

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONOCIMIENTOS, INFLUENCIAS Y PRACTICAS DEL USO DE
METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ESTUDIANTES DEL 4o
AÑO DE LA CARRERA DE MEDICO Y CIRUJANO DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Estudio descriptivo observacional realizado en
139 estudiantes del 4o. año de la carrera de
Médico y Cirujano de la Universidad de San
Carlos de Guatemala, durante el periodo del
1o. de Abril al 5 de Mayo de 1,994.
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

MARIO ARTURO MEDINILLA CRUZ

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
05
+ (6959)



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 9 de mayo

de 1994

DIF-149-94

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

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS MARIO ARTURO
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
MEDINILLA CRUZ Carnet No. 88-12677
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"CONOCIMIENTOS, INFLUENCIAS Y PRACTICAS DEL USO DE METODOS ANTICONCEP-
TIVOS EN LOS ESTUDIANTES DE 4o. AÑO DE LA CARRERA DE MEDICO Y CIRUJANO

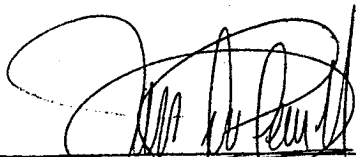
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA"
y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos
metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de
las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y cien-
tífica del mismo, por lo que firmamos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


Firma del estudiante



Asesor
Firma y sello personal

Dr. Luis Eduardo Lainez Aquino
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 3608


Revisor
Firma y sello

Registro Personal 389.

Juan Francisco de León M.
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 5358

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: MARIO ARTURO MEDINILLA CRUZ

Carnet Universitario No. 88-12677

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, INFLUENCIAS Y PRACTICAS DEL USO DE METODOS ANTICON-
CEPTIVOS EN LOS ESTUDIANTES DE 5º. AÑO DE LA CARRERA DE MEDICO Y CIRUJANO DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION

Guatemala, 9 de mayo de 1994

Dr. Edgar R. De León Barrios
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 Esteban Cabrera Franco

CONTENIDO

	PAGINA
I. TITULO Y SUBTITULO	0
II. INTRODUCCION	1
III. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
IV. JUSTIFICACION	3
V. OBJETIVOS	4
VI. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
A. Quién necesita la Planificación Familiar?	5
B. Técnicas anticonceptivas más empleadas	5
C. Consideraciones generales	5
D. Métodos Anticoncepcionales	6
D.1 Consideraciones Generales	
D.2 Coito interrumpido	7
D.3 Anticoncepción con preservativo	8
D.4 Diafragma vaginal, jalea espermicida y Espuma Vaginal	9
D.5 Progestágeno de larga acción (NDRPLANT)	10 A
D.6 Dispositivo Intrauterino (DIU)	11
D.6.i Tipos	11
D.6.ii Mecanismo de acción	11
D.6.iii Eficacia	11
D.6.iv Indicaciones para su uso	12
D.6.v Secuelas mayores	12
D.6.vi Secuelas menores	12
D.6.vii Otras consideraciones	13
D.7 Anticonceptivos Orales	
D.7.i Presentaciones	14
D.7.ii Mecanismo de acción	14
D.7.iii Secuelas y efectos metabólicos	15
D.7.iv Efectos adversos menores	16
D.7.v Como se medican los anticonceptivos orales	16
D.7.vi Beneficios a la salud y consideraciones clínicas	16 A
D.8 Medroxiprogesterona inyectable de Acción prolongada	17
D.9 Contracepción según el ritmo	17
D.10 Métodos para la limitación absoluta	19
D.10.i Esterilización femenina	19
D.10.ii Esterilización masculina	20
D.10.iii Aborto	21

D.11	Educación Sexual	22		
	D.11.i	Objetivos de la Educación Sexual	22	
		D.11.ii	La contracepción y la adolescencia	23
D.12	Efecto del S.I.D.A.	24		
D.13.	La influencia de la Religión	25		
	D.13.i	Para elegir bien	26	
VII.	METODOLOGIA	27		
VIII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	31		
IX.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	54		
X.	CONCLUSIONES	59		
XI.	RECOMENDACIONES	61		
XII.	RESUMEN	61 A		
XIII.	BIBLIOGRAFIAS	62		
XIV.	ANEXOS	65		

II. INTRODUCCION

El tema de los métodos anticonceptivos es un hecho que existe desde hace mucho tiempo. Se remonta a épocas tan lejanas como la bíblica del Antiguo Testamento, la de la cultura egipcia y la cultura maya. Enfocada hacia la planificación familiar, ha sido parte de la historia natural del hombre y la mujer.

Sin embargo, es hasta ahora cuando ha tomado mayor auge en nuestro medio en lo que respecta al abordaje del tema, ya que hasta hace pocos años había sido considerado como un tabú social.

Actualmente los métodos anticonceptivos han sido enfocados desde dos puntos de vista que son:

1. Planificación familiar, propiamente dicha y
2. la utilización de los métodos anticonceptivos, específicamente el condón, y su papel en la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual.

Independientemente de la situación que lleve a utilizar algún método anticonceptivo debe considerarse las implicaciones ético, morales y religiosas que el uso de estos conlleva (7).

Se pretende pues, determinar cuanto sabe el estudiante de medicina, específicamente el de 4o año, sobre los métodos anticonceptivos, no sólo para su beneficio sino también, como futuros educadores en lo que al tema corresponde.

III. DEFINICION DEL PROBLEMA

La adolescencia es una edad turbulenta por la que atraviesa toda persona y es donde ocurre con frecuencia la práctica sexual (9).

Es la época en la cual el adolescente debería recibir la información más veraz acerca de la sexualidad, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

Es un hecho que los jóvenes inician su vida sexual desde muy temprana edad y que el estudiante de medicina no es la excepción. Además es sabido que, el medio hospitalario se vuelve propicio para que dichos estudiantes se inicien o bien continuen su práctica sexual.

Considerando que en los tiempos que vivimos, una mala orientación aunada a la gran campaña de publicidad que ofrecen los medios de comunicación, al respecto, puede desencadenar en promiscuidad y por ende con la promoción del SEXO LIBRE, con sus consecuencias (23).

El estudiante de medicina adquiere conocimientos y experiencias sobre la sexualidad y métodos anticonceptivos en su vida diaria, pero afortunadamente puede complementar sus conocimientos en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin embargo, es hasta el 5o año cuando el estudiante rota por el departamento de Ginec Obstetricia y recibe información al respecto.

En la otra cara, la población general no tiene acceso a educarse sobre este tema, entre otros; cayendo en situaciones de alta incidencia de madres solteras; casamiento entre parejas muy jóvenes; alta incidencia de abortos clandestinos; hijos no deseados; familias con muchos hijos; alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual, como el S.I.D.A; etc.,.

Es pues, como decidimos tomar como población a estudio dichos estudiantes, que tarde o temprano serán los educadores sobre dichos temas, en el ejercicio de su práctica médica.

IV. JUSTIFICACION

Pretendemos abordar el tema de los métodos anticonceptivos en la población estudiantil que cursa el cuarto año de la carrera de medicina, partiendo de la premisa que el medio hospitalario es ambiente propicio para que dicho estudiantes que llegan por primera vez, se inicien o bien continuen su práctica sexual.

Sin embargo, nuestro propósito primordial no es juzgar dichas conductas, sino tomar esto como precedente para determinar que tanto se conoce sobre anticoncepción, sobre las influencias e implicaciones de carácter sociales y religiosas que conllevan al uso o no de los métodos anticonceptivos, así como las situaciones generales en la que dichos métodos son utilizados.

V. OBJETIVOS

GENERAL: Determinar los conocimientos e influencias en la práctica de los métodos anticonceptivos en los estudiantes del 4o año de la carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

ESPECIFICOS:

1. Determinar el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en la población estudiantil.
2. Identificar las fuentes de información sobre la utilización de métodos anticonceptivos en la población estudiantil.
3. Determinar la influencia de los medios de comunicación en la utilización o no de los métodos anticonceptivos.
4. Determinar la influencia de la religión y la moral en la utilización o no de los métodos anticonceptivos.
5. Determinar los conocimientos respecto a las enfermedades de transmisión sexual y la relación con el uso o no de algunos métodos anticonceptivos.

VI. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. QUIEN NECESITA LA PLANIFICACION FAMILIAR ?

Una pareja sexualmente activa, en la que ambos componentes son fecundos, pero no desean el embarazo, necesita una anticoncepción eficaz.

Si las parejas sexuales, presumiblemente fecundas, no ponen en práctica ningún método anticonceptivo, un 80% de las mujeres quedarán embarazadas en el plazo de un año (21).

Las mujeres jóvenes que no deseen el embarazo deberán emplear métodos anticonceptivos si mantienen una vida sexual activa, con independencia de su edad. Se sabe que muchas muchachas ovulan antes de su primer período menstrual.

B. TECNICAS ANTICONCEPTIVAS MAS EMPLEADAS

Entre los métodos anticonceptivos de variable eficacia mas corrientemente utilizados, figuran:

- A. Los esteroides orales.
- B. Los esteroides inyectables.
- C. Los dispositivos intrauterinos.
- D. Métodos de barrera.
- E. Coito interrumpido.
- F. El ritmo.
- G. La lactancia materna.
- H. Esterilización quirúrgica permanente.

C. CONSIDERACIONES GENERALES

Hay dos consideraciones principales cuando se aborda el tema de la planificación familiar y los métodos anticonceptivos:

1. La motivación de quien participa y
2. el método que se utilizará.

Los estudios sobre motivación indican que están influenciados en primer lugar, por la educación, como por el conocimiento y comprensión de los hechos. En segundo lugar, por el fondo cultural, como con formas de vida según la religión y la tradición. En tercer lugar, por las necesidades individuales específicas, dependientes quizás de la situación personal (21).

Se ha demostrado que el médico que se interesa sinceramente sobre el tema, y se entrena adecuadamente en terapéutica anticoncepcional, desempeña una función muy eficaz en la motivación. El papel del médico en la metodología, o sea para impartir los conocimientos técnicos y la utilización en la práctica, tiene importancia fundamental para hacer posible el control voluntario de la reproducción.

El médico tiene la responsabilidad de educar e informar al mundo de la gravedad del problema (12).

Como la educación es un proceso más lento y la motivación parece depender de un alto grado de la educación, muchos observadores consideran que los métodos que requieren la menor motivación son los más prometedores para resultados rápidos en el control de la población. Aunque todavía no conocemos el método ideal, los actualmente disponibles son satisfactorios, eficaces y brindan tal variedad de técnicas que cualquier pareja ha de poder lograr la planeación familiar que desee.

Es probable que ningún método, aunque resulte ideal, llegue a ser aplicable universalmente a todas las parejas.

D. METODOS ANTICONCEPCIONALES

D.1 Consideraciones Generales

Como se ha mencionado, hay en la actualidad muchos enfoques de la planificación familiar, que pueden cubrir las necesidades y las probabilidades de los individuos afectados.

Básicamente hay que considerar que si una pareja, esta interesada en limitar o bien espaciar el nacimiento de los hijos. Después hay que estimar la motivación, inteligencia, fondo cultural, estado económico y estado de salud, así como las preferencias y los prejuicios personales de los individuos.

Los métodos mecánicos de diafragma, preservativos, tabletas y espumas sustituirían otros métodos, como de abstinencia, casamiento tardío, coito interrumpido, aborto y ritmo natural. Los métodos anticonceptivos mecánicos, han sido substituidos por diversas formas de esteroides anticoncepcionales por vía bucal, y esteroides inyectables de acción prolongada, esteroides vaginales de acción local, y el recrudescimiento de artefactos intrauterinos (21).

Finalmente, la esterilización de cualquiera de los dos participantes ha pasado a ser un medio aceptado de evitar la reproducción una vez se completa el número de hijos, por indicación socioeconómica o por el estado de salud de la madre.

Aunque se ha insistido en que cada pareja utilice el método de su elección, muchas veces hay indicaciones médicas y económicas que dictan la preferencia por uno u otro método. Un médico con experiencia y conocimiento puede señalar con propiedad las ventajas y desventajas de cada método de manera que la pareja haga la selección adecuada. (15)

En países como el nuestro es la Iglesia Católica la encargada de la instrucción sobre la planificación familiar en los cursillos prematrimoniales.

En países más avanzados la información sobre dichas técnicas, se da en cursos de educación sexual impartidos en la secundaria o por medio de folletos repartidos por los programas de salud entre los estudiantes universitarios.

Si antes de su primer embarazo, la mujer no dispone de este tipo de instrucción, durante las visitas postnatales debe orientarse en la materia. Los resultados han sido óptimos, pues la mujer capta en este momento perfectamente la orientación anticonceptiva.

D.2 COITO INTERRUPTO

El coito interrumpido, o sea el eyacular afuera de la vagina, probablemente fue el primer método de anticoncepción y se cree que fue el que logró el control de la población del mundo durante el siglo XIX en Suiza y Francia (25).

Tal vez fue el más utilizado en Europa. Como simplemente implica la extracción del pene, sacándolo de la vagina cuando la eyaculación es inminente y completando la eyaculación fuera de la vagina, no exige gastos ni consejo médico técnico. (Hay que mencionar la práctica del onanismo, que consiste en la obtención del placer por medio de la autoexcitación sexual por medios artificiales (22).)

Sin embargo para utilizar este método el hombre ha de tener suficiente autocontrol, motivación y sentido de responsabilidad para proteger a su compañera.

Es completamente insatisfactorio para el varón, en gran porcentaje, que padece de eyaculación precoz o prematura.

(Es cuando el varón es incapaz de mantener la relación sexual con la pronta eyaculación e insatisfacción para su pareja), e insatisfactorio para la mujer que es incapaz de llegar al orgasmo.

Se estima que el método es inaplicable aproximadamente en un 50% de los varones, por la imposibilidad de controlar la eyaculación.

La proporción de fracasos se calcula entre el 6 y el 16% para mujeres-año.

Como el coito interrumpido es un método disponible constantemente sin costo, debe utilizarse en aquellas situaciones en las cuales no cabe utilizar ningún método.

D.3. ANTICONCEPCION CON PRESERVATIVO

El empleo del condón, o sea de una vaina de caucho que cubre el pene durante el coito, probablemente sea el medio mecánico más utilizado en el mundo.

Las únicas precauciones necesarias son dejar un espacio libre en el condón, del cual se ha extraído el aire, para recibir el producto de la eyaculación, utilizar lubricante adecuado si es necesario, extraer el pene antes de que termine la erección y sujetar bien el anillo del condón al tiempo de quitarlo para evitar que se deslice. Tiene la ventaja de proteger contra el embarazo y contra algunas enfermedades de transmisión sexual; por lo tanto probablemente sea el tipo más útil de anticoncepcional para coitos fortuitos. Otras ventajas son su costo relativamente bajo, su disponibilidad casi universal y la facilidad del empleo. Otra es para los varones con tendencia a eyaculación prematura. Puede disminuir suficientemente la sensación para prolongar la duración del coito. La delegación de la responsabilidad de la planificación familiar puede aumentar el sentido de responsabilidad y de importancia.

Los inconvenientes son que a veces en ambos sexos interfieren con las sensaciones que acompañan al coito. Puede interrumpirse la situación psicológica, ya que la aplicación del condón requiere que el pene esté erecto.

Además de la irritación vaginal que conlleva su uso en las mujeres.

No es satisfactorio para climas cálidos porque se estropea el caucho.

La frecuencia de fracasos suele considerarse entre el 6 y 13% para mujer-año, pero algunos estudios muestran proporciones muchos mayores. La más alta fue del 36% para mujer año.

El fracaso depende de la rotura del preservativo quedando el producto de la eyaculación dentro de la vagina.

Si este tipo de accidente se descubre inmediatamente y se advierte al médico, puede evitarse el embarazo utilizando una dosis de estrógenos muy elevado, según ha recomendado MORRIS con el método calificado de "la píldora de la mañana siguiente o intercepción del embarazo."

(Sin embargo esto es discutido porque puede catalogarse como un microaborto)(21).

III.A El Uso del Condón

Los condones si se utilizan apropiadamente, permiten un nivel alto de protección contra las enfermedades venéreas y el S.I.D.A. Múltiples estudios han demostrado sin duda que el condón de CAUCHO y LATEX constituyen una barrera eficaz contra el virus del S.I.D.A y otras enfermedades de transmisión sexual. Por otro lado los condones de MEMBRANA NATURAL brindan menos protección porque contienen POROS pequeños que a veces permiten el paso del virus del S.I.D.A. y del de la hepatitis B.

III.B Fallas del Condón

Depende de su falta de uso, empleo inadecuado, rotura y fuga. A su vez la rotura y/o fuga pueden deberse a deficiencias de fabricación, almacenamiento inadecuado o empleo incorrecto.

El empleo del condón es bastante sencillo, sin embargo, muchas personas desconocen que:

1. Los preservativos deben colocarse desde el inicio de la actividad sexual.
2. Los lubricantes con base de aceite (como la vaselina y el aceite de bebe) nunca deben utilizarse porque deteriora rápidamente el látex o caucho.
3. Hay que tener cuidado de no desgarrar el condón con la uña.
4. Es importante extraer el pene antes que este en fase de detumescencia completa, para evitar fugas.
5. El condón debe permanecer en su sitio en la base del pene durante la maniobra de extracción .

D.4. DIAFRAGMA VAGINAL, JALEA ESPERMICIDA Y ESPUMA VAGINAL

D.4.i. DIAFRAGMA VAGINAL Y JALEA ESPERMICIDA

Este método mecánico para la mujer quizás sea el más complicado ; por tanto, es adecuado para la paciente de educación elevada. El diafragma es un dispositivo extrauterino mecánico de caucho que se adapta estrechamente por debajo del hueso púbico, encima del cuello, en el fondo de saco posterior de la vagina.

Un diafragma demasiado voluminoso provoca molestia pelviana y uno muy pequeño puede desplazarse durante el coito.

El diafragma se utiliza para evitar que los espermatozoos queden depositados directamente en el moco cervical de manera que la jalea espermicida que se utiliza dentro del diafragma y se deposita con un aplicador en el fondo de saco posterior tenga tiempo de ejercer su acción.

El diafragma tiene la ventaja de ser eficaz localmente y, por tanto, de no ejercer efectos generales. Su lugar, en cuanto a responsabilidad para evitar embarazos y planear su familia, queda totalmente como responsabilidad de la mujer; por lo tanto le brinda mayor sensación de seguridad. No interfiere con las sensaciones que acompañan al coito. Si se adapta bien ha de ser perfectamente cómodo y ni hombre ni la mujer se dan cuenta de su presencia.

Presenta el inconveniente de tenerse que colocar por un médico ginecólogo, y no puede utilizarse en algunas pacientes con relajación vaginal, descenso uterino o, a veces, intensa retroposición del útero. Como cada noche ha de quitarse para volverse a poner, requiere una motivación constante.

El diafragma sigue siendo médicamente uno de los métodos más aceptables por la ausencia de complicaciones. La proporción de fracasos es de 2 a 3 % por mujer año, según un grupo y de 33.6% mujer año en otro estudio clínico, realizado en Puerto Rico (21).

D.4.ii ESPUMA VAGINAL

Las espumas vaginales anticoncepcionales se encuentran en el comercio como depósitos con aerosol o bien como jaleas, cremas o tabletas.

El fármaco que suele utilizarse es el Nonoxinol-9. Los principios activos en las tabletas de espuma vaginal son el ácido tartárico y el bicarbonato de sodio. Aunque el aerosol y las jaleas son eficaces de inmediato, para que resulten más eficientes deben aplicarse media hora antes de la relación sexual. Las tabletas necesitan unos cinco a diez minutos para disolverse antes de lograr su efecto.

Las ventajas de estos métodos son de precio bajo, facilidad de empleo, y que no requieren ninguna instrucción. En consecuencia, el método se ha considerado aceptable en los niveles socioeconómicos bajos. El inconveniente es que la proporción de fracasos es algo mayor que con los métodos anteriores: entre el 32% y el 42% para mujer año; por lo tanto, es un método que debe recomendarse para pacientes que desean espaciar los hijos, y utilizarse en combinación con otra forma de anticoncepcional, como el sistema de ritmo, el coito interrumpido y el preservativo.

D.4.iii TRATAMIENTO CON ESTEROIDES VAGINALES

Mishell(21) ha señalado el éxito alcanzado con un pesario anular de silástico que ha sido impregnado con un progestacional. De esta forma es posible lograr absorción suficiente de la mucosa vaginal para inhibir la ovulación. La paciente puede introducirlo cada período menstrual y retirarlo al final del intervalo de 25 días.

Por supuesto, este método anticonceptivo exige la introducción mensual del pesario y, si esto lo hace el médico, es necesario visitarlo cada mes. En teoría parece ofrecer ciertas ventajas en circunstancias específicas.

D.5 PROGESTAGENO DE LARGA ACCION (NORPLANT)

D.5.i Presentaciones

El sistema Norplant que se expende en Estados Unidos, consiste en seis cápsulas de caucho siliconizado (34mm de longitud y 2.4 mm de diámetro), que se implantan a manera de abanico en plano subcutáneo, por lo común en el brazo. Cada cápsula contiene 36 mg de levonorgestrel y este producto en la cápsula se difunde en proporción directa a la superficie. Como resultado, la difusión en término del primer año es casi del doble de la que se observa en años ulteriores. Los estudios indican que, en el primer año, la cápsula libera de 50 a 80 ug de levonorgestrel diariamente, y esta dosis diaria promedio es aproximadamente la misma que generaría una sola píldora a base del levonorgestrel únicamente, o menos de la mitad de la dosis liberada de una píldora anticonceptiva por combinación. Después del primer año, la liberación es relativamente constante aunque dentro de cada cápsula hay cantidades cada vez menores de levonorgestrel. La dosis diaria permanece en un nivel aproximado de 30 a 35 ug en los siguientes cuatro o cinco años.

D.5.ii Mecanismo de Acción

Es semejante al de los progestágenos en los anticonceptivos ingeribles. Los estudios sugieren que se suprime la ovulación aproximadamente a la mitad de los ciclos menstruales y también hace que el moco cervical sea escaso, por lo cual interfiere en el transporte de espermatozoides.

Muchos estudios han valorado el sistema y han señalado tasas de embarazo global menores de un caso por 100 mujeres año, en los primeros cinco años de empleo. (7) Después de cinco años la tasa de embarazo aumenta a tres casos por 100 mujeres año, lo cual indica la necesidad de extraer y recolocar las cápsulas en ese momento.

D.5.iii Secuelas y efectos metabólicos

La relación con secuelas cardiovasculares y neoplasias no se ha demostrado. Tampoco se han divulgado datos que indiquen efectos nocivos. Las irregularidades menstruales son comunes. Muchas de ellas aparecen en término de los primeros seis meses del uso del Norplant. En general, incluso 10 % de mujeres que utilizan Norplant, interrumpen su uso durante el primer año, debido a algún tipo de irregularidad menstrual. Sin embargo, con el tiempo tiende a disminuir el riesgo total de días menstruales. Para el quinto año, dicha disminución suele llegar a 25 %.

D.5.iv Efectos metabólicos

En promedio, las mujeres con Norplant colocado muestran 5 a 15% de disminución de los niveles de colesterol total, triglicéridos, colesterol-HDL y colesterol-LDL durante el primer año de uso.

No se han demostrado cambios significativos en los factores de la coagulación o metabolismo de carbohidratos entre quienes usan ese sistema.

D.5.v Efectos adversos molestos

En 25 % de mujeres con Norplant se han observado cefalalgias de origen inexplicado. Una proporción semejante de personas también muestran acné o secreción por pezones. Casi 10% de las mujeres presentan quistes ováricos transitorios que muestran regresión espontánea. En promedio, 5% de las mujeres señalan mínimo incremento ponderal.

D.5.vi Personas idóneas para la colocación de Norplant

Norplant es más útil en mujeres no motivadas para ingerir diariamente una píldora anticonceptiva o que probablemente no utilicen un método de esta índole con cada coito. Las candidatas deben tolerar cierto grado de irregularidad menstrual y también aceptar por sí mismas que no pueden interrumpir el uso del fármaco en esa presentación.

La inserción del Norplant está contraindicada en mujeres con hepatopatía, trastornos hemorrágicos y hemorragia vaginal no diagnosticada. No se cuentan con datos que indiquen la relación en mujeres que amamantan, por lo que no se recomiendan.

D.5.vii Método de colocación y extracción

La colocación del sistema se hace en un medio aséptico. Bajo anestesia local se hace una incisión de 2mm a 6-8cm por arriba del codo en la cara interna del brazo y por medio de un trocar se colocan las cápsulas a manera de abanico en plano subcutáneo. Se conserva la presión en la incisión durante algunos minutos, y después se cierra con cintas adhesivas estériles.

La extracción suele ser más difícil que la colocación, obliga a anestesiar la piel sobre la mitad interior de los implantes y hacer una incisión de 4 a 5 mm en la base de la distribución en abanico. De este modo se manipulan las cápsulas hacia la superficie cutánea y para extraerlas se toman los extremos con una pinza mosquito.

D.6 DISPOSITIVO INTRAUTERINO

El dispositivo intrauterino (DIU) ha sido objeto de controversias importantes desde su introducción durante el decenio de 1960. La controversia que generó Dalkon Shield a finales del decenio de 1970, ocasionó un decremento inmediato en el uso de tales artefactos en Estados Unidos, hasta llegar a cifras entre el 1 y 3 % de mujeres que usan anticonceptivo (7).

D.6.i Tipos

Los únicos dispositivos que se expenden en Estados Unidos son los que tienen forma de T, Progestasert-T y T-Cu-380A (Paragard). Tienen 36 mm de largo y 32 mm de ancho. El primero, incluye un polímero especial que libera levemente progesterona a razón de 65 ug diariamente en un lapso de un año. El segundo está revestido de cobre, tiene forma espiral y una superficie de 300mm² en el brazo vertical y 40mm² en ambos brazos horizontales. A diferencia del primero, el segundo tiene una vida anticonceptiva de seis años como mínimo.

D.6.ii Mecanismo de Acción

La teoría más estudiada es que el DIU inhibe la implantación de blastocisto por diversos efectos endometriales, lo que puede entenderse como microaborto. Los mecanismos sugeridos de acción incluyen: el área superficial del DIU puede interferir mecánicamente en la implantación; puede causar una inflamación local o interferir en las enzimas endometriales o con interacciones hormonales por un mecanismo no bien definido. Hay estudios que también sugieren que los DIU son espermicidas y por último que los DIU pueden revertir la acción ciliar de las trompas de Falopio y alterar las propiedades de capacitación propias del moco cervical.

D.6.iii Eficacia

Los estudios con Progestasert-T han demostrado un índice de fracaso de 1.8 a 2.5 embarazos por 100 mujeres año. A diferencia del estudio con Paragard se demostraron tasas de embarazo de 0.5 a 1 por cien mujeres año en cuatro años de empleo y solamente un pequeño porcentaje de las gestaciones fueron ectópicas (7).

D.6.iv Indicaciones para su uso.

Las mujeres más apropiadas para el empleo de DIU son aquellas con varios hijos en una relación monogámica estable, que no están en peligro de presentar enfermedades venéreas ni salpingitis.

Un grupo posible de usuarias podrían ser aquellas que no se han decidido a someterse a la esterilización.

El DIU no conviene en mujeres en quienes la procreación constituye un punto de máxima prioridad (7), principalmente en mujeres nulíparas y solteras.

D.6.v Secuelas Mayores

La salpingitis aguda o crónica (enfermedad inflamatoria pélvica), incluye el problema más grave de empleo de un DIU. En estudios epidemiológicos, el riesgo relativo de EIP en mujeres con DIU, en comparación con las que no lo tienen, va de 1.2 a 2.5. El riesgo máximo se observa en término de uno o dos meses de la colocación, y después de esta fecha disminuye sustancialmente.

El empleo de antibióticos con fin profiláctico para aminorar el peligro de infección con la colocación no ha sido estudiada en forma adecuada, pero los datos limitados asequibles sugieren que podría haber algún beneficio.

Dos estudios corroboraron el peligro de infecundidad tubaria como consecuencia del empleo de DIU. En promedio, 5% de los embarazos que mostraron las mujeres con DIU fueron ectópicos.

La perforación uterina en el momento de la inserción ha mostrado un índice de frecuencia de 0.5 a 2 casos por 1000 inserciones.

Un estudio sugiere que la colocación del DIU en mujeres que amanantan, sea cual sea el lapso que ha transcurrido desde el parto, incrementa el peligro de perforación, unas 10 veces.

D.6.vi Secuelas menores

Las molestias más frecuentes en mujeres con DIU es la metrorragia o incremento de la menstruación, excepto en aquellas que utilizan el Progestasert-T, cuya pérdida menstrual promedio disminuye un 40%; para otras personas que usan DIU, la expulsión de sangre global aumenta entre 20 y 100% en relación con los niveles previos a la colocación.

D.6.vii Otras consideraciones

En mujeres que utilizan dispositivo de cobre, el índice de continuación después de un año de uso, en promedio, es de 70%, cifra mucho mejor que el índice de continuación de 50% entre mujeres que consumen anticonceptivos.

La expulsión se observa con una frecuencia de 5 a 25%, y muchos de estos ocurren en los primeros dos o tres meses de uso. En promedio, 20% de las expulsiones no son advertidas por la mujer. El tratamiento incluyen descartar embarazo y luego introducir una sonda en el conducto endocervical o cavidad endometrial, con suavidad, para identificar las cuerdas o el DIU. Si está fuera del útero, entonces habrá que extraerlo (7).

Si no se ven los hilos del DIU se procede en la siguiente forma:

1. Se introduce una pinza y se pinzan para extraerlo.
2. Si no se localiza, tomar un USG o radiografía de abdomen con material radioopaco en cavidad uterina.
3. Si está adentro del útero se procede a su extracción con o sin anestesia, según sea el caso.
4. Si está en cavidad, habrá que retirarlo por métodos quirúrgicos.

El DIU puede producir perforación intestinal y peritonitis secundaria.

D.7. ANTICONCEPTIVOS POR VIA BUCAL

Durante el decenio de 1960 la introducción de estos productos fue uno de los principales progresos en ginecología en lo que va del siglo. Las mujeres pudieron contar con un método muy eficaz, inocuo y cómodo de control de la natalidad, lo cual ocasionó una demanda de tales servicios a nivel mundial. También la mayor disponibilidad de anticonceptivos eficaces tuvo trascendencia enorme en la salud pública y la demografía de muchos países. (7)

D.7.i Presentaciones

Los primeros anticonceptivos ingeribles fueron preparados para ser ingeridos en forma seriada o secuencial, es decir, se ingería el estrógeno sólo como fármaco inicial, y le seguían estrógeno y progestágeno, en los últimos días del ciclo. A diferencia de ello, muchos de los preparados disponibles son productos por combinación, y cada tableta en el ciclo activo contiene estrógeno y progestágeno. En Estados Unidos, excepto dos productos que contienen mestranol, el estrógeno en todos los productos por combinación es el etinilestradiol.

Los efectos adversos atribuidos al estrógeno incluyen retención de líquido, náuseas, dolor en los senos, cefaleas y aumento de la presión arterial.

Los efectos adversos atribuidos al uso de los progestágenos incluyen cambios del talante, acné, menor libido e incremento ponderal constante. En tales situaciones, los efectos secundarios se dan en la mayoría de casos cuando se usan altas dosis de esteroides.

D.7.ii Mecanismos de Acción y Eficacia

El mecanismo de la actividad anticonceptiva es mucho más complejo de lo que se pensaba inicialmente. El mecanismo principal es la inhibición de la ovulación por diversos fenómenos que incluyen:

1. Los estrógenos pueden inhibir directamente la acción de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH).
2. Los estrógenos puede hacer que la hipófisis reaccione menos a la acción de GnRH y con ello producir una disminución en los niveles de hormona folículo estimulante (FSH).
3. Los progestágenos, al parecer impiden el incremento mesocíclico de la hormona luteinizante.

Los progestágenos también espesan y vuelven más celular el moco cervical; y con ello inhiben el transporte de los espermatozoides.

La tasa teórica de fracaso de los anticonceptivos por vía oral, según las publicaciones, es menor de un embarazo por 100 mujeres año de uso. (7)

D.7.iii Secuelas y Efectos metabólicos principales

Tromboembolia, es la más común de las secuelas mayores y comprende en un 60% de los fenómenos adversos. Accidente vascular hemorrágico y trombótico está también asociado al uso de anticonceptivos orales.

La cardiopatía isquémica y sintomática (como sería el infarto agudo al miocardio) es una rareza en las edades en que las mujeres consumen anticonceptivos.

Alteraciones en el metabolismo de lípidos y lipoproteínas, como consecuencia a que el estrógeno incrementa el colesterol - lipoproteína de alta densidad (HDL) y ejerce un efecto beneficioso en la aterosclerosis. Por lo contrario, los progestágenos disponibles tienen un efecto nocivo, porque incrementan el nivel de colesterol-lipoproteína de baja densidad (LDL) y disminuyen el de colesterol- HDL.

Los datos clínicos acumulados demuestran que las personas que consumen anticonceptivos tienden a experimentar un incremento aproximado de 5mmHg en la presión sistólica y 2 mm hg en la diastólica. Generalmente en promedio, 1% de las personas que consumen anticonceptivos en bajas dosis muestran signos de hipertensión en término de 12 meses de empleo, por lo común en los primeros tres meses, y aproximadamente 5% de quienes los usan presentan manifestaciones de hipertensión después de cinco años de uso.

Los datos sugieren que, particularmente a dosis altas, los progestágenos con mayor potencia androgénica causan resistencia a la insulina, incremento de la insulina plasmática, trastornos de la tolerancia en la glucosa y mayores concentraciones de glucosa plasmática, cambios que rara vez alcanzan el estado diabético franco. El empleo de estos agentes esta contraindicado en pacientes diabéticas.

Los anticonceptivos orales también tienen efecto en el sistema de coagulación. Los estudios demuestran el incremento de los factores II, VII, VIII, IX, X y XII, disminuciones en el nivel de antitrombina III y efectos diversos en otros factores de la coagulación. Sin embargo las manifestaciones clínicas de hipercoagulación son raras.

Se ha estudiado ampliamente la posible relación de los anticonceptivos ingeribles y el cáncer mamario y el cervicouterino, pero no se ha llegado a conclusiones definitivas (7).

D.7.iiii Efectos adversos menores

Los efectos adversos de los anticonceptivos ingeribles incluyen anormalidades menstruales, en muchas mujeres disminuye el volumen catamenial global. Sin embargo, cuando menos el 20% de las mujeres muestran hemorragia intermenstrual, goteo intermenstrual, o expulsión de gotas de sangre.

También es común durante los primeros meses del consumo de anticonceptivos, secundario al efecto estrogénico.

La cefalea entre las personas que consumen anticonceptivos es difícil de interpretar porque suele ser inespecífico. Las migrañas tienden a ser focalizadas y acompañarse de náuseas, vómitos y escotomas, y son peligrosas porque pueden anteceder un accidente cerebrovascular.

Algunas pacientes experimentan incremento ponderal cíclico o constante. El incremento del primer tipo quizás representa retención de líquidos, en tanto que el del segundo puede deberse a mayor apetito, o a las propiedades androgénicas del progestágeno.

Algunas mujeres pueden presentar depresión y menor libido, y si bien su causa no se conoce, en algunas se ha logrado mejoría al disminuir la potencia global del componente progestágeno.

D.7.v Como se usan los anticonceptivos orales

Como ejemplo podemos mencionar Minulet y Triquilar (marcas comerciales). Cada estuche contiene 21 gráneas. Durante el primer ciclo de uso. se toma la primera gránea el primer día de la menstruación. Se toma una gránea cada día hasta terminarlas todas. Luego se deja un período de 7 días de descanso. El período iniciará dentro de los 3 días después de haber tomado la última gránea. Luego del período de 7 días de descanso deberá iniciarse un nuevo estuche, incluso si la mujer sigue sangrando.

Si se olvida tomar una grāega, debera tomarse tan pronto como se recuerde. Si olvido tomar dos, hacerlo igual que lo anterior.

Si olvido tomar mās de 2 grāegas seguidas, entonces deberā suspenderlas y tirar el estuche. Esperarā 7 dīas y entonces iniciarā un nuevo estuche al octavo dīa.

Por dudas debera consultar a su mēdico segūn sea el caso.

D.7.vi Beneficios a la Salud y consideraciones clinicas

Las consumidoras de anticonceptivos orales tienen la mitad de posibilidades de presentar carcinoma ovarico y endometrial, y tal protecci3n persiste mucho despuēs de dejar de usar los productos anticoncepcionales. Tambien entre tales personas el embarazo ect3pico es 10 veces menos frecuente que entre quienes no lo usan.

El empleo de anticonceptivos ingeribles en bajas dosis con 35 u de estr6geno aminora sustancialmente los peligros concomitantes.

Por tal raz3n, las prācticas de deben reflejar dichas mejorias. Por ejemplo, no esta contraindicado el empleo de los anticonceptivos orales por mujeres mayores de 35 aīos de edad, a condici3n de que la paciente no ponga factores de peligro cardiovasculares, como fumar cigarrillos, el antecedente de cardiopatīa coronaria prematura a nivel familiar, obesidad notable o signos de intolerancia a la glucosa.

D.8 MEDROXIPROGESTERONA INYECTABLE DE ACCION PROLONGADA

El acetato de medroxiprogesterona (Depoprovera) en dosis de 150 mg por vía intramuscular cada tres meses, inhibe la ovulación y la función menstrual. Se producen algunas manchas hemorrágicas esporádicas durante los tres primeros meses de tratamiento, aveces mayor tiempo. La ventaja de este método es que la responsabilidad de la medida anticoncepcional corresponde al médico o al personal paramédico y requiere una visita por el oficial de sanidad pública o en un consultorio o clínica cada tres meses. El inconveniente es la ausencia de períodos menstruales regulares y la presencia de hemorragia irregular, que puede prolongarse y ser molesta. Además, la supresión hipotalámica es tan eficaz que después de cesar las inyecciones puede haber anovulación y amenorrea prolongada. En consecuencia esta forma de terapéutica anticoncepcional es sobre todo adecuada para pacientes absolutamente limitadas que por uno u otro motivo no pueden aceptar la responsabilidad personal de su control de la natalidad. Ha sido muy útil en pacientes con graves discrasias sanguíneas, porque puede lograr la amenorrea completa, y también en el tratamiento de pacientes con mioma uterinos, que deben recibir la menor estimulación estrógena posible. Está recomendado en madres lactantes (21).

D.9 CONTRACEPCION SEGUN EL RITMO (Continencia Periódica)

El llamado método del ritmo se basa en tres conceptos teóricos fundamentales y quizá su eficacia puede estimarse mejor examinando la validez de tales conceptos. Son los siguientes:

1. El período de posible fertilización del óvulo no es mayor de 24 horas después de la ovulación,
2. La supervivencia de los espermatozoides en las vías genitales femeninas no es mayor de cuatro días.
3. La ovulación, que rige el ritmo de un ciclo, tiene lugar 14 días antes del flujo menstrual y toda mujer tendrá ciclos que varían dentro de un margen previsible.

Partiendo de estas premisas Ogino(19) calculó el posible período seguro obteniendo registros del ciclo de la mujer durante seis meses o, de preferencia durante un año. Se restaban 14 días del ciclo más largo para obtener la fecha de la última ovulación, se añadía un día de supervivencia del huevo y uno más de seguridad; esta fecha se considera al final del período fértil.

Se restaban luego 14 días del ciclo más corto para calcular la fecha más temprana de ovulación, se restaban cuatro días para la supervivencia de los espermatozoides, uno más de seguridad, y esta fecha determinaba el comienzo del período fértil.

El exámen de estos principios en los cuales se basa el método del ritmo, según los conocimientos actuales indica que alguna de tales premisas estaba equivocada. Por experiencia en animales probablemente la duración del período durante el cual un nuevo oocito puede fertilizarse en las vías femeninas no es mayor de 24 horas.

Sin embargo, la segunda afirmación, según la cual los espermatozoides sobreviven con capacidad fertilizante normal de un máximo de 96 horas no parece justificada. La información obtenida por inseminación con donadores en la especie humana indica que no son raros los cuatro días, y datos recientes reunidos por Marshall durante un estudio de contracepción a base del ritmo señalan que el máximo probablemente será de 10 días.

La tercera premisa o sea que toda la ovulación tiene lugar 14 días antes de la menstruación también probablemente sea errónea; los estudios de Strott (21) y laboradores indican que, cuando menos en mujeres jóvenes, puede haber ovulación mucho más cerca de la menstruación. Parece, pues, que en lugar de un período de 14 días debiera admitirse uno de 10 días.

La variación del ciclo menstrual es otro factor que explica muchos fracasos del ritmo.

Tietze (21) al calcular la eficacia de la contracepción según el ritmo, aconseja que se emplee para espaciar los nacimientos pero no para limitarlos en lo que a fertilidad corresponde, pues cabe que en plazo de dos años toda mujer tendrá un ciclo netamente diferente de los característicos suyos.

Esta variación suele depender de factores que perturbaban el estímulo cíclico preovulatorio de la LH hipofisaria, como estímulos psicógenos, enfermedades agudas, fiebre, medicación y viajes. Las mujeres que utilizan este método deben tener presente estas posibles interferencias y abstenerse de contacto sexual en ciclos expuestos a tales influencias.

El otro método para evitar tales problemas es el empleo de la gráfica de la temperatura basal. Los datos obtenidos indican que en realidad no hay período seguro antes de la ovulación. Cuando se utilizan las gráficas de temperatura basal para descubrir la ovulación, y los contactos sexuales se limitan a períodos después del cambio térmico, en un pequeño grupo de pacientes con gran motivación la proporción de buenos resultados según Sobrero se acerca al 100% (21).

El método de la ovulación, que describió inicialmente Billigs, depende de la valoración del moco cervical hecha por la paciente. Los períodos de seguridad se estima según la resequeadad de la vulva después de la menstruación, en la cual no ha habido moco precedente. Los días de abstinencia son los indicados por la secreción de moco, que se determina mediante el examen las secreciones vulvares obtenidas con papel de seda o un dedo. La abstinencia debe continuar mientras se observa moco hasta unos tres días después de su producción máxima, considerada como el día de la ovulación; esta fecha debe identificarse por la presencia de un moco transparente que forma hilo sin romperse, viscoso y en ocasiones teñido con sangre. El método exige cuidadosa instrucción impartida por personas competentes y la observación sistemática con diario registro de parte de la paciente. La ventaja del método es que no se necesita ningún dispositivo y su teórica aplicabilidad para promover la fertilidad así como prevenir el embarazo. Las desventajas son las mencionadas para cualquiera de los métodos del ritmo. (21)

D.10 METODOS PARA LA LIMITACION ABSOLUTA

D.10.i Esterilización femenina

Los métodos quirúrgicos para esterilización de la mujer se describen en cualquier libro de cirugía ginecológica; varían desde la electrocoagulación y el corte o la oclusión mecánica de las trompas durante la laparoscopia hasta las formas más complicadas de ligadura tubárica durante la minilaparotomía, laparotomía e histerectomía.

Esta última, con fines de esterilización, sólo debe practicarse cuando hay otras indicaciones para extirpar el útero. Aunque en una época se pensó que la ligadura tubárica laparoscópica postparto era inaceptable, a medida que ha aumentado la experiencia se ha constituido en un procedimiento satisfactorio. Las frecuencias de fracasos son bajas en todos los tipos de operaciones para esterilización.

Sin embargo como el método es relativamente sencillo y no requiere hospitalización y gracias a sus mínimos índices de mortalidad y morbilidad, se ha hecho médicamente aceptable considerar la esterilización de cualquier paciente que la desee. Hoy en día es un método para contracepción en mujeres mayores de 35 años casi tan frecuente como la píldora (21).

Sin embargo, por la posible irreversibilidad del procedimiento, sería aconsejable evitarlo como método definitivo en mujeres relativamente jóvenes, excepto con problemas de salud materna. En Guatemala, nuestra legislación permite dicho procedimiento previa autorización de la esposa a la realización del mismo.

D.10.ii Esterilización Masculina

Las mismas consideraciones se aplican a la esterilización masculina. Sin embargo, el método de esterilización en el varón es mucho más sencillo. Por tanto, no tiene morbilidad y la mortalidad que acompañan a la esterilización femenina. Además de estas ventajas, brinda la de ser un método definitivo y el inconveniente de ser irreversible. La proporción teórica de fracasos es baja, aunque a veces el conducto vuelve a tunelizarse.

Debe evitarse la exposición al embarazo durante los 3 o 4 meses que siguen a la operación, cuando los tubos colectores se están vaciando de espermatozoides. Es prudente aconsejar al paciente tener precaución hasta que el urólogo declara que su eyaculación ya no tiene espermatozoides. Como en la mujer, probablemente no sea prudente esterilizar un varón relativamente joven; tampoco debe esterilizarse a un marido por indicaciones médicas de una mujer. El temor de complicaciones médicas graves junto con enfermedad autoinmune debido a granulomas espermáticos no está fundamentado.

Es de recalcar que en el hombre reafirma su machismo luego de la vasectomía, ya que aumenta su promiscuidad.

D.10.iii Aborto

El aborto provocado no es reconocido en el mundo entero, pero es aceptado por pocos países con bajos valores morales y éticos, como un método para controlar la población y la familia. Japon lo ha utilizado como método principal de control de la población y ha conservado la cifra baja de nacimientos necesaria para su persistencia.

Hungría también señala haber logrado con éxito un programa de abortos para controlar la población. El éxito de tal programa probablemente dependa de disponer de antibióticos de amplio espectro y del empleo de la cucharilla con aspiración. Los primeros han disminuido la mortalidad y la morbilidad por infección; la última ha reducido la pérdida de sangre. La única ventaja parece ser su eficacia. Sin embargo, incluso a parte de sus aspectos morales y éticos, que no deben descartarse, no se debe utilizar como método de contracepción.

Toda mujer que se somete a un aborto porque no utilizó un recurso anticonceptivo, arriesga innecesariamente la vida y además su futura capacidad reproductiva.

En Guatemala no es aceptado y es ilegal, aunque existen lugares subversivos donde se realizan, por médicos inescrupulosos (1).

D.11 EDUCACION SEXUAL

La educación sexual es la parte de la educación general que contribuye a la formación integral del hombre para que pue de adquirir los valores, los conocimientos y actitudes que le permitan realizar su autodeterminación y vivir su propia sexualidad de una manera adecuada, positiva y creadora dentro de su época, su familia, su cultura y su comunidad.

La educación sexual tiene que ser gradual, armónica y correctamente dirigida por los padres de familia y maestros quienes son las personas que entran en contacto directo, desde su niñez hasta su madurez.

1. La sexualidad esta íntimamente ligada a la personalidad; en consecuencia, la educación sexual es la educación de la personalidad.
2. La educación sexual tiene en cuenta la dignidad de la personalidad humana.
3. El comportamiento sexual humano es consiente, voluntario y responsable.
4. La conducta sexual es reflejo de los valores y actitudes del individuo y de la sociedad donde vive.
5. La educación sexual es obligación primaria de los padres de familia.
6. La educación sexual tiene que ser adecuada al educando, adecuado a su edad, condiciones de vida, nivel educativo y cultural, a la realidad del individuo y de la comunidad.
7. LA educación sexual no es una asignatura más.

D.11.i Objetivos de la Educación Sexual

Según el Dr. Kirkendall(2), los objetivos que se persiguen en la educación sexual son los siguientes:

1. Que el individuo obtenga conocimientos sobre aspectos lógicos, psicológicos y sociales de la sexualidad humana.
2. Exprese actitudes objetivas y comprensivas hacia su comportamiento sexual y el de los demás.
3. Muestre aceptación del propio sexo sin temor, ansiedad o distorsión.
4. Identifique las relaciones y responsabilidades entre ambos sexos.
5. Demuestre una imagen real de lo que es la sexualidad, la fecundidad y la masculinidad.(9)

D.11.ii La Contracepción y la Adolescencia

La adolescencia es una edad turbulenta por la que atraviesa toda persona y es donde ocurre con frecuencia la práctica sexual, época en la que el adolescente debe de recibir la información más veraz acerca de la sexualidad y métodos anti-conceptivos que puede utilizar, esta información puede ser dada por los padres, los pediatras, médicos generales y psicólogos (11).

Considerando que en los tiempos que vivimos, una mala orientación al respecto pueda desencadenar y degenerar en promiscuidad y enfermedades de transmisión sexual.

La actividad sexual antes del matrimonio es muy común en Latinoamérica. Los elevados indicadores de embarazo en la adolescencia y de hijos fuera del matrimonio y uniones consensuales sugieren una considerable actividad sexual antes y fuera del matrimonio (23).

Dos tipos de factores influyen en la iniciación de la actividad sexual antes del matrimonio:

1. Factores Micro o características individuales del adolescente: como la Educación de la mujer y si está comprometida o no en matrimonio.
2. Factores Macro o del contexto social: como lo son las normas de la comunidad respecto a la importancia del matrimonio y moralidad.

D.12 EL EFECTO DEL S.I.D.A.

La epidemia del SIDA ha elevado el reconocimiento del papel de los preservativos en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, como todavía no hay un cura para el SIDA, la epidemia ha llamado poderosamente la atención del público. En Europa es el método más utilizado por tal razón.

La mayor parte de los países que tienen un problema grave de SIDA están montando grandes programas de información pública cuyo mensaje clave es que los preservativos son la protección más eficaz para las personas sexualmente activas que no tienen pareja monógama ni son monógamas ellas mismas.

A comienzos de 1988 el Ministerio de Salud anunció el inmediato lanzamiento de una campaña masiva que habría de concentrarse en los métodos para prevenir el contagio.

El anuncio anterior suscitó una fuerte reacción en los grupos conservadores que acusaron al gobierno de promover el sexo libre y conspirar contra las buenas costumbres y los valores sociales y las tradiciones (23).

D.13 LA INFLUENCIA DE LA RELIGION

Recientemente el Papa Juan Pablo II firmó su encíclica " VERITATIS SPLENDOR " haciéndola divulgar en todo el mundo. Esta encíclica sobre los fundamentos de la moral posiblemente será la más discutida de todos los tiempos. No en vano pretende clarificar el actual debate sobre la naturaleza de la moralidad, en el que se contraponen los conceptos de libertad y de norma, de conciencia y autoridad. Un debate que afecta además, de modo directo al comportamiento personal (14).

En un artículo publicado en The Catholic World Report (11-92), el moralista norteamericano William E. May aborda algunas cuestiones centrales de la encíclica papal y las dificultades de recepción que pueda encontrar.

A su juicio, los principales obstáculos que encontrará el Papa para proclamar las verdades de la moral católica, son:

1. La tesis, ya popular de que las enseñanzas morales de la iglesia son rígidos y difíciles de practicar.
2. La idea que, la gente que no es realmente libre para decidir la clase de vida que quiere llevar y que, en consecuencia, el progreso humano no se dará mediante la conversión de los corazones sino a través del cambio social, aplicando las nuevas tecnologías que la ciencia moderna proporciona.
3. La confusión causada por la proliferación de opiniones teológicas.

A los ojos de muchos la enseñanza moral de la Iglesia parece consistir en una serie de "NOes" que tienen poco que ver con el amor y que parecen intelectualmente absurdos para el hombre de hoy.

Esto se pone de manifiesto especialmente en la enseñanza católica en materia de moral sexual: no a la contracepción, incluso para las parejas pobres que se esfuerzan por dar a sus hijos una vida decente y por expresar su amor conyugal; no al matrimonio de los divorciados, incluso a las mujeres abandonadas y que deben cuidar a sus hijos con pocos medios; no a la fecundación In Vitro, incluso dentro del matrimonio cuando la mujer no pueda concebir (14), (24).

Esta muy extendida, no sólo entre la gente sino también entre algunos teólogos, la sensación de que muchas de estas enseñanzas son imposiciones legales que entorpecen más que refuerzan el verdadero amor humano.

D.13.i Para elegir bien

Pero, No es este un ideal demasiado arduo ?, May reconoce que el desánimo es algo propio de la condición humana y que en tal caso es frecuente la tentación del ESCEPTICISMO.

Esta situación inclina a tratar de arreglar los problemas mencionados mediante las panaceas ofrecidas por la tecnología moderna. Resuélvase el problemas de los hijos no deseados usando la píldora... resuélvase la cuestión de las enfermedades de transmisión sexual facilitando el acceso a los preservativos....

En fin, las normas morales propuestas por la Iglesia no son trabas legalistas sino " verdades para guiar la capacidad de elegir y capacitar así, a las personas para vivir por sí mismas de un modo libre y acertado (28) .

Pero también sabemos que tenemos la libertad de elegir y que contamos con la ayuda de Jesucristo para saber que debemos hacer y en el esfuerzo por llevarle efectivamente a cabo. Cada uno debe examinar sus convicciones, sus creencias y su FE (consciencia) para tomar las decisiones en su comportamiento (18).

VII. METODOLOGIA:

A. TIPO DE ESTUDIO:

DESCRIPTIVO-OBSERVACIONAL

B. TAMAÑO DE LA MUESTRA Y SELECCION DEL SUJETO A ESTUDIO:

Se incluyeron en el estudio a TODOS los estudiantes que cursan el 4o año de la carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante el año de 1,994.

Los criterios de inclusión que rigieron el estudio fueron:

1. Ser estudiante del 4o año de la carrera de médico y cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala y estar oficialmente inscrito.
2. Estar en plena disponibilidad de realizar, voluntariamente, el cuestionario.

Se excluyeron del estudio:

1. Estudiantes que NO desearon participar en la realización del cuestionario.
2. Estudiantes que NO se encontraron en cada visita a cada centro hospitalario y clínico, respectivamente.

C. HIPOTESIS:

Debido a que el tipo de estudio es descriptivo, no se basó en la comparación de una verdad provisional o de determinadas relaciones entre factores causales, ni se pretendió anticipar la ocurrencia de determinado fenómeno; por esto no fue diseñada hipótesis de investigación.

D. VARIABLES:

El presente estudio se basó en la evaluación directa de ciertos conocimientos adquiridos por el estudiante, los cuales no afectan el resultado de la investigación.

E. RECURSOS :

1. Materiales:

1.1. Económicos:

Se realizaron gastos estimados en :

- Gastos de copias de cuestionario	Q.	300
- Gastos de transporte	Q.	100
- Papelería diversa y fotocopias	Q.	100
- Impresión de tesis	Q.	780

T O T A L : Q. 1,280

1.2. Físicos:

- Salones de docencia en hospitales nacionales que incluyen estudiantes con su respectivo mobiliario de docencia.
- Clínicas familiares que incluyen estudiantes con su respectivo equipo y mobiliario de docencia.
- Computadora CONFIDENT VERTEX 70 sx.16
- Vehículo
- Cuestionario

2. Humanos:

Personal de:

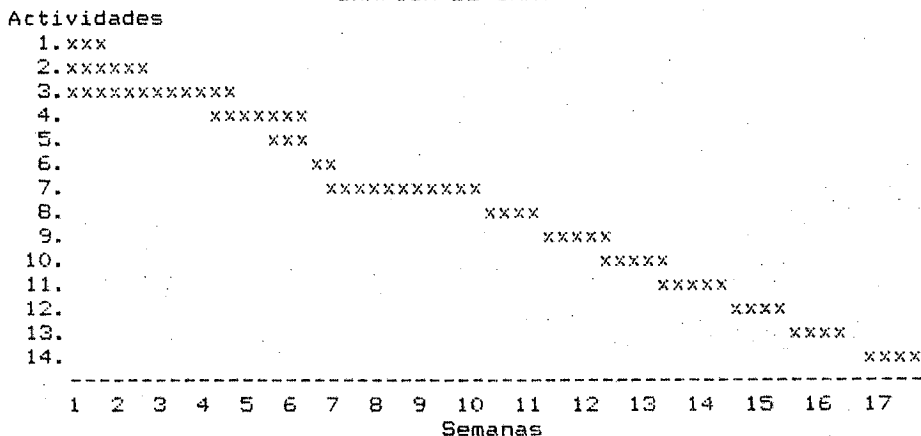
- 2.1 Biblioteca General de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 2.2. Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

F. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

1. Se respetó la CONFIDENCIALIDAD del cuestionario.
2. Se evitó influir en las respuestas aclarando previamente los objetivos de la investigación y la no obligatoriedad de realizarla.

6. EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

GRAFICA DE GANTT



1. Selección del tema de proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico .
4. Elaboración del proyecto conjunto con asesor y revisor .
5. Diseño de los instrumentos que se utilizaran en la recopilación de datos.
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
7. Ejecución del trabajo de campo .
8. Procesamiento de los datos, elaboración de cuadros.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación de informe final para correcciones.
12. Aprobación del informe final.
13. Impresión del informe final y trámites administrativos.
14. Exámen público de defensa de tesis.

INSTRUMENTOS DE MEDICION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Religi3n	Creencia, devoci3n, culto que se tributa a Dios.	Se pregunt3 al estudiante la religi3n que profesa.	Cat3lica Evang3lica Mormona Judia, etc.,
Sexo	Condici3n org3nica que tingu macho de hembra.	Se pregunt3 al estudiante el sexo al que corresponde.	Masculino Femenino
Conocimiento	Noci3n, informaci3n sobre algo.	Se determin3 el conocimiento sobre el uso de los metodos anticonceptivos.	Suficientes Pocos Muy pocos ninguno
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Se pregunt3 al estudiante la edad que tiene.	En a3os
Estado Civil	Condici3n de un individuo en lo que toca a su relaci3n con la sociedad.	Se pregunt3 al estudiante su estado civil.	Soltero(a) Casado(a) Unido(a) Viudo(a)

VIII. P R E S E N T A C I O N D E R E S U L T A D O S

CUADRO NO.1
 ESTUDIANTES DE 4º AÑO, POBLACION A ESTUDIO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994.

	NO. ESTUDIANTES	%
ENCUESTADOS	139	86.8
NO ENCUESTADOS (1)	21	13.2
POBLACION OBJETO :	160	100.0

(1) Estudiantes que no se encontraban en el momento que se proporcionó el cuestionario.

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 2
ESTUDIANTES DE 4º AÑO ENCUESTADOS, SEGUN SEXO
FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
Durante el mes de Abril de 1,994

SEXO	NO. ESTUDIANTES	%
MASCULINO	82	58.99
FEMENINO	57	41.01
TOTAL :	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 3
 ESTUDIANTES DE 4º AÑO ENCUESTADOS, SEGUN RELIGION
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

RELIGION	NO. ESTUDIANTES	%
CATOLICA	95	68.34
EVANGELICA	23	16.54
ADVENTISTA	4	2.87
MORMONA	2	1.43
TESTIGO DE JEHOVA	2	1.43
NINGUNA	13	9.39
TOTAL:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 4
 ESTUDIANTES DE 4o AÑO ENCUESTADOS SEGUN EDAD
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

RANGO DE EDAD	NO. ESTUDIANTES	%
MENORES DE 20 AÑOS	5	3.59
DE 20 A 24 AÑOS	128	92.08
DE 25 A 29 AÑOS	5	3.59
DE 30 A 34 AÑOS	-	0.00
DE 35 A 39 AÑOS	1	0.74
TOTAL:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 5
 PRIMERAS FUENTES DE INFORMACION SOBRE METODOS
 ANTICONCEPTIVOS EN LOS ESTUDIANTES DE 4o AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

FUENTES DE INFORMACION	NO. ESTUDIANTES	%
CON PADRES	32	23.02
CON AMIGOS	26	18.70
CON MEDICO	9	6.47
EN LA SECUNDARIA	60	43.16
EN LA UNIVERSIDAD	8	5.75
OTRO	4	2.90
TOTAL:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 6
 PRINCIPALES FUENTES DE INFORMACION SOBRE LOS METODOS
 ANTICONCEPTIVOS EN LOS ESTUDIANTES DE 4 AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

FUENTE DE INFORMACION	NO. ESTUDIANTES	%
ESCRITA	78	56.11
VERBAL	55	39.56
TELEVISION	2	1.43
OTRA	4	2.90
TOTAL:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO. NO. 7
 CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
 EN LOS ESTUDIANTES DE 4º AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

CONOCIMIENTO	NO. ESTUDIANTES	%
SUFICIENTE	77	55.39
POCO	57	41.00
MUY POCO	5	3.61
NINGUNA	0	0.00
TOTAL:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 8
 CANTIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS
 POR LOS ESTUDIANTES DE 4º AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994.

CANTIDAD			No. ESTUDIANTES
Conocen	10	Métodos Anticonceptivos	42
Conocen	9	" "	36
Conocen	8	" "	16
Conocen	7	" "	7
Conocen	6	" "	13
Conocen	5	" "	13
Conocen	4	" "	5
Conocen	3	" "	5
Conocen	2	" "	2
TOTAL :			139

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 9
 UTILIZACION DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO
 EN LOS ESTUDIANTES DE 4o AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

	NO. ESTUDIANTES	%
SI UTILIZAN ALGUN METODO	46	33.09
NO UTILIZAN NINGUNO	93	66.91
TOTAL:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 10
 PRINCIPALES METODOS UTILIZADOS POR
 LOS ESTUDIANTES DE 4º AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

METODO ANTICONCEPTIVO	NO. ESTUDIANTES	%
CONDON	35	76.08
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	4	8.69
RITMO O CONTINENCIA PERIODICA	5	10.86
INYECCIONES	2	4.37
TOTALES:	46	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 11
 CONOCIMIENTOS SOBRE LOS METODOS UTILIZADOS POR
 LOS ESTUDIANTES DE 4o AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

CONOCIMIENTO	NO. ESTUDIANTES	%
SUFICIENTE	35	76.08
UN POCO	11	23.92
MUY POCO	-	0.00
NINGUNO	-	0.00
TOTAL:	46	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 12
 RAZONES PRINCIPALES POR LOS QUE NO UTILIZAN
 METODOS ANTICONCEPTIVOS ESTUDIANTES DE 4º AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

RAZONES	NO. ESTUDIANTES	%
NO TIENEN VIDA SEXUAL ACTIVA	45	48.38
NO LO DESEAN	33	35.48
NO LOS CONSIDERAN NECESARIOS	9	9.67
SU RELIGION NO LO PERMITE	4	4.30
LES PREOCUPA QUE SUS PADRES SE LOS ENCUENTREN	2	2.17
TOTAL:	93	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 12.1
 CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO DEL CONDON COMO METODO
 ANTICONCEPCIONAL Y EN LA PREVENCION Y CONTROL DE
 ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
 EN LOS ESTUDIANTES DE 4o AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994.

CONOCIMIENTOS	No. ESTUDIANTES				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
Sobre el porcentaje de fracaso y relación con embarazo	96	69.06	43	30.94	139	100
Sobre el porcentaje de fallo y contraer el S.I.D.A.	83	59.71	56	40.29	139	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 13
 CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMPLEO DE DISPOSITIVOS
 INTRAUTERINO COMO ANTICONCEPCIONALES
 ESTUDIANTES DE 4º AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

CONOCIMIENTOS:	NO. ESTUDIANTES	%
SUFICIENTES	51	36.69
POCOS	58	41.72
MUY POCOS	23	16.54
NINGUNO	7	5.05
TOTALES:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 14
 CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS
 ORALES POR LOS ESTUDIANTES DE 4º AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

CONOCIMIENTOS:	NO. ESTUDIANTES	%
SUFICIENTES	74	53.23
POCOS	59	42.44
MUY POCOS	6	4.33
NINGUNO	-	0.00
TOTAL:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 15
 CONOCIMIENTOS SOBRE EL METODO DEL RITMO COMO
 ANTICONCEPCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE 4o AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

CONOCIMIENTOS:	NO. ESTUDIANTES	%
SUFICIENTES	89	64.02
POCOS	45	32.37
MUY POCOS	5	3.61
NINGUNO	-	0.00
TOTAL:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 16
 CONOCIMIENTOS SOBRE LOS METODOS INTRADERMICOS COMO
 ANTICONCEPCIONALES EN LOS ESTUDIANTES DE 4o AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de abril de 1,994

CONOCIMIENTOS	NO. ESTUDIANTES	%
SUFICIENTES	13	9.35
POCOS	65	46.76
MUY POCOS	23	16.55
NINGUNO	38	27.34
TOTAL:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 17
 ACTITUDES EN EL USO DEL CONDON COMO METODO
 ANTICONCEPTIVO EN LOS ESTUDIANTES DE 4º AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de abril de 1,994

ACTITUD	NO. ESTUDIANTES	%
ES ADECUADO	98	70.50
ES NORMAL	13	9.35
ES INMORAL	2	1.45
LES ES INDIFERENTE	26	18.70
TOTAL:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 18
 INDICACIONES MAS FRECUENTES SOBRE EL USO DE LOS
 METODOS ANTICONCEPTIVOS EN GENERAL
 ESTUDIANTES DE 4o AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

INDICACIONES	NO. ESTUDIANTES	%
PLANIFICACION FAMILIAR	43	30.93
EN RELACION SEXUAL Y SIN DESEO DE EMBARAZO	62	44.60
EN RELACION SEXUAL CON ALGUIEN DESCONOCIDO	18	12.95
OTRAS OPINIONES	16	11.52
TOTALES:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 19
 ACTITUD HACIA LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
 COMO PLANIFICACION FAMILIAR
 ESTUDIANTES DE 4o AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

ACTITUD	NO. ESTUDIANTES	%
DEBER COMO PADRE RESPONSABLES	112	80.57
ES NORMAL	23	16.55
ES INMORAL	2	1.44
LES ES INDIFERENTE	2	1.44
TOTALES:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 20
 METODO ANTICONCEPTIVO CONSIDERADO MEJOR PARA
 EVITAR EMBARAZOS EN PAREJAS JOVENES
 POR LOS ESTUDIANTES DE 4o AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

METODO SUGERIDO:	NO. ESTUDIANTES	%
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	52	37.41
CONDON O PRESERVATIVO	39	28.05
INYECCIONES	12	8.63
RITMO O CONTINENCIA PERIODICA	17	12.23
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS	3	2.15
JALEAS Y ESPUMAS	3	2.15
VASECTOMIA	4	2.91
NO SABEN	9	6.47
TOTAL:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 21
 CONOCIMIENTO SOBRE INSTITUCIONES QUE PROVEEN
 ORIENTACION SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
 POR LOS ESTUDIANTES DE 4o AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

INSTITUCION CONOCIDA:	NO. ESTUDIANTES	%
APROFAM	114	82.01
CODETS	12	8.63
U.S.A.C.	4	2.89
NO CONOCEN ALGUNA	9	6.47
TOTAL:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 22
 INTERES EN CONOCER SOBRE TEMAS COMO METODOS
 ANTICONCEPTIVOS EN LOS ESTUDIANTES DE 4º AÑO
 FACULTAD DE MEDICINA, U.S.A.C.
 Durante el mes de Abril de 1,994

	NO. ESTUDIANTES	%
SI ESTAN INTERESADOS	126	90.65
NO ESTAN INTERESADOS	13	9.35
TOTAL:	139	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio se consideraron como población objeto, 160 estudiantes que cursan el 4º año de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Se proporcionó el cuestionario para la recolección de datos a un total de 139 estudiantes (87%) y el resto, 21 estudiantes (13%) no se encontraron en ese momento, razón por la cual el tamaño de la muestra se redujo y limitó a la primera cantidad mencionada (Cuadro No. 1).

La población masculina con 82 estudiantes (58.99%) fue predominante sobre la femenina, con 57 estudiantes (41.01%), lo que originó que nuestro estudio se basara en su mayoría a experiencias masculinas, en lo que al uso y la práctica de los métodos anticonceptivos concierne (Cuadro No.2).

Vemos que la población estudiantil profesa la religión católica, en su mayoría, 95 estudiantes (68.34%) y que predominó sobre otras creencias. Nuestro estudio pretendió investigar la influencia de la religión en la decisión de utilizar o no, los métodos anticonceptivos, y la cual veremos más adelante, no fue significativa (Cuadro No. 3).

La cantidad de estudiantes de nuestro estudio fue mayor dentro del rango de 20 a 24 años de edad, con 128 estudiantes (82.08%) en total. Se pudo observar que el patrón general fue, que a mayor edad, mayor conocimiento y experiencias respecto al uso de los métodos anticonceptivos (Cuadro No. 4).

Dentro de las primeras fuentes de información sobre los métodos anticonceptivos en los estudiantes, se revela : que 60 estudiantes (43.16%) recibieron dicha información en la secundaria, siguiéndole en orden de disminución, 32 estudiantes (27.02%) que recibió dicha información con sus padres y 26 estudiantes (18.70%) que recibió la información con amigos.

Esto evidencia que aunque en nuestra sociedad dichos temas habían sido por años, tabú social, se ha logrado la creación e institución de programas de educación en lo que respecta a sexualidad, enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos, habiendo más libertad en el abordaje sobre dichos temas, incluso hasta con los mismos padres de familia que en la antigüedad no hablaban de esto con sus hijos.

Asociado a esto, las fuentes principales de información sobre los métodos anticonceptivos han sido: escrita en 56.11 % y verbal en 39.56 %, en este estudio.

Los estudiantes refirieron haber tenido acceso a revistas, folletos, libros y periódicos que hablaban sobre dicho tema, a la vez que conjuntamente también iba de la mano con la información de carácter verbal proporcionada por diversas personas que incluían a padres, amigos, maestros, etc, (Cuadro No. 5 y 6).

En general, el conocimiento sobre todos los métodos anticonceptivos en la población estudiantil es considerada: suficiente, por 77 estudiantes (55.39 %); poca, por 59 estudiantes (41 %) y muy poca, por sólo 5 estudiantes (3.61 %). Estos resultados esperábamos que fueran así por el nivel académico como estudiantes de 4o año de medicina, aunque el tema de los métodos anticonceptivos se incluyen dentro del pensum de 5o año de la carrera, cuando se rota por el departamento de ginecología y obstetricia (Cuadro No. 7).

Vemos en su mayoría que 42 estudiantes conocían los siguientes métodos anticonceptivos: condón o preservativo, diafragma vaginal, jaleas y espumas, anticonceptivos intradérmicos, pastillas anticonceptivas, dispositivos intrauterinos, inyecciones, ritmo o continencia periódica, ligadura de trompas de Falopio y vasectomía. Muchos refirieron que por el nivel alcanzado en la carrera, en más de alguna ocasión habían recibido información sobre los métodos anticonceptivos mencionados. Otro hecho de recalcar es que de los que conocían sólo 9 métodos anticonceptivos, 36 estudiantes, en su gran mayoría no conocían el método intradérmico también llamado Norplant (Cuadro No. 8).

En base a lo anterior al preguntar sobre quienes utilizaban y quienes no utilizaban algún método anticonceptivo los resultados fueron que: 46 estudiantes (33.09 %) SI utilizan algún método y 93 estudiantes (66.91 %) NO utilizan alguno.

El método anticonceptivo principalmente utilizado fue: el condón, 35 estudiantes (76.08 %); siguiéndole en orden, el ritmo o continencia periódica, 5 estudiantes (10.86 %); las pastillas anticonceptivas, 4 estudiantes (8.69 %) y finalmente inyecciones, 2 estudiantes (4.37 %) (Cuadro No. 9 y 10).

Respecto al conocimiento sobre los métodos anticonceptivos utilizados por los estudiantes, el 76.08 % lo conoce suficiente y el resto, 23.92 % lo conoce poco.

Estos conocimientos incluyen las indicaciones y contra-indicaciones, efectos secundarios e indeseables y proporción de fallo y fracaso de su uso (Cuadro No. 11).

Dentro de las razones principales de los que NO utilizan los métodos anticonceptivos, están:

1. No tienen vida sexual activa (48.32 %), 2. No lo desean (35.48 %), 3. No los consideran necesarios y 4. La religión no se los permite, con (9.67 %) y (4.30 %), respectivamente.

Considerando esta información, vemos que la influencia de la religión no es significativa en el uso de los métodos anticonceptivos, sin olvidar que muchos No tienen vida sexual activa que podría asociarse a la influencia de la religión en el sentido de abstinencia sexual como rechazo a la promoción del sexo libre por los medios de comunicación de nuestra sociedad (Cuadro No. 12).

Al respecto del uso del condón como método anticonceptivo y su papel en la prevención y control de enfermedades de transmisión sexual, 96 estudiantes (69.06 %) conocen del porcentaje de fracaso y su relación con embarazo; y 83 estudiantes (59.71 %) conocen del porcentaje de fallo y la posibilidad de contraer el S.I.D.A. (Cuadro 12.1).

Cuando quisimos determinar el conocimiento del empleo de los dispositivos intrauterinos como anticoncepcionales, los resultados fueron los siguientes:

51 estudiantes (36.69%) conocen lo suficiente al respecto, 58 estudiantes (41.72%) conocen poco, 23 estudiantes (16.54%) conocen muy poco y solo 7 estudiantes (5.05%) no lo conocen (Cuadro No. 13).

De igual forma con los anticonceptivos orales, 74 estudiantes (53.28%) lo conocen suficiente, 59 estudiantes (42.44%) lo conocen poco (Cuadro No. 14).

Respecto al método del ritmo, 89 estudiantes (64.02%) lo conocen suficiente, 45 estudiantes (32.37%) lo conocen poco y al igual que los anticonceptivos orales nadie refirió no conocerlo (Cuadro No. 15).

Finalmente el método intradérmico, NORPLANT, 65 estudiantes (46.76%) lo conocen poco y la cantidad de 38 estudiantes (27.34%) no lo conocen (Cuadro No. 16).

Estos conocimientos incluían, indicaciones, contraindicaciones de su uso, proporción de fracaso y fallo, efectos secundarios e indeseables.

En base a todo lo anterior el método más conocido, fue el del ritmo o continencia periódica, siguiéndole los anticonceptivos orales, los dispositivos intrauterinos y el intradérmico .

Con respecto a las actitudes del uso del condón como método anticonceptivo se indicó: que es adecuado (70.5%), es indiferente (18.70%), es normal (9.35%) y que es inmoral (1.45%). No encontrándose significancia alguna del papel de la moral como determinante del uso o no de dicho método. Además que los estudiantes refirieron un amplio criterio en el abordaje del tema.

Igualmente en la actitud hacia los métodos anticonceptivos en general, 44.60% refirieron que debían utilizarse en toda relación sexual sin deseo de embarazo y 30.93% refirió que debían utilizarse cuando se tenían muchos hijos y como planificación familiar, propiamente dicha (Cuadro No. 17 y 18).

Nuevamente enfocando los métodos anticonceptivos solamente como planificación familiar, los resultados fueron: que el 80.57% opinó que es un deber como padres responsables, 16.55% opinó que era algo normal y solamente un 1.44% opinó que era inmoral aún con esos fines (Cuadro No. 19).

Al preguntar sobre que metodo aconsejarían para evitar embarazos en parejas jóvenes, opinaron así: en primer lugar, las pastillas anticonceptivas (37.41 %), en segundo lugar, el condón (28.05 %), en tercer lugar, el ritmo (12.23 %). Solo un 6.47 % opinaron que no sabían.

Finalmente al preguntar sobre instituciones que proporcionan información sobre métodos anticonceptivos, el 82 % mencionó el nombre de APROFAM, el 8.63 %, el nombre de CO-DETS, el 6.47 % no conocen alguna y sólo un 2.89 % mencionaron a la Universidad de San Carlos de Guatemala como fuente de información.

Solamente el 90.65 % de nuestra muestra y población objeto estaría interesada en dicho tema y en obtener mayor información al respecto (Cuadro No. 20,21 y 22).

X. CONCLUSIONES

1. El conocimiento general sobre los métodos anticonceptivos en la población estudiantil del 4o año de la carrera de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, es aceptable, considerando que no será, sino hasta en 5o año, cuando el tema estará incluido en el pensum de estudios.
2. Las principales fuentes de información sobre los métodos anticonceptivos en la población estudiantil son ESCRITAS.
3. Las primeras informaciones sobre los métodos anticonceptivos fueron proporcionadas en la secundaria.
4. La influencia de los medios de comunicación como determinante en el uso de los métodos anticonceptivos no es significativa por el nivel académico de los estudiantes.
5. La influencia de la religión y la moral como determinantes en el uso de los métodos anticonceptivos no es significativa, ya que los estudiantes poseen un criterio científico amplio, al abordar el tema .
6. De la población estudiantil objeto el 33 % si utiliza algún método anticonceptivo. Y el método mayormente utilizado es el condón.
7. De la población estudiantil objeto el 66 % NO utiliza ningún método anticonceptivo. Y la razón más importante para no utilizarlos es que no tienen vida sexual activa.
8. Respecto al uso del condón como método anticoncepcional, la población estudiantil considera que es adecuado.

9. La población estudiantil, con respecto al uso del condón, si conoce del porcentaje de fracaso y la relación con embarazo, al igual que el porcentaje de fallo y la posibilidad de contraer el S.I.D.A.
10. La población estudiantil considera indicado el uso de los métodos anticonceptivos para toda relación sexual sin deseo de embarazo.
11. La población estudiantil considera indicado los métodos anticonceptivos como planificación familiar, propiamente dicha, como un deber de padres responsables.
12. La población estudiantil sugiere el uso de los anti-conceptivos orales o pastillas como el mejor método para evitar embarazos en parejas jóvenes.
13. La institución más conocida como fuente informadora sobre los métodos anticonceptivos, en nuestro medio, es APROFAM.

XI. RECOMENDACIONES

1. Es un hecho que los jóvenes inician su vida sexual desde muy temprana edad y que el estudiante de medicina no es la excepción.

Es por esto, que desde un nivel más temprano debería proveerse información acerca de sexualidad, enfermedades de transmisión sexual y métodos anti-conceptivos, entre otros, con énfasis en sus implicaciones éticas, morales y religiosas, así como sus repercusiones sociales y de salud.

2. Independientemente de las creencias religiosas y culturales debería informarse en general, sobre temas como los métodos anticonceptivos, para que sea cada persona, quien en base a sus convicciones, decida el uso o no, de estos, en el control de la natalidad y la planificación de su familia.

XII. RESUMEN

Los métodos anticonceptivos son enfocados desde dos puntos de vista que son:

1. Planificación familiar, propiamente dicha y 2. la utilización de estos, específicamente el condón, en la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual.

El conocimiento general sobre los métodos anticonceptivos en la población estudiantil del 4o año de la carrera de medicina, es aceptable.

Este estudiante adquiere conocimientos y experiencias sobre la sexualidad y métodos anticonceptivos en su vida diaria, pudiendo complementar esos conocimientos en la Facultad de Medicina, específicamente en 5o año, que incluye la rotación por el Departamento de Ginecobstetricia.

Las principales fuentes de información sobre los métodos anticonceptivos han sido escritas y las primeras informaciones al respecto, han sido proporcionadas en la secundaria.

En base a los resultados de nuestro estudio se puede determinar que la influencia de los medios de comunicación, la religión y la moral, no son significativas debido a que la población estudiantil posee criterio científico amplio, en el abordaje del tema.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. APROFAM, BASES DE LA EDUCACION SEXUAL, TOMO 1
GUATEMALA , 1991
2. APROFAM, EL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS, TOMO 5
GUATEMALA 1,991
3. AQUINO, T.B. EDUCACION SEXUAL DEL ADOLESCENTE ESCOLAR
TESIS (MEDICO Y CIRUJANO).
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, FACULTAD
DE CIENCIAS MEDICAS, 1984, 127p.
4. ASOCIACION GUATEMALTECA DE EDUCACION SEXUAL: METODOLOGIA
ANTICONCEPTIVA, GUATEMALA 1981. p.p. 1-10
5. BALTIMORE. UNIVERSIDAD JOHN HOPKINS. PROBLEMAS DE SALUD
DE LOS JOVENES. POPULATIONS REPORTS. 1987 EBERI
SERIE M. (pp 5-22).
6. CIFUENTES, ARMANDO. LA IGLESIA CATOLICA Y EL CRECIMIENTO
DE LA POBLACION. 1971.
7. CLINICAS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. TEMAS ACTUALES.
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. MEXICO. 1990
p.p. 719-735
8. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS. EDITORIAL INTERAME-
RICANA. MEXICO. 1992. VOLUMEN 4/ 1992.
9. CONTRERAS, EDGAR. CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y METO-
DOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES DE EDUCACION ME-
DIA. TESIS (MEDICO Y CIRUJANO)
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS, 1992, 58p
10. DE LA FUENTE, M.R. ADOLESCENTES. EN: PSICOLOGIA MEDICA,
MEXICO. FONDO DE CULTURA ECONOMIA, 1978 (pp 194-199).
11. FREUD, S. ET. AL. EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE 4a. EDI-
CION, BUENOS AIRES, PAIDOS, 1977 128p (73-103).
12. HATCHER, R. ET AL. CONTRACEPTIVE TECHNOLOGY
1986-1987 13Th. ED. NEW YORK. IRVINGTON PUBLISHER,
1987 pp 135-152.
13. HYDE J. ET AL. CONTROL HORMONAL Y NEUROLOGICO DE LA CON-
DUCTA SEXUAL EN: ENTENDIMIENTO DE LA SEXUALID HUMANA.
MEXICO INTERAMERICANA 1985 (PP. 190-198).

14. JUAN PABLO II, DIGNIDAD Y VOCACION DE LA MUJER. 1989.
15. KLEIMAN L. RONAL MANUAL DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA MEDICOS. FEDERACION INTERAMERICANA DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA. LONDRES. 1989, 6a EDICION pp 170-187.
16. LIEBERMAN J. ET. AL. CONOCIMIENTOS AACTITUDES Y CONDUCTA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES. EN SU: GUIA SEXUAL PARA JOVENES Y DEL CONTROL DE LA NATALIDAD 4a EDICION MEXICO, ELERDER. 1985 pp 33-38.
17. MASTER E. ET AL./ HUMAN SEXUAL RESPONSE.
ARCH SEX BEHAVIOR 1978 JUL: 4 (4): 372.
18. MUNDO CRISTIANO. EL PAPA HABLA DE LA REGULACION DE LA NATALIDAD. 7a ENCICLICA. HUMANAS VITAE, 3a EDICION 1968.
19. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD. NORMAS DE ATENCION DE SALUD MATERNOINFANTIL. 1992. AGOSTO GUATEMALA. pp. 25-48.
20. MONTANA, EDUARDO. TECNOLOGIA DE LA CONTRACEPCION. 10a EDICION EN ESPANOL, MEXICO, IRVINGTON PUBLISHER 1992. pp 180-197.
21. NOVACK, H. YM. JONES. PLANIFICACION FAMILIAR EN SU: GINECOLOGIA 10a EDICION MEXICO. EDIT. INTERAMERICANA 1987 pp 843-957.
22. PEARSON G.H. RESURGIMIENTO DE LOS IMPULSOS SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES EN: LA ADOLESCENCIA Y EL CONFLICTO DE LA GENERACIONES. SIGLO XX. 5a. EDICION BUENOS AIRES ATENEO, 1985 pp. 78-98.
23. PERSPECTIVAS INTERNACIONALES EN PLANIFICACION FAMILIAR. REVISTAS : NUMEROS ESPECIALES DE 1982, 1984 Y 1991. UNA PUBLICACION ANUAL DE THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. NEW YORK.
24. PRENSA LIBRE. Articulo: VERITATIS SPLENDOR, DISCUTIDA ENCICLICA. 1993. OCTUBRE. pp 21-24.
25. PRITCHARD, J.A. ET AL: OBSTETRICIA DE WILLIAMS. 3a EDICION, EDIT. SALVAT, 1990. MEXICO. pp 878-908.

26. SPRINGER. E. PARA LA PSICOLOGIA DE LA VIDA SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA. EN SU: PSICOLOGIA DE LA EDAD JUVENIL 2a. EDICION MEXICO EDINAL. 1973 pp. 105-113.
27. UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. CUALI-CUANTIFICACION DE LA SITUACION SOCIOECONOMICA DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. DEPARTAMENTO DE SOCIO-ECONOMIA 1990.
28. VILLOT, CARDENAL. QUE SIGAN SUS CONCIENCIAS PERO... QUE SE INFORME PRIMERO. FOLLETO MAYO 1978.

XIV.

A N E X O S

A CONTINUACION SE LE PRESENTA UNA SERIE DE PREGUNTAS LAS QUE DEBERA CONTESTAR DE LA FORMA MAS ADECUADA Y PERTINENTE EN BASE SUS CONOCIMIENTOS Y A SU EXPERIENCIA SOBRE EL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS .

ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANONIMO Y CONFIDENCIAL, ASI QUE CONTESTE SINCERA Y LIBREMENTE.

LA RESPUESTA DEPENDIENDO DEL CASO DEBERA SER MARCADA CON UNA "X" O BIEN DEBERA ESCRIBIR SU OPINION DANDO UNA EXPLICACION MAS ESPECIFICA.

CON LA INFORMACION RECABADA ESPERAMOS SACAR CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES QUE SERAN UTILIZADAS EN BENEFICIO DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

Estado civil: _____ Sexo: M___ F___

Religion: _____ Edad: _____

1. Con quien obtuvo las primeras informaciones sobre los metodos anticonceptivos:

- | | | | |
|------------------|-----|----------------------|-----|
| a. con padres | --- | e. en la secundaria | --- |
| b. con amigos | --- | f. en la universidad | --- |
| c. con medico | --- | g. con enfermera | --- |
| d. en la iglesia | --- | h. otro | --- |

2. En general, la informacion que ha recibido sobre los metodos anticonceptivos ha sido:

- | | |
|------------------------------------------|-------|
| a. escrita (revistas, periodicos, etc.,) | ----- |
| b. verbal | ----- |
| c. radio | ----- |
| d. television | ----- |
| e. otro | ----- |

3. Considera que la informacion que tiene sobre los metodos anticonceptivos es:

- | | |
|---------------|-----|
| a. suficiente | --- |
| b. poca | --- |
| c. muy poca | --- |
| d. ninguna | --- |

4. De los siguientes metodos anticonceptivos marque cuales conoce:

- | | |
|---------------------------------------|-----|
| a. condon o preservativo | --- |
| b. diafragma vaginal | --- |
| c. jaleas y espumas vaginales | --- |
| d. anticonceptivos intradermicos | --- |
| e. anticonceptivos orales o pastillas | --- |
| f. dispositivos intrauterinos | --- |
| g. inyecciones | --- |
| h. ritmo o continencia periodica | --- |
| i. ligadura de trompas | --- |
| j. vasectomia | --- |

5. Ha utilizado o utiliza actualmente algun método anticonceptivo:

a. Sí ___ b. No ___ (PASE A LA PREGUNTA No. 8)

6. Cual método utiliza ?

- a. condón o preservativo _____
- b. diafragma vaginal _____
- c. jaleas y espumas vaginales _____
- d. anticonceptivos intradérmicos _____
- e. anticonceptivos orales o pastillas _____
- f. dispositivos intrauterinos _____
- g. inyecciones _____
- h. ritmo o continencia periódica _____
- i. ligadura de trompas _____
- j. vasectomía _____

7. Respecto al método anticonceptivo que utiliza considera que sabe:

- a. lo suficiente _____
- b. un poco _____
- c. muy poco _____
- d. nada _____

8. Porque " NO " los utiliza ?

- a. No sabía _____
- b. No lo deseo _____
- c. Mi religión no me lo permite _____
- d. No los considero necesarios _____
- e. Me avergüenza comprarlos en la farmacia _____
- f. Me preocupa que mis padres me los encuentren _____
- g. No tengo vida sexual activa _____

9. Conoce 3 nombres comerciales de preservativos:

- 1. _____ Q. _____
- 2. _____ Q. _____
- 3. _____ Q. _____

10. Conoce el % de fracaso con el empleo del condón y su relación con embarazo :

a. Sí ___ b. No ___

11. Conoce el % de fallo y contraer el S.I.D.A. si se utiliza condón o preservativo:

a. Sí ___ b. No ___

12. Considera usted que la actual epidemia del S.I.D.A. ha influido en su forma de pensar respecto al uso o no de los métodos anticonceptivos:

a. Sí ___ b. No ___

13. Considera usted que sus conocimientos sobre el empleo de dispositivos intrauterinos como anticoncepcionales son:

- a. suficientes ----
- b. pocos ----
- c. muy pocos ----
- d. ninguno ----

14. Considera usted que sus conocimientos sobre el uso de los anticonceptivos orales o pastillas son:

- a. suficientes ----
- b. pocos ----
- c. Muy pocos ----
- d. Ninguno ----

15. Considera usted que sus conocimientos sobre el metodo del ritmo o continencia periódica son:

- a. suficientes ----
- b. pocos ----
- c. muy pocos ----
- d. ninguno ----

16. Considera usted que sus conocimientos sobre los métodos anticonceptivos intradérmicos son:

- a. suficientes ----
- b. pocos ----
- c. muy pocos ----
- d. ninguno ----

17. Cree usted que utilizar preservativos en todas las ocasiones que se tiene relaciones sexuales es:

- a. adecuado ----
- b. lo normal ----
- c. inmoral ----
- d. me es indiferente ----

18. Cree usted que sólo deben utilizarse los métodos anticonceptivos cuando:

- a. se tienen muchos hijos ----
- b. cuando tiene una relación sexual y no desea embarazo ----
- c. cuando tiene relaciones sexuales con alguien que no conoce ----
- d. a y b ----
- e. b y c ----

19. Según su punto de vista considera que el uso de los métodos anticonceptivos con fines de placer es:

- a. adecuado ----
- b. lo normal ----
- c. inmoral ----
- d. me es indiferente ----