, y en particular el VIH/SIDA.

Datos recientes indican que cerca de la mitad de los nuevos contagios de SIDA se dan en grupos de jóvenes.

En el matrimonio, muchas mujeres consideran el sexo como una obligación y que el hombre es el único con derecho a tener este deseo; los hombres en su gran mayoría opinan que la mujer no puede tener deseos sexuales, ya que las únicas mujeres que exigen sexo al hombre son las prostitutas. Es común que la mujer acceda a tener relaciones sexuales porque así evitan que el hombre busque otra mujer en la calle. (Informe sobre la salud en el mundo. Cada niño y cada madre contarán, 2005)

La religión condena las relaciones sexuales extramaritales por constituir un pecado y el uso de métodos anticonceptivos ya que “se debe tener cuanto hijo Dios mande”. Las creencias enumeradas se hallan diseminadas en cualquier sector económico y social. Un estudio realizado en un colegio de clase socioeconómica alta de la capital de Guatemala demostró que casi dos terceras partes de los padres no les interesa que sus hijos adquieran buena información sobre educación sexual; el 45% evita responderles sobre el tema porque su sola mención puede impulsar a la joven o al joven a hacerlo; y el 82% de los y las jóvenes afirman que sus padres hablan negativamente del sexo e incluso nunca expresan su afecto ante ellos o ellas.

Recientemente, desde la Conferencia Internacional sobre población y Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, se ha comenzado a investigar la integración de los servicios de salud reproductiva con los programas de planificación familiar ya existentes. Sin embargo, se ha hecho muy poco para incorporar el género, salvo el estudio de los factores que incrementan el uso de anticonceptivos por los hombres, por ejemplo, la vasectomía. (Memoria Anual de Informática y vigilancia epidemiológica, 2006)

En 1995, la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM) realizó una investigación en el departamento de Quiché, la cual demostró que los hombres reconocían ampliamente los beneficios del espaciamiento de los embarazos. No obstante, la información reveló también un escaso conocimiento masculino sobre métodos anticonceptivos; solo 3% de esta población utilizaba un método anticonceptivo. En la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2002 se evaluó la actitud de los esposos en relación a la planificación familiar. (IV Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), 2002)

Los resultados indican que, entre las mujeres en unión no esterilizadas y que conocen métodos anticonceptivos, el 75% de ellas aprueban la planificación familiar, y en el 64% de los casos tanto ella como el esposo o compañero también la aprueban. Los menores porcentajes de aprobación se encuentran entre mujeres indígenas (56%). En el 13% de los casos el esposo desaprueba la planificación familiar. Los mayores niveles de desaprobación del esposo se reportan en el noroccidente (38%), región con el más alto índice de desaprobación de ambos cónyuges (25%). Los menores niveles de desaprobación del esposo (alrededor del 15%) se encuentran en la zona Metropolitana. En el resto del país, el nivel de desaprobación es relativamente alto, entre 23% y 28%. (Iniciativa de salud de los pueblos indígenas de Guatemala, Organización Panamericana de Salud. Oficinas Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud,, 1998)

En Guatemala el uso de métodos de planificación masculinos incluyen solamente preservativo (condón) y esterilización quirúrgica (vasectomía). Los datos indican el uso del primero en relaciones con otra pareja que no sea la esposa o con trabajadoras del sexo, mientras que a la vasectomía recurren 3% de hombres, con un nivel educativo más alto, de residencia urbana.

La actitud de la pareja hacia los anticonceptivos suele ser más negativa (61%) entre el grupo indígena que en el ladino (30%), y su uso apenas llega a 12.9% de las mujeres indígenas que hacen vida conyugal, frente a 49.9% de las ladinas.

SALUD REPRODUCTIVA

Sobre la mujer recae la mayor parte de los problemas relacionados con la reproducción: complicaciones del embarazo y parto, aborto en condiciones de riesgo, uso de métodos anticonceptivos, mayor riesgo de infecciones del tracto reproductivo – en especial enfermedades de transmisión sexual– incluido el SIDA. Cada embarazo implica un riesgo de morbilidad y mortalidad para la madre y para su hijo/a. El proceso reproductivo está condicionado por factores de tipo social, cultural, político y económico, por la condición social de la mujer, por acciones dependientes de otros sectores sociales (educación, vivienda, alimentación), y por factores afectivos y relacionales. (García, 2007)

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) la Organización Mundial de la Salud (Diversidad étnico-cultural y desarrollo humano. La ciudadanía en un Estado Plural; Informe Nacional de Desarrollo Humano, 2006) Resume los factores que afectan la salud de la mujer:

- Pobreza y otros factores económicos asociados (trabajo, acceso a educación y salud, vivienda);
- Baja condición personal y social, falta de oportunidades (estado de subordinación), a pesar de ser la maternidad vista como una situación socialmente valorada;
- Factores demográficos (formación temprana de pareja, fecundidad, envejecimiento).

Entre los seis principales problemas reconocidos por la OMS entre los que afectan la salud de la mujer a nivel mundial (nutrición, salud reproductiva, riesgos relacionados con el medio ambiente y el trabajo, enfermedades no transmisibles, salud mental y violencia contra la mujer); la Salud Reproductiva es definida de la siguiente manera:

"Salud Sexual y Reproductiva es tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; poder regular su fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables."

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, hombre o mujer, y por lo tanto de la salud individual. Es por eso que el derecho a la salud constituye un derecho humano esencial, y los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los derechos humanos.

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos –Teherán, 1968– se reconoce que "los padres tienen el derecho fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos". Asimismo, sucesivos eventos internacionales en materia de Población y sobre la Mujer han seguido especificando el alcance y significado de los Derechos Sexuales y Reproductivos. (Bonilla, 2009)

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, se definen los Derechos Reproductivos como: "...derecho de hombres y mujeres a ser informados y a tener acceso a métodos de planificación familiar de su elección, que sean seguros, efectivos, disponibles y accesibles". El Programa de Acción de esta Conferencia Internacional plantea tres aspectos fundamentales:

- Permitir a las personas tomar sus propias decisiones informadas;
- Las mujeres deben ser vistas como sujetos activos (no "pacientes");
- Una mejor Salud Reproductiva para las mujeres es fundamental para un desarrollo humano sustentable a futuro, planteando la focalización en las niñas, las mujeres del mañana. (Foreit, 1899)

Entre los 15 Principios formulados en El Cairo, se destaca el 4º: "El avance en la igualdad de género, la equidad y el empoderamiento de las mujeres, la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres, y asegurar las capacidades de las mujeres de controlar su fecundidad, son los pilares de los programas de población relacionados con el desarrollo". (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994)

El concepto de Desarrollo Humano formulado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) tiene como propósito básico ampliar todas las opciones humanas; más allá del bienestar material o la mera satisfacción de las necesidades básicas, la persona deber ser vista como fin y como actor del desarrollo.

Entre sus componentes, se destaca el empoderamiento, es decir, permitir la participación de las personas en las decisiones y procesos que afectan sus vidas, como gestores y beneficiarios del desarrollo. La participación otorga auto respeto y dignidad sociocultural a los ciudadanos.

En resumen, los Derechos Reproductivos son los derechos básicos de las personas a acceder y obtener la información, los servicios y el apoyo necesarios para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socioeconómica, etc.

La mejor planificación del número de nacimientos y el recurso a la utilización de métodos eficientes y seguros, tienen consecuencias positivas para la salud de las mujeres. Esta consideración se basa en el hecho de que ambos conceptos contribuyen a:

- a) reducir significativamente los riesgos inherentes al proceso reproductivo;
- b) evitar los embarazos de alto riesgo;
- c) disminuir los embarazos no deseados y su lamentable consecuencia, el aborto provocado en condiciones riesgosas.

El concepto actual de Salud Reproductiva trasciende, pues, el tradicional enfoque de salud materno-infantil. Rescata la función social de la reproducción humana, pasando desde una perspectiva individual hacia una concientización colectiva de compromiso y responsabilidad con el desarrollo humano y social.

Es un proceso fuertemente asociado al desarrollo de la mujer y de su familia, como sujeto social con roles múltiples y fundamentales: reproducción biológica y social (cuidado y crianza de los hijos), trabajo doméstico (cuidado del hogar), trabajo productivo fuera del hogar, participación social y comunitaria.

Incluye la promoción de los derechos humanos y de relaciones armoniosas, de equidad e igualdad entre hombres y mujeres. La magnitud de esta tarea requiere del trabajo conjunto de todos los actores sociales.

No es responsabilidad exclusiva del sector Salud, sino que incluye la Intersectorialidad y la participación social con la intervención de organismos gubernamentales y no gubernamentales, organizaciones sociales, sectores políticos (autoridades municipales, poder legislativo), medios de comunicación, sector educativo.

Un elemento estrechamente ligado a la Salud Reproductiva es la **Salud Sexual**, definida en la CIPD (Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, –El Cairo, Egipto, 1994) "Está encaminada al desarrollo de las relaciones personales, y no meramente al asesoramiento en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual."

Esta consulta integral en Salud Sexual y Reproductiva no debe ser considerada como patrimonio exclusivo de especialistas, pues el contenido de estas acciones no son sólo hechos biomédicos, sino que también depende de condiciones socioeconómicas, ambientales, psico-sociales, y culturales. Es conveniente, además, que estas acciones sean consideradas y consensuadas por distintos profesionales, articulados en un Equipo de Salud Interdisciplinario.

Este equipo, integrado por personal administrativo (admisión, estadística), trabajadores en terreno (agente sanitario, enfermera comunitaria) y personal profesional (médico, ginecólogo, obstétrica, psicólogo, trabajadora social, enfermera),

tendrá una funcionalidad y disponibilidad acordes al personal de cada centro asistencial, a efectos de ofrecer una consulta integral.

En un documento de la OPS –Población y Salud Reproductiva (1994) – se precisa el papel de los prestadores de servicio en el ámbito de la salud sexual y reproductiva: "La preservación de la intimidad y la privacidad de los individuos, así como el favorecer la autonomía y el proceso de la toma de decisiones, resultan básicos para quienes trabajen en los temas de salud sexual y reproductiva".

A nivel internacional, se han definido los Derechos de los usuarios de Planificación Familiar:

1. Información
2. Acceso
3. Elección
4. Seguridad
5. Privacidad
6. Confidencialidad
7. Dignidad
8. Comodidad
9. Continuidad
10. Opinión

.En el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, en la cual se incluyen los servicios anticonceptivos, deben considerarse los principios éticos de autonomía, beneficencia y justicia. (Tripp, 2000)

Principio de la autonomía:

Los individuos tienen derecho a la libertad de decisión y acción mientras éstas no interfieran con el derecho de otros; desde una perspectiva religiosa, correspondería al concepto del "libre albedrío". Desde una perspectiva de género, implica el derecho de las mujeres a disponer de conocimiento e informaciones sobre su salud, para tomar decisiones informadas sobre su vida, su cuerpo y su sexualidad.

En relación con el Consentimiento Informado, fundamental en materia de Salud Sexual y Reproductiva, el Comité de Ética del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (USA), precisa distintos aspectos:

- El derecho de las personas a la autodeterminación en sus capacidades sexuales y reproductivas;
- La relación médico-paciente se da en un plano de reciprocidad e igualdad, que implica compartir información y desarrollar opciones de mutuo acuerdo, permitiendo una activa participación del usuario/a de los servicios.
- Los eventos relacionados con el proceso reproductivo-embarazo, parto, uso de métodos anticonceptivos –centrales en la demanda de servicios de salud por las mujeres no se corresponden con enfermedades y, por lo tanto, no es correcto utilizar el término "pacientes" en relación con estas prestaciones.

En resumen, sobre la base de este principio, cada individuo es libre de practicar o no la planificación familiar, y elegir el método que desee utilizar. El profesional de la salud debe respetar y acompañar a cada persona en su toma de decisión. (Moya, 2000)

Principio de beneficencia:

Se consideran moralmente correctas las acciones o políticas que resultan en el mayor bien para el mayor número posible de personas. La planificación familiar, tener el número de hijos sobre los cuales cada pareja pueda ejercer adecuadamente la paternidad responsable es un "bien" que permite promover la salud, el bienestar de los individuos, parejas y de la sociedad en su conjunto.

En el (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994) describe que los beneficios para la salud materna e infantil están ampliamente documentados. Los efectos de la reproducción no deseada (aborto provocado, morbimortalidad materna e infantil, secuelas de largo plazo y alto costo), y una sexualidad ejercida en forma irresponsable (enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/ SIDA), afectan proporcionalmente más a los sectores de menor nivel socioeconómico.

Principio de justicia (equidad):

Establece que todas las personas, en una sociedad dada, tienen el mismo derecho al acceso a los bienes y servicios necesarios para satisfacer sus necesidades básicas. En un marco de calidad de atención, este principio se expresa a través de la "satisfacción de los usuarios". En el ámbito reproductivo, este principio permitiría compatibilizar, para cada individuo y pareja, la fecundidad deseada con la fecundidad real.

El acceso a la información y los servicios de planificación familiar es aceptado en la actualidad como un derecho humano básico, que le permite a cada individuo –hombre o mujer– tomar sus propias decisiones en relación con la reproducción; la negación de este derecho por razones ideológicas de distinta índole es una cuestión ética que debe ser discutida, con un pleno respeto a la diversidad de las visiones socioculturales e individuales presentes en cada sociedad. (Moya, 2000)

ROLES INSTITUCIONALES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Estado:

Su responsabilidad consiste en promover actividades tendientes a alcanzar la salud y el bienestar de cada persona y familia, en particular de aquellos que se encuentran en condiciones de mayor riesgo bio-psico-social. En el ejercicio de su misión, no puede hacer exclusiones de ningún tipo: étnicas, socioeconómicas, de género, ideológicas (políticas, religiosas).

Gobiernos Locales (provinciales, municipales):

Para garantizar el derecho a la salud, deben reforzar la equidad mediante una red de servicios de salud accesible y de calidad, con especial énfasis en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. La finalidad es ofrecer a la población a su cargo condiciones tales que posibiliten un desarrollo humano pleno, y que permitan a cada persona participar integralmente de los beneficios del progreso económico y social.

Sector Salud:

Su papel consiste en favorecer el acceso oportuno a servicios adecuados a las necesidades específicas de la población que los usa, de buena calidad, posibilitando además el acceso a la anticoncepción en el contexto de una atención integral en un Servicio de Salud Reproductiva (S.S.R.). Esto requiere la eliminación de distintas barreras:

- Culturales, geográficas, estereotipos de género, económicas;
- De acceso a los distintos sistemas de salud, considerando las percepciones de usuarios/as y de proveedores de servicios. (El predominio del enfoque biomédico dificulta la asesoría en la elección del método de anticoncepción, manteniendo la lógica de la prescripción utilizada en el tratamiento de las enfermedades);
- De los usuarios/as, que carecen de la información necesaria, acorde con su edad y la situación de salud en que se encuentran, lo que lleva a la persistencia de mitos y creencias que interfieren con el uso de los distintos métodos actualmente disponibles. (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994)

Instituciones políticas y religiosas:

Este es, quizás, el aspecto más difícil de abordar en materia de salud sexual y reproductiva., explica (Tripp, 2000) si bien los comportamientos sexuales y reproductivos se dan en un plano individual, muchos de los efectos negativos asociados a su ejercicio con un escaso nivel de formación e información afectan gravemente a la sociedad en su conjunto: aborto provocado, con altos costos asistenciales para salvar la vida a mujeres que se lo practican, sin excluir la posibilidad de dejar secuelas permanentes; reproducción a edades tempranas, sin la adecuada capacidad para asumir las delicadas tareas que supone el cuidado y crianza de los hijos; maltrato infantil, en distintas formas, siendo una de las más graves el abuso sexual al interior del hogar; enfermedades de transmisión sexual, etc.

Ante este evidente impacto público de los comportamientos "privados", al Estado le corresponde un rol subsidiario y solidario, que le permita apoyar a los individuos y familias para un ejercicio responsable y plenamente informado de sus capacidades sexuales y reproductivas, en especial a aquellos que no poseen las condiciones adecuadas para este propósito, respetando la diversidad existente al interior de toda sociedad.

La imposición de visiones únicas, hegemónicas, cualquiera sea su procedencia, en estas áreas limita seriamente el pleno disfrute de los derechos personales, siendo el Estado democrático el responsable de proteger los derechos de todos sus ciudadanos, independientemente de sus ideas políticas, filosóficas o religiosas.

En este punto, resulta fundamental incorporar al principio de la autonomía antes señalado, el concepto de la libertad de conciencia, que permite a cada individuo obrar de acuerdo a sus principios y valores personales en las distintas dimensiones de su vida.

Medios de comunicación:

Por ser, quizás, el agente socializador más importante para el desarrollo de los comportamientos personales, pueden desempeñar un papel de gran importancia a través de la difusión amplia y transparente de contenidos e imágenes que tiendan a valorizar la sexualidad y la reproducción en la vida de las personas. La realidad actual muestra una influencia más bien negativa, a través de una excesiva erotización de los mensajes publicitarios y de la profusa difusión de material pornográfico por distintos medios.

En resumen, las distintas instituciones señaladas deben ponerse al servicio de las personas, depositarias de derechos, ciudadanos, usuarios de servicios sociales, para permitirles el mayor grado de participación posible en el control de sus propias vidas. Sólo de esta forma se evitará introducir efectos desfavorables para su desarrollo humano integral y se favorecerá su presencia activa en los distintos espacios sociales en que se desenvuelven (hogar, familia, escuela, comunidad, trabajo, etc.). (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994)

CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La sexualidad humana es un proceso de construcción gradual, que integra elementos biológicos, psico-sociales y culturales, mediante el cual cada persona incorpora y elabora un conjunto de pautas, expectativas, conocimientos, creencias, valores, normas y actitudes que regulan el ejercicio de dicha sexualidad. Presente en el sujeto desde que nace, se modifica y transforma en las distintas etapas de la vida.

En este proceso continuo pueden diferenciarse dos aspectos básicos: uno, relacionado con la información y el conocimiento sobre lo sexual y el otro conformado por factores externos que inciden en las actitudes y las prácticas sexuales.

Estos factores según (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994) determinan el grado de aceptación de la propia sexualidad, del rol sexual, la manera de expresar los afectos, de comunicarse con los demás, de preservarse, de amar y gozar. En los primeros años de la vida, la familia es la mediadora entre la sociedad y el individuo. Junto al modelado de los comportamientos masculino/ femenino sobre la base de las imágenes que ambos progenitores entregan, ella transmite el componente cultural y genera las primeras direcciones en la formación de las actitudes básicas ligadas a la sexualidad.

A medida que el individuo sale del espacio familiar, se agrega la influencia de estructuras e instituciones del entorno que le rodea: barrio, escuela, establecimientos de salud, iglesia, clubes deportivos y otras. Una influencia importante es la constituida por las interacciones con los grupos de pares y el contacto con los medios de comunicación social.

En Guatemala, principalmente en área rural 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 residentes en zonas rurales, en los cuales esta dificultad ha sido históricamente una constante.

Esta carencia de información que afecta a amplios sectores sociales en cuanto a aspectos tan relevantes para su vida y desarrollo personal como las relaciones afectivas, la sexualidad, la fertilidad y las posibilidades de regularla, requiere que los Equipos de Salud se comprometan para asegurar a todos los usuarios la transferencia de conocimientos acordes con la época actual. Es ésta una manera de ayudarlos a tomar decisiones responsables en el ejercicio de su sexualidad y reproducción. (Moya, 2000)

La asistencia, la orientación y la información necesarias son las herramientas con las cuales los profesionales ejercen su función educativa en este proceso. Contribuyen de esta forma a mejorar y estimular las acciones educativas que los adultos pueden realizar con las generaciones más jóvenes, fortaleciendo y desarrollando la interacción dentro del núcleo familiar, institución fundamental de la sociedad.

En los últimos años se han incorporado a los currículos escolares la educación sexual centrada en la familia, y en los niños y los jóvenes. En el sector Salud, la población adulta generalmente utiliza los medios asistenciales cuando consulta por una patología, o bien para actividades preventivas, como son el control prenatal o el uso de algún método anticonceptivo. Cada contacto de las personas con el sector, en especial las actividades relacionadas con el proceso reproductivo, constituyen una oportunidad que debe ser tenida en cuenta por los profesionales, para entregar información pertinente y adecuada a las necesidades de las personas.

La **Consejería** es un elemento fundamental para promover la Salud Sexual y Reproductiva de la población. Entre las diversas estrategias orientadas a este propósito están:

- Revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos y en sus relaciones entre sí, más allá de la relación de pareja. (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994)
- Favorecer un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y de sustento del autocuidado de la salud.
- Favorecer la adopción de conductas sexuales placenteras, conscientes, responsables y libres, hacia uno mismo y los demás.
- Propiciar la comunicación en la pareja y en la vida familiar, promoviendo relaciones equitativas y horizontales dentro del hogar, destacando el respeto y consideración que, en tanto personas, merecen todos sus integrantes, cualquiera sea su sexo y edad.

- Promover en la pareja criterios equitativos y conductas de responsabilidad compartida, tanto en cuanto a la procreación y el cuidado de la descendencia, como frente a la decisión y el empleo de métodos anticonceptivos.
- Promover conductas de responsabilidad recíproca en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (autocuidado, mutuo cuidado). (Moya, 2000)

Los agentes de salud desempeñan un papel clave para el logro de la salud sexual y reproductiva de la población, por medio de la oferta de información, asesoramiento y elección de los métodos a utilizar para planificar su reproducción. Una limitante en este sentido es la escasa importancia que se otorga a estos aspectos en la formación de los recursos humanos en salud, privilegiándose la perspectiva biomédica, con escasa consideración de los elementos psicosociales.

La expresión más clara en este sentido es que el tema de la sexualidad humana es vista más desde la patología (las enfermedades de transmisión sexual) antes que como una dimensión esencial en la vida de cada individuo.

En el currículo de médicos, obstétricas, enfermeras, se asigna poco tiempo a la consejería en general y, menos aún, a la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Por ello, se hace necesario capacitar a los profesionales en habilidades de apoyo y comunicación que les permitan ayudar a la población usuaria en sus decisiones en materia de sexualidad y reproducción.

El concepto de Consejería –Counseling– no significa aconsejar, decirles a las personas lo que deben hacer. Se trata más bien de ayudarlas a decidir qué es lo mejor para ellas en su situación particular; asistirlas, a través de la escucha y el entendimiento, para que puedan reconocer cómo se sienten, respetando sus creencias y valores (asesoramiento). Permite el desarrollo de confianza en sí misma, de autonomía.

El Asesoramiento o Consejería sobre reproducción humana y sexualidad en general, y sobre anticoncepción en particular, es un proceso de comunicación en dos direcciones, en el cual una persona –el proveedor de servicios– ayuda a la otra usuario/a a identificar sus necesidades en relación con estos aspectos de su vida, y a tomar las decisiones más apropiadas para el uso seguro y efectivo de los distintos métodos anticonceptivos disponibles. (Schwarcz, y otros, 2002)

El perfil adecuado de un consejero requiere:

- a) Evitar toda connotación paternalista, dirigida o autoritaria, encubierta o manifiesta.
- b) Tener presente que orientar o asesorar, implica ofrecer un máximo de posibilidades de elección, sobre la base de informaciones fidedignas, no tendenciosas.
- c) Respetar al otro/a como un ser humano que opina, cree, disiente, acuerda; que tiene información, suficiente o no, diferente. La consejería favorece el necesario encuentro entre proveedores y usuarios/as de servicios, para intercambiar información, plantear o detectar dificultades, y buscar en conjunto una respuesta a esas dificultades.
- d) Utilización de habilidades de comunicación, aprendizaje, escucha y apoyo, para poder ayudar eficazmente en la toma de decisiones de la mujer o la pareja.

METODOS ANTICONCEPTIVOS

Es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales. Por lo general implica acciones, dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad. También se le llama *contracepción* o *anticoncepción*, en el sentido de ser formas de control de la natalidad

En la prescripción del método deberán tenerse en cuenta múltiples factores, como el grado de motivación de la pareja en general y de la mujer en particular, su maduración psicológica, así como nivel cultural, la ausencia de contraindicaciones orgánicas y la valoración cuidadosa de los factores biológicos, médicos y psicosociales asociados. (Moya, 2000)

Los métodos contraceptivos se clasifican en:

Dispositivos Intrauterinos

Anticonceptivos hormonales

Anticonceptivos hormonales combinados orales

Anticonceptivos sólo de progesterona o mini píldora

Anticonceptivo de emergencia o píldoras postcoitales

Inyectables mensuales

Gestáremos de depósito

Anticonceptivos de barrera

Preservativo

Profiláctico femenino

Diafragma

Anticonceptivos químicos

Cremas

Jaleas

Espumas

Tabletas

Óvulos vaginales

Esponjas

Método de la lactancia (MELA)

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer

Calendario

Moco cervical

Temperatura basal

Sintotérmico

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Eficacia: 0,6 a 0,8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso (1 en cada 125 a 170).

Los DIU actualmente utilizados se denominan medicados o bioactivos. Los dispositivos medicados a su vez pueden ser:

- Medicados con cobre; con cobre y plata; o con cobre y oro.
- Sistemas liberadores de hormonas.

Dispositivos intrauterinos con cobre; con cobre y plata o con cobre y oro.

Existen diferentes modelos de DIU medicados con metales:

TCu-380 A, TCu-380 Slimline (más delgado).

TCu-200.

TCu-200B.

TCu-220C.

Nova-T.

Multiload-250.

Multiload-375.

El DIU más ampliamente disponible, llamado TCu-380 A, dura por lo menos 10 años.

La variedad en el diseño se relaciona con la duración de la acción anticonceptiva

(proporcional a la superficie de cobre), y a la frecuencia de efectos adversos como la expulsión, el aumento del sangrado menstrual y la dismenorrea.

Son múltiples las evidencias científicas según (Moya, 2000) que demuestran que el mecanismo de acción del DIU es similar en todos los modelos medicados con metales, y se basa en prevenir la fecundación al crear un medio intrauterino hostil que resulta espermicida. La presencia de cobre en el fluido intrauterino junto con la reacción de cuerpo extraño endometrial que induce el dispositivo crea un medio hostil que paraliza a los espermatozoides impidiendo su ascenso por el tracto genital superior, previo al encuentro con el óvulo.

Algunos autores consideran que, además de esta paralización de los espermatozoides, se acorta el tiempo de supervivencia de los mismos así como del óvulo, en ambos casos previamente al encuentro de las gametas.

Para confirmar que el mecanismo de acción anticonceptivo del DIU de cobre es el anteriormente descrito, varios autores han determinado el nivel de sub unidad BHCG (gonadotropina coriónica humana) durante el primer día menstrual de mujeres portadoras de DIU, en comparación con igual determinación en mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo. (Tripp, 2000)

Ventajas

- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Reversible en forma inmediata. Cuando se retira, la mujer puede quedar embarazada tan rápidamente como las que no lo han usado.
- No tienen ningún efecto sobre la cantidad o calidad de la leche materna.
- Pueden insertarse inmediatamente después del parto (a excepción de los DIU que liberan hormonas) o después de un aborto (cuando no hay indicio de infección).
- Ninguna interacción con otras medicinas.

Desventajas

- Efectos secundarios comunes (no son señal de enfermedad) como:
- Cambios menstruales (comunes en los primeros tres meses, que suelen disminuir posteriormente).
- Sangrado vaginal abundante y más prolongado.
- Sangrado o goteo vaginal entre períodos.
- Más cólicos o dolor durante los períodos.

- No protege contra enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- No es aconsejable en mujeres que han tenido recientemente una ETS.

ANTICONCEPTIVOS ORALES

Se clasifican en:

a) Combinados monofásicos:

- Macrodosificados
- Micro dosificado

b) Combinados trifásicos.

c) Mensuales.

d) Mini píldora o anticonceptivos sólo de progesterona.

COMBINADOS MONOFÁSICOS

Este tipo de anticonceptivos hormonales han tenido tan importante desarrollo que, cuando se habla genéricamente de "anticonceptivos orales", se suele hacer alusión a este tipo de asociación. Se componen de un estrógeno –el Etinilestradiol– más un gestágeno, Todas las grageas tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos (de allí la denominación de monofásicos).

Todos los anticonceptivos orales monofásicos actúan de igual manera. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación a través de la inhibición de la secreción de FSH y LH por parte de la hipófisis. Es por este mecanismo de acción ovulostático que los ACO son el método anticonceptivo reversible más eficaz.

En el mercado existen preparados:

Macro dosificados: Son aquellos que tienen 50 o más microgramos de Etinilestradiol, No suelen recomendarse, aunque se los puede utilizar como anticonceptivo de emergencia

Micro dosificados: Son aquellos que tienen 35 microgramos o menos de Etinilestradiol (EE) por comprimido. Dentro de este grupo existen preparados con 35, 30, 20 y 15 microgramos de EE (recientemente incorporados). Asociados al EE existen diferentes gestágenos. Pueden ser derivados de la Progesterona (Medroxiprogesterona y Ciproterona) o derivados de la Nortestosterona. Estos últimos son los más utilizados en la actualidad y se los denomina como de primera, segunda o tercera generación. Los más antiguos son llamados de primera generación y son la Noretisterona y el Linestrenol.

Los de segunda generación son el Norgestrel y el Levonorgestrel. Los de tercera generación son el Desogestrel, el Norgestimato y el Gestodeno. El mecanismo de acción de todos los gestágenos es similar, siendo los más nuevos los que mejor controlan el ciclo, evitando el manchado irregular (spotting) y las metrorragias por disrupción (sangrados fuera de fecha). (Moya, 2000)

COMBINADOS TRIFÁSICOS

La dosis de Estrógeno y Progestágeno no es la misma en todas las grageas, sino que tienen tres combinaciones diferentes que se identifican por los distintos colores de los comprimidos. La dosis de Etinilestradiol es similar en todos los comprimidos o aumenta levemente en la mitad del ciclo, mientras que la del gestágeno aumenta en forma progresiva, siendo sensiblemente más elevada en los últimos 7 comprimidos. Por ello es muy importante que la toma sea ordenada, es decir, que se respete la numeración de los comprimidos impresa en el blíster del producto. Estos preparados surgieron con la ambición de asemejarse al ciclo normal de la mujer, reproduciendo la variación de las cantidades de hormonas secretadas por el ovario en las distintas fases del ciclo. Pero para mantener la eficacia anticonceptiva fue necesario introducir al gestágeno desde el primer comprimido. Es por ello que no presentan ventajas con respecto a los anticonceptivos monofásicos y han sido ampliamente superados por éstos. (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994)

Administración

La primera caja se inicia tomando el primer comprimido el quinto día menstrual; se continúa tomando un comprimido por día a la misma hora, hasta terminar el envase. Se esperan entonces siete días sin tomar comprimidos para iniciar una nueva caja al octavo día.

Es decir, que la única diferencia con los monofásicos es que la primera caja se inicia al quinto día del ciclo. En todo lo demás el procedimiento es idéntico. Se puede aprovechar este comienzo más tardío de la primera caja, cuando concurre a la consulta una mujer que ha iniciado su menstruación hace menos de cinco días. Los ciclos siguientes pueden continuar con anticonceptivos trifásicos o cambiar a un monofásico.

Errores en la toma de los anticonceptivos hormonales orales:

Los errores más frecuentes son:

- Olvido de toma: consiste en no tomar el comprimido en la hora habitual, o no tomarlo ese día.
- Modificar el intervalo de días indicado por el proveedor entre el último comprimido de una caja y el primer comprimido de la siguiente, que habitualmente es de 7 días.
- Efectuar "descansos" en la toma, es decir, dejar pasar uno o varios meses sin tomar anticonceptivos (sin que el proveedor lo haya indicado por una circunstancia especial).
- Abandonar el método sin cambiar por otro método igualmente eficaz.

Recomendaciones para evitar el olvido de toma es conveniente establecer una rutina:

- Asociar la toma a un acto cotidiano como cepillarse los dientes, ajustar el despertador, etc.
- Tomar la pastilla siempre a la misma hora.
- Involucrar a la pareja en la rutina.
- Tener la píldora en un lugar visible.
- Mantener los comprimidos en el envase original hasta el momento de la toma, ya que los números o días impresos en el blíster ayudarán a no olvidar la toma.

Ventajas

- Bajo riesgo de complicaciones.
- Muy efectivos cuando se usan correctamente.
- Regularizan los periodos menstruales y disminuyen su volumen y duración, así como los cólicos menstruales.
- No necesitan períodos de descanso.
- Pueden usarse desde la adolescencia a la menopausia.
- Puede interrumpirse su uso en cualquier momento, recuperándose inmediatamente la fertilidad.
- Previenen o disminuyen la anemia por déficit de hierro.
- Tienen efecto protector en embarazo ectópico, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, quiste de ovario, enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedad benigna de la mama.

Desventajas

Algunas usuarias refieren que la necesidad de toma diaria les incomoda.

Pueden presentarse efectos secundarios leves como sangrado intermenstrual, cefaleas sin trastornos de la visión, náuseas, vómitos, aumento de peso (sólo el 20 % aumenta más de dos kilos en un año). Estos suelen desaparecer con la continuidad

del tratamiento y no son una indicación para discontinuar el uso. La aparición de efectos secundarios o adversos más severos se describe en el apartado "razones para interrumpir el tratamiento". (Schwarcz, y otros, 2002)

MENSUALES

Se administra un comprimido por mes. Contiene alta dosis de un estrógeno de depósito (Quinestrol) asociado a un progestágeno (Diacetato de Etinodiol). Produce frecuentes trastornos del sangrado debido a la excesiva dosis de estrógenos de vida media prolongada. Son poco utilizados por sus efectos adversos.

Ventajas: Su comodidad.

Desventajas: Alta frecuencia de efectos adversos.

Administración

Se debe tomar el primer comprimido el día 23º del ciclo, y luego regularmente cada 30 días (la misma fecha calendario)

MINIPÍLDORAS O ANTICONCEPTIVOS SÓLO DE PROGESTERONA.

Se conocen también como POP (Progesterone Only Pill). Existen tres píldoras sólo de progesterona que contienen Linestrenol 0,5 mg (Exluton- NR), Levonorgestrel 0,030 mg. (Microlut-NR) y Norgestrel 0,075 mg (Norgeal-NR). No inhiben la ovulación. Su mecanismo de acción consiste en modificar el moco cervical haciéndolo denso y hostil a los espermatozoides, impidiendo así el ascenso de los mismos hacia la cavidad uterina.

Estos anticonceptivos suelen utilizarse:

- Durante la lactancia materna, con una eficacia del 99,5% los primeros seis meses del puerperio.
- En aquellas mujeres que tienen contraindicado el uso de estrógenos pero no el de progesterona, como en los casos leves a moderados de hipertensión arterial, con una eficacia del 96,8%.
- En la perimenopausia, si no se desea utilizar estrógenos (por ejemplo, en mujeres fumadoras mayores de 35 años o hipertensas, con una eficacia del 96,8%). (Schwarcz, y otros, 2002)

.Ventaja:

Su buena tolerancia. Es posible su utilización durante la lactancia. Puede emplearse en fumadoras mayores de 35 años, en las que otros anticonceptivos se hayan contraindicados.

Desventajas:

En un grupo reducido de mujeres, puede producir disminución de la lactancia o alteraciones del ciclo menstrual. Como único método anticonceptivo es de menor eficacia que los anovulatorios.

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

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

Se los clasifica como:

- 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 Dihidro-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 menometrorragia. Es por ello que habitualmente no se los recomienda.

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 tetrato de Medroxiprogesterona). No producen aumento del sangrado menstrual sino que por el contrario lo disminuyen, siendo la amenorrea un efecto adverso frecuente.

Se debe 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).

Ventajas: una sola aplicación mensual.

Desventajas: son frecuentes las alteraciones del ciclo menstrual. (Moya, 2000)

c) Trimestrales: Consiste en una dosis de 150 mg 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.

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

Desventajas: frecuentes alteraciones del ciclo menstrual, menor reversibilidad de sus efectos anticonceptivos.

Los inyectables mensuales de última generación se administran el primer día del ciclo y luego una vez por mes en la misma fecha calendario.

Control de seguimiento

Control de tensión arterial y examen clínico completo previo. Luego, cada 6 meses.

Anualmente se practicará Papanicolau y examen ginecológico.

En pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular se evaluarán transaminasas, colesterol HDL y triglicéridos.

Indicaciones para interrumpir la administración de Anticonceptivos Hormonales

- Gestación.
- Trastornos tromboembólicos
- Tromboflebitis
- Embolia pulmonar
- Isquemia miocárdica
- Trastornos cerebrovasculares
- Trombosis mesentérica
- Trombosis retiniana
- Cefalea severa de origen desconocido
- Migraña severa o con síntomas neurológicos
- Epilepsia que se agrava
- Esclerosis en placas que se agrava
- Aparición de ictericia, hipertensión, depresión

- Intervención quirúrgica programada (cambiar de método por barrera o DIU, seis semanas antes; los de abstinencia periódica no serían confiables en estas circunstancias).

Manejo de algunos efectos secundarios durante el uso de Anticonceptivos Hormonales 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.

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. Al octavo día sin anticonceptivos, iniciar un nuevo envase. Si estaba utilizando anticonceptivos de 20 ó 15 microgramos de Etinilestradiol, valorar el cambio a uno de 30. Si el cuadro se repite, descartar patologías asociadas y evaluar el cambio de método.

Amenorrea: antes de iniciar próximo envase se practicará una prueba de embarazo.

Embarazo: Se debe suspender el tratamiento.

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.

Efectos colaterales: suelen aminorar luego de los primeros ciclos; si persisten: valorar la necesidad de suspensión.

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. (Schwarcz, y otros, 2002)

ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA

Condomes Masculinos

El condón masculino es una funda delgada generalmente hecha de caucho (látex) que se coloca en el pene erecto antes del acto sexual. Están recubiertos con sustancias lubricantes. Es el único método anticonceptivo que también protege contra todas las ETS, incluido el VIH.

Mecanismo de Acción

Los condones constituyen una barrera física e impiden que los espermatozoides entren en el aparato reproductor femenino.

También constituyen una barrera contra los microorganismos infecciosos y previenen la transmisión de ETS/VIH de un compañero sexual a otro.

Ventajas

- 88-97% de efectividad.
- Único método que protege a las parejas de ETS/VIH.
- No tiene prácticamente ningún efecto secundario (salvo la alergia al látex, que ocurre rara vez)
- Fomente la participación del varón en la anticoncepción.

Desventajas

- Requiere resuministros.
- Es posible que su uso interrumpa la actividad sexual o reduzca el placer sexual.
- Requieren almacenamiento y resuministro apropiados.

Condón Femenino

El condón femenino es una funda delgada, suave y holgada de plástico de poliuretano que se usa para cubrir la vagina. Tiene dos anillos flexibles: un anillo interior en el extremo cerrado, que se usa para insertar y colocar el dispositivo dentro de la vagina, y un anillo exterior, que queda fuera de la vagina y cubre los genitales externos. Dado que el dispositivo está hecho de poliuretano, puede usarse con cualquier tipo de lubricante sin dañar su integridad.

La aceptabilidad es esencial para el uso correcto y sostenido de cualquier método. En general, las dificultades de inserción disminuyeron a medida que aumentaba la experiencia con el uso del dispositivo, y el uso se hizo más cómodo y aceptable con la práctica. La aceptabilidad del condón femenino también puede determinarse examinando las ventajas y desventajas.

Ventajas

- Control por la mujer.
- Más cómodo para los hombres, no disminuye tanto la sensación como el condón masculino de látex.
- Ofrece mucha protección (cubre los genitales internos y externos)

Desventajas

- -no es agradable desde el punto de vista estético.
- No disponible en nuestro país.
- Su costo es elevado.
- Necesita asesoría para su utilización.

DIAFRAGMA

El diafragma es un capuchón de goma de látex suave que se debe utilizar con jalea o crema espermicida, la mujer inserta un diafragma en su vagina, colocándolo sobre el cuello uterino, poco antes de una relación sexual, y debe dejarlo en su lugar por lo menos 6 horas después de dicha relación sexual.

Mecanismo de Acción

El diafragma bloquea la entrada del esperma a la cavidad uterina, el espermicida proporciona protección adicional al dañar el esperma.

Ventajas

- método controlado por la mujer.
- No tiene efecto en la lactancia.
- Se puede dejar de usar en cualquier momento.
- Se puede insertar hasta 6 horas antes del acato sexual para evitar la interrupción del coito.
- Reduce el riesgo de contraer neoplasia cervical.
- Retiene el flujo menstrual cuando se usa durante la menstruación.

Desventajas

- requiere que sea adecuado a la medida por un proveedor de servicios de planificación familiar, y para ello es necesario hacer un examen pélvico.
- Es un método anticonceptivo menos eficaz que el DIU o que los métodos sistémicos.
- Posibles efectos secundarios (irritación local) o reacción alérgica al látex.
- Se requiere suministro constante de espermicida.

ANTICONCEPTIVOS QUIMICOS

ESPERMICIDAS

Para (Schwarcz, y otros, 2002) los espermicidas son barreras químicas, formados de dos componentes: uno químico llamado comúnmente nonoxinol-9 y otro inerte. Los espermicidas se pueden obtener en diferentes formas farmacéuticas, tales como espumas, cremas, geles, laminas, supositorios o tabletas espumantes. Se pueden usar solos o en combinación con otro método anticonceptivo.

Modo de uso

Aplicar el espermicida profundamente en el fondo del saco posterior de la vagina, 10 minutos antes del coito. Los productos que no tienen aplicador (óvulos, tabletas) también deben colocarse en el fondo de saco posterior por lo que la pareja debe recibir consejería y adiestramiento.

Mecanismo de Acción

Inactivan/destruyen los espermatozoides haciendo improbable la fertilización, los espermatozoides al ponerse en contacto con el espermicida, son inmovilizados y destruidos, por lo tanto no hay entrada de espermias al canal Cerviño-uterino. Destruyen los microorganismos asociados con las ETS/VIH (Cifuentes, 1994)

Ventajas

-Eficaces para prevenir el embarazo y algunas ETS cuando se usan sistemática y correctamente, no tienen efectos sistémicos.

Desventajas

-Los efectos secundarios pueden incluir, irritación en el tejido vaginal, especialmente si se usan varias veces en un día, o reacción alérgica local. (Pagola, 2002)

METODO DE LA LACTANCIA (MELA)

Método lactancia amenorrea, es un método post parto, temporal basado en la infertilidad fisiológica producida por la lactancia.

Mecanismo de Acción

Se basa en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario y su respuesta al estímulo de la succión del lactante. La lactancia regular y frecuente resulta en una inhibición de la ovulación por la desorganización folicular. (Pagola, 2002)

Requisitos en el uso del MELA

Las mujeres que cumplen con los tres criterios siguientes:

- Lactancia materna exclusiva.
- Ausencia de menstruación desde el parto.
- Haya transcurrido menos de seis meses de posparto

Para usar MELA, la mujer debe amamantar inmediatamente después del parto, con frecuencia, cada vez que el lactante lo pide, y sin horario sin biberones ni chupete sin dejar transcurrir largos periodos entre una alimentación y otra, de día y de noche sin suplementos, incluso cuando la madre o el bebe se observen enfermos.

Ventajas

- Sumamente eficaz por lo menos 98% menos de 2 embarazos por cada 100 mujeres que lo usan)
- Comienza inmediatamente después del parto.
- No interfiere con el acto sexual.
- Beneficia la salud de la madre y del lactante.

-Se basa en prácticas culturales y religiosas establecidas.

Desventajas

-Puede ser difícil el patrón de amamantamiento.

La duración del método es limitada.

No protege contra ETS/VIH

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer

La Organización Mundial de la Salud define la planificación familiar natural (PFN) (Fernández, López, Martínez, & Muñoz, 2009) como aquellos métodos para planificar y evitar embarazos por medio de la observación de signos y síntomas que ocurren durante el ciclo menstrual y que determinan la fase fértil e infértil del ciclo, evitando las relaciones sexuales durante la fase fértil, si no se desea un embarazo. Dichos métodos brindan una efectividad de un 70% a 80%. (MacPhail, Autrey E., Pascope, & Helen, 2007)

Método del calendario o ritmo

Este es un método que se encuentra basado en cálculos numéricos que determinan el periodo fértil del ciclo menstrual. La mujer determina el comienzo de la fase fértil consciente que la ovulación ocurre 14 días antes de la menstruación y tomando en cuenta que los espermatozoides pueden vivir de 48 a 72 horas en la vagina de la mujer, y que el ovulo puede ser fertilizado en un lapso de 24 horas y producirse un embarazo. (Schwarcz, y otros, 2002)

Se debe determinar la duración del ciclo menstrual durante un periodo de 6 meses y se debe identificar el periodo más largo y el más corto. Se deben restar 18 al número de días del ciclo más corto, y esto nos proporciona el último día fértil y se resta 11 al número de días al ciclo más largo y esto nos informa el primer día fértil del ciclo menstrual.

Método del moco cervical

Este método conocido también como método de Billings consiste en determinar los días fértiles de la mujer, a través de la observación de los cambios o modificaciones del moco cervical. Esto se logra determinando los días fértiles siendo aquellos donde la paciente percibe sus genitales húmedos y observa una secreción mucosa, blanquecina, transparente, parecida a la clara del huevo y que si se estira se forma un hilo.

Los días secos son aquellos donde la mujer no percibe ninguna secreción vaginal y son estos días donde puede tener relaciones sexuales sin correr riesgo de producirse un embarazo.

Método de la temperatura basal corporal

Este es un método que se encuentra basado en determinar el periodo fértil a través de la medición exacta de un ligero aumento de la temperatura corporal basal del cuerpo del ser humano. Es un método en donde se registra la temperatura todos los días y consiste en hacer una medición en la región axilar, vaginal u oral (en el mismo lugar) antes de levantarse. Se observa una elevación de la temperatura de 0.2 a 0.5 grados centígrados cuando se encuentra cerca del período de la ovulación, que sucede en la mitad del ciclo menstrual. (MacPhail, Autrey E., Pascope, & Helen, 2007)

Método Sintotérmico

Este método es una combinación de signos y síntomas que incluyen el moco cervical, la temperatura corporal y además un registro numérico para determinar el periodo fértil de la mujer, proporciona un 98% de protección si se usa como se debe y además puede ser bien utilizado por las mujeres que son de ciclo regular. (Schwarcz, y otros, 2002)

Métodos de esterilización

Esterilización femenina

Es un procedimiento quirúrgico en que las trompas de Falopio, que transportan el óvulo desde el ovario hasta el útero, se bloquean (se atan y cortan, se cauterizan, se cierran con un anillo o grapa). La esterilización pone fin a la fertilidad permanentemente (solo 2% de fracaso después de 10 años).

Mecanismo de Acción

El bloqueo de las trompas de Falopio impide que los espermatozoides se unan con el ovulo, y por consiguiente se previene la fertilización. (Schwarcz, y otros, 2002)

Indicaciones de uso

Cualquier mujer (o pareja) que este segura de que no quiere o no debe tener más hijos y desea protegerse permanentemente contra el embarazo, no hay razones para negar la esterilización a ninguna mujer. Las mujeres que tienen ciertas condiciones deben posponer la esterilización hasta que se haya resuelto la condición.

Ventajas

- Sumamente eficaz y de efecto inmediato.
- Permanente
- No tiene efectos sistémicos
- No interfiere con el acto sexual.

Desventajas

- Procedimiento quirúrgico (molestia por la operación)
- No protege contra las ETS/VIH
- Si la operación fracasa (lo cual rara vez ocurre) y la mujer queda embarazada, hay muchas probabilidades de que el embarazo sea ectópico.

Esterilización Masculina

Vasectomía

La vasectomía es un procedimiento de cirugía menor que pone fin a la fertilidad masculina permanentemente.

Mecanismo de Acción

La vasectomía interrumpe los conductos deferentes, con lo cual se impide que los espermatozoides lleguen al semen; por consiguiente, el semen se eyacula sin espermatozoides.

Indicaciones

Cualquier hombre (o pareja) que este seguro de que no desea o no debe tener más hijos y desea protegerse permanentemente contra el embarazo, no hay razones para negar la esterilización a ningún hombre.

Ventajas

- Sumamente eficaz
- Permanente
- No interfiere con el acto sexual
- Menos riesgo quirúrgico y menos costosa que la esterilización femenina.

Desventajas

- Eficacia moderada
- No protege contra las ETS/VIH
- Posible aumento del riesgo de contraer cáncer de la próstata.
- Las complicaciones relacionadas con el procedimiento mismo rara vez ocurren. (A. & Black, 2007)

III. OBJETIVOS

3.1 General

- Determinar los conocimientos y uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres en edad fértil que acuden a consulta externa del Hospital Regional de Escuintla.

3.2 Específicos

- 3.2.1 Identificar los métodos anticonceptivos utilizados en las mujeres en edad fértil.
- 3.2.2 Analizar las características socioculturales (Edad, sexo, estado civil, religión, ocupación, nivel educativo) de las mujeres en edad fértil que se asocian con el uso de métodos anticonceptivos.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

De tipo prospectivo, longitudinal y descriptivo.

4.2 POBLACION

Todas las pacientes que acudieron a consulta externa de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Escuintla durante el año 2014.

4.3 SUJETOS DE ESTUDIO

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres en edad fértil

4.4 CALCULO DE LA MUESTRA

Es necesario el cálculo de una muestra con la siguiente formula, teniendo un universo 8,191 pacientes durante el año 2014.

✘ Muestra:

+ Técnica de muestreo probabilístico para universo conocido.

+ Aleatorio simple.

✘ Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 PqN}{NE^2 + Z^2 Pq}$$

✘ **n**= Tamaño de la muestra

✘ **Z**=Nivel de confianza (constante 1.96)

✘ **P**=Variabilidad positiva (constante 0.5)

✘ **q**=Variabilidad negativa (constante 0.5)

✘ **N**=Población total

✘ **E**=Precisión o el error (constante 0.05)

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 8,191}{8,191 \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 8,191}{8,191 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{7,863.36}{20,4775 + 0.96}$$

n = 366 pacientes.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres de 15 a 45 años que asistieron a consulta externa que estuvieron o no utilizando un método anticonceptivo para planificación familiar.
- Pacientes puérperas.

4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que no se encuentren en el rango de edad reproductiva.
- Paciente donde exista barrera lingüística.
- Pacientes con retraso mental o psicomotor

4.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	OPERACIONALIZACION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Edad	Datos de la edad en años cumplidos, anotados en la encuesta	Instrumento de recolección	Cuantitativa	Nominal	Años
Estado Civil	Dato de la encuesta sobre el tipo de relación que une a su pareja	Instrumento de recolección	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unido
Escolaridad	Lo anotado en la encuesta de los años que ha cursado de estudio	Instrumento de recolección	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Diversificado
Ocupación	Labor que desempeña todos los días del mes anotado en la encuesta	Instrumento de recolección	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Ama de casa • Trabajadora

Etnia	Grupo cuyos miembros presentan rasgos culturales y lingüísticos comunes	Instrumento de recolección	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Mestizo • Maya • Garífuna • Xinca • Ladino
Procedencia	Región o lugar geográfico de donde se origina una persona	Instrumento de recolección	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbana
Método anticonceptivo utilizado	Cualquier procedimiento biológico, químico o mecánico que evita la concepción	Instrumento de recolección	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Se toma como conocimientos cuando se conteste correctamente el 60% de las preguntas del cuestionario y aceptable y no aceptable	Instrumento de recolección	Cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptable • No aceptable

4.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Boleta de recolección de datos que permitió de manera precisa encontrar la información que se requería para elaborar innovaciones en el tema de planificación familiar.

Dicho instrumento para recolectar información tomo en cuenta lo siguiente

- Edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Etnia
- Procedencia
- Métodos anticonceptivos utilizado
- Conocimiento sobre métodos anticonceptivos (Ver anexo 1)

4.9 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

Las pacientes que se incluyeron en el estudio son aquellas que asistieron a consulta externa de Ginecología y obstetricia del Hospital de Escuintla, quienes tuvieron que cumplir los criterios de inclusión siguientes: estar comprendidas en el periodo de edad fértil el cual va de los 15 a los 45 años no importando que sea consulta o re consulta así como estar de acuerdo en participar en el estudio.

Pacientes en un orden aleatorizado según el cronograma de trabajo por medio de metas diarias de captación de pacientes, se les informó sobre el trabajo de investigación, se les leyó el consentimiento informado y si dicha paciente aceptaba participar en el estudio se le daba el instrumento de recolección de datos y se procedía a realizar la encuesta.

4.10 ASPECTOS ETICOS

Se les explico a las pacientes sobre la importancia de los métodos anticonceptivos en su vida, así como el objetivo del estudio y los beneficios que el mismo traerá a la población, haciéndoles ver que toda la información recolectada será confidencial.

Los resultados de la investigación fueron entregados a las autoridades administrativas del Hospital Regional de Escuintla.

4.11 PROCEDIMIENTOS DE ANALISIS DE LA INFORMACION

El análisis de los datos se realizó con los siguientes pasos:

- Luego de la recolección de datos se procedió a la revisión y limpieza de los mismos y finalmente se ordena la información.
- Se utilizó el programa de “Epiinfo 7” como instrumento de tabulación de datos, con lo cual se obtuvieron respuestas estandarizadas Se realiza un análisis descriptivo de los datos con frecuencias y proporciones absolutas y relativas.
- Se generaron tablas para la presentación de resultados utilizando la página electrónica de Excel
- Se analizó cada una de las tablas, evaluando cada una su relación con las variables y lo que esto implico a la población.

V. RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos en el proceso de investigación sobre los conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos y su uso para planificación familiar; de las pacientes que acuden a consulta externa del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Escuintla, durante el periodo de Enero 2014 a Diciembre 2014.

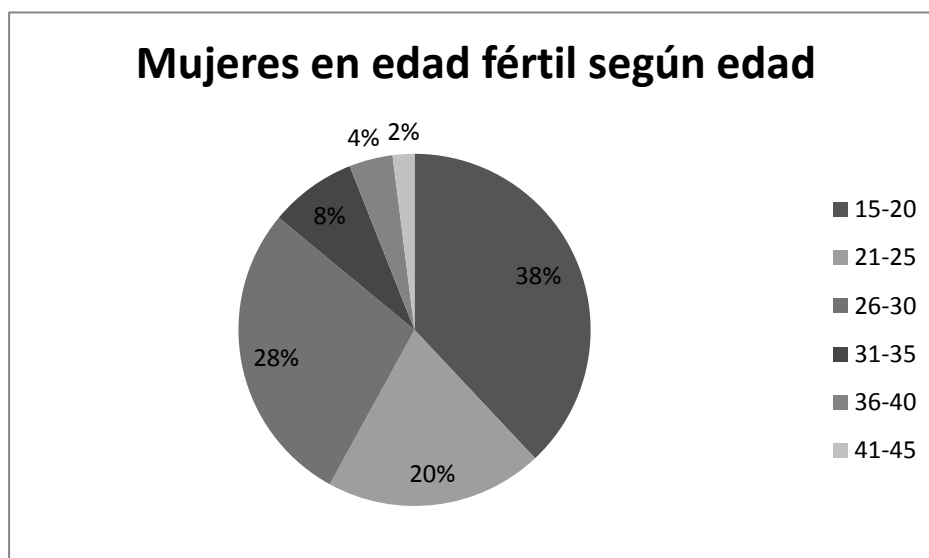
La presentación se organiza de la siguiente manera: Se presenta la información sobre datos socio demográfico, luego se procedió a analizar todo lo concerniente a el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres en edad fértil que acudieron a consulta externa

Tabla No.1
Mujeres en edad fértil según edad, Hospital Nacional de Escuintla Enero a Diciembre 2014

EDAD	FRECUENCIA	%
15-20	188	38
21-25	99	20
26-30	139	28
31-35	40	8
36-40	20	4
41-45	9	2
TOTAL	495	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Grafica No. 1



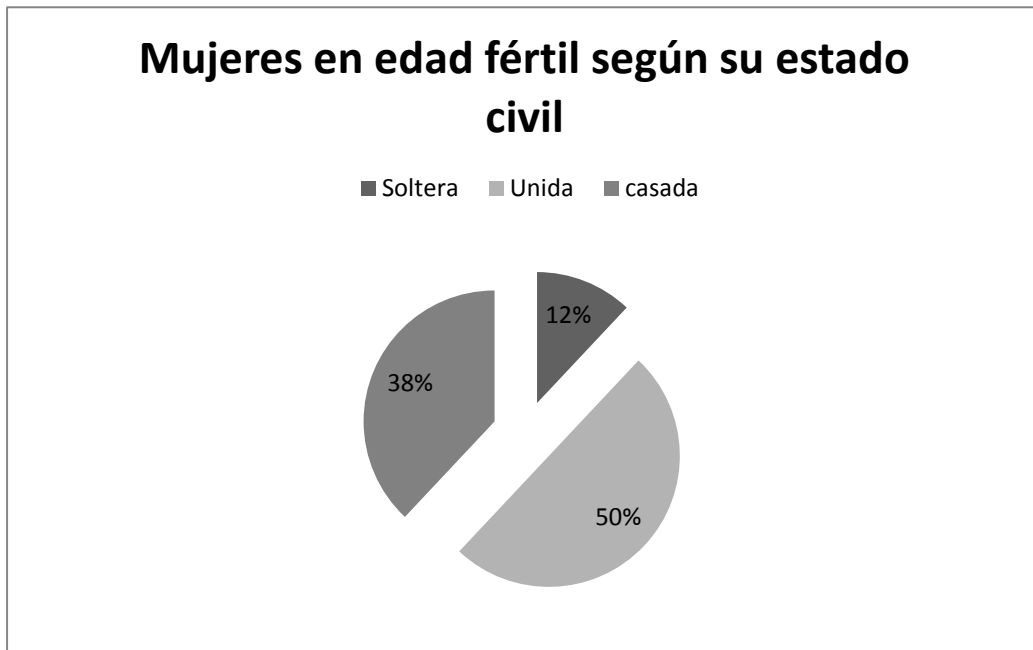
La mayoría de las pacientes son pacientes adolescentes comprendidas en el rango de 15 a 20 años (38%). Seguido del rango de edad de 26 a 30 años siendo la minoría de 41 a 45 años.

Tabla No.2
Mujeres en edad fértil según estado civil, Hospital Nacional de Escuintla Enero a Diciembre 2014

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	59	12
Unida	248	50
Casada	188	38
TOTAL	495	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Grafica No. 2



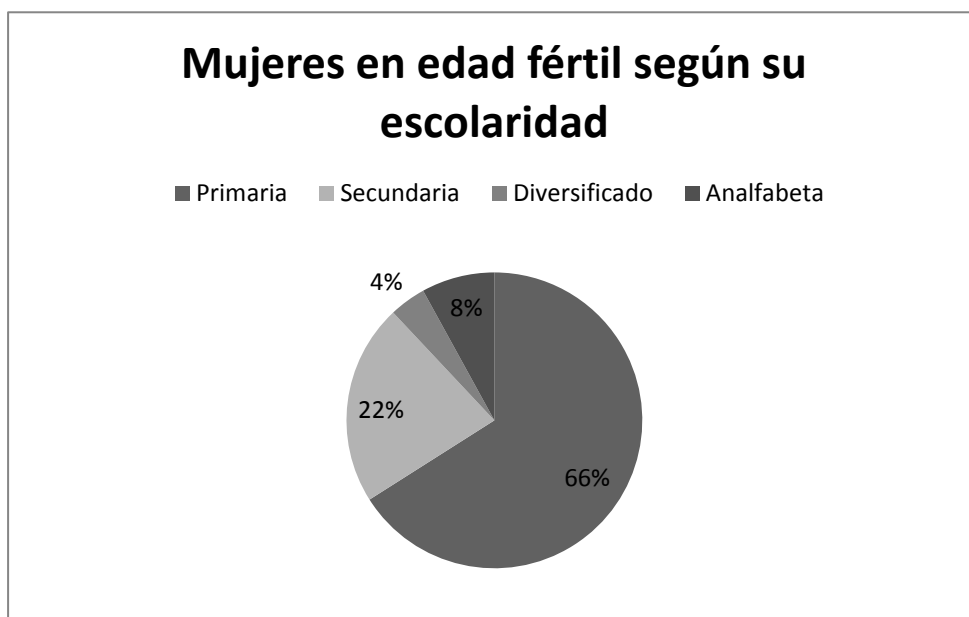
La mayoría viviendo con su pareja en unión libre en un 50% mientras que la minoría se encuentra en un 12% soltera.

Tabla No. 3
Mujeres en edad fértil según escolaridad Hospital Nacional de Escuintla, enero a diciembre 2014

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	327	66
Secundaria	109	22
Diversificado	20	4
Analfabeta	39	8
Total	495	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Grafica No. 3



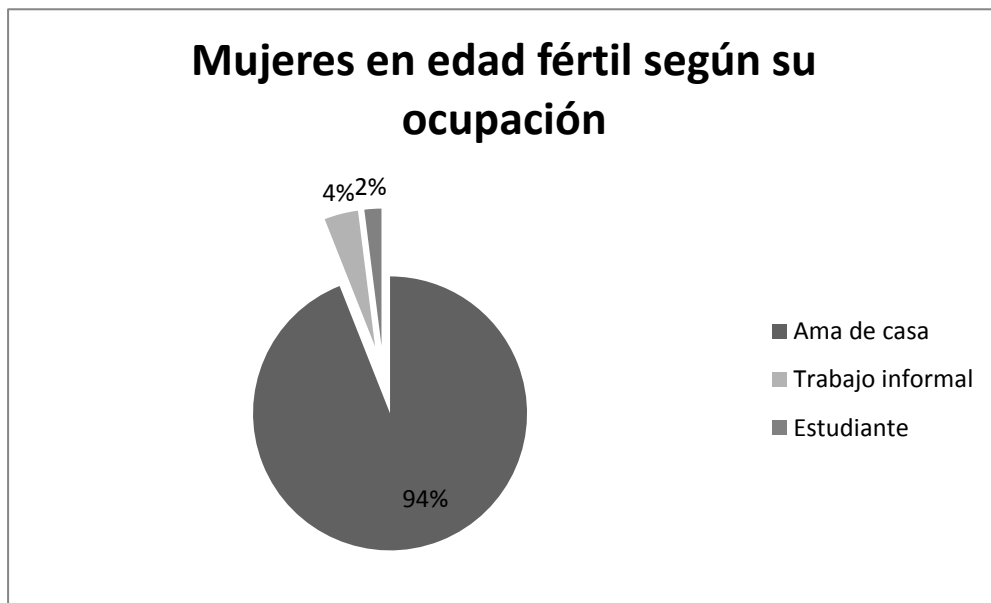
La mayoría tiene una escolaridad baja ya que el 66% solo curso la educación primaria y tan solo un 4% llevo a diversificado.

Tabla No. 4
Mujeres en edad fértil, según ocupación, Hospital Nacional de Escuintla, enero a diciembre 2014

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	465	94
Trabajo informal	20	4
Estudiante	10	2
Total	495	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

Grafica No. 4



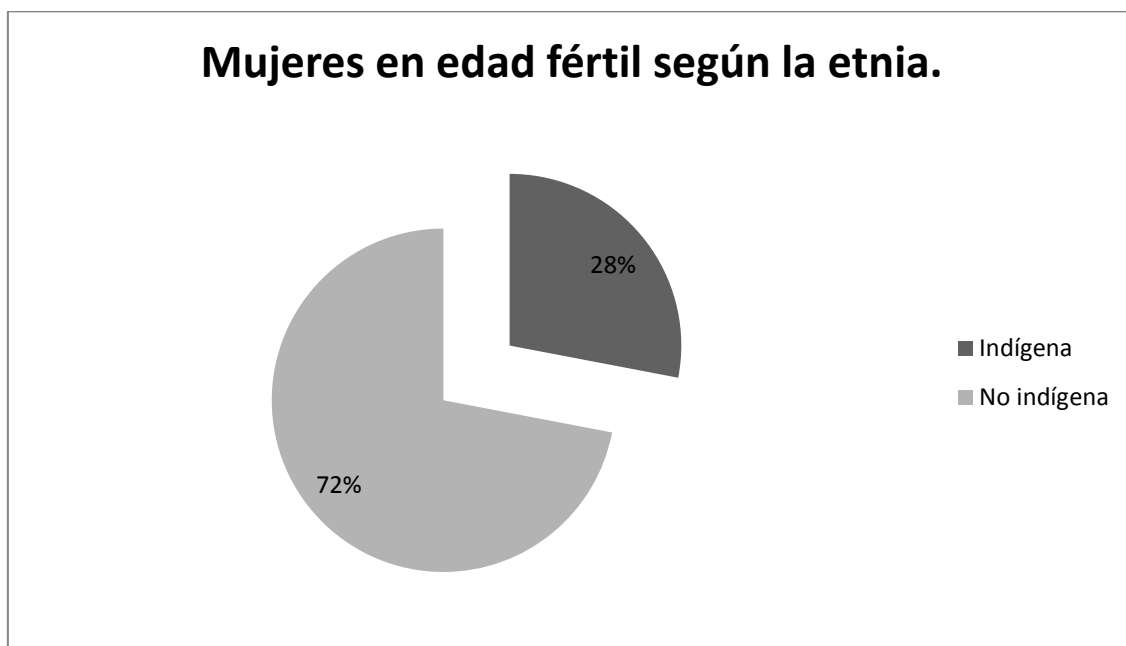
La mayoría de las pacientes no tienen un trabajo remunerado ya que el 94% son amas de casa

Tabla No. 5
Mujeres en edad fértil según etnia, Hospital Nacional de Escuintla, Enero a Diciembre 2014.

Etnia	Frecuencia	%
Indígena	139	28
No indígena	356	72
Total	495	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

Grafica No. 5



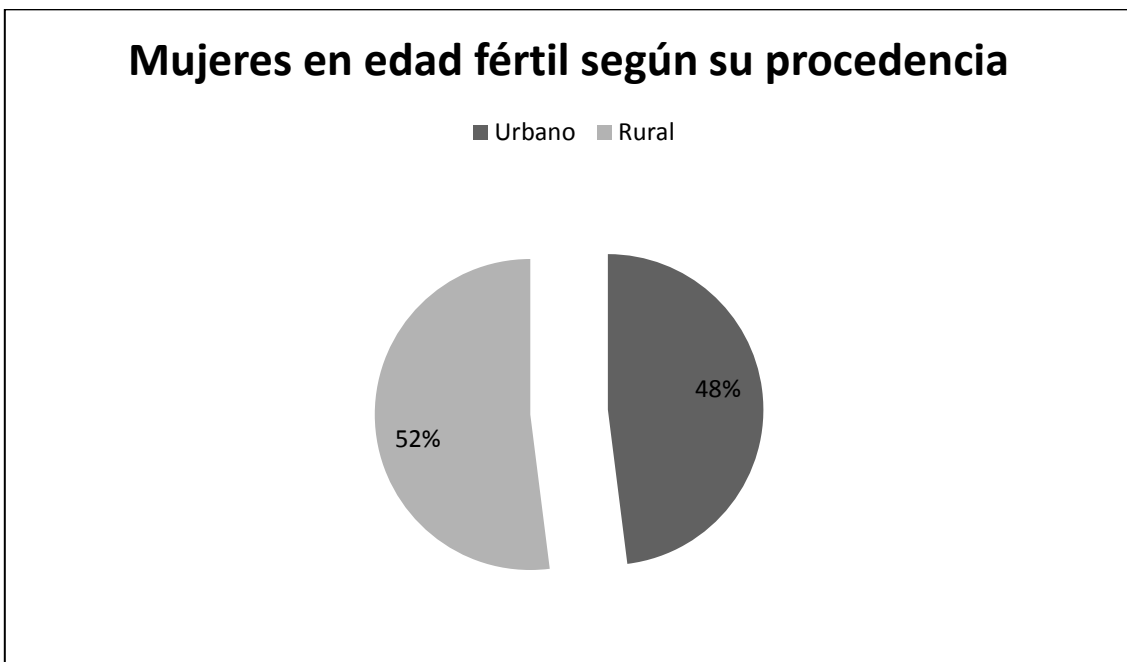
La mayoría de las encuestadas fueron no indígenas en un 72% mientras que un 28% si demostraron ser indígenas de la región.

Tabla No. 6
Mujeres en edad fértil, según procedencia, Hospital Nacional de Escuintla, enero a diciembre 2014

Procedencia	Frecuencia	%
Urbano	238	48
Rural	257	52
Total	495	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

Grafica No. 6



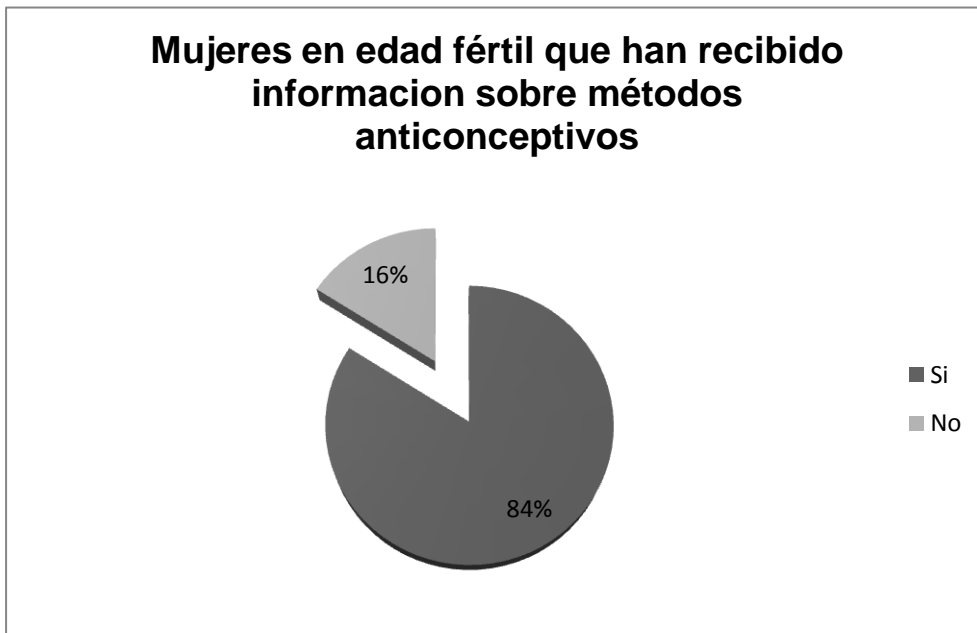
Las pacientes provienen tanto del área rural 52% debido al área donde se realiza el estudio contra un 48% del área urbana.

Tabla 7
Mujeres en edad fértil que han recibido información sobre métodos anticonceptivos.

Información	Frecuencia	%
Si	416	84
No	79	16
Total	495	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Grafica No. 7



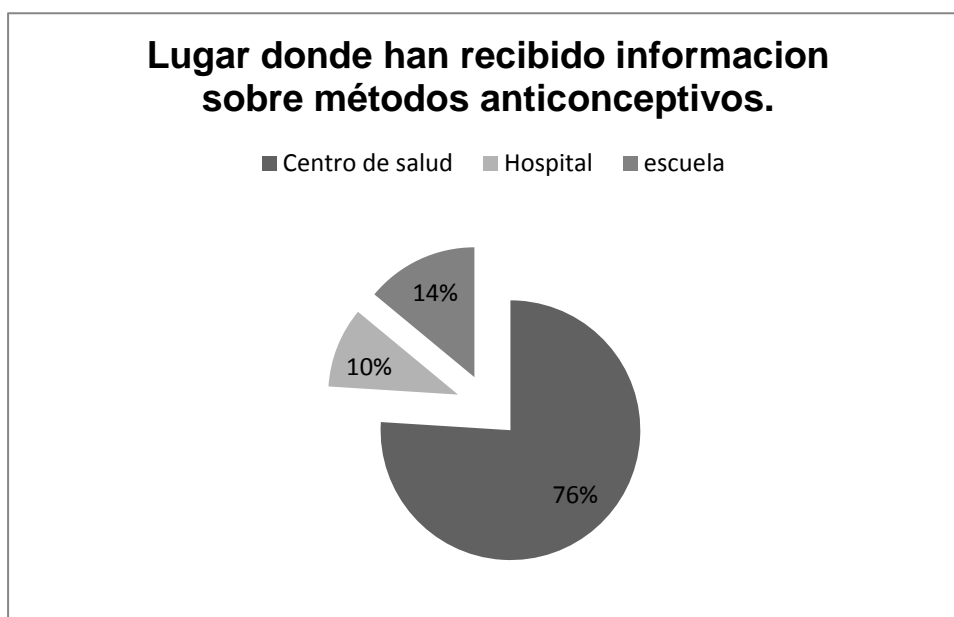
La mayoría de las encuestadas (84%) si ha recibido información sobre métodos anticonceptivos pero al parecer no aplica la información o necesita adecuarse a las necesidades de la población. Mientras que un 16% no los ha recibido

Tabla No. 8
Lugar donde las mujeres han recibido información sobre métodos anticonceptivos.

Lugar	Frecuencia	%
Centro de salud	376	76
Hospital	50	10
escuela	69	14
Total	495	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Grafica No. 8



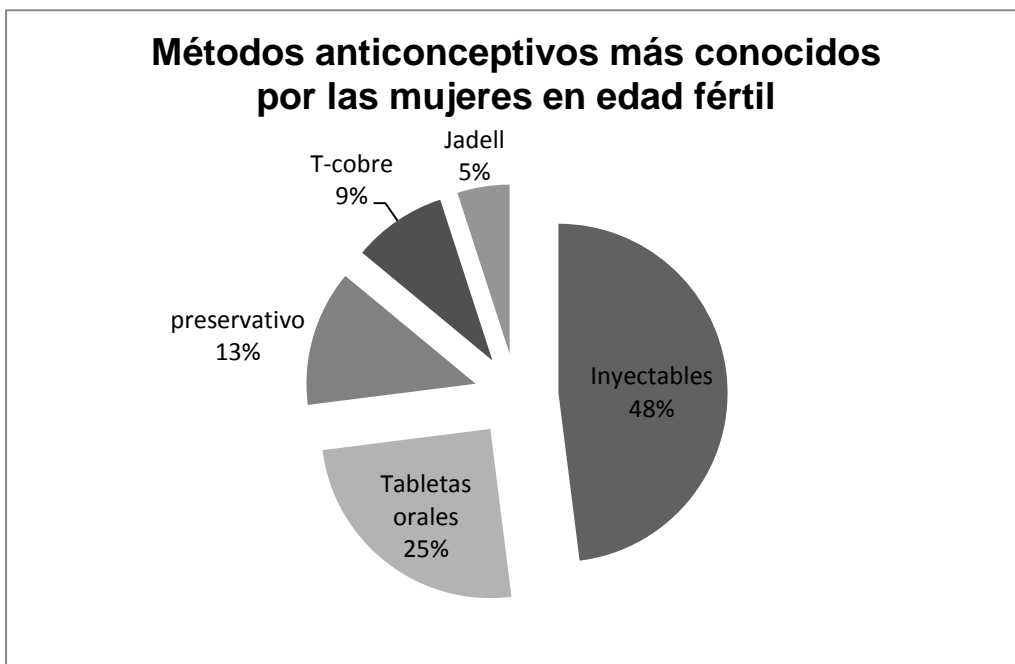
La mayoría de las encuestadas conoce más de un método por información dada en centros de salud (76%) mientras que la escuela(14%) es el lugar donde debería llegar más oportuna y de manera preventiva a las mujeres por lo cual se está desaprovechando un valioso recurso.

Tabla No. 9
Métodos anticonceptivos más conocidos por las mujeres en edad fértil.

Método	Frecuencia	%
Inyectables	52	48
Tabletas orales	28	25
preservativo	14	13
T-cobre	10	9
Jadell	5	5
Total	109	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Grafica No 9



Los anticonceptivos inyectables y los orales fueron los métodos más conocidos por las pacientes en un 48 y 25% respectivamente mientras que el método Jadell 5% no es conocido por las mujeres.

Tabla 10
Mujeres en edad fértil que se encuentran utilizando algún método anticonceptivo.

Utiliza algún método	Frecuencia	%
Si	99	20
No	396	80
Total	495	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Grafica No. 10



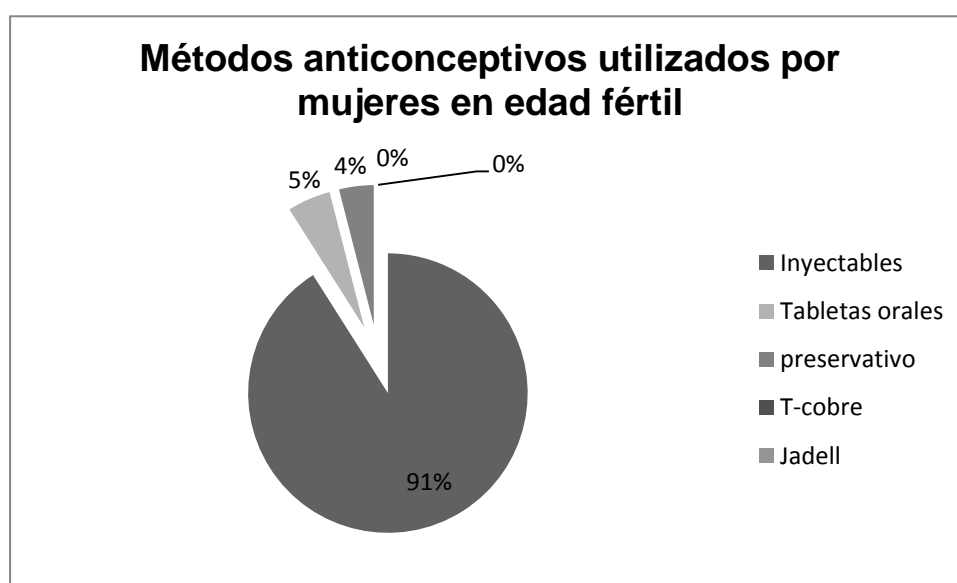
80% de las encuestadas indicaron no estar utilizando algún método para planificar.

Tabla No. 11
Métodos anticonceptivos utilizados por mujeres en edad fértil

Método	Frecuencia	%
Inyectables	90	91
Tabletas orales	5	5
preservativo	4	4
T-cobre	0	0
Jadell	0	0
Total	99	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Grafica No. 11



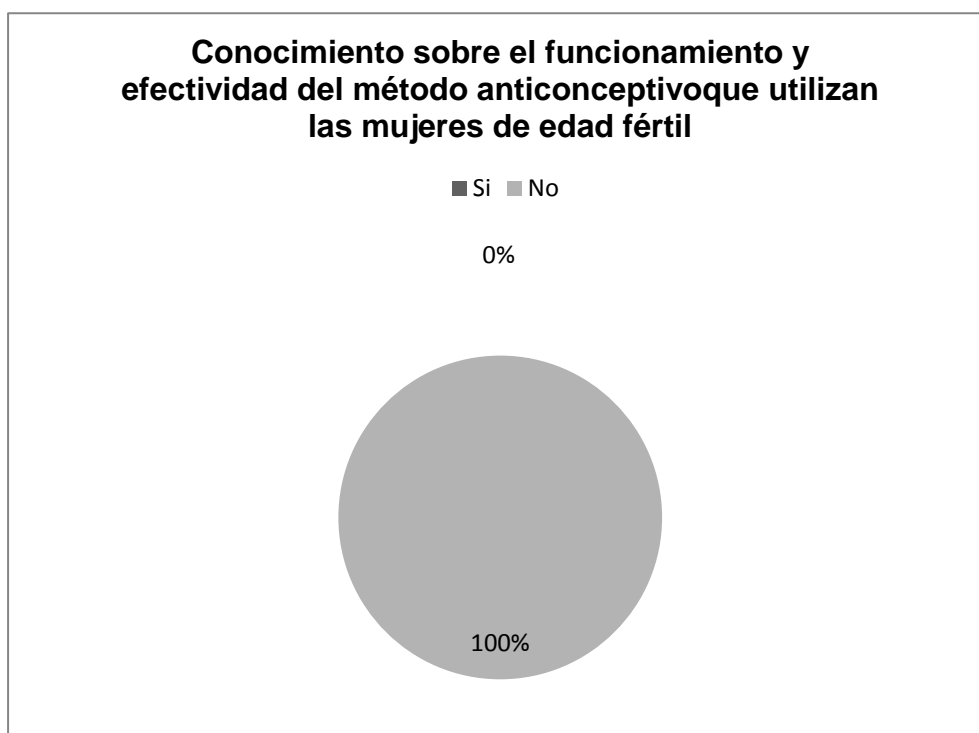
La mayoría de las pacientes que si utilizan métodos anticonceptivos utilizan la inyección de 3 meses para planificar y comprueba que debido al poco conocimiento sobre el método Jadell no lo llegan a utilizar.

Tabla No. 12
Conocimiento sobre el funcionamiento y la efectividad del método anticonceptivo que utilizan las mujeres en edad fértil

Conoce la función y efectividad del método	Frecuencia	%
Si	0	0
No	99	100
Total	99	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Grafica No. 12



El 100% de las mujeres que si utilizan métodos anticonceptivos desconocen cómo funciona el mismo así como su efectividad.

VI. DISCUSION Y ANALISIS

A continuación se analizan y discuten los resultados obtenidos del estudio conocimiento y uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres en edad fértil que acudieron a consulta externa del Hospital Regional de Escuintla, durante los meses de enero 2014 a diciembre 2014.

El análisis y la discusión de los resultados se organiza de la siguiente manera: Se analizarán las variables socio demográficas y posteriormente las variables sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar.

Podemos ver que predomina la edad comprendida en el rango de 15 a 20 años en un 38% seguido del rango de edad de 26 a 30 años. Viviendo la mayoría con su pareja en unión libre en un 50% y teniendo una escolaridad baja, ya que la mayoría (66%) solo había terminado la educación primaria. La mujer ama de casa representó el 94%, siendo la mayoría de las encuestadas no indígenas, procedentes tanto del área rural como urbana en un 52% y 48% respectivamente. Toda esta información nos da una idea de las características socioculturales de las pacientes que acudieron a consulta externa de gineco-obstetricia del Hospital de Escuintla y que se relacionan con el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar.

Según un estudio realizado en Cuba en la consulta de planificación familiar con el objetivo de contribuir a la optimización del Programa de Atención a la mujer durante la vida sexual activa se menciona que en países menos desarrollados se puede ver cómo se hacen necesarios cambios fundamentales y profundos; se habla mucho de los métodos anticonceptivos modernos, pero la baja condición educacional de la mujer y la falta de recursos económicos, conllevan a que la mujer pobre no lleve un buen control de su fecundidad.

Las relaciones sexuales en edad adolescente se observan con mayor frecuencia en la época actual, así como la falta de protección en éstas.

Estudios realizados en Estados Unidos en adolescentes entre 15 y 19 años de edad, demostraron que más de la mitad había tenido experiencias sexuales en edad temprana.

Se obtuvo que la mayoría de las encuestadas (84%) ha recibido información sobre métodos anticonceptivos y conoce más de un método por información dada en el centro de salud. Siendo las tabletas orales y las hormonas inyectables los métodos más conocidos por nuestras pacientes, 80% de las encuestadas indicaron no estar utilizando algún método para planificar, y las que si estaban utilizando algún método, que fue un bajo porcentaje indicaron usar hormonas inyectables, principalmente la inyección de 3 meses como método de preferencia y a la vez el más utilizado por estas pacientes.

Esto es similar a un estudio realizado por Fernández y Colegas en el año 2009 en Argentina donde se analizó una muestra representativa de 5140 historiales clínicos en el hospital materno infantil Dr. Joel Valencia de los cual se concluyó que la opción por preferencia fue la anticoncepción hormonal con un 39% seguida de esterilización quirúrgica 21% ocupando en tercer lugar con un 20% los DIU.

De las pacientes que si utilizan un método anticonceptivo desconocen cómo funciona el mismo así como su efectividad y los efectos secundarios que puede provocar el mismo.

Toda esta información nos refleja el poco uso de los métodos anticonceptivos para planificación familiar entre la población que acude a la consulta externa, que predominantemente es población adolescente de 15 a 20 años de edad con un nivel de escolaridad bajo que se relaciona con menor uso de los métodos de planificación, ya que a medida que se incrementa el nivel educacional, es mayor el uso de los métodos sin embargo en Escuintla la mayoría de nuestras pacientes solo cursaron algunos años de primaria. Todo esto podría mejorar si se da una orientación adecuada según la edad y nivel de escolaridad de las pacientes sobre el uso de métodos anticonceptivos así como la consejería sobre salud sexual y reproductiva.

Se identificó que la mayoría de las encuestadas ha recibido información sobre métodos anticonceptivos, tienen una actitud positiva hacia la disminución en el número de embarazos, sin embargo existe poca utilización de los métodos anticonceptivos lo cual pudiera estar influenciado por creencias erróneas o desconocimiento sobre efectos secundarios de los mismos.

No estamos solos en relación a este tema ya que según una investigación del Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) indica que a pesar de las políticas de educación y orientación familiar, impulsadas por diferentes gobiernos, los métodos anticonceptivos en la región continúan situándose muy por debajo de los países desarrollados y se debe también a razones sociales y culturales, junto a una falta de educación e información, parecen estar detrás de estos indicadores.

6.1 CONCLUSIONES

Sobre los conocimientos y uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres en edad fértil

6.1.1 La mayoría de pacientes encuestadas refirieron haber recibido información sobre métodos anticonceptivos (84%)

6.1.2 La mayoría de pacientes encuestadas refirieron no utilizar algún método anticonceptivo (80%)

Sobre los métodos anticonceptivos más utilizados por las mujeres en edad fértil.

6.1.3 La mayoría de pacientes encuestadas refirieron utilizar con mayor frecuencia los anticonceptivos inyectables (48%) seguido de los anticonceptivos orales (25%).

Sobre las características socioculturales de las mujeres en edad fértil.

6.1.4 La mayoría de las pacientes encuestadas son pacientes adolescentes comprendidas en el rango de 15 a 20 años. (38%), la mayoría viviendo con su pareja en unión libre (50%).

6.1.5 La mayoría amas de casa (94%) no indígenas (72%), con escolaridad baja ya que solo el 66% curso la educación primaria y tan solo un 4% llego a diversificado.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Dar mayor información a la población adolescente, acerca de todos los métodos anticonceptivos, informando sobre su correcta utilización, ventajas y desventajas así como sobre el funcionamiento y efectividad del método en las diferentes instituciones de salud y educativas como las escuelas del departamento de Escuintla.

- 6.2.2 Capacitar a los promotores de los métodos de planificación familiar sobre como proporcionar información adecuada acerca de los efectos secundarios del uso de métodos anticonceptivos para que la información transmitida sea oportuna y de calidad.

- 6.2.3 Es importante la apertura de una clínica de salud reproductiva en el Hospital Nacional de Escuintla, donde personal capacitado dé a conocer las opciones anticonceptivas y su utilización, escuche a la usuaria y tome en cuenta sus preocupaciones, aclare cualquier duda y proporcione el seguimiento a toda aquella paciente que acudan en solicitud de dicho servicio.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. A., W., & Black, A. (2007). *Anticorrupción en Canadá; Una revisión del método de elección, las características, la adhesión a servicios de asesoramiento y los enfoques* (Vol. 27).
2. Bonilla, C. (15 de febrero de 2009). Planificación familiar sin eco en Guatemala. *Actualidad Nacional, Prensa Libre* .
3. Cifuentes, E. (1994). *Métodos naturales y otras alternativas para el esparcimiento se los embarazos*. Tesis , Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala.
4. (1995). *Conocimiento actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en una comunidad indígena San Pedro Ayampuc*. Guatemala.
5. (2006). *Diversidad étnico-cultural y desarrollo humano. La ciudadanía en un Estado Plural; Informe Nacional de Desarrollo Humano*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
6. Fernández, López, Martínez, U. G., & Muñoz. (2009). *Métodos anticonceptivos; prevalencia de uso según método en el Hospital "Materno Infantil del Este"*. Caracas, Venezuela: Petare.
7. Foreit, J. R. (1899). *Investigación operativa en planificación familiar*. Estados Unidos: Populatio Council.
8. García, G. (2007). *Conocimientos y creencias sobre métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres en edad fértil*. Guatemala.
9. Gómez Nij, A. (s/f). *Aceptación de métodos de planificación familiar en Guatemala*. (F. d. Médicas, Ed.) Guatemala.
10. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Organización de Naciones Unidas, El Cairo.
11. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo. Cada niño y cada madre contarán*. Organización Mundial de la Salud (OMS).

12. (1998). *Iniciativa de salud de los pueblos indígenas de Guatemala*, Organización Panamericana de Salud. Oficinas Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud,. Washington.
13. (2002). *IV Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI)*. Instituto Nacional de Estadística, Guatemala.
14. MacPhail, C., Autrey E., P., Pascope, S., & Helen, R. V. (2007). *Uso de métodos anticonceptivos y el embarazo en los 15-24 años de edad en la mujer sudafricana* (Vol. 5).
15. (2006). *Memoria Anual de Informática y vigilancia epidemiológica*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social , Guatemala.
16. Moya, C. (2000). *La salud sexual y reproductiva en los jóvenes de América Latina y el Caribe*. Chile.
17. (2002). *Organización panamericana de la Salud en las Américas*. Oficina Regional de la OMS Washingyon DC., Guatemala.
18. Pagola, J. (2002). Manejo de los Métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Medicina Geneneal Integral* .
19. Peláez. (1998). Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana Obstreticia y Ginecología* , 22 (1).
20. Schwarcz, R., Castro, R., Galimberti, D., Martínez, I., García, O. L., echeverry, M., y otros. (2002). *Guía para el uso de métodos anticonceptivos*. Argentina.
21. Suarez Maddalen, M. (2004). *Situación social de los adolescentes y jóvenes en América Latina*. Washington.
22. Tripp, J. (2000). *La salud sexual y reproductiva en los jóvenes de América Latina y el Caribe*. Chile.
23. Varona, A. (2005). *Adolescencia, sexualidad y anticoncepción* (Vol. 5). Habana, Cuba.

VIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
DEPARTAMENTO DE GINECO_OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL DE ESCUINTLA
UNIDAD DE INVESTIGACION



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FERTIL

Instrucciones Marque con una X la respuesta que considere adecuada.

1. Edad: ____ años
2. Estado civil
Soltera Casada Unida Viuda Divorciada
3. Escolaridad terminada
Analfabeta Primaria Secundaria Diversificado Superior
4. Ocupación
Estudiante Ama de casa Trabajadora formal Trabajadora informal
5. Etnia
Indígena No indígena
6. Procedencia
Urbano Rural
7. Há recibido información sobre métodos anticonceptivos? Si No
8. Si su respuesta es afirmativa diga donde há recibido la información ?
Hospital Centro de salud Literatura Radio y TV Amigos
Internet
Otros _____
9. Método anticonceptivo que conoce:
"T cobre" Preservativo Diafragma Tabletas orales
Coito interrupto Hormonas inyectables
Otros _____
10. , Se encuentra actualmente utilizando algún método anticonceptivo
SI NO

Si su respuesta fue afirmativa pase a las siguientes preguntas

11. Qué método anticonceptivo utiliza

Dispositivos Intrauterinos

Anticonceptivos hormonales

Anticonceptivos de barrera

Anticonceptivos químicos

Método de la lactancia (MELA)

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer

12. Porque está utilizando un método de planificación familiar

Iniciativa propia Por que su esposo le dijo Para mejorar su salud

Espaciar embarazos No quiere más hijos Esta conforme con los hijos que tiene

13. Sabe cómo funciona el método que utiliza

Si

No

14. Conoce la efectividad del método que utiliza

Si

No

15. Conoce que efectos secundarios puede producir el método anticonceptivo que utiliza

Si

No

Si su respuesta fue afirmativa contesta la siguiente pregunta

16. Cuáles de los siguientes efectos secundarios ha presentado por el uso del mismo

Nausea Vomito Dolor de cabeza Aumento de peso Hemorragias

Falta de menstruación Nerviosismo Otros

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor (a)

Buenos días/ buenas tardes

Soy Médico y actualmente estudio la especialización de Ginecología y obstetricia en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estoy realizando una investigación de graduación, relacionado a conocimiento y uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres en edad fértil, le daré la información e invitarla a participar en el estudio. Por favor, pregunte si tiene alguna duda de lo que le voy a decir o si desea que le amplíe la información.

Por lo anterior, estoy invitando para realizar este estudio a mujeres en edad fértil que consultan el área de consulta de externa en este Hospital escuela (hospital Nacional de Escuintla). Su participación en este estudio es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no. Cualquiera que sea su decisión, la atención en este centro no cambiará.

La entrevista será realizada por un médico (a)

1. Por medio de una entrevista guiada donde se tomaran los datos y se completara el cuestionario, no se realizara ningún examen complementario
2. Los datos proporcionados serán parte de una base de datos privada.
3. En base a su información se estudiaran las características de cada una y se formularan conclusiones.

He sido informada e invitada a participar en este estudio. Entiendo que se realiza una entrevista guiada, que no existen riesgos, he leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se ha contestado satisfactoriamente las preguntas, consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante.

Firma del paciente _____

O huella dactilar.

Fecha: _____

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “**CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL**” 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.