

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS CON RESPECTO A
LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN TRABAJADORAS DEL
SEXO**

Estudio descriptivo, realizado en trabajadoras del sexo en las cantinas del Municipio de
Villa Nueva, Departamento de Guatemala. Durante el periodo comprendido del 12 de
septiembre al 12 de octubre de 1995.

TESIS

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

POR

YASMIN LINORA ANGULO LOPEZ

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1995.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
LIBRARY

CONG. BUREAU OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
125 MICHIGAN AVENUE, N.W., WASHINGTON, D.C. 20004
207

Public Information Office
125 Michigan Avenue, N.W., Washington, D.C. 20004
(202) 452-2200

207

Public Information Office
125 Michigan Avenue, N.W., Washington, D.C. 20004
(202) 452-2200

Public Information Office
125 Michigan Avenue, N.W., Washington, D.C. 20004
(202) 452-2200

Public Information Office
125 Michigan Avenue, N.W., Washington, D.C. 20004
(202) 452-2200

Public Information Office
125 Michigan Avenue, N.W., Washington, D.C. 20004
(202) 452-2200

Public Information Office
125 Michigan Avenue, N.W., Washington, D.C. 20004
(202) 452-2200



SECRET

SECRET
CONFIDENTIAL

SECRET
CONFIDENTIAL

SECRET
CONFIDENTIAL

SECRET
CONFIDENTIAL

SECRET
CONFIDENTIAL

SECRET
CONFIDENTIAL

SECRET
CONFIDENTIAL

SECRET
CONFIDENTIAL

SECRET
CONFIDENTIAL

SECRET
CONFIDENTIAL

SECRET
CONFIDENTIAL

DL
OS
TC2671)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: YASMIN LINORA ANGULO LOPEZ

Carnet Universitario No. 87-12765

Ha presentado para su Examen General Publico, previo a optar al
Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS CON RESPECTO A LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS EN TRABAJADORES DEL SEXO

Trabajo asesorado por: DR. MARCO TULIO GARCIA ESCOBAR

y revisado por: DR. EDGAR A. ESPINOZA PRADO
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 2 de noviembre de 1995

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis



DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRESION
Dr. Edgar del Oliva Gonzalez
DECANO

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto set my hand and seal of office at the City of New York, this 1st day of January, 1901.

JOHN W. WALKER, Mayor of the City of New York.

1901

RECORDED

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.....	2
III.	JUSTIFICACION.....	3
IV.	OBJETIVOS.....	4
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
VI.	METODOLOGIA.....	26
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	26
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	44
IX.	CONCLUSIONES.....	47
X.	RECOMENDACIONES.....	48
XI.	RESUMEN.....	49
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50
XIII.	ANEXOS.....	53

I. INTRODUCCION

El presente estudio, se realizo en el municipio de Villa nueva, departamento de Guatemala. Es de tipo descriptivo, fue realizado a través de entrevistas directas a las trabajadoras del sexo, con el propósito de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a los metodos anticonceptivos.

De 101 trabajadoras del sexo entrevistadas, encontré que el principal método anticonceptivo utilizado era el condón, esto debido en gran parte a que en el Centro de Salud les brindan constantemente pláticas sobre enfermedades venéreas.

Las trabajadoras del sexo son un grupo de personas que por sus características especiales (nula o baja escolaridad, riesgo reproductivo, marginadas por la sociedad, creencias, costumbres, sin derechos institucionales, etc), constituyen un grupo de alto riesgo para la procreacion indiscriminada abortos, enfermedades de transmision sexual (que al estar embarazadas ponen en riesgo al producto de la concepción de contraer enfermedades que en un momento determinado pueden causarle serios problemas en el futuro e inclusive la muerte) hijos abandonados, etc.

Espero que los resultados en la presente investigación sean de utilidad para lograr mejorar el nivel cognositivo con respecto a los metodos anticonceptivos en las trabajadoras del sexo y además sirva de base para la realización de estudios futuros y para el establecimiento de conductas médicas, socioeconómicas y culturales que tomen en cuenta el problema en toda su magnitud.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

II. ANALISIS Y DEFINICION DEL PROBLEMA

Guatemala es un país con alta tasa de fecundidad, de 5.6 hijos por mujer. (11) En la cual influyen factores biológicos ambientales económicos y socioculturales.

Siendo Guatemala un país de más de 8 millones de habitantes, se ha podido saber a través de diversas investigaciones que excluyen a las mujeres menores de 12 y mayores de 45 años, por no estar capacitadas para ejercer la prostitución, se estima que el 10% del total de mujeres ejercen la prostitución de una u otra manera. (15)

Es importante hacer constar que existe un gran número de prostitutas clandestinas, menores de edad y extranjeras, por esta razón les está vedado ejercer su actividad en el país. Sin embargo, las autoridades hacen poco para controlar esta situación. Por tal razón, ellas nunca asisten a recibir ningún tipo de educación ni control médico. Además, como la prostitución no es considerada como un trabajo, las mujeres que se desenvuelven en este ámbito, no reciben ningún tipo de prestaciones que tienen los demás empleados, tales como seguridad social, recreaciones, aguinaldo, salario, vacaciones, indemnización, permisos pre y postnatales. (5)

En 1,983 se realizó en Guatemala una encuesta en la cual se evidenció que la utilización de anticonceptivos estuvo estrechamente relacionada con el nivel educacional. (5)

Desde que los métodos anticonceptivos se han difundido por todo el mundo, todas las personas tienen la opción de tener los hijos que quieran tener acorde a sus necesidades o ideologías.

Sin embargo es necesario brindarles, a las trabajadoras del sexo, orientación para hacerlas comprender su responsabilidad reproductiva y a la vez educarlas sobre los métodos anticonceptivos.

III. JUSTIFICACION

El conocimiento y uso de anticonceptivos es menor en mujeres que han recibido una educación formal.

La prostitución es un fenómeno histórico y contemporáneo producto de la situación socioeconómica y cultural.

La mujer que se dedica al comercio sexual adopta una actitud mental de frustración y resentimiento desprecia las normas impuestas por la sociedad creándole tensiones que alteran su sistema síquico y mental por lo cual se les considera víctima de las circunstancias. (12)

La educación escolar es indispensable para el desarrollo y formación de conocimientos de normas de conducta con fines mediatos de perfeccionamiento moral. La familia desempeña un papel importante por medio de cuidados, consejos, órdenes, organización de hábitos con reglas y principios de higiene y moral. El instinto, el amor, el ambiente socioeconómico y cultural dirigen esta educación.

Según encuesta nacional de salud materno infantil de 1,987 realizada por el ministerio de salud pública y asistencia social, el 73% de las mujeres guatemaltecas no tienen una educación formal.

Las mujeres que ejercen la prostitución, se caracterizan por provenir de hogares con deficientes ingresos económicos y por presentar baja o nula escolaridad, lo cual influye en ellas para la procreación indiscriminada, embarazos no deseados, hijos abandonados, abortos, aumento del riesgo de la morbi mortalidad materno infantil y enfermedades de transmisión sexual (Sifilis, sida, gonorrea, etc) que pueden dañar al producto de la concepción, ocasionándole consecuencias graves o inclusive la muerte.

Por lo anterior, se considera a las trabajadoras del sexo, como un grupo de alto riesgo para que esto suceda, por lo cual es necesario evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos anticonceptivos y así poder determinar si es necesario brindarles una educación sobre salud reproductiva.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos anticonceptivos en las trabajadoras del sexo de las cantinas del Municipio de Villa Nueva.

ESPECIFICOS

- 1.- Conocer que información tienen las trabajadoras del sexo con respecto al uso de métodos anticonceptivos.
- 2.- Identificar los medios de comunicación a través de los cuales las trabajadoras del sexo obtienen información sobre métodos anticonceptivos.
- 3.- Identificar que actitud tienen las trabajadoras del sexo hacia los métodos anticonceptivos.
- 4.- Relacionar el ingreso económico, paridad y escolaridad con el uso de métodos anticonceptivos en trabajadoras del sexo.
- 5.- Evaluar que método anticonceptivo es el más utilizado por las trabajadoras del sexo.
- 6.- Proporcionar a cada sujeto de estudio un plan educacional sobre cada uno de los métodos anticonceptivos.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A: GENERALIDADES

A.1 PROSTITUCION

La prostitucion es la profesion más antigua del mundo. Ahora bien el hecho de que comunmente se la califique así es muy significativo, por cuanto nos dice esta expresion de su universalidad en el espacio y en el tiempo.

Se define como la práctica, de relaciones sexuales continuas y repetidas, de manera libre y con cualquier otra persona que se lo solicite siendo su proposito esencial la ganancia económica y no el placer de la parte que consigue dicha ganancia. (2)

Cicerón y Catón, en nombre de la moral pública, admitian y defendian la prostitucion como una forma de evitar males mayores a la familia y a la juventud. Constantino y Teodocio la persiguieron. Justiniano intentó erradicarla con una ley promulgada en el año 531, con la cual pretendia cortar de raíz con las causas, y a la que se conoció como ley de lucha contra los lenones.

San Agustín (354-430) y Santo Tomás de Aquino (1224-1274) propugnaban la tolerancia de la prostitucion. El primero escribió "si se suprime el comercio entre los hombres, todo el mundo quedaria perturbado con actos de desenfreno" (De ordine, lib.2, cap.4). Y Tomás de Aquino en la suma teológica, después de citar este texto de Agustín de Hipona, afirma: Dios permite en el mundo algunos males que podría impedir, pero que no impide no sea que por quitarlos se siga la pérdida de mayores bienes o una suma mayor de males.

Durante la edad media se suceden las decisiones de supresion y reglamentacion. El código de Alarico (506) prescribe 300 latigazos para la ramera y 100 al padre y a la madre de ella.

Bajo el reinado de San Luis de Francia, el cual cerró las casas de lenocinio, los dueños de ellas organizaron a sus pupilas en corporacion gremial, bajo el patronazgo de Santa Magdalena, con procesion anual.

En 1,350, Juana I, reina de las Dos Silicias y condesa de Provensa, organiza un burdel al pie de los muros del palacio papal de Aviñon, de donde obtiene pocos beneficios, talvez, porque lo regenta la abadesa, que cierra los viernes y sábados santos, y los domingos de pascua, y además habia instaurado la revision médica de las mancebas.

El papa Clemente VII (1342-1394) dispuso que las prostitutas debían entregar la mitad de sus ganancias a un convento. Por su parte, Sixto IV (1414-1484) obtuvo, por la protección dispensada a tan lucrativa industria, la suma de 20.000 ducados.

Enrique VIII de Inglaterra, así como Felipe II rey de España, toleraba la prostitución como mal menor.

A.2 LA PROSTITUCION EN EL MUNDO MODERNO

Desde que Napoleón instauró el sistema de casas de tolerancia debidamente reglamentadas, los legisladores modernos no se han puesto de acuerdo, y hay prohibicionistas y reglamentistas, sin que ni unos ni otros hayan conseguido una disminución de la prostitución.

A finales del siglo XIX e inicios del XX, se desarrolló un movimiento internacional, que luchaba contra la prostitución en todas sus formas, con la intención de terminar con ella. Las diferentes asociaciones que formaban parte de este movimiento social celebraron varias conferencias internacionales, precursoras de la de 1949, auspiciada por la ONU. Esta marcó un hito crucial en la historia de la prostitución, pues se tomaron acuerdos para la represión y abolición de la trata de seres humanos y de la explotación de la prostituta ajena, a los cuales se adhirieron gran número de estados.

Los gobiernos de los países que se adhirieron a los acuerdos de la convención de 1949 se clasifican en tres grupos bien definidos: Prohibicionistas, reglamentistas y abolicionistas. En los prohibicionistas la prostitución se considera un delito, en los reglamentistas, los legisladores autorizan la prostitución pero únicamente de forma controlada por las autoridades, y en los abolicionistas, no existe ninguna legislación reguladora de la prostitución, y no se permiten los burdeles ni el control sistemático de las personas que comercian con su cuerpo, las leyes en realidad no prohíben la prostitución en sí misma, sino determinadas actividades relacionadas con ellas: la explotación de la prostituta, la apertura de locales destinados al comercio carnal, la exhibición pública y la trata de blancas, por ejemplo.

LA OPINION PUBLICA

La posición de los abolicionistas es la que propugna la ONU desde la convención de 1949. Lo que se quiere abolir no es el acto mismo sino "toda ley, reglamento y toda práctica administrativa según las cuales, las personas que se dan, o que son sospechosas de darse a la prostitución, deben inscribirse en registros especiales, poseer documentación especial o conformarse a obligaciones excepcionales de

vigilancia y declaración".

Cuando se menciona la prostitución, se piensa en que la mujer vende su cuerpo transitoriamente proporcionando al comprador, disfrute sexual, pero también es posible hablar de prostitución masculina, cuando cuando un homosexual permanente o temporal, accede a sostener relaciones a cambio de una remuneración. (2)

La relación con una prostituta es una oportunidad que se presenta con frecuencia, sobre a los jóvenes para iniciar su vida sexual, llegándose a decir que no es hombre quien a cierta edad no ha tenido tratos o relaciones con una de ellas. Los mismos padres, hermanos mayores o algún pariente induce al joven a visitar una casa de prostitución o de tolerancia, como también se les ha llamado.

Estas visitas tienen varios riesgos unos de indole patológica, pues las relaciones con prostitutas pueden ser fuente de contagio de las enfermedades venereas, de alcoholismo y de drogadicción. Otra porque se degrada la relación a la simple función biológica o animal y desprovéyendola del componente emocional, afectivo y agregándole un componente de angustia, de desaprobación y remordimiento.

Cuando interviene este elemento de afecto, puede suceder que el joven establezca nexos de cariño o de amor con la prostituta.

En la prostitución intervienen tres factores básicos:

- 1.- La prostituta.
- 2.- El intermediario.
- 3.- El cliente.

La primera es la que trabaja, la que vende la mercancía y la que obtiene parte de la ganancia. El segundo, el intermediario, es el que la ofrece, el que la administra y el que obtiene también parte de las ganancias, a veces la mayor parte. El tercero, el cliente, es el comprador y el que paga.

En Guatemala se prohibió en el código de sanidad de 1,935 que se reunieran en casas o burdeles, pero en la práctica esto es letra muerta. (7)

Se han hecho varios estudios de la personalidad de la prostituta, de su extracción social, de su nivel intelectual, etc, encontrándose que al lado de mujeres de baja condición la ejercen otras de nivel intelectual más elevado, de grado de inteligencia superior, de sectores sociales y económicos buenos.

Pero el problema de las mujeres que ejercen la prostitución en nuestra sociedad se caracteriza por provenir de hogares desintegrados, acosados por un número elevado de hijos, insuficientes ingresos económicos y por consiguiente, hacinamiento, mala nutrición, baja o nula escolaridad, desocupación.

El ambiente rural y las marginales proveen de los mayores contingentes de estas muchachas que caen en la prostitución, muchas veces inducidas por otras mujeres interesadas en el negocio. Hay dos poblaciones con buen número de prostitutas en Guatemala: Puerto Barrios y Escuintla. Posiblemente esto se deba a las condiciones de trabajo y a la actividad de la plaza en el comercio. Pues de las que ejercen allí, más del 60% posiblemente provienen de un país vecino.

La prostituta cae frecuentemente en el lesbianismo. Es también agresiva, sobre todo bajo los efectos del alcohol, al cual es aficionada.

Que es lo que empuja a una mujer a ejercer la prostitución? indudablemente opera un factor psico-dinámico y muchos estudios se han hecho desde el punto de vista psicoanalítico. Se ha dicho que la prostitución es propia del regimen capitalista. Además del factor económico, hay otro u otros que operan para inducir a la mujer a dedicarse a la prostitución. Hay situaciones que empujan a la prostitución, por ejemplo, las guerras, después de catástrofes, etc.

Cuando una de estas mujeres resulta embarazada, se ve ante un gran conflicto: O se hace practicar un aborto en malas condiciones casi siempre, o se conserva al hijo y deja de trabajar en un tiempo prudencial, corriendo el riesgo de no tener los medios para sostenerse, atender el parto y correr con los primeros gastos de la crianza. Nunca tiene ahorros y menos va a esperar que el padre si es que pueden decir quién es, les preste una ayuda. En algunos casos se ha visto como la matrona y las compañeras de vida han protegido a quien se encuentra en tales trances.

Las prostitutas registradas están sujetas a reglamentaciones y si las infringen reciben un castigo: Multa o carcel.

Cuando la mujer esta en casa de tolerancia, el patrón o la matrona se encarga de que sea revisada periodicamente por los medicos de sanidad, de modo que no sea contagiosa.

A.3 ACUERDO GUBERNATIVO 242-86
DEL 10 DE JUNIO DE 1986

REGLAMENTO PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION
SEXUAL

ARTICULO 21: Por ningún motivo podrán estar sujetas a registro y control para el ejercicio del comercio sexual las siguientes personas:

- 1.- La menor de edad y la mayor de cuarenta y cinco años.
- 2.- La mujer casada.
- 3.- La mujer en cinta.
- 4.- La que tenga cualquier impedimento físico o mental.
- 5.- La que padezca de alcoholismo crónico o drogadicción
- 6.- La que esté afecta de cualquier enfermedad de transmisión sexual u otra enfermedad transmisible de alta virulencia.
- 7.- Las que padezcan de las siguientes enfermedades:
 - a) Sífilis activa gonorrea.
 - b) Chancros.
 - c) Granuloma venereo.
 - d) Lepra.
 - e) Tuberculosis abierta.
 - f) Prolapso genital o rectal.
 - g) Piorrea avanzada.
 - h) Dermatitis contagiosa.
 - i) Otras que determine la DGSS.

Guatemala, 10 de junio de 1986. Palacio Nacional.

A.4 EDUCACION SEXUAL

Es importante tocar el tema de la prostitución en la educación de la sexualidad para que los jóvenes sepan la verdad de ella y no crean solamente que es un nefasto vicio, que es algo que debe desterrarse empleando los medios más drásticos de la edad media o que es un crimen que debe perseguirse sin descanso. Debe comprender la función de la prostitución y también debe enterarse de los riesgos que acarrea el hecho de frecuentarla. La prostitución encuentra su antídoto en la liberación de la costumbres sexuales.

Es indispensable dar desde la escuela primaria una buena educación sexual. Dicha educación deberá comenzar con una simple INSTRUCCIÓN O ENSEÑANZA relativa a las nociones biológicas de la reproducción en los seres vivos comenzando por los más simples; hasta bastante después vendrá la enseñanza referente a la reproducción de la especie humana; para esa enseñanza, deberán colaborar ampliamente los padres siempre que tengan el nivel intelectual y moral suficiente para ello y hayan recibido de preferencia una educación especial apropiada para la iniciación de los niños en los conocimientos sexuales.

La educación sexual propiamente dicha, no deberá venir sino hasta una edad mucho más avanzada, 14 ó 15 años en adelante y posteriormente deberá ser complementada con la educación antivenerea.

La educación sexual del adolescente incluirá información acerca de la respuesta y el placer sexuales, además de las bases anatómicas y fisiológicas necesarias. (13)

La mayoría de los adolescentes sexualmente activos consideran sus experiencias poco satisfactorias. Esto es muy importante pues Masters y Johnson informan que hasta 50% de los matrimonios fracasan por un conocimiento anatómico escaso y falta de satisfacción sexual: La educación es crítica para poder prevenirla, así como para disuación sexual a futuro.

Para evitar las consecuencias adversas de la actividad sexual, se proporcionará al adolescente información y la oportunidad de desarrollar habilidades para tomar decisiones. El sexo puede ser una ruta hacia resultados "buenos" (relaciones sexuales satisfactorias, gozo, embarazos planeados) o "malos" (sexo poco satisfactorio, enfermedades venereas o embarazos no deseados). En 1981 casi 1.3 millones de adolescentes se embarazaron y 80% de estos fueron embarazos no deseados. Benson y Cois demostraron que un programa bien diseñado y con miras a la educación sexual produce cambios sustanciales en el conocimiento global de áreas como la función sexual, enfermedades venereas, anticoncepción y fecundidad.

En 1980, el Departamento of Health and Human Services de los Estados Unidos, publicó objetivos para la salud de la nación que contenían metas respecto a la disminución de enfermedades venéreas y embarazos en adolescentes. Hacia 1,990 cuando menos 75% de los adolescentes mayores de 14 años deberían conocer la anticoncepción, que incluye varios métodos, su seguridad y eficacia y todos los estudiantes de secundaria deberían haber recibido instrucción sobre las enfermedades venéreas. La educación de los niños sin que se eduque a los adultos con quienes viven puede ser adversa.

B. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los demógrafos explican que hasta 1850, cuando se llegó a mil millones de habitantes, hubo una estabilidad en la población por la baja tasa de reproducción y el alto índice de muertes. A partir de ese momento, la población mundial aumentó en forma sorprendente. Hacia 1930, en poco menos de 100 años, la población se duplica, en gran parte porque había menos muertes, sobre todo menor mortalidad infantil. Hacia 1,960, en menos de la mitad del tiempo previo, se había añadido otro millar de millones y se calculaba que hacia el año 2,000 se llegaría hasta el número de 500 mil millones de habitantes, suponiendo que no hubieran catástrofes imprevistas ni planificación exitosa de la población.

Para hablar sobre planificación familiar individual o como control de la población en una sociedad, se tienen dos consideraciones principales:

- 1.- La motivación
- 2.- La metodología

La motivación depende en especial de la educación, los conocimientos de hechos y la comprensión; en segundo lugar, de las referencias culturales, la religión y la forma tradicional de vida, y en tercero, de necesidades individuales específicas derivadas de factores personales.

Aunque todavía no se ha encontrado el método ideal, los que hoy se utilizan son satisfactorios, eficaces y ofrecen una gran variedad de técnicas, las cuales permiten que cualquier pareja logre una planificación familiar adecuada. Sin embargo, no hay método alguno de aplicación universal en todas las parejas. (5)

HISTORIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS (6, 9,)

Existen varios textos antiguos que contienen recetas anticonceptivas, entre ellas se encuentran:

- 1.- PAPIRO DE PETRI O KAHUM - Egipto 1,850 A.C.
- 2.- PAPIRO DE EBERS - LUXOR 1,550 A.C.
- 3.- PAPIRO DE BERLIN.
- 4.- PAPIRO DE RAMASSEUM.
- 5.- BIBLIA Y FUENTES TALMUDICAS.

También se encuentran pinturas rupestres en Francia y Egipto que muestran el uso antiguo del condón.

Autores que escribieron recetas, ritos o amuletos que influían en la fertilidad:

- 1.- W.S. BLACKMAN.
- 2.- YOHANAN.
- 3.- TOSELF.
- 4.- ARISTOTELES.
- 5.- HIPOCRATES.

- 6.- PLINIO EL VIEJO.
- 7.- DISCORIDES.
- 8.- SORANOS DE EFESO.
- 9.- AETIOS DE AMIDA.

El islam no se oponia a la anticoncepción, lo cual fue practicado en India y China.

A mediados del siglo XIX se iniciaron investigaciones sobre ovulación, pero fue hasta 1,920 que se concibió la teoría moderna del período estéril. Método de Ogino (Japón) Knaus (Austria).

Anthony Comstock 1,844-1915, creía que los que defecaban la anticoncepción eran abogados del demonio y durante 42 años impidió la difusión de ideas anticonceptivas en EEUU.

Una amplia investigación de la inhibición de la ovulación mediante el uso de agentes progestacionales fue iniciada por Rock Pincus y García. El estudio demostró que la ovulación podía abolirse a voluntad mientras se deseara y con gran regularidad (Rock y Cois., 1,957; Pincus 1,960). (6)

Luego se desarrollaron los diafragmas (año 20), termestabilizadores (finales del siglo XIX), espermicidas, condones, DIU y actualmente el control inmunológico. Se encuentra en investigación anticonceptivos orales para el hombre.

C. METODOS ANTICONCEPTIVOS

Para la utilización de los mismos debe tomarse en consideración si la pareja que está interesada en limitar o espaciar sus niños, alcanzó el número ideal o si desea embarazos adicionales. Se tomará en cuenta motivación, inteligencia, antecedentes culturales, nivel económico, salud general, preferencias personales del individuo y sus prejuicios.

Aunque cada individuo utilizará el método de su elección ciertas indicaciones médicas y socioeconómicas indican la preferencias de un método sobre otro. Los métodos anticonceptivos que se utilizan con más frecuencia, su orden de preferencia, son anticonceptivos orales, preservativos, diafragmas, DIU, espumas y ritmo. La esterilización quirúrgica resultó el método más efectivo, el ritmo el menos y los anticonceptivos orales resultaron excelentes.

El riesgo calculado de muerte en relación con el embarazo es mayor que el riesgo de muerte relacionado con los métodos anticonceptivos con dos excepciones: mujeres mayores de 40 años que utilizan anticonceptivos orales y en fumadoras mayores de 35 años que también los utilizan.

C.1. HORMONALES

C.1.1. ANTICONCEPTIVOS ORALES

Es una sustancia o combinación de sustancias (por lo general esteroides) administrada por vía oral que evita el embarazo. Las principales formas de anticoncepción oral incluyen el anticonceptivo oral combinado que contiene estrógeno y progestágeno (ADC), la píldora de progestágeno solo (PPS) y la anticoncepción hormonal postcoital (APC). Esta última se usa en casos de emergencia. Su eficacia es de 99 a 100%. (5)

ANTICONCEPCION ORAL COMBINADA

C.1.1.1. Mecanismo de acción

El principal mecanismo de acción anticonceptiva de la píldora es producido por el estrógeno y consiste en el cese de la ovulación operado por la inhibición de la hormona pituitaria que estimula los folículos, inhibiendo así la maduración folicular en el ovario y por abolición de la retroalimentación positiva inducida por el estrógeno, que es el factor fisiológico que desencadena la onda ovulatoria de la hormona luteinizante. El mucus cervical es afectado, principalmente por el progestágeno volviéndose inhóspito (escaso, espeso y celular) para el espermatozoide. También se reduce la receptividad del endometrio para el blastocisto.

C.1.1.2. Dosis y modo de acción

Se recomienda iniciar la anticoncepción oral combinada con dosis de 0.035 mg de etinil estradiol y un progestágeno como la noretindrona a dosis de 0.4 mg. Se recomienda iniciar el quinto día del ciclo y tomar sin interrupción una diariamente hasta terminar las 21 tabletas.

La cantidad del sangrado frecuentemente disminuye y ocasionalmente puede faltar la menstruación, si esto ocurre y la mujer no dejó de tomar ninguna tableta, iniciar de nuevo el tratamiento siete días después de la última píldora.

Si se olvida tomar la píldora en la hora acostumbrada, es recomendable que se tome la píldora correspondiente a ese día tan pronto como lo recuerde. Si el olvido fue de un día se deberán tomar dos pastillas. En caso de que olvidase tomar dos o tres días seguidos, deberán ingerir dos píldoras juntas diarias por cada día que haya olvidado y luego una diaria hasta terminar el ciclo. En estos casos el riesgo de embarazo es grande, por lo que deberá recomendarse que si tiene relaciones sexuales se utilice además un método anticonceptivo local, hasta que se presente la menstruación.

Puede presentarse sangrado transhormonal durante el periodo de ingestión de la píldora, se recomienda en este caso tomar una píldora de otro estuche cada seis horas hasta desaparecer el sangrado y luego continuar con una diaria

del estuque original hasta completar el ciclo.

Si el sangrado transhormonal persiste por más de dos ciclos, se sugiere cambiar a un anticonceptivo de dosis más elevada.

C.1.1.3. Dosis y modo de empleo

Los anticonceptivos orales combinados están indicados como un método seguro para la gran mayoría de las mujeres que desean anticoncepción temporal.

C.1.1.4. Contraindicaciones

Absolutas: Embarazo, durante la lactancia, mujeres con antecedentes o presencia de enfermedades tromboembólicas, accidentes cerebrovasculares, cardiopatía isquémica y alteraciones de la función hepática, presencia o antecedentes de tumores mamarios y de cáncer cervicouterino.

Relativas: Mujeres con hipertensión arterial, obesidad, y de hábitos como el tabaquismo, sobre todo en mujeres mayores de 35 años de edad; diabetes mellitus, mujeres con enfermedad de la vesícula biliar; uso de antibióticos, anticonvulsivantes, ciertos hipnóticos, griseofulvina, clorpromacina, meprobamato, fenilbutazona, espironolactona.

C.1.1.5. Efectos secundarios:

Sangrado transhormonal, falta de menstruación, náuseas, acné, piel grasosa, hirsutismo, aumento de peso, cefalea, trombosis venosa superficial y profunda, embolia pulmonar, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, vómitos, malestar en las mamas, en mujeres mayores de 35 años infarto a miocardio, mayor incidencia de carcinoma de endometrio y neoplasias de cuello uterino y en premenopáusicas, intolerancia a carbohidratos y alteración de las concentraciones plasmáticas de colesterol y lípidos, depresión, alteraciones oculares, erupciones cutáneas, alopecias, ictericia y ictericia colestásica.

C.1.1.6. Síntomas de alarma:

Dolor abdominal que puede indicar trombosis venosa profunda, hemorragia por adenoma hepático o litiasis vesicular, dolor torácico y disnea pueden ser producidas por un infarto al miocardio o trombosis pulmonar, cefalea, visión borrosa, ceguera, pueden indicar crisis hipertensivas o inminencia de un accidente vascular cerebral.

C.1.1.7. Efectos beneficios:

Disminución de la incidencia de enfermedad benigna de la mama, disminución de la cantidad de sangrado menstrual en la mayoría de usuarias, efecto protector contra la enfermedad inflamatoria pélvica y de anemia por deficiencia de hierro, protección contra embarazo ectópico, menor probabilidad de desarrollar artritis reumatoide en comparación con las mujeres no usuarias de este método, protección contra el riesgo de

riesgo de padecer cáncer de ovario y cáncer endometrial. (8)
Son altamente eficaces para evitar el embarazo, reversible,
es menos probable que se presente dismenorrea o síndrome
premenstrual, menos cantidad de úlceras duodenales.

7.1. PILDORAS DE PROGESTAGENO SOLO:

Contienen una microdosis de progestágeno, ya sea del
grupo de la noretisterona o del levonorgestrel. Se toma
diariamente sin interrupción. Su eficacia es inferior a la
de los anticonceptivos orales combinados y esta relacionada
con la edad. Las tasas de fracaso varían entre 0.3 y 5.0 por
100 años-mujer.

C.1.1.8. Mecanismo de acción:

Ejerce su principal acción sobre el mucus cervical,
causando la formación de un mucus grueso que impide la
penetración del espermatozoide. Además se producen cambios
bioquímicos en el endometrio que lo convierten en ambiente
desfavorable para la implantación. También hay un
considerable efecto sobre la ovulación en muchas mujeres y en
muchos ciclos. Debido a los efectos variables que la PPS
ejerce sobre la función ovárica es posible que se rompa el
patrón de los ciclos, que podrá variar entre ciclos regulares
en algunas mujeres y amenorrea anovulatoria en otras.

C.1.1.9. Indicaciones:

Las que tienen efectos colaterales, o contraindicación,
con los anticonceptivos orales combinados, específicamente
los efectos que se supone relacionados con el estrógeno:
mujeres de mayor edad principalmente mayores de 45 años, que
no fuman, pero especialmente aquellas mayores de 35 años de
edad con factores de riesgo (sobre todo el hábito de fumar),
mujeres diabéticas y obesas, hipertensas, mujeres con
drepanocitemia, mujeres que sufren de jaquecas, especialmente
importante durante la lactancia.

C.1.1.10. Contraindicaciones:

Enfermedad arterial severa actual o en el pasado, riesgo
actual de contraer enfermedad cardiovascular, sangrado no
diagnosticado del tracto genital, embarazo, enfermedad
trombofiliática reciente, embarazo ectópico anterior, quistes
ovaricos funcionales, cualquier efecto colateral serio de la
anticoncepción oral combinada que no esté relacionada
únicamente con los estrógenos (v. gr adenoma del hígado),
ansiedad continua de la mujer con respecto al método de PPS.

C.1.1.11. Efectos colaterales:

Sangrado irregular, amenorrea, mastalgia.

11.1. PILDORAS DE ESTROGENO SOLO:

Llamada también, "pildora poscoito o de la mañana
siguiente, el uso de grandes cantidades de estrógeno en las
mujeres, es efectivo para prevenir la implantación, pero
estas dosis se toleran solo en casos de exposición única o

muy poco frecuente. El anticonceptivo postcoito dietilestilbestrol comienza a tomarse antes de las 72 horas después del acto sexual en dosis de 25 mg dos veces por día durante 5 días. Tiene una eficacia de 98%.

11.2. Mecanismo de acción:

Inhíbe la fertilización y la anidación alterando la movilidad del oviducto, cambia el endometrio y el retiro de las grandes dosis de estrógenos induce hemorragia.

11.3. Indicaciones:

Evitar un embarazo a continuación de un contacto sexual único inesperado y/o sin protección. Esto comprende casos de violación, y casos en que no se hayan usado anticonceptivos, o aquellos en los cuales ocurrió ruptura del condón durante el uso. Es procedimiento de una sola vez y no debe considerarse como un enfoque de rutina habitual, hacia la anticoncepción.

11.4. Efectos secundarios:

Náuseas, vómitos, hemorragia, posibilidad de carcinoma vaginal en la descendencia femenina, se considerará practicar el aborto si el dietilestilbestrol no es efectivo.

C.1.2. ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

Los preparados inyectables intramusculares más usados son:

a.- Inyección trimestral de depósito de acetato de medroxiprogesterona (150 mg en una suspensión microcristalina). Los microcristales de este progestágeno tienen una liberación lenta del sitio de la inyección y los niveles plasmáticos anovulatorios pueden mantenerse por periodos de hasta 150 días después de la inyección. La tasa de embarazos es de 0.7 por 100 años-mujer.

b.- Inyección bimestral. Contiene enantato de nortindrona a dosis de 200 mg, su tasa de embarazos a un año de uso es menor de 2 por 100 años-mujer.

c.- Inyección mensual. Contiene 10 mg de enantato de estradiol más 150 mg de acetafenido de dihidroxiprogesterona.

Mecanismo de acción:

Inhíbe la ovulación a un nivel hipotalámico. Los efectos subsidiarios sobre la función luteínica, la función tubárica, el endometrio y el mucus cervical contribuyen en conjunto.

Efectos secundarios:

Cefalea, mastalgia, tensión premenstrual, dismenorrea, irregularidades menstruales, amenorrea, oligomenorrea, demora en el retorno de la ovulación y la fertilidad, aumento de peso, mareos, nerviosismo, alteraciones del la libido.

C.1.3. IMPLANTES

A.- Norplant:

Anticonceptivo hormonal de acción prolongada y reversible que confiere protección durante 5 años, una pequeña intervención quirúrgica de 2 mm en la cara interna del brazo o antebrazo, bajo anestesia local, permite insertar bajo la piel, 6 finas cápsulas flexibles de goma de silicona blanda, que contiene una hormona sintética. Cada cápsula mide 34 mm de longitud y 2.4 mm de ancho y contiene 36 mg de levonorgestrel, progestina sintética, se colocan los implantes con un trocánter. La tasa de embarazos es de 0.7 por 100 años-mujer en el primer año de uso.

Mecanismo de acción

Inhibición de la ovulación y espesamiento del moco cervical, que dificulta la marcha del espermatozoide hacia el óvulo. También puede haber cierta supresión hormonal del endometrio.

Indicaciones

Mujer en edad fértil que desee evitar el embarazo, particularmente para las que:

- Desean obtener un efecto anticonceptivo continuo.
- Desean espaciar mucho los nacimientos.
- Quieren utilizar un método que no esté relacionado con el coito.
- No quieren tener que ocuparse a diario de tomar un anticonceptivo.
- Tienen el número de hijos que desean, pero no quieren que las esterilicen.
- Piensan someterse a la esterilización pero aún no lo han decidido.
- No pueden utilizar anticonceptivos que contengan estrógenos.

Contraindicaciones

Enfermedades agudas o crónicas del hígado, ictericia, hemorragias vaginales de causa desconocida, tromboflebitis, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, cardiopatías, enfermedad cerebrovascular, mujeres que tomen anticoagulantes, trastornos hemorrágicos, fumadoras, cáncer de mama y otros cánceres hormonodependientes.

Efectos secundarios

Sangrado irregular y prolongado, cefalea, nerviosismo, náuseas, mareos, dermatitis, acné, modificaciones del

apetito, mastalgia, hirsutismo, caída del cabello, secreción mamaria, cervicitis, cambios del estado de ánimo, depresión, malestar general, pérdida o aumento de peso, prurito, quistes ováricos.

B.-Implantes Biodegradables:

Actualmente están siendo sometidos a prueba en ensayos clínicos.

B.1. Capronor

Cápsula biodegradable única que mide 0.24 cm de diámetro y 2.5 cm de largo, contiene 26 mg de levonorgestrel. Se inserta bajo la piel de la cadera o brazo a través de una cánula, bajo anestesia local. Es eficaz por 18 meses.

B.2. Granulos

Poco más grandes que un grano de arroz, contienen 35 mg de noretindrona y pequeñas cantidades de colesterol (15%).

B.3. Microesferas o Microcápsulas biodegradables

Con diferentes hormonas.

B.3. Norplant 2

Implante con dos cápsulas.

C.1.4. DIU HORMONAL

Liberan en forma continua, progesterona, contienen una efectividad de 97 a 98%. Producen supresión endometrial similar a la observada cuando se administra la droga en otras vías. Su ventaja es que disminuye la cantidad de sangrado menstrual. El riesgo de embarazo ectópico es mayor.

C.1.5. ANILLOS VAGINALES

Anillos de dimetilpolisiloxano de 50 a 60 mm de diámetro exterior y 7.5 a 9.6 mm de espesor. Contienen levonorgestrel (6 mg) o progesterona con duración de 3 meses. Se encuentran en investigación dos tipos de anillos vaginales, uno libera una combinación de estrógenos y otro libera sólo progestágeno. El anillo que libera sólo levonorgestrel y estradiol es el más adelantado en su investigación, su mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación; se usa durante tres semanas y se retira por una semana. Las tasas de embarazo son similares a las de los anticonceptivos orales combinados.

C.2. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

El dispositivo intrauterino (DIU) es un artefacto que se coloca en la cavidad uterina con fines anticonceptivos. Se considera un método de anticoncepción temporal. Su uso documentado data del siglo pasado, cuando el pesario, fabricado de madera o hueso, que se utilizaba para corregir prolapsos uterinos, se usaba también para evitar concepción, ya que parte de él se introducía dentro de la cavidad uterina. A principios de este siglo se usó un asa de seda.

Desde los años veinte se diseñaron anillos metálicos que se introducían en la cavidad uterina con fines anticonceptivos, a finales de los años cincuenta, con el descubrimiento del polietileno y el diseño de artefactos para la aplicación cuando realmente se difundió el uso de los mismos. Actualmente es usado por 90,000,000 de mujeres en todas partes del mundo. Tienen una eficacia de 99%.

Mecanismo de acción

Actúa por reacción inmunitaria e inflamación aséptica con invasión de polimorfonucleares y macrófagos que fagocitan los espermatozoides y/o producen alteración bioquímica en el endometrio que impiden la implantación del óvulo. Su acción es local a nivel de endometrio. Además el cobre bloquea los mecanismos de respiración del espermatozoide.

Efectos secundarios

Sangrado, dolor, infección embarazo ectópico, durante la inserción de un DIU se puede presentar reflejo vagal que puede conducir al síncope, perforación uterina, enfermedad inflamatoria pélvica y resultar infertil, anemia.

Indicaciones

Cualquier mujer que desee regular su fecundidad, siempre que no existan contraindicaciones para su uso.

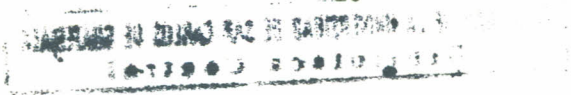
Contraindicaciones

Presencia o sospecha de embarazo, deformidad de cavidad uterina por fibromas o por anomalías congénitas, como útero didelfo tabicado, útero pequeño con histerometría menor de 5.5 cm, dismenorrea incapacitante, cáncer cervicouterino o endometrial, enfermedad inflamatoria pélvica, antecedente de embarazo ectópico, en mujeres que no hayan tenido un hijo, mujeres que tiene múltiples parejas sexuales, anemia, sangrado uterino anormal, presencia de infecciones cervicales desordenes en la coagulación, enfermedades valvulares del corazón, mujeres en riesgo de contraer enfermedades transmitidas sexualmente.

C.3. METODOS DE BARRERA

C.3.1. PRESERVATIVOS O CONDONES:

Al principio hechos de piel (membrana natural), luego de plástico, actualmente de latex. Los condones de latex, que también se conocen como profilácticos, preservativos, gomas o forros y por sus nombres de marca, tienen la función de cubrir el pene durante el contacto sexual, no dejan que el espermatozoide entre en la vagina. Se fabrican en varias formas, tamaños y colores, y básicamente son cilindros circulares de 15 - 20 cm de largo, de 3 - 3.5 cm de diámetro y 0.003 - 0.007 cm de espesor, cerrados en un extremo (romo o en forma de tetilla) y abiertos en el otro extremo, con con bordes redondeados. Los condones se envasan enrollados sobre el borde abierto, a veces lubricados y por lo general



hermeticamente sellados en envoltorios de aluminio y/o plástico en paquetes que contienen de uno a 12 condones (tres por regla general). Se debe desenrollar el condón sobre el pene erecto poco antes del contacto sexual, teniendo cuidado de dejar una pequeña cavidad vacía en el extremo cerrado para contener el semen. Para el año 1,994 se estima que constituye el 10% de uso de todos los métodos anticonceptivos. Se calcula que pueden producirse de 5 a 20 embarazos por 100 usuarias durante el primer año. Además de funcionar como anticonceptivo, ayuda a proteger contra las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

También existen los condones femeninos, que consisten en una bolsa de poliuretano de 17 cm de longitud, con anillos flexibles en ambos extremos. También se creó una pantaleta de latex que tiene incorporado un condón.

C.3.2. ESPERMATICIDAS

Los espermaticidas o anticonceptivos químicos incluyen cremas y jaleas en tubo, aerosoles (espumas), supositorios fundentes y espumeantes, tabletas espumeantes y películas solubles, óvulos licuables, óvulos espumeantes. Contienen 60 a 100 mg por aplicación de agentes espermaticida, entre los cuales se utilizan:

- Nonoxinol-9
- Octoxinol-9
- Menfegol

Los principios activos en las tabletas de espuma son el ácido tartárico y el bicarbonato de sodio.

Para que resulten más eficientes deben aplicarse en la bóveda vaginal lo más cerca posible del cervix, media hora antes de la relación sexual.

C.3.3. ESPONJA VAGINAL

Tienen incorporado un espermicida activo en un vehículo de poliuretano en forma de hongo o champiñón, el espermicida se libera humedeciendo la esponja antes de la inserción manual cerca del cervix y por el contacto con las secreciones vaginales.

La esponja puede insertarse 24 horas antes del contacto sexual, puede usarse para múltiples contactos sexuales dentro de las 24 horas a partir de su inserción. Deberá retirarse seis horas después del último contacto sexual y desecharse.

C.3.4. CAPUCHONES

A.- DIAFRAGMA

Es el más usado. Consiste en una delgada cúpula casi hemiférica de goma redondeada en un aro metálico de resorte recubierto de goma, viene en tres tipos diferentes: RESORTE ESPIRAL, RESORTE PLANO Y ARQUEADO. El diámetro exterior del borde es el tamaño del diafragma, varía de 50 a 105 mm. Los

tamaños del diafragma más blando de resorte espiral aumentan de 5 mm en 5 mm. los del diafragma menos flexible de resorte plano aumentan de 5 mm en 5 mm en los tamaños más grandes (80-105 mm) y de 2.5 mm en 2.5 mm en los tamaños más pequeños (55 - 75 mm), los tamaños de medio punto son los que se ubican entre los 5 mm.

El diafragma se coloca diagonalmente en la vagina de manera que un borde se ajusta al fondo de saco posterior y el otro a la sínfisis del pubis, de manera que cubran el cuello del útero. Tienen una eficiencia de 5 a 25 embarazos de cada 100 usuarias durante el primer año.

Debe retirarse después de 6 horas del último contacto sexual hay que lavarlo y guardarlo. Siempre es aconsejable poner una cantidad de espermicida en la vagina antes del contacto sexual.

No deberá usarse en presencia de anomalías anatómicas de la vagina, cervix o útero (prolapso, retroversión grave), rectocele o cistocele grande, infecciones urinarias a repetición.

B.- CAPUCHON CERVICAL

Tiene forma de dedal, hecho de goma, plástico o metal con un borde expansible que encaja cómodamente en el cervix, es imprescindible que el cervix esté sano, sea de contornos paralelos y largo. Es útil en las mujeres que no pueden retener el diafragma. Debe utilizarse además espermicida.

C.- CAPUCHON EN BOVEDA

Hecho de goma, tiene forma casi hemiférica, con una bóveda delgada y un borde grueso. Cubre el cervix y se adhiere por succión a la bóveda vaginal. El cervix debe ser sano, corto como para caber en el capuchon poco profundo y accesible a los dedos de la mujer. Es útil para las mujeres que no pueden retener el diafragma. Su tamaño es de 50 a 75 mm. aumentando de 5 en 5 mm.

Antes de colocarlo es necesario aplicar 5 cm de espermicida en cada una de sus caras y esparcirlo por toda la superficie, más evitando los bordes. Deberá dejarse colocado durante por lo menos 6 horas después del último contacto sexual.

D.- CAPUCHON VOMULE

Es una combinación del capuchon cervical y del capuchon en bóveda, provisto de una parte en forma de dedal para ajustar al cervix y un borde amplio que se adhiere por succión a la bóveda vaginal. Es util para las mujeres que no pueden retener el diafragma o un capuchon cervical o en bóveda, una mujer con un prolapso o cistocele. Su tamaño es de 45 a 51 mm. aumentando de 3 mm en 3 mm.



Antes de colocarlo es necesario aplicar 5 cm de espermicida en cada una de sus caras y esparcirlo por toda la superficie más evitando los bordes. Deberá dejarse colocado durante por lo menos seis horas después del último contacto sexual.

C.4. METODOS NATURALES

C.4.1. ABSTINENCIA PERIODICA

La pareja no practica el coito durante los días del mes en que la mujer puede quedar embarazada más fácilmente, que suele ser alrededor de 14 días antes de su próxima menstruación. Tiene una eficacia de 70 a 90%. Existen métodos de saber que días del mes una pareja puede tener relaciones sexuales y evitar el embarazo, a saber:

- El método del calendario o ritmo

La mujer con ciclos regulares, cuenta 10 días a partir del primer de menstruación y coloca una marca en el calendario, éste día será el primero de los 8 días fértiles.

La mujer con ciclos irregulares requiere registrar los últimos 9-12 ciclos para determinar el período fértil. Identificar cual fué el ciclo más corto y el más largo y utilizar la siguiente fórmula:

***CICLO MENSTRUAL MAS CORTO MENOS 18 = PRIMER DIA DE PELIGRO**
***CICLO MENSTRUAL MAS LARGO MENOS 11 = ULTIMO DIA DE PELIGRO**

- El método de temperatura basal del cuerpo

La mujer debe registrar su temperatura inmediatamente al despertar todas las mañanas para obtener un registro basal. Después de la menstruación durante la primera parte del ciclo, la temperatura basal del cuerpo se mantiene a un nivel más bajo. Durante la ovulación sube por unos 0.2 - 0.4 grados centígrados y luego se mantiene a un nivel más alto hasta el comienzo de la próxima menstruación. El método consiste en la observación de que la ovulación coincide con cambios ligeros en la temperatura de la mujer. Si la mujer espera hasta que haya pasado tres días consecutivos con lecturas de temperatura más alta puede entonces comenzar a tener contacto sexual con muy poco riesgo de concepción. Tiene una tasa de embarazo inesperado de menos de uno por seis por 100 años-mujer, según el nivel de instrucción y motivación de la pareja.

- El método de Mucus Cervical

Es una técnica basada en los cambios que ocurren en el moco cervical durante el ciclo menstrual. Cada vez que la mujer ovula, el moco cervical es acuoso, claro y escurrido muy parecida a la clara de huevo. Las relaciones sexuales desde el principio del flujo hasta cinco días después en que el moco es parecido a la clara del huevo, puede provocar un

un embarazo.

- El método sintoma-térmico

Combina las observaciones de temperatura basal del y el del mucus cervical, lo cual aumenta la identificación exacta del período fértil, para alcanzar mayor seguridad.

C.4.2. COITO INTERRUMPIDO

Consiste en la separación de la pareja antes de la eyaculación. La pareja puede sentir insatisfacción por la relación sexual incompleta. Su eficacia no se ha estudiado científicamente.

C.4.3. LACTANCIA MATERNA

Consiste en la lactancia materna exclusiva durante los seis meses posteriores al parto sino ha reaparecido la menstruación.

Mecanismo de acción

Dentro de las pocas horas después del parto, la sensibilidad del pesón a los estímulos táctiles aumenta en forma aguda, asegurando un flujo constante de impulsos nerviosos al hipotálamo estimulado por la succión. Estos impulsos nerviosos vuelven más sensibles a la inhibición esteroide el hipotálamo de la madre lactante, la cual resulta en una reducción de la secreción de gonadotropinas, especialmente de la hormona luteinizante y en la ausencia o reducción de la actividad ovárica.

C.5. ANTICONCEPTIVOS QUIRURGICOS

C.5.1. ESTERILIZACION FEMENINA

Esta se logra mediante la oclusión de las trompas uterinas. Entre las formas de acceso tenemos, por Acceso abdominal: La Minilaparotomía, laparotomía y por Acceso Vaginal: La colpotomía y la culdoscopia.

Entre las técnicas tenemos las siguientes:

- Pomeroy
- Irving
- Parkland o Prichard
- Madlener
- Electro o termocoagulación
- Fimbrectomía de Kroener
- Clips oclusivos
- Bandas de Yoon

Complicaciones

Sangrado del mesosalpinx o lesión del intestino durante la operación, lesiones a la vejiga y al útero, embolia gaseosa, emfisema subcutáneo, o detención pulmonar o cardíaca,

laceraciones de los vasos sanguíneos o de órganos abdominales, infección pélvica.

Entre las complicaciones tardías tenemos: embarazo ectópico, sangrado uterino disfuncional.

En el año 1,994 se consideró que la esterilización quirúrgica constituía un 26% de todos los métodos anticonceptivos utilizados. Es el método de preferencia para las mujeres mayores de 35 años que tienen 3 hijos y más.

C.5.2. ESTERILIZACION MASCULINA

La técnica más utilizada es la vasectomía, consiste en la oclusión del conducto deferente, por vía escrotal, bajo anestesia local, mediante:

- Termo o electrocoagulación
- Grapas o clips.

Actualmente en China se está realizando la vasectomía sin bisturí.

En etapa experimental se encuentran nuevos métodos para ocluir el conducto deferente:

- Vaclosude: Instrumento para colocar clips en el conducto, sin incisiones.
- Inyección de silicona o poliuretano: Endurece en 10 minutos.
- Tapones anticonceptivos de silicona, fijados fuera del conducto.

Estos tienen la ventaja de ser reversibles en el 98% al 100% de los casos.

C.6. TECNICAS INMUNOLOGICAS: En investigación.

METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo.

B. TAMANO DE LA MUESTRA

Se incluyó en el estudio a todas las trabajadoras del sexo de las cantinas de Villa Nueva (sin incluir aldeas, colonias ni caserios).

Se debe trabajar con un muestreo cuando el universo es muy extenso, no es accesible, requiere mucho tiempo y económicamente no es posible. En el presente estudio se decidió trabajar con el universo (el cual es de 120 trabajadoras del sexo, aproximadamente) ya que es factible y porque los resultados son más fidedignos.

Criterios de inclusión

- 1.- Ser trabajadora del sexo de una de las cantinas del municipio de Villa Nueva (sin incluir aldeas, colonias ni caserios).
- 2.- Estar dispuesta voluntariamente a responder la boleta de recolección de datos.
- 3.- Estar compendida entre las edades de 14 a 44 años.

Criterios de exclusión

- 1.- Trabajadora del sexo que no se encontrara en la visita a cada cantina.
- 2.- Trabajadora del sexo que no se encuentre sobria al momento de la entrevista.

C. VARIABLES

- 1.- **EDAD:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento.
- 2.- **ESCOLARIDAD:** Condición de analfabeta (no sabe leer ni escribir) o alfabeto (sabe leer y escribir por influencia escolar).
- 3.- **PARIDAD:** Numero de hijos.
- 4.- **CONOCIMIENTO:** Acción o efecto de averiguar, por el ejercicio de las facultades intelectuales, la naturaleza,

cualidades y relaciones de las cosas.

- 5.- **ACTITUD:** Disposición de ánimo, manifestada exteriormente
- 6.- **PRACTICA:** Ejercicio o aplicación de un conocimiento.
- 7.- **METODOS ANTICONCEPTIVOS:** Modo sistematizado de evitar la concepción.
- 8.- **PROSTITUCION:** Practicar la relación sexual a cambio de dinero u otro bien de consumo.
- 9.- **INGRESO ECONOMICO:** Cantidad total de quetzales recibido mensualmente.

D. RECURSOS

HUMANOS

PERSONAL DE:

- 1.- Biblioteca de la Facultad de medicina de la USAC.
- 2.- Biblioteca central de la USAC.
- 3.- Biblioteca de la OMS.
- 4.- Biblioteca de APROFAM.

ESTUDIANTE INVESTIGADOR

MEDICO ASESOR

MEDICO REVISOR

TRABAJADORAS DEL SEXO EN LAS CANTINAS DE VILLA NUEVA.

MEDICO DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD DE VILLA NUEVA.

E. INSTRUMENTO DE MEDICION DE LAS VARIABLES

Boleta de recolección de datos.

F. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó visita a cada una de las cantinas del municipio de Villa Nueva (sin incluir aldeas, colonias ni caseríos) y se llenó la boleta por medio de entrevista personal.

EJECUCION DE LA INVESTIGACION

ACTIVIDADES:

1. Elección del tema del proyecto de investigación
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliografico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por el comite de investigación.
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
9. Procesamiento de resultados, elaboración de cuadros.
10. Analisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de tesis.

GRAFICA DE GANTT



VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

(1970-71)

(1970-71)

1970-71

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION ETAREA DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO EN LAS
CANTINAS DE VILLA NUEVA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL
12 DE SEPTIEMBRE AL 12 DE OCTUBRE DE 1,995.

RANGO DE EDAD	NUMERO	%
14 - 18 ANOS	29	28.71
19 - 23 ANOS	39	38.61
24 - 28 ANOS	16	15.84
29 - 33 ANOS	15	14.85
34 - 38 ANOS	2	1.98
39 Y MAS ANOS	-	-
TOTAL	101	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION ESTADISTICA DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO FEMENINO EN LAS CANTINAS DE VILLA NUEVA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 12 DE SEPTIEMBRE AL 12 DE OCTUBRE DE 1995.

ESCOLARIDAD DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO FEMENINO EN LAS CANTINAS DE VILLA NUEVA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 12 DE SEPTIEMBRE AL 12 DE OCTUBRE DE 1995.

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
NINGUNA	24	23.76
PRIMARIA INCOMPLETA	45	44.55
PRIMARIA COMPLETA	22	21.78
SECUNDARIA	9	9.92
OTRA	1	0.99
TOTAL	101	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

PROYECTO DE LA ADMINISTRACION DE SAN SALVADOR DE GUATEMALA

CUADRO No.3

PARIDAD DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO EN LAS CANTINAS
DE VILLA NUEVA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 12 DE
SEPTIEMBRE AL 12 DE OCTUBRE DE 1,995.

GESTAS	No.	%	PARTOS	No.	%	ABORTOS	No.	%
0	28	27.72	0	3	4.91	0	28	70.0
1	23	31.50	1	15	24.59	1	10	25.0
2	24	32.88	2	23	37.70	2	2	5.0
3	17	23.29	3	12	19.67	3	0	0.0
4	1	1.37	4	4	6.56	4	0	0.0
5	6	8.22	5	2	3.28	5	0	0.0
6	2	2.74	6	2	3.28	6	0	0.0
TOTAL	101	100	TOTAL	61	100	TOTAL	40	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 4

ACTITUD DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO EN LAS CANTINAS DE VILLA NUEVA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 12 DE SEPTIEMBRE AL 12 DE OCTUBRE DE 1,995

CUADRO No. 4

ACTITUD DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO EN LAS CANTINAS DE VILLA NUEVA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 12 DE SEPTIEMBRE AL 12 DE OCTUBRE DE 1,995 CON RESPECTO AL BENEFICIO DE ESPACIAR LOS EMBARAZOS.

CAUSA BENEFICIO	NUMERO	%
SI	95	94.06
NO	6	5.94
TOTAL	101	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No.5
ACTITUD CON RESPECTO A TENER HIJOS, EN ESTE MOMENTO,
DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO EN LAS CANTINAS DE
VILLA NUEVA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 12
DE SEPTIEMBRE AL 12 DE OCTUBRE DE 1,995.

RESPUESTA	NUMERO	%
SI	26	25.74
NO	75	74.26
TOTAL	101	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 6

CONOCIMIENTO SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS, DE
 LAS TRABAJADORAS DEL SEXO, EN LAS CANTINAS DE
 VILLA NUEVA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 12
 DE SEPTIEMBRE AL 12 DE OCTUBRE DE 1,995.

METODO ANTICONCEPTIVO CONOCIDO	NUMERO	%
CONDON	94	40.52
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	80	34.48
INYECCIONES	32	13.79
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	10	4.31
LIGADURA DE TROMPAS	10	4.31
VASECTOMIA	2	0.86
NINGUNO	4	1.72
TOTAL	232	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No.7

ACTITUD CON RESPECTO A CONOCER MAS, DE LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS, DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO EN LAS
CANTINAS DE VILLA NUEVA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO
DEL 12 DE SEPTIEMBRE AL 12 DE OCTUBRE DE 1,995

DESEA MAS CONOCIMIENTO	NUMERO	%
SI	98	97.03
NO	3	2.97
TOTAL	101	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 8

FRECUENCIA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR LAS
TRABAJADORAS DEL SEXO EN LAS CANTINAS DE VILLA NUEVA, EN
EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 12 DE SEPTIEMBRE
AL 12 DE OCTUBRE DE 1,995.

METODOS ANTICONCEPTIVOS	NUMERO	%
CONDON	80	56.74
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	43	30.49
INYECCIONES	12	8.51
LIGADURA DE TROMPAS	2	1.42
NINGUNO	4	2.84
TOTAL	141	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No.9

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
UTILIZADOS POR LAS TRABAJADORAS DEL SEXO EN LAS
CANTINAS DE VILLA NUEVA EN EL PERIODO COMPRENDIDO
DEL 12 DE SEPTIEMBRE AL 12 DE OCTUBRE DE 1995

RESPUESTA	NUMERO	%
SUFICIENTE	2	1.98
UN POCO	55	54.46
MUY POCO	30	29.70
NADA	14	13.86
TOTAL	101	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No.18

RAZONES PRINCIPALES POR LAS CUALES LAS TRABAJADORAS DEL SEXO NO UTILIZAN NINGUN METODOS ANTICONCEPTIVOS, EN LAS CANTINAS DE VILLA NUEVA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 12 DE SEPTIEMBRE AL 12 DE OCTUBRE DE 1995.

RESPUESTA	NUMERO	%
SU PAREJA LO DESAPRUEBA	1	25
INTERFIERE CON EL SEXO	1	25
IGNORANCIA	2	50
TOTAL	4	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No.11

INDICACIONES MAS FRECUENTES SOBRE EL USO DE LOS
METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS TRABAJADORAS DEL
SEXO EN LAS CANTINAS DE VILLA NUEVA EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DEL 12 DE SEPTIEMBRE
AL 12 DE OCTUBRE DE 1995.

RESPUESTA	NUMERO	%
A.PLANIFICACION FAMILIAR	4	3.96
B.NO EMBARAZARSE	65	64.35
C. A Y B	32	31.68
TOTAL	101	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No.12

FUENTES DE INFORMACION SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS
DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO EN LAS CANTINAS DE
VILLA NUEVA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL
12 DE SEPTIEMBRE AL 12 DE OCTUBRE DE 1995.

RESPUESTA	NUMERO	%
CENTRO DE SALUD	34	35.05
AMIGO (A)	28	28.86
PADRES	7	7.21
FARMACIA	6	6.18
APROFAM	5	5.15
RADIO/PRENSA/TELE	3	3.09
HOSPITAL	2	2.06
OTROS	12	12.37
TOTAL	97	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 13

INSTITUCIONES CONOCIDAS COMO FUENTES DE INFORMACION
SOBRE ANTICONCEPTIVOS DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO
EN LAS CANTINAS DE VILLA NUEVA EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DEL 12 SEPTIEMBRE AL 12 DE
OCTUBRE DE 1995

RESPUESTA	NUMERO	%
CENTRO DE SALUD	34	62
APROFAM	19	38
TOTAL	53	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No.14

FUENTES DE ABASTECIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS
DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO EN LAS CANTINAS DE
VILLA NUEVA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL
12 DE SEPTIEMBRE AL 12 DE OCTUBRE DE 1995.

ESTABLECIMIENTO	NUMERO	%
FARMACIA	60	61.87
CENTRO DE SALUD	30	30.92
APROFAM	7	7.21
TOTAL	97	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No.15

INGRESO ECONOMICO MENSUAL DE LAS TRABAJADORAS DEL
SEXO EN LAS CANTINAS DE VILLA NUEVA DURANTE
EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 12 DE SEPTIEMBRE
AL 12 DE OCTUBRE DE 1995.

SALARIO MENSUAL *	NUMERO	%
300 - 600	44	43.65
601 - 900	24	23.76
901 - 1200	16	15.84
1201- 1500	5	4.95
1501- 1800	6	5.94
1801 Y MAS	6	5.94
TOTAL	101	100

* VALOR EN QUETZALES.

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Para el presente estudio se consideró como población a 120 trabajadoras del sexo en las cantinas de Villa Nueva. en el período comprendido del 12 de septiembre al 12 de octubre de 1.995.

Se proporcionó el cuestionario para la recolección de datos a un total de 101 (84%) y el resto (16%) no quisieron responder la boleta de recolección de datos. se encontraban ebrias o no se encontraban en el momento de la entrevista efectuada. motivo por el cual el tamaño de la muestra se redujo.

Las trabajadoras del sexo en las cantinas de Villa Nueva. se encuentran entre las edades de 14 a 38 años (100%). encontrándose la mayor parte entre los 14 a 33 años (98%). siendo la menor de las entrevistadas de 14 años y la mayor de 38 años. (cuadro 1)

La escolaridad alcanzada por el grupo estudiado en él podemos apreciar que el 23% no tuvieron ninguna escolaridad. 44% cursó algún grado de la educación primaria. 21% completó la primaria. 9% cursó secundaria y sólo 0.9% que correspondía a una persona inició estudios de educación media. El nivel educativo es un obstaculo para el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos ya que a mayor educación mayor conocimiento. (cuadro 2)

Se puede apreciar que el 27.7% de las tranbajadoras del sexo nunca han estado embarazadas. el 72.3% han tenido de 1 a 6 embarazos de los cuales la mayor parte (87%) han tenido de 1 a 3 gestas . De los 73 embarazos podemos ver que 58 han culminado en partos. 12 en abortos y 3 estaban embarazadas al momento de la entrevista. (cuadro 3)

A pesar de la poca escolaridad alcanzada en este grupo de personas. vemos que el 94% consideran beneficioso espaciar los embarazos. ya que en las condiciones actuales en las cuales ellas encuentran. no es el mejor momento ni lugar para tener un niño y no desean quedar embarazadas (74.26%) pues no podrían cuidar adecuadamente de ese niño. Con esto vemos que ellas saben muy bien las responsabilidades que se adquieren al ser madre y tienen una actitud positiva en cuanto a la planificación familiar.

Nos muestra que los métodos anticonceptivos más conocidos por las trabajadoras del sexo son El condón y las pastillas (72%), seguidos por las inyecciones en un 13.78%. Aunque solamente saben de la existencia de ellos, no saben sus indicaciones, ventajas, desventajas, efectos secundarios, etc. (cuadro 6)

A pesar de todos los problemas que afectan a este grupo de personas (baja o nula escolaridad, problemas psicológicos, socioeconómicos, etc) el 97% quieren ampliar sus conocimientos en cuanto a métodos anticonceptivos. (cuadro 7).

En cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos en las trabajadoras del sexo, vemos que el 56.7% utilizan El condón, el 30.49% la pastilla, 8.5% inyecciones, 1.4% ligadura de trompas y 2.84% no utilizan método alguno. Sin embargo refieren que no siempre utilizan El condón pues hay clientes que no les gusta utilizarlo y no siempre ingieren las pastillas anticonceptivas pues por beber mucho, consideran que es malo o se les olvida. Por eso vemos que son un grupo de alto riesgo y que es necesario instruirlos en cuanto a este tema.

Se puede apreciar que la mayor parte de las trabajadoras del sexo (84.15%) consideran que saben un poco o muy poco con respecto a los métodos anticonceptivos que utilizan, un 13.86% refieren no saber nada de los mismos y sólo 1.9% consideran saber lo suficiente.

Nos muestra las razones principales por las cuales no utilizan métodos anticonceptivos, podemos ver que el 25% su pareja lo desaprueba, 25% por interferir con el sexo y 50% por desconocimiento de los mismos.

En este cuadro, podemos ver los motivos por los cuales consideran las trabajadoras del sexo, que deben utilizar métodos anticonceptivos. 64.35 los utilizan para no quedar embarazadas, 31.68 para planificación familiar y para no quedar embarazadas en este momento y 3.96% para planificación familiar.

Este cuadro nos muestra las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos en las trabajadoras del sexo, 34% refieren haber recibido información en el Centro de Salud.

vemos que el porcentaje es bajo, ello se debe a que la mayor parte de ellas son extranjeras y otras menores de edad por lo cual no asisten al Centro de Salud. 28% fueron informadas por amigos, 7% por sus padres, 6% en la farmacia, 5% por APROFAM, 2% en hospitales 3% por radio, prensa, o televisión, 14% por algún pariente, medico particular o escuela y 3.9% refirieron que nunca habian escuchado nada sobre métodos anticonceptivos.

Nos muestra que las instituciones conocidas como fuentes de información, por 53 trabajadoras del sexo, son: APROFAM 38% y Centro de Salud 62%. Del total de la población, 48 personas refirieron no conocer institución alguna en la cual puedan obtener información sobre anticonceptivos.

En este cuadro se pueden observar las principales fuentes de abastecimiento de anticonceptivos para el grupo estudiado. El 30.92 se abastecen en el Centro de Salud, 61.87 en las farmacias y 7.21 en APROFAM.

El salario percibido mensualmente podemos observar que el 43.65% ganan de Q300 - 600, el 24% de Q601 a 900, el 15.8% de Q901 a 1200. Se puede apreciar que el salario percibido es bajo pero siendo la mayor parte de ellas sin preparación academica consideran que no pueden desempeñar un mejor empleo y que además por el hecho de ser extranjeras y/o menores de edad no les darán trabajo en otro lugar.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- Las trabajadoras del sexo poseen poca o ninguna información con respecto a los métodos anticonceptivos una de las principales causas lo constituye el nivel educativo ya que la mayoría de ellas son analfabetas o sólo han cursado parte de la educación primaria. Considerando que la mayor información sobre anticonceptivos generalmente se encuentra en forma escrita, por consiguiente, no adquieren información al respecto.
- 2.- La poca o nula información con respecto a métodos anticonceptivos no es por falta de interés de las trabajadoras del sexo, sino por inaccesibilidad a las fuentes de información, ya que la actitud tomada con respecto a la necesidad de saber sobre ellos es positiva en este rupo.
- 3.- Los métodos anticonceptivos mayormente utilizados por las trabajadoras del sexo en las cantinas de Villa Nueva son el condón y la pastilla. Aunque el condón no siempre es utilizado ya que hay algunos clientes que no les gusta utilizarlo.
- 4.- Los principales medios por los cuales han adquirido información son el Centro de Salud, amigos y parientes.
- 5.- El conocimiento de los métodos anticonceptivos es poco y su uso se ve afectado por la poca información, por interferir con el sexo o por desaprobación de la pareja.
- 6.- Las principales fuentes de información sobre los métodos anticonceptivos en las trabajadoras del sexo en las cantinas de Villa Nueva, son verbales, ya que en su mayoría no han tenido escolaridad o solo han cursado algún grado de primaria
- 7.- Las instituciones más conocidas por las trabajadoras del sexo en las cantinas de Villa Nueva, como fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, son APROFAM y el Centro de Salud.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- QUE EL PRESENTE TRABAJO SIRVA DE BASE PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS FUTUROS Y PARA ESTABLECER CONDUCTAS MEDICAS, SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES QUE TOMEN EN CUENTA EL PROBLEMA EN TODA SU MAGNITUD.
- 2.- DARLE A CONOCER A LAS TRABAJADORAS DEL SEXO LOS RIESGOS A QUE ESTA EXPUESTA Y A LOS QUE ESTARIA SU HIJO. SI ELLA LLEGARA A EMBARAZARSE; A TRAVES DE PLANES EDUCACIONALES EN EL CENTRO DE SALUD.
- 3.- PROPORCIONAR INFORMACION A LAS TRABAJADORAS DEL SEXO SOBRE SEXUALIDAD. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. METODOS ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO REPRODUCTIVO.
- 4.- MEJORAR LA INFORMACION A TRAVES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION INDICANDO LAS VENTAJAS QUE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS PROPORCIONAN. PROMOVRIENDO ASI EL INTERES PARA QUE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO SE INFORMEN MAS SOBRE ELLOS.
- 5.- QUE A TRAVES DEL CENTRO DE SALUD. SE CAPACITE A VOLUNTARIOS Y PERSONAL DE SALUD. PARA QUE ESTOS AYUDEN A LA DIVULGACION SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.
- 6.- QUE EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL FORMULEN ESTRATEGIAS. PROGRAMAS Y ACCIONES SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR DIRIGIDAS A GRUPOS DE ALTO RIESGO.

XI. RESUMEN

En el Municipio de Villa Nueva, departamento de Guatemala, se realizó el presente estudio descriptivo, sobre conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a los métodos anticonceptivos en las mujeres trabajadoras del sexo en las cantinas de Villa Nueva, durante el periodo comprendido del 12 de septiembre al 12 de octubre de 1995.

En el estudio se incluyeron a todas las trabajadoras del sexo (120 mujeres) comprendidas entre las edades de 14 a 44 años. De las cuales fué posible realizar el estudio unicamente con 101 personas, debido a que algunas mujeres no quisieron colaborar en el estudio, otras se encontraban ebrias y otras no estaban presentes en el momento de realizar la visita a cada establecimiento.

A la vez, en cada visita realizada a cada uno de los establecimientos, despues de llenada la boleta de recoleccion de datos, les brinde una charla sobre los metodos anticonceptivos más comunmente utilizados en nuestro medio (pastillas, condón, inyecciones, DIU, ligadura de trompas y espermicidas vaginales).

Los resultados obtenidos por medio de encuestas, indican que entre los métodos anticonceptivos más conocidos están los preservativos, pastillas e inyecciones; siendo los más utilizados los preservativos y las pastillas. La información que tienen la han obtenido principalmente del Centro de Salud y a través de amigos. Aunque no todas ellas visitan el Centro de salud pues hay algunas que son menores de edad y otras son extranjeras, por lo cual no lo hacen, sin embargo intercambian sus opiniones y conocimientos acerca de las charlas que reciben en el centro de salud.

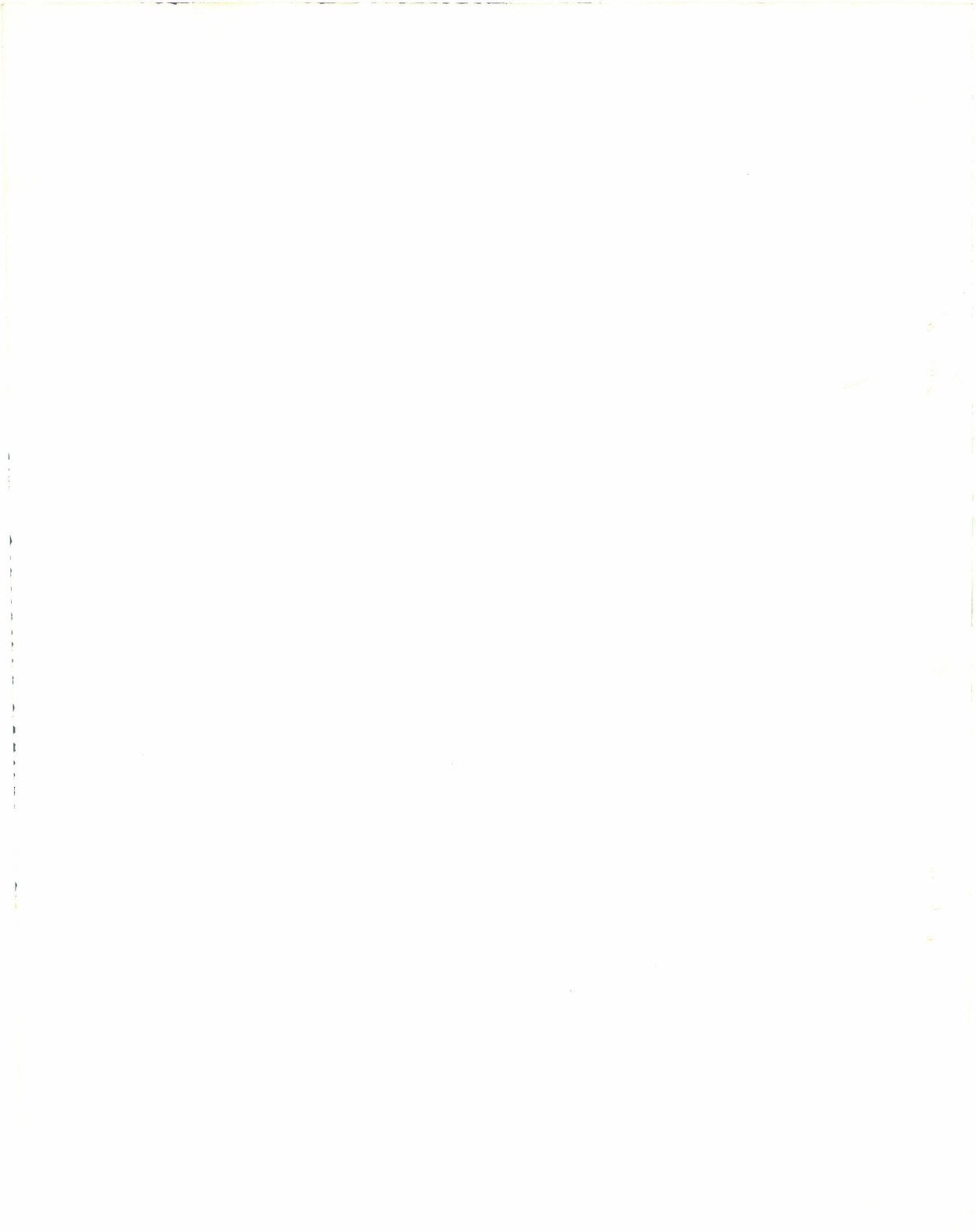
La poca o mala información que tienen es producto de su baja o nula escolaridad, condición socioeconómica, creencias y costumbres que han hecho que ellas mismas se aislen y se nieguen la oportunidad de progresar y de adquirir nuevos conocimientos con respecto al tema.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- ACADEMIA MEXICANA DE INVESTRIGACION EN DEMOGRAFIA MEDICA, A.C. TEMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR. MEXICO D.F. 1986.
- 2.- AGUILAR ISIDRO Y GALVES HERMINIA. ENCICLOPEDIA FAMILIAR VIDA AMOR Y SEXO. TOMO 2. USA. 1990. (pp. 439-442).
- 3.- APROFAM. MANUAL DE METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA. GUATEMALA. 1989.
- 4.- BERMUDEZ SALVADOR. MEDICINA PREVENTIVA E HIGIENE. 10 ED MEXICO. EDITORIAL PORRUA S.A. 1978 (pp 280-281).
- 5.- CIFUENTES MURALES MARIA TERESA. ANALISIS DE LA REGULACION DE LA PROFILAXIA SEXUAL EN GUATEMALA. TESIS (MEDICO Y CIRUJANO). UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. GUATEMALA 1,985.
- 6.- FEDERACION INTERAMERICANA DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA MEDICOS. 6 ED. INGLATERRA. PUBLICACIONES MEDICAS, 1989 (pp 3-243).
- 7.- GALICH LUIS FERNANDO. LA PROSTITUCION. APROFAM. 1989.
- 8.- GOODMAN Y GILMAN. LAS BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA. 8 ED. MEXICO. EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA. 1991 (pp 1358-1363 Y 1380-1383).
- 9.- HARCHER Y COLS. TECNOLOGIA ANTICONCEPTIVA. ATLANTA. 1989. (pp 1358-1363 Y 1380-1383).
- 10.-MARTINEZ ORTIZ AURA AMPARO. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DEMETODOS ANTICONCEPTIVOS EN UNA COMUNIDAD INDIGENA. TESIS. USAC. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. 1,995.
- 11.-MEDINILLA CRUZ MARIO ARTURO. CONOCIMIENTOS, INFLUENCIAS Y PRACTICAS DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ESTUDIANTES DEL 4o. AÑO DE LA CARRERA DE MEDICO Y CIRUJANO. TESIS. USAC. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. 1995.
- 12.-MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. LINEAMIENTOS DE POLITICAS DE SALUD. 1,994-1995.
- 13.- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL. NORMAS DE ATENCION DE SALUD MATERNO-INFANTIL 1,992-1996. GUATENALA. (pp 29-48).

- 14.- NOVACK, H.W. JONES. TRATADO DE GINECOLOGIA DE NOVAK. 11 ED. MEXICO. EDITORIAL INTERAMERICANA, 1991 (pp 169 Y 181-208).
- 15.- JACK A. PRITCHARD Y COLS. OBSTETRICIA DE WILLIAMS. 3 ED. MEXICO. EDITORIAL SALVAT S.A. 1,987. (pp 787-808)
- 16.- OMS. ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA Y ESPERMICIDAS, SU USO EN LA PLANIFICACION FAMILIAR. GINEBRA. 1988.
- 17.- OMS. IMPLANTES ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS DE NORPLANT. GINEBRA. 1991.
- 18.- OMS. ESTERILIZACION FEMENINA. GUIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS. GINEBRA 1993.
- 19.- OMS. PLANIFICACION NATURAL DE LA FAMILIA. GUIA PARALA PRESTACION DE SERVICIOS. GINEBRA. 1989.
- 20.- OPS. ANTICONCEPTIVOS ORALES. 1992.
- 21.- OPS. DIU. 1985.
- 22.- OPS. ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES. 1982.
- 23.- REGLAMENTO PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. ACUERDO GUBERNATIVO 342-86. PALACIO NACIONAL DE GUATEMALA. 10 DE JUNIO DE 1986.
- 24.- THE PARTHENON PUBLISHING GROUP. ENFRENTANDO LOS DESAFIOS PROMOVIENDO LAS ACCIONES. UN INFORME DEL CONGRESO DEL 40 ANIVERSARIO DE IPPF SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR. NUEVA DELPHI, INDIA. 1992-1992. E.E.U.U. 1993.
- 25.- USAC. DOCUMENTO LA FECUNDIDAD Y EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN GUATEMALA. 1978-1983.
- 26.- USAC. DOCUMENTO REGULACION DE LA FECUNDIDAD CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS. 1989.
- 27.- WORL HEALTH ORGANIZATION, CONTRACEPTIVE METHOD MIX. GUIDELINES FOR POLICY AND SERVICE DELIVERY. GENEVA. 1994.

XIII. ANEXOS



BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

1.- EDAD: _____

2.- ESCOLARIDAD:

Ninguna ()	Primaria completa ()
Primaria incompleta ()	Secundaria ()
	Otra ()

3.- PARIDAD:

A) Gestas _____ Partos _____ Abortos _____

4.- Considera beneficioso espaciar los embarazos? SI ()
NO ()

5.- Desea tener hijos en este momento? SI () NO ()

6.- Marque cuales metodos anticonceptivos conoce:

A. Condón	()
B. Diafragma vaginal	()
C. Jaleas y espumas vaginales	()
D. Anticonceptivos intradérmicos	()
E. Anticonceptivos orales o pastillas	()
F. Dispositivos intrauterinos	()
G. Inyecciones	()
H. Ritmo o continencia periódica	()
I. Ligadura de Trompas	()
J. Vasectomía	()

7.- Quiciera conocer más de estos métodos anticonceptivos?

SI () NO ()

8.- Marque cuales metodos anticonceptivos utiliza:

A. Condón	()
B. Diafragma vaginal	()
C. Jaleas y espumas vaginales	()
D. Anticonceptivos intradérmicos	()
E. Anticonceptivos orales o pastillas	()
F. Dispositivos intrauterinos	()
G. Inyecciones	()
H. Ritmo o continencia periódica	()
I. Ligadura de Trompas	()
J. Vasectomía	()

9.- Con respecto al método anticonceptivo que utiliza considera que sabe: A. Lo suficiente ()
B. Un poco ()
C. Muy poco ()
d. Nada ()

10.- Porqué no utiliza métodos anticonceptivos?
A. No son efectivos ()
B. Su pareja lo desaprueba ()
C. Efectos secundarios ()
D. Accesibilidad/disponibilidad ()
E. Costo muy elevado ()
F. Inconveniente de usar ()
G. Interfiere con el sexo ()
H. Ignorancia ()

11.- Considera que los metodos anticonceptivos se deben utilizar cuando:
A. Se desea planificar la familia ()
B. No desea embarazarse ()
C. A y B ()

12.- Quien le dio información sobre los métodos anticonceptivos?
A. Padres () E. Radio/Prensa/Tele ()
B. Amigo (a) () F. Hospital ()
C. Centro de Salud () G. APROFAM ()
D. Farmacia () H. Otros ()

13.- Conoce el nombre de alguna institución en la cual puede recibir orientación sobre métodos anticonceptivos?
SI () nombrela: _____
NO ()

14.- Donde obtiene los métodos anticonceptivos?
A. Centro de Salud ()
B. Farmacia ()
C. APROFAM ()
D. Otros ()

15.- Cuantos quetzales gana al mes? _____