

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

**CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DEL PERSONAL DE
LAS OFICINAS CENTRALES DE APROFAM SOBRE
PLANIFICACION FAMILIAR**

**Estudio descriptivo realizado con el personal de
oficinas centrales de APROFAM
Guatemala, Septiembre 1996**

JOSE GUILLERMO VALLE CERON

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

I	INTRODUCCION	1
II	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III	JUSTIFICACION	3
IV	OBJETIVOS	4
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
	A. ANTECEDENTES	5
	B. HISTORIA DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICA- CION FAMILIAR	7
	C. HISTORIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS	9
	a. Planificación Familiar	10
	b. Métodos Anticonceptivos	10
	1. Temporales o Reversibles	11
	2. Permanentes o Irreversibles	21
VI	METODOLOGIA	25
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS	27
VIII	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	42
IX	CONCLUSIONES	46
X	RECOMENDACIONES	48
XI	RESUMEN	49
XII	BIBLIOGRAFIA	51
XIII	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	55
XIV	ANEXOS	56

INTRODUCCION

El presente estudio de carácter descriptivo observacional, se realizó en las Oficinas Centrales de APROFAM con el objetivo principal de evaluar conocimientos y prácticas sobre métodos de planificación familiar del personal que ahí labora; ésto a través de una boleta de recolección de datos de 75 trabajadores entre los que se encuentran: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, jefes, oficinistas, secretarías, contadores y conserjes.

El estudio reveló gran conocimiento de los métodos de planificación familiar por parte del personal evaluado (73%). Por otra parte el (76%) de los empleados ha utilizado alguna vez métodos anticonceptivos, los utiliza actualmente el (36%) y sólo refiere haber planificado entre embarazo y embarazo el (57%).

El método de planificación familiar más utilizado por el personal de APROFAM ha sido el condón masculino, le siguen en proporción los anticonceptivos orales, la T de Cobre y la inyección. El motivo de lo anterior es aumentar el nivel de seguridad, disminuir los efectos secundarios y mejorar la fácil adquisición económica.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Desde que los métodos anticonceptivos se han difundido por el mundo, todas las personas tienen la opción de tener los hijos que deseen, acorde a sus probabilidades e ideologías (2,15).

Estudios realizados en Guatemala revelan que la relación conocimiento-práctica de métodos anticonceptivos a nivel nacional presentan porcentajes bajos, y es en las áreas rurales en donde se observan las cifras más bajas llegando a alcanzar en algunas de ellas niveles de hasta un 0%,(22).

En Guatemala, miles de personas hacen uso de los diferentes métodos de anticoncepción que constantemente son distribuidos, recomendados y administrados por el personal que labora en APROFAM.

Considerando lo anterior es conveniente evaluar a dicho personal y establecer el conocimiento y la práctica sobre los métodos anticonceptivos que posee.

III. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La desición del uso de métodos anticonceptivos es reponsabilidad de las parejas, pero son los médicos y especialmente las instituciones las encargadas de fomentar, motivar, distribuir e instruir sobre el adecuado manejo que de ellos se tenga.

En Guatemala hay estudios que revelan que un 48% de la población indígena desconoce estos métodos y un 90% de la población ladina que reside en el departamento de Guatemala y en el interior de la República concocen los métodos anticonceptivos, pero este conocimiento tiende a ser limitado, lo que conlleva al uso inadecuado de los mismos (15,6).

En el país se han realizado distintas encuestas respecto a métodos anticonceptivos, pero hasta ahora no se han evaluado los concimientos y las prácticas respectivas del personal que labora en las Oficinas Centrales de APROFAM, ello hace necesario realizar una evaluación de los mismos.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Evaluar conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos que posee el personal que labora en Oficinas Centrales de APROFAM.

ESPECIFICOS:

Evaluar los conocimientos que poseen los trabajadores de las Oficinas Centrales de APROFAM sobre los métodos que promueven.

Determinar de que manera, el personal de las Oficinas Centrales de APROFAM, pone en práctica las ideas de planificación familiar que esa institución promueve.

Identificar el método anticonceptivo más utilizado por el personal que allí labora.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. ANTECEDENTES

En la mayoría de los países subdesarrollados, el conocimiento de métodos anticonceptivos es bastante limitado. En tres países de Africa el conocimiento era particularmente escaso y fluctuaba entre el 3% y el 22%, y en Asia las variaciones eran amplias presentando valores entre 0% y 52% (6,11). Las variaciones que Guatemala presenta con respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres ladinas del sector urbano e indígena de la región departamental eran del 90% y 48% respectivamente. (6,11).

Estudios recientes realizados en Guatemala han demostrado que los métodos más conocidos por las mujeres actualmente unidas son la pastilla, la esterilización femenina y la inyección, mientras que la esterilización masculina o vasectomía es conocida por la mitad de las mujeres actualmente unidas. Sólo el 31% de todas las mujeres en edad fértil han usado alguna vez en su vida un método de planificación familiar, el 27% ha usado métodos modernos y el 10% alguna vez ha usado métodos tradicionales (3).

El método moderno más usado alguna vez por todas las mujeres es la pastilla (15%). La esterilización femenina ha sido usada por el 10%, el condón y la abstinencia periódica el 8%, el dispositivo intrauterino (DIU) y la inyección por cerca del 6% de las mujeres solamente. Entre las mujeres actualmente unidas el 43% han usado alguna vez un método de planificación familiar, el 38% ha usado métodos modernos y el 13% ha usado métodos tradicionales. La píldora ha sido usada por el 20% de las mujeres actualmente unidas, seguida por la esterilización femenina 14%, el condón y la abstinencia 11%. El DIU y la inyección han sido usados por el 8% respectivamente entre este grupo de mujeres (3).

El uso pasado en métodos entre las mujeres que no están casadas unidas pero que son activas sexualmente es considerablemente mayor que el observado por las mujeres actualmente

unidas, con variaciones a nivel de métodos específicos. Los métodos modernos más usados por estas mujeres son la pastilla 43%, la esterilización femenina 36%, la abstinencia periódica y el retiro 20% y el DIU el 15% (3).

La región del país con la tasa de prevalencia de uso anticonceptivo más alta es la región Metropolitana 50% y la más baja es la región Nor-occidente 12%. Entre 1987 y 1995, todas las regiones (menos la región Nor-oriente) incrementaron el uso de métodos anticonceptivos, particularmente en la región Nor-occidente. Por departamento, el de más baja prevalencia de uso anticonceptivo es Quiché 10%, seguido por el departamento de Alta Verapaz 12% (3).

El grado de educación es también un factor importante que influye en el conocimiento y/o desconocimiento de los métodos anticonceptivos; el 92% de mujeres con algún grado de educación conocen de métodos anticonceptivos, mientras que solamente el 52% de mujeres analfabetas conocen alguno de los métodos (6,11).

Al ofrecer consejo anticonceptivo a mujeres con desórdenes médicos es importante sopesar los posibles riesgos asociados con el uso de los anticonceptivos más eficaces contra los riesgos del embarazo (17).

Los profesionales encargados de la atención de la salud necesitan poseer la información pertinente respecto a las ventajas y desventajas de los diferentes métodos anticonceptivos, a fin de que puedan aconsejar a sus pacientes respecto a la anticoncepción de acuerdo a la condición de su salud. Una adecuada asesoría sobre planificación familiar que puede ayudar a la mujer en su lucha contra la enfermedad (17).

B. HISTORIA DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Fue tan sólo a comienzos de la década de 1930 que los investigadores lograron recopilar la suficiente información acerca del ciclo menstrual para poder identificar el momento durante el cual la relación sexual tiene mayores probabilidades de resultar en una concepción. El método del ritmo para el control natal fue descrito independientemente a principios de la década de 1930 por Knaus en Austria y Ogino en el Japón. En 1934, Corner y Beard aislaron y establecieron la estructura de la progesterona (16).

Luego en 1937, Makepeace, trabajando con conejos, demostró que la progesterona tenía el poder de inhibir la ovulación. En las décadas siguientes las investigaciones de Marker, Djerassi, Rock, Pincus, García y otros bioquímicos y otros médicos consagrados resultaron en la introducción de las píldoras anticonceptivas orales a mediados de la década de 1950 (16).

Desde 1960, cuando la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos aprobó por primera vez estos agentes para uso de anticonceptivo, ha habido una tendencia definida hacia las dosis más bajas de los componentes tanto de estrógenos como de progestágenos en las píldoras (16).

Esto fue tomando su propio auge y así la Asociación Pro-bienestar de la Familia (APROFAM), fue fundada en el año de 1964 por un grupo de profesionales multidisciplinarios: médicos, enfermeras y trabajadores sociales, obteniendo su personería jurídica el 25 de Agosto del mismo año y dando principio a sus labores el 2 de Enero de 1965 en un local cedido temporalmente por el Hospital Latinoamericano. A partir de 1969 APROFAM figura como miembro de la Federación Internacional de Planificación Familiar (fundada en 1954 por Margaret Sanger el Bombay al lado de otros ochenta países de todo el mundo) (2,22).

En este mismo año en todos los Centros de Salud del país se establecen elementos y medicamentos encaminados al control de la natalidad en forma integrada con el Ministerio de Salud Pública a través de la división Materno-Infantil (11,21,22).

En 1979 se inicia el programa consolidado que extiende los servicios de supresión quirúrgica y voluntaria de la familia en ciertos hospitales departamentales. En la actualidad el Ministerio de Salud Pública lleva a cabo el programa a través de Centros y Puesto de Salud, instalados en las cabeceras municipales, y en la capital APROFAM queda a cargo de los anticonceptivos (2,11,22).

a GENERALIDADES

1 **CREENCIA:** Expresión de lo que una persona da por cierto. Son supuestos que por tradición mantienen los grupos humanos para explicarse los objetos y fenómenos de la vida, estados que en la mayoría de las veces está condicionada a un pensamiento dogmático e invariable. Es tener fe y aceptar lo dado, lo que fue y lo que podrá ser. Las creencias no están circunscritas únicamente a los pueblos primitivos, existen en muchas agrupaciones de las ciudades urbanas, especialmente religiosas. Estas con frecuencia resultan poco efectivas e incluso nocivas ya que se basan en la fe (22,25).

2 **ACTITUD:** Como una reacción afectiva, positiva o negativa hacia un objeto, proporción u otro (5,22,25).

3 **CONOCIEMTO:** Proceso en el que por medio de la actividad humana el hombre se orienta a reflejar de una manera ideal la realidad objetiva, con fundamentos científicos (22)

4 **PRACTICAS:** Ejercicio bajo dirección de un superior por un tiempo determinado, para aprender un arte (22,25).

5 **ETNOMEDICINA:** Es la que estudia las creencias y las prácticas médicas no oficiales. Aunque muchos de la población urbana conservan valores culturales de su lugar de origen, en lo que se refiere a anticoncepción se ven influenciados por los medios de comunicación y con información diversa e inadecuada sobre los mismos (22,25).

C. HISTORIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS

Existen métodos anticonceptivos desde tiempo antes de Cristo, encontrándose en Egipto en 1856 A.C., el primer texto médico, en el cual se encuentran recetas anticonceptivas las cuales tenían bases lógicas (5,11,22).

En éstas se aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía de vehículo, el cual debía ser insertado en la vagina como pesario (11,12).

El segundo texto importante del primer período de Egipto, se encontró en Luxor en 1875 y se conoce como el papiro de Ebers, el cual entre sus referencias menciona un tapón de halgas médicas que bloqueaban el cérvix (11,22).

Una sección del Talmud, que data del siglo II A.C., recomendaba que las mujeres que necesitaban evitar un embarazo, como por ejemplo las madres lactantes, se insertaban en la vagina una esponja humedecida antes del coito. Un médico griego del siglo VI describió pesarios vaginales en parte hechos de pulpa, de granada o de higo. Las prostitutas del antiguo Japón y China, se colocaban trozo de bambú aceitado el cérvix a fin de evitar el embarazo. En algunas partes del mundo las mujeres aún emplean pesarios caseros preparados con materiales tales como pedazos de trapo o pasto desmenuzado para bloquear el cérvix. La referencia bíblica citada con más frecuencia es un pasaje del Génesis capítulo 38 "El Pecado de Onán". En el tiempo del diluvio el hombre solía tener dos mujeres, una para descendencia y otra simplemente para las relaciones sexuales. Esta última utilizaba la toma de la copa de raíces la cual le impedía ser fértil (11,22).

La primera referencia griega conocida se encuentra en el libro de Aristóteles: "Algunos impiden la concepción untando la parte de la matriz en la que cae el semen con aceite de cedro, incienso o mezclado con aceite de olivo". El libro del Islam no se oponía a la anticoncepción y no consideraba huma-

no al feto hasta que tuviere forma humana, y por lo tanto no se prohibía el aborto (11,22).

El origen de la palabra condón es desconocido. Se ha dicho que se refiere al Dr. Comdon, un médico que proporcionó al rey Carlos II un medio de prevenir una descendencia ilegítima. Falopio describe el condón como una vaina hecha de lino que se cortaba de manera a la forma del prepucio, inventándolo con el objeto de prevenir la sífilis. Su forma llegó en 1845 con la Good Year con la vulcanización del caucho (9,21).

Antoni Van Leewenhock en 1678, describe los espermaticidas al descubrir que diluyendo el semen en el agua de lluvia inmovilizaba a los "animallali canine" (21).

Antonio Constock 1844 y 1915 se opone a la anticoncepción y dicen "El Ateísmo y la obsenidad duermen en la misma cama" (11,22). En 1908 el diafragma fue inventado por Kefku un ginecólogo de Viena, Corner y Bead aislaron y establecieron la escritura de la Progesterona y desde entonces se hacen nuevos compuestos. En 1916 Margaret Surger inaugura la primera Clínica de Control de la Natalidad en EEUU (11,21,22).

a. PLANIFICACION FAMILIAR: Quiere decir que una pareja entiende lo importante que es tener sólo los hijos que la familia y el país puedan cuidar adecuadamente y como espaciar los hijos apropiadamente y que la pareja pueda lograr su objetivo usando un método para lograrlo (11,22).

b. METODOS ANTICONCEPTIVOS:

- 1.- Temporales o Reversibles:
 - 1.1 Naturales
 - 1.2 De Barrera
 - 1.3 Hormonales
 - 1.4 Dispositivos Intrauterinos
- 2.- Permanentes o Irreversibles:
 - 2.1 Vasectomía o Esterilización Masculina.
 - 2.2 Esterilización Femenina

1. TEMPORALES O REVERSIBLES:

1.1 Naturales:

1.1.1 Abstinencia Completa: La abstinencia completa es un medio absolutamente seguro para controlar la natalidad, pero no es fisiológico, y para la mayoría de las parejas es un método inaceptable e impráctico (4,5).

1.1.2 Abstinencia Periódica: Este método consiste en evitar las relaciones sexuales durante el tiempo en que pudiera quedar esperando la mujer, que suele ser alrededor de 14 días antes de su próxima menstruación (2).

1.1.2.1 Seguridad: Si la pareja lleva un control adecuado, este método es bastante seguro, pero su inconveniente está en la falta de control de la pareja (1,20).

1.1.2.2 Ventajas:

No posee efectos secundarios

No se utilizan productos ni dispositivos

Es aceptable para algunos grupos religiosos que no apueban otros métodos.

1.1.2.3 Desventajas:

No es un método muy eficaz.

Puede que sea necesario llevar la cuenta de días fértiles durante varios meses.

Es de difícil aplicación en mujeres con períodos menstruales irregulares.

Suele exigir larga práctica y orientación frecuente.

En algunos casos es difícil determinar el momento en que puedan quedar embarazadas (1,5,20).

Este método no produce efectos secundarios y es útil para aquellas parejas que no desean usar métodos artificiales.

1.1.3 Método de Calendario o Ritmo: Este método fue descrito por Knaus (austriaco) y Ogini en Japón, predice el día de la ovulación mediante una fórmula basada en el patrón menstrual registrado durante un período de varios meses (32).

Existen dos clases de períodos que presentan en la mujer siendo estos los regulares y los irregulares.

1.1.3.1 Regulares: Consta de 28 días iniciando desde el primer día de la menstruación, hasta el décimo después de ésta. Ese mismo día se inicia el período fértil que tendrá una duración de 8 días que al terminar cuenta con otros 10 días infértiles.

1.1.3.2 Irregulares: Son aquellos en donde se requiere un registro de los últimos doce ciclos con la finalidad de determinar el período fértil e identificar a la vez el período más corto y el más largo, para ello se utiliza la siguiente fórmula: ciclo menstrual más corto menos 18=primer día de peligro; ciclo menstrual más largo menos 11=último día de peligro (1,4,32).

1.1.4 Método de la Temperatura Corporal: Este método exige de mucho esfuerzo e interés por parte de la mujer por lo que resulta ser muy ineficaz. Consiste en la toma, todos los días de la temperatura oral, rectal o vaginal, encontrándose baja 24-36 horas antes de la ovulación; y 24-48 horas después de la ovulación donde habrá aumentado aproximadamente 0.5 C, así durante el resto del ciclo. El tercer día después del ascenso, señala el fin del período fértil (1,4,32).

1.1.5 Método del Moco Cervical: Este método es también conocido como el método de Billings, y consiste en evaluar los períodos secos y húmedos en la mujer. Durante el período ovulatorio el agujero externo del cérvix se encuentra expandido y provoca sensación de pesadez, distensión abdominal e incomodidad. Es aquí cuando la mujer es capaz de experimentar la sensación del moco de su vagina el cual suele ser resbaloso como clara de huevo ocasionado por el bajo nivel salino y un alto nivel de estrógeno. En este período se deben evitar las relaciones con la pareja y reanudarlas nuevamente cuando el moco presente sea espeso y pegajoso. Debe evitarse la confusión del moco con procesos infecciosos (1,5,29).

1.1.6 Coito Interrumpido: Consiste en la separación de la pareja antes de la eyaculación. Es quizá el método más antiguo que se conoce, cuya tasa de fracasos es elevada debido al

contenido variable de espermatozoides presentes en el líquido pre-eyaculatorio (1,5,19,29).

1.1.6.1 Ventajas:

- No necesita equipo ni supervisión alguna
- No produce ningún costo
- Es factible para cualquier día del mes

1.1.6.2 Desventajas:

Puede producir insatisfacción en la pareja
Se necesita de mucho autocontrol
No se recomienda a personas con eyaculación precoz
Podrían surgir problemas de tensión, psicológicos, etc. (19,29).

1.1.7 Lactancia Materna: Continúa siendo un método de regular eficacia para el control de la natalidad. Las mujeres son menos fértiles mientras dan de mamar, exclusivamente durante las primera diez semanas debido a la succión del niño el cual estimula las contracciones uterinas reduciendo la hemorragia posparto y ayuda a la involución uterina (2,6).

El amamantamiento parece reducir la descarga pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) la cual, a su vez suprime la liberación de la hormona luteinizante (LH), indispensable para la actividad ovárica. No está clara la manera exacta como la lactancia suprime la GnRH, aunque algunos estudios preliminares con animales se sugiere que la lactancia reduce los opioides en el hipotálamo que actúan sobre la GnRH (16,33).

La secreción de prolactina, esencial para mantener la producción de leche, depende también de la frecuencia y duración de la lactancia. Sin embargo, su papel en la infertilidad debida a la lactancia, está aún por establecerse. La succión del recién nacido provoca dos reflejos maternos que estimulan la producción de leche.

1.1.7.1 Reflejo Prolactínico: A medida que el bebe mama, son enviados impulsos de la areola del pezón al nervio vago y al

potálamo. Los neuropéptidos influyen sobre la pituitaria anterior para que secreta la prolactina, hormona que estimula las glándulas mamarias para que produzcan leche. Su papel en la infertilidad de las mujeres lactantes, no obstante, está aún por establecerse.

1.1.7.2 Reflejo de la Bajada: A medida que el bebé mama, se envían impulsos de la areola al nervio vago y luego a la pituitaria posterior. Esta libera a la hormona oxitocina la cual hace que las células musculares de la areola se contraigan y expriman leche. La oxitocina también ayuda al útero a contraerse a su tamaño y condiciones normales. El reflejo de la bajada de la leche de la madre se estimula al ver u oír a su bebé. La tensión o la ansiedad pueden inhibir este reflejo causando una retroalimentación negativa al hipotálamo. Como resultado las hormonas de la lactancia se bloquean y se torna difícil amamantar. La lactancia puede continuar durante muchas semanas o meses después que la madre no se dé ya cuenta de la bajada activa (16).

Tanto la frecuencia como la intensidad del amamantamiento reducen la posibilidad de embarazo.

1.1.7.3 Ventajas:

- No tiene costo
- No necesita supervisión
- Por la succión estimulan las contracciones uterinas evitando la hemorragia posparto y ayudando a la involución uterina.

1.1.7.4 Desventajas:

- Deja de ser un método seguro si han transcurrido más de 6 meses posparto, si ya se menstruó o si no es lactancia exclusiva (30,33).

1.2. Métodos de Barrera:

1.2.1 Condón o Preservativo: Es un método bastante eficaz en el uso de las relaciones sexuales exceptuando por las fallas de fabricación, errores de técnica y problema de pérdida de la erección antes de la extracción del miembro, permitiendo así la pérdida de pequeñas cantidades de semen hacia la vagi-

na. lo que es disminuido gracias al Nonoxynol-9 que éste contiene (7,20,32).

1.2.1.1 Ventajas:

- Precio cómodo y no necesita de receta médica
- Proteje contra las enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA
- Es reversible
- No posee efectos secundarios (7,32)

1.2.1.2 Desventajas:

- Atenúa la sensibilidad durante el coito en algunos hombres y mujeres
- Reacciones alérgicas e irritación
- Dificulta la actividad sexual (2,7,29)

1.2.2 Espermaticidas: Los principales agentes espermaticidas usados en la actualidad son los surfactantes Nonoxynol-9, Octoxinol-9 y Menfenol.

Existen 7 presentaciones básicas de espermaticidas: jaleas, cremas, espumas, óvulos licuables, tabletas espumantes, óvulos espumantes y películas solubles (22). En las tabletas vaginales los principios activos son el ácido lantártico y el bicarbonato de sodio (19).

1.2.2.1 Ventajas

- Fácil accesibilidad
- Poca instrucción
- Efectividad comprobada

1.2.2.2 Desventajas

- Esperar después de su inserción unos minutos para iniciar el acto sexual.
- Reacciones alérgicas en algunos casos
- Molestias en la colocación
- No se usa durante la lactancia materna ya que pasa al niño a través de ésta (1,2,5,7,32).

1.2.3 Diafragma: Este método creado para la mujer (y colocado entre el fondo de saco de la parte posterior de la vagina y debajo del hueso de la sínfisis púbica) es muy complicado y

pocas veces utilizado. Consiste en una semiesfera de hule en forma de copa y su función es impedir que los espermatozoides penetren al cérvix del útero.

1.2.3.1 Ventajas:

- Es de uso fácil
- Es eficaz
- Para la mujer con actividad sexual esporádica
- No hay problemas durante la lactancia
- Ofrece lubricación adicional

1.2.3.2 Desventajas:

- Se necesita privacidad para la inserción
- Puede provocar irritación
- No se recomienda para relaciones sexuales frecuentes
- Aumentar la frecuencia de infecciones del tracto urinario
- Rara vez produce choque tóxico (4,5,32)

1.3 Anticonceptivos Hormonales:

Dentro de este grupo se encuentran los orales y los inyectables.

1.3.1. Anticonceptivos Orales: Estrógenos y Progestágenos:

1.3.1.1 La Píldora: El método hormonal de anticoncepción más en la actualidad. Consiste en un total de 28 tabletas conteniendo 21 tabletas de estrógeno más progestágeno siendo el etinil estradiol o su metilo el Mastreol (1,3,7). Las otras siete tabletas contienen sulfato ferroso para evitar de esta manera que la mujer deje de tomar la tableta diariamente.

Por su contenido de estrógenos y progestágenos se inhibe la implantación uterina, ocurre la degradación del cuerpo lúteo y se altera la motilidad uterina y tubárica (4,19,29,32). Suelen ser muy eficaces si se toman según prescripción médica.

1.3.1.2 Ventajas:

- Como con el uso de este método de ovulación en un alto porcentaje de ciclos, las hemorragias normales por ovulación son eliminadas
- No requieren una secuencia especial ya que se toman todos los días.

1.3.1.3 Desventajas:

- Los progestágenos originan algunos efectos secundarios, principalmente irregularidades del ciclo anovulatorio y embarazo ectópico.
- Han causado una tasa de embarazos del 2% al 7% al año
- La minipíldora sólo sirve en algunos pacientes que presentan hipersensibilidad documentada a los estrógenos y que están amamantando (4,7,32).

1.3.1.4 Indicaciones y Beneficios:

- Para toda mujer que desea tener hijos algún día (4,11).
- Para las que tienen períodos abundantes y dolorosos
- Para quien tiene relaciones sexuales frecuentes (20)
- Previenen el embarazo
- Previenen la salpingitis (47)
- Disminuye el riesgo de artritis (32)
- Disminuye el riesgo de cancer (4,7,32)
- Disminuye el riesgo de choque tóxico (4,7)
- Disminuye el riesgo de osteoporosis (22,32)

1.3.1.5 Contraindicaciones y Efectos Adversos:

- Provoca desórdenes tromboembólicos
- Problemas dermatológicos (4,22)
- Aumenta concentraciones de cortizol (5)
- Accidente cerebrovascular
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Infarto al miocardio (4,5)
- Funciones defectuosas del hígado
- Enfermedades malignas de los senos y del aparato reproductor
- Hipertensión
- Transtornos metabólicos (4,5,32)
- Otros.

1.3.2 Anticonceptivos Orales: Sólo Progestágenos

Una microdosis de progestágeno administrada en una base diaria sin interrupciones ejerce un efecto anticonceptivo, aunque su efectividad es mayor si la evolución se bloquea consistentemente. En este tipo de anticoncepción, no hay día sin medicación y la menstruación puede ser irregular; una mujer tiende a ser amenorreica o presenta largos intervalos entre episodios de sangrado menstrual. En otras palabras, la e-

fectividad de la píldora de sólo progestágeno es mayor cuando el patrón de sangrado "normal" se encuentra más alterado (16, 33).

Si no se suprime la ovulación, las píldoras de sólo progestágeno no tienen ningún efecto sobre la ciclicidad del sangrado, y el sangrado menstrual ocurre como lo venía haciendo antes de que la mujer iniciara el uso de estas píldoras (16).

Las microdosis de progestágeno son útiles para las mujeres que experimentan efectos colaterales con las preparaciones que contienen estrógeno. Las tasas de embarazo son sólo ligeramente mayores que las tasas para las píldoras combinadas. Es menos probable que ciertos efectos colaterales de los anticonceptivos orales combinados tales como el aumento de peso, dolores de cabeza y cloasma se produzcan con las dosis de sólo progestágeno. Las mujeres que tienen historia de complicaciones tromboembólicas con una fórmula combinada pueden usar sólo progestágeno (33).

La eficacia de las preparaciones de sólo progestágeno está relacionada con la edad, por lo tanto constituye una opción atractiva para la mujer mayor. También es indudablemente el método hormonal que conviene elegir para las mujeres que están amamantando a su bebé. La lactancia no es alterada en forma significativa alguna por las preparaciones de sólo progestágeno (33).

1.3.2.1 Ventajas:

- Probable disminución de complicaciones cardiovasculares
- Disminución de dolores de cabeza y problemas de presión arterial
- Disminución de síntomas del síndrome premenstrual
- Pocos efectos sobre los carbohidratos y puede administrarse a mujeres diabéticas
- Disminución de cólicos y dolor menstrual (16)

1.3.2.2 Desventajas:

- Causa problemas en personas desorganizadas
- Mayor riesgo de quistes ováricos funcionales

- Mayor riesgo de embarazo ectópico
- Menores beneficios no anticonceptivos que los preparados combinados
- Sus probabilidades de encontrarse en existencia son menores (16)

1.3.3. Anticoncepción Hormonal Mediante Inyección:

Los compuestos más utilizados son el acetato de medroxi-progesterona y el enantato de noretindrona. Estos compuestos provocan cambios endometriales desarrollando cambios atróficos en el revestimiento del útero (1,5,32).

Otro de los efectos que produce lo realiza alterando el moco cervical y haciéndolo menos permeable al esperma, inhibe la liberación de hormona luteinizante del ciclo medio previniendo por lo tanto la ovulación (4,5,32).

Una sólo inyección se necesita para cada uno, dos o tres meses alcanzando así una efectividad de 98% al 99% si se aplica durante los primeros siete días del ciclo menstrual y se reduce a un 94% si se administra después.

1.3.3.1 Ventajas:

- Es de fácil aplicación
- Accesible
- Muy eficaces (11)

1.3.3.2 Desventajas:

- Sangrado vaginal excesivo
- Amenorrea secundaria o prolongada
- Riesgo de tromboembolias, aumento de peso, cefaleas, mareos y disminución de la libido (5,7,22).

1.3.4 Dispositivos Intrauterinos: Para este método se utilizan objetos de plástico o metal que insertan en la cavidad endometrial a través del cérvix para evitar el embarazo. Los utilizados presentan las formas de espiral doble (saftcoil), de letra T (fatum-t), de número 7(cu-7), de asa abierta (asa de de Lippe) y Tcu 200 (4,7,19,32).

1.3.4.1 Mecanismo de Acción: Por ser los DIU cuerpos extraños al organismo estimulan una respuesta inflamatoria y una aglutinación de leucocitos alrededor del DIU en el líquido endometrial y la mucosa y en menor grado en el estroma y en el endometrio subyacente. Los leucocitos producen un medio hostil para el óvulo (18,22,32).

Técnica de Inserción: Después de un examen pélvico que ha demostrado que los genitales internos y externos son normales se usará un antiséptico local para limpiar el cuello uterino. Se coloca un tenáculo de un sólo diente sobre el lado superior del cuello uterino y se aplica tracción suave. Esta tracción tiende a reducir el ángulo uterino y el fondo y facilita la introducción de la sonda uterina. La mayor parte de los equipos tienen una guía que señala la dirección y el plano en que quedará el dispositivo cuando emerja el tubo de inserción en el interior de la cavidad. Es mejor insertarlo durante la menstruación debido a que el conducto cervical está completamente permeable y es muy poco probable que esté embarazada (22,32).

1.3.4.2 Ventajas:

- Es eficaz
- La fecundidad se establece cuando éste se retira
- No interfiere con la efectividad de la pareja
- La mujer que no desea más hijos

1.3.4.3 Desventajas:

- Embarazos ectópicos
- Riesgo de embarazo
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Abortos sépticos
- Sangrados intermenstruales
- Periodos menstruales más largos
- Aumenta el flujo sanguíneo durante la menstruación
- Dolor
- Expulsión del DIU
- Salpingitis (11,18,32)

1.3.4.4 Indicaciones:

- Para la mujer que no desea tener más hijos
- Durante el período de lactancia con relaciones sexuales

1.3.4.5 Contraindicaciones:

- Si sufre de anemia
- Estenosis cervical
- Dismenorrea severa
- Cervicitis aguda o purulenta
- Alergia al cobre
- Diabetes
- Discracias sanguíneas
- Historia de embarazos ectópicos
- Compañeros sexuales múltiples
- Estenosis cervical severa
- Endometritis (11,22)

2. Permanentes o Irreversibles:

2.1. Vasectomía o Esterilización Masculina: Este procedimiento no impide la producción de espermatozoides pero evita su paso a través de los conductos para su eyaculación. La técnica varía desde efectuar una pequeña insisión e identificar y aislar los vasos deferentes los cuales se atan y cauterizan por la técnica percutánea de gran auge en la actualidad(5,7).

Es un procedimiento quirúrgico sencillo que puede realizarse con anestesia local en cinco a quince minutos (9,10).

2.1.2 Técnicas de Vasectomía

A. Se efectúa una incisión en el escroto y se seccionan los conductos deferentes que llevan los espermatozoides desde cada testículo a la uretra. Ambos segmentos seccionados se cierran por electrocoagulación o ligadura. El procedimiento se repite en el otro conducto. Se cierra la incisión en el escroto y después de una o dos horas de reposo, el hombre puede volver a su casa (18,29,30).

B. Se utiliza una pinza inmovilizadora que rodea y sostiene el conducto deferente sin penetrar la piel. El escroto y la vaina del conducto deferente se punzan con un hemostato provisto de un extremo afilado y se abre estirando. El conducto deferente se saca del escroto y se cierra mediante ligadura o coagulación (11,30).

C. Se practica un bloqueo de los conductos deferentes con sustancias químicas sin practicar una incisión. Se punzan con una aguja el escroto y las vainas del conducto deferente y se inyecta directamente en el lumen de cada conducto una mezcla de fenol y cianoacrilato. Se forma así un tejido cicatrizal, obstruyendo el paso del esperma (11,30).

D. Es la llamada vasectomía "abierta" en la que el extremo testicular del conducto deferente se deja sin cerrar mientras que se cierra como de costumbre el conducto abdominal. Los dos extremos seccionados se separan por la vaina del conducto para eliminar la posibilidad que se vuelvan a unir (11,30).

E. Se implantan dispositivos en los conductos deferentes para bloquear el paso de espermatozoides. El dispositivo más provisorio actualmente es el "shug" que consiste en dos tapones de silicona conectados por un hilo de Nylon. Los dos tapones se insertan en el lumen del conducto con una aguja mientras el hilo queda afuera de la vaina del conducto. Los tapones pueden quitarse haciendo dos pequeñas incisiones en el conducto y tirando del hilo (11,30).

2.1.3 Ventajas e Indicaciones:

- No necesita de hospitalización
- Es seguro, rápido y barato
- No afecta la relación sexual
- Debe ser voluntario
- De 20 a 25 años con tres hijos vivos y que el menor tenga 1 año mínimo.
- De 25 a 35 años con dos hijos vivos y que el menor tenga un año mínimo.

2.1.4 Desventajas:

- No es 100% eficaz e inmediato
- Es casi imposible de revertir
- Provoca ciertas molestias casi al principio o durante la intervención (inflamación, infección, hemorragia) (6,18, 31).

2.2. Esterilización Femenina: Este es uno de los métodos de planificación familiar más difundidos en todo el mundo. En la mujer existen varios tipos de operación que pueden efectuarse ya sea por vía vaginal o abdominal, y cuyas técnicas de oclusión tubárica incluyen: ligadura simple, ligadura y extirpación, ligadura, división y ocultamiento, ligadura y resección (5,30). Actualmente la Laparoscopia y la Minilaparoscopia son los procedimientos de elección para llegar a las trompas de Falopio.(6).

Actualmente hay cerca de 100 técnicas quirúrgicas para esterilización tubárica, las más conocidas son Pomeroy, Irving, Medlener, Parkland y Kroener (5,32).

2.2.1 Pomeroy: Se liga un asa de trompa y se secciona el bucle de la trompa por encima de la ligadura. Es una operación sencilla y es la más eficaz (22,36).

2.2.2 Irving: El extremo seccionado medial de la trompa se sitúa en el miometrio, en la cara posterior y distal en el mesosálpinx. Es la operación que se asocia con un número menor de fracasos (26,32).

2.2.3 Medlener: Se practica un bucle de la trompa y luego se liga sin sección.

2.2.4 Parkland: Se separa un segmento intermedio de la trompa del mesosálpinx por una zona avascular, se liga el segmento separado en sentido proximal y distal y después se secciona (26,32).

2.2.5 Kroener: Se liga la trompa por la ampolla y se extrae la porción distal de ella incluídas las fimbrias. Se usan sobre todo clips de filshie, es uno de los clips de más uso difundido para bloqueo de las trompas (22,32).

2.2.6 Ventajas:

- No impide el mantener relaciones sexuales
- Despreocupación por otros métodos de anticoncepción
- Es eficaz
- No produce efectos secundarios graves

2.2.7 Desventajas:

- No puede volverse a embarazar por el método natural
- Produce dolor y malestar local
- Cicatrices en piel
- Embarazos ectópicos
- Complicaciones vasculares
- Infección de herida operatoria
- Alteración de ciclos menstruales (4,5,19,29).

2.2.8 Indicaciones:

- Peligro de otro embarazo
- Deseo de no tener más hijos
- Mujeres que aún no han tenido hijos
- En problemas de tipo psicológico (11,29).

IV. METODOLOGIA

- 1.- Tipo de Estudio: Estudio observacional descriptivo.
- 2.- Selección del tema: Algunos estudios han demostrado que las evaluaciones periódicas en determinadas instituciones permiten mantener a su personal al día en cuanto a conocimientos y prácticas se refiere. APROFAM desempeña un papel muy importante dentro de la sociedad guatemalteca y por ello es necesario llevar a cabo dicha evaluación considerándola de suma importancia tanto para ella como para otras instituciones que prestan servicios importantes a nivel nacional.
- 3.- Asesor y Revisor: Fueron seleccionados por su capacidad intelectual, alto grado de conocimientos y experiencia profesional, y por la importancia de su labor desempeñada dentro de nuestra sociedad.
- 4.- Población sujeto de Estudio: Personal que labora en las oficinas centrales de APROFAM, incluyendo personal médico, paramédico, consejeros matrimoniales, trabajadores sociales, educadores, oficinistas, etc.
- 5.- Tamaño de la Muestra: Se tomaron en cuenta a todas aquellas personas que durante el período de estudio laboraron en dicho establecimiento. El total es de setenta y cinco (75) quedando clasificadas de la siguiente manera:

- Médicos	3
- Enfermeras	10
- Trabajadores Sociales	5
- Jefes	2
- Oficinistas	11
- Secretarias	16
- Contadores	10
- Conserjes	8
- Nulos	10

6.- **Criterios de Inclusión y Exclusión:**

Inclusión: Toda persona que desempeñe alguna labor dentro del establecimiento en cuestión, no importando edad paridad y si usa o no métodos anticonceptivos.

Exclusión: Todo personal que labora en establecimientos distribuidos a nivel nacional.

7.- **Variables:**

Conocimiento: Dominio sobre los métodos anticonceptivos impulsados por APROFAM dentro de la sociedad guatemalteca.

Práctica: Actividad por la cual el personal que labora en las Oficinas Centrales de APROFAM utiliza los métodos anticonceptivos que promueve.

8.- **Recursos:**

Materiales: Edificio de Oficinas Centrales de APROFAM, encuestas, lapiceros, lápices, borradores, sacapuntas, máquina de escribir, computadora y otros.

Humanos: Personal de bibliotecas, archivos, secretarias, etc.

Tiempo: Las encuestas se realizarán de lunes a viernes de 14:00 a 16:00 horas y se harán en forma individual. La calificación de las preguntas de la encuesta, se llevarán a cabo otorgando un punto a cada una de ellas según el grupo al cual pertenezcan y posteriormente una recopilación de las mismas.

9.- **Hipótesis:** Un orientador en planificación familiar es una persona capacitada que apoya al usuario a tomar una decisión informada, voluntaria y responsable acerca de su fecundidad. Esta persona capacitada puede ser una enfermera, un auxiliar de enfermería, una comadrona, un trabajador social, un educador, un promotor, un voluntario, o miembro del personal de salud que haya recibido capacitación como orientador.

Por lo tanto la evaluación respecto a conocimientos y prácticas de los métodos de planificación familiar del personal que labora en las Oficinas Centrales de APROFAM es convincente, especialmente para orientadores por tratarse de problemas de salud que podrían aquejar a nuestra sociedad.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO # 1
DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y SEXO
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM
SEPTIEMBRE 1996

EDAD EN AÑOS	SEXO				TOTAL	%
	M	%	F.	%		
19 - 30	5	6.7	24	32.0	29	38.7
31 - 40	6	8.0	11	14.7	17	22.7
41 - 50	2	2.7	10	13.3	12	16.0
51 - 63	3	4.0	11	14.7	14	18.7
OTROS	1	1.3	2	2.7	3	4.0
TOTAL	17	22.7	58	77.3	75	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
(VER ANEXO 1).

CUADRO # 2
RELACION ENTRE RELIGION, ESCOLARIDAD Y ESTADO CIVIL
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

ESCOLA- RIDAD	CATOLICOS		EVANGELICOS		T. DE JEHOVA		OTROS		TOTAL
	S.	C.	S.	C.	S.	C.	S.	C.	
PRIMARIA	3	1	--	--	--	--	--	--	4
SECUND.	--	4	1	1	--	--	--	1	7
P. CONT.	3	1	--	--	--	--	--	--	4
BACH.	5	6	--	--	--	--	--	--	11
SECRET.	3	3	--	1	--	--	--	2	9
USAC.	9	16	--	2	--	--	2	--	29
OTROS	6	3	--	--	1	--	1	--	11
TOTAL	29	34	1	4	1	0	3	3	75

S. = Soltero. C. = Casado

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS. (VER ANEXO 1)

CUADRO # 3

RELACION ENTRE OCUPACION Y No. DE EMPLEADOS CON HIJOS
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM SEPTIEMBRE DE 1996

OCUPACION	NUMERO DE HIJOS		PERDIDAS EN EL ENBARAZO	TOTAL
	VIVOS	MUERTOS		
MEDICOS	5	--	--	5
ENFERMERAS	30	--	3	33
T. SOCIAL	7	--	3	10
JEFES	3	--	--	3
OFICINISTAS	16	--	7	23
SECRETARIAS	17	--	1	18
CONTADORES	5	--	1	6
CONSERJES	14	--	1	15
OTROS	18	1	2	21
TOTAL	115	1	18	134

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS. (VER ANEXO 1)

CUADRO # 4

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

USO DE METODOS	SI		NO		TOTAL %
	NUMERO	%	NUMERO	%	
HAN USADO	57	76	18	24	100
UTILIZAN	28	37	47	63	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 1)

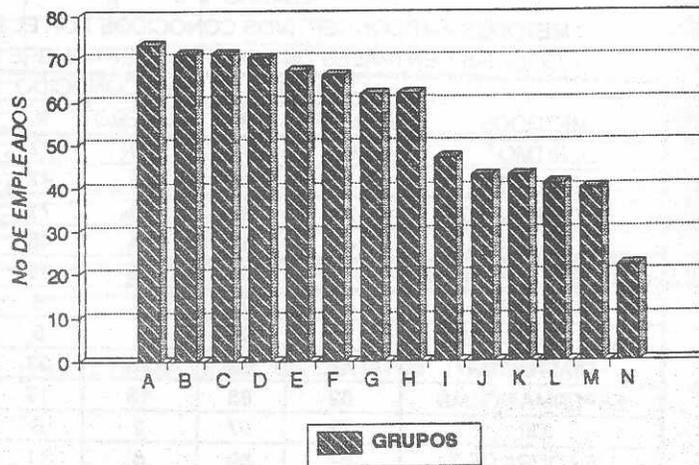
CUADRO # 5

METODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS POR EL PERSONAL
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

METODOS	CONOCIDO		DESCONOCIDO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
RITMO	62	83	13	17	75	100
BILLINGS	40	53	35	47	75	100
CITOTERMICO	22	29	53	71	75	100
L. MATERNA	41	55	34	45	75	100
COITUS INTERRUPTUS	43	57	32	43	75	100
ANT. ORAL	71	95	4	5	75	100
ANT. INYECTABLE	71	95	4	5	75	100
DIAFRAGMA	47	63	28	37	75	100
ESPERMATICIDAS	62	83	13	17	75	100
DIU	73	97	2	3	75	100
LIGADURA DE T.	67	89	8	11	75	100
CONDON MASC.	70	93	5	7	75	100
CONDON FEM.	43	57	32	43	75	100
VASECTOMIA	66	88	9	12	75	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 1)

GRAFICA 1
ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS



- | | |
|----------------------|------------------------|
| A = DIU | H = ESPERMATICIDAS |
| B = ORALES | I = DIAFRAGMA |
| C = INYECTABLES | J = COITUS INTERRUPTUS |
| D = CONDON MASCULINO | K = CONDON FEMENINO |
| E = LIGADURA DE T. | L = LACTANCIA MATERNA |
| F = VASECTOMIA | M = BILLINGS |
| G = RITMO | N = CITOTERMICO |

CUADRO # 6
METODOS UTILIZADOS ACTUALMENTE POR EL PERSONAL
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

METODOS	PERSONAL	
	NUMERO	%
RITMO	1	3
ANT. ORALES	6	21
ANT. INYECTABLES	5	17
DIV	6	21
LIGADURA DE TROMPAS	2	7
CONDON MASCULINO	7	24
VASECTOMIA	2	7
TOTAL	29	100

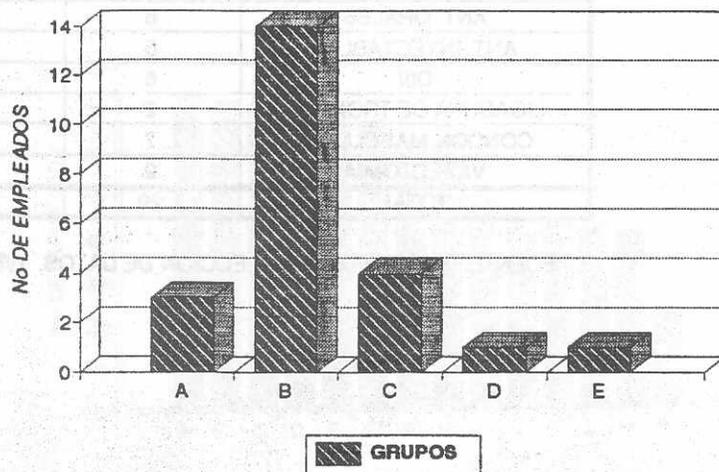
FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS. (VER ANEXO 1)

CUADRO # 7
TIEMPO DE UTILIZAR METODOS ANTICONCEPTIVOS
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

TIEMPO EN AÑOS	PERSONAL	
	NUMERO	%
< - 1	3	14
1 - 5	14	61
6 - 10	4	17
11 - 15	1	4
16 - 20	1	4
TOTAL	23	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS. (VER ANEXO 1)

GRAFICA 2
TIEMPO DE UTILIZACION



A = MENORES DE 1 AÑO D = DE 11 A 15 AÑOS
 B = DE 1 A 5 AÑOS E = DE 16 A 20 AÑOS
 C = DE 6 A 10 AÑOS

CUADRO # 8
RELACION ENTRE LOS METODOS MAS RECOMENDADOS
Y LAS RAZONES PARA SU RECOMENDACION
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

METODO	SEGURIDAD		EFECTOS SEC.		ECONOMIA		TOTAL	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
RITMO	1	1	1	1	2	2	4	5
ORAL	3	4	2	2	3	4	8	10
INYECTABLE	14	17	1	1	1	1	16	19
DIU	13	15	8	10	5	6	26	31
LIGADURA T.	3	4	1	1	1	1	5	6
CONDON MAS	15	18	4	5	6	7	25	29
TOTAL	49	59	17	20	18	21	84	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS. (VER ANEXO 1)

CUADRO # 9
RELACION DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS METODOS UTILIZADOS
ACTUALMENTE Y LOS METODOS RECOMENDADOS
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

METODOS	CONOCE COMO ACTUA		DESCONOCE COMO ACTUA		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
EN USO	15	54	13	46	28	100
RECOMENDADO	29	56	23	44	52	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 1)

CUADRO # 16

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE LA OPERACION QUE SE
REALIZA EN EL HOMBRE PARA NO ENGENDRAR BEBES
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

OPCIONES	PERSONAL	
	NUMERO	%
HISTERECTOMIA	1	1
VASECTOMIA	72	96
BILLINGS	0	0
POMEROY	0	0
OTROS	2	3
TOTAL	75	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS. (VER ANEXO 1)

CUADRO # 17

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE EL CONTENIDO HORMONAL
DEL METODO ANTICONCEPTIVO INYECTABLE
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

OPCIONES	PERSONAL	
	NUMERO	%
TESTOSTERONA	13	17
ESTROGENOS Y PROGESTAGE	38	51
HORMONA ANTIDIURETICA	3	4
PROLACTINA	2	3
OTROS	19	25
TOTAL	75	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS. (VER ANEXO 1)

CUADRO # 14

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE EL MEJOR MOMENTO PARA
PARA LA COLOCACION DEL CONDON DURANTE LAS RELACIONES
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

OPCIONES	PERSONAL	
	NUMERO	%
ANTES DEL CONTACTO	68	91
ANTES DE LA EYACULACION	4	5
EN CUALQUIER MOMENTO	1	1
DESPUES DE LA EYACULACION	2	3
TOTAL	75	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS. (VER ANEXO 1)

CUADRO # 15

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE LA OPERACION QUE SE
REALIZA EN LA MUJER PARA NO QUEDAR EMBARAZADA
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

OPCIONES	PERSONAL	
	NUMERO	%
BILLINGS	0	0
COITUS INTERRUPTUS	0	0
VASECTOMIA	1	1
LIGADURA DE TROMPAS	74	99
TOTAL	75	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS. (VER ANEXO 1)

CUADRO # 12

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE EL TIEMPO RECOMENDADO
DESPUES DEL PARTO PARA UTILIZAR NUEVAMENTE LA PILDORA
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

OPCIONES	PERSONAL	
	NUMERO	%
AL INICIAR LA MENSTRUACION	26	35
AL REANUDAR LA RELACIONES	12	16
AL TERMINAR LA LACTANCIA	24	32
UN AÑO DESPUES DEL PARTO	4	5
OTROS	9	12
TOTAL	75	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS. (VER ANEXO 1)

CUADRO # 13

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE EL PERIODO ADECUADO PARA
EVITAR LAS RELACIONES DURANTE EL CICLO MESTRUAL DE 28 DIAS
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

OPCIONES	PERSONAL	
	NUMERO	%
DEL 1 - 8 DIA	9	12
DEL 10 - 18 DIA	46	61
DEL 20 - 28 DIA	3	4
DURANTE LA MENSTRUACION	5	7
OTROS	12	16
TOTAL	75	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS. (VER ANEXO 1)

CUADRO # 10

PERSONAS QUE HAN PLANIFICADO ENTRE EMBARAZOS
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

OPCIONES	PERSONAL	
	NUMERO	%
HAN PLANIFICADO	38	51
NO HAN PLANIFICADO	23	31
OTROS	14	18
TOTAL	75	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS. (VER ANEXO 1)

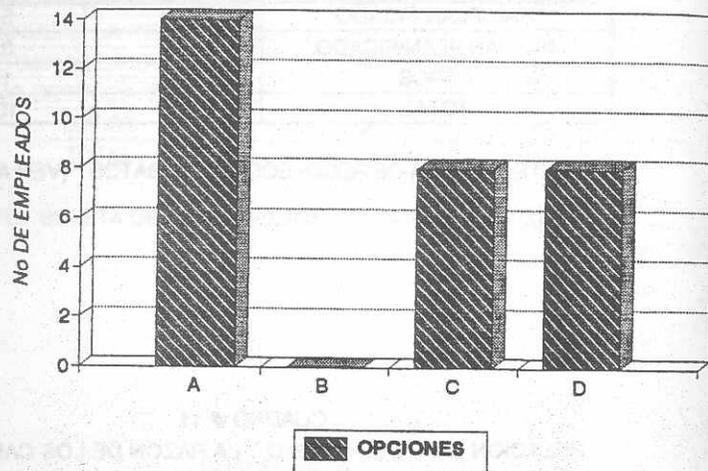
CUADRO # 11

RELACION ENTRE EL CAMBIO Y LA RAZON DE LOS CAMBIOS
DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR EL PERSONAL
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

OPCIONES	HAN CAMBIADO	
	NUMERO	%
PROBLEMAS DE SALUD	14	46
PROBLEMAS ECONOMICOS	0	0
MEJORES OPCIONES	8	27
OTROS	8	27
TOTAL	30	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS. (VER ANEXO 1)

GRAFICA 3
RAZON DE LOS CAMBIOS



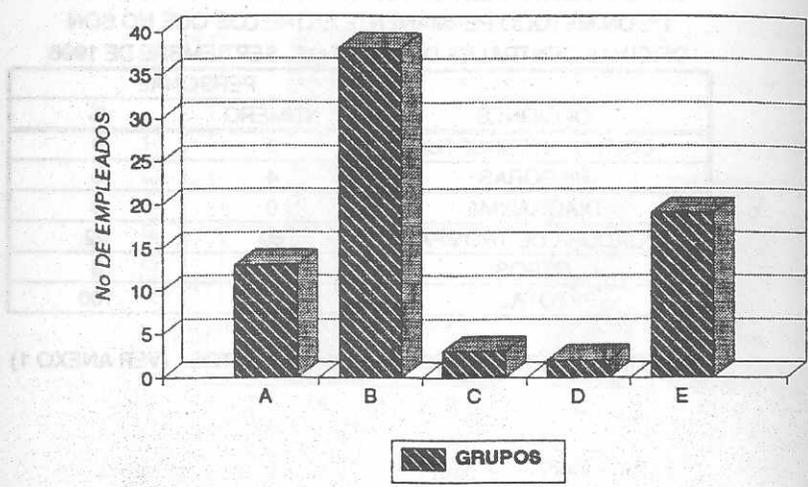
- A = PROBLEMAS DE SALUD
- B = PROBLEMAS ECONOMICOS
- C = MEJORES OPCIONES
- D = OTROS

CUADRO # 18
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE LA IDENTIFICACION
DE UN METODO PERMANENTE ENTRE LOS QUE NO SON
OFICINAS CENTRALES DE APROFAM. SEPTIEMBRE DE 1996

OPCIONES	PERSONAL	
	NUMERO	%
COITUS INTERRUPTUS	0	0
PILDORAS	4	5
DIAGRAGMA	0	0
LIGADURA DE TROMPAS	69	92
OTROS	2	3
TOTAL	75	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS. (VER ANEXO 1)

GRAFICA 4
CONTENIDO HORMONAL



A = TESTOSTERONA D = PROLACTINA
 B = ESTROGENOS Y E = OTROS
 PROGESTAGENOS
 C = HORMONA ANTIDIURETICA

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADROS DEL 1 AL 3

En el cuadro uno observamos que el mayor porcentaje de empleados que labora en las Oficinas Centrales de APROFAM está constituido por el sexo femenino (77.33%) y según la edad, entre los 19 y 30 años (38.67%).

El cuadro #2 nos muestra que el mayor número de empleados pertenece a los siguientes grupos: casados 41, universitarios 29 y católicos 63.

La relación que existe entre la ocupación desempeñada dentro de la Institución y el número de empleados con hijos es la siguiente: las enfermeras muestran el más alto número de hijos vivos y ningún hijo muerto. A ellas, junto al grupo de trabajadores sociales les corresponde el mayor número de pérdidas durante el embarazo. Este número llega hasta 18 lo cual merece se le preste la atención necesaria.

CUADRO 4

Este cuadro nos muestra que el (76%) del personal que labora en APROFAM ha utilizado alguna vez métodos de planificación familiar. No se puede hacer una comparación directa entre el sexo masculino y el sexo femenino para evaluar quien supera en cantidad debido a que el sexo femenino es el grupo mayoritario. Actualmente el (47%) de los empleados no utilizan métodos de planificación familiar, mientras el (28%) si lo hace. Esto se debe, según el cuadro #2 a que 32 de los 75 empleados permanecen solteros o separados.

CUADRO 5

Los métodos de planificación familiar menos conocidos por la mayoría de los trabajadores de las Oficinas Centrales de APROFAM, según lo muestra el cuadro 5 (gráfica 1) son: el método Citotérmico que es conocido por el (71%) del personal únicamente, le sigue el método de Billings o moco cervical (47%), lactancia materna (45%), coitus interruptus (43%), y diafragma (37%).

Esto se debe probablemente a la incomodidad que conllevan estos métodos de planificación, el esfuerzo e interés que exigen, los problemas psicológicos y de tensión que ocasionan y la insuficiente seguridad de algunos de ellos para evitar los embarazos, lo que hace que sean poco utilizables y por consiguiente poco conocidos.

CUADROS 6 Y 7

Según el resultado de las encuestas (ver cuadro 6) el método de planificación familiar más utilizado por los empleados en la actualidad es el condón masculino (25%), le siguen en proporción los anticonceptivos orales (21%), los DIU (21%), los anticonceptivos inyectables (18%), la vasectomía (18%) y finalmente el Ritmo (3%) y la Ligadura de Trompas (3%).

Según el cuadro 7, el menor tiempo de uso de los anticonceptivos corresponde al mayor porcentaje de los trabajadores (de 0 a 10 años (91%)) y el mayor tiempo de uso al menor número de ellos (de 11 a 15 años(4%) y de 16 a 20 años(4%)).

Los anticonceptivos más utilizados por el primer grupo (de 0 a 10 años) son: vasectomía, anticonceptivos inyectables, ritmo, píldora y condón masculino; y por los del segundo grupo (de 11 a 20 años) son: ligadura de trompas y DIU.

CUADRO 8 Y 9

Entre los encuestados con referencia a la pregunta de si recomendarían o no algún método anticonceptivo, encontramos que un alto porcentaje (31%) no recomienda método alguno de planificación familiar. Esto se debe a que consideran que su deber se limita únicamente en dar a conocer los diferentes métodos de planificación que existen, y es el usuario el encargado de decidir que método de planificación familiar desea utilizar. El otro (69%) del personal que si recomendaría algún método de planificación familiar optó por los siguientes: condón masculino (29%), anticonceptivos orales (10%), anticonceptivos inyectables (19%), DIU (31%), ligadura de trompas (6%) y el ritmo (5%).

El funcionamiento y uso adecuado de los métodos de planificación familiar recomendados, es conocido por el (56%) de los empleados y desconocido por el (44%) restante. Las razones por las cuales los encuestados recomendaron los diferentes métodos de planificación familiar son: mayor seguridad (60%), bajo nivel de efectos secundarios (17%), fácil adquisición económica (18%) y otros (5%).

CUADRO 10

El personal de las Oficinas Centrales de APROFAM que ha planificado entre embarazo y embarazo es del (51%). Un porcentaje de los casados que pertenecen a esta categoría (25%) refiere no haber planificado hasta este momento. El número real de los que no planifican aún, no es posible especificarlo, debido a que el (10%) de los que actualmente se encuentran compartiendo vida matrimonial no ha engendrado bebés. El (23%) de los solteros refiere haber planificado.

CUADRO 11

A diferencia del cuadro 4. en donde sólo se muestra que el (76%) del personal que labora en las Oficinas Centrales de APROFAM ha utilizado métodos de planificación familiar alguna vez. aquí encontramos las razones de los que además de haber utilizado métodos, han decidido hacer un cambio.

CUADROS DEL 12 AL 18

El análisis de estos cuadros muestra un alto porcentaje de conocimientos (75%) sobre los métodos de planificación familiar en general, por parte del personal que labora en las Oficinas Centrales de APROFAM. Por otro lado, el desconocimiento que presentan (17%) tiende a ser escaso, aunque a ello se agreguen las respuestas nulas (otros) con un (8%) encontradas en las boletas de recolección de datos.

El cuadro 15 muestra el mayor porcentaje de conocimiento sobre los métodos de planificación familiar por parte del personal, posiblemente por tratarse de un método quirúrgico permanente.

En contraposición a esto, encontramos que el menor grado de conocimientos (26%) se presenta en la gráfica 12 en la cual se evalúa el momento más adecuado para reiniciar el uso de anticonceptivos orales después del parto. Esto se debe quizá a la preocupación de un embarazo temprano que surge en las madres, cuando no se ha planificado lo antes posible en el postparto, razón por la cual deciden utilizar los métodos de planificación familiar inyectables olvidando así el momento más propicio para el reinicio de los anticonceptivos orales. Y el mayor porcentaje de respuestas nulas se localiza en los cuadros 12 (12%), 13 (16%) y 17 (25%). Tanto éstas como aquellas respuestas que muestran cierto grado de desconocimiento de los temas, están sumamente relacionadas con el personal que, aunque labore en las Oficinas Centrales de APROFAM, su papel no consiste en dar información al público sobre los métodos de planificación familiar que existen, sino únicamente en atender funciones de índole administrativa.

CONCLUSIONES

- 1.- La mayor parte del personal de las Oficinas Centrales de APROFAM lo constituyen personas del sexo femenino, católicas, entre los 19 y 30 años de edad y con estudio universitario.
- 2.- El conocimiento que se posee sobre los métodos de planificación familiar es del (73%) en relación al desconocimiento (27%), a pesar del alto porcentaje de empleados que no presta servicios al público.
- 3.- El método de planificación familiar más utilizado por el personal encuestado es el condón masculino y éste es también el más recomendado por ellos, seguido de los anticonceptivos orales, anticonceptivos inyectables y DIU.
- 4.- Se estableció que el (67%) de los empleados ha utilizado alguna vez métodos de planificación familiar y que un (33%) de ellos nunca lo ha hecho.
- 5.- Del grupo que ha utilizado métodos de planificación familiar, encontramos que los casados ocupan el mayor porcentaje y de ellos los del sexo femenino; y entre los solteros es también el sexo femenino el que predomina.
- 6.- Entre los que alguna vez cambiaron el método de planificación familiar que utilizaban, se refieren que esto se debió principalmente a problemas de salud seguido por la búsqueda de mejores opciones pero nunca por problemas de tipo económico. El personal femenino ocupa el mayor porcentaje al respecto.

- 7.- Una minoría del personal que se abstuvo de recomendar métodos de planificación familiar refiere que su deber se limita únicamente en dar a conocer los métodos y que a los usuarios corresponde elegir el que más les convenga.
- 8.- El mínimo porcentaje de conocimientos se localiza en la gráfica 4. en la cual se evalúa el contenido químico de uno de los métodos de planificación familiar (la inyección) más utilizados por el personal.
- 9.- El estudio nos muestra que el porcentaje de empleados que ha utilizado métodos de planificación familiar no es igual al porcentaje que actualmente los utiliza. Responde a ésto el cuadro número 6 que muestra que los métodos de planificación familiar más utilizados son los reversibles.
- 10- Los indicadores muestran que el personal de las Oficinas Centrales de APROFAM posee mayor conocimiento sobre los métodos de planificación familiar artificiales que sobre los naturales en donde se verifican los más bajos porcentajes.

RECOMENDACIONES

- 1.- Tomar como base el presente estudio para la realización de estudios posteriores tanto en ésta como en cualquier otra Institución que preste servicios públicos y privados a la sociedad.
- 2.- Concientizar al personal que labora en Oficinas Centrales de APROFAM sobre la importancia de poseer un adecuado manejo y conocimiento de los metodos de planificación familiar.
- 3.- Fomentar actividades en las cuales se estimule al personal para informarse mejor sobre los diferentes métodos de planificación familiar.
- 4.- Aumentar el conocimiento que actualmente se posee sobre los métodos naturales de planificación familiar.
- 5.- Informarse adecuadamente sobre los métodos de planificación familiar y cuales se consideran los más recomendables según el caso, cuando se desee realizar un cambio.

RESUMEN

El presente estudio fue realizado en las Oficinas Centrales de APROFAM durante el mes de Septiembre de 1996 con el objetivo de evaluar conocimientos y prácticas sobre los métodos de planificación familiar que poseen los empleados que laboran en dicha Institución. La información recabada de los 75 empleados que fueron evaluados, se obtuvo a través de una boleta de recolección de datos (ver anexo 1).

Se demostró que dicho personal posee un adecuado nivel de conocimientos y prácticas sobre los métodos de planificación familiar que promueve.

La investigación muestra que la mayor parte de los empleados lo constituyen personas del sexo femenino 24, entre los 19 y 30 años de edad 29, universitarios 29 y católicos 63.

El mayor número de hijos vivos corresponde a los que comparten vida matrimonial. Un hijo muerto y 10 pérdidas durante el embarazo corresponde al grupo de casados.

El grupo mayoritario (1 a 5 años) que ha utilizado métodos de planificación familiar comprende el (61%) del total. El (39%) refiere haber cambiado de métodos alguna vez por problemas de salud, mientras que un (39%) nunca lo ha hecho. Sólo el (57%) usa actualmente métodos de planificación familiar y de ellos el (54%) muestra un adecuado conocimiento sobre los mismos.

Con respecto a los métodos en general de planificación familiar se presentó el mayor conocimiento para el DIU (97%) y el menor para el método citotérmico (29%).

En cuanto a los métodos recomendados, al condón masculino le corresponde el mayor porcentaje (69%) seguido de los anticonceptivos orales, inyectables y DIU (66%); las razones que predominan son: mayor seguridad (60%), fácil adquisición económica (18%) y bajo nivel de efectos secundarios (17%).

Los que han planificado entre embarazo y embarazo ocupan el (51%) del total de los empleados de los cuales la mayor parte son casados.

El contenido hormonal de los anticonceptivos inyectables y el momento adecuado para reiniciar la píldora después del parto, es conocido únicamente por el (51%) y el (32%) de los empleados respectivamente. En contraposición a ello, el conocimiento aumenta cuando se evalúa: el período adecuado para evitar las relaciones sexuales que provocarían un embarazo (61%), el mejor momento para la colocación del condón (91%), la diferencia de métodos de planificación familiar permanentes y reversibles (92%), el método quirúrgico de esterilización masculina (96%) y el método quirúrgico de esterilización femenina (99%).

BIBLIOGRAFIA

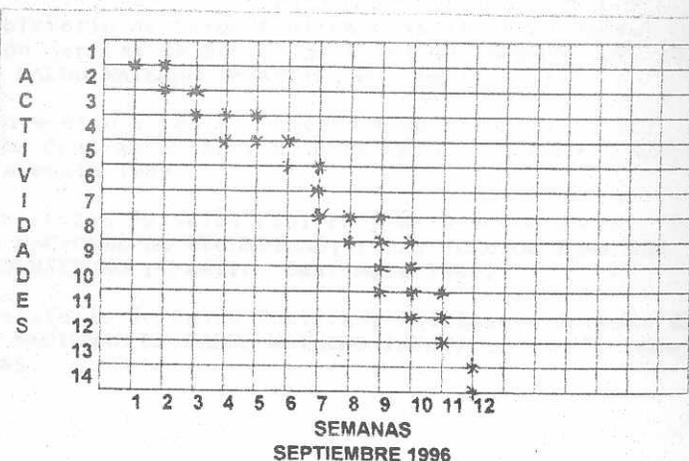
- 1.- Angulo López, Yasmín Linora. CONOCIMIENTO, ACTITUDES PRACTICAS CON RESPECTO A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN TRABAJADORAS DEL SEXO. USAC, Guatemala 1995.
- 2.- Asociación Probienestar de la Familia. QUE ES PLANIFICACION FAMILIAR, DEPARTAMENTO DE ADIESTRAMIENTO. Unidad de Educación, Información y Adiestramiento. Guatemala 1989.
- 3.- Asociación Probienestar de la Familia. APROFAM en cifras. Guatemala 1992.
- 4.- Benson Ralph, MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. 7a. Edición. Editorial. Manual Moderno. D.F. 1985.
- 5.- Castro Barrios, Salvador E. CREENCIAS, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. Tesis de Grado. USAC. 1988.
- 6.- Casas, Juan Antonio, Machuca, Miguel. ANALISIS DE SALUD POR REGIONES. Publicaciones Científicas y Técnicas. Oficina Panamericana de la Salud. Editorial Don Quijote S.A. Guatemala 1992.
- 7.- Contreras G. Carlos F. MANUAL DE METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA. APROFAM.
- 8.- Cunes, C. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO PRODUCTIVO EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE COMUNIDADES DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN COMALAPA. USAC. 1990.
- 9.- Cursillo Pre-Congreso, XL Congreso Nacional de Medicina Guatemala, EL ENFOQUE DE RIESGO FAMILIAR. OPM/OMS Guatemala 1989.
- 10.- Elias L. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN SANARATE. El Progreso, USAC. Guatemala 1989.
- 11.- Figueroa Barrera, Carlos Wilfredo. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. USAC 1995.
- 12.- Freeman H. LA PREVALENCIA Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ALGUNOS PAISES DE LA REGION DE LAS AMERICAS. OPS. México 1987.
- 13.- Gil Bobadilla, Mayra. CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES Y ARTIFICIALES ASOCIADO AL ESPACIAMIENTO DE LOS EMBARAZOS EN EL AREA RURAL DE GUATEMALA USAC. 1989.
- 14.- Gispert C. et. al. ENCICLOPEDIA DE MEDICINA Y ENFERMERIA MOSBY. Grupo Editorial Océano. Barcelona 1985.
- 15.- Gordillo M. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO PRODUCTIVO Tesis USAC 1991.
- 16.- Hatcher, Kowal, TECNOLOGIA ANTICONCEPTIVA. Edición Internacional. Printed Matte. Atlanta USAC 1989.
- 17.- IMAP. DECLARACION ELABORADA POR EL GRUPO INTERNACIONAL PARA ASESORAMIENTO MEDICO. Enero 1993. Emanada en Febrero 1995.
- 18.- INE. ENCUESTA MATERNO INFANTIL 1985.
- 19.- Jones, Howard. Jones Georgena. TRATADO DE GINECOLOGIA DE NOVAK. II Edición. Editorial Interamericana. México 1991
- 20.- Klenan L. Ronald. MANUAL DE PLANIFICACION PARA MEDICOS IV Edición. Federación Internacional de Planificación de la Familia. Londres 1988.

- 21.- Lemus González. Sergio A. EL IMPERIALISMO CAPITALISTA Y EL CONTROL DE LA NATALIDAD EN GUATEMALA. Tesis de Grado USAC 1977.
- 22.- León Barredondo, Vilma Oralia. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. USAC 1994.
- 23.- López González, Alberto Vinicio. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS POR LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA Y SU REPERCUCION EN EL RIESGO REPRODUCTIVO. USAC 1994.
- 24.- MANUAL SOBRE EL ENFOQUE DE REISGO EN LA ATENCION MATERNO INFANTIL. Serie Páltex N. 7 Washington 1987.
- 25.- Mascaró J. DICCIONARIO MEDICO. II Edición. Editorial Salvat México D.F. 1988
- 26.- Mexicanos Pineda, José Estuardo. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS. USAC Guatemala 1995.
- 27.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud. NORMAS DE ATENCION DE SALUD MATERNO INFANTIL. Guatemala 1992.
- 28.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud. RIESGO PRODUCTIVO. Guatemala 1989.
- 29.- Ministerio de Salud Pública y Asistenica Social, ENCUESTA NACIONAL DE FECUNDIDAD, PLANIFICACION FAMILIAR Y SALUD MATERNO INFANTIL. Guatemala 1983.
- 30.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, EN UES- TA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL. INCAP. Guatemala 1989.

- 31.- OMS. ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA Y ESPERMICIDAS, SU USO EN LA PLANIFICACION FAMILIAR. Ginebra 1988.
- 32.- Pritchard Jack MacDonald, Paul Gant Norma. OBSTETRICIA DE WILLIAMS. III Edición. Salvat Editores S.A. México D. F. 1988.
- 33.- Ronald L. Kleinman. MANUAL DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA MEDICOS. VI Edición. Editorial IPPF. 1989.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

- 1.- Selección del tema de investigación
- 2.- Elección del Asesor y Revisor
- 3.- Reacopilación del material bibliográfico
- 4.- Elaboración del proyecto conjuntamente con Asesor y Revisor
- 5.- Diseño de los instrumentos que se utilizarán para recolección de la información
- 6.- Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis
- 7.- Ejecución del trabajo de campo
- 8.- Procesamiento de datos y elaboración de gráficas
- 9.- Análisis y discusión de resultados
- 10.- Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
- 11.- Presentación del informe final para correcciones
- 12.- Aprobación del informe final
- 13.- Impresión del informe final
- 14.- Examen público de defensa de tesis



ANEXO

ENCUESTA

Conocimientos y Prácticas Sobre Planificación Familiar del Personal que labora en Oficinas Centrales de APROFAM

Datos Generales:

Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____
 Escolaridad _____ Religión _____
 Ocupación dentro de la Institución _____
 No. de hijos vivos _____ muertos _____
 Pérdidas durante el embarazo _____

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas marcando con una equis o subrayando la que considere correcta. Utilice letra legible.

1.- ¿Ha utilizado alguna vez métodos anticonceptivos?

SI ___ NO ___

2.- ¿Qué método(s) anticonceptivo(s) conoce? Subráyelo(s).

- a- Ritmo
- b- Moco cervical o Billings
- c- Sinto-térmico
- d- Lactancia Materna
- e- Coitus interruptus
- f- Anticonceptivos orales
- g- Anticonceptivos inyectables
- h- Diafragmas
- i- Espermaticidas locales (óvulos, cremas, espumas)
- j- DIU (T de Cobre, Espiral)
- k- Ligadura de trompas
- l- Condón masculino
- m- Condón femenino
- n- Vasectomía
- ñ- Otros. ¿Cuál? _____

3.- ¿Está utilizando actualmente algún método anticonceptivo?

SI ___ NO ___

4.- ¿Qué método utiliza? _____

5.- ¿Cuánto tiempo lo ha utilizado? _____ años _____ meses.

6.- ¿Sabe como actúa el método que utiliza?

- a- Barrera
- b- Espermaticida
- c- Impide la ovulación
- d- Evita la introducción de espermias al conducto vaginal.

7.- ¿Si no ha utilizado métodos anticonceptivos y tuviera que recomendar alguno ¿Cuál recomendaría?

8.- ¿Sabe como funciona el método que recomendaría?

- a- Barrera
- b- Espermaticida
- c- Impide la ovulación
- d- Evita la relación en los días fértiles.

9.- ¿Cuál es la razón por la que usted recomendaría el método anterior?

- a- Mayor seguridad
- b- Bajo nivel de efectos secundarios
- c- Fácil adquisición económica
- d- Otros.

10.- ¿Entre embarazo y embarazo ha planificado? SI ___ NO ___

11.- ¿Ha cambiado de método anticonceptivo alguna vez?

SI ___ NO ___

12.- Si su respuesta anterior es SI, especifique:

- a- Por problemas de salud
- b- Por problemas económicos
- c- En busca de mejores opciones
- d- Otros.

13.- ¿Cuánto tiempo después del parto se recomienda utilizar nuevamente la píldora?

- a- Al iniciar la menstruación
- b- Cuando se reanudan las relaciones con la pareja
- c- Al terminar la lactancia
- d- Un año después del parto.

14.- En el método anticonceptivo conocido como "EL RITMO" cuyo ciclo menstrual consta de 28 días, se recomienda evitar la relación sexual durante los siguientes días:

- a- Del primero al octavo día
- b- Del veinte al veintiocho día
- c- Del diez al diez y ocho día
- d- Durante el período de menstruación.

15.- ¿Cuál considera usted que es el mejor momento para la colocación del condón?

- a- Antes del contacto
- b- Antes de la eyaculación
- c- En cualquier momento
- d- Después de la eyaculación.