

I N D I C E

CAPITULO	TITULO	PAGINA
I	INTRODUCCION	1
II	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III	JUSTIFICACION	3
IV	OBJETIVOS	4
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI	METODOLOGIA	17
VII	PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	22
VIII	CONCLUSIONES	55
IX	RECOMENDACIONES	56
X	RESUMEN	57
XI	BIBLIOGRAFIA	58
XII	ANEXOS	60

I. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud ha definido algunos indicadores que hacen referencia a la situación de salud de los países, así como de su situación económica y social, íntimamente relacionados que condicionan el desarrollo global.

Guatemala se ha hecho acreedora a los primeros lugares en materia de altas tasas de morbi-mortalidad materna asociados a riesgos reproductivos; lo cual se nota claramente al observar que de cada 73 mujeres en edad fértil, una muere por causas relacionadas con el embarazo o parto. Se ha determinado también que la tasa de fertilidad de la mujer urbana es de 4.1 en comparación con 6.5 para la mujer rural. Así mismo Guatemala posee la tasa más alta de crecimiento de la población en América Central, 3.2% en comparación con la de otros países que es de 2%. Viendo hacia el futuro, si la población continúa con esta misma tasa, ésta se duplicará en 22 años, esto significa que la población cerca de los 10.5 millones llegará aproximadamente a 20.8 millones.

Las condiciones demográficas en Guatemala son un factor determinante en el impacto de los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuyos recursos han sido siempre limitados y asistencialistas, aunados a la escasez de servicios mínimos que garanticen una situación más favorable en los servicios de salud particularmente en las áreas rurales, que se han mantenido marginadas.

Debido a que Alta Verapaz es un Departamento subdesarrollado, cuya sostenibilidad familiar depende de la agricultura en cultivos tales como: maíz, frijol, arroz, café, cardamomo y tala de árboles; surge la creencia en la población que a mayor número de hijos mayor será la fuerza de trabajo, por lo que rechazan los métodos de planificación familiar, sin tomar en cuenta que a menor cantidad de integrantes, mayores oportunidades tendrán cada uno de ellos, al recibir mejor alimentación, educación, asistencia médica, vestimenta, vivienda, recreación, etc., que les permitirá obtener una mejor calidad de vida.

En particular, este estudio busca conocer los mitos y realidades del Método Oral de Planificación Familiar de la comunidad de Chajaneb, del Municipio de San Juan Chamelco, Departamento de Alta Verapaz; en el cual se puede establecer un diagnóstico situacional de la realidad y poder aportar algunas conclusiones y recomendaciones que permitan mejorar la calidad de vida de esta población en general.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Se tiene conocimiento que en las áreas rurales de nuestro país, la Planificación Familiar es vista con temor a consecuencia de las costumbres y tradiciones de los demás que no comparten esta idea, creando mitos que desfavorecen su aceptación, lo que ha hecho que cierta parte de la población indígena no se interese por usar ningún método que le ayude a espaciar los embarazos.

Se debe mencionar que en esta comunidad, el 80% de la población practica la religión católica y el resto profesa la religión protestante; dichas religiones no recomiendan el uso de métodos anticonceptivos, ya que existe el concepto "que es un pecado negar la vida a un nuevo ser", por lo que sostienen, que Dios es el único que puede determinar el número de hijos de cada familia, teniéndose como resultado el rechazo al uso de métodos de planificación familiar.

En esta comunidad rural, prevalece una alta tasa de natalidad 33.64 por mil nacidos vivos, y mortalidad materna de 6.11 por mil nacidos vivos, en relación a las del Departamento de Alta Verapaz, lo que representa un alto riesgo para la madre, por el elevado índice de multiparidad que no le permite recuperarse de un embarazo a otro.

Los problemas que muchas de las familias numerosas atraviezan como: extrema pobreza, tenencia de la tierra, hacinamiento, falta de educación, asistencia médica, recreación, etc.; inducen a la realización de investigaciones que permitan conocer cuales son las creencias, mitos y realidades sobre el método de anticoncepción oral en las mujeres indígenas del área rural de Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

III. JUSTIFICACION

En la comunidad de Chajaneb, Municipio de San Juan Chamelco, Alta Verapaz, se registra una elevada tasa de natalidad y mortalidad materno-infantil de 33.64 y 6.11 por mil nacidos vivos respectivamente; debido a la falta de instituciones que promuevan el desarrollo social y económico que estas comunidades necesitan desde hace mucho tiempo. (90.)

La alta tasa de natalidad es un factor que produce familias numerosas, aumentando el grado de pobreza existente y creando precarias condiciones económicas que traen consigo mayor mortalidad materno-infantil, por lo que se hace necesario crear controles que frenen dicho crecimiento.

Por lo anteriormente descrito se torna necesario efectuar estudios e investigaciones, que permitan conocer las razones del porque de estas familias tan numerosas, a través de las creencias, mitos y realidades que existen dentro de las zonas rurales de dicha comunidad con respecto a la planificación familiar.

Se hace necesario fortalecer la educación en las familias, cuya finalidad es promover, orientar y capacitar a la pareja sobre los beneficios que se obtienen con el espaciamiento de los embarazos al usar el método de anticoncepción oral.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

1. Identificar los mitos y realidades sobre el Método de Anticoncepción Oral, en 186 mujeres que asisten al Puesto de Salud de la Aldea Chajaneb, Municipio de San Juan Chamelco, Departamento de Alta Verapaz.

ESPECIFICOS

1. Registrar los conocimientos y creencias sobre el Método de Anticoncepción Oral existente en la población objeto de estudio.
2. Detectar el nivel de aceptación del Método de Anticoncepción Oral en la mujer indígena.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. ANTECEDENTES DE LA SITUACION DE SALUD DE LA ALDEA CHAJANEB, MUNICIPIO DE SAN JUAN CHAMELCO, ALTA VERAPAZ.

a. DIAGNOSTICO DE LA POBLACION:

Chajaneb es una aldea situada en el Municipio de San Juan Chamelco del Departamento de Alta Verapaz. Pertenecce a la Región Norte del territorio de Guatemala. Cuenta con una extensión de 80 Kms. cuadrados, con un total de 1,106 viviendas y una población de 6,583 habitantes. Está ubicada a una distancia de la cabecera municipal de 6 kms. aproximadamente; a una altura sobre el nivel del mar de 1,350 mts.; en una latitud 159 259 209 y longitud 909 199 459, siendo un terreno quebrado con el rasgo geográfico primordial de la vertiente y recorrido del río Sotzil hacia el Municipio de San Pedro Carchá del mismo Departamento.

b. COLINDANCIAS:

Al norte con la aldea Chajcoatl.

Al sur con la aldea Chicoyá.

Al este con la aldea Paapá.

Al oeste con la cabecera municipal.

c. DESCRIPCION TOPOGRAFICA:

Toda la comunidad se encuentra rodeada por las montañas de CHICHEN y XUCANEB, las cuales hacen de esta comunidad un callejón definido.

B. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

En 1,984, alrededor de 56 millones de mujeres en todo el mundo estaban utilizando la píldora anticonceptiva oral. En los países desarrollados, el uso de la píldora en mujeres casadas entre 15 a 44 años fluctúa del 1% en el Japón y el 40% en Holanda. En los países en desarrollo el uso de la píldora en mujeres casadas va de menos del 2% en Nigeria y Paquistán, al 14% en Indonesia, 10% en México, 17% en Egipto y 25% en el Brasil. Concluyéndose que las mujeres jóvenes en edad reproductiva tienden a escoger la píldora.

En Guatemala desde 1963 se conocieron varias entidades que cuyo fin era brindar servicios en programas de planificación familiar. Una de estas entidades que actualmente presta sus servicios a la comunidad es la Asociación Pro-bienestar de la Familia (APROFAM); fue organizada en el año de 1,963, fundada por un grupo de profesionales multidisciplinarios y obteniendo su personería jurídica el 25 de agosto de 1,964. Durante el mismo año se inició en toda la red de centros de salud del país, un programa de normas, elementos y medicamentos encaminados a brindar servicios que favorezcan a espaciar los embarazos y al bienestar de la familia por medio de médicos, enfermeras auxiliares, promotores y comadronas de las comunidades, en forma independiente con el Ministerio de Salud Pública, existiendo solamente algunas coordinaciones de capacitación.

APROFAM actualmente tiene los siguientes objetivos:

- a. Propugnar la paternidad responsable.
- b. Colaborar con la educación para mejorar la vida familiar.
- c. Promover la salud de la familia.
- d. Evitar la práctica del aborto.
- e. Ayudar a la decisión de la pareja, al espaciamiento de los embarazos.

C. PLANIFICACION FAMILIAR

Cuando se menciona Planificación Familiar únicamente se piensa en anticonceptivos, cuando éstos son apenas un medio. El fin supremo de la Planificación Familiar es la salud integral de la familia.

Como concepto filosófico, Planificación Familiar es el derecho y el deber que tiene la pareja de procrear únicamente los hijos que deseen y cuando los deseen, de acuerdo a sus creencias, sus valores morales y su responsabilidad para con ellos mismos y para la sociedad a la que pertenecen.

Planificar la familia quiere decir: que una pareja entiende lo importante que es tener sólo los hijos que la familia y el país pueden cuidar adecuadamente, como espaciar los embarazos apropiadamente y que la pareja pueda lograr su objetivo. Planificación Familiar no quiere decir solamente cuantos hijos quiere tener y cuando tenerlos, sino usar un método moderno para lograrlo.

La Planificación Familiar es un derecho humano. En el Plan de Acción Mundial de Población, acordado en consenso por 136 gobiernos en la conferencia mundial de población de 1974 en Bucarest, en el párrafo 14 inciso f) se declara: "Todas las parejas y todos los individuos tienen el derecho básico a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y a poseer la información y los medios para así hacerlo; la responsabilidad de la pareja y de los individuos en el ejercicio de este derecho toma en cuenta las necesidades de sus hijos vivos y futuros, y sus responsabilidades para con la comunidad."

La Planificación Familiar es un derecho constitucional. La Constitución Política de la República de Guatemala, en el capítulo II, sobre derechos sociales, sección primera, textualmente dice: Artículo 47, Protección a la familia. "El Estado garantiza la protección social, económica y jurídica de la familia, promoverá su organización sobre la base legal del matrimonio, la igualdad de derechos de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos". El vocablo libremente en el contexto constitucional se interpreta, en el sentido de que la persona no está sujeta a tener un determinado número de hijos por mandato legal, religioso o social, sino de acuerdo a su derecho de elección, haciendo uso de su libre albedrío, sus valores y sus responsabilidades. De igual manera debe interpretarse el hecho de hacer uso de un método anticonceptivo, lo cual debe hacerse con libertad, responsabilidad y de acuerdo a una adecuada información.

Nadie debería utilizar un método por coacción, sea de la índole que sea.

Generalmente se confunden los términos Planificación Familiar con Control de la Natalidad. La Planificación Familiar es la práctica del espaciamiento de los embarazos por propia decisión de la pareja, sin coacción, haciendo uso de un derecho humano y Constitucional. El Control de la Natalidad, por el contrario, es la práctica del espaciamiento de embarazos por coacción y generalmente esta coacción la ejerce el Estado. En este caso la pareja no tiene el derecho ha decidir libremente cuando y cuantos hijos tener, sino es el Estado, quien lo decide. De acuerdo a antecedentes históricos, solo en la China Continental (o comunista) existe este tipo de Control Natal. En el resto de países, lo que se practica es la Planificación Familiar.

Hay ahora varios métodos fáciles de usar y dignos de confianza para limitar el número de familia y espaciar el nacimiento de los niños. Entre los que podemos mencionar:

D. METODOS DE ANTICONCEPCION

a. METODOS TEMPORALES O REVERSIBLES:

- i. Métodos Naturales.
- ii. Métodos de Barrera.
- iii. Anticonceptivos Hormonales.
- iv. Dispositivos Intrauterinos.

b. METODOS PERMANENTES O IRREVERSIBLES:

- i. Vasectomía o esterilización para el hombre.
- ii. Esterilización femenina.

E. ANTICONCEPTIVOS ORALES

Los anticonceptivos orales son un método extremadamente seguro y efectivo de control natal. De hecho, los anticonceptivos orales son hasta la fecha uno de los medicamentos de uso humano más extensamente estudiados. Quizás el mejor resumen del impacto de las píldoras de control de la natalidad, realizado por el doctor Carl Djerassi, uno de los bioquímicos responsables por las primeras investigaciones importantes que condujeron a la píldora.

La contribución más importante que la píldora, junto con los diversos DIU, ha hecho a nivel mundial es enseñarle a las personas que anticoncepción reversible puede separarse completamente del Coito a través de un método que por primera vez permite a la mujer misma "cuándo y cómo controlar su propia fecundidad."

a. HISTORIA:

Durante las últimas tres décadas las píldoras de control natal se han convertido en un componente importante de la mayoría de los programas de Planificación Familiar. La píldora es el método preferido de anticoncepción reversible más usado en la actualidad.

He aquí algunas de las fechas importantes en la historia de los anticonceptivos orales:

- | | |
|---------|---|
| 1956 | Primeros ensayos humanos en Puerto Rico. |
| 1960 | Aprobación de la administración de drogas y alimentos para las píldoras anticonceptivas orales combinadas en USA. |
| 1961 | Primer caso informado de tromboflebitis. |
| 1965-75 | Estudios prospectivos y retrospectivos ayudan a aclarar el papel de los anticonceptivos orales en algunas de las complicaciones mayores y muertes. |
| 1975-85 | Se acumula evidencia para demostrar una serie de beneficios no anticonceptivos atribuibles a los anticonceptivos orales, incluyendo la prevención de quistes ováricos y cáncer ovárico, cáncer endometrial, leiomiomas (fibromas uterinos), tumores benignos del seno, embarazos ectópicos y dismenorrea. |

Dentro de los anticonceptivos hormonales se encuentran:

b. ANTICONCEPTIVOS ORALES DE ESTROGENO MAS PROGESTAGENOS:

Se conocen que son los más frecuentemente usados en la actualidad, su uso es ingerido durante tres semanas, luego se suspende una en la cual se produce una hemorragia uterina por supresión. El estrógeno regularmente es el Etinil Estradiol o su 3-metilo.

c. MECANISMO DE ACCION:

i. Efectos Estrógenicos:

El transporte del óvulo es acelerado.

ii. Efectos Progestacionales:

Se crea un espeso moco cervical, escaso y celular, que obstaculiza el transporte de los espermatozoides.

La capacitación, es decir la activación de enzimas que permiten a los espermatozoides penetrar al óvulo, puede verse inhibida.

El transporte del óvulo puede ser desacelerado.

Hay supresión del endometrio.

La ovulación es inhibida por perturbaciones en la función hipotalámica-pituitaria-ovárica y por una modificación del aumento de FSH y LH a mitad del ciclo.

d. VENTAJAS:

i. Eficacia:

Muy eficaces si se toman según indicación y prescripción médica, se considera que tienen una mayor eficacia sobre el DIU, el condón, y las tabletas espermicidas. Su uso normal puede producir 1 embarazo por 100 usuarias en el primer año.

ii. Efectividad:

Una ventaja importante de la píldora para el control de la natalidad es su efectividad. Con excepción de los implantes de Norplant y las inyecciones de Depo-Provera, la píldora es el método reversible más efectivo de anticoncepción. La tasa de falla más baja informada para el primer año es de 0.1%. Para la usuaria más típica, que pudiera ocasionalmente dejar de tomar una píldora, la tasa de falla para el primer año es alrededor del 3%. Para las usuarias menores de 22 años de edad, la tasa de falla típica para el primer año es de 4.7%. Las píldoras de baja dosis con menos de 50 mg. (30 a 35 mg) son prácticamente tan efectivas como las píldoras de 50 mg.

Aunque son raros, pueden ocurrir embarazos no planeados durante el uso regular de anticonceptivos orales. Los embarazos no planeados también pueden ocurrir cuando las mujeres dejan de tomar las píldoras al comienzo de un nuevo ciclo, porque esta omisión prolonga el intervalo sin píldoras.

iii. Seguridad:

Las píldoras son extremadamente seguras para las jóvenes. En los Estados Unidos, es más seguro utilizar píldoras que dar a luz, a menos que una mujer tenga más de 35 años de edad y fume más de 35 cigarrillos al día. Considerándose las siguientes ilustraciones de la seguridad de la píldora, si se trazara una línea de 215 metros de altura, es decir la altura de un edificio de 70 pisos, para representar a 100.000 usuarias jóvenes no tomadoras de la píldora y luego se trazara una línea al lado de ésta para representar el número de usuarias de la píldora en los Estados Unidos que mueren cada año por complicaciones de la píldora, la segunda línea tendría aproximadamente 0.5 centímetros de altura. En comparación, la línea que representa el número de mujeres en los Estados Unidos que mueren por problemas relacionados con el embarazo tendría un poco menos de 2.5 centímetros de altura. Una línea representativa de la mortalidad materna en los países en desarrollo tendría de 25 centímetros a 1.5 metros de altura.

El riesgo de muerte a causa de las píldoras de control natal es muy bajo y sería aún menor si las mujeres mayores de 35 años que son fuertes fumadoras no utilizaran este método.

iv. Alivio de problemas cíclicos:

La píldora "minimiza" los cólicos menstruales, disminuye el número de días de sangrado y el volumen de pérdida de sangre, aumenta la regularidad del período menstrual, disminuye la incidencia de los quistes ováricos funcionales y reduce el "mittelschmerz" (dolor en el momento de la ovulación). Adicionalmente en las usuarias de la píldora disminuye la anemia por deficiencia de hierro. Algunas mujeres observan que su tensión, ansiedad o depresión premenstruales se reducen mientras están tomando los anticonceptivos orales.

v. Protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) aguda:

La píldora protege contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), una de las causas importantes de infertilidad femenina a nivel mundial. Las usuarias de la píldora tienen probabilidades de desarrollar formas más severas de EPI que las usuarias de anticonceptivos.

Los mecanismos que se han postulado incluyen:

Las píldoras regulan la cantidad promedio de sangre menstrual que pierde una mujer cada mes. La sangre actúa como un medio de cultivo facilitando el desarrollo de la EPI en algunas mujeres.

Las píldoras hacen que el moco cervical de una mujer se haga escaso, espeso y difícil de penetrar, obstaculizando así el ascenso de patógenos potenciales de la vagina a la cavidad uterina.

Las píldoras hacen que el canal cervical este menos dilatado, principalmente debido a que disminuyen el volumen de la secreciones cervicales y el volumen de la sangre menstrual.

Las píldoras causan una disminución en la fuerza de las contracciones uterinas, reduciendo así la probabilidad de difundir una infección de la cavidad uterina hacia las trompas de falopio.

Aunque numerosos artículos han anotado un menor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) severa para las mujeres que utilizan anticonceptivos orales, pero algunas veces la inflamación que ya está presente no permite la generalización de que los anticonceptivos orales protegen contra todas las formas de EPI, especialmente el tipo inaparente causado por la Chlamydia trachomatis. La evidencia epidemiológica y biológica indica que las infecciones cervicales con C. trachomatis son aumentadas por los anticonceptivos orales, posiblemente contrarrestando los efectos protectores de los AO contra la EPI, la clamidia es frecuente en parejas con mucha promiscuidad. La relación con la salpingitis clamídica se desconoce actualmente, principalmente debido a la naturaleza subclínica de muchas de estas infecciones.

vi. Protección contra el Cáncer Ovárico y Endometrial:

Existe considerable evidencia que sugiere que la píldora protege contra el cáncer tanto ovárico como endometrial. Se encontró que la usuaria de anticonceptivos orales combinados presentaban la mitad de riesgo de desarrollar un cáncer endometrial y ovárico, al compararlas con las mujeres que nunca habían utilizado este método.

El efecto protector se obtenía después de un mínimo de 12 meses de uso y parecía persistir largo tiempo después de descontinuadas las píldoras.

vii. Quistes Ováricos recurrentes:

Debido a que los AO suprimen la ovulación, la incidencia de quistes ováricos funcionales entre las mujeres que utilizan la píldora se reduce en más de un 90%.

viii. Quistes benignos del seno y fibroadenomas del seno (Tumores no cancerosos):

Estudios a largo plazo han demostrado repetidamente que las usuarias de la píldora tienen menores probabilidades de desarrollar tumores benignos del seno que las mujeres que están utilizando la píldora. Desafortunadamente, las píldoras no parecen tener un efecto protector contra las lesiones benignas del seno causadas por la atipia ductal, que se considera premaligna.

ix. Embarazo ectópico:

Al detener la ovulación, las píldoras previenen el embarazo ectópico, una causa importante de mortalidad materna en todo el mundo.

x. Otros efectos no anticonceptivos:

El acné con frecuencia mejora en mujeres que toman anticonceptivos orales. Algunas mujeres aumentan de peso u observan un incremento en el tamaño de sus senos cuando utilizan la píldora (el cual puede percibirse como un efecto benéfico o como un efecto adverso). Algunas mujeres y hombres disfrutan más de la relación sexual, probablemente a que disminuye el temor del embarazo. Adicionalmente, las mujeres pueden evitar los períodos menstruales en fines de semana o en vacaciones tomando píldoras adicionales de un paquete separado. Para casos de retardo menstrual en mujeres con severo problema higiénico, puede utilizar las píldoras para la disminución del sangrado menstrual a un sólo período cada 90 días.

Este cambio puede lograrse haciendo que la mujer tome 4 tabletas consecutivas de 21 píldoras. Después de 84 días consecutivos de tomar la píldora la mujer deja de tomarla durante 6 días. Los síntomas de la deficiencia de estrógenos pueden ser mediante los anticonceptivos orales; sin embargo, las mujeres de más de 40 años corren un riesgo mayor de desarrollar complicaciones serias por el uso de los anticonceptivos orales que las mujeres más jóvenes. Adicionalmente, la píldora se ha utilizado en el tratamiento de condiciones médicas tales como la endometriosis y la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).

xi. Excelente reversibilidad:

Una usuaria de la píldora que deje de tomarla puede experimentar fecundidad, aunque en algunos casos puede demorar algún tiempo en quedar embarazada, situación que no sucede al utilizar otros anticonceptivos.

e. DESVENTAJAS:

- i. Los progestágenos originan algunos efectos secundarios principalmente irregularidades del ciclo ovulatorio y embarazo ectópico.
- ii. Han causado una tasa de embarazos de 2 al 7% durante un año en mujeres usuarias.
- iii. La minipíldora sólo sirve en algunas pacientes que presentan hipersensibilidad documentada en los estrógenos y que estén amamantando.
- iv. No ofrecen protección contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH):

En algunas áreas del mundo, la infección con el virus causante del SIDA puede plantear una mayor amenaza para la salud de las mujeres sexualmente activas. Las píldoras no ofrecen ninguna protección contra el VIH para las parejas que mantienen relaciones sexuales. Deben utilizarse condones, además de la píldora, si se desea protección contra el VIH en una relación sexual íntima. No obstante, la abstinencia y las relaciones monógamas duraderas son forma más segura de evitar la infección por el VIH.

v. Efectos secundarios no deseados:

Aunque algunos efectos secundarios de la píldora pueden ser benéficos, otros pueden causar problemas médicos serios o incluso la muerte.

vi. Periodos faltantes o sangrado muy escaso:

El aumento cíclico del revestimiento uterino es casi siempre menor en las mujeres que utilizan la píldora que en las mujeres que experimentan ciclos naturales. La cantidad de sangrado vaginal en los siete días libres de la píldora puede ser mínimo o incluso no presentarse. Las mujeres deben ser advertidas por adelantado de que posiblemente experimenten una disminución en el sangrado.

vii. Manchado o sangrado intermedio entre periodos:

Un nivel de estrógeno bajo y decreciente puede causar sangrado uterino. Aunque la probabilidad de que ocurran el manchado y el sangrado intermedio es menor entre las mujeres que toman píldoras, tanto el manchado como el sangrado intermedio son más comunes entre las usuarias de AO de baja dosis que entre las de píldoras de alta dosis. Pese al sangrado intermedio no es perjudicial, puede ser incómodo y es razón frecuente para que las mujeres descontinúen la píldora. Debe informarse a las pacientes acerca de este posible efecto secundario y reasegurarlas respecto de su naturaleza benigna.

viii. Turgencia o sensibilidad de los senos:

Muchas mujeres experimentan sensibilidad o dolor de los senos (mastalgia) durante el ciclo menstrual normal. La incidencia de la sensibilidad de los senos está relacionada con el contenido de estrógeno del anticonceptivo oral y, por consiguiente, los AO de baja dosis tienden a causar menor sensibilidad. En algunas mujeres, en particular las que toman píldoras de alta dosis, es mayor la sensibilidad o el dolor de los senos. Por supuesto, tal vez sea necesario considerar el embarazo como una causa de la mastalgia.

ix. Cambios de humor incluyendo depresión:

Algunas observan cambios de humor por tomar píldoras. En otros casos, las hormonas de la píldoras pueden tener un efecto químico directo sobre las emociones de las mujeres o producir una deficiencia de piridoxina (vitamina B). Aunque la irritabilidad premenstrual y la depresión tienden a disminuir con las píldoras de baja dosis.

x. Cambios de peso:

La mayoría de los cambios de peso en las usuarias de anticonceptivos orales no tienen relación con la ingesta de la píldora.

f. Indicaciones: Para la mujer que:

- i. Tiene periodos abundantes y dolorosos.
- ii. Tiene relaciones frecuentes.
- iii. Desea tener hijos algún día.
- iv. Sigue una actividad diaria establecida.
- v. Es anémica.

g. Contraindicaciones absolutas:

- i. Desórdenes tromboembólicos.
- ii. Accidente cerebrovascular.
- iii. Enfermedad de las arterias coronarias.
- iv. Función defectuosa del hígado.
- v. Tumor maligno y/o benigno del hígado.
- vi. Enfermedad maligna de los senos o del aparato reproductor.
- vii. Embarazo y neoplasia
- viii. Conocimiento o sospecha dependiente de estrógenos.

h. Efectos secundarios:

Cefalea, náuseas, mareos, leucorrea, cloasma, acné, pérdida del libido, retención de líquidos, aumento de peso; vaginitis y tricomonas dando susceptibilidad a estas dos últimas enfermedades.

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

a. DESCRIPTIVO:

El estudio describe el comportamiento de un grupo poblacional de acuerdo a las diferentes variables

b. TRANSVERSAL:

Pues se mide sólo una vez la o las variables en un periodo definido.

c. OBSERVACIONAL:

Porque el investigador sólo describe y mide el fenómeno estudiado, por lo que no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

d. SELECCION DE LA MUESTRA:

En la muestra seleccionada se tomó mujeres de 14 a 49 años de edad, con vida sexual activa, originarias y/o residentes en esta comunidad, con 1 año o más de habitar en el mismo, usuarias y no usuarias de la anticoncepción oral y que asistan a la Unidad Asistencial de la aldea "Chajaneb" Municipio de San Juan Chamelco, Departamento de Alta Verapaz.

La población se tomó al azar y se determinó por medio de la siguiente fórmula:

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

2
4

DONDE:

N = 650 (650 = Promedio mes de consultas atendidas en Unidad Asistencial.)
p = 0.5 = Proporción conocida
q = 0.5 = Proporción desconocida
LE = 0.05 = Limite de error
N-1 = Población menos 1

B. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se tomó a 186 mujeres que utilizan métodos de Planificación Familiar, que asistieron a la Unidad Asistencial durante el periodo comprendido del 1ro. de junio al 1ro. julio de 1976, que llenaron los criterios de inclusión para la realización del presente estudio.

C. MATERIAL DE ESTUDIO:

Encuesta o entrevista de recolección de datos.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

Las características que se tomaron a las pacientes para que ser incluidas en la investigación son:

- a. Sexo femenino.
- b. Edad reproductiva de 14 a 49 años (según normas de salud pública).
- c. Que sean sexualmente activas.
- d. Paridad de uno a más hijos.
- e. Que sea originaria y/o con 1 año o más de residir en la comunidad de Chajaneb del Municipio de San Juan Chamelco del Departamento de Alta Verapaz.
- f. Que consulte a esta Unidad Asistencial en el periodo comprendido del 1ro. de junio al 1ro. de julio de 1976.
- g. Que utilicen o no métodos anticonceptivos orales.
- h. Que hablen castellano o quechchi.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- a. Que sean trabajadoras de salud.
- b. Paciente que no quiera colaborar.
- c. Que utilicen un método de planificación familiar distinto al método de anticoncepción oral.
- d. Que sea ladina o inmigrante.

F. VARIABLES:

Las variables consideradas para la realización del

presente estudio son las siguientes:

a. ALFABETISMO:

Def. Conceptual: Referente a saber leer y escribir.

Def. Operacional: Condición social que diferencia al alfabeto del no alfabeto.

Esc. Medición: Nominal.

b. EDAD:

Def. Conceptual: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.

Def. Operacional: Periodo comprendido entre 14 a 49 años.

Esc. Medición: Numérica.

c. ESTADO CIVIL:

Def. Conceptual: Condición, clase de estar: casada, soltera, divorciada, viuda.

Def. Operacional: Determina las diferentes conductas de la mujer.

Esc. Medición: Nominal.

d. GRUPO ETNICO:

Def. Conceptual: Agrupación natural de individuos de igual idioma y cultura que vista traje típico de la región.

Def. Operacional: Determina el tipo de comportamiento de la persona indígena o ladina.

Esc. Medición: Nominal.

e. OCUPACION:

Def. Conceptual: Tarea útil o necesaria en que se emplea el tiempo.

Def. Operacional: Diferencia laboral, doméstica, etc.

Esc. Medición: Nominal.

f. RELIGION:

Def. Conceptual: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.

Def. Operacional: Determina las diferentes formas de conducta de la persona.

Esc. Medición: Nominal = Católico, evangélico y otros.

g. PARIDAD:

Def. conceptual: Número de hijos.

Def. Operacional: Determina el número de integrantes de la familia.

Esc. Medición: Numérica.

h. METODO DE ANTICONCEPCION ORAL:

Def. Conceptual: Refierase a espaciar los embarazos a través de la ingesta de píldoras.

Def. Operacional: Determina o no el uso de métodos.

Esc. Medición: Nominal.

i. MITOS:

Def. Conceptual: Fábula, tradición alegórica. Por lo común de carácter religioso. Tener por cierto una opinión, idea o pensamiento.

Def. Operacional: Determina la actitud hacia los anticonceptivos orales.

Esc. Medición: Nominal

j. REALIDAD:

Def. Conceptual: Existencia real y efectiva de una cosa. Propiedad que tiene una cosa de mantenerse inmutable. Veracidad, Expresión clara y sin rebozo con que se representa alguien.

Def. Operacional: Determina el grado de conocimiento acerca del método anticonceptivo oral.

Esc. Medición: Ordinal: Buén conocimiento = 70 % respuestas correctas. Regular conocimiento = 50 a 69.9 % respuestas correctas. Escaso conocimiento = Menos del 49.9% respuestas correctas. Nulo conocimiento = no contesta ninguna pregunta correcta.

G. RECURSOS:

a. HUMANOS

i. Personal de la Unidad Asistencial.

ii. Pacientes entrevistadas.

b. MATERIALES:

i. Físicos: Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco Alta Verapaz, escritorios, sillas, máquina de escribir, libros de consulta, etc.

H. INSTRUMENTO DE MEDICION DE VARIABLES:

a. Boleta de entrevista

b. Estandarización del instrumento:

i. Se pasó una prueba piloto a 10 personas para establecer la claridad de las preguntas y hacer las modificaciones pertinentes.

ii. Respuestas esperadas y su interpretación.

I. RECOLECCION DE DATOS:

Se procedió a realizar una entrevista a mujeres que utilizan o no métodos de planificación familiar con su previo consentimiento.

J. TRATAMIENTO DE DATOS:

Una vez obtenidos los datos, se procedió a efectuar cálculos estadísticos, cuadros gráficos y el análisis respectivo de cada uno de ellos.

VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION ETARIA DE LA POBLACION OBJETO DE ESTUDIO

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Grupo de Edad	No.	%
De 14 a 20 Años	30	16.1
De 21 a 25 Años	43	23.1
De 26 a 30 Años	63	33.9
De 31 a 35 Años	26	14.0
De 36 a 40 Años	17	9.1
De 41 a Más Años	7	3.8
Total	186	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta.
(Ver anexo).

ANALISIS

El grupo etáreo mayoritario de la población encuestada es el de mujeres de 14 a 35 años de edad con un 87.1% y el resto esta conformado por los grupos de 36 años en adelante.

Es importante señalar que las mujeres que presentan mayores riesgos reproductivos y de multiparidez son las comprendidas entre las edades de 14 a 20 años quienes actualmente cuentan con un número promedio de 4 hijos.

CUADRO No. 2

RELACION DEL ESTADO CIVIL EN LA POBLACION OBJETO DE ESTUDIO

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Estado Civil	No.	%
Soltera	2	1.1
Casada	157	84.4
Unida	24	12.9
Separada	3	1.6
Total	186	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta.
(Ver anexo).

ANALISIS

Entre las mujeres casadas y unidas suman el 97.3%, que se encuentran con una vida sexualmente activa, aumentando el riesgo de embarazo.

CUADRO No. 3

RELACION DEL ALFABETISMO EN LA POBLACION
OBJETO DE ESTUDIO

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Alfabetismo	No.	%
Si	10	5.4
No	176	94.6
Total	186	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (Ver anexo).

ANALISIS

El 94.6% de las mujeres encuestadas son analfabetas. Se concluye que los medios a utilizar para informar deben adecuarse a esta situación, de preferencia sin letras y en base a mensajes con imágenes que expresen ideas claras para que sean comprendidas por la población analfabeta.

CUADRO No. 4

NUMERO DE HIJOS EN LA POBLACION
OBJETO DE ESTUDIO

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Cantidad de Hijos	No.	%
De 1 a 3 Hijos	70	37.6
De 4 a 6 Hijos	93	50.0
De 7 a Más Hijos	23	12.4
Total	186	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (Ver anexo).

ANALISIS

El 50% de las mujeres encuestadas tienen entre 4 y 6 hijos, lo que las coloca en riesgo reproductivo por multigravidez y el 37.6% tienen entre 1 y 3 hijos, por lo que en un futuro próximo tienen altas probabilidades de pertenecer al grupo de mayor riesgo.

CUADRO No. 5

RELIGION DE LA POBLACION OBJETO DE ESTUDIO

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Religión	No.	%
Católica	133	71.5
Evangélica	52	28.0
Otras	1	0.5
Total	186	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta

ANALISIS

La Religión Católica es predominante con un 71.5%, seguida de la Evangélica con 28.0% y apenas un 0.5% poseen otra religión. Es importante indicar que las estrategias a emplear para convencer a la población objeto de estudio sobre el uso del método anticonceptivo oral, tienen como limitante al que el 99.5% practican religiones cristianas.

CUADRO No. 6

GRUPO ETNICO DE LA POBLACION OBJETO DE ESTUDIO

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Grupo Etnico	No.	%
Indígena	186	100.0
Ladina	0	0.0
Total	186	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta

ANALISIS

El 100% de las mujeres entrevistadas son indígenas. Esto implica que la implementación de las estrategias deben adaptarse a las costumbres, idioma y cultura de la población.

implica que la implementación de las estrategias deben adaptarse a las costumbres, idioma y cultura de la población.

CUADRO No. 7

OCUPACION EN LA POBLACION OBJETO DE ESTUDIO

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Ocupación	No.	%
Artesana	0	0.0
Agricultora	0	0.0
Ama de Casa	186	100.0
Total	186	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta

ANALISIS

El 100% de las mujeres entrevistadas no tienen actividades fuera de la casa. Esto nos indica que las actividades de información a realizar se facilitarían a través de visitas domiciliarias.

CUADRO No. 8

CONOCIMIENTO ACERCA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Si	79	42.5
No	107	57.5
Total	186	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta

ANALISIS

De las 186 mujeres entrevistadas el 57.5% contestaron que no sabían que es Planificación Familiar y el 42.5% si sabían que era Planificación Familiar. Aunque de las 186

CUADRO No. 9

CONOCIMIENTOS SOBRE QUE ES LA PLANIFICACION FAMILIAR EN LA POBLACION OBJETO DE ESTUDIO

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Espaciar los embarazos	63	79.7
No quedar embarazada	3	3.8
Tener pocos hijos	6	7.6
No tener hijos seguidos	6	7.6
Decidir cuantos hijos tener	1	1.3
Total	79	100.00

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (Ver anexo).

ANALISIS

De las 186 mujeres entrevistadas solo 79 dieron un concepto de que entienden por Planificación Familiar, dichos conceptos concuerdan con la idea de espaciar los embarazos, lo que nos da la pauta de que no hay motivo para no utilizar el método de anticoncepción oral.

CUADRO No. 10

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR CONOCIDOS EN LA POBLACION OBJETO DE ESTUDIO

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Anticonceptivos Orales	96	51.1
Condomes	11	5.9
Inyecciones	5	2.7
Tabletas Vaginales	0	0.0
Otras	0	0.0
Ninguno	74	39.8
Total	186	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (Ver anexo).

ANALISIS

De las 186 entrevistadas el 59.7% tienen conocimiento en cuanto a la utilización de algún método anticonceptivo; mientras que el 39.8% contestaron que desconocen la utilización de estos métodos. Estas variables nos indican que es necesario implementar estrategias para convencer sobre los beneficios que producen la Planificación Familiar.

CUADRO No. 11

USO Y NO USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Si	10	5.4
No	176	94.6
Total	186	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (Ver anexo).

ANALISIS

De las 186 entrevistadas el 94.6% respondieron que no utilizan ni han utilizado algún método anticonceptivo por diferentes causas, tales como: porque causan daños, porque alguien se opone y por no tener información. De las 10 mujeres que es el 5.4% de la población entrevistada si utilizan el método de anticoncepción oral.

CUADRO No. 12

TIEMPO DE UTILIZACION DEL METODO ANTICONCEPTIVO ORAL EN LA POBLACION USUARIA

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
De 1 a 6 Meses	1	10.0
Menos que 1 año	1	10.0
De 1 a 2 años	3	30.0
De 2 a 3 años	1	10.0
Más de 4 años	4	40.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (Ver anexo).

ANALISIS

De las 10 mujeres que utilizan el método de anticoncepción oral, el 40% lo ha utilizado más de 4 años y el 30% lo ha utilizado de 1 a 2 años, determinándose que su utilización ha sido constante durante los periodos antes mencionados.

CUADRO No. 13

CONOCIMIENTOS SOBRE COMO ACTUA EL METODO
DE ANTICONCEPCION ORAL EN LAS USUARIAS

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Si	7	70.0
No	3	30.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta
(Ver anexo).

ANALISIS

De las 10 mujeres que utilizan el método de anticoncepción oral, el 70% respondieron que si saben como actúa este método y el 30% lo desconoce, ya que no han recibido ningún tipo de orientación en cuanto a su mecanismo de acción.

CUADRO No. 14

CONCEPTO DE COMO ACTUA EL METODO ANTICONCEPTIVO
ORAL EN LA POBLACION USUARIA

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
No quedando embarazada	4	40.0
Espaciando los embarazos	2	20.0
Evitando que tenga hijos	1	10.0
No contestaron	3	30.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta
(Ver anexo).

ANALISIS

De las 10 mujeres que utilizan el método de anticoncepción oral, el 70% conformado por 7 de ellas contestaron la forma como actuaba y el 30% no dieron respuesta alguna.

CUADRO No. 15

RESPUESTA RESPECTO A COMO SE SIENTEN LAS USUARIAS
DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Bien	8	80.0
Mal	1	10.0
Con sueño	1	10.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta

ANALISIS

De las 10 mujeres usuarias, el 80% respondió que al utilizar el método de anticoncepción oral se sienten bien, ya que no les ocasiona ningún efecto y el 20% dijeron que si les causa efectos como el sentirse mal y con sueño.

CUADRO No. 16

CONOCIMIENTO DE LA PAREJA SOBRE EL USO DE
ANTICONCEPTIVO ORAL EN LA POBLACION USUARIA

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Si	10	100.0
No	0	0.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta

ANALISIS

Las 10 mujeres que usan el método de anticoncepción oral contestaron que su pareja sabe que usan este método y no se oponen a su uso.

CUADRO No. 17

ACTITUD POSITIVA SOBRE EL ESPACIAMIENTO DE LOS
EMBARAZOS EN LA POBLACION USUARIA

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Descansa de estar embarazada	1	10.0
Porque no se descuidan a los hijos	1	10.0
Por el alto costo de la vida	1	10.0
Beneficia a los hijos	3	30.0
Se mantienen mejor a los hijos	2	20.0
No tener muchos hijos	1	10.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta
(Ver anexo).

ANALISIS

De las 10 mujeres que utilizan el método de anticoncepción oral, el 100% tienen una actitud positiva en cuanto a la utilización de este método, ya que todas coinciden que el utilizarlo es beneficioso para la familia en general.

CUADRO No. 18

SINTOMAS QUE LES PRODUCE A LAS USUARIAS AL
UTILIZAR EL METODO ANTICONCEPTIVO ORAL

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Ninguno	8	80.0
Manchas en la cara	1	10.0
Sueño	1	10.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta

ANALISIS

De las 10 mujeres usuarias el 80% contestó que los anticonceptivos orales no les produce ningun síntoma y el 20% respondió que si les produce síntomas tales como manchas en la cara y sueño.

CUADRO No. 19

EMBARAZOS PLANIFICADOS POR LAS USUARIAS

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Embarazos Planificados	No.	%
1 Hijo	7	70.0
2 Hijos	2	20.0
3 Hijos	1	10.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta

ANALISIS

De las 10 mujeres usuarias el 100% respondió que han planificado sus hijos, pero el promedio es de 5 hijos por pareja, originando ésto familias numerosas.

CUADRO No. 20

CAMBIO A OTRO METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR
EN LAS USUARIAS

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Si	1	10.0
No	9	90.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta
(Ver anexo).

ANALISIS

De las 10 mujeres usuarias, el 90% dijeron que no han cambiado el método de anticoncepción oral, porque se sienten bien con éste método por su fácil utilización y sus mínimos efectos secundarios y únicamente una de ellas que es el 10% lo ha cambiado porque le causaban sueño durante el día.

CUADRO No. 21

FUENTE DE INFORMACION PARA LAS USUARIAS SOBRE
EL METODO DE ANTICONCEPCION ORAL

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Medico	0	0.0
Promotor de Salud	1	10.0
Enfermera	8	80.0
Aprofam	1	10.0
Farmacia	0	0.0
Comadrona	0	0.0
Otros	0	0.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (Ver anexo).

ANALISIS

De las 10 mujeres usuarias, el 90% dijeron que se habían enterado del método anticonceptivo oral a través de la enfermera y el promotor de Salud, ya que dicho Puesto de Salud no cuenta con Médico, por lo que vemos que el Ministerio de Salud Pública juega un papel importante como medio de información. APROFAM únicamente tiene el 10% a pesar que tiene a su cargo la promoción de la Planificación Familiar.

CUADRO No. 22

FUENTE DE ABASTECIMIENTO DEL METODO DE
ANTICONCEPCION ORAL PARA LAS USUARIAS

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Puesto de Salud	7	70.0
Promotor de Salud	0	0.0
Enfermera	0	0.0
Aprofam	2	20.0
Farmacia	0	0.0
Comadrona	0	0.0
Otros	1	10.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (Ver anexo).

ANALISIS

El 70% de las 10 mujeres adquirieron y adquieren el método anticonceptivo en el puesto de salud, el 20% en Aprofam y el 10% en otros lugares. Por lo que se concluye que el Ministerio de Salud Pública a través del Puesto de Salud de Chajaneb no sólo es fuente de información, sino que también es fuente de abastecimiento de dicho método.

CUADRO No. 23

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO UTILIZACION
DEL METODO ANTICONCEPTIVO ORAL

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Por no tener información	53	30.1
Porque causan daños	62	35.2
Por su alto costo	1	0.6
Por no estar disponible	0	0.0
Porque alguien se opone	60	34.1
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta
(Ver anexo).

ANALISIS

Entre las razones de las 176 mujeres no usuarias del porque no utilizan anticonceptivos orales estan: que les causan daños, alguien se opone, no tener suficiente información. Estas barreras identificadas deben ser aprovechadas para implementarlas en programas de promoción de la Planificación Familiar.

CUADRO No. 24

PERSONAS QUE INFLUYEN EN LA NO UTILIZACION
DEL METODO ANTICONCEPTIVO ORAL

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Esposo	32	53.3
Papá	0	0.0
Mamá	0	0.0
Padre de la Iglesia	15	25.1
Pastor Evangélico	11	18.3
Otros	2	3.3
Total	60	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta
(Ver anexo).

ANALISIS

De las 176 mujeres que no utilizan el método de anticoncepción oral según el cuadro # 23. El 34.1% que corresponde a las 60 mujeres no lo utilizan porque alguien se opone. De las 60 mujeres el 53.3% se opone el esposo y únicamente el 43.41% le corresponde a las diferentes religiones.

CUADRO No. 25

RAZONES POR LAS CUALES NO UTILIZAN EL
MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN ORAL

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Cáncer	24	38.7
Hemorragia Vaginal	9	14.5
Obesidad	6	9.7
Cefalea	6	9.7
Enfermedades	5	8.0
Otros	12	19.4
Total	62	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta
(Ver anexo).

ANÁLISIS

De las 176 mujeres que no utilizan el método de anticoncepción oral según el cuadro # 23. El 35.2% que corresponde a las 62 mujeres no lo utilizan porque causan daños. De las 62 mujeres el 38.7 manifestó que les causaba cáncer y el 14.5% dijo que les ocasionaba hemorragia vaginal.

CUADRO No. 26

CREENCIAS SOBRE LOS EFECTOS QUE PRODUCEN
EL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Me muero	23	13.1
No tendré más hijos	14	7.9
Ninguno	59	33.6
Cáncer	61	34.6
No se	9	5.1
Otros	10	5.7
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta
(Ver anexo).

ANÁLISIS

De las 176 mujeres encuestadas el 34.6% respondió que no los utilizan porque creen que causan cáncer, el 33.6% respondió que creen que no causan ningún daño. Esto nos indica que en las mujeres no usuarias lo que existe es temor a sufrir enfermedades, porque desconocen los beneficios que realmente proporciona el método de anticoncepción oral.

CUADRO No. 27

FUENTE DE CONOCIMIENTO A CERCA DEL DAÑO QUE
CAUSAN LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Médico	1	1.7
Promotor de Salud	0	0.0
Enfermera	0	0.0
Curandero	2	3.2
Farmacia	0	0.0
Comadrona	3	4.8
Familiares, amigas, vecinos	56	90.3
Total	62	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta
(Ver anexo).

ANÁLISIS

De las 176 mujeres que no utilizan el método de anticoncepción oral según el cuadro # 23. El 35.2% que corresponde a las 62 mujeres no lo utilizan porque causan daños. De las 62 mujeres el 90.3% respondieron que quien les había informado que los anticonceptivos orales causaban daños fueron familiares, amigas y vecinos.

CUADRO No. 28

CONOCIMIENTO DE BENEFICIOS AL USAR
ANTICONCEPTIVOS ORALES

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Si	30	11.4
No	156	88.6
Total	186	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta

ANÁLISIS

El 88.6% de 186 mujeres encuestadas respondieron que no sabían los beneficios que producen los anticonceptivos orales, porque nunca los habían utilizado.

CUADRO No. 29

SEGURIDAD SOBRE EL MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN ORAL
EN LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad
reproductiva Puesto de Salud Chajaneb,
San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Si	93	50.0
No	93	50.0
Total	186	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta

ANÁLISIS

El 50.0% de 186 mujeres respondió que los anticonceptivos orales no son seguros para espaciar los embarazos, porque nunca los han usado, y el otro 50.0% respondió que son seguros a pesar que solo 10 mujeres lo utilizaron o utilizan.

CUADRO No. 30

MÉTODOS PARA ESPACIAR LOS EMBARAZOS
EN LAS MUJERES NO USUARIAS

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

Respuesta	No.	%
Por la voluntad de Dios	47	26.7
Ritmo	3	1.7
Nada	104	59.2
Por la naturaleza	5	2.8
Lo evita el esposo	1	0.5
No contestaron	16	9.1
Total	176	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (Ver anexo).

ANÁLISIS

De las 176 mujeres no usuarias el 90.4% respondieron que no han utilizado nada para espaciar los embarazos, ya que es Dios quien decide el número de hijos que va a tener cada pareja.

CUADRO No. 31

RESPUESTAS AFIRMATIVAS O NEGATIVAS DE LAS NO USUARIAS
ACERCA DE RECIBIR O NO INFORMACIÓN SOBRE LOS
ANTICONCEPTIVOS ORALES

Encuesta realizada a 186 mujeres en edad reproductiva Puesto de Salud Chajaneb, San Juan Chamelco, Alta Verapaz.

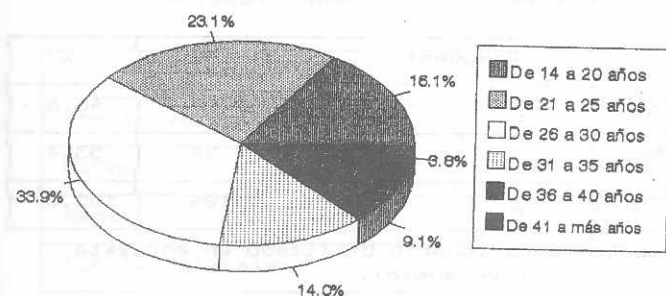
Respuesta	No.	%
Si	92	46.6
No	94	53.4
Total	186	100.0

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (Ver anexo).

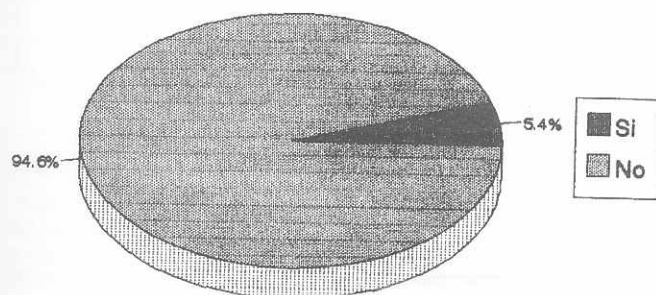
ANÁLISIS

El 53.4% de las 176 mujeres respondieron que no les gustaría saber acerca de los anticonceptivos orales, porque su esposo se opone y otras dijeron que era pecado negarle la vida a un nuevo ser.

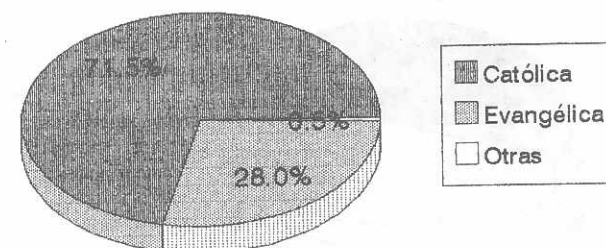
Gráfica No. 1 del cuadro No. 1
Distribución Etaria de la Población



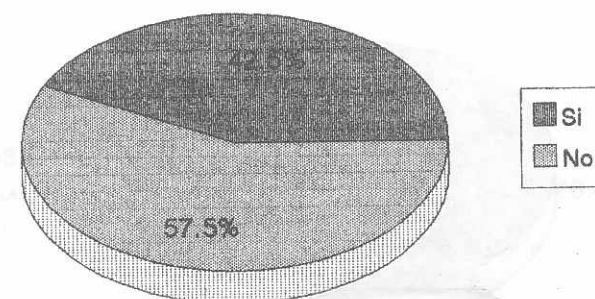
Gráfica No. 2 del cuadro No. 3
Alfabetismo de la Población a estudio



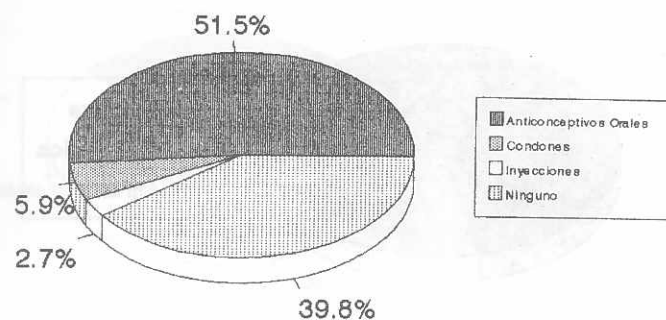
Gráfica No. 3 del cuadro No. 5
Religión de la Población a estudio



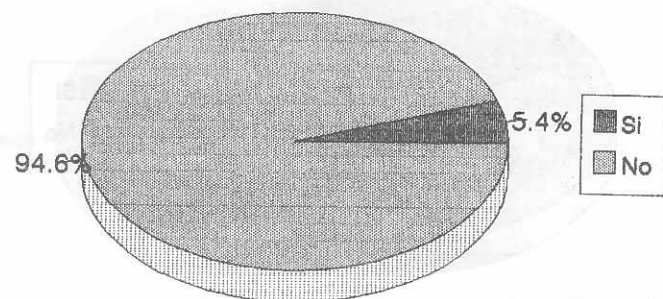
Gráfica No. 4 del cuadro No. 8
Conocimiento del Planificación Familiar



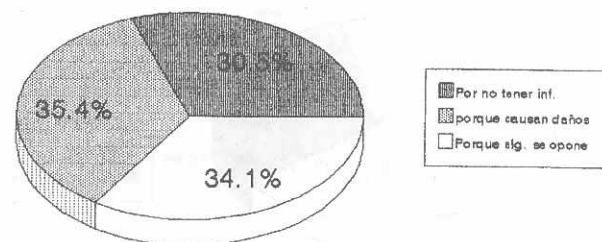
Gráfica No. 5 del cuadro No. 10
Métodos de Planificación conocidos



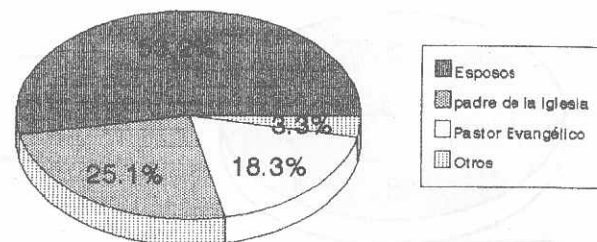
Gráfica No. 6 del cuadro No. 11
Uso y no uso de métodos anticonceptivos



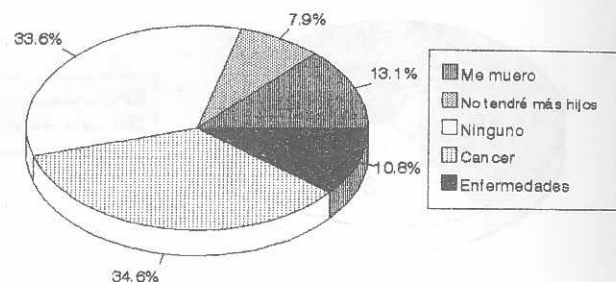
Gráfica No. 7 del cuadro No. 23
Factores que impiden el uso de A.O.



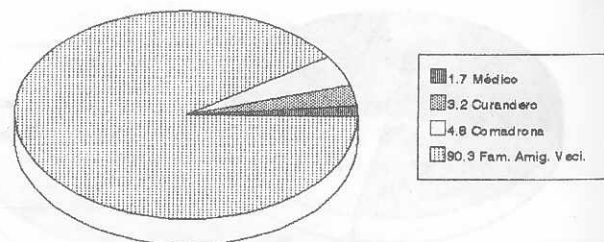
Gráfica No. 8 del cuadro No. 24
Pnas. que influyen en el uso de A.O.



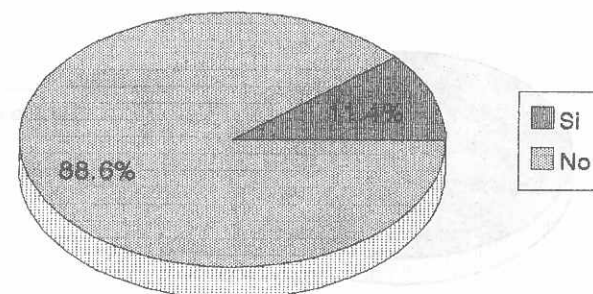
Gráfica No. 9 del cuadro No. 26
Creencias sobre efectos del uso de A.O.



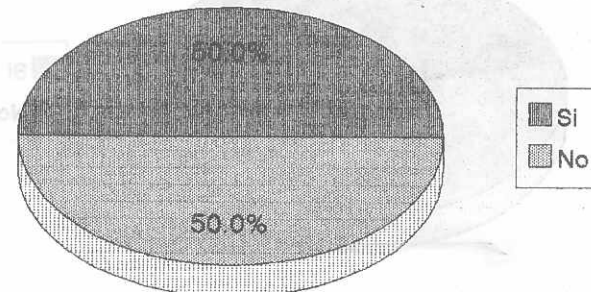
Gráfica No. 10 del cuadro No. 27
Fuente de información de daños de A.O.



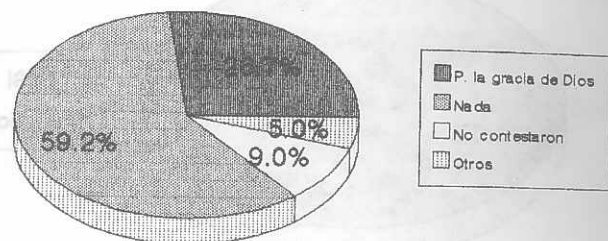
Gráfica No. 11 del cuadro No. 28
Conocimientos de beneficios del USAR A.O.



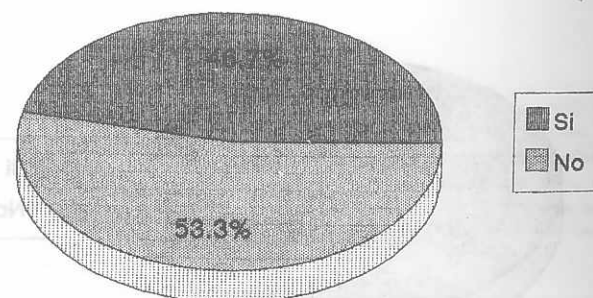
Gráfica No. 12 del cuadro No. 29
Seguridad sobre el uso del Método A.O.



Gráfica No. 13 del cuadro No. 30
Métodos para no quedar embarazadas



Gráfica No. 14 del cuadro No. 31
Recibir o no información sobre A.O.



VIII. CONCLUSIONES

01. De las 186 mujeres entrevistadas el 33.9% están comprendidas entre las edades de 26 a 30 años, 84.4% son casadas, 94.6% son analfabetas, 50% tienen entre 4 y 6 hijos, 71.5% practican la religión católica, 100% son indígenas y el 100% su ocupación es ama de casa.
02. Del total de mujeres encuestadas el 57.5% contestaron que no conocen que es la Planificación Familiar; 51.6% respondieron que a pesar de no conocerlos han oído mencionar algunos métodos anticonceptivos.
03. De las 10 mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos el 40% lo ha utilizado más de 4 años. El 100% respondieron que su pareja sabe que utilizaron y utilizan anticonceptivos orales, y un 80% dijeron que se habían enterado del método anticonceptivo a través de la enfermera.
04. De las 176 mujeres el 35.2% respondieron que no utilizan anticonceptivos orales porque les causan daños, 34.1% respondió que no los utilizan porque alguien se opone. El 88.6% respondieron que no sabían los beneficios que producen los anticonceptivos orales. El 53.4% respondieron que no les gustaría saber acerca de los anticonceptivos orales.
05. En esta comunidad se determinó que el 53.3% de la decisión si la mujer utilizará o no los servicios de Planificación Familiar es ejercida por el esposo y las actividades publicitarias están dirigidas a las mujeres en un porcentaje mayor.
06. Vivimos en una cultura que valora demasiado a los niños y cuando asociamos la Planificación Familiar únicamente con el término de procrear, damos lugar a que las personas deseen tener familias numerosas, reduciendo la aceptación de la idea de limitar los nacimientos.
07. Existe desconfianza general en cuanto a los proveedores de los servicios de planificación familiar y el temor de que quienes apoyan los servicios puedan estar tratando de debilitar la fuerza de la comunidad indígena.

IX. RECOMENDACIONES

01. Se debe reconocer la fuerte influencia de los familiares, vecinos, organizaciones religiosas y líderes comunitarios, si se desea informar correctamente a la población Q'ueqchi' sobre los beneficios de la Planificación Familiar, procurando en la medida de lo posible establecer puntos de acuerdo y colaboración.
02. Los proveedores de los servicios de Planificación Familiar deben ser líderes de la misma comunidad para lograr mayor aceptación y evitar discrepancias entre los pobladores.
03. Se debe promover una mayor colaboración y coordinación intersectorial para desarrollar estrategias adecuadas de servicios y promoción, enfocadas hacia líderes religiosos, comunitarios y pareja sexual activa; asimismo evaluar periódicamente para mejorarlas y hacerlas aceptables en la comunidad.
04. Los mensajes de Planificación Familiar deben estar enfocados hacia las ventajas de salud que se logran al prolongar los intervalos intergenésicos, haciendo conciencia en las no usuarias sobre los beneficios que obtienen sus hijos al espaciar los embarazos.
05. Es necesario llevar a cabo una campaña educativa por medio de visitas domiciliarias y otras intervenciones comunitarias para eliminar los factores culturales que promuevan las falsas informaciones, tales como: disipar rumores negativos, resolver sus dudas y aliviar su temor, para mejorar la salud materno-infantil, mediante amplia y adecuada información.

X. RESUMEN

Este estudio fue realizado con 186 mujeres que asisten al puesto de salud de la aldea Chajaneb Municipio de San Juan Chamelco, Departamento de Alta Verapaz, durante el período comprendido del 1ro. de junio al 1ro. de julio de 1996.

El objetivo general del estudio fue identificar los mitos y realidades sobre el método de anticoncepción oral en la mujer indígena, lográndose la participación activa de la comunidad, con el apoyo de las autoridades locales y regionales; para obtener una muestra más confiable se realizó encuestas en el puesto de salud y visitas domiciliarias.

Se pudo observar que el 33.9% de las entrevistadas, están comprendidas entre las edades de 26 a 30 años, 84.4% son casadas, 94.6% son analfabetas, 50% tienen entre 4 y 6 hijos, 71.5% practican la religión católica y el 100% son indígenas y en el mismo porcentaje su ocupación es oficios domésticos.

El 57.5% de las mujeres entrevistadas contestaron que no conocen que es la Planificación Familiar; 51.6% respondieron conocer los anticonceptivos orales y un 94.6% respondieron que no usan ni han usado métodos anticonceptivos.

De las 10 mujeres que utilizan el método de anticoncepción oral, 40% lo ha utilizado más de 4 años y el 30% de 1 a 2 años. El 70% respondieron que si saben como actúa el método, 100% respondió que su pareja sabe que utilizaron y utilizan anticonceptivos orales, 90% manifestaron que no han cambiado el método de anticoncepción oral, 80% dijeron que se habían enterado del método anticoncepción oral a través de la enfermera, 70% adquirieron y adquieren el método anticoncepción oral en el puesto de salud y un 20% en APROFAM.

El 35.2% de 176 mujeres respondieron que no utilizan anticonceptivos orales porque les causan daños, 34.1% respondió que no los utilizan porque alguien se opone, 30.1% contestó que no los usan por no contar con suficiente información. El 53.3% respondió que se opone el esposo, 25.1% que se opone el padre de la iglesia y el 18.3% se opone el pastor evangelico. El 90.3% contestó que quienes les informaron que los anticonceptivos orales causaban daños fueron los familiares y amigas. El 88.6% respondió que no sabían los beneficios que producen los anticonceptivos orales; 52.8% contestó que los anticonceptivos orales son seguros para espaciar los embarazos y un 53.4% respondieron que no les gustaria saber acerca de los anticonceptivos orales.

XI. BIBLIOGRAFIA

10. Anonymous, SOMARC contraceptive marketing program launches in kazakhstan. January 1995. 1 pág.
20. Asociación probienestar de la familia. Qué es planificación familiar. Departamento de adiestramiento. Unidad de educación, información y adiestramiento. Guatemala Abril 1989, 10 pág.
30. Azurdia P. María Victoria. Promoción en Planificación Familiar. Guatemala. 1994. 24 pág.
40. Benson, Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. 7a. ed. Editorial Manual Moderno, Mexico D.F. 1985 680-694 pág.
50. Casas, Juan Antonio. Machuca, Miguel. Análisis de la situación de Salud por regiones. Publicaciones Científicas y Técnicas de la Oficina Panamericana de la Salud, Edit. Don Quijote, S.A. Guatemala, Septiembre 1992 145 pag.
60. Castro Barrios, Salvador Enrique. Creencias, actitudes y conocimiento de los métodos anticonceptivos. Tesis de Grado, Agosto 1988 USAC 91 pág.
70. Chaney, Myths about oral contraceptives. Noviembre 1, 1993. 1 pág.
80. Cuadernos Médicos Sociales. La planificación de los Nacimientos: Una propuesta pública a mitad del camino? No. 59, CESS. Argentina: Marzo 1992 75 pág.
90. Droege Garcia, Lilian Ivonne. Evaluación de Saneamiento Básico en un área rural guatemalteca, septiembre, 1, 1995.
100. Hatcher, R. et. al. Contraceptive Technology. 1986-1987, 13a ed. NEW YORK, Irvington Publisher. 135-152 pág.
110. International Planned Parenthood Federation (IPPF). November 1993. 1 pág.
120. Klemm L. Ronal. Manual de planificación familiar para médicos. 6ta. ed. Federación internacional de la * planificación de la familia, Londres: 1989 170-187 pág.
130. Mascaro, J., Diccionario Médico. 2da. ed. editorial Salvat México D.F. 1988 632 pág.
140. McCune, Marina. Introducción de los Anticonceptivos. Network en Español. Volumen 10. Número 4. Octubre 1, 1995.
150. Ministerio de Salud pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Salud Materno-Infantil. 1992-1996, Guatemala agosto 1992 24-48 pág.
160. Novak, H. Jones, planificación familiar en su: Tratado de Ginecología, 10a ed. México: editorial Interamericana, 1987 843-857 pág.
170. Pernoll, Martin, Benson Ralph. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstetricia, 5a ed. editorial Manual Moderno, S.A. de C.V., Mexico D.F.: 1989 599-614 pág.
180. Population Reports. El Hombre: Nuevo Enfoque de los programas de planificación familiar. J-3 Diciembre 1986 32 pág.
190. Population Reports. Esterilización Voluntaria Femenina. C-10 Noviembre 1990, 22 pág.
200. population Reports. Píldoras de Dosis Reducidas. A-7 Noviembre 1988, 26 pág.
210. Population Reports. Vasectomía Segura y Sencilla. D-4, Diciembre 1984, 28 pág.
220. Rueda-Gonzales, Ricardo. Tecnología Anticonceptiva: Edición Internacional. Atlanta. GA, U.S.A. Mayo 1, 1993.
230. Santucci Lara de Ortiz, Evelina Adelaida. Unidad * asistencial de San Juan Sacatepequez. Tesis de Grado. Guatemala, Mayo 1976 60 págs.
240. Velasquez Guerra, Ruben. ¿Qué es Planificación Familiar? 1989. 8 pag.
250. Viel, Benjamin, Aznar Ramón y otros. Seguridad de los anticonceptivos. Panorama General. 2da. ed Impact Washington D.C. USA 1988 20 pág.
260. Williams Gant N. et. al. Planificación Familiar, en su Tratado de Obstetricia, 3a. ed. Mexico: 1987 Editorial Salvat, 788-808 pág.

XII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS SOBRE MITOS Y REALIDADES DE
LA ANTICONCEPCION ORAL EN LA MUJER INDIGENA A REALIZARSE
EN EL PUESTO DE SALUD CHAJANEB, SAN JUAN CHAMELCO,
ALTA VERAPAZ DE JUNIO A JULIO DE 1996.

DATOS GENERALES:

BOLETA # _____

- a. Edad _____ b. Estado Civil: Soltera _____
Casada _____
c. Alfabeto: Si _____ Unida _____
No _____ Separada _____
d. Número de hijos: _____ e. Religión: Católica: _____
Evangélica _____
f. Edades de los hijos: _____ Otras _____
g. Grupo étnico: Indígena _____
Ladina _____
h. Ocupación: Artesana _____
Agricultora _____
Ama de casa _____

1. ¿Sabe usted que es Planificación Familiar? SI _____ NO _____
2. Si la repuesta de la pregunta anterior es afirmativa,
indique ¿qué conoce como planificación familiar? _____
3. ¿Qué métodos de Planificación Familiar conoce? _____
4. ¿Ha utilizado alguna vez o utiliza actualmente algún
método antinceptivo? SI _____ NO _____

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA CONTINUE. SI ES
NEGATIVA PASE A LA PREGUNTA No. 17

5. Ha utilizado alguna vez o utiliza actualmente
acticonceptivos orales. SI _____ NO _____
6. ¿Cuánto tiempo lo ha utilizado? 1 - 6 meses: _____
< 1 año: _____ 1 - 2 años: _____ 2 - 3 años: _____ 3
> 4 años: _____

7. ¿Sabe cómo actua el método que utiliza?
SI _____ NO _____
8. Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa
¿Cómo actúa? _____
9. ¿Cómo se siente por usar métodos anticonceptivos? _____
10. ¿Sabe su pareja que usa métodos anticonceptivos?
SI _____ NO _____
11. ¿Cree que es correcto usar métodos para espaciar los
embarazos? SI _____ NO _____
¿Por qué? _____
12. ¿Qué efectos o síntomas le produce el utilizar métodos
anticonceptivos orales? _____
13. De todos los embarazos que ha tenido, ¿Cuántos ha
planificado? Número _____
14. ¿Ha cambiado de método anticonceptivo alguna vez?
SI _____ NO _____ POR QUE? _____
15. Cómo se enteró de los métodos anticonceptivos?
Médico _____ Promotor de Salud _____
Enfermera _____ Aprofam _____
Farmacia _____ Comadrona _____
otros _____
16. Donde adquiere el método anticonceptivo que utiliza:
Promotor de salud _____ Puesto de salud _____
Aprofam _____ Farmacia _____
Otros _____

SI SU RESPUESTA FUE NEGATIVA CONTINUE CON LAS PREGUNTAS

17. ¿Por qué no utiliza los anticonceptivos orales?
 - a. Por no tener suficiente información _____
 - b. Porque le dijeron que causa daños _____
 - c. Por su alto costo _____
 - d. Por no estar disponible en la comunidad _____
 - e. Porque alguien se opone _____
18. ¿Quién de su familia se opone a que use anticonceptivos orales?

Esposo _____ Papá _____ Mamá _____

El Padre de la Iglesia _____

El pastor Evangélico _____

Otros _____
19. ¿Qué daño le dijeron que causaba? _____
20. Que daño cree usted que causa? _____
21. Quién le dijo que los anticonceptivos orales causaban esos daños?

Médico _____ Promotor de Salud _____

Enfermera _____ Curandero _____

Farmacia _____ Comadrona _____

otros _____
22. Sabe usted los beneficios que producen los anticonceptivos orales? SI _____ NO _____
23. Cree que los anticonceptivos orales son seguros para espaciar los embarazos? SI _____ NO _____
POR QUE? _____
24. Si no ha utilizado métodos anticonceptivos, cómo ha espaciado sus embarazos? _____
25. Le gustaría saber acerca de los anticonceptivos orales? SI _____ NO _____ POR QUE? _____

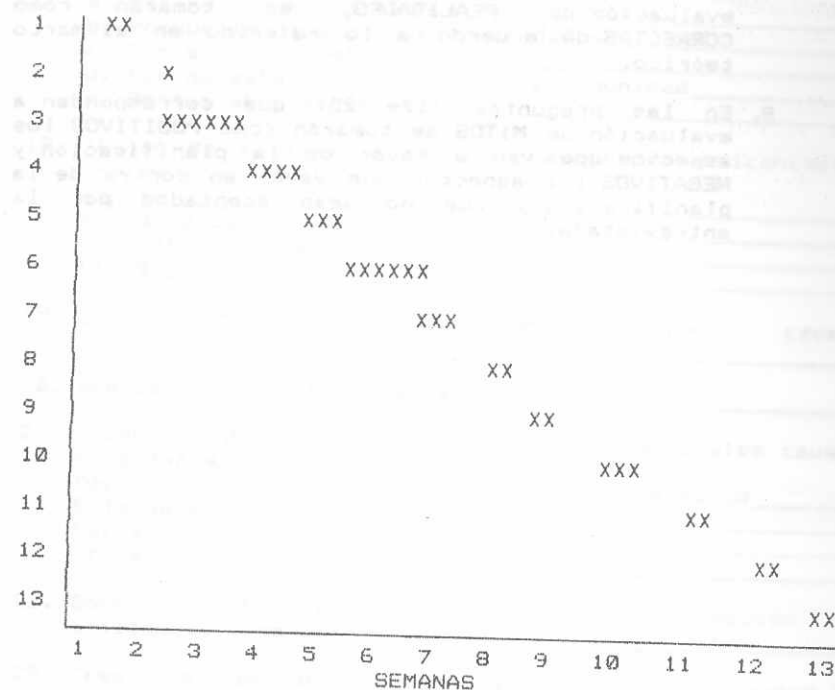
Gracias por su colaboración

CALIFICACION

- A. En las preguntas (1 - 16) que corresponden a evaluación de **REALIDADES**, se tomarán como **CORRECTAS** de acuerdo a lo referido en el marco teórico.
- B. En las preguntas (17- 25) que corresponden a evaluación de **MITOS** se tomarán como **POSITIVOS** los aspectos que van a favor de la planificación y **NEGATIVOS** los aspectos que vayan en contra de la planificación y que no sean aceptados por la entrevistada.

11. GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES

1. Selección del tema de proyecto de investigación.
2. Elección de Asesor y Revisor
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del protocolo de investigación.
5. Aprobación para el proyecto de la elaboración de tesis.
6. Ejecución del trabajo de campo.
7. Procesamiento de datos.
8. Análisis y discusión de resultados.
9. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
10. Presentación del informe final para correcciones.
11. Aprobación del informe final.
12. Impresión del informe final y trámites administrativos.
13. Examen público de defensa de la tesis.