

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

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a man on horseback, holding a staff, surrounded by various heraldic symbols including castles, a lion, and a crown. The Latin text "ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTIVATA INTER MATEMATICAS" is inscribed around the perimeter of the seal.

**CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES QUE ASISTEN  
A LA CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**JUAN SILVERIO DÍAZ ACEITUNO**

**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**

**Junio 2021**



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas

## Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.301.2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Juan Silverio Díaz Aceituno

Registro Académico No.: 200510149

No. de CUI: 2358113510114

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 **CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

Que fue asesorado por: Dra. Linda Esther Ortiz Castro.

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

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **Junio 2021**

Guatemala, 19 de mayo de 2021.

MAYO 20, 2021

**Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.**  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado

**Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.** ★  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades



/dlsr

La Antigua Guatemala, 07 de abril 2021

Dr. Erwin Gonzáles Maza  
Coordinador Específico de Postgrado  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna  
Hospital Pedro Bethancourt  
Presente.

Respetable Dr. Gonzáles Maza:

Por este medio le informo que he asesorado el informe final de graduación que presentó el Doctor **JUAN SILVERIO DÍAZ ACEITUNO**, carné **200510149**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **“CARACTERIZACION DE LAS PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLINICA DE PLANIFICACION FAMILIAR”**.

Luego de la asesoría, hago constar que el Doctor Díaz Aceituno, 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 Post Grado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

  
Dra. Linda E. Ortiz Castro  
MSc. Ginecología y Obstetricia  
Colegiado 15,645

Dra. Linda Esther Ortiz Castro  
Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Asesor de Tesis

HOSPITAL PEDRO DE BETHANCOURT  
Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepéquez  
Teléfono: 7774 1414 FAX: 7888 7024



Dra. Linda Esther Chu´mil Kaj Ortiz Castro  
Docente Responsable  
Maestria en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Hospital Pedro Bethancourt  
Presente.

Respetable Dra. Ortiz:

Por este medio le informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presentó él Doctor **JUAN SILVERIO DIAZ ACEITUNO, carné 200510149**, de la carrera de Maestria en Ciencias Médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **“CARACTERIZACION DE LAS PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLINICA DE PLANIFICACION FAMILIAR”**.

Luego de la revisión, hago constar que él Doctor Díaz Aceituno, 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 Post Grado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dra. Rosa J. Chiroy Muñoz  
MEDICINA INTERNA  
C.C. 10,274

Dra. Rosa Julia Chiroy Muñoz MSc

Revisor de Tesis





ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

DICTAMEN.UIT.EEP.341-2020

26 de octubre de 2020

Doctora

**Linda Esther Chu'mil-Kaj Ortiz, MSc.**

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Nacional Pedro de Bethancurt

Doctora Chu'mil-Kaj Ortiz:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el informe final del médico residente:

***Juan Silverio Díaz Aceituno***

De la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, registro académico 200510149. Por lo cual se determina **Autorizar solicitud de examen privado**, con el tema de investigación:

***"Caracterización de las pacientes que asisten a la clínica de planificación familiar"***

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

**Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.**

Unidad de Investigación de Tesis

Escuela de Estudios de Postgrado

c.c. Archivo  
LARC/karin

---

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

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: [uit.eep14@gmail.com](mailto:uit.eep14@gmail.com)

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. ANTECEDENTES</b> .....	5
2.1. Epidemiología .....	5
2.2. Definición .....	6
2.3. Atención de la salud sexual y reproductiva como derecho humano .....	7
2.4. Elección de anticonceptivos.....	8
2.5. Objetivos de la planificación familiar.....	10
2.6. Métodos anticonceptivos basados en el conocimiento de la fertilidad .....	12
2.7. Métodos anticonceptivos de barrera.....	20
2.8. Métodos anticonceptivos hormonales.....	21
2.9. Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración .....	27
<b>III. OBJETIVOS</b> .....	33
3.1. Objetivo general.....	33
3.2. Objetivos específicos .....	33
<b>IV. MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	35
4.1. Tipo de estudio .....	35
4.2. Población .....	35
4.3. Muestra .....	35
4.4. Criterios de selección.....	37
4.5. Operacionalización de variables .....	38
4.6. Técnica e instrumento.....	41
4.7. Procedimiento para la recolección de datos .....	41
4.8. Plan de análisis de datos .....	42
4.9. Aspectos éticos de la investigación .....	42
<b>V. RESULTADOS</b> .....	43
<b>VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b> .....	49

6.1.	Conclusiones .....	53
6.2.	Recomendaciones .....	55
<b>VII.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	<b>57</b>
<b>VIII.</b>	<b>ANEXOS</b> .....	<b>61</b>
8.1.	Encuesta.....	61
8.2.	Consentimiento Informado.....	63

## ÍNDICE DE TABLAS

**Tabla 1.**

Caracterización de pacientes que acuden a Clínica de Planificación Familiar de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Betancourt.....43

**Tabla 2.**

Uso de métodos anticonceptivos según edad.....46

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

### **Gráfica 1.**

Frecuencia del uso de método anticonceptivo de pacientes que acuden a la clínica de planificación familiar.....44

### **Gráfica 2.**

Métodos de planificación familiar utilizados.....45

### **Gráfica 3.**

Factores que limitan la utilización de métodos anticonceptivos.....47

### **Gráfica 4.**

Efectos secundarios de los métodos anticonceptivos.....48

## RESUMEN

De acuerdo con la Encuesta de Salud Materno-Infantil 2017, a nivel nacional 39% de las parejas en edad reproductiva no utiliza ningún método de planificación familiar, siendo más afectados grupos familiares sin educación académica (50%) y con nivel de riqueza inferior (54%). **Objetivo:** Caracterizar a las pacientes que acuden a la Clínica de Planificación Familiar de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Betancourt. **Método:** Estudio descriptivo prospectivo realizado en 54 pacientes a quienes se les realizó una encuesta para conocer los métodos anticonceptivos utilizados, efectos adversos y los factores que limitaron la utilización de estos, se utilizó análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** Del grupo estudiado se encontró que las pacientes son de religión católica (55.6%), procedentes del departamento de Sacatepéquez (50.0%), amas de casa (64.8%), escolaridad secundaria (27.8%), en unión libre (48.1%) y la edad entre 16 a 35 años (79.5%). La frecuencia de uso de métodos anticonceptivos correspondió a 66.7% IC95% [55.8 a 77.6]. Los métodos anticonceptivos más utilizados fueron inyección trimestral (42.6%), anticonceptivos orales (20.4%) y dispositivo intrauterino (13.0%). Los factores que limitaron la utilización de métodos anticonceptivos referidos con mayor frecuencia fueron la no tolerancia al método (44.4%) y el acceso a la información (29.6%). Los efectos secundarios más comunes asociados al uso de métodos anticonceptivos fueron: Cefalea (24.1%) y sangrado (24.1%). **Conclusión:** A dicha clínica acuden mujeres en un 100 %, con una media de 32 años, en su mayoría amas de casa, 50% son procedentes de Sacatepéquez.

**Palabras claves:** *Planificación familiar, Métodos anticonceptivos, efectos secundarios.*

## I. INTRODUCCIÓN

Los embarazos no planificados pueden conducir a consecuencias desagradables. Se ha asociado una alta tasa de fertilidad con mala salud infantil y materna, así como con un mayor riesgo de mortalidad maternal. A pesar de los avances tecnológicos en la moderna métodos anticonceptivos, el embarazo aún no deseado es un problema que afecta a las mujeres, sus familias y a la sociedad. Los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) apuntan a promover el acceso universal a la salud sexual y reproductiva (SSR), siendo la promoción de la anticoncepción moderna uno de los principales objetivos (1).

En América Latina y el Caribe se estima que existe una población de 160 millones de jóvenes, 65% de las mujeres en edad reproductiva desean evitar un embarazo, 24 millones de mujeres tienen una necesidad insatisfecha con los métodos anticonceptivos modernos y 18 millones no utilizan ningún método. Se estima que el 66% de los embarazos no intencionales provienen de mujeres con necesidades insatisfechas de anticoncepción, según estudio de la OPS Haití es el país con la prevalencia más baja del uso de anticonceptivos modernos 31.3% seguido de Bolivia con 34.6% mientras que Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Paraguay cuentan con una prevalencia de uso del 70% (2,3).

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) acordados por los estados en 2001, era conseguir el acceso universal a la salud reproductiva. A finales de 2015 se notificó que la prevalencia mundial de los anticonceptivos era del 64% (41% en países de bajos ingresos) y que la demanda no satisfecha de planificación familiar a nivel mundial era del 12% (22% en países de bajos ingresos). Ahora, entre los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), las metas 3.7 y 5.6 demandan el acceso universal a los servicios de salud sexual y a los derechos reproductivos, respectivamente, para 2030 (4,5).

La planificación familiar es el conjunto de medidas preventivas, que permiten orientar a las personas o parejas en el derecho a decidir el número de hijas o hijos y el momento en que se desea tenerlos. Esta decisión está influenciada por múltiples factores tales como las posibilidades económicas, de acceso a servicios de salud, en especial aquellos de planificación familiar, la condición de trabajo, el acceso a vivienda, los planes educacionales, el rol asignado a la mujer como ente reproductor, la cultura que valora la sexualidad con el fin único de la reproducción, la religión como factor importante en la toma de decisión de la pareja para el uso de anticonceptivos, entre otros (6,7).

En 2009 se emitió el Decreto 87-2005, el cual establece el derecho que tienen las personas de decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos en la República de Guatemala (8). Además, en 2017 un estudio realizado por ENMSI reveló que el uso de métodos de planificación familiar en las mujeres no unidas corresponde al 50%; y al 40% en las adolescentes casadas o unidas. Los métodos modernos más utilizados por las mujeres casadas o unidas son la esterilización femenina 21%, los inyectables 17%, el condón femenino 4% y el condón masculino en 21% de las no unidas (6,9).

En la actualidad el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, está interesado en mejorar el acceso a los métodos de planificación familiar para mejorar la salud reproductiva. La consejería en planificación familiar es una estrategia propuesta para lograr el cambio de actitud en individuos para el uso de métodos anticonceptivos, pero aún se visualiza en el personal la debilidad en realizarla. Diversos estudios revelan que cuando la mujer tiene acceso para planificar su familia modifica su papel en la sociedad al tener oportunidades de mejores experiencias laborales y educativas, que en resumen le brindan una mejor calidad de vida (9).

Esta investigación, de tipo descriptiva prospectiva, incluyó a una muestra no probabilística de 54 pacientes que asistieron a la Clínica de Planificación Familiar

en el Hospital Pedro de Bethancourt durante 2019. El objetivo general fue caracterizar a las pacientes que acudieron a la Clínica de Planificación Familiar de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Betancourt y como objetivos específicos de: a) determinar la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos; b) identificar el método anticonceptivo más utilizado; c) determinar los factores que limitan la utilización de métodos anticonceptivos; y d) establecer los efectos secundarios asociados al uso de métodos anticonceptivos. El análisis estadístico fue de tipo descriptivo.

Las características sobresalientes de las pacientes fueron: religión católica (55.6%), procedentes de Sacatepéquez (50.0%), amas de casa (64.8%), escolaridad secundaria (27.8%), en unión libre (48.1%) y edad entre 16 a 35 años (79.5%). La frecuencia de uso de métodos anticonceptivos durante el año 2019 correspondió a 66.7%. Los métodos anticonceptivos más utilizados fueron inyección (42.6%), anticonceptivos orales (20.4%) y dispositivo intrauterino (13.0%). Los factores que limitaron la utilización de métodos anticonceptivos referidos con mayor frecuencia fueron la no tolerancia al método (44.4%) y el acceso a la información (29.6%). Los efectos secundarios más comunes asociados al uso de métodos anticonceptivos fueron: cefalea (24.1%) y sangrado (24.1%).

Al finalizar el estudio se concluyó que dos terceras partes de pacientes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar usan algún método anticonceptivo, con mayor frecuencia anticonceptivos orales o inyectados; métodos cuya barrera más importante es la no tolerancia del método. Como limitación se encontró que la capacidad instalada es baja debido a que solamente un día a la semana está designado para la planificación familiar, día en que se atienden entre 4 a 6 pacientes únicamente. Por lo que se recomienda promover los distintos métodos de planificación familiar, dando énfasis a la vez en el quirúrgico, para poder implementarlo por medio de las autoridades del Hospital creando espacio y

personal para la realización de este, quedando este de forma electiva y continua por medio del Programa Nacional de Salud Reproductiva.

## II. ANTECEDENTES

### 2.1. Epidemiología

La Asociación Probienestar de la Familia (APROFAM), fundada en el año 1,964 es identificada como el principal organismo privado de planificación familiar de Guatemala. Siendo una entidad no lucrativa que ofrece educación sobre salud reproductiva, atención y consejo a toda la comunidad guatemalteca promoviendo el uso de métodos anticonceptivos para la planificación familiar. En el año 1992 se enfrentan conflictos entre los grupos étnicos de Guatemala debido a la planificación familiar (10).

En el año 2005 se aprobó una ley de planificación familiar; sin embargo, la ley no fue sancionada por el presidente Oscar Berger, ya que era presionado por una activa Iglesia Católica, liderada por el arzobispo Rodolfo Quezada Toruno. En el año 2009 se considera que la emisión del reglamento de la ley de planificación familiar no significa que despertará morbo en la juventud al contrario les brindará herramientas necesarias para tomar decisiones correctas en cuanto a su sexualidad. (11)

Por lo tanto el avance que se presentó la sociedad guatemalteca en el tema de la sexualidad se consideró la ley que está debidamente regulada en el Artículo 47 de la Constitución política de la República de Guatemala en donde se establece el derecho que tienen las personas de decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos, por lo cual se creó el Decreto 87-2005 Ley Universal y Equitativo de Servicios de planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, con el objeto de asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar (11).

El embarazo no planificado en adolescentes es una problemática que cobra cada vez mayor importancia debido a que 1) para el año 2016, el INE registro 79,622

nacimientos de madres adolescentes de 10 a 19 años, de estos 96% corresponden a nacimientos de madres adolescentes de 15 a 19 años, 2) la tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años es de 94, por 1,000 mujeres, siendo una de las más altas de Latinoamérica, 3) la necesidad insatisfecha de planificación familiar en este grupo poblacional es la más alta, versus la nacional siendo de 19.3 versus 13.9 respectivamente; según datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil VI 2014-2015 (12).

Según estudio realizado en Guatemala por ENSMI en el año 2017, se indica que en la región de Sacatepéquez se tiene un conocimiento de sobre la planificación familiar y sus derechos en un 99.7% de los encuestados (318), de los cuales un 68.9% utiliza algún método de planificación familiar, además se obtuvo que a nivel nacional el 39% no utiliza ningún método de planificación familiar, siendo más afectados grupos familiares sin nivel educativo (50%) y el nivel de riqueza inferior (54%) (12).

## **2.2. Definición**

La planificación familiar de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (13).

La planificación familiar tiene diferentes estrategias: retraso del primer embarazo, espaciamiento de los nacimientos, y limitación definitiva de los mismos cuando se ha alcanzado el tamaño de familia deseado. Así como hay diversas estrategias de planificación familiar, también hay diferentes métodos. Todos sirven para un mismo fin: prevenir embarazos no planeados. Pero cada método es diferente. Su utilidad o bondad dependen de los principios, valores y necesidades de cada persona y pareja, así como de la seguridad que cada método ofrece. A cada persona y a cada pareja corresponde el derecho de elegir de manera libre,

responsable e informada, el método de planificación familiar que prefiera utilizar (10).

### **2.3. Atención de la salud sexual y reproductiva como derecho humano**

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD) de 1994 define la salud reproductiva como: “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. El Programa de Acción también declara que el objetivo de la salud sexual “es la optimización de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual”.

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995 define los derechos reproductivos de la siguiente manera: Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos(as) que desean tener, el espaciamiento de los embarazos y la planificación familiar, y de tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho de alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva (7).

Las metas 3.7 y 5.6 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) demandan el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, y a los derechos reproductivos y de salud sexual y reproductiva, respectivamente, para 2030. La atención de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar y la información, se reconoce no solo como una intervención clave para mejorar la salud de los hombres, las mujeres y los infantes, sino como un derecho humano. Los estados deben asegurar el acceso oportuno y asequible a servicios e información de salud sexual y reproductiva de buena calidad, que deben otorgarse de manera que respete la dignidad, la autonomía, la privacidad y la

confidencialidad, y que tenga en cuenta las necesidades y las perspectivas de las personas en la relación entre usuarias y personas encargadas de prestar servicios de salud (4).

La prestación de los servicios en conformidad con los derechos humanos y reproductivos de las usuarias es fundamental para la calidad de la atención. Muchos programas de planificación familiar han incluido pruebas de detección, tratamientos y procedimientos de seguimiento que reflejan altos estándares de salud pública y práctica clínica, aunque estos no deben considerarse requisitos de elegibilidad para métodos anticonceptivos específicos. Estos procedimientos incluyen la detección y el tratamiento del cáncer de cuello uterino, de la anemia y de las infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la promoción de la lactancia materna y del abandono del tabaco (14).

#### **2.4. Elección de anticonceptivos**

La provisión de opciones anticonceptivas ayuda a las personas a tomar decisiones informadas por sí mismas de manera que se respeten sus derechos. Desde el punto de vista de las mujeres, las elecciones se realizan dentro de un marco temporal, social y cultural particular; las elecciones son complejas, multifactoriales y están sujetas a cambios. La toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos, generalmente, requiere un equilibrio entre las ventajas y las desventajas de los diferentes métodos, que varían en función de las circunstancias, las percepciones y las interpretaciones individuales.

Los factores para tener en cuenta al elegir un método anticonceptivo en particular incluyen las características de la persona usuaria potencial, el riesgo inicial de enfermedad, el perfil de efectos adversos de los distintos productos, el costo, la disponibilidad y las preferencias de las y los pacientes. Las decisiones sobre cuales métodos utilizar deben tener en cuenta la elegibilidad de las personas usuarias para usar diversos métodos anticonceptivos (15,16).

### **2.4.1 Temas relacionados con el acceso y la calidad de los servicios que afectan el uso y la elección de los métodos**

Hay muchos otros aspectos para tener en cuenta sobre la provisión adecuada de métodos anticonceptivos, incluidos los criterios de prestación de servicios que se detallan a continuación. Estos criterios tienen relevancia universal para el inicio y el seguimiento de todos los métodos anticonceptivos (17).

Se debe dar información adecuada a las personas usuarias para ayudarlas a tomar una decisión informada y voluntaria con respecto a un determinado método anticonceptivo. La información a continuación debe proporcionarse sobre cada método anticonceptivo (17):

- Eficacia relativa
- Uso correcto
- Cómo funciona
- Efectos secundarios frecuentes
- Riesgos y beneficios para la salud
- Signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud
- Retorno a la fertilidad tras la suspensión del uso
- Protección contra ITS (17).

La información debe presentarse empleando un lenguaje y formatos que resulten de fácil comprensión y acceso. Todas las mujeres deben recibir asesoramiento sobre métodos anticonceptivos que dependen del comportamiento de la persona usuaria (por ejemplo, anticonceptivos orales, el parche anticonceptivo transdérmico combinado [el parche], el anillo vaginal anticonceptivo combinado [AVC] o los métodos de barrera), así como de aquellos métodos alternativos que no dependan tanto de la usuaria para ser eficaces (por ejemplo, la esterilización, el dispositivo intrauterino [DIU], un implante o un anticonceptivo inyectable), de manera que cada mujer decida cuál es el más adecuado para ella (17).

A fin de ofrecer métodos que requieren procedimientos quirúrgicos, inserción, colocación o extracción por parte de personas prestadoras de salud capacitadas (es decir, esterilización, implante, DIU, diafragma, capuchón cervical), se debe disponer de personal debidamente capacitado e instalaciones equipadas para tales fines, y se deben seguir los procedimientos correspondientes para prevenir infecciones. Se debe contar con el equipamiento y los insumos adecuados, y mantenerlos (por ejemplo, productos anticonceptivos e insumos para procedimientos de prevención de infecciones). Los prestadores de servicios deben contar con directrices, tarjetas de clientes y otras herramientas de evaluación y detección (17).

#### **2.4.2 Eficacia de los métodos**

La elección anticonceptiva depende en parte de la eficacia del método anticonceptivo para la prevención de un embarazo no planificado, lo que, a su vez, depende no solo de la protección ofrecida por el método en sí, sino también de cuan correcta y consistentemente se lo usa. El uso correcto y consistente puede variar enormemente en función de las características de las personas usuarias, como la edad, los ingresos, el deseo de evitar o demorar el embarazo, y la cultura. Los métodos que dependen del uso correcto y consistente (por ejemplo., preservativos y anticonceptivos orales) presentan diversos grados de eficacia. La mayoría de las personas tienden a ser usuarios y usuarias más eficaces a medida que adquieren mayor experiencia con un método. No obstante, aspectos como la disponibilidad y el costo de los servicios, y la calidad del asesoramiento también tienen un efecto significativo en cómo se usara el método (18).

#### **2.5. Objetivos de la planificación familiar**

La investigación permitió a la estudiante investigadora elaborar algunos objetivos de la planificación, los cuales se describen a continuación:

- Lograr un mejor nivel de vida y por ende mejorar la salud de la mujer.
- Permitir al usuario/a evaluar las ventajas y riesgos de los métodos anticonceptivos.
- Permitir al usuario/a tomar decisiones informadas y voluntarias acerca de la fecundidad y anticoncepción.
- Contribuir a la información y educación sobre los derechos de planificación familiar y derechos reproductivos.
- Facilitar al usuario/a utilizar correctamente los métodos anticonceptivos.
- Contribuir a que las personas decidan el momento adecuado y el número de hijos que desean tener.
- Estos objetivos de la planificación familiar contribuyen para que la misma sea eficaz y confiable, también en alguna medida la población guatemalteca que la práctica ha mejorado su situación social y económica (19).

### **2.5.1. Alcances de la Planificación Familiar**

Entre los alcances de la planificación familiar se tienen los siguientes:

- Previene la aparición de enfermedades que se originan o agravan problemas en el corazón.
- Disminuye la frecuencia de embarazos.
- Permite disfrutar de una sexualidad libre, sin el riesgo de un embarazo no deseado.
- Un espaciamiento conveniente de hijos.
- Descenso del número de abortos.
- Recuperación adecuada del organismo después de un parto.
- Aumenta el nivel cultural sanitario de la población en beneficio del bienestar físico y mental.
- Los niños crecen mejor alimentados, tienen mejor desarrollo.
- Contribuye a alcanzar un mejor nivel de vida y por ende gozar de una buena salud (19).

Estos alcances de la planificación familiar han permitido que algunas familias guatemaltecas, puedan escoger libremente el momento y el número de hijos que quieren tener mejorando su nivel de vida y salud física, psicológica y emocional (19).

### **2.5.2. Limitaciones de la planificación familiar**

Entre las principales se tienen:

- Poco acceso de la información sobre planificación familiar y los diferentes métodos anticonceptivos.
- La cultura.
- La marginación y discriminación de la que es víctima la mujer.
- La mala utilización de los métodos anticonceptivos.
- Utilización de un método anticonceptivo que no satisfaga las necesidades de la persona.
- Que el método anticonceptivo afecte la salud física, psicológica y emocional de la usuaria.
- Que el organismo de la usuaria no tolere algún método anticonceptivo y le cause efectos secundarios.
- Que las mujeres desconozcan sus derechos de planificación familiar y derechos reproductivos (19).

### **2.6. Métodos anticonceptivos basados en el conocimiento de la fertilidad**

### **2.6.1. Métodos de lactancia-amenorrea (MELA)**

Es un método anticonceptivo posparto, moderno y temporal, basado en la infertilidad fisiológica que se da durante la ausencia de la menstruación y la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses posparto (19).

Actúa de forma que cuando una mujer amamanta, el estímulo que el niño provoca al succionar el pezón envía impulsos nerviosos al cerebro de la madre el cual responde a la inhibición de producción de hormonas que son necesarias para estimular la ovulación y la preparación del útero (endometrio) para el embarazo. Por lo tanto, si una mujer posparto no ha visto su regla (está en amenorrea) y está amamantando exclusivamente a su bebé, la probabilidad de que ovule durante los primeros 6 meses es muy baja (19).

La eficacia es de 98% cuando se practica de manera exclusiva. Las tres condiciones para el MELA son: no tener retorno de su regla después del parto, da lactancia materna exclusiva y su hija o hijo tiene menos de 6 meses de edad (20).

#### **Ventajas y beneficios**

Para el recién nacido y lactante:

- El amamantamiento reafirma el vínculo madre-hijo.
- La leche materna proporciona los requerimientos nutricionales óptimos para el crecimiento y desarrollo del niño.
- Brinda los aminoácidos y lípidos esenciales para el desarrollo fisiológico.
- Protege al niño contra enfermedades infecciosas (inmunización pasiva).
- La MELA favorece la lactancia exitosa y prolongada hasta los dos años.

La lactancia exclusiva implica que el niño no recibe alimentos ni agua ni líquidos, sólo leche materna (a excepción de vitaminas, medicinas y vacunas indicadas por

el proveedor de salud). Otras sustancias, líquidos y alimentos no son necesarios y podrían estar contaminados (19).

Para la madre:

- Da la oportunidad y el tiempo a las mujeres de decidir voluntariamente y con información el método anticonceptivo que quieren utilizar después del MELA.
- Ayuda a que el sangrado posparto sea más corto, menos profuso y disminuye el riesgo de infección puerperal.
- Motiva a la madre a amamantar exclusivamente a su recién nacido.
- Protege a la madre contra el cáncer de mama, ovario y endometrio.
- La protección anticonceptiva comienza inmediatamente después del parto.
- Es un método anticonceptivo moderno tan eficaz como otros métodos modernos.
- No tiene ningún costo; está naturalmente disponible después del parto.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No tiene efectos secundarios (19).

### **Limitaciones**

- La MELA no es apropiado para mujeres que no estén motivadas, orientadas y/o dispuestas a dar lactancia inmediata, exclusiva y a demanda a su recién nacido.
- Puede ser un método difícil de practicar por circunstancias de separación del bebé por períodos prolongados (más de 4 horas).
- No brinda protección contra las ITS incluyendo el VI H. Es eficaz sólo en los primeros 6 meses posparto, si se cumplen con las tres condiciones fundamentales (19).

## **Aplicación del método**

Para que el MELA sea eficaz, las prácticas de lactancia deben ser óptimas. Esto incluye un proceso completo de información, educación y consejería, preferiblemente durante la atención prenatal. Debe darse a la madre información sobre otros métodos de Planificación Familiar desde el primer momento. Lo cual le ayudará a seleccionar su próximo método e iniciar su uso al momento que deje de cumplir cualquiera de las tres condiciones del MELA (19).

### **Prácticas óptimas de lactancia materna para usar el MELA con éxito**

- Amamantar a la/el hija/o inmediatamente después de nacido y tenerlo a su lado durante todo el tiempo después del parto.
- Amamantar a libre demanda de día y de noche (de día, períodos sin amamantar no mayores de 4 horas y de noche, períodos sin amamantar no mayores de 6 horas); si el niño duerme durante ese período, alentarle a mamar.
- Amamantar exclusivamente durante los primeros 6 meses; exclusivamente quiere decir sin dar agua, té, otros líquidos, jugos o sólidos, dar sólo leche materna.
- Continuar amamantando aún si la madre o el hijo se enferman, incluso durante infecciones
- Posparto (endometritis, mastitis, etc.).
- No utilizar pajas, biberones o pepes.
- Las madres que amamantan deben alimentarse bien y tomar suficientes líquidos para satisfacer su hambre y sed (19).

#### **2.6.2. El Collar o método de días fijos (MDF)**

Permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural. Utiliza un collar con perlas de diferentes colores que le sirve a las parejas para identificar los días

fértiles de la mujer. También se puede utilizar un collar en papel con perlas de diferentes formas que sirve para identificar los días fértiles de la mujer (19).

Está basado en el hecho de que hay ciertos días del ciclo menstrual de la mujer en los que puede quedar embarazada, se identifican los días del 8 al 19 como los días fértiles en ciclos menstruales con duración de 26 a 32 días. La pareja llega a un acuerdo sobre qué práctica debe tener durante los días fértiles de la mujer (uso correcto del condón o abstinencia). Si se evitan las relaciones sexuales desprotegidas durante los días fértiles de la mujer, la mujer no queda embarazada. Tiene una tasa de eficacia entre 95% y 97% cuando se usa de manera correcta y regular, 75% de manera que se usa comúnmente (6).

### **Ventajas y beneficios**

- La pareja no necesita insumos ni someterse a procedimientos clínicos.
- No representa riesgos para la salud de la pareja.
- No requiere supervisión médica.
- Fomenta la participación del hombre en la anticoncepción.
- Ayuda a la mujer a saber cómo funciona su fertilidad y observar cómo es su ciclo menstrual a través del tiempo.
- No tiene ningún costo económico (19).

### **Limitaciones**

- Si la mujer ha dejado de usar anticonceptivos hormonales inyectables de sólo progestágeno (Ej: Depoprovera, Noristerat), deberá haber tenido por lo menos 2 ciclos de 26 a 32 días de duración después del uso del inyectable y antes de empezar a utilizar el método de El Collar MDF.
- Si ha estado utilizando anticonceptivos orales, debe haber tenido por lo menos dos ciclos menstruales de 26 a 32 días de duración antes de empezar a utilizar el collar.

- Si la mujer está dando de mamar o ha suspendido la lactancia recientemente, debe haber tenido por lo menos 3 ciclos posparto y los últimos dos de 26 a 32 días de duración.
- Mujeres con ciclos muy cortos (menores de 26 días) o muy largos (más de 32 días) no deben usar este método.
- No protege contra infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH (19).

### **Aplicación del método**

El Collar o Método de los Días Fijos (MDF) es un collar de perlas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer. El Collar le ayuda a saber en qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo. En esos días la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales o, si las tiene, usar condón correctamente. El Collar está formado por 32 perlas de colores, un anillo de hule y una flecha. Cada perla del collar representa un día del ciclo (19).

- La perla roja representa el primer día de menstruación o sangrado.
- Las perlas cafés representan días infértiles en que no hay embarazo.
- Las perlas blancas representan días fértiles en que la mujer puede quedar embarazada.
- La perla café oscuro marca el día a partir del cual la menstruación debe regresar.
- Si la mujer tiene su regla antes de la perla café oscuro significa que su ciclo es muy corto (menor de 26 días) para usar este método. Y no tiene su regla a l día siguiente de haber pasado el anillo por la última perla café significa que su ciclo es muy largo (mayor de 32 días). Si esto ocurre más de una vez en el lapso de 1 año, este método no es apropiado para la mujer.
- El marcador de hule negro se utiliza para señalar el día del ciclo menstrual en que se encuentra la mujer.
- El cilindro con una flecha no representa ningún día; únicamente indica hacia dónde debe empezar a marcar, con el hule, los días del ciclo (19).

## **Uso del método de días fijos o collar**

- El primer día de menstruación se coloca el anillo de hule sobre la perla roja y allí se deja hasta el día siguiente. A la vez, la pareja debe marcar en su calendario el primer día de sangrado de cada uno de sus ciclos.
- Al día siguiente (día 2 del ciclo) se mueve el anillo a la siguiente perla (primera perla café) aunque todavía esté sangrando.
- Los días siguientes se mueve el anillo una perla cada día, siempre en la misma dirección y a la misma hora para evitar que se le olvide.
- Cuando baje la regla de nuevo se mueve el anillo otra vez a la perla roja para iniciar un nuevo ciclo.
- Cuando el anillo está sobre cualquier perla blanca (los días fértiles del ciclo), la pareja no debe tener relaciones sexuales o, si las tiene, debe usar condón correctamente para que la mujer no quede embarazada.
- Cuando el anillo está sobre cualquier perla café o durante la menstruación (los días infértiles del ciclo), la pareja puede tener relaciones sexuales (19).

### **2.6.3. Método de Dos Días**

Es un método basado en el conocimiento de la fertilidad. Permite a la mujer y la pareja espaciar los embarazos en forma natural. La mujer identifica la presencia o ausencia de secreciones que puede notar en sus genitales, para identificar si está en un día fértil. Para prevenir un embarazo la pareja usa métodos de barrera o evita las relaciones sexuales en días con secreción (19).

Está basado en la observación diaria de las secreciones cervicales (que la mujer puede notar a nivel de la vulva) para identificar los días fértiles en que un embarazo es muy probable. Con este método cualquier tipo de secreción indica que la mujer está en día fértil. La mujer sólo debe identificar la presencia o ausencia de las secreciones sin necesidad de distinguir la calidad o consistencia de las mismas. Si ella nota cualquier tipo de secreción HOY o AYER, ella se considera fértil el día

de hoy y debe abstenerse de las relaciones sexuales o usar condón u otros métodos de barrera ese día. Dos días consecutivos SIN secreciones indica un día infértil (21).

La eficacia es entre el 95% y 97% cuando se hace de manera correcta y regular, 75% de la manera que se utiliza comúnmente (21).

### **Ventajas y Beneficios**

- Ayuda a la mujer a conocer cómo funciona su fertilidad, observar su ciclo menstrual, así como reconocer lo que es normal y señales de posible infección vaginal.
- La mujer no necesita insumos, ni tomar medicamentos o aplicarse nada en su cuerpo.
- No representa riesgos para la salud de la mujer.
- No requiere supervisión médica.
- Fomenta la participación del hombre en la anticoncepción (21).

### **Limitaciones**

- Si tiene una infección vaginal que cambie las secreciones cervicales, la mujer debe suspender el método hasta terminar su tratamiento.
- El uso de condones o abstinencia podría ser difícil para algunas parejas.
- No protege contra las ITS, incluido el VIH.
- Si la mujer ha estado en lactancia o ha usado un método hormonal recientemente, podrá tener muchos más días de secreciones (falsos positivos de días fértiles) y hacer el método más difícil de llevar para la pareja (21).

## **2.7. Métodos anticonceptivos de barrera**

### **2.7.1. Condón Masculino**

Es un método temporal y de barrera para el hombre. Consiste en una delgada bolsa o funda hecha de látex que se coloca en el pene erecto antes de cada relación sexual. El condón impide de manera mecánica o química el encuentro del óvulo de la mujer con los espermatozoides del hombre. Por ello se le conoce como un método de barrera. Presenta una eficacia del 98% si se usa de manera correcta y sostenida, 85% como se usa comúnmente. Los condones pueden prevenir muchas de las ITS si son utilizados de manera consistente y correcta. Las ITS también pueden reducirse por otras vías: limitando el número de parejas, absteniéndose de las relaciones sexuales y teniendo una relación de fidelidad mutua con una pareja no infectada (22).

#### **Ventajas y beneficios**

- Fáciles de adquirir.
- No tiene riesgos para la salud de los usuarios.
- Tiene eficacia inmediata.
- No requiere supervisión médica.
- Puede usarse después del parto.
- Se puede interrumpir su uso en cualquier momento.
- Disminuye el riesgo de embarazo ectópico.
- Fáciles de mantener a la mano en caso de que la relación sexual ocurra en forma inesperada.
- Pueden ser usados por hombres de cualquier edad.
- Ayuda a reducir la eyaculación prematura.
- Fomenta la participación del varón en la anticoncepción.

- A pesar de que ningún método de barrera es 100% eficaz, el uso correcto y consistente del condón puede reducir el riesgo de transmisión de algunas ITS incluyen do el VIH y los embarazos inesperados.
- No necesita examen médico previo a su uso (22).

### **Limitaciones**

- Se requiere el uso de un condón en cada relación sexual.
- En algunos casos, reduce la sensibilidad del pene (22).

### **Aplicación del método**

Demuestre el uso correcto del condón de la siguiente manera:

- Explique que el condón tiene una fecha de vencimiento, la cual debe verificarse al igual que la burbuja de aire en el empaque.
- Explique que el empaque del condón tiene una muesca por donde es más fácil abrirlo para extraer el condón. El empaque debe abrirse con los dedos, nunca con las uñas o con los dientes. Asegúrese de que el usuario comprende cómo abrir el empaque y extraer el condón sin dañarlo.
- Demuestre (utilizando cualquier ayuda al alcance) la colocación correcta del condón en el pene erecto del hombre (22).

## **2.8. Métodos anticonceptivos hormonales**

### **2.8.1. Anticonceptivos hormonales combinados**

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son preparados hormonales que contienen estrógeno y progestágeno. Se administran con fines anticonceptivos de carácter temporal y reversible. Se toma una pastilla cada día a la misma hora, durante 21 o 28 días dependiendo de la presentación. En la red de servicios del MSPAS sólo se utilizan presentaciones de 28 días (23).

Los anticonceptivos orales inhiben la ovulación y aumentan la consistencia del moco cervical lo que dificulta el paso de los espermatozoides. Producen cambios en el endometrio: lo adelgaza y produce atrofia de las glándulas por lo que el sangrado menstrual es minimizado. Presentan una eficacia del 99% si se usa de manera correcta y sostenida. La efectividad depende de la usuaria: el riesgo de embarazo es mayor cuando una mujer comienza una caja nueva de pastillas con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más pastillas cerca del inicio o del final de una caja de pastillas (24).

### **Ventajas y beneficios**

- Eficacia elevada cuando se toman diariamente.
- Eficacia inmediata si se inician en los primeros 7 días del ciclo.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Pocos efectos colaterales.
- El uso puede interrumpirse con facilidad.
- Pueden ser proporcionados por personal no médico.
- Flujos menstruales menos profusos y dolorosos.
- Pueden mejorar la anemia.
- Regularizan los ciclos menstruales.
- Protegen contra el cáncer ovárico y del endometrio.
- Disminuye la enfermedad benigna de la mama.
- Previene el embarazo ectópico.
- Ayuda a prevenir quistes de ovario.
- Disminuye el riesgo de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI).
- Puede usarse a cualquier edad, desde la adolescencia hasta la perimenopausia.
- Permite el retorno de la fertilidad tan pronto como se interrumpa el uso (24).

## **Limitaciones**

- Depende de la usuaria (motivación continuada y uso diario).
- La eficacia puede ser alterada al utilizar ciertos medicamentos para la epilepsia, tuberculosis y antirretrovirales.
- Requieren de la disponibilidad de suministros.
- No brindan protección contra las ITS, incluyendo el VIH (24).

## **Efectos secundarios comunes**

- Náuseas (muy común en los primeros tres meses).
- Sangrado en goteo o sangrado entre períodos menstruales, especialmente si la mujer olvida tomar sus pastillas o se demora en tomarlas.
- Dolor de cabeza leve.
- Sensibilidad en las glándulas mamarias.
- Leve aumento de peso (para algunas mujeres el aumento de peso es una ventaja).
- Amenorrea (para algunas mujeres la amenorrea es una ventaja).
- En algunas mujeres ocasiona cambios de temperamento, depresión y menor deseo sexual (24).

### **2.8.2. Anticonceptivos inyectables combinados: Inyección mensual**

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible, administrado por inyección intramuscular mensual. Contiene progestágeno y estrógeno sintético. La inyección mensual inhibe la ovulación, espesa el moco cervical y produce cambios en el endometrio. La eficacia es superior al 99% si se usa de manera correcta y sostenida. La eficacia depende de la puntualidad en la aplicación de la inyección; el mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer se atrasa en su aplicación o la omite (25).

## **Ventajas y beneficios**

- Es altamente eficaz.
- Eficacia inmediata si se inicia antes del séptimo día del ciclo menstrual.
- No interfiere con la relación sexual.
- Conveniente y fácil de usar.
- Ocasiona pocos efectos colaterales.
- Puede ser administrado por personal capacitado no médico.
- Disminuye la cantidad, duración y dolor durante el período menstrual.
- Protege contra el cáncer ovárico y del endometrio.
- Disminuye la enfermedad benigna de la mama.
- Puede mejorar la anemia.
- No requiere de ninguna acción diaria.
- Su uso es discreto; nadie se entera si una mujer está usando la inyección.
- Pueden interrumpirse en cualquier momento, sólo debe esperar a que pase el efecto de la
- inyección administrada en el mes.
- Puede utilizarse como método de larga duración (25).

## **Limitaciones**

- Puede causar cambios en el patrón del sangrado mensualmente los primeros seis meses de uso. No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH.
- Una vez administrado el método, la usuaria no puede interrumpir su uso, puesto que es un
- Método de depósito intramuscular. Debe esperar hasta que pase el efecto.
- La eficacia puede ser alterada al utilizar ciertos medicamentos para la epilepsia o tuberculosis (25).

## **Aplicación del método**

Se aplica cada 30 días, hasta, más o menos, con tres días de diferencia de la dosis anterior, por vía intramuscular (25).

## **Tiempo para iniciar el método**

- Del primero al séptimo día del ciclo menstrual.
- Siempre que se esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada.
- En el posparto: después de 3 semanas si la madre no está amamantando y después de 6 meses posparto si está amamantando.
- Posaborto: en los primeros 7 días pos legrado o A MEU (25).

### **2.8.3. Métodos inyectados combinados: Inyección bimensual y trimestral**

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible administrado por inyección intramuscular cada 2 meses o trimestral. Contienen un progestágeno sintético de depósito. Inhibe la ovulación (salida del óvulo de los ovarios) y aumenta la consistencia del moco cervical lo que dificulta el paso de los espermatozoides. También produce cambios en el endometrio, alterando su crecimiento y grosor, lo que origina ausencia del sangrado menstrual. La eficacia es superior al 99% si se usa de forma correcta y sostenida también depende de que las inyecciones se apliquen puntualmente; el mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer omite una inyección (25,26).

## **Ventajas y beneficios**

- Alta eficacia.
- Eficacia rápida (de iniciarse en los primeros 7 días del ciclo).
- No se requiere un examen pélvico antes del uso.

- No interfiere con el coito.
- No afecta la lactancia materna aplicada después de 6 semanas posparto; no altera la cantidad y calidad de la leche materna.
- Pocos efectos secundarios.
- Puede ser administrada por personal capacitado no médico.
- No contiene estrógeno.
- Puede disminuir los dolores menstruales.
- Mejora la anemia.
- Brinda protección contra el cáncer de endometrio, patologías benignas de la mama y fibromas uterinos.
- Confiere privacidad a la usuaria.
- Puede utilizarse como método de larga duración (25,26).

#### **2.8.3.1. Limitaciones**

- La amenorrea es un efecto esperado del anticonceptivo, especialmente después del primer año de uso.
- Aumento de peso (más o menos 4 libras cada año).
- En raros casos hay sangrado excesivo (menos de 1 por 1000 usuarias).
- Es necesario el reabastecimiento (volver a la clínica cada 60 +/- 7 días para inyección de 2 meses o cada 90 +/- 15 días para la inyección trimestral).
- No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH.
- Retraso en el retorno de la fertilidad, entre 6 y 10 meses después de la última inyección.
- independientemente del tiempo de uso.
- Puede ocasionar dolores de cabeza, aumento de sensibilidad en los senos, cambios de humor, náuseas, pérdida del cabello, disminución del deseo sexual y/o acné en algunas mujeres (25,26).

## **Aplicación del método**

- Se inicia del primero al séptimo día del ciclo menstrual.
- En cualquier momento del ciclo menstrual en que se pueda estar razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada (25,26).

### **Posparto:**

- Después de las 6 semanas si está amamantando.
- Inmediatamente si no sobrevive el niño o sino está amamantando.
- Si está utilizando el método de lactancia amenorrea (MELA), después de 6 semanas posparto o cuando ya no se cumpla alguno de los tres requerimientos del MELA (25,26).

### **Posaborto:**

- De inmediato o dentro de los primeros 7 días (25,26).

## **2.9. Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración**

### **2.9.1. Jadelle**

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible, de larga duración y que brinda protección hasta por cinco años. Está compuesto por cilindros o tubitos delgados y flexibles hechos de silicón que contienen una hormona llamada levonorgestrel. Los implantes se colocan debajo de la piel, en la cara interna del brazo que menos se use, usualmente el izquierdo. Actúan de manera que impiden la ovulación y condensan el moco cervical para que no pasen los espermatozoides. Al igual que la inyección trimestral, producen alteración en el endometrio lo que origina cambios en el sangrado menstrual. El Implante Subdérmico tiene una efectividad del 99%. Es un método muy efectivo (6,25).

### **2.9.1.1. Ventajas y beneficios**

- Eficacia elevada.
- Eficacia rápida (en menos de 24 horas) si se inicia en los primeros 7 días del ciclo.
- Duración prolongada (hasta 5 años).
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Retorno inmediato de la fertilidad al removerse.
- Pocos efectos secundarios.
- La usuaria no necesita suministros.
- Puede ser colocado por proveedor no médico capacitado.
- Puede disminuir el flujo y los dolores menstruales.
- Disminución de las patologías benignas de la mama.
- Disminuye la frecuencia del embarazo ectópico (6,25).

### **2.9.1.2. Limitaciones**

- En la mayoría de las mujeres causa cambios del patrón menstrual (manchado/sangrado irregular inicialmente, ausencia de menstruación).
- Puede haber aumento o disminución de peso.
- Requiere un proveedor capacitado y disponible para su inserción y remoción.
- No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH (27).

Los implantes subdérmicos comienzan a perder eficacia después de 5 años de uso en mujeres que pesan entre 70-79 kg. En mujeres de más de 80 kg pierde eficacia después de 4 años de uso. Por lo que es aconsejable que estas mujeres cambien el método antes o al cumplir los 4 años de uso (27).

### **2.9.1.3. Aplicación del método**

En cualquier momento:

- Del primero al séptimo día del ciclo menstrual.
- En cualquier momento del ciclo menstrual en que se pueda estar razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada (27).

Posparto:

- Después de las 6 semanas posparto, si la madre está amamantando al bebé.
- Inmediatamente, si no sobrevive la/el niña/o o no está amamantando.
- Si está utilizando el método de lactancia amenorrea (MELA) a las 6 semanas posparto o cuando no se cumpla alguno de los tres requisitos del MELA (27).

Posaborto:

- De inmediato o dentro de los primeros 7 días.
- Si está utilizando otro método como la T de cobre, la AMPD o pastillas puede insertarse en cualquier momento (27).

### **2.9.2. T de cobre**

Es un pequeño dispositivo de plástico flexible y cobre que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos; es de carácter temporal y reversible. El más usado actualmente es la T de cobre 380A que consiste en un cuerpo flexible en forma de T que contiene un principio activo de 380 mm<sup>2</sup> de cobre. Aproximadamente 314 mg de cobre se localizan en el vástago vertical y 33 mg en

cada brazo horizontal, en el extremo inferior presenta un bulbo de 3 mm del cual salen dos monofilamentos de polietileno (21).

Actúa reduciendo la posibilidad de que el espermatozoide fertilice el óvulo:

- Afectando la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina a las trompas inmovilizándolos o destruyéndolos.
- Alterando la consistencia del moco cervical, espesándolo y disminuyendo de esta forma la movilización de los espermatozoides.
- Aumentando la fagocitosis (proceso mediante el cual células especializadas degradan y destruyen células y sustancias extrañas) en la cavidad endometrial (21).

La T de cobre tiene una efectividad de 99% en el primer año de uso, brinda una protección anticonceptiva de 10 años (6).

#### **2.9.2.1. Ventajas y beneficios**

- Eficacia inmediata.
- Método a largo plazo.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No afecta la lactancia materna.
- Retorno inmediato de la fertilidad al retirarla.
- Pocos efectos colaterales.
- Protege contra cáncer de endometrio y cervicouterino
- No necesita de insumos de reemplazo.
- Económico (21,27).

#### **2.9.2.2. Limitaciones**

- Requiere un examen pélvico y evaluación de la presencia de infecciones del tracto genital antes de la inserción.

- Requiere de un proveedor capacitado para la inserción y remoción.
- Aumenta el sangrado y cólico menstrual en los primeros meses de uso.
- Puede ser expulsada espontáneamente.
- Aunque raro, puede ocurrir perforación uterina (1 en 1000 casos) durante la inserción.
- No brinda protección contra infecciones del tracto genital, ITS incluyendo el VIH.
- Si tiene sida y no está en terapia antirretroviral o no está bien clínicamente, no debe utilizarse (21).

### **2.9.2.3. Aplicación del método**

La T de cobre se puede insertar en las siguientes oportunidades:

#### Intervalo

- Se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual si se tiene la certeza de ausencia de embarazo.
- Posparto y cesárea
- La inserción puede realizarse inmediatamente después del alumbramiento o durante la cesárea. También puede insertarse de 4 a 6 semanas posparto.
- Posaborto
- La T de cobre puede insertarse inmediatamente después de un aborto sin complicaciones. El riesgo de complicaciones siguientes a la inserción posaborto no es mayor que el relacionado con la T de cobre de intervalo, siempre y cuando no haya infección del cérvix o de la cavidad uterina y el útero se haya evacuado totalmente (21).

### **2.9.2.4 Complicaciones**

- Perforación de la pared del útero por el DIU o por algún instrumento utilizado para su inserción, generalmente cicatriza sin tratamiento. Si el Dispositivo Intra Uterino no se visualiza se debe realizar una radiográfica para excluir la ubicación intraperitoneal, un DIU en cavidad peritoneal puede provocar adherencias intestinales de ser así debe ser retirado por vía laparoscópica.
- Aborto espontaneo, parto prematuro o infección, en el caso raro de que la mujer quede embarazada mientras este colocado el DIU, dar referencia o seguimiento en clínica de alto riesgo.
- En ocasiones puede desarrollarse una salpingitis durante su primer mes de colocación, sin embargo este riesgo es bajo y no está indicada la profilaxis antibiótica de rutina. (27).

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general**

- 3.1.1. Caracterizar pacientes que acuden a la clínica de planificación familiar de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Betancourt en el año 2019.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- 3.2.1. Determinar la frecuencia del uso de método anticonceptivo de pacientes que acuden a la clínica de planificación familiar.
- 3.2.2. Identificar los métodos anticonceptivos más utilizados por las pacientes.
- 3.2.3. Identificar el uso de métodos anticonceptivos según edad de las pacientes.
- 3.2.4. Determinar los factores que limitan la utilización de métodos anticonceptivos.
- 3.2.5. Establecer los efectos secundarios más comunes que han presentado los pacientes en su uso de los métodos anticonceptivos.



## **IV. MATERIAL Y MÉTODO**

### **4.1. Tipo de estudio**

Estudio descriptivo prospectivo.

### **4.2. Población**

Pacientes femeninas que acuden a la Clínica de Planificación Familiar del Departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Pedro Bethancourt.

#### **4.2.1. Unidad de análisis**

Datos recolectados y registrados en el instrumento de recolección de datos.

#### **4.2.2. Unidad de Información**

Pacientes que acuden a la clínica de planificación familiar y que cumplan los criterios de inclusión.

### **4.3. Muestra**

#### **4.3.1. Cálculo de la muestra**

Para el estudio se utilizaron los datos obtenidos del Departamento de Archivo y Registros médicos del Hospital Pedro de Betancourt del año 2018 siendo un total de 126 pacientes quienes aceptaron un método de planificación familiar.

La fórmula utilizada fue la estimación de una proporción poblacional

$n$  = tamaño de la muestra

$nf$  = corrección de la muestra

$N$  = universo total

$z$  = Valor estandarizado del nivel de confianza del 95% (1.96)

$p$  = prevalencia de la variable de interés en la población (no se conoce por lo que se puede utilizar 0.5)

$q$  =  $1 - p$  (1-0.5)

$d$  = error de muestreo (0.05)

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{126 * 3.8416 * 0.5 * 0.5}{0.0025 * (126 - 1) + 3.8416 * 0.5 * 0.5} = 95.06 \simeq 95$$

Corrección del tamaño de la muestra:

$$nf = \frac{n}{1 + n/N}$$

$$nf = \frac{95}{1 + 95/126} = 54.16 \simeq 54$$

La muestra es de 54 pacientes que asistan a la clínica de planificación familiar.

#### **4.3.2. Selección de la muestra**

Se seleccionó a toda paciente que asiste a la clínica de planificación familiar en el año 2019, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión que se definieron.

#### **4.4. Criterios de selección**

##### **4.4.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años que asisten a la Clínica de Planificación Familiar.

##### **4.4.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes que no acepte de forma voluntaria ser incluida en el estudio

#### 4.5. Operacionalización de variables

Objetivos	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala De Medición	Unidad / categorías
Caracterizar pacientes que acuden a la clínica de planificación familiar	Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado	Dato anotado en expediente clínico y corroborado a través de la fecha de nacimiento	Cuantitativa discreta	Razón	Años
	Procedencia	Es el origen o el principio de donde nace o deriva una persona	Departamento de procedencia	Cualitativa	Nominal	Sacatepéquez Chimaltenango Guatemala Otros departamentos
	Nivel educativo	Grado de educación académica formal más alto que ha cursado una persona	Se cuestiona sobre el grado más alto de educación académica formal	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Básicos
	Ocupación	Acción o función que desempeña para ganar el sustento	Datos de ocupación anotados en la encuesta	Cualitativa	Nominal	Ama de casa Estudiante Obrera Otros

	Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Datos de estado civil anotados en la encuesta	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Unida Separada
	Escolaridad	Periodo de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender	Datos de años de escolaridad finalizado	Cualitativo	Ordinal	Boleta de recolección de datos
Determinar la frecuencia del uso de método anticonceptivo de pacientes que acuden a la clínica de planificación familiar	Planificación familiar	permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos	Datos de elección de método anticonceptivo	Cualitativo	Nominal	Sí No
Identificar el método anticonceptivo más utilizado por las pacientes	Métodos anticonceptivos	Cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo.	Último método utilizado por la paciente	cualitativo	Nominal	ACOS DIU Inyección Jadelle Preservativos Collar MELA
Determinar los factores que limitan la	Factores Limitantes	Es un recurso, elemento o condición de	Se cuestionó sobre los factores limitantes que percibe que le	cualitativo	Nominal	Acceso a información, cultura,

utilización de métodos anticonceptivos		un sistema que por su carácter escaso respecto al resto de factores limita el desarrollo y evolución de un proceso	impiden optar por los diferentes métodos anticonceptivos		marginación y discriminación, mala utilización de un método anticonceptivo que no satisfaga sus necesidades, afección del método anticonceptivo, no tolerancia del método, falta de conocimiento de sus derechos
Establecer los efectos secundarios más comunes que han presentado los pacientes en su uso de los métodos anticonceptivos	Efectos secundarios	Cualquier efecto diferente de la acción terapéutica buscada que puede o no ser razón de retiro de la terapia farmacéutica	Efectos adversos referidos por la paciente atribuidos al método anticonceptivo prescrito	Cualitativa	Sangrado intermenstrual, aumento de peso, cefalea, náuseas, mastalgia, disminución del lívido.

#### **4.6. Técnica e instrumento**

Se elaboró una boleta de recolección de datos con dos secciones, la primera para datos generales de la paciente como edad, nivel de escolaridad, procedencia, ocupación, estado civil y religión. En la segunda sección se determinó el método anticonceptivo elegido por la paciente en la Clínica de Planificación Familiar.

Este instrumento fue elaborado tras una revisión amplia y exhaustiva en donde se definieron adecuadamente las variables a estudiar, lo que le otorga validez del contenido, teniendo validez de criterio ya que los resultados que se obtuvieron fueron comparados y respaldados por la literatura. La confiabilidad del instrumento se demostró en base a la revisión de la literatura en donde se demostró que los resultados obtenidos fueron similares a otros estudios realizados sobre el tema. El instrumento utilizado fue diseñado según las características que se quisieron evaluar de la población estudiada por lo que no se obtuvieron indicadores ni dimensiones y fue validado por un experto en el tema.

#### **4.7. Procedimiento para la recolección de datos**

- Se presentó primero el protocolo a comité de ética del Hospital Pedro de Bethancourt y con su aprobación se procedió a realizar una carta a las autoridades del Hospital.
- Una vez autorizado el trabajo se procedió a entrevistar los jueves de cada semana a seis pacientes de la clínica de planificación familiar de Ginecología y Obstetricia asignado en su día correspondiente, a través de una boleta de recolección de datos como guía en el cual se documentaron las características de pacientes que asistieron a dicha Clínica de acuerdo con los criterios de inclusión previo a consentimiento informado. Se evaluó por semana entre 4 a 6 pacientes.
- Se procedió a analizar los datos y redactar el informe final.

#### **4.8. Plan de análisis de datos**

Las boletas fueron tabuladas en una hoja electrónica de Excel y analizados en el software estadístico de distribución gratuita PSPP (software libre para análisis de datos) que puede descargarse de la dirección:

<https://www.gnu.org/software/pspp/>.

El resumen se hizo con frecuencias absolutas, porcentajes, media y desviación estándar. La presentación y organización de datos se realizó con tablas y gráficas.

#### **4.9. Aspectos éticos de la investigación**

De acuerdo con el tipo de estudio la investigación, el cual es de carácter descriptivo prospectivo es necesario la realización de consentimiento informado debido a que los datos fueron obtenidos por medio de la boleta de recolección de datos que será utilizada para la encuesta de los pacientes.

Categoría de riesgo grado I (sin riesgo) ya que la investigación utilizará una boleta recolectora de datos en donde se realizará una encuesta a las pacientes sin tener ninguna intervención o modificación de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaran de dicho estudio.

## V. RESULTADOS

Tabla 1.

Datos demográficos de pacientes que acuden a Clínica de Planificación Familiar de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Betancourt durante 2019.

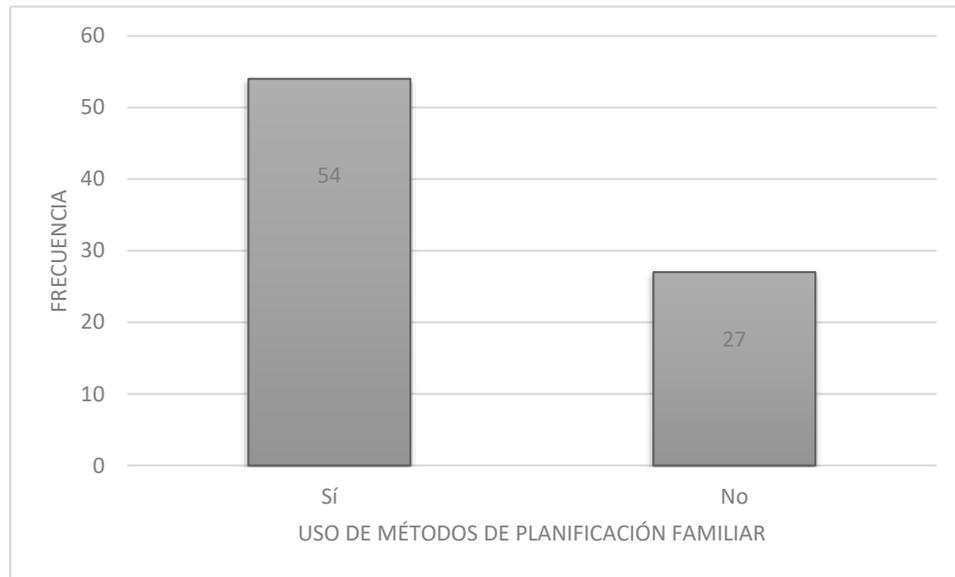
$n = 54$

		<i>f</i>	%
Edad (años)	16 a 25	21	38.9%
	26 a 35	22	40.7%
	36 a 45	8	14.8%
	46 a 55	3	5.6%
Procedencia	Sacatepéquez	27	50.0%
	Chimaltenango	12	22.2%
	Guatemala	12	22.2%
	Escuintla	3	5.6%
Ocupación	Ama de casa	35	64.8%
	Estudiante	10	18.5%
	Obrera	6	11.1%
	Maestra	3	5.6%
Escolaridad	Analfabeta	2	3.7%
	Primaria	14	25.9%
	Secundaria	15	27.8%
	Diversificado	12	22.2%
	Universitaria	11	20.4%
Estado civil	Unida	26	48.1%
	Casada	20	37.0%
	Soltera	8	14.8%
Religión	Ninguna	5	9.3%
	Católica	30	55.6%
	Evangélica	18	33.3%
	Otras	1	1.9%

Las características sobresalientes de las pacientes son religión católica (55.6%), procedentes del departamento de Sacatepéquez (50.0%), amas de casa (64.8%), escolaridad secundaria (27.8%, en unión libre (48.1%) o casadas (37.0%) y edad comprendida entre 16 a 35 años (79.5%).

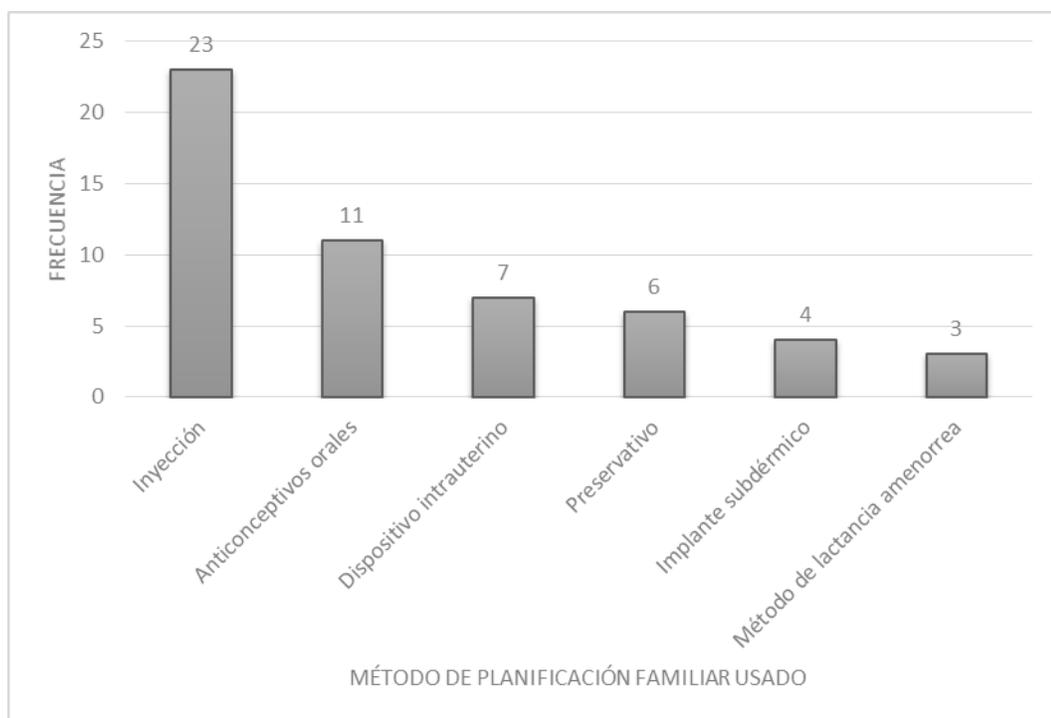
Gráfica 1.

Frecuencia del uso de método anticonceptivo de pacientes que acuden a la clínica de planificación familiar



La frecuencia de uso de métodos anticonceptivos correspondió a 66.7% tomando en cuenta que en el periodo de recolección de los datos se observó a 27 pacientes que no usaban ningún método de planificación familiar.

Gráfica 2.  
Métodos anticonceptivos más utilizados



Los métodos de planificación familiar más utilizados por las pacientes fueron la inyección mensual, bimensual o trimestral (42.6%) y los anticonceptivos orales (20.4%). Los métodos menos usados eran el implante subdérmico (7.4%) y el método de lactancia-amenorrea (5.6%).

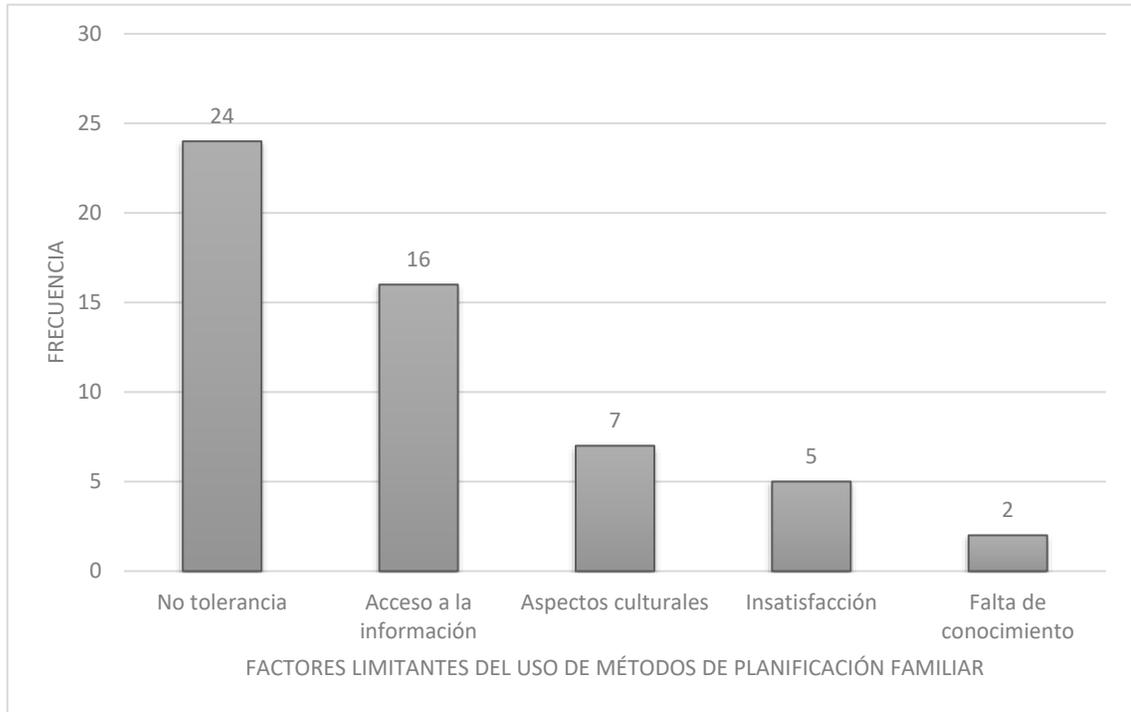
Tabla 2.  
Uso de métodos anticonceptivos según edad

	Edad (años)							
	16 a 25		26 a 35		36 a 45		46 a 55	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Anticonceptivos orales	5	23.8%	4	18.2%	2	25.0%	0	0.0%
Inyección	9	42.9%	10	45.5%	3	37.5%	1	33.3%
Preservativo	1	4.8%	3	13.6%	1	12.5%	1	33.3%
Dispositivo intrauterino	2	9.5%	3	13.6%	1	12.5%	1	33.3%
Implante subdérmico	3	14.3%	1	4.5%	0	0.0%	0	0.0%
Método de lactancia amenorrea	1	4.8%	1	4.5%	1	12.5%	0	0.0%

En esta tabla se observa que la distribución de uso de los métodos usados más frecuentemente (anticonceptivos orales e inyección) es similar en los grupos de edad de 16 a 45 años, mientras que el preservativo y el dispositivo intrauterino se usaba más entre 26 a 35 años y en mujeres de 16 a 25 años se usaba más el método de inyección.

Gráfica 3.

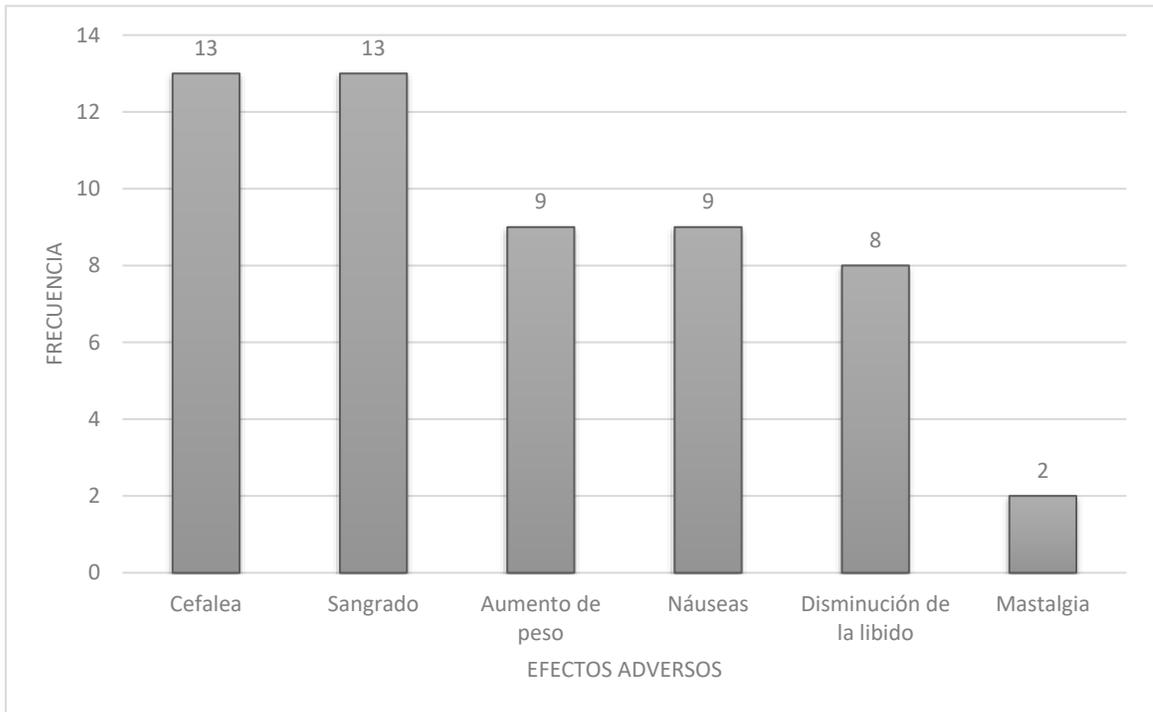
Factores que limitan la utilización de métodos anticonceptivos



Los factores que limitan la utilización de métodos anticonceptivos observados con mayor frecuencia fueron la no tolerancia (44.4%) y el acceso a la información (29.6%). Los factores limitantes menos referidos fueron la insatisfacción hacia el método (9.3%) y la falta de conocimiento (3.7%).

Gráfica 4.

Efectos secundarios más comunes que han presentado los pacientes en su uso de los métodos anticonceptivos



Los efectos adversos más frecuentes fueron la cefalea (24.1%) y el sangrado (24.1%), el menos frecuente fue la mastalgia (3.7%).

## VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La planificación familiar de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (13). Todos los métodos disponibles sirven para un mismo fin: prevenir embarazos no planeados. Pero cada método es diferente. Su utilidad o bondad dependen de los principios, valores y necesidades de cada persona y pareja, así como de la seguridad que cada método ofrece. A cada persona y a cada pareja corresponde el derecho de elegir de manera libre, responsable e informada, el método de planificación familiar que prefiera utilizar (10,28).

El objetivo de esta investigación fue caracterizar a pacientes que acuden a la Clínica de Planificación Familiar de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Betancourt. Se evaluó de forma no probabilística a 54 mujeres que acudieron a esta clínica durante el año 2019.

Las características sobresalientes de las pacientes son religión católica (55.6%), procedentes del departamento de Sacatepéquez (50.0%), amas de casa (64.8%), escolaridad secundaria (27.8%), en unión libre (48.1%) y edad entre 16 a 35 años (79.5%).

La frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en la Clínica de Planificación Familiar de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Betancourt durante el año 2019 correspondió a 66.7% IC95% [55.8 a 77.6]; Obteniendo que los más utilizados fueron inyección (42.6%), anticonceptivos orales (20.4%) y dispositivo intrauterino (13.0%); esto difiere en gran medida del estudio de Menéndez y otros, quienes refieren en un estudio realizado en una provincia de España, en 585 mujeres entre 2005 y 2006, que 61% de estas mujeres usaban preservativo y 22% la píldora combinada (29).

Como puede observarse en la Tabla 2, en el grupo de 16 a 25 años se usaba con menor frecuencia el preservativo; sin embargo, es importante indicar que esta investigación no considera a la población general en edad fértil, sino solo a los sectores de la población que demandan una anticoncepción fuera de los métodos de barrera, aun así, la frecuencia de uso de anticonceptivos orales de esta investigación sí fue similar a la descrita en el estudio de Menéndez. De hecho, en otros estudios, con el de Sánchez realizado en adolescentes sexualmente activas, el preservativo es el método que refirieron usar con mayor frecuencia (30).

Además, en una revisión sistemática se determinó que una de las limitantes del uso del preservativo es la satisfacción sexual y dado que en esta muestra el 85.2% de las mujeres refirió tener pareja estable (en situación civil de unión de hecho o casamiento), se ha determinado que muchas parejas prefieren usar métodos diferentes al preservativo para experimentar mayor satisfacción sexual (31).

También se observó que el dispositivo intrauterino se usaba más entre 26 a 35 años y en mujeres de 16 a 25 años se usaba más la inyección. Esto último se explica por el hecho de que la mayoría de las adolescentes que acuden a un centro de planificación familiar presenta cierta problemática social que comprometería el cumplimiento de otros métodos como indica Menéndez y otros (29).

Los factores que limitan la utilización de métodos anticonceptivos referidos con mayor frecuencia fueron la no tolerancia al método (44.4%) y el acceso a la información (29.6%). Estos problemas de no tolerancia se asocian más a anticonceptivos orales e inyección e incluyen diversos efectos adversos como sangrado, náuseas, pérdida de apetito sexual, cefalea y aumento de peso. En cuanto al acceso a la información fue un factor que se asoció más a anticonceptivos orales e inyección.

Los efectos secundarios más comunes asociados al uso de métodos anticonceptivos fueron cefalea (24.1%) sangrado (24.1%) seguido de aumento de peso (16.7%) y náuseas (16.7%). Se observaron mayores problemas de cefalea en implantes subdérmicos, sangrado en anticonceptivos orales, aumento de peso y náuseas en inyección y disminución del apetito sexual en dispositivos intrauterinos.

Según el estudio de Acosta y colaboradores, realizada en adolescentes, en comparación con la investigación realizada en este hospital, se observó que los efectos secundarios fueron similares siendo la cefalea (18.3%) así como aumento de peso (23.3%) (32). Por otro lado, si bien ya se sabe que el aumento de peso se asocia al uso de inyección anticonceptiva, un estudio realizado en 2009 reveló que las mujeres que ganan un 5% o más de peso al iniciar este tipo de terapia puede tener un aumento de peso duradero que comprometerá en el futuro próximo su salud (33).

La inyección además se asoció a náuseas y a pérdida del apetito sexual; en el estudio de Velásquez, se encontró asociación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona y una disminución de leve a moderada del deseo sexual en mujeres con edades entre 20 a 30 años (32), y esto podría explicarse por el hecho que la inhibición de la liberación de óvulos se relaciona con la inhibición de la secreción de hormonas sexuales (7,18,24).

Como limitaciones se encontró que la capacidad instalada es baja debido a que este servicio se presta únicamente un día a la semana, día en que se atienden entre 4 a 6 pacientes. No hay promoción del servicio, por lo que, el conocimiento por parte de posibles usuarios en la comunidad, y por tanto su impacto, es bajo. Además, este servicio no se ofrece a adolescentes ni a personas de sexo masculino.

Respecto a la validez de este estudio puede decirse que se hizo un cálculo de tamaño de muestra basado en la pregunta de investigación principal, y se pudo responder a cada uno de los objetivos planteados con los datos recolectados.

Se sugiere la realización de estudios analíticos que tomen como base este estudio, donde se pueda dar seguimiento a las pacientes de manera que pueda investigarse la efectividad en el tiempo de los programas de planificación familiar evaluando el periodo intergenésico de las pacientes del Hospital Pedro de Bethancourt.

## **6.1. Conclusiones**

- 6.1.1. Las características sobresalientes de las pacientes son religión católica (55.6%), procedentes del departamento de Sacatepéquez (50.0%), amas de casa (64.8%), escolaridad secundaria (27.8%), en unión libre (48.1%) y edad entre 16 a 35 años (79.5%).
- 6.1.2. La frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en la Clínica de Planificación Familiar de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Betancourt durante el año 2019 correspondió a 66.7% IC95% [55.8 a 77.6].
- 6.1.3. Los métodos anticonceptivos más utilizados fueron inyección (42.6%), anticonceptivos orales (20.4%) y dispositivo intrauterino (13.0%).
- 6.1.4. Los métodos anticonceptivos más utilizados según la edad de 16 a 35 años es la inyección (35.2%) y los anticonceptivos orales (16.6%).
- 6.1.5. Los factores que limitan la utilización de métodos anticonceptivos referidos con mayor frecuencia fueron la no tolerancia al método (44.4%) y el acceso a la información (29.6%).
- 6.1.6. Los efectos secundarios más comunes asociados al uso de métodos anticonceptivos fueron cefalea (24.1%) y sangrado anormal (24.1%).



## **6.2. Recomendaciones**

- 6.2.1. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala se recomienda capacitar a grupos del primer nivel de atención y líderes comunitarios que puedan dar charlas en las comunidades para que la información acerca de los beneficios de la planificación familiar pueda ser difundida para conocimiento dentro de la población. MSPAS
- 6.2.2. Al Departamento Hospital Pedro de Bethancourt se recomienda brindar acciones de promoción y prevención en salud reproductiva para orientar a la población sobre el uso y la utilidad de los métodos anticonceptivos según sea requerido por la paciente, involucrando a las distintas áreas del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt.
- 6.2.3. Al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt se recomienda promover los distintos métodos de planificación familiar, dando énfasis a la vez en el quirúrgico, para poder implementarlo por medio de las autoridades del Hospital creando espacio y personal para la realización de este, quedando este de forma electiva.
- 6.2.4. Continuar por medio del Programa Nacional de Salud Reproductiva la capacitación del personal médico y enfermería del Hospital Pedro de Bethancourt.



## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Afriyie P, Tarkang EE. Factors influencing use of modern contraception among married women in Ho West district, Ghana: descriptive cross-sectional study. *Pan Afr Med J* [en línea]. 2019;33. Disponible en: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/33/15/full/>
2. Valdez Guadalupe. Planificación familiar clave para el desarrollo sostenible. 2017.
3. Ponce de Leon RG, Ewerling F, Serruya SJ, Silveira MF, Sanhueza A, Moazzam A, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *Lancet Glob Heal*. 2019;7(2):e227–35.
4. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región. Washington, D.C.; 2017.
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. 2017.
6. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Nacional de Planificación Familiar. Guatemala; 2014.
7. Capella S D, Schilling R A, Villaroel Q C. Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017 Apr;82(2):124–30.
8. OMS. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera Ed. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, editors. Organización Mundial de la Salud; 2018. 75 p.
9. Lopez K. El 52% de las mujeres usa anticonceptivos en Guatemala. *Nomada*. 2019 Apr;1.
10. Farrell M, Alfaro Y. Diagnóstico del Sistema de Salud de Guatemala 2015: Diagnóstico del sector privado de planificación familiar, atención prenatal y parto. Guatemala; 2016. 95 p.
11. Congreso de la República de Guatemala. Decreto Número 87-2005. Ley de Acceso Universal, y equitativo de servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. 2005;91.
12. Programa de Salud Reproductiva. Guía Nacional de Anticoncepción para

- Adolescentes. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, editor. Guatemala, Ciudad; 2018. 47 p.
13. Gutiérrez R, Rausch R. Aspectos relacionados con la planificación familiar en un estudio realizado en 63 comunidades costarricenses. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2015;13(1):25.
  14. Acabal M. La planificación familiar y el uso de anticonceptivos [Tesis de grado en línea] [en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2002. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/15/15\\_1361.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/15/15_1361.pdf)
  15. Hatcher R. *Ginecología y Obstetricia de México*. 21st ed. Managing Contraception, LLC; 2018.
  16. Sevillano LG, Madrigal EA. Estudio de las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales desde la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp*. 2014;16(3):98–109.
  17. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos actualización 2008 [en línea]. Ginebra; 2008. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562843\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562843_spa.pdf?ua=1)
  18. Arrate N, Linares D, H M, Sánchez N, Arias C. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a las consultas de planificación familiar. *MEDISAN*. 2013;17(3):415–25.
  19. Organización Mundial de la Salud. Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Posparto [en línea]. Ginebra; 2014. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/ppfp\\_strategies/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ppfp_strategies/es/)
  20. Cavallaro FL, Benova L, Owolabi OO, Ali M. A systematic review of the effectiveness of counselling strategies for modern contraceptive methods: what works and what doesn't? *BMJ Sex Reprod Heal* [en línea]. 2019 Dec 11;bmjsrh-2019-200377. Disponible en: <http://jfprhc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjsrh-2019-200377>
  21. Berek JS, Professor M, Ilana Addis CB, Anderson JR, Baram DA, Basson R, et al. *Ginecología de Novak*. 19th ed. Ciudad de México: Mc Graw-Hill / Interamericana; 2018.
  22. Vargas-Hernández V, Ferrer-Arreola L, Tovar-Rodríguez J, Macías-Heredia M. Anticoncepción de emergencia. *Rev Hosp Jua Mex* [en línea]. 2016;83(4):148–56. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2016/ju164f.pdf>

23. Sech, Laura. Segall-Gutierrez, Penina. Silverstein, Emily. Mishell J. Anticonceptivos orales. Manual MSD versión para profesionales. 2013.
24. FDA. Guía de Métodos Anticonceptivos. Atlanta; 2011.
25. Organización Mundial de la Salud. Selected practice recommendations for contraceptive use. 2nd ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
26. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas (Cuba) MM, Linares Despaigne M de J, Molina Hechavarría V, Sánchez Imbert N, Arias Carbonell MM. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a las consultas de planificación familiar. MEDISAN. 2013;17(3):415–25.
27. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Edición del 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
28. Secor RM, Stendig-Raskin I. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. In: Advanced Health Assessment of Women [en línea]. New York, NY: Springer Publishing Company; 2018. Disponible en: <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/9780826124623.0026>
29. Menéndez Robledo E, Deza Moldes J, Torrents Muns M, Tamargo Suárez Á, Touris Nogueira J. Uso de métodos anticonceptivos en un centro de planificación familiar. Progresos Obstet y Ginecol [en línea]. 2007 Dec;50(12):675–81. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304501307732454>
30. Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Atención Fam [en línea]. 2015 Apr;22(2):35–8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S140588711630044X>
31. Sánchez-Fuentes M del M, Santos-Iglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. Int J Clin Heal Psychol [en línea]. 2014 Jan;14(1):67–75. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1697260014700389>
32. Acosta O, de la Cruz K, Rodríguez C. Efectos adversos del implante anticonceptivo subdérmico en adolescentes. Rev Cuba Med Mil [en línea]. 2019;48(3):550–8. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/308/362>
33. Le Y-CL, Rahman M, Berenson AB. Early Weight Gain Predicting Later Weight Gain Among Depot Medroxyprogesterone Acetate Users. Obstet Gynecol [en línea]. 2009 Aug;114(2, Part 1):279–84. Disponible en: <http://journals.lww.com/00006250-200908000-00013>



## VIII. ANEXOS

### 8.1. Encuesta

<b>CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	
Estudio descriptivo prospectivo a realizarse en pacientes atendidas en clínica de planificación familiar en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt en el año 2019.	
<b>Número de expediente Médico:</b>	
<b>DATOS GENERALES</b>	
<b>No. Boleta:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Religión:</b>	
<b>Lugar de procedencia:</b>	
<b>Ocupación :</b>	
<b>Escolaridad:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Diversificado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Universitario</li> <li>• Profesional</li> </ul>
<b>Estado civil:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera o separada</li> <li>• Casada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unida</li> <li>• Viuda</li> </ul>
<b>METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOS</li> <li>• Inyección</li> <li>• DIU</li> <li>• Jadelle</li> <li>• Preservativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collar</li> <li>• Mela</li> </ul>
<b>FACTORES LIMITANTES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a información</li> <li>• Cultura</li> <li>• falta de conocimiento de sus derechos</li> <li>• Afección del método anticonceptivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marginación y discriminación</li> <li>• Mala utilización de un método anticonceptivo que no satisfaga sus necesidades</li> <li>• No tolerancia del método anticonceptivo</li> </ul>
<b>EFFECTOS SECUNDARIOS</b>	

<ul style="list-style-type: none"><li>• Sangrado intermenstrual</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumento de peso</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cefalea</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nauseas</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mastalgia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución de libido</li></ul>

## **8.2. Consentimiento Informado**

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

### **CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Estudio descriptivo prospectivo a realizarse en pacientes atendidas en clínica de planificación familiar en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt en el año 2019.

---

#### Consentimiento informado

He sido invitada a participar en la investigación: “Caracterización de pacientes que asisten a la clínica de planificación familiar”. Entiendo que se me realizara una encuesta en la cual tendré que brindar información sociodemográfica sobre mi persona, entiendo que esta encuesta es totalmente confidencial. He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera a mi persona.

Firma o huella del Participante

## PERMISO PARA COPIAR

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“Estudio descriptivo prospectivo realizado en las pacientes que asisten a la clínica de planificación familiar en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt en el año 2019”** para pronósticos 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 comercialización total o parcial.