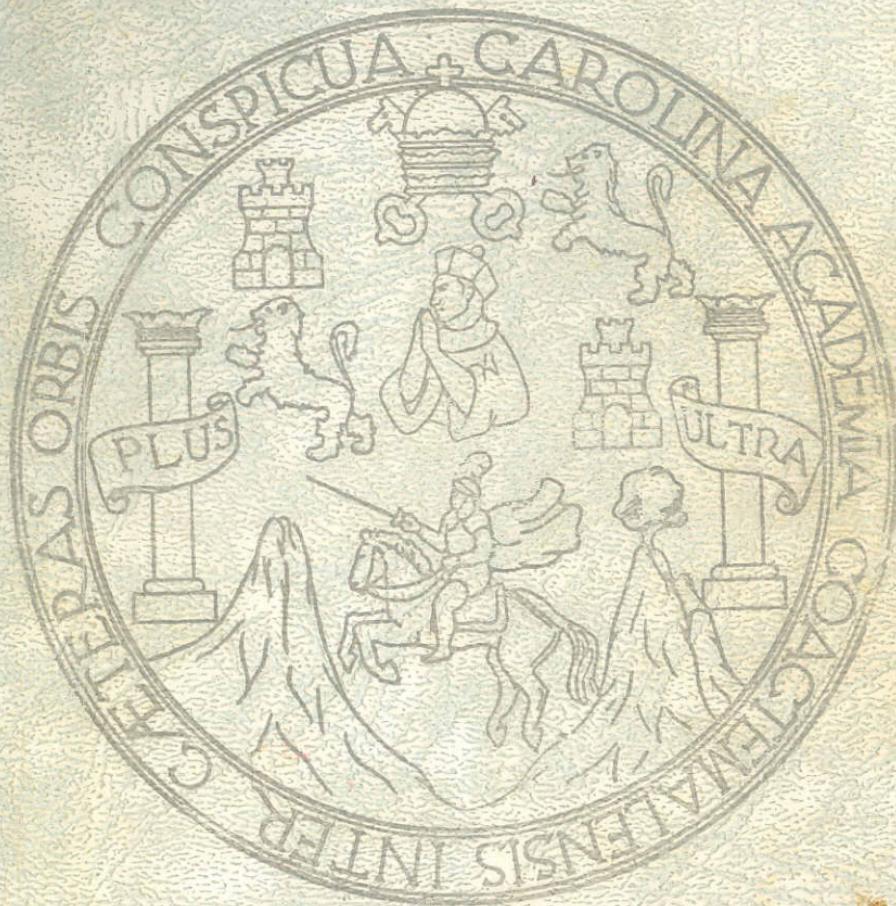


*Universidad de San Carlos de Guatemala*  
*Facultad de Ciencias Médicas*

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL USO DE  
ANTICONCEPTIVOS EN MADRES ADOLESCENTES**



**LUIS ANTONIO CHACON MONTUFAR**  
*Médico y Cirujano*

## INDICE

I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
III. JUSTIFICACION .....	3
IV. OBJETIVOS.....	4
V. MARCO TEÓRICO.....	5
SALUD REPRODUCTIVA .....	5
CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....	6
METODOS ANTICONCEPTIVOS .....	10
VII. METODOLOGIA.....	17
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	22
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS .....	38
IX. CONCLUSIONES.....	40
X. RECOMENDACIONES .....	41
XI. RESUMEN.....	42
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	43
XIII. ANEXOS.....	45

## I. INTRODUCCIÓN

En el Departamento de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se ha establecido un conjunto de estrategias para la atención de la embarazada adolescente, implementando la clínica de la Embarazada Adolescente, donde se les brinda actividades ginecoobstétricas, educativas, de apoyo psicológico y social. Desde su comienzo se puso énfasis en la previsión de futuros embarazos, a través de charlas sobre planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, se observó que el retorno de las jóvenes a la consulta postparto, en demanda de métodos anticonceptivos fue menor de lo esperado.

Cuando se dispone de métodos de planificación familiar, una mujer puede no utilizarlos por limitaciones económicas, creencias personales, o posición familiar o preocupación acerca de los efectos secundarios sobre la salud o fecundidad futura (6). En el presente estudio se demostró que factores influyen en el uso de métodos anticonceptivos por las madres adolescentes, evaluando por medio de una tabla de cotejo la calidad de las charlas de planificación familiar, y por medio de un cuestionario que se pasó a las jóvenes durante la consulta.

Los resultados obtenidos dieron a conocer que existe influencia en las adolescentes por parte de los padres o del cónyuge en el uso de métodos anticonceptivos y que las charlas de planificación familiar impartidas en el seguro social, son poco captadas y entendidas por las adolescentes.

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La adolescencia - definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el período entre los 10 a los 19 años -. En esta edad los embarazos y la maternidad conllevan considerables riesgos. Las tasa<sup>s</sup> de fecundidad de adolescentes son alarmantemente elevadas en muchos países, de hecho, alrededor del 11% de todos los nacimientos registrados cada año corresponden a adolescentes casadas o no casadas.(4) Las jóvenes de 15 a 19 años tienen dos veces más probabilidades de morir en el parto que las mujeres de 20 a 30 años, dicha probabilidad es cinco veces mayor entre las menores de 15 años. Como reflejo de la frecuencia de los embarazos tempranos y de los riesgos asociados a ellos, las complicaciones relacionadas con el embarazo constituyen la principal causa de muerte de jóvenes de 15 a 19 años en todo el mundo.(1,5)

Aunque hay una variación considerable entre los países en cuanto al inicio de la actividad sexual, pareciera que la mayoría de la gente joven empezará la actividad sexual dentro o fuera del matrimonio durante la adolescencia. Guatemala es un país joven, con 23.7 % de la población total tiene edades entre 10 y 19 años.(4) Los esfuerzos dirigidos a mejorar los derechos de la población adolescente, incluso los reproductivos, son importantes para la autodeterminación y la salud de las mujeres en general. (3, 5, 16)

Los embarazos en las adolescentes pueden demorarse posponiendo el inicio de la actividad sexual o bien espaciarse utilizando métodos efectivos de regulación de la fecundidad; pero en muchos lugares, las adolescentes y las mujeres solteras tienen acceso limitado a los métodos anticonceptivos y se les impide o se desalienta la utilización de servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar (1, 2, 6).

## III. JUSTIFICACION

La sexualidad no comienza en la adolescencia, es una continuación de fenómenos que se manifiestan desde la niñez. Por los cambios hormonales que ocurren en la pubertad, en la adolescencia, la sexualidad adquiere una nueva dimensión y comienza a ser parte fundamental del universo de los adolescentes.(8)

El embarazo no deseado no es simplemente el resultado de falla anticonceptiva, o de falta de acceso a una clínica de planificación familiar. También refleja la falla de los programas de planificación familiar para responder a las necesidades de sus clientes.(18)

Cada año, mujeres en el mundo se enfrentan a 75 millones de embarazos no deseados, de los cuales en nuestros países latinoamericanos las adolescentes son un grupo mayoritario. Estos ocurren porque no se utilizaron anticonceptivos o porque el método falló. Existen muchas razones por las cuales las personas no utilizan métodos anticonceptivos o los utilizan en forma incorrecta: falta de acceso a información y servicios de planificación familiar o baja calidad de los servicios; creencias personales o religiosas.(6)

Para 1996 las tasas de analfabetismo funcional van hasta un 49.42 por ciento de las adolescentes para el área rural y un 12.63 por ciento para el área urbana de Guatemala, cifra que afecta a la población femenina. Este constituye un factor importante para crear ideas erróneas sobre la anticoncepción, o que estos sean influenciados por familiares o amigos sobre el uso o no de los anticonceptivos.(11)

Lo anterior justifica la importancia de realizar este estudio ya que las necesidades de los adolescentes son a menudo ignoradas o desatendidas. Guatemala los menores de 15 años representan el 46% de la población total,(2) es particularmente importante atender las necesidades de salud reproductivas de este grupo, por lo que el objeto de esta investigación es determinar que factores influyen en las madres adolescentes en el uso de anticonceptivos, y de esta forma poder ofrecer una mejor educación sobre planificación familiar en las charlas de anticoncepción que se imparten en la consulta externa del seguro social en la clínica de la madre adolescente.

#### IV. OBJETIVOS

##### GENERAL

Determinar que factores influyen en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes

##### Específicos

Identificar la edad promedio del grupo de estudio.

Identificar que persona o institución fue la que brindo la primera información sobre los métodos anticonceptivos al grupo de estudio.

Identificar cual es el anticonceptivo que desean conocer más las madres adolescentes

Determinar si la opinión del cónyuge o familiares de la madre adolescente influyen para el uso de anticonceptivos

Determinar si la religión es influyente para el uso de anticonceptivos en las madres adolescentes.

Determinar si el método, contenido y forma de las charlas de planificación familiar, son captadas y entendidas por las madres adolescentes.

Aplicar los resultados obtenidos del trabajo en mejorar las charlas de planificación familiar.

#### V. MARCO TEÓRICO

##### Adolescencia

La adolescencia es un período de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Igual que otros períodos de transición en la vida, implica cambios significativos en una o más áreas del desarrollo. Brinda oportunidades para crecer pero también riesgos para algunos jóvenes con problemas para manejar tantas modificaciones a la vez.(8,10) Los adolescentes se vuelven sexualmente activos por muchas razones: ampliar su intimidad, buscar nuevas experiencias, probar su madurez, mantenerse al nivel de sus compañeros, hallar un alivio ante las presiones e investigar los misterios del amor.(10)

##### SALUD REPRODUCTIVA

Es el complejo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad, durante el proceso reproductivo. Implica una serie de condiciones: capacidad de reproducirse; poder realizar una actividad sexual socialmente aceptada; poder determinar número y momento de los nacimientos (Paternidad responsable); tomar decisiones adecuadas, libres y responsables; respetar la equidad entre ambos sexos. Tener también derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables según sea su condición sociocultural para la regulación de la fecundidad (13)

##### Derechos sexuales y reproductivos

Todos los seres humanos tienen derecho a la autonomía y a la autodeterminación en el ejercicio de la sexualidad, que incluye el derecho al placer físico, sexual y emocional, el derecho a la orientación sexual, el derecho a la información y educación sobre la sexualidad y el derecho a la atención de la salud sexual y reproductiva para el mantenimiento del bienestar físico, mental y social.

Mujeres y hombres tienen el derecho de decidir sobre su vida reproductiva de manera libre e informada y ejercer el control voluntario y seguro de su fertilidad, libres de discriminación, coerción y/o violencia, así como el derecho a disfrutar de los niveles más altos de salud sexual y reproductiva (2)

## A quien va dirigida la Planificación Familiar?

A una pareja sexualmente activa, en la que ambos componentes son fecundos, pero no desean el embarazo, necesitan una anticoncepción eficaz. Si las parejas sexuales, presumiblemente fecundas, no ponen en práctica ningún método anticonceptivo, un 80% de las mujeres quedaran embarazadas en el plazo de un año (17)

## Consejería en Planificación Familiar

La consejería en orientación familiar es el proceso mediante el cual se ayuda a las personas a tomar decisiones informadas y voluntarias sobre su fertilidad. En muchas ocasiones, las mujeres, los hombres o las parejas desean retrasar el nacimiento de su primer hijo, espaciar el nacimiento entre ellos o bien, no tener más hijos. En algunos casos se recurre a la orientación familiar, no solo para evitar un embarazo no deseado o no planificado, sino por motivos de salud.

El propósito fundamental de la consejería es lograr que los individuos o las parejas participen de una manera responsable en su vida reproductiva. Cuando ellos eligen personalmente la forma de regular los embarazos, es seguro que estarán más satisfechos y aumentará el uso exitoso de cualquier método anticonceptivo.

El papel del consejero es asegurarse que las personas conozcan las ventajas y desventajas de los distintos métodos anticonceptivos disponibles, apoyándoles teniendo en cuenta sus necesidades, opciones y sentimientos de manera que se formen su propia opinión acerca de lo que deseen hacer con su fecundidad. En consecuencia, el consejero no solo debe proporcionar información, sino también analizar las circunstancias individuales para colaborar con ellos en la toma o confirmación de una decisión personal y satisfactoria.

Una buena consejería hace énfasis en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación comprometida de los solicitantes para lograr los mejores resultados del método seleccionado.(14, 15)

## Beneficios de la consejería

La consejería se considera como uno de los elementos más importantes de los servicios de orientación familiar. Cuando las personas eligen un método anticonceptivo luego de una sesión de consejería, generalmente se sienten satisfechos porque participaron en una decisión muy importante y este mensaje será transmitido a otros potenciales solicitantes con el concepto de buena atención. La consejería no solo es beneficiosa para los usuarios, sino también para los proveedores de servicios, debido a que aumenta la continuidad del método elegido y disminuye considerablemente el número de citas de seguimiento.(19, 20)

## El proceso de la consejería

Un buen proceso de consejería consta de dos elementos

1. Establecer una relación de confianza y responsabilidad con el usuario
2. Facilitar y recibir información adecuada y precisa para ayudar al usuario a tomar decisiones.

Cuando se Orienta a la persona o una pareja existe varias etapas que son:

Atender a la persona

Conversar con la persona

Comunicar a la persona cuáles son los métodos anticonceptivos

Elegir el método apropiado para el usuario

Describir como se usa el Método

Acordar la visita de seguimiento.

Se califica como consulta de consejería eficiente la que cumple con los seis requisitos básicos:

1. **Oportuna:** debe captar a la pareja de alto riesgo tan pronto como se identifica y recibir a las parejas de bajo riesgo cuando éstas lo soliciten
2. **Extensa:** debe cubrir a todas las mujeres con alto riesgo reproductivo y a todas las parejas que deseen planificar sus familias.
3. **Continua:** las parejas deben ser controladas de acuerdo con las necesidades del método elegido y siempre que surja alguna complicación o efecto

secundario atribuible al método. También deben de ser recibidas para aclarar dudas o suspender la anticoncepción para lograr un embarazo

4. **Compleja:** los contenidos deben garantizar una elevada calidad del servicio (técnica y humana). Todas las parejas deben ser ampliamente informadas sobre el método que usarán y deben ser tratadas con dignidad, privacidad y con total confidencialidad.
5. **Voluntaria:** la consulta será siempre voluntaria, ninguna pareja será obligada o coaccionada para asistir a la misma o para usar determinado método.
6. **Educativos:** debe formar a las parejas de manera que sean capaces de conocer sus funciones reproductivas, ejercer responsablemente su sexualidad y conocer los síntomas básicos de las enfermedades del sistema reproductivo y de las mamas.

#### GRUPOS PRIORITARIOS PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. Adolescente
2. Mayor de 35 años
3. Parejas con deseos de no tener más embarazos
4. Mujeres solteras, separadas, viudas o divorciadas que no deseen un embarazo
5. Analfabetas y baja escolaridad
6. Parejas marginadas socioeconómicamente
7. Parejas que viven en hacinamiento
8. Parejas con niños menores de 2 años
9. Parejas con niños desnutridos.
10. Parejas con alta mortalidad en sus hijos
11. Alcoholismo y otras drogadicciones
12. Mujeres que laboran en ambientes inadecuados (contaminación)
13. Mujeres abortadoras crónicas
14. Mujeres con tres o más cesáreas
15. Mujeres con dos o más mortinatos.
16. Prematuridad repetida
17. Gran multiparidad (más de 6 partos)
18. Patologías médicas importantes (SIDA; TB activa, cardiopatias, psicosis, hipertensión arterias, diabetes mellitus enfermedades del colágeno, etc.).

#### CONDICIONES OPTIMAS PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS DE LA MATERNIDAD

- Tener los partos entre los 20 y 35 años.
- Tener un máximo de tres partos.
- Que los espacios intergenéticos no sean menores de dos años ni mayores de cinco años.
- Iniciar el embarazo en buenas condiciones de salud (física, mental y social)
- Tener control prenatal adecuado.
- Tener el parto en un ambiente hospitalario, atendido por personal entrenado.
- Que la mujer de alto riesgo no se embarace y si lo hace que tenga el control en un servicio que cuente con un nivel de atención espacializado.(14, 19)

#### CLASIFICACIÓN DEL RIESGO REPRODUCTIVO

##### Definición del Riesgo Reproductivo

Es la probabilidad (grado de peligro) que tiene la mujer en edad fértil y su futuro hijo de enfermar, sufrir lesión o morir si hay nuevos embarazos

Los factores que se anotan a continuación son los que influyen negativamente en la evolución de un nuevo embarazo.

##### Factores socioeconómicos:

- Ingresos inadecuados
- Vivienda inadecuada
- Patología sico-social
- Violencia doméstica: física, psicológica y sexual
- Desnutrición
- Desempleo - subempleo
- Analfabetismo o baja escolaridad

##### Factores de edad

- Mujeres de 10 a 19 años (adolescentes)
- Mujeres mayores de 35 años.

## Factores médicos

### Antecedentes obstétricos y ginecológicos.

- Abortos a repetición
- Aborto inducido
- Incopetencia ítico-cervical
- Embarazo ectópico
- Enfermedad del trofoblasto
- Placenta previas
- Desprendimiento de placenta normalmente inserta
- Ruptura uterina
- Parto prematuro.(14)

## METODOS ANTICONCEPTIVOS

### METODOS NATURALES

#### Método de la Amenorrea de la Lactancia (MELA)

Es un método natural temporal basado en la inhibición de la ovulación causada por el aumento de la producción de la prolactina por el estímulo de la succión. Brinda una efectividad de 98 % durante los primeros seis meses postparto siempre que la lactancia sea exclusiva y la paciente permanezca en amenorrea.

Este método debe cumplir determinados requisitos para ser eficaz, tales como:

- Tener menos de seis meses postparto
- Que la madre esté en amenorrea
- No dar al bebé otro tipo de alimentación, ni de día ni de noche, solo lactancia cuantas veces él lo demande

### Beneficios

- Reafirma el vínculo madre-hijo.
- Proporciona los requerimientos nutricionales necesarios para el bebé y estimula su desarrollo intelectual.

- Protege al bebé contra enfermedades infecciosas
- La leche no se descompone, ni se vuelve amarga dentro del pecho de la madre y no representa gasto económico.
- Ayuda a que el sangrado postparto sea más corto y a que el riesgo de infección puerperal sea menor.
- Protege a la madre contra el cáncer de la mama, ovario y endometrio.
- La lactancia exclusiva protege de un nuevo embarazo durante los primeros seis meses (98%), siempre y cuando no se haya menstruado después del parto (Todo sangrado ocurrido antes de los primeros cincuenta y seis días postparto no se considera menstruación).
- No interfiere con la relación sexual
- No tiene efectos secundarios.

### Limitaciones

- Depende de la usuaria (requiere que se sigan las instrucciones relativas a las prácticas de lactancia).
- Puede ser difícil practicar el método por circunstancias de trabajo.
- No brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual.
- Tiene eficacia elevada sólo durante los primeros seis meses postparto.(12)

### COITO INTERRUMPIDO

Este método es el tradicional de planificación familiar en el que el hombre saca totalmente el pene de la vagina de la mujer antes de eyacular. Al retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación, los espermatozoides viables no entran en la vagina, por lo que impide la fecundación. Brinda una efectividad del 81 al 95 por ciento.

### Beneficios:

- No exige dispositivos, no involucra químicos y está disponible en cualquier situación sin costo alguno

## Limitaciones

- No tiene alta eficacia.
- Aunque el coito interrumpido no tiene efectos secundarios médicos, la interrupción de la fase de excitación o de meseta de respuesta sexual puede significar molestias e inconvenientes de otro tipo.
- No brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual.(14, 15)

## MÉTODO DEL CALENDARIO O RITMO

Es un método temporal que se basa en cálculos numéricos que determinan el período fértil del ciclo menstrual. La mujer determina el comienzo de su fase fértil consciente que la ovulación ocurre 14 días antes de la menstruación, los espermatozoides pueden vivir de 48 a 72 horas en la vagina de la mujer, y que el óvulo puede ser fertilizado dentro de un plazo de hasta 24 horas después de la ovulación.

Para el cálculo del período fértil, primero se determina al menos 6 ciclos menstruales, identificando el ciclo más corto y el más largo. El primer día de sangrado menstrual será el primer día del ciclo, el ciclo durará hasta el día anterior del próximo sangrado. Posteriormente se calculan los días fériles restando 18 al número de días del ciclo más corto, identificando éste el último día fértil del ciclo. Seguidamente se resta 11 al número de días del ciclo más largo, identificando así el primer día fértil del ciclo.(13, 14)

## Método del Moco Cervical

Es un método temporal que se basa en la determinación de los días fériles de la mujer a través de los cambios en el moco cervical que ocurren durante el ciclo menstrual. Para identificar el tipo de moco cervical, la mujer debe observarse y abstenerse de tener relaciones sexuales o usar algún método anticonceptivo durante el primer ciclo. Inmediatamente después de la menstruación debe empezar a observarse el moco cervical; después de la menstruación, la mujer presenta genitales secos, sensación que permanece dependiendo de la duración del ciclo. Estos días secos forman la fase preovulatoria o infértil, y es en estos días que las relaciones sexuales no dan lugar a la fecundación. Al percibirse la sensación de humedad, hay presencia de moco. Inicialmente es escaso, denso, opaco grumoso y no se estira.

Posteriormente cambia haciéndose abundante, limpio, transparente y se estira. Determinando estos días los más fériles de la mujer.

El día pico (máximo estímulo estrogénico) del moco cervical es el último día que la mujer percibe la humedad. Después de este día van a sucederse días secos los cuales se consideran potencialmente fériles. La pareja evitará tener relaciones sexuales durante la fase fértil del ciclo que inicia al comenzar la sensación húmeda y termina 4 días después del día pico.

## Método de la Temperatura Basal

Este método se basa en la determinación del período fértil a través de la medición exacta de un ligero aumento en la temperatura basal corporal. Se debe de tomar la temperatura axilar u oral, pero manteniendo al tomar de la temperatura siempre en el mismo lugar a la misma hora (antes de levantarse) y anotarla en una gráfica. Por acción de la progesterona, después de la ovulación hay un incremento de la temperatura basal del cuerpo de 0.2 a 0.5 grados centígrados, lo que se llama alza térmica. La fase infértil inicia en la noche del tercer día consecutivo de alza térmica.(14)

## DISPOSITIVO INTRAUTERINO

El dispositivo intrauterino (DIU) es un cuerpo extraño inerte o medicado que se coloca en la cavidad uterina a través del canal cervical y actúa como un excelente método reversible. Su mecanismo de acción consiste en que convierte la cavidad uterina en un ambiente inhóspito para los espermatozoides. Se producen cambios en el endometrio con filtración leucocitaria, presencia de macrófagos, células plasmáticas, eosinófilos y células cebadas. Hay aumento de enzimas lisosomales, fosfatasa ácida, n-acetil glucosamida y betaglucuronidasa. Estas sustancias destruyen los espermatozoides, los cuales inmovilizados o fragmentados son fagocitados por los macrófagos. Además el cobre bloquea los mecanismos de respiración del espermatozoide.

Entre sus efectos colaterales tenemos dolor que generalmente se presenta en los primeros días después de la inserción y cede con inhibidores de las prostaglandinas (AINES) y reposo. El sangrado intermenstrual es otro efecto colateral, y este cede con reposo. La hipermenorrea generalmente se presenta en los primeros meses de uso y se regulariza espontáneamente(14, 19).

## ANTICONCEPCIÓN ORAL

### Historia

A fines del siglo XIX, los científicos observaron que los folículos ováricos no se desarrollan durante el embarazo. Ludwig Haberland, fisiólogo de la Universidad de Innsbruck, Austria, propuso el término "esterilización hormonal" por primera vez en 1921. Surgió la idea de que se podían usarse extractos de ovario como anticonceptivos orales. En 1929 se identificaron los estrógenos y en 1934, la progesterona.(9, 17, 21)

En 1941, Marker usó la diosgenina extraída de la planta del níspero mexicano como materia 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. En 1956 Rock, Pincus y Garcia demostraron que el noretinodrel suprimía la ovulación. Una mayor prueba clínica de mayor envargadura que se realizó en Puerto Rico, con la ayuda de Edris Rice-Wray, se utilizó una combinación de 10 mg de noretinodrel y 0.15 mg de mestramol, surgiendo así el primer anticonceptivo oral combinado lanzado al mercado en 1959.(17)

### Anticonceptivos Orales Combinados

Los más usados son las preparaciones de estrógenos y progestágenos, tomadas en dosis constantes durante 20, 21 o 22 días, seguidos de un intervalo sin esteroides durante el cual ocurre el sangrado uterino. Por lo que se ha tomado el curso de 21 días sustituido por un intervalo de 7 días durante el cual no se toman tabletas o se sustituye por un placebo, tabletas de hierro y/o vitaminas.

### Anticonceptivos orales secuenciales

En este tipo de anticonceptivo se suministra estrógeno solo durante 14 - 16 días, seguido de una tableta que contiene un estrogeno y un progestágeno durante cinco a siete días. A esto sigue un intervalo de siete días sin tabletas o con un placebo. Pero estas preparaciones en muchos países las han retirado del mercado. Presentan la seria desventaja de requerir dosis inicial muy alta de estrógeno sin oposición, que ha demostrado aumentar el riesgo de carcinoma endometrial. Por otra parte, también son menos eficaces,

carcinoma endometrial. Por otra parte, también son menos eficaces, probablemente debido al hecho de que la primera fase estrogénica del régimen secuencial elimina la protección adicional que brinda el estrogeno al alterar el mucus cervical, y reduciendo la penetración de esperma.(14, 17, 21)

### Anticonceptivos orales Fásicos

Mientras que el anticonceptivo oral de dosis fija mantiene la misma concentración de estrógeno y progestágeno en todas las tabletas del ciclo. Las píldoras fásicas tratan de variar la concentración principalmente de los progestágenos para permitir el uso de menor cantidad total de progestágeno por ciclo. Las preparaciones fásicas tratan de imitar el ciclo normal, con dominio inicial del estrógeno. Hasta la fecha no hay pruebas para poder afirmar que esto conlleve ventajas para la salud, excepto que permite usar dosis bajas de cada una de las hormonas, ya que como todos los Anticonceptivos Orales Combinados, los de tipo fásico eliminan el ciclo menstrual ovárico espontáneo.

### Progestágenos Orales de Dosis Continua (Preparaciones de progestágeno Solo - PPS)

Una microdosis de progestágeno administrada en una base diaria sin interrupciones ejerce un efecto anticonceptivo, aunque no siempre inhibiendo la ovulación. En este tipo de anticoncepción no hay días sin medicación y la menstruación puede ser irregular.

Las PPS son útiles para mujeres que experimentan efectos colaterales con las preparaciones que contienen estrógeno. Es menos probable que ciertos efectos colaterales de los Anticonceptivos orales combinados tales como aumento de peso, dolores de cabeza y cloasma se produzcan con las PPS. Las mujeres que tienen historia de complicaciones tromboembólicas con una fórmula combinada pueden usar la PPS.

La eficacia de la PPS está relacionada con la edad. Por lo tanto constituye una opción muy atractiva para la mujer mayor. También es indudablemente el método que conviene elegir para las mujeres que están amamantando a su bebe. La lactancia no es alterada e forma significativa alguna por las PPS.(17)

## Anticoncepción Hormonal Intramuscular de Depósito

Son compuestos hormonales de acción prolongada, que aplicados intramuscularmente proporcionan anticoncepción a largo plazo, con gran efectividad y de manera reversible. Enorsto de norestisterona 200 mg e, en solución oleosa. La protección dura 8 semanas. La primera dosis se aplica durante los primeros 7 días después de iniciada la menstruación, tenga o no sangrado, aplicando las dosis subsecuentes cada 8 semanas. Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, suspensión microcristalina acuosa en ampollas de 1 cc. brinda una protección de 12 semanas, la primera dosis se aplica durante los primeros 7 días después de iniciada la menstruación, con o sin sangrado, colocando las dosis subsecuentes cada 12 semanas. Estos métodos actúan inhibiendo la ovulación, produciendo alteraciones en el moco cervical, así como alteraciones en el ciclo endometrial y modificando el peristaltismo tubárico. Ambos presentan las ventajas de tener alta eficacia anticonceptiva, facilidad de uso, su uso es independiente del acto sexual, no son afectados por la función gastrointestinal, evitan el primer paso metabólico en el hígado, mejoran algunos problemas ginecológicos relacionados con la ovulación y menstruación y protegen contra la enfermedad inflamatoria pélvica.(15, 17, 21)

## VII. METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo-Observacional transversal

### SUJETO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizará a las madres adolescentes que asisten a la consulta externa de Gineco-Obstetricia del IGSS zona 13 Pamplona, a la clínica de embarazada adolescente a recibir las charlas de planificación familiar.

### POBLACION:

El universo que se tomó es el total de pacientes que están registradas como pacientes que asisten actualmente.

En base a la siguiente fórmula se obtuvo la muestra:

$$n = \frac{N * p * q}{(N-1)((LE)) p * q} \\ (4)$$

En donde:

N= población = 800

P= proporción = 0.50

q= varianza = 0.50

LE= límite de error = 0.05

Por lo que la muestra a tomar será de 200 pacientes que consultan a la clínica de embarazada adolescente en la consulta externa de ginecoobstetricia del IGSS Pamplona.

### CRITERIOS DE INCLUSION

Se tomará en cuenta a todas las madres adolescentes comprendidas entre las edades de 12-18 años que asisten regularmente a la consulta externa a recibir las charlas de planificación familiar, no importando religión o estado civil, y que voluntariamente deseen responder el instrumento.

## CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluirán a las madres adolescentes que no asisten regularmente a las charlas de planificación familiar, madres mayores de 18 años y las que no deseen responder el instrumento.

## PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACION

- a. Se seleccionó el tema de tesis, asesorado por un especialista de la consulta externa de ginecoobstetricia del IGSS, viendo la importancia de que las madres adolescentes comprendan claramente el contenido de las charlas de planificación familiar.
- b. Posteriormente al ser aprobado el tema de investigación por los docentes de la Universidad, se inicia los trámites para autorización del tema, para ser desarrollado en el IGSS. Así también se inicia a recolectar las referencias bibliográficas necesarias para realizar el protocolo.
- c. Al tener la aprobación del protocolo, se inicia el trabajo de campo en la consulta externa de ginecoobstetricia, en la clínica "Madre Adolescente" en el IGSS Pamplona, durante el período del mes de abril y mayo, con la supervisión del médico encargado de la Clínica de la "Madre Adolescente".
- d. En el trabajo de campo será utilizado como instrumento un test que verificará si el contenido de las charlas de planificación familiar son comprendidas por las madres adolescentes; así también interrogar sobre si las opiniones de la madre, cónyuge u otros influyen en que las madres adolescentes tomen un método anticonceptivo. Además se utilizará una tabla de cotejo donde se irá a comparar la manera de impartir las charlas de planificación familiar si esta información es clara e incluye todo el contenido establecido de la charla.
- e. Previo a pasar el test al grupo de estudio, se les explicará la finalidad de este y se procederá a pasar el mismo, resolviendo las dudas que se presenten.
- f. Una vez finalizada la realización del test, se procederá a la tabulación de datos y valoración estadística de los mismos.
- g. Realización de conclusiones y recomendaciones.
- h. Si los resultados revelan que las madres si son influenciados por el cónyuge o por sus padres, para el uso de anticonceptivos, contará con la ayuda de psicóloga y trabajadora social para brindar ayuda individual, y si también revela que las charlas no son entendidas por las madres adolescentes, se reforzara las charlas de planificación familiar donde se detecte el problema.
- i. Entrega final.

## CONSIDERACIONES ETICAS

- Se indicará a las madres adolescentes el objeto de la investigación
- Se les notificará que la información del cuestionario es confidencial
- Se procederá a realizar el cuestionario solamente a las madres adolescentes que deseen responderlo.

## RECURSOS

### Materiales físicos:

Clinicas de consulta externa de Gineco-obstetricia  
Biblioteca de la USAC, APROFAM, Centro de investigación epidemiológica de salud reproductiva y familiar, Hospital San Juan de Dios

Computadora

Vehículo

Cuestionario

### Humanos:

Madres adolescentes que consultan a la clínica del adolescente

Investigador

Personal de biblioteca

VARIABLES

NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDIDA	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Información obtenida por la madre	Numérica	Años
Estado civil	Condición de un individuo en lo que toca a su relación con la sociedad	Condición legal de la madre con su cónyuge	Nominal	Casadas, unidas, Soltera, Divorciada.
Religión	Creencia, devoción, culto que se tributa a Dios.	Información obtenida por la madre sobre la religión que profesa	Nominal	Católica, protestante, testigo de Jehová, mormón, etc.
Método anticonceptivo	Instrumento utilizado para planificación familiar	Se preguntará qué método anticonceptivo utiliza o cual desea utilizar	Nominal	Condón, píldoras, espermicidas, DIU, métodos naturales, etc.

Conocimiento	Noción información sobre algo	Información obtenida por la madre sobre el conocimiento del método anticonceptivo actual	Nominal	Suficiente, poco, muy poco, ninguno
Factores influyentes	Causa que ejerce una persona o cosa sobre otra.	Información obtenida por la madre	Nominal	Padre, madre, esposo, amistades Ignorancia Religión etc. ninguna
Charlas de planificación familiar	Proceso que ayuda a las personas a tomar decisiones sobre su fertilidad	Información obtenida por el cuestionario sobre la calidad de las charlas impartidas de planificación familiar	Nominal	Muy buena, buena, regular, deficiente

### TABLA DE COTEJO

Con una tabla de cotejo, que se presenta en los anexos, se evaluó la calidad de las charlas de planificación familiar que se les brinda a las madres adolescentes. Se comparó si la charla fue impartida de acuerdo al manual técnico de Orientación familiar, los resultados fueron:

1. Se reunió a las personas en el lugar indicado a la hora establecida
2. El inicio de la Charla fue puntual.
3. Tuvo mas de 1 hora de duración.
4. Se mantuvo la atención de la mayoría de las madres adolescentes únicamente al inicio del período.
5. El contenido de la charla fue impartida de forma clara.
6. La expositora domino el tema en su totalidad.
7. Se explico qué es planificación familiar.
8. Hubo descripción de los diferentes métodos anticonceptivos.
9. Utilizan como ayuda audiovisual un rotafolio, y muestras del método anticonceptivo.
10. No se describe claro su uso.
11. Se menciona poco los beneficios y las limitaciones de cada método.
12. No hubo preguntas por parte de madres adolescentes al final de la exposición.

**Tabla No. 1**  
**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**

Estado Civil	Cantidad	Porcentaje
Casada	110	55%
Unida	67	33.50%
Soltera	23	11.50%
Total	200	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

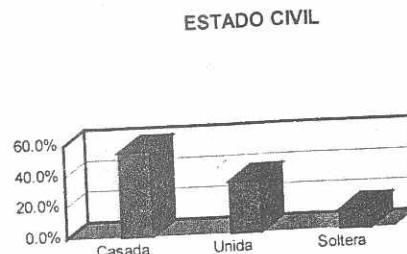
**Tabla No. 2**  
**EDAD DE LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**

Edad	Cantidad	Porcentaje
14 Años	10	5%
15 Años	18	9%
16 Años	36	18%
17 Años	94	47%
18 Años*	34	17.00%
19 Años*	6	3%
Total	200	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

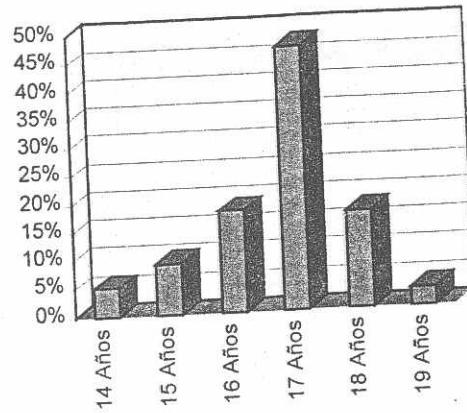
\* Nota: Se registro en el estudio madres de 18 años, las cuales cumplieron años en el transcurso de su embarazo, y las madres de 19 años, fueron las que consultaban postparto.

**Gráfica No.1**  
**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**



FUENTE: Boleta de recolección de datos

**Gráfica No. 2**  
**EDAD DE LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**



FUENTE: Boleta de recolección de datos

**Tabla No. 3**  
**RELIGIÓN DE LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**

Religión	Cantidad	Porcentaje
Católica	105	52%
Evangélica	61	30%
Mormona	1	0.50%
No profesa religión	33	16.50%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

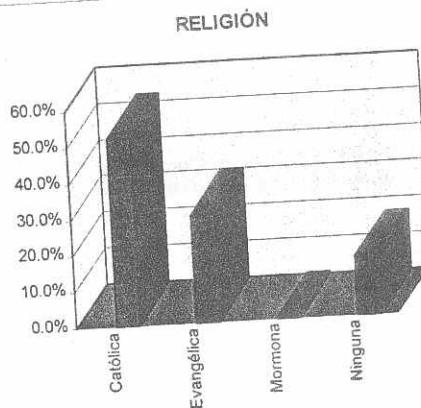
FUENTE: Boleta de recolección de datos

**Tabla No. 4**  
**PERSONA O LUGAR DONDE SE LE BRINDÓ LA PRIMERA INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS A LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**

Personas o lugar	Cantidad	Porcentaje
Padres	61	30.50%
Amigos	19	9.50%
Escuela	35	17.50%
Personal médico ajeno al IGSS	7	3.50%
En la consulta Externa IGSS	78	39%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

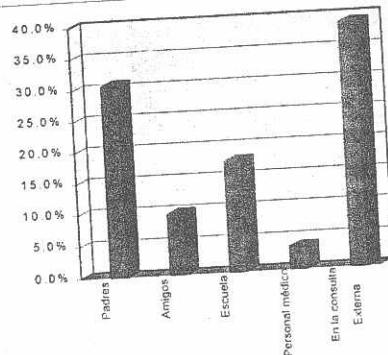
FUENTE: Boleta de recolección de datos

**Gráfica No. 3**  
**RELIGIÓN DE LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**



FUENTE: Boleta de recolección de datos

**Gráfica No. 4**  
**PERSONA O LUGAR DONDE SE LE BRINDÓ LA PRIMERA INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS A LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**



FUENTE: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 5

DEPENDEN DEL CONSEJO DE PERSONAS AJENAS AL PERSONAL MÉDICO, PARA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999

Dependiente	Cantidad	Porcentaje
Si	166	83%
No	34	17%
Total	200	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 6

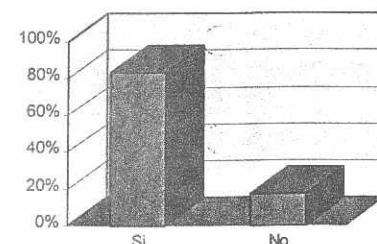
DEPENDEN DE LAS OPINIONES DE ESTAS PERSONAS A LA HORA DE TOMAR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999

Persona	Cantidad	Porcentaje
Cónyuge	93	46%
Padres	52	26%
Cónyuge y padres	17	9%
Amistades	2	1%
Líder de iglesia	1	0.50%
Otros	1	0.50%
Ninguno	34	17%
Total	200	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Gráfica No. 5

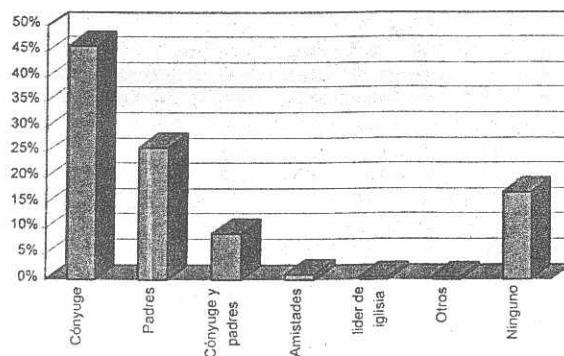
DEPENDENCIA DEL CONSEJO DE PERSONAS AJENAS AL PERSONAL MÉDICO, PARA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999



FUENTE: Boleta de recolección de datos

Cuadro No. 6

DEPENDEN DE LAS OPINIONES DE ESTAS PERSONAS A LA HORA DE TOMAR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999



FUENTE: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 7

OPINIÓN DE LAS MADRES CON RESPECTO A QUE SI LAS CHARLAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR IMPARTIDAS EN EL IGSS, HAN RESUELTO SUS DUDAS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. RESPUESTA BRINDADA POR LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA "CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE", EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999

Resolvió dudas	Cantidad	Porcentaje
Si	165	82%
No	35	17.50%
Total	200	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 8

COMO CONSIDERARON LA INFORMACIÓN RECIBIDA DE LAS CHARLAS CON RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA "EMBARAZADA ADOLESCENTE", EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999

Calificación	Cantidad	Porcentaje
Muy Buena	32	16%
Buena	112	56%
Regular	47	23.50%
Deficiente	9	4.50%
Total	200	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 9

COMO CONSIDERARON LA INFORMACIÓN RECIBIDA DE LAS CHARLAS CON RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA "CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE", EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999

Calificación	Cantidad	Porcentaje
Muy Buena	11	6%
Buena	122	61%
Regular	60	30.00%
Deficiente	7	5.50%
Total	200	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 10

COMO CONSIDERARON LA INFORMACIÓN RECIBIDA DE LAS CHARLAS CON RESPECTO A LOS DISPOSITIVOS INTARUTERINOS LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA "CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE", EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999

Calificación	Cantidad	Porcentaje
Muy Buena	10	5%
Buena	99	50%
Regular	79	39.50%
Deficiente	12	6.00%
Total	200	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

**Tabla No. 11**  
**COMO CONSIDERARON LA INFORMACIÓN RECIBIDA DE LAS CHARLAS CON RESPECTO A LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**

Calificación	Cantidad	Porcentaje
Muy Buena	11	6%
Buena	107	53%
Regular	74	37.00%
Deficiente	8	4.00%
Total	200	100%

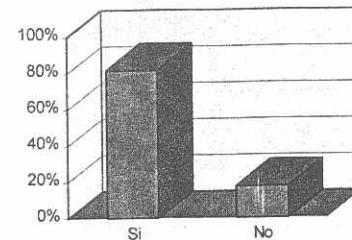
FUENTE: Boleta de recolección de datos

**Tabla No. 12**  
**COMO CONSIDERARON LA INFORMACIÓN RECIBIDA DE LAS CHARLAS CON RESPECTO A LOS ANTICONCEPTIVOS INYECTADOS LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**

Calificación	Cantidad	Porcentaje
Muy Buena	13	7%
Buena	121	60%
Regular	58	29.00%
Deficiente	8	4.00%
Total	200	100%

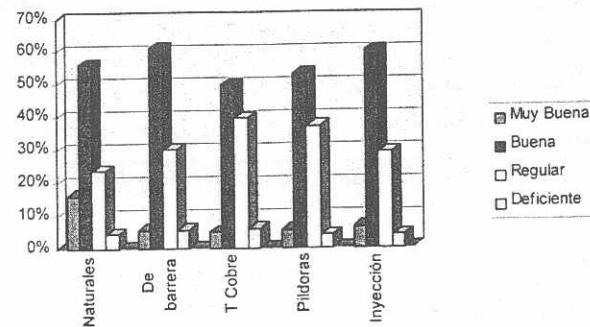
FUENTE: Boleta de recolección de datos

**Gráfica No. 7**  
**OPINIÓN DE LAS MADRES CON RESPECTO A QUE SI LAS CHARLAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR IMPARTIDAS EN EL IGSS, HAN RESUELTO SUS DUDAS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. RESPUESTA BRINDADA POR LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**



FUENTE: Boleta de recolección de datos

**Gráfica No. 8**  
**COMO CONSIDERARON LA INFORMACIÓN RECIBIDA DE LAS CHARLAS CON RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS LAS MADRES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**



FUENTE: Boleta de recolección de datos

**Tabla No. 13**  
**INTERES POR CONOCER MÁS SOBRE ALGUNO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**

Interes	Cantidad	Porcentaje
Si	187	94%
No	13	6%
Total	200	100.00%

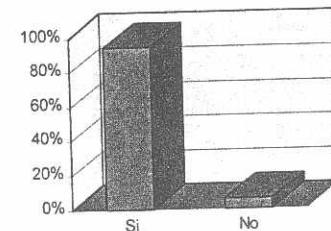
FUENTE: Boleta de recolección de datos

**Tabla No. 14**  
**MÉTODO QUE LES INTERESARÍA CONOCER MÁS, A LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**

Método	Cantidad	Porcentaje
Naturales	8	4%
Condón	2	1%
T cobre	62	31%
Píldora	14	7%
Inyección	89	44.50%
T cobre e inyección	8	4%
Píldoras e inyección	1	0.50%
Todos	4	2%
Ninguno	12	6%
Total	200	100%

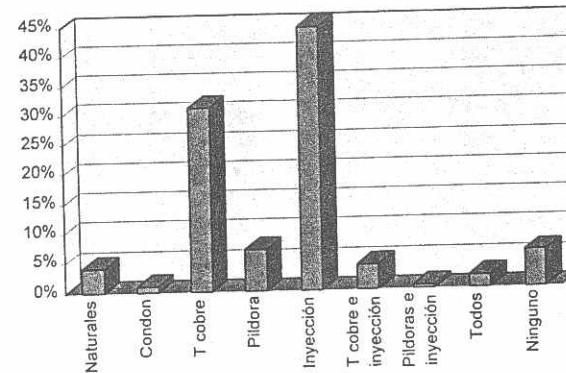
FUENTE: Boleta de recolección de datos

**Gráfica No.9**  
**INTERES POR CONOCER MÁS SOBRE ALGUNO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**



FUENTE: Boleta de recolección de datos

**Gráfica No.10**  
**MÉTODO QUE LES INTERESARÍA CONOCER MÁS, A LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA “CLÍNICA EMBARAZADA ADOLESCENTE”, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999**



FUENTE: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 15

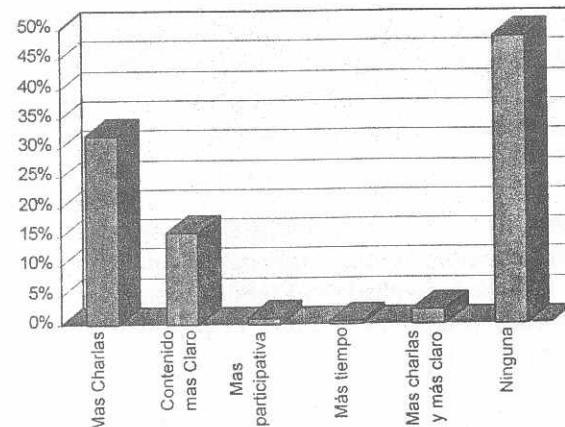
SUGERENCIAS PARA EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR DEL IGSS POR PARTE DE LAS MADRES  
ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA "CLÍNICA  
EMBARAZADA ADOLESCENTE", EN LA CONSULTA EXTERNA  
DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999

Sugerencia	Cantidad	Porcentaje
Mas Charlas	64	32%
Contenido mas Claro	31	15.50%
Mas participativas	2	1%
Más tiempo	1	0.50%
Mas charlas y más claro	5	2.50%
Ninguna	97	48.50%
Total	200	100 %

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Gráfica No.11

SUGERENCIAS PARA EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR DEL IGSS POR PARTE DE LAS MADRES  
ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA "CLÍNICA  
EMBARAZADA ADOLESCENTE", EN LA CONSULTA EXTERNA  
DEL IGSS, PAMPLONA, EN EL MES DE MAYO Y JUNIO DE 1999



FUENTE: Boleta de recolección de datos

## VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos durante la supervisión de charlas, anotados en la tabla de cotejo, se observa que el grupo reunido esta formado por todas las madres que tienen su cita por primera vez a la consulta externa de obstetricia, que las reúnen en un salón para charlas y que la hora de inicio es puntual. Las relatoras dominaron el tema expuesto durante toda la charla, y esta tubo una duración mayor de una hora. Hubo poca participación de las adolescentes, además de la perdida de la atención de las mismas, a la mitad del período, que puede ser debido al prolongado tiempo de exposición, a la presencia de niños que distraen la atención o a la incomodidad por estar rodeadas de madres adultas.

Además, las charlas se debe hacer con participación más activa de parte de las madres. Se debe de informar más acerca del contenido del folleto que se les da al finalizar la actividad, invitándolas a leerlo y consultar cualquier duda que surja, ya que muchas madres solo guardan el documento o lo usan como "método tranquilizante" para los niños que las acompañan.

La mayoría de las madres oscilan entre las edades de 16 a 18 años (ver tabla 1, 2, 3, 6), son casadas o viven con la pareja, perteneciendo a hogares integrados. Profesan en su mayoría la religión católica, y un porcentaje bajo no profesan ninguna religión. Se toma como factor de riesgo ya que en sociedades donde no existen bases religiosas, la virginidad no es valorada, y se inician las relaciones sexuales a temprana edad (8). De las encuestadas, casi la totalidad no toman la religión como factor influyente para el uso de anticonceptivos, por lo que es de mucha ventaja para poder dar una orientación correcta y así involucrar a las adolescentes en la planificación familiar con uso de métodos anticonceptivos.

La primera información sobre los métodos anticonceptivos (ver tabla 4), fue recibida durante su primera cita en la consulta externa. Este es un factor de riesgo ya que nunca han recibido algún tipo de orientación de planificación familiar adecuada, y muchas veces es recibida por los padres de forma errónea. Como consecuencia, las adolescentes temen que el método anticonceptivo les perjudique su salud, por lo que evitan usarlos.

La mayoría de madres adolescentes dependen del consejo de personas ajenas al personal médico para el uso de métodos anticonceptivos, siendo este

el cónyuge, seguido de los padres; por lo que sería conveniente invitar al cónyuge y a los padres a participar en las charlas, así evitar la desinformación o conceptos erróneas sobre la planificación familiar.

Un porcentaje alto de las madres adolescentes afirmó que las charlas impartidas han resuelto sus dudas sobre los métodos anticonceptivos, ya que la mayoría consideró buena la información recibida. Sin embargo, se solicitó más información sobre el método de inyección trimestral, y la T de cobre; ya que existe duda sobre el uso de estos métodos anticonceptivos. Por lo tanto, se debe de reforzar la información básica sobre dichos métodos, para que las adolescentes puedan escoger el método que les sea conveniente utilizar.

Entre las sugerencias que mencionaron para el programa de planificación familiar están dar más charlas de planificación familiar y que el contenido de las mismas sea más claro. Existe dificultad en captar y entender el contenido de las charlas a las adolescentes, debido que estas son impartidas a todas las madres en general, en su primera consulta.

## **IX. CONCLUSIONES**

1. La opinión del esposo o de los padres si es determinante para el uso de métodos anticonceptivos por las madres adolescentes.
2. La religión no es un factor influyente para el uso de métodos anticonceptivos por parte del grupo de estudio.
3. La mayoría de madres adolescentes recibieron la primera información sobre los métodos anticonceptivos durante la primera cita, en la Consulta Externa de Ginecoobstetricia.
4. Las charlas de planificación familiar son poco captadas y entendidas por las madres adolescentes, además de verse poca participación de ellas en las mismas.

## **X. RECOMENDACIONES**

1. Que en las charlas de planificación familiar se incluya la participación del cónyuge y los padres, para así evitar conceptos erróneos sobre los métodos anticonceptivos por parte de los antes mencionados.
2. Mejorar las instalaciones del lugar donde se imparten las charlas de planificación familiar, que la información se imparta a las madres adolescentes como grupo separado, para evitar cualquier incomodidad durante la actividad por parte de las mismas.
3. Invitar a las madres de no llevar a sus hijos a la hora de la consulta, o establecer por medio de una guardería, un lugar donde dejar a los niños durante la consulta y las charlas de planificación, así evitar distracciones por parte de las adolescentes.
4. Implementar más charlas de planificación familiar, con más ayuda audiovisual y con un lenguaje más adecuado para su edad, así como hacer dinámica la exposición invitando a las madres adolescentes a participar e involucrarse en el tema, para resolver todas sus inquietudes que puedan llevar a la primera consulta.

## XI. RESUMEN

Estudio observacional-descriptivo sobre los factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes que consultan a la Clínica de Madre Adolescentes en la consulta externa de ginecoobstetricia del IGSS Pamplona.

Para realizar esta investigación, se elaboró una Tabla de Cotejo en donde se determinaba si el método, contenido y forma de las charlas de planificación familiar, eran captadas y entendidas por las madres adolescentes. Además se elaboró una encuesta, y se tomó a 200 madres adolescentes donde se solicitaba la información sobre quien o en que lugar recibió la primera información sobre los métodos anticonceptivos, así como si ellas dependen del consejo de personas otras personas para el uso de métodos anticonceptivos y quienes son estas personas. Por ultimo se les solicito que calificaran como había sido el contenido de las charlas de planificación familiar, así también se preguntó sobre que método anticonceptivo desean más información, y que plantearan alguna sugerencia, si la tuviesen , para mejorar el programa de planificación familiar.

Como resultado se apreció que las madres no participaban durante la charla, y los datos encontrados en la encuesta revelan que las madres si dependen del consejo del cónyuge o de sus padres a la hora de tomar algún método anticonceptivo, además no les queda claro el contenido de las charlas, por lo que recomiendan que las charlas sean de contenido más claro y que se programen más charlas

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Castro Santoro, René Dr. Estrategias en Salud Reproductiva del Adolescente en Chile. Revista Sogia de Chile. Santiago, Chile 1994 pp. 45.
2. Centro legal para derechos Reproductivos y Políticas Públicas, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Mujeres del Mundo : Leyes y Políticas que afectan sus vidas Reproductivas. New York U.S.A. Primera edición 1997, pp 215.
3. Cook, R.J. El derecho Internacional y la Salud de la Mujer New York, U.S.A. 1992 pp 203
4. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala 1995. Publicación: Octubre 1996
5. Family Care International Demorar el Matrimonio y el Primer Nacimiento, Hojas Informativas, New York, 1998.
6. Family Care International Prevención de Embarazos no Deseados, Hojas Informativas, New York, 1998.
7. Family Care International La Medición del Progreso, Hojas Informativas, New York, 1998.
8. Figueroa A, Rolando Dr. Embarazo en Adolescentes. Revista de GinecoObstetricia de Guatemala Agosto 1998
9. Goodman Gilman, Alfred. Las Bases farmacológicas de la Terapéutica Octava edición, Panamericana, 1993, pp 1679
10. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes. México 1998. Pp. 124
11. International Medical Parliamentarians Organization La Salud: Cuestión de Estado, Santa Cruz, Bolivia. Octubre 1996. pp 244.

12. López Herrera, Vicente Evelyn Conocimientos Sobre Salud Reproductiva en Estudiantes de la Facultad de Medicina, Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1997 pp. 54.

13. Medinilla Cruz, Mario Arturo Conocimientos, Influencias y Prácticas del Uso de Métodos Anticonceptivos en los Estudiantes del 4º año de la Carrera de Medico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1997 pp. 64.

14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual Técnico de Orientación Familiar. Programa. Nacional Materno Infantil, Guatemala, 1998 pp 116.

15. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Normas de Atención Integral de Salud, Guatemala 1997, pp 350

16. Molina, Ramiro Dr. Medicina Reproductiva del Adolescente, un Nuevo Concepto. Revista Sogia de Chile. Santiago, Chile 1994 pp. 45.

17. Novack, H. YM. Jones. Anticoncepción y Planificación Familiar Tratado de Ginecología. 13<sup>a</sup> edición Interamericana 1994 pp 181-208.

18. Organización Panamericana de la Salud. La Contribución de las ONGs a La Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos en América Latina, New York y Washington D.C. 1998. Pp. 23

19. The Johns Hopkins University Lecciones y Retos de la Planificación Familiar, Para que un Programa tenga Éxito. Population Reports, Maryland U.S.A. Agosto 1994.

20. The Johns Hopkins University, La importancia de la Orientación Individual. Population Reports. Maryland U.S.A. Agosto 1994.

21. Williams. Anticoncepción Médica. Obstetricia, 4ta edición, Masson Barcelona, España. 1996. Pp. 1337

### XIII. ANEXOS

## INSTRUCCIONES

A continuación se le presentan una serie de preguntas. Las respuestas a estas preguntas son totalmente confidenciales. Se suplica contestar todas las preguntas ya que con ello nos ayudaran a mejorar la consejeria sobre planificación familiar.

Estado civil:

Edad:

Religión:

1. Con quien obtuvo la primera información sobre los métodos anticonceptivos

- a. Padres
- b. Amigos
- c. Escuela
- d. personal medico
- e. hasta hoy en la consulta externa

2. Usted depende del consejo de personas ajenas al personal médico, para el uso de métodos anticonceptivos:

- a. Si
- b. No

3. Quienes son las personas a las que usted pide consejo a la hora de tomar un método anticonceptivo:

- a. Cónyuge
- b. Padre
- c. Madre
- d. Amistades
- e. Sacerdote, pastor o líder de la Iglesia
- f. Otros
- g. Ninguno

- ✓ 4. Las charlas sobre planificación familiar impartidas en el IGSS han resuelto todas sus dudas acerca de los métodos anticonceptivos.
- Si
  - No
- ✗ 5. Como considera la información recibida acerca de los métodos anticonceptivos naturales
- Muy Buena
  - Buena
  - Regular
  - Deficiente
- ✗ 6. Como considera la información recibida acerca de los métodos anticonceptivos de barrera
- Muy Buena
  - Buena
  - Regular
  - Deficiente
- ✓ 7. Como considera la información recibida acerca dispositivos intrauterinos
- Muy Buena
  - Buena
  - Regular
  - Deficiente
- ✓ 8. Como considera la información recibida acerca de los anticonceptivos orales
- Muy Buena
  - Buena
  - Regular
  - Deficiente
- ✓ 9. Como considera la información recibida acerca de los anticonceptivos inyectados.
- Muy Buena
- b. Buena  
c. Regular  
d. Deficiente
10. Le interesaría conocer más sobre alguno de los métodos anticonceptivos
- Si
  - No
11. Si su respuesta es SI mencione cual es el método que le interesaría conocer más
12. Tiene usted alguna sugerencia para mejorar el programa

TABLA DE COTEJO

Inicio de la Charla	Puntual	Si      No
Duración		Menos de 30 minutos Mas de 30 minutos
Mantuvo la atención del público		En todo el período Al inicio del período Al final del período
Habló Claro		Si      No
Dominó el Tema		Si      No
Hubo Preguntas		Si      No
Tema	Charla	Charla impartida
Consejeria:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunión de personas</li> <li>• Conversación sobre lo que es planificación familiar</li> <li>• Comunicar cuales son los métodos anticonceptivos</li> </ul> <p>Descripción del método y su uso.</p>	
Metodo natural:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto</li> <li>• Beneficios</li> <li>• Limitaciones</li> </ul>	
DIU:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto</li> <li>• Beneficios</li> <li>• Limitaciones</li> </ul>	
Anticoncepcion Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto</li> <li>• Beneficios</li> <li>• Limitaciones</li> </ul>	

Anticoncepción Hormonal de depósito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto</li> <li>• Beneficios</li> <li>• Limitaciones</li> </ul>	
Método de barrera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto</li> <li>• Beneficios</li> <li>• Limitaciones</li> </ul>	