

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**EVALUACION DEL USO DE LOS DIFERENTES METODOS
ANTICONCEPTIVOS EN COMUNIDADES INDIGENAS**

Estudio descriptivo sobre los diferentes métodos
anticonceptivos en la población masculina del
Municipio de Sumpango, Sacatepéquez.
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

KARLA LORENA SAMAYOA MOLINA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, ABRIL DE 1994.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 23 de marzo
DOF-020-94

de 199 4

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

Se informa que el: MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA URBANA KARLA LORENA
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
SAMAYOA MOLINA Carnet No. 88-12997
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"EVALUACION DEL USO DE LOS DIFERENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS
EN COMUNIDADES INDIGENAS"

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:

Asesor
Firma y sello personal



Firma del estudiante

Elmer Enrique Gaitalva Barascani
Médico y Cirujano
Colegiado No. 2874

Revisor
Firma y sello

Registro Personal 11,496

DL
05

7(7083) 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 :

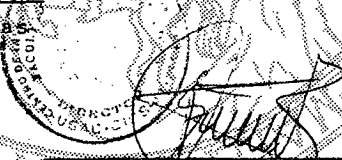
El Bachiller: KARLA LORENA SAMAYOA MOLINA
Carnet Universitario No. 88-12997

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"EVALUACION DEL USO DE LOS DIFERENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS
EN COMUNIDADES INDIGENAS"

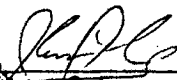

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 23 de marzo 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. René Enrique Cabrera Franco
D E C A N O


INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	3
IV.	OBJETIVOS	4
V.	MARCO TEORICO	5
	1. Métodos Temporales o Reversibles	6
	2. Métodos Permanentes o Irreversibles	15
VI.	METODOLOGIA	20
VII.	PRESENTACION DE DATOS	24
VIII.	ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	45
IX.	CONCLUSIONES	48
X.	RECOMENDACIONES	49
XI.	RESUMEN	50
XII.	BIBLIOGRAFIA	51
XIII.	ANEXO	53

I. INTRODUCCION

En muchos países en desarrollo, los programas de planificación de la familia han reducido la fecundidad en forma evidente. La fecundidad ha declinado en mayor grado en países con programas rigurosos, que cuentan con apoyo oficial y se desenvuelven en entorno socio-economicos mas favorables; Incluso en países relativamente pobres, los programas de planificación de la familia moderadamente rigurosos han resultado ser positivos para reducir la fecundidad.

Los programas nacionales de planificación familiar se implantaron por primera vez en 1960. sus principales objetivos no solo eran mejorar la salud de la familia si no reducir las tasas elevadas de crecimiento demografico, que aminoran el desarrollo económico de cualquier país. Ya en 1974 algunos gobiernos e investigadores sostenían que estos programas no darían resultado y que la fecundidad disminuirla unicamente con un mayor desarrollo social y económico.

Actualmente, los abundantes datos analizados por expertos de muchas naciones e instituciones demuestran que los programas de planificación familiar surten efecto. Estos resultados positivos no pueden dejar de ser una realidad en comunidades como las nuestras en donde las tasas de natalidad y fecundidad, así como el crecimiento demografico son cada vez mas elevadas. Planificar la familia 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 de manera mas apropiada, usando un método moderno y efectivo que se adapte a cada pareja.

Es este trabajo se pretende evaluar que porcentaje de la población masculina de Sumpango Sacatepequez, utiliza o no los diferentes métodos anticonceptivos, así como las causas que los pueden llevar a no usarlos, para así posteriormente incorporar programas dirigidos a esta población y de alguna manera alcanzar los beneficios que los programas de planificación familiar brindan a cualquier comunidad.

Además en este trabajo se presenta una revisión bibliografica de los métodos anticonceptivos existentes en general, haciendo énfasis en aquellos dirigidos al sexo masculino. Se incluyen sin embargo los diferentes métodos para la mujer, para que la presente investigación sirva como fuente de consulta para aquellas personas interesadas en el tema que se expone.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

América Latina ha experimentado un importante cambio demográfico en el curso de las tres últimas décadas. Desde 1960 la tasa de fecundidad total* ha descendido en más del 90%. De unos 6 nacimientos por mujer en 1960 a menos de 3.5 en la actualidad. En 1960 menos del 20% de las parejas latinoamericanas practicaban la planificación familiar. Actualmente ese número es casi del 60%.

Guatemala es un país en desarrollo en donde las parejas utilizan los métodos anticonceptivos total y modernos en un 23% y 19% respectivamente. Es un país con una tasa bruta de natalidad de 39 x 1000 habitantes y con una tasa de fecundidad de 5.2%. Presenta una población urbana del 39% y rural del 61%. Entre esta última población se encuentra la Comunidad de Sumpango, Sacatepequez, en la cual el 95% de la población es indígena; el 60% de ella es alfabeta. Sin embargo, más del 50% de las familias viven en condiciones precarias; del total de la población solo el 5% hace uso de los métodos anticonceptivos. Es una comunidad con una tasa de natalidad del 21 x 1000 habitantes y de fecundidad de 39 x 1000 mujeres de 15 a 44 años. En ella se encuentran muchas condiciones (* indicadores de salud altos, como hacinamiento, pobreza, etc.) que la predisponen a ser susceptibles de padecer un daño.

La planificación familiar puede contribuir a mejorar la calidad de vida de las diferentes familias que conforman el municipio, ya que se ha comprobado que en otros países, en donde se ha reducido el tamaño de la familia, y existe un mayor uso de los anticonceptivos, han ocurrido importantes cambios socio-económicos: Mayor urbanización, mayor crecimiento en educación, mayor exposición a los medios de información, etc. De ello, el crecimiento demográfico (3.1% anual en Guatemala) de un país no debe analizarse como un fenómeno aislado, sino en interacción con otros fenómenos sociales. El problema no es el aumento del número de habitantes en un país, sino la carencia de recursos para poder llenar las necesidades de estos habitantes, en los niveles económicos, educacionales y de salud adecuados.

Como se mencionó, en el municipio de Sumpango, solo un pequeño porcentaje de la población hace uso de la planificación de la familia; lo que lleva a ser motivo de estudio del porque la mayoría de la misma no los utiliza, y por lo tanto no goza de los beneficios que de la planificación familiar se puede obtener.

* Tasa de fecundidad total: No. de hijos que una mujer tendría como promedio, durante su vida si se mantuvieran constantes las tasas de fecundidad específicas para la edad.

** S/datos de Censo 1993 por parte del Puesto de Salud.

III. JUSTIFICACION

Si las parejas sexuales presumiblemente fecundas no practicasen ningun metodo anticonceptivo, un 80% de las mujeres quedarian embarazadas en el plazo de 1 año. Partiendo de los beneficios conocidos que se pueden alcanzar, por medio de la planificacion familiar en cuanto a salud, condicion economica, bienestar personal y familiar, asi como de la comunidad y de la nacion, muchos paises en desarrollo que podrian gozar de estos beneficios, presentan una tasa del uso de los diferentes metodos anticonceptivos, baja, y muchas condiciones que los hace ser susceptibles a padecer un dano en cuanto a salud y problemas sociales, lo que ocurre en la comunidad de Sumpango, Sacatepequez, en la cual un programa eficaz de planificacion familiar contribuiria a mejorar la calidad de vida de las familias que conforman dicha comunidad. Sin embargo, en ellas un porcentaje bajo (5%) del total de la poblacion, hace uso de los metodos anticonceptivos.

Se han hecho diversos estudios sobre la aceptacion de la planificacion familiar, orientadas en su mayoria al sexo femenino en diferentes paises del mundo, no asi al sexo masculino que juega un papel importante en las decisiones relativas a la planificacion de la familia.

Muchas mujeres de la comunidad en estudio, han expresado a traves de la consulta a los Servicios de Salud, su deseo de programas sobre cuando y cuantos hijos tener. Deseo muchas veces frustrado por no contar con el apoyo de su companero sexual.

Se ha realizado algunas encuestas a hombres de diferentes paises (*) que han manifestado no hacer uso de los metodos anticonceptivos por temer a que eso les quite autoridad como jefes de la familia, a la infidelidad de sus esposas, a los efectos secundarios de los mismos. Otros se oponen por motivos religiosos, por su virilidad y tener mas prestigio en su comunidad, o bien por falta de acceso o informacion adecuada y completa de los metodos para limitar el tamano de la familia, lo que motiva a investigar porque en una poblacion en la que el Programa de Planificacion Familiar puede contribuir a mejorar su desarrollo social y economico y el porque no se hace uso de dicho programa.

(*) Population Reports. "El hombre: nuevo enfoque de los programas de planificacion familiar. 1967.

IV. OBJETIVOS

Generales:

1. Cumplir con uno de los fines de la Universidad de San Carlos de Guatemala: la investigación científica a fin de contribuir a través de dicho conocimiento, en el abordaje de problemas que afectan a la mayoría de nuestra población.
2. Hacer una evaluación general de la población respecto al uso de la planificación familiar, para que los servicios de salud, se adapten posteriormente a las necesidades de la misma, y pueda ser una realidad la Salud de la Comunidad.
3. Determinar la causa por la que muchos individuos no utilizan los programas de planificación familiar en la comunidad de Sumpango, Sacatepequez.

Específicos:

1. Identificar que porcentaje de la población masculina comprendida entre los 15 a 65 años de edad de Sumpango, Sacatepequez, utilizan los diferentes métodos de planificación familiar.
2. Señalar si la población bajo estudio ha tenido una información adecuada, en cuanto a ventajas e inconvenientes de los métodos para evitar un embarazo; así como la fuente en donde se ha adquirido esta información.
3. Determinar si el alfabetismo, estado civil, religión y la edad de la población masculina del municipio bajo estudio, influyen en el uso de los diferentes métodos anticonceptivos.
4. Analizar si la inaccesibilidad de los diferentes métodos de planificación familiar contribuye a la falta de uso de los mismos.

V. MARCO TEORICO

Aspectos generales:

Los programas de Planificación Familiar se implantaron por primera vez en el decenio de 1960. Sus objetivos primordiales eran en primer termino, mejorar la salud de la familia, así como reducir las tasas elevadas de crecimiento demográfico, que aminoran el desarrollo económico de cualquier país.

En 1974 al celebrarse la Conferencia Mundial de Población, en Bucarest, Hungría, investigadores y gobiernos de muchos países sostenían que la planificación de la familia no daría resultado; sin embargo, en la actualidad, los abundantes datos analizados por expertos de muchas naciones e instituciones (14) demuestran que los programas de planificación familiar surten efecto (14).

En el mundo, y en especial en América Latina se ha observado un cambio demográfico en el curso de las tres últimas décadas; desde 1960 la tasa de fecundidad total ha descendido en más del 40%; de unos 6 nacimientos por mujer en 1960 a menos de 3.5 en la actualidad; así también, hace tres décadas menos del 20% de las parejas latinoamericanas practicaban la planificación familiar. Ahora en la década de los 90, casi el 60% de ellas hacen uso de los diferentes métodos anticonceptivos (3).

Los métodos para la regulación de la fecundidad son varios, es importante que el personal de salud destinado a su promoción conozca la aplicación de las técnicas de planificación familiar y así brindar asesoramiento e información adecuadas a los diferentes usuarios sobre los métodos anticonceptivos existentes, mecanismos de acción, efectos adversos así como sus riesgos y beneficios.

Los métodos del programa de salud reproductiva y planificación familiar utilizados en diversos establecimientos del sistema de servicios de salud, se dividen en dos grupos (5):

1. Métodos temporales o reversibles
 - 1.1 Métodos naturales.
 - 1.2 Métodos de barrera.
 - 1.3 Anticonceptivos hormonales.
 - 1.4 Dispositivos intrauterinos.
2. Métodos permanentes o irreversibles
 - 2.1 Vasectomía o esterilización para el hombre.
 - 2.2 Esterilización para la mujer.

1. Metodos temporales o reversibles:

1.1 Metodos naturales:

1.1.1 Abstinencia periodica:

En este metodo se evitan las relaciones sexuales durante el periodo fertil del ciclo menstrual de la mujer. En el se necesita la plena cooperacion y participacion de ambos conyuges (2,4,5,6,7,9,17).

Los 17 millones de usuarios de este metodo se limitan a un calculo impreciso del periodo de infertilidad, lo que provoca embarazos imprevistos (9).

Este metodo se basa en tres conceptos teoricos fundamentales:

- a) El periodo de posible fertilizacion del ovulo no es mayor de 24 horas despues de la ovulacion.
- b) La supervivencia de los espermatozoides en las vias genitales femeninas no es mayor de 4 dias.
- c) La ovulacion que rige el ritmo de un ciclo, tiene lugar 14 dias antes del flujo menstrual, debe tomarse en cuenta que toda mujer tendra ciclos que varien dentro de un margen previsible (7, 17).

Partiendo de estas premisas, se clacula el posible periodo seguro, obteniendo registros del ciclo de la mujer durante 6 meses, de preferencia 12, se restan 14 dias del ciclo mas largo para obtener la fecha de la ultima ovulacion, se anade 1 dia para supervivencia del huevo y uno mas para seguridad; esta fecha se considerara el final del periodo fertil. Se restan luego 14 dias del ciclo mas corto para calcular la fecha mas temprana de ovulacion, se restan 4 dias para la supervivencia de los espermatozoides, uno mas para seguridad y esta fecha determina el comienzo del periodo fertil (17). Existen ademas tres metodos diferentes para identificar el periodo fertil en la mujer (5, 7, 17).

El método de calendario o ritmo:

Aqui la mujer debe anotar la fecha de su menstruacion en el calendario. Hay que considerar dos posibilidades:

- a) Mujeres con ciclos regulares de 28 dias.
Marca el primer dia de su menstruacion, cuenta diez dias y pone una marca. Este sera el primer dia de ocho dias fertiles, durante el cual la relacion sexual puede provocar un embarazo. Al terminar estos ocho dias se vuelva a tener un periodo de seguridad.
- b) Mujeres con ciclos irregulares.
Requiere registrar los ultimos 8-12 ciclos para determinar el periodo fertil, identificar el ciclo mas corto y el mas largo y utilizar la siguiente formula: Ciclo menstrual mas corto menos 18 = primer dia de peligro. Ciclo menstrual mas largo menos 11 = ultimo dia de peligro.

El método de moco cervical o de Billings:

Depende del conocimiento de la sequedad o humedad de la vagina como consecuencia de la existencia de cambios en la cantidad y clase de moco cervical formados en diferentes períodos del ciclo menstrual (17).

La mujer debe aprender a examinar y reconocer su moco vaginal; cuando este se encuentra espeso y pegajoso, es difícil que al tener relaciones sexuales se produzca un embarazo; por el contrario, si el moco es resbaloso como una clara de huevo, la mujer se encuentra en sus días fértiles, el moco cervical adquiere estas características como resultado de su bajo contenido salino y alto nivel de estrógeno (5).

El método de la temperatura basal del cuerpo:

Esto se basa en los tres cambios que tienen lugar en la temperatura corporal basal, directamente antes de la ovulación (7, 17).

La mujer debe tomarse la temperatura todas las mañanas a la misma hora al despertar y antes de realizar alguna actividad. Al momento de la ovulación la temperatura aumentará aproximadamente 0.3 grados y se mantendrá así por varios días, en los que posiblemente se producirá un embarazo (5).

La tasa de embarazo cuando se utilizan los distintos métodos de abstinencia periódica es de 5 a 40 por 100 mujeres en un año (17).

1.1.2 Coito interrumpido:

Es el método más antiguo de prevenir un embarazo. Puede que un pasaje de la Biblia se refiera a esta práctica: (Genesis 38: 8-9) "Onán vertía su simiente en tierra", evitando así fecundar a la mujer de su difunto hermano con quien querían casarlo (9).

Se estima que actualmente recurren al retiro 35 millones de parejas (9).

Las parejas que emplean este método realizan el coito hasta momentos antes de producirse la eyaculación. El hombre retira entonces el pene de la vagina de la mujer y la eyaculación tiene lugar completamente fuera de la vagina y de los órganos genitales externos (5, 7, 9, 17). Sin embargo, se aduce que puede haber espermatozoides vivos en el líquido preeyaculatorio. Lo que es poco probable, ya que si se examina dicho líquido cuando el hombre ha miccionado, por lo menos 2 veces desde la última eyaculación no se encuentran espermatozoides móviles (9).

Para utilizar este método con éxito, el hombre debe tener suficiente autocontrol, motivación y sentido de responsabilidad para proteger a su compañera.

Es insatisfactorio para el varón que tiene eyaculación prematura.

Se ha dicho que se acompaña de efectos psicológicos secundarios o producción de prostatitis crónica, a pesar de que ninguno de estos dos hechos se ha comprobado (7).

La proporción de fracasos se calcula entre el 6% y el 16% para mujer-año (7).

Lactancia:

Se ha utilizado también como un método para prevenir un embarazo, ya que es raro que una madre que da de lactar a su bebé exclusivamente, presente una ovulación en las primeras 10 semanas (17). No obstante, no es un método de planificación eficaz para aquellas madres cuyos hijos reciben alimentación cada 3-4 horas y además se alimenten de forma suplementaria (5, 17).

Esperar la primera menstruación post-parto presenta el riesgo de embarazo ya que la ovulación puede preceder al flujo menstrual; es necesario después de la primera menstruación un método anticonceptivo eficaz si la mujer no desea otro embarazo.

Los métodos naturales presentan la ventaja de que son económicos, no se necesita de ningún producto ni dispositivo, no producen efectos secundarios y son aceptados para algunos grupos religiosos que se aprueban otros métodos. Presentan la desventaja de no ser muy eficaces como otros métodos anticonceptivos (5, 7, 9, 17).

1.2 Métodos de Barrera:

Entre estos métodos se encuentran los preservativos o condones, el diafragma y los espermicidas.

1.2.1 El preservativo o condón:

Este es el único método masculino eficaz y reversible de anticoncepción, a excepción del coito interrumpido (17). Probablemente sea el medio mecánico anticonceptivo más utilizado en el mundo (4). Aproximadamente 46 millones de parejas en el mundo hacen uso de él. 60% en países desarrollados y 40% en países en desarrollo (9).

El condón es una vaina de caucho o de latex fino sintético, con un reservorio en el extremo para acumular el semen durante el coito (7). Algunos condones contienen en él, líquido lubricante: el espermicida Nonoximal-9, empleado generalmente en espumas, jaleas, supositorios y esponjas espermicidas (9).

Los condones ofrecen varias ventajas, entre ellas su utilización sencilla, su seguridad, su eficacia, sobre todo si se usan correctamente en cada coito. Protegen además enfermedades sexualmente transmitidas, incluido el SIDA. Tanto en hombres como en mujeres que hacen uso de él, tienen tasas de gonorrea, tricomoniasis, sífilis y herpes más bajas que aquellos que no los usan o lo hacen ocasionalmente (9).

Ademas protegen a la mujer de enfermedad inflamatoria pelvica causada por organismos de enfermedades transmitidas sexualmente que pasan a la parte superior del aparato reproductor, a traves del cuello uterino. El uso de condones tambien previene o retarda el desarrollo de anomalías de las células del cuello uterino que posteriormente podrian llevar al desarrollo de cancer.

Usados en las últimas etapas del embarazo, pueden prevenir la infeccion del fluido amniotico que pueden llevar al parto prematuro y poner en peligro la vida del recién nacido. Por ultimo ayudan a prevenir la eyaculacion prematura, pues reducen levemente la sensibilidad durante el coito (2, 4, 5, 6, 7, 9, 17).

Los condones pueden ser muy eficaces para prevenir el embarazo, sin embargo, la proporcion de fallas se estima en 3 y 12 embarazos por 100 usuarias durante el primer año (5, 9).

Se han registrado tasas de embarazo de solo 0.4 a 2 embarazos por 100 usuarias en un año, por causa de ruptura del condon (9).

1.2.2 El diafragma:

Es un metodo de anticoncepcion menos utilizado que otros, es un metodo femenino complicado, adecuado para una paciente de educacion mas elevada (7). Es una semiesfera de hule latex o caucho con un borde semirrígido que se adapta estrechamente por debajo del hueso pubico, encima del cuello y en el fondo del saco posterior de la vagina (4,5,6,7), forma una barrera que impide el acceso de los espermatozoides al cervix del utero (5). Se usa en combinacion con gelatinas o cremas espermicidas. El agente espermicida y el diafragma se insertan varias horas antes del coito, sin embargo, si transcurren mas de 2 horas hay que colocar mas espermicida en la porcion superior de la vagina. El diafragma debe permanecer en su lugar al menos 8 horas antes de su extraccion despues del coito (7, 17).

Este metodo no presenta complicaciones. Rara vez se ha descrito el shock toxico (17). No disminuye la sensibilidad

Se han registrado de 2 a 3 embarazos por 100 mujeres en un año. (7, 17).

1.2.3 Espumas espermicidas:

Estas se encuentran en el comercio en forma de aerosol, jaleas, cremas o tabletas. El farmaco espermicida utilizado mas frecuentemente es el Nonoximal-9. Los principios activos en las tabletas vaginales son el acido tartarico y el bicarbonato de sodio (7). Estos espermicidas deben aplicarse media hora antes de la relacion sexual. Las tabletas necesitan 5 a 10 minutos para disolverse antes de lograr su efecto (5, 7, 17). Presenta las ventajas de su facil uso y bajo costo; el problema es que pueden producir irritacion a algunas mujeres y su alto porcentaje de fracaso ya que se han reportado hasta 30 embarazos por 100 mujeres en un año.

1.3 Anticonceptivos Hormonales:

En todo el mundo 60 millones de mujeres usan anticonceptivos hormonales, de ellas 24 millones en países desarrollados y 38 millones en países en desarrollo.

La "pildora" es el método preferido de anticoncepción reversible (13). Dentro de los anticonceptivos hormonales se encuentran los orales y los inyectables.

1.3.1 Anticonceptivos orales de estrógenos más progestágenos:

Son los más frecuentemente empleados en la actualidad (17). Se toman durante 3 semanas seguidas y se omiten por una semana, período en el cual se produce una hemorragia uterina por supresión.

El estrógeno es el Etinil Estradiol o su 3-metilo, o sea el Maestrol. La mayoría de progestágenos se derivan de Andrógenos de 19 carbonos; los más usados: Norestriadona, Norgestrel, Diacetato de Etinodiol y Noretinodrel (1, 7, 17)

Las acciones contraceptivas de los estrógenos son: (1, 5, 7, 13, 17).

- Inhibición de la ovulación por el efecto del estrógeno sobre el hipotálamo y la consiguiente supresión de hormonas hipofisarias, foliculo estimulante y luteinizante.

- Inhibición de la implantación del huevo fertilizado, administrados post-coitamento (pildora de la mañana siguiente).

- Degeneración del cuerpo luteo, alterando los niveles séricos de progesterona, lo que previene la implantación normal y adhesión placentaria.

- Alteración de la motilidad uterina y tubárica.

Los progestágenos presentan las siguientes acciones:

- Producen un moco cervical espeso y hostil.

- Inhibición de la capacitación o activación de enzimas hidrolíticas espermáticas.

- Disminución de la viabilidad del blastocisto.

- Inhibición de la implantación si se utilizan progestágenos antes de la ovulación.

Efectos secundarios:

Entre los principales efectos secundarios se encuentran:

Enfermedades del Sistema Circulatorio:

Entre estas se encuentran la Trombosis Venosa y la Embolia Pulmonar. También la Apoplejía o enfermedad cerebrovascular. (La hemorragia subaracnoidea es la más común en mujeres de edad fértil) (13). Cardiopatía isquémica, así

como Hipertension arterial. Diversos estudios demuestran que el riesgo es mucho mayor para aquellas mujeres de mas edad, fumadoras o que presenten características que las exponen a desarrollar estas enfermedades (7, 13, 17).

Neoplasias:

Se han llevado a cabo diversidad de estudios (13) sobre el desarrollo de cancer de cervix y de la mama. Sin embargo los resultados han sido contradictorios y multiples (7, 13, 17).

Teoricamente, los anticonceptivos hormonales orales podrian predisponer a cancer del cervix al:

- Promover el crecimiento del tumor.
- Provocar cambios en el moco cervical, lo que aumenta susceptibilidad de los tejidos.
- Alterar la respuesta inmunitaria, aumentando asi la susceptibilidad a infecciones viricas.
- Producir deficiencias de acido folico en el cuello uterino lo que estimula el desarrollo de lesiones cervicales anormales. No existen en la actualidad pruebas concluyentes en favor de estas teorias (13).

Se ha detectado una elevacion de riesgo de desarrollar cancer de higado y adenomas hepatocelulares (tumores no cancerosos del higado) de 1 y 3 casos por 100,000 usuarias en un ano respectivamente (7, 13, 17). Las usuarias de anti-conceptivos orales desarrollan Melanoma maligno (cancer de la piel) 3.5 veces mas que las no usuarias, sobre todo las expuestas al sol (13).

La incidencia o predisposicion a las diferentes neoplasias aumentan con dosis mas altas de estrógeno y el uso prolongado de anticonceptivos orales asi como la asociacion a factores de riesgo predisponentes.

Enfermedades de la vesicula biliar:

Los anticonceptivos orales aceleran el desarrollo de calculos biliares en mujeres ya susceptibles. Los calculos se producen por lo elevada saturacion de la biles con colesterol; esta saturacion es mas alta en las usuarias de anti-conceptivos orales a causa probablemente del estrógeno (7, 13, 17).

Cambios metabolicos:

Se han observado aumento de la cocentracion de cortisol plasmatico, asi como de transcortina. La tiroxina plasmatica y proteinas de union al tiroides se aumentan apreciablemente, mientras la aceptacion de triyodotironina por resinas se encuentra disminuido.

Los esteroides anticonceptivos pueden intensificar una diabetes preexistente, diabetogenos como para inducir la enfermedad en mujeres predispuestas, ya que el estrógeno actua

aumentando la concentración de glucosa sanguínea y suprimiendo la respuesta de la insulina para reducirla. Por otro lado, los progestagenos pueden estimular la producción excesiva de insulina lo que predispone o es factor de riesgo para la aterosclerosis (13, 17).

Por ultimo, el estrógeno aumenta el colesterol de lipoproteínas de alta densidad, aunque algunos progestagenos producen el efecto contrario (1, 17).

Otros efectos:

Cefalea, náuseas, mareos, leucorrea, cloasma, acné, pérdida de la libido, retención de líquidos, aumento de peso, vaginitis por candida y tricomonas y miomas uterinos (como respuesta a los estrógenos) (7, 13, 17).

Beneficios de los anticonceptivos orales de estrógenos y progestagenos: (7, 13, 17)

- Prevención eficaz de embarazos no deseados.
- Mejor supervivencia materna e infantil al prevenir un embarazo.
- Prevención de un embarazo ectópico, enfermedades trofoblásticas, incluido el embarazo molar y coriocarcinoma a través de la inhibición de la ovulación.
- Prevención de la enfermedad inflamatoria pélvica al espesar el moco cervical impidiendo así que ascienda la infección pélvica.
- Disminuye el riesgo de padecer anemia ferropriva, ya que disminuye el flujo menstrual y así la pérdida de hierro.
- Disminuye la dismenorrea al bajar los niveles de prostaglandina y en quienes padecen dismenorrea secundaria al endometriosis, así como alivio del síndrome premenstrual.
- Protección contra el cáncer endometrial y cáncer ovárico epitelial, así como de enfermedades mamarias benignas y de quistes ováricos funcionales (del cuerpo lúteo y foliculares) (13).

Contraindicaciones:

- Tromboembolia presente o anterior.
- Accidente cerebrovascular presente o anterior.
- Enfermedad de arterias coronarias.
- Alteración de la función hepática.
- Adenoma hepático presente o anterior.
- Cáncer de mama.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes.
- Enfermedad de vesícula biliar.
- Ictericia colestática durante el embarazo.
- Hemoglobinopatía de células falciformes.
- Cirugía en un plazo de 4 semanas.
- Cirugía mayor o inmovilización de miembro inferior.
- Edad superior a 40 años y grandes fumadoras. (17)

Accion reciproca con otros medicamentos:

Las hormonas anticonceptivas pueden actuar en forma reciproca con otros medicamentos que la usuaria de ellas este tomando, reduciendo asi la eficacia de los anticonceptivos orales o modificando los efectos de los otros medicamentos. Se han notificado embarazos y hemorragias por supresion en usuarias de anticonceptivos orales que tomaban medicamentos anticonvulsivos y antidepressivos, como barbituricos, fenitina, carbamazepina, aso como rifampicina, griseofulvina (antimicotico), ampicilina y tetraciclina (13).

Actualmente los anticonceptivos orales combinados contienen dosis bajas, menos de 50 mg. de estrogeno en lugar de los 150 mg. de los primeros anticonceptivos orales. Las dosis de estrogenos de 30 a 35 mg. de etinilestradiol son las mas comunes. Algunas pildoras contienen 50 mg. de mestranol que es aproximadamente tan activo como 35 mg. de etinilestradiol. Las dosis de progestagenos han bajado de 10 mg. a 1 o 0.5 mg. generalmente las dosis varian de 0.05 a 2 mg. (13).

La eficacia de los anticonceptivos orales es de 99% ya que se ha reportado 1 embarazo por 100 usuarias en un ano, lo que se debe generalmente a descuido de la paciente y no al medicamento en si (5, 7, 13, 17).

1.3.2 Progestagenos orales solos:

Llamado tambien la "minipildora", contiene generalmente 0.5 mg. o menos de un agente progestageno.

Un progestageno solo no inhibe la ovulacion pero trastorna la fertilidad al provocar un moco cervical que impide la penetracion de esperma y alterar la maduracion del endometrio, de forma suficiente que impide la implantacion de un blastocisto.

Su eficacia no es tan buena como la de los anticonceptivos orales combinados ya que la incidencia de hemorragias irregulares y embarazos es mucho mayor (7, 13, 17).

1.3.3 Anticonceptivos hormonales inyectables:

El acetato de medroxipogesterona (Depoprovera) en dosis de 150 mg. por via intramuscular de 2 a 4 veces al ano, inhiben la ovulacion al evitar la liberacion de hormona luteinizante, aumentan la viscosidad del moco cervical y crean un endometrio desfavorable para la implantacion del huevo (7, 17).

La amenorrea prolongada y/o hemorragia uterina durante su empleo y despues de el, asi como la anovulacion prolongada despues de interrumpir su administracion, son las desventajas mas frecuentes. Los riesgos de trombosis venosa y embolia pulmonar estan aumentados; su eficacia es bastante alta (7, 17).

1.4 Dispositivos intrauterinos:

Alrededor de 60 millones de mujeres en el mundo hacen uso de ellos (8). Los primeros DIU modernos -el Asa de Lipes y la Espiral de Margulies- aparecieron a principios de los años 60, estaban hechos de polietileno, materia plastica biologicamente inerte, a finales de esta decada se agrego cobre al armazon de plastico del DIU, aumentando su eficacia. Los primeros DIU de cobre fueron el Cu-7 y las Tcu 200 (11).

En la decada de los 70 se creo una segunda generacion de DIU de cobre: la Tcu 380A, la Tcu 220, el Nova T, el Multiload-375 y otros mas, asi como los DIU liberadores de una hormona intrauterino (11).

Es probable que la Tcu 380A se convierta en el DIU que mas se use en los paises en desarrollo; asi como aquellos DIU liberadores de progestinas dentro de la cavidad uterina (7, 11).

En China los dispositivos no medicados, usualmente anillos de metal, siguen siendo la norma (11).

Los DIU pueden clasificarse en las siguientes categorias:

1. No medicados o inertes.
2. Medicados con cobre o liberadores de hormonas.
(7, 11, 17).

Los DIU hormonales liberan constantemente pequenas cantidades de hormona esteroide en el utero. El unico dispositivo liberador de hormona actualmente en venta es el Progestasert que contiene 38 mgs. de Progesterona y libera a razon de 65 ug. por dia durante un ano. (11, 17).

Mecanismos de accion:

Los DIU estimulan una respuesta inflamatoria contra un cuerpo extrano en el utero, lo que causa cambios celulares y fisicoquimicos en el endometrio y fluidos uterinos; aparecen numerosos leucocitos polimorfonucleares seguidos por celulas mononucleares, plasmocitos y macrofagos que consumen al espermatozoide o al ovulo fecundado por el proceso de fagocitosis.

Otra teoria es que los cambios en endometrio, estimulados por el proceso inflamatorio, retardan los cambios ciclicos normales del endometrio, volviendolo inhospitalario para la implantacion. Los DIU medicados como el liberador de cobre, interfiere con las enzimas en el utero, con la cantidad de DNA en las celulas del endometrio, con el metabolismo del glucogeno y con la absorcion de estrogeno por la mucosa uterina. Ademas el cobre aumenta la reaccion inflamatoria y puede acentuar las contracciones de la capa muscular uterina impidiendo asi la implantacion; igualmente el cobre altera la composicion bioquimica de la mucosa cervical, lo que

afecta la movilidad, capacitacion y supervivencia de los espermatozoides (7, 8, 11, 17).

Los DIU que contienen progesterona interfieren con el ciclo normal regulado por las hormonas del endometrio. Al haber niveles altos de progesterona y relativamente bajos de estrógeno en el utero, el endometrio se mantiene en un estado inadecuado para la implantacion.

Nuevos estudios (11), indican que el DIU actuan en etapas anteriores a la fecundacion, sin embargo, este proceso no esta claro aun (7, 8, 11, 17).

Complicaciones:

- Mayor volumen del flujo sanguineo menstrual.
- Periodos menstruales mas largos.
- Sangrado intermenstrual (a mitad del ciclo) o manchado (spotting).
- Anemia ferropérmica.
- Enfermedad inflamatoria pélvica por gérmenes de los genitales. El germen mas frecuentemente asociado a la enfermedad inflamatoria pélvica por uso prolongado de dispositivos es el Actinomyces israelii.
- Aborto séptico.
- Embarazos uterinos y ectópicos.
- Perforacion del utero.
- Expulsion del DIU.
- Dolor. (7, 8, 11, 17).

Los DIU deben ser reemplazados cada 2 o 3 años (8).

Su eficacia es de un 99% ya que se produce 1 embarazo por 100 usuarias en 1 año. (5, 7, 8, 11, 17).

2. Metodos permanentes o irreversibles:

2.1 Esterilizacion tubarica:

La esterilizacion voluntaria femenina es el metodo de planificacion familiar de uso mas difundido en el mundo. Se estima que 138 millones de mujeres en edad fértil del mundo recurren actualmente a este metodo (10).

Actualmente la laparoscopia y la minilaparotomia, son los procedimientos de eleccion para llegar a las Trompas de Falopio (10, 12).

Las tecnicas de oclusion tubarica incluyen:

- Ligadura simple.
- Ligadura y reseccion.
- Reseccion y ocultamiento.

Los tipos de esterilizacion tubarica son:

Tecnica de Irving:

El extremo seccionado medial de la trompa se situa en el miometrio, en la cara posterior y el distal en el meso-

salpinx. Es la operacion que se asocia con un munero menor de fracasos (10, 17).

Tecnica de Pomeroy:

Se liga un asa de trompa y se secciona el bucle de trompa por encima de la ligadura. Es una operacion sencilla y es la mas eficaz. (10, 17).

Tecnica de Parkland:

Se separa un segmento intermedio de trompa del mesosalpinx por una zona avascular, se liga el segmento separado en sentido proximal y deistal y despues se secciona. (10, 17).

Es un metodo eficaz ya que se reporta un fracaso por 400 intervenciones.

Tecnica de Madlener:

Se practica un bucle de la trompa y luego se liga sin resecion. Tiene una tasa de fracaso de aproximadamente 7%. (17).

Tecnica de Kroener:

Se liga la trompa por la ampolla y se extrae la porcion distal de ella, incluidas las fimbrias. (10,17). Se usan sobre todo: clips, anillos y electrocoagulacion; tambien pueden emplearse en la minilaparotomia pero pueden ser menos eficaces que la ligadura.

El clip de Filshie es uno de los clips de uso mas difundido para bloquear las trompas. (10).

Complicaciones:

Las mas comunes se deben a problemas relacionados con la anestesia, infecciones y lesiones internas. (7, 10, 12, 17).

Se han reportado hemorragias y complicaciones cardiovasculares en el 1% de los casos como maximo (10). En algunos estudios (10), se ha encontrado que las complicaciones son mas frecuentes en la laparoscopia que en la minilaparotomia; en general son raras. (10, 12).

La esterilizacion tubarica es un metodo de anticoncepcion muy eficaz, se estima que la posibilidad de 0.2 a 1 embarazo por 100 usuarias en 1 ano. (5, 7, 10, 12, 17).

2.2 Vasectomia:

La esterilizacion quirurgica del hombre es utilizada por alrededor de 41 millones de hombres en el mundo. (9). Es un procedimiento quirurgico sencillo que puede realizarse con anestesia local en 5 a 15 minutos. (7, 9, 16, 17). Se efectua una incision en el escroto y se seccionan los conductos deferentes que llevan los espermatozoides desde cada testiculo a la uretra. Ambos segmentos seccionados se cierran por electrocoagulacion o ligadura. El procedi-

miento se repite en el otro conducto. Se cierra la incision en el escroto y despues de 1 o 2 horas de reposo, el hombre puede volver a su casa (5, 7, 9, 16, 17).

Los espermatozoides se producen como antes pero al estar bloqueados los conductos no pueden proseguir su camino y ser eyaculados. (16).

Las tasas de embarazo despues de la vasectomia son muy bajas, generalmente menos del 1% (5, 9). Casi todos los embarazos se producen los primeros 2 o 3 meses posteriores al procedimiento. Los hombre tienen que eyacular de 15 a 20 veces hasta expulsar todos los espermatozoides acumulados del lado uretral. Durante este periodo se debe hacer uso de otra forma de anticoncepcion. (5, 7, 9, 16, 17).

Nuevas tecnicas de vasectomia:

1. Puncion en lugar de incision para llegar a los conductos deferentes.
2. Bloqueo de solo un extremo de cada conducto deferente.
3. Bloqueo de los conductos deferentes con sustancias quimicas.
4. Implantacion de dispositivos en los conductos deferentes para bloquear el paso de los espermatozoides.

1. En la tecnica No. 1 se utiliza una punza inmovilizadora que rodea y sostiene el conducto deferente sin penetrar en la piel. El escroto y la vaina del conducto deferente se punzan con un hemostato provisto de un extremo afilado y se abren estirando. El conducto deferente se saca del escroto y se cierra mediante ligadura o coagulacion. (9).

2. La tecnica No. 2 es la llamada vasectomia "abierta" en la que el extremo testicular del conducto deferente se deja sin cerrar, mientras se cierra como de costumbre el extremo abdominal. Los 2 extremos seccionados del conducto se separan por la vaina muscular del conducto para eliminar la posibilidad de que se vuelvan a unir. (9).

3. En la tecnica No. 3 se practica un bloqueo de los conductos deferentes con sustancias quimicas sin practicar una incision. Se punzan con una aguja el escroto y las vainas del conducto deferente y se inyecta directamente en el lumen de cada conducto, una mezcla de fenol y cianoacrilato. Se forma asi tejido cicatrizal, obstruyendo el paso del espermatozoide. (9).

4. En la tecnica No. 4 se utilizan dispositivos que pueden implantarse en los conductos deferentes. El dispositivo mas promisorio actualmente es el "Shug", que consiste en 2 tapones de silicona conectados por un hilo de nylon.

Los dos tapones se insertan en el lumen de cada conducto con una aguja, mientras el hilo queda fuera de la vaina

del conducto. Los tapones pueden quitarse haciendo 2 pequeñas incisiones en el conducto y tirando del hilo. (9).

Complicaciones:

Estas son muy raras; poco después de la operación la mitad de los hombres experimentan contusión, edema y dolor, lo que disminuye en pocos días. (7, 9, 16, 17).

En menos del 5% se producen complicaciones más graves como hematomas, epididimitis o infección (9). También se han reportado granulomas espermáticos en el sitio de la operación o en el epididimo, estos son abscesos no bacterianos de esperma, células cutáneas y linfocitos que se originan por el escape del esperma al tejido circundante. (9, 17).

Se sospecha de trastornos circulatorios o inmunológicos por creación de anticuerpos espermáticos después de la vasectomía. Sin embargo, esto no se ha comprobado. (9).

Algunos hombres piden la reversión de la vasectomía. Mediante técnicas quirúrgicas y métodos modernos, los cirujanos han podido volver a unir los vasos y restituir la fertilidad en un 50% de casos seleccionados, para esto se requiere una intervención quirúrgica difícil y costosa y no siempre se garantiza el éxito de la misma, por lo que la vasectomía debe ser considerada un método anticonceptivo permanente. (9, 16).

Metodos Anticonceptivos para el Hombre:

A escala mundial, al menos un tercio de todas las parejas practican la planificación familiar empleando un método que requiere la participación o cooperación masculina. (9).

Estos métodos son el uso de un preservativo o condón, la vasectomía, el coito interrumpido y la abstinencia periódica; de ellos el uso del condón es el método anticoncepcional más difundido. (9, 16).

De estos métodos ya se hizo una revisión bibliográfica anteriormente.

En la actualidad se llevan a cabo investigaciones buscando un método eficaz, reversible, fácil de usar e independientemente del coito para los hombres. Las investigaciones se centran en lo siguiente:

1. Supresión hormonal de la producción de esperma.

Los analogos de la hormona liberadores de hormona luteinizante (LHRH) pueden suprimir la producción de esperma al interferir con la acción de la LHRH. La LHRH que se produce en el hipotálamo controla la liberación de hormona estimulante de los folículos (FSH) y de la hormona luteinizante (LH) de la glándula hipofisiaria. Estas a su vez, estimulan la liberación de testosterona y de otras hormonas esteroideas necesarias para la producción de esperma (9). Hasta la fecha los analogos de LHRH más promisorios son sus antagonistas, sustancias similares a la LHRH que bloquean su acción. (9).

Una importante dificultad con los analogos de la LHRH es que al suprimir la produccion de testosterona tambien suprimen la libido y potencia del hombre, asi como ciertas características sexuales secundarias.

Para contrarrestar este efecto, debe tomarse otra hormona junto con el analogo de LHRH que generalmente es un ester de testosterona. (9).

La hormona esteroidea -androgenos, progestinas y estrogenos- tambien inhiben la produccion de FSH y LH en el hombre, de modo que pueden suprimir la produccion de esperma.

Los ester de testosterona como el enantato y el ciproionato de testosterona pueden suprimir en forma reversible la produccion de esperma sin causar efectos secundarios graves. (9).

Se han probado diversas combinaciones de progestina y androgeno. La mejor supresion de esperma y la menor cantidad de efectos secundarios se consiguen con el acetato de Medroxiprogesterona en su forma de depositos (DMPA) y con el enantato o ciproionato de testosterona (9). Sin embargo, ninguna combinacion de progestina y androgeno suprime por completo la produccion de esperma. La testosterona mas estradiol constituye otra alternativa. (9).

Tambien se ha utilizado el ester de 19-nortestosterona (19NT), dotado de actividad progestogenica y androgenica; la cual no es mas eficaz que los ester de testosterona para suprimir la produccion de esperma, pero si mas duradero (9).

La inhibina es un peptido producido en los testiculos que inhibe la liberacion de hormona estimulante de los folículos (FSH). Teoricamente suprime la produccion de esperma sin afectar la secrecion de testosterona. (9).

2. Interferencia Quimica de la produccion de esperma:

El gossy pol, producto derivado de la planta del algodón, interfiere con la produccion de esperma sin afectar los niveles hormonales. Sin embargo, este producto tiene dos efectos adversos importantes:

- Hipocalcemia (baja concentracion de potasio en sangre).

- La produccion de esperma en algunos hombres no se reanuda cuando estos dejan de tomar Gossy pol.

Por esto se estan estudiando analogos o un componente no toxico del Gossy pol como metodo de anticoncepcion eficaz en el hombre. (9).

Se estan estudiando otros metodos inmunologicos de anticoncepcion, sin embargo, falta mucho camino por recorrer ya que cualquier nuevo medicamento, debe satisfacer las normas cada vez mas estrictas de los organismos reguladores.

VI. METODOLOGIA

Para realizar la presente investigación de tipo Descriptivo-Prospectivo, se tomo como base la población masculina comprendida entre los 15 y 65 años de edad, del municipio de Sumpango, Sacatepequez.

La metodología de la investigación se dividió en varios pasos:

1. Inicialmente se realizó una estimación de la población bajo estudio, utilizando el croquis del mencionado municipio, enumerando el total de 165 casas existentes en el mismo.
2. El siguiente paso fue el calculo del tamaño de la muestra, el cual se realizo en base a la siguiente formula:

$$n = \frac{N pq}{(N - 1) (LE)^2 + pq}$$

donde:

- n = tamaño de la muestra.
- N = tamaño de la población.
- p = Frecuencia del fenomeno (aceptacion).
- q = 1-p (no aceptacion).
- LE= limite de error de estimacion.

En el presente estudio se tomo un error de estimacion del 6% (0.06), un intervalo de confianza de 94% y debido a que no existe un dato sobre la aceptacion de los metodos anticonceptivos en la población bajo estudio, se hizo una prueba piloto con 10 miembros del sexo masculino de la comunidad, infiriendo que el 30% (0.3) si acepta dichos metodos y 70% (0.7) no los acepta.

$$\text{Sustituyendo: } n = \frac{(1797) (0.7) (0.3)}{1796 (0.06)^2 + (0.7) (0.3)} = \frac{377.5}{1.82} = 207$$

Mas 10% por errores de calculo, el total de la muestra fue de 228.

3. Se seleccionaron e incluyeron en el estudio aquellos individuos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusion:

- individuos del sexo masculino.
- individuos comprendidos entre las edades de 15 a 65 años.
- pertenecientes a la comunidad urbana del municipio de Sumpango, Sacatepequez.
- individuos con vida sexual activa.

4. El siguiente paso fue la elaboracion de la guia de entrevista, la cual fue sometida previamente a un plan piloto, realizado en la comunidad de San Bartolo Milpas Altas, entrevistando al 10% del tamaño de la muestra (22 individuos) con el fin de corregir y rectificar los errores existentes en el original, y darle la eficacia esperada para cumplir con los objetivos del estudio.

La guia de entrevista consta de los indicadores necesarios para cumplir con los objetivos del presente estudio, con preguntas de seleccion formuladas en un lenguaje popular; fue llenada por el investigador (instrumento) efectuandose la misma por medio de entrevista directa en las casas que se seleccionaron por medio de la tabla de numeros aleatorios del croquis del area urbana del municipio bajo estudio.

Se explico previo a realizar la entrevista, lo importante de la misma, asi como el caracter confidencial y anónimo de ella, haciendo hincapie en que los resultados fueron utilizados unicamente con propositos científicos.

5. Por ultimo, una vez llenado en su totalidad, y cubriendo el tamaño de la muestra, se procedio al ordenamiento de los datos de acuerdo con los objetivos establecidos, luego se tabularon estadisticamente, realizando un analisis porcentual y global de los resultados, por la naturaleza del estudio (descriptivo), con los cuales se realizaron las correlaciones respectivas y se elaboraron las recomendaciones pertinentes.

RECURSOS:

Humano:

- Un medico asesor.
- Un medico revisor.
- Un investigador.
- No. de personas del sexo masculino entre 15 - 65 años de la poblacion de Sumpango, Sacatepequez.
- Personal docente de Coordinacion de Tesis.

Fisico:

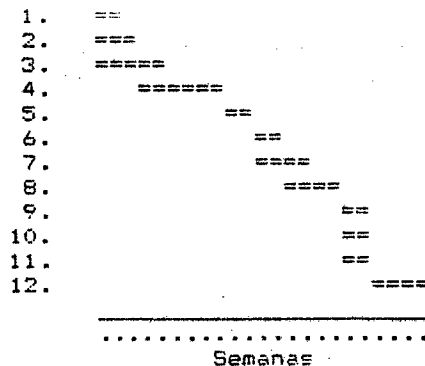
- Area geografica de Sumpango, Sacatepequez.
- Guias de entrevista que se elaboraran para fines de de la investigacion.
- Papel y lapiz.
- Equipo de oficina.

Tiempo:

El periodo de tiempo en que se cubriran las diferentes etapas de la investigacion se presentan en el cronograma de actividades, Grafica de Gantt.

GRAFICA DE GANTT

Actividades:



Actividades:

1. Eleccion del tema de proyecto de investigacion.
2. Eleccion de Asesor y Revisor.
3. Recoleccion de material bibliografico.
4. Elaboracion del proyecto conjuntamente con Asesor y Revisor.
5. Aprobacion del proyecto por la coordinacion de Tesis.
6. Diseno del instrumento para recolectar informacion.
7. Ejecucion del trabajo de campo, recopilar informacion.
8. Procesamiento de datos.
9. Analisis y discusion de los resultados.
10. Elaboracion de las conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Aprobacion de informe final e impresion de Tesis.

VARIABLES

Las variables consideradas para la realización del presente estudio son las siguientes:

1. Alfabetismo:
Definición: Referante a saber leer y escribir.
Tipo: Cualitativa
Instrumento de medición: Boleta de recolección de datos
2. Edad:
Definición: Tiempo que ha vivido una persona.
Tipo: Cuantitativa.
Instrumento de medición: Boleta de recolección de datos
3. Estado Civil:
Definición: Condición del ser humano dentro de la sociedad.
Tipo: Cualitativa.
Instrumento de medición: Boleta de recolección de datos
4. Religión:
Definición: Relaciones que unen al hombre con Dios.
Tipo: Cualitativa.
Instrumento de medición: Boleta de recolección de datos
5. Sexo:
Definición: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.
Tipo: Cualitativa.
Instrumento de medición: Boleta de recolección de datos
6. Vida sexual activa:
Definición: Práctica constante de relaciones sexuales.
Tipo: Cualitativa.
Instrumento de medición: Boleta de recolección de datos

VII. PRESENTACION DE DATOS

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DE LA CIENCIA Y LA SALUD
Biblioteca Central

CUADRO # 1

ESTADO CIVIL

HA TENIDO INFORMACION SOBRE LOS DIFERENTES METODOS
PARA PREVENIR UN EMBARAZO

Respuesta	Casado	%	Soltero	%	Unido	%	TOTAL	%
SI	82	35.96	57	25	25	10.96	164	71.92
NO	40	17.54	20	8.8	4	1.75	64	28.08
TOTAL	122	53.50	77	33.8	29	12.71	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 2

ALFABETISMO

HA TENIDO INFORMACION SOBRE LOS DIFERENTES METODOS
PARA PREVENIR UN EMBARAZO

Respuesta	Alfabeto	%	Analfabeta	%	TOTAL	%
SI	150	65.79	14	6.14	164	71.9
NO	37	16.22	27	11.84	64	28.0
TOTAL	187	82.01	41	17.98	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 3

RELIGION

HA TENIDO INFORMACION SOBRE LOS DIFERENTES METODOS

PARA PREVENIR UN EMBARAZO

Respuesta	Catolico	%	Evangelico	%	Ninguna	%	Otro	%	TOTAL	%
SI	79	34.75	49	21.49	33	14.47	3	1.31	164	71.92
NO	37	16.23	15	6.58	12	5.26	0	0	64	28.08
TOTAL	116	50.88	64	28.07	45	19.73	3	1.31	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 4

EDAD

HA TENIDO INFORMACION SOBRE LOS DIFERENTES METODOS

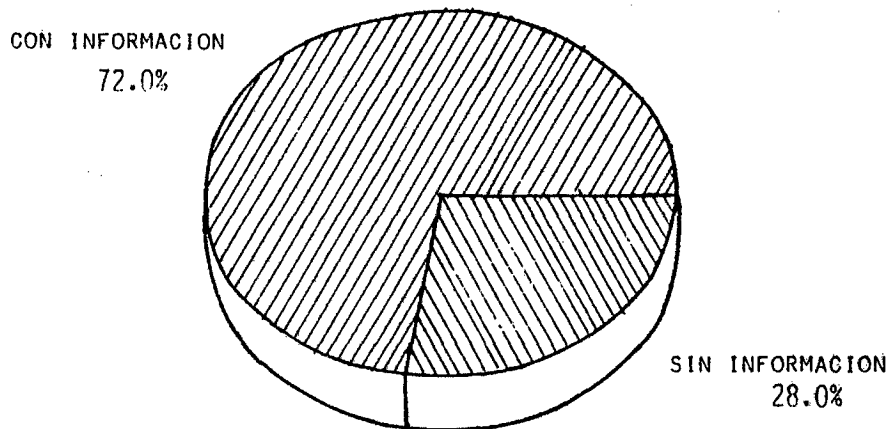
PARA PREVENIR UN EMBARAZO

Resp.	15-25	%	26-35	%	36-45	%	46-55	%	56-65	%	TOTAL	%
SI	57	25	51	22.4	34	14.9	10	4.38	12	5.26	164	71.92
NO	24	10.52	16	7.01	8	3.51	12	5.26	4	1.75	64	28.08
TOTAL	81	35.52	67	29.41	42	18.42	22	9.64	16	7.01	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 1

PERSONAS QUE HAN TENIDO INFORMACION
SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO # 5

SI SU RESPUESTA # 2 FUE AFIRMATIVA, INDIQUE
QUIEN LE PROPORCIONO INFORMACION SOBRE LOS
METODOS ANTICONCEPTIVOS?

Respuesta	Número	Porcentaje
FUESTO DE SAJND	27	16.46
MEDICO PARTICULAR	25	15.24
FARMACEUTICO	4	2.44
FAMILIAR O AMIGO	9	5.49
ESCUELA	36	21.95
APROFAM	27	16.46
RADIO O TV.	36	21.95
TOTAL	164	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 6

DE LOS SIGUIENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS, DE CUAL NO HA
RECIBIDO INFORMACION?

Respuesta	Número	Porcentaje
RITMC	11	6.7
COITO INTERRUMPIDO	9	5.49
PRESERVATIVO O CONDOM	0	0
ABSTINENCIA PERIODICA	1	0.61
CREMAS Y TAB. VAGINALES	14	8.54
VASECTOMIA	63	38.41
NINGUNO DE LOS ANTERIORES	66	40.24
TOTAL	164	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Respuesta	Alfabeto	%	ANALFABETA	%	TOTAL	%
SI	96	42.10	8	1.07	104	45.61
NO	91	39.91	33	14.47	124	54.38
TOTAL	187	52.01	41	17.99	228	100

¿UTILIZA USUD ALGUN MÉTODO ANTICONGESTIVO?

ALABAMA

CUADRO # 8

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Respuesta	Casado	%	Soltero	%	Unido	%	TOTAL	%
SI	60	26.31	28	12.28	16	7.01	104	45.61
NO	62	27.19	49	21.49	13	5.7	124	54.38
TOTAL	122	53.5	77	33.77	29	12.72	228	100

¿UTILIZA USUD ALGUN MÉTODO ANTICONGESTIVO?

ESTADO CIVIL

CUADRO # 7

CUADRO # 9

RELIGION

UTILIZA USTED ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO?

Respuesta	Catolico	%	Evangelico	%	Ninguna	%	Otra	%	TOTAL	%
SI	55	24.12	32	14.03	15	6.58	2	0.88	104	45.61
NO	61	26.75	32	14.03	30	13.16	1	0.44	124	54.39
TOTAL	116	50.87	64	28.06	45	19.74	3	1.32	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 10

EDAD

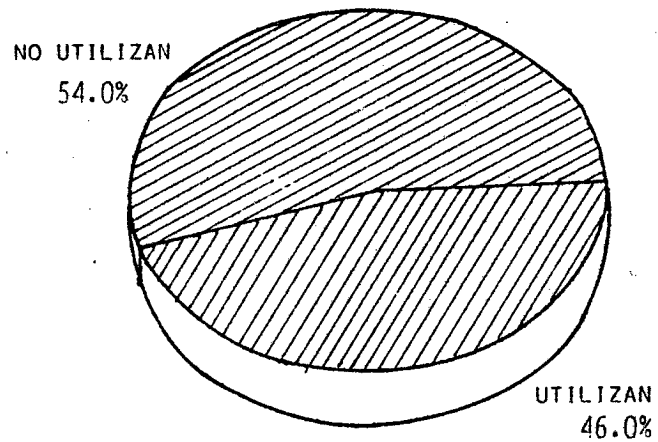
UTILIZA USTED ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO?

Resp.	15-25	%	26-35	%	36-45	%	46-55	%	56-65	%	TOTAL	%
SI	33	14.47	35	15.35	22	9.65	8	3.51	6	2.63	104	45.61
NO	48	21.05	32	14.03	20	8.77	14	6.14	10	4.38	124	54.39
TOTAL	81	35.52	67	29.38	42	18.42	22	9.65	16	7.01	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 2

PERSONAS QUE UTILIZAN ACTUALMENTE ALGUN
METODO ANTICONCEPTIVO.



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO # 11

DONDE ADQUIERE ACTUALMENTE LOS DIFERENTES METODOS
ANTICONCEPTIVOS?

Respuesta	Número	Porcentaje
FARMACIA	28	26.92
FUESTO DE SALUD	15	14.42
MEDICO PARTICULAR	8	7.69
AFROFAM	10	9.61
OTRO	43	41.35
TOTAL	104	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 12

DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, INDICAR
QUE CUAL UTILIZA ACTUALMENTE?

Respuesta	Número	Porcentaje
RITMO	13	11.54
COITO INTERMITENTE	5	4.81
PRESERVATIVO O CONDÓN	48	46.15
ABSTINENCIA FRENTE A LA COITO	26	25
CREMAS Y TAB. VAGINALES	0	0
VASECTOMIA	1	0.96
OTRO	13	11.54
TOTAL	104	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 13

ESTADO CIVIL

HA UTILIZADO CON ANTERIORIDAD ALGUN METODO ANTICON-

CEPTIVO?

Respuesta	Casado	%	Soltero	%	Unido	%	TOTAL	%
SI	63	27.63	26	11.40	17	7.46	106	46.49
NO	59	25.88	51	22.37	12	5.26	122	53.51
TOTAL	122	53.51	77	33.77	29	12.72	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 14

ALFABETISMO

HA UTILIZADO CON ANTERIORIDAD ALGUN METODO ANTICON-

CEPTIVO?

Respuesta	Alfabeto	%	Analfabeto	%	TOTAL	%
SI	98	42.98	8	3.51	106	46.49
NO	89	39.03	33	14.47	122	53.51
TOTAL	187	82.01	41	17.98	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 15

RELIGION

HA UTILIZADO CON ANTERIORIDAD ALGUN METODO ANTI-
CONCEPTIVO?

Respuesta	Catolico	%	Evangelico	%	Ninguna	%	Otra	%	TOTAL	%
SI	49	21.49	38	16.66	18	7.89	1	0.44	106	46.48
NO	67	29.38	26	11.40	27	11.84	2	0.88	122	53.5
TOTAL	116	50.87	64	28.06	45	19.73	3	1.32	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 16

EDAD

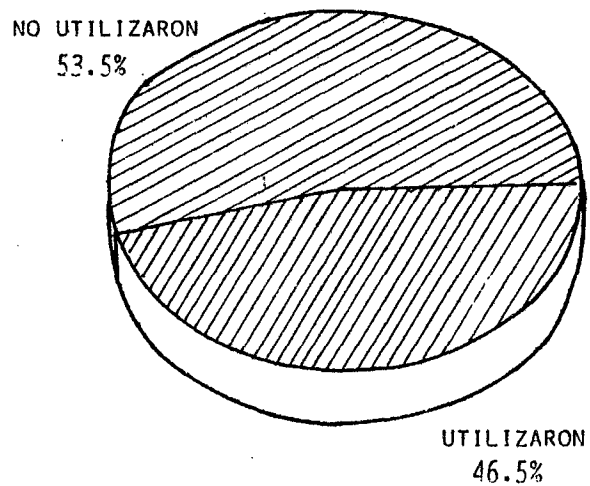
HA UTILIZADO CON ANTERIORIDAD ALGUN METODO ANTI-
CONCEPTIVO?

Resp.	15-25	%	26-35	%	36-45	%	46-55	%	56-65	%	TOTAL	%
SI	28	12.28	37	16.22	25	10.96	6	2.63	10	4.4	106	46.48
NO	53	23.24	30	13.16	17	7.45	16	7.01	6	2.63	122	53.5
TOTAL	81	35.52	67	29.38	42	18.45	22	9.64	16	7.01	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 3

PERSONAS QUE HAN UTILIZADO CON ANTERIORIDAD
ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO.



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO # 17

¿DÓNDE ADQUIRIÓ ANTERIORMENTE LOS DIFERENTES MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS?

Respuesta	Número	Porcentaje
FARMACIA	30	29.3
PUESTO DE SALUD	15	14.6
MÉDICO PARTICULAR	5	4.9
AFROFAM	12	11.8
CERC	46	45.4
TOTAL	108	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 18

DE LOS SIGUIENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS INDIQUE CUAL
HA UTILIZADO CON ANTERIORIDAD?

Respuesta	Numero	Porcentaje
RITMO	14	13.21
COITO INTERRUMPIDO	6	5.66
PRESERVATIVO O CONDOM	48	45.28
ABSTINENCIA PERIODICA	26	24.5
CREMAS Y TAB. VAGINALES	2	1.9
VASECTOMIA	1	0.9
OTRO	9	8.49
TOTAL	106	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 19

ESTADO CIVIL

CREE QUE ES BENEFICIOSO LIMITAR EL TAMAÑO DE LA FAMILIA?

Respuesta	Casado	%	Soltero	%	Unido	%	TOTAL	%
SI	101	44.30	60	26.31	23	10.09	184	80.7
NO	21	9.21	17	7.46	6	2.65	44	19.3
TOTAL	122	53.51	77	33.77	29	12.72	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 20

ALFABETISMO

CREE QUE ES BENEFICIOSO LIMITAR EL TAMAÑO DE LA FAMILIA?

Respuesta	Alfabeto	%	Analfabeta	%	TOTAL	%
SI	161	70.61	23	10.09	184	80.7
NO	26	11.40	18	7.89	44	19.3
TOTAL	187	82.01	41	17.99	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 21

RELIGION

CREE QUE ES BENEFICIOSO LIMITAR EL TAMAÑO DE LA FAMILIA?

Respuesta	Catolico	%	Evangelico	%	Ninguna	%	Otra	%	TOTAL	%
SI	92	40.35	58	25.44	32	14.03	2	0.68	184	80.7
NO	24	10.53	6	2.63	13	5.7	1	0.44	44	19.3
TOTAL	116	50.88	64	28.06	45	19.74	3	1.32	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 22

EDAD

CREE QUE ES BENEFICIOSO LIMITAR EL TAMAÑO DE LA FAMILIA?

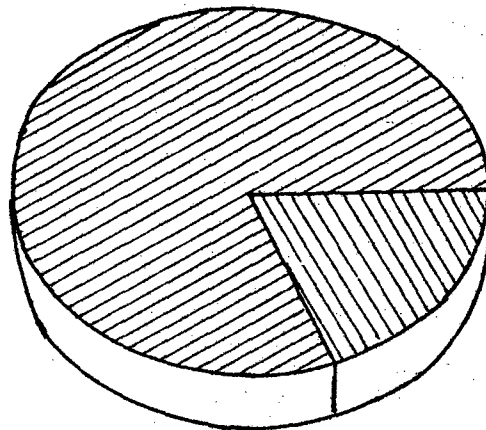
Resp.	15-25	%	26-35	%	36-45	%	46-55	%	56-65	%	TOTAL	%
SI	65	28.51	61	26.75	32	14.03	15	6.58	11	4.82	184	80.7
NO	16	7.01	6	2.63	10	4.38	7	3.07	5	2.19	44	19.3
TOTAL	81	35.52	67	29.38	42	18.42	22	9.65	16	7.01	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 4

PERSONAS QUE CREEN QUE ES BENEFICIOSO
LIMITAR EL NUMERO DE LA FAMILIA.

SI ES BENEFICIOSO
81.0%



NO ES BENEFICIOSO
19.0%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO # 23

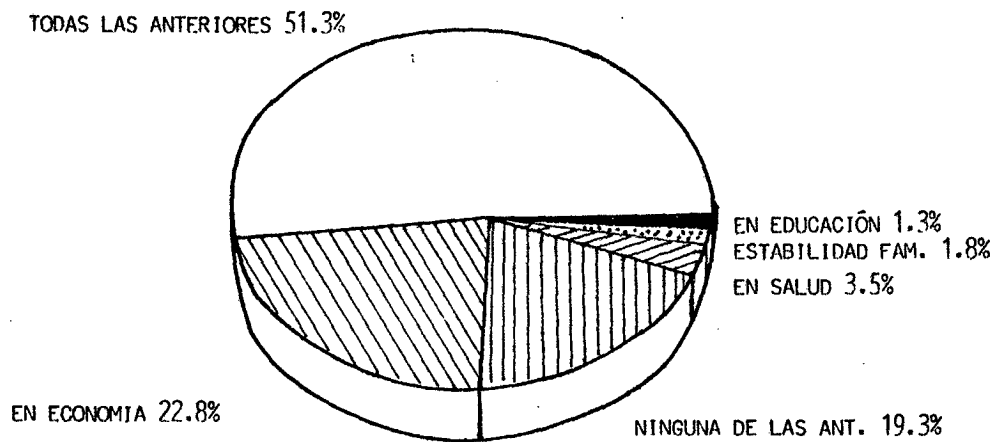
QUE VENTAJAS CONSIDERA USTED QUE TIENE EL TENER MENOR
NUMERO DE HIJOS?

Respuesta	Numero	Porcentaje
EN LA SALUD	8	3.5
EN LA ECONOMIA	52	22.80
EN LA EDUCACION	3	1.32
EN LA ESTABILIDAD FAMILIAR	4	1.75
EN TODAS LAS ANTERIORES	117	51.31
EN NINGUNA DE LAS ANTERIORES	44	19.3
TOTAL	228	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 5

VENTAJAS CONSIDERADAS POR LAS PERSONAS
AL UTILIZAR METODOS ANTICONCEPTIVOS.



44

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Análisis e interpretación global de los resultados de la investigación:

Después de recopilar y ordenar los datos obtenidos en cuadros y gráficas, según las distintas variables de edad, estado civil, religión y alfabetismo, se analizaron los datos obtenidos por porcentajes.

La primera pregunta de la boleta de recolección de datos no se tabulo, ya que por ser uno de los criterios de inclusión en la investigación, el resultado de la misma es del 100%.

En el cuadro # 1 con respecto a la pregunta # 2 de la boleta de recolección de datos, que se refiere al número y porcentaje de personas del sexo masculino que han tenido información sobre los diferentes métodos para prevenir un embarazo, observamos que 104 hombres del total de la muestra, sí han tenido información sobre lo anterior, sumando un porcentaje total del 72%; por otro lado sólo un 28% de los entrevistados no han tenido información del tema.

El 53.5% del total de la muestra son casados, el 33.8% son solteros y un 12.71% unidos; Del 53.5% de casados un 36% ha tenido información previa sobre los diferentes métodos anticonceptivos.

En el cuadro # 2 vemos que el 82% de los entrevistados eran alfabetas y de ellos el 66% ha tenido información del tema.

En el cuadro # 3 observamos que el 51% de los entrevistados pertenecen a la religión católica y de ellos el 35% contestaron sí a la pregunta # 2.

En cuanto al cuadro # 4 vemos que el 65% de los entrevistados son parte de generaciones jóvenes, comprendidas de 15 a 35 años y de ellos el 47.4% ha oído hablar del tema con anterioridad, mientras que sólo un 9% de los hombres de 46 a 65 años, saben del mismo.

Después de analizar los cuadros anteriormente mencionados podemos deducir que el estado civil y la religión no son en realidad determinantes para que la población tenga

información sobre los diferentes métodos para prevenir un embarazo, no así el alfabetismo y la edad, ya que de los entrevistados que contestaron que sí, pertenecen principalmente a grupos etareos de generaciones jóvenes y son personas alfabetas, mientras que la mayoría de analfabetas contestaron no haber tenido información sobre el tema, lo que concuerda con los resultados que se observan en el cuadro # 5, ya que el 22% del 72% que sí ha tenido información del tema, obtuvo dicha información en la Escuela; Por otro lado, el mismo porcentaje lo escuchó en la radio o televisión. El 18 y 25% en el puesto de Salud y Médico particular respectivamente, así como un 16% en Aprofam lo que nos demuestra que en la comunidad hay fuentes de información sobre el tema.

En el cuadro # 6 se advierte que del 72% que han tenido información del tema, el 40% conoce la mayoría de métodos anticonceptivos masculinos, observando también que un 38% de ellos, no han tenido información sobre la Vasectomía, siendo éste el método anticonceptivo menos conocido en la comunidad de Sumpango, Sacatepequez.

En las preguntas # 5 y 6 en las que se hace alusión al uso actual o anterior de algún método anticonceptivo, vemos que entre un 45 y 46% de los entrevistados, han usado alguna vez un método para prevenir un embarazo, y un poco más de la mayoría de ellos, no hacen uso de éstos.

(cuadros # 7 y 13).

Del total de entrevistados que contestaron sí a las preguntas 5 y 6 un 25% pertenecen a la religión católica, son casados y de edades jóvenes, observamos además que un 42% o sea casi el total de personas que usan algún método para prevenir un embarazo saben leer y escribir.

Con lo anteriormente expuesto, podemos deducir que en realidad las variables de edad, religión y estado civil no son importantes para que en la comunidad bajo estudio se haga uso de algún método anticonceptivo; Sin embargo el hecho de saber leer y escribir sí es importante ya que como vemos, de las personas entrevistadas que hacen uso de los diferentes métodos anticonceptivos la mayoría son alfabetas.

En los cuadros # 12 y 18 se observa que de los hombres que si usan o han usado métodos anticonceptivos el 42 y 46% utiliza o ha utilizado el preservativo y los métodos naturales respectivamente. Siendo éstos los métodos más utilizados por la comunidad de Sumpango, Sacatepequez.

De los métodos naturales el más utilizado es la abstinencia Periódica. También se puede notar que entre un 8 y 10% de los entrevistados, usan o han utilizado algún Otro método anticonceptivo, haciendo referencia a los exclusivos del sexo femenino.

En los cuadros # 11 y 17 vemos que de un 26 a 28% de los entrevistados que usan o han usado métodos anticonceptivos lo adquieren en la Farmacia y aproximadamente un 15% en el Puesto de Salud, lo que se explica al recordar que es el preservativo uno de los métodos anticonceptivos masculinos más utilizados. En la categoría de "otro" de éstos cuadros con un 4% se incluyeron a aquellos hombres que utilizan métodos naturales que sumaban un total de 42%.

En los cuadros de la boleta de recolección de datos que se refiere a la pregunta # 9 en la que se hace alusión al beneficio de limitar el tamaño de la familia, el 81% contestaron que sí es beneficioso hacerlo, de ellos el 50%, como se ha venido observando pertenece a generaciones jóvenes, (cuadro # 22) y el 70% son alfabetas (cuadro # 20.); El 23% considera que planificar su familia tiene ventajas en su economía y un 51% coincide que es ventajoso no sólo para ello si no también para la salud, educación y estabilidad familiar. Un 19% del total de entrevistados considera que reducir el número de hijos en la familia no tiene ninguna ventaja. (cuadro # 23).

De todo lo anteriormente analizado, recordemos que un 72% de los entrevistados sí han tenido información sobre los diferentes métodos anticonceptivos masculinos y el 81% consideran beneficioso el uso de los mismos. Sin embargo sólo un 45% aproximadamente utilizan o han utilizado un método para prevenir un embarazo, fenómeno que se da ya que las personas no cuentan con un conocimiento adecuado sobre el tema, y han recibido una información parcial e incompleta sobre el mismo, y por eso es que usan los métodos naturales, la abstinencia periódica especialmente como uno de los principales métodos anticonceptivos, además del preservativo que también es un método conocido y popular en ésta población.

IX. CONCLUSIONES

1. Un 45% de la poblacion masculina de Sumpango, Sacatepequez utiliza los diferentes metodos de planificacion familiar.
2. Mas de la mitad (72%) de la poblacion bajo estudio, tiene una informacion parcial e incompleta sobre los diferentes metodos para evitar un embarazo.
3. El 80% de la poblacion masculina entrevistada, reconoce las diferentes ventajas que proporcionan los metodos anticonceptivos.
4. El metodo anticonceptivo masculino mas utilizado en la comunidad bajo estudio es el preservativo.
5. Los metodos anticonceptivos naturales tambien son populares en la poblacion bajo estudio; siendo la abstinencia periodica la mas utilizada por ellos.
6. En el municipio de Sumpango, Sacatepequez hay accesibilidad a los diferentes metodos anticonceptivos. Son: la Farmacia y el Puesto de Salud, los lugares mas accesibles para la poblacion.
7. El estado civil y la religion no son variables determinantes en el uso de los diferentes metodos de planificacion familiar; no asi el alfabetismo y la edad, ya que de la poblacion que hace uso de ellos, la mayoria es alfabeta y comprendida en edades juvenes.
8. La mayoria de la poblacion de la comunidad bajo estudio, reconoce los beneficios que brindan los programas de planificacion familiar. Sin embargo, no hacen uso de los metodos anticonceptivos por no tener conocimiento verdadero del tema.

X. RECOMENDACIONES

1. Es necesario que los trabajadores de salud, al abordar la problemática del uso de los diferentes métodos anti-conceptivos, lo hagan a nivel multidisciplinario, y que en la comunidad estudiada, los profesionales de las instituciones, trabajen de manera coordinada a fin de evitar duplicidad de esfuerzos, mejor aprovechamiento de los recursos y lograr de esta manera hacer llegar un mensaje con impacto a la población.
2. Fomentar la organización de comités comunales y brindarles el apoyo necesario para que no se desintegren y trabajen de manera constante y permanente.
3. Crear estrategias efectivas de atención.
4. Realizar acciones enmarcadas en la educación popular, introduciendo programas de planificación familiar en escuelas e institutos.
5. Mejoramiento de los servicios de planificación familiar para ayudar a los usuarios a elegir los métodos anti-conceptivos más indicados, así como brindar una orientación adecuada a usuarios nuevos y actuales.
6. Hacer el seguimiento de los usuarios de planificación familiar.
7. Capacitar cuidadosamente al personal de salud y farmacéuticos, para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar.
8. Emplear los canales de comunicación interpersonal para cambiar actitudes, así como a los usuarios satisfechos como comunicadores.
9. Fomentar la participación de dirigentes de la opinión local para que contribuyan a ampliar los conocimientos del tema en estudio, entre su comunidad.
10. Diseñar campañas mediante medios de comunicación local que proporcionen en el municipio una información coherente y continua.
11. Buscar apoyo del gobierno y otras instituciones, y poner al alcance de la mayoría de la población, servicios y productos anticonceptivos a precios accesibles.

XI. RESUMEN

En el presente estudio se estableció la relación que existe entre el uso de los diferentes métodos anticonceptivos y la edad, religión, estado civil y alfabetismo de las personas.

Se incluyeron 228 personas del sexo masculino comprendidas en las edades de 15 - 65 años y con vida sexual activa; a toda la muestra se les realizó una entrevista directa sobre el tema.

El estudio se llevó a cabo en el municipio de Sumpango, Sacatepequez, durante los meses de febrero y marzo de 1994.

Se concluyó que la población bajo estudio en un 72% ha recibido una información parcial e incompleta sobre la planificación familiar y los diferentes métodos anticonceptivos. Un 80% de la población consideró beneficioso el uso de los mismos. Sin embargo, se demostró que solamente el 45% hace uso de ellos.

Se determinó que la religión y estado civil no influyen en el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos, no así la edad y alfabetismo ya que la mayoría de personas del sexo masculino que han tenido información y hacen uso de los programas de planificación familiar son alfabetas y pertenecen al grupo etario comprendido entre las edades de 15-45 años.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Goodman y Gilman. ANTICONCEPTIVOS ORALES En su: Bases Farmacologicas de la Terapeutica. Cap. 58, 8va. edicion, Mexico, Panamericana 1991 pags. 1357 - 1363.
2. Hatcher, R. et. al, CONTRACEPTIVE TECHNOLOGY, 1986-1987 13th. ed. New York, Irvington Publisher. pags 135 - 152.
3. International Programs Population Reference Bureau. FECUNDIDAD Y PLANIFICACION FAMILIAR EN AMERICA LATINA, junio de 1992. 32 pags.
4. Kleiman L. Ronal, MANUAL DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA MEDICOS. Federacion Internacional de Planificacion de la Familia. Londres, 1989. 6a. edicion, pags. 170 - 187.
5. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. PLAN NACIONAL DE SALUD MATERNO-INFANTIL. 1992-1996 Guatemala, Agosto 1992. pags. 24 47.
6. Montana, Eduardo. TECNOLOGIA DE LA CONTRACEPCION. 10a. edicion en espanol. Mexico, Invinston Publisher, 1982 pags. 180 - 197.
7. Novaeck, H. Jones. PLANIFICACION FAMILIAR EN SU: Ginecologia, 10a. ed. Mexico, Ed. Interamericana, 1987. pags. 843 - 857.
8. Population Reports. DIU: UN ANTICONCEPTIVO APROPIADO PARA MUCHAS MUJERES. B-4, Noviembre 1983. 34 pags.
9. Population Reports. EL HOMBRE: NUEVO ENFOQUE DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR. J-3 Diciembre 1986. 32 pags.
10. Population Reports. ESTERILIZACION VOLUNTARIA FEMENINA C-10, Noviembre 1990. 22 pags.
11. Population Reports. LOS DIU: UN NUEVO EXAMEN. B-5, Marzo 1988. 25 pags.
12. Population Reports. MINILAPAROTOMIA Y LAPAROSCOPIA: SEGUROS, EFICACES Y DE USO AMPLIAMENTE GENERALIZADO. C-9, Marzo 1986. 31 pags.

13. Population Reports. PILDORAS DE DOSIS REDUCIDA, A-7, Noviembre 1988. 26 pags.
14. Population Reports. PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LA FECUNDIDAD, J-29, Diciembre 1985. 41 pags.
15. Population Reports. RUMORES NEGATIVOS SOBRE FECUNDIDAD DESPUES DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS, J-28, Octubre 1984. 28 pags.
16. Population Reports. VASECTOMIA SEGURA Y SENCILLA, D-4, Diciembre 1984, 28 pags.
17. Williams Gant N., MacDonald P. y Pritchard, J. PLANIFICACION FAMILIAR EN SU: Obstetricia, cap-40, 3a edicion. Mexico, Salvat 1987. pags. 787-808.

XIII. BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Datos Generales:

Edad: Estado Civil:

Religion: Alfabeto:

1. Tiene usted vida sexual activa: SI NO

2. Ha tenido informacion sobre los diferentes metodos para prevenir un embarazo: SI NO

3. Si su respuesta anterior fue SI indique quien le proporciono informacion sobre los diferentes metodos anticonceptivos:

- Puesto de Salud.
- Medico particular.
- Farmaceutico.
- Familiar.
- Amigo.
- Aprofam.

4. De los siguientes metodos anticonceptivos, indique de cual no ha recibido informacion:

- Ritmo.
- Coito interrumpido.
- Preservativo o condon.
- Abstinencia periodica.
- Cremas y gelatinas vaginales.
- Vasectomia.
- Todos los anteriores.

5. Utiliza usted algun (os) metodo (s) anticonceptivo (s): SI NO

6. Ha utilizado con anterioridad algun metodo anticonceptivo: SI NO

7. Donde adquiere o ha adquirido los diferentes metodos anticonceptivos:

- Farmacia.
- Puesto de Salud.
- Medico particular.
- Aprofam.
- Otro.

8. De los siguientes metodos anticonceptivos, indique cual utiliza o a usado con anterioridad:

- Ritmo.
 - Coito interrumpido.
 - Preservativo o condon.
 - Abstinencia periodica.
 - Cremas y gelatinas vaginales.
- Vasectomia.
- Otro.

9. Cree que es beneficioso limitar el tamaño de la familia.

SI NO

10. Que ventajas considera usted que tiene el tener menos numero de hijos.

- En la salud.
- En la economia.
- En la educacion.
- En la estabilidad de la familia.
- En todas las anteriores.
- En ninguna de las anteriores.