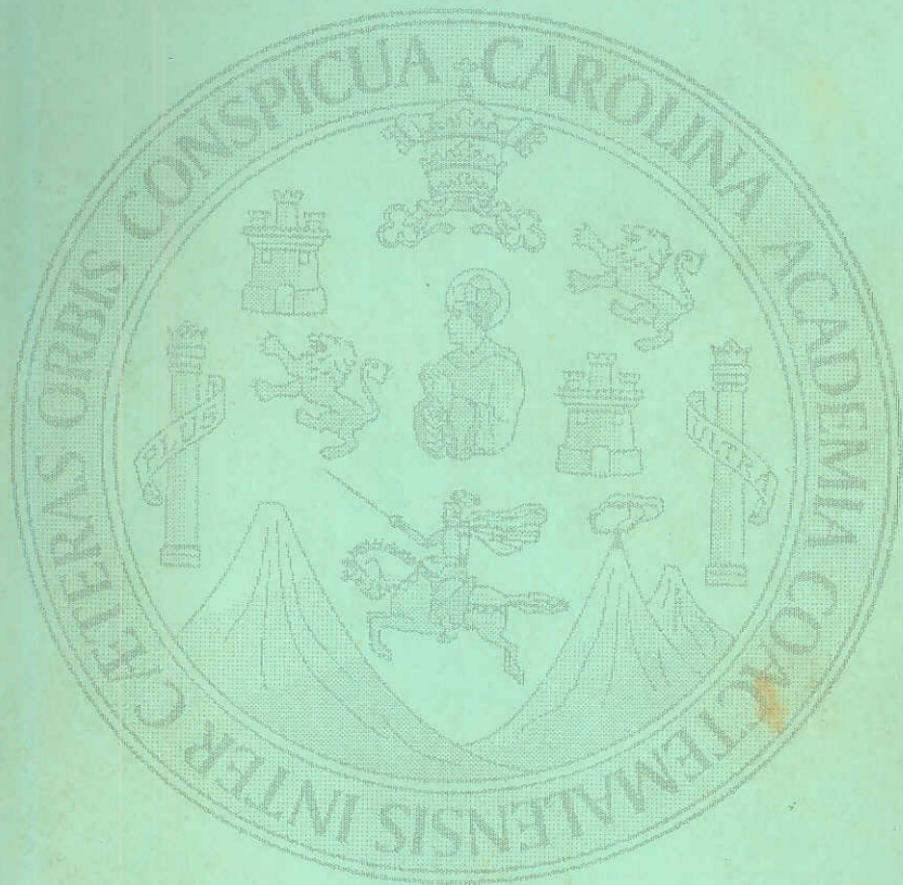


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**CONOCIMIENTOS DE LA SALUD REPRODUCTIVA
EN LA MUJER INDIGENA DEL AREA POCOMAN**



SERVIO TULIO ARGUETA RAMOS

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.....	2
III.	JUSTIFICACION.....	4
IV.	OBJETIVOS.....	6
V.	MARCO TEORICO.....	7
VI.	MATERIAL Y METODOS.....	52
VII.	PRESENTACION GRAFICA Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	59
VIII.	CONCLUSIONES.....	95
IX.	RECOMENDACIONES.....	97
X.	RESUMEN.....	99
XI.	BIBLIOGRAFIA.....	101
XII.	ANEXOS.....	107

I INTRODUCCION

El presente trabajo se efectuó con el propósito de determinar los conocimientos que posee la mujer indígena de la etnia pocomán sobre salud reproductiva, considerándose que es precisamente la población indígena la que presenta el mayor índice de natalidad (40.8 por mil).(33) Por este motivo se eligió para su realización el municipio de San Luis Jilotepeque, Jalapa, pues su población en un 70.30% es de la étnia Pocomán.

Para este estudio se tomó una muestra de mujeres indígenas en edad fértil comprendidas entre 15 y 44 años de edad, residentes de la población antes mencionada.

La información se obtuvo por medio de una encuesta con preguntas abiertas y cerradas la cual fuè aplicada a las mujeres indígenas que cumplierón con los criterios de inclusión y para asegurar la confiabilidad de los resultados y tener una panorámica más amplia, se realizó en diferentes lugares públicos de la localidad, los cuales fueron: El Puesto de Salud, Los Lavaderos comunitarios, Las instituciones educativas, El Mercado, la Iglesia Católica, Molino de Nixtamal, y Terminal de buces.)

II DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Salud reproductiva es el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de ausencia de enfermedades o dolencias en todo lo relacionado con el sistema reproductivo sus funciones y procesos. (21,38)

Mujer indígena es el nombre con el que se conoce a las Nativas o aborígenes de sexo femenino, originarias de una determinada región que mantienen su vestimenta autóctona, costumbres y tradiciones, además de hablar alguno de los 23 idiomas Mayas. (20)

Guatemala, clasificado como país en vías de desarrollo político y económico, no escapa de los problemas de la mayoría de países que se encuentran en estas circunstancias, existiendo un alto índice de analfabetismo y por consiguiente de pobreza en la mayoría de la población con un porcentaje de 65.2% de analfabetismo (23); Existiendo creencias, desconocimientos, conocimientos, desde los cuales construyen una interpretación diferente o cosmovisión distinta del proceso de salud enfermedad, existiendo en esta, un componente mágico religioso, en donde los brujos, hueseros, comadronas, y farmacéuticos llenan aparentemente sus expectativas en el campo de la salud (22,32), reduciendo así el acceso voluntario a servicios de salud, provocando con ello, elevación de la tasa e índices de enfermedad que aqueja a la población. (6,19,27). Nuestro país esta dividido en cuatro diferentes grupos socio culturales, Ladino, Maya, Xinca, Garifona; existiendo en estos cuatro grupos desconocimiento sobre salud

reproductiva principalmente en las comunidades rurales, donde influidos por información errónea por costumbres que se basan en creencias y tradiciones, resultan más afectados y como consecuencia, hay aumento en el número de enfermedades de transmisión sexual y muy poca o ninguna práctica de la planificación familiar, generando así aumento en la tasa de fecundidad y riesgo de mortalidad materno – infantil (26).

Se han efectuado estudios que han determinado que, la mayoría de los nacimientos son en mujeres en edades de alto riesgo, (Menores de 17 años, mayores de 32 años).(10) La educación sexual puede contribuir en forma importante a la reducción de la morbi-mortalidad materna, porque provee a la mujer información esencial sobre su vida reproductiva y permite al hombre participar y apoyarla en tomar decisiones adecuadas en forma conjunta. (3)

Aunque se ha avanzado mucho en la prestación de servicios y el conocimiento popular de la salud reproductiva en la última década, aun existen importantes sectores de la sociedad, sobre todo en áreas rurales donde los grupos indígenas tienen limitado el acceso a este tipo de información y / o servicios. (3)

El presente estudio pretende describir el conocimiento de la mujer indígena sobre salud reproductiva en San Luis Jilotepeque municipio de Jalapa en donde un alto porcentaje de la población es de la étnia Pocomán.

III JUSTIFICACION

Dado que la educación sexual es muy importante en todo ser humano y su mala orientación y formación trae severas consecuencias físicas y mentales, es necesario implementar programas de educación y planificación familiar que avancen de igual manera que los medios de distorsión de la sexualidad. Por ello es conveniente determinar los conocimientos que posee la mujer indígena, pues el grupo indígena representa un alto porcentaje de la población total de nuestro país; Y con base a ello participar en la propuesta de programas de salud reproductiva.

La alta tasa de fecundidad está descrita como un problema importante en países subdesarrollados. (48%) (33)

Según estudios realizados en nuestro país, un gran porcentaje de mujeres casadas, el 81.8% del grupo de 15 a 44 años, no utiliza ningún método anticonceptivo (D.G.S.S. 1995), lo cual proporciona una tasa global de fecundidad del 5.8% ,con una tasa de natalidad de 40.8 por mil, y tasa de crecimiento vegetativo de 3.2%, siendo la esperanza de vida al nacer de 61.9 años. (33).

Además existe un incremento de casos de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, lo cual genera riesgos en la salud reproductiva (5,18), por lo que la educación salud sexual es la clave para luchar contra las mismas y donde es necesario, efectuar estudios, como el presente, como punto de partida y elaborar programas de educación en salud reproductiva.

Es muy importante considerar la contribución de la mujer indígena al desarrollo del país, por ello hay que invertir en servicios de salud reproductiva de la pareja. Ya que la muerte de una madre conlleva una serie de consecuencias negativas para la familia, la comunidad, y el desarrollo nacional. Por esto investigar los conocimientos de salud reproductiva en este grupo es muy importante. (3)

El mismo, contribuirá a detectar, dentro del proceso salud-enfermedad, aquellas condiciones o variables que inciden en la morbimortalidad desde el punto de vista de la salud reproductiva.(3)

IV OBJETIVOS

A. GENERAL:

Determinar el conocimiento sobre salud reproductiva en la mujer indígena en edad reproductiva de la población de San Luis Jilotepeque Jalapa.

B. ESPECIFICOS:

1. Determinar el conocimiento sobre anticoncepción en la población en estudio.
2. Determinar el conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual.
3. Identificar el conocimiento que tengan sobre educación sexual.
4. Describir los conocimientos que tiene la población en estudio sobre salud reproductiva.

V MARCO TEORICO

A. EL INDIGENA EN GUATEMALA:

1. Consideraciones generales

El nativo de ayer, es el indígena de hoy, oculta en su identidad étnica, aquel temeroso individuo que para poder sobrevivir, debe convertirse en indio pues el sistema no le permite ser un proletario. Guatemala nunca ha llegado a ser una nación, en el sentido estricto de la palabra. Aunque por muchos años se le ha identificado como un país ladino de cultura occidental, calificado como LA PATRIA DEL CRIOLLO, es indudable que coexisten cuatro pueblos, varias etnias, se manifiestan varias culturas y se hablan 23 idiomas. La coexistencia, sin embargo, no se ha dado en forma armónica. Se ha impuesto una cultura, la ladina, sobre las otras culturas; pero al ignorar a la población mayoritaria, la población maya que no es ladina, ha sido imposible definir una verdadera nacionalidad guatemalteca. El acuerdo de identidad y derechos de los pueblos indígenas, firmado el 31 de marzo de 1994, permitió analizar el problema a la luz de las demandas de los pueblos indígenas del país y de los avances internacionales en relación a los derechos de los pueblos. De este análisis surgió la tesis de que en Guatemala se debe de establecer la nación multiétnica, multicultural y prurilingüe. (1)

Todo lo vinculado con indígena se refiere a relaciones socioculturales, concretas que evidencian ordenamiento étnico existente, socialmente imposible de negar. La naturaleza de su organización étnica y su ubicación en la sociedad global, define al indio como un ser social culturalmente diferencial de los no indígenas. (44)

El reconocimiento de la identidad de los pueblos indígenas es fundamental para la construcción de la unidad nacional, basada en el respeto y ejercicio de los derechos políticos, culturales, económicos y espirituales de todos los Guatemaltecos. La identidad de los pueblos es un conjunto de elementos que los definen y, a su vez los hace reconocerse como tal. Tratándose de la identidad maya, que ha demostrado una capacidad de resistencia secular a la asimilación, es importante señalar algunos elementos fundamentales como: La descendencia directa de los antiguos mayas; idiomas que provienen de una raíz maya común; una cosmovisión que se basa en la relación armónica de todos los elementos del universo, en el que el ser humano es sólo un elemento más, la tierra es la madre que da la vida, y el maíz es un signo sagrado, eje de su cultura. Esta cosmovisión se ha transmitido de generación en generación, a través de la producción material y descrita y por medio de la tradición oral, en la que la mujer ha jugado un papel determinante; una cultura común basada en los principios estructuras del pensamiento maya, una filosofía, un legado de conocimientos

científicos y tecnológicos, una concepción artísticas y estética propia, una memoria histórica colectiva propia, una organización comunitaria fundamentada en la solidaridad y el respeto a sus semejantes, y una concepción de la autoridad basada en valores éticos y morales. (34)

El indio es un fenómeno colonial. La colonia convirtió a los nativos en dos grupos sociales: uno masivo de siervos, y otro muy reducido de nobles incorporados a la pequeña burguesía rural. La reforma suprimió los privilegios de los nobles y lanzó a la masa india en dos direcciones fundamentalmente: El colonato de las fincas y el minifundio. La revolución sacó a los indios de la situación de trabajadores forzados. Ya no integran una clase servil y una fracción de pequeña burguesía rural, como en la colonia, sino que se hallan incorporados a varias clases sociales junto a individuos que también las integran sin ser indios.

La condición de indio es en la actualidad y en estricto sentido un vestigio colonial, una supervivencia de algo que ya perdió sus bases originales; ya no es una esencia. En nuestros días lo esencial del indio proletario es su ser de proletario y no su ser de indio; individuos que conservan las características del siervo colonial en un proceso en que dichas características han de desaparecer lenta o rápidamente. (34)

Por indio de acuerdo a Mario Roberto Morales se entiende al guatemalteco que ostenta rasgos culturales propios de los 22 grupos étnicos de ascendencia Maya-quiche; y por ladino al guatemalteco que acusa rasgos culturales más remitidos a las costumbres occidentales.

La intensidad de estos énfasis culturales, los cuales están determinados por la manera como los individuos manipulan y negocian los códigos culturales que los expresan como tales, es variable y origina una gran cantidad de identidades híbridas, mestizas, imposibles de explicar mediante la fórmula binaria indio-ladino, a no ser tomando ambas polaridades como abstracciones referencias para ubicar las gradaciones de heterogeneidad, mestizaje, e hibridación múltiple y plural que interactúan en la cotidianidad. Si bien indio es como estableció Severo Martínez, para el caso guatemalteco, un término de contenido colonial que designa una realidad de esclavitud, servidumbre, vasallaje, opresión, explotación y discriminación. El término maya no tiene connotaciones despectivas en el imaginario colectivo guatemalteco; al contrario, se asocia de forma automática aunque sea sólo arqueológicamente con un nostálgico pasado de esplendor precolombino. (15)

Y, le permite usarlo como emblema ideológico en una mejor posibilidad de negociación identitaria en los espacios del multiculturalismo y de otras tendencias ideológicas internacionales. Observaciones como las que afirman que la diferencia entre indios y ladinos no es racial sino cultural porque se puede devenir ladino siendo originalmente indígena, y ese criterio cundió en Guatemala, desterrando la idea de racismo a la hora de analizar y pensar la interculturalidad guatemalteca.

La noción de racismo emergió a principios de los setenta con Guzmán Böckler que tuvo y sigue teniendo una gran influencia en el pensamiento indianista. (15)

Es sabido por todos que el indígena es parte muy importante de la economía nacional, ya que en nuestro país es eminentemente agrícola, pero recibe salarios muy bajos en el trabajo que realizan para el ladino y mínimas ganancias en sus trabajos propios, lo que se hace insuficiente para subsistencia. Además, es el principal conservador de las artesanías populares reconocidas mundialmente y que son una fuente potencial de ingreso para el país, por medio de la exportación (37).

La población indígena se concentra en el altiplano de Guatemala representado un alto porcentaje de la población guatemalteca 37.1%, (33) siendo muy posible que en un futuro este porcentaje disminuya, debido a la mayor mortalidad que ocurre en este grupo étnico por deficiencia en su alimentación, las malas condiciones en que viven, el desconocimiento de la medicina moderna, el temor a los hospitales y situación económica que no les permite recurrir al médico, sumado a los precios altos de las medicinas que éste le receta, así como también al proceso de aculturación que en el aspecto social ha hecho que el mayor número de indígenas se consideren ladinos al profesionalizarse en una carrera universitaria, dejando atrás su trabajo típico y su lengua materna, trasladándose a otra comunidad dejando su lugar de origen (38)

2. Mujer indígena:

Nativa o aborígen de sexo femenino originaria de una determinada región que mantiene su vestimenta y costumbres tradicionales, además de hablar alguno de los veintitrés Idiomas mayas pertenecientes a la cultura y folklore indígena, y que se auto reconoce como indígena(44).

3. Antecedentes sobre estudio de sexualidad en la mujer indígena:

Una de las primeras personas que estudio la cultura indígena a fondo, fue la antropóloga Lois Paul, quien describió las aptitudes respecto a la sexualidad que podrían afectar la salud reproductiva, en la comunidad de San Pedro La Laguna, señalando dicho estudio varias características de la población indígena de esa época, relacionados con la sexualidad. Primero encontró desconfianza respecto al sexo opuesto, las mujeres pensaban que los hombres eran posiblemente peligrosos y viceversa, el hombre fue visto como agresor y la mujer sólo como recipiente pasiva. El placer del sexo era únicamente derecho para los hombres y las mujeres que disfrutaban el sexo eran vistas como deshonestas. (16)

Estudios en otros países, han indicado que los patrones relacionados con el sexo, son posibles barreras hacia la libre difusión de información sobre

planificación familiar. En un estudio reciente de mujeres indígenas se encontró que las embarazadas no tenían conocimiento de lo que les iba a suceder en sus propios embarazos (Mendez-Dominguez) y que aprendían sobre los síntomas del embarazo de un mes a otro, a pesar de que estaban cerca de sus madres y/o suegras, quienes no las orientaban acerca de lo que estaba sucediendo.

La falta de conocimiento de todo lo relacionado con reproducción, es una barrera para el desarrollo de la comunidad (16).

Una investigación operacional, llevada a cabo entre la población indígena, resalta la importancia de los líderes de la comunidad en la aceptación de los métodos anticonceptivos (Rosenhouse 1990) En este estudio se describe que la influencia de un líder que se opone una metodología que es distinta a sus creencias costumbres y tradiciones puede tener un gran impacto sobre la aceptación de un programa de educación sexual. (16)

B. SALUD REPRODUCTIVA:

1. Definición:

Estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todo lo relacionado con el sistema reproductivo sus funciones y procesos. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual

satisfactoria con libertad para decidir procrear o no, cuándo y con qué frecuencia, así como el derecho de recibir servicios adecuados de atención de salud que asegure embarazos y partos sin riesgo. (31,38)

2. Objetivos de la salud reproductiva:

- a. Su objetivo principal es la promoción de sus derechos en las políticas y programas de salud reproductiva, incluidas la salud sexual y la planificación familiar.
- b. Proporcionar servicios de salud que sean aceptables, cómodos y accesibles para todos los usuarios.
- c. Disminuir la morbi-mortalidad materna que, a través de servicios que presten una salud materna en la que se le brinde toda ayuda antes durante y después del embarazo para disminuir con ello el riesgo que una maternidad posee, ayudándolos a tener una planificación familiar adecuada así también fomentar la nutrición materna, la educación y la prevención de ETS y SIDA.
- d. Reducir la morbi-mortalidad materna por abortos.
- e. Propiciar y proteger el derecho de los adolescentes a tener acceso a información y servicios de salud reproductiva.
- f. Estimular actitudes que favorezcan una conducta responsable en materia sexual y reproductiva. (5,21)

3. Los derechos reproductivos:

- a. Derecho de toda pareja a decidir libre y responsablemente el número de hijos, espaciamiento de los embarazos e intervalo entre éstos, y disponer de los medios y la información para ello.
- b. Derecho de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.
- c. Derecho a tomar decisiones sin sufrir, coacción o violencia. (5,7).

4. Componentes para proporcionar la salud reproductiva.

Para hacer valer y proporcionar los derechos de la salud reproductiva debe considerarse:

- a. Asesoramiento, información, educación y comunicación de la planificación familiar.
- b. Atención prenatal, parto y puerperio y demás promover la lactancia materna.
- c. Prevención y tratamiento de la infertilidad, de las ETS, así como tamizaje preventivo de cáncer de cervix y de mama.
- d. Obtener la disponibilidad y universalidad de los servicios de salud reproductiva. (5,7)

5. Riesgos y consecuencias:

a. La maternidad precoz:

Las mujeres que inician actividad sexual a edad temprana y que son madres a esa edad se exponen a riesgos y complicaciones en embarazo, parto y puerperio mucho más grandes que para una mujer de mayor edad.

Las muertes relacionadas con embarazo son la primera causa de mortalidad en mujeres entre 15 y 19 años, en cualquier parte del mundo (38,39)

Por otra parte, la mujer de corta edad no es lo suficientemente madura para ser madre, además que generalmente estas provienen de un ambiente pobre, en consecuencia tienen dificultad para estar todo el tiempo con su bebé. La tasa de mortalidad infantil son más altas para madres menores de 18 años y además hay mayor riesgo de tener niños prematuros o con bajo peso al nacer (21)

b. El embarazo no deseado:

La planificación familiar es la clave para la reducción de la mortalidad materna, ya que permite a la pareja planear cuando y cuantos hijos desean tener y escoger el momento más oportuno para tenerlos y evitar así muchos embarazos no deseados sin tener que recurrir al aborto.

En todos los países de la región, más del 28% de los nacimientos son en mujeres en edades de alto riesgo. La educación sexual puede contribuir en forma importante a la reducción de la morbi-mortalidad materna, porque provee a la mujer información esencial sobre su vida reproductiva.

Aunque se ha avanzado mucho en la prestación de servicios y en el conocimiento popular de la salud reproductiva en la última década, aún existen importantes sectores de la sociedad, sobre todo en las áreas rurales, con escasa información y/o acceso a estos servicios. (3)

c. Enfermedades de transmisión sexual:

Los términos enfermedades de transmisión sexual se emplean para denotar trastornos propagados, principalmente por contacto íntimo. Aunque esto suele referirse al coito, también incluye contacto corporal estrecho, sexo oral, contacto, boca-mama o coito anal. (39,41)

Algunas de estas enfermedades se pueden contraer por propagación transplacentaria perinatal. Los microorganismos implicados están adaptados para proliferar en las vías genitales y están presentes en las secreciones del cuerpo o en la sangre. (40)

Las enfermedades de transmisión sexual que más se presentan en nuestro medio son las siguientes:

- * SIFILIS (8)
- * GONORREA (28)
- * HERPES GENITAL (12,28)
- * CHLAMYDIAE (1, 11,33)
- * VERRUGAS GENITALES (9, 32)
- VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (26)
- CONDILOMATOSIS
- TRICHOMONIASIS

C. EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

1. Concepto.

La educación para la salud es una disciplina científica de muy reciente desarrollo que para estructurarse, se apoya principalmente en las ciencias educativas, socio-antropológicas, psicológicas y de la salud.

La educación higiénica, como transmisión de conocimientos y conductas que sirven para preservar la salud y evitar la enfermedad, ha existido siempre como actitud natural e inseparable del hombre, basada en su condición instintiva biológica, que le hace huir del dolor y de la muerte.

El concepto de educación para la salud se puede enunciar como DISCIPLINA, como PROCESO y como CONDUCTA. (17)

Como disciplina científica: se refiere a los conocimientos y principios que determinan cómo las personas y los grupos humanos, pueden tomar conciencia de la salud; esto es, que la educación para la salud se concibe como disciplina científica aplicada, que se basa en sólidos fundamentos científicos y sociales.

Como proceso: la educación para la salud se supone un acto de transmisión y fomento del valor salud, que va de quien tiene la tarea de educar, hacia los que son objeto de la acción educativa; y puesto que, educación significa proceso de dirección, la educación para la salud se entiende como un proceso de conducción hacia la adquisición de mejores niveles de salud y su conservación.

Como conducta aprendida: La forma en que se comportan y manifiestan las personas hacia la salud, determinan su educación hacia ella, es decir, con este enfoque la educación para la salud se concibe como la suma de conocimientos, actitudes y hábitos que tienen las personas respecto a la salud.

En resumen: la educación para la salud es una ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendentes a crear en los individuos, conductas favorables que ayuden a mejorar y preservar su salud.

Su aplicación práctica será lograr que la población: Eleve el concepto de salud en su escala de valores; Acepte cooperar con la enseñanza que le facilite el aprendizaje de mejores conductas, con el propósito de conservar y mejorar su salud; Haga uso oportuno y adecuado de los servicios de prevención de la enfermedad y restauración de la salud.

2. Educación sexual:

Es la parte de la educación general necesaria para la formación integral de valores para el hombre y la mujer, esto se logra por medio de conocimientos que les permitan adquirir suficiente autodeterminación en su vida sexual, acorde a la sociedad en que viven.

La educación sexual debe incluir información sobre las bases anatómicas y fisiológicas necesarias, la sexualidad tropieza con deficiencias tales como:

- a) Ignorancia sobre el tema
- b) Comportamiento inadecuado e inconsciente.
- c) Falta de educación
- d) Problemas culturales y económicos. (8,17)

3. La sexualidad:

Conjunto de las manifestaciones del instinto sexual, de las condiciones biológicas que lo determinan y de las normas jurídicas y éticas que lo regulan.(19,20)

El crecimiento interés prestado a la sexualidad es un fenómeno típico de los dos primeros tercios de nuestro siglo. Poco a poco se han ido barriendo los tabúes y los conceptos tradicionales, intentando elaborar una nueva filosofía y una nueva ética sexuales, no ensombrecidas por el dualismo cartesiano y por las doctrinas religiosas que durante siglos se habían empeñado en contraponer lo físico y lo espiritual, el cuerpo y el alma, afirmando que satisfacer a uno de los dos elementos perjudicaban el despliegue del otro.

Las investigaciones y los estudios llevados a cabo en los últimos decenios han logrado rehabilitar la sexualidad y devolverle el lugar que le corresponde por derecho propio en los procesos fisiológicos y psicológicos del hombre.

No se niega que, por sus orígenes, la sexualidad es pulsión o instinto, pero este fundamento de carácter instintivo es el que precisamente confiere a la sexualidad su poder energético. Es inútil negar ese poder. Lo mejor, para el hombre, es conocer bien ese enorme depósito humano de energía, con miras a utilizarlo con fines también humanos.

En esta perspectiva la sexualidad ya no es un lujo, un placer a cambio de las cargas inherentes a la procreación y a la educación de los hijos.

Es una función vital, el cabal cumplimiento de una tendencia fundamental del ser humano que le orienta hacia su pleno desarrollo personal y hacia la función física y psíquica con un ser elegido, del otro sexo. A esta pareja, la procreación, la maternidad, y la paternidad le son dadas, por añadidura, cuando ella misma lo juzga oportuno. La sexualidad existe pues por sí misma, independientemente de todo deseo de reproducción. (22,24)

4. Higiene sexual:

La higiene sexual, debe de estar orientada en forma integral a todo el cuerpo y no unicamente a la parte sexual por ejemplo: alimentación adecuada, limpieza y cambio de prendas intimas y el baño diario durante la menstruación.

La salud biológica y mental del individuo están íntimamente relacionada con la sexualidad, por lo que este debe tener conocimiento real de estos aspectos. (17)

D. METODOS ANTICONCEPTIVOS:

Son aquellos que se usan para controlar la fertilidad de la pareja o de un individuo, ya sea de forma temporal o permanente. (13,41)

Los diversos métodos anticonceptivos se pueden clasificar de la siguiente manera:

1. Métodos temporales.

En este tipo de método es importante hacer notar el punto de vista sobre las bases científicas del método natural del cual varios doctores han hecho mención; por ejemplo el Dr. John J. Billings, Dra. Evelyn L. Billings, Dr. Henry Burger, Dr. Erik Odeblad, Dra. Ruth S. Tylor. Asi como también hace mención de la carta Encíclica del Papa Pablo VI; en la que se presenta el tema de la natalidad desde una visión global de la persona humana y su vocación. El amor conyugal es un amor fecundo, fiel y exclusivo hasta la muerte. La paternidad responsable implica dominio sobre el instinto y las pasiones, conocimiento, respeto a los procesos biológico. Hay unas vías ilícitas para la regulación de los nacimientos, pero se plantea la licitud del recurso los períodos infecundos.(43)

Los doctores Billings en 1950, para superar los métodos inseguros del Ritmo y de la temperatura basal del cuerpo investigan en la literatura médica que se remonta al año 1855. El Dr. Billings le pide al Dr. James Brown, un endocrinólogo de la Universidad de Melbourne, revisar investigaciones sobre el flujo mucoso cervical.

Hacia 1964 los investigadores convencieron que el flujo mucoso cervical identificaba su fertilidad con tanta exactitud como los sofisticados exámenes de laboratorio. Todo esto promovió la verificación científica del nuevo método llamado Método de la Ovulación, con una efectividad del 98 al 99%.

Las investigaciones demostraron que el desarrollo de síntomas del flujo mucoso cervical presentaba mucho mejor coordinación con los niveles de estrógenos en la fase folicular del ciclo que cualquier otro síntoma acompañante de la ovulación, y ayudó además a establecer la relación entre el Estrógeno y la progesterona.(43)

Mientras el Dr. Brown trabajaba con las hormonas estrógeno y progesterona, su colega el Dr. Henry Bugar, Endocrinólogo de la Universidad Monash en Melbourne, trabajaba con las otras hormonas que regulan el desarrollo del folículo (fSH) que contiene el óvulo, y hormona luteinizante (LH), que activa la ovulación.

El Dr. Burger demostró la relación entre la cúspide del síntoma del flujo mucoso y la cúspide de la LH. Trabajando con el DR. Evin Catt, demostraron que una diferencia de apenas dieciséis horas (rango de 0-2 días)

Todos estos estudios demostraron que el momento de la ovulación lo podía identificar las mujeres mismas mediante el trazo en una gráfica de su síntoma del flujo mucoso, sin recurrir a otras pruebas. El estudio estableció la relación entre el aumento repentino de LH, la ovulación y la observación de la cúspide del síntoma del flujo mucoso.

Los estudios adicionales indican que:

- El aumento repentino de estradiol resultante en un flujo mucoso cervical de tipo fértil que avisa sobre la posible fertilidad, comienza un término medio de seis días antes de la ovulación.
- La cúspide del estradiol ocurre unas treinta y siete horas antes de la ovulación.
- El nivel de LH empieza a aumentar unas treinta o cuarenta horas antes de la ovulación alcanzando la cúspide unas diecisiete horas antes de ser descargado el óvulo.

La estructura y función del flujo mucoso y su relación con la fertilidad e infertilidad han sido investigadas muy a fondo por el Dr. Erik Odeblad y sus colegas.

Las siguientes son algunas de sus comprobaciones:

*Hay tres tipos de flujo mucoso: **G, L y S.**

Flujo mucoso **G.** Sella el canal cervical durante los días fértiles del ciclo.

Flujo mucoso tipo **L:** secreción mucinosa blanda, lubricante, se produce unos pocos días antes de la ovulación cuando se produce el flujo mucoso **S:** receptivo del espermatozoide.

La Dr. Ruth S. Taylor, nos dice que la composición del ciclo menstrual se asemeja a la partitura musical de una orquesta sinfónica. Cada línea de la partitura de una orquesta representa la parte que ha de tocar cada instrumento y al interpretar cada instrumento el papel que tiene asignado, la ejecución es armoniosa. Así es también el ciclo menstrual.

La Dra. Habla del ciclo ovárico, las hormonas hipofisarias y ovárico, la temperatura basal del cuerpo (TBC), el índice cariopictórico de las células vaginales (ICP), los leucocitos (Glóbulos blancos) y el flujo mucoso cervical. Llegando al siguiente resumen.

- Muchas cosas pueden perjudicar la fertilidad, las funciones menstruales pueden ser dañadas por enfermedades transmitidas por la vía sexual, drogas, dispositivos y procedimientos quirúrgicos de esterilización.

- El precioso don de la fertilidad puede apreciarse mejor mediante la cooperación con los procesos naturales de su fisiología reproductiva. La planeación natural de la familia ofrece esta valiosa oportunidad.(43)

a. Naturales:

Son métodos que no requieren ningún medicamento o instrumento; están basados en observación y conocimiento de los signos y síntomas del período fértil (4,12, 41)

i Metodo del ritmo:

Este método se basa en la observación de que la ovulación coincide con un aumento de la temperatura basal femenina de 0.5 grados centígrados. Si la pareja no desea procrear, debe abstenerse de tener relaciones sexuales desde el inicio de la ovulación hasta el tercer día consecutivo del alza de la temperatura.

Los cálculos de pruebas reportadas con claridad en las que se indica la regla usada variación del 5% al 14%. En un reciente re-análisis de estudios clínicos sobre el método del calendario se encontró un cálculo promedio de tasa de fracaso de un 20%. Es difícil calcular la eficacia del método de calendario porque se han realizado muy pocos estudios bien diseñados.

Muchos de los cálculos se basan en encuestas y no reportan la información requerida para calcular las tasas de eficacia. Es difícil comparar los estudios sobre el método del calendario porque muchos de los informes no indican qué regla se usó para identificar el tiempo fértil o si las parejas entendieron las bases del método. Los métodos basados en el calendario no dependen de la interpretación de las secreciones cervicales y pueden usarse si la mujer no puede interpretar los patrones del moco cervical. (41,44)

Para una mujer con ciclos muy regulares, puede ser que un método de calendario basado en una fórmula para predecir el tiempo fértil sea inaceptable debido a la prolongada abstinencia requerida, en la ausencia de ciclos relativamente regulares, es imposible para una mujer predecir los días fértiles en su ciclo actual por medio del método del calendario. A medida que aumenta la variación de duración del ciclo, también aumenta el número total de días de abstinencia. La regla más común usada para predecir el tiempo fértil por medio de una fórmula es sustraer cierto número de días de la duración del ciclo más corto (Generalmente de sustraer de 18 a 20 días) y el ciclo más largo (Generalmente se sustraen de 8 a 10 días en los últimos seis a doce meses).(45)

ii **Método del moco cervical:**

Depende de la valoración del moco cervical; el período seguro se calcula con base a la sequedad y los días de abstinencia son señalados por la secreción vulvar del moco filante. (4,41).

Los cálculos varían del 3% con uso perfecto a un 20% con uso típico. La probabilidad de un embarazo accidental cuando se usa el método de un solo indicador es más alta cuando las parejas no se abstienen durante el período fértil. Para los usuarios del método del moco cervical o del método de ovulación, el tener coito durante los períodos de estrés de la mujer también aumenta el riesgo de embarazo al afectar la calidad del moco cervical. El estrés, la enfermedad, el viajar o la falta de sueño pueden interrumpir el patrón bifásico típico de una mujer y, por ende, dificultar la identificación del período fértil.(43)

iii **El coito interrumpido:**

El retiro es un método de planificación familiar en el cual el hombre interrumpe el coito y retira el pene de la vagina de su pareja antes de eyacular.

Para usar el retiro eficazmente el hombre debe predecir el momento en que está a punto de eyacular y debe retirar el pene a tiempo para que no haya contacto entre el eyaculado y la vagina o genitales externos de la mujer donde es posible que haya secreciones (moco) cervical. Las secreciones cervicales facilitan el transporte del semen a la parte superior del tracto genital femenino. El retiro incompleto durante el tiempo fértil en el ciclo de una mujer incrementará considerablemente su probabilidad de tener un embarazo no planeado. Sin embargo, el retiro incompleto fuera del período fértil no resultará en embarazo.

El hombre y la mujer deben estar muy motivados para usar el método del retiro por que requiere que el hombre retire el pene y se mueva a un lado de su pareja en el momento de que la excitación sexual casi ha alcanzado su punto culminante. (44,48)

Algunos investigadores han concluido que el líquido emitido antes de la eyaculación no comprende el número total de espermatozoides necesarios para la fertilización. Si el método fracasa en evitar el embarazo, por lo general, se debe a un retiro inadecuado.

Si se anticipa tener coito una segunda vez poco después de la primera, el hombre debe orinar antes de volver a entrar el pene en la vagina y debe lavarse el pene para remover cualquier líquido seminal que haya permanecido en el glande o en el diáfragma de pene. Según alguna evidencia, después de una reciente eyaculación es posible que el líquido emitido antes de la eyaculación contenga niveles más altos de espermatozoides viables; por ello, el hombre debe orinar después de eyacular y antes de tener coito por segunda vez. (45)

iv Lactancia materna:

Su mecanismo de acción consiste en el efecto inhibitorio de la ovulación provisto por el estímulo de la lactancia materna sobre la secreción de prolactina.

Es más confiable durante los primeros seis meses después del parto (14,24). El método de la amenorrea de la lactancia fue codificado en una reunión celebrada en Washington, D.C. en 1989, basado en investigaciones, trabajo programático y los resultados de la reunión de consenso celebrada en Bellagio en 1988. Recientemente fue reevaluado en otra reunión en Bellagio celebrada en 1995, y actualmente se considera un método apropiado para su uso programático.

La eficacia de este método se ha demostrado en pruebas clínicas, siempre y cuando se cumplan los tres criterios que son: Amenorrea, Lactancia completa o casi completa, menos de seis meses posparto; si no se cubre cualquiera de los tres criterios, debe recomendarse el uso de otro método que sea apropiado para usarse durante la lactancia. (45)

Mientras se cubran los criterios de éste método, no es necesario usar métodos de respaldo, éste es un método anticonceptivo muy eficaz. Los métodos no hormonales no surten ningún efecto en la lactancia ni en el recién nacido. Los métodos solo de progestágeno no surten ningún efecto conocido, pero la OMS los clasifica en la categoría tres debido a inquietudes teóricas. Por lo general, la mujer lactante no debe de usar los métodos estrogénicos antes de los primeros seis meses posparto debido a sus efectos en la lactancia.

Es conveniente que una usuaria del método tenga a su disposición un método anticonceptivo cuyo uso puede iniciar ella misma. Una mujer debe tener la oportunidad de hacer una elección informada para iniciar el uso de cualquier otro método que sea apropiado para ella mientras continúa siendo protegida por el método de la lactancia, luego, cuando deje de aplicar uno de los criterios del método de la lactancia o cuando ella escoja terminar su dependencia del mismo, ella podrá iniciar el uso de ese otro método.

Si una mujer que esta usando el método de lactancia entra en riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual, incluso el VIH es probable que, además del método de la lactancia, necesite iniciar el uso de condones o de otros métodos de barrera para protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual.(48). Pero es importante hacer ver que la abstinencia de no tener relaciones con personas que están en riesgo de contraer el VIH evita el riesgo de contraer el virus.

En algunas situaciones en que se sabe que la mujer es VIH positiva, la OMS no recomienda la lactancia. Debe aconsejarse a las mujeres lactantes en el riesgo de contraer el VIH que si son VIH positivas, existe el riesgo de transmitir el virus a su recién nacido por medio de la leche materna.(48)

b. Metodos de barrera:

Pone una barrera mecánica o química para impedir la unión del espermatozoide con el óvulo. (18)

i Condón masculino:

Tiene la función de cubrir el pene durante el contacto sexual, también se conoce con el nombre de preservativo, la mayoría son fabricado de látex fino. (14,18,2325,41) .

Las parejas que usan condones masculinos correcta y constantemente tienen un menor riesgo de adquirir todas las enfermedades de transmisión sexual incluso el VIH, comparado con los que no los usan. La reducción promedio es de un 50%, aunque en los últimos estudios sobre el VIH se ha comprobado que la protección con el uso constante del condón puede llegar a casi el 100%. El condón no debe reutilizarse, debe colocarse después de una erección y antes del contacto genital y anal, no existe evidencia alguna de que diferentes tamaños reduzcan la probabilidad de que los condones se rompan o se deslicen de su sitio.

Los condones de látex no deben usarse con lubricantes que contienen aceite ni con productos cuyo ingrediente principal es el aceite. Los aceites debilitan los condones y pueden incrementar el riesgo de que se rompan. (48)

Las personas que usan condones deben ser orientados con respecto a los lubricantes ostensibles localmente que no contienen aceite y pueden usarse junto con los condones.

Algunas de las sustancias que causan el deterioro de los condones de látex en cuestión de una hora de exposición son: el aceite mineral, el aceite de bebé, la vaselina, el aceite con protector solar, el aceite de oliva, el aceite de maní, el aceite de maíz, el aceite de Girasol, el aceite de palma, la margarina, el aceite de coco, la mantequilla, las substancia repelentes de insectos, las pomadas contra quemaduras y hemorroides, el alcohol isopropílico, el aceite de bacalao y aceite de tiburón, no debe recomendarse el uso de lubricantes que contienen estos productos junto con los condones de látex. Otros productos que debilitan los condones de látex son las cremas vaginales, los espermicidas vaginales y lubricantes sexuales. No se ha demostrado que los productos a base de agua sean dañinos a los condones. (51)

ii **Condón femenino:**

Es un tubo de poliuretano elástico, cerrado en un extremo, alrededor del extremo abierto se encuentra un anillo flexible que lo sostiene contra la vulva durante el coito, mide unos 15 cm, de largo por 7cm, de diámetro. (23).

Si se usan correcta y consistentemente, los condones femeninos son muy eficaces en evitar la transmisión de enfermedades, incluso el VIH, Aunque no se ha comprobado en los estudios sobre el uso humano. El condón femenino debe colocarse en cualquier momento antes de que el pene toque la vagina, a fin de evitar exponerla al líquido de pre-eyaculado y al semen. (49)

iii **Diafragma:**

Es una cúpula de goma con un aro metálico de resorte cubierto de goma, hay tres variedades: resorte especial, resorte plano y resorte arqueado. (14)

No puede ajustarse a cualquier persona el diafragma de un solo tamaño, el diafragma debe quedar a la medida, y debe haber disponible una variedad de tamaños en los lugares donde se ofrece este método. No existen restricciones al uso del diafragma según el número total de partos que haya tenido una mujer. Sin embargo, después de un parto o de un aborto de segundo trimestre, se debe verificar que el diafragma aún quede a la medida.

Dado que el diafragma viene en tamaños de 50mm a 105mm, En diferentes modelos para casi todas las vaginas se puede encontrar un diafragma que quede a la medida. No obstante, puede ser que el tamaño y tono del músculo de la parte superior de la vagina cambie después del embarazo.

No se debe de usar el diafragma hasta seis semanas después del parto (vaginal o cesárea) o de un aborto en el segundo trimestre y hasta que el proceso de curación se haya completado. (44)

iv Capuchón cervical:

En forma de dedal fabricado de goma, metal o plástico, con un borde expansible que encaja cómodamente en el cervix, debe ser colocado por un clinico y puede permanecer hasta 72 hrs. en su sitio. (12,23).

Una mujer puede usar el capuchón cervical sin importar el número total de partos que haya tenido, pero después de un parto o de un aborto de segundo trimestre, debe verificarse que el capuchón aún le quede a la medida. Las mujeres para que usen capuchones cervicales tienden a tener una tasa de embarazo mucho más elevada que las usuarias nulíparas. No existe evidencia alguna de que el capuchón cervical incremente el riesgo de contraer una infección del tracto urinario, aunque es posible que así sea.

Probablemente las usuarias del capuchón cervical con espermicidas corren un riesgo modestamente más bajo de contraer gonorrea y clamidia de las que no lo usan, Las usuarias de capuchón cervical deben de esperar al menos seis horas después de coito antes de removerse el dispositivo o darse una ducha vaginal.(45,49)

v espermicidas:

Actúan como barrera en el orificio cervical, inmovilizan a los espermatozoides, el espermicida debe colocarse en la bóveda vaginal lo mas cerca posible del cervix poco antes del contacto sexual. (12,23)

El ingrediente activo de la mayoría de los productos espermicidas, nonoxinol-9, se absorbe en pequeñas cantidades desde la vagina durante su uso. Nunca se ha demostrado que el N-9 surta efectos sistémicos adversos a la mujer. Según un estudio, las usuarias de productos espermicidas con nonoxinol-9 o octoxinol corrían mayor riesgo de malformaciones congénitas en los embarazos concebidos durante su uso que la no usuarias. Pero según varios estudios subsiguientes sobre el uso de los espermicidas y defectos al nacer, no hay ninguna asociación, y los investigadores no creen que el uso de los espermicidas tenga efectos adversos en el feto. Es posible que el uso continuado de espermicidas tan frecuentemente como una o dos veces al día cause algunas

rupturas pequeñas en el revestimiento vaginal, mientras el uso cada día por promedio no causa irritación significativa. Si se detecta la irritación al examinar a la usuaria y si se dispone de una alternativa razonable entonces debe aconsejarse a la usuaria que discontinúe el uso del producto espermicida hasta que haya sanado totalmente. Una mujer debe de introducir una nueva dosis de su producto espermicida antes de cada acto de coito. Más aún, la mujer debe introducir una nueva dosis de espermicida si el coito va a ocurrir una hora o más después de introducirlo inicialmente, para que sea eficaz, el espermicida debe de introducirse en la parte superior de la vagina cerca del cervix, con suficiente concentración del ingrediente activo. (43,50)

c Anticonceptivos hormonales:

Son sustancias cuyo mecanismo de acción es inhibir la ovulación, suprimiendo las gonadotropinas hipofisarias, estimulando la producción de moco cervical, modifican el transporte tubárico del óvulo y alteran el endometrio dificultando la implantación. (42).

Los anticonceptivos hormonales pueden ser de tres tipos:

- i orales
- ii Inyectados
- iii Implantes subcutáneos

i Anticonceptivos orales:

Se dividen en dos clases: Las combinaciones de Estrógeno y Progesterona, y solo con progesterona. Los estrógenos que se utilizan con más frecuencia son Etinilestradiol y mestranol.

Si se usan anticonceptivos orales combinado que contiene 50mcg de etinil, estradiol y 250 mcg de levonorgestre, cada dosis debe comprender dos píldoras, la segunda dosis debe tomarse 12 horas después de la primera. El total de las dos dosis debe de ser de por lo menos 200mcg de EE y 1,0mg de Levonorgestrel. Este es el método Yuzpe, Se recomienda este método porque se ha demostrado que es un 75% eficaz en evitar el embarazo y porque son accesibles e inoos. Cualquier mujer que este preocupada porque ha tenido coito sin protección y que no desee quedar embarazada puede usar las píldoras anticonceptivas de emergencia. -PAE-. Según la OMS, la Federación Internacional de Planificación de la Familia, El consorcio Internacional para la Anticoncepción de Emergencia, el Programa para una Apropiaada Tecnología en Salud, y de la mayoría de las directrices clínicas, el embarazo establecido es la única contraindicación médica al uso de las PAE. A pesar de que se recomienda que se tomen las PAE dentro de las 72 horas siguientes al coito sin protección para lograr su máxima eficacia, es posible que las PAE surtan un efecto residual aún después de esas 72 horas, especialmente si no ha ocurrido la ovulación. (45, 49)

ii Anticonceptivos inyectables:

El nombre de anticonceptivos inyectables combinados (AIC) se le da aún grupo anticonceptivos hormonales administrados por inyección intramuscular. El término combinados indica que estos inyectables contienen tanto progestágeno como estrógeno. Actualmente existe tres tipos principales de AIC en el mercado: Cyclofén, Mesigyna, Deladroxate, Perlutal, Patertor, Topasel y otros.

Progestágeno	Estrógeno natural	Nombre de
Acetato de medroxiprogesterona Depósito (DMPA) 25mg	Estradiol cipionato 5 mg	Cyclofém
Enantato de norretindrona (NET-EN) 50 mg	Estradiol valerianato 5mg	Mesigyna
Acetofenida de dihidroxiprogesterona 150 mg	Estradiol enantato 10 mg	Deladroxata, Patector, Topasel Y otros

Los primeros dos son productos nuevos aprobados por la OMS los cuales se están usando con mayor frecuencia por todo el mundo; El segundo se usa principalmente en algunos países latinoamericanos.

Las tres formulaciones proporcionan protección muy eficaz contra el embarazo por un período de treinta días; por lo tanto, también son conocidos como inyectables mensuales.(47)

Los AIC tienen algunas semejanzas con los inyectables solo de progestágeno: Los dos nuevos A y C contienen precisamente el mismo progestágeno que los dos inyectables solo de progestágeno que más se utiliza (Depo Provera y Noristerat); Sin embargo, la dosis de progestágeno recibida en el transcurso del tiempo es mucho más baja con los nuevos AIC.

La diferencia fundamental entre los AIC y los inyectables solo de progestágeno es la presencia de estrógeno en los AIC; éste se incorporó principalmente para mejorar la regularidad del ciclo menstrual.

A pesar de que los AIC y los AOC son anticonceptivos hormonales combinados, difieren en varios aspectos. Además de la vía distinta de administración, desde una perspectiva de seguridad, la diferencia más importante es la presencia de un estrógeno natural en los AIC versus un estrógeno sintético en los AOC. Hoy en día se reconoce que los estrógenos naturales surten efectos muy favorables en el metabolismo lípido y en la función cardiovascular. En realidad se ha comprobado que el uso de estrógenos naturales en la mujer posmenopáusica surte un efecto protector contra las enfermedades cardiovasculares, tanto de los problemas cerebro vasculares como de los cardiacos.

El estradiol surte efectos directos en la pared arterial y en varias etapas de la formación de placa aterosclerótica. No se ha demostrado que al agregar un progestágeno al estradiol en los AIC disminuya estos efectos benéficos. (44,45)

Según la evidencia mencionada, es probable que los AIC sean más seguros que los AOC. No obstante, debido a la reciente presentación de los dos nuevos AIC, aún no existe ninguna información sobre la seguridad de largo plazo con el uso de estos AIC. Por ello, los criterios médicos actuales para el uso de los AIC se derivan principalmente de la información actual sobre el uso de los AOC. (45)

iii Implantes subcutáneos:

Los implantes NORPLANT son un método muy eficaz de protección contra el embarazo durante hasta cinco años después de insertarse. Además, en los primeros cinco años de uso, también se disminuye el riesgo de embarazo ectópico. Los niveles en sangre de la hormona liberada por los implantes disminuye con el tiempo. Por lo tanto, se da por sentado que tanto las tasas de embarazo como de embarazo ectópico aumentarán después de cinco años. Por estas razones, se recomienda que los implantes NORPLANT se extraigan después de cinco años de uso. Los últimos datos de un estudio chino muy importante aclaran algunas de estas cuestiones. Entre las mujeres que pesaron

menos de 60 kg. y las mujeres con más de 30 años de edad en el momento en que se insertaron los implantes, no hubo aumentos marcados en las tasas de embarazo durante el sexto y séptimo año de uso vrs las tasas en el quinto año, y las tasas de embarazo aún fueron bastante bajas. En un segundo estudio mucho menor, realizado en Chile, se encontro que la tasa de embarazo durante el uso de los implantes aumento a cuatro por cada cien mujeres durante el período del sexto al octavo año, pero que no ocurrió ningún embarazo ectópico después del quinto año. Estos datos quizás sugieran que a pesar de que los niveles del fármaco en la sangre disminuye después de cinco años de uso esta reducción está en parcial contra - peso por el envejecimiento de las mujeres; factor que pudo haber afectado principalmente a las mujeres mayores de treinta años de edad.(48,50)

d. Dispositivos intrauterinos:

Objeto que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos temporales. Existen de dos tipos:

- Sin medicamento
- Con medicamento

Actúan induciendo una respuesta inflamatoria local inespecífica y de acción lisosómica sobre el blastocisto. Hay algunos con cobre o con progesterona su efectividad varía de 96% al 99%. (42).

El DIU de Levonorgestrel-20 libera cada día aproximadamente 20 microgramos de Levonorgestrel en la cavidad uterina, lo cual lleva a: Tasas de anticoncepción altamente eficaces (comparables con la esterilización femenina) durante cinco a siete años. – Reducción en la pérdida de sangre comparada con otros DIU y reducción en la pérdida de sangre de una mujer con antecedentes de sangrado menstrual profuso. – Mejorías en la dismenorrea para la mayoría de las mujeres. – Reducción en el riesgo de embarazo ectópico. – Uso posible como el progestágeno necesario para una mujer menopáusica bajo terapia de reposición de estrógeno.

El DIU de levonorgestrel funciona en tres formas distintas, como mínimo:

1. Causa un espesamiento del moco cervical que inhibe el paso de los espermatozoides por el canal cervical;
2. Causa anovulación en el 25% de las mujeres.
3. Causa altos niveles de Levonorgestrel en la cavidad uterina, lo cual suprime los receptores de estradiol, produce un endometrio atrófico e inhibe el paso de los espermatozoides por la cavidad uterina. (49)

2. METODOS PERMANENTES:

a. Esterilización femenina:

La esterilización femenina puede realizarse siempre y cuando el proveedor este razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada, por ejemplo, durante los primeros siete días del comienzo de la menstruación, según la OMS, el embarazo figura como una contra indicación para realizar la misma.

La esterilización puede realizarse también dentro de los primeros siete días posparto, preferiblemente dentro de las cuarenta y ocho horas después del parto. Dado que el útero se agranda inmediatamente después del parto, las trompas de falopio están más cercanas a la pared abdominal y pueden alcanzarse con facilidad durante las primeras cuarenta y ocho horas después del parto. En cuanto a la seguridad, no existen restricciones médicas, por edad o paridad, para esterilizar a una mujer, pero debe considerarse su edad y paridad durante el proceso de orientación a fin de minimizar la posibilidad de arrepentimiento. Aunque los deseos de la usuaria deben ser lo principal, ella debe entender que el ser joven y posiblemente tener baja paridad pueden ser factores de riesgo de arrepentimiento.

La esterilización femenina puede practicarse por cualquier profesional de salud capacitado en forma apropiada para efectuar una minilaparotomía (de intervalo o posparto). La minilaparotomía puede ser efectuada exitosamente por médicos con experiencia quirúrgica que haya sido capacitado en forma adecuada.(50,51)

b. Esterilización masculina:

i Vasectomía:

Método anticonceptivo quirúrgico en el que se efectúan oclusión bilateral de los conductos deferentes, evitando así el paso de espermatozoides.

En cuanto a la seguridad, no hay ninguna restricción médica por edad o número total de hijos vivos para que un hombre pueda esterilizarse, pero ambos factores deben considerarse durante el proceso de orientación a fin de minimizar la posibilidad de arrepentimiento.

Aunque los deseos del usuario deben ser lo principal, él debe entender que ser joven es un factor de riesgo para arrepentimiento. Si un hombre ha sido orientado y ha elegido la vasectomía, no se debe requerir ningún período de espera. Sin embargo, suele ser benéfico para el hombre tener tiempo de pensar sobre su decisión. No obstante, permanece baja la incidencia de arrepentimiento,

aún cuando el hombre es joven al someterse a la vasectomía. La orientación es importante para minimizar la posibilidad de arrepentimiento.

El consentimiento de la esposa no debe de ser obligatorio para que un hombre tenga una vasectomía. Sin embargo, es probable que el hombre desee conversar con su esposa y su familia respecto a su decisión. (4)

Aunque el hombre pueda tener coito dos o tres días después del procedimiento, si le es confortable, la vasectomía no surte efecto inmediatamente. Se recomienda usar métodos de respaldo durante las doce semanas después de una Vasectomía o por lo menos durante las primeras veinte eyaculaciones después de la vasectomía.

Según el peso de la evidencia disponible, los estudios no han sido conclusivos en cuanto a un posible aumento en el riesgo de que se produzca cáncer de la próstata. A pesar que en varios estudios se concluyó que no hay asociación alguna.

Aunque existen procedimientos para revertir una vasectomía, la operación es muy compleja y costosa y la tasa de éxito depende de varios factores, tales como: El tipo de procedimiento de reversión, la experiencia del médico con el procedimiento de reversión, el tiempo que ha transcurrido desde que se efectuó la vasectomía, la calidad y cantidad de los espermatozoides, los efectos anatómicos de la vasectomía original, la presencia de anticuerpos contra espermatozoides y la fertilidad de la pareja.(4,50)

E. MONOGRAFIA DEL MUNICIPIO DE SAN LUIS JILOTEPEQUE, JALAPA

1. Historia Geográfica

Etimológicamente Jilotepeque significa TIERRA DEL MAIZ, San Luis Jilotepeque constituye una población que arranca de las mas remota antigüedad, vestigio de indudable valor histórico, sitúa en forma casi precisa a la antigua ciudad indígena de Jilotepeque, hacia el poniente de la actual, es decir en las estribaciones de un montículo denominado El Durazno.(24)

Municipio del departamento de Jalapa que se encuentra ubicado en el Oriente de la república .

El poblado perteneció a los dominios del jefe indígena de Mictlan (hoy Asunción Mita) hasta abril de 1530 en que fue conquistado por los Españoles a mando de Alonso Larios, Pedro de Amalin y Fernando de Barahona; Los españoles les dieron el nombre de San Luis en honor de Luis IX rey de Francia.(24,25)

En 1551, San Luis Jilotepeque pasa a formar parte del corregimiento de Chiquimula, constituyéndose parte de este hasta el año de 1873 en que fue creado el departamento de Jalapa, del que paso a formar parte por decreto gubernativo número 107, emitido el cuatro de noviembre de 1873, durante las administración del general Justo Rufino Barrios.(25)

San Luis Jilotepeque es uno de los 7 municipios del departamento de Jalapa localizado a cuarenta y dos kilómetros de la cabecera departamental, por la ruta departamental Jalapa uno y a ciento noventa y ocho kilómetros de la ciudad capital via Jutiapa, por la carretera CA1 la cual se encuentra asfaltada en sus totalidad, San Luis Jilotepeque colinda al norte con el municipio de San Diego Zacapa, Al Sur con San Manuel Chaparrón al oriente con Ipala Chiquimula y al occidente con San Pedro Pinula Jalapa.

La extensión territorial del municipio es de 296 Km². Se encuentra a 800 mts. sobre el nivel del mar; en la parte baja posee un clima fundamentalmente cálido y templado en la zona montañosa a los 1600 mts. Con dos estaciones claramente definidas: Invierno y verano. (24)

2. Tradiciones y costumbres

La Feria titular de San Luis Jilotepeque es celebrada en el mes de agosto en honor a San Luis Rey de Francia del 12 al 18 siendo su día principal el 16. Entre las actividades que se realizan existen bailes sociales, encuentros deportivos, actividades culturales, desfile hípico y actividades taurinas.

3. Demografía

La población del municipio es de 23,613 habitantes de los cuales 10,862 pertenecen al área urbana para un 46.01% y 12,751 al area rural para un 53.99. Distribuida con un 45.01% pertenecientes a las mujeres (12,988 habitantes) y

un 54.99% a los hombres (10,625 habitantes). La población esta distribuida en cabecera municipal, de primera categoría (pueblo). Dividida esta a la vez en siete barrios y un caserío, 21 aldeas con 11 caseríos y una finca. El grupo étnico predominante es el pocomán con el 70.30% de la población considerado este último el cambio debido a la ladinización de nuestros pueblos.

4. Situación Socioeconómica.

El clima de características templadas, con diversos cultivos agrícolas como el Maíz, frijol, tomate, banano, café. 25)

La situación económica del municipio en su mayor parte proviene de la agricultura pues la mayor parte del la población poseen tierras y el resto trabaja para patronos en fincas y haciendas obteniendo los cultivos agrícolas más populares como el frijol, maíz y tomate las cuales se venden a nivel nacional en el salvador y honduras.(25)

Instituciones sociales

Se cuenta con una clínica parroquial, que posee una farmacia de características sociales, atendida por un médico y cirujano, además con seis enfermeras auxiliares dos técnicos en salud rural.

Cuentan con tres escuelas nacionales, y un colegio radiofónico para la población pocomán, un colegio por cooperativa a nivel básico, siete iglesias evangélicas, una católica, además sus diferentes organizaciones indígenas, religiosas, deportivas culturales así como el comité pro- festejos (de la feria).

Centros recreativos:

Cuentan con una cancha de basquetbol municipal y tres escolares, una cancha de fútbol municipal y dos escolares y un balneario en el río Julumichapa.

4. Medios y vías de comunicación:

Dicha cabecera municipal se encuentra comunicada con sus aldeas por carreteras de terrasería con el municipio de Ipala con la carretera asfaltada la cual es vía de conexión para la carretera interamericana.

Hay servicio de correos y telégrafos así mismo de teléfonos domiciliarios funcionando a través de TELGUA, se encuentra en la mayor parte de sus aldeas con teléfonos comunitarios de COMCEL.

Por estar Comunicada por Ipala con su carretera asfaltada dispone del transporte que va directamente de San Luis Gilotepeque a la ciudad de Guatemala; con un servicio de buces cada media hora de la empresa San Luiseña express, Existe transporte diario hacia la cabeceras de Jalapa y Chiquimula por las empresas Unidos jalapanecos y San Luiseña Express. La radio y la televisión son medios de comunicación utilizados por un alto porcentaje de la población.

VI MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio:

Descriptivo transversal

2. Sujeto de estudio:

Para el presente estudio se tomó en cuenta a las mujeres pocomanes en edad fértil de la cabecera municipal de San Luis Jilotepeque, comprendida entre 15 a 44 años de edad.

3 Tamaño de la muestra:

Las mujeres indígenas comprendidas entre 15 a 44 años, en total son 5,720, por lo que a partir de dicho universo se calculó la muestra tomando como base la siguiente fórmula estadística. (20,21)

$$n = \frac{N p q}{(N-1)[(LE)^2 / 4] + p q}$$

$$n = \frac{(5,720) (0.5) (0.5)}{5,719 (0.05)^2 + (0.5)(0.5)}$$

4

$$n = \frac{1,430}{14.2975 / 4 + 0.25}$$

$$n = \frac{1,430}{3.82}$$

$$n = 374$$

n = Tamaño de la muestra

N = Universo

LE= Limite de error estimación 5% (0.05)

P = Proporción conocida (0.5)

q= Proporción desconocida (0.5)

3. Criterios de inclusión y exclusión :

a. Criterios de inclusión:

Mujeres indígenas de 15 a 44 años que habitan en el municipio de San Luis Jilotepeque, Jalapa

b. Criterios de exclusión:

- * Mujeres ladinas
- * Mujeres indígenas que se rehúsen a participar en el estudio

54

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida
Mujer Indígena	Mujer nativa o aborígen originaria de un determinado pueblo, perteneciente a la cultura y folklore Indígena	Toda mujer que mantiene su vestimenta y costumbres tradicionales y habla su idioma nativo además del castellano, que haya respondido a la encuesta	Nominal	Positivo, Negativo
Salud Reproductiva	Estado general de bienestar físico, mental y social, y no de ausencias de enfermedades o dolencias en todo lo relacionado con el sistema reproductivo sus funciones y procesos.	Conjunto de preguntas relacionadas con salud reproductiva a responder por las mujeres indígenas en edad reproductiva	Nominal	Afirmativo y Negativo.
Conocimientos de salud reproductiva.	Lo que se sabe con seguridad que corresponde a la realidad.	Preguntas directas con relación a salud reproductiva incluidas en instrumentos de medición.	Nominal	Afirmativo y Negativo.

55

variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida
Edad	Tiempo transcurrido desde el Nacimiento de la persona hasta la fecha. en años cumplidos.	Respuesta a pregunta directa	Nominal	Años cumplidos
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la lo masculino de lo femenino.	Respuesta a pregunta directa.	Nominal	Masculino Femenino
Religión	Conjunto de creencias o dogmas a cerca de la divinidad, de sentimientos, de veneración, y temor hacia ella de normas morales, de conducta y de prácticas para darle culto.	De acuerdo a pregunta directa.	Nominal	Católico Evangélico otro.
Escolaridad	Conjunto de cursos que en un establecimiento docente sigue un estudiante.	Primaria, Secundaria Diversificado, Universitario	Nominal	Último grado. aprobado.

6. Procedimiento para la recolección de información:

La recolección de la información se realizó en los diversos lugares de reunión y visita de los pocomanes, Como: Centro de Salud, Clínica Parroquial, Salón Parroquial, Mercado Central; ya que en un alto porcentaje (85%) de la población en estudio visita estos lugares con mucha frecuencia , y de esta manera se seleccionara al azar a las mujeres indígenas que pertenezcan a la etnia pocomán.

7. Plan de análisis:

La información recolectada se tabuló y analizó acuerdo a cada uno de los aspectos contenidos en la boleta de la recolección de datos y se presenta en el informe final en cuadros estadísticos y gráficas.

8. Aspectos éticos del estudio.

El investigador se identificó con cada una de las personas incluidas en el estudio, acompañado de uno de los miembros del consejo pastoral de la iglesia católica ya que también por ser de la etnia pocomán nos ayudó con el Idioma para poder responder adecuadamente. Se les pidió autorización para realizar la encuesta y se les explico los objetivos de la investigación asi como también

se les hizo saber que la información que proporcionaron seria de tipo confidencial; este tipo de entrevista se realizó de forma oral o escrita en idioma pocomán y español.

9. Cronograma de actividades:

1. Selección del tema de investigación
2. Selección de asesor y revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto en conjunto con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por el area de salud de San Luis Jilotepeque
6. Aprobación del proyecto por a coordinación de tesis.
7. Ejecución del proyecto de campo.
8. Procesamiento de datos, elaboración de cuadros y gráficas.
9. Analisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación del informe final para correcciones.
12. Aprobación del informe final
13. Impresión del informe final y tramites administrativo.
14. Examen publico de defensa de tesis.

B. RECURSOS:

1. Materiales:

- a. Económicos: Transporte terrestre, alimentación, materiales de oficina.
- b. Físicos: libros, computadora, impresora, papel, bolígrafo, documentos, escritorio.

2. Humanos:

- Mujeres del municipio de San Luis Jilotepeque
Jalapa, de 15 a 44 años de edad.
- Revisor : Dr. José Enrique Vazques,
Asesor: Dr. Cesar Melendez

VII TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LA INFORMACION ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

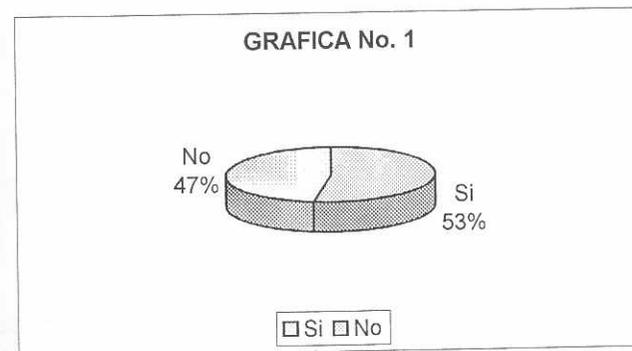
VII. PRESENTACIÓN GRÁFICA Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

INFORMACIÓN GENERAL RECIBIDA SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL
Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva
en el municipio de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Si	197	53
No	177	47
Total	374	100

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta
(ver anexo.)



ANÁLISIS No. 1

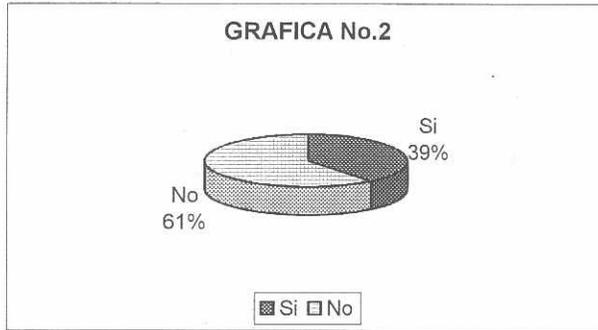
De las 374 mujeres encuestadas el 53% contestaron que sí han recibido información sobre educación sexual, y el 47% no han recibido información sobre educación sexual, como podemos observar el porcentaje de mujeres que conocen dicho tema sobrepasa la mitad, pero también es preocupante que un alto número de mujeres quede al margen de recibir información al respecto.

CUADRO No. 2

EDUCACIÓN SEXUAL RECIBIDA EN EL CENTRO DE SALUD.
Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva en el municipio de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
SI	147	39
No	227	61
Total	374	100

Fuente. Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANÁLISIS No.2

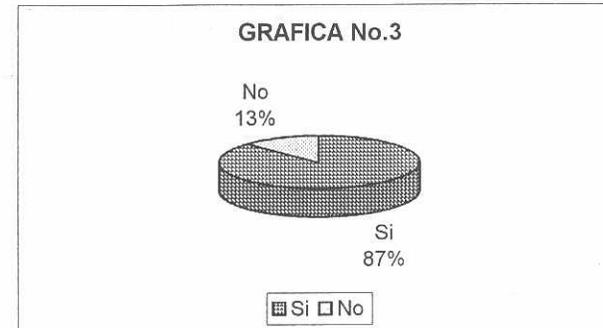
El 61% contestaron no recibir educación sexual en el Centro de Salud de San Luis Jilotepeque, Jalapa; mientras el 39% contestaron que sí han recibido información de educación sexual por parte del personal del Centro de Salud, siendo el motivo principal de esta baja cobertura, según lo manifiestan enfermeras del centro de salud, la falta de personal, ya que la alta demanda de consulta disminuye el tiempo para desarrollar un buen plan educacional y poder orientar a cada paciente sobre estos temas.

CUADRO No. 3

IMPORTANCIA QUE EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD, IMPARTA PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL.
Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva en el municipio de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Si	326	87
No	48	13
Total	374	100

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo.)



ANÁLISIS No. 3

Muestra el interés que le da la mujer indígena de San Luis Jilotepeque a un programa de educación sexual, pues el 87% contestaron que si es importante que se impartan dichos programas, Lo cual constituye un reflejo de la inquietud por tener más conocimientos con respecto a sus salud sexual y sexualidad. El 13% no mostró interés pero es una cantidad no muy significativa.

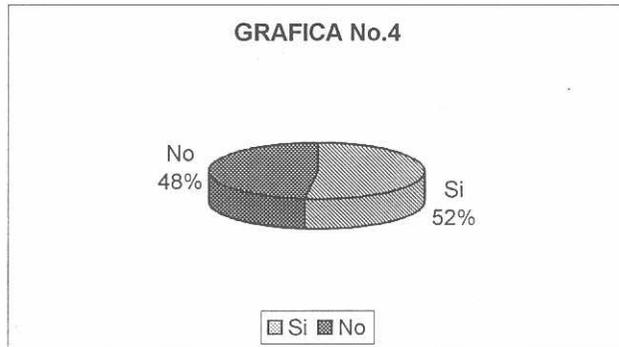
CUADRO No. 4

¿HA HABLADO DE EDUCACIÓN SEXUAL CON ALGUNA PERSONA?

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva en el municipio de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Si	194	52
No	180	48
Total	374	100

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANÁLISIS No.4

En el análisis del cuadro número uno se observó que el porcentaje de mujeres encuestadas que afirmaron haber recibido información sobre educación sexual fue considerablemente bueno, lo que en el presente cuadro se corrobora dicho análisis ya que un 52% si afirman haber hablado alguna vez con alguien sobre temas sexuales lo que nos muestra inquietud por el conocimiento de los mismos. Sin embargo esto no es lo mejor pues no es den gran ayuda para la población , ya que solo hablar del tema con alguien no significa que esta platica sea correcta o real , por eso es necesario que la información sea una información adecuada, que llene las expectativas de la población y ayude a enriquecer sus conocimientos sobre educación sexual.

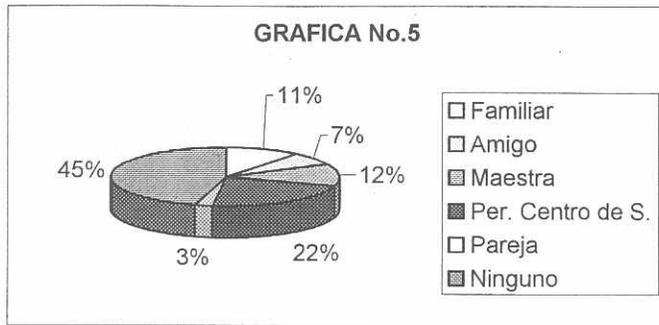
CUADRO No. 5

¿DE QUIEN HA RECIBIDO EDUACIÓN SEXUAL?

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Familiar	42	11
Amigo	28	7
Maestro	48	12
Personal Centro de Salud	89	22
Pareja	10	3
Ninguno	181	45

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANÁLISIS No. 5

En la grafica No. 3 se observo que las mujeres no han recibido la suficiente educación sexual en el centro de salud, pero según la interpretación de esta gráfica el 22% ha recibido educación sexual en el antes mencionado, y se puede observar que todavía existe falta de comunicación en la pareja pues esta nos da un 3%, mientras que dentro de los establecimientos se da este tipo de información en un 12%, en el hogar un 11%, y con sus amigos un 7%, recibiendo algunas de las encuestadas información por parte de dos o tres personas. Mientras que el 45% niega haber recibido educación sexual con alguna persona, por lo que nos damos cuenta que un gran porcentaje de la población el hablar de sexo continua siendo un tabú.

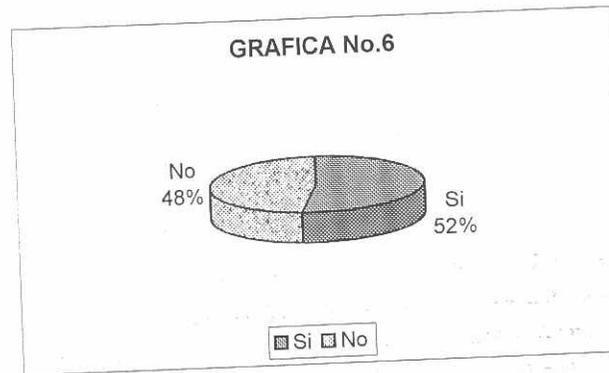
CUADRO No. 6

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad Reproductiva de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Si	195	52
No	179	48
Total	374	100

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANÁLISIS No. 6

La gráfica No. 6 indica que el 52% de las mujeres indígenas encuestadas si han recibido información sobre enfermedades de transmisión sexual, lo cual refleja el interés, como en los otros análisis, han demostrando sobre este tema. El 48 % contestaron no haber recibido información sobre dichas enfermedades, lo cual es, alarmante que las mujeres no estén al tanto de estas enfermedades, ya que pueden contagiarse por no conocer la forma de transmisión y los mecanismos de prevención, además de que no estarán en capacidad de poder orientar a sus hijos en el futuro sobre el particular. Por ello es muy importante educar a la mujer indígena en estos temas, puesto que esta en juego sus salud y la de sus familia.

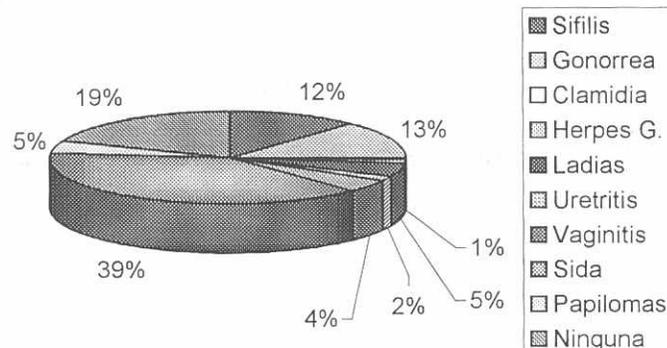
CUADRO No.7

¿QUÉ ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL CONOCES?
Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Sífilis	66	12
Gonorrea	73	13
Clamidia	0	0
Herpes Genital	7	1
Ladías	26	5
Uretritis	9	2
Vaginitis	24	4
SIDA	214	39
Papilomas	25	5
Ninguna	103	19

Fuente: Cuestionario utilizado en encuestas (ver anexo)

GRAFICA No.7



ANÁLISIS No. 7

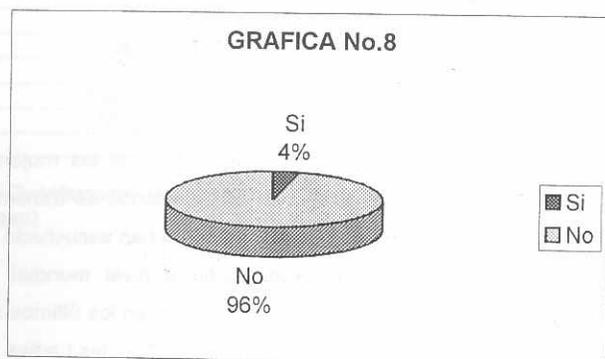
En la gráfica No. 6 se observó que un 52% de las mujeres encuestadas afirmaron haber recibido información sobre enfermedades de transmisión sexual, y en la gráfica No. 7 el 39% indica que si conocen o han escuchado sobre el SIDA, pues esta es una enfermedad de propagación a nivel mundial, que ha sido mencionada en la mayoría de medios de comunicación en los últimos años. Le sigue en su orden, la Gonorrea con un 13%, la sífilis con un 12%, las Ladías y las Papilomas en un 5%, Vaginitis con un 4%, Uretritis con un 2% y Herpes genital con un 1%. También se puede observar que un 19% de las mujeres encuestadas manifestaron no tener conocimiento sobre ninguna enfermedad de transmisión sexual.

CUADRO No. 8

¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL?
Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Si	15	4
No	359	96
Total	374	100

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANÁLISIS No. 8

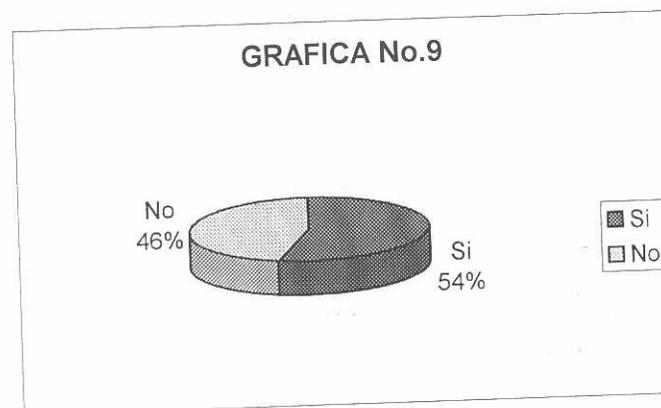
El 96% de las mujeres encuestadas afirman no haber padecido ninguna enfermedad de transmisión sexual. Sin embargo el 4% admitieron haber padecido alguna enfermedad de este tipo, lo cual indica que la mujer indígena también se encuentra expuesta a este tipo de contagio, situación que podría reducirse si tuviera conocimientos adecuados sobre las mismas, ya que ellas son las que deben tomar las precauciones necesarias, considerando que en la mayoría de los casos han sido contagiadas por los novios o esposos.

CUADRO No. 9

HA RECIBIDO INFORMACIÓN DE CÓMO QUEDAR EMBARAZADA?
Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del Departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Si	203	54
No	171	46
Total	374	100

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANÁLISIS No.9

El 54% afirma haber recibido orientación de cómo evitar quedar embarazada, mientras el 46% no ha recibido información de cómo evitar un embarazo, situación que es alarmante ya que el 52% no utiliza ningún medio para evitar los embarazos frecuentes y esto como consecuencia produce aumento en el número de hijos por familia. Además de riesgos a la salud reproductiva de la mujer indígena, por tantos embarazos frecuentes.

CUADRO No. 10

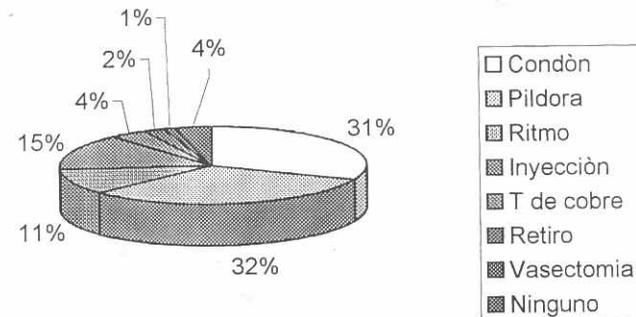
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del Departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Píldora	158	32
Condón	157	31
Ritmo	53	11
Inyección	74	15
T. de cobre	20	4
Retiro	11	2
Vasectomía	5	1
Ninguno	20	4

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)

GRAFICA No.10



ANÁLISIS No. 10

Con respecto a los métodos anticonceptivos que conocen las mujeres encuestadas, se observó que un 54% de las mujeres afirmaron haber recibido información sobre los mismos, siendo en primer lugar la píldora con 32% del total de las encuestas, le siguen

En su orden el condón con 31%, la inyección con 15%, el ritmo con 11%, la T de cobre con 4%, el retiro con 2%, La vasectomía con 1% y por último el 4% de las mujeres indígenas que refirieron no conocer ninguno de los métodos anticonceptivos mencionados. Con respecto a este resultado se considera que el hecho de no recibir información de cómo evitar quedar embarazada no implica el desconocimiento total de un método anticonceptivo. Las píldoras anticonceptivas y los preservativos son las que ocupan los mayores porcentajes debido a las campañas publicitarias que promocionan los métodos de planificación familiar por radio y televisión.

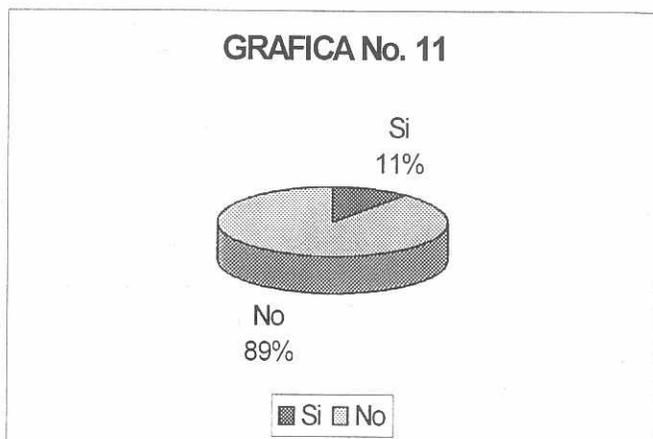
CUADRO No. 11

PLANTAS QUE CONOCEN PARA EVITAR LOS EMBARAZOS

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	NO.	%
Si	30	11
No	244	89
Total	374	100

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANALISIS No. 11

De las mujeres indígenas encuestadas el 89% negó conocer o aplicar algún tipo de plantas para evitar los embarazos, mientras el 11% admitió conocer o aplicar alguna planta para evitar embarazos, entre las más mencionadas están: El agua de semilla de aguacate, Agua de hojas de shacté.

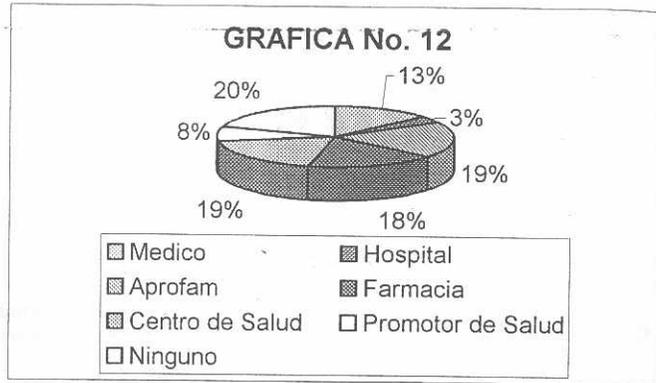
CUADRO No. 12

QUE MEDIOS CONOCE PARA OBTENER MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Medico	69	13
Hospital	18	3
Aprofan	104	20
Farmacia	96	19
Centro de Salud	99	19
Promotor de salud	43	8
Ninguno	105	18

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver Anexo)



ANALISIS No.12

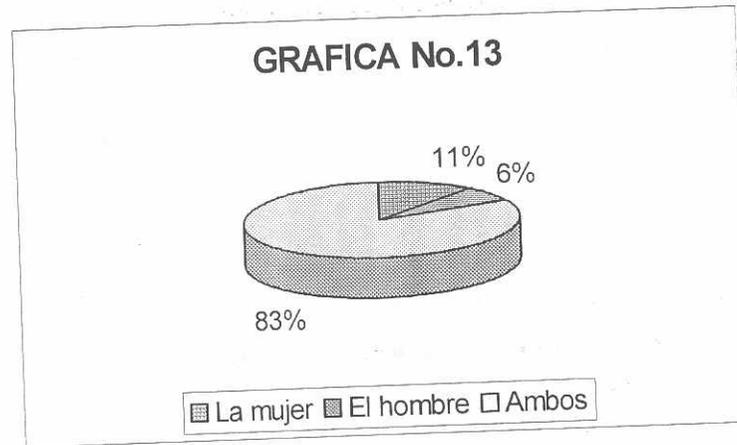
Entre los centros o lugares mas conocidos para obtener algún método anticonceptivo se encuentran en primer lugar APROFAM con 20%, Centro de Salud y Farmacias con 19% , Médicos 13%, Promotor de Salud 8% , Hospital con 3%. Con respecto a dichos resultados, se considera que en gran medida se debe a las campañas publicitarias realizadas por APROFAM, sin embargo un 18% de las mujeres indígenas encuestadas manifestaron no conocer ningún medio donde obtenerlos. Por ello es recomendable que en el Centro de Salud se tome en cuenta este aspecto en sus planes de trabajo; programando platicas comunitarias al respecto y de ser posible llegar a la población por medio de la radio local.

CUADRO No.13

QUIEN DEBE DE TOMAR LA DECISIÓN DE USAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
La mujer	42	11
El hombre	24	6
Ambos	308	83
Total	374	100

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta(Ver anexo)



ANALISIS No. 13

Con respecto a quién debe tomar la decisión de usar algún método anticonceptivo, el 83% de las encuestadas respondieron que ambos, lo cual refleja; que la mayoría toma esta decisión en pareja mientras que un 11% contestaron que la mujer debe tomar esta decisión. Tambien se observa que el machismo continua presente pues un 6% considera que el hombre debe tomar la decisión, lo que se supone es debido a que el hombre se opone a que ellas utilicen un método anticonceptivo. Por ello es de importancia involucrar a los hombres en los programas de planificación familiar, para que ellos entiendan los beneficios que estos representan, tanto para la salud de su pareja como el bienestar de su hogar.

CUADRO No. 14

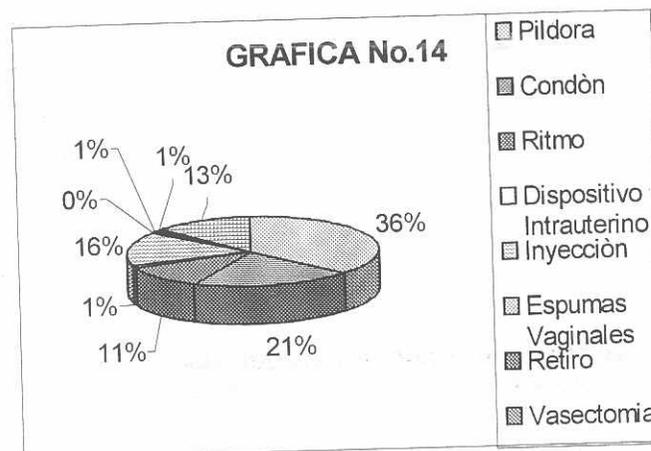
EL MEJOR MÉTODO ANTICOCEPTIVO

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Píldora	138	36
Condón	77	21
Ritmo	43	11
Dispositivo Intrauterino	4	1
Inyección	58	16
Espumas vaginales	1	0
Retiro	2	1
Vasectomía	4	1
Ninguno	47	13

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (Ver anexo)

GRAFICA No.14



ANALISIS No. 14.

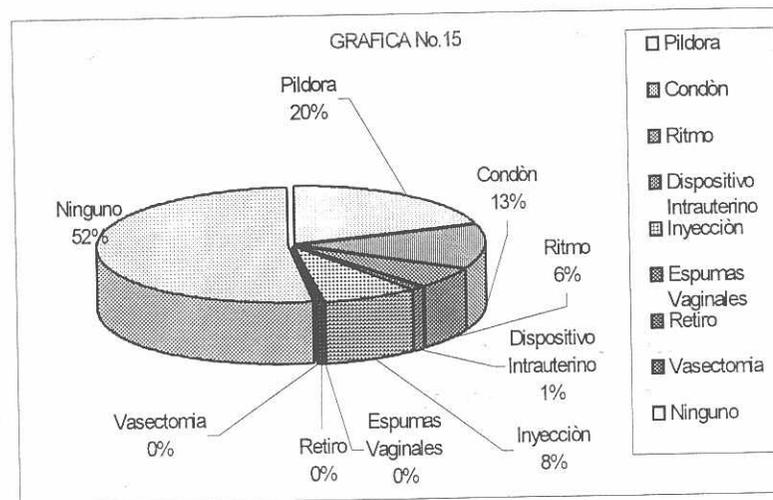
El 36% de las mujeres encuestadas considera que la Píldora es el mejor método, el Condón en un 21%, la Inyección en un 16%, el Ritmo en un 11%, el Dispositivo Intrauterino, Retiro y Vasectomía en 1%. Con respecto a estos resultados, la Píldora el Condón y la Inyección son los más aceptados ya que son ellas mismas las que llevan el control de su utilización, además de su facilidad de adquirir los mismos. El resto de métodos no se utilizan en gran porcentaje debido al desconocimiento de los mismos. Pero debemos hacer mención también del 13% que no dio ninguna opinión al respecto, pues no han recibido información sobre ellos.

CUADRO No. 15

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE HAN UTILIZADO
Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del Departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Píldora	84	20
Condón	53	13
Ritmo	25	6
Dispositivo Intrauterino	5	1
Inyección	34	8
Espumas vaginales	1	0
Retiro	1	0
Vasectomía	0	0
Ninguno	219	52

Fuente: Cuestionario Utilizado en encuesta
(Ver anexo)



ANÁLISIS No. 15

Los porcentajes en este análisis son similares al cuadro anterior pues las mujeres que estuvieron en capacidad de opinar sobre cual método anticonceptivo consideraba era el mejor, se debió precisamente a los métodos que conocen: La Píldora en un 20% y el Condón en un 15%, que son los más utilizados.

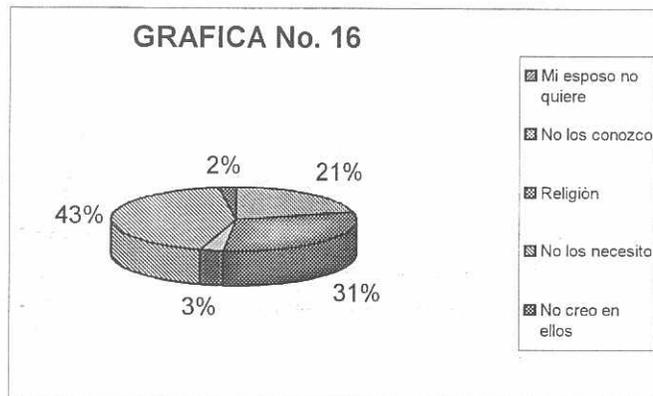
CUADRO No. 16

RAZÓN POR NO USAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del Departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Mi esposo no quiere	46	21
No los conozco	67	31
Religión	7	3
No los necesito	94	43
No creo en ellos	5	2

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (Ver anexo)



ANALISIS No. 16

Las razones por las que mujeres indígenas encuestadas no usan ningún método anticonceptivo fueron: En primer lugar no los necesitan 43%; le siguen en su orden que no los conocen 31%; con 21% que el esposo no quiere; Religión 2%; no creen en ellos 3%. Es importante hacer mención que el alto porcentaje de las mujeres que no necesitan dichos métodos son mujeres que en ese momento desean quedar embarazadas o mujeres que aún están solteras. El machismo de esposo, como en la gráfica anterior, se hace ver en un 21%, siendo otra de las barreras la religión que ocupa el 3%. A estas mujeres les han inculcado que evitar los embarazos es un pecado.

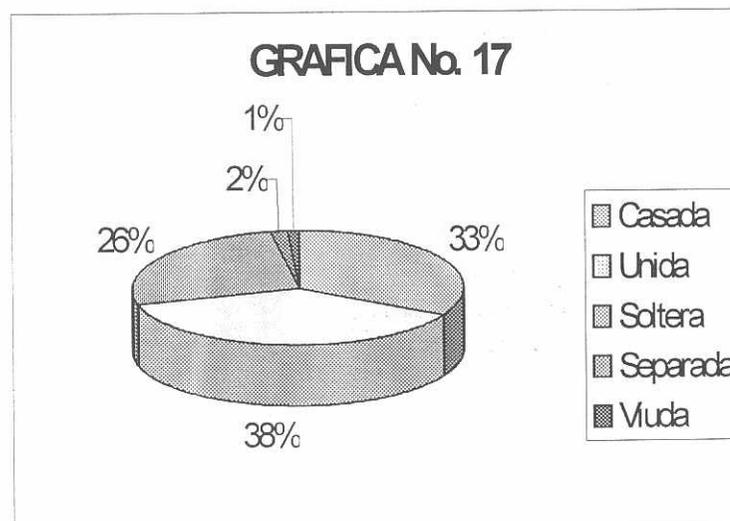
CUADRO No. 17

ESTADO CIVIL

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del Departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Casada	124	33
Unida	141	38
Soltera	99	26
Separada	6	2
Viuda	4	1

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANALISIS No. 17

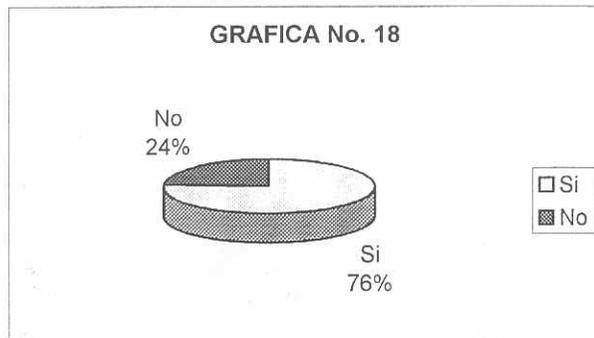
La gráfica representa el estado civil de las mujeres encuestadas ocupando el primer lugar las mujeres unidas con 38% y las mujeres casadas con 33%, siendo estas las que llevan una vida sexual activa, Solteras el 26%, Separadas 2%, y por ultimo con 1% viudas. El porcentaje mayor de mujeres las constituyen las unidas ya que antes de llegar al matrimonio la pareja opta por unir sus vidas.

CUADRO No. 18

HA TENIDO RELACIONES SEXUALES
Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Si	286	76
No	88	24
Total	374	100

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANALISIS No. 18

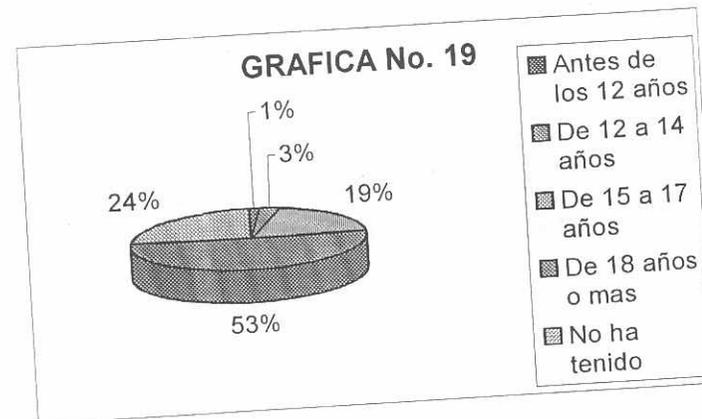
El 76% de las mujeres indígenas encuestadas han tenido relaciones sexuales mientras que 24% niega haberlas tenido, porcentaje ultimo que corresponde al grupo de las solteras. Sin embargo los conocimientos sobre salud reproductiva son necesarios aún para las mujeres solteras ya que serán de utilidad al tener su pareja.

CUADRO No. 19

A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL
Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Antes de los 12 años	5	1
De 12 a 14 años	11	3
De 15 a 17 años	72	19
De 18 años o mas	198	53
No ha tenido	88	24

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANALISIS No. 19

La mayoría de las mujeres indígenas inician su actividad sexual de 18 años en adelante, pues ocupa un 53%, el 19% entre 15 y 17 años, un 3%, de 12 a 14 años, un 1% antes de los 12 años; y el porcentaje de las mujeres solteras que no han tenido relaciones es de 24%, el hecho de ser soltera no indica no haber tenido relaciones. De acuerdo a los resultados expresados la mujer indígena del area pocomán espera cumplir la mayoría de edad para iniciar su vida sexual.

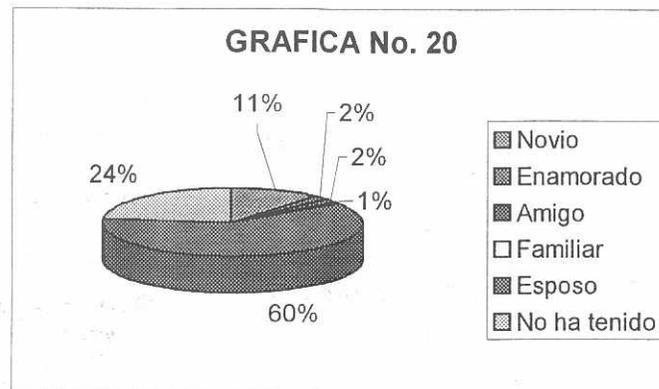
CUADRO No. 20

SI TUVO RELACIONES SEXUALES CON QUIEN LA TUVO

Encuesta realizada a mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del Departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Novio	40	11
Enamorado	8	2
Amigo	6	2
Familiar	2	1
Esposo	230	60
No ha tenido	88	24

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANALISIS No. 20

El 60% de las mujeres indígenas encuestadas su primera relación la tuvo con su esposo, el 11% con el novio, 2% con el enamorado o amigo, el 1% con un familiar y confirmando lo expuesto en la gráfica anterior el 24% no ha tenido relaciones. Se puede observar que la mujer indígena su primera relación la tiene al momento de decidir formar un hogar ya que su primera relación la tiene con su esposo.

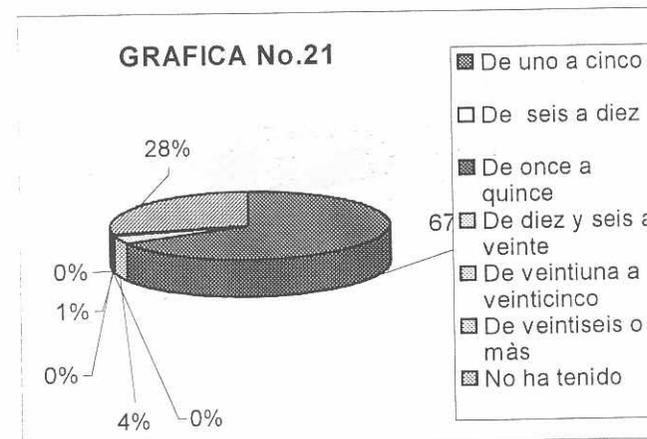
CUADRO No. 21

CUANTAS RELACIONES SEXUALES TIENE A LA SEMANA

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
De uno a cinco	251	67
De seis a Diez	15	4
De once a quince	3	1
De diez y seis a veinte	0	0
De veintiuna a veinticinco	0	0
De veintiséis o más	0	0
No ha tenido	105	28

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANALISIS No. 21

El 28% en esta oportunidad corresponde al 24% de las personas que no han tenido relaciones sexuales, y 4% corresponde a las personas separadas, viudas o que su esposo se encuentra fuera del hogar por trabajo. Un 67% de las mujeres indígenas afirman tener relaciones sexuales de 1 a 5 por semana. Un 4% de 6 a 10 relaciones sexuales por semana, de 11 a 15 1%.

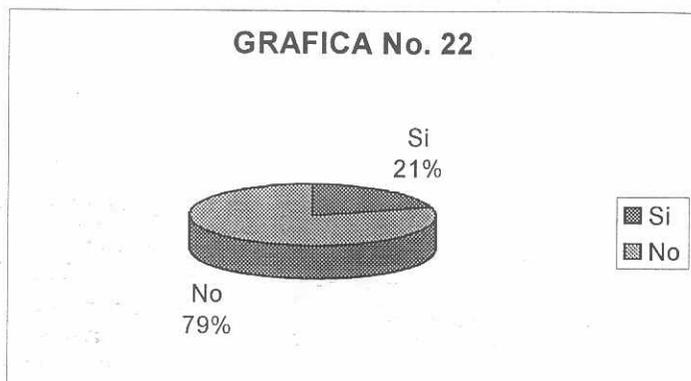
CUADRO No. 22

USO METODOS ANTICONCEPTIVOS EN SU PRIMERA RELACION

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del Departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Si	59	21
No	227	79
Total	374	100%

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANALISIS No. 22

El 79% de las mujeres indígenas encuestadas no usaron ningún método anticonceptivo en su primera relación pero, el 21% afirma haber usado los mismos. Es importante hacer notar que dentro del 79% se ven inmersos el porcentaje de las mujeres que nunca han tenido relaciones, y dentro del 21% se encuentran las que han tenido relaciones con su novio, enamorado, amigo, o esposo. Ya que con cualquiera de los anteriores tuvieron su primera relación.

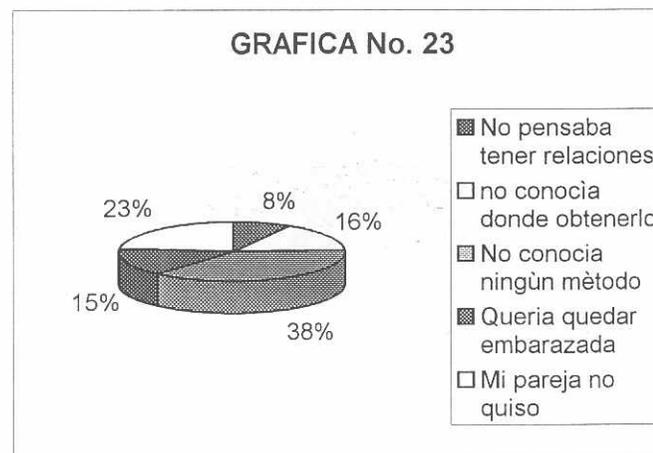
CUADRO No. 23

SI UTILIZO METODO ANTICONCEPTIVO EN SU PRIMERA RELACION CUAL FUE SU RAZON

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva del municipio de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
No pensaba tener relaciones	19	8
No conocía donde obtenerlo	36	16
No conocía ningún método	85	38
Quería quedar embarazada	34	15
Mi pareja no quiso	53	23

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANALISIS No. 23

En la gráfica No.22 el 79% no utilizó ningún método anticonceptivo, de este porcentaje el 38% no conocía ningún método anticonceptivo, el 16% no conocía donde obtenerlos, quería quedar embarazada un 15%, un 8% no pensaba tener relaciones y como se ha notado en gráficas anteriores el machismo continua en un 23%, ya que las mujeres contestaron que su pareja no quiso utilizar ningún método.

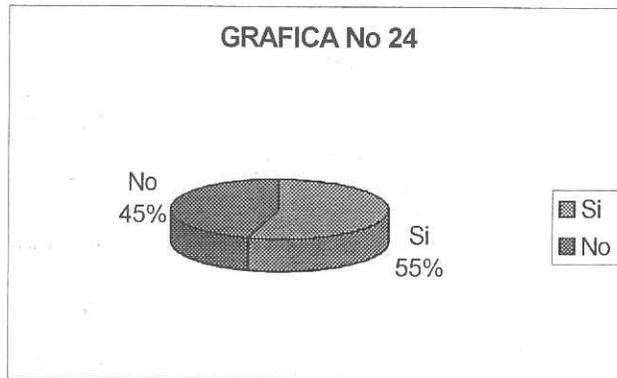
CUADRO No. 24

HA ESTADO EMBARAZADA

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del Departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Si	204	55
No	170	45
Total	374	100

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (Ver anexo)



ANALISIS No. 24

El 55% de las mujeres indígenas encuestadas han estado embarazadas, lo cual confirma que la mayoría de las mujeres indígenas, a pesar de que el 54% conocen los métodos anticonceptivos o su utilización, el número de embarazadas sobrepasa del 50%, el 45% no han estado embarazada; esto indica también que no todas las mujeres que tienen su vida sexual activa han estado embarazadas.

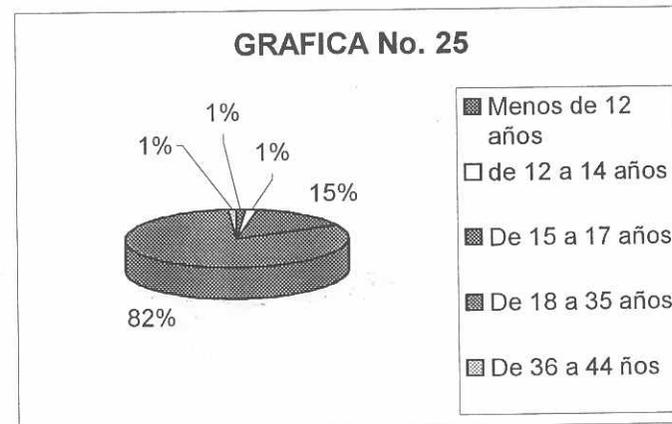
CUADRO No. 25

SI HA ESTADO ENBARAZADA QUE EDAD TENIA EN SU PRIMER EMBARAZO.

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del Departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Menos de 12 años	3	1
De 12 a 14 años	3	1
De 15 a 17 años	30	15
De 18 a 35 años	166	82
De 36 a 44 años	2	1

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANALISIS No. 25

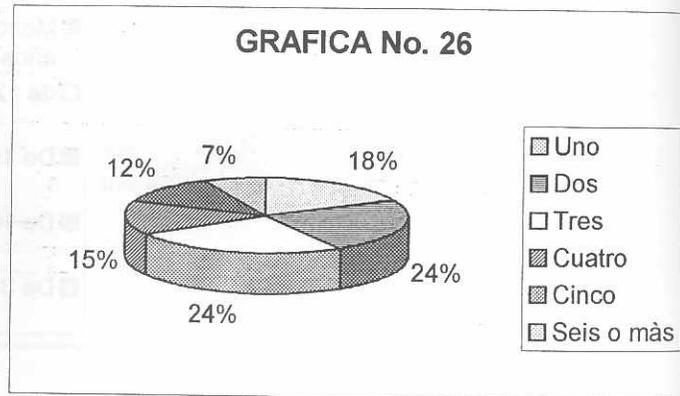
Del porcentaje de mujeres embarazadas (55%), el 82% lo estuvo de 18 a 35 años, lo que es congruente con los resultados de la gráfica No. 19 en la que se muestra que la primera relación sexual se da en dicha edad. Con lo anterior se puede analizar que al iniciar su vida sexual, por desconocimiento de métodos anticonceptivos o lugares donde adquirirlos, la tasa de embarazos es alta; un 15% corresponde a las edades de 15 a 17 años, siguiendo su orden con 1% menores de 12 años, al igual que de 12 a 14 años y de 36 a 44 años.

CUADRO No. 26

CUANTAS VECES HA ESTADO EMBARAZADA
Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del Departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Uno	36	18
Dos	48	24
Tres	51	24
Cuatro	30	15
Cinco	24	12
Seis o más	15	7

Fuente: cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)



ANALISIS No. 26

La cantidad de embarazos de las mujeres indígenas encuestadas no refleja una multiparidad, debido a que el 24% de las encuestadas ha tenido dos y tres embarazos, el 18% un embarazo, 15% cuatro embarazos, 12% cinco embarazos y por último con 7% seis o mas embarazos, Estos resultados establecen el poco conocimiento que posee la mujer indígena sobre planificación familiar.

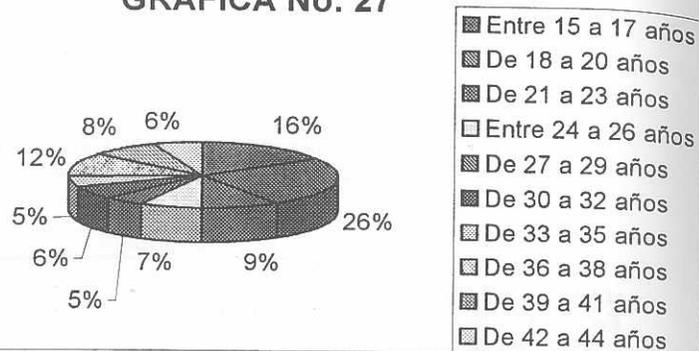
CUADRO No. 27

¿CUAL ES SU EDAD?
Encuesta realizada a 374 mujeres en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del Departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
Entre 15 a 17 años	59	16
De 18 a 20 años	93	26
De 21 a 23 años	35	9
Entre 24 a 26 años	28	7
De 27 a 29 años	19	5
De 30 a 32 años	24	6
De 33 a 35 años	19	5
De 36 a 38 años	44	12
De 39 a 41 años	31	8
De 42 a 44 años	22	6

Fuente: Cuestionario utilizado en encuesta (ver anexo)

GRAFICA No. 27



ANALISIS No. 27

El 26% de las encuestadas se sitúan entre 18 a 20 años, siguiéndole en su orden de 15 a 17 años 16%, de 36 a 38 años 12%, de 21 a 23 años 9%, de 24 a 26 años 7%, de 39 a 41 años 8%, y un 6% a las mujeres indígenas de 30 a 32, 42, a 44, y por último de 33 a 35 y de 27 a 29 un 5%.

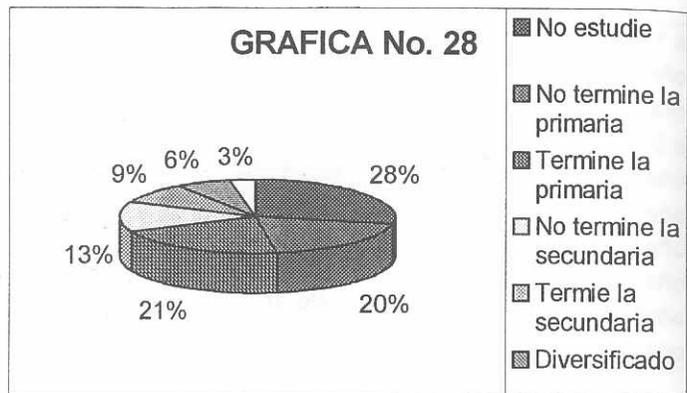
CUADRO No. 28

HASTA QUE AÑO ESTUDIO

Encuesta realizada a 374 mujeres indígenas en edad reproductiva de San Luis Jilotepeque del Departamento de Jalapa.

Respuesta	No.	%
No estudie	105	28
No termine la primaria	73	20
Termine la primaria	78	21
No termine la secundaria	49	13
Termine la secundaria	34	9
Diversificado	24	6
Universidad	11	3

Fuente: Cuestionario Utilizado en encuesta (ver anexo)



ANALISIS No. 28

Las mujeres que no estudiaron y las que no terminaron la primaria conforman el 48% que constituye casi la mitad de la muestra. Esto nos orienta a que los mensajes y medios escritos de información deben adecuarse a esta situación, de preferencia sin letras y en base a mensajes con dibujos que expresen ideas claras, para que estas sean comprendidas por la población analfabeta. Le siguen en su orden con 21%, las mujeres que terminaron la primaria, con 13% las que no terminaron la secundaria, 9% las que terminaron la secundaria, sumando un 9% diversificado y universidad, dicha muestra refleja que el nivel de escolaridad de San Luis Jilotepeque no es tan malo comparado con lo que se registra, según estadísticas globales, a nivel nacional, ya que el 12% alcanza a superar la primaria.

VIII. CONCLUSIONES

1. En un porcentaje (53%), las mujeres indígenas de la muestra, han recibido información específica sobre educación sexual y sexualidad, comparado con el 47% que no ha recibido información sobre el mismo. Sin embargo el número de mujeres indígenas encuestadas mostraron un buen interés de conocer más sobre estos temas, lo cual se puso de manifiesto ya que consideran que es muy importante que se impartan estos temas, para lo cual, las mujeres indígenas están en la buena disposición de participar en ellos.
2. El Centro de Salud de San Luis Jilotepeque Jalapa, ha venido realizando un trabajo en lo concerniente a las pláticas de educación sexual, pero falta ampliar su cobertura afín de que toda mujer indígena participe en las mismas para aumentar el nivel de conocimiento sobre salud sexual.
3. El conocimiento de enfermedades de transmisión sexual en la mujer indígena es de un 52%, este porcentaje, señalaron que las enfermedades más conocidas son: La Sífilis y La Gonorrea, sin embargo la mayoría ha escuchado sobre el SIDA, pero los conocimientos al respecto son muy escasos.

4. El desconocimiento sobre métodos anticonceptivos y en muchos casos el temor a utilizarlos, no permiten ningún tipo de planificación familiar, lo cual repercute grandemente en el espaciamiento de los embarazos y en la cantidad de hijos por familia, pues se determinó que las mujeres que los utilizan han tenido un máximo de tres embarazos, mientras las que no los utilizan han tenido más de tres embarazos. Y es necesario comentar que el hecho de conocer un método anticonceptivo no implica su utilización.

5. A pesar que San Luis Jilotepeque es un área eminentemente indígena Pocomán y de acuerdo a las creencias y costumbres de estos pueblos con la medicina natural, un alto porcentaje no conoce planta alguna que se utilice como método anticonceptivo. Y aunque un 11 % si las conoce pero es importante señalar que no hacen uso de ellas.

6. La salud reproductiva y los diferentes aspectos que la conforman, no son conocidos en una forma integral por la mayoría de las mujeres de la muestra que han manifestado algún grado de conocimiento, por lo que los beneficios que estos podrán proporcionarles de forma conjunta, son distintos a tener un conocimiento simple e individual de ellos.

IX. RECOMENDACIONES

La atención a la comunidad en cuanto a Educación en Salud debe incluir información, asesoramiento, comunicación, servicios de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y otras actividades relacionadas a la Salud Reproductiva.

El personal del Centro de Salud del municipio de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa, debe integrar un programa de educación en Salud Reproductiva, en las instituciones educativas, para lograr de esta forma mejorar la cobertura, ya que es en dichos lugares en donde se obtendrán mas beneficios, tomando en cuenta que la mayoría de las mujeres indígenas inician su vida sexual a corta edad, lo cual denota la importancia de instruirles en estos temas tempranamente.

3. Capacitar promotores en la comunidad, los cuales facilitarán la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud reproductiva, en especial a las adolescentes. Además programar pláticas de educación en Salud Reproductiva, en las cuales debe involucrarse directamente al hombre y orientarse a la enseñanza de la pareja en conjunto.

4. Tomar en cuenta que el primer nivel de atención en Salud a la comunidad es preventivo, por lo que deben implementarse planes de trabajo de orientación y enseñanza en Salud Reproductiva; lo cual puede realizarse por medio de la elaboración de afiches explicativos, de preferencia sin letras, únicamente dibujos que expresen ideas claras para que sean comprendidas por la población analfabeta, así como utilizar la promoción a través de la estación de la radio local.

X RESUMEN

El presente es un estudio descriptivo transversal sobre los conocimientos de la Salud Reproductiva en la Mujer Indígena del Area Pocomán, en 374 mujeres indígenas del municipio de San Luis Jilotepeque, departamento de Guatemala, que acudieron durante los meses de marzo y abril del 2001 a los diversos lugares de reunión y visita de los pocomanes, como: Centro de Salud, Clínica Parroquial, Salón Parroquial, Mercado Central, y que aceptaron participar en el estudio. El tamaño de la muestra se calculó de acuerdo a la fórmula estadística sugerida para trabajos descriptivos. (ver pag. 53).

De acuerdo a la muestra el 61% de dichas mujeres no ha recibido educación sexual en el Centro de Salud de San Luis Jilotepeque, sin embargo el 87% considera que es importante que se imparta en el puesto de salud programas de educación al respecto, lo cual constituye un reflejo de la inquietud por tener más conocimientos sobre dichos temas. Los métodos anticonceptivos que más conocen y utilizan en su orden son: Píldora 20%, Condón 15% e Inyección 8%.

Otro aspecto importante de señalar es que, el 4% de la muestra admitió haber padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual, como: Gonorrea, Sífilis, y Vaginitis; habiendo sido contagiadas en la mayoría de los casos por los novios o esposos quienes frecuentan otras mujeres.

Las enfermedades de transmisión sexual más conocidas por las mujeres indígenas en su orden son: El SIDA, 39%; Gonorrea 13%; Sífilis 12%. El 82% de las mujeres indígenas de la muestra han tenido su primer embarazo a los 18 - 32 años.

XI BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo sobre identidad y derechos de los pueblos indígenas 31 de marzo de 1995, (Acuerdos de paz).
3. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1990; Pg 60, 162,655.
4. Bowie W. et al: Chlamydiae en su microbiología Médica Jawetz Ernest 13 Edición el manual moderno México p (281-288).
5. Brownlee H. Tibbels. C. Vasectomy. Journal of family practice 1983; 16(2) 279-84.
6. Conferencia centroamericana para una maternidad sin riesgos, "Declaración de Guatemala para una maternidad segura". Guatemala 1992.
7. Danforth. "Tratado de obstetricia y Ginecología" 4ta. Edición 1990. México D.F. P (246-275)
8. Diane E. Papalia "Desarrollo de la personalidad en el adolescente". En su psicología del desarrollo, 3era Edición, McGraw-Hill, 1982.
9. Dirección General de Salud pública "Informe de enfermedades de notificación obligatoria por regiones y Areas de salud". Guatemala 1993.
10. Family Care International "Acción para el siglo XXI. Salud y Derechos Reproductivos para todos". Programa de acción de la CIPD. CAIRO 1994 p (12-45)
11. Federación Internacional de planificación de la familia. "Comprender a los adolescentes. Un informe de la IPP sobre las necesidades de la gente joven en materia de salud sexual y Reproductiva.". 1082 p (6-11)
12. Fitzgerald B.J. "Espiroquetas y otros Microorganismos espirales en Microbiología Médica Jawetz", el manual moderno 13 Edición México p (267-274).

13. Goodman y Gilman. "Las bases farmacológicas de la Terapéutica". 8 Edición, Editorial Interamericana 191.
14. Goubad carrera, Antonio "Del conocimiento del Indio Guatemalteco". Tradiciones populares. Revista no. 14 USAC, Guatemala 1980 p (205)
15. Jones H.w Et al Chamydieae Trachomatis, en "Tratado de Ginecología de Novack". Mexico Interamecana Mcgraw Hill, 11 Edición, 1991.
16. Krupp A. "Diagnostico clínico y Tratamiento" 14 Edición Editorial Interamericana México 1988.
17. López G. Alberto Vinicio "conocimiento, Actitudes y Uso de los Métodos Anticonceptivos por las mujeres en edad Reproductiva y su repercusión en el riesgo Reproductivo". (Tesis Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1994.
18. Mario Roberto Morales, La articulación de las diferencias ó del síndrome de Maximón, 1998. Editorial Serviprensa C.A.
19. M. Ward Victor, T. Bertrand jane, pauac José rancisco "Comportamiento Sexual y Aceptación de la planificación Familiar en la población Maya-quiche en Guatemala". Octubre 1990.
20. Magaña Lopez, Byron Daniel "Conocimiento creencias y prácticas sobre Educación sexual en Estudiantes que cursan el nivel diversificado de enseñanza". (Tesis Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1990.
21. Martinez ortiz, Aura A. "Conocimientos, Actitudes y practicas de Métodos Anticonceptivos en una comunidad Indígena ." (Tesis Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1995.
22. Medinilla Cruz Mario Arturo "Conocimientos, Influencias y prácticas del uso de métodos anticonceptivos en Estudiantes de 4to. Año de la carrera de Medicina de la Universidad de San Carlos". (Tesis Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1994.
23. Mejía c. "infección por virus de Inmunodeficiencia Humana en Guatemala". Revista del colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala octubre-diciembre 1992 P (9-22)
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, Dirección General de servicios de Salud, Departamento Materno Infantil "Normas de Atención de Salud Materno Infantil". Plan Nacional de Salud Materno- infantil 1992-1996.
25. Meeting report: Norplantr Implants issues related to removal and quality or care. Washington.DC. U SAID; juveb, 1995.
26. Victor O. Sandoval Monografía de San Luis Jilotepeque, 1997.(Pag. 27-72)
27. Muñoz Aquino Otoniel "conocimientos y prácticas que tiene los empleados de Farmacias sobre Infecciones Respiratorias". (Tesis Médico y Cirujano) , Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1993.
28. Network en español "Family Health International". Vol 16, No. 3, 1996 P(13-13).
29. Network en español "family Health International". Vol 8, No. 1, 1993 p (16-19)
30. Network en Español "family Health International". Vol 10 , No. 2 1995 p (913).
31. Número Especial de 1992, "Perspectivas Internacionales en planificación Familiar". P (19-25)
32. Organización panamericana de la Salud "Análisis de Salud en Guatemala por Regiones". Enero-Junio 1992 57 (29-37)
33. Pernol L.M. "Diagnostico y Tratamiento Ginecológico" Edición pretice Hall. Editorial El Manuel Moderno S. A. México p (145-148).
34. Populatiön Reports, "Vasectomía, Nuevas oportunidades". Serie D #5. 1992 p(24)
35. Proyecto instituto nacional de salud de Guatemala 1999 situación de salud facultad de ciencias médicas USAC, Salud pública tercer año.

36. Rafael Falabella f. Carlos E. Escobar R. Nelson Giraldo R. 2 enfermedades de Transmisión sexual. En su: Dermatología, 4ta. Edición 1991 P (395-397)
37. Recomendaciones para la actualización de práctica Seleccionada en el uso de anticonceptivos. Tomo II Edición USAID Septiembre 1997.
38. Ricoy Vasquez L. A. "Abuso y explotación Sexual, en Niñas y Adolescentes". (Tesis Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1991.
39. Rivera Lémus Iliana Betsabé "Análisis de papel de la religión con respecto al síndrome de Inmunodeficiencia adquirido en Guatemala". (Tesis Médico y Cirujano), Universidad San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas, 1994 47P (7-25).
40. Rivera Mejía Eduardo Alberto "Conocimientos de Salud Reproductiva en la niña sexualmente Explotada". (Tesis Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1996 68 P (5)
41. Robins y Contra. "Patología Estructural y Funcional". 4 ta. Edición Editorial Interamericana México 1990.
42. Rodriguez Gil Ingrid Janteh "Diagnóstico de Anticuerpos de Chamydieae Trachomatis en la Región faringea en trabajadoras del sexo". (Tesis Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1994 38p (7-15)
43. Rodriguez Rouanet, Francisco "El Indígena Guatemalteco". Su cultura tradicional, complejos problemas y posibles soluciones. Comité de Cultura del Banco de Guatemala. Lito Van Color S.A. Guatemala 1990. P (9-11).
44. Severo Martínez Pelaez, "Racismo y análisis histórico en la definición del indio guatemalteco". Investigación para la docencia, departamento de publicaciones Facultad de ciencias económicas USAC (Pag. 12-38)
45. Simpson J, Phillips O. Spermicides, hormonal contracepción and congenital malformatoris. Advances in contacepción 1990 6(3) 141.
46. Tejiendo la paz desde la vida cotidiana, centro de desarrollo municipal y comunitario, auspiciado por la unión Europea octubre de 1997. Pag. 43-46

47. The Alan Gutt Machev Institute "Un perfil de las Americas. Adolescentes de hoy, padres del mañana".
48. Tratado de pediatria de Nelson 14 Edición, Editorial Interamericana 1993.
49. Williams, obstetricia 4ta. Edición Salvat editores S.A. 1996.
50. Williams Gant, Macdonald y Pritchard "Planificación Familiar" en su obstetricia, Cap 40 3era Edición Editorial Salvat. México 1987 p (787-808).
51. World Health Organization Contraceptives efficacy and side affects. Contracepción 1994 49 (4) 387-98
52. Word health Organization facts about once-a- moth injectable contraceptives, memorandum from awho meeting. Bulletin ob the world health Organization 1993, 71 (6) 677-89
53. World Health Organization . Task force on famale sterilization, contracepción 1982;26;495

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ENCUESTA

CONOCIMIENTO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN LA MUJER
INDIGENA.

PUEDA CONTESTAR CON TODA LIBERTAD PUES LAS PREGUNTAS QUE
A CONTINUACIÓN SE HACEN SON CONFIDENCIALES.

INSTRUCCIONES: Marque la respuesta con una X.

1. Ha recibido información sobre educación sexual ?

SI _____ NO _____

2. Reciben educación sexual en el Centro de Salud del municipio de San Luis
Jilotepeque ?

SI _____ NO _____

3. Cree que es importante que el personal de salud de San Luis Jilotepeque
imparta programas de educación sexual ?

SI _____ NO _____

4. Ha hablado de Educación sexual con alguna Persona?

SI _____ NO _____

5. De quién ha recibido educación sexual ?

- A. FAMILIAR _____ D. PERSONAL DEL CENTRO DE
B. AMIGO _____ SALUD _____
C. MAESTRA _____ E. PAREJA _____
F. NINGUNO _____

ESPECIFIQUE _____

6. Ha recibido información sobre enfermedades de transmisión sexual?

SI _____ NO _____

7. Qué enfermedad de transmisión sexual conoce ?

- A. SIFILIS _____
B. GONORREA _____
C. CLAMIDIA _____
D. HERPES GENITAL _____
E. CLADIAS _____
F. URETRITIS _____
G. VAGINITIS _____
H. SIDA _____
I. PAPILOMAS _____
J. OTRAS _____
K. NINGUNO _____

8. Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?

SI _____ NO _____

9. Ha recibido información de cómo evitar quedar embarazada?

SI _____ NO _____

10. Qué métodos anticonceptivos conoce?

- A. PILDORA _____ F. T DE COBRE _____
B. CONDON _____ G. RETIRO _____
D. RITMO _____ H. VASECTOMIA _____
E. INYECCION _____ I. NINGUNO _____

11. Qué plantas conoce o aplica en su comunidad para evitar los embarazos?

12. Para obtener métodos anticonceptivos que medios conoce?

- A. MEDICO _____
B. HOSPITAL _____
C. APROFAM _____
D. FARMACIA _____
E. CENTRO DE SALUD _____
F. PROMOTOR DE SALUD _____
G. ESPECIFIQUE _____
H. NINGUNO _____

13. Quién cree que debe de tomar la decisión de usar un método anticonceptivo?

- A. LA MUJER _____
B. EL HOMBRE _____
C. AMBOS _____

14. Cuál cree usted que es el mejor método anticonceptivo?

- A. PILDORA _____
- B. CONDÓN _____
- C. RITMO _____
- D. DISPOSITIVO INTRAUTERINO _____
- E. INYECCION _____
- F. ESPUMAS VAGINALES _____
- G. RETIRO _____
- H. VASECTOMIA _____
- I. NINGUNO _____

15. Indique qué método anticonceptivo utiliza o ha utilizado ?

- A. PILDORA _____
- B. CONDON _____
- C. RITMO _____
- D. DISPOSITIVO INTRAUTERINO _____
- E. INYECCION _____
- F. ESPUMAS VAGINALES _____
- G. RETIRO _____
- H. VASECTOMIA _____
- I. NINGUNO _____

16. Si no utiliza ningún método anticonceptivo, cuál es la razón?

- A. MI ESPOSO NO QUIERE _____
- B. NO LOS CONOZCO _____
- C. RELIGIÓN _____
- D. NO LOS NECESITO _____
- E. NO CREO EN ELLOS _____

17. Cuál es su estado Civil?

- A. CASADA _____
- B. UNIDA _____
- C. SOLTERA _____
- D. SEPARADA _____
- E. VIUDA _____

18. Ha tenido relaciones sexuales?

SI _____
NO _____

19. Ha qué edad tuvo su primera relación sexual?

- A. ANTES DE LOS 12 AÑOS _____
- B. DE 12 A 14 AÑOS _____
- C. DE 15 A 17 AÑOS _____
- D. DE 18 O MÁS _____
- E. NO HA TENIDO _____

20. Si tuvo relación sexual, con quien la tuvo?

- A. NOVIO _____
- B. ENAMORADO _____
- C. AMIGO _____
- D. FAMILIAR _____
- E. ESPOSO _____
- F. NINGUNO _____

21. Cuántas relaciones sexuales tiene a la semana?

- A. DE UNO A CINCO _____
- B. DE SEIS A DIEZ _____
- C. DE ONCE A QUINCE _____
- D. DE DIEZ Y SEIS A VEINTE _____
- E. DE VEINTIUNO A VEINTICINCO _____
- F. DE VEINTISEIS O MAS _____
- G. NINGUNO _____

22. Usó métodos anticonceptivos en su primera relación?

SI _____
NO _____

23. Si no utilizó método anticonceptivo en su primera relación cual fue su razón?

- A. NO PENSABA TENER RELACIONES _____
- B. NO CONOCIA DONDE OBTENERLOS _____
- C. NO CONOCIA NINGUN METODO _____
- D. QUERIA QUEDAR EMBARAZADA _____
- E. MI PAREJA NO QUISO _____
- F. NO HA TENIDO _____

24. Ha estado embarazada?

SI _____

NO _____

25. Si ha estado embarazada qué edad tenía en su primer embarazo?

- A. MENOS DE 12 AÑOS _____
- B. DE 12 A 14 AÑOS _____
- C. DE 15 A 17 AÑOS _____
- D. DE 18 A 35 AÑOS _____
- E. DE 36 A 44 AÑOS _____

26. Cuántas veces ha estado embarazada?

- A. UNO _____
- B. DOS _____
- C. TRES _____
- D. CUATRO _____
- E. CINCO _____
- F. SEIS O MÁS _____

27.Cuál es su edad?

- A. ENTRE 15 A 17 AÑOS _____
- B. DE 18 A 20 AÑOS _____
- C. DE 21 A 23 AÑOS _____
- D. DE 24 A 26 AÑOS _____
- E. DE 27 A 29 AÑOS _____
- F. DE 30 A 32 AÑOS _____
- G. DE 33 A 35 AÑOS _____
- H. DE 36 A 38 AÑOS _____
- I. DE 39 A 41 AÑOS _____
- J. DE 42 A 44 AÑOS _____

28. Hasta qué año estudio?

- A. NO ESTUDIE _____
- B. NO TERMINE LA PRIMARIA _____
- C. TERMINE LA PRIMARIA _____
- D. NO TERMINE LA SECUNDARIA _____
- E. TERMINE LA SECUNDARIA _____
- F. DIVERSIFICADO _____
- G. UNIVERSIDAD _____

Paat reh k'uh't gataa-carlos reh panchuan rikuarkiil reh naab'al iq'uab'.

Pahqinik

Naab'al reh yo'oj k'acharik pech taaie ixoq yajwiril.

Kiruajb'i nak'ulnaah taqie' riyu' pahqinik ru'um quhab'wach ixb'il, narajo rub'arem.

Cha'an jayu'inki: Chasir pech jenaj x ma' kiruah, k'ul-alnaah.

. Yo'uajchi haweh k'utaaj pi'inki anoj ak'un

je' _____ quje' _____

.. Hinyie'ri k'utaaj pi'inki kiruah anoj ak'un yajwi pan paat iq'uab'al, pan gatinamiit, tawich xilek-pek.

Je' _____ quje' _____

. Hab'arem ke hinq'ahxi kimik ch'ehe ma' anoj ak'un.

Je' _____ quje' _____

.. Ha'kehwach kimik q'aasiniel, wach anoj ak'un, haweht'el wach.

- A. SIFILIS _____
- B. GONORREA _____
- C. CLAMIDIA _____
- D. HERPES GENITAL _____
- E. LADIAS _____
- F. URETRITIS _____
- G. VAGINITIS _____
- H. SIDA _____
- I. PAPILOMAS _____
- J. OTRAS _____
- K. NINGUNO _____

... Nala' ya'weh, ke kiruah e maj kamanuam, pan paat iq'uab'al hinkiyie'

kiruahlaq k'utaaj pi'inki anoj ak'un yajwi pam gatinamiit.

Je' _____ quje' _____

.... Hak'utiaab' kiruah kutaaj pi'inki, kiruj anoj ak'un, pecn ha'wach winaq.

Je' _____ quje' _____

_____ Ha' majch'ehe hab'arem kiruahlag k'utaaj pi'inki hin-an ak'un:

- A. HAWAS _____ D. KAMANUAN WACH PAAT IQ'UAB'-AL _____
B. HAWUCHNIIB' _____ E. HAK'UL-IIL _____
C. HAK'AHTINIEL _____ F. IXB'IL _____

CHAG'OR _____

PA'WACH _____

... wih-inag hawach ha'keh kimik q'aasiniel, re'tah ru'um anoj ak'un.

Je' _____ quje' _____

.... Hab'arem kiruahag k'utaaj pi'inki hinkirujb'i na'an reh quunwii'

hawak'uun.

Je' _____ quje' _____

_____ Ha'kehwach iq'uab' reh quunwii' hawak'uun, haweht'el wach

- A. PILDORA _____
B. CONDON _____
C. RITMO _____
D. INYECCIÓN _____
E. T DE COBRE _____
F. RETIRO _____
G. VASECTOMIA _____
H. OTRO _____

I. NINGUNO _____

J. ESPECIFIQUE _____

_____ Ha'kehrach chaam hink'amik pan gatinamiit reh qunwii' ko' ixoq, haweht'el wach.

_____ Reh qunwii' hawak'uun, pila' ha-anom ya'weh, o haweht'el wach.

A. IG'UAB'-INIEL _____

B. PAAT IG'UAB'AL _____

C. APROFAN _____

D. K'AIB'AL IQ'UAB' _____

E. YO'OL IQ'UAB' _____

F. CHAQ'OR IXB'IL _____

G. QUHAB'-WAACH _____

...

_____ Pa'wach hink'ab'-rireh rehtah na'an iq'uab' reh qunwii' hawak'uun.

A. IXOQ _____

B. IMAAS _____

D. KA'B'OHLAAL _____

....

_____ Pa'kehchi tikiya'weh ke kiruah iq'uab' reh qunwii' ak'un.

A. PILDORA _____

B. CONDON _____

C. RITMO _____

D. T DE COBRE _____

E. INYECCIÓN _____

F. ESPUMAS VAGINALES _____

G. RETIRO _____

H. VASECTOMIA _____

I. OTROS (ESPECIFIQUE) _____

====
====
==== Chag'or pa'keh iq'uab' reh qunwii' hawak'uun

naak'amom o hak'amom.

- A. PILDORA _____
- B. CONDON _____
- C. RITMO _____
- D. T DE COBRE _____
- E. INYECCION _____
- F. ESPUMAS VAGINALES _____
- G. RETIRO _____
- H. VASECTOMÍA _____
- I. OTROS (ESPECIFIQUE) _____
- J. NINGUNO _____

====
====
==== Enqu hak'amom ha'keh iq'uab' reh quawii' hawak'uun,

pa'rietchi.

A. RU'UM NUB'AHIL QUUNRAAH _____

B. QUWEHT'EL WACH _____

C. RUTINAMIIT GATAAT QUUNRUYIE' Q'IIJ _____

D. QU'AN WAAH _____

E. QUNUK'AM-NAAH _____

..

==== Pila'inki willkaat.

- A. K'ULUB' - JINAQ _____
- B. HAK'AMOM- TAWIIB' _____
- C. IXQ'UN _____
- D. HAWUTKALEM _____
- E. HACH'AGOM- TAWIIB' _____

...

==== Ha-anom ak'un

Je' _____ quje' _____

.....
Jumpila' hahaab' naq xa'an piet ak'un.

- A. Majaa' haab' _____
B. Chiyajaal i haab' _____
C. chiyajaal i haab' _____
D. Wach haab' o xam _____

Exa'an ak'un ha'majch'ehe xa'an.

- A. pech ak'un _____
B. Pech aj-ixoq _____
C. pech hawuchnlib' _____
D. Pech wili-kaala' _____
E. Pech hab'ahiil _____
F. ixb'il (chag'or) _____

Jumpa'-pech anoj ak'un na'an wach jenaj poh.

- A. jenaj o tipani wach jo'ob' _____
B. Waqiib'o tipani wach lajib' _____
C. Junlajiib' o tipani wach lajib' _____
D. Waqlajiib' o tipani wach junwinaq _____
E. Junwinaq ruu'jenaj o tipaniwach junwinaq yuu' jo'ob' _____
F. Junwinaq ruu' lajiib' o na'an maas. _____

.. Xa'an iq'uab' reh qunwii' hawak'uun wach piet anoj ak'un.

Je' _____ quje' _____

... Enqu xa'an iq'uab' reh qunwii' hawak'uun, pa'riet wii'

- A. Qunaq naano'om anoj ak'un_____
- B. Qunaq hab'aren pa'wili-wii'_____
- C. Qunaq haweht'el wach pa'kehruu'_____
- D. Nawaahnaq tikahni hawhqaam hawiib'_____
- E. Hak'ul-iil quhraah._____ -

.... Hat wih-inaq hawihqaam hawiib'.

Je'_____ quje'_____

— Jumpila' hahaab' naq xawihqaah hawiib' piwet.

- A. Majaa' hahaab'_____
- B. wach a haab'_____
- C. wach a haab'_____
- D. wach a haab'_____
- E. Wach a haab'_____

... Jumpa'-pech hawihqaam hawiib'.

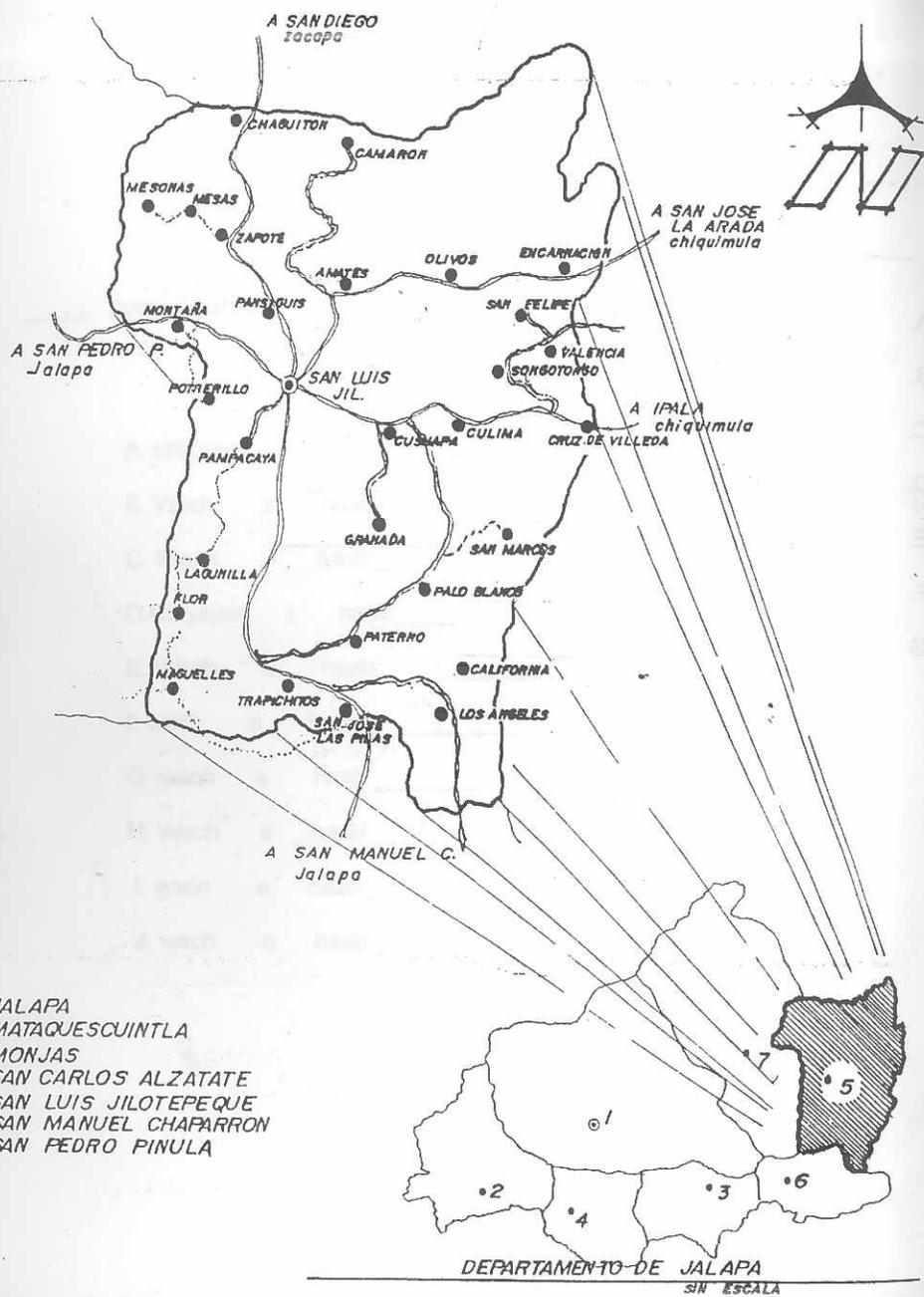
- A. jenaj_____
- B. ki'ib'_____
- C. ixib'_____
- D. kijib'_____
- E. Jo'ob'_____
- F. Waqiib' o maas_____

... Jumpa' hahaab'.

- A. chiyajaal i haab' _____
- B. Wach a haab' _____
- C. Wach a haab' _____
- D. Chiyajaal i haab' _____
- E. Wach a haab' _____
- f. wach a haab' _____
- G. wach a haab' _____
- H. Wach a haab' _____
- I. wach a haab' _____
- J. wach a haab' _____

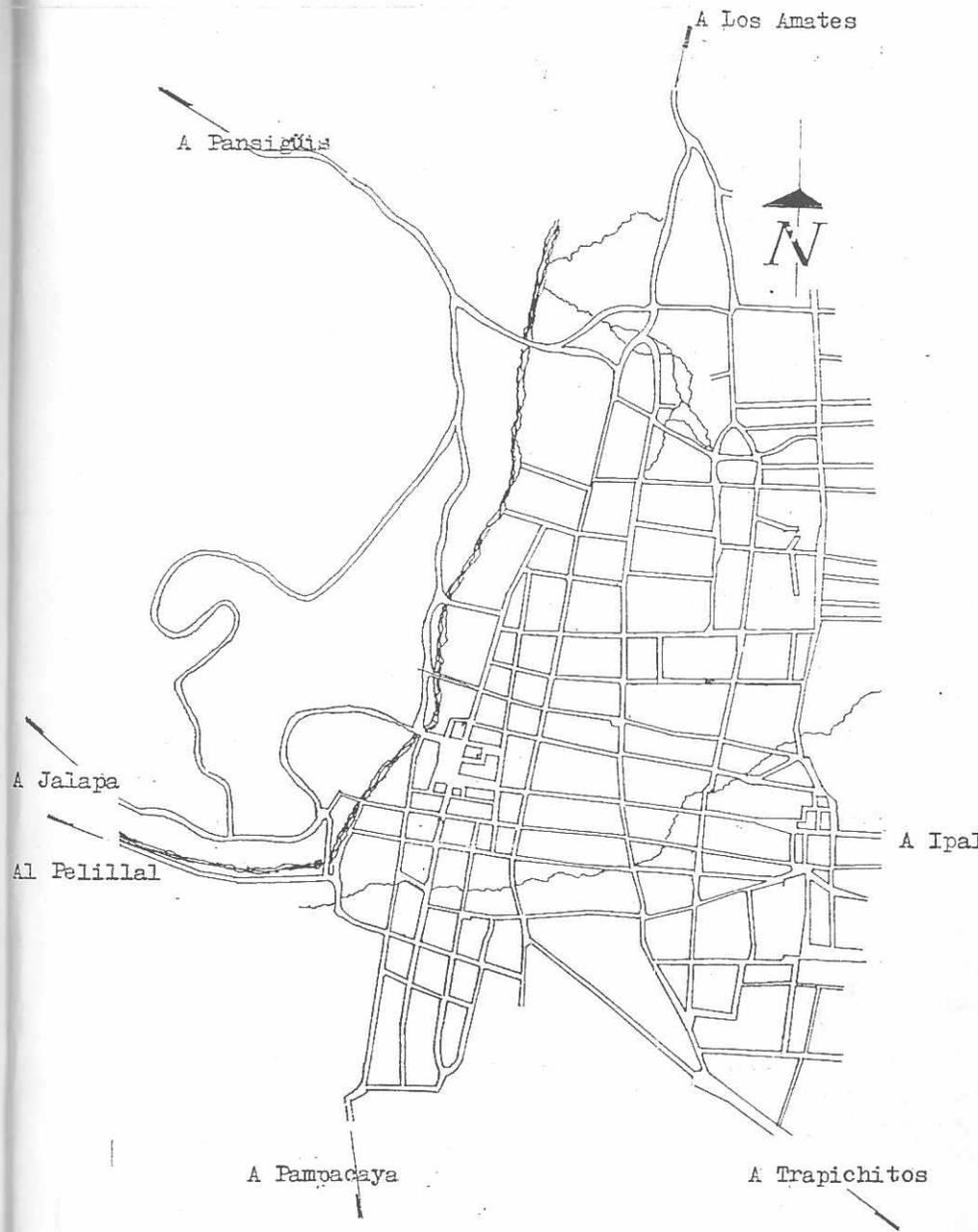
... Jumpa' haab' xakan k'uh.

- A. quxinwii' pank'uh _____
- B. Quhnuch'up waquiib' haab' _____
- C. Nupuansaah waqiib' haab' _____
- D. Quhnupuansaah ojlaqub' haab' _____
- E. Nupuansaah ojlaqub' haab' _____
- F. Diversificado _____
- G. Universidad _____



MAPA DEL MUNICIPIO DE SAN LUIS JILOTEPEQUE.

DISUJO MARVIN R. LOPEZ CARDONA



Mapa del Casco Urbano de San Luis Jilotepeque, Jalapa