

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

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD RESPECTO
A LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”**

Estudio descriptivo transversal realizado en médicos, enfermeras
y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos
de salud del departamento de Jalapa

abril-mayo 2010

**Mario Gustavo Pérez Rivas
Ludwin Manuel Osorio Guerra
Diana Sofía Galindo Santos**

Médico y Cirujano

Guatemala, junio de 2010

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD RESPECTO
A LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”**

Estudio descriptivo transversal realizado en médicos, enfermeras
y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos
de salud del departamento de Jalapa

abril-mayo 2010

TESIS

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

POR

**Mario Gustavo Pérez Rivas
Ludwin Manuel Osorio Guerra
Diana Sofía Galindo Santos**

Médico y Cirujano

Guatemala, junio de 2010

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Mario Gustavo Pérez Rivas	200410219
Ludwin Manuel Osorio Guerra	200417846
Diana Sofía Galindo Santos	200417865

Han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médicos y Cirujanos, en el grado de **Licenciatura**, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD RESPECTO A LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

Estudio descriptivo transversal realizado en médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa

abril-mayo 2010

Trabajo asesorado por el Dr. Rolando Margnoni y revisado por el Dr. Jaime Alberto Bueso Lara, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los veintinueve días de junio del dos mil diez


DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



Guatemala, 29 de junio del 2010

Doctor
César Oswaldo García García
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes,

Mario Gustavo Pérez Rivas

Ludwin Manuel Osorio Guerra

Diana Sofía Galindo Santos



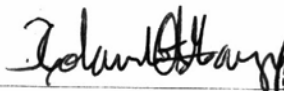
Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD RESPECTO
A LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”**

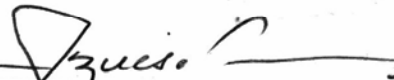
Estudio descriptivo transversal realizado en médicos, enfermeras
y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos
de salud del departamento de Jalapa

abril-mayo 2010

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de
la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Asesor
Firma y sello
4165



Revisor
Firma y sello
No. Reg. de personal 11,048



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

Mario Gustavo Pérez Rivas	200410219
Ludwin Manuel Osorio Guerra	200417846
Diana Sofía Galindo Santos	200417865

han presentado el trabajo de graduación titulado:

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD RESPECTO A LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

Estudio descriptivo transversal realizado en médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa

abril-mayo 2010

El cual ha sido **revisado y corregido**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el veintinueve de junio del dos mil diez.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Dr. César Oswaldo García García
Coordinador



RESUMEN

Objetivo: Describir los conocimientos y actitudes de los médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa, respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril-mayo de 2010. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal donde se realizó un cuestionario, evaluando características sociodemográficas, conocimientos y las actitudes de la población a estudio. **Resultados:** Se realizó el cuestionario a 176 miembros del personal de salud del departamento de Jalapa, evaluando médicos, enfermeros y facilitadores institucionales. El 31.82% se encontraba entre los 20 y 25 años, el 71.02% era de sexo femenino, el 60.20% tenía de 1 a 5 años de experiencia laboral, el 44.89% pertenecía al grupo enfermera institucional, el 22.73% laboraba en el distrito de Mataquescuintla. En cuanto a conocimientos, el 100% de los médicos tanto institucionales como de prestadoras de servicios de salud (ONGs), obtuvo resultados satisfactorios; en contraste en el grupo de enfermeras institucionales un 34.18% logró resultados satisfactorios, las de prestadoras de servicios de salud un 46.15% logró resultados satisfactorios. En cuanto a los facilitadores institucionales sólo un 30.23% logró resultados satisfactorios. Al evaluar las actitudes respecto a los métodos de planificación familiar, la totalidad de la población manifestó actitudes favorables. **Conclusiones:** Las características sociodemográficas predominantes en la población estudiada fueron: edad de 20 a 25 años, sexo femenino, experiencia laboral menor de 5 años, el grupo laboral mayoritario fue el de enfermera institucional, laborando principalmente en el distrito de salud de Mataquescuintla. El 100% de los médicos obtuvo resultados satisfactorios respecto a conocimientos sobre métodos de planificación familiar; en contraste el 65.82% de las enfermeras institucionales, el 53.85% de las enfermeras de prestadoras de servicios de salud y el 69.77% de facilitadores institucionales obtuvieron resultados insatisfactorios. El 100% de la población manifestó una actitud favorable hacia los métodos de planificación familiar.

Palabras clave: Adherencia a las guías, evaluación de programas, políticas de planificación familiar, servicios de planificación familiar

ÍNDICE

	Página
1. Introducción	1
2. Objetivos	5
3. Marco teórico	7
3.1 Contextualización del lugar de estudio	7
3.2 Métodos de planificación familiar	12
3.3 Conocimientos y actitudes	34
3.4 Población en estudio	36
4. Metodología	39
4.1 Tipo de estudio	39
4.2 Unidad de análisis	39
4.3 Población y muestra	39
4.4 Selección de los sujetos a estudio	40
4.5 Definición y operacionalización de variables	41
4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	43
4.7 Procesamiento y análisis de datos	44
4.8 Alcances y límites	45
4.9 Aspectos éticos de la investigación	45
5. Resultados	47
6. Discusión	51
6.1 Caracterización de la población	51
6.2 Conocimientos	52
6.3 Actitudes	52
7. Conclusiones	55
8. Recomendaciones	57
9. Aportes	59
10. Referencias bibliográficas	61
11. Anexos	65

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de los grandes avances de las últimas décadas según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción. (1)

La falta de una adecuada planificación familiar es un problema de trascendencia mundial esto se puede observar al ver datos de regiones como África donde la planificación familiar es muy deficiente con altas tasas de fecundidad, 5.5 hijos por mujer, y con una tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos de 13%, lo que conlleva a altas tasas de mortalidad materna e infantil, el 40% de todos los embarazos en esta región es no deseado, en Europa oriental también se encuentra una deficiencia en el uso de los métodos de planificación familiar, teniendo altas tasas de embarazos no deseados, de mortalidad materna y una baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, donde según estudios realizados, se demostró que el problema era tanto económico, así como consecuencia de la baja calidad de servicios de planificación familiar (1,2)

En América todavía se encuentran muchos países con problemas de mortalidad materna e infantil, y con falta de uso de métodos de planificación familiar, y altas tasas de fecundidad como Haití, Bolivia, Perú, Paraguay, Guatemala y Honduras por lo que a pesar de los esfuerzos realizados conjuntamente de la OMS y estos países, la baja cobertura de planificación familiar persiste, con sus consecuencias. (3,4)

Guatemala reconoce el acceso a los servicios de planificación familiar como un derecho universal y están contemplados en sus leyes. Sin embargo, muchos hombres y mujeres carecen de información y servicios de salud que les permitan decidir libremente la cantidad y espaciamiento de sus hijos. Sólo 34% de mujeres en edad reproductiva en Guatemala utiliza un método de planificación familiar moderno, mientras que casi un tercio de ellas reportan una necesidad insatisfecha de planificación familiar. La tasa de fertilidad en Guatemala, casi en 4.4, es la más alta en Latinoamérica. Con la tasa actual de crecimiento anual de 2.5% se espera que la población se duplique en los próximos 30 años. En los últimos 50 años, la población del país se ha cuadruplicado. Según la encuesta nacional de salud materno infantil del 2002, 343 de cada 1,000 nacimientos diarios son no deseados, además según resultados de la línea basal de mortalidad

materna del año 2000, la razón de mortalidad materna fue de 153 por 100,000 nacidos vivos. (5,6)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reconoce que es posible reducir la mortalidad relacionada con el embarazo, parto y puerperio mediante mejoras en el acceso a cuidados obstétricos esenciales de calidad, que impacten en los aspectos físicos, culturales y sociales; así como también facilitando servicios integrales de salud reproductiva. (7,8)

En Guatemala, la ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva del Congreso de la República, en el capítulo III y artículo 12 se establece que “El MSPAS debe instituir un programa de desarrollo profesional para fortalecer las competencias técnicas de los y las proveedoras, para asegurar que conozcan y apliquen los criterios de elegibilidad de todos los métodos de espaciamiento de embarazos de acuerdo a normas internacionales, con el fin de eliminar las barreras médicas a la planificación familiar.” (9)

Por lo que es de vital importancia, que los proveedores de los métodos de planificación familiar, cuenten con las bases teóricas necesarias, así como actitudes favorables hacia los métodos de planificación familiar para mejorar la calidad en la atención que se le da a las mujeres que acuden a los servicios de salud, mejorando su calidad de vida .(10)

En Guatemala, fue necesario buscar estrategias para buscar cómo apoyar al personal de los centros de atención de salud para poder prestar servicios con capacidad técnica y calidad en salud reproductiva, por lo que el MSPAS con apoyo de instituciones nacionales y agencias internacionales coordinó el proceso de desarrollo de guías nacionales de salud reproductiva como documento de referencia que contienen procedimientos y técnicas actualizadas en el tema. (11)

Estas guías proporcionan al personal de salud, la información necesaria sobre los efectos colaterales descritos, los beneficios sanitarios y los riesgos de la salud de los métodos de planificación familiar, así como a listas actualizadas de los criterios médicos de elegibilidad y una orientación más amplia sobre el manejo de problemas comunes en su uso. (11)

En Guatemala, de acuerdo a los datos proporcionados en las memorias de informática y vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) del año 2007, el departamento de Jalapa presenta altas tasas de fecundidad, nacimientos y natalidad (64.8, 5,684 y 19.84 respectivamente), siendo éstas más altas que las de más de la mitad de departamentos del país, afectando principalmente a mujeres de entre 15 a 35 años, por lo cual se priorizó a este departamento para realizar el trabajo de investigación. (12)

En este estudio descriptivo transversal se realizó una encuesta estructurada cerrada con la finalidad de describir los conocimientos y actitudes respecto a los métodos de planificación familiar de los médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa. Dichas encuestas fueron analizadas y los resultados fueron interpretados y compartidos con el área de salud de Jalapa, para poder ser considerados para realizar capacitaciones dirigidas al personal de salud, principalmente enfermeras y facilitadores institucionales, para mejorar los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos que proporcionan y mejorar la calidad de atención que se le da a las usuarias de dichos métodos.

Se realizó el cuestionario a 176 miembros del personal de salud del departamento de Jalapa, evaluando médicos, enfermeros y facilitadores institucionales. El 31.82% tenía entre 20 y 25 años, el 71.02% era de sexo femenino, el 60.20% tenía de 1 a 5 años de experiencia laboral, el 44.89% pertenecía al grupo enfermera institucional, el 22.73% laboraba en el distrito de Mataquescuintla. En cuanto a conocimientos, el 100% de los médicos tanto institucionales como de prestadora de servicios de salud, obtuvo resultados satisfactorios, en contraste el 65.82% de las enfermeras institucionales, el 53.85% de las enfermeras de prestadoras de servicios de salud y el 69.77% de facilitadores institucionales obtuvieron resultados insatisfactorios. Al evaluar las actitudes respecto a los métodos de planificación familiar, la totalidad de la población manifestó actitudes favorables.

2. OBJETIVOS

2.1 General

Describir los conocimientos y actitudes de los médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa, respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril y mayo de 2010.

2.2 Específicos

2.2.1 Caracterizar sociodemográficamente a los médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud de Jalapa de acuerdo a:

- Edad
- Sexo
- Experiencia laboral
- Puesto laboral
- Lugar de trabajo

2.2.2 Identificar en los médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud de Jalapa:

- Conocimientos sobre métodos de planificación familiar
- Actitudes sobre métodos de planificación familiar

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Contextualización del área de estudio

3.1.1. Departamento de Jalapa

El Departamento de Jalapa se encuentra situado en la región sur-oriente de Guatemala. Limita al norte con los departamentos de El Progreso y Zacapa; al sur con los departamentos de Jutiapa y Santa Rosa; al este con el departamento de Chiquimula; y al oeste con el departamento de Guatemala. La cabecera departamental de Jalapa se encuentra aproximadamente a una distancia de 174 km de la ciudad capital. La cabecera departamental es Jalapa, su extensión es de 2,063 km², su población de 235,192 habitantes aproximadamente, según censo de 2002. Su altura es de 1,362 m sobre el nivel del mar (en la cabecera). Los idiomas que se hablan en este departamento son el español y el poqoman. (13, 14)

El departamento de Jalapa se encuentra dividido en 7 municipios:

- Jalapa
- San Pedro Pinula
- San Luis Jilotepeque
- San Manuel Chaparrón
- San Carlos Alzatate
- Monjas
- Mataquescuintla (13)

Jalapa presenta topografía diversa, lo que contribuye que sus terrenos sean montañosos y sus alturas varíen entre los 1,720 metros sobre el nivel del mar (msnm) en San Carlos Alzatate y los 800 msnm en San Luis Jilotepeque. Por el sur de este departamento penetra el ramal de la Sierra Madre, el cual toma diversos nombres locales según sus montañas como de El Norte y la Cumbre en San Pedro Pinula, la de Güisitepeque en San Manuel Chaparrón; y la Del Aguacate en San Carlos Alzatate. También están los siguientes volcanes: Jumay y Cerro Mojón en el municipio de Jalapa; el volcán

Monterrico entre los municipios de San Pedro Pinula y San Manuel Chaparrón; el volcán de Alzatate en San Carlos Alzatate, el cerro de la Lagunilla en San Luis Jilotepeque.(15)

Entre las principales rutas nacionales que atraviesan el departamento están: la ruta Nacional 19, que lo comunica con El Progreso y Jutiapa; también está la ruta nacional 18 que desde la capital lleva a Esquipulas en el departamento de Chiquimula. Cuenta también con rutas departamentales, municipales y veredas que lo comunican con todos los poblados rurales y departamentos vecinos. (15)

3.1.2. Servicios de salud

El departamento de Jalapa se divide en 8 distritos de salud, los cuales están conformados por un hospital nacional, 8 centros de salud, 24 puestos de salud donde el personal esta presupuestado por el MSPAS y 2 organizaciones no gubernamentales (ONGs) que funcionan como prestadoras de servicios de salud, que con fondos del MSPAS ejecutan sus programas. (16,17) (anexos 1 y 2)

El Hospital Nacional Nicolasa Cruz se ubica en Jalapa, cabecera departamental y municipal. El recurso humano del hospital se encuentra formado por médicos, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería. (16,17)

3.1.2.1. Distrito de Jalapa

El distrito de salud de Jalapa está formado por:

- Centro de salud de Jalapa, con una cobertura de 18,466 habitantes.
- 3 puestos de salud:
 - ✓ Puesto de salud San José Carrizal, con una cobertura de 2,170 habitantes, distribuidos en 1 aldea, 1 barrio y 1 caserío.
 - ✓ Puesto de salud Azucenas, con una cobertura de 1,553 habitantes, distribuidos en 2 aldeas y 1 caserío.
 - ✓ Puesto de salud San Miguel Mojón, con una cobertura de 1,852 habitantes, distribuidos en 2 aldeas y 1 caserío. (16)
- 2 prestadoras de servicios de salud:
 - ✓ Cooperativa El Recuerdo, con una cobertura de 23,885 habitantes.
 - ✓ Proyecto CACTUS, con una cobertura de 9,162 habitantes. (16)

En este distrito dentro de su personal cuenta con 5 médicos, 16 enfermeras, y 5 facilitadores institucionales. (17)

3.1.2.2. Distrito de Sanyuyo

El distrito de salud de Sanyuyo, ubicado en el municipio de Jalapa, está formado por:

- Centro de salud de Sanyuyo, con una cobertura de 6,174 habitantes.
- 2 puestos de salud:
 - ✓ Puesto de salud Sansirisay, con una cobertura de 1,766 habitantes, distribuidos en 1 aldea y 1 caserío.
 - ✓ Puesto de salud Laguneta, con una cobertura de 1,926 habitantes, distribuidos en 1 caserío. (16)
- 2 prestadoras de servicios de salud:
 - ✓ Cooperativa El Recuerdo, con una cobertura de 17,071 habitantes.
 - ✓ Proyecto CACTUS con una cobertura de 12,635 habitantes. (16)

En este distrito dentro de su personal cuenta con 3 médicos, 6 enfermeras, y 13 facilitadores institucionales. (17)

3.1.2.3. Distrito de San Pedro Pinula

El distrito de salud de San Pedro Pinula está formado por:

- Centro de salud de San Pedro Pinula, con una cobertura de 10,746 habitantes.
- 3 puestos de salud:
 - ✓ Puesto de salud Santa Inés La Cumbre, con una cobertura de 961 habitantes, distribuidos en 1 aldea y 1 caserío.
 - ✓ Puesto de salud Santo Domingo, con una cobertura de 1,305 habitantes, distribuidos en 1 aldea y 2 caseríos.
 - ✓ Puesto de salud Carrizal Grande, con una cobertura de 1,539 habitantes, distribuidos en 1 aldea. (16)
- 1 prestadora de servicios de salud:
 - ✓ Proyecto CACTUS, con una cobertura de 32,260 habitantes. (16)

En este distrito dentro de su personal cuenta con 5 médicos, 19 enfermeras, y 7 facilitadores institucionales (17)

3.1.2.4. Distrito de San Luis Jilotepeque

El distrito de salud de San Luis Jilotepeque está formado por:

- Centro de salud de San Luis Jilotepeque, con una cobertura de 15,234 habitantes.
- 4 puestos de salud:
 - ✓ Puesto de salud Valencia, con una cobertura de 576 habitantes, distribuidos en 1 aldea.
 - ✓ Puesto de salud Olivos, con una cobertura de 2,287 habitantes, distribuidos en 3 aldeas.
 - ✓ Puesto de salud Trapichitos, con una cobertura de 3,164 habitantes, distribuidos en 6 aldeas y 1 caserío.
 - ✓ Puesto de salud El Chaguitón, con una cobertura de 807 habitantes, distribuidos en 3 aldeas y 2 caseríos. (16)
- 1 prestadora de servicios de salud:
 - ✓ Cooperativa El Recuerdo, con una cobertura de 11,123 habitantes. (16)

En este distrito dentro de su personal cuenta con 4 médicos, 9 enfermeras, y 3 facilitadores institucionales (17)

3.1.2.5. Distrito de San Manuel Chaparrón

El distrito de salud de San Manuel Chaparrón está formado por:

- Centro de salud de San Manuel Chaparrón, con una cobertura de 6,672 habitantes.
- 1 Puesto de Salud:
 - ✓ Puesto de salud Poza Verde, con una cobertura de 2,014 habitantes, distribuidos en 5 aldeas y 1 caserío.(16)
- No cuenta con prestadoras de servicios de salud. (16)

En este distrito dentro de su personal cuenta con 1 médico y 6 enfermeras, no hay facilitadores institucionales. (17)

3.1.2.6. Distrito de San Carlos Alzatate

El distrito de salud de San Carlos Alzatate está formado por:

- Centro de salud de San Carlos Alzatate, con una cobertura de 9,896 habitantes.
- 3 puestos de salud:
 - ✓ Puesto de salud Pino Zapotón, con una cobertura de 1,646 habitantes, distribuidos en 1 aldea.
 - ✓ Puesto de salud Las Flores, con una cobertura de 1,769 habitantes, distribuidos en 1 aldea.
 - ✓ Puesto de salud Sabanetas, con una cobertura de 1,063 habitantes, distribuidos en 1 aldea. (16)
- 1 prestadora de servicios de salud:
 - ✓ Proyecto CACTUS, con una cobertura de 8,942 habitantes. (16)

En este distrito dentro de su personal cuenta con 4 médicos, 19 enfermeras y 8 facilitadores institucionales (17)

3.1.2.7. Distrito de Monjas

El distrito de salud de Monjas a está formado por:

- Centro de salud de Monjas, con una cobertura de 11,617 habitantes.
- 3 puestos de salud:
 - ✓ Puesto de salud Llano Grande, con una cobertura de 1,676 habitantes, distribuidos en 2 aldeas y 1 caserío.
 - ✓ Puesto de salud El Salamo, con una cobertura de 1,731 habitantes, distribuidos en 2 aldeas y 3 caseríos.
 - ✓ Puesto de salud San Juancito, con una cobertura de 1,100 habitantes, distribuidos en 1 aldea. (16)

- 1 prestadora de servicios de salud
 - ✓ Proyecto CACTUS, con una cobertura de 6,595 habitantes, distribuidos en 23 aldeas. (16)

En este distrito dentro de su personal cuenta con 2 médicos, 7 enfermeras, y 1 facilitador institucional (17)

3.1.2.8. Distrito de Mataquescuintla

El distrito de salud de Mataquescuintla está formado por:

- Centro de salud de Mataquescuintla, con una cobertura de 12,726 habitantes.
- 4 puestos de salud:
 - ✓ Puesto de salud La Sierra, con una cobertura de 2,685 habitantes, distribuidos en 2 comunidades.
 - ✓ Puesto de salud San Miguel, con una cobertura de 2,725 habitantes, distribuidos en 4 comunidades.
 - ✓ Puesto de salud Soledad Grande, con una cobertura de 3,186 habitantes, distribuidos en 4 comunidades.
 - ✓ Puesto de salud Las Flores, con una cobertura de 3,420 habitantes, distribuidos en 5 comunidades. (16)
- 1 prestadora de servicios de salud:
 - ✓ Proyecto CACTUS, con una cobertura de 11,535 habitantes, distribuidos en 22 aldeas. (16)

En este distrito dentro de su personal cuenta con 6 médicos, 27 enfermeras, y 9 facilitadores institucionales (17)

3.2. Métodos de planificación familiar

3.2.1. Método de la lactancia materna

3.2.1.1. Definición

El Método de la Lactancia Amenorrea (MELA), se define como el método de planificación familiar natural basado en la amenorrea de la lactación, producida por

los efectos supresores de la lactancia en la ovulación hasta los 6 meses postparto. Si bien, no se adapta exactamente a la definición de los métodos naturales de planificación familiar (no se realiza registros, ni se puede emplear para buscar el embarazo), es sin duda un método natural por excelencia, sustentado en la infertilidad que acompaña a la amenorrea de la lactancia, para evitar el embarazo (18).

3.2.1.2. Descripción

Los niveles aumentados de prolactina y una reducción de la hormona liberadora de gonadotropinas desde el hipotálamo durante la lactancia suprimen la ovulación. Esto lleva a una reducción en la liberación de hormona luteinizante (LH) y una inhibición en la maduración folicular. La duración de esta supresión varía y es influenciada por la frecuencia y duración de la lactancia materna, así como el tiempo transcurrido desde el nacimiento del niño. (18, 19)

3.2.1.3. Fisiología

Se ha observado una reducción en la amplitud y frecuencia de la actividad pulsátil del LH durante la inactividad ovárica que acompaña a la lactancia, por lo que Glasier postula que la succión del pezón produce estímulos aferentes que actúan sobre el hipotálamo determinando las siguientes respuestas reflejas que podrían explicar la amenorrea de la lactancia:

- Descarga de oxitocina por la hipófisis posterior (reflejo eyectolágeno).
- Inhibición de la liberación de dopamina por las neuronas hipotalámicas, lo que determina aumento de la producción de prolactina por la hipófisis anterior.
- Inhibición de la secreción pulsátil de GnRH.
- Bloqueo de la retroalimentación positiva que los estrógenos ejercen sobre el eje hipotálamo-hipofisario determinando descarga de LH. (18)

Siendo el punto de partida de estos reflejos, la succión del pezón, se explica la gran importancia que adquiere la frecuencia y duración del amamantamiento en la determinación del período de amenorrea post-parto. (18)

3.2.1.4. Modo de uso

El método consiste en alimentar con lactancia materna exclusiva al recién nacido por los primeros 6 meses de vida. Por lactancia materna exclusiva se entiende, no dar agua, tés, otros líquidos, jugos o sólidos, dar sólo leche materna. (9)

La mujer debe cumplir con estos requisitos:

- No haber visto su menstruación después del parto
- Dar lactancia materna y exclusiva a su hijo
- Lactante menor de 6 meses (9)

Diversas fuentes han enfatizado la necesidad del amamantamiento frecuente, de libre demanda, que incluye el día y la noche, con una frecuencia superior a las 7 mamadas en la 24 horas, con un tiempo de amamantamiento no inferior a 120 minutos en las 24 horas; insistiendo en la conveniencia de que el niño duerma junto a su madre, tratando de posponer al máximo la alimentación suplementaria, con el objeto de lograr una lactancia prolongada y un largo período de amenorrea e infertilidad post-parto. (9, 18)

3.2.1.5. Eficacia

El efecto protector de la lactancia frente al embarazo, especialmente cuando es exclusiva, es conocido desde hace muchos años. Bonte y Van Balen, en 1969 y Berman, en 1972, entre otros, demostraron que la lactancia completa determina una tasa de protección superior al 98% en los primeros seis meses post-parto. En 1982, se demostró que para lograr esa alta tasa de protección frente al embarazo, era necesario que la lactancia exclusiva se acompañara de amenorrea, porque el advenimiento de la menstruación, hacia descender en forma significativa la protección frente al embarazo, aunque la mujer continuara en lactancia exclusiva, aún durante los seis primeros meses post-parto. (18)

Otras literaturas sugieren una tasa de fallo de 0.5% con un uso perfecto. (9, 19)

3.2.1.6. Costo

Ninguno.

3.2.1.7. Ventajas y desventajas

- Ventajas
 - ✓ El método está disponible desde el puerperio inmediato
 - ✓ La involución uterina ocurre más rápido
 - ✓ La menstruación está suprimida
 - ✓ Este método facilita la pérdida de peso posparto (9, 19)

- Desventajas
 - ✓ Puede ser incómodo para la mujer en ciertas situaciones
 - ✓ No protege de la transmisión del VIH al niño
 - ✓ El retorno de la fertilidad es incierto (9, 19)

3.2.1.8. Efectos adversos

Ninguno conocido. (9, 19)

3.2.2. Condón masculino

3.2.2.1. Definición

El condón masculino es una funda diseñada para ser colocada en el pene erecto del hombre, previniendo así el paso de espermatozoides al tracto reproductivo femenino. (9, 19, 20)

3.2.2.2. Descripción

La mayoría de los condones están hechos de látex delgado y otros están hechos de tejidos de animales y poliuretano. Los condones vienen secos o lubricados con lubricantes a base de agua o espermicida. (9, 20)

El preservativo masculino es una funda que se coloca sobre el pene y generalmente posee un espacio en el extremo cerrado llamado depósito, diseñado para contener el semen. Mide de 16 a 22 cm de longitud y de 3.5 a 6.4 cm de diámetro. La medida estándar de un preservativo es de 180 mm de largo, 52 mm de ancho nominal y entre 0.06 y 0.07 mm de grosor. (21)

El ancho nominal es el que se mide con el preservativo aplanado, por lo que 52 mm de ancho nominal implican 104 mm de circunferencia, o 33 mm de diámetro cuando éste adopta forma cilíndrica sin ser estirado. (21)

3.2.2.3. Fisiología

Método de barrera. (9)

3.2.2.4. Modo de uso

- El preservativo debe ser puesto sobre el pene erecto inmediatamente después de alcanzar la erección, y antes de cualquier contacto con la vagina o el ano de la pareja.
- Si la vagina de la pareja no produce una buena cantidad de lubricación natural, se debe usar lubricante para reducir la abrasión del preservativo.
- El uso del lubricante es prácticamente necesario en el sexo anal, ya que la mucosa anal no genera su propio lubricante.
- Para realizar sexo anal, se pueden conseguir preservativos especialmente diseñados para ello (más gruesos, por lo tanto más difícil de rasgarse).
- No se deben guardar los preservativos directamente en el bolsillo del pantalón, ya que la fricción y el calor corporal durante períodos prolongados tiende a debilitar el látex. Lo mismo sucede si los preservativos se guardan en la guantera del automóvil.
- El pene se debe retirar inmediatamente después de la eyaculación, cuando todavía está erecto, ya que no hacerlo implica un riesgo innecesario.
- Al retirar el pene de la vagina o el ano, se debe de tomar con los dedos la base del preservativo para evitar que se resbale y quede dentro, con riesgo de contagio o concepción.
- Deben lavarse las manos y el pene antes de continuar el contacto sexual con la pareja.(9, 19, 20, 21)

3.2.2.5. Eficacia

Con el uso correcto es de 98%. (9)

3.2.2.6. Costo

Varía según marcas y características especiales.(9)

3.2.2.7. Ventajas y desventajas

- Ventajas:
 - ✓ Fáciles de adquirir
 - ✓ No requieren receta para su adquisición
 - ✓ Muy pocos efectos adversos
 - ✓ Protección para enfermedades de transmisión sexual
 - ✓ No son de venta exclusiva en farmacias
 - ✓ Por ser un método masculino, su uso es una manifestación del interés y apoyo del hombre a la planificación familiar
 - ✓ Eficacia inmediata
 - ✓ No requieren supervisión médica
 - ✓ Puede usarse después del parto
 - ✓ Se puede interrumpir su uso en cualquier momento
 - ✓ Disminuye el riesgo de embarazo ectópico
 - ✓ Fáciles de mantener a la mano en caso de que la relación sexual ocurra en forma inesperada
 - ✓ Puede usarse a cualquier edad
 - ✓ Reduce la eyaculación prematura (9, 20, 21)

- Desventajas
 - ✓ Puede disminuir la sensibilidad
 - ✓ Puede causar alergias
 - ✓ Para evitar su deterioro deben permanecer alejados de rayos solares, calor excesivo y presión alta. (9, 20, 21)

3.2.2.8. Efectos adversos

- Reacciones alérgicas al látex
- Reacciones alérgicas al lubricante que se utiliza en algunas marcas de condones. (9, 21)

3.2.3. Método del collar

3.2.3.1. Definición

El Collar del Ciclo™, o método de días fijos es un hilo de cuentas codificadas por colores que representan cada día del ciclo menstrual de la mujer. El Collar del Ciclo

ayuda a que la mujer sepa cuándo tiene mayor probabilidades de embarazarse si tiene relaciones sexuales sin protección. (22)

3.2.3.2. Descripción

El Collar del Ciclo es un collar de cuentas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer, donde cada perla representa un día del ciclo. El color de las perlas del Collar le ayuda a saber en qué día del ciclo se encuentra la mujer: si está en un día fértil o un día infértil. (9,22)

3.2.3.3. Fisiología

Método basado en el conocimiento del ciclo menstrual de la mujer. (9)

3.2.3.4. Modo de uso

Colocando un aro de hule sobre la cuenta roja cuando inicia su menstruación, y moviéndolo diariamente, la mujer puede ver en qué día de su ciclo se encuentra. El color de la cuenta le indica si ese día puede quedar embarazada o no. Las cuentas blancas marcan los días en que es posible que quede embarazada y las cuentas marrones marcan los días en que las probabilidades de embarazo son mínimas. (9, 22)

Este método puede ser utilizado únicamente por mujeres cuyos ciclos duran de 26 a 32 días, siendo los días 8 al 19 los días de riesgo de embarazo. (9,22)

3.2.3.5. Eficacia

Un estudio internacional realizado durante octubre de 2004 en Bolivia, Perú y las Filipinas determinó la efectividad del Método de Días Fijos, concluyendo que su tasa de eficacia es de más del 95% cuando se usa correctamente. (22)

3.2.3.6. Costo

\$13.95. En Guatemala es distribuido gratuitamente por el MSPAS en el primer nivel de atención. (9,22)

3.2.3.7. Ventajas y desventajas

- Ventajas:
 - ✓ Fácil de aprender
 - ✓ Método natural (9)

- Desventajas:
 - ✓ Requiere que sea utilizado por mujeres con ciclos regulares
 - ✓ Se requiere de la colaboración de ambos miembros de la pareja (9)

3.2.3.8. Efectos adversos

Ninguno conocido. (9,22)

3.2.4. Métodos hormonales

Son los métodos temporales de planificación familiar que contienen estrógenos y progestinas o sólo progestina, se usan por vía oral, intramuscular o subdérmica, con el objetivo de prevenir el embarazo. Estos métodos no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS). (9)

3.2.4.1. Anticonceptivos orales combinados (AOC)

3.2.4.1.1. Definición

Son pastillas que contienen estrógeno y progestina en diferentes dosis, que previenen temporalmente el embarazo. Se recomienda utilizar aquellos denominados de baja dosis, es decir, los que contienen 35 microgramos de etinil estradiol o menos. (9)

3.2.4.1.2. Descripción

Sobre o paquete con 28 pastillas: 21 pastillas que contienen hormonas y 7 pastillas sin contenido hormonal. (9)

3.2.4.1.3. Mecanismo de acción

Principalmente inhiben la ovulación y en forma secundaria espesan el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides. No actúan interrumpiendo la gestación. (9)

3.2.4.1.4. Costo

Varía según cada marca. (9)

3.2.4.1.5. Modo de uso

Una mujer puede empezar a utilizar el método en cualquier momento que lo desee si existe una certeza razonable de que no está embarazada. Pueden utilizarse los siguientes criterios para determinar si la mujer se encuentra embarazada, puede estar presente por lo menos uno:

- Ha estado usando el MELA
- No ha tenido relaciones sexo coitales
- Tiene menos de 30 días posparto
- Sí ha visto regla 5 días antes
- ha tenido un aborto en los últimos siete días
- Ha estado usando correctamente otro método anticonceptivo (9)

Si cumple alguna de las anteriores condiciones inicie los AOC y no utilizar un método de respaldo. Si no se cumplen deberá utilizar condón durante los primeros siete días del uso. (9,23)

Tomar las pastillas todos los días hasta terminarlas y de preferencia a la misma hora tenga o no tenga relaciones sexuales. (9)

3.2.4.1.6. Eficacia

Es un método muy efectivo cuando se usa correcta y sistemáticamente teniendo una tasa de embarazo accidental al primer año de uso de menos del 1%. (tasa teórica). Cuando no se usa en forma correcta y sistemática, la tasa de embarazo accidental al primer año es del 6 al 8% (tasa típica). (9,23)

3.2.4.1.7. Ventajas y desventajas

- Ventajas:
 - ✓ Protege contra cáncer endometrial
 - ✓ Protege contra cáncer de ovario

- ✓ Protege contra enfermedad pélvica inflamatoria sintomática
 - ✓ Protege contra quistes ováricos
 - ✓ Protege contra anemia por deficiencia de hierro
 - ✓ Reduce el acné
 - ✓ Reduce el hirsutismo (9,23)
- Desventajas:
 - ✓ No previene infecciones de transmisión sexual
 - ✓ Requiere que la usuaria mantenga buena adherencia en cuanto al uso diario del método.
 - ✓ Puede tener un costo elevado
 - ✓ No todos son candidatos para su uso (9, 23)

3.2.4.1.8. Efectos secundarios posibles

- Cefalea
- Náusea y vómitos
- Mareo
- Sensibilidad mamaria anormal
- Irregularidades menstruales
- Cambios del estado de ánimo (9,23,24)

Se considera que la usuaria debe acudir inmediatamente a consulta medica, si presenta dolor intenso en el pecho o disnea, visión borrosa, cefalea intensa con síntomas neurológicos focales, o dolor intenso en las piernas o el abdomen, todos estos son considerados signos de alarma. (9,25,26)

3.2.4.2. Anticonceptivos inyectables solo de progestina

3.2.4.2.1. Definición

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos que contienen solamente una progestina sintética (no contienen estrógeno). Son de larga duración, se aplican cada 2 ó 3 meses, según el tipo de inyectable. (9,27)

3.2.4.2.2. Descripción

150 mg de acetato de medroxiprogesterona microcristalina (DMPA) en ampollas de 3 ml de suspensión acuosa.

La protección anticonceptiva conferida por el Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) se extiende hasta por lo menos 90 días después de su aplicación. (9,27)

3.2.4.2.3. Mecanismo de acción

Inhiben la ovulación y provocan espesamiento del moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides. (9,27)

3.2.4.2.4. Modo de uso

Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina, pueden iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual en que se esté razonablemente seguro que la mujer no esta embarazada, preferentemente durante los primeros 7 días del ciclo menstrual. Si el método se inicia después del día 7 del ciclo, debe usarse un método de respaldo, como condones o abstinencia durante 7 días.

En el postparto, en mujeres lactantes, se debe iniciar después de la sexta semana. En mujeres no lactantes y en el postaborto se pueden iniciar inmediatamente después del evento. (9, 27)

3.2.4.2.5. Eficacia

Es un método altamente efectivo con una tasa de embarazo accidental después del primer año de uso menor del 1%. (9)

3.2.4.2.6. Ventajas y desventajas

- Ventajas:
 - ✓ Su aplicación es cada 3 meses
 - ✓ Protege contra cáncer de endometrio
 - ✓ Protege contra fibromas uterinos
 - ✓ Puede ayudar a proteger de enfermedad pélvica inflamatoria

- ✓ Reduce crisis de anemia falciforme
 - ✓ Reduce síntomas de endometriosis (dolor pélvico y sangrado endometrial) (9,27)
- Desventajas:
 - ✓ No previene infecciones de transmisión sexual
 - ✓ Provoca dolor en el sitio de punción
 - ✓ Requiere administración por personal capacitado
 - ✓ No esta altamente disponible para su compra
 - ✓ No todas son candidatas para su uso (9,27)

3.2.4.2.7. Efectos secundarios posibles

Los problemas principales asociados con el uso de este método son las irregularidades menstruales, sangrado prolongado o abundante y amenorrea.

Algunas mujeres pueden presentar cefalea, mastalgia, aumento de peso, náusea, nerviosismo, cambio del estado de ánimo o del deseo sexual, mareos, distensión y molestia abdominal. El retraso en el retorno a la fertilidad puede también ser un problema en algunos casos. (9,26,27)

3.2.4.3. Criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud revisados

La Organización Mundial de la Salud, en colaboración con expertos del área de la medicina y representantes de la salud reproductiva de la mujer de todo el mundo, desarrolló y revisó los criterios médicos de elegibilidad, los que proporcionan una orientación sólida respecto de la seguridad de los métodos anticonceptivos para usuarios/as de diferentes categorías. Estos criterios basados en la evidencia científica han sido diseñados para ampliar el acceso al uso de anticonceptivos por parte de los candidatos apropiados, manteniendo los niveles de seguridad exigidos. (28)

Los criterios médicos de elegibilidad clasifican la idoneidad de los diversos métodos anticonceptivos para individuos que presentan enfermedades o afecciones de salud específicas, para aquellos de edad más avanzada, y para aquellos cuya conducta representa riesgos (por ejemplo, las mujeres que fuman y los hombres que tienen

múltiples parejas sexuales). Los criterios médicos de elegibilidad pretenden garantizar un margen de seguridad adecuado con el fin de proteger a mujeres y hombres de los posibles efectos adversos de los anticonceptivos y, al mismo tiempo, asegurar que no se les están negando opciones adecuadas. (28, 29)

Los criterios médicos de elegibilidad de la OMS clasifican los problemas de salud en cuatro categorías:

- Categoría 1: Se puede usar el método siempre
- Categoría 2: Casi siempre
- Categoría 3: Uso con precaución
- Categoría 4: *No se puede usar* (28, 29)

Las conclusiones más importantes de los criterios médicos de elegibilidad revisados son:

- Muchas de las recomendaciones comunes que restringen el uso de un método a aquellas mujeres con alguna afección o con antecedentes médicos son infundadas o se basan en información no actualizada.
- Los criterios que restringen el uso de anticonceptivos orales (AO) de dosis alta no debieran ser aplicados a los nuevos AO de dosis baja. Muchas de estas restricciones no se aplican para las formulaciones que contienen bajas dosis de estrógeno.
- A las mujeres nulíparas no debiera negárseles el acceso a anticonceptivos inyectables por temor a que éstos afecten su fertilidad en el futuro. La evidencia médica sugiere que no existe argumento alguno que respalde esta restricción.
- Los criterios médicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos sólo de progestina generalmente son menos restrictivos que los criterios de los métodos que contienen estrógeno y progestina. La edad no debiera ser un factor que restrinja el acceso a un método anticonceptivo.
- En el caso de otras afecciones médicas específicas, tales como los trastornos de la tiroides y la epilepsia, no existen restricciones para el uso de cualquiera de los métodos mencionados.
- En relación con la edad, las ventajas de usar un método anticonceptivo generalmente son mayores que los riesgos comprobados o teóricos que se asocian al uso de un método en la juventud o a una edad mayor. (28, 29)

- Los criterios médicos de elegibilidad para las mujeres que presentan sangrado vaginal se diferencian de aquellos para las mujeres con sangrado menstrual irregular y para las que presentan sangrado vaginal sin explicación. El sangrado menstrual irregular es una afección de Categoría 1 (el método se puede usar 'siempre'). El sangrado vaginal sin explicación que puede estar relacionado con el embarazo o tumores malignos en la pelvis, es una afección de Categoría 2 o 3 ("casi siempre" o "usar con precaución") para todos los métodos hormonales y DIU.
- Siempre y cuando los antecedentes médicos del paciente sean correctos, el diagnóstico clínico y de laboratorio, así como las pruebas de detección no constituyen un requisito para un seguro uso de métodos anticonceptivos.
- Aquellas mujeres que usan un método hormonal o un dispositivo intrauterino (DIU) y que están en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) deben ser aconsejadas para que usen condón como método adicional al que ya usan, con el fin de protegerse del contagio.
- El acceso a los métodos de ligación de trompas y vasectomía no debiera basarse en la edad del paciente o en el número de hijos que tenga; no existen argumentos médicos que permitan restringir el acceso a estos métodos basándose en los dos factores antes mencionados.
- La decisión informada es la base de los criterios médicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos. La decisión informada quiere decir que un paciente puede tomar libremente una decisión basándose en información útil y precisa; la comprensión de sus propias necesidades; y la selección a partir de un conjunto de métodos de planificación familiar.
- Los criterios médicos de elegibilidad serán revisados periódicamente a fin de actualizar las recomendaciones cada vez que surja información nueva. (28, 29)

La mayor parte de las conclusiones de esta revisión tuvo como resultado la eliminación de criterios innecesarios para la prescripción de métodos anticonceptivos. En unos pocos casos, sin embargo, se agregaron criterios médicos de elegibilidad, o éstos fueron reforzados a fin de garantizar la seguridad del paciente mientras use el método. Por ejemplo, el comité de expertos recomienda lo siguiente:

- Las mujeres que enfrentan el riesgo de contraer ITS no deben usar un DIU a menos que no haya otra opción disponible para ellas.
- Cualquier persona que se encuentra en riesgo de contraer ITS debe usar doble protección: condón para proteger contra las ITS/VIH junto con otro método efectivo que proteja del embarazo. (28, 29)

En aquellos programas en que la capacitación y experiencia clínica sean limitadas, como sucede en los sistemas de distribución con base comunitaria, el sistema de cuatro categorías de la OMS puede simplificarse a uno de dos categorías. En este escenario, los proveedores de salud pueden administrar un método a una mujer con afecciones de la categoría 1 y 2, pero no a aquellas con afecciones de la categoría 3 o 4. (27, 28)

3.2.4.3.1. Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos orales:

3.2.4.3.1.1. Categoría 1:

Una condición para la cual no existen restricciones en el uso del método anticonceptivo

No hay riesgo con el uso de este método en las siguientes condiciones:

- Desde la menarquía hasta los 40 años
- Nulíparas, multíparas
- A partir de los 21 días postparto, en mujeres no lactantes.
- Postaborto inmediato ya sea por aborto del primer trimestre, segundo trimestre o posterior a un aborto séptico.
- Embarazo ectópico anterior
- Cirugía pélvica anterior
- Cirugía menor sin inmovilización
- Trombosis venosa superficial: várices
- Cefalea no migrañosa leve o moderada
- Epilepsia (algunas drogas antiepilépticas disminuyen la acción de AOC, tales como: carbamacepina, fenitoína, primidona, topiramato y barbitúricos como clobazam y diazepam)
- Períodos menstruales irregulares con o sin sangrado abundante
- Endometriosis (9,28)

- Tumores benignos de ovario (incluye los quistes)
- Dismenorrea severa
- Enfermedad trofoblástica benigna y maligna (mola hidatidiforme y coriocarcinoma)
- Ectropión cervical
- Enfermedad benigna de la mama
- Historia familiar de cáncer de mama
- Cáncer de ovario y endometrio mientras se inicia el tratamiento respectivo
- Fibromas uterinos
- Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria o EPI actual
- Infección de Transmisión Sexual (ITS)
- Alto riesgo o infección por el VIH/SIDA
- Tuberculosis no pélvica y pélvica
- Paludismo
- Historia de diabetes gestacional
- Enfermedades de la tiroides: Bocio Simple, Hipertiroidismo e Hipotiroidismo
- Anemia por deficiencia de hierro y talasemia
- Portadora del virus de la hepatitis
- Historia de hepatitis viral, tras 3 meses de haber ocurrido
- Fibrosis del hígado
- Trastornos depresivos
- Esquistosomiasis
- Uso de antibióticos, excepto rifampicina y griseofulvina (9,28)

3.2.4.3.1.2. Categoría 2

Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente exceden los riesgos teóricos o probados

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en las siguientes condiciones:

- Las mayores de 40 años hasta un año después de la menopausia, si no hay otras condiciones clínicas (9,28)

- Lactancia materna después de 6 meses postparto debido a que acorta la duración de la lactancia
- Tabaquismo en mujeres menores de 35 años
- Historia de hipertensión inducida por el embarazo (Pre-eclampsia) ya que puede haber un aumento en el riesgo de infarto del miocardio y trombo embolismo venoso
- Historia familiar (parientes en primer grado) de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar.
- Cirugía mayor sin inmovilización prolongada
- Tromboflebitis superficial
- Cardiopatía valvular no complicada.
- Cefalea no migrañosa severa
- Migraña sin síntomas neurológicos focales en mujeres menores de 35 años. Si la migraña persiste con el uso continuado del método, pasa a categoría 3. Hay un riesgo de 2 a 4 veces mayor de apoplejía comparado con mujeres que no los usan.
- Sangrado vaginal sin explicación hasta que se tenga un diagnóstico definitivo
- Neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Existe cierta preocupación teórica que intensifica la progresión a enfermedad invasiva, particularmente con el uso prolongado
- Cáncer de cuello uterino (en lapso de espera de tratamiento)
- Patología mamaria: masa sin diagnóstico anatomopatológico
- Diabetes con enfermedad no vascular: no insulino dependiente e insulino dependiente
- Historia de colestasis relacionada con el embarazo
- Patología de las vías biliares asintomática o tratada con colecistectomía
- Hiperlipidemia conocida
- Obesidad (Índice de masa corporal mayor o igual a 30), ya que es un factor de riesgo de trombo embolismo venoso
- SIDA con tratamiento antirretroviral
- Anemia drepanocítica (9,28)

3.2.4.3.1.3. Categoría 3

Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de usar el método

El método no es usualmente recomendado en las siguientes condiciones:

- Lactancia materna (entre 6 semanas y 6 meses postparto)
- En los primeros 21 días postparto en mujeres no lactantes
- Fumadoras de menos de 15 cigarrillos diarios, con edad mayor o igual a 35 años
- Hipertensión Arterial:
 - ✓ Historia de hipertensión cuando ésta no se puede evaluar
 - ✓ Hipertensión arterial controlada: Niveles elevados de presión arterial: Sistólica: 140-159 o diastólica: 90-99 mmHg.
- Hiperlipidemias conocidas con otros factores de riesgo para enfermedad vascular.
- Migraña sin síntomas neurológicos focales en mujeres mayores de 35 años. Si persiste con el uso continuado del método, pasa a categoría 4.
- Enfermedad del tracto biliar actual, sintomática y en tratamiento médico
- Cáncer de mama en remisión y sin evidencia de enfermedad activa por 5 años.
- Diabetes con mas de veinte años de evolución, o que se acompañe de nefropatía, neuropatía retinopatía, u otra enfermedad vascular. Si es muy severa, pasa a categoría 4.
- Historia de colestasis relacionada con el uso de anticonceptivos orales combinados
- Cirrosis leve compensada
- Interacciones farmacológicas: Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas tales como antibióticos (Rifampicina); anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato y oxcarbazepina).
- Asociación de múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad mayor de 40 años, tabaquismo mayor de

15 cigarrillos al día, diabetes o hipertensión arterial no controlada).
(9,28)

3.2.4.3.1.4. Categoría 4

Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Este método no debe ser usado en las siguientes condiciones:

- Embarazo: no se conoce ningún daño para la mujer o el feto, si se usa accidentalmente este método durante la gestación.
- Antes de 6 semanas post parto en mujeres lactantes
- Mayores de 35 años y que fuman más de 15 cigarrillos diarios
- Cardiopatía isquémica actual o antecedente
- Hipertensión arterial con niveles de presión sanguínea de: sistólica de 160 mmHg o más, o diastólica de 100 mmHg o más, o con enfermedad vascular subyacente por el riesgo aumentado de una tromboembolia arterial
- Historia o padecimiento actual de tromboembolia venosa profunda, embolia pulmonar o cirugía mayor con inmovilización prolongada
- Historia de accidente cerebrovascular
- Enfermedad cardíaca valvular complicada como hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana sub aguda
- Migraña con síntomas neurológicos focales a cualquier edad.
- Cáncer de mama actual
- Diabetes con complicaciones vasculares, neurológicas o renales severas
- Hepatitis viral activa incluyendo los 3 meses posteriores al episodio
- Cirrosis hepática severa descompensada
- Tumores del hígado, benigno o maligno
- Trombofilias o mutaciones trombogénicas conocidas (9,28)

3.2.4.3.2. Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos inyectables:

3.2.4.3.2.1. Categoría 1:

Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de inyectables solo de progestina.

No hay riesgo con el uso de este método en las siguientes condiciones:

- Mayores de 18 años, hasta 45 años
- Nuliparidad, multiparidad
- Lactancia materna después de la sexta semana postparto
- En mujeres no lactando en el postparto
- En cualquier momento en el período postaborto.
- Historia de embarazo ectópico
- Historia de cirugía pélvica
- En mujeres fumadoras (independientemente de la edad y el número de cigarrillos)
- Historia de presión arterial alta, e hipertensión durante el embarazo; cuando la presión se puede medir y los valores actuales son normales
- Obesidad
- Historia familiar de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar (parientes en primer grado)
- Trombosis venosa superficial, venas varicosas, tromboflebitis superficial
- Cirugía mayor y menor sin inmovilización prolongada
- Enfermedad valvular cardíaca no complicada y complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular historia de endocarditis bacteriana subaguda)
- Cefalea moderada
- Epilepsia
- Trastornos depresivos
- Endometriosis
- Tumores benignos de ovario (incluido quistes)
- Dismenorrea severa (8,28,30)

- Enfermedad trofoblástica gestacional benigna y maligna (mola hidatidiforme y coriocarcinoma)
- Ectropión cervical
- Enfermedad mamaria benigna, antecedentes familiar de cáncer mamario
- Cáncer ovárico o endometrial, mientras esperan tratamiento
- Fibromas uterinos sin o con distorsión de la cavidad uterina.
- Antecedente o padecimiento actual de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) actual o en los últimos 3 meses
- Esquistosomiasis
- VIH positivo, alto riesgo de VIH/SIDA
- Tuberculosis pélvica y extra pélvica
- Paludismo
- Historia de diabetes gestacional
- Tiroides: bocio simple, hipertiroidismo, hipotiroidismo
- Historia de colestasis relacionada con el embarazo(8,28,30)
- Portadores de Hepatitis viral
- Fibrosis del hígado
- Anemia por deficiencia de hierro, talasemia y anemia drepanocítica.
- Uso de antibióticos, incluso griseofulvina. (8,28,30)

3.2.4.3.2.2. Categoría 2:

Una condición en la cual las ventajas de utilizar un inyectable solo de progestina generalmente exceden los riesgos teóricos o probados. Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en las siguientes condiciones:

- Menores de 18 años y mayores de 45 años
- Historia de hipertensión arterial, cuando no se puede evaluar, incluyendo la hipertensión en el embarazo.
- Hipertensión controlada, cuando la presión puede ser evaluada.
- SIDA con tratamiento antirretroviral(9,28,30)

- Presión arterial actual de 140/90 a 159/99 mm Hg.
- Antecedente de trombosis venosa profunda y/o enfermedad embólica pulmonar.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada
- Sangrado menstrual irregular, ya sea en cantidad y/o duración
- Hiperlipidemias conocidas (colesterol alto, triglicérido altos y otros)
- Cefalea severa recurrente incluida migraña con o sin síntomas neurológicos focales
- Mutaciones trombogénicas conocidas
- Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). Existe preocupación teórica de que el uso prolongado puede intensificar el progreso del NIC
- Cáncer de cuello uterino, mientras esperan tratamiento
- Masa mamaria no diagnosticada
- Diabetes sin enfermedad vascular dependiente o no de insulina
- Enfermedad del tracto biliar, sintomática o asintomática o antecedentes de la misma.
- Historia de colestasis anterior, relacionada con el uso de anticonceptivos orales combinados en el pasado
- Cirrosis leve compensada
- Durante el uso de rifampicina, fenitoína, carbamazepina, barbitúricos y primidona, topiramato y oxcarbazepina. (9,28,30)

3.2.4.3.2.3. Categoría 3:

Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar un inyectable solo de progestina.

El método no es usualmente recomendado en las siguientes condiciones:

- Lactancia materna, menor de 6 semanas postparto
- Presión arterial mayor o igual de 160/100 mm Hg.
- Hipertensión arterial con enfermedad vascular
- Múltiples factores de riesgo cardiovascular
- Trombosis venosa profunda actual, embolismo pulmonar actual
- Cardiopatía isquémica actual o historia de la enfermedad (9,28,30)

- Accidente cerebro vascular actual o historia del mismo
- Cefalea severa, recurrente, incluida migraña con síntomas neurológicos focales durante el uso, a cualquier edad.
- Sangrado vaginal inexplicado sospechoso de una condición severa antes de la evaluación
- Cáncer mamario en el pasado sin evidencia de enfermedad activa por 5 años
- Diabetes mellitus con nefropatía, retinopatía, neuropatía, o con otras enfermedades vasculares o diabetes por más de 20 años
- Hepatitis viral activa
- Cirrosis severa (descompensada)
- Tumores hepáticos benignos y malignos. (9,28,30)

3.2.4.3.2.4. Categoría 4:

Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza un inyectable solo de progestina. Este método no debe ser usado en las siguientes condiciones:

- Embarazo
- Cáncer mamario actual. (9,28,30)

3.3. Conocimientos y actitudes:

3.3.1. Conocimientos

El conocimiento es una capacidad humana que implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. El conocimiento sólo genera valor en la medida en que se mueve; es decir, cuando es transmitido transformado, genera conocimiento mediante el uso de la capacidad de razonamiento o inferencia. (31, 32, 33)

El conocimiento tiene estructura y es elaborado, implica la existencia de redes de ricas relaciones semánticas entre entidades abstractas materiales. El conocimiento puede ser explícito (cuando se puede recoger, manipular y transferir con facilidad). (31, 32, 33)

Existen diferentes tipos de conocimiento:

- Conocimiento común: que se adquiere de manera cotidiana, sin una planeación y sin utilización de instrumentos especialmente diseñados.
- Conocimiento científico: que exige mayor rigor, trata de encontrar las regularidades en los conocimientos para explicarlos, conocerlos y predecirlos.
- Conocimiento empírico: habla de todo sin límites precisos. En cambio el conocimiento cinético es preciso y específico. (31, 32, 33)

3.3.2. Actitudes

Las actitudes son predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar que la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva. (31, 32,33)

Es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos. Existen tres tipos de componentes en las actitudes y son: componente cognitivo, componente afectivo y componente conductual:

- Componente cognitivo: es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto.
- Componentes afectivos: son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto, las cuales pueden ser positivos o negativos.
- Componente conductual: son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. (31,32,33)

3.4. Población en estudio

La población en estudio se enfocará en el equipo integrado por médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos del departamento de Jalapa, ya que éste constituye el equipo básico que se encarga de proporcionar los métodos de planificación familiar. Estos están organizados de la siguiente manera:

3.4.1. Médicos

3.4.1.1. Médicos institucionales

Médicos que laboran en el área institucional, en centros y puestos de salud, en una jornada matutina. Este ejerce sus funciones en base a ejecutar acciones como director del centro de salud, prestación de atención en salud u otras funciones tanto administrativas como salubristas.

- Director del centro de salud(14,15,34)
- Médicos del centro de salud (14,15,34)

3.4.1.2 Médicos de prestadoras de servicios de salud

Médicos contratados por prestadoras de servicios de salud para brindar atención en las comunidades asignadas a cada prestadora.

- Médicos ambulatorios (16,17,34)

3.4.2 Enfermeras

3.4.2.1 Enfermeras institucionales

Enfermeras que laboran en el área institucional, en centros y puestos de salud, en una jornada matutina. Éstas ejercen sus funciones en base a ejecutar acciones como, prestación de atención en salud, suplementación de medicamentos, coordinación de acciones para la administración de métodos de planificación familiar.

- Enfermeras graduadas
- Enfermeras auxiliares(16,17,34)

3.4.2.2. Enfermeras de prestadoras de servicios de salud

Enfermeras contratadas por prestadoras de servicios de salud para brindar atención en las comunidades asignadas a cada prestadora.

- Enfermeras ambulatorias (16,17,34)

3.4.3. Facilitadores institucionales (FI)

3.4.3.1. FI de centros y puestos de salud

Técnico en salud rural o enfermera auxiliar que se encarga de prestar servicios en salud enfocados en extensión de cobertura, consejería sobre métodos de planificación familiar, acciones encaminadas hacia la comunidad y su desarrollo. (16,17,34)

3.4.3.2. FI de prestadoras de servicios de salud

Técnico en salud rural o auxiliar de enfermería contratada por prestadoras de servicios de salud para brindar atención en las comunidades asignadas a cada prestadora. (16,17,34)

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y diseño de la investigación

Descriptivo transversal

4.2. Unidad de análisis

4.2.1. Unidad de análisis

Respuestas obtenidas por medio de la encuesta.

4.2.2. Unidad de información

Médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboraban en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población:

Médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboraban en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa, distribuidos de la siguiente manera:

Distrito	Médicos			Enfermeras			Facilitadores Institucionales			Total
	I**	PSS*	Sub total	I**	PSS*	Sub total	I**	PSS*	Sub total	
Jalapa	3	2	5	12	4	16	0	5	5	26
San Pedro Pínula	3	2	5	14	5	19	0	7	7	31
Mataquescuintla	4	2	6	20	7	27	0	9	9	42
San Carlos Alzatate	3	1	4	14	5	19	0	8	8	31
San Luis Jilotepeque	3	1	4	7	2	9	0	3	3	16
Monjas Jalapa	2	0	2	5	2	7	0	1	1	10
San Manuel Chaparrón	1	0	1	5	0	5	0	0	0	6
Sanyuyo	2	1	3	4	2	6	0	13	13	22
Total	21	9	30	81	27	108	0	46	46	184

* Prestadora de servicios de Salud

** Institucional

4.3.2. Muestra

En este estudio no se tomó muestra ya que se utilizó la totalidad de la población.

4.4. Selección de los sujetos a estudio

4.4.1. Criterios de inclusión

Médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que se encontraban laborando en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa.

4.4.2. Criterios de exclusión

Médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que:

- Contaban con una experiencia laboral menor a un año
- Se encontraban gozando de vacaciones laborales durante las 6 semanas de trabajo de campo.
- Se encontraban suspendidos de sus labores durante las 6 semanas de trabajo de campo.
- Se encontraban laborando en sitios inaccesibles por condiciones precarias de las rutas de acceso o condiciones climáticas.
- Renunciaron o fueron despedidos de sus servicios durante las 6 semanas de trabajo de campo.
- No deseaban participar voluntariamente en el estudio.

4.5. Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento								
Características sociodemográficas	Conjunto de características inherentes a las personas sobre condiciones biológicas y socioculturales	<p>Edad: Respuesta proporcionada por el personal respecto a su edad en años obtenida durante la encuesta</p> <table border="0"> <tr> <td><20</td> <td>20-25</td> <td>26-30</td> <td>31-35</td> </tr> <tr> <td>36-40</td> <td>41-45</td> <td>46-50</td> <td>>50</td> </tr> </table>	<20	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	>50	Cuantitativa discreta	De razón	Boleta de recolección de datos
		<20	20-25	26-30	31-35								
		36-40	41-45	46-50	>50								
		<p>Sexo: respuesta proporcionada por el personal según el genero que la distingue como:</p> <p>Masculino Femenino</p>	Cualitativa dicotómica	Nominal									
		<p>Experiencia laboral: respuesta proporcionada por el personal acerca del tiempo transcurrido en años desde el momento que inició labores hasta la fecha de realización de la encuesta</p> <table border="0"> <tr> <td>1-5</td> <td>6-10</td> <td>11-15</td> <td>>15</td> </tr> </table>	1-5	6-10	11-15	>15	Cuantitativa discreta	De razón					
1-5	6-10	11-15	>15										
<p>Puesto laboral: respuesta proporcionada por el personal acerca del empleo, facultad u oficio que ejerce y por el cual recibe una retribución</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico <ul style="list-style-type: none"> ○Inst. ○PSS • Enfermera <ul style="list-style-type: none"> ○Inst. ○PSS • Facilitador institucional <ul style="list-style-type: none"> ○Inst. ○PSS 	Cualitativa politómica	Nominal											
<p>Lugar de trabajo: respuesta proporcionada por el personal</p>	Cualitativa politómica	Nominal											

		<p>acerca del distrito de salud en el cual realiza sus actividades laborales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jalapa • San Pedro Pínula • Mataquescuintla • San Carlos Alzatate • San Luis Jilotepeque • Monjas Jalapa • San Manuel Chaparrón • Sanyuyo 			
Conocimientos respecto a los métodos de planificación familiar	Conjunto de datos sobre hechos verdaderos o de la información almacenada a través de la experiencia, del aprendizaje o de introspección	<p>Identificación del 60% de respuestas correctas con lo que fue considerado aprobado, según contestó durante la encuesta, lo cual fue valorado como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfactorio • No satisfactorio 	Cualitativa dicotómica	Nominal	Boleta de recolección de datos
Actitudes respecto a los métodos de planificación familiar	Predisposición aprendida para reaccionar consistentemente en cierta forma	<p>Identificación del 50% de respuestas favorables hacia los métodos de planificación familiar , según contestó durante la encuesta, lo cual fue valorado como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorable • desfavorable 	Cualitativa dicotómica	Nominal	Boleta de recolección de datos

	(positiva o negativa) ante ciertas personas o conceptos				
--	---	--	--	--	--

4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1. Técnica

Se visitó las áreas de trabajo de la población estudiada en donde se realizó una encuesta, estructurada cerrada, durante los meses de abril y mayo.

4.6.2. Procedimiento

Se procedió de la siguiente manera:

- Tras la aprobación de protocolo se procedió a solicitar los permisos respectivos para la realización de este estudio.
- Reproducción del instrumento de recolección de datos y el consentimiento informado.
- Se coordinó con el área de salud y con las prestadoras de servicios de salud, el orden en el que se visitaron los distintos distritos.
- Se solicitó información acerca de las reuniones que tenían calendarizadas durante la realización del estudio, para facilitar la captación de la población a estudio.
- Se solicitó con las prestadoras de servicios de salud un espacio durante sus reuniones para la realización de la encuesta.
- Al contar con todos los permisos se procedió a visitar a los sujetos a estudio, en sus sitios de trabajo, en los puntos de reunión, según fue más conveniente.
- Se les solicitó leer y firmar el consentimiento informado. (Anexo 3)
- Si estaba de acuerdo se procedió a realizar la encuesta brindándoles la boleta de recolección de datos, mientras se supervisó la resolución de la misma, y respondiendo ante cualquier duda que pudieran presentar.
- Tras obtener los datos, se procedió a la tabulación e interpretación de resultados.

4.6.3. Instrumento

El instrumento fue una boleta de 4 hojas tamaño carta, que contenía 27 preguntas estructuradas, las cuales se distribuyeron en 3 secciones de la siguiente manera:

- Sección I: 5 preguntas cerradas, de opción múltiple, con las cuales se identificó sexo, edad, puesto laboral, experiencia laboral, lugar de trabajo y distrito donde trabaja.
- Sección II: 17 preguntas cerradas, de opción múltiple, con las cuales se identificó conocimientos sobre modo de uso 5, eficacia 5, efectos adversos 5 y criterios de elegibilidad 2, de los métodos de planificación familiar.
- Sección III: 5 preguntas cerradas, de opción múltiple, con las cuales se identificó las actitudes hacia los métodos de planificación familiar en Guatemala. (Anexo 4)

4.7. Procesamiento y análisis de datos

4.7.1. Procesamiento

Se procesaron los datos obtenidos de la siguiente manera:

- Se procedió inicialmente a agrupar las encuestas realizadas, según el grupo poblacional respectivo.
- Se tabuló de forma gradual los datos obtenidos a través del instrumento de recolección de datos.
- Los datos obtenidos se trasladaron a una hoja electrónica realizada con el programa Microsoft Excel® 2007.
- Ya contando con la hoja electrónica, se procedió a la agrupación de los datos, por medio de tablas y gráficas, realizadas con el programa Microsoft Excel® 2007.

4.7.2. Análisis

Se utilizó estadística descriptiva, basada en frecuencias encontradas para diferentes variables a medir, utilizando el programa Microsoft Excel® 2007 para transcribir y graficar la información obtenida.

4.8. Alcances y límites de la investigación

4.8.1 Alcances

En este estudio, se logró caracterizar a los médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que se encontraban laborando en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa, durante los meses de abril y mayo, de acuerdo a edad, sexo, experiencia laboral, puesto laboral y lugar de trabajo.

Se identificó los conocimientos y actitudes de la población estudiada respecto a los métodos de planificación familiar.

Se compartió la información recopilada con el área de salud, para la futura capacitación del personal de salud encuestado con respecto a los métodos de planificación familiar.

Se realizó por primera vez una investigación de este tipo en el personal de salud del departamento de Jalapa, la cual podrá ser utilizada como una línea basal para futuras investigaciones, así como desarrollo de acciones por parte del área de salud del departamento de Jalapa.

4.8.2. Límites

No se logró encuestar al total de la población debido a que algunos fueron asignados a otra área, uno falleció, otros decidieron no participar.

4.9. Aspectos éticos de la investigación

Estudio de categoría I (sin riesgo) que utilizó técnicas observacionales, con las que no se realizó ninguna intervención o modificación intervencional con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron en dicho estudio, a través del instrumento de recolección de datos, siendo éste una encuesta estructurada cerrada. Se realizó la misma encuesta a todos los sujetos a estudio, respetando su deseo individual de participar o no en la investigación por medio del consentimiento informado (anexo 3). Se aseguró confidencialidad en cuanto a sus respuestas. La información recolectada fue entregada a las autoridades pertinentes de la unidad de trabajos de graduación, de la Dirección de Área de Salud de Jalapa para su posterior uso.

5. RESULTADOS

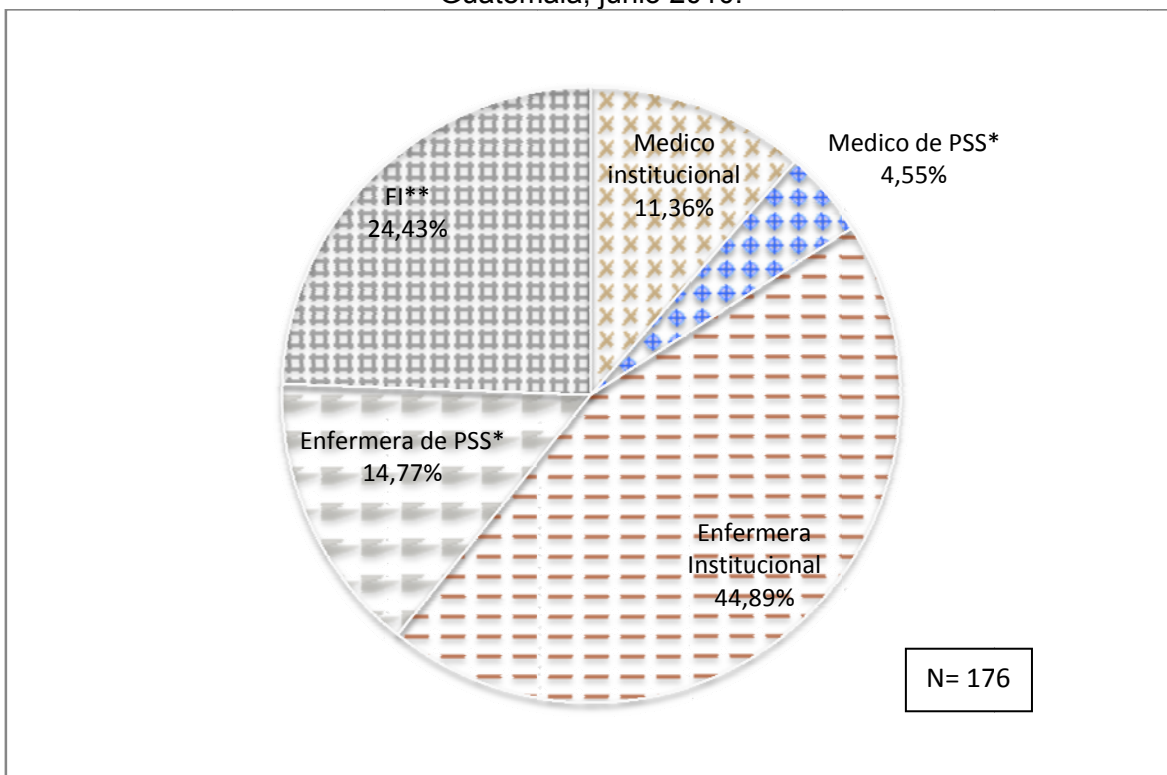
A continuación se presentan los resultados de las 176 encuestas acerca de conocimientos y actitudes con respecto a los métodos de planificación familiar, realizadas a médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de Jalapa. Los resultados se presentan en el siguiente orden:

- Características sociodemográficas de la población
- Conocimientos sobre métodos de planificación familiar
- Actitudes sobre métodos de planificación familiar

5.1. Caracterización según edad, sexo, experiencia laboral, puesto laboral y distrito donde labora.

Grafica 1

Distribución de médicos, enfermeras y facilitadores institucionales con respecto a puesto laboral en los 8 distritos de salud de salud de Jalapa durante el periodo de abril a mayo 2010
Guatemala, junio 2010.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla 1

Caracterización de médicos, enfermeras y facilitadores institucionales con respecto a edad, sexo, experiencia laboral y lugar de trabajo que laboran en los 8 distritos de salud de salud de Jalapa durante el periodo de abril a mayo 2010
Guatemala, junio 2010.

Caracterización		Médico institucional		Médico de PSS*		Enfermera Institucional		Enfermera de PSS*		FI**		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
EDAD	<20	0	0	0	0	4	5.06	4	15.38	3	6.98	11	6.25
	20-25	1	5	2	25	19	24.05	10	38.46	24	55.81	56	31.82
	26-30	2	10	3	37.5	18	22.78	8	30.77	9	20.93	40	22.73
	31-35	3	15	1	12.5	15	18.99	1	3.85	2	4.65	22	12.50
	36-40	7	35	1	12.5	10	12.66	2	7.69	1	2.33	21	11.93
	41-45	4	20	0	0	7	8.86	0	0.00	0	0	11	6.25
	46-50	2	10	1	12.5	3	3.80	1	3.85	1	2.33	8	4.55
	>50	1	5	0	0	3	3.80	0	0	3	6.98	7	3.98
	Total	20	100	8	100	79	100	26	100	43	100	176	100
Sexo	Masculino	15	75	7	87.5	20	25.32	4	15.38	5	11.63	51	28.98
	Femenino	5	25	1	12.5	59	74.68	22	84.62	38	88.37	125	71.02
	Total	20	100	8	100	79	100	26	100	43	100	176	100
Experiencia laboral	1-5	6	30	6	75	39	49.37	20	76.92	35	81.40	106	60.23
	6-10	8	40	2	25	14	17.72	4	15.38	4	9.30	32	18.18
	11-15	5	25	0	0	10	12.66	1	3.85	1	2.33	17	9.66
	>15	1	5	0	0	16	20.25	1	3.85	3	6.98	21	11.93
	Total	20	100	8	100	79	100	26	100	43	100	176	100
Distrito de Salud	Jalapa	3	15	2	25	12	15.19	4	15.38	5	11.63	26	14.77
	San Pedro Pinula	4	20	1	12.5	14	17.72	5	19.23	7	16.28	31	17.61
	Mataquesuintla	4	20	2	25	18	22.78	6	23.08	10	23.26	40	22.73
	San Carlos Alzatate	3	15	1	12.5	14	17.72	4	15.38	7	16.28	29	16.48
	San Luis Jilotepeque	2	10	1	12.5	7	8.86	2	7.69	3	6.98	15	8.52
	Monjas Jalapa	2	10	0	0	5	6.33	2	7.69	1	2.33	10	5.68
	San Manuel Chaparron	1	5	0	0	5	6.33	0	0.00	0	0	6	3.41
	Sanyuyo	1	5	1	12.5	4	5.06	3	11.54	10	23.26	19	10.80
	Total	20	100	8	100	79	100	26	100	43	100	176	100

Fuente: Anexo 6 Tablas 1 a la 4

*Prestadora de servicios de salud

**Facilitador Institucionales

5.2. Conocimiento general sobre métodos de planificación familiar

Tabla 2

Conocimientos sobre métodos de planificación familiar en médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa, abril-mayo 2010
Guatemala, junio 2010.

Conocimientos	Médico institucional		Médico de PSS*		Enfermera Institucional		Enfermera de PSS*		FI**		Total	
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
Satisfactorio	20	100	8	100	27	34.18	12	46.15	13	30.23	80	45.45
Insatisfactorio	0	0	0	0	52	65.82	14	53.85	30	69.77	96	54.55
Total	20	100	8	100	79	100	26	100	43	100	176	100

Fuente: Anexo 6 tablas 5 a 7

*Prestadora de servicios de salud

**Facilitador Institucionales

5.3. Actitudes hacia los métodos de planificación familiar

Tabla 3

Actitud hacia los métodos de planificación familiar por parte de médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa, abril-mayo 2010
Guatemala, junio 2010.

Actitud	Médico institucional		Médico de PSS*		Enfermera Institucional		Enfermera de PSS*		FI**		Total	
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
Favorable	20	100	8	100	79	100	26	100	43	100	176	100
Desfavorable	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	20	100	8	100	79	100	26	100	43	100	176	100

Fuente: Anexo 6 tablas 8 a 10

*Prestadora de servicios de salud

**Facilitador Institucionales

6. DISCUSIÓN

6.1. Caracterización de la población

De los 176 encuestados se puede ver que el 31.82% tenía entre 20 y 25 años, 22.7% tenía entre 26 y 30 años, y 12.5% tenía entre 31 y 35 años. Según puestos laborales el grupo etario predominante entre los médicos institucionales fue de 36 a 40 años; en los médicos de prestadoras de servicios de salud fue el de 26 a 30 años, este último grupo corresponde a la edad promedio en que empieza a ejercer un médico recién graduado, ya que por las características del trabajo que realizan en prestadoras de servicios de salud, se requiere personal joven y quien opta por estos trabajos suele hacerlo de manera temporal; en las enfermeras tanto institucionales como de prestadoras de servicios de salud y en los facilitadores institucionales fue de 20 a 25 años, esta similitud se debe a que dichas labores requieren un menor tiempo de preparación académica, por lo que constantemente se incorpora personal joven para estos cargos, y aún así se mantiene un déficit constante de este personal. (Tabla 1)

El 71.02% de la población era de sexo femenino y el 28.98% era de sexo masculino. Sin embargo en los grupos de médicos tanto institucionales como de prestadoras de servicios de salud predominó el sexo masculino. En los grupos de enfermeras y facilitadores institucionales predominó el sexo femenino, esto debido a que en ambos casos estos cargos los ocupan tanto auxiliares de enfermería como enfermeras graduadas, profesiones que son elegidas en su mayoría por personas del sexo femenino. (Tabla 1)

En cuanto a experiencia laboral se puede ver que el 60.2% tenía de 1 a 5 años de experiencia laboral y 18.2% tenía entre 6 y 10 años de experiencia laboral. En el grupo de médicos institucionales predominó la experiencia laboral de entre 6 y 10 años, lo que es de esperarse debido a la distribución de edades encontrada en este grupo en particular. En el resto de grupos predominó la experiencia laboral de 1 a 5 años, lo que muestra que son puestos de constante recambio de personal. (Tabla 1)

En la tesis “Conocimientos y actitudes del personal de salud de Alta Verapaz sobre la vacunación en el adulto” se puede observar características sociodemográficas similares, ya que en este estudio la población estudiada en su mayoría tenía entre 20 y 25 años, tenía una experiencia laboral menor de 5 años, predominó el sexo femenino, aunque en una proporción menor que en este estudio, y predominó el puesto laboral de enfermera;

esta referencia es significativa ya que este estudio también fue realizado tanto en personal del ministerio de salud que laboraba en centros y puestos de salud, así como en prestadoras de servicio de salud. Estos resultados eran predecibles ya que los requisitos para optar a cualquiera de los puestos laborales mencionados son los mismos en toda la república. (35)

En cuanto al distrito de salud, el 22.73% de la población estudiada laboraba en el distrito de Mataquescuintla, seguido por 17.61% que laboraba en San Pedro Pinula y 16.48% laboraba en San Carlos Alzate; probablemente esto se deba a la mayor extensión territorial de estos municipios así como al mayor número de población viviendo en estos municipios. (Tabla 1) (Anexo 1)

6.2. Conocimientos

El 100% de los médicos tanto institucionales como de prestadoras de servicio de salud obtuvo un resultado satisfactorio en la sección de conocimientos sobre los métodos de planificación familiar, lo que era de esperarse debido al mayor nivel y al tipo de preparación académica en este grupo. En el grupo de enfermeras institucionales 34.18% obtuvo un resultado satisfactorio y 65.82% obtuvo resultado insatisfactorio. El 46.15% de las enfermeras de prestadoras de servicios de salud obtuvo resultado satisfactorio y 53.85% obtuvo resultado insatisfactorio. El 30.23% de los facilitadores institucionales obtuvo resultado satisfactorio y el 69.77% obtuvo resultado insatisfactorio. Estos resultados en comparación con la tesis de “Conocimientos y actitudes del personal de salud de Alta Verapaz sobre la vacunación en el adulto”, que evaluó conocimientos solo que en un programa diferente, pero que los resultados son muy similares con las mismas tendencias, lo que indica la falta de conocimientos suficientes en los grupos de enfermeras y facilitadores institucionales por lo que se debe prestar especial atención en estos grupos que son parte fundamental de los programas en este caso el de salud reproductiva, ya que es preocupante los altos porcentajes de resultados insatisfactorios y ellos representan más del 50% de la población estudiada, además son ellos quienes entran en contacto con la población que solicita los métodos de planificación familiar. Por lo que el ministerio debe realizar acciones para mejorar la calidad de dichos programas, con capacitaciones constantes y evaluaciones de su personal, principalmente estos grupos ya que son los que evidencian esta problemática. Se debe hacer la observación

que para fines de este estudio el grupo de enfermeras tanto institucionales como de prestadoras de servicios de salud incluía tanto a enfermeras graduadas como a auxiliares de enfermería, siendo éstas últimas quienes conformaban más del 75% de enfermeras encuestadas. (35) (Tabla 2)

6.3. Actitudes

El 100% de la población estudiada demostró una actitud favorable hacia los métodos de planificación familiar, lo cual es bueno ya que permitiría una mayor participación en las capacitaciones sobre este tema. El 100% de la población estudiada consideraba que los métodos de planificación familiar son necesarios. Estos datos son importantes ya que demuestran que la población estudiada está a favor de los métodos de planificación familiar lo que facilitaría poder capacitarlos constantemente, mejorando con esto la calidad de servicio que se brinda a los usuarios de dichos métodos.(Tabla 3)

7. CONCLUSIONES

- 7.1.** Las características sociodemográficas predominantes en la población estudiada fueron: edad de 20 a 25 años (31.83%), sexo femenino (71.02%), experiencia laboral menor de 5 años (60.20%), el grupo laboral mayoritario fue el de enfermera institucional (44.89%), laborando principalmente en el distrito de salud de Mataquescuintla (22.77%).

- 7.2.** El 100% de los médicos obtuvo un resultado satisfactorio en la sección de conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Más del 50% de los grupos de enfermeras institucionales como de prestadoras de servicios de salud, así como el grupo de facilitadores institucionales obtuvo un resultado insatisfactorio en la sección de conocimientos sobre métodos de planificación familiar.

- 7.3.** El 100% de la población estudiada manifestó una actitud favorable hacia los métodos de planificación familiar.

8. RECOMENDACIONES

8.1. Al Programa Nacional de Planificación Familiar

- Promover la utilización del disco de criterios de elegibilidad médica de la Organización Mundial de la Salud para facilitar la comprensión de los criterios de elegibilidad médica para los métodos de planificación familiar.
- Promover un sistema de capacitación continua sobre métodos de planificación familiar dirigido al personal de enfermería y facilitadores institucionales, y que además incluya la evaluación de su comprensión por parte del personal capacitado.
- Promover la evaluación del programa de salud reproductiva mediante la búsqueda de indicadores distintos a la producción y cobertura alcanzadas por los servicios.

8.2. Al área de salud del departamento de Jalapa

- Reforzar la información sobre los métodos hormonales de planificación familiar durante las capacitaciones dirigidas al personal de salud.
- Aumentar el número de capacitaciones sobre métodos de planificación familiar dirigidas a enfermeras y facilitadores institucionales.

9. APORTES

- 9.1.** Informe escrito entregado a la dirección del área de salud de Jalapa que incluía la información presentada en este informe, así como tablas y gráficas en donde se podía observar el porcentaje de respuestas correctas o favorables en cada una de las preguntas de la encuesta realizada. Este informe les permitirá definir acciones a realizar, como capacitaciones, o talleres dirigidos al personal de salud, para mejorar la calidad de conocimientos que poseen y poder brindar una mejor atención. (Anexo 6)

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Repositioning of family planning in reproductive health services: framework of accelerated action; 2005-2014. [en línea]. África: World Health Organization; 2004. [accesado el 17 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://afrolib.afro.who.int/RC/RC%2054%20Doc-En/AFR.RC54.11%20Rev.1%20Reposition.Fam.Plan.Repr.Health.13.1.04-5a.pdf>
2. World Health Organization. WHO Regional strategy on sexual and reproductive health. [en línea]. Copenhague: World Health Organization; 2001. [accesado el 17 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e74558.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2009. [en línea]. Washington D.C.: World Health Organization; 2010. [accesado el 17 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/index.php?...&gid=3051&Itemid=>
4. Organización Mundial de la Salud. La tasa de mortalidad materna es desproporcionadamente alta en los países en desarrollo. [sede Web]. Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa; 2003. [actualizado el 6 de febrero de 2010, accesado el 17 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr77/es/index.html>
5. ALAS. [sede Web]. Guatemala: Reproductive healthcare for every guatemalan; 2008. [actualizado 10 de marzo de 2009, accesado el 9 de enero de 2010]. Iniciativa de Planificación Familiar. Disponible en: <http://wingsguate.org/es/whatwedo/familyplanning>
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. [sede Web]. MSPAS: Guatemala, 2008. Estrategia de reducción de la mortalidad materna y neonatal: Política 2,7,9. [actualizado 1 de febrero de 2010, accesado el 5 de marzo de 2010]. Disponible en: http://portal.mspas.gov.gt/estrategia_de_reduccion.html
7. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de salud reproductiva. Guatemala: MSPAS; 2003.
8. USAID. Segmentación del mercado de servicios de planificación familiar en Guatemala. [en línea]. Guatemala: USAID; 2006. [accesado el 17 de febrero de 2010]. Disponible en: www.usaid.gov/.../studies_iip_urc_family_planning_market_seg.pdf
9. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. [en línea]. Guatemala: CENADOJ; decreto 87 del año 2005. [accesado el 14 de agosto de 2009]. Disponible en: <http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20leyes/2005/pdfs/decretos/D087-2005.pdf>

10. Bognar K. Invertir en programas de planificación familiar contribuye a reducir pobreza. . [en línea]. México, D.F.: CIMAC Noticias; 2009. [accesado el 17 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/site/09120908-Invertir-en-program.40422.0.html>
11. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías Nacionales de Salud Reproductiva: Planificación Familiar. Guatemala: MSPAS; 2008.
12. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memorias de informática y vigilancia epidemiológica del MSPAS del Año 2007. Informe de coordinadores de estadísticas vitales y centro de información y procesamiento de datos del MSPAS. Guatemala: MSPAS; 2008. (serie de informes técnicos, 06).
13. Xalapan Online. [sede Web]. Guatemala; 2009. [actualizado 8 de diciembre de 2009, accesado el 10 de enero de 2010]. Jalapa. Disponible en: <http://www.xalapan.net/html/historia.html>
14. Guatemala historia, folklore y tradiciones. Departamento de Jalapa. [sede Web]. Guatemala; 2008 [actualizado 6 de junio de 2009, accesado el 17 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.aquiguatemala.com/jalapa.htm>
15. Historias y Opiniones. [en línea]. Guatemala: Blogs Chapines; 2009. [accesado el 9 de enero de 2010]. Jalapa. Disponible en: <http://historiasyopiniones.blogspot.com/2007/07/departamento-de-jalapa.html>
16. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. [sede web] Red de servicios 2008-2012. . [actualizada 1 de febrero de 2010, accesada 16 de febrero de 2010] Disponible en: http://portal.mspas.gob.gt/red_de_servicios.html
17. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.[sede web] Descripción de los servicios. Primer nivel de atención. [actualizada 1 de febrero de 2010, accesada 16 de febrero de 2010]. Disponible en: http://portal.mspas.gob.gt/primer_nivel_de_atención.html
18. CEPROFARENA [sede Web]. Perú: Centro de Promoción Familiar y Regulación Natural de la Natalidad; 2007 [actualizado 10 de agosto de 2008, accesado el 8 de enero de 2010]. Disponible en: <http://ceprofarena.blogspot.com/2007/01/lactancia-materna-metodo-de-la.html>
19. E- medicine [sede Web]. E.E.U.U.: [actualizado el 16 de noviembre de 2009, accesado el 8 de enero de 2010]. Contraception. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/258507-overview>
20. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar: un manual mundial para proveedores. [en línea]. Estados Unidos: OMS; 2007. [accesado el 14 de agosto

- de 2009]. Disponible en:
<http://www.infoforhealth.org/globalhandbook/SpanishHandbook.pdf>
21. Carreira Prieto P, Castro C, Feijoo L, Quintana P, Rey R. Preservativo masculino. [en línea]. España: Universidad de Vigo; 2002. [accesado el 10 de enero de 2010]. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/sexualidad/preventivos/masculino.pdf>
 22. Jennings V, Lundgren R. Método de días fijos: un método natural, sencillo y eficaz. [en línea] E.E.U.U.: INFO Project. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs; 2004. Disponible en: <http://www.irh.org/spanish/pdf/SDM%Field%20Notes%20SPA.pdf>
 23. Instituto Marquez [sede Web]. Instituto Marquez de Barcelona; 2003 [actualizado 3 de enero de 2010, accesado 18 de enero de 2010]. Los anticonceptivos orales: La pildora. Disponible en:
http://www.institutomarques.com/anticonceptivos_orales.html.
 24. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivo.[en línea] Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2008. [accesado 3 de febrero de 2010] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_08.17_spa.pdf
 25. Aller J. Anticonceptivos orales. [en línea] Venezuela, Fertilab; 2005. [accesado el 15 de abril de 2010]. Disponible en: http://www.fertilab.net/ma/ma_06.pdf
 26. Carbajal JA, Cárdenas A, Pastrana E, López D. Eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales. Estudio comparativo. Revista médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social. [revista en línea]. 2008. [accesado el 15 de abril de 2010]. 46(1).[5 páginas]. Disponible en:
http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A13.pdf
 27. Pfizer [sede Web]. San Jose, Costa Rica [actualizado 8 de marzo de 2007 accesado 18 de enero de 2010]. Depo-provera. Disponible en:
<http://plm.wyeth.com.mx/centroamerica/prods/31913.htm>
 28. World Health Organization, Department of Reproductive Health. Medical eligibility criteria for contraceptive use. [en línea]. E.E.U.U.: OMS, 2009. [accesado el 10 de enero de 2010]. Disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html
 29. Reproductive Health Outlook. [sede Web]. Chile: Programa para una tecnología apropiada [actualizado 3 de enero de 2010, accesado el 8 de enero de 2010].

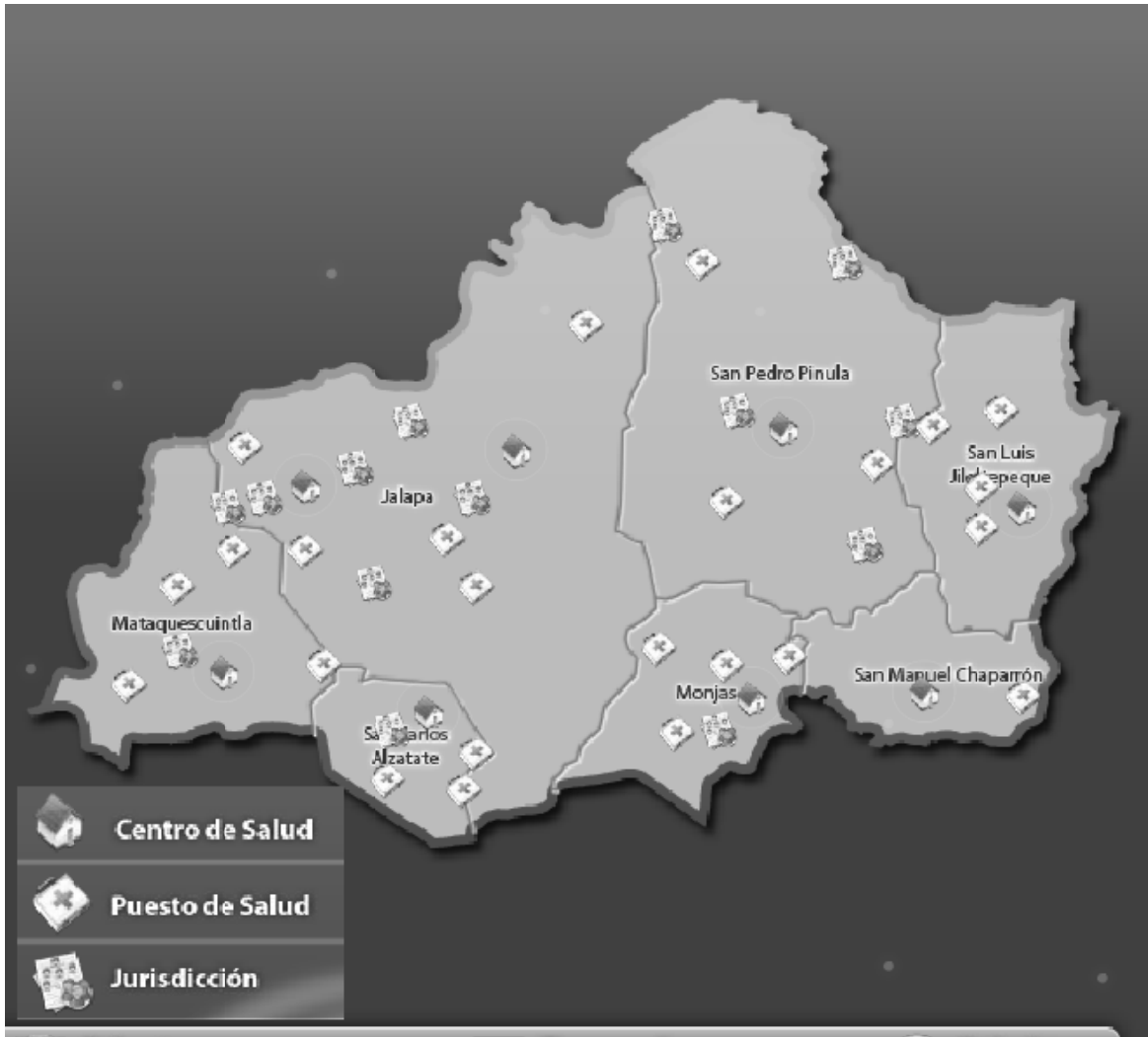
Métodos anticonceptivos. Disponible en: http://www.icmer.org/RHO/html/cont_who-eligibility.html

30. Health Library [sede Web]. Consumer information center, EEUU; enero de 2009 [actualizado 30 de enero de 2009, accesado 18 de enero de 2010]. Depo-provera: el anticonceptivo trimestral. Disponible en: <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0d429707-b7e1-4147-9947-abca6797a602&chunkiid=122416>
31. Ingelfinger J. Risks and benefits to the living donor. N Engl J Med. [revista en línea] 2005 Ago [accesada el 12 de abril de 2009]; 353(5):447/449. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/353/5/447>
32. Rosemberg MJ, Hovland CI. Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. New Haven: Conn Yale University Press, 1996.
33. TUESCA R. Conocimientos y actitudes de los estudiantes de medicina de instituciones de educación superior de barranquilla sobre donación y trasplante de órganos. [en línea] Departamento de salud familiar y comunitaria, Universidad del Norte, Barranquilla Colombia, 1999. [accesada 17 de febrero de 2010] Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.com/pdf/salud_uninorte/salud_uninorte/16/3_conocimientos_y_actitudes.pdf
34. Vanheusden M. Haciendo más con lo mismo en el programa de extensión de cobertura. [en línea]. San José Pinula, Jalapa: Cooperativa El Recuerdo; 2009. [accesado el 15 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.proyectodialogo.org/documents/salud/Cooperativa%20El%20Recuerdo.pdf>
35. Juárez P, Ramazzini P, Godoy J. Conocimientos y actitudes del personal de salud de Alta Verapaz respecto a la vacunación en el adulto: estudio descriptivo transversal realizado en médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 16 distritos de salud de Alta Verapaz, durante los meses de agosto y septiembre de 2009. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Medicas, 2009.

11. ANEXOS

ANEXO 1

Distribución geográfica de los centros, puestos y prestadoras de servicios vistados.



FUENTE: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (MSPAS) Red de servicios

Anexo 2

Cobertura de las prestadoras de servicios de salud según distrito y jurisdicción.

Distrito	Prestadora de servicios de salud	Jurisdicciones	Habitantes
Jalapa	Cactus	Jalapa	9,162
	Cooperativa el recuerdo	Jalapa I	11,432
		Jalapa II	12,453
Mataquescuintla	Cactus	Mataquescuintla	11,535
	Cooperativa el recuerdo		0
San Luis Jilotepeque	Cactus		0
	Cooperativa el recuerdo	San Pedro Pinula IV-San Luis Jilotepeque	11,123
San Carlos Alzatate	Cactus	Jalapa-San Carlos Alzatate	8,942
	Cooperativa el recuerdo		0
San Manuel Chaparrón	Cactus		0
	Cooperativa el recuerdo		0
Monjas	Cactus	Monjas	6,595
	Cooperativa el recuerdo		0
San Pedro Pínula	Cactus	San Pedro Pínula III	11,044
		San Pedro Pínula V	10,452
		San Pedro Pínula VI	11,124
	Cooperativa el recuerdo		0
Sanyuyo	Cactus	Sanyuyo	12,635
	Cooperativa el recuerdo	Sanyuyo VII	8,508
		Sanyuyo VIII	8,563

Fuente: Cooperativa el recuerdo y proyecto cactus

ANEXO NO. 3



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Trabajos de Graduación



“Conocimientos y actitudes del personal de salud del departamento de Jalapa, respecto a los métodos de planificación familiar distribuidos en el primer nivel de atención”.

Consentimiento informado:

Somos estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, quienes nos encontramos realizando nuestra tesis titulada “Conocimientos y actitudes de los médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa respecto a los métodos de planificación familiar”, para ello hemos decidido conocer por medio de cuestionarios los conocimientos y actitudes que el personal de Salud de Jalapa muestra sobre dicho tema.

Nuestro trabajo tiene como finalidad dar a conocer si los médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud de Jalapa, tienen información acerca de los métodos de planificación familiar y las actitudes hacia dichos métodos.

Para cumplir con dicho propósito estamos invitando a este estudio a médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud de Jalapa, para obtener una evaluación de los conocimientos y actitudes que muestran sobre el uso de métodos de planificación familiar.

Este cuestionario es confidencial y personal, la información obtenida va a ser manejada de forma privada y confidencial, sus resultados se utilizarán exclusivamente para finalidades del trabajo de graduación. Su participación en este trabajo de investigación es totalmente voluntaria por lo que usted es libre de elegir si desea participar en el estudio.

Los resultados obtenidos servirán para realizar recomendaciones, que ayudaran a orientar capacitaciones dirigidas a las vulnerabilidades detectadas durante el estudio.

He sido invitado (a) a participar en la investigación “Conocimientos y actitudes de los médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa sobre los métodos de planificación familiar”. Entiendo que se me realizará una evaluación por medio de un cuestionario el cual contiene preguntas que competen al programa de planificación familiar.

He sido informado (a) que los riesgos son nulos, He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera a mi persona.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador _____

Firma del investigador _____

Fecha _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____ (Iniciales del investigador).

ANEXO NO. 4



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Trabajos de Graduación



Evaluación de los Conocimientos y Actitudes del Personal de Salud del Departamento de Jalapa Respecto a los Métodos de Planificación Familiar

Instrucciones:

Por favor responda las siguientes preguntas, marcando la respuesta que a su criterio es correcta.

SECCIÓN I:

DATOS GENERALES

1. ¿Qué edad tiene?
 - a. <20
 - b. 20-25
 - c. 26-30
 - d. 31-35
 - e. 36-40
 - f. 41-45
 - g. 46-50
 - h. >50

2. Sexo
 - a. Masculino
 - b. Femenino

3. Experiencia laboral: ¿tiempo que lleva laborando en su lugar de trabajo?
 - a. 1-5 años
 - b. 6-10 años
 - c. 11-15 años
 - d. >15

4. ¿Qué puesto laboral desempeña en su servicio de salud?
 - a. Medico Institucional PSS**
 - b. Enfermera Institucional PSS**
 - c. F.I.* Institucional PSS**

5. ¿En qué distrito de salud se encuentra laborando?
 - a. Jalapa
 - b. San Pedro Pinula
 - c. Mataquesuintla
 - d. San Carlos Alzatate
 - e. San Luis Jilotepeque
 - f. Monjas Jalapa
 - g. San Manuel Chaparrón
 - h. Sanyuyo

SECCION II:

CONOCIMIENTOS RESPECTO A LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. ¿cómo se usa el método de la lactancia materna (MELA)?
 - a. La madre debe dar lactancia materna exclusivo a su hijo menor de 6 meses, no debe de haber visto su menstruación después del parto
 - b. Lo puede usar cualquier mujer que esté dando de mamar
 - c. Es necesario que la madre de pecho a su hijo en combinación de otros alimentos
 - d. No sabe.

2. Al utilizar el método del collar, ¿cuál de las opciones corresponde al primer día de la regla de la mujer?
 - a. La primer perla blanca
 - b. La primer perla café
 - c. La primer perla que es roja
 - d. No sabe.

3. Al utilizar anticonceptivos orales, cuya presentación es de 28 pastillas, ¿cuándo debe iniciar la mujer un nuevo envase?
 - a. Cuando vaya a tener relaciones
 - b. Un día después de tomar la última pastilla en el envase anterior
 - c. Cuando quiera
 - d. No sabe.

4. Respecto a la administración de el acetato de medroxiprogesterona (Depo Provera), cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?
 - a. Tiene que ser exactamente tres meses después para que funcione.
 - b. Se puede aplicar desde 2 semanas antes hasta 2 semanas después de la fecha exacta.
 - c. Se puede aplicar desde 1 semana antes hasta 1 semana después de la fecha exacta.
 - d. No sabe.

5. Acerca del uso del condón masculino, ¿cuál de los siguientes enunciados es correcto?
 - a. Puede usar el mismo condón dos veces.
 - b. El retiro del pene de la vagina o ano deberá ocurrir antes de que éste pierda la erección.
 - c. Debe haber contacto entre órganos sexuales antes de usar el condón par mantener su eficacia.
 - d. No sabe.

6. ¿Cuál es el principal efecto adverso al utilizar MELA?
 - a. Manchas en la piel
 - b. Alergia
 - c. No hay.
 - d. No sabe.

7. ¿Cuál es el principal efecto adverso del método del collar?
- No tiene.
 - Puede hacer que el ciclo de la mujer cambie.
 - Alergia en las manos.
 - No sabe.
8. ¿Cuál de los siguientes es un signo de alarma al utilizar anticonceptivos orales?
- Ictericia
 - Amenorrea
 - Nausea
 - No sabe.
9. ¿Cuál de los siguientes NO es un efecto adverso de la Depo-provera?
- Irregularidades menstruales
 - Cefalea
 - Sangrado prolongado
 - Disminución de peso
 - No sabe
10. ¿Cuál de los siguientes es uno de los efectos adversos más frecuentes con el uso del condón masculino?
- Infertilidad
 - Infección del tracto urinario
 - Alergia
 - No sabe.
11. ¿Cuál es la tasa de embarazos con el uso correcto de la inyección?
- 0.3%
 - 5%
 - 3%
 - No sabe.
12. ¿Cuál es la tasa de embarazos con el uso incorrecto del condón masculino?
- 20%
 - 3%
 - 14%
 - No sabe.
13. ¿Cuál es la tasa de embarazos con el uso correcto de MELA?
- 0.5%
 - 2%
 - 3%
 - No sabe.
14. ¿Cuál es la tasa de embarazos con el uso correcto de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad?
- 20%
 - 1-9%
 - 5%
 - No sabe.
15. ¿Cuál es la tasa de embarazos con el uso incorrecto de la píldora?
- 3%
 - 8%
 - 5%
 - No sabe.
16. ¿Sabe usted qué son y para qué sirven los criterios médicos de elegibilidad?
- Si
 - No
17. Si contesto afirmativamente a la pregunta anterior, ¿considera que los criterios médicos de elegibilidad para el uso de los métodos anticonceptivos son fáciles de entender?
- Si
 - No
 - No los conoce

SECCIÓN III:

ACTITUDES HACIA LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. ¿Considera los métodos de planificación familiar necesarios?
 - a. Si
 - b. No
 - c. Me son indiferentes

2. ¿Considera necesario realizar actividades para mejorar la cobertura del programa de planificación familiar?
 - a. Si
 - b. No

3. ¿Esta de acuerdo usted con la realización constante de talleres de capacitación sobre la correcta administración de los métodos de planificación familiar?
 - a. Si
 - b. No

4. ¿Considera usted suficiente la información brindada por el Ministerio de Salud Pública acerca de los métodos de planificación familiar?
 - a. Si
 - b. No

5. ¿Con cuál frase se siente más identificado respecto a la planificación familiar?
 - a. Estoy en contra de la planificación familiar porque considero que es un gasto innecesario para el gobierno, y no tienen ningún beneficio.
 - b. Estoy a favor de la planificación familiar, porque permite a las parejas decidir cuando es el momento ideal para tener un hijo, además que mejoran la calidad de vida de las familias guatemaltecas, además que mejora la situación económica del país, y se puede reducir la mortalidad materna e infantil.
 - c. Estoy en contra de los métodos de planificación familiar, ya que son métodos desagradables para las personas que los usan, y disminuyen el placer sexual.
 - d. Estoy en contra de los métodos de planificación familiar, ya que tienen más efectos adversos que beneficios.

ANEXO 5

Resultados de los cuestionarios

Sección I

Tabla 1

Distribución según edad de médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa. abril-mayo 2010
Guatemala, junio 2010.

Edad en años	Médico institucional		Médico de PSS*		Enfermera Institucional		Enfermera de PSS*		FI**		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<20	0	0	0	0	4	5.06	4	15.38	3	6.98	11	6.25
20-25	1	5	2	25.	19	24.05	10	38.46	24	55.81	56	31.82
26-30	2	10	3	37.5	18	22.78	8	30.77	9	20.93	40	22.73
31-35	3	15	1	12.5	15	18.99	1	3.85	2	4.65	22	12.50
36-40	7	35	1	12.5	10	12.66	2	7.69	1	2.33	21	11.93
41-45	4	20	0	0	7	8.86	0	0.00	0	0.00	11	6.25
46-50	2	10	1	12	3	3.80	1	3.85	1	2.33	8	4.55
>50	1	5	0	0	3	3.80	0	0.00	3	6.98	7	3.98
Total	20	100	8	100	79	100	26	100	43	100	176	100

*Prestadora de servicios de salud

**Facilitador Institucionales

Fuente: Boleta de recolección de datos acerca de conocimientos y actitudes del personal de salud de Jalapa respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril y mayo de 2010.

Tabla 2

Distribución según sexo de médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa. abril-mayo 2010
Guatemala, junio 2010.

Sexo	Médico institucional		Médico de PSS*		Enfermera Institucional		Enfermera de PSS*		FI**		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	15	75	7	87.5	20	25.32	4	15.38	5	11.63	51	28.98
Femenino	5	25	1	12.5	59	74.68	22	84.62	38	88.37	125	71.02
Total	20	100	8	100	79	100	26	100	43	100	176	100

*Prestadora de servicios de salud

**Facilitador Institucionales

Fuente: Boleta de recolección de datos acerca de conocimientos y actitudes del personal de salud de Jalapa respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril y mayo de 2010.

Tabla 3

Distribución según experiencia laboral de médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa. abril-mayo 2010
Guatemala, junio 2010.

Experiencia laboral en años	Médico institucional		Médico de PSS*		Enfermera Institucional		Enfermera de PSS*		FI**		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1-5	6	30	6	75	39	49.37	20	76.92	35	81.4	106	60.23
6-10	8	40	2	25	14	17.72	4	15.38	4	9.30	32	18.18
11-15	5	25	0	0	10	12.66	1	3.85	1	2.33	17	9.66
>15	1	5	0	0	16	20.25	1	3.85	3	6.98	21	11.93
Total	20	100	8	100	79	100	26	100	43	100	176	100

*Prestadora de servicios de salud

**Facilitador Institucionales

Fuente: Boleta de recolección de datos acerca de conocimientos y actitudes del personal de salud de Jalapa respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril y mayo de 2010.

Tabla 4

Distribución según distrito de salud en que laboran médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa. abril-mayo, 2010

Guatemala, junio 2010.

Distrito de salud	Médico institucional		Médico de PSS*		Enfermera Institucional		Enfermera de PSS*		FI**		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Jalapa	3	15	2	25	12	15.19	4	15.38	5	11.63	26	14.77
San Pedro Pinula	4	20	1	12.5	14	17.72	5	19.23	7	16.28	31	17.61
Mataquescuintla	4	20	2	25	18	22.78	6	23.08	10	23.26	40	22.73
San Carlos Alzatate	3	15	1	12.5	14	17.72	4	15.38	7	16.28	29	16.48
San Luis Jilotepeque	2	10	1	12.5	7	8.86	2	7.69	3	6.98	15	8.52
Monjas Jalapa	2	10	0	0	5	6.33	2	7.69	1	2.33	10	5.68
San Manuel Chaparron	1	5	0	0	5	6.33	0	0	0	0	6	3.41
Sanyuyo	1	5	1	12.5	4	5.06	3	11.54	10	23.26	19	10.80
Total	20	100	8	100	79	100	26	100	43	100	176	100

*Prestadora de servicios de salud

**Facilitador Institucionales

Fuente: Boleta de recolección de datos acerca de conocimientos y actitudes del personal de salud de Jalapa respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril y mayo de 2010.

Sección II

Tabla 5

Ponderación obtenida en sección de conocimientos por médicos que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa. abril-mayo 2010
Guatemala, junio 2010.

Médicos			
64.7058824	64.7058824	70.5882353	76.4705882
64.7058824	64.7058824	70.5882353	76.4705882
64.7058824	64.7058824	70.5882353	82.3529412
64.7058824	64.7058824	70.5882353	82.3529412
64.7058824	64.7058824	76.4705882	82.3529412
64.7058824	70.5882353	76.4705882	82.3529412
64.7058824	70.5882353	76.4705882	94.1176471

Fuente: Boleta de recolección de datos acerca de conocimientos y actitudes del personal de salud de Jalapa respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril y mayo de 2010.

Tabla 6

Ponderación obtenida en sección de conocimientos por enfermeras que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa. abril-mayo 2010
Guatemala, junio 2010.

35.29	47.06	52.94	52.94	58.82	64.71	70.59
41.18	47.06	52.94	58.82	58.82	64.71	70.59
41.18	47.06	52.94	58.82	64.71	64.71	70.59
41.18	47.06	52.94	58.82	64.71	64.71	70.59
41.18	47.06	52.94	58.82	64.71	64.71	76.47
41.18	47.06	52.94	58.82	64.71	64.71	82.35
41.18	47.06	52.94	58.82	64.71	64.71	82.35
41.18	47.06	52.94	58.82	64.71	64.71	82.35
41.18	47.06	52.94	58.82	64.71	64.71	88.24
41.18	47.06	52.94	58.82	64.71	64.71	
47.06	47.06	52.94	58.82	64.71	64.71	
47.06	47.06	52.94	58.82	64.71	64.71	
47.06	47.06	52.94	58.82	64.71	64.71	
47.06	47.06	52.94	58.82	64.71	64.71	
47.06	47.06	52.94	58.82	64.71	64.71	
47.06	47.06	52.94	58.82	64.71	70.59	

Fuente: Boleta de recolección de datos acerca de conocimientos y actitudes del personal de salud de Jalapa respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril y mayo de 2010.

Tabla 7

Ponderación obtenida en sección de conocimientos por facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa. abril-mayo 2010
Guatemala, junio 2010.

29.41	52.94	58.82	64.71	70.59
47.06	52.94	58.82	64.71	70.59
47.06	52.94	58.82	64.71	70.59
47.06	52.94	58.82	64.71	
47.06	52.94	58.82	64.71	
52.94	52.94	58.82	64.71	
52.94	52.94	58.82	64.71	
52.94	52.94	58.82	64.71	
52.94	58.82	58.82	70.59	
52.94	58.82	58.82	70.59	

Fuente: Boleta de recolección de datos acerca de conocimientos y actitudes del personal de salud de Jalapa respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril y mayo de 2010.

Tabla 8

Ponderación obtenida en sección de actitudes por médicos que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa. abril-mayo 2010
Guatemala, junio 2010.

Médicos			
80	80	100	100
80	80	100	100
80	80	100	100
80	80	100	100
80	80	100	100
80	100	100	100
80	100	100	100

Fuente: Boleta de recolección de datos acerca de conocimientos y actitudes del personal de salud de Jalapa respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril y mayo de 2010.

Tabla 9

Ponderación obtenida en sección de actitudes por enfermeras que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa. abril-mayo 2010
Guatemala, junio 2010.

60	80	80	100	100	100	100
80	80	80	100	100	100	100
80	80	80	100	100	100	100
80	80	80	100	100	100	100
80	80	80	100	100	100	100
80	80	80	100	100	100	100
80	80	80	100	100	100	100
80	80	80	100	100	100	100
80	80	80	100	100	100	100
80	80	80	100	100	100	
80	80	80	100	100	100	
80	80	80	100	100	100	
80	80	80	100	100	100	
80	80	100	100	100	100	
80	80	100	100	100	100	
80	80	100	100	100	100	

Fuente: Boleta de recolección de datos acerca de conocimientos y actitudes del personal de salud de Jalapa respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril y mayo de 2010.

Tabla 10

Ponderación obtenida en sección de actitudes por facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos de salud del departamento de Jalapa. abril-mayo 2010
Guatemala, junio 2010.

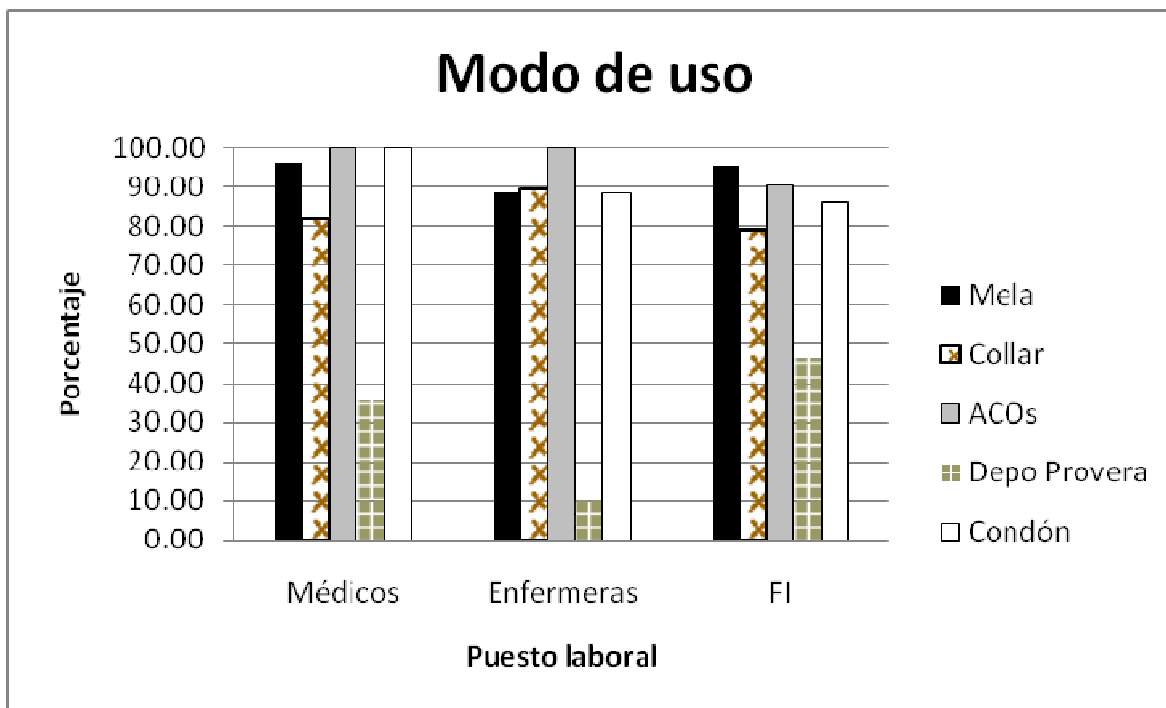
80	80	100	100	100
80	80	100	100	100
80	80	100	100	100
80	80	100	100	
80	80	100	100	
80	100	100	100	
80	100	100	100	
80	100	100	100	
80	100	100	100	
80	100	100	100	

ANEXO 6

APORTE

Gráfica 1

Porcentaje de interrogantes acerca del modo de uso de los métodos de planificación familiar contestadas correctamente por médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos del departamento de Jalapa. abril - mayo 2010
Guatemala, junio 2010

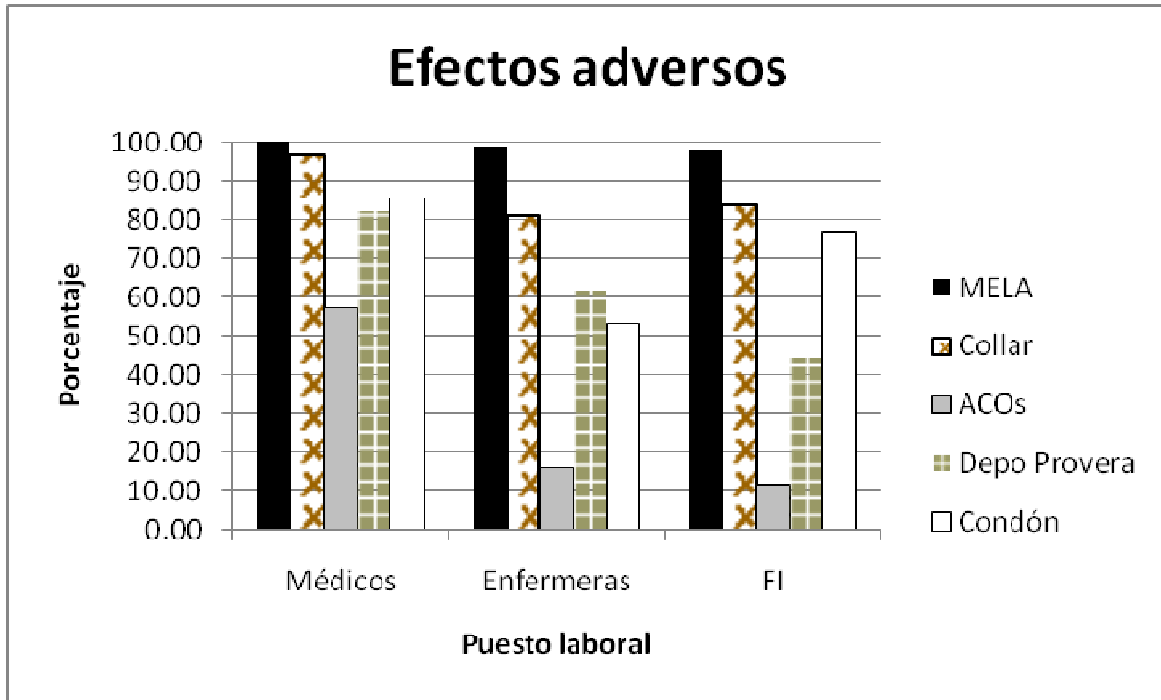


*FI: Facilitador institucional

Fuente: Boleta de recolección de datos acerca de conocimientos y actitudes del personal de salud de Jalapa respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril y mayo de 2010.

Gráfica 2

Porcentaje de interrogantes acerca de los efectos adversos de los métodos de planificación familiar contestadas correctamente por médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos del departamento de Jalapa. abril - Mayo 2010
Guatemala, junio 2010

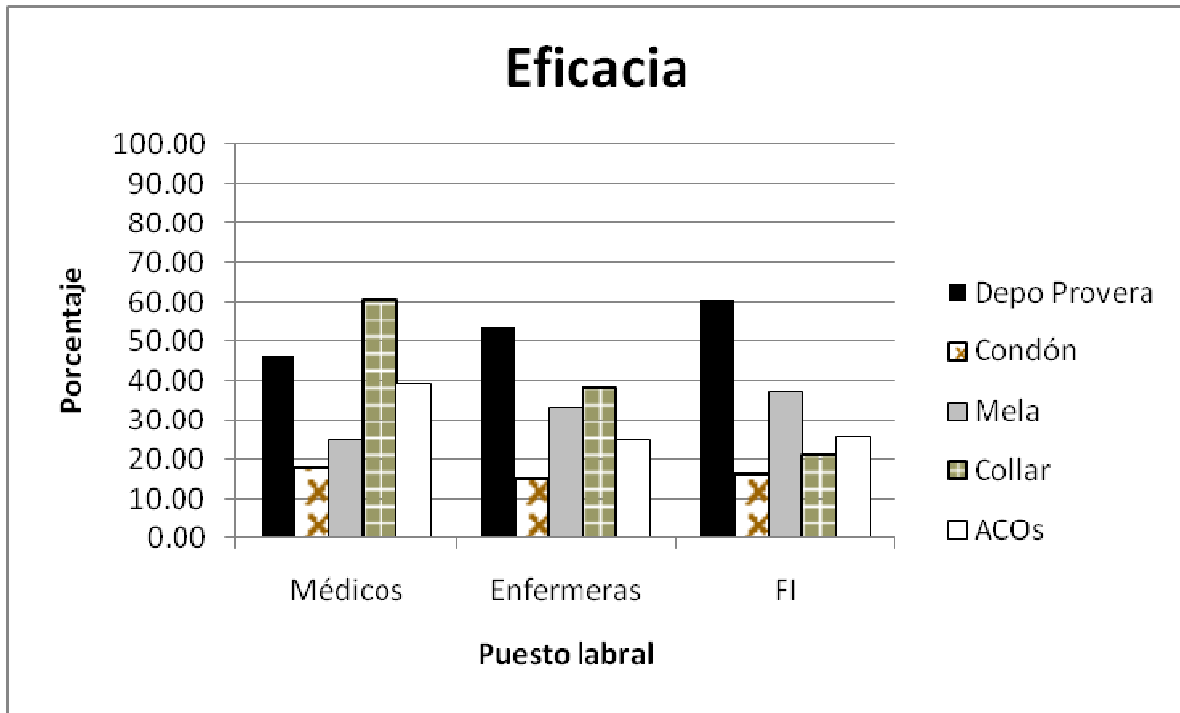


*FI: Facilitador institucional

Fuente: Boleta de recolección de datos acerca de conocimientos y actitudes del personal de salud de Jalapa respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril y mayo de 2010.

Gráfica 3

Porcentaje de interrogantes acerca de la eficacia de los métodos de planificación familiar contestadas correctamente por médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos del departamento de Jalapa.
abril - mayo 2010
Guatemala, junio 2010

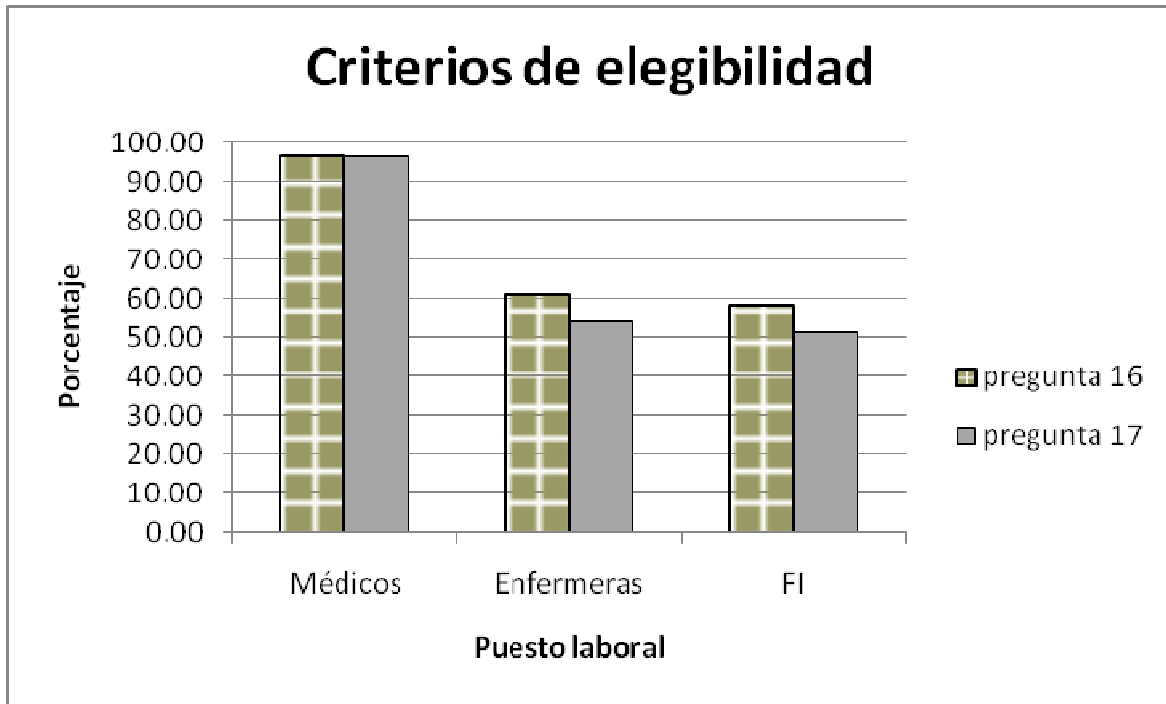


*FI: Facilitador institucional

Fuente: Boleta de recolección de datos acerca de conocimientos y actitudes del personal de salud de Jalapa respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril y mayo de 2010.

Gráfica 4

Porcentaje de interrogantes acerca de los criterios de elegibilidad de los métodos de planificación familiar contestadas correctamente por médicos, enfermeras y facilitadores institucionales que laboran en los 8 distritos del departamento de Jalapa. Abril-Mayo 2010
Guatemala, Junio 2010



*FI: Facilitador institucional

Fuente: Boleta de recolección de datos acerca de conocimientos y actitudes del personal de salud de Jalapa respecto a los métodos de planificación familiar durante los meses de abril y mayo de 2010.