

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y PRACTICAS  
SOBRE EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION  
FAMILIAR"**

Estudio realizado en 180 pacientes usuarias de  
métodos anticonceptivos que consultaron al  
Departamento de Gineco-Obstetricia, Hospital  
Nacional de Chimaltenango. Abril-Mayo 1994.  
Guatemala.

**T E S I S**

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

P O R

**VILMA ORALIA DE LEON BERREONDO**

En el acto de su investidura de:

**MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, JUNIO DE 1994.

UNIVERSIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 2 de junio de 1994.

Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: Maestra de Educación Primaria Urbana VILMA ORALIA  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

DE LEON BERREONDO Carnet No. 88-12655  
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE EL USO DE METODOS  
DE PLANIFICACION FAMILIAR"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos  
metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de  
las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y cien-  
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:

  
Firma del estudiante

  
Asesor  
Firma y sello personal

Brick D. De León B.  
Médico y Cirujano  
Colegiado No. 8852



  
Revisor  
Firma y sello  
Registro Personal 14,909

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

FORMA D

H A C E   C O N S T A R   Q U E :

El Bachiller: VILMA ORALIA DE LEON BERREONDO

Carnet Universitario No. 88-12655

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR".

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente  
O R D E N   D E   I M P R E S I O N :

Guatemala, 6 de junio de 1994.

Dr. Edgar R. De León Barillas  
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas  
Director del Centro de Investigaciones  
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :

  
Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco  
D E C A N O



## INDICE

	<u>PAGINA</u>
I. INTRODUCCION.	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.	3
III. JUSTIFICACION.	4
IV. OBJETIVOS.	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.	6
- ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DE LA REGION CENTRAL:	6
- Características físicas y demográficas	6
- Aspectos Socioeconómicos.	6
- Situación de Salud.	6
- CREENCIAS EN RELACION CON EL EMBARAZO Y LA ANTICONCEPCION:	7
- Generalidades.	7
- PRINCIPALES CREENCIAS O RUMORES RELACIONADOS A LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR:	9
- Anticonceptivos orales.	9
- Anticonceptivos inyectables de duración prolongada.	10
- Dispositivos intraúterinos (DIU).	10
- Métodos de barrera masculinos (Condón).	11
- Métodos de Barrera Femeninos.	11
- Métodos de esterilización masculina (Vasectomía).	12
- Métodos de esterilización femenina.	12
- Planificación familiar natural (FFN).	13
- HISTORIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS.	14
- HISTORIA DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.	15

- SEGURIDAD DE LA PLANIFICACION FAMILIAR.	15
- Métodos de anticoncepción:	19
- Abstinencia completa.	19
- Abstinencia periódica.	19
- Método de Calendario ( o Ritmo).	20
- Temperatura corporal basal.	21
- Método de moco cervical.	22
- Coito interrumpido.	22
- Lactancia materna.	23
- Anticonceptivos orales.	25
- Anticonceptivo bucal para hombres.	34
- Anticoncepción hormonal mediante inyección.	35
- Dispositivo Intraúterino (DIU).	36
- Métodos de Barrera masculinos.	41
- Métodos de Barrera femeninos.	42
- Métodos Irreversibles o Quirúrgicos:	49
- Esterilización masculina.	49
- Esterilización femenina.	50
- BENEFICIOS PARA LA SALUD DE LA MADRE.	52
- APROFAM EN EL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.	54
VI. METODOLOGIA.	56
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.	63
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.	78
IX. CONCLUSIONES.	83
X. RECOMENDACIONES.	85
XI. RESUMEN.	86

XII. BIBLIOGRAFIA.	88
XIII. ANEXOS.	92
GRAFICA DE GANNT Y CALENDARIZACION.	97

## I. INTRODUCCION

La Planificación familiar ha merecido especial atención principalmente en la salud de la madre y el niño, ya que estos no pueden garantizarla, pero al proteger a las familias contra los embarazos de alto riesgo, la planificación familiar salva vidas y reduce la enfermedad. La tasa de mortalidad materna en el departamento de Chimaltenango es de 4.79 por diez mil nacidos vivos; siendo las primeras causas obstétricas directas (hemorragia, toxemia, complicaciones del puerperio, abortos). (9)

Por tales motivos es importante analizar el Conocimiento, actitudes, creencias y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar en dicho departamento.

El presente estudio se realizó en 180 pacientes usuarias de métodos anticonceptivos que consultan al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango. Realizándoles una entrevista personal a fin de recabar datos y llenar una encuesta sobre el tema.

Recabando información sobre su lugar de origen y/o residencia, edad, paridad, ocupación, escolaridad, religión, estado civil y grupo étnico.

El estudio reveló que hay un gran conocimiento sobre los métodos de Planificación familiar (92.2%) y a pesar de eso un (68.8%) no lo utilizan por diversas causas debido a que desean tener más niños. El método más utilizado es la píldora y las inyecciones, continuando con los Permanentes. Además se investiga sobre el tiempo de utilización, su seguridad y el por qué, sus beneficios.

Se investiga de donde se obtuvo la información para su conocimiento y quien distribuye los anticonceptivos. Así como se investiga la opinión del esposo y de la religión.

Posteriormente se analizan las principales creencias y rumores que giran sobre los métodos anticonceptivos y para finalizar

se pregunta si han recibido la suficiente información sobre el te  
ma, respondiendo un NO. Por lo que los resultados obtenidos permi  
tieron emitir las recomendaciones pertinentes.



## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La muerte de una mujer o un niño está siempre asociada con una variedad de factores, tales como: la disponibilidad de servicios de salud, nutrición, medio ambiente, hábitos personales y su estado de salud. Pero un punto esencial no puede pasarse por alto: la planificación familiar puede salvar vidas. (19,28)

La amplia disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos ha cambiado el mundo en que vivimos. Tanto la mujer tradicional que habita en el lugar más remoto como la sofisticada profesional de la capital, tiene ahora opción de planificar su familia, el número y el espaciamiento de sus hijos. (19)

Los métodos anticonceptivos de por sí son muy seguros, aunque el uso de algunos de ellos conlleva un ligero aumento de riesgos contra la salud. Estos son muy pequeños comparados con el riesgo de morir a causa del embarazo y del parto. Algunos críticos de los métodos anticonceptivos modernos aplicados en el tercer mundo señalan que frecuentemente las conclusiones científicas se basan en investigaciones de países industrializados, ignorando las particularidades de los países en desarrollo. La falta de un cuidado básico de la salud o las condiciones antihigiénicas en un área remota agregan un elemento de riesgo en el uso de cierto método que puede no existir en un sector urbano moderno. La seguridad del uso de métodos anticonceptivos depende de una combinación adecuada entre las usuarias y los métodos. También de un cuidadoso diseño e implementación de sistemas para conservar la seguridad inherente de los métodos anticonceptivos bajo las condiciones de uso real. (28)

### III. JUSTIFICACION

La justificación del uso de la planificación familiar, especialmente cuando se trata de salud, es convincente. Las muertes maternas en los países en desarrollo 500,000 cada año podrían ser reducidas a través de la práctica de la planificación: el uso de métodos anticonceptivos modernos puede prevenir embarazos de alto riesgo, característicos de las mujeres muy jóvenes, de edad avanzada, o demasiado enfermas para engendrar niños sanos o de quienes recurrirán a abortos peligrosos. (19,28)

Casi 15 millones de niños menores de cinco años mueren anualmente en los países en desarrollo. El espaciamiento adecuado entre nacimientos reduce el riesgo de muerte de un recién nacido y de su hermano precedente. (21)

En latinoamérica existe en la actualidad una condición socio cultural que favorece la procreación indiscriminada (ignorancia, hacinamiento, tradiciones culturales, analfabetismo, etc.); dando problemas de embarazos no deseados, abandono de hijos, con aumento de los riesgos de morbi-mortalidad materna. (28)

Evalúa el conocimiento, creencias, prácticas y actitudes de la usuaria de métodos anticonceptivos; en las mujeres de edad fértil, de la población de Chimaltenango.

## IV. OBJETIVOS

## A. GENERAL:

- Analizar los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre los métodos de planificación familiar, en las usuarias de éstos, que consultan al departamento de Gineco-obstétrica del Hospital Nacional de Chimaltenango.

## B. ESPECIFICOS:

- Evaluar el conocimiento adquirido sobre el uso de los métodos anticonceptivos en la población de Chimaltenango.
- Identificar las principales creencias, actitudes y prácticas de las usuarias de métodos anticonceptivos.
- Definir cuales son los métodos de planificación familiar utilizados en la población.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DE LA REGION CENTRAL.  
(ANTECEDENTES)1. CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS:

El departamento de Chimaltenango presenta una extensión de 1979 Kms<sup>2</sup>, con una densidad de población de 169 por Km<sup>2</sup> de habitantes. La población indígena constituye el 71.9% (Cackchiquel). Las mujeres de 15-49 años en 1990 representaron el 21.21% de la población. El 15.12% de nacimientos ocurrió en madres menores de 20 años y el 54.59% en madres de 20-30 años, el grupo de mayores de 40 años representaron el 4%. (9)

2. ASPECTOS SOCIOECONOMICOS:

Su producción es predominantemente agrícola y artesanal realizada en minifundios. El índice de analfabetismo es del 48% y la extrema pobreza constiuye el 71%. (9)

3. SITUACION DE SALUD:

La esperanza de vida al nacer es de 63.65 años. La tasa de mortalidad general para 1990 es de 7.79 por mil habitantes; siendo las primeras causas de muerte las Infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarréica, accidentes y violencia. Las cifras de mortalidad infantil es de 57.35 por mil nacidos vivos; siendo las primeras causas infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarréica y parasitismo. La tasa de mortalidad materna es de 4.79 por diez mil nacidos vivos; siendo las primeras causas obstétricas directas (hemorragia, toxemia y complicaciones del puerperio) constituyendo el 73% y el otro 27% el aborto como causa de muerte La tasa de fecundidad es de 185 por mil. (9)

## B. CREENCIAS EN RELACION CON EL EMBARAZO Y LA ANTICONCEPCION.

### 1. GENERALIDADES:

1.1 CREENCIA: Expresión de lo que una persona da por cierto. Son supuestos que por tradición mantienen los grupos humanos para explicarse los objetos y fenómenos de la vida, estados que en la mayoría de las veces está condicionada a un pensamiento dogmático e invariable. Es tener fé y aceptar lo dado, lo que fue y que podrá ser. Las creencias no están circunscritas únicamente a los pueblos primitivos, existen en muchas agrupaciones de las ciudades urbanas, especialmente religiosas. Estas con frecuencia resultan poco efectivas e incluso nocivas ya que se basan en la fé. (8)

1.2 ACTITUD: Como una reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto, proposición u otro. (8)

1.3 CONOCIMIENTO: Proceso en el que por medio de la actividad humana el hombre se orienta a reflejar de una manera ideal la realidad objetiva, con fundamentos científicos. (8)

1.4 PRACTICAS: Ejercicio bajo dirección de un superior, por un tiempo determinado, para aprender un arte. (22)

La Etnomedicina es la ciencia que estudia las creencias y las prácticas médicas no oficiales. Aunque muchos de la población urbana conservan valores culturales de su lugar de origen en lo que se refiere a anticoncepción se ven influenciados por los medios de comunicación de masa y con diversa información adecuada e inadecuada sobre los mismos.

Muchas de las creencias existentes dependen de como los pueblos pueden clasificarse, es decir como están conformados cultu-

ralmente, según Martínez y Navarro los pueblos mesoamericanos pueden clasificarse así:

- A. Comunidad Indígena con elementos de cultura tradicional; sus cambios a lo largo de los años son poco perceptibles. (8)
- B. Comunidad Indígena con elementos de cultura no tradicional, han sufrido algún grado de aculturación, es decir ha tomado elementos de los grupos que han emergido en el plano histórico con el carácter de mestizo.
- C. Comunidades No Indígenas con algunos elementos de la cultura tradicional.
- D. Comunidad no Indígena con o sin elementos de la cultura tradicional. (8)

En relación a como se realiza la concepción, existe la creencia de que tanto el hombre como la mujer tienen semilla, en el hombre lo relacionan con el semen, sin especificar algún componente especial, la mujer produce su semilla y la unión que se produce a nivel de la matriz; se forma un niño cuando se unen ambas semillas durante el acto sexual. (8)

En varias comunidades indígenas, las mujeres creen que para no quedar embarazadas no hay que tener relaciones sexuales, han oído más de alguna vez sobre los métodos anticonceptivos y entre las causas de no uso están el que podía causarles enfermedades o envenenarles la sangre y que era pecado. La esterilidad conduce frecuentemente a la separación o divorcio. (8)

Las comunidades indígenas y mestizas de Guatemala utilizan muchas veces la Lactancia Materna como un método anticonceptivo tradicional.

En Guatemala ha habido un aumento de creencias con cierta reinterpretación de las creencias médicas anteriores.

A nivel básico para la mujer analfabeta es difícil conceptualizar importantes cosas como regulación de la fecundidad, saneamiento, espaciamiento entre los hijos y otras. (8)

## 2. PRINCIPALES CREENCIAS O RUMORES RELACIONADOS A LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LATINOAMERICA:

### 2.1 ANTICONCEPTIVOS ORALES:

CREENCIA: La píldora es una droga fuerte, peligrosa; su uso puede causar daño permanente a una mujer;

REALIDAD: Millones y millones de mujeres han tomado la píldora y la mayoría sin efectos adversos, temporal o permanente, para su salud.

CREENCIA: El uso de la píldora produce infertilidad;

REALIDAD: No existe evidencia científica de que la píldora cause infertilidad permanente. Las mujeres presentan un ligero retraso al concebir de 1 a 3 meses.

CREENCIA: La píldora produce Cáncer;

REALIDAD: Pueden tener 3 relaciones con el Cáncer: ser protectores (Cáncer de mama, ovarios, utero), no tener vínculo alguno o ser causantes. El vínculo que une es con el hepatocélular. (19)

CREENCIA: Las píldoras se acumulan en la matriz;

REALIDAD: Pasan a través del organismo como cualquiera otra. Estas se disuelven al ingerirse y pasan a través del organismo en 24 hrs. No pueden acumularse en la matriz. (19)

CREENCIA: Tu bebé puede nacer deforme si has tomado la píldora;

REALIDAD: El peso de la evidencia muestra que un niño concebido durante o después de que su madre ha usado anticonceptivos o después de que su madre ha usado anticonceptivos orales, no tiene más riesgo de nacer deforme que el recién nacido promedio. (19)

## 2.2 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES DE DURACION PROLONGADA:

CREENCIA: Las inyecciones causan cáncer;

REALIDAD: Las primeras investigaciones demostraron resultados negativos. De hecho proporciona el mismo ligero efecto protector contra el Cáncer de endometrio y ovario que la píldora.

CREENCIA: Los países desarrollados proporcionan a los países en desarrollo anticonceptivos como el Depo-provera, los cuales no son aprobados para sus propias mujeres;

REALIDAD: El Depo-Provera ha sido aprobado por varios grupos Internacionales. (19)

## 2.3 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS: (DIU)

CREENCIA: Si una mujer usa un DIU, no será capaz de tener un niño después;

REALIDAD: Casi todas las usuarias serán capaces de tener niños una vez que se haya quitado el DIU.

CREENCIA: El DIU causa Cáncer;

REALIDAD: Los estudios han demostrado que no existe un mayor riesgo de Cáncer para las usuarias de este método.

CREENCIA: El DIU puede viajar a través del cuerpo de una mujer. Puede ser empujado durante las relaciones sexuales y aún ser albergado en otras partes del cuerpo;

REALIDAD: Este rumor no tiene base científica alguna. Un DIU puede ser expulsado durante las relaciones sexuales y solamente en ocasiones muy raras (menos del 1%), el DIU a rasgado o perforado el útero al momento de insertarlo. (19)

CREENCIA: Si una mujer se embaraza mientras está usando el DIU, éste se incrusta dentro del cuerpo y hasta en el cerebro del niño;

REALIDAD: El DIU no puede incrustarse en el niño ni causar una malformación en el caso extremo de que ocurra un embarazo. Las



mujeres que lo presentan se enfrentan a un mayor riesgo de aborto o de un embarazo ectópico. (19)

#### 2.4 METODOS DE BARRERA MASCULINO (CONDON):

CREENCIAS: El condón se sale o rompe durante las relaciones sexuales y se queda para siempre en el cuerpo de la mujer;  
 REALIDAD: En algunas ocasiones el condón se queda dentro de la mujer pero se puede sacar con facilidad. Es necesario almacenar bien los condones a fin de prevenir su deterioro, causa principal de rupturas si un hombre recibe instrucción adecuada sobre su uso las posibilidades de su ruptura o desprendimiento se reducen al mínimo.

CREENCIA: El uso frecuente de condones debilita la fortaleza del hombre y puede producir impotencia;  
 REALIDAD: No existe una razón médica de que el uso frecuente del condón ocasione impotencia.

CREENCIA: Los condones se usan únicamente con las prostitutas;  
 REALIDAD: Los condones son usados en una forma regular por millones de parejas para prevenir el embarazo. (Ej. método más usado en Japón). (19)

#### 2.5 METODOS DE BARRERA FEMENINOS:

CREENCIA: Los espermaticidas causan bebés deformes;  
 REALIDAD: Aunque algunos de los primeros estudios encontraron una posible relación, cuidadosas investigaciones posteriores han demostrado de hecho, que no existe ninguna.

CREENCIA: Los métodos de barrera femeninos y los espermaticidas causan Cáncer cervical;  
 REALIDAD: Los espermaticidas protegen contra el mismo. Varios virus de transmisión sexual han sido estudiados como causantes del Cáncer Cérvical. Los espermaticidas tienen propiedades antivira-

les y los métodos de barrera cubren el cuello uterino. De esta manera ambos métodos pueden prevenir el daño causado por los virus. (19)

#### 2.6 METODOS DE ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA):

CREENCIA: La vasectomía no es más que el nombre elegante de la castración;

REALIDAD: Durante la vasectomía no se remueve parte alguna de la anatomía masculina. Solamente se hacen dos pequeñas incisiones y se cortan dos pequeños conductos o bien se cauterizan. En nada se parece a la castración. (19)

CREENCIA: El hombre esterilizado no puede realizar el acto sexual;

REALIDAD: La operación no afecta la capacidad sexual. No solo la anatomía del hombre se mantiene intacta sino que además su sensación al momento de eyacular es completamente normal. La operación asegura que no habrá espermatozoides en esa eyaculación, estos desaparecen totalmente en tres meses o más y se recomienda que mientras tanto se utilice otro método.

CREENCIA: La vasectomía puede causar problemas del corazón;

REALIDAD: Este rumor surgió en estudios anteriores realizado en primates. Estudios posteriores realizados con seres humanos demuestran que este temor es infundado. (19)

#### 2.7 METODOS DE ESTERILIZACION FEMENINA:

CREENCIA: La operación femenina es dolorosa y complicada;

REALIDAD: Actualmente es un procedimiento simple que incluso se ha realizado con anestesia local sin necesidad de hospitalización. Las mujeres a veces sienten dolor después de la intervención pero este malestar es temporal y tan pequeño que la mujer puede aliviarlo con medicamentos simples como la aspirina.

CREENCIA: La esterilización femenina debilita a la mujer;  
 REALIDAD: No existe ninguna prueba médica que fundamente este temor. Investigaciones demuestran de que no existe diferencia en cuanto a la fuerza física, a los problemas ginecológicos o a la adaptación psicológica entre las esterilizadas y las que no.

CREENCIA: Después de la esterilización la mujer ya no tendrá períodos menstruales;

REALIDAD: Ya no existe evidencia que la menstruación se interrumpa. No debe confundirse la esterilización con la histerectomía (la extirpación quirúrgica del útero), ni con la extirpación de los ovarios. (14,19)

#### 2.8 PLANIFICACION FAMILIAR NATURAL: (PFM)

CREENCIA: Solamente las parejas con elevado nivel pueden usar la PFN;

REALIDAD: Los estudios han demostrado que tanto las parejas educadas como las que no, tanto en países desarrollados como en aquellos que se encuentran en desarrollo, pueden usarla con éxito si son capacitadas y motivadas de una forma apropiada. (19)

CREENCIA: La PFN no sirve:

REALIDAD: Cuando se lleva a cabo correctamente, La PFN puede ser un método efectivo de planificación familiar. La efectividad de este método, al igual que la de la píldora, el condón y otros métodos similares, motivación por parte de la pareja.

CREENCIA: Unicamente las mujeres con ciclos menstruales regulares pueden usar la PFN:

REALIDAD: Los estudios han demostrado que, independientemente de las irregularidades del ciclo menstrual, los métodos modernos de PFN pueden ser usados por la mayoría de las mujeres.

CREENCIA: La mayoría de los hombres no aceptan la abstinencia durante el período fecundo;

REALIDAD: Mientras que esto puede ser verdad bajo algunas circuns

tancias, las investigaciones han demostrado que en la mayoría de las parejas que deciden practicar la PFN, el hombre declara que a él no le molesta la abstinencia requerida. (14,19)

### C. HISTORIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS.

Existen métodos anticonceptivos, desde tiempo antes de Cristo, encontrándose en egipto en 1856 A.C. el primer texto médico, en el cual se encuentran recetas anticonceptivas, las cuales tenían bases lógicas. (10)

En estas se aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que le servía de vehículo, el cual debía ser insertado en la vagina como un pesario. (10,18)

El segundo texto importante del primer período de Egipto se encontró en Luxor en 1875 y se conoce como el Papiro EBERS el cual entre sus referencias menciona a un tapón de halgas medicadas que bloqueaba el cérvix. (10,18)

Una sección del Talmud, que data del siglo II A.C. recomendaba que las mujeres que necesitaban evitar un embarazo, como por ejemplo: Las madres lactantes, se insertaban en la vagina una esponja humedecida antes del coito. Un médico griego del siglo VI, Aëtios, describió pesarios vaginales en parte hechos de pulpa de granada o de higo. Las prostitutas del antiguo Japón y China se colocaban trozos de bambú aceitado contra el cérvix a fin de evitar el embarazo. En algunas partes del mundo las mujeres aún emplean pesarios caseros preparados con materiales tales como pedazos de trapo o pasto desmenuzado para bloquear el cérvix. (18)

La referencia bíblica citada con más frecuencia es un pasaje del Génesis capítulo 38 "El pecado de Onan". En el Tiempo del Diluvio el hombre solía tener dos mujeres una para descendencia y otra simplemente para las relaciones sexuales. Esta última utilizaba la toma de la copa de raíces la cual impedía ser fértil. (10)

La primera referencia griega conocida se encuentra en el libro de Aristóteles: "Algunos impiden la concepción untando la parte de la matriz en la que cae el semen con aceite de cedro con inciencio o mezclado con aceite de olivo. El libro del Islam no se oponía a la anticoncepción y no consideraba humano al feto hasta que tuviese forma humana y por lo tanto no se prohibía el aborto. (10)

El origen de la palabra Condón es desconocido. Se ha dicho que se refiere al Dr. Condom, un médico que proporcionó al Rey Carlos II un medio de prevenir una descendencia ilegítima. Falopio describe el condón como una vaina hecha de lino que se cortaba de manera a la forma del prepucio, inventándolo con el objeto de prevenir la sífilis. Su forma llegó en 1845 con la Good Year con la vulcanización del caucho. (10,23)

Antoni Van Leewenhock en 1678 describe los espermaticidas, al descubrir que diluyendo el semen con el agua de lluvia inmovilizaba a los "Animalali Canine". (10)

Antoni Constock 1844 y 1915 se opone a la anticoncepción y dice: El ateísmo y la obsenidad duermen en la misma cama". (10)

En 1908 el diafragma fue inventado por Kefku un ginecólogo de Viena Corner y Bead aislaron y establecieron la estructura de la progesterona y desde entonces se hacen nuevos compuesto. En 1916 Margaret Sanger inaugura la primera clínica de control de la Natalidad en Estados Unidos. (10)

#### D. HISTORIA DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

La Asociación Probienestar de la Familia (APROFAM), fue fundada por un grupo de profesionales multidisciplinarios médicos, enfermeras y trabajadores sociales en el año de 1964; obteniendo su personería jurídica el 25 de agosto del mismo año y dando principio a sus labores el 2 de enero de 1965 en un local cedido tem-

poralmente por el Hospital Latinoamericano. A partir de 1969, APROFAM figura como miembro de la Federación Internacional de Planificación Familiar, (Fundada en 1954 por Margaret Sanger en Bombay), al lado de otros ochenta países de todo el mundo.

En este mismo año, en todos los centros de salud del país se establecen elementos y medicamentos encaminados al control de la natalidad en forma integrada con el Ministerio de Salud Pública a través de la división materno-infantil.

En 1979 se inicia el programa consolidado que extiende los servicios de supresión quirúrgica y voluntaria de la familia en ciertos hospitales departamentales. En la actualidad el Ministerio de Salud Pública lleva a cabo el programa a través de centros y puestos de salud, instalados en las cabeceras municipales y en la capital APROFAM queda a cargo de los anticonceptivos. (1,4,5, 15,20)

#### E. PLANIFICACION FAMILIAR.

Quiere decir que una pareja entiende lo importante que es tener solo los hijos que la familia y el país pueden cuidar, adecuadamente y como espaciar los hijos, apropiadamente y que la pareja pueda lograr su objetivo usando un método moderno para lograrlo. (1)

##### 1. SEGURIDAD DE LA PLANIFICACION FAMILIAR.

En comparación con otros medicamentos o intervenciones quirúrgicas y en comparación con el embarazo y parto, los métodos de planificación familiar son seguros y están libres de verdaderos riesgos de complicaciones serias. (24)

El método ideal de planificación familiar debiera ser absolutamente seguro, conveniente, barato y reversible; desafortunada-

mente, todavía no existe tal método. Sin embargo tienen un amplio margen de seguridad en caso de ingerir dosis excesivas o de caer en manos de los niños, el uso de anticonceptivos no crea una resistencia en la población. (19,28)

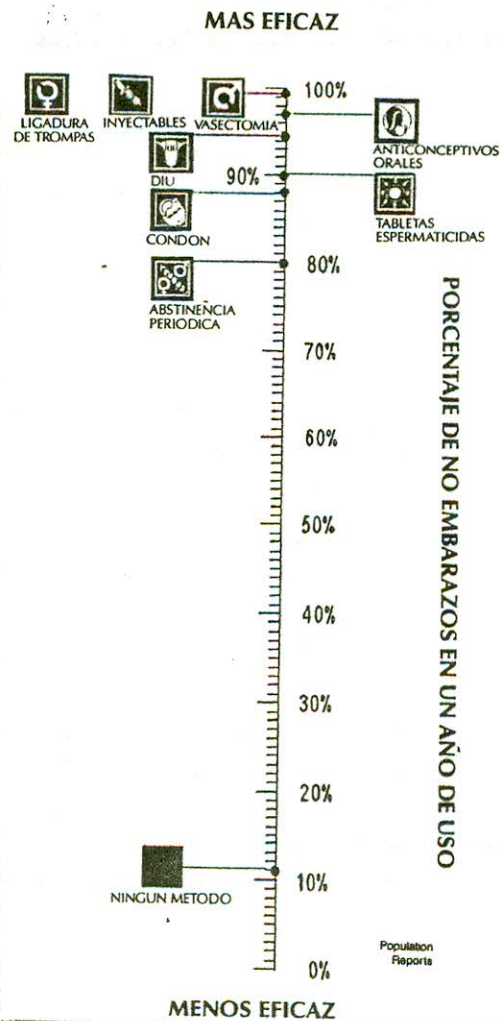
Se puede evitar en gran medida los problemas serios con algunos métodos anticonceptivos si se siguen reglas simples, otros problemas que suelen presentarse pueden a menudo resolverse cambiando de método. Al igual que con muchas otras medidas de atención primaria de salud, los raros problemas especiales que pudieran presentarse con ciertos métodos de planificación pueden tratarse a través de un sistema de consulta que le proporciona a los pacientes fuentes de diagnóstico y atención más complejas. Además estudios realizados en países en desarrollo y desarrollados concuerdan en que la planificación familiar es más segura que el embarazo y el parto. Algunos de los métodos no presentan virtualmente ningún riesgo para el usuario y más bien ofrecen beneficios considerables, además de prevenir el embarazo. (24)

La seguridad de la anticoncepción depende de una apropiada combinación entre los usuarios y los métodos. También depende de un cuidadoso diseño y aplicación de sistemas para conservar la seguridad inherente de los métodos, bajo las condiciones de su uso real. (19,28)

A pesar de las evidentes ventajas de salud que el uso de anticonceptivos representa para millones de mujeres y niños, depende de los individuos la elección del método más adecuado. Cada ser humano es diferente todas las drogas y procedimientos quirúrgicos tienen un elemento de riesgo y cada aceptante potencial debería tener información específica de los métodos de planificación familiar disponibles. (28)

La seguridad y eficacia se miden cuando la paciente no queda embarazada durante un año si usa los métodos adecuadamente cada vez que tiene relaciones sexuales. (10)

EN LA GRAFICA SE PRESENTA LA COMPARACION DE LA EFICACIA DE LOS METODOS. LOS MAS EFICACES APARECEN EN LA PARTE SUPERIOR.



Fuentes: Trussell, J. y Kost, K., Contraceptive failure in the U.S.: a critical review of the literature. Studies in Family Planning 18(5): págs. 237-283. 1987. Los datos sobre tabletas espermaticidas se obtuvieron de Sherris, J. y colaboradores, Recientes adelantos en la anticoncepción vaginal. Population Reports, serie H, No. 7. 1984, y los datos sobre inyectables, de Hatcher, R. A. y colaboradores, Contraceptive technology 1986-1987. Nueva York, Irvington Publishers, 1986.



## F. METODOS DE ANTICONCEPCION.

- i. Biológicos: Abstinencia, inclusive el método del ritmo y la planificación natural, coito interrumpido, supresión hormonal de la ovulación y la esterilización.
- ii. Mecánicos: Preservativos (condón), oclusión cervical o intrauterina (pesarios, diafragma, dispositivos intrauterinos).
- iii. Químicos: Jaleas, geles, espumas, cremas y supositorios espermaticidas.
- iv. Mecánico-químicos: Espumas, polvo y esponja, duchas, supositorios, diafragma y crema y jaleas.
- v. Los métodos inmunitarios aún están en investigación.  
(3)

### 1. ABSTINENCIA COMPLETA:

La abstinencia completa es un medio absolutamente seguro para controlar la natalidad, pero no es fisiológico, y para la mayoría de las parejas es un método inaceptable e impráctico. (3,8)

### 2. ABSTINENCIA PERIODICA:

La pareja no práctica 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. (26)

#### a. VENTAJAS:

- No se necesita ningún producto ni dispositivo,
- Ningún efecto secundario,
- Aceptable para algunos grupos religiosos que no aprueban otros métodos.

## b. INCONVENIENTES:

- Para algunas mujeres es difícil determinar el momento en que pueden quedar embarazadas,
- No es muy eficaz para la mayoría de parejas,
- Puede que sea necesario llevar la cuenta de días fértiles durante varios meses,
- Algunos métodos de abstinencia periódica pueden ser de difícil aplicación para las mujeres con períodos menstruales irregulares.
- Suele exigir larga práctica y orientación frecuente. (26)
- Puede crear conflictos sentimentales o sentimientos reprimidos. (8)

Hay tres modos fundamentales de saber que días del mes una pareja puede tener relaciones sexuales y evitar el embarazo a saber: El Método del calendario (o ritmo), el de la temperatura basal del cuerpo, y el moco cervical (Billings). Las parejas que eligen la abstinencia periódica deberán recibir instrucción especial y orientación al menos durante dos meses. (23,26)

3. METODO DEL CALENDARIO (O RITMO):

Descrito por Knaus (un austríaco) y Ogin en Japón, predice el día de la ovulación mediante una fórmula basada en el patrón menstrual registrado durante un período de varios meses. (25)

La ovulación ordinariamente ocurre 14 días antes del primer día del siguiente ciclo menstrual. (3,25)

El óvulo y los espermatozoides permanecen fértiles probablemente durante 24 horas. El coito realizado en el día de la ovulación, tiene muchas posibilidades de resultar en un embarazo. Si se guarda abstinencia los dos días previos a la ovulación, para evitar que se encuentren espermatozoides viables en los oviductos al descender el óvulo, y dos días después, para asegurar que el óvulo no se halle en la trompa al ser depositados los espermato-

zoides, puede asegurarse que no sucederá la fecundación. Es decir el período "inseguro" se extiende del 12 al 16 día de un ciclo de 28 días. Los períodos "seguros" están comprendidos entre el 1 y 11., y 17 y 28 días. Sin embargo la ovulación puede ocurrir virtualmente en cualquier tiempo antes del 14 día y se retrasa en los ciclos largos. Esta regla carece de valor en las mujeres que acaban de parir y con ciclos irregulares. (3)

Para la mujer con ciclos irregulares requiere registrar los últimos 8-12 ciclos para determinar el período fértil. (26)

Identificar cual fue el ciclo más corto y más largo y utilizar la siguiente fórmula:

- Ciclo menstrual más corto menos 18 = primer día de peligro.
- Ciclo menstrual más largo menos 11 = último día de peligro. (26)

#### 4. TEMPERATURA CORPORAL BASAL:

El tiempo de la ovulación puede determinarse con mayor certeza al registrar la temperatura rectal o vaginal. Debiendo practicarse inmediatamente al despertar y antes de realizar cualquier actividad. En las 24-36 horas previas a la ovulación desciende la temperatura, y 1 ó 2 días después, asciende aproximadamente 0.4°C y continúa así durante el resto del ciclo. El Tercer día después del ascenso señala el fin del período fértil. Este método demanda gran esfuerzo e interés de la mujer, para asegurar un registro correcto de la gráfica de la temperatura basal. (3,25,26)

El método más certero para determinar la ovulación es la demostración del máximo de la Hormona Luteinizante en muestras de suero. Debido al costo y tiempo requeridos para las mediciones en serie de la LH, esenciales para indicar el incremento abrupto, este método no es práctico para el control de la natalidad. Sin embargo es valioso en el tratamiento de la infertilidad o en la inseminación artificial. (25)

### 5. METODO DEL MOCO CERVICAL:

Es una técnica basada en los cambios que ocurren en el moco cervical durante el ciclo de la mujer. La periodicidad del moco cervical depende del conocimiento de la sequedad y humedad de la vagina como consecuencia de los cambios en la cantidad y características del moco formado en diferentes períodos del ciclo hormonal menstrual.

Al usar el método de Billings una mujer debe reconocer los cambios fisiológicos que ocurren en su secreción cervical. El moco viscoso y amarillo que está normalmente presente durante las fases pre y post ovulación del ciclo menstrual, llega a ser una descarga limpia, resbalosa, muy parecido a la clara del huevo durante la ovulación como resultado del bajo contenido salino y un alto nivel de estrógeno. Una gota de este moco endocervical claro puede extenderse entre dos dedos en una medida de 6 cms o más.

El agujero externo del cérvix se expande durante la ovulación y puede sentirse una sensación de pesadez, distensión abdominal, posible dolor abdominal bajo e incomodidad.

Al examinar el moco cervical, la mujer debe tener cuidado de no confundir éste con otras sustancias como el semen, lubricantes, espermicidas o descargas secundarias a infección. (8,26)

### 6. COITO INTERRUMPIDO:

Constituye uno de los métodos más antiguos para la regulación de la fertilidad. Consiste en la separación de la pareja antes de la eyaculación.

#### a. VENTAJAS:

- No necesita supervisión profesional, ni equipo especial. Sin costo.

## b. DESVENTAJAS:

- La pareja puede sentir insatisfacción por la relación sexual incompleta.
- Abstinencia sexual que puede producir dificultades conyugales y tensión psicológica. (12,26)
- No es recomendable en personas con eyaculación precoz.
- Requiere alto grado de autocontrol y motivación.

Algunos mencionan que un poco de fluido eyaculatorio preliminar, que se encuentra almacenado en las glándulas de Cowper puede salir antes del retiro del pene y el cual puede contener número variable de espermatozoides por lo cual su tasa de fracaso es elevado. Debe de utilizarse en aquellas situaciones en las que no cabe utilizar ningún otro. (8,12)

7. LACTANCIA MATERNA:

Método muy antiguo para la regulación de la natalidad. Constituye en la lactancia materna exclusiva durante los seis meses posteriores al parto si no ha reaparecido la menstruación. (26)

Las mujeres son menos fértiles mientras dan de mamar a sus niños, después de la ablactación. El retardo en la recurrencia de la ovulación después del parto se debe en parte al estímulo hipofisiario o hipotalámico de la lactancia y existe una amenorrea correspondiente. Sin embargo la duración de la supresión de la ovulación es muy variable. En el puerperio de 6 semanas aproximadamente, 5% de las mujeres que están lactando van a ovular., 25% van a ovular a las 12 semanas del puerperio y a los 6 meses después del puerperio, lo harán 65% pudiendo embarazarse. (3)

## a. VENTAJAS:

- La succión del niño estimula las contracciones uterinas evitando de tal forma, la hemorragia del post parto, ayudando a la involución uterina.

- Ayuda a recobrar el peso pre embarazo, ya que utiliza parte de la grada acumulada durante él, para la producción de la leche.

a. DESVENTAJAS:

- Si no es lactancia exclusiva, han transcurrido más de 6 meses post parto y ya se menstruó, no es un método seguro (26)

Entre 10 y 15 millones de parejas practican la Planificación Familiar Natural. De acuerdo a varias investigaciones internacionales, su efectividad varía desde el 75 hasta el 95%. ( 19,28)

Además su eficacia depende del interés y motivación de la pareja, de la capacidad de la mujer para reconocer e interpretar los signos y los síntomas de su período fértil. Con largo proceso de instrucción. (26)

DESVENTAJAS: Riesgos Médico: Estudios epidemiológicos realizados en mujeres que utilizan el del ritmo sugieren un incremento en anomalías congénitas, como la anencefalia y el síndrome de Down, en hijos de embarazos no planeados. La fertilización tardía es causa de aneuploidía y poliploidía comunicadas recientemente por Jongbloet. (25)

Desventaja Menor: Necesita un control cuidadoso y un registro exacto así como de una abstinencia estricta, durante los días ovulatorios. (19)

VENTAJAS: Es barato, aceptable para algunos grupos religiosos. El método del ritmo es el único método anticonceptivo aceptado en la actualidad por la Iglesia Católica Romana. (25)

Las parejas que aprenden a usarla no dependen de un sistema de abastecimiento de anticonceptivos. (19)

## 8. ANTICONCEPTIVOS ORALES:

### 8.1 LA PILDORA:

Es el término popular para más de 20 anticonceptivos bucales diferentes disponibles en el comercio en EUA. (3)

Son esteroides sintéticos semejantes a las hormonas sexuales naturales de la mujer, los estrógenos y progestágenos. (3,12,19,-23,25,28,)

Existen cinco tipos básicos:

a. Etinil estradiol solo (píldoras "para la mañana siguiente"), 25 mg. dos veces al día por vía oral durante 5 días, de preferencia comenzando su uso dentro de las 24 horas siguientes, pero no después de 72 hrs posteriores al coito. (3,12,23,24)

Después de un coito aislado resulta eficaz para impedir el embarazo no obstante, si la captación de estrógenos coincide con la ovulación o la penetración del óvulo al interior de las trompas, el transporte del mismo a través de la trompa puede acelerarse en forma notoria. Bajo estas condiciones la fertilización no puede llevarse a cabo, o si ya a ocurrido, el óvulo puede alcanzar la cavidad endometrial en forma prematura y puede no lograr la nidación. Si el coito se lleva a cabo 2 a 6 días antes de la ovulación, las dosis altas de estrógeno la suprimiran de manera eficaz. Si se lleva a cabo 4 o más días después de la ovulación, la fertilización no se llevaría a cabo. (25)

EFFECTOS COLATERALES: Náuseas intensas, vómitos, inflación abdominal.

La incriminación de los estrógenos no esteroides como el diethylstilbestrol (DES) en la etiología del carcinoma vaginal de células claras en la progenie del sexo femenino ha sugerido que el uso de este medicamento como anticonceptivo para "la mañana siguiente" puede resultar peligroso. Otros como el etinilestradiol,

los estrógenos de equino conjugados y el difosfato de estilbestrol se han utilizado con grados variables de éxito.

El efecto carcinógeno potencial de los estrógenos sobre la progeñie femenina en la vida tardía no tiene importancia en la utilización "la mañana siguiente" debido a su duración limitada de su uso y la supuesta resistencia del blastocisto, aún no implantado, a fármacos que pudieran alterar la organogéñesis. La tasa de fracaso son de 0 a 2.4%

Los progestágenos solos, o en combinación con estrógenos, se están utilizando con diferentes grados de éxito. El progestágeno solo más utilizado es el norgestrel en dosis de 1 mg hasta 150 ug tomados en las primeras 8 hrs pos coito sin protección. Los porcentajes de fracaso varían de 0 con dosis de 1 mg hasta 45% con dosis de 150 ug. (25)

Se han utilizado 2 mg de norgestrel combinado con 200 ug de etinil estradiol con una tasa de fracaso de 0.16%. (25)

El uso de anticonceptivos bucales para la prevención del embarazo "la mañana siguiente" no está aprobado por la FDA. (25)

El acetato de medroxiprogesterona, 100 mg por Vía IM, también se utiliza para la mañana siguiente.

b. La Píldora en combinación (Ortho-Novum, Ovcon, etc) contiene estrógeno y progestágeno. La dosis es de una tableta diaria durante 20 a 21 días empezando el 5o. día del ciclo. Con esta se bloquea la descarga de la LH y no ocurre ovulación., la movilidad tubaria es alterada y la fertilización impedida., la maduración endometrial se ve modificada de manera que una implantación es poco probable., y el moco cervical se espesa y la migración del esperma se ve bloqueada. (3,25)

c. La Píldora Secuencial (Oracon, Ortho Novum SQ) contiene estrógeno sólo para 15 días y luego estrógeno más progestágeno para 5 días empezando el 5o. día del ciclo. Estos deben sus propiedades



anticonceptivas al estrógeno. Este bloquea el LHRH, factor liberador hipotalámico de descarga la FSH y la LH inhibiendo la ovulación. Ciertas alteraciones tubarias, endometriales y cervicales aportan cierta protección suplementaria.

Estos agentes han sido retirados de los EUA debido a la ocurrencia asociada de carcinoma endometrial en algunas pacientes. Sin embargo todavía están disponibles en algunos países y aunque no son recomendables, se mencionan para dar una información completa. (3)

d. En las tabletas Bifásicas de Estrógeno-progestágeno (Ortho-Novum 10/11) cada una de las 21 tabletas contiene 35 ug del estrógeno etinil estradiol las primeras 10 contienen también 0.5 mg de progestágeno, pero las últimas 11 contienen 1 mg del mismo. Este diseño se aproxima más al ciclo normal en tanto que disminuye al mínimo los efectos indeseables como hemorragia por privación, amenorrea, náusea, cefalea, etc. Tienen la misma eficacia para prevenir el embarazo que otros compuestos que contienen cantidades similares de estrógenos. (3,25)

En 1984 se introdujeron los anticonceptivos trifásicos han surgido debido a la necesidad de un compuesto más fisiológico y debido a la diversidad de efectos colaterales que se encontraban en las usuarias de anticonceptivos orales hormonales, lográndose con esto, disminuir al máximo su incidencia y ser más fisiológico. Tienen el propósito de disminuir la cantidad total de progestágeno, con objeto de reducir los efectos secundarios metabólicos. Cada una de las píldoras proporciona 7 días de placebo al final del ciclo de 28 días. Aún no se sabe si hay diferencias estadísticamente significativas en el control cíclico y la eficacia de estos nuevos preparados. (Tri-Norinyl, Triphasil-21, Ortho Novum 7/7). (8,25)

e. Progestágenos solos "Minipíldora". Norentíndrona 0.35 mg día sin parar. Se ha sugerido que su mecanismo de acción es que el

moco cervical se vuelve menos permeable al esperma y que la actividad endometrial se desfasa, de manera que la nidación del óvulo se desbarata, inclusive si ocurre la fertilización del óvulo.

#### LAS VENTAJAS SON:

- Debido a que no administran estrógenos, los efectos colaterales atribuibles a estos se eliminan.
- Como con el uso de este método de ovulación en un alto porcentaje de los ciclos, las anormalidades hemorrágicas por anovulación son eliminadas.
- No requiere una secuencia especial, ya que se toman todos los días.

#### DESVENTAJAS:

- Los progestágenos originan algunos efectos secundarios principalmente irregularidades del ciclo ovulatorio y embarazo ectópico. (3,25)
- han causado una tasa de embarazos de 2 a 7% mujeres año. (25)
- La minipíldora solo sirve en algunas pacientes que presentan hipersensibilidad documentada a los estrógenos y que esten amamantando. (25)
- Estas no limitan la cantidad de leche materna, ni producen molestia alguna a los niños que están lactando. Las madres que están amamantando a sus bebés pueden comenzar a usarlos después del alumbramiento. (11,19)

#### 8.2 EFECTOS BENEFICIOSOS:

a. Prevención del embarazo: Si se utiliza de manera adecuada protege hasta 99%, evita los embarazos ectópicos. (3,19,25,28)

b. Alivio de Problemas menstruales: La frecuencia por deficiencia de hierro, causada por metrorragia disminuye a un 65%. Además los

anticonceptivos orales combinados limitan la tensión premenstrual y eliminan el dolor a mitad del ciclo, así como la dismenorrea. El acné particularmente de tipo premenstrual, disminuye con el contenido estrogénico de estos. (3,24)

c. Prevención de Salpingitis: Su frecuencia en usuarias es de 50% en relación con las que no lo hacen. Disminuye la enfermedad inflamatoria pélvica y la esterilidad. (3,12,19,25,28)

d. Menor riesgo de Cáncer: Las mujeres que las toman tienen aproximadamente 25% de riesgo que tienen otras mujeres de presentar enfermedad mamaria benigna o quistes ováricos y también menores posibilidades de presentar cáncer ovárico, cáncer endometrial (3,19,25,28)

e. Menor riesgo de artritis: Tienen un riesgo 50% menor de tener artritis reumatoidea que las que no lo utilizan. (3,25)

f. Menor riesgo de choque tóxico. (3,19,24,25)

g. Menor riesgo de osteoporosis. (3,19,24,25)

### 8.3 EFECTOS ADVERSOS:

a. Dermatológicas: Cloasma hace aumentar los melanóforos (MSH) y la prolactina puede producir secreción mamaria. (3)

b. Elevación de la concentración de cortisol con aumento de la transcortina, la tiroxina plasmática y proteínas de unión al tiroides están elevadas, la recaptación de triyodotironina por resinas está disminuida, además puede intensificarse. (8)

c. Cardiovasculares: Efectos colaterales más peligrosos para la vida.

i. INFARTO DEL MIOCARDIO: Las que funman y son hipertensas tienen una mayor frecuencia de oclusiones coronarias y de mortalidad de quienes no emplean dichos anticonceptivos. El riesgo aumenta si son mayores de 35 años, es obesa, o sufre de diabetes mellitus o hipertensión. Se calcula que si solo las pacientes que no fuman utilizaran los anticonceptivos orales se podrían evitar 50% de las muertes. (3,8,13)

ii. TROMBOEMBOLIA VENOSA: El riesgo de trombosis de venas y embolismo pulmonar es elevado. Se ha propuesto que los estrógenos pueden inducir una injuria endotelial, un descenso en anti-trombina III y un aumento de antiplasmina plasmática, factores predominantes en la activación del factor X inhibidor. Se han identificado complejos de fibrinógeno en un porcentaje mayor en usuarias siendo un factor de riesgo para tromboembolias. Puede ocurrir trombosis de la vena de la retina debido al componente es trogénico. (3,8,13,25)

iii. HIPERTENSION: El componente progestágeno es probable que provoque ocasionalmente hipertensión en algunas pacientes. Se resuelve al suspenderlo. (3)

El estrógeno probablemente causa supresión de la retina, frente al aumento del angiotensinógeno. (8,13)

iv. ATAQUES VASCULARES TRANSITORIOS: Son manifestaciones de insuficiencia vascular cerebral localizada y pueden causar cefalea, crisis migrañosas, convulsiones, desfallecimiento, diplopía o hemianopsia. (3,8)

d. Se ha relacionado algunas veces con Malformacione Fetales debido a su uso durante un embarazo temprano y altera el crecimiento normal si es usado en pacientes prepúberes. (8,13)

e. Trastornos metabólicos:

i. METABOLISMO DE CARBOHIDRATOS: Puede alterar las concentra ciones plasmáticas de insulina y la tolerancia a la glucosa, como

efecto progestacional. No hay pruebas concluyentes de que aumente la frecuencia de diabetes mellitus. (3,8,13)

ii. AUMENTO DE PESO: Provoca efectos anabólicos y retención de líquidos. El edema de cornea en ocasiones puede modificar el resultado de los lentes de contacto. (3,8,13)

iii. VITAMINAS: Análisis sanguíneo han revelado que se producen cambios menores en la absorción o utilización de vitaminas en pacientes que toman anticonceptivos orales, las variaciones son subclínicas, por lo tanto no son necesarios los suplementos vitamínicos. (3,25)

iv. ALTERACIONES HEPATICAS: Hay aumento del riesgo de litiasis biliar y de enfermedades de la vesícula, la colestásis y anictérica colestásica son poco frecuentes en usuarias de anticonceptivos combinados. (8)

Estudios recientes sugieren la existencia de un vínculo entre el Cáncer hepático y su uso. No obstante incidencia del Cáncer Hepático independientemente del uso de la píldora es raro. Debido a que en países en desarrollo con una incidencia elevada de hepatitis B, este tipo de cáncer es más común, algunos estudios están tratando de determinar si es que el uso de anticonceptivos orales promueve este tipo de cáncer entre las mujeres que han padecido hepatitis. (13,19)

v. TUMORES: Previenen el carcinoma endometrial. (3,13,19, 24,25) Pero no se ha aclarado si el melanoma maligno es más frecuente en mujeres que los toman. (3)

vi. LACTANCIA MATERNA: No es recomendable su uso ya que puede reducir la cantidad de leche disponible. Aunque no causa ningún efecto en los bebés que están lactando. (11,19)

#### 8.4 CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:

- a. Desórdenes tromboembólicos (o historia)
- b. Accidentes cerebrovasculares (o historia de)

- c. Enfermedades de las arterias coronarias (o historia de)
- d. Función defectuosa del hígado o tumor maligno o benigno del hígado (incluyendo adenoma)
- e. Enfermedad maligna de los senos o del aparato reproductor (o historia de)
- f. Embarazo.
- g. Conocimiento o sospecha de neoplasia dependiente de estrógenos (o historia de). (6,8)

#### 8.5 CONTRAINDICACIONES RELATIVAS:

- a. Severos dolores de cabeza especialmente migraña vascular.
- b. Hipertensión con diastólica en reposo de 90 a mas, o una sistólica en reposo de 140 o mas sobre 3 o mas visitas separadas o una medida acuciosa de 110 o mas en la diastólica en una visita simple.
- c. Diabetes, prediabetes o historia familiar positiva.
- d. Hemorragia vaginal no diagnosticada.
- e. Enfermedad activa de la vesícula biliar o colescistectomía.
- f. Hemoglobinopatías.
- g. Fase aguda de la Mononucleosis.
- h. Cirugía electiva planeada entre 4 semanas o cirugía mayor que requiere inmovilización.
- i. Yesos ortopédicos de toda la pierna o lesiones en las extremidades inferiores.
- j. Mas de 35 a 40 años de edad.
- k. Enfermedad fibroquística de los senos o fibroadenomas.
- l. 35 años o mas en fumadoras crónicas (15 cigarrillos al día). (6,8)

## OTRAS.

- a. Colestásis durante previo embarazo o hiperbilirrubinemia congénita.
- b. Culminación de un embarazo a término en los últimos 10 a 14 días.
- c. Aumento de peso de 10 libras o más mientras se ingiere la píldora.
- d. Falla de establecer ciclos menstruales regulares.
- e. Enfermedad cardíaca o renal (o historia de).
- f. Lactancia.
- g. Uso de Rifampicina salvo que la mujer esté de acuerdo de usar un anticonceptivo de soporte.
- h. Pacientes con un perfil clínico sugestivo de falla ovulatoria y problemas de infertilidad, menstruación tardía y irregular.
- i. Condiciones en las cuales la paciente tendría dificultad para seguir instrucciones, tales como retraso mental, problemas psiquiátricos, historia de alcoholismo, historia repetida de uso incorrecto, abuso de otros químicos o edad de la paciente muy joven. (8)

Puede iniciarse la píldora en mujeres con los siguientes problemas si se observan y siguen con cuidado:

- a. Historia familiar de Hiperlipidemia.
- b. Cloasma o pérdida del cabello relacionado con el embarazo.
- c. Depresión.
- d. Asma.
- e. Epilepsia
- f. Fibromatosis.
- g. Venas varicosas.
- h. Acné.

- i. Historia de hepatitis aún con exámenes de laboratorio normales
- j. Historia familiar de muerte de un pariente por Infarto de Miocardio antes de los 50 años. Infarto miocárdico en madre o hermanas. (8)

#### 8.6 PROPIEDADES FARMACOLOGICAS E INTERACCION CON MEDICAMENTOS:

Puede ocurrir la llamada ovulación por deprivación en mujeres que toman anticonceptivos y que reciban también antibióticos (ampicilina, tetraciclina, amoxicilina, rifampicina) o anticonvulsivos (fenotoina o barbitúricos). En tales casos puede ocurrir la ovulación por diversas causas, incluyendo aceleración del metabolismo hormonal o aumento de la capacidad de las hormonas sexuales para unirse a globulinas. Esto último da lugar a disminución de las concentraciones de esteroides circulantes libres y aumentan la posibilidad de un incremento súbito de LH y ovulación. Cuando se van a utilizar antibióticos o anticonvulsivos combinados con anticonceptivos orales se recomienda un método complementario como el condón.

Además estos potencian los efectos de los anticoagulantes bucales. (3)

#### 8.6 ANTICONCEPTIVO BUCAL PARA HOMBRES:

El Gossypol, un pigmento de la planta del algodón ha sido señalado por los médicos chinos como un anticonceptivo masculino eficaz cuando se ingiere. Se están estudiando sus efectos locales y sistémicos. Cada vez se tienen mas informes que señalan su efecto espermaticida administrado a hombres y primates. Sin embargo, hay efectos sistémicos perturbadores en los varones que requieren estudios farmacológicos y toxicológicos, adicionales antes de que se realicen pruebas más extensas en los mismos. (25)



### 9. ANTICONCEPCION HORMONAL MEDIANTE INYECCION:

Las hormonas esteroides sexuales pueden inyectarse por vía Intramuscular para proporcionar un depósito de larga duración. Los compuestos más utilizados son el acetato de medroxiprogesterona y enantato de norentindrona. Cuyos efectos anticonceptivos son:

- i. Inhiben la liberación de hormona luteinizante del ciclo medio previniendo por lo tanto la ovulación.
- ii. Alteran el moco cervical haciéndolo menos permeable al esperma.
- iii. Provocan cambios endometriales desarrollando cambios atróficos en el revestimiento del útero. (3,8,25)

Tienen una efectividad del 98 al 99% si se aplican durante los primeros 7 días del ciclo menstrual y esta se reduce a 94% si se administra después. Una sola inyección se necesita para cada 2 ó 3 meses. (19)

#### EFFECTOS SECUNDARIOS:

- Amenorrea secundaria o prolongada.
- Sangrado vaginal excesivo.
- Riesgo de tromboembolias, aumento de peso, cefaleas, mareos, disminución de la libido. (3,8,19)

La paciente que puede utilizar este método es la que no desea más embarazos o contraindicación del mismo o con enfermedades atribuibles al componente estrogénico. No debe usarse en adolescentes. (8)

Los descubrimientos más recientes son Los Implantes de Anticonceptivos, como es el caso de Norplant, unos tubitos de progesterina que se insertan en la piel de la parte interior del brazo de la mujer. La hormona sale con lentitud y proporciona un efecto anticonceptivo hasta por 5 años. (19)

## 10. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU):

En uno de los diversos objetos de plástico o metal que se insertan en la cavidad endometrial a través del cérvix para evitar el embarazo. Los que se usan comúnmente son: tienen forma de asa abierta (asa de Lippes), espiral doble (Saft-Coil) de letra T (Tatum-T), de número 7 (cu-7). La aplicación de algunas vueltas de un alambre delgado de cobre alrededor de la cola del DIU experimental Tatum-T o con forma de 7. El alambre reduce en más de la mitad los fracasos. Se postula que el cobre y el zinc puede alterar los sistemas enzimáticos necesarios para la fertilización o la implantación. (3,12,19,23,25)

### 10.1 MODO DE ACCION:

El fenómeno mas ampliamente observado es la movilización de leucocitos como respuesta a la presencia de un cuerpo extraño. Los leucocitos se aglutinan alrededor del DIU en el líquido endometrial y la mucosa, y en menor grado en el estroma y el miometrio o subyacente. Se supone que los leucocitos producen un medio hostil para el óvulo fertilizando. (25)

### 10.2 REVERSIBILIDAD:

Dos estudios recientes (Daling, Cramer) informaron a cerca de la influencia del uso del DIU de sobre el desarrollo subsiguiente de infertilidad primaria después del uso de este DIU de cobre 1.3. El riesgo relativo de infertilidad tubaria por DIU de cobre fue 1.6 (solo marginalmente superior al grupo testigo). El riesgo relativo de infertilidad tubaria después del uso de DIU sin cobre fue de 2.4 (significativamente mayor que el grupo testigo). Es más probable que el incremento en el riesgo de infertilidad posterior al uso de un DIU de cobre o un DIU sin medicamento este relacionado con múltiples compañeros sexuales más que con los propios DIU. (25)

Las candidatas convenientes para un DIU pueden ser mujeres que no tienen los recursos necesarios para suministro de anticonceptivos, las que son ignorantes, aquellas en las que no se puede confiar, las que han tenido problemas usando anticonceptivos orales o que les temen, y las que lo demandan. (25)

### 10.3 TECNICA DE INSERCIÓN:

Es mejor insertarlo durante la menstruación debido a que el conducto cervical está completamente permeable y es muy poco probable de que esté embarazada. Después de un examen pélvico que hay demostrado que los genitales internos y externos son normales se usará un antiséptico local para limpiar el cuello uterino. Se coloca un tenáculo de un solo diente sobre el labio superior del cuello úterino y se aplica tracción suave. Esta tracción tiende a reducir el ángulo entre el cuello úterino y el fondo, y facilita la introducción de la sonda uterina.

Después que se ha determinado la dirección y profundidad de la cavidad úterina mediante la sonda se inserta el dispositivo con la ayuda del tubo de inserción apropiado. La mayor parte de los equipos tienen una guía que señala la dirección y el plano en que quedará el dispositivo cuando emerja del tubo de inserción en el interior de la cavidad.

La mayor parte de los DIU tienen una cola de plástico de monofilamento o una hebra que se extiende a través del cuello uterino, de manera que la paciente pueda sentirla y por tanto estar segura de que el dispositivo se encuentra en su lugar. Además ésta facilita su extracción. (25)

a. COMPLICACIONES DE LA INSERCIÓN: Puede haber malestar moderado o dolor cuando se sondea el útero o se inserta el DIU. Las nulíparas y las nuligrávidas son las que experimentan con mayor probabilidad reacciones de síncope, en relación con las multíparas, en el momento de la inserción. Cuanto mayor sea el DIU es mayor el

dolor. Se deben a la dilatación del conducto cervical y a la distensión de la cavidad endometrial. La anestesia para cervical puede ser necesaria en las nuligrávidas. Los analgésicos pueden ayudar después de la inserción.

La perforación parcial o completa del útero es una complicación rara y puede evitarse mediante cuidado meticuloso al evaluar la posición y el tamaño del útero, y por el apego estricto a los procedimientos recomendados para su adecuada inserción. La presencia del DIU puede provocar calambres uterinos (un intento del útero de liberarse del dispositivo) durante horas o días después. (3,25)

Las usuarias deben ser examinadas dentro de los 3 meses siguientes de su colocación, durante el primer año el 5-20% lo expulsan. (19,28)

#### 10.4 VENTAJAS:

El DIU es un método conveniente y muy eficaz. La mujer puede disfrutar de su efectividad con solo verificar ocasionalmente que el dispositivo se encuentra en su sitio.

La fecundidad se reestablece inmediatamente una vez que se retira. El uso del DIU no interfiere con la intimidad de la pareja. (19)

#### 10.5 DESVENTAJAS Y EFECTOS COLATERALES:

a. EMBARAZO: La tasa de embarazo es de 0.4 a 2.8% en 12 meses de uso, dependiendo del dispositivo, edad y paridad del paciente. Si ocurre el embarazo el DIU puede extraerse mediante la tracción de la cola de plástico. Si no se extrae fácilmente mejor se deja. La frecuencia de aborto espontáneo con DIU es de 50%, no hay aumento en la frecuencia de anomalías congénitas. (25)

b. EXPULSION: Ocurren en los primeros meses, durante la menstrua-

ción.

- c. HEMORRAGIA O DOLOR: Son causa común para la extracción y discontinuarlo.
- d. EMBARAZO EXTRAUTERINO: Constituyen el 3.8%. Su incidencia aumenta cuando se ha utilizado por mas de dos años.

#### 10.6 INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE UN DIU:

- a. CALAMBRES UTERINOS intensos o dolor en la parte baja del abdomen.
- b. HEMORRAGIA UTERINA excesiva y persistente entre ciclos menstruales o al momento de la menstruación.
- c. LA PERFORACION UTERINA y el paso del dispositivo a un sitio extrauterino.
- d. DESPLAZAMIENTO HACIA ABAJO DEL DIU en el interior del conducto cervical.
- e. Embarazo intrauterino.
- f. Salpingitis de origen bacteriano. (25)

#### 10.7 CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:

- a. Infección pélvica activa (aguda o subaguda) incluyendo Gonorrea o Clamidia.
- b. Embarazo confirmado o sospecha del mismo.

#### 10.8 CONTRAINDICACIONES RELATIVAS:

- a. Compañeros sexuales múltiples o fuerte probabilidad que la mujer pueda tener múltiples contactos sexuales durante el tiempo que use el DIU.
- b. Infección Pélvica reciente o recurrente, endometritis postpar-

- to o aborto sobreinfectado dentro de 3 meses previos.
- c. Cervicitis aguda o purulenta.
  - d. Desórdenes hemorrágicos aún no diagnosticados definitivamente.
  - e. Historia de embarazo ectópico.
  - f. Respuesta variable a la infección (diabetes, tratamiento con esteroides, etc).
  - g. Desordenes o discracias sanguíneas.
  - h. Episodio simple de infección pélvica si la paciente desea un embarazo subsecuente.
  - i. Deseo de niños en el futuro próximo.
  - j. Dismenorrea severa. (8)

Otras condiciones que pueden contraindicar su uso:

- a. Malignidad endometrial o cervical.
- b. Estenosis cervical severa.
- c. Utero pequeño (nulíparas jóvenes).
- d. Endometriosis.
- e. Leiomiomatosis o fibromatosis uterina.
- f. Pólipos endometriales.
- g. Anomalías uterinas congénitas o fibrosis que distorcionen la cavidad uterina.
- h. Hemorragia menstrual fuerte o ciclos irregulares o manchado.
- i. Anemia.
- j. Alergia al cobre (conocimiento o sospecha) o diagnóstico de Enfermedad de Wilson.
- k. Enfermedad valvular cardíaca (riesgo de endocarditis bacteriana, algunos recomiendan antibióticos profilácticos).
- l. Inhabilidad para detectar señales de peligro o riesgo.
- m. Inhabilidad para chequear las cuerdas del DIU.
- n. Historia pasada de Gonorrea.
- ñ. Historia pasada de reacción vagovagal severa o desmayo.

- o. Diabetes.
- p. Tipo sanguíneo incompatible con compañero (RH negativo)
- q. Preocupación por fertilidad futura.
- r. Dificultad para obtener tratamiento de emergencia ya que podría ocurrir complicaciones o empeorarse, de mayor problema en las áreas rurales. (8)

## 11. METODOS DE BARRERA MASCULINOS:

### 11.1 EL CONDON O PRESERVATIVO:

Es un saco delgado de caucho o látex fino sintético con un reservorio en el extremo para acumular el semen, actuando de barrera entre los espermatozoides del semen y la vagina. Hasta la fecha es el único método masculino eficaz y reversible de anticoncepción a excepción del coito interrumpido. Y es el anticonceptivo que después de la píldora es el más utilizado en el mundo. (8, 12,19,25) Resulta un 85 a 95% de efectividad.

Su fracaso se debe a fallas del fabricante (alrededor de 3 en cada mil), errores de técnica, como la aplicación del condón después de que ha escapado algo de semen hacia el interior de la vagina, y la fuga de semen del condón como resultado de extraer el pene después de la pérdida de la erección. La adición de una pequeña cantidad de espermaticida Nonoxynol-9 dentro del condón puede reducir el índice de fracasos cuando aquél se rompe durante el coito.

Cuando se desea mayor eficacia debe usarse un segundo método como la jalea o espuma vaginal, junto con el condón. (19,25)

Existen dos tipos: secos y lubricados, estos últimos aumentan el riesgo de que se salga de su lugar durante el coito, para que resulte eficaz debe desenrollarse sobre el pene erecto antes de la penetración y posterior a la eyaculación debe sostenerse la orilla del mismo previo al momento de quitarlo, para evitar que exista escape del líquido. (8)

## i. VENTAJAS:

- No se necesita receta o examen médico.
- Ningún efecto secundario y reversible.
- Ayuda a proteger contra las enfermedades de transmisión sexual incluyendo SIDA.
- Barato y accesible. (19, 25)

## ii. DESVENTAJAS:

- Reacciones alérgicas o irritación.
- Dificulta la actividad sexual.
- Atenúa la sensibilidad durante el coito en algunas mujeres y hombres.
- Debe ser usado cada vez que una pareja tiene relaciones sexuales.
- Deshacerse de un condón usado puede crear problemas. (8, 19,26)

12. MÉTODOS DE BARRERA FEMENINOS:

## 12.1 ESPERMATICIDAS:

Son agente químicos que actúan al inactivar los espermatozoides en la vagina antes de que éstos puedan ascender al tracto genital superior. Los espermaticidas tienen dos componentes básicos el agente espermaticida activo y el excipiente. El agente activo es un surgactante, compuesto que actúa en la superficie y destruye la membrana celular del espermatozoide. Constituye una excepción el A-gen 53 (Syn-a-gen), que se vende en Europa y que usa una enzima inhibidora como agente espermaticida activo. (8,12,18,19)

Los principales agentes espermaticidas usados en la actualidad son los surfactantes nonoxinol-9, octoxinol-9 y menfegol. Los tres fueron reconocidos como elementos seguros y eficaces por un grupo de expertos convocado por la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos (US FDA). Los espermaticidas que



contienen mercurio fueron rechazados por la FDA, aunque estos con tin u an comercializándose en América Latina y China.

Los espermaticidas que contienen nonoxinol-9 tienen desde 24 mg del agente por aplicación (Antibion)138 mg(Profam). La mayoría de los espermaticidas contiene 60 a 100 mg de agente espermaticida por aplicación.

Existe 7 presentaciones básicas del espermaticida: jaleas, cremas, espumas, óvulos licuables, tabletas espumantes, óvulos es p u m a n t e s y películas solubles. Las cremas son más espesas que las jaleas, pero ambas constituyen una barrera tanto física como química para los espermatozoides. Las espumas llenan la vagina de burbujas portadoras de espermaticida. Los supositorios licuables liberan su espermaticida a medida que se derriten en la vagina. Las tabletas y los óvulos espumantes utilizan una base química que al humedecerse, produce burbujas de dióxido de carbono que ayudan a distribuir el agente espermaticida en toda la parte superior de la vagina. La película utilizada en China, Corea, Italia, España, Suiza y el Reino Unido es una pequeña lámina de material que se disuelve en la vagina.

En las pruebas de distribución de los diversos excipientes de los espermaticidas en la vagina, las espumas y las cremas cubrían el cervix y la pared vaginal mejor que las jaleas y los óvu los.

#### USO ADECUADO: Recomendaciones generales:

- a. Coloque la dosis recomendada de anticonceptivo en la parte superior de la vagina, de manera que cubra el c é r v i x.
- b. Espere el período de tiempo prescrito antes del coito, para que el espermaticida se distribuya en forma adecuada a través de toda la parte superior de la vagina y alrededor del cervix.

Las espumas, jaleas y cremas no requieren espera, ya que se distribuyen de inmediato en la vagina. Los óvulos licuables de 5 a 30 minutos. Las tabletas y los óvulos espumantes requieren 10

minutos. Las tabletas y los óvulos espumantes requieren 10 minutos. La película tarda 15 a 30 minutos. (8,18,19,28)

La tasa de falla durante el primer año de uso es de 11 al 31%. (18)

i. VENTAJAS:

- Fáciles de obtener, protegen de enfermedades venereas.
- Efectivos si se usan correctamente.
- Buenos para las parejas que no necesitan protección continua.

ii. DESVENTAJAS:

- Irritación local, reacciones alérgicas.
- No se ha podido demostrar propiedades teratógenas, existen estudios contradictorios. Por lo que no se recomienda en pacientes que se sospeche de embarazo y durante el primer trimestre.
- No se utilizan en la lactancia materna ya que pasa al niño a través de ésta. (8,18,19,25,28)

## 12.2 ESPONJA ANTICONCEPTIVA:

Se vende como producto desechable, para ser utilizado en un máximo de 24 hrs cualesquiera que sea la frecuencia de la relación sexual y luego se desecha. Está hecha de poliuretano y 1 gramos de Nonoxynol-9, tiene la forma del casquete del hongo, se ha diseñado para calzar en la parte superior de la vagina, con el lado cóncavo cubriendo el cérvix. Tiene 3 tipos de acción anticonceptiva:

- a. Libera espermaticida durante el coito.
- b. Absorbe el eyaculado.
- c. Bloquea la entrada al canal cervical.

La tasa de embarazo oscila entre 9-27% en un año.

## i. VENTAJAS:

- Proporciona protección continua durante 24 hrs.
- No requiere espera después de su inserción.
- Es fácil usar. La esponja se humedece en agua, se exprime suavemente para retirar el exceso de agua y se inserta en la parte superior del cérvix para que lo bloquee. Tiene un anillo se cinta para retirarlo.
- Su uso no es pringoso, como el de los espermaticidas.
- No se requiere receta para su venta.

## ii. DESVENTAJAS:

- Molestias vaginales, como picazón, sensibilidad, sequedad ardor, alergia e hipersensibilidad.
- Al colocarla mal se desplaza o se expulsa.
- Riesgo de producir Shock Tóxico, causado por tóxicas de *Staphilococo Aureus*, la mayoría de los casos se originan en mujeres que estan menstruando y emplean tampones. (8, 18,25)
- No se han encontrado agentes carcinógenos presentes en la esponja. (18)

## 12.3 DIAFRAGMAS:

Son copas de caucho delgadas y poco profundas, con un borde firme pero flexible. Se ajusta entre la pared vaginal posterior y la cavidad detrás del arco púbico. Cuando se adapta correctamente, este bloquea la parte superior de la vagina y el cérvix. En la actualidad los tamaños son 50 - 105 mm de diámetro, en incrementos de 2.5 a 5 mm Los tamaños mas comunes son entre 65 y 80 mm.

Existen 3 tipos principales:

- a. El diafragma de resorte plano, o Mensinga.
- b. El diafragma de resorte en espiral.

c. El diafragma plegable en forma de arco.

AJUSTE Y USO CORRECTO:

a. La persona que lo ajusta inserta un diafragma de tamaño adecuado. La mujer siente como se adapta entre la concavidad que se encuentra detrás del arco púbico y la pared vaginal posterior. El diafragma se puede insertar ya sea "copa" lado cóncavo o la "cúpula" lado convexo contra el cérvix. La más fácil es la de copa y se coloca espermaticida.

b. La mujer retira ella misma el diafragma enganchando su dedo índice bajo el borde delantero o cogiendo el borde entre los extremos de sus dedos índice y medio y halándolo suavemente fuera de la vagina.

c. Se le enseña a la mujer a abrir los labios con una mano, sostener el diafragma con la otra y luego insertarlo en la vagina hasta donde pueda llegar. Ella misma se lo inserta con su mano o con un aplicador de plástico. Y se verifica su posición.

La tasa de falla en el primer año es de 2 y 3% si se usa correctamente y con un espermaticida. (8,1,23,25)

i. VENTAJAS:

- Es relativamente simple de usar.
- Es eficaz cuando se emplea correctamente.
- Ofrece lubricación adicional.
- Es apropiado para mujeres con actividad sexual esporádicas. (26)

ii. DESVENTAJAS:

- Irritación causada por el látex.
- Irritación causada por la jalea o crema espermaticida.
- Aumento en la frecuencia de irritaciones o infecciones de las vías urinarias, shock tóxico en algunas usuarias.

- Requiere motivación y disciplina.
- Requiere manipulación genital.
- Se necesita privacidad para la inserción.
- **No es aconsejable cuando las relaciones son frecuentes.**  
(8,13,18,25,26)

En cuanto al síndrome de Shock tóxico señalan que cualquier obstrucción al flujo normal de las secreciones uterinas y vaginales inclusive en un período de horas es potencialmente peligroso. (25)

Se ha observado monilia por el mal lavado del diafragma. (8)

#### iii. CONTRAINDICACIONES:

- Anomalías anatómicas de la vagina, del cérvix o del útero tales como prolapso uterino, rectocele, cistoceles grandes, retroversión grave.
- Repetidas infecciones de las vías urinarias.
- Alérgia al látex o a los espermaticidas. (25)

#### 12.4 COPAS CERVICALES:

Es un dispositivo pequeño y resistente en forma de copa, que se ajusta sobre el cérvix de la mujer y probablemente se mantiene en su lugar en parte por succión. Se dispone de 3 tipos:

- a. La copa Prentif, de borde cóncavo, es la de uso común. Tiene forma de dedal y se ajusta estrechamente sobre el cérvix y los tamaños varían de 22, 25, 28 y 31 mm.
- b. Las Dumas, o copa de bóveda tiene relativamente poca profundidad y forma de tazón, disponible en cinco tamaños que fluctúan de 50 a 75 mm.
- c. La copa Vimule es un poco más larga, de forma acampanada, con borde saliente, y disponible en los tamaños: 42, 48 y 54 mm.

## AJUSTE Y USO CORRECTO:

Los médicos primero reconocen a la mujer para asegurarse de que su cérvix esté sano y con poco daño debido a los partos. Para insertarse la mujer la comprime y la empuja hacia el interior de la vagina hasta donde pueda llegar, luego verifica si está en su posición correcta en el cérvix, para retirarla, engancha su dedo sobre el borde de la copa, la desplaza de cérvix y hala hacia fuera. (18)

## i. VENTAJAS:

- Es posible dejar la copa colocada por un período mayor de 24 hrs.
- Puede insertarse muchas horas o hasta un día o dos antes del coito.
- Con la copa se utiliza una cantidad muy pequeña de espermaticida.
- Las mujeres que no pueden utilizar el diafragma debido a un cistocele o rectocele u otra anomalía con frecuencia pueden usar la copa.

## ii. DESVENTAJAS:

- Mal olor después de estar colocada por 1 día o dos.
- Dificultad de inserción y retiro.
- Incomodidad durante el coito para el hombre y la mujer.
- Temor a que se desplace.
- Erosión cervical, ulceración.
- Shock tóxico (no hay suficientes estudios).

## iii. CONTRAINDICACIONES:

- Erosión o laceración cervical.
- Malformación cervical.
- Quistes en el cérvix.
- Inflamación de trompas de falopio o de los ovarios que su

gieran infección pélvica. (18)

### 13. METODOS IRREVERSIBLES O QUIRURGICOS:

#### 13.1 ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA):

La vasectomía consiste en la interrupción del canal deferente, que es la vía normal que recorren los espermatozoides, desde el testículo hasta las vesículas seminales. La técnica varía desde efectuar una pequeña incisión e identificar y aislar los vasos deferentes los cuales se atan y cauterizan o la técnica percutánea de gran auge en la actualidad. (8,19)

En la vasectomía la esterilidad no es inmediata, ya que los espermatozoides previamente almacenados en la vesícula seminal, cuya completa expulsión puede durar de una semana a varios meses. Se esperan por lo menos 15 eyaculaciones, llevando a cabo frecuentemente espermogramas. (6,8)

Tiene una efectividad de más del 99% si se hace correctamente.

#### NORMAS Y REQUISITOS PARA LA OPERACION:

- a. Voluntaria.
- b. Edad de 20 a 25 años cumplidos, tener 3 o mas hijos vivos y que el menor tenga como mínimo 1 año.
- c. Para más de 25 años y 35 años con 2 hijos o mas y que el menor tenga 1 año.

Se puede hacer en cualquier época. (6)

#### i. VENTAJAS:

- Segura, rápida, simple y barata.
- No necesita hospitalización.
- No afecta la relación sexual.

- Ningún efecto duradero.

ii. DESVENTAJAS:

- Molestias durante la intervención o poco después de esta. (inflamación, decoloración, infección, hemorragia). Debe usar aspirina.
- No es eficaz de inmediato.
- Casi imposible de revertir.

Es un buen método para el hombre que: Está seguro de que tan to él como su conyugue no desean más hijos. Tiene una esposa que podria correr el peligro si queda embarazada por tal razón deben usar otro método anticonceptivo hasta que son negativos los esper mogramas. Y que desea un método que no le presente problemas.

No es un buen método para el hombre que: No ha tenido hijos. Tiene problemas conyugales. No está seguro de que si él o su mu- jer desearan algún día tener mas hijos. Tienen problemas psicoló- gicos. (19,26)

### 13.2 ESTERILIZACION FEMENINA:

En la mujer existen varios tipos de operaciones que pueden efectuarse ya sea por vía vaginal o abdominal, y cuyas técnicas de Oclusión tubárica incluyen cualquiera de las siguientes: liga- dura simple, ligadura y extirpación, ligadura, y división y ocul- tamiento, ligadura y resección, ligadura, resección y ocultamien- to. (8,23)

Se le ha dado más auge a los procedimientos por vía abdomi- nal, siendo más utilizados: minilaparatomia y la laparoscopia (en- doscopia) aunque la colpotomía es preferida en varios países mien- tras que la culdoscopia es poco usada debido a lo complejo del mismo tanto en recurso físico como práctico. (23)

Actualmente hay cerca de 100 técnicas quirúrgicas para este- rilización tubárica las más conocidas y usadas la de Pomeroy, la



de Irving, Madler, Uchinda, Kroener (firmbriectomía), resección del cuerno, aunque actualmente se utilizan clips o grapas, bandas de silástico o los anillos de Young a través del laparoscopio, dejando a un lado el electrocauterio que tantas complicaciones causaba. (8)

El procedimiento puede ser llevado a cabo en 20 minutos y no requiere hospitalización. (19)

#### NORMAS Y REQUISITOS PARA LA OPERACION:

- a. Voluntaria.
- b. Edad de 20 a 25 años cumplidos y tener 3 o más hijos vivos y que el menor tenga mínimo 1 año.
- c. Para mujeres de más de 25 años y menores de 35 años con 2 hijos o más y que el menor tenga mínimo 1 año.
- d. Para mujeres de 35 años en adelante con 1 hijo por lo menos vivo y que mínimo tenga 1 año.

#### EPOCA:

- e. Primeros 10 días de su ciclo menstrual.
- f. Después del parto 30 y 45 días.
- g. Después de un legrado o aborto por lo menos 10 días después.
- h. Con DIU en cualquier época.
- i. Con la inyección en cualquier época.

#### INDICACIONES:

- j. No tener relaciones 8 días después de la operación. (6)

#### i. COMPLICACIONES:

- Quemaduras accidentales del intestino,
- Desgarros meso salpingeos,
- Infección de la herida, hematoma,
- Reacciones alérgicas o vasovagales,
- Daño a la vejiga.

- Dolor y falla del procedimiento,
- Complicaciones anestésicas,
- Embarazos tubáricos,
- Embolismo pulmonar. (8)

EFECTOS TARDIOS:

- Alteraciones de los ciclos menstruales. (8,13)
- Síndrome post ligadura caracterizado por menorragia, anovulación, dolor pélvico y formación de quistes ováricos. (13)
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica. (8)

14. BENEFICIOS PARA LA SALUD DE LA MADRE:

La Planificación familiar puede ayudar a las mujeres a evitar los cuatro tipos de embarazo de alto riesgo. Estos son los siguientes:

- Embarazos antes de los 18 años de edad.
- Embarazos después de los 35 años de edad.
- Embarazos después del cuarto hijo o más.
- Embarazos espaciados por menos de dos años.

Estos embarazos aumentan el riesgo de que se presenten hemorragias o hipertensión arterial, dos de las causas más comunes de muerte materna. (21,24)

Los embarazos numerosos y seguidos deterioran la salud y la nutrición de la madre. La Planificación familiar es también importante para la salud de cualquier mujer que tiene problemas serios antes del embarazo, que se verían agravados como consecuencia de la gravidez y entre los que se encuentran la hipertensión arterial, las afecciones cardíacas, la diabetes y otras enfermedades crónicas, así como la anemia aguda. Si una mujer no desea tener más hijos, la planificación familiar le permite evitar por completo los riesgos del embarazo y parto.

#### 14.1 MORTALIDAD MATERNA: EFECTOS DE LA EDAD Y LA PARIDAD.

Los riesgos de la maternidad se ven considerablemente acentuados por la edad de la mujer y el número de hijos que ha tenido antes.

Las desigualdades socioeconómicas de salud y las condiciones de vida, son en parte responsables de la asociación entre los patrones de embarazo y mortalidad materna. (21,24)

#### 14.2 MORTALIDAD MATERNA EFECTOS DE ESPACIAMIENTO:

Cuando las mujeres menores de 20 años tienen varios niños, los intervalos entre los nacimientos son forzosamente cortos. Por lo tanto, si bien las diferencias en las condiciones de vida y en la atención médica pueden influir, estos estudios indican que el poco espaciamiento entre los partos origina altas tasas de mortalidad materna. (21,24)

#### 14.3 RIESGO DEL EMBARAZO FRENTE A LA PLANIFICACION FAMILIAR:

El empleo de métodos de planificación familiar puede evitar muchas muertes maternas. En contraste los riesgos de los métodos son insignificantes en la mayoría de los casos. Solamente el uso de anticonceptivos orales por mujeres de los países desarrollados mayores de 35 años de edad y que son fumadoras, es más peligroso que el embarazo y el parto. (21,24)

#### 14.4 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y EL PARTO:

En los países en desarrollo tres problemas obstétricos son responsables de la mayoría de muertes maternas: hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo y sepsis. La hemorragia es mucho más común en mujeres mayores con muchos hijos. La hiperten-

sión inducida por el embarazo afectan en especial a las mujeres nulíparas y a las mayores con muchos hijos. La sepsis si bien no está relacionada directamente con la edad materna o la paridad, puede acompañar cualquiera de las complicaciones del parto. Con la planificación familiar, las mujeres pueden evitar los embarazos que probablemente causen estas condiciones. (21,24)

#### 14.5 PROLAPSO UTERINO:

Se presenta cuando se tornan más delgados o se lesionan los ligamentos que sostienen al útero y éste desciende hasta la vagina, presentándose con mayor frecuencia después del embarazo en mujeres mayores con muchos hijos. (24)

#### 14.6 MALNUTRICION Y ANEMIA:

El embarazo y la lactancia materna aumentan las exigencias nutricionales en la mujer, cuyo organismo requiere más proteínas, calorías y varias vitaminas y minerales, especialmente hierro.

En los países en desarrollo cerca de la mitad de las mujeres que no están embarazadas y casi dos tercios de las mujeres embarazadas padecen de anemia por deficiencia férrica. Los embarazos muy seguidos, con una dieta deficiente y trabajo pesado; ocasionan un agotamiento acumulativo del estado nutricional de la madre. Si una mujer no puede recuperarse por completo de los efectos de su previo embarazo y lactancia, antes de quedar nuevamente embarazada, es de prever que su estado nutricional se deteriore con cada embarazo sucesivo. (24)

#### G. APROFAM EN EL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

Ubicado en la zona 2 del municipio de Chimaltenango, abre al público sus instalaciones el 2 de agosto de 1991, cumpliendo así

casi 3 años de labor a la población.

Es atendido por Dr. Juan Carlos Valle, se encuentra 1 consejera siendo trabajadora social, 1 secretaria, 2 enfermera auxiliares, 1 enfermera profesional, 2 conserjes y 1 lavandera.

El horario de atención es de Lunes - viernes de 8:00-12:00 AM y de 14:00-17:00 PM. Los días Viernes se realizan operaciones de 7:00-12:00 AM y 14:00-16:00 PM. contando con encamamiento con capacidad para 18 personas.

Se llevan programas de capacitación a promotores voluntarios en el Programa de Servicios Comunitarios. Los cuales también se encargan de distribuir los anticonceptivos. Además se capacita a comadronas.

Los métodos anticonceptivos que se promueven son: Preservativos, anticonceptivos orales, locales. Los Dispositivos intraúterinos se colocan únicamente en la clínica al igual que el método permanente. (29)

## VI. METODOLOGIA

## A. TIPO DE ESTUDIO:

1. De acuerdo con la comparación de las poblaciones el estudio es:

DESCRIPTIVO: Estudio que sólo cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables y respecto, de la cual no existen hipótesis centrales. Quizá se tiene un grupo de hipótesis que se refieren a la búsqueda sistemática de asociaciones entre varias variables dentro de la misma población.

2. De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado el estudio es:

TRANSVERSAL: Estudio en el cual se mide una sola vez la o las variables, se miden las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar, de estas unidades.

3. De acuerdo con el período en que se capta la información, el estudio es:

PROSPECTIVO: Estudio en el que toda la información se recogerá de acuerdo con los criterios del investigador, y para los fines específicos de la investigación después de la planeación, de esta.

4. De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza, el estudio es:

OBSERVACIONAL: Estudio en el cual el investigador solo, puede describir o medir el fenómeno, estudiado, por tanto no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores intervinien-

en el proceso.

**B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:**

Se decidió seleccionar como sujeto de estudio la entidad: Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar, llevándolo acabo en su totalidad en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango. Durante los meses de Abril y Mayo de 1994.

Seleccióando a las mujeres de edad reproductiva de 10 a 49 años de edad, que sean originarias y/o residentes de dicho departamento, siendo usuarias de métodos de planificación familiar.

Realizándoles una entrevista personal para que posteriormente se llenen los datos de una encuesta sobre dicho tema, abien de realizar un análisis objetivo de los conocimientos adquiridos, con sus creencias, actitudes y prácticas de las mujeres de dicha región del país; ya que se cubre así los 16 municipios que conforman el departamento de Chimaltenango.

**C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Se tomó el universo de pacientes que asistieron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango durante los meses de abril y mayo de 1994. Que llenen los criterios de inclusión para la realización del presente estudio.

**D. MATERIAL DE ESTUDIO:**

- Encuesta de recolección de datos.

**E. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:**

Las características que se tomaron de los pacientes para que se incluyan dentro de la investigación son:

- Sexo femenino.
- Edad reproductiva de 10 a 49 años. (29)
- Paridad de 1 en adelante.
- Que sea originaria o residente del departamento de Chimaltenango y/o sus 16 municipios: Acatenango, Comalapa, Chimaltenango, El Tejar, Parramos, Patzicia, Patzún, Pochuta San Andrés Itzapa, San José Poaquil, San Martín Jilotepeque, Santa Apolonia, Santa Cruz Balanyá, Tecpan, Yepocapa y Zaragoza.
- Que consultaron al departamento de Gineco-obstetricia en el período de abril y mayo de 1994.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Sexo masculino,
- Edad menor de 10 años y mayor de 49 años,
- Nulípara,
- Que sea originaria o residente fuera del departamento de Chimaltenango y sus 16 municipios.
- Que consulte a otro departamento fuera del de Gineco-obstetricia en los meses de abril y mayo de 1994.
- Pacientes inconcientes,
- Pacientes que no quieran participar voluntariamente en la investigación.

#### F. VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
- Sexo	Circunstancia de ser masculino o femenino.	Se tomará unicamente al sexo femenino.
- Edad Reproductiva	Período comprendido entre los 10-49 años.	Se incluyen a las mujeres de 10-49 años.



VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
- Escolaridad	Nivel de estudios alcanzado.	- Alfabeta - Analfabeta.
- Grupo étnico	Grupo de individuos cuyos caracteres biológicos perpetúan por herencia.	- Indígenas Cackchiquel. - No indígenas.
- Originario	Lugar de nacimiento	- Departamento de Chimaltenango y/o sus <u>mu</u> nicipios.
- Residente	Lugar donde reside el paciente.	- Departamento de Chimaltenango y/o sus <u>mu</u> nicipios.
- Religión	Profesión de la doctrina religiosa.	- Católica, - Evangélica, - Otras.
- Paridad	Número de hijos.	Se toman a pacientes con número de hijos de 1 en adelante.
- Ocupación	Tarea en que se emplea el tiempo.	Profesión u oficio.
- Conocimiento	Proceso en el que el hombre se orienta a <u>reflejar de una mane</u> ra ideal la realidad objetiva.	Sobre la información adquirida del uso de <u>métodos anticonceptivos.</u>
- Creencia	Expresión de lo que una persona da por cierto.	Sobre el uso de métodos anticonceptivos.
- Rumor	Información no verificada de origen	Se incluyen los rumores mas frecuentes sobre los

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
	incierto.	métodos de planificación familiar.
- Estado Civil	Condición, clase de estar casado o soltero.	- Casada, - Soltera,
- Método anticonceptivo	Modo sistemático de evitar la concepción.	- Natural: Lactancia Materna, ritmo, Billings, coito interrumpido, abstinencia periódica. - Hormonal: Píldora, inyecciones. - Dispositivos Intrauterinos: (T de cobre, Asa de Lippes). - Barrera: Condón, diafragma, espermaticidas, jaleas, espumas, geles. - Permanentes: Vasectomía en el varón, Ligadura de trompas en la mujer.

#### G. RECURSOS:

##### 1. MATERIALES:

##### ECONOMICOS:

- Se estima que aproximadamente se gastó de Q.500.00 a Q.600.00 quetzáles.

## FISICOS:

- El estudio se efectuó en el departamento de Gineco-obstétrica del Hospital Nacional de Chimaltenango.
- Escritorio,
- Sillas,
- Bolígrafos,
- Máquina de escribir,
- Computadora,
- Libros, revistas, panfletos, etc.

2. HUMANOS:

- Estudiantes con curriculum del pensum cerrado de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Médico asesor,
- Médico revisor,
- Personal del Hospital Nacional de Chimaltenango.

## H. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

El objetivo general de la investigación en seres humanos tanto, adultos como en niños es obtener información científica acerca de ellos, para desarrollar un cuerpo de conocimientos que permite el manejo racional de la naturaleza en beneficio del hombre.

Luego de consultar la Declaración de Helsinky y tener en consideración los principios básicos de la elaboración de un estudio en seres humanos, se hace la observación que el estudio no causará ninguna implicación de riesgo a la integridad física, psicológica del paciente. El estudio fue supervisado por un médico clínico, competente conocedor del tema y será orientado, por personas científicamente calificadas.

Se incluyó a todas aquellas pacientes que reunieron las características, necesarias y que consultaron al departamento de Gi

neco-obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

I. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS:

- Se solicitó permiso a las autoridades del Hospital Nacional de Chimaltenango y a las personas que participaron en la investigación para poder recolectar los datos.

Se inició la recolección de la información a partir del 8 de abril al 20 de mayo de 1994.

- Se realizó una entrevista personal a fin de llenar los datos de la encuesta, aprovechando para educar a la paciente.

- Se tabularon en cuadros y gráficas los resultados obtenidos.



CUADRO 1

RELACION ENTRE LUGAR DE ORIGEN Y/O RESIDENCIA Y GRUPO DE EDAD EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

ORIGINARIO Y/O RESIDENTE	GRUPO DE EDAD (años)																	
	10-14		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Acatenango	0	0	1	0.5	1	0.5	0	0	0	0	1	0.5	0	0	0	0	3	1.6
Comalapa	0	0	1	0.5	2	1.1	3	1.6	1	0.5	0	0	0	0	0	0	7	3.8
Chimaltenango	0	0	8	4.4	28	15.5	14	7.7	9	5	15	8.3	4	2.2	2	1.1	80	44.4
El Tejar	0	0	2	1.1	5	2.7	4	2.2	2	1.1	1	0.5	0	0	1	0.5	15	8.3
Parramos	0	0	1	0.5	1	0.5	0	0	1	0.5	0	0	2	1.1	0	0	5	2.7
Patzicia	0	0	2	1.1	3	1.6	0	0	6	3.3	0	0	3	1.6	2	1.1	16	8.8
Patzún	0	0	1	0.5	1	0.5	0	0	3	1.6	1	0.5	1	0.5	0	0	7	3.8
Pochuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Andrés Itzapa	0	0	0	0	5	2.7	2	1.1	3	1.6	3	1.6	1	0.5	2	1.1	16	8.8
San José Poquíl	0	0	0	0	0	0	1	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.5
San Martín Jilotepeque	0	0	2	1.1	5	2.7	0	0	0	0	0	0	1	0.5	1	0.5	9	5
Santa Apolonia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz Balanyá	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1.1	0	0	0	0	0	0	2	1.1
Tecpán	0	0	1	0.5	3	1.6	5	2.7	1	0.5	0	0	1	0.5	0	0	11	6.1
Yepocapa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zaragoza	0	0	1	0.5	2	1.1	1	0.5	3	1.6	1	0.5	0	0	0	0	8	4.4
TOTAL	0	0	20	11.1	56	31.1	30	18.6	31	17	22	12.2	13	7.2	8	4.4	180	100 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 2

RELACION ENTRE GRUPO DE EDAD Y NUMERO DE NIÑOS EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

GRUPO DE EDAD	NUMERO DE NIÑOS							
	1-4		5-9		10-14		15 y más	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15-19	21	11.6	0	0	0	0	0	0
20-24	56	31.1	0	0	0	0	0	0
25-29	27	15	3	1.6	0	0	0	0
30-34	19	10.5	12	6.6	0	0	0	0
35-39	7	3.8	13	7.2	1	0.5	0	0
40-44	1	0.5	4	2.2	7	3.8	1	0.5
45-49	4	2.2	2	1.1	2	1.1	0	0
SUB-TOTAL	135	75	34	18.8	10	5.5	1	0.5
TOTAL	180 = 100%							

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 3

RELACION ENTRE GRUPO DE EDAD Y OCUPACION EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

GRUPO DE EDAD	OCUPACION			
	AMA DE CASA		OTRA	
	No.	%	No.	%
15-19	19	10.5	2	1.1
20-24	51	28.3	5	2.7
25-29	27	15	3	1.6
30-34	29	16.1	2	1.1
35-39	20	11.1	1	0.5
40-44	13	7.2	0	0
45-49	8	4.4	0	0
SUB-TOTAL	167	92.7	13	7.2
TOTAL	180 = 100%			

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 4

RELACION ENTRE GRUPO DE EDAD Y ESCOLARIDAD EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

GRUPO DE EDAD	ESCOLARIDAD			
	ALFABETA		ANALFABETA	
	Nº	%	Nº	%
15-19	14	07.7	07	03.8
20-24	38	21.1	19	10.5
25-29	19	10.5	11	06.1
30-34	22	12.2	08	04.4
35-39	10	05.5	11	06.1
40-44	05	02.7	08	04.4
45-49	03	01.6	05	02.7
SUB TOTAL	111	61.6	69	38.3
TOTAL	1 8 0 = 1 0 0 %			

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 5

RELACION ENTRE GRUPO DE EDAD Y ESTADO CIVIL EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

GRUPO DE EDAD	ESTADO CIVIL					
	SOLTERA		CASADA		UNIDA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	2	1.1	11	6.1	8	4.4
20-24	9	5	37	20.5	10	5.5
25-29	6	3.3	16	8.8	8	4.4
30-34	2	1.1	25	13.8	4	2.2
35-39	3	1.6	10	5.5	8	4.4
40-44	0	0	6	3.3	7	3.8
45-49	1	0.5	5	2.7	2	1.1
SUBTOTAL	23	12.7	110	61.1	47	26.1
TOTAL	1 8 0 = 1 0 0 %					

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)



CUADRO 6

RELACION ENTRE GRUPO DE EDAD Y RELIGION EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

GRUPO DE EDAD	RELIGION					
	CATOLICA		EVANGELICA		OTRA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	15	8.3	06	3.3	04	2.2
20-24	25	13.8	20	11.1	10	5.5
25-29	10	5.5	15	8.3	05	2.7
30-34	20	11.1	10	5.5	01	0.5
35-39	10	5.5	08	4.4	02	1.1
40-44	06	3.3	06	3.3	00	0
45-49	04	2.2	02	1.1	01	0.5
SUBTOTAL	90	50	67	37.2	23	12.7
TOTAL	1 8 0 = 1 0 0 %					

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 7

RELACION ENTRE GRUPO DE EDAD Y GRUPO ETNICO EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

GRUPO DE EDAD	GRUPO ETNICO			
	INDIGENA		NO INDIGENA	
	Nº	%	Nº	%
15-19	08	4.4	12	6.6
20-24	35	19.4	21	11.6
25-29	17	9.4	13	7.2
30-34	22	12.2	09	5
35-39	14	7.7	08	4.4
40-44	10	5.5	03	1.6
45-49	06	3.3	02	1.1
SUBTOTAL	112	62.2	68	37.7
TOTAL	1 8 0 = 1 0 0 %			

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

## CUADRO 8

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

CONOCE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJES %
A. SI	166	92.2%
A. NO	14	7.7%
TOTAL	180	100.0%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

## CUADRO 9

UTILIZACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJES %
A. SI	56	31.1%
B. NO	124	68.8%
TOTAL	180	100.0%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

## CUADRO 10

RESPUESTAS PROPORCIONADAS POR LAS PACIENTES USUARIAS QUE RESPONDIERON NEGATIVAMENTE. EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

SI SU RESPUESTA ES NO. DIGA POR QUE NO LO UTILIZA.	Nº PACIENTES	PORCENTAJE %
A. Son dañinos para la salud	19	10.5 %
B. Su esposo no se lo permite	24	13.3 %
C. Su religión se lo prohíbe	02	1.1 %
D. Desea tener más niños	57	31.7 %
E. Otros	22	12.2 %
TOTAL	124	68.8 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

## CUADRO 11

RESPUESTAS PROPORCIONADAS POR LAS PACIENTES USUARIAS QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE. EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

TIPO DE METODO QUE UTILIZA	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE %
A. Natural	4	2.2 %
B. La Píldora	17	9.5 %
C. Inyecciones	15	8.3 %
D. Barrera	6	3.3 %
E. Permanentes	10	5.5 %
F. Dispositivo Intraúterino	4	2.2 %
G. Otros	0	0.0 %
TOTAL	56	31.1 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 12

TIEMPO DE UTILIZACION DEL METODO ANTICONCEPTIVO EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

CUANTO TIEMPO LO HA UTILIZADO	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE %
A. Menos de 1 año	11	6.1 %
B. De 1 a 2 años	21	11.6 %
C. De 2 a 5 años	15	8.3 %
D. Más de 5 años	9	5.0 %
TOTAL	56	31.1 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 13

SEGURIDAD DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN ENCUESTA REALIZADA. EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

EL METODO QUE USTED UTILIZA ES SEGURO	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE %
A. SI	54	30.0 %
B. NO	02	1.1 %
TOTAL	56	31.1 %
¿POR QUE?		
Causa daño (No específico):	01	0.9 %
Embarazada utilizándolo	01	0.9 %
Espaciamiento de embarazos	14	7.1 %
No embarazos, al utilizarlos	40	22.2 %
TOTAL	56	31.1 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

## CUADRO 14

BENEFICIOS OBTENIDOS PARA LA SALUD AL PLANIFICAR SEGUN ENCUESTA REALIZADA.  
 EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO  
 DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO.  
 DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

HA RECIBIDO ALGUN BENEFICIO PARA SU SALUD AL PLANIFICAR	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE %
A. SI	35	19.4%
B. NO	21	11.6%
TOTAL	56	31.0%
¿POR QUE?		
No enfermedad relacionada	4	2.2%
Se siente bien	3	1.6%
Mejorado su economía	4	2.2%
Al espaciar los embarazos	23	12.9%
Mejor atención familiar	1	0.5%
Alteración de nervios	8	4.4%
Problemas menstruales	9	5.0%
Mareos	2	1.2%
Galactorrea	1	0.5%
Embarazada utilizándolo	1	0.5%
TOTAL	56	31.0%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 15

MEDIOS DE COMUNICACION DONDE SE RECIBIO LA INFORMACION SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

QUIEN LE PROPORCIONO LA INFORMACION SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE %
A. Medios de comunicación masiva.	37	20.5%
B. Comadrona	2	1.1%
C. Puestos de Salud	11	6.1%
D. Centro de Salud	15	8.3%
E. Hospital Nacional	12	6.6%
F. Clinica de APROFAM	39	22.0%
G. Otros	50	27.6%
TOTAL	166	92.2%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 16

FORMA DE OBTENCION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

QUIEN LE DISTRIBUYE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE %
A. Farmacia	11	6.1%
B. Comadrona	3	1.6%
C. Puesto de Salud	1	0.5%
D. Centro de Salud	5	2.9%
E. Hospital Nacional	5	2.9%
F. Clinica de APROFAM	19	10.5%
G. Otros	12	6.6%
TOTAL	56	31.1%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

## CUADRO 17

INFORMACION SOBRE LA OPINION DE LOS ESPOSOS EN CUANTO AL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

SU ESPOSO QUE OPINA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE %
A. Los aprueba	57	31.7%
B. No los conoce	7	3.9%
C. Son dañinos para la salud	35	19.5%
D. Desea tener más niños	53	29.4%
E. Otros	14	7.7%
TOTAL	166	92.2%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

## CUADRO 18

INFORMACION SOBRE LA OPINION DE LA RELIGION EN CUANTO AL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

QUE OPINA SU RELIGION SOBRE EL USO DE MEDIOS ANTICONCEPTIVOS.	RELIGION							
	CATOLICA		EVANGELICA		OTRAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A. Aprueba todos	1	0.5	5	2.7	0	0	6	3.3
B. Desaprueba todos	17	9.4	13	7.2	1	0.5	31	17.2
C. Aprueba solo naturales.	17	9.4	14	7.7	1	0.5	32	17.7
D. No información.	43	23.8	33	18.3	5	2.7	81	45
E. Otros	2	1.1	1	0.5	13	7.2	16	8.8
TOTAL	80	44.2	66	36.4	20	10.9	166	92

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 19 "A"

CREENCIAS O RUMORES RELACIONADOS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO.  
DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

HA ESCUCHADO LAS SIGUIENTES CREENCIAS O RUMORES RELACIONADOS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS	RESPUESTA			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
A. ANTICONCEPTIVOS ORALES				
A.1 Su uso produce daño permanente	37	20.5	143	79.4
A.2 Produce infertilidad	32	17.7	148	82.2
A.3 Produce Cáncer	139	77.2	41	22.7
A.4 Se acumulan en la matriz	37	20.5	143	79.4
A.5 Los bebés nacen deformes	36	20.0	144	80
A.6 Otros	25	13.8	155	86.1
TOTAL	1 8 0 = 1 0 0 %			

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 19 "B"

CREENCIAS O RUMORES RELACIONADOS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO.  
DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

HA ESCUCHADO LAS SIGUIENTES CREENCIAS O RUMORES RELACIONADOS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS	RESPUESTA			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
B. INYECCIONES				
B.0 Causan Cáncer	88	48.8	92	51.1
B.1 Otros	81	45.0	99	45.0
TOTAL	1 8 0 = 1 0 0 %			

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)



## CUADRO 19 "C"

CREENCIAS O RUMORES RELACIONADOS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO.  
DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

HA ESCUCHADO LAS SIGUIENTES CREENCIAS O RUMORES RELACIONADOS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS	RESPUESTA			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
C. DISPOSITIVO INTRAUTERINO				
C.1 Si se usa, la mujer no puede tener más niños.	14	7.7	166	92.2
C.2 Causa Cáncer	68	37.7	112	62.2
C.3 Puede viajar a través del cuerpo en la mujer	28	15.5	152	84.4
C.4 Si se embaraza éste se incrusta en el cuerpo del bebé	69	38.3	111	61.6
C.5 Otros	61	33.8	119	66.1
TOTAL	1 8 0 = 1 0 0 %			

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

## CUADRO 19 "D"

CREENCIAS O RUMORES RELACIONADOS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO.  
DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

HA ESCUCHADO LAS SIGUIENTES CREENCIAS O RUMORES RELACIONADOS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS	RESPUESTA			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
D. METODOS DE BARRERA				
D.1 CONDONES, se rompen y quedan para siempre en las mujeres	11	6.1	169	93.8
D.2 Debilitan la fortaleza del hombre	9	5.0	171	95.0
D.3 Se usan solo con prostitutas	23	12.7	157	87.2
D.4 Otros	130	72.2	50	27.7
D.5 ESPERMATICIDAS, causan bebés deformes	16	8.8	164	91.1
D.6 Causan Cáncer	47	26.1	133	73.8
D.7 Otros	112	62.2	68	37.7
TOTAL	1 8 0 = 1 0 0 %			

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 19 "E"

CREENCIAS O RUMORES RELACIONADOS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

HA ESCUCHADO LAS SIGUIENTES CREENCIAS O RUMORES RELACIO NADOS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS	RESPUESTA			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
E. LIGADURA DE TROMPAS				
E.1 Es dolorosa y complicada	22	12.2	158	87.7
E.2 Debilita a la mujer	36	20.0	144	80.0
E.3 Después la mujer ya no menstrúa	13	7.2	167	92.7
E.4 Otros	111	61.1	69	38.3
TOTAL	1 8 0 = 1 0 0 %			

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 19 "F"

CREENCIAS O RUMORES RELACIONADOS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO 1994.

HA ESCUCHADO LAS SIGUIENTES CREENCIAS O RUMORES RELACIO NADOS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS	RESPUESTA			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
F. VASECTOMIA				
F.1 Es igual a la castración	72	40.0	108	60
F.2 No puede realizarse el acto sexual	32	17.7	148	82.2
F.3 Causa Problemas del Corazón	8	4.4	172	95.5
F.4 Otros	86	47.7	94	52.2
TOTAL	1 8 0 = 1 0 0 %			

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 19 "G"

CREENCIAS O RUMORES RELACIONADOS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

HA ESCUCHADO LAS SIGUIENTES CREENCIAS O RUMORES RELACIONADOS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS	RESPUESTA			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
G. METODO NATURAL				
G.1 Puede usarlo únicamente mujeres con alto nivel educativo	7	3.8	173	96.1
G.2 No sirve	58	32.2	122	67.7
G.3 La mayoría de los hombres no acepta la abstinencia periódica	37	20.5	143	79.4
G.4 Otros	80	44.4	100	55.5
TOTAL	1 8 0 = 1 0 0 %			

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

CUADRO 20

INFORMACION SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994.

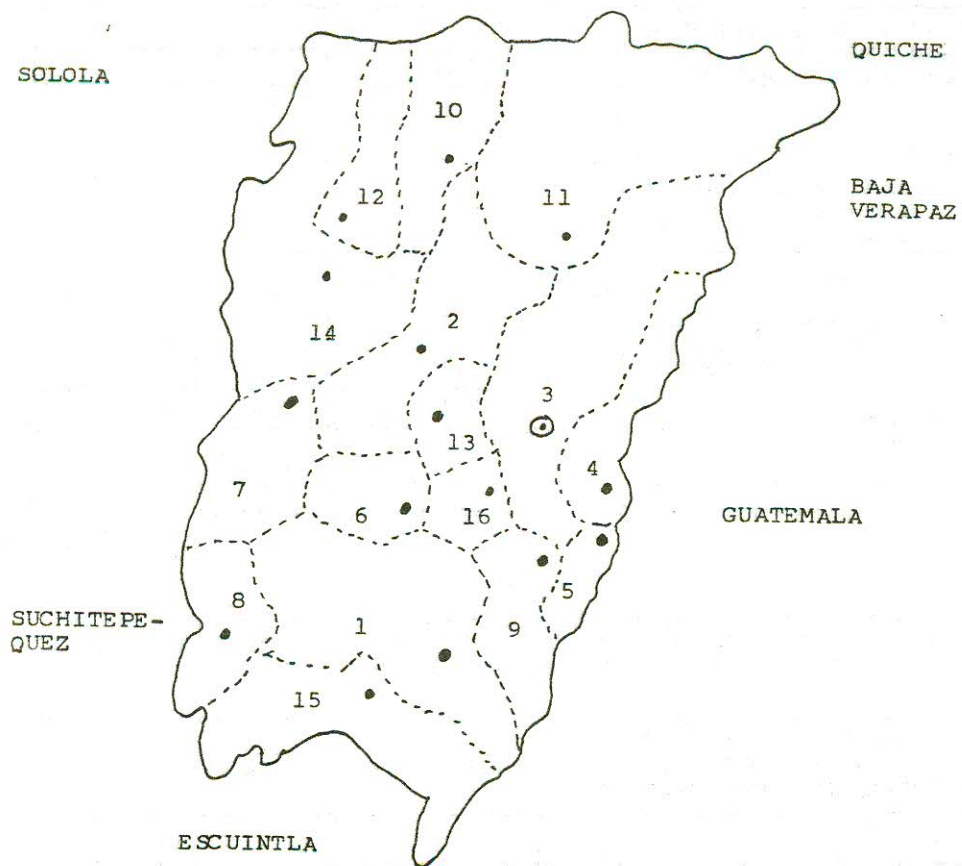
HA RECIBIDO LA SUFICIENTE INFORMACION SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE %
A. SI	39	21.1%
B. NO	127	70.5%
TOTAL	166	92.2%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (Ver anexo 1)

GRAFICA 1

LUGAR DE ORIGEN Y/O RESIDENCIA

EN PACIENTES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONSULTAN, AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO. DEL 8 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1994



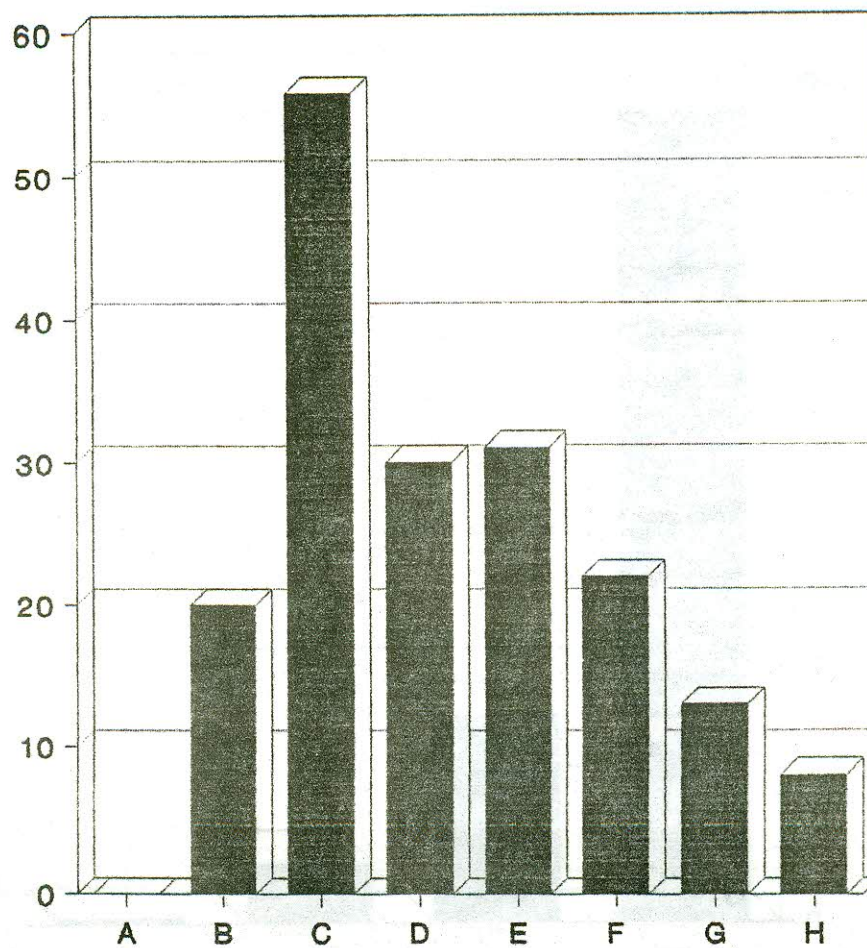
- |                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. Acatenango (1.6%)     | 9. San Andrés Itzapa (8.8%)     |
| 2. Comalapa (3.8%)       | 10. San José Poaquil (0.5%)     |
| 3. Chimaltenango (44.4%) | 11. San Martín Jilotepeque (5%) |
| 4. El Tejar (8.3%)       | 12. Santa Apolonia (0%)         |
| 5. Parramos (2.7%)       | 13. Santa Cruz Balanyá (1.1%)   |
| 6. Patzicia (8.8%)       | 14. Tecpán, Guatemala (6.1%)    |
| 7. Patzún (3.8%)         | 15. Yepocapa (0%)               |
| 8. Pochuta (0%)          | 16. Zaragoza (4.4%)             |

TOTAL: 180 pacientes = 100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

# GRAFICA 1

## GRUPO DE EDAD

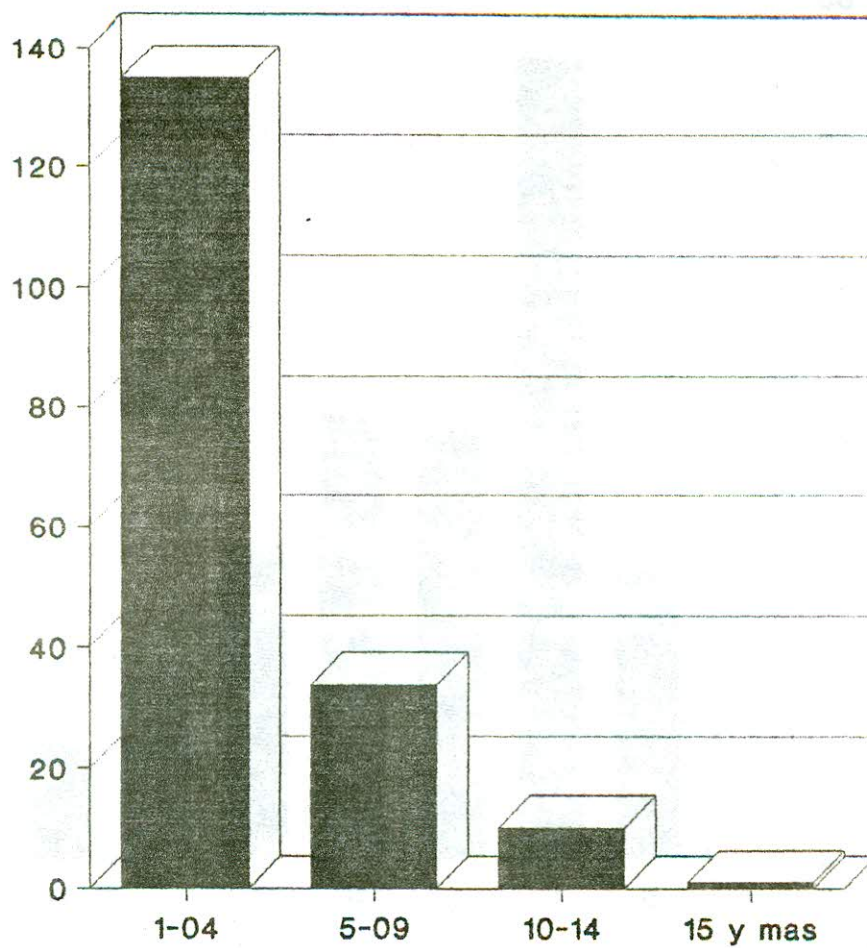


A- 10-14 B- 15-19 C- 20-24 D- 25-29

E- 30-34 F- 35-39 G- 40-44 H- 45-49

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

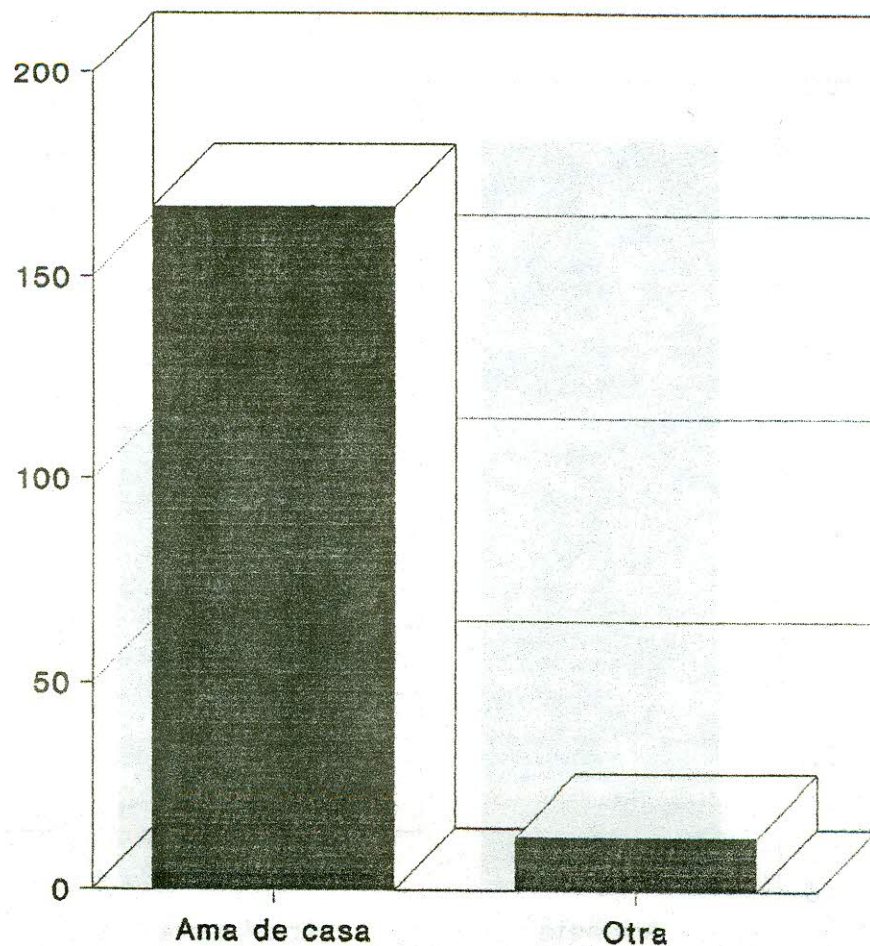
## GRAFICA 2 NUMERO DE NIÑOS



FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

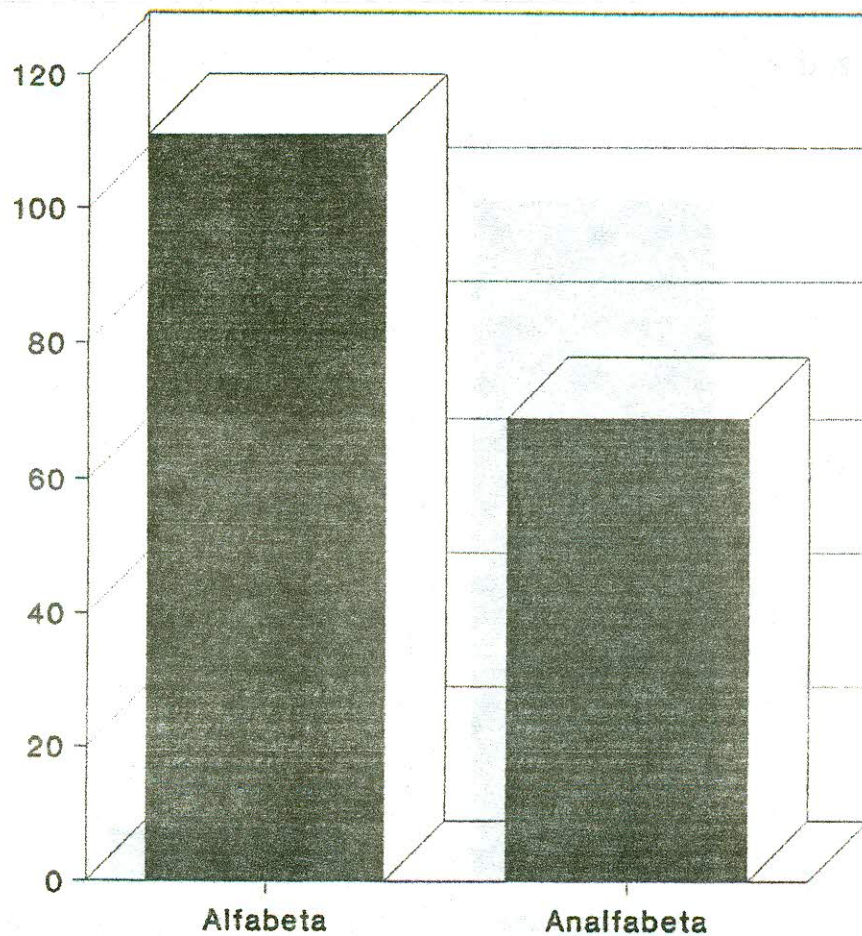
# GRAFICA 3

## OCUPACION



FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

## GRAFICA 4 ESCOLARIDAD

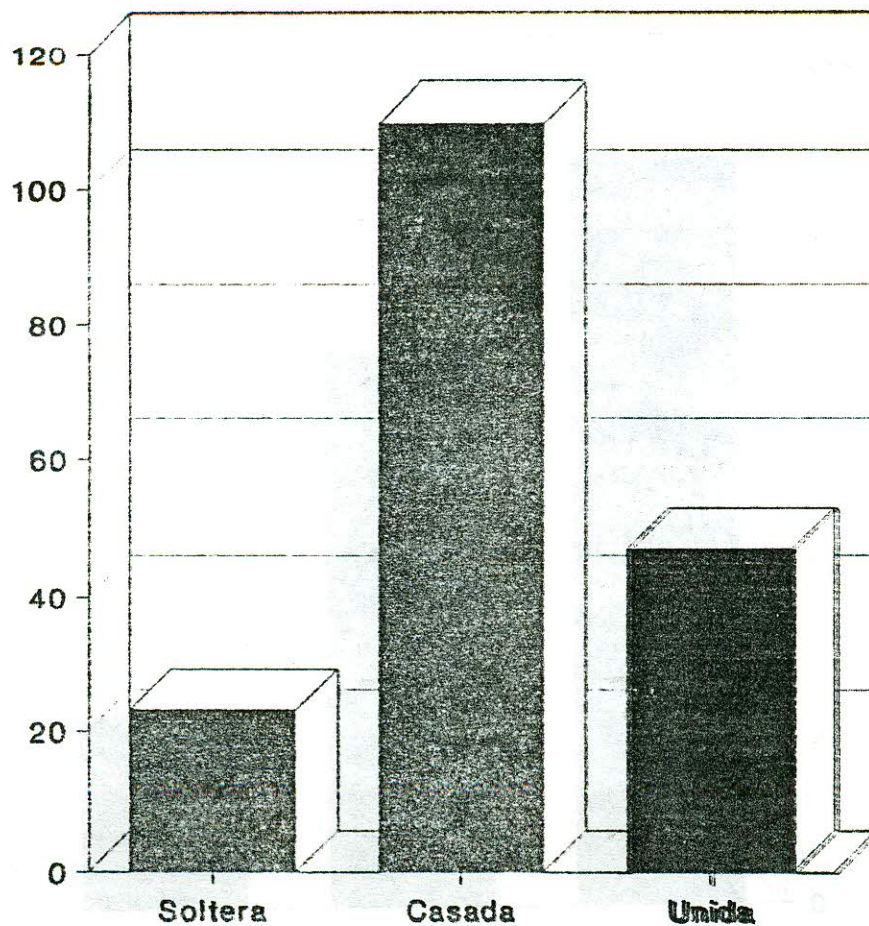


FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).



# GRAFICA 5

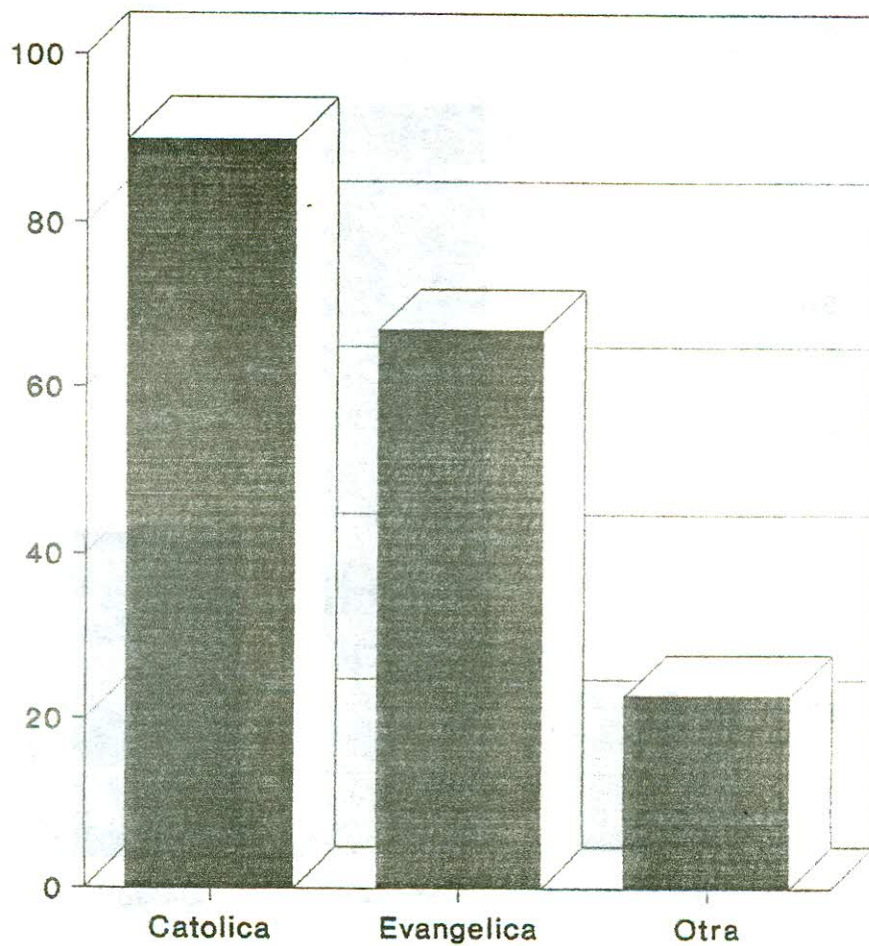
## ESTADO CIVIL



FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

# GRAFICA 6

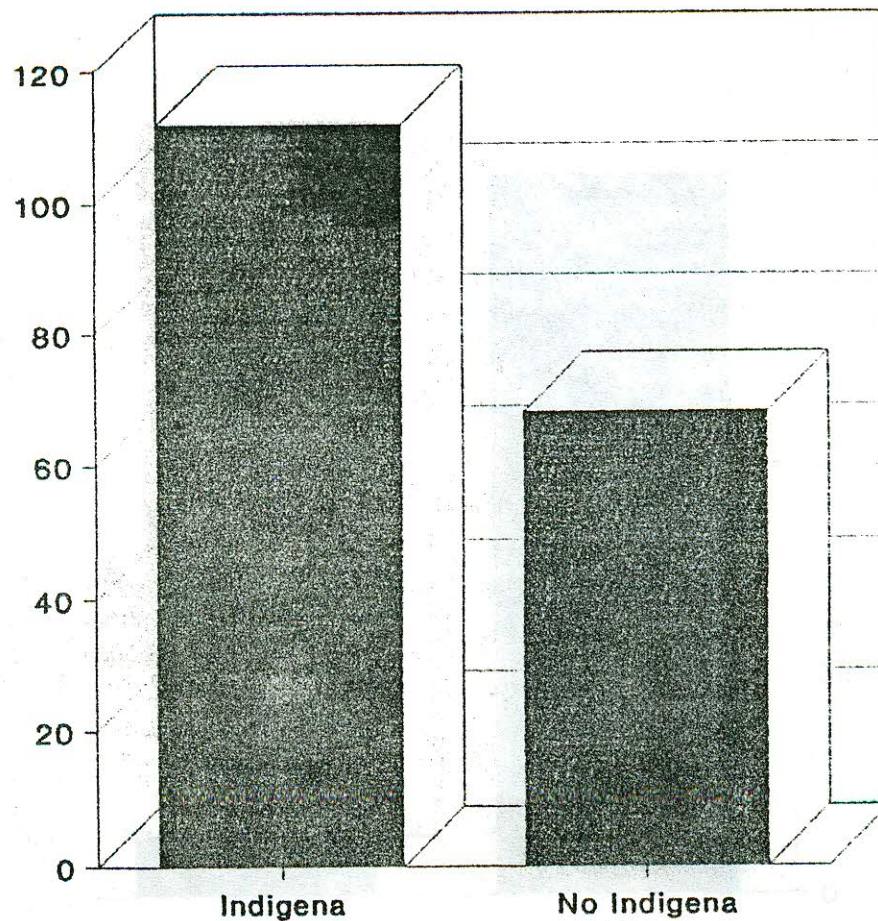
## RELIGION



FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

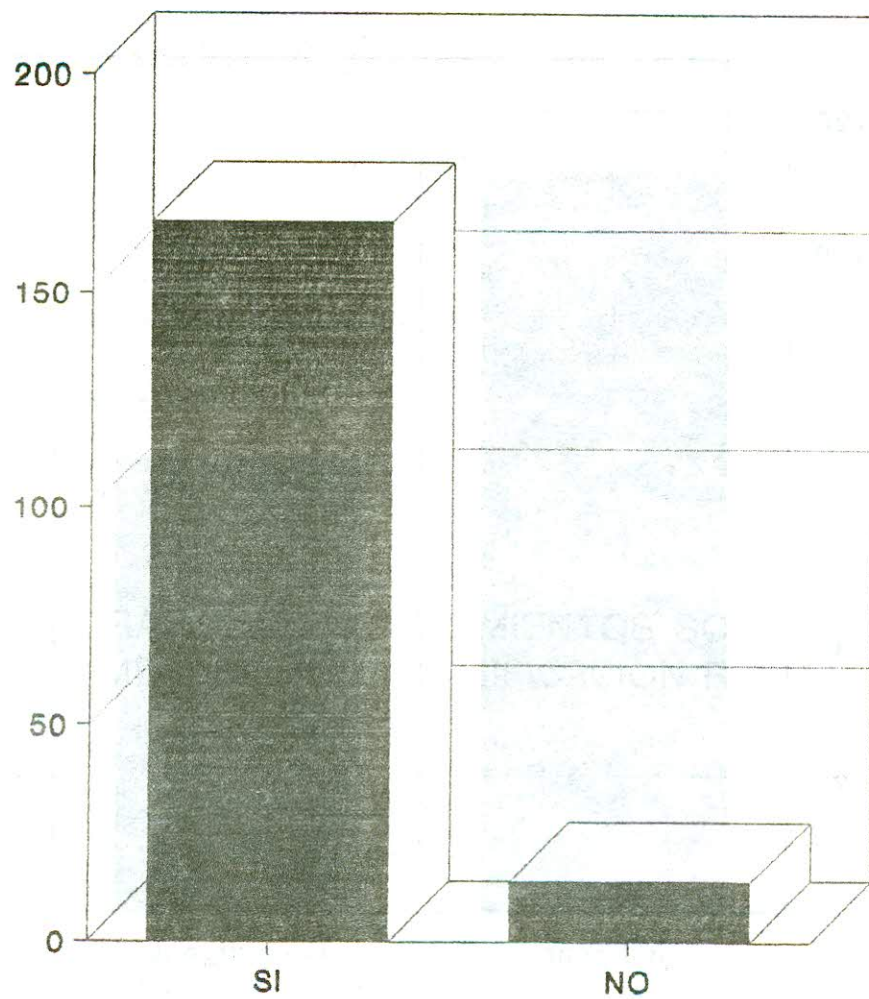
# GRAFICA 7

## GRUPO ETNICO



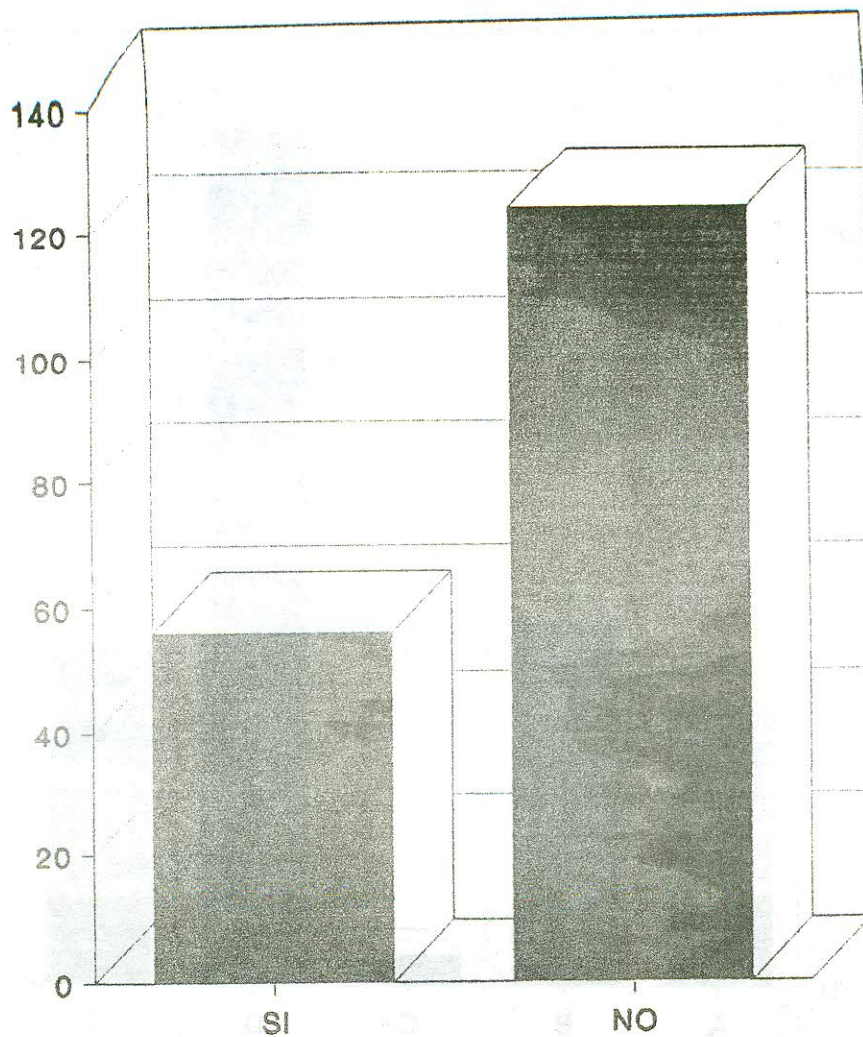
FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

GRAFICA 8. CONOCIMIENTOS SOBRE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



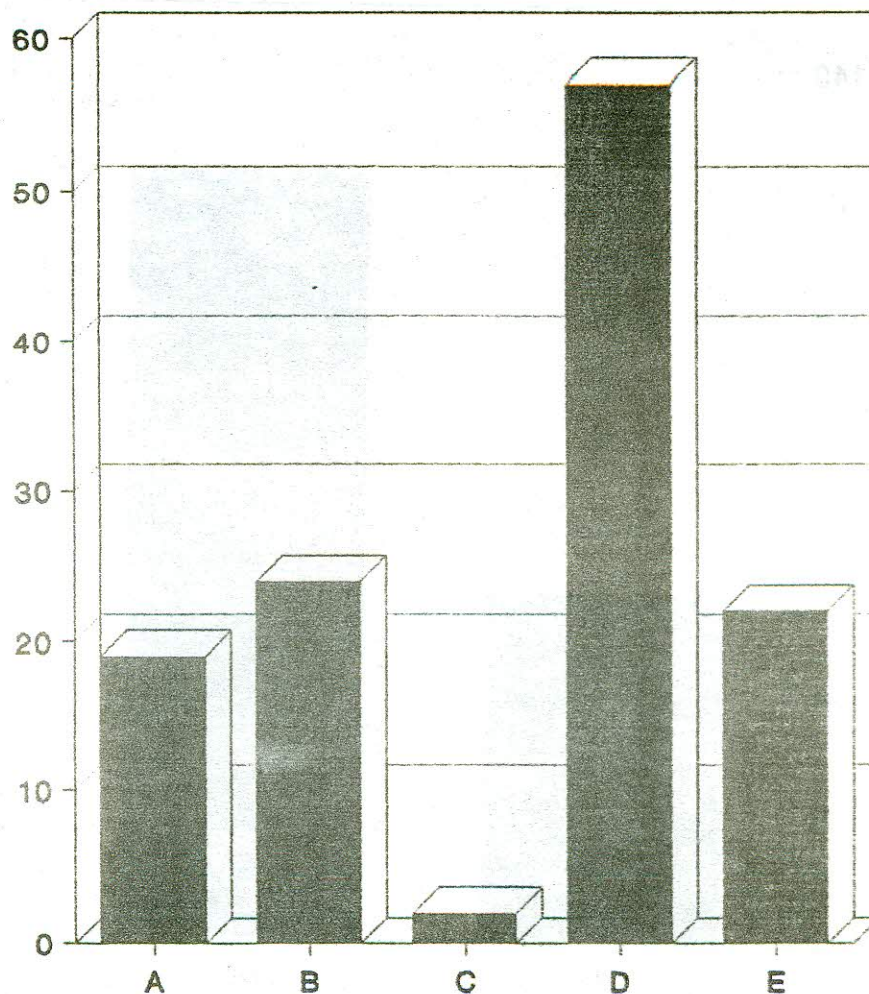
FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

## GRAFICA 9. UTILIZACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

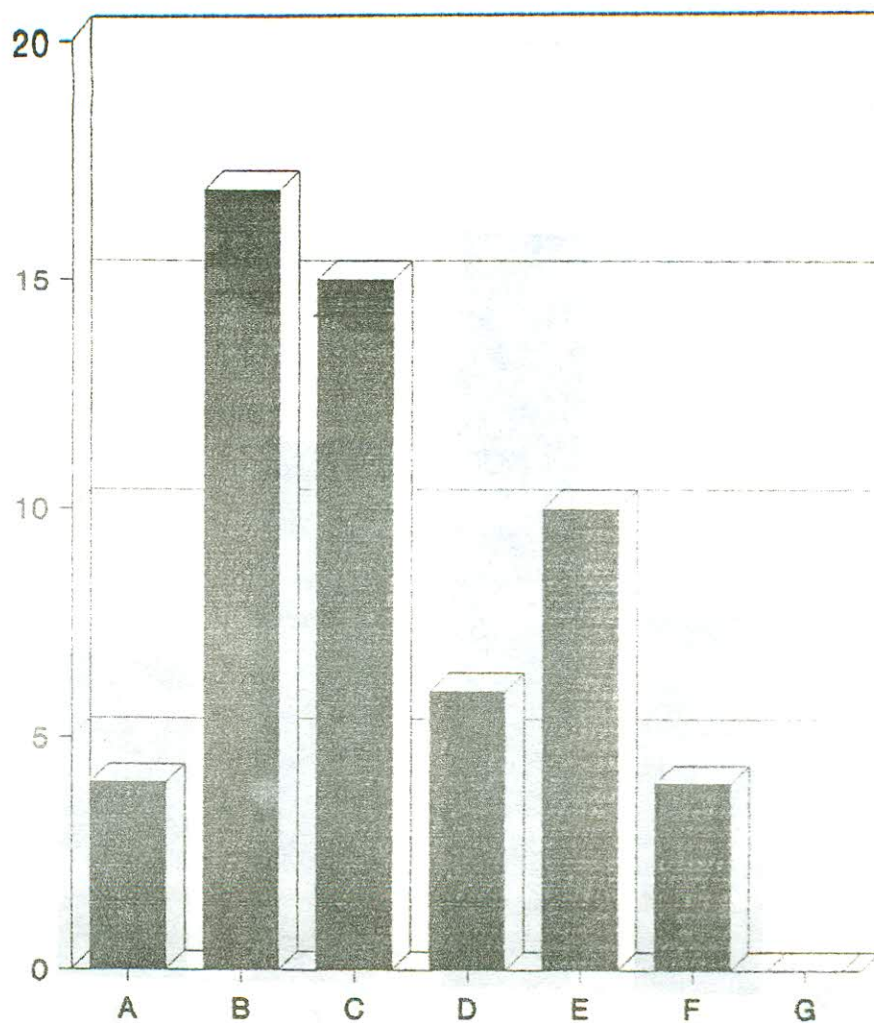
## GRAFICA 10 RESPUESTA DE LAS PACIENTES QUE RESPONDIERON NEGATIVAMENTE



- A- Son dañinos para la salud
- B- Su esposo no se lo permite
- C- Su religión se lo prohíbe
- D- Desea tener mas niños
- E- Otros

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

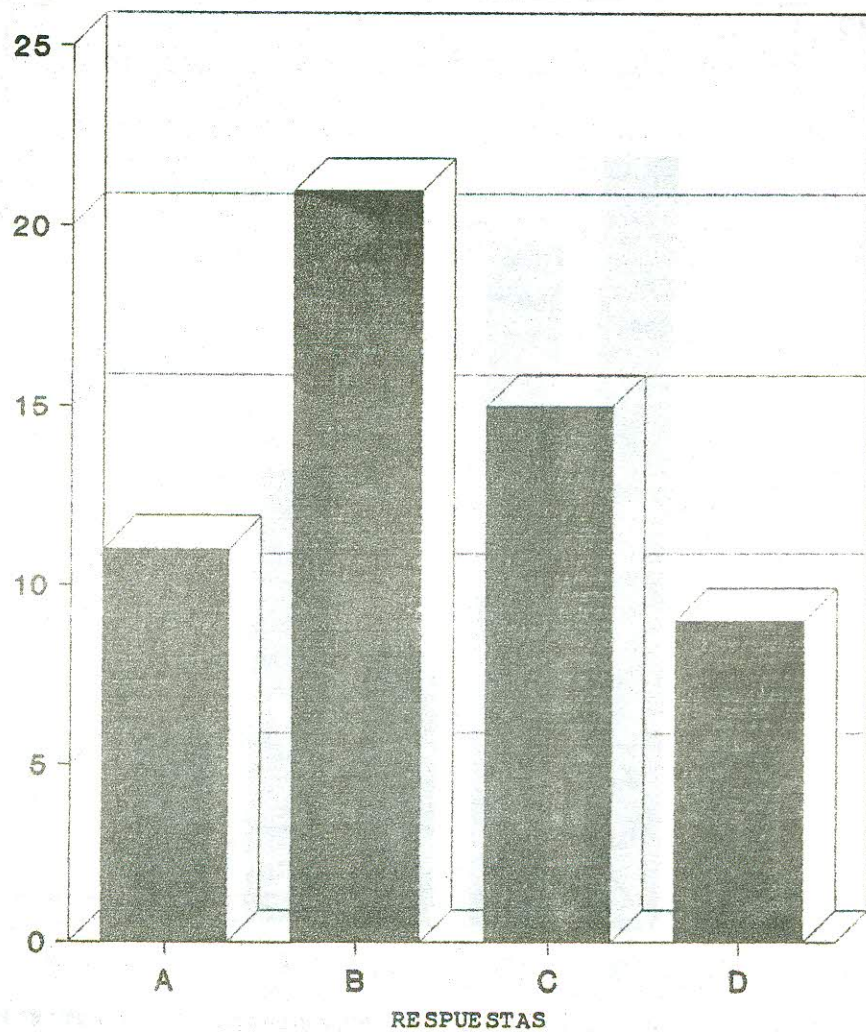
## GRAFICA 11 RESPUESTA DE LAS PACIENTES QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE



A- Natural    B- La píldora    C- Inyecciones    D- Barrera  
E- Permanentes    F- Dispositivo Intraúterino    G- Otros

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

## GRAFICA 12. TIEMPO DE UTILIZACION DEL METODO ANTICONCEPTIVO

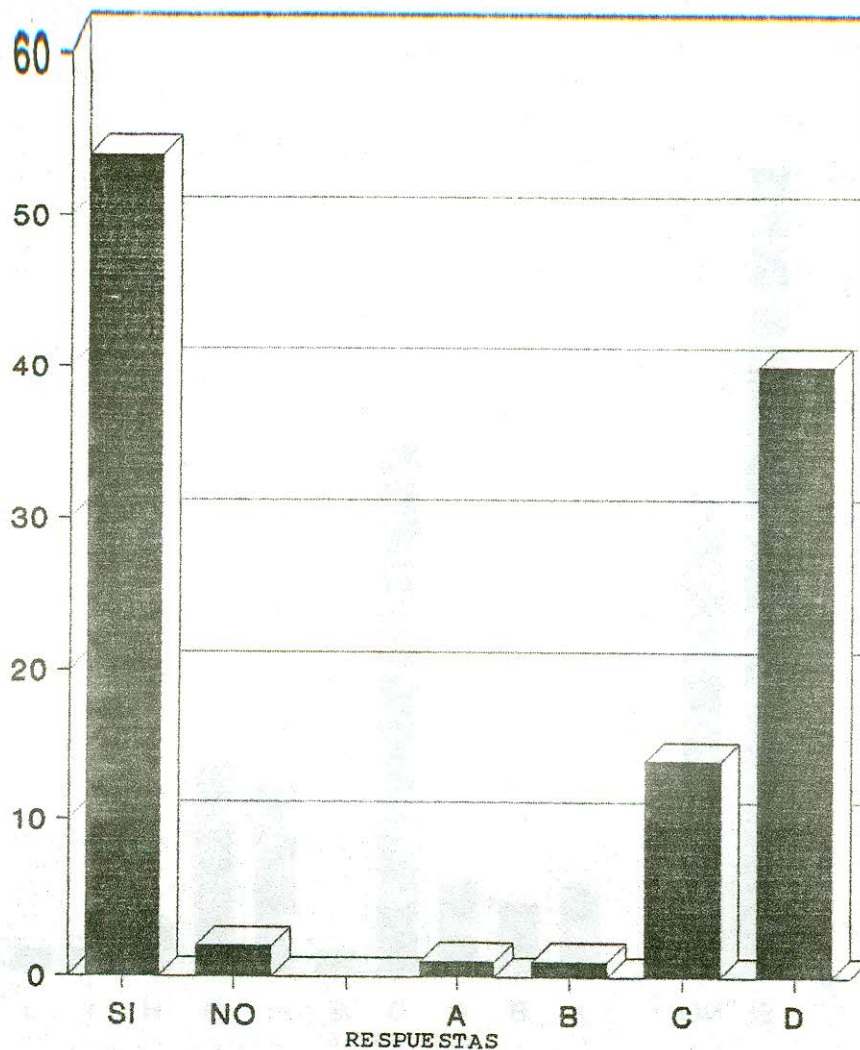


A- Menos de 1 años B- De 1 a 2 años C- De 2 a 5 años  
D- Mas de 5 años

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).



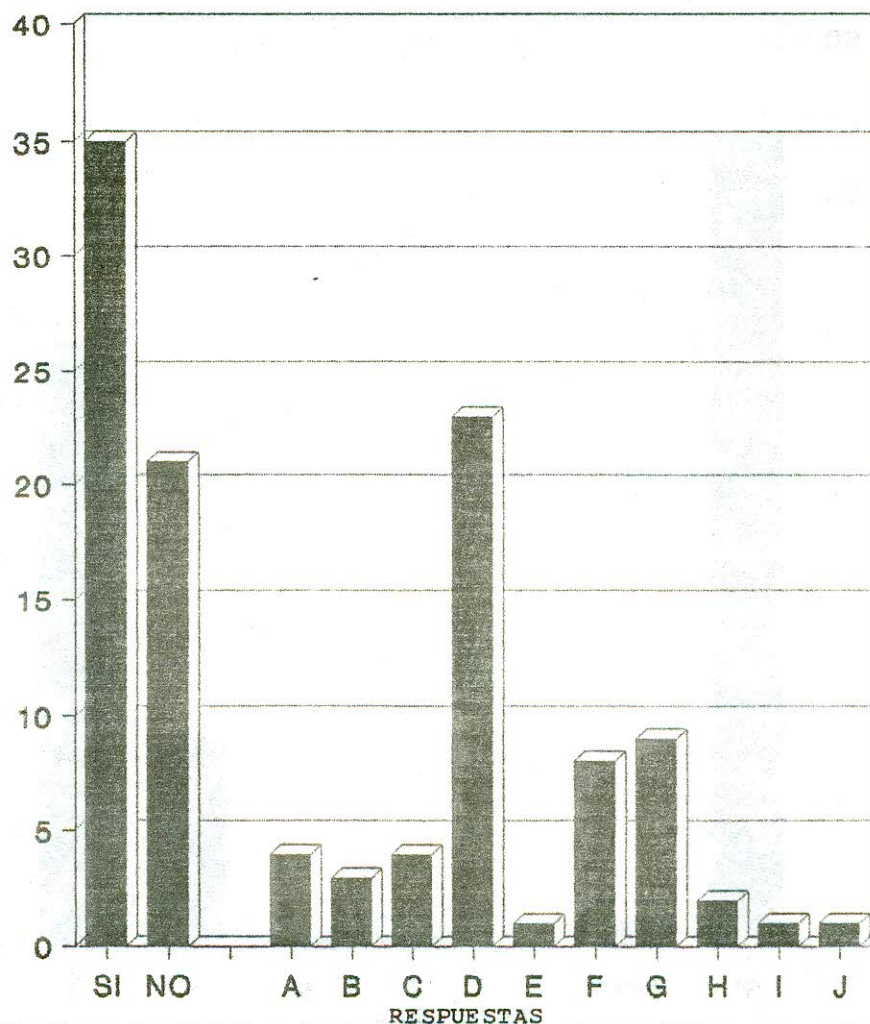
## GRAFICA 13. SEGURIDAD DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



A- Causa daño (No específico) B- Embarazada (Utilizándolo)  
C- Espaciamiento de embarazos D- No embarazos (Utilizándolo)

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

GRAFICA 14. BENEFICIOS OBTENIDOS PARA LA SALUD AL PLANIFICAR

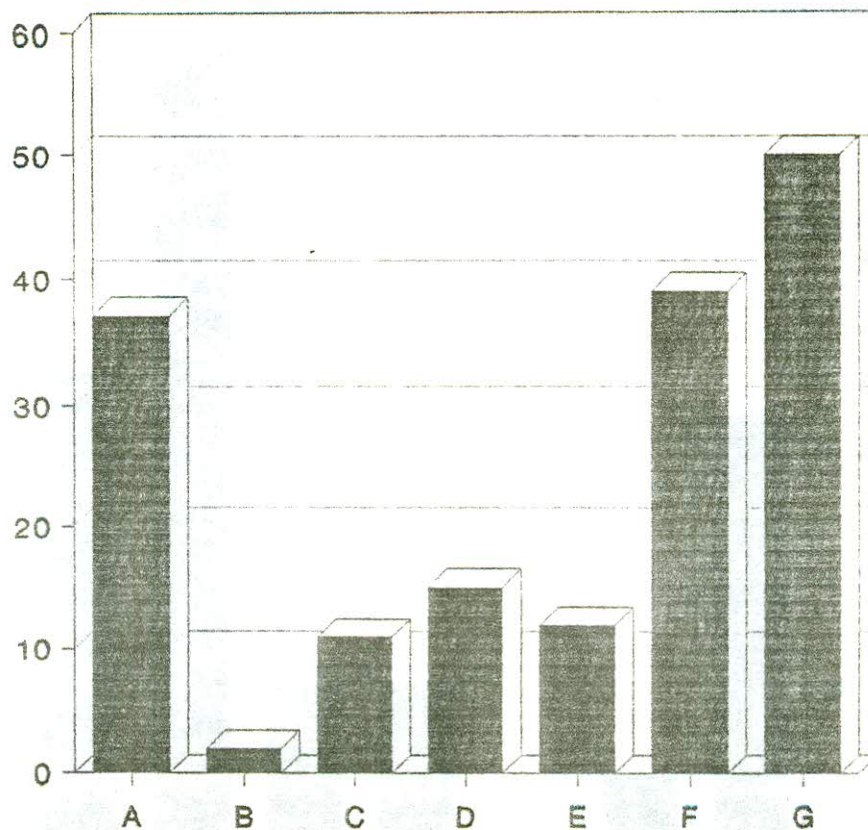


RESPUESTAS  
 A- No enfermedad relacionada B- Se siente bien C- Mejorado economía  
 D- Al espaciar los embarazos E- Mejorar atención familiar  
 F- Alteración de nervios G- Problemas menstruales H- Mareos  
 I- Galactorrea J- Embarazada (Utilizándolo)

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

# GRAFICA 15

Medios de Información Sobre Metodos  
FRECUENCIA Anticonceptivos



RESPUESTA

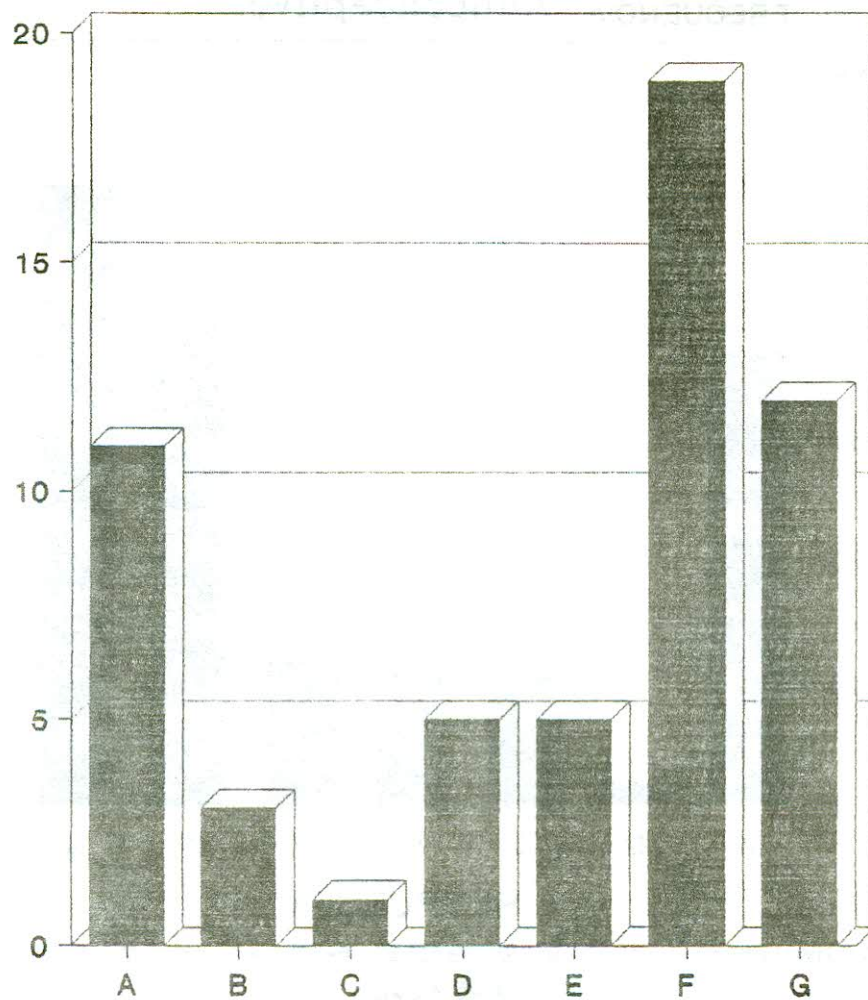
A- Medios de comunicación masiva B- Comadrona C- Puesto de salud

D- Centro de salud E- Hospital Nacional F- Clínica de APROFAM

G- Otros

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

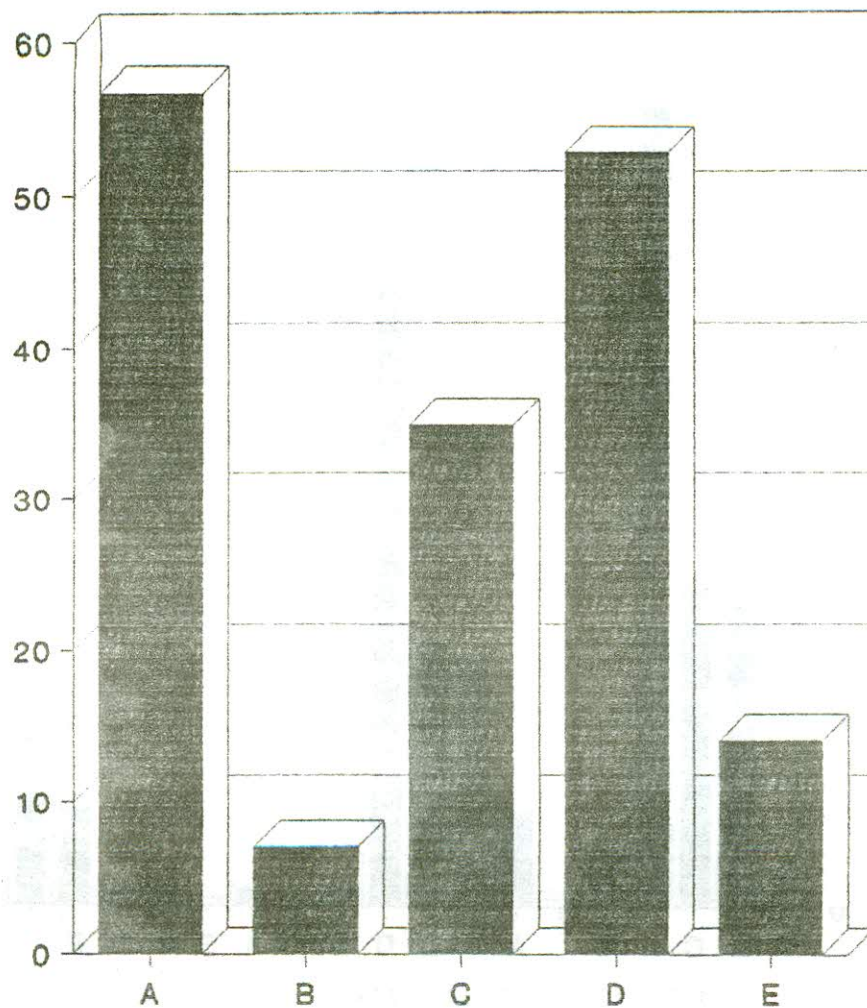
GRAFICA 16. FORMA DE OBTENCION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



A- Farmacia B- Comadrona C- Puesto de salud D- Centro de salud  
E- Hospital Nacional F- Clínica de APROFAM G- Otros

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

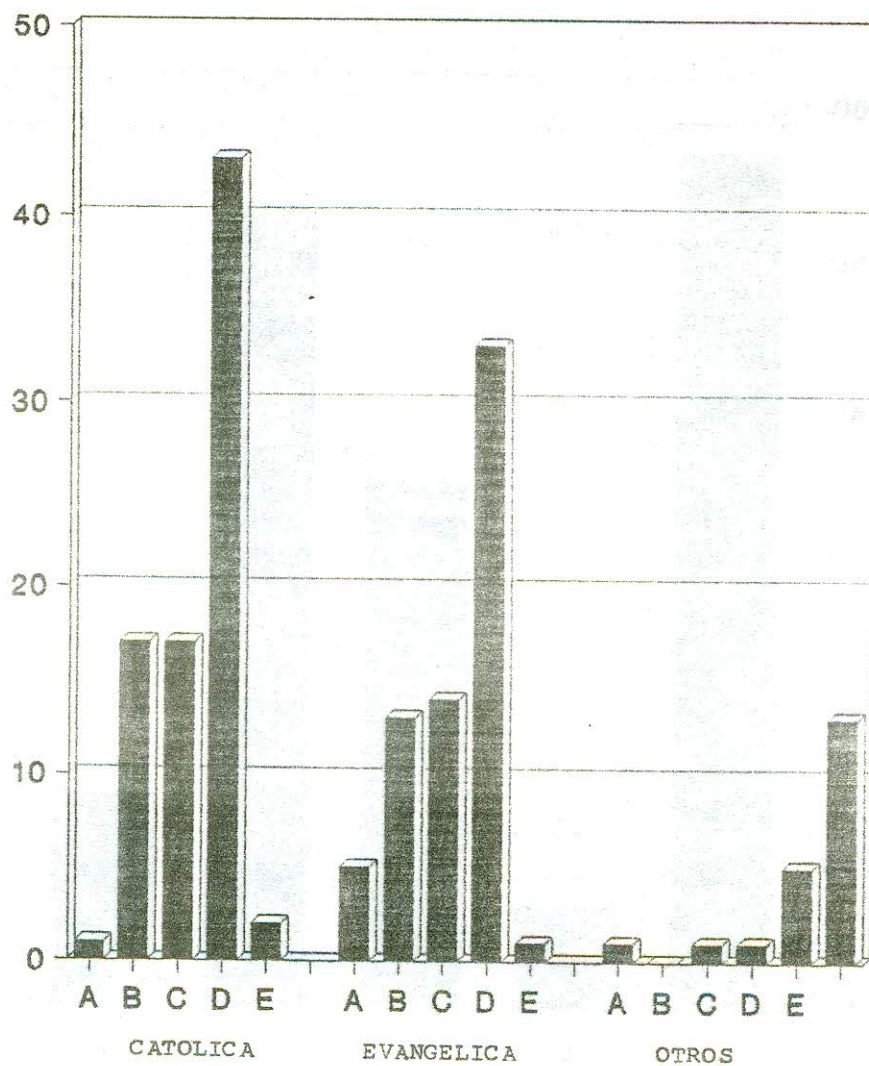
## GRAFICA 17. OPINION DE LOS ESPOSOS EN CUANTO AL USO DE ANTICONCEPTIVOS



A- Los aprueba B- No los conoce C- Son dañinos para la salud  
D- Desea tener mas niños E- Otros

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

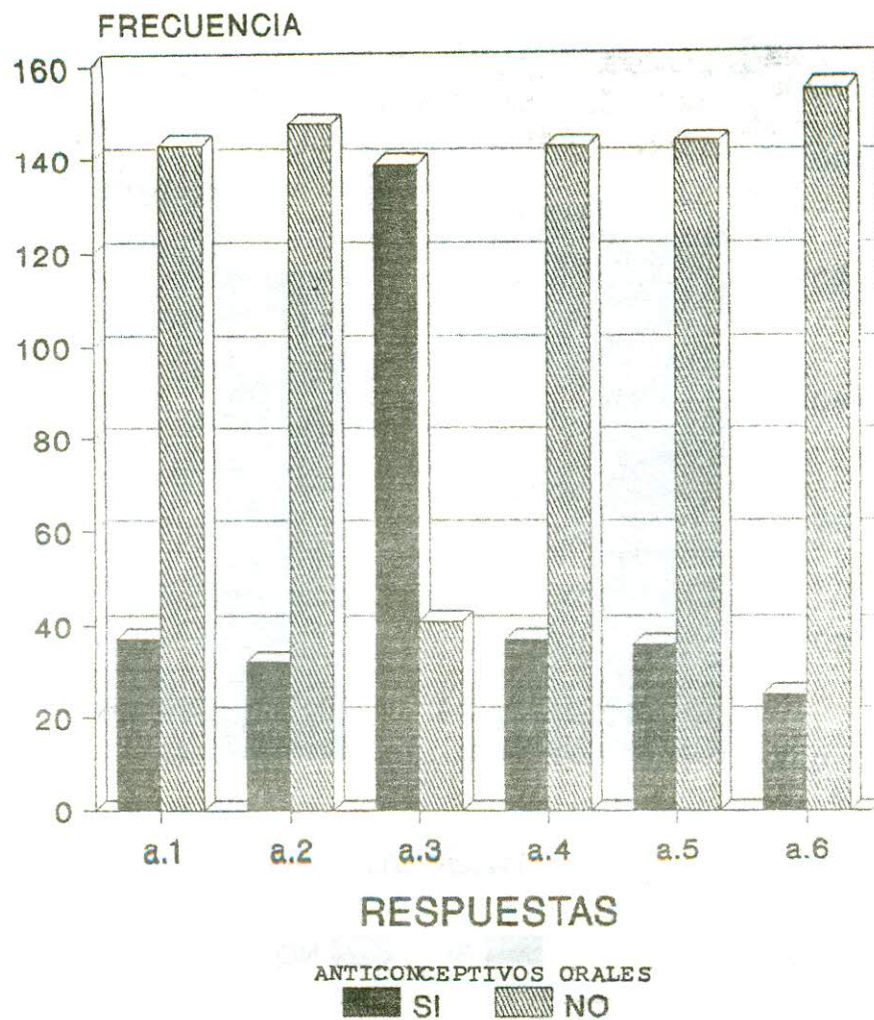
## GRAFICA 18. OPINION DE LA RELIGION EN CUANTO AL USO DE ANTICONCEPTIVOS



A- Aprueba todos los métodos B- Desaprueba todos los métodos  
 C- Aprueba únicamente los métodos naturales  
 D- No le han informado E- Otros

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

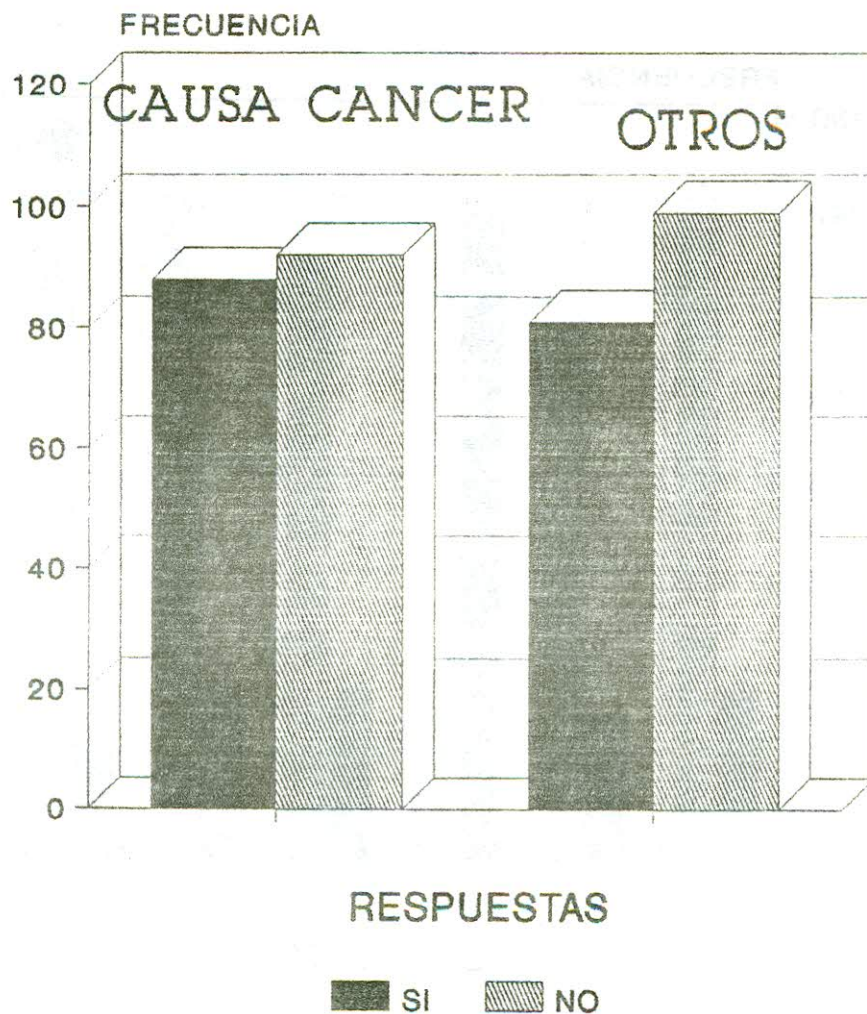
## GRAFICA 19 A. CREENCIAS O RUMORES SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



a.1 Su uso produce daño permanente a.2 Produce infertilidad  
a.3 Produce Cáncer a.4 Se acumulan en la matriz  
a.5 Los bebés nacen deformes a.6 Otros

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo I).

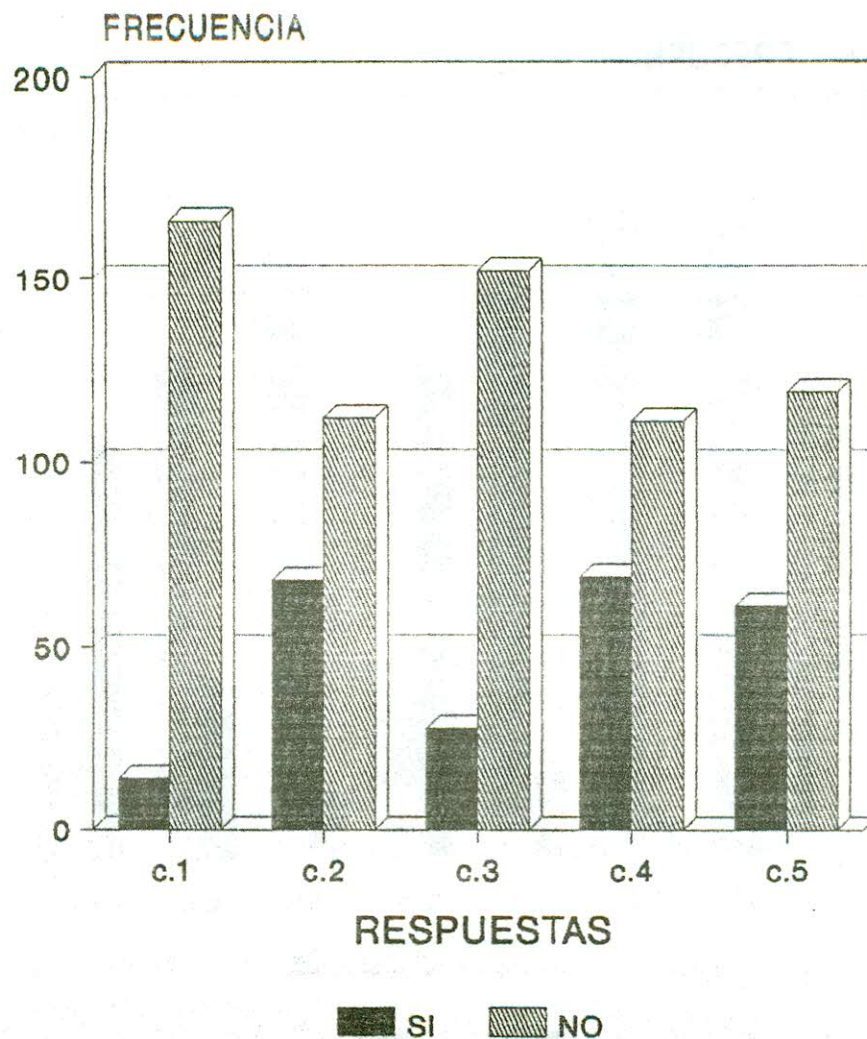
GRAFICA 19 B. CREENCIAS O RUMORES  
SOBRE ANTICONCEPTIVOS PARENTERALES



FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).



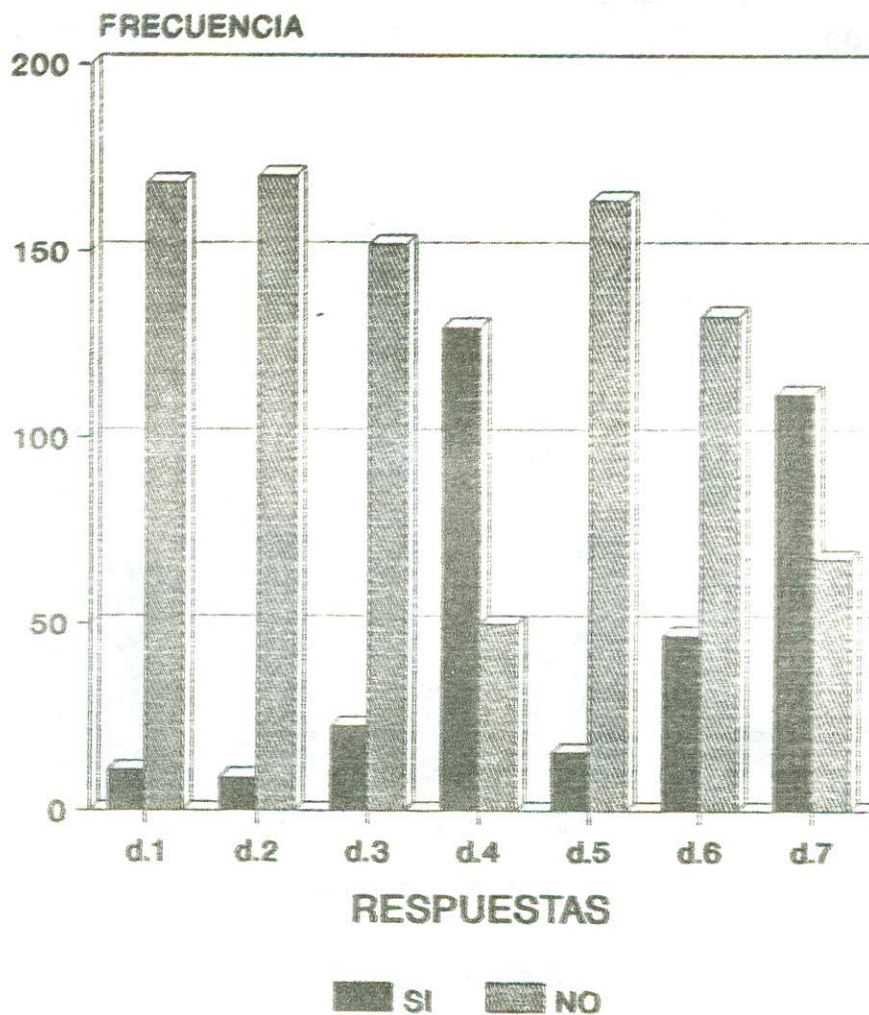
## GRAFICA 19 C. CREENCIAS O RUMORES SOBRE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS



c.1 Si se usa, la mujer no puede tener mas niños  
c.2 Causa Cáncer  
c.3 Puede viajar a través del cuerpo de la mujer  
c.4 Si se embaraza, este se incrusta en el cuerpo del bebe  
c.5 Otros

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

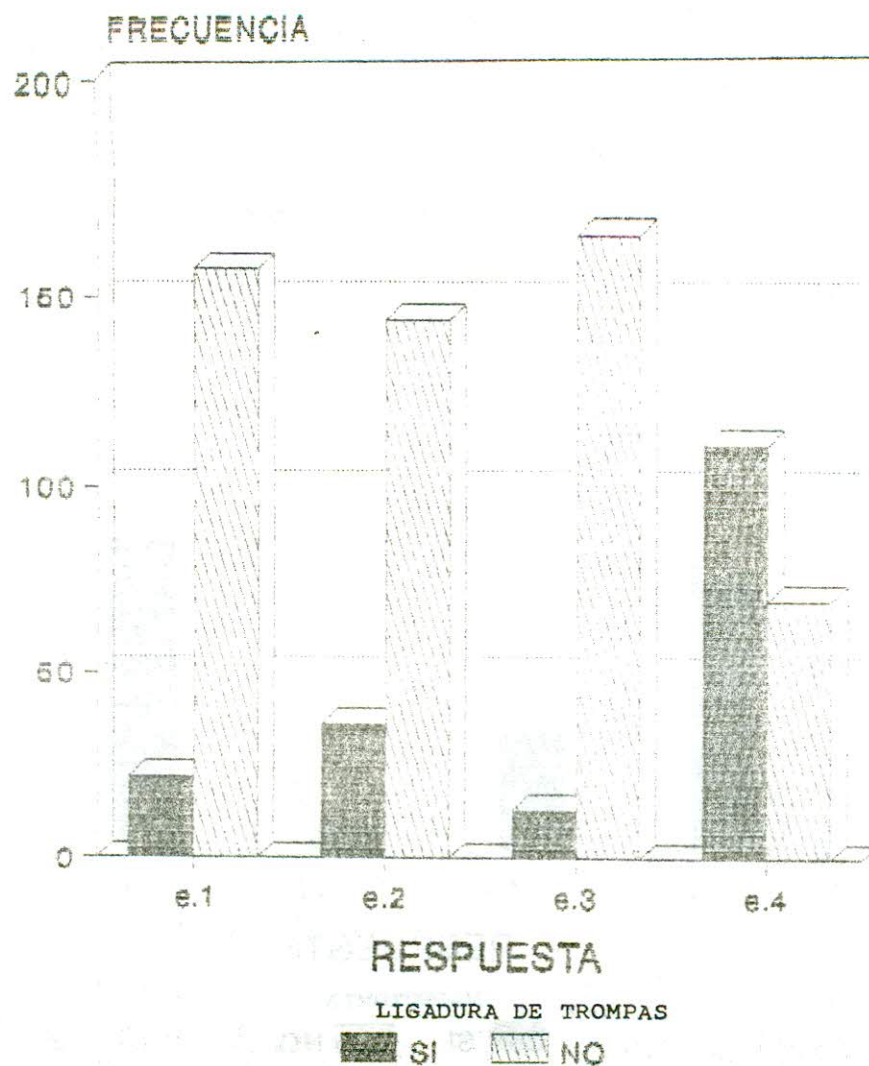
## GRAFICA 19 D.CREENCIAS O RUMORES SOBRE METODOS DE BARRERA



d.1 CONDONES, se rompen y quedan para siempre en la mujer  
 d.2 Debilitan la fortaleza del hombre d.3 Se usan solo con  
 prostitutas d.4 Otros d.5 ESPERMATICIDAS, causan bebes deformes  
 d.6 Causan cáncer d.7 Otros

FUENTES: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

# GRAFICA 19 "E"

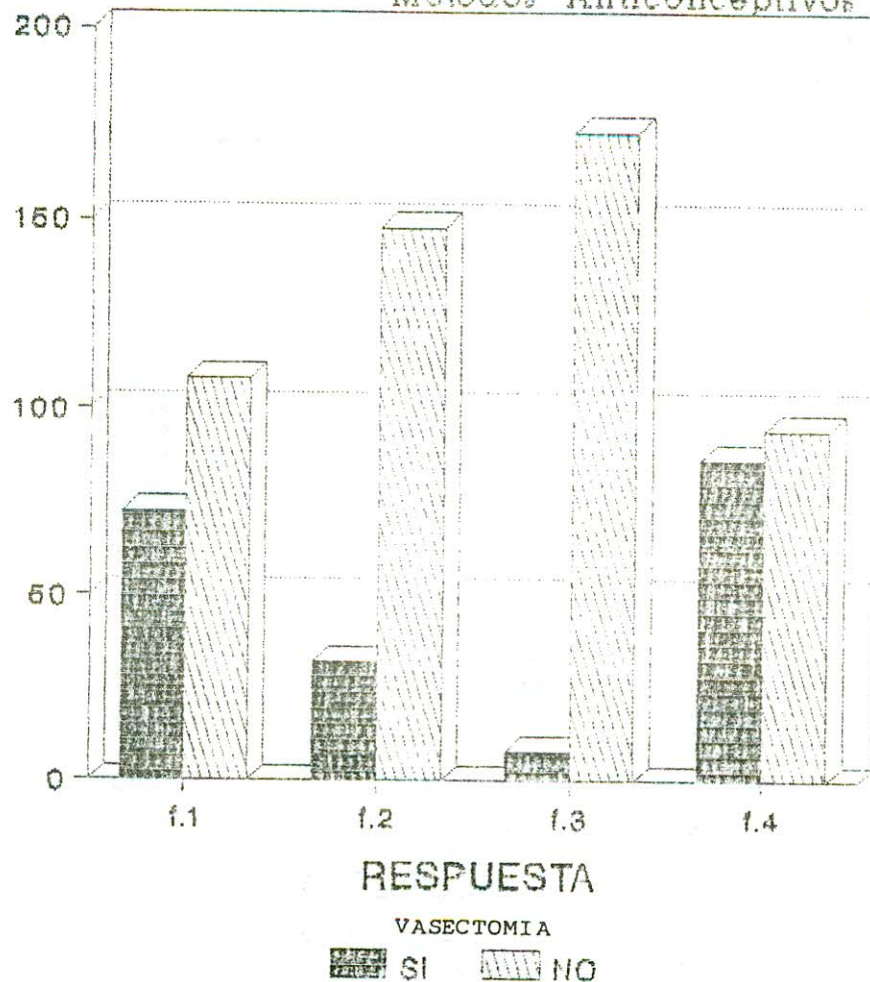


e.1 Es dolorosa y complicada e.2 Debilita a la mujer  
e.3 Después la mujer ya no menstrúa e.4 Otros

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

# GRAFICA 19 "F"

Creencias o Rumores Relacionados con  
FRECUENCIA Métodos Anticonceptivos

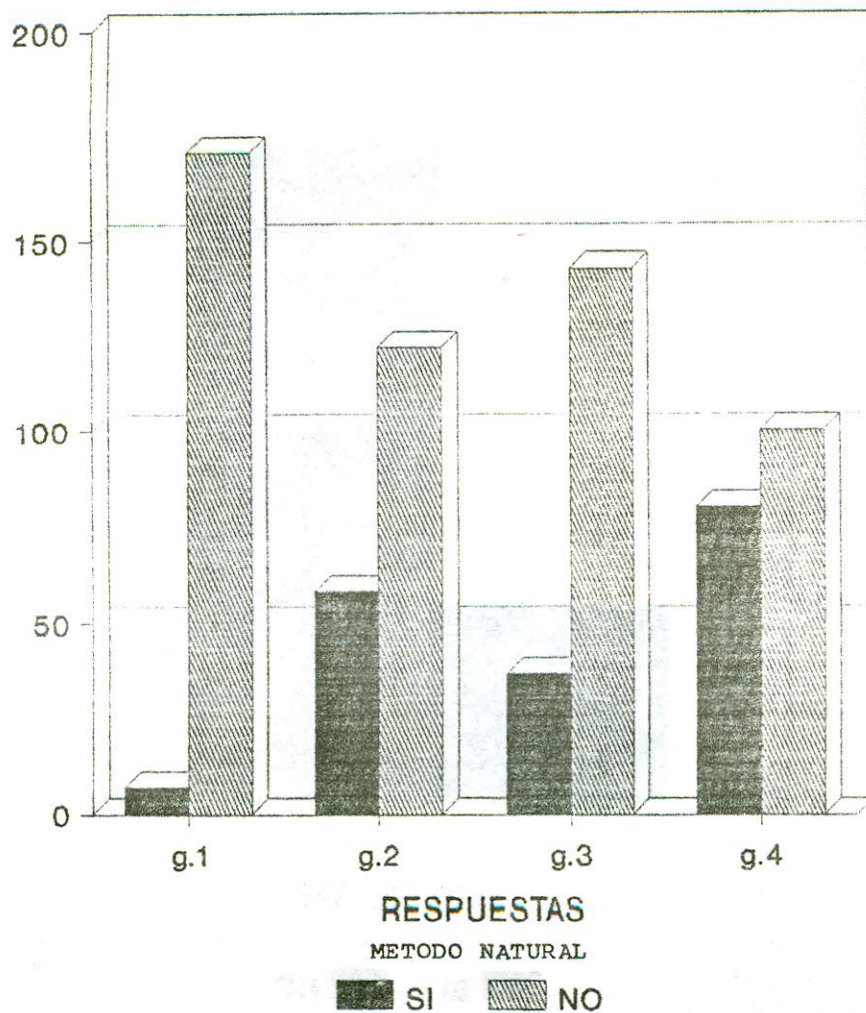


f.1 Es igual a la castración f.2 No puede realizarse el acto sexual  
f.3 Causa problemas del corazón f.4 Otros

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

# GRAFICA 19 "G"

Creencias o Rumores Relacionados Con  
FRECUECIA Metodos Anticonceptivos

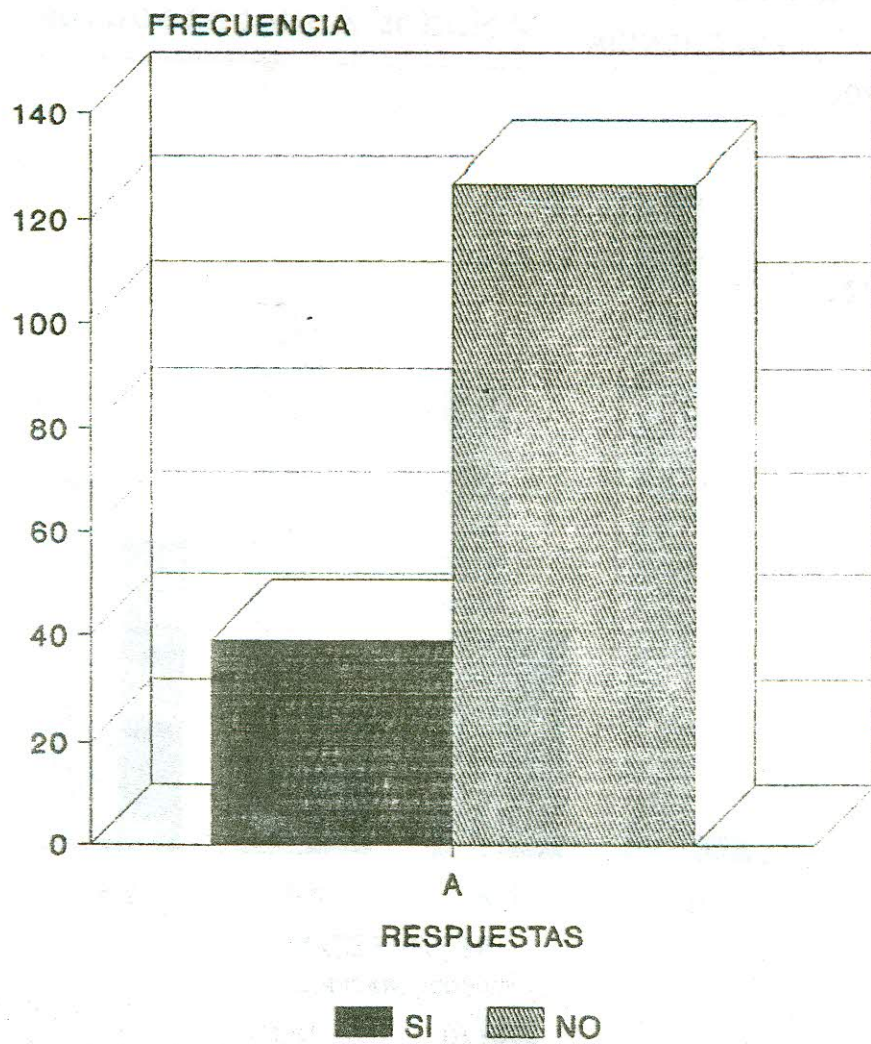


g.1 Puede usarlo únicamente mujeres con alto nivel educativo  
g.2 No sirve g.3 La mayoría de los hombres no acepta la  
abstinencia periódica g.4 Otros

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

# GRAFICA 20

Información Sobre los Métodos Anticonceptivos



FUENTE: Boleta de recolección de datos (Ver anexo 1).

### VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

El presente es un estudio descriptivo-prospectivo, realizado en pacientes usuarias de métodos anticonceptivos, que consultan al departamento de Gineco-obstetricia. Del Hospital Nacional de Chimaltenango del 8 de abril al 20 de mayo de 1994. Realizándose una entrevista personal a cada paciente, para posteriormente llenar los datos de la encuesta siendo un total de 180 pacientes entrevistadas.

Siendo así, se presentarán analizarán y discutirán a continuación los resultados obtenidos en el presente estudio.

#### CUADRO DEL 1 AL 7:

Se puede observar que el municipio que más consulta al departamento de Gineco-obstetricia, es Chimaltenango (44.4%), debido a que dicho Hospital se encuentra ubicado en este; en segundo lugar con resultados similares se encuentran Patzicía y San Andrés Itzapa (8.8%), ubicándolos en el mapa estos se encuentran cercanos y accesibles a dicho Hospital. Siendo la población de 20-24 años (31.1%), que refleja que se trata de una población joven, encontrándose en la tercera década de su vida. Encontrándose la mayoría de mujeres con un Número de niños de 1-4 (75%), observando que su ocupación mayoritaria es ama de casa (92.7%) y una minoría a otros oficios (7.2%) soemtp estas maquiladoras, maestras, etc. Siendo la religión predominante católica (50%). Pertenecientes al grupo étnico indígena Cackchiquel (62.2%) ya que éste resultado se compara al total en Chimaltenango que es de 71.9%. (9)

Se puede observar que el 61.6% son alfabetas, encontrándose que la mayoría de pacientes han cursado la primaria incompleta o bien han sido alfabetizadas. Al ser un pueblo netamente religioso constituye que el 61.1% se encuentren casadas.

**CUADRO 8:**

Se observa que la mayoría de las pacientes conocen los métodos de planificación familiar (92.2%) ante una minoría de (7.7%). Siendo pacientes que en ocasiones se encuentran aisladas en aldeas lejanas o en regiones de difícil acceso muchas veces a la misma aldea, o bien por conservar algún tabú prohibido para hablar sobre esto.

**CUADROS 8 AL 11:**

A pesar de que la mayoría de pacientes tienen conocimiento sobre los métodos de planificación familiar, se encuentra que el 68.8% no lo utilizan; al preguntar ¿por qué, sus respuestas fueron que desean tener más niños (31.7%), su esposo no se lo permite (13.3%) y que además son dañinos para la salud (10.5%). Ya que nuestra población es predominantemente indígena se tiene la creencia de tener todos los niños que se deseen, unido a esto a que no todos los niños sobrevivirán y que los ancianos dependerán en el futuro de la gente joven para su subsistencia, influyendo en esto el esposo que necesita ayuda en el trabajo del campo y que además la mujer al utilizar algo extraño la perjudicaría su salud.

El (31.1%) de pacientes que si lo utilizan, se encuentra que los métodos son la píldora (9.5%), luego las inyecciones (8.3%) y los permanentes (5.5%) son los más utilizados y accesibles, dispuestos a su alcance en cualquier lugar y además la propaganda que a estos se les hace son los más conocidos y utilizados, los cuales en cualquier momento los dejan de consumir para luego poder tener otro niño o bien la paciente que ya ha completado el número de niños deseado decide utilizar el método permanente (ligadura de trompas, vasectomía en el hombre).

**CUADRO 12:**

Se observa que el tiempo de utilización oscila entre 1-2



años (8.3%); esto nos indica que se utilizan por un período largo algunas veces las pacientes solo consultan 1 vez y luego continúan consumiéndolas sin prescripción médica, o bien al no presentar efectos colaterales y lograr así sus propósitos de espaciamiento de embarazos deciden utilizarlas por más tiempo.

#### CUADRO 13:

La gran mayoría de pacientes (30%) opinan que es seguro el método que utilizan, encontrando que el (22.2%) que lo han utilizado no han quedado embarazadas y que el (7.1%) han logrado un adecuado espaciamiento de sus embarazos. Aunque un 0.9% ó sea 1 caso se encontró que una mujer estaba embarazada habiéndole sido efectuada un año atrás ligadura de trompas y otro caso 0.9% que la paciente refirió que le hacían daño a su salud no especificando el porqué.

#### CUADRO 14:

Se puede observar que las pacientes al planificar han recibido beneficios en su salud (19.4%) del 31.1% de pacientes que los utilizan siendo estos al espaciar sus embarazos (12.9%). Comparado con el resto que no lo han recibido que es (11.6%) siendo estos problemas menstruales (5%) y alteración de nervios (4.4%) como consecuencia de la utilización de métodos hormonales la píldora e inyecciones.

#### CUADRO 15 y 16:

A pesar de la gran propaganda que se hace de que se consulte con el médico aún se encuentra que la familia, vecinos, farmacéuticos, amigos y conocidos distribuyen la información de la utilización de métodos anticonceptivos siendo otros (27.6%), en segundo lugar la clínica de APROFAM (Asociación Probienestar de la Familia) (22.0%), la cual distribuye en toda la república y con la

ayuda de los medios de comunicación masiva como son la radio, prensa, televisión (20.5%).

Se observa que la clínica de APROFAM (10.5%) es el centro principal de distribución de métodos anticonceptivos, debido por sus precios bajos de los productos.

#### CUADRO 17:

Al preguntar que opinan los esposos sobre el uso de métodos anticonceptivos se encuentra que el (31.7%) los aprueban y el (29.4%) desean tener más niños resultados similares con la opinión de sus esposas, ya que está compartida por ambos.

#### CUADRO 18:

La religión ha formado parte importante en la utilización de métodos anticonceptivos y que encontramos que los católicos en un (9.4%) desapruaban todos los métodos y con resultados similares opinan que aprueban solamente los naturales. Los evangélicos con un (7.7%) opinan que aprueban únicamente los métodos naturales y Otras con (2.7%) No les han informado. Esto refleja que en las iglesias no se enseña a planificar o bien en una minoría se les enseñan el método natural, durante las clases prematrimoniales, no así a toda la congregación.

#### CUADRO 19 ("A" - "C"):

En estos cuadros se observa que la mayoría de creencias o rumores relacionados con los métodos anticonceptivos oscilan en primer lugar los anticonceptivos orales, siendo el principal miedo a que produzca cáncer (77.2%) y el (20.5%) a que cause daño permanente. En segundo lugar encontramos los condones, en Otros (72.2%) fue su respuesta. Todos los porcentajes mayores de los métodos anticonceptivos oscilaron en su producción de Cáncer, o da-

no permanente en la matriz o el miedo a que los niños nazcan deformes. Todas estas creencias o rumores se basan a lo que las pacientes han oído comentar por generaciones o bien entre su comunidad, esto refleja la difícil tarea que será erradicar estos rumores y únicamente se realizará a través de la educación. Un dato muy interesante es que el (32.2%) de pacientes opinaron que el método natural no sirve y que (20.5%) de hombres no acepta la abstnencia periódica, esto se debe a que las personas no se les ha enseñado planificar naturalmente y no se han puesto de acuerdo con su esposo o bien éste no acepta y aquí se observa el resultado del fracaso.

#### CUADRO 20:

Se observa que el (70.5%) de pacientes no han recibido una información completa sobre los métodos anticonceptivos y que han recibido un vago conocimiento de estos y desean que se les amplie la información.

## X. RECOMENDACIONES

1. Capacitar a comadronas, promotores de salud y personas voluntarias a fin de que impartan la información adecuada en sus comunidades.
2. Fomentar actividades en los Centros y Puestos de salud; donde los Médicos, estudiantes de ejercicio profesional supervisado rural y Personal de enfermería impartan charlas sobre la utilización adecuada de métodos anticonceptivos y ayudar a resolver dudas, utilizando un lenguaje claro y sencillo.
3. Durante la consulta diaria de pacientes se imparta información oral y escrita tanto a la paciente como a su esposo y personas acompañantes.
4. Indicar donde se puede recibir una ampliación de la información para la utilización de Dispositivos Intrauterinos y Métodos permanentes.
5. Indicar los lugares donde distribuyan los métodos anticonceptivos, así como sus costos.
6. Impartir charlas del tema durante las clases nocturnas que recibe la población para terminar sus estudios o bien durante las clases de alfabetización.
7. La iglesia, independientemente de la religión influye en el pensamiento y comportamiento de las personas; que se impartan charlas de Planificación familiar no únicamente en los cursos prematrimoniales sino en las reuniones de grupos (jóvenes, adultos, etc).
8. la labor de Asociación Probienestar de la Familia ha sido ayudar a las familias a través de un buen espaciamiento de los embarazos, haciendo una paternidad responsable. Pero se ha olvidado que es también responsabilidad de todos, siendo aún mayor cuando trabaja por la salud de los Guatemaltecos.

## XI. RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo-prospectivo, realizado en pacientes usuarias de métodos anticonceptivos, que consultan al departamento de Gineco-obstetricia en el Hospital de Chimaltenango; del 8 de abril al 20 de mayo de 1994. Tomando el universo de la población de 180 pacientes que fueron entrevistadas personalmente a fin de llenar los datos de una encuesta que se formuló para recabar información sobre los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre el uso de Métodos de Planificación familiar en dicho departamento.

La investigación muestra que la mayoría de mujeres que consultan provienen del municipio de Chimaltenango, pertenecientes a las edades entre 20-24 años en su mayoría (31.1%), indígenas (62.2%), con una paridad entre 1-4 niños (75%), amas de casa (92.7%), católicas (50%), casadas (61.1%) y alfabetas (61.6%).

Tienen conocimiento sobre los métodos de planificación familiar (92.2%) y que un (68.8%) no lo utilizan debido a que desean tener más niños (31.7%), sus esposos no se los permiten (13.3%) y que les son dañinos para la salud (10.5%). Las pacientes que lo utilizan (31.1%) son las píldoras (9.5%), inyecciones (8.3%) y los métodos permanentes como vasectomía en el hombre y ligadura de trompas de falopio en la mujer (5.5%). Siendo utilizados durante un período de tiempo entre 1-2 años (11.6%) y de 2-5 años (8.3%); haciendo mención que son seguros (30%) ya que no han quedado embarazadas al utilizarlos (22.2%) y un buen espaciamiento de sus embarazos (7.1%) versus un caso de daño no específico (0.9%) y un embarazo (0.9%) al utilizar el método permanente por espacio de un año.

Reportan que al planificar han recibido beneficios para su salud en un (19.4%) relacionandolo al espaciar sus embarazos (12.9%). Con un (11.6%) que no han recibido ningún beneficio ya que les produjeron problemas menstruales (5%) y alteración nerviosa (4.4%).

La información ha sido proporcionada en su mayoría por la co  
cunidad (27.6%) y luego APROFAM (Asociación pro**bi**enestar de la fa  
milia) (22%) y siendo este el centro principal de distribución de  
anticonceptivos (10.5%).

Los esposos de las pacientes entrevistadas aprueban su utilización  
(31.7%) y un (29.4%) desean tener más niños y considera el (19.5%)  
que son daños para la salud.

Se encuentra que en cuanto a religión en las iglesias no les  
han informado sobre el uso de métodos anticonceptivos (46.1%) y  
un (17.7%) consideran que solo aprueban los métodos naturales,  
frente a un (17.2%) que indican que desaprueban todos los méto-  
dos.

La mayoría de creencias o rumores giran alrededor de los An-  
ticonceptivos orales y a la producción de Cáncer (77.2%).

El (70.5%) de las pacientes no han recibido la información  
suficiente sobre los métodos anticonceptivos.

## XII. BIBLIOGRAFIA

1. Asociación probienestas de la familia. Qué es Planificación Familiar. Departamento de Adiestramiento. Unidad de educación, información y adiestramiento. Guatemala, Abril 1989 10 pag.
2. Browlec A. Nichinda T. Masseur Y. Taller de Investigaciones Aplicada a servicios de salud como Desarrollar Proyectos, Diseños de Investigación. 1o. edición, Centro de Investigaciones, de las Ciencias de la salud, Universidad de San Carlos de Guatemala. (pp. 111)
3. Benson Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. 7o. edición, Editorial Manual Moderno. México, D.F. 1985 (pp. 679-694).
4. Consideraciones acerca de un política Centro Americana en Salud Pública. Secretaría General de la Organización de Estados Centro Americanos. 1969.
5. Cuadernos Médicos Sociales. La Planificación de los nacimientos: ¿Una propuesta pública a mitad del camino?. Número 59. CESS. Argentina Marzo 1992.
6. Contreras G. Carlos F. Manual de Metodología Anticonceptiva. Asociación probienestar de la Familia. 15 pag.
7. Corzantes Gonzáles, Erick Rodolfo. Dificultades encontradas en la redacción de lo objetivos de Investigación. Tesis de grado. Guatemala, Marzo 1992. 34 pag.
8. Castro Barrios, Salvador Enrique. Creencias, actitudes y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos. Tesis de grado. Agosto 1988. Universidad de San Carlos de Guatemala. 91 pag.

9. Casas, Juan Antonio. Machuca Miguel. Análisis de la situación de salud por regiones. Publicaciones científicas y técnicas de la Oficina Panamericana de la Salud. Editorial Don Quijote, S.A. Guatemala Septiembre de 1992. 145 pag. (pp. 68-75).
10. Federación Internacional de Planificación de la Familia. La Historia de los Anticonceptivos. 1970. (pp. 1-45).
11. Guía de Orientación Individual. Population Reports. El Porqué de la Importancia de la Orientación Invidual. Serie J Número 36. Baltimore, Maryland, The Johns Hopkins University. Diciembre 1987. 28 pag.
12. Jones, Howard. Jones Georgeanna. Tratado de Ginecología de Novak. 11o. edición, Editorial Interamericana. México D.F 1991.
13. Kirschbaum Morrow, Mishell. Obstetrics and Gynecology. Year Book of 1992. (pp. 495-515).
14. Liskin, L. con Rutledge, A. After contraception: Dispelling Rumors Baltimore, Maryland: Population Information Programs. The Johns Hopkins University. Septiembre-Octubre 1985. 40 pag.
15. Lemus Gonzáles, Sergio A. El imperialismo capitalista y el control de la natalidad en Guatemala. Tésis de grado. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1977.
16. Legislación Universitaria. Reglamento para la elaboración de tésis de grado académico y una propuesta de contenido. instituto de Investigaciones y mejoramiento educativo. Universida de San Carlos. (pp. 73-82).



17. Méndez I. El Protocolo de Investigación. 1o. edición. Trillas S.A. de C.V. México D.F. 1986. 203 pag. (pp. 11-15).
18. Métodos de Barrera. Population Reports. Recientes adelantos en la anticoncepción vaginal. Serie H. Número 7. Baltimore, Maryland. The Johns Hopkins University. Febrero 1985. 38 pag.
19. Murphy Elaine. Population Reference Bureau. Seguridad de los Anticonceptivos: Rumores y Realidades. 2o. publicación. IMPACT. Washington, D.C. USA. Septiembre 1988. 28 pag.
20. Martínez, Edgar Ariel. Realidad de la Planificación familiar en Baja Verapaz. Tesis de grado. Universidad de San Carlos de Guatemala. Mayo 1978.
21. Mortalidad Materna en América Latina. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. EUA. 91 pag.
22. Mascaró J. Diccionario Médico. 2o. edición. Editorial Salvat México D.F. 1988. 632 pag.
23. Pritchard, Jack. MacDonald, Paul. Gant, Norman. Obstetricia Williams, 3o. edición. Salvat Editores S.A. México D.F. 1988, 900 pag. (pp. 787-810).
24. Programas de Planificación Familiar. Population Reports. Madres y niños más sanos mediante la Planificación familiar Serie J, Número 27. Baltimore, Maryland, The Johns Hopkins University. Mayo 1985. 46 pag.
25. Pernoll, Martin. Benson Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétrico. 5o. edición, Editorial Manual Moderno S. S. de C.V. México D.F. 1989 (pp. 599-614).

26. Servicios ambulatorios Ministerio de Salud Pública. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Plan Nacional de Salud Materno Infantil. Normas de atención de salud Materno Infantil. Guatemala, Agosto de 1992-1996. 189 pag. (pp-24-48).
27. Tercer (III) Taller Latinoamericano de Investigación aplicada en salud. Antigua, Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Octubre 8-28, 1989. 287 pag.
28. Viel, Benjamín, Aznar, Ramón. Rodríguez, Otto. Sanhueza, Hernán. Santiso, Roberto. Nicholson, Roberto. Tamayo, Fernando. Seguridad de los Anticonceptivos: Panorama general. 2o. publicación, IMPACT. Washington, D.C. USA. Septiembre 1988. 20 pag.
29. Valle, Juan Carlos. Médico encargado APROFAM (Información proporcionada) Chimaltenango. Mayo 1994.

### XIII. ANEXOS

ENCUESTA SOBRE EL TEMA: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y  
PRACTICAS SOBRE EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR  
EN EL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO:  
(Del 8 de abril al 20 de mayo de 1994)

Origen y/o residencias; \_\_\_\_\_  
 Religion: a. Católica Edad: \_\_\_\_\_  
           b. Evangélica Ocupación: \_\_\_\_\_  
           c. Otra Escolaridad: a. Alfabeta  
 No. de Hijos: \_\_\_\_\_ b. Analfabeta  
 Grupo étnico: a. Indígena Estado Civil: a. Soltera  
               b. No Indígena b. Casada  
   c. Unida .

1. ¿Conoce los métodos de Planificación familiar?
  - a. SI
  - b. NO
2. ¿Utiliza algún método de Planificación familiar?
  - a. SI
  - b. NO
3. Si su respuesta es NO, ¿Diga por qué?
  - a. Son dañinos para la salud
  - b. Su esposos no se lo permite
  - c. Su religión se lo prohíbe
  - d. Desea tener más niños
  - e. Otros.
4. Si su respuesta es SI, ¿Indique cuál?
  - a. Natural (Abstinencia periódica, coito interrumpido, ritmo lactancia materna).
  - b. La píldora
  - c. Inyecciones
  - d. Barrera (Condón, espermaticidas, etc).
  - e. Permanentes (Vasectomía en el hombre, ligadura de trompas en la mujer)
  - f. Dispositivo Intraúterino (T de cobre, asa de Lippes)
  - g. Otros.

5. ¿Cuánto tiempo lo ha utilizado?
- a. Menos de 1 año
  - b. De 1 a 2 años
  - c. De 2 a 5 años
  - d. Más de 5 años.
6. ¿El Método que usted utiliza es seguro?
- a. SI
  - b. NO
- ¿Por qué?
- 
7. ¿Quién le proporcionó la información sobre los métodos anti-  
conceptivos?
- a. Medio de Comunicación masiva (radio, prensa, televisión)
  - b. Comadrona
  - c. Puesto de salud
  - d. Centro de Salud
  - e. Hospital nacional
  - f. Clínica de APROFAM
  - g. Otros.
8. ¿Quién le distribuye los métodos anticonceptivos?
- a. Farmacia
  - b. Comadrona
  - c. Puesto de Salud
  - d. Centro de Salud
  - e. Hospital Nacional
  - f. Clinica de APROFAM
  - g. Otros.
9. ¿Su esposo que opina del uso de métodos anticonceptivos?
- a. Los aprueba
  - b. No los conoce
  - c. Son dañinos para la salud
  - d. Desea tener más niños
  - e. Otros.
10. ¿Qué opina su religión sobre el uso de métodos anticonceptivos?
- a. Aprueba todos lo métodos
  - b. Desaprueba todos los métodos

- c. Aprueba únicamente los métodos naturales
  - d. No le han informado
  - e. Otros.
11. ¿Ha escuchado las siguientes creencias o rumores relacionados con los métodos anticonceptivos? ¿IndiqueCuál?
- a. Anticonceptivos Orales (Píldora):
    - a.1 Su uso produce daño permanente
    - a.2 Produce infertilidad
    - a.3 Produce cáncer
    - a.4 Se acumulan en la matriz
    - a.5 Los bebés nacen deformes
    - a.6 Otros.
  - b. Las Inyecciones causan cáncer:
    - b.1 Otros
  - c. Dispositivos Intrauterinos: (T de Cobre, Asa de Lippes, etc)
    - c.1 Se se usa, la mujer no puede tener más niños
    - c.2 Causa cáncer
    - c.3 Puede viajar a través del cuerpo en la mujer
    - c.4 Si se embaraza, este se incrusta en el cuerpo del bebé.
    - c.5 Otros.
  - d. Métodos de Barrera:
    - d.1 Condomes, se rompen y se quedan para siempre en la mujer.
    - d.2 Debilitan la fortaleza del hombre
    - d.3 Se usan solo con prostitutas
    - d.4 Otros.
    - d.5 Espermaticidas, causan bebés deformes
    - d.6 Causan cáncer
    - d.7 Otros.
  - e. Ligadura de Trompas:
    - e.1 Es dolorosa y complicada

- e.2 Debilita a la mujer
- e.3 Después la mujer ya no menstrúa
- e.4 Otros.

f. Vasectomía:

- f.1 Es igual a la castración
- f.2 No puede realizarse el acto sexual
- f.3 Causa problemas del corazón
- f.4 Otros.

g. Método Natural:

- g.1 Puede usarlo únicamente mujeres con alto nivel educativo.
- g.2 No sirve
- g.3 La mayoría de los hombres no acepta la abstinencia periódica.
- g.4 Otros.

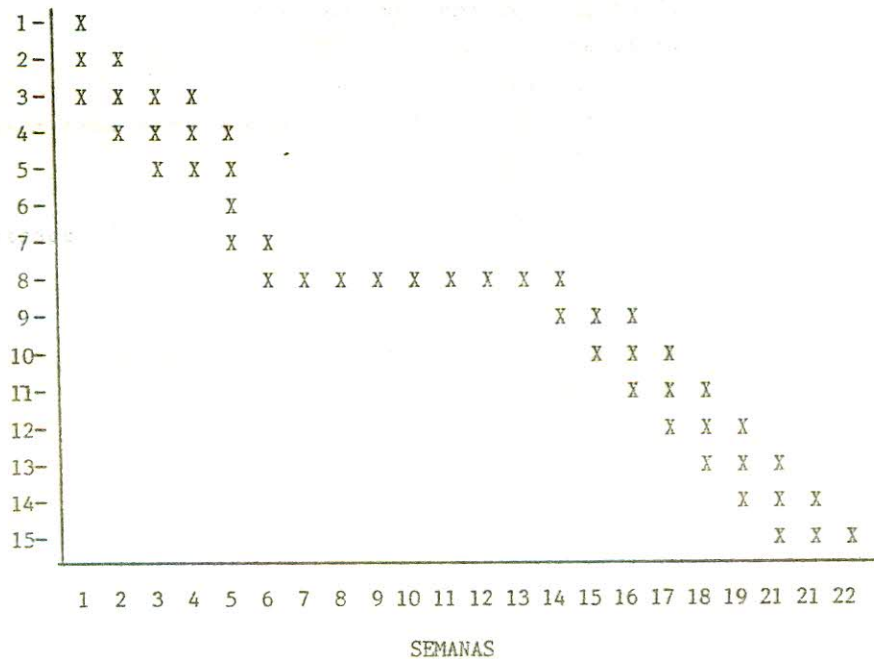
12. ¿Ha recibido la suficiente información sobre los métodos anticonceptivos?

a. SI

b. NO

## GRAFICA DE GANNT

## ACTIVIDADES





## ACTIVIDADES:

1. Elección del asesor y revisor (7/2/94 - 14/2/94).
2. Selección del tema del proyecto de investigación (7/2/94 - 14/2/94).
3. Recopilación de material bibliográfico (14/2/94 - 28/2/94).
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor (28/2/94 - 7/3/94).
5. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información y capacitación de los encuestadores (7/3/94 - 14/3/94).
6. Aprobación del proyecto por autoridades del Hospital donde se efectuará el estudio (14/3/94 - 21/3/94).
7. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis (21/3/94 - 8/4/94).
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información (8/4/94 - 20/5/94).
9. Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas (20/5/94 - 25/5/94).
10. Análisis y discusión de resultados (20/5/94 - 25/5/94).
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen (20/5/94 - 25/5/94).
12. Presentación del informe final para correcciones (25/5/94 - 3/6/94).
13. Aprobación del informe final (25/5/94 - 3/6/94).
14. Impresión del informe final y trámites administrativos (3/6/94 - 10/6/94).
15. Examen público de defensa de la tesis