

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

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE
EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA
PLANIFICACION FAMILIAR EN EL
AREA RURAL.**

*(Estudio en 400 Mujeres de Edad Fértil del Municipio
de San Gabriel, Suchitepéquez, marzo-abril 1996)*

ALICIA DEL CARMEN VASQUEZ QUIÑONEZ

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo de 1996

INDICE

I. INTRODUCCION.....	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
III. JUSTIFICACION.....	4
IV. OBJETIVOS.....	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	6
VI. METODOLOGIA.....	22
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	27
VIII. ANALISIS DE RESULTADOS.....	43
IX. CONCLUSIONES.....	53
X. RECOMENDACIONES.....	55
XI. RESUMEN.....	56
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	58
XIII. ANEXOS.....	61

I. INTRODUCCION

En la actualidad nos encontramos frecuentemente con el tema de planificación familiar, en el cual se ha indicado que es el derecho que tienen las parejas de decidir libre y responsablemente cuantos hijos desean tener y cuando tenerlos; ya que se debe hacer algo más que alimentar, vestir y dar vivienda a los hijos, también se deben satisfacer necesidades intelectuales y espirituales que les son valiosas para el desarrollo personal.(5)

En Guatemala aún existe desconocimiento sobre planificación familiar el cual es mayor en comunidades rurales donde sobresale el analfabetismo, esto aunado a la actual condición socio-cultural, favorecen la poca o no práctica de planificación familiar, dando como resultado la procreación indiscriminada y aumento del riesgo de morbi-mortalidad materno-infantil.

En el presente estudio se realizó una evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar, en mujeres de edad fértil de el Municipio de San Gabriel, Suchitépéquez. Se presenta una comparación sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de planificación familiar en mujeres alfabetas y analfabetas de la población.

Para la ejecución del estudio se realizó croquis del casco urbano del municipio y se efectuó visita domiciliaria para la recolección de los datos, entrevistando un total de 400 mujeres en edad fértil, con vida sexual activa; encontrando que el 50.5 % de la población estudiada es analfabeta, y el 94.05% de analfabetas es indígena. Además se identificó que las mujeres alfabetas tienen mayor conocimiento sobre el tema. Ambos grupos de la población tienen en su mayoría actitud positiva hacia la disminución del número de embarazos; sin embargo existe poca utilización de métodos anticonceptivos, mayormente en la población analfabeta lo cual está influenciado por creencias erróneas sobre los efectos secundarios así como por creencias de la comunidad más arraigadas en la población analfabeta.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Durante años, la humanidad se ha reproducido; la evolución ha hecho a la especie fuerte y adaptable, sin embargo, todo este proceso ha causado que la fecundidad humana se convierta en un problema demográfico y de salud materno infantil. Por lo cual la sociedad ha buscado la manera de controlar su fecundidad de una forma segura y sin riesgos, creando para ello un conjunto de procesos y técnicas que se conocen como anticoncepción, sin embargo existen comunidades rurales en donde aún no han llegado. (21)

Actualmente la práctica de la planificación familiar se justifica en términos de la necesidad de restablecer un balance entre los recursos disponibles y las necesidades humanas básicas; empleo, educación, alimentación y servicios sociales. También se argumenta, que el bienestar de una nación se basa en la capacitación y la calidad de los individuos, no en su número. Más aún, la planificación familiar mejora el bienestar de las parejas al proporcionarles control sobre su vida reproductiva. (21)

Se ha dado amplia difusión a los programas de planificación familiar por diversos medios de comunicación, pero no sabemos si realmente esta información está llegando a su destino para cumplir adecuadamente su objetivo en la población femenina en edad fértil residente en el área rural, ya que es aquí donde está la mayor parte de la población de Guatemala y es más alta la tasa de fecundidad y natalidad. (6)

El programa de planificación familiar ha recibido apoyo en los últimos años debido a la preocupación de muchos sectores por el crecimiento demográfico en Guatemala, con una tasa de crecimiento anual de 3.48%, mayor al promedio de crecimiento de la población mundial. (1)

Mediante la adecuada utilización de la anticoncepción el problema que representa la alta fecundidad para la salud materno-infantil podría ser modificado. Es importante para las instituciones privadas o estatales del campo de la salud, conocer y establecer la cultura de los pueblos, especialmente las del área rural, para comprender mejor las necesidades de cada región e implementar programas de salud considerando que las creencias y actitudes pueden cambiar de una comunidad a otra, dependiendo del desarrollo histórico, cultural y económico de cada población en particular. (1, 6, 2.)

En nuestro país aún existe desconocimiento sobre planificación familiar, mayormente en comunidades rurales donde sobresale el analfabetismo, influido por información errónea o costumbres basadas en creencias o tradiciones más acentuadas en comunidades indígenas, lo cual se refleja en actitudes negativas hacia los métodos anticonceptivos, dando como resultado la poca o no práctica de planificación familiar y un aumento en la tasa de fecundidad y riesgo de mortalidad materno-infantil. (21)

En el presente estudio, se determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas en el uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar, en mujeres de edad fértil. Se compararon los conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres alfabetas y analfabetas; identificando la diferencia existente entre ambos grupos de mujeres de la población de San Gabriel, Suchitepéquez.

III. JUSTIFICACION

Guatemala es un país de alta fecundidad, la cual ha experimentado un descenso muy limitado en los últimos cuarenta años. La tasa de crecimiento poblacional para 1995 fue de 3.4%. Según el último censo el 49% de la población total es analfabeta; encontrando 72% de analfabetismo en la población indígena, en la cual el 60% de mujeres es analfabeta. (22)

Partiendo de un marco nacional caracterizado por los altos índices de analfabetismo y la actual condición socio-cultural (ignorancia, hacinamiento, tradiciones culturales, problemas lingüísticos), que favorecen la procreación indiscriminada, dando problemas de embarazos no deseados, abandono de hijos con aumento de riesgo de mortalidad materno infantil. (22)

La discriminación de la mujer es un resultado de los patrones existentes en la sociedad guatemalteca; son ellas las más pobres entre los pobres, quienes presentan los mayores índices de analfabetismo y quienes tienen menor acceso a los sistemas educativos. (22)

San Gabriel, Suchitepéquez es una comunidad rural con 3,777 habitantes, 67% de la población es indígena. Presenta 40% de analfabetismo y el 78% de analfabetismo se encuentra en la población femenina; actualmente existe una tasa de fecundidad de 13%.

Por lo anterior expuesto se decidió realizar el presente tema de investigación con el fin de determinar la diferencia existente entre mujeres alfabetas y analfabetas en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar; ya que a través de dicho estudio se pueden crear estrategias para dar instrucción adecuada sobre planificación familiar y poder ofrecer a la comunidad la oportunidad de una mejor forma de vida, repercutiendo en el beneficio de la salud materno infantil.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres de edad fértil alfabetas y analfabetas sobre el uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar en el municipio de San Gabriel, Suchitepéquez.

ESPECIFICOS:

- Identificar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil alfabetas y analfabetas.
- Identificar las actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil, alfabetas y analfabetas.
- Identificar las prácticas de anticoncepción utilizadas en mujeres de edad fértil, alfabetas y analfabetas.
- Identificar el medio por el cual la población de San Gabriel, Suchitepéquez obtiene información sobre métodos anticonceptivos.
- Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil alfabetas y analfabetas.
- Identificar si existe diferencia en los conocimientos, actitudes y prácticas, en el uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar, entre mujeres de edad fértil, alfabetas y analfabetas.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Son aquellos que se utilizan para regular la fertilidad de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente. (20)

Métodos Naturales:

Son aquellos métodos basados en observación y conocimientos de los signos y síntomas del período fértil. (11)

-Lactancia Materna:

Usada como método natural para espaciar los embarazos y consiste en dar exclusivamente pecho al lactante durante los primeros seis meses, tanto de día como de noche sin que la madre haya menstruado. (11,21)

-Mecanismos de acción:

Consiste en el efecto inhibitorio de la ovulación provisto por el estímulo de la lactancia materna sobre la secreción de prolactina, más evidente si la usuaria está amenorreica en el período post-parto. (11,17,21)

-Efectividad:

Es más confiable durante los primeros seis meses después del parto. El índice de efectividad para aquellos que dan exclusivamente de lactar y no han menstruado, es del 98%.

-Indicaciones:

Es un método anticonceptivo efectivo para una mujer que tenga menos de seis meses desde el parto, permanezca amenorreica, y no tenga sangrado vaginal, no den ningún otro tipo de alimentación complementaria y ofrezca la lactancia exclusiva a libre demanda.

Precauciones:

No debe considerarse como un método anticonceptivo efectivo para una mujer que empiece a menstruar, cuyo hijo duerma durante toda la noche, incorpore comida o líquido a la dieta del niño, y si el lactante tiene seis meses o más.

Lineamientos para la Prescripción:

Dar oportunamente amplia consejería a la madre sobre el método. Es necesario explicar que el amamantamiento se toma menos efectivo como método anticonceptivo tan pronto como ocurre cualquiera de los siguientes eventos: Empiece a menstruar, (generalmente los sangrados antes de los 56 días post-parto no son ovulatorios), el niño tiene seis meses de edad y la mujer no está dando lactancia exclusiva.

Efectos Colaterales:

No existen efectos colaterales asociados al método.

Conducta a seguir:

En caso de presentarse sangrado menstrual, no hay lactancia exclusiva o el lactante tiene seis meses, recomendar que utilice algún otro método. (16,17,21)

ABSTINENCIA PERIÓDICA:

Los métodos de abstinencia periódica son aquellos por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con la observación de los signos y síntomas que normalmente presenta la mujer durante el período fértil e infértil del ciclo menstrual. (11,16,17)

Existen varios métodos:

- Calendario o ritmo
- Temperatura basal
- Moco cervical o Billings
- Sistotérmico

Mecanismos de Acción:

Consiste en evitar que el óvulo y espermatozoide se encuentren, para evitar que haya fecundación. (21)

Efectividad:

Bajo condiciones de uso correcto, la efectividad está entre el 70% al 80%.

Indicaciones:

Están indicados en parejas en edad fértil y vida sexual activa que quieren regular su fecundidad en forma temporal y no deseen usar otro método por cualquier causa.

Precauciones:

- Riesgo reproductivo elevado
- Mujeres con ciclos menstruales irregulares
- Dificultad de la mujer para aprender a reconocer las características de su ciclo menstrual.
- Personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual.
- Postparto, postaborto y lactancia.
- Mujeres con infecciones vaginales (sólo en caso de moco cervical)

MÉTODO DE CALENDARIO O RITMO;

Historia:

Es escasa la información que existe sobre la historia de la planificación familiar natural, aunque muchos creen que los signos y síntomas del ciclo de fertilidad femenina se han observado desde hace mucho tiempo. Desde mediados del siglo XIX, algunos autores describen el dolor ovulatorio interno y los cambios que se presentan en el cono cervical. En 1876 la doctora Marie Putnam descubrió que la temperatura basal del cuerpo fluctúa durante el ciclo menstrual.

El hecho de que la fertilidad presente un pico en la mitad del ciclo no se determinó sino hasta la década de 1930, con el descubrimiento de que el ovario libera un óvulo 14 días antes de que comience la menstruación. Este descubrimiento condujo al método del ritmo según el calendario de Ogino-Knauss. (11,13)

Descripción:

La práctica del método del ritmo requiere ciclos menstruales regulares. Para calcular el periodo de abstinencia sexual es necesario conocer la duración de los seis ciclos menstruales anteriores. (17)

Usando un calendario la mujer o la pareja, debe anotar el número de días que dura cada ciclo menstrual, durante seis meses como mínimo, de este registro debe escoger el ciclo más largo y el más corto. Restar 11 del ciclo más largo y 18 días del ciclo más corto para obtener el primer y el último día fértil de su ciclo. (11,16,17,20)

MÉTODO DE LA TEMPERATURA BASAL;

El método se basa en la observación que la ovulación coincide con cambios ligeros en la temperatura de la mujer. La mujer debe tomarse la temperatura todas las mañanas, a la misma hora apenas se despierta y antes de que realice algunas actividades. En el momento de la ovulación hay una elevación de la temperatura de aproximadamente 0.5 grados, que se mantiene en ese nivel hasta la próxima menstruación. Si la pareja no desea tener un hijo debe abstenerse de tener relaciones sexuales desde el inicio del periodo menstrual hasta el tercer día consecutivo de temperatura elevada. (2,5,11,15,17)

MÉTODO DE MOCO CERVICAL;

Consiste en determinar los días fértiles de la mujer, a través de la observación de los cambios o modificaciones del moco cervical.

Después de la menstruación hay un número variable de días sin secreción vaginal, llamado Días Secos, que son Infértiles.

Después de estos días, el moco cervical empieza progresivamente hacerse más abundante, elástico y transparente, hasta llegar a presentar características semejantes a la clara de huevo, lo cual se acompaña de una sensación de humedad en sus genitales. Estos son los días fértiles.

Después de este periodo, se presentan nuevamente varios días en que el moco cervical se vuelve espeso y escaso.

La pareja que desea utilizar este método, debe abstenerse de tener relaciones sexuales, desde el momento en que el moco cervical empieza hacerse abundante y elástico hasta tres días después que termina este periodo. (7,17,18,21)

MÉTODO SISTOTERMICO;

Denominado así porque combina varios síntomas y signos con la temperatura basal, cambios en el moco cervical y cálculos numéricos para determinar el periodo fértil de la mujer. Se asocian cambios tales como; dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios cervicales, dolor mamario y cambios en el estado de ánimo.

COITO INTERUMPIDO:

Historia :

Fue el primer método de anticoncepción se cree que ha sido el que ha logrado el control de la población del mundo durante el siglo XIX en Suiza y Francia. (13,17)

Descripción:

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.

Mecanismo de acción:

Previene el encuentro del espermatozoide con el óvulo a través de la eyaculación fuera del conducto vaginal.

Efectividad:

En condiciones ideales puede alcanzar una efectividad del 81% al 96%.

Precauciones:

Usuarios con dificultad para identificar la sensación preorgásmica. (16,17,21)

MÉTODOS DE BARRERA:

Historia:

Las barreras mecánicas que cubren el pene han sido utilizadas durante siglos como protección contra el embarazo y la infección, con fines decorativos y ocasionalmente para producir estimulación del pene o la vagina. El uso de una cubierta sobre el pene se remonta incluso hasta el año 1350 A.C., cuando los hombres egipcios utilizaban cubiertas decorativas para el pene. El año 564 D.C. el gran anatomista italiano Falopio descubrió el uso de cubiertas de intestinos de animales. Fue tan solo en el siglo XVIII que se dio a las cubiertas para el pene hechas de intestinos de animales el nombre de "condon" y se popularizaron como un medio de protección contra la enfermedad venérea y contra numerosos descendientes bastardos. Con la llegada del caucho vulcanizado en la década de 1840 llegó también la producción en masa de condones de material sintético. (11,13)

En el programa de distribución basado en la comunidad de Guatemala, 10% de los aceptantes registrados en 1976 eligieron condones o espermicidas, mientras que dos años más tarde, el 27% de un número más grande de aceptantes estaban usando estos métodos. En Colombia se observó un aumento notable en el uso de las barreras anticonceptivas en años recientes. En EE.UU. también se registró una mayor dependencia de los métodos de barrera en los últimos años, y se tiene entendido que incrementos similares en el uso de las barreras anticonceptivas se están produciendo en muchos otros países, si bien no todos han sido documentados. Aproximadamente 40 millones de parejas están usando barreras anticonceptivas en la actualidad en todas partes del mundo, especialmente los condones. (11)

Descripción:

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren de manera mecánica o química para impedir la fecundación. Para el hombre existe el condón y para la mujer el diafragma y los espermicidas. (15)

CONDON:

Descripción:

Los condones de látex, que también se conocen como profilácticos, preservativos, gomas o forros, y por su nombre de marca, tienen la función de cubrir el pene durante el contacto sexual. Se fabrican en varias formas y colores y básicamente son cilindros circulares de 15-20 centímetros de largo, 3-3.5 centímetros de diámetro y 0.003-0.007

centímetros de espesor, cerrados en un extremo (romo o en forma de tetilla) y abiertos en el otro extremo, con borde redondeado. (11,21)

Mecanismos de Acción:

Los condones colocados sobre el pene erecto actúan como métodos de barrera, impidiendo la entrada de los espermatozoides a la vagina. Algunos condones están recubiertos de espermicidas. Sin embargo, no está claro que tan efectivamente el espermicida inactivará a los espermatozoides en caso de ruptura del condón.

Las diferencias sustanciales entre los condones de caucho son sus formas, grosor, la presencia o ausencia de lubricantes y la presencia o ausencia de un espermicida por la parte interna y externa del condón. Los condones pueden ser rectos o alhusados, grabados o lisos, lubricados o no lubricados y de color, transparentes o blancos. Los lubricantes son aceite de silicona "seco", jaleas húmedas, polvos secos o espermicidas. Alrededor del 1% de los condones vendidos son condones de piel hechos del intestino (ciego) de corderos. (2,11,17,21)

Efectividad:

El condón es moderadamente efectivo para impedir el embarazo accidental cuando lo utiliza el usuario típico. Las tasas de falla para el primer año entre usuarios típicos son en promedio de aproximadamente el 12%. Existen pocos estudios sobre el condón debido a que relativamente pocas parejas habían utilizado este método hasta épocas recientes, con la llegada del SIDA y la mayor conciencia de otras enfermedades sexualmente transmitidas.

La efectividad del condón depende marcadamente de que tan consistente sea su uso. El error más común entre los usuarios es la no utilización del condón. Ocasionalmente se recomienda el uso de una espuma conjuntamente con los condones en un esfuerzo por aumentar su efectividad. (11,17)

DIAFRAGMA:

Historia:

En 1908, el diafragma fue inventado por Kalku un ginecólogo de Viena, hacia finales de los años XX, se utilizaba mucho el diafragma. (13)

Descripción:

El diafragma es el tipo de capuchón más usado. Consiste de una colgada cúpula casi hemisférica de goma rodeado de un aro metálico de resorte recubierto de goma, que viene en tres tipos diferentes; resorte especial, resorte plano, y arqueado. El diámetro

exterior del borde equivale a el tamaño del diafragma, que varia de 50 a 105 mm.. El tamaño del diafragma más blando de resorte espiral aumentan de 5 en 5 mm., mientras que los del diafragma menos flexible de resorte plano aumentan de 5 mm en 5 mm en los tamaños más grandes (80-105mm.) y de 2.5 en 2.5 mm. en los tamaños más pequeños (55-75mm.); los tamaños de medio punto son los que se ubican entre los 5 mm.

El diafragma se coloca diagonalmente en la vagina de manera que un borde se ajuste al fondo de saco posterior y el otro a la sínfisis del pubis, de manera que cubra el cuello del útero, aislando en esta forma el cérvix del contacto con el pene durante el contacto sexual. Si se coloca el diafragma de tal manera que la parte convexa o la parte cóncava de la cúpula quede de cara al cérvix es cuestión de preferencia personal; con la parte convexa hacia arriba, la concavidad sigue el contorno vaginal, en tanto que hacia abajo será más difícil retirar el diafragma. El diafragma se mantiene en posición gracias a la tensión del borde-resorte y por el tono muscular de la vagina. Pero en vista de que no queda totalmente sellado a las paredes vaginales, su eficacia plena depende de la aplicación previa de un espermicida (crema o jalea en tubo) tanto en la superficie interna como externa del diafragma. (11,17,21)

Mecanismo de Acción:

Actúa de una manera mecánica para evitar el paso del espermatozoide hacia el cérvix. Evita que los espermatozoides queden depositados en el moco cervical de manera que la jalea cervical, tenga tiempo de hacer su acción espermicida. (17,21)

Efectividad:

Efectivo cuando se usa correctamente durante las relaciones sexuales, bajo condiciones habituales de uso combinada con jalea espermicida; la efectividad va del 79% al 95%.

No es recomendable cuando existen malformaciones, anomalías en la vagina, alergias al látex, historia de infecciones urinarias a repetición y dificultad para aprender el uso correcto del método. (11,16,17,21)

CAPUCHON CERVICAL:

El capuchón cervical tiene forma de dedal, hecho de goma, plástico o metal, con un borde expansible que encaja cómodamente en el cérvix. Para poder usarlo, es imprescindible que el cérvix esté sano, sea de contornos paralelos y lo bastante largo como para poder ajustarse al "dedal". Además, debe ser accesible a los dedos de la mujer. El capuchón cervical es muy útil para las mujeres que no pueden retener el diafragma. El

diámetro interno del borde equivale al tamaño del capuchón cervical, el cual varia entre 22 y 31 mm, con tamaños intermedios que van aumentando de 3 mm. en 3mm.. El tamaño correcto debe tener el mismo diámetro que la base de la parte vaginal del cuello del útero.

Para insertarlo, el capuchón cervical se sostiene con la boca para arriba, comprimido (si es de goma) entre el pulgar y el índice, y se lo desliza por la pared posterior de la vagina hasta que el borde posterior de su boca quede justo detrás del cérvix. Entonces se deja que el borde se abra, se retira el pulgar, y se empuja el capuchón hacia arriba sobre el cérvix, con la punta del índice y del dedo medio. Se puede controlar la posición correcta palpando el cuello del útero a través del dedal del capuchón cervical. (11)

CAPUCHON EN BÓVEDA (DUMAS):

El capuchón en bóveda hecho de goma, tiene forma casi hemisférica, con una bóveda delgada y un borde grueso. Cubre el cérvix y se adhiere por succión a la bóveda vaginal. El cérvix debe ser sano, lo suficientemente corto como para caber en el capuchón poco profundo, y accesible a los dedos de la mujer. El capuchón en bóveda es útil para las mujeres que no pueden retener el diafragma. El tamaño del capuchón en bóveda corresponde al del diámetro externo del borde, que varia de 50 a 75 mm., aumentando de 5 mm. en 5 mm.. El tamaño correcto es el más pequeño que se ajusta uniformemente a la bóveda vaginal.(11)

CAPUCHON VIMULE:

El capuchón vimule de goma, es una combinación del capuchón cervical y del capuchón en bóveda, provisto de una parte en forma de dedal para ajustarse al cérvix y un borde amplio que se adhiere por succión a la bóveda vaginal. El cérvix deberá ser accesible a los dedos de la mujer. El capuchón vimule es útil para las mujeres que no pueden retener el diafragma o un capuchón cervical o en bóveda, una mujer con prolapso o un cistocele. El tamaño del capuchón vimule corresponde al diámetro exterior del borde, y varia de 45 a 51 mm., aumentando de 3 mm. en 3mm.. El tamaño correcto es el más pequeño que se adapte más cómodamente al cérvix y se ajuste uniformemente a la bóveda vaginal.(11)

ESPERMICIDAS:

Los espermicidas, o anticonceptivos químicos, deben insertarse en la bóveda vaginal lo más cerca posible del cérvix, poco antes del contacto sexual. Pueden obtenerse

fácil y ampliamente en el comercio. Su uso con los anticonceptivos mecánicos garantiza mayor eficacia que el uso de anticonceptivos por separado.

Los espermicidas ofrecen cierto grado de protección contra algunas enfermedades transmitidas sexualmente. En pruebas de laboratorio, los espermicidas que contienen nonoxinol-9 demostraron su capacidad de destruir el virus VIH. Se está investigando su uso en mujeres en riesgo de infección con el virus. Pueden obtenerse los siguientes tipos de espermicidas:

Productos en tubos: Envasados en tubos de metal blando o plástico, de los cuales pueden exprimir en la tapa o el casquete, o en el aplicador antes de introducirlos en la vagina.

Aerosoles (espumas): Envasados bajo presión en frascos resistentes, de los cuales pueden pasarse directamente al aplicador apretando la válvula, para inserción profunda en la vagina.

Supositorios: Que contienen un espermicida activo en una base que se funde con la temperatura del cuerpo y se insertan manualmente cerca del cérvix.

Tabletas espumantes: Que contienen un espermicida activo en una base que se funde con la temperatura del cuerpo y se insertan manualmente cerca del cérvix.

También pueden obtenerse unas películas plásticas impregnadas con un espermicida. La película es soluble en agua y se desintegra en la vagina. Se coloca profundamente en la vagina, cubriendo el cérvix de ser posible. Al principio se había sugerido que cualquiera de los dos compañeros podría usar la película, el hombre colocándola en la punta del pene antes de la inserción, pero esta práctica ha demostrado ser poco satisfactoria. (11,17)

ESPONJAS VAGINALES:

Las esponjas vaginales incorporan un espermicida activo en un vehículo de poliuretano en forma de hongo o champiñón. El espermicida se libera humedeciendo la esponja antes de la inserción manual cerca del cérvix, y también por el contacto continuo con las secreciones vaginales.

La esponja puede insertarse hasta 24 horas antes del contacto sexual. Permite el coito inmediatamente después de su inserción y puede usarse para múltiples contactos sexuales dentro de las 24 horas a partir de su inserción. Deberá retirarse seis horas después del último contacto sexual.

La esponja es considerada como un portador de espermicida y tiene el mismo grado de eficacia como los espermicidas. Es desechable y menos engorrosa que algunos

espermicidas. El espermicida que contiene posiblemente ofrezca por lo menos una protección parcial contra la transmisión de algunas ETS. (11)

EL ESCUDO VAGINAL O 'CONDON FEMENINO':

Consiste en un tubo de poliuretano elástico, cerrado en un extremo, de unos 15 cm. de largo y 7 cm. de diámetro. Alrededor de su extremo abierto se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que sostiene el "condón" contra la vulva. El otro extremo contiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual. Puede usarse una sola vez.

Se considera que este protector vaginal interfiere menos que el condón con el placer sexual en ambos sexos. Además tiene otras ventajas, como la de estar bajo el control de la mujer, y de poderlo insertar con buena anticipación al contacto sexual. Es posible que, igual que el condón, ofrezca protección contra organismos causantes de enfermedades transmisibles sexualmente, incluso los virus.

Se están realizando pruebas piloto con el protector vaginal en varias instituciones. A menos que se descubran serios inconvenientes, sin duda constituirá una útil adición a los métodos de barrera actualmente en uso.

MÉTODOS DE BARRERA CASEROS:

Se pueden usar almohadillas vaginales, tapones o esponjas, empapados o cubiertos con espermicidas de preparación casera o preferiblemente de fabricación farmacéutica, que se inserta profundamente en la vagina para cubrir el cérvix antes del contacto sexual. Después del uso pueden lavarse con agua jabonosa, enjuagarlos y secarlos para usarlos nuevamente.

Las almohadillas se hacen con unos cuadros de 15 centímetros de tela blanca, suave y limpia, doblados con los bordes deshilachados doblando hacia adentro, que se cosen con un hilo, dejando un cabo del hilo suelto para facilitar la extracción después del uso. Para hacer los tapones pueden usarse retazos de algodón o seda limpios, enrollados en forma de un tapón del tamaño de un huevo de gallina que se ata con hilo dejando un cabo suelto para poder extraerlo. Las esponjas pueden ser naturales, de espuma de goma o de material plástico, cortadas al tamaño adecuado, que se pueden cubrir con una malla fina, dejando un cabo de hilo suelto. También se pueden usar los tampones menstruales que se compran en el comercio.

Se pueden preparar espermicidas con vinagre o jugo de limón mezclado con agua hervida; jabón neutro disuelto en agua caliente hervida, o cualquier aceite o grasa

comestible. Los jabones fuertes, el jabón en polvo, detergente, aceite de mostaza o las soluciones salinas fuertes irritarán o dañarán la vagina y no deben usarse. (11)

MÉTODOS HORMONALES:

Anticonceptivos Orales:

Es una sustancia o una combinación de sustancias (esteroides) administrada por vía oral que evita el embarazo. Las principales formas de anticonceptivos orales incluyen el anticonceptivo oral combinado que contiene estrógenos (AOC), la píldora de progestágenos solo (PPS) y la anticoncepción hormonal postcoital (APC). (11)

Historia:

A fines del Siglo XIX, los científicos observaron que los folículos ováricos no se desarrollan durante el embarazo. Ludwig Haberlandt, propuso el término "esterilización hormonal" por primera vez el 1921. Sugirió la idea de que podrían usarse extractos de ovarios como anticonceptivos orales. Durante 20 años se determinó la estructura molecular de las hormonas sexuales y se fue acumulando gran conocimiento sobre el control endocrino de la reproducción. En 1929 se identificaron los estrógenos y en 1934, la progesterona.

En 1941, Marker usó diosgenina extraída de la planta del liame mexicano como materia prima para preparar esteroides. Esto llevó a la síntesis de la noretisterona (noretindrona) realizada por Carl Djerassi en 1950. Al mismo tiempo, trabajando independientemente, Frank B. Colton produjo noretinodrel. Estos dos compuestos tenían actividad parecida a la progesterona y se les denominó progestágenos o progestinas. Para 1956, Francis J. Saunders, Gregory Pincus y sus asociados habían investigado los efectos de estos progestágenos en animales. John Rock, obstétrico, llevó a cabo pruebas clínicas en Puerto Rico utilizando noretinodrel y en 1956 Rock, Pincus y García demostraron que el noretinodrel suprimía la ovulación. A esto siguió una prueba clínica de mayor envergadura realizada en Puerto Rico con la ayuda de Edris Rice-ray. En esta prueba se utilizó una combinación de 10 mg. de noretinodrel y 0.15 mg de mestranol (el primer anticonceptivo oral combinado). En 1959 esta fórmula se convirtió en el primer anticonceptivo oral que se lanzó al mercado. Desde 1960 se han desarrollado numerosos anticonceptivos esteroidales diferentes, en cuyas formulaciones se fueron disminuyendo paulatinamente las dosis de estrógeno y progestágeno. Se estima que actualmente hay unos 60 millones de usuarios de anticonceptivos orales en el mundo. (11)

Las minipíldoras, disponibles desde 1973, no contienen estrógeno y tienen menos de 1 mg. del agente progestacional.

La importancia de la dosis de progestágeno ha recibido una atención cada vez mayor en la década de 1980. El efecto adverso, relacionado con la dosis del progestágeno sobre los patrones de lípidos, contrarresta los efectos benéficos en los lípidos del estrógeno de la píldora. La reducción de la dosis de progestágeno resulta en un efecto neto sobre los lípidos menos desfavorable, y los investigadores esperan que esta reducción disminuya el riesgo de enfermedad cardiovascular asociado con el uso de la píldora. (11)

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS:

Contiene un estrógeno sintético: etinilestradiol o mestranol y una progestina sintética: noretisterona, norgestrol, levonorgestrel, etc. Contiene dosis constantes de estos compuestos y se presentan en cajas de 21 tabletas y algunas presentaciones incluyen siete gageas sin contenido hormonal y contienen hierro. (5,8,11)

Son medicamentos que contienen hormonas y al ser tomados evitan la ovulación.

El mecanismo de acción de la píldora anticonceptiva combinada es evitar la liberación del óvulo del ovario. Esto se logra bloqueando la secreción hipofisaria de gonadotropina que es indispensable para la ovulación. Además hacen el moco cervical más espeso, con lo cual dificultan la penetración del espermatozoide e inhiben la movilidad tubárica, también provocan adelgazamiento del endometrio.

Tomadas correctamente brindan una efectividad del 99%. (12)

ANTICONCEPTIVOS ORALES DE PROGESTINA SOLA:

Contienen una progestina sintética a dosis baja: levonorgestrel, norgestrel o noretisterona y se presentan en cajas de 35 tabletas.

Suprime la ovulación, espesa el moco cervical dificultando la penetración del espermatozoide y provoca adelgazamiento del endometrio.

Brindan una efectividad del 94 al 97%, lo cual depende del cumplimiento estricto de la toma en un horario fijo. (24)

MÉTODOS HORMONALES INYECTABLES:

Historia:

Se comenzó a reconocer la posibilidad de prolongar la duración del efecto hormonal con la síntesis de ésteres de diferentes progestágenos a fines de la década del 1950, y con el descubrimiento de que la formulación del acetato de medroxiprogesterona como una suspensión microcristalina permitía una liberación lenta después de su

inyección en el cuerpo. El DAMP se estudió por primera vez como un anticonceptivo entre los años 1963 a 1966, y de allí en adelante su uso fue extendiéndose paulatinamente. Desde comienzos del año 1970, el desarrollo de nuevos métodos hormonales de acción prolongada fue ensombrecido en cierto grado por la tempestuosa historia de la solicitud para la comercialización en los Estados Unidos.(11)

Modo de Acción:

Consiste en una suspensión microcristalina acuosa y su mejor forma de administración es por inyección intramuscular profunda de 150 miligramos en el glúteo o en el músculo deltoide. No debe masajearse el lugar de la inyección. Las partículas tienen 2-3 de diámetro, solubilidad acuosa muy baja y van gastándose muy lentamente en la superficie a través de un período de varios meses. Se espera que una dosis de 150 mg. tendrá una duración efectiva de tres meses por lo menos, y generalmente su efecto se prolonga mucho más allá de ese período. Esto provee un nivel de plasma inicial de alrededor de 5-10 nmol/l, que va declinando gradualmente hasta que el cristal haya desaparecido totalmente. La variabilidad de la absorción y en el metabolismo contribuye a la demora impredecible en la desaparición del material de depósito, y de ahí la imposibilidad de predecir la duración de su acción con certeza. (11)

IMPLANTES SUBDERMICOS ANTICONCEPTIVOS:

Historia:

Los estudios clínicos comenzaron en 1975, en siete países y el dispositivo está actualmente siendo sometido a prueba en ensayos preintroducción en 19 países, tanto desarrollados como en desarrollo. Hasta la fecha, se han recolectado y analizado más de 200.000 meses-mujer de experiencia.

En Octubre de 1984, la Organización Mundial de la Salud concluyó, luego de un examen por técnicos especialmente consultados, que el sistema es un método de regulación de la fecundidad de larga duración, eficaz y reversible.(11)

Descripción:

Métodos anticonceptivos subdérmicos a base de progestina sintética (levonorgestrel) que consta de un juego de 6 cápsulas de silastic que se colocan debajo de la piel en el brazo.

Esta progestina sintética se libera en forma lenta en el organismo lo que impide el embarazo, mediante la inhibición de la ovulación, espesamiento del moco cervical y disminuye la penetración de los espermatozoides. (21)

Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año, después disminuye gradualmente (96.5% al quinto año de uso). (21)

ANTICONCEPCION POSTCOITO:

Métodos Orales Recomendados:

Anticonceptivos orales que contengan 50 ug. de etinilestradiol y 0.25 miligramos de levonorgestrel. Administrar dos tabletas de inmediato, seguidas por dos tabletas después de 12 horas.

Está indicado para mujeres expuestas a un inesperado acto de contacto sexual sin protección, tal como caso de violación. Es eficaz sólo si se le instruye dentro de las 72 horas contadas desde la exposición.(11,16)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO:

Es un pequeño objeto que se coloca dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de carácter temporal. Los disponibles consisten en un cuerpo de plástico flexible en forma de "T" contienen un principio activo de cobre y además dos hilos guía para su localización.

Funcionan fundamentalmente impidiendo o evitando la fecundación por acción spermicida del cobre, acción de adelgazamiento del moco cervical y reacción inflamatoria aséptica endometrial.

Este método brinda una efectividad del 96% al 99%. (21)

MÉTODOS PERMANENTES O DEFINITIVOS:

Esterilización Quirúrgica Masculina:

Es un método anticonceptivo quirúrgico permanente, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes del hombre.

Su mecanismo de acción es evitar el paso de los espermatozoides a través de los conductos deferentes.

Brinda protección anticonceptiva del 99%.(21)

Esterilización Quirúrgica Femenina:

Es un método anticonceptivo quirúrgico permanente, que consiste en la oclusión tubárica bilateral.

Evita la unión del óvulo con el espermatozoide.

Este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. (21)

SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ

Ubicación Geográfica:

El municipio de San Gabriel, está ubicado al Sur de la Cabecera Departamental, (Mazatenango).

Extensión territorial de 16 kilómetros cuadrados.

Límites:

Al Norte se encuentra limitada por el municipio de Mazatenango, al Sur el municipio de San Lorenzo; al Este el municipio de Santo Domingo y al Oeste el municipio de Mazatenango.

Descripción:

En su jurisdicción municipal se asientan la población de San Gabriel, que es la cabecera municipal; los caseríos San Jorge, Las Victorias y Chimulgua, Finca La Viña y numerosas parcelas y chacaras de pequeñas dimensiones. Su topografía es generalmente plana, regada por pequeñas corrientes fluviales, siendo la mayor la del río Sis que atraviesa el municipio.

Altura de 966 pies sobre el nivel del mar, presentando una distancia a la cabecera departamental de 3 kilómetros y de 163 kilómetros a la capital de la república.

Cuenta con luz eléctrica, agua potable, teléfono comunitario. Sus viviendas son de modesta construcción con techos de lámina de zinc, teja o palma.

En el centro de la población se encuentra la Alcaldía Municipal, el Templo Católico, Escuela Nacional Urbana Mixta, Instituto de Educación Básica por Cooperativa.

Economía:

En la población se cultivan productos como caña de azúcar, café, maíz, cacao, frutas tropicales.

Ganadería vacuna, porcina y aves para satisfacer el consumo de la población.

Comercio:

Se encuentran 9 pulperías, un molino y pequeños negocios. Las mujeres se dedican a la venta de tortillas en la cabecera departamental.

Historia:

Se le principió llamando San Gabriel desde 1530, cuando los españoles le dieron este nombre; pues su nombre primitivo era Ishlel, nombre de un río que también pertenece al municipio. En el tiempo de la colonia, y especialmente en la post conquista, San Gabriel perteneció a la encomienda de los Via crucis y sus lares fueron muy apetecidos por los españoles debido a la cercanía de la encomienda con akalquej y San Lorenzo El Real.

VI. METODOLOGIA:

a. Tipo de Estudio:

Se realizó un estudio descriptivo, determinando la diferencia que existe en los conocimientos, actitudes y prácticas en el uso de Métodos anticonceptivos para planificación familiar en Mujeres de 15 a 45 años alfabetas y analfabetas, residentes en el Municipio de San Gabriel, Suchitepéquez.

b. Selección del Sujeto de Estudio:

Se consideran sujetos de investigación las mujeres de 15 a 45 años, residentes en el casco urbano del municipio de San Gabriel, Suchitepéquez.

c. Tamaño de la muestra.

Se entrevistaron 400 mujeres en edad fértil, que cumplieran con los criterios de inclusión.

d. Criterios de Inclusión y Exclusión:

-Criterios de Inclusión:

- Personas de sexo femenino.
- Comprendidas entre las edades de 15-45 años
- Mujeres casadas y unidas
- Mujeres con las características anteriores que sean ladinas ó indígenas, sin importar nivel económico y educación.

-Criterios de Exclusión:

- Mujeres de 15-45 años, solteras
- Mujeres que no deseen colaborar con el estudio

e. Variables:

1. Edad Fértil:

-Definición Conceptual:

Se considera edad fértil la edad comprendida de 15-45 años.

-Definición Operacional:

Mujeres de 15-45 años.

-Escala de Medición

Intervalo

2 Alfabetas:

-Definición conceptual:

Todos los que saben leer y escribir, sin importar si asistieron a la escuela.

-Definición Operacional:

Saber leer y escribir

-Escala de Medición:

Nominal

3. analfabeta:

-Definición Conceptual:

Todos los que no saben leer ni escribir

-Definición Operacional:

No saber leer ni escribir

-Escala de Medición

Nominal

4. Conocimiento:

-Definición conceptual:

Acción y efecto de conocer, saber por medio de la inteligencia las cualidades, propiedades naturales y relaciones de las cosas.

-Definición Operacional:

Conocimiento que tiene el sujeto de estudio sobre toda práctica o método recomendados por la medicina occidental, que tenga como finalidad evitar el embarazo. Noción de ellos.

-Escala de Medición:

Nominal

5. Actitud:

-Definición conceptual:

Reacción afectiva, positiva o negativa, hacia un objeto, persona, posición u otra.

-Actitud Positiva:

Predisposición del individuo para comportarse de manera favorable hacia un objeto, persona, posición u otra.

-Actitud Negativa:

Predisposición del individuo para comportarse de manera desfavorable hacia un objeto, persona posición u otra.

-Definición Operacional:

-Actitud

Determinar la actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos

-Actitud Positiva:

Aceptación de métodos anticonceptivos.

-Actitud Negativa:

No aceptación de métodos anticonceptivos.

-Escala de medición:

Nominal

6.Prácticas:

-Definición Conceptual:

Es el ejercicio de cualquier arte o facultad, costumbre o estilo de una cosa, la aplicación de una doctrina o idea.

-Definición Operacional

Determinar la utilización de métodos anticonceptivos para planificación familiar.

-Escala de Medición:

Nominal

f. Recursos:

1. Materiales:

a. Económicos:

Material de oficina, fotocopias, papel continuo tamaño carta, alquiler de computadora, transporte, vivienda y alimentación.

b. Físicos:

Biblioteca de la facultad de Ciencias Médicas USAC.

Biblioteca del I.N.C.A.P.

Biblioteca APROFAM.

Biblioteca Dirección General de Servicios de Salud.

Instituto Nacional de Estadística (INE.)

2. Humanos

Dos médicos infieri para recolección de datos

3. Legales:

a. Aspectos Éticos de la Investigación:

Previo a efectuar la investigación, se explicó a cada una de las personas la importancia del estudio su utilidad y el carácter confidencial y que los resultados serán utilizados únicamente con fines científicos.

g. Ejecución de la Investigación:

Se elaboró instrumento de estudio (anexos) estandarizado para la población seleccionada, el cual tiene los indicadores necesarios para cumplir los objetivos, constando de preguntas de selección y completación formuladas en lenguaje popular, el que se llenó casa por casa mediante visita domiciliar.

h. Plan para Recolección de Datos:

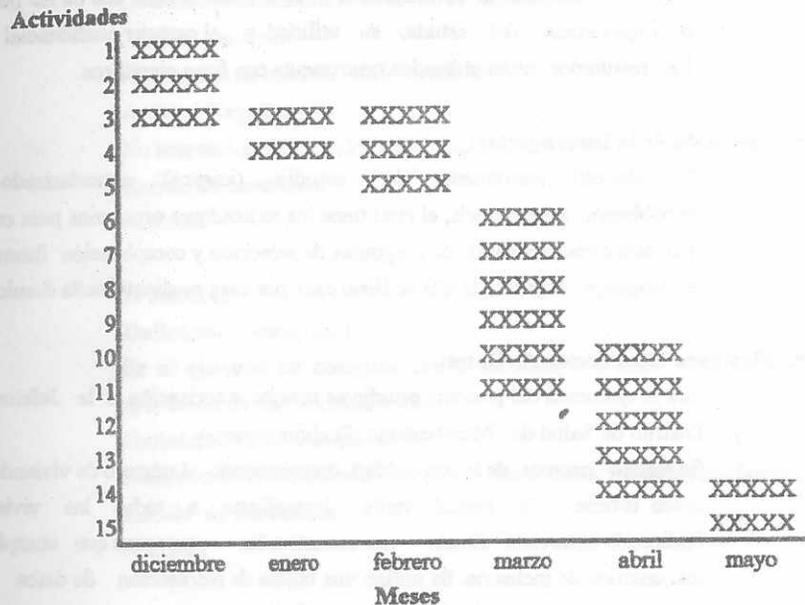
Para la ejecución del presente estudio se solicitó autorización a la Jefatura de Distrito de Salud de Mazatenango, Suchitepéquez.

Se realizó croquis de la comunidad, determinando el número de viviendas del casco urbano. Se realizó visita domiciliar a todas las viviendas; realizando entrevista directa únicamente a las personas que cumplieron los criterios de inclusión. Se utilizó una boleta de recolección de datos con preguntas de tipo cerrado y abierto.

Para la recolección de datos participaron: el estudiante investigador, dos médicos infieri, quienes tienen la habilidad y responsabilidad necesaria para la recolección de datos.

i. Tiempo de Ejecución de la Investigación:

GRAFICA DE GANTT



Actividades

- 1 Selección del tema de proyecto de investigación.
- 2 Elección de asesor y revisor.
- 3 Recopilación de material bibliográfico
- 4 Elaboración del Proyecto con asesor y revisor
- 5 Aprobación del Proyecto en el Centro de Salud.
- 6 Aprobación del proyecto por la Unidad de Tesis
- 7 Diseño de instrumentos para recopilar información
- 8 Ejecución de Trabajo de Campo
- 9 Procesamiento de Resultados
- 10 Análisis y discusión de resultados
- 11 Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
- 12 Presentación de Informe Final
- 13 Aprobación del Informe Final
- 14 Impresión de Informe final
- 15 Examen público de defensa de la tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS:

CUADRO No. 1
MUJERES EN EDAD FERTIL, SEGUN EDAD DEL MUNICIPIO DE SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 1996

Edad	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
15-20	38	19.20	33	16.33	71	17.75
21-25	48	24.24	44	21.80	92	23.00
26-30	38	19.19	42	20.80	80	20.00
31-35	28	14.14	16	7.92	44	11.00
36-40	28	14.14	31	15.35	59	14.75
41-45	18	9.09	36	17.80	54	13.50
Total	198	100.00	202	100.00	400	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 2
MUJERES EN EDAD FERTIL, SEGUN ESTADO CIVIL DEL MUNICIPIO DE SAN GABRIEL,
SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 1996

Estado Civil	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Casada	124	62.63	126	62.37	250	62.50
Unida	74	37.37	76	37.63	150	37.50
Total	198	100.00	202	100.00	400	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 3
MUJERES EN EDAD FERTIL, SEGUN GRUPO ETNICO DEL MUNICIPIO DE SAN GABRIEL,
SUCHITEPEQUEZ
MARZO-ABRIL 1996

Grupo Etnico	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Indígena	80	40.41	190	94.05	270	67.50
Ladina	118	59.59	12	5.95	130	32.50
Total	198	100.00	202	100.00	400	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 4
MUJERES ALFABETAS Y ANALFABETAS EN EDAD FERTIL DEL MUNICIPIO DE SAN GABRIEL,
SUCHITEPEQUEZ
MARZO-ABRIL 1996

Escribir	Frec.	%
Si	198	49.50
No	202	50.50
Total	400	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 5
CONOCIMIENTO DE LA DEFINICION DE PLANIFICACION FAMILIAR. MUJERES EN EDAD FERTIL
SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
MARZO-ABRIL 1996

	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No Sabe	44	22.22	126	62.37	170	42.50
Disminuir número de Hijos	78	39.40	56	27.72	134	33.50
Espaciar Embarazos	76	38.38	20	9.91	96	24.00
Total	198	100	202	100	400	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 6
MUJERES EN EDAD FERTIL QUE HAN ESCUCHADO SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
DEL MUNICIPIO DE SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
MARZO-ABRIL 1996

Si	174	87.87	112	55.44	286	71.50
No	24	12.13	90	44.56	114	28.50
Total	198	100.00	202	100.00	400	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 7
MEDIO POR EL CUAL LAS MUJERES EN EDAD FERTIL HAN ESCUCHADO SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
MARZO-ABRIL 1996

Donde escuchó Hablar	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Iglesia	8	4.59	9	8.03	17	5.94
Escuela	4	2.29	0	0.00	4	1.39
Hospital	22	12.64	9	8.03	1	10.81
Instinto	4	2.29	0	0.00	4	1.04
Puesto de Salud	67	38.60	48	42.05	115	40.20
APROFAM	35	20.10	19	16.96	54	18.90
Televisión	10	5.74	2	1.78	12	4.19
Radio	12	6.89	9	8.03	21	7.34
Vecinos	14	8.04	14	12.05	28	9.79
Médico Particular	10	5.74	6	5.35	16	5.59
Total	186		116		302	

Fuente: Boleta de Recolección de datos

CUADRO No. 8
METODOS ANTICONCEPTIVOS MAS CONOCIDOS EN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL
DEL MUNICIPIO DE SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
MARZO-ABRIL 1996

Método Anticonceptivo	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Pastillas	144	82.75	88	78.57	232	81.11
DIU	28	16.09	6	5.35	34	11.88
Esterilización Femenina	86	49.42	44	39.28	130	45.45
Esterilización Masculina	26	14.94	6	5.35	32	11.18
Condón	40	22.98	6	5.35	46	16.08
Irrvectables	70	40.22	32	28.57	102	35.66
Tabletas Vaginales	20	11.49	4	3.57	24	8.39
Método Natural						
Ritmo	8	4.59	2	1.78	10	3.49
Lactancia Materna	2	1.14	2	1.78	4	1.39
Temperatura	2	1.14	1	0.89	3	0.50
Total	426		191		617	

Fuente: Boleta de Recolección de datos

CUADRO No. 9
CONOCIMIENTO DE LA UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS MAS CONOCIDOS
EN MUJERES DE EDAD FERTIL DEL MUNICIPIO DE SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
MARZO-ABRIL 1996

Sabe Como se Utilizan	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si	117	67.24	54	48.21	171	59.79
No	57	32.76	58	51.79	115	40.21
Total	174	100.00	112	100.00	286	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 10

FORMA DE UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS MAS CONOCIDOS.
EN MUJERES DE EDAD FERTIL DEL MUNICIPIO DE SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 1996

Método Anticonceptivo	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Pastillas:						
Tomar una diaria	98	83.76	34	62.96	132	77.19
D.I.U.						
Objeto colocado en el útero	16	13.67	6	11.11	22	12.86
Estérilización Femenina						
Operación en la mujer	64	54.70	28	51.85	92	53.80
Estérilización Masculina:						
Operación en el hombre	18	15.38	2	3.70	20	11.69
Condón:						
Objeto colocado en el pene	34	29.05	2	3.70	36	21.05
Inyectables:						
Inyección cada tres meses	50	44.44	10	18.51	60	35.08
Tabletas Vaginales: Se coloca en cervix antes de relación Sex.	14	11.96	0		14	8.18
Método Natural: Ritmo						
Calcular periodo fértil	6	5.12	2	3.70	8	4.67
Temperatura: Cambio de temperatura en periodo fértil	4	1.70	1	1.85	5	2.92
Lactancia Materna: Dar Pecho exclusivo al lactante (6 meses)	2	1.70	2	3.70	4	2.33
Total	306		87		393	

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 11

CONOCIMIENTO DEL DAÑO A LA SALUD QUE CAUSA EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
MUJERES DE EDAD FERTIL DEL MUNICIPIO DE SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 1996

Daño a la salud	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
	105	60.60	49	44.05	154	52.25
	69	39.40	63	55.95	132	47.75
Total	174	100.00	112	10.00	286	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 12

PRINCIPALES DAÑOS A LA SALUD QUE CAUSA EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
MUJERES DE EDAD FERTIL DEL MUNICIPIO DE SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 1996

Daño a la salud	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Cáncer de Matriz	50	32.50	32	45.71	82	28.67
Tumor de Matriz	16	10.40	22	31.42	38	13.28
Inflamación de la Matriz	12	7.80	2	2.90	14	4.89
Hemorragia Uterina	12	7.80	0	0.00	12	4.19
Náuseas y Mareos	12	7.80	4	5.71	16	5.59
Varices	14	9.10	0	0.00	14	4.89
Alteración Nerviosa	24	15.60	2	2.85	26	9.09
Cefalea	8	5.00	2	2.85	10	3.49
Infección Urinaria	0	0.00	4	5.71	4	1.39
Aborto	6	4.10	2	2.85	8	2.79
Total	154		70		224	

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 13

CONOCIMIENTO DE FUENTES DE ABASTECIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
MUJERES DE EDAD FERTIL DEL MUNICIPIO DE SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
MARZO-ABRIL 1996

Sabe Donde	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SI	126	72.72	45	40.60	171	56.50
NO	48	27.28	67	59.40	115	43.50
Total	174	100.00	112	100.00	400	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 14

FUENTE DE ABASTECIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
MUJERES EN EDAD FERTIL, SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ

MARZO-ABRIL 1996

Fuente	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Puesto de Salud	66	52.78	27	60.00	93	54.38
APROFAM	87	69.44	28	63.41	115	67.25
Farmacia	17	13.49	2	4.87	19	11.11
Hospital	7	2.38	3	7.31	10	5.84
Médico Particular	3	2.38	0	0.00	3	1.75
Promotor de Salud	1	0.95	0	0.00	1	0.58
Total	121		60		181	

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 15

ACTITUD HACIA LA DISMINUCION DEL NUMERO DE EMBARAZOS. MUJERES
DE EDAD FERTIL. SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
MARZO-ABRIL 1996

Disminuir Embarazos	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SI	174	87.88	138	68.32	312	78.00
NO	16	8.08	61	30.20	77	19.25
NO SABE	8	4.04	3	1.48	11	2.75
TOTAL	198	100.00	202	100.00	400	100.00

Fuente: Boleta de recolección de Datos

CUADRO No. 16

ACTITUDES POSITIVAS HACIA LA DISMINUCION DEL NUMERO DE EMBARAZOS.
MUJERES DE EDAD FERTIL. SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
MARZO-ABRIL 1996

Razón	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Cuidar mejor los hijos	26	14.92	22	15.94	48	15.38
Vivir Mejor	40	22.99	54	39.13	94	30.14
Mejorar Economía en Hogar	102	58.62	60	43.48	162	51.92
Ayuda a la Salud	6	3.47	2	1.45	8	2.56
Total	174	100.00	138	100.00	312	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 17
 ACTITUDES NEGATIVAS HACIA LA DISMINUCION DEL NUMERO DE EMBARAZOS.
 MUJERES DE EDAD FERTIL. SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
 MARZO-ABRIL 1996

Razón	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Pecado	14	87.50	56	93.30	70	92.10
Daño a la Salud	0	0.00	4	6.70	4	5.27
Es bueno Tener Hijos	2	12.50	0	0.00	2	2.63
Total	16	100.00	60	100.00	76	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 18
 ACTITUD HACIA EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
 MUJERES DE EDAD FERTIL. SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
 MARZO-ABRIL 1996

Usar Anticonceptivos	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SI	116	58.60	82	40.60	198	49.50
NO	78	39.40	110	54.45	188	47.00
NO SABE	4	2.00	10	4.95	14	3.50
TOTAL	198	100.00	202	100.00	400	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 19
 ACTITUDES POSITIVAS HACIA EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
 MUJERES DE EDAD FERTIL. SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
 MARZO-ABRIL 1996

Razón	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Disminuir Embarazos	80	68.96	72	87.80	152	76.77
Ayuda a la salud	18	15.51	10	12.20	28	14.14
Mejor Oportunidad a hijos	14	12.06	0	0.00	14	7.07
Dedica Tiempo a ella	4	3.47	0	0.00	4	2.02
Total	116	100.00	82	100.00	198	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de datos

CUADRO No. 20
 ACTITUDES NEGATIVAS HACIA EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
 MUJERES DE EDAD FERTIL. SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
 MARZO-ABRIL 1996

Razón	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Pecado	12	15.38	56	50.90	68	36.18
Daño a la salud	64	82.05	52	47.27	116	61.70
Muerte	2	2.57	0	0.00	2	1.06
Dios decide	0	0	2	1.83	2	1.06
Total	78	100.00	110	100.00	188	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de datos

CUADRO No. 21
 QUIEN DEBE DECIDIR EL NUMERO DE HIJOS
 MUJERES EN EDAD FERTIL. SAN GABRIEL SUCHITEPEQUEZ
 MARZO-ABRIL 1996

Quién debe decidir	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Dios	38	19.20	78	38.61	116	29.00
Hombre	17	8.58	18	8.91	35	8.75
Mujer	9	4.54	10	4.95	19	4.75
Pareja	134	67.68	96	47.52	230	57.50
Total	198	100.00	202	100.00	400	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de datos

CUADRO No. 22
 MUJERES EN EDAD FERTIL QUE HAN UTILIZADO METODOS ANTICONCEPTIVOS
 SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
 MARZO-ABRIL 1996

Utilización de Métodos	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SI	104	32.53	48	23.76	152	38.00
NO	94	47.47	154	76.24	248	62.00
Total	198	100.00	202	100.00	400	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 23
 RAZONES POR LAS CUALES HAN UTILIZADO METODOS ANTICONCEPTIVOS
 MUJERES EN EDAD FERTIL. SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
 MARZO-ABRIL 1996

Razón	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Disminuir embarazos	95	91.35	43	89.60	138	90.79
Ayuda a la salud	9	8.65	5	10.40	14	9.21
Total	104	100.00	48	100.00	152	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de datos

CUADRO No. 24
 RAZONES POR LAS CUALES NO HAN UTILIZADO METODOS ANTICONCEPTIVOS
 MUJERES EN EDAD FERTIL. SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ
 MARZO-ABRIL 1996

Razón	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Pecado	6	6.38	54	35.06	60	24.19
Daño a la salud	58	61.70	52	33.77	110	44.35
Esposo no de acuerdo	10	10.63	2	1.30	12	4.84
Desee Más hijos	6	6.38	4	2.60	10	4.03
Falta de información	14	14.91	42	27.27	56	22.58
Total	94	100.00	154	100.00	248	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de datos

CUADRO No. 25
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE HAN UTILIZADO
MUJERES EN EDAD FÉRTIL. SAN GABRIEL SUCHITEPEQUEZ
MARZO-ABRIL 1996

Método Anticonceptivo	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Pastillas	64	51.53	20	41.60	84	55.26
D.I.U.	4	3.84	2	4.16	6	3.94
Esterilización Femenina	26	25.00	14	29.16	40	26.31
Esterilización Masculina	2	1.92	4	8.33	6	3.94
Condón	10	9.61	2	4.16	12	7.89
Inyectables	8	7.69	14	29.16	22	14.47
Tabletas Vaginales	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Método Natural						
Ritmo	2	1.92	0	0.00	2	1.31
Temperatura	2	1.92			2	1.31
Lactancia Materna	2	1.92	2	4.16	4	2.63
Total	120		58		178	

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 26
CONOCIMIENTO DE LA PAREJA SOBRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
MUJERES EN EDAD FÉRTIL. SAN GABRIEL SUCHITEPEQUEZ
MARZO-ABRIL 1996

	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SI	88	84.62	46	95.83	134	88.15
NO	16	15.38	2	4.17	18	11.85
TOTAL	104	100	48	100.00	152	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 27
UTILIZACIÓN ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
MUJERES DE EDAD FÉRTIL. SAN GABRIEL SUCHITEPEQUEZ.
MARZO-ABRIL 1996

Usar Anticonceptivos	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SI	56	28.28	40	19.81	96	24.00
NO	142	71.72	162	80.19	304	76.00
TOTAL	198	100.00	202	100.00	400	100.00

Fuente: Boleta de recolección de Datos

CUADRO No. 28
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MÁS UTILIZADOS ACTUALMENTE
MUJERES DE EDAD FÉRTIL. SAN GABRIEL SUCHITEPEQUEZ.
MARZO-ABRIL 1996

Método Anticonceptivo	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Pastillas	14	25.00	10	25.00	24	25.00
D.I.U.	0	0.00	2	5.00	2	2.08
Esterilización Femenina	26	46.43	14	35.00	40	41.67
Esterilización Masculina	2	3.57	4	10.00	6	6.26
Condón	6	10.72	2	5.00	8	8.33
Inyectables	2	3.57	6	15.00	8	8.33
Tabletas Vaginales	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Método Natural	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ritmo	2	3.57	0	0.00	2	2.08
Temperatura	2	3.57	2	5.00	4	4.17
Lactancia Materna	2	3.57	0	0.00	2	2.08
Total	56	100	40	100.00	96	100.00

Fuente: Boleta de recolección de Datos

CUADRO No. 29
CONOCIMIENTO DE LA PAREJA SOBRE EL USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
MUJERES DE EDAD FERTIL. SAN GABRIEL SUCHITEPEQUEZ.
MARZO-ABRIL 1996

Sabe su pareja	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SI	54	96.42	38	95.00	92	95.80
NO	2	3.58	2	5.00	4	4.20
TOTAL	56	100	40	100.00	96	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 30
RAZONES DE DESCONOCIMIENTO DE LA PAREJA SOBRE EL USO ACTUAL DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS
MUJERES DE EDAD FERTIL. SAN GABRIEL SUCHITEPEQUEZ.
MARZO-ABRIL 1996

Razón	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Sólo lo usan prostitutas	0	0.00	1	50.00	1	25.00
Daño a la salud.	2	100.00	1	50.00	3	75.00
TOTAL	2	100.00	2	100.00	4	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el casco urbano del Municipio de San Gabriel, Suchitepéquez. Identificando los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar, en mujeres de edad fértil.

Se realizó croquis del casco urbano del municipio; visitando todas las viviendas de la población, haciendo entrevista personal con cada mujer en edad fértil que cumplía con los criterios de inclusión, realizando un total de 400 entrevistas.

En la distribución según grupo etareo, en la población alfabetas se observa mayor porcentaje (24.24%) en mujeres de 21-25 años, seguida en orden de frecuencia por mujeres de 15-20 años y 26-30 años con 19.20% respectivamente. (cuadro No.1)

En la población analfabetas el mayor porcentaje (21.80%), se encuentra en mujeres de 21-25 años, seguida por mujeres de 26-30 años con 20.80%. (cuadro No. 1)

Al comparar los grupos de población en estudio (alfabetas y analfabetas) se puede evidenciar que no existe una marcada diferencia en los grupos etareos de las mujeres entrevistadas, ya que ambos grupos de población se encuentran comprendidas en mayor porcentaje en las edades de 21-25 años y 26-30 años.

En relación al estado civil de las mujeres entrevistadas se puede observar que el 62.63% de mujeres alfabetas y analfabetas son casadas y el 37.37% se encuentran unidas. (cuadro No.2). Al comparar ambos grupos de población se observa que no existe diferencia en el estado civil de las mujeres alfabetas y analfabetas.

En las mujeres entrevistadas el 50.5% es analfabeta y 49.5% alfabetas, además se puede observar que en las mujeres alfabetas el 59.59% pertenece al grupo ladino y el 40.41% es de grupo indígena. En las mujeres analfabetas el 94.05% es de grupo indígena y únicamente el 5.95% son ladinas. (cuadro No.3-4)

Comparando los dos grupos de población se puede notar que existe una marcada diferencia en el grupo étnico, ya que en las mujeres analfabetas se encuentra un porcentaje mayor de mujeres indígenas. Esto es un reflejo de lo que sucede a nivel nacional, ya que existe un alto grado de analfabetismo en la población indígena a nivel nacional.

En lo referente al conocimiento de qué es planificación familiar, el 39.40% de las mujeres alfabetas respondieron que planificación familiar es disminuir el número de hijos utilizando métodos anticonceptivos; el 38.38% respondió que planificación familiar es espaciar los embarazos utilizando para ello métodos anticonceptivos, por lo cual se considera que el mayor porcentaje de este grupo de población tiene conocimiento aceptable acerca del concepto de planificación familiar, ya que únicamente el 22.22% respondió que no sabía que es planificación familiar. (cuadro No.5).

En las mujeres analfabetas el 62.37% respondió no saber que es planificación familiar, mientras que el 27.72% respondió que planificación familiar es disminuir el número de hijos utilizando algún método anticonceptivo, y el 9.91% respondió que es espaciar los embarazos utilizando métodos anticonceptivos.

Al comparar ambos grupos de población se observa que la población alfabetas tiene mayor conocimiento acerca del concepto de planificación familiar, ya que un porcentaje mayor tiene conocimiento aceptable, mientras que en la población analfabetas un porcentaje elevado respondió no saber que es planificación familiar, por lo cual se considera que dicho conocimiento si está influenciado por el analfabetismo que presenta la población.

Al cuestionar a las entrevistadas si han escuchado hablar de los métodos de planificación familiar, el 87.87% de mujeres alfabetas y el 55.44% de mujeres analfabetas respondieron que si han escuchado hablar de los métodos de planificación familiar. (cuadro No.6). El 38.60% de mujeres alfabetas y el 42.05% de mujeres analfabetas que respondieron que si han escuchado hablar del tema, indicaron que el lugar donde escucharon sobre ellos fue el Puesto de Salud; el 20.10% de alfabetas y el 16.96% de analfabetas han escuchado hablar de planificación familiar en APROFAM; El 8.04% de alfabetas y el 12.05% de analfabetas respondieron que fue algún vecino quien les habló del tema. (cuadro No.7)

Comparando ambos grupos de población se puede evidenciar que un mayor porcentaje de ambos grupos (alfabetas, analfabetas) si han escuchado hablar de planificación familiar, así como también se evidencia que el lugar donde han escuchado hablar del tema en mayor porcentaje tanto las mujeres alfabetas como analfabetas es en el Puesto de Salud, seguido por menor porcentaje en APROFAM y algunos vecinos del municipio.

Por lo anterior se puede deducir que las instituciones son un medio importante donde se puede adquirir información, sin importar el analfabetismo, ya que en su mayoría esta información se da verbal, por lo que esta información se debe dar en un lenguaje adecuado para que pueda ser comprendido por mujeres analfabetas, ya que estas mujeres si pueden haber escuchado hablar del tema pero no comprendieron la información.

En relación a los métodos anticonceptivos que conocen o han escuchado hablar, el 82.75% de alfabetas y el 78.57% de analfabetas que han escuchado hablar del tema, respondieron que conocen las pastillas anticonceptivas; el 49.42% de alfabetas y 39.28% de analfabetas indicaron que conocían o habían escuchado hablar de la esterilización femenina. El 40.22% de alfabetas y 28.57% de analfabetas han escuchado sobre los anticonceptivos inyectables. En las mujeres alfabetas el 22.98% ha escuchado hablar sobre el preservativo masculino (condón), el 16.09% ha escuchado sobre el dispositivo intrauterino, el 14.94% ha escuchado sobre esterilización masculina, el 11.49% ha escuchado sobre tabletas vaginales y únicamente el 6.87% ha escuchado acerca de métodos naturales para planificación familiar.

En las mujeres analfabetas el 5.35% ha escuchado sobre el dispositivo intrauterino, preservativo masculino (condón) y esterilización masculina, respectivamente. El 3.57% refirió conocer las tabletas vaginales y únicamente el 4.45% ha escuchado sobre los métodos anticonceptivos naturales. (Cuadro No. 8)

Al comparar los grupos de población se observa que los métodos anticonceptivos más conocidos por ambos grupos de población (alfabetas, analfabetas), son las pastillas anticonceptivas, esterilización femenina, y los métodos anticonceptivos inyectables, ya que estos ocupan un mayor porcentaje respecto a los otros métodos anticonceptivos. Es importante hacer notar que no existe una marcada diferencia entre los grupos de población; sin embargo siempre la población analfabetas presenta un menor conocimiento sobre el tema.

Al evaluar si las mujeres entrevistadas que respondieron que sí habían escuchado de los métodos anticonceptivos, tienen conocimiento de la utilización correcta de los diferentes métodos anticonceptivos; el 67.24% de mujeres alfabetas y el 48.21% de mujeres analfabetas respondieron que sí saben como se utilizan los métodos anticonceptivos, por lo que se puede evidenciar que un mayor porcentaje de mujeres alfabetas refieren tener conocimiento sobre la correcta utilización de los mismos; por lo cual se considera que el alfabetismo es un factor condicionante en el conocimiento de la utilización de los métodos anticonceptivos. (Cuadro No. 9).

En relación a la correcta utilización de los diferentes métodos anticonceptivos, entre las mujeres alfabetas que respondieron que sí saben como se utilizan estos métodos, el 83.76% tiene conocimiento del uso correcto de la pastillas anticonceptivas, el 54.70% refirieron la esterilización femenina, como una operación que se realiza en la mujer para ya no tener hijos, el 44.44% respondió que los métodos anticonceptivos inyectables se aplican cada 3 meses con el fin de la planificación de los embarazos; el 29.05% respondió correctamente la utilización del preservativo masculino (condón), el 15.38% refirió que la esterilización masculina es una operación que se realiza en el hombre para ya no tener hijos, el 13.67% refirió correctamente el uso del dispositivo intrauterino. Las tabletas vaginales y los métodos naturales fueron los que presentaron un menor porcentaje, ya que únicamente el 11.96% y el 8.26% respectivamente respondieron correctamente la

utilización de estos métodos. En los métodos naturales el 5.12% de las mujeres conoce el método del ritmo y el método de temperatura, y lactancia materna lo conocen únicamente el 1.70% respectivamente. (cuadro No. 10)

En las mujeres analfabetas que refirieron conocer la utilización de los métodos anticonceptivos el 62.96% respondió correctamente la utilización de las pastillas anticonceptivas, el 51.85% refirió la esterilización femenina como una operación que se realiza en la mujer para ya no tener más hijos. En la utilización de los métodos anticonceptivos inyectables únicamente el 18.51% respondió la utilización correcta de este método. El 11.11% respondió correctamente la utilización del dispositivo intrauterino. Con respecto a la esterilización masculina y el preservativo masculino (condón) únicamente el 3.70% respectivamente, conoce la utilización correcta de estos métodos anticonceptivos. En el conocimiento correcto de la utilización de los métodos anticonceptivos naturales; el 3.07% refirió la utilización correcta del método del ritmo y la lactancia materna; únicamente el 1.85% conoce correctamente la utilización del método de la temperatura. Es importante señalar que ninguna mujer analfabeta refirió correctamente la utilización de las tabletas vaginales.

Al comparar el conocimiento que presentan los grupos de población referente a la correcta utilización de los métodos anticonceptivos, se evidencia que las mujeres alfabetas tienen mayor conocimiento en la correcta utilización de estos métodos, teniendo ambos grupos de mujeres mayor conocimiento en la utilización de pastillas anticonceptivas, esterilización femenina y métodos anticonceptivos inyectables, ya que estos son los métodos anticonceptivos que se les da mayor difusión por su fácil utilización. Es importante observar que ambos grupos de población tienen poco conocimiento de la correcta utilización de los métodos anticonceptivos naturales, mayormente la población analfabeta, ya que estos métodos requieren un poco más de información para poder utilizarlos correctamente. También es importante mencionar que en las mujeres analfabetas únicamente un poco porcentaje conoce la utilización correcta de la esterilización masculina y los preservativos masculinos (condón), lo cual muchas veces está influenciado por el dominio masculino, el cual es más marcado en la población indígena y mayormente en la población analfabeta.

Al cuestionar a las mujeres que refirieron haber escuchado sobre métodos anticonceptivos, si conocían algún daño a la salud que produjera el uso de anticonceptivos, el 60.60% de alfabetas y el 44.05% de analfabetas respondieron que el uso de métodos anticonceptivos produce daño a la salud. (cuadro No.11)

Las mujeres alfabetas que respondieron que el uso de métodos anticonceptivos produce daño a la salud, el 47.61% refirió que producían cáncer de "la matriz", el 28.85% refirió que causan alteración nerviosa; el 15.23% indicó que se produce tumor en "la matriz", el 13.33% refirió que se produce "varices". Además refirieron que se producen daños como; "inflamación de la matriz"(11.42%), Hemorragia uterina (11.42%), náuseas y mareos (11.42). Refirieron otros daños como cefalea (7.61%) y abortos (5.71%). (cuadro No. 12).

Las mujeres analfabetas que refirieron que el uso de métodos anticonceptivos produce daño a la salud el 65.30% refirió que se produce cáncer de "la matriz"; el 44.89% refirió que se produce "tumor de la matriz". Además el 8.16% refirió daños como náuseas y mareos, así como otro 8.16% refirió infección urinaria. Refirieron que el uso de métodos anticonceptivos produce otros daños como: inflamación (4.08%), alteración nerviosa (4.08%) cefalea(4.08%) y aborto (4.08%). (Cuadro No. 12).

Comparando los grupos de población se observa que ambos grupos tienen una información errónea en el daño que producen los anticonceptivos ya que un mayor porcentaje de mujeres alfabetas y analfabetas refiere que los métodos anticonceptivos puede producir cáncer y tumor "de la matriz"; sin embargo se puede evidenciar una vez más que las mujeres alfabetas tienen mayor conocimiento del daño que pueden producir los anticonceptivos ya que fueron ellas las que refirieron con mayor porcentaje comparado con las analfabetas, algunos daños que pueden ser producidos por el uso de anticonceptivos como hemorragia disfuncional uterina, náuseas, mareos, cefalea, venas varicosas y alteración nerviosa.

Al preguntar si saben donde se pueden conseguir los métodos anticonceptivos, el 72.72% de las mujeres alfabetas que refirieron haber escuchado acerca de los métodos anticonceptivos refirió saber donde se pueden encontrar dichos métodos. Mientras que las mujeres analfabetas el 59.40% respondió no saber donde se pueden encontrar. Por lo tanto se evidencia que tienen mayor información las mujeres alfabetas ya que son estas

mujeres las que han presentado mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos. (Cuadro No. 13)

En relación al lugar donde se pueden encontrar los métodos anticonceptivos; de las mujeres alfabetas que respondieron que saben donde los pueden encontrar, el 69.44% refirió que en APROFAM y el 52.77% refirió el Puesto de Salud. Las mujeres analfabetas, el 63.41% refirió APROFAM y el 60.97% refirió el Puesto de Salud, como lugares donde se pueden encontrar los diferentes métodos anticonceptivos. (Cuadro No. 14).

Como se puede observar ambos grupos de población refirieron el Puesto de Salud y APROFAM en mayor porcentaje como fuente de obtención de métodos anticonceptivos, lo cual puede estar influenciado por la distribución a bajo costo o gratuita, así como porque en estos lugares refirieron haber escuchado sobre el tema.

De acuerdo a la actitud que presentan las mujeres entrevistadas sobre la disminución del número de embarazos, el 87.88% de alfabetas y el 68.32% de analfabetas refieren una actitud positiva hacia la disminución de el número de embarazos. El 4.04% de alfabetas y el 1.48% de analfabetas se limitaron a responder únicamente que no sabían. (Cuadro No. 15)

Al investigar las razones por las cuales consideran que es bueno disminuir el número de embarazos, el 58.62% de alfabetas y el 43.48% de analfabetas refirieron que disminuyendo los embarazos se mejora la economía en el hogar. El 22.99% de alfabetas y el 39.13% de analfabetas consideran que se vive mejor y el 14.92% de alfabetas y 15.94% de analfabetas refieren que disminuyendo los embarazos se cuida mejor a los hijos. Únicamente el 3.41% de alfabetas y 1.435% de analfabetas refieren que disminuir los embarazos ayuda a la salud. (Cuadro No. 16)

Al preguntar las razones por las cuales consideran que no se deben disminuir los embarazos, el 87.5% de alfabetas y 93.3% de analfabetas refieren que no se debe disminuir los embarazos porque es pecado. E 12.5% de alfabetas respondió que es bueno tener hijos. El 6.7% de analfabetas refiere que disminuir los embarazos hace daño a la salud de la mujer.(cuadro No. 17)

Como se puede observar ambos grupos de población, tienen actitud positiva acerca de la disminución de embarazos. Un porcentaje menor presenta una actitud negativa, la cual se encuentra más marcada en la población analfabeta, ya que un mayor porcentaje de esta población refiere que es pecado disminuir el número de embarazos, lo que puede ser cambiado con una información adecuada.

Al investigar si las mujeres entrevistadas consideran que es bueno que la mujer use métodos anticonceptivos, el 58.60% de alfabetas refieren que si es bueno utilizarlos, sin embargo en la población analfabeta el 54.45% refirió que no es bueno que la mujer utilice métodos anticonceptivos. Por lo cual se evidencia que la mayor parte de la población alfabetada tiene una actitud positiva hacia el uso de métodos anticonceptivos. (Cuadro No. 18)

Respecto a las razones por las cuales consideran que si es bueno utilizar métodos anticonceptivos, el 68.96% de las mujeres alfabetadas respondieron que si se deben utilizar anticonceptivos para disminuir el número de embarazos, el 15.51% refieren que su uso ayuda a la salud, el 12.06% refiere que se le da mejor oportunidad a los hijos y el 3.47% refiere que utilizando métodos anticonceptivos la mujer dedica más tiempo a ella misma. (Cuadro No. 19)

Las mujeres analfabetas que presentan actitud positiva hacia el uso de métodos anticonceptivos; el 87.80% refieren que es bueno utilizarlos para disminuir el número de embarazos y el 12.20% refieren que ayudan a la salud.

De acuerdo a las razones por las cuales consideran que no es bueno que la mujer utilice métodos anticonceptivos el 82% de alfabetas refieren que son dañinos a la salud por lo que no se deben utilizar, el 15.38% refiere que es pecado y el 2.57% refiere que pueden causar la muerte. El 50.90% de mujeres analfabetas que presentan actitud negativa hacia el uso de métodos anticonceptivos refieren que es pecado utilizarlos, el 47.27% refiere que causan daño a la salud y el 1.83% refiere que es Dios quien tiene que decidir. (Cuadro No. 20)

La población analfabeta en su mayoría presenta actitud negativa hacia el uso de métodos anticonceptivos, se considera que esto está influenciado por el poco conocimiento del tema, así como por las creencias de la población, las cuales están más marcadas en la población analfabeta

En lo referente a quien debe decidir el número de hijos que se deben tener, el 67.69% de alfabetas y 47.52% de analfabetas refiere que es la pareja quien debe decidir, sin embargo el 38.61% de analfabetas respondió que es Dios quien debe decidir el número de hijos; lo cual está influenciado por las creencias de la población. (Cuadro No. 21)

Al investigar las prácticas que tienen las mujeres sobre el uso de métodos anticonceptivos, se observa que el 52.53% de alfabetas ha utilizado alguna vez métodos anticonceptivos, sin embargo únicamente el 23.76% de analfabetas los ha utilizado. Refiriendo el 91.35% de alfabetas y el 89.60% de analfabetas que lo han utilizado para disminuir los embarazos; el 8.65 de alfabetas y el 10.40% de analfabetas refieren que los han utilizado porque ayuda a la salud. (Cuadro No. 22,23)

De acuerdo a las razones por las cuales no han utilizado métodos anticonceptivos el 61.70% de alfabetas refiere que producen daño a la salud. El 35.06% de mujeres analfabetas refieren que es pecado y el 32.77% que producen daño a la salud. Es importante considerar que el 14.91% de alfabetas y el 27.27% de analfabetas refieren que no lo han utilizado por la falta de información. (Cuadro No. 24)

Respecto al método anticonceptivo que han utilizado, las pastillas anticonceptivas ocupan un alto porcentaje, ya que el 61.53% de alfabetas y 41.68% de analfabetas refieren haberlas utilizado. La esterilización femenina también es un método que se ha utilizado con frecuencia ya que el 25% de alfabetas y 29.16 de analfabetas lo utilizaron. El preservativo masculino (condón) lo han utilizado el 9.61% de alfabetas y el 8.36% de analfabetas. El 29.16% de analfabetas y el 7.69% de alfabetas han utilizado el dispositivo intrauterino. Como se puede observar los anticonceptivos que han utilizado con mayor frecuencia son los mismos que refirieron correctamente su utilización. (Cuadro No. 25). Un porcentaje menor, tanto en mujeres alfabetadas (5.76%) y analfabetas (4.16) refirieron haber utilizado métodos naturales lo cual está influido por la poca información que se tiene acerca de ellos.

Al preguntar si la pareja sabe que han utilizado métodos anticonceptivos el 84.62% de alfabetas y el 95.83% de analfabetas refirieron que si lo saben, mientras que las que refieren que no lo sabe, indican que la pareja no está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos. (Cuadro No. 26)

Al investigar si las mujeres entrevistadas utilizan actualmente métodos anticonceptivos el 28.28% de alfabetas y el 19.81% de analfabetas refieren estar utilizando algún método. Entre los métodos anticonceptivos que utilizan con mayor frecuencia, la esterilización femenina ocupa un porcentaje mayor, ya que el 46.43% de alfabetas y el 35% de analfabetas usuarias refieren haberse realizado esterilización. Las pastillas anticonceptivas son utilizadas en 25% de mujeres alfabetas y analfabetas que utilizan anticonceptivos. El preservativo masculino (condón) es utilizado con mayor frecuencia en las mujeres alfabetas (10.72), así como los anticonceptivos inyectables son más utilizados en mujeres analfabetas (15%). Es importante mencionar que el 10% de mujeres analfabetas que utilizan anticonceptivos, refiere que su pareja presenta esterilización masculina, y únicamente el 3.57% de alfabetas refiere que su pareja presenta esterilización. Los métodos anticonceptivos naturales son utilizados con menor frecuencia en ambos grupos de población, sin embargo el 10.71% de la población alfabeta refiere utilizarlos y únicamente el 5% de analfabetas lo han utilizado. Las tabletas vaginales no son utilizadas por ningún grupo de población. (Cuadro No.27-28)

Se evidencia que en ambos grupos de población existe poca utilización de los métodos anticonceptivos, pero se encuentra una menor utilización en la población analfabeta, lo cual está influenciado por el poco conocimiento que dicha población presenta.

El 96.42% de alfabetas y 95% de analfabetas que utilizan anticonceptivos refieren que su pareja sabe que los utilizan. El 3.58% de alfabetas y el 5% de analfabetas refieren que su pareja no tienen conocimiento de la utilización de anticonceptivos, ya que indican que la pareja refiere que producen daño a la salud y además refieren creencias erróneas como el hecho de que los anticonceptivos únicamente los utilizan las trabajadoras del sexo. (Cuadro No.29-30).

IX. CONCLUSIONES

1. La población encuestada, se encuentra constituida en porcentaje mayor por mujeres analfabetas (50.5%) y a la vez el 94.05% de analfabetas es indígena, por lo que se evidencia que el analfabetismo es mayor en la población indígena, como lo reportan estudios a nivel nacional.
2. Al comparar el conocimiento que tienen las mujeres alfabetas y analfabetas sobre planificación familiar, se observa que la población alfabeta tiene un mayor conocimiento sobre el tema ya que fue este grupo de población el que refirió mayor conocimiento sobre la utilización correcta de los métodos anticonceptivos así como el lugar donde pueden encontrar estos métodos.
3. La mayor parte de la población entrevistada; tanto las mujeres alfabetas como analfabetas, refieren haber escuchado hablar de los métodos anticonceptivos anteriormente, reportando que el lugar donde han escuchado hablar del tema con más frecuencia es el Puesto de Salud y APROFAM. Así mismo reportan estos lugares como fuentes de abastecimiento de los anticonceptivos, lo cual se considera que está influenciado por la distribución gratuita o a bajo costo de los métodos anticonceptivos en estas instituciones.
4. Se considera que el poco conocimiento que presentan las mujeres analfabetas sobre los métodos anticonceptivos, está influenciado por la manera como se da la información, ya que estas reportaron que escucharon hablar sobre ellos en el Puesto de Salud y APROFAM, y muchas veces en las instituciones se da únicamente una charla breve y la mayor información se da por escrito.
5. El conocimiento sobre los daños a la salud que produce el uso de métodos anticonceptivos, es erróneo en ambos grupos de población, ya que ambos grupos consideran como mayor porcentaje que los anticonceptivos producen "cáncer de la matriz", y únicamente un porcentaje menor reportó daños que pueden ser producidos por el uso prolongado de anticonceptivos.

6. Las mujeres alfabetas y analfabetas tienen en su mayoría una actitud positiva hacia la disminución del número de embarazos ya que refieren que de esta forma se vive mejor y se cuida mejor a los hijos. Sin embargo la población analfabeta refiere con mayor porcentaje que no es bueno que la mujer utilice métodos anticonceptivos, ya que ellas consideran que es pecado utilizarlos, así como también refieren que su uso es dañino a la salud.
7. Los dos grupos de población (alfabetas-analfabetas) consideran en mayor porcentaje que el número de hijos que se deben tener los debe decidir la pareja; sin embargo el 38.61% de la población analfabeta considera que es Dios el que debe decidir el número de hijos que se tendrán, lo cual puede estar influenciado por las creencias de la comunidad, las cuales son más arraigadas en la población indígena, la cual en su mayoría está constituida por analfabetas.
8. La población alfabetas ha utilizado con mayor porcentaje algún método anticonceptivo, y actualmente es esta población la que utiliza con mayor frecuencia métodos anticonceptivos. Se considera que la poca utilización de anticonceptivos por la población analfabeta está influenciada por el poco conocimiento que se tiene acerca de los anticonceptivos, así como las creencias erróneas que se tienen de su utilización, las cuales están más marcadas en esta población.
9. Los métodos anticonceptivos que se utilizan con mayor frecuencia en ambas poblaciones, son pastillas anticonceptivas, esterilización femenina y métodos inyectables, de los cuales un mayor porcentaje tienen conocimiento adecuado de la correcta utilización; esto puede estar influenciado por la mayor difusión que se le da a estos métodos anticonceptivos y por la fácil utilización.
10. Los dos grupos de población reportaron con mayor porcentaje que su pareja sabe que ellas utilizan métodos anticonceptivos; en los casos que la pareja no tiene conocimiento, indican que esto se debe a que su pareja no estaría de acuerdo con la utilización mayormente por creencias erróneas acerca de su utilización.

X. RECOMENDACIONES

1. Brindar mayor información a la población del área rural, acerca de todos los métodos anticonceptivos; informando acerca de la correcta utilización, ventajas y desventajas. Utilizando para ello charlas regulares a la población en general, en especial a la población analfabeta, ya que de esta forma se les puede proporcionar información correcta acerca del uso de anticonceptivos.
2. Concientizar a los promotores de los métodos de planificación familiar, sobre como proporcionar información adecuada acerca de los efectos secundarios del uso de métodos anticonceptivos.
3. Dar mayor divulgación al uso de métodos de planificación familiar naturales, en las diferentes instituciones de salud, así como por los medios de comunicación.
4. Mejorar los servicios existentes de planificación familiar, brindando así orientación adecuada y apropiada a la persona que lo solicite.
5. Tomar en cuenta los resultados del estudio para mejorar el programa actual de Planificación familiar, dando de esta forma una orientación adecuada de acuerdo a la cultura y tradiciones de la población.

XI. RESUMEN

En el presente estudio se determinaron los Conocimientos, Actitudes y Prácticas, sobre el uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar, en mujeres de edad fértil del municipio de San Gabriel, Suchitepéquez en el periodo de marzo - abril de 1996.

San Gabriel, Suchitepequez es una comunidad rural con 3,777 habitantes, 67% de la población es indígena. Presenta 40% de analfabetismo y el 78% de analfabetismo se encuentra en la población femenina; actualmente existe una tasa de fecundidad de 13%.

Para la ejecución de la investigación se realizó un estudio descriptivo, determinando la diferencia existente en los conocimientos, actitudes y prácticas en el uso de métodos anticonceptivos, en mujeres alfabetas y analfabetas. Se entrevistó un total de 400 mujeres en edad fértil que cumplían con los criterios de inclusión.

El 50.50% de la población estudiada es analfabeta y el 94.05% de esta población es indígena.

Al comparar los conocimientos que presentan ambas poblaciones se identificó que la población alfabetas tiene mayor conocimiento en la definición de planificación familiar, así como la correcta utilización de los métodos anticonceptivos.

Se identificó que ambas poblaciones refieren haber escuchado alguna vez acerca de los métodos anticonceptivos, identificando el mayor porcentaje APROFAM y el Puesto de Salud, como los lugares donde han escuchado acerca del tema; así como fuentes principales de abastecimiento de métodos anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos más conocidos por ambas poblaciones, son los anticonceptivos orales (82.75% alfabetas y (79.57%) analfabetas, esterilización femenina (49.42% alfabetas y (39.28%) analfabetas; métodos inyectables (40.22%) alfabetas y (28.57%) analfabetas.

El 73.88% de alfabetas y 68.32% de analfabetas presentan actitud positiva hacia la disminución del número de embarazos, sin embargo, únicamente el 58.60% de alfabetas y

el 40.60% de analfabetas consideran que el uso de métodos anticonceptivos es bueno para la mujer, refiriendo además que de esta forma se vive mejor y se da mejor oportunidad a los hijos.

En la población que presenta actitud negativa hacia el uso de métodos anticonceptivos, el 50.90% de analfabetas considera que su uso es pecado; y el 82.05% de alfabetas refieren que es dañino a la salud.

El 52.53% de alfabetas y el 23.76% de analfabetas han utilizado alguna vez métodos anticonceptivos, sin embargo únicamente el 28.28% de alfabetas y 19.81% de analfabetas refieren utilizarlos actualmente; siendo los métodos más utilizados, la esterilización femenina en 46.43% de alfabetas y 35% de analfabetas; el 25% de alfabetas y analfabetas utilizan anticonceptivos orales.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Arias de Blois J. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE GUATEMALA; HACIA DONDE VAMOS. Guatemala. APROFAM 1987. páginas 13-18.
2. Armas Villagrán, Hugo Moises. INFLUENCIA RELIGIOSA Y DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA SOBRE EL USO DE DIFERENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA PLANIFICACION FAMILIAR EN EL AREA RURAL DE GUATEMALA. Tesis de Médico y cirujano. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Septiembre 1993.
3. Asociación Guatemalteca de Educación Sexual. METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA. Guatemala 1981. Páginas 1-11.
4. Asociación Pro bienestar de la Familia. QUE ES APROFAM. Departamento de Comunicaciones. Guatemala. 1992.
5. Asociación Pro bienestar de la Familia. APROFRAM EN CIFRAS. Guatemala. 1992.
6. Barcelona Delin Et. Al. Anticoncepción. UN MANUAL SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. Chicago 1981.
7. Bertrand, Jane, et. Al. ESPACIAMIENTO DE LOS EMBARAZOS EN EL DEPARTAMENTO DE EL QUICHE. RESULTADOS DEL ESTUDIO EN BASE PARA UN PROYECTO PILOTO. APROFAM. Guatemala, marzo 1993. Páginas 3-16.
8. Billings, Evelyn L. John J, ATLAS DEL METODO DE LA OVULACION
9. Bergovist Et. Al. THE INFLUENCE OF ORAL CONTRACEPTIVES ON ACTIVATED FACTOR INHIBITOR ACTIVITY. J. Obstet Gynecol 1983, October 90
10. Codedena. LA FAMILIA COMO UNIDAD SOCIOLOGICA VRS. EL HOGAR COMO RELACION AFECTIVA. VIII. Seminario de salud comunitaria.
11. De Mull, Erick. POBLACION Y MEDIO AMBIENTE. Aprofam. Guatemala 1990.

12. Federación Internacional de Planificación Familiar. PLANIFICACION FAMILIAR PARA MEDICOS. 6o. edición Inglaterra, Publicaciones Médicas, 1989 (pp3-241)
13. Federación Internacional de Planificación de la Familia. MANUAL DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR. New York. 1983. Páginas 30-53.
14. Federación Internacional de Planificación Familiar. LA HISTORIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS. Londres. 1967. Páginas 2-42.
15. Hatcher R. Et. Al. CONTRACEPTIVOS TECHNOLOGI. 1987 13th. Edition. New York. Invehigton Polisher 1987. Pag. 135-252.
16. Hindermon, Shapero G. ACTUALIZACION EN ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA. Mundo Médico. Volumen IV. Septiembre 1987.
17. Jack. A. Et. Al. OBSTETRICIA DE WILLIAMS. 3o. Edición. México. Salvat. 1987. Pág. 787-808.
18. Jones. H. Et. Al. TRATADO DE GINECOLOGIA DE NOVAK. 11a. Edición. México. Interamericana, 1991, Páginas 787-808.
19. López, Alberto. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN UNA COMUNIDAD RURAL DE GUATEMALA. Tesis de Médico y Cirujano Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Marzo 1994.
20. Macher Robert. TECNOLOGIA ANTICONCEPTIVA. Sexta Edición. Internacional Bogotá Colombia. 1989.
21. Marroquín Omar. CALENDARIO DEMOGRAFICO. APROFAM. Guatemala. 1994.

22. Martínez Ortiz, Aura Amparo. CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN UNA COMUNIDAD INDIGENA. Tesis de Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Marzo 1995.
23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud, Departamento Materno Infantil. NORMAS DE ATENCION DE SALUD MATERNOINFANTIL. 1992--1996. Guatemala. Agosto. 1992. Páginas 29-48.
24. PLADES, Plan de Acción de Desarrollo Social. Guatemala. Septiembre 1995.
25. Population Reports. ACTUALIZACION DE LAS ENCUESTAS DE FECUNDIDAD Y PLANIFICACION FAMILIAR. Serie M. No. 85. Baltimore, Septiembre-octubre 1985. Páginas 20-42.
26. Population Reports. LA ANTICONCEPCION HORMONAL. NUEVOS METODOS DE ACCION PROLONGADA. Serie K. No.3. Baltimore. febrero de 1988.
27. Population reports. LOS DIU. UN NUEVO EXAMEN. serie B. No.5 . Baltimore. marzo 1988. Páginas 1-21
28. Quiñónez Orellana, Hazel Yanina. COSTUMBRES Y CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCION EN UNA COMUNIDAD RURAL. Tesis de Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. Febrero 1994.
29. Samayoa Molina, Karla Lorena. EVALUACION DEL USO DE LOS DIFERENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS EN COMUNIDADES INDIGENAS. Tesis de Médico y cirujano, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. Abril 1990.
30. Suchitepéquez. Datos Estadísticos. Instituto Nacional de Estadística (INE). 1993.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA PLANIFICACION FAMILIAR EN EL AREA RURAL.

Edad: _____ Estado Civil: Casada: _____ Unida: _____
 Grupo Etnico: Ladino: _____ Indígena: _____
 Sabe leer y escribir? Si _____ No _____

CONOCIMIENTOS

1. Para usted, qué es planificación familiar? _____

2. Ha escuchado hablar de los métodos de planificación familiar?
 SI _____ NO _____
3. Dónde escuchó hablar sobre el tema:
 Iglesia _____ Hospital _____ Puesto Salud _____
 Escuela _____ Instituto _____ Otros (especifique) _____
4. Qué métodos anticonceptivos conoce o ha oído hablar de ellos?
 a. Pastillas _____ b. Dispositivo Intrauterino _____ c. Esterilización femenina _____
 d. Condón _____ e. Tabletas Vaginales _____ f. Esterilización masculina _____
 g. Inyectables _____ h. Método Natural _____ Cuál? _____
5. Sabe usted, cómo se utiliza el (los) método (s) anticonceptivo(s) que conoce?
 SI _____ NO _____
6. Si su respuesta es positiva, indique cómo se utilizan?

7. Conoce algún daño a la salud que cause el uso de métodos anticonceptivos?
 SI _____ NO _____
8. Qué daño producen?

9. Sabe usted dónde se pueden conseguir estos métodos?
 SI _____ NO _____

10. En dónde?

- a. Puesto de Salud _____ d. Farmacia _____
b. Médico Particular _____ e. Aprofam _____
c. Hospital _____ f. Otros _____

ACTITUDES

1. Considera que se debe disminuir el número de embarazos?

SI _____ NO _____

2. Porqué? _____

3. Considera que es bueno que la mujeres use métodos anticonceptivos?

SI _____ NO _____

4. Porqué? _____

5. Quién debe decidir el número de hijos que debe tener?

- a. Dios b. Hombre c. Mujer d. Pareja e. Otros

PRACTICAS;

1. Ha utilizado métodos anticonceptivos?

SI _____ NO _____

2. Porqué? _____

3. Qué método ha utilizado? _____

4. Su pareja supo que usted utilizó métodos anticonceptivos?

SI _____ NO _____

5. Utiliza actualmente métodos anticonceptivos?

SI _____ NO _____

6. Qué método utiliza _____

7. Sabe su pareja que usted utiliza actualmenete anticonceptivos?

SI _____ NO _____

8. Si su esposo no lo sabe. Porqué no se lo ha dicho? _____

GRACIAS POR SU COLABORACION

XIII. ANEXOS

Correos y telégrafos
 Farmacia
 Iglesia Evangélica
 Municipalidad
 Escuela de Párvulos
 Parque Municipal
 Instituto Básico
 Escuela Primaria
 Puesto de Salud
 Tienda
 Vivienda
 Templo Católico

SAN GABRIEL, SUCHITEPEQUEZ

