

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**PLANIFICACION FAMILIAR EN GUATEMALA,
CARACTERISTICAS Y CONSECUENCIAS,**
(Análisis y resultados de un estudio realizado en el
Centro de Salud de San Rafael La Laguna)

TESIS

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

Por:

LUIS ORLANDO SANDOVAL BARRIOS

En el acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS.
- III. HIPOTESIS.
- IV. MATERIAL Y METODOS.
- V. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.
 - A.- Planificación Familiar en Guatemala.
 - B.- Planificación Familiar en la Salud Materna
 - 1. La píldora anticonceptiva.
 - 2. Consecuencias sociales.
 - 3. Cómo funciona.
 - 4. Síntomas negativos, cambios fisiológicos, complicaciones.
 - C.- Evaluación de Programas
 - D.- Planificación Familiar en el Centro de Salud.
- VI. CONCLUSIONES.
- VII. RECOMENDACIONES.
- VIII. BIBLIOGRAFIA.

I. INTRODUCCION

Una porción considerable de los habitantes de nuestro país son de bajos recursos económicos y pobremente educados, es a ellos, precisamente a quienes habrá que comprender y a quienes hay que llegar si se desea un mundo nuevo. Es mucho lo que nos queda por aprender de sus valores, aspiraciones, problemas, detalles íntimos de su vida familiar, los efectos de la tecnología y la cultura y su capacidad potencial para participar en la dirección y estructuración de nuestra patria.

La presente tesis pretende hacer un estudio al conocimiento de la situación de la Planificación Familiar en nuestro medio sobre aspectos que son importantes ya que representan conocimientos de la población además de dar una visión de cómo es tratado el problema.

Para ello, se realizó el estudio en el centro de salud de San Rafael La Laguna, en donde se revisaron listas de pacientes en el programa de planificación familiar y consulta externa durante el semestre comprendido del 1o. de Agosto de 1977, al 31 de Enero de 1978, realizando además visitas domiciliarias a usuarias del programa de Planificación Familiar.

Pretendo además con esta tesis, aportar un estudio que tiene lo mejor de nuestra voluntad y esperando que con esta investigación cumplir con más conocimientos para los estudiantes de Medicinas, así como, tomar conciencia de la necesidad de una mejor formación técnica para ayuda y desarrollo de nuestro país y a la vez cumplir así nuestra meta.

II. OBJETIVOS

1. Dar una muestra del trabajo de campo realizado sobre el problema de la Planificación Familiar en Guatemala.
2. Conocer el origen, naturaleza, objetivos y logros de los programas de Planificación Familiar.
3. Estudiar las consecuencias de la Planificación Familiar en los campos Psicobiosociales.
4. Conocer el grado de letrografía que acarrearán los contraceptivos en general.
5. Conocer las características sociales, concepción de la familia su formación y composición, hábitos y creencias dentro del grupo de Planificación Familiar investigado.

III. HIPOTESIS

Los programas de Planificación Familiar no toman en cuenta los aspectos Socioculturales de la población.

Los programas de Planificación Familiar, se aplican sin tomar en cuenta los efectos iatrogénicos de los métodos anticonceptivos usados.

Los programas de Planificación Familia agravan la situación de Salud del país al consumir parte de los recursos destinados a otros sectores de salud.

IV. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

1. No humano.
 - a) Bibliografía.
 - b) Elaboración de instrumentos para poder recopilar datos sobre:
 1. Evaluación de programas Materno-Infantil.
 2. Cobertura en pre y post-natal.
 3. Cobertura en menores de un año e inmunizaciones.
 4. Características sociales de la familia.
 5. Efectos iatrogénicos de los métodos anticonceptivos.
 6. Concepción de la Familia.
2. Humanos:
 - a) Entrevistas con todas aquellas personas del programa materno y de Planificación Familiar.
 - b) Personal Médico y Para-médico del Centro de Salud.
 - c) Profesionales de APROFAM y de la Facultad de Ciencias Médicas.

METODO:

1. Se realizó una revisión bibliográfica del tema.
2. Se hizo una recopilación de datos de salud en los programas Prenatal y Post-natal, programa Infantil Tasas de Natalidad, Mortalidad, Morbilidad, dicho trabajo se realizó en los siguientes lugares:

- a) Centro de Salud de San Rafael La Laguna, Zona 18
 - b) Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.
 - c) APROFAM.
 - d) Dirección General de Servicios de Salud.
 - e) Biblioteca de la Universidad de San Carlos.
 - f) Farmacias privadas localizadas en ese sector.
 - g) Visitas domiciliarias a usuarias del programa de Planificación Familiar.
3. Se realizó un análisis de la información recopilada y elaborada para discutir resultados, sacar conclusiones y poder realizar recomendaciones.

V. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

A) Planificación Familiar en Guatemala

El programa de Planificación Familiar inició sus labores el 2 de Enero de 1965; se sabe que la APROFAM (Asociación Pro bienestar de la Familia), obtuvo su personería jurídica en el país desde Agosto de 1964. Esta es una institución privada que ha sido la encargada de la planificación y ejecución de los programas de planificación familiar en el país.

Desde esa fecha a la actualidad, presta sus servicios en la ciudad capital en 9 clínicas, y en el interior del país en la mayoría de puestos y centros de salud y en algunas clínicas propias. Los servicios que prestan son esencialmente de control de la natalidad con diversos métodos anticonceptivos que incluyen píldoras anovulatorias, condones, dispositivos intrauterinos, anovulatorios inyectables, jaleas, C-film, etc.

En Marzo de 1975, el Ministerio de Salud Pública de Guatemala, en la "Conferencia sobre Planificación Demográfica de Latinoamérica", en la ciudad de México, declaró: "La política del país es la de tratar de alcanzar disminución sustancial de la tasa de natalidad al extender a las áreas rurales el programa del gobierno; sobre Planificación Familiar.

El programa nacional familiar es operado conjuntamente por el Ministerio de Salud Pública y la APROFAM, que es afiliada a la IPPF (Planned Parenthood World Population) y se financia a través de las siguientes fuentes:

A.I.D.
ORGANIZACIONES PRIVADAS.
GOBIERNO DE GUATEMALA.
FINANCIAMIENTO A TRAVES DE SUS SERVICIOS.

1. Planificación Familiar en Guatemala. Dra. Annette M. de Fortín.
2. La Planificación Familiar en Guatemala. Dr. Arturo Soto Avendaño. Dr. Miguel Garces.

Tiene una cobertura de 47,251 usuarias en toda la república, que equivale al 3.48 o/o de la población materna y al 22.66 o/o de las metas que pretenden, o sea, cubrir el 15 o/o de la población materna.

B) Planificación Familiar en la Salud Materna

Más de 70 países extranjeros —entre ellos varios de América Latina— están comprando una droga anticonceptiva llamada “Depo-Provera”, señalada por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) de los EEUU, como demasiado peligrosa para ser administrada en mujeres.

“Depo-Provera”, que se emplea también para el tratamiento del cáncer, puede suministrarse en inyecciones; de esa manera previene la concepción hasta un período de 90 días, convirtiéndose así en el anticonceptivo de más larga duración que se ha conocido.

El uso indiscriminado de los anticonceptivos en las mujeres de “Depo-Provera” (que no se usa en los EEUU) puede provocar esterilidad y otros problemas Médicos y no médicos en nuestra población. Todos los compradores están advertidos de la desaprobación de la “Depo-Provera” por la FDA por las razones aducidas anteriormente, pero a pesar de la advertencia hecha, quieren comprar la droga de todas maneras. En todos los países, los productos químicos que dan origen al cáncer en pruebas de laboratorio son sacados por ley del consumo al público (por ejemplo los endulzadores), pero cuando ocurrió lo mismo con los anticonceptivos éstos no fueron sacados del mercado.

El interés sobre el Cáncer aumentó rápidamente con la información, en 1976, en el New England Journal of Medicine, que dice, que la incidencia del cáncer del útero aumenta siete veces más entre las mujeres que usan hormonas después de la menopausia, luego también, dos anticonceptivos orales comerciales fueron desechados porque se encontró que su componente de progestógeno llamado Acetato de Megestrol causaba cáncer en análisis de experimentación.

Hallazgos tentativos de que los niños nacidos de una mujer que ha tomado previamente los anticonceptivos tienen capacidades mentales reducidas, pero que sencillamente no han sido sometidas a prueba.

El programa del control de la natalidad, ha tenido cierto impacto en el crecimiento de la población total, sin embargo, esto no ha redundado en la reducción de la tasa de morbilidad materna e infantil, al contrario, éstas tienden a aumentar. Con esto estamos demostrando que los Programas de Planificación Familiar no son la solución para mejorar la salud Materno-Infantil, como tampoco, para disminución de las tasas de Morbilidad materna.

Guatemala, no necesita un programa nacional de Control de la Natalidad, sino un programa de Planificación y Orientación Familiar, que tienda a mejorar integralmente a la familia en todos sus aspectos, de tal manera que, producto de sus conocimientos obtenidos ella decida sin propaganda o coacción, limitar su familia.

CUADRO No. 1

USUARIAS DE CONTROL DE LA NATALIDAD POR
METODOS ANTICONCEPTIVOS. 1977

INTERIOR DEL PAIS

Píldoras	Condomes	DIU	Tratamientos locales	Depo-Provera
22968	8604	2401	1022	2596

Fuente: Datos obtenidos en APROFAM.

CUADRO No. 2

USUARIAS DE CONTROL DE LA NATALIDAD POR
METODOS ANTICONCEPTIVOS. 1977

CIUDAD CAPITAL

Píldoras	DIU	Tratamientos locales	Depo-Provera
6300	1500	1300	500

Fuente: Datos obtenidos en APROFAM.

Como se puede ver en los cuadros 1 y 2, el uso de Depo-Provera en nuestra población es bastante elevado, del cual se ha hecho abuso al administrarlo con los consiguientes problemas de salud para las usuarias.

1.— La Píldora Anticonceptiva

A partir de la primera prueba en 1956 —un barrio de Puerto Rico— la píldora se ha propagado en todos los países de la tierra, legal e ilegalmente. Es suministrada por Médicos de familia y con muchísima mayor frecuencia por entidades gubernamentales. En la mayoría de los países se pueden comprar sin prescripción facultativa.

Se calcula que la administración de la píldora anticonceptiva en mujeres, va desde 30 millones hasta los 60 millones, y los investigadores informan que estaría más ajustada a la verdad una cifra más elevada, pero que cualquiera que sea el número exacto es claro que la píldora es actualmente el medio de Control de la Natalidad más importante del mundo.

En los países en vías de desarrollo, en los cuales los gobiernos impulsan y subsidian la "Planificación Familiar" (el eufemismo más común para designar el Control de Nacimientos), están declinando dramáticamente las tasas de nacimientos. La participación Gubernamental es el factor vital, porque significa que el adoctrinamiento y los medios para el Control de la Natalidad llegan a las masas populares.

En los países industrializados más avanzados, donde los niveles educacionales y los ingresos son más elevados, los anticonceptivos, unidos al aborto, están conduciendo a lo que los expertos llaman "Crecimiento de población cero" (igualdad entre los nacimientos y los decesos), mientras que en un país (Alemania Occidental) la población está actualmente reduciéndose.

2.— Consecuencias Sociales.

De acuerdo con los investigadores sociales, la permisibilidad sexual está aumentando muy rápidamente en los estratos económicamente superiores y bajos de la sociedad, especialmente en los grupos de edad premarital, con cambios todavía no muy claros en las relaciones tradicionales entre hombre y mujer la "permisibilidad sexual", sin

embargo atemoriza más a los padres, que a los médicos.

La fácil anticoncepción ha desconectado la relación sexual de la procreación, ya que la inter-relación entre estas dos necesidades humanas ha sido considerada más fundamental por la sociedad desde el principio de los tiempos.

En Círculos Médico-Científico, el futuro de la píldora está ahora más en duda que nunca antes. La razón es Física, no Ética. El problema de la seguridad para la salud de estos anticonceptivos está comenzando a propagarse, y en distintos países se ha dispuesto que los fabricantes deben colocar una prevención de estos peligros en todo anuncio y en todos los paquetes que salen al mercado, con un encarecimiento mayor que el exigido para otros productos.

3.— Cómo Funciona.

El desarrollo de los anticonceptivos orales modernos comenzó en los primeros años de este siglo con el aislamiento del estrógeno y la progesterona de las hormonas del ovario femenino, así como la comprensión de su papel en la gestación. Estas dos hormonas naturales controlan el proceso de ovulación en el ciclo femenino de reproducción.

Aproximadamente cada 28 días, bajo la influencia del estrógeno natural se forma un óvulo en los ovarios de la mujer, al madurar en un período de aproximadamente 14 días se alimenta tanto de estrógeno como de progesterona y se mueve hacia una posición en la cual será posible la fertilización, ésta puede ocurrir mediante el contacto con espermatozoides masculinos por un período de cuatro a siete días. En el óvulo no fecundado disminuye el suministro de hormona y sobreviene la menstruación, luego comienza nuevamente el ciclo.

Los anticonceptivos emplean hormonas sintéticas muy semejantes al estrógeno y la progesterona (la forma sintética de la cual se llama progestágeno). Hay tres clases de anticonceptivos, combinados, secuenciales y simples. Los combinados se administran durante 20 a 21 días,

estos esteroides producen una inhibición de las gonadotrofinas de la hipófisis durante cada ciclo por lo que aseguran la ausencia de ovulación, al mismo tiempo se producen cambios secundarios que contribuyen a este alto grado de eficacia.

La medicación secuencial contiene solo estrógeno durante los primeros 14 días del ciclo, seguidos por estrógeno y progesterona por una semana más.

La medicación de una sola droga o "minipíldora" contiene un compuesto similar a la progesterona en dosis bajas, se toma diariamente sin interrupción. No afecta las gonadotrofinas, el efecto se produce a través de efectos secundarios en el cuello y el endometrio.

Todas las píldoras a la venta no son lo mismo. Existen dos tipos de estrógenos y nueve versiones diferentes de progestageno contenidas en las diversas píldoras del mercado actual, así como diferentes proporciones de cada uno de los compuestos de cada píldora.

El uso continuo de los contraceptivos pueden producir un endometrio delgado y atrófico, aún cuando ocurra ovulación de la implantación se impide por este tipo de endometrio que es incapaz de soportar un embarazo. La combinada y la minipíldora afectan el moco cervical haciendo que éste sea muy denso y viscoso con lo cual no permite la penetración ni el desplazamiento de los espermatozoides dentro del útero.

Ocurren varios cambios fisiológicos durante el uso de anticonceptivos que semejan cambios que ocurren durante el embarazo normal o anormal, generalmente todos ellos son reversibles con la suspensión del tratamiento, otros no.

4.— Síntomas negativos, Cambios fisiológicos y Complicaciones.

El muy acreditada British Medical Journal publicó una lista de quejas presentadas frecuentemente por mujeres que toman anticoncep-

tivos:

QUEJAS COMUNES.

- a) Sangrado intermenstrual;
- b) Náuseas;
- c) Cefalea;
- d) Sensibilidad de los senos, aumento de volumen;
- e) Candidiasis vaginal;
- f) Amenorrea, galactorrea y amenorrea;
- g) Cloasma;
- h) Aumento de peso;
- i) Aumento de las várices;
- j) Depresión;
- k) Cambios en la libido;
- l) Cambios en la lactancia;
- m) Caída del cabello;
- n) Colitis.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS

1. PIEL: La medicación anticonceptiva puede producir cloasma (paño), una pigmentación moteada sobre la nariz y por debajo de los ojos.
2. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: La retención de líquido puede producir una alteración como cefalea o posible depresión psicológica. Una cefalea intensa es indicación para suspender la medicación, ya que está frente de un posible riesgo de accidente cerebro vascular.
3. VISION: La píldora afecta el contenido de líquido del cristalino, produciendo disminución de la agudeza visual, puede producirse un síndrome conocido como trombosis de la arteria de la retina, el cual puede producir ceguera.

4. **ALTERACIONES METABOLICAS:** Hay una disminución de la capacidad del organismo para regular la glucosa, tiene efecto diabetogénico; en un paciente susceptible que habrían desarrollado diabetes más tarde, se acelera la manifestación de su diabetes latente con el uso de los anticonceptivos.
5. **PRESION SANGUINEA:** Hay un ligero aumento en la presión arterial en muchas pacientes, debido a la retención de líquidos. Algunas pueden desarrollar una hipertensión severa.
6. **AUMENTO DE PESO:** Se produce retención de sales, sodio y líquidos, se manifiesta como sensación de hinchazón abdominal, junto con un aumento de peso corporal. Este aumento puede estar relacionado con el efecto anabólico de las píldoras, con aumento del apetito y almacenamiento de tejido graso.
7. **HIGADO:** El estrógeno se metaboliza en el hígado, y queda soluble el agua para su eliminación por la orina. Si existe enfermedad hepática, el estrógeno se acumula. El estrógeno puede producir una disminución en la capacidad del hígado para excretar bilis, lo que nos llevaría a una ictericia. La ictericia durante el uso de anticonceptivos orales sobreviene frecuentemente en pacientes con antecedentes de ictericia ideopática del embarazo. Otra enfermedad es la de la Vesícula biliar, las mujeres que toman la píldora tienen una doble posibilidad de sufrir de cálculos biliares. Esta condición ocurre más o menos a una de cada cinco mujeres, aún sin tomar la píldora, alrededor de los 60 años, de tal manera que la duplicación de la incidencia es estadísticamente muy elevada.
8. **ESTOMAGO:** El contenido de estrógeno produce náusea debido a la irritación directa sobre la mucosa gástrica.
9. **SISTEMA ESQUELETICO:** Pueden producir detención del crecimiento óseo en pacientes que todavía no han terminado el desarrollo.

10. **PECHOS:** Hay congestión mamaria y algunas veces aumento en el tamaño. La lactancia se ve disminuida algunas veces, en la cantidad y con cambios mínimos en la calidad. Un 10 o/o de las pacientes presentan cesación completa de la leche.
11. **CUELLO UTERINO:** Es frecuente la ectopía y está relacionada con el contenido de estrógeno, también puede encontrarse hiperplasia adenomatosa (crecimiento de las glándulas endocervicales).
12. **ENDOMETRIO.** Es afectado llegando a ser delgado y atrófico.
13. **UTERO:** El tamaño de los fibromas no es alterado con pequeñas dosis de esteroides, sin embargo, algunos de ellos pueden aumentar de tamaño.
14. **OVARIO:** Ausencia de folículos o cuerpo lúteo. La capa externa del ovario puede engrosarse, hay una disminución en la producción de hormona por el ovario.
15. **ESTADO EMOCIONAL:** Aumento de nerviosidad, depresión y pérdida de la libido han sido reportados, la relación causal efecto no ha sido probada. La tensión premenstrual es frecuentemente disminuida.
16. **CANCER DE LA MAMA:** Puede ser acelerado por el uso de estrógenos.
17. **FACTORES DE COAGULACION:** Todos los factores de coagulación aumentan durante el uso de anticonceptivos orales, los factores que inhiben la coagulación también están incrementados. El riesgo de muerte por tromboembolismo solamente en el embarazo es mayor que el que se produce tomando anticonceptivos orales por el mismo período de tiempo. El riesgo de desarrollar trombosis de las venas profundas entre las consumidoras es de 5.6 veces mayor que entre las que no la consumen y

el riesgo surge agudamente después de los 35 años de edad, y como desenlace fatal morirán de coágulos en los pulmones.

18. ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA: Los anticonceptivos orales no parecen aumentar la probabilidad de un ataque cardíaco, pero sí pueden hacerlo en mujeres que tienen una tendencia a enfermedad cardíaca.
19. FLUJO MENSTRUAL: Usando dosis bajas de anticonceptivos orales, pueden eventualmente ser muy bajo o escaso o inexistente debido a la atrofia endometrial.
20. RETARDO DE LA OVULACION DESPUES DE SUSPENSION DE LA DROGA: La ovulación puede comenzar hasta seis meses después de suspender los anticonceptivos orales. 1 u 2 o/o de pacientes nunca vuelven aocular.

Dispositivos Intrauterinos y efectos colaterales:

1. SANGRADO: Después de la inserción de un DIU casi siempre se presenta sangrado, es una reacción normal a la inserción. Generalmente se presenta sangrado intermenstrual con manchas o secreción serosanguinolenta, en pocas ocasiones se convierte en hemorragia franca.
2. DOLOR: Se presenta después de la inserción, en forma de retorcijones (cólicos uterinos) y ocasionalmente se presentan retorcijones severos, lipotimias y un síncope durante la inserción.
3. SECRECIONES VAGINALES: Se presentan con bastante frecuencia, se deben a la reacción inicial del endometrio al cuerpo extraño.

Complicaciones del DIU.

1. PERFORACION DEL UTERO: La perforación es más comun que ocurra durante la inserción, pero también puede ocurrir al intentar el retiro, especialmente con los dispositivos sin cola.
2. INFECCION: Cerca de un 2 o/o de mujeres pueden desarrollar complicaciones inflamatorias pelvianas durante el primer año de uso.

C) Evaluación de Programas.

Area de Trabajo.

En el departamento de Guatemala, municipio central a una distancia de 8 kilómetros del centro de la ciudad en dirección norte se localiza la zona 18, en donde está ubicada la Colonia San Rafael I - II y III, la Colonia Alameda I - II - III y IV y el Barrio Colombia, la cual dan cabida a 4,244 viviendas construidas por el BAMVI; cuentan con drenajes pluviales y de aguas negras, calles asfaltadas, agua potable en la mayoría de las casas, chorros públicos, luz eléctrica, áreas verdes, escuela del estado e iglesias.

En el Sector II de la Colonia San Rafael, se localiza el Centro de Salud Tipo "A" del Ministerio de Servicios de Salud. El edificio que ocupa es de construcción reciente y consta de las siguientes partes: Recepción, sala de espera, 14 habitaciones las cuales se utilizan para clínicas de consulta Médica y Odontológica, emergencias, curaciones, Oficina Medico-administrativa, enfermería, servicio social, saneamiento ambiental, bodega y farmacia.

La razón de ser principal del Centro de Salud es: Dar salud física a todos los habitantes de la zona 18. Dentro de los programas que se desarrollan en orden de preferencia son los siguientes:

- a) Materno-Infantil;
- b) Consulta general;
- c) Consulta Odontológica;
- d) Educación Comunitaria;
- e) Saneamiento Ambiental;
- f) Planificación Familiar;

COBERTURA DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS

A.- PROGRAMA MATERNO. (Prenatal y Postnatal)

CUADRO No. 3

CONSULTA PRENATAL Y POSTNATAL (Agosto de 1977 a Enero 1978)

PRIMERAS CONSULTAS SUBSECUENTES - POSTNATAL

	Antes del 3o. mes	Después del 3o. mes		
Agosto	5	23	25	3
Septiembre	16	25	23	0
Octubre	17	28	28	0
Noviembre	27	45	35	1
Diciembre	16	42	34	1
Enero	25	62	45	0
TOTAL:		331	193	5

Cobertura en Prenatal:

El 5 o/o de la población total corresponde a Embarazos esperados en mujeres de 15 a 44 años en una población de 19,848 que es la que corresponde a la zona 18. Por lo tanto el nivel de cobertura en embarazadas es de 70.2×100 .

Cobertura en Postnatal:

Se atendieron a solo 5 pacientes de puerperio en el período investigado de donde obtenemos una cobertura en puerperio de 106×100 .

B.- PROGRAMA INFANTIL. (Niños menores de 1 año)

CUADRO No. 4

CONSULTA EN MENORES DE 1 AÑO (Agosto 1977 a Enero 1978)

	Primeras Consultas	subsecuentes	Total
Agosto	39	73	112
Septiembre	70	27	47
Octubre	58	60	118
Noviembre	92	13	105
Diciembre	67	15	82
Enero	41	9	50
TOTAL:	367	197	564

FUENTE: 3 y 4 Centro de Salud de San Rafael.

Cobertura en el programa infantil (menores de 1 año).

El 4 o/o de la población total, corresponde al número de niños menores de un año en relación a la zona 18, por lo tanto la cobertura alcanzada en el semestre investigado es de 149 x 100.

CUADRO No. 5

INMUNIZACIONES EN MENORES DE UN AÑO
(Agosto de 1977 a Enero de 1978)

	NUMERO	COBERTURA X 100
TRIPLE (DPT)	57	15.1
POLIOMIELITIS	57	15.1
SARAMPION	31	8.4
TOTAL:	145	

FUENTE: Centro de Salud.

La cobertura en inmunizaciones en menores de un año fué de 0.38 x 100 en relación al 4 o/o de niños menores de un año de la población de la zona 18.

Las coberturas de vacunación en el centro de salud son demasiado bajas como lo podemos observar con el sarampión, lo que determina que esta enfermedad continúa incluida entre las 10 principales causas de morbilidad infantil. Además el centro no cuenta con inmunización contra la Tuberculosis, lo que coadyuva al nacimiento y a la desnutrición de la población materno infantil, lo que nos permitirá que ese grupo sea fácil presa de ese gran mal.

C.— MORTALIDAD INFANTIL.

La mortalidad es uno de los indicadores negativos mediante el cual se puede medir el estado de salud de la madre y del niño.

En nuestro medio, debido a la falta de organización de los recursos humanos y científicos de los registros estadísticos, el dato de mortalidad no es un indicador tan confiable.

MORTALIDAD INFANTIL
MUNICIPIO DE GUATEMALA. 1977

MENORES DE 28 DIAS	687
29 DIAS A 1 AÑO	1082
1 AÑO A 4 AÑOS	656
5 AÑOS A 14 AÑOS	442

FUENTE: Estadística DGSS.

La tasa de mortalidad para el municipio de Guatemala es de 56.0 x 1000 para menores de un año. Lo cual demuestra el deterioro marcado de la salud infantil, a pesar de que se reportan coberturas de consulta infantil altas por parte de los servicios de Salud.

Las causas de mortalidad infantil siguen siendo enfermedades que pudieron ser prevenidas con medidas primarias, como se demuestra en el siguiente listado de las 5 principales causas de mortalidad infantil:

- a) Influenza y neumonías.
- b) Enteritis y otras diarreas.
- c) Síntomas y estados morbosos mal definidos.
- d) Sarampión
- e) Avitaminosis y otras enfermedades carenciales.

Fuente: Depto Estadístico de la DGSS.

De los datos anteriores podemos analizar que: Las enfermedades infecciosas y carenciales siguen siendo las principales causas de mortalidad infantil y que siguen siendo las mismas desde muchos años atrás.

D.— Mortalidad Materna.

En Guatemala, al igual que en otros países no desarrollados, la mortalidad materna sigue siendo alta, aunque sus tasas han disminuido levemente, pero siempre siguen siendo aquí más altas que en otros países.

La mortalidad motivada por causas relacionadas con complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, constituye el 5.7 o/o de la mortalidad de mujeres en edad reproductiva.

Otras causas por las cuales se mantienen altas las tasas de mortalidad materna están dados por los siguientes factores:

- a) Falta de controles prenatales y postnatales adecuados.

- b) Deficiencia o ausencia de atención durante el parto y el puerperio.
- c) La mayoría de embarazos se concentra en las edades de alto riesgo materno (menores de 20 años y mayores de 29 años).
- d) La multiparidad que es otro factor de alto riesgo.
- e) El tipo de asistencia recibida durante el parto y el puerperio es en gran cantidad por personal empírico y otras sin ningún tipo de atención.

En conclusión, la mortalidad materno-infantil es un problema de salud grave, que necesita medidas inmediatas para su disminución, ya que la desnutrición y las infecciones contribuyen a que la población materno-infantil sea un grupo enfermo poco apto para enfrentarse a un medio externo adverso limitando al grupo infantil en su crecimiento y desarrollo, y a las madres a participar activamente en el proceso evolutivo.

Más de la mitad de la Morbimortalidad Materno-Infantil podría ser prevenida con medidas de atención primaria, pues la mayoría de los centros de salud se dedican a enfermedades curativas más que a preventivas, lo cual constituye a una política de salud equivocada que junto a el uso de los métodos anticonceptivos y sus consecuencias hacen que la morbilidad materno-infantil sea cada día mayor.

D.— Planificación Familiar en el Centro de Salud.

La Planificación Familiar ocupa un lugar secundario con respecto a los otros programas que se desarrollan en dicho centro. Las justificaciones que dan a la existencia del Programa de Planificación Familiar son a solicitud de pacientes o para aplicarse a familias numerosas de escasos recursos, sus objetivos a lograr con la P.F. son: Disminución sustancial de las familias de escasos recursos y para que planifiquen el número de hijos que deseen tener.

El concepto que se tiene para definir la Contracepción es: Evitar la fecundación del óvulo y como actividades que se realizan para el

logro de ese objetivo es la de dar una orientación a un método contraceptivo y la venta de éstos.

Los métodos anticonceptivos que más se aconsejan y se recetan son los anovulatorios orales por alta eficacia, los criterios que siguen para recetar los contraceptivos son: Clínicos, Socioeconómicos y por demanda espontánea.

Las normas que utilizan para garantizarse el mínimo de iatrogenia depende de los hallazgos clínicos, físicos y de sus antecedentes personales y no llevan registros de seguimientos para las usuarias de planificación familiar.

En el centro de salud hay una persona por parte de la APROFAM encargada de patrocinar y distribuir los diferentes productos anticonceptivos, pero a la vez, esta no cuenta con los conocimientos clínicos ni científicos para garantizar a las usuarias el mínimo de iatrogenia.

Dentro del programa de Planificación Familiar cuentan con 205 pacientes inscritas, logrando así una cobertura de 20.6 x 100, siendo esta la meta fijada por la APROFAM. Los criterios que utilizan para seleccionar a las usuarias es en primer término por demanda espontánea y en segundo lugar en promocionar en todas aquellas personas que tienen familias numerosas o que no llegan a consulta prenatal.

CARACTERISTICAS SOCIALES DE LA FAMILIA

Se entrevistaron a un total de 25 familias de las cuales el 52 o/o fueron de demanda espontánea de embarazo y puerperio y el 48 o/o restante a las inscritas en los programas de planificación familiar.

ESTADO CIVIL.

Casadas	36 o/o
Unidas	60 o/o
Separadas	4 o/o

ESCOLARIDAD.

12 o/o	2o. año primaria
36 o/o	3o. año primaria
12 o/o	5o. año primaria
4 o/o	6o. año primaria
12 o/o	1o. año básico
12 o/o	4o. diversificado.

OCUPACION:

Amas de casa	96 o/o
Trabajan	4 o/o

TENENCIA DE LA VIVIENDA:

84 o/o	En propiedad
16 o/o	La alquilan.

TIPO DE VIVIENDA:

El 64 o/o tienen vivienda Tipo "C", o sea de un solo ambiente, (dormitorio, baño y cocina).
El 36 o/o vivienda tipo "B" (dormitorio y cocina separado).

SITUACION AMBIENTAL:

El 96 o/o de las viviendas tienen agua municipal dentro de la casa con inodoro y el 4 o/o restante agua de pozo y usan letrinas para sus excretas.

CONCEPCION DE LA FAMILIA

¿QUE CREE USTED QUE ES LA "FAMILIA"?

48 o/o	No respondieron la pregunta.
24 o/o	Es la relación sanguínea de parientes juntamente con el cónyuge y los hijos.
16 o/o	Agrupación de parentesco que cría y educa a los niños nacidos en su seno y satisfacen otras necesidades.
12 o/o	Familia conyugal o nuclear la cual comprende el esposo, una esposa, sus hijos y ocasionalmente un pariente.

PARA QUE SIRVE LA FAMILIA.

- 28 o/o No respondieron a la pregunta.
- 28 o/o Definió la unidad económica básica en la cual sus miembros trabajan juntos el producto de sus esfuerzos.
- 24 o/o Sirve para dar a sus miembros cierto grado de protección económica, material y psicológica.
- 16 o/o Socialización de los niños en adultos que puedan desempeñar con éxito funciones que socialmente les sean encomendadas.
- 4 o/o Tiene una función afectiva en donde se necesita encontrar una respuesta íntima entre sus semejantes sin importar cuales sean sus necesidades.

QUIENES SE CONSIDERAN COMO LA VERDADERA FAMILIA.

- 56 o/o La verdadera familia está formada por los hijos, padres, hermanos, tíos de ambos cónyuges.
- 44 o/o La verdadera familia la componen la esposa, el esposo y los hijos.

PARA QUE SE DEBEN TENER LOS HIJOS.

- 40 o/o Los hijos se tienen para recibir de ellos una protección económica.
- 20 o/o Para compañía en el hogar y recibir de ellos apoyo afectivo.
- 24 o/o Para superación de la familia.
- 12 o/o Cuando sean grandes sirvan a la patria y que sean buenos ciudadanos.
- 4 o/o Para que logren obtener un mejor estatus social por medio de la educación y así tener más oportunidades que disponer en su vida.

QUE ES EL ESPOSO

- El 100 o/o afirmaron que es parte integrante de la familia y que comparte la función reguladora sexual y la afectiva.
- El 92 o/o de las entrevistadas consideran a los familiares del esposo como parte integrante de la familia conyugal por

tener parentesco de consanguinidad.
El 8 o/o restante no lo consideran así por no estar de acuerdo con sus costumbres e ideas.

EDADES EN QUE DEBEN CASARSE LOS HIJOS.

MUJERES			HOMBRES	
10 - 14 años	0	0 o/o	0	0 o/o
15 - 19 años	7	28 o/o	4	16 o/o
20 - 24 años	14	56 o/o	15	60 o/o
25 - 30 años	4	16 o/o	6	24 o/o

Afirman las entrevistadas que la edad en que se deben de casar los hijos es entre 20 y 24 años.

ES BUENO QUE LOS HOMBRES TENGAN RELACIONES SEXUALES ANTES DE CASARSE.

- 64 o/o Respondieron que SI porque les ayuda a sus relaciones conyugales, mejor higiene mental y mayor conocimiento sobre las enfermedades venéreas.
- 32 o/o Respondieron que NO, aduciendo de que éstos se vuelven más promiscuos.
- 4 o/o No respondieron la pregunta.

COMO CREEE DEBE DE SER UNA FAMILIA.

	No. de Miembros	Promedio
60 o/o Pequeña	1 - 4	2.7
32 o/o Mediana	5 - 8	5.7
8 o/o Grande	9 - 12	10.7

CONFORMIDAD CON EL NUMERO DE HIJOS.

- 72 o/o Sí están conformes.
- 20 o/o Aún no tienen hijos.
- 8 o/o No están conformes.

Del 8 o/o de las entrevistadas que no están conformes con el número de hijos, la mitad quieren tener más hijos, y la otra mitad quieren tener menos hijos.

INGRESOS ECONOMICOS. (Promedio)

DIARIO	Q 1.75
SEMANAL	Q 38.00
MENSUAL	Q 180.00

Las fuentes de ingreso son: 84 o/o Salario, el 12 o/o Comercio y el 4 o/o son agrícolas.

ESTUDIO SOBRE IATROGENIA DE PRODUCTOS CONTRACEPTIVOS

Antecedentes Ginecobstétricos:

El promedio para la menarquía es de 13.68 la frecuencia del sangrado menstrual en un 96 o/o es de 26 a 30 días y el 4 o/o de 20 a 25 días. en el 68 o/o es dolorosa y un 32 o/o no presentan ninguna molestia. El 52 o/o de las entrevistadas no presentan tensión premenstrual, sólo 48 o/o lo refieren, el 56 o/o no presentan menstruaciones con coágulos, en cambio el 44 o/o sí las han visto con esas características. El promedio de número de embarazos por entrevistada es de 3.44, con 2.72 de promedio de partos, 2.64 nacidos vivos y 0.16 nacidos muertos, el 8 o/o ha resultado su parto por medio de operación Cesárea, el resto ha sido eutósico simple. Sólo el 24 o/o han presentado abortos.

Con respecto a las secreciones vaginales el 72 o/o no las refieren, el 28 o/o sí, de las cuales el 42 o/o son de color amarillo, 42 o/o

cremosa y 14 o/o es blanca, el 85 o/o de aspecto ligo y el 15 o/o es espesa; el 71 o/o presentan prurito; en el 100 o/o de las personas que presentan secreciones refieren que éstas con constantes abundantes y nunca las han visto hemorrágicas.

USO DE CONTRACEPTIVOS:

El 64 o/o de las entrevistadas usan o han usado anticonceptivos, de las cuales el 93.7 o/o son orales con un promedio de 1 año y 8 meses, el otro 6.3 o/o usan dispositivos intrauterinos; el 47 o/o de las usuarias no han cambiado de tipo de anticonceptivos, el 43 o/o restante sí, aduciendo que les causan trastornos nerviosos, engordan mucho o que presentan sangrados intermenstruales constantes. El esposo está de acuerdo con el uso de anticonceptivos en el 100 o/o.

EFFECTOS COLATERALES CON EL USO DE CONTRACEPTIVOS

Padecimiento	SI		Tiempo de Padec.		No.
	No.	o/o	Promedio	No.	o/o
Cloasma	2	12.5	1 m.	14	87.5
Cefaleas	9	56.0	6 m.	7	43.0
Cambios de visión	3	18.7	2 s.	13	81.3
Aumento de sed	2	12.5	4 d.	14	87.5
Aumento de hambre	9	56.0	1a. 4m.	7	43.0
Aumento de orina	3	18.7	2 m.	13	81.3
Aumento de peso	9	56.0	11 m.	7	43.0
Llenura	4	25.0	1 m.	12	75.0
Tendencia Obesidad	6	37.5	8 m.	10	62.5
Ictericia	2	12.5	13 d.	14	87.5
Náuseas	6	37.5	1 m.	10	62.5
Acidez	4	25.0	1 m.	12	75.0
Nódulos	0	—	—	16	100.0
Aumento de sangrado	2	12.5	11 d.	14	87.5
Aumento de flujo	4	25.0	2 m.	12	75.0
Tristeza	1	6.2	1 m.	15	93.7
Decaimiento	10	62.5	4 m.	6	37.5
Tensión nerviosa	10	62.5	6 m.	6	37.5
Aumento de varices	4	25.0	2 m.	12	75.0
Irritabilidad	9	56.0	8 m.	7	43.0
Sensibilidad en los senos	1	6.2	15 d.	15	93.7
Disminución del labilidad sexual	5	31.2	8 m.	11	68.8
Amenorrea	0	—	—	16	100.0
Cambio de lactcia.	0	—	—	16	100.0
Complejo de culpa	0	—	—	16	100.0

PORQUE ASISTE A LA CLINICA DE PLANIFICACION FAMILIAR

El 62 o/o de las usuarias acuden a la clínica de Planificación Familiar y toman las pastillas anticonceptivas para esparcir el número de embarazos, y el 37.5 o/o para evitar tener más hijos.

En el Centro de Salud el sistema de abastecimiento de productos contraceptivos es en relación a la venta, teniendo en existencia un 75 o/o de éstos y de diferentes clases para su cobertura. En cambio, sólo se cuenta con un 11 o/o de productos medicinales para cubrir las cinco principales causas de Morbimortalidad Maternoinfantil.

VI. CONCLUSIONES

1. El programa de Planificación Familiar es realmente un programa de Control de la Natalidad que ha sido impuesto por políticas externas y es subsidiado en parte por el Gobierno de Guatemala.
2. En los países desarrollados, la población crece porque hay un exceso de nacimientos sobre el número de muertes; en cambio en los países subdesarrollados (en el que se incluye Guatemala) ocurre lo contrario, ya que las tasas de mortalidad elevadas y los programas de Control de la Natalidad provocan en los países subdesarrollados que su población no aumente.
3. Los programas de Planificación Familiar contribuyen a empeorar la situación de salud del país al consumir parte de los recursos destinados a otros renglones de salud.
4. No se toman en cuenta los aspectos Socioculturales de la población, para aplicar los métodos anticonceptivos, ya que éstos son utilizados como instrumentos de políticas externas con fines determinados.
5. Los programas de Planificación Familiar se aplican sin tomar en cuenta los efectos iatrogénicos que provocan los métodos utilizados.
6. En Guatemala se recetan y son usados por las mujeres (Depo-Provera) productos anticonceptivos que en otros países fueron retirados del mercado por considerarse dañinos para la salud.
7. En el Centro de Salud de Sn. Rafael La Laguna, se cuenta con mayor cantidad de productos anticonceptivos, que de productos medicinales para cubrir las cinco mayores causas de Morbimortalidad maternoinfantil.
8. Las coberturas de atención del grupo Materno (pre y postnatal)

son bajas, unido a ésto el uso de productos contraceptivos permite que las tasas de Morbimortalidad materna se eleve aún más.

9. La mayoría de embarazos se concentra en las edades de alto riesgo materno (menores de 19 años y mayores de 30 años), porque con el uso de métodos anticonceptivos declinan la procreación en las edades de bajo riesgo materno (de 20 años a 29 años).
10. La cobertura del grupo pre y postnatal en el Centro de Salud son bajas, en comparación con las coberturas del programa de Planificación Familiar que son bastante altos llenando así su cometido.

VII. RECOMENDACIONES

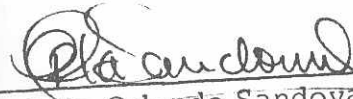
1. Aumentar los programas de cobertura en los Centros de Salud y así lograr una disminución sustancial en las tasas de morbilidad materno-infantil.
2. Mejorar el sistema de educación en Guatemala, para que así aumenten los conocimientos individuales de las personas, lo cual vendría a redundar en un mejor nivel de vida social, económico y de salud.
3. Promocionar por medio de los Centros de Salud pláticas educativas que abarquen y tengan conceptos de lo que es la Familia, para qué sirve; las inmunizaciones de los niños, los alimentos Nutritivos, el uso de ciertos medicamentos y sus contraindicaciones.
4. Aumentar la disponibilidad de productos medicinales en los centros de salud, para obtener así una mayor cobertura preventiva de las cinco causas de mayor morbilidad materno-infantil.
5. Prevención de enfermedades infecto-contagiosas y carenciales dentro del grupo materno-infantil dando más conocimientos y mayor promoción a:
 - a) Saneamiento ambiental;
 - b) Campañas de vacunación;
 - c) Mejoramiento de la nutrición.
6. Encarecimiento de los productos contraceptivos y obligar a los fabricantes de colocar una prevención de los peligros en todo anuncio y en todos los paquetes que salen al mercado.

7. Revisión frecuente y seguimiento de todas aquellas mujeres que toman anticonceptivos, para detectarles cualquier cambio orgánico provocado por el uso de contraceptivos.
8. Cambiar de métodos para la prevención de embarazos en todas aquellas mujeres que usan anovulatorios orales y que tengan más de 35 años.

VIII. BIBLIOGRAFIA

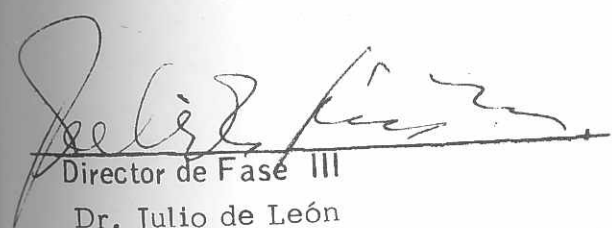
1. Soto Avendaño, Arturo, Miguel Garces . Ideología y Política de Población. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. 1976.
2. De Fortin Annette. Análisis de los programas de Planificación Familiar en Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. 1976.
3. Qué es APROFAM. Asociación Pro-Bienestar de la Familia. Mimeografiado.
4. Liendo Col., Pablo. Contenido de un Programa de Planificación Familiar. 2a. ed. México. Editorial Pax-México. 1974.
5. Havemann, Ernest. Control de la Natalidad. Time-Life Internacional, 1967.
6. Winthrop, P. Carty. Las dos caras de la Píldora. México. revista visión. 1978.
7. Horton Paul b. & Unt. Chester L. Sociología, 2a. ed. Editorial Mc Graw Hill Latinoamericana. S. A. México 1978.
8. Gally, Esther, y Col. La familia planeada en la comunidad. México. Editorial Pax-MEXICO. 1977.
9. Población calculada y Análisis Demográfico años 72-80. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala. Impreso en unidad sectorial de la planificación de la salud.
10. Santizo, Gustavo. Efectos Colaterales de los Anticonceptivos. Mineo. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. 1978.
11. Litter, Manuel. Farmacología experimental y clínica. Cuarta Edición, Editorial El Ateneo. Argentina. 1973.

12. Morales, Enrique. Posibles manifestaciones Psicológicas por el uso de Anticonceptivos. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. Mineo. 1978.
13. Atención del Embarazo, parto, puerperio y del recién nacido a nivel nacional. Mineo. 1 1976.
14. Annette M. de Fortín y José Rómulo Sánchez. Salud Materno-infantil. USAC. Mineo. 1975.


Br. Luis Orlando Sandoval Barrios

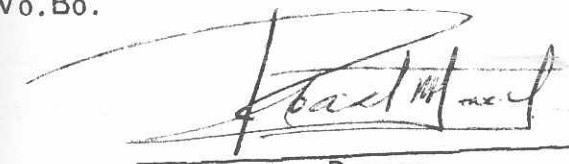

Asesor
Dr. Héctor García Santana


Revisor
Dr. Leonel Roberto Aceituno N.


Director de Fase III
Dr. Julio de León


Secretario General
Dr. Raúl Castillo Rodas

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo