

**CONOCIMIENTOS Y ACEPTACIÓN DE MÉTODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES INDÍGENAS
EN EDAD REPRODUCTIVA**



SILVIA NOEMÍ GARCÍA VELÁSQUEZ

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

I. Introducción.....	1
II. Definición y Análisis del Problema	3
III. Justificación.....	7
IV. Objetivos.....	9
V. Marco Teórico	11
VI. Material y Métodos	33
VII. Presentación, Análisis y discusión de Resultados	39
VIII. Conclusiones.....	59
IX. Recomendaciones	61
X. Resumen	63
XI. Referencias Bibliográficas	65
XII. Anexos.....	69

I. INTRODUCCIÓN.

Guatemala posee tasas de natalidad y fecundidad elevadas, el área rural y las mujeres indígenas son las que presentan las tasas más altas, asociado a este problema están las altas tasas de Morbi-mortalidad Materno-infantil por lo que el MSPAS con su Programa Nacional de Salud Reproductiva inicio hace 2 años a reforzar los programas de PF en todo el país por medio de los centros de salud.

El municipio de San Antonio Ilotenango, del departamento de El Quiché que tiene una población netamente indígena (97 %) presenta tasas de fecundidad elevadas por lo que se decide realizar la presente investigación operativa para evaluar los conocimientos y aceptación de los métodos de Planificación Familiar (PF) en mujeres indígenas en edad reproductiva. Se tomo una muestra de 373 mujeres las cuales fueron encuestadas encontrándose que 261 (69.98 %) mujeres no conocen los métodos de PF, siendo las que no tienen ningún grado de escolaridad (analfabetas) las que presentan el mayor porcentaje, y las de la religión evangélica.

El método más conocido y aceptado es el anticonceptivo inyectable de progestina.

La aceptación de los métodos de PF en la población estudiada es de 263 (70.50 %), y manifestaron que lo que no tenían era información correcta de la existencia, uso, ventajas y desventajas de los mismos. Se observo que los factores que más influyen en la aceptación o rechazo de los métodos anticonceptivos es el factor Socio-cultural, religioso, información deficiente y *equivoca de los métodos*. El pequeño número de mujeres que tienen información de PF, lo han adquirido de personal del centro de salud y saben que es ahí donde los pueden adquirir pero muchas de estas no saben que son gratuitos. Por lo que se concluye que hay una información deficiente sobre existencia, uso, ventajas y desventajas de los métodos de PF, a nivel de todo el municipio por lo que se recomienda planear estrategias de capacitación y orientación de maestros y el sector religioso para poder contrarrestar el problema.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.

Planificación Familiar (PF) está definido como el derecho y privilegio que tiene la pareja para decidir el número de hijos y frecuencia para procrearlos, utilizando para su efecto los métodos que prevengan o eviten la concepción que pueden ser mecánicos, químicos o farmacéuticos, quirúrgicos y físicos, adecuados para la regulación y espaciamiento temporal o permanente de la fecundidad. (3,5 y 15)

El programa de PF ha tenido en los últimos años, importantes avances en el país. Actualmente se dispone de una amplia gama de métodos accesibles para la población rural del país, canalizados por los centros o puestos de salud. Se reconoce hoy en día el derecho a que toda persona de sexo masculino o femenino este informada, comprenda y pueda elegir libremente el método anticonceptivo que desee. Existe mayor conocimiento de los efectos secundarios, riesgos e importantes beneficios de los métodos de PF. (13, 17)

Hace algunos años en el país era reducido el número de instituciones que se dedicaba a la PF, sin embargo en estos últimos dos años, se han incrementado los esfuerzos a nivel del interior del país sobre todo en los centros de salud por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), quienes debido a las altas tasas de Morbi-Mortalidad Materno-Infantil estableció el Programa Nacional Materno Infantil (PNMI) y el cual el 8 de Enero de 2,001 se convierte en el Programa Nacional de Salud Reproductiva 2,000-2,004, para informar, capacitar, mejorar la calidad y acceso de los servicios de planificación familiar, para poder modificar las tasas de fecundidad que es uno de los indicadores demográficos más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población; su importancia se basa en que constituye una de las estrategias para la disminución de la Mortalidad Materno-Infantil, la Tasa de fecundación ha disminuido en estos últimos 5 años, pero actualmente el nivel aún es elevado en varias regiones del país sobre todo en el área rural y región nor-occidente del país, este problema de salud es entre muchos más del país de Guatemala agravante y de gran preocupación por la elevada tasa de crecimiento demográfico 3.48%. (17,19,21)

El último informe de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999, reportó que la tasa global de fecundidad para Guatemala que

representa el promedio de hijos que tendrá una mujer en edad reproductiva (15 a 49 años) es de 5.0 hijos por cada mujer, con una diferencia de 1% con la tasa de fecundidad global deseada, este dato nos confirma que si hay una necesidad insatisfecha con respecto al uso de métodos para poder espaciar los embarazos, además en el área rural la mujer indígena tiene en promedio 7 hijos comparado a las mujeres ladinas y que residen en áreas urbanas las cuales tienen un promedio de 4 hijos; a este problema se une el grado de educación materna, ya que una madre sin educación tendrá más hijos (7 hijos promedio) que una madre con un grado mayor de educación o estudios universitarios (2 hijos promedio); también las mujeres indígenas de áreas rurales por falta de acceso, actitudes negativas del compañero sexual por el uso de métodos anticonceptivos, información errónea, desconocimiento de sus derechos como mujer indígena guatemalteca, costumbres, creencias y por supuesto el grado de educación influyen enormemente en los conocimientos y aceptación de los métodos de planificación familiar. (2, 16,31)

El Municipio de San Antonio Ilotenango; que es el área del presente estudio, tiene una población en edad reproductiva (15 a 49 años) de 5,344 mujeres, con una tasa de Fecundidad en el año 2001 de 125.28.

La tasa de Mortalidad infantil de 15.02 niños por cada 1,000 Nacidos vivos, el número de nacimientos en el último quinquenio ha sido:

AÑO	NUMERO DE NACIMIENTOS
1996	762
1997	832
1998	858
1999	856
2000	999
2001	844

Fuente: Registro Municipal

La prevalencia del uso de Anticonceptivos es de tan solo del 11 %.

Como ya se mencionó anteriormente el programa de PF se ha venido modificando, incrementando la información y capacitación tanto al personal de salud del MSPAS, así como a las diferentes instituciones no gubernamentales de Salud ONGS para modificar las tasas de fecundidad, natalidad y riesgo de morbi-mortalidad materno-infantil.

Sin embargo el aumento en el número de nacidos vivos, viene a hacer una gran discrepancia entre la tasa de Fecundidad para el año 2,001 comparado a los años anteriores. En estos últimos 2 años se ha hecho énfasis en la información, capacitación y comunicación sobre PF para el personal de salud del centro de salud, prestadora de Salud del Municipio, comadronas, guardianes de salud, líderes de las diferentes comunidades del municipio, únicos medios con los cuales cuenta el municipio para la divulgación del Programa de PF, por lo que sobre la base de dichos datos se plantea la siguiente interrogante ¿La población de esta comunidad está informada y si es ésta adecuada y suficiente sobre los métodos de planificación familiar existentes en el centro de salud para ser aceptados?

Al respecto podemos mencionar entonces posibles respuestas:

- ☞ La capacitación o información que tiene el personal de salud es deficiente, por lo tanto la capacitación y la información que ellos imparten a las comadronas, guardianes y líderes no es adecuada y suficiente para que el programa sea realmente conocido y aceptado por la comunidad.
- ☞ No se está contando con la colaboración del personal de salud, comadronas, guardianes y líderes para la divulgación de los métodos de Planificación familiar.
- ☞ La comunidad desconoce total o parcialmente sobre los métodos de Planificación Familiar.
- ☞ La comunidad está renuente al uso de Métodos de Planificación Familiar.
- ☞ El papel del jefe de familia, como la persona que en la mayoría de los casos autoriza el uso de métodos anticonceptivos y su negativa hacia estos este influyendo.
- ☞ La población inmigrante está aumentando. (9)

Por lo anterior y dado que existe un problema con respecto a los conocimientos y aceptación de los métodos de planificación familiar, misma que se ve reflejado en un aumento exagerado de la tasa de natalidad en el último año, se consideró oportuno realizar una investigación Operativa que sirva como herramienta para apoyar las actividades de planeación, coordinación, capacitación y evaluación del Programa de PF.

III. JUSTIFICACIÓN:

La Planificación Familiar actualmente está aceptada como programa de salud en todo el mundo, misma que ha ayudado a disminuir la tasa de fecundidad global de los países en los cuales el programa se ha llevado con éxito. En Guatemala los datos de la última encuesta de Salud Materno-Infantil 1998-1999 Reporta un 38 %, de uso actual de Métodos de Planificación familiar, seguido de Haití 18 %, este país tiene el porcentaje mas bajo de toda Latinoamérica. Las Políticas de Desarrollo Social y Población en materia de Salud, en el Artículo 26, Programa de Salud Reproductiva en su Objetivo dice: "El programa de Salud Reproductiva tiene como objetivo esencial reducir los índices de Mortalidad Materna e Infantil haciendo accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres y educando sobre los mismos, y sobre el Programa de PF basados en información veraz, objetiva y ética, en la distribución y uso de los métodos anticonceptivos naturales como artificiales ofrecidos en los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social." (7) Considerando que el programa de PF está entre los de calidad de vida, es importante señalar que ayudará entonces a reducir la tasa de Mortalidad global para Guatemala por causas maternas que para el año 1999 fue de 190 por cien mil niños nacidos vivos y específicamente para el departamento del Quiché de 90.94. La mortalidad Infantil fue de 45 por cada mil niños nacidos vivos, (mortalidad neonatal 26/1000; mortalidad posneonatal 23/1000), siendo para el departamento del Quiché la mortalidad infantil de 36.48/1000, la Neonatal de 11.13/1000, la Posneonatal 25.36/1000, mismos que se consideran altas.

Por otro lado, en el área urbana el 52% de la población femenina utiliza los métodos anticonceptivos, en contraposición con el área rural donde solo el 27% los utiliza. La población femenina indígena se ve afectada por el uso de anticonceptivos ante una tasa reducida de 13% comparado con un 50% en mujeres ladinas. Estos datos nos hacen ver la magnitud del problema, considerado de actualidad que se agravará si no se trata de incrementar estrategias para mejorar la calidad del servicio del programa de Planificación Familiar. Tomando en cuenta que en el municipio de San Antonio Ilotenango el 97% de la población es indígena y 3% ladina, y que la problemática afecta

a casi toda la población Materno Infantil al ponerlos en riesgo de Morbi-Mortalidad, ya que en la mayoría de las familias del municipio tienen en promedio 8 hijos, que puede repercutir en la calidad de vida que se le da a cada uno de estos hijos al ser privados de la educación, ya que solo el 42% de la población tienen acceso a la misma, de los cuales la mayoría de niños solo llegan al tercer año primaria, y las niñas solo cursan el primer año de primaria, la mujer indígena entonces presenta un alto nivel de analfabetismo, factor que influye para su desarrollo a nivel social, cultural y económico por lo que repercute enormemente en su salud. (10, 15, 16, 19, 20, 21)

En correspondencia con lo anterior este estudio tiene como propósito identificar el grado de conocimiento, así como los factores que influyen en la aceptación o rechazo de los métodos de Planificación familiar, mismos que se encuentran en el centro de salud, a disposición de toda la población sin ningún costo. Por otro lado, al no contar el municipio con ningún tipo de investigación operativa para evaluar el impacto del programa de Planificación Familiar, se decide realizar este estudio para evaluar la efectividad de los programas desarrollados, identificar los grupos menos favorecidos y poder así incrementar estrategias para contrarrestar el problema, brindar una mejor calidad de atención o servicio dando la pertinente información clara y específica a los clientes sobre los métodos existentes, sus ventajas y desventajas, mejorar la competencia técnica de los proveedores del servicio, incrementar la cantidad y calidad de las relaciones personales entre cliente y proveedor, promover la continuidad en el uso de anticoncepción, ofrecer toda la variedad de servicios a los clientes, mantener siempre una amplia gama de Métodos anticonceptivos en el Centro de salud; estos últimos 6 aspectos están implicados para brindar una buena calidad de atención, que se vera reflejado en el aumento de usuarios de métodos de PF y la disminución en los indicadores de salud Materno-infantil. (9)

IV. OBJETIVOS:

A. GENERAL:

Evaluar los conocimientos y aceptación de los métodos de planificación familiar en mujeres indígenas en edad reproductiva del Municipio de San Antonio Ilotenango de El Departamento del Quiché, Guatemala.

B. ESPECIFICOS:

1. Identificar los conocimientos de métodos de Planificación Familiar en mujeres en edad reproductiva.
2. Identificar el grado de aceptación de los métodos anticonceptivos.
3. Identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo de los métodos de Planificación Familiar.
4. Identificar las fuentes de información de métodos anticonceptivos
5. Identificar las fuentes de obtención de los métodos de Planificación Familiar.

V. MARCO TEORICO

A. PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

1. Definición.

Derecho y privilegio que tiene la pareja para decidir el número de hijos y la frecuencia para procrearlos, utilizando para su efecto los métodos que eviten la concepción, estos métodos pueden ser mecánicos, químicos o farmacéuticos, quirúrgicos y físicos, adecuados para la regulación y espaciamiento temporal o permanente de la fecundidad. (3,5,15)

2. Aspectos Históricos

En cavernas egipcias se encontraron pinturas (1350 A.C.) demostrando el uso de barreras mecánicas que cubren el pené. En el año 1564 D.C. el anatomista Italiano Falopio describió el uso de cubiertas protectoras del pené. Existen varios textos antiguos que contienen recetas anticonceptivas como lo es el papiro de Petrí, de Ebers, Berlín, Ramasseum, Así como también autores que describieron ritos o amuletos que influyen en la fertilidad entre ellos: W.S. Blackman, Yohanam, Aristóteles, Hipócrates, Plinio el Viejo, Soranos de Efeso, Aetros de Amida.

En el año de 1789 Robert Malthus presento argumentos a favor de la planificación familiar que examina sobre todo temas y criterios dirigidos a la mujer. (3,5)

La comprensión del período estéril fue hasta el año 1920, y en 1956 en el país de Puerto Rico se hicieron los primeros ensayos sobre el uso de la píldora anticonceptiva, y en el año 1960 la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos aprobó su uso. (5)

Después de la segunda guerra mundial, 20 años mas tarde, como estrategia para disminuir el problema de la sobre población, sobre todo en los países en desarrollo se inicia la utilización de métodos de anticoncepción entre ellos métodos mecánicos de barrera, abstinencia, casamiento tardío, coito interrumpido y hasta el aborto, para evitar mas embarazos, pero sin que estos métodos intervinieran en la satisfacción y necesidades sexuales, posteriormente en la década de los sesenta se introdujeron los anticonceptivos

de esteroides orales, inyectados de larga acción, esteroides vaginales y dispositivos intrauterinos. (DIU) La anticoncepción quirúrgica femenina aumento en 1969, y en 1992 se inicio la esterilización quirúrgica masculina. (5)

En Guatemala fue en el año 1,969 en el que el gobierno empezó a recibir ayuda por parte de diferentes instituciones internacionales para el Consejo de Población, sobre todo de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), quienes desplazaron sus servicios a toda la población femenina urbana y rural; sin embargo en el ámbito rural en las mujeres indígenas la aceptación fue muy baja, ya que en estos años Guatemala vivía en plenos conflictos de enfrentamiento armado, entonces se empezó a manejar la versión de que los métodos anticonceptivos se querían utilizar en las mujeres indígenas con el objetivo de poder así exterminar la raza indígena y también disminuir el número de nacimientos de hijos que posteriormente se incorporarían a la fuerza armada tanto de la guerrilla o del ejercito. Fue desde ese entonces que la población indígena rural mantiene ese rechazo a los diferentes métodos de anticoncepción, sin embargo se ha tratado de eliminar esta creencia, y posteriormente se fueron creando mas instituciones sobre todo no Gubernamentales para la Planificación Familiar, entre ellos figuran la Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM) la institución que más ofrece servicios de Planificación Familiar en el país cubriendo un 70%, seguido del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social con un 25 % de atención total para todas las usuarias, luego esta el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y por último se encuentran las farmacias. (2,10, 19)

B. VISION GENERAL DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN GUATEMALTECA.

1. Datos Demográficos:

Para el año 2,001 según el Instituto Nacional de Estadística (INE) Guatemala cuenta con una población total de 11,678,411 habitantes, con una densidad de población de 116 habitantes por kilómetro cuadrado. Un 65% de la población vive en el área rural, en las que 80% de los núcleos habitados tienen menos de 500 habitantes, siendo esta última observación importante señalarla ya que si la población es muy pequeña no cumple con el número

requerido para que se pueda contar con un puesto de salud y menos un centro de salud, la mayoría de estas comunidades tampoco cuentan con un centro de Convergencia o Unidades Mínimas. Guatemala es un país pluriétnico, pluricultural y multilingüe, manifestadas por la existencia de cuatro grupos culturales principales: los mestizos, los mayas, los garífunas y los Xincas. Los indígenas mayas representan 43% de la población, de los cuales el 80% se localiza en las zonas rurales del altiplano montañoso, en las zonas pobladas vive un 15%, y un 5% vive en el área metropolitana. Las regiones norte, nor-occidente y sur-occidente tienen un desarrollo relativo menos que el resto del país, la mitad de toda la población indígena vive en estas regiones. A la etnia quiché pertenece 29% de la población indígena. La población indígena se concentra principalmente en el interior del país (Alta Verapaz, Huehuetenánago, Quiché, Quetzaltenango, Totonicapán, Chimaltenánago, Sololá, San Marcos y Baja Verapaz) La población que vive en condiciones de pobreza es de 75% y 58 % en extrema pobreza, y estas son mas frecuentes en las zonas rurales y en la población indígena. (10,16,18,19,21)

La fecundidad en Guatemala sigue siendo muy elevada, determinada por la existencia de una estructura de edades jóvenes, los adolescentes constituyen casi el 30% de los habitantes de los que la mitad son mujeres (1.7 millones aproximadamente) La tasa de natalidad para el año 1,998, según la última Encuesta Nacional de la Salud Materno Infantil, fue de 36.6 por 1000 habitantes y la Tasa Global de Fecundidad de 5.0 hijos por mujer (5.8 en las zonas rurales y 4.1 en las urbanas), siendo datos que demuestran que Guatemala tiene la Tasa Global de Fecundidad más alta de la región centroamericana con 5.6 hijos por mujer. (10,16,18,19,21)

La tasa de Mortalidad materna para el año 1998 fue de 190/100,000 Nacimientos vivos; según última ENSMI, para el departamento de El Quiché es de 90.96 según el INE para el 2,001. (10,16,18)

Alrededor del 60% de los guatemaltecos sobre todo las mujeres y niños indígenas no tienen acceso a los servicios de salud. Casi un tercio de las personas que usa el sistema público de salud en Guatemala vive a 12 Kilómetros o a dos horas del establecimiento más cercano. (16)

2. Prevalencia del uso de Métodos de Planificación familiar.

Un 38% de las mujeres casadas o con compañero han usado alguna vez algún tipo de método anticonceptivo, solamente el 26% usa algún método moderno, las mujeres no unidas pero sexualmente activas son las que más han usado métodos de planificación familiar en alguna ocasión 83%.

Aún cuando el 69% de todas las mujeres conoce métodos de planificación familiar, solamente 27% los están usando, 64 % sabe como conseguirlos.

Sin embargo la prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos tiende a aumentar, ya que en el año de 1987 la prevalencia era de 23.2%, para 1995 y 1998 con 31.9% y 38% respectivamente.

El uso aumenta con la edad desde un 15% en las edades de 15 a 19 años, hasta un 31% en las mujeres de 35 a 45 años, se encontró que las mujeres que están al final de su periodo reproductivo aun siguen usando algún método anticonceptivo.

El 27% de las mujeres residentes en el área rural utilizan algún método, mientras que en el área urbana 52% usa algún método. Es importante mencionar también que a nivel regional en el área metropolitana el 52% usa algún método y en la región Nor-Occidental solo el 14%. Las mujeres ladinas tienen una prevalencia de uso de 20% comparado a un 13% en las mujeres indígenas. El nivel de educación es la característica que hace más diferencia en el uso de anticonceptivos, las mujeres sin educación, aquéllas que cuentan con educación secundaria o superior triplican el uso de métodos (19 y 18% respectivamente)

Aunque el nivel de uso de anticonceptivos en las mujeres indígenas es bajo, este ha ido incrementando entre 1987 a 1998/1999, duplicándose de 6 a 13%, y estos se han observado en el área rural de 20 a 28%, pero la región Nor-Occidente sigue siendo mínima. (10,16,18,19,21)

En el último informe publicado del Programa Nacional de Salud Reproductiva Enero a Mayo 2001, reporta:

METODO ANTICONCEPTIVO	NUMERO DE USUARIAS	%
Depo-Provera	30,309	60.7
Anticonceptivo oral	11,916	23.9
Condón	5,087	3.9
Anticoncepción Quirúrgica voluntaria	1,964	3.9
T de Cobre	598	1.2

Menciona además que tuvieron un incremento de casi 200% con relación a la meta de usuarias de métodos e Planificación familiar en el año 2,000.

Reportan también el índice de Años Protección Pareja (APPs) que se refiere al total de métodos que necesita una pareja para protegerse un año. Los porcentajes de APPs de enero a mayo del 2,001, muestra que actualmente la Depo Provera contribuye a un porcentaje mayor de APPs 42.9%, en comparación a otros métodos. En el año 2,000 era la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) que contribuía al mayor porcentaje de APPs. (20)

3. Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar.

La necesidad insatisfecha, se define de dos formas:

Necesidad insatisfecha para limitar: Mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo no fue deseado y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas que no desean más hijos.

Necesidad insatisfecha para espaciar: Mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo si fue deseado pero más tarde y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas que si desean más hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años.

La Necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor en el área rural (27%) que en el área urbana (18%) También es mayor entre la población indígena 30%, comparada con la ladina con 20%. La necesidad

insatisfecha entre las mujeres sin educación (29%) o con solo primaria (24%) es doble comparado con las mujeres con educación secundaria o más (12%)

Un 91% de mujeres que no usa anticonceptivos no recibieron información alguna.

32% de las niñas y niños nace antes de que su hermano haya cumplido dos años. (16,20)

4. Factores que influyen en el conocimiento y aceptación de los Métodos de PF.

La distribución por edades de Guatemala tiene una forma piramidal, lo cual nos indica que el país esta conformado por una población netamente joven, por lo que con dicha distribución el gobierno no alcanza a cumplir sus deberes en salud y educación para quienes son menores de 5 años, situación que conlleva que desde niños empiezan a ser trabajadores para poder subsistir para sus alimentos, y sin que la salud y menos la educación sean prioritarias en su vida diaria. En el campo o el área rural, los niños son bien venidos a la familia ya que estos son fuente de ingresos al ayudar a sus padres a trabajar en el campo, pues son mano de obra barata, por lo tanto mientras más hijos niños tengan es mejor, mismos que van a la escuela pero solo hasta tercero primaria, ya que para los padres el hecho de que aprendan a leer y a escribir es suficiente. La niña desde que nace sufre una discriminación, pues solo la ven como la que se encargará de preparar los alimentos para los hermanos o padre que trabajan en el campo, no teniendo derecho a la educación porque no lo necesitará, por ello son pocas las niñas indígenas que van a la escuela y las que asisten solo lo hacen hasta primero primaria. Es indudable que la educación es la base fundamental para que un individuo se desarrolle satisfactoriamente a nivel cultural, social y en la salud. El promedio del nivel educativo en general en Guatemala es de 3.2 años. Entre la población indígena es de solo 1.3 años. Guatemala ocupa el segundo lugar después de Haití en analfabetismo; 44.4% de la población guatemalteca mayor de 15 años son analfabetas y de estos 61% son mujeres. Se estima que la población indígena analfabeta es de 60%. Los programas de educación contemplan las clases de educación sexual hasta 6to. primaria y en la secundaria y son rudimentarias y conservadoras y no incluyen PF. El sector salud ha demostrado ser ideal para poder informar a las comunidades, sobre todo indígenas, de Planificación familiar, tal y como se demostró en un estudio realizado con maestros bilingües por la Asociación Guatemalteca de Educación Sexual y Desarrollo

Humano (AGES) donde se observó un aumento del uso de métodos de planificación familiar entre mujeres casadas, de un 7.8% a 10.9%; también motivó la comunicación entre cónyuges sobre sexualidad e información sobre el control de la fecundidad, las diferencias de género y los derechos de la mujer. El Populati3n Council/Guatemala, también ha realizado proyectos en el departamento del Quiche, en el que destaca que los hombres reconocen los beneficios del espaciamiento del embarazo, pero no poseen suficiente informaci3n sobre métodos de planificación familiar, estando ellos de acuerdo en implementar estrategias para el uso de métodos de planificación siempre y cuando se respete su lenguaje local y la cultura, ya que la experiencia ha demostrado que no es suficiente hablar sobre salud, reproducci3n y planificación familiar para generar el interés de los usuarios. (2,6, 10,12, 14, 19,21)

El conocimiento y uso efectivo de los métodos anticonceptivos aumenta al elevarse el grado de educaci3n. Si en Guatemala las niñas y los niños indígenas solo cursan hasta 3ro. primaria, entonces que educaci3n sexual tienen ellos y menos conocimiento de métodos anticonceptivos.

La religi3n juega un papel importante en la aceptaci3n de los métodos de PF. Al respecto en un estudio realizado sobre Comportamiento Sexual y Aceptaci3n de PF en la Poblaci3n Maya Quiché, se observó que la fuente principal de informaci3n respecto a la PF, son las Iglesias Evangélica y Católica esta última con actitudes hasta hoy negativas respecto a la PF. En algunas comunidades religiosas la PF no se discute muy frecuentemente, y los padres de familia no hablan de este tema con sus hijos. La iglesia católica ofrece clases pre-matrimoniales donde enfatizan que los métodos de PF implican matar a los seres humanos, y que el único que decide cuantos hijos se debe tener es Dios. (31)

La comunidad y el papel del padre de familia influyen en gran medida en la aceptaci3n de la PF, principalmente en la comunidad indígena, en donde las mujeres que usan métodos de PF, lo hacen a escondidas de la comunidad y de sus esposos, ya que si se enteran las catalogan de infieles, pues tienen la creencia de que utilizando anticonceptivos las mujeres podrán tener relaciones sexuales con otras personas que no sean sus esposos sin miedo a quedar embarazadas. Creencia que también manejan las comadronas y líderes de la comunidad. El esposo o pareja sexual de la mujer indígena cree que la mujer

al utilizar métodos anticonceptivos disfrutara más de las relaciones sexuales y que ellas no tienen este derecho. Por lo que al tomar la decisión, respecto a la PF el hombre es quien tiene la última palabra, porque así es la costumbre en las comunidades indígenas. Es importante señalar que actualmente las políticas de salud le dan a la mujer la libre elección del número de hijos que quiera tener y que también hay instituciones para la Protección de la Salud de la Mujer que velan para que sus derechos como mujer y sobre todo indígena sean respetados así como también se le brinda la información suficiente sobre PF, para asegurar su bienestar. (2,31)

Otros factores que influyen en la aceptación de los métodos de PF en la mujer indígena son el lugar, ya que en el área rural muchas veces no tienen los suficientes suministros e información de estos, el empleo es otro factor ya que si tienen un buen empleo, entonces podrán comprar los métodos que ellas desean los cuales no están en existencia en el Centro de Salud. La situación matrimonial, influye puesto que si hay multiplicidad de compañeros incidirá en la fecundidad. Muchas mujeres por no conocer sobre métodos anticonceptivos, tienen la creencia de que utilizar un método de PF, es sinónimo de aborto, o acuden a realizarse un aborto por no haber utilizado algún método de PF. Otro factor importante es que los proponentes de la PF tienen mejor aceptación si vienen de una persona que hable su mismo idioma y sea de su comunidad. (14)

El conocimiento adecuado del nivel del uso de Métodos de PF utilizados por las parejas indígenas permite evaluar la efectividad de los programas desarrollados en el pasado reciente e identificar a los grupos menos favorecidos por las acciones de los proveedores de los servicios de orientación, información, comercialización o distribución. Conocer un método no significa necesariamente que la mujer o su pareja tienen un nivel de información bueno, si no que basta con que al menos lo conozca de nombre o tenga una idea de cómo se emplea. El conocimiento incrementa conforme su experiencia sexual 96% lo conocen y son sexualmente activas.

El ambiente en el cual viven las mujeres mayas – el ambiente físico, social cultural, económico, condición laboral, nivel de educación- es de suma importancia en cuanto a la habilidad de tomar decisiones sobre la fertilidad.

C. METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

1. Métodos Temporales naturales.

Planificación Familiar Natural (PFN)

La organización Mundial de la Salud (1998) define la Planificación Familiar Natural (PFN) como: Métodos para planificar y evitar embarazos mediante la observación de signos y síntomas que ocurren naturalmente en las etapas fértiles e infértiles del ciclo menstrual. Y se evita el coito durante la etapa fértil si ha de evitarse el embarazo. (7,11,13,17,26)

a) Método de la Lactancia y Amenorrea (MELA)

Puede ser utilizado por mujeres que dan lactancia materna de forma exclusiva y a demanda, no han visto su menstruación, durante los primeros seis meses después del parto. Tiene una efectividad del 98.5% si se utiliza correctamente. Tiene que alimentarse al bebé por lo menos con un 85% de Lactancia materna.

El mecanismo de acción del MELA se basa en el eje hipotálamo-Hipófisis-Ovarios y su respuesta al estímulo de la succión del pezón por el bebé. La lactancia regular y frecuente resulta en una inhibición de la ovulación por un mecanismo de retroalimentación. (7,11,13,17)

b) Calendario o Ritmo. (Ogino-Knauss)

En este método las parejas evitan las relaciones sexuales los días en que la mujer es fértil, requiere la abstinencia periódica entre 8 a 16 días del ciclo. Tiene una efectividad de 70 a 80%. Solo es aplicable a mujeres con ciclos menstruales regulares, y que tienen conocimiento de la duración de los seis ciclos anteriores. La seguridad de los métodos anticonceptivos se puede medir con el Índice de Pearl definido como el número de embarazos no deseados por 100 mujeres / año. Este método presenta un índice de Pearl de 14 a 35 embarazos / año, por lo que tiene una escasa fiabilidad. (7,11,13,26,27)

c) Método del Moco Cervical o de Billings.

Método para evitar el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo a la identificación de sus patrones de secreción de moco cervical sensación de humedad a nivel vaginal y vulva. Brinda una protección del 70 a 80%. El moco cervical de los días fértiles es abundante, elástico y transparente. Debe evitarse el coito, utilizando un método de barrera o utilizando el coito interrumpido hasta 4 días después del día pico. Tiene un índice de Pearl de 0.4 a 39.7 embarazos / año. (7,11,13,26,27)

d) Método de la Temperatura Basal o Sintotérmico.

Para este método la mujer tiene que tomarse la temperatura oral todos los días por la mañana a la misma hora y en reposo y antes de realizar cualquier actividad de preferencia es mejor si lo hace aun estando acostada. La temperatura basal aumenta ligeramente en 0.5 grados centígrados al momento de la ovulación y se mantiene en ese nivel hasta el momento de la menstruación. Debe abstenerse a no tener relaciones sexuales desde el inicio del sangrado menstrual hasta el tercer día consecutivo de temperatura elevada. En este método la ovulación normalmente se da el día anterior al primer día de hipertermia. Tiene un índice de Pearl de 1 a 3 embarazos / año. (7,11,13,26,27)

e) El método del Collar

Este método se basa en el conocimiento del ciclo menstrual y saber identificar el período fértil y abstenerse de relaciones sexuales en este tiempo (11días) del ciclo menstrual, para esto se utiliza un collar de perlas de tres colores el rojo indica presencia de menstruación, (8 días), el verde días fértiles (11 días) y las café que indican días infértiles (11días) Tiene una eficacia de un 89%.

No debe ofrecerse a mujeres menores de 18 años o después de los 39 años de edad ya que en estas edades los ciclos son menos regulares. Y tampoco debe de ofrecerse a mujeres que no tienen ciclos regulares (26 a 32 días de duración) (7,11,13,26,27)

f) Coito Interrumpido

Método en el que el hombre retira completamente el pené de la vagina antes de eyacular, previniendo la fecundación. Para usar el retiro eficazmente, el hombre debe eyacular lejos de los genitales externos de la mujer donde es posible que haya secreciones (moco) cervicales, pues estas facilitan el transporte del semen a la parte superior del tracto genital femenino. Durante el juego sexual, el hombre se lubrica con gotas de líquido prostático. Cada gota contiene 100.000 espermatozoides. Este método no debe ofrecerse a hombres que sufren de eyulación precoz, y en parejas en que la interrupción de la relación sexual puede resultar inconveniente y hasta frustrante. En algunas mujeres puede causar anorgasmia. Tiene una eficacia limitada de 75 a 93%. Un índice de Pearl de 8 a 38 embarazos / año. (7,11,13,17,22,26,27,30)

En todos los métodos temporales naturales su disponibilidad no implica costos, se requiere la participación del hombre excepto el MELA, no tienen efectos colaterales, puede ser usados por población alfabeta y analfabeta., pero no protegen contra las infecciones de transmisión sexual. En la planificación Familiar con métodos naturales el éxito depende mucho más del mutuo respeto, comprensión y comunicación entre el hombre y la mujer.

2. Métodos Temporales Modernos.

a) Método del Condón o Preservativo

El condón es una bolsa o funda de plástico (látex) que se coloca en el pené erecto del hombre, y así evita el paso de los espermatozoides a la vagina, previniendo de esta forma la fecundación y las infecciones de transmisión sexual, durante todo el acto sexual y en cada una de ellas. Tiene una eficacia de 70 a 90%, si se usa correctamente. Su aplicación requiere de un condón nuevo en cada relación sexual y usarse desde el principio del coito. (7,11,13,17,22,27)

El condón femenino consiste en una funda delgada y transparente hecha de un plástico suave que se coloca en la vagina de la mujer y durante el coito el pené del hombre se introduce en la vagina recubierto por el condón femenino. Tiene una efectividad de 95% si se usa correctamente. Actualmente es un método costoso (\$ 1.50 por unidad) y no esta disponible para los

establecimientos públicos gratuitos. A partir del año 1,997 las entidades privadas y públicas de los EE UU. Y muchos países europeos proveedores de condones femeninos están haciendo vínculos sobre todo con los países en desarrollo para poder introducir este método con un bajo precio al mercado y mejor aún introducirlo a los servicios de Planificación familiar a nivel del Ministerio de la Salud. (8)

b) Métodos Vaginales

Sustancias que se colocan dentro de la vagina antes del coito para inactivar o destruir los espermatozoides. Existen varios tipos de métodos clasificados así:

- i. **Espermicidas:** incluyen supositorios o tabletas espumantes, supositorios que se derriten, espumas, películas que se derrite, jaleas y cremas. Los espermicidas destruyen a los espermatozoides o los debilitan incapacitándolos para moverse hacia el óvulo. Su eficacia es de 79 a 94%. Debe de introducirse una nueva dosis de espermicidas si la relación sexual no se da después de media hora después de haber aplicado el espermicida. Y debe de usarse espermicida cada vez que tenga relaciones sexuales y en cada coito. Protegen modestamente contra enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea y la clamidia. Si su uso es para PF, o sea una vez al día no tiene efectos secundarios mayores. Pueden usarse inmediatamente después del parto o aborto.
- ii. **Diafragma:** Es una pequeña cúpula de hule que cubre el cuello del útero. Su uso necesita de una jalea o crema espermicida. Estos evitan el paso de los espermatozoides al útero y a las trompas. Es importante que se use un diafragma ajustable al tamaño de la vagina para que sea eficaz. Su uso frecuente, más de 2 o 3 veces al día puede incrementar el riesgo de contraer infección del tracto urinario, no se debe dejar el diafragma más de 24 horas y no se utilizará durante la menstruación y así evitar infecciones más severas como el síndrome d choque tóxico que es raro pero si se ha reportado casos. Este método tiene un Índice de Pearl que es el número de embarazos no deseados por 100 mujeres/año de 5 a 6embarazos.
- iii. **Capuchón cervical:** Es similar al diafragma pero más pequeño. Es difícil de conseguir. Se encuentra ampliamente disponible en

EE.UU. Europa, Australia y Nueva Zelanda. Su mecanismo de acción es igual al del diafragma, y también debe ser ajustable al tamaño de la vagina de la mujer que lo usara. Tiene un índice de Pearl de 7 embarazos. (7,11,17,23,27)

c) Dispositivo Intrauterino (DIU)

Es un dispositivo o marco de plástico y cobre pequeño y flexible que se inserta en el útero de la mujer a través de la vagina dificultando la movilización del espermatozoide para impedir su encuentro con el óvulo. (T de Cobre 380 A) Posiblemente podría impedir la implantación del óvulo en la pared del útero. Provocando una irritación mecánica del endometrio por influencia de los iones cúpricos sobre la implantación. Tiene una efectividad de 99.2% al 99.5%, y durabilidad de 10 años de anticoncepción. Su tasa acumulativa de embarazos es de 2.1 al final de los 10 años de uso.

Los DIU son la base de un método anticonceptivo que se ha venido difundiendo desde hace 30 años, las mujeres usuarias lo consideran eficaz, inocuo y cómodo. Pueden utilizarlo inmediatamente después del parto, a cualquier edad y paridad, no debe ofrecerse a mujeres con alto riesgo de contraer Enfermedades de transmisión sexual, por el riesgo de Enfermedad Inflamatoria Pelviana y de esterilidad tubárica, mujeres con sangrado sin etiología desconocida, o después de un aborto que se sospeche o fue en condiciones sépticas y en mujeres con anemia ferropénicas. En los países desarrollados no es un método muy aceptado porque no están persuadidos de su seguridad y porque los otros métodos son bien seguidos por ellas.

La aceptación de este método depende en gran parte del interés y el compromiso contraído por el personal de salud; médicos y enfermeras lo cual a su vez puede estar supeditado a consideraciones jurídicas, políticas, burocráticas, religiosas y culturales

También hay DIU de liberación continua de progesterona y Levonorgestrel.

El DIU de Levonorgestrel-20 (DIU de LNG) libera cada día aproximadamente 20microgramos de levonorgretrel en la cavidad uterina, lo cual lleva a una tasa de anticoncepción muy eficaz, reducción en la pérdida de sangre comparada con otros DIU y reducción en el sangrado en una mujer con antecedentes de sangrado menstrual profuso, y es de uso posible como

progestágeno necesario para una mujer menopáusica bajo terapia de reposición de estrógenos, el mecanismo de Acción del DIU de Levonorgestrel es similar al del DIU de Cu, a excepción de que en el útero aumenta los niveles de levonorgestrel suprimiendo así la producción de Estradiol, produciendo así un endometrio atrófico, el DIU de LNG no causa un estado hipoestrogénico, puede iniciarse su uso no menos de las 6 semanas posparto, sin embargo en Guatemala y a nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no están disponibles. (7,11,13,22,25,27,30)

d) Métodos de Anticoncepción Orales Combinados. (AOC)

Son tabletas que se toman diariamente para impedir la ovulación y aumentar la consistencia del moco cervical y esto a su vez reduce el transporte o paso de los espermatozoides al tracto superior femenino (trompas de Falopio) evitando así el embarazo por cambios en el endometrio. Son preparados hormonales que contienen estrógeno y progestágeno que logran la inhibición de la ovulación desde el nivel hipofisiario. Tiene una efectividad del 92 al 99%. Ayudan a prevenir embarazos ectópicos, cáncer de endometrio y ovario, quistes de ovario, Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), flujos menstruales menos profusos y dolorosos, regulariza los ciclos menstruales. No es recomendable para mujeres con cáncer de mama, hemorragia vaginal de causa desconocida, mayor de 35 años y fumadora, con Hipertensión Arterial, diabetes, Trombosis Venosa Profunda, antecedentes de infarto al miocardio, Valvulopatía cardíaca con complicaciones, cirugías con inmovilización prolongada de miembros inferiores. Accidente cerebro vascular, Migraña focal, Hepatitis viral activa o tumores del hígado, Cirrosis hepática severa descompensada, Colecistitis Aguda, Enfermedad de Croh, Lactancia menos de 6 semanas postparto, Pancreatopatías Agudas, trastornos de la coagulación. Tumores estrógeno dependientes, conización anterior, lesiones premalignas del cuello uterino. La eficacia puede alterarse al utilizar conjuntamente medicamentos para la epilepsia (Fenobarbital) y la Tuberculosis (Rifampicina) (7,11, 13, 17,28,30)

Puede iniciarse su uso inmediatamente después de un aborto del primero o segundo trimestre.

Los preparados que se encuentran actualmente en el Ministerio de Salud son:

- ☞ Norgestrel 0.3 mg y Etinilestradiol 0.03 mg (lo-feminal
- ☞ Levonorgestrel 0.15 mg y Etinilestradiol 0.03 mg (Microgynon)
- ☞ Levonorgestrel 0.25 mg y Etinilestradiol 0.05 mg (Eugynon)

e) Píldoras solo de Progestágenos (PSP o mini píldoras)

Estas píldoras se pueden usar en mujeres que están dando de lactar con muy buena efectividad, tienen menos efectos secundarios que los AOC, no alteran la calidad y cantidad de la leche materna. El uso en mujeres que no están dando de lactar presenta efectos secundarios en la presentación del sangrado vaginal; sangrados inter menstruales o amenorreas efectividad en mujeres que estén dando de lactar es de 1 embarazo/100 mujeres en el primer año de uso, y en las demás mujeres, si su uso es correcto y consistente es de 0.5 embarazos/100 mujeres. Tiene un índice de Pearl de 0.4 a 5 embarazos/año.(7,11,13,17,28,30)

f) Anticonceptivos Inyectables Combinados. (AIC)

Anticonceptivos temporales y reversibles, que se inyectan intramuscular mensualmente y contienen progestágeno y estrógeno sintético que actúan impidiendo la ovulación y espesando el moco cervical. Debe de administrarse dentro de los primeros 5 días del ciclo menstrual. Tiene una efectividad de 99 al 99.7%. El uso en mujeres lactantes debe de iniciarse hasta los seis meses posparto, y en las mujeres no lactantes y post-aborto puede iniciarse después de la tercera y primera semana respectivamente. Tiene un período de gracia de 3 días esto significa que debe de administrarse idealmente cada 30 días, pero puede pasarse solo 3 días, si la paciente llega después de los 33 días entonces la eficacia disminuirá y será necesario usar un método de ayuda durante los primeros siete días posteriores a su administración. Los estrógenos de los AIC son naturales no sintéticos como en los AOC. Las presentaciones más usadas en Guatemala son:

- ☞ Acetato de Medroxiprogesterona 25 mg, y Cipionato de Estradiol 5 mg (Cyclofemina o Cyclofem)
- ☞ Enantato de Noretisterona 50 mg y Valerato de Estradiol 5 mg. (Mesygina)
- ☞ Acetofenosido de Dihidroprogesterona 150 mg y Enantato de Estradiol 10 mg (Topasel)

Los AIC, pueden ocasionar amenorrea prolongada o menstruación prolongada y/o un sangrado muy profuso, pero esta no es razón para discontinuar su uso. Los inductores de enzimas hepáticas como la rifampicina y la mayoría de los anticonvulsivantes disminuyen la eficacia de los AIC. Protegen contra el cáncer de ovario y endometrio, disminuye

la enfermedad benigna de la mama, puede mejorar la anemia. Una vez administrado el método no se puede interrumpir deberá esperarse hasta que pase el efecto. Las indicaciones para no administración o uso de los AIC son las mismas que para los AOC. (7,11,13,17,24,30)

g) Anticonceptivos inyectables solo de Progestina.

Son anticonceptivos inyectables que impiden la ovulación, aumentan la consistencia del moco cervical, adelgazan el endometrio y se administra cada 3 meses. Tiene una efectividad del 99%. No afecta la lactancia materna por lo que se puede iniciar su uso a partir de las 6 semanas posparto, y no tiene los efectos secundarios dados por los estrógenos. La protección que brinda es similar a la de los AIC. Los principales efectos secundarios son aumento de peso y cefaleas. Las contraindicaciones para su uso son las mismas que para los AOC y AIC, aunque son relativas, no absolutas. Debe de administrarse antes de los primeros siete días del inicio del ciclo menstrual.

Las presentaciones más usadas son:

- ☞ Enantato de Noretidrona (NET-EN) 200 mg, Noristerat, se administra cada 2 meses, con periodo de gracia de 1 a dos semanas.
- ☞ Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) 150 mg Depo-Provera, se administra cada 3 meses, con un periodo de gracia de 2 a 4 semanas.

El DMPA se administro por primera vez en 1960 como medio de prevención del parto prematuro y tratamiento de la amenaza de aborto, la endometriosis y el carcinoma endometrial en dosis de hasta 1 a 4 grs., y se advirtió que estas mujeres permanecían infecundas durante muchos meses, por lo que en 1963 se utilizo por sus propiedades anticonceptivas. Estos anticonceptivos inyectables sobre todo el DMPA que es el disponible en el Ministerio de Salud de Guatemala, es el más aceptado por las parejas que han decidido no tener más hijos pero se resisten a aceptar la esterilización. (7,11,13,17,24,30)

h) Métodos de Implantes Subdérmicos Anticonceptivos.

Son seis pequeñas cápsulas plásticas o de silastic, del tamaño de un palillo de fósforo, flexibles que se insertan debajo de la piel en la parte

superior del brazo de la mujer, mediante un procedimiento quirúrgico menor, actúan espesando el moco cervical, impidiendo la ovulación y adelgazando el endometrio. Previene el embarazo por un periodo mínimo de 5 años. Cada cápsula contiene 6 mg del progestágeno levonorgestrel. Hay otros tipos de implantes, pero el que se conoce en Guatemala. Su eficacia es de 99.9% y su tasa acumulativa a 5 años es de 1.6 embarazos por 100 mujeres. Hay otros tipos de implantes pero el único que se conoce en Guatemala es el NORPLANT. Se debe de aplicar el método del primero al séptimo día del ciclo menstrual. Las condiciones que ameritan precaución son similares a todas aquellas descritas para los otros anticonceptivos sólo de progestagenos. Los efectos secundarios son cambios del patrón menstrual, aumento o disminución de peso, cefaleas, y dolor a la palpación de las mamas. Su inserción y remoción requiere de un proveedor especialmente capacitado. La eficacia es de menos 24 horas si se inicia en los primeros 7 días del ciclo. En Guatemala solo el instituto de Seguridad Social y la Asociación Pro Bienestar de la familia tienen este método a la disposición de sus pacientes. (7,11,13,17)

i) Anticoncepción de Emergencia.

Este método se utiliza después de tener un coito sin protección, para prevenir un posible embarazo, impidiendo la fecundación. Es útil cuando una mujer ha tenido un coito contra su voluntad o ha sido forzada a tener relaciones sexuales (violación)

Si se usan AOC que contienen 50 mcg de Etinil Estradiol y 250 mcg de levonorgestrel, tomaran 2 tabletas en la primera dosis y la segunda dosis doce horas después también dos tabletas. Este es el método yuzpe, que es el régimen recomendado. Si se usan píldoras que contienen 30 mcg de EE y 150 mcg de levonorgestrel debe tomarse 4 tabletas seguido de 4 tabletas más, 12 horas más tarde. Si se usan píldoras solo de Progestágeno de 0.075 mlg (75mcg) de norgestrel se tomaran 20 tabletas cada 12 horas por dos dosis, y si se utilizan píldoras de progestágeno que contienen 0.03 mlg (30

mcg) de levonorgestrel la dosis será de 25 tabletas cada doce horas por dos dosis.

Es de suma importancia que se tomen antes de las 72 horas después del coito sin protección. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación internacional de Planificación de la familia (IPPF), el Consorcio Internacional para la Anticoncepción de emergencia, el Programa para una apropiada tecnología en Salud (PATH), la Asociación Estadunidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) han definido a las píldoras de anticoncepción de emergencia como un método seguros y efectivas en impedir el embarazo, y solo el embarazo establecido (embrión implantado) es la única contraindicación médica al uso de las Píldoras de Anticoncepción de Emergencia. (7,11)

3. Métodos Definitivos.

a) Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina (Vasectomía)

Este método es de carácter permanente y no reversible, en el cual se ocluyen los conductos deferentes, por medio de un procedimiento quirúrgico seguro, simple y rápido. No es una castración y no afecta la función de los testículos y la capacidad sexual. Se realiza una pequeña incisión en el escroto del hombre y se bloquean los dos conductos deferentes para que de esta forma el semen no contenga espermatozoides. Tiene una efectividad de 0.15 embarazos/100 hombres en el primer año después del procedimiento. No es efectivo en forma inmediata por lo que es necesario protegerse durante las 20 eyaculaciones siguientes o los primeros 3 meses, según lo que ocurra primero.

No debe ofrecerse a hombres con Enfermedad cardíaca sintomática, trastornos de la coagulación sanguínea, varicocele, hernia inguinal, filariasis, infección local en piel escrotal, orquitis, historia de traumatismo o cirugía previa, la vasectomía deberá postergarse hasta resolver el problema. (7,11,13,17)

b) Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina

Es un método anticonceptivo quirúrgico de carácter permanente e

irreversible que consiste en la oclusión tubárica bilateral (OTB) que puede ser cortando, seccionando, cauterizando, o colocando anillos o grapas en las trompas de Falopio, se impide que los espermatozoides lleguen al óvulo y lo fertilicen. Tiene una efectividad de 99.4%, la tasa acumulativa de falla es de 0.8 embarazos/100 mujeres a 10 años en la esterilización quirúrgica del postparto y de 2 en la cirugía de intervalo.

Se puede realizar por: Minilaparatomía, laparoscopia, transcesárea, transvaginal.

Puede realizarse inmediatamente después del parto, aborto y durante la

cesárea, y cuando se programa en cualquier momento debe realizarse antes del séptimo día del ciclo menstrual. En Guatemala según las políticas de salud es necesario el consentimiento por escrito del esposo o la pareja y tener como mínimo 3 hijos, actualmente la edad no tiene un número estipulado como mínimo. Este método quizás es el más costoso si se realiza en un servicio privado. (7,11,13,17)

D. MONOGRAFÍA DEL MUNICIPIO DE SAN ANTONIO ILOTENANGO.

1. Historia.

San Antonio Ilotenango es un pueblo de origen precolombino. Su territorio formó parte de la Confederación Quiché y fue ocupado por el calpul (unidad territorial en base a linajes) de Ilocab. De acuerdo con algunas fuentes se llamó Pailocab, y según investigaciones más recientes (Carmack, 1979) tuvo el nombre de Palojop, que significa "lugar donde comen fruta". Ya en el periodo colonial, San Antonio Ilotenango es mencionado en la Crónica de padre Remesal, con el nombre de San Antón, como uno de los pueblos en los cuales se redujo o congreco a la población dispersa, en el año 1549.

En 1905 el Presidente Manuel Estrada Cabrera le otorgó su título definitivo, el área del municipio quedó reducida a 177 caballerías (79.9 Kilómetros Cuadrados)

Es de destacar el proceso de conversión religiosa y de abandono de la religión Costumbrista que se produjo en San Antonio Ilotenango y, en general;

en las tierras altas del occidente guatemalteco, con la organización de la acción Católica, que llegó a San Antonio en el Año 1948. Este proceso fue objeto, y paradero de San Antonio, de un interesante estudio del antropólogo y Sacerdote Ricardo Fallas, Titulado "Quiché Rebelde" -Estudio de un movimiento de conversión religiosa, rebelde a las creencias tradicionales en San Antonio Ilotenango, Quiché 1948- 1970.

En el año de 1991 fue publicado por UNICEF el documento titulado "Circunstancias de Vida: Mujer y niños de Quiché", Que contiene un diagnóstico sobre la situación en materia de servicios sociales de las mujeres y niños de departamento, el cual fue elaborado por la comisión de Coordinación Interinstitucional para el Desarrollo del Quiché.

Dicho documento contiene entre otros datos, un cuadro con el índice de precariedad que debe enfrentar mujeres y niños en cada municipio. En dicho índice, San Antonio Ilotenango ocupa el lugar número cuatro, lo que permite ubicarlo entre los municipios de más alta precariedad del departamento, junto con Quiché, Chajul, San Pedro Jocopilas, San Bartolomé Jocotenango y San Andrés Salcabajá.

2. Fiesta Titular.

La fiesta titular de San Antonio Ilotenango se Celebra entre el 15 y 18 de enero de cada año. El día Principal es el 17, fecha en que la Iglesia Católica conmemora la festividad de San Antonio Abad, patrono del pueblo.

3. Extensión territorial, Altitud

Extensión territorial: 80 kilómetros cuadrados, altitud de 1,950 mts. Sobre el nivel del mar.

4. Colindancias

Al norte: Con San Pedro Jocopilas (Quiché) y Santa Lucía la Reforma (Tonicapán),

Al Este: Con San Pedro Jocopilas y Santa Cruz del Quiché (Quiché),

Al Sur: Con Santa Cruz del Quiché y Patzité (Quiché)

Al Oeste: Con Tonicapán (Cabecera) y Santa María Chiquimula (Tonicapán)

5. Sistema Vial

Los 21 centros poblados cuentan con caminos accesibles y de terracería.

Desde Santa Cruz del Quiché se puede llegar a la cabecera Municipal por carretera asfaltada que dista a solo 12 Kilómetros, por carretera de terracería, transitable en todo el año se llega a la cabecera departamental de Tonicapán a una distancia de 34 Kilómetros.

6. Religión y Templos Religiosos.

La religión predominante en San Antonio Ilotenango ha sido la Católica, que cuenta con 11 locales, entre ellos la iglesia y convento de la cabecera municipal, 9 capillas y otras instalaciones o casas comunales en diferentes aldeas y caseríos. La otra religión que cuenta ya con un buen número de integrantes es la religión evangélica, quienes actualmente cuentan con una instalación en casi todas las comunidades del municipio así como también en el casco urbano.

7. Actividades Económicas

Producción agrícola

En primer lugar esta el cultivo de Maíz, que se siembra en los 21 centros poblados, por lo que se considera que el 100% de la población lo cultiva, en segundo lugar esta el cultivo de frijoles seguido del tomate y cebolla, solo un pequeño porcentaje se dedica al cultivo de espárragos y otras Hortalizas y frutas.

En cuanto a la tenencia de la tierra, predomina la pequeña propiedad agrícola, cuya extensión promedio es de 1 manzana. Y son pocas las familias que alquilan propiedades, pues la mayoría es propietario de sus tierras.

8. Comercialización.

La producción agrícola se dedica mayoritariamente al autoconsumo, en especial al maíz y frijol, sin embargo hay un buen porcentaje de la población que se dedica al comercio, tanto local como fuera del municipio departamento y país.

9. Salud.

Los servicios de salud estatal están a cargo del Centro de Salud tipo B, localizado en la cabecera Municipal en el casco Urbano. El Personal de Salud esta integrado de la siguiente forma:

Medico Director

2 Médicos de la Cooperación Cubana
 2 Médicos de EPS de la Universidad de San Carlos de Guatemala
 1 Enfermero Graduado
 4 Enfermeras Auxiliares
 1 Técnico en Salud Rural
 1 Inspector de Saneamiento Ambiental

En la Comunidad de Patzalá funciona un puesto de Salud, y también están en funcionamiento 2 Unidades Mínimas de Salud en las comunidades de Xejip y Pacomon.

El centro de Salud cubre el casco Urbano, las comunidades de Xejip, Chujip, Chotacaj, Patulup y Patzalá. Todas las otras comunidades están a cargo de la Prestadora de Salud, ADISA, Quienes poseen en cada comunidad una casa comunitaria en la cual una vez por semana se da consulta externa y se proporcionan los medicamentos que necesiten

10. Idioma.

Se hablan dos idiomas el Español o Castellano y el idioma Quiché, la mayoría de la población sobre todo la femenina solo habla su idioma étnico, el Quiché.

VI. MATERIAL Y METODOS.

A. METODOLOGÍA.

1. Tipo de estudio.

Descriptivo, transversal.

2. Población a estudio.

Mujeres indígenas en edad fértil del municipio de San Antonio Ilotenango, Quiché, Guatemala, en el mes de Julio de 2,002.

3. Muestra de estudio.

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

Donde:

n=	Tamaño de la muestra	
N=	Tamaño de la Población	5,344 mujeres en edad fértil
P=	Frecuencia del fenómeno	0.5
Q=	1-P (N) de aceptación	1-0.5
LE=	Limite de error	0.05

En este estudio se dio una estimación de error del 5% (0.05) con un intervalo de confianza del 95% y como no existe un estudio previo asumiremos que el 50% (0.5) no conoce ni acepta los Métodos de Planificación Familiar.

Sustituyendo:

$$n = \frac{(5344) (0.5) (1-0.5)}{(5344-1) (0.07/4)^2 + (0.5) (1-0.5)} = 373 \text{ mujeres en edad fértil.}$$

4. Criterios de inclusión y exclusión.

a. Inclusión:

- i. Sexo femenino
- ii. Edad comprendida de 15 a 49 años.
- iii. Originaria y residente del Municipio de San Antonio Ilotenango
- iv. Que tenga o no, vida sexual activa
- v. Mujeres que usen o no, Métodos de Anticoncepción.

b. Exclusión:

- i. Mujeres que trabajen en el área de salud
- ii. Mujeres que no quieran colaborar con el estudio
- iii. Mujeres ladinas.
- iv. Mujeres menores de 15 años y mayores de 49 años.

5. Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	UNIDAD DE MEDIDA
Conocimientos de métodos de planificación familiar	Tener idea o noción de algún método anticonceptivo	La información que las encuestadas tengan para evitar embarazos en forma temporal o permanente.	Nominal	Métodos temporales naturales: MELO, calendario o ritmo, moco cervical, método del collar, coito interrumpido. Métodos temporales modernos: Condón o preservativo masculino y femenino, espermicidas, diafragma, capuchón cervical, T de cobre, anticonceptivos orales combinados y solo de progestageno, inyectados combinados y de progestina, implantes subdérmicos y Anticoncepción de emergencia. Métodos permanentes: Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina y masculina.
Aceptación de métodos de planificación familiar	Estar de acuerdo con el uso de lo que se esta ofreciendo	Estar usando o haber usado algún método de anticoncepción y estar de acuerdo con el beneficio que estos Brindan	Nominal	Respuesta negativa (no) y positiva (si)
Factores Influyentes en	Conceptos, creencias y actitudes que se tienen de la	Diferentes opiniones o razones para aceptar o rechazar	Nominal	Motivos religiosos, culturales, sociales, grado de escolaridad, nivel económico, idioma.

la aceptación o rechazo de la planificación familiar.	planificación familiar, para fundamentar su reacción positiva o negativa hacia los mismos	los métodos de planificación Familiar	Información deficiente, rechazo por parte del esposo o pareja, discriminación, efectos secundarios, problemas en acceso
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta el día de hoy	Edad que la encuestada refiere de vida en el momento de la encuesta.	Años, de quince a cuarenta y nueve.
Estado civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles	Estado civil que refiera la encuestada.	Casada, unida, divorciada, viuda y soltera.
Escolaridad	Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza.	Grado que curso o cursa la encuestada	Analfabeta, primaria, básico y diversificado
Religión	Conjunto de creencias, dogmas y prácticas relativas a lo que un individuo considera divino o sagrado.	Religión que la encuestada practique o sea de su convicción.	Católica o costumbrista, evangélica y otros.
Paridad	Acto en que se da el nacimiento de un producto gestacional, que puede ser vivo o muerto.	Numero de partos y/o cesareas que la encuestada refiere hasta el momento de realizar la encuesta.	De 1 a 3, 4 a 6, 7 a 9 y de 10 o más.

6. Procedimiento para la recolección de datos.

La recolección de datos se llevó a cabo en cada comunidad (21 en total) con grupos focales, en un número de 17 encuestas por comunidad, se realizó la encuesta a las personas que cumplieran con los criterios de inclusión, se visitó por lo menos una comunidad por día, con la ayuda de un traductor que a su vez es trabajador de salud y el investigador.

7. Plan de Análisis.

La información recaudada se tabuló, analizó y presentó en el informe final en cuadros, con los resultados obtenidos por cada una de las preguntas de la encuesta. Se utilizó el programa Epi-Info. Número 6.

8. Aspectos éticos.

Para la realización de la investigación se solicitó la autorización del Director del Centro de salud de San Antonio Ilotenango, y se le pidió además su colaboración para la proporción de un medio de transporte, y la ayuda de una persona quien acompañó al investigador a las diferentes comunidades para realizar las encuestas. La información general de los resultados se dió a conocer a nivel del Centro de salud, pero la identificación de cada persona encuestada no fue revelada. Las encuestas las realizó el investigador personalmente sin dar ningún incentivo de ningún carácter, la colaboración para proporcionar información fue voluntaria y en forma privada.

6. Procedimiento para la recolección de datos.

La recolección de datos se llevo acabo en cada comunidad (21 en total) con grupos focales, en un número de 17 encuestas por comunidad, se realizo la encuesta a las personas que cumplían con los criterios de inclusión, se visito por lo menos una comunidad por día, con la ayuda de un traductor que a su vez es trabajador de salud y el investigador.

7. Plan de Análisis.

La información recaudada se tabulo, analizo y presento en el informe final, con los resultados obtenidos por cada una de las preguntas de la encuesta, en cuadros y graficas. Se utilizo el programa Epi-Info. Número 6.

8. Aspectos éticos.

Para la realización de la investigación se solicitó la autorización del Director del Centro de salud de San Antonio Ilotenango, y su le pidió además su colaboración para la proporción de un medio de transporte, y la ayuda de una persona quien acompaño al investigador a las diferentes comunidades para realizar las encuestas. La información general de los resultados se dio a conocer a nivel del Centro de salud, pero la identificación de cada persona encuestada no fue revelada. Las encuestas las realizo el investigador personalmente sin dar ningún incentivo de ningún carácter, la colaboración para proporcionar información fue voluntaria y en forma privada.

VII. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

CONOCIMIENTOS Y ACEPTACIÓN DE METODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES INDÍGENAS EN EDAD
REPRODUCTIVA, MUNICIPIO DE SAN ANTONIO ILOTENANGO,
QUICHÉ, GUATEMALA, JULIO DE 2002.

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN ETAREA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 20	73	19.57%
21 - 25	83	22.25%
26 - 30	90	24.12%
31 - 35	43	11.52%
36 - 40	50	13.40%
41 - 45	26	6.97%
46 - 49	8	2.14%
TOTAL	373	100%

Fuente: encuesta

ANÁLISIS

Se puede observar un predominio de las edades de 15 a 40 años, periodo en el que la mujer esta en su época de la reproducción, y hay madres adolescentes jóvenes y mayores de 35 años, factores que ponen en riesgo la salud de la mujer.

**CUADRO 2
GRADO DE ESCOLARIDAD**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	111	29.76%
SECUNDARIA	3	0.80%
DIVERSIFICADO	2	0.53%
ANALFABETA	257	68.90%
TOTAL	373	100%

Fuente: encuesta

ANÁLISIS

En la población estudiada se ve enmarcado enormemente el nivel de analfabetismo 68.90 %, las que cursaron primaria 29.76 % en su gran mayoría lo hicieron solo hasta 1ro. y 2do. año, por lo que podemos observar el nivel de educación femenina es muy bajo.

**CUADRO 3
RELIGIÓN PRACTICADA**

RELIGION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATOLICA	127	34.06%
EVANGELICA	243	65.14%
OTROS	3	0.80%
TOTAL	373	100.00%

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Este factor es indudablemente uno de los más importantes para la aceptación de los métodos de Planificación Familiar encontrados en este estudio, el cuál nos demuestra que un 65.14 % de la población estudiada práctica la religión evangélica y un 34.06 % la católica. Estas son las dos religiones más practicadas en la población en estudio el predominio de la religión evangélica ha venido incrementándose en estos últimos años.

CUADRO 4
PARIDAD DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	24	6.43%
1 a 3	133	35.65%
4 a 6	128	34.33%
7 a 9	58	15.55%
Más de 10	30	8.04%
TOTAL	373	100.00%

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS.

De las 373 mujeres encuestadas hay 35.65% que tienen de 1 a 3 hijos y 34.33% que tienen de 4 a 6 hijos, las mujeres que tienen de 7 a 9 hijos es de 15.55% podemos observar que mas del 58% de la población estudiada es gran multipara. Nos confirma que esta población estudiada tiene una tasa de fecundidad elevada.

CUADRO 5
ESTADO CIVIL DE LAS ENCUESTADAS

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	288	77.22%
UNIDA	60	16.08%
SOLTERA	22	5.90%
VIUDA	3	0.80%
TOTAL	373	100.00%

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Las parejas de este municipio en su mayoría son casadas, tanto por lo civil y por la iglesia de la religión que practican, las parejas unidas son un número pequeño, de estas hay parejas jóvenes y en las que es su segunda esposa, porque sus esposos eran viudos. La mujeres solteras es solo un 5.90%. El hecho de que la mayoría de las mujeres estén casadas, les da seguridad para poder tener los hijos que se puedan, ya que es un mandato del casamiento, "tener todos los hijos que Dios nos mande", según manifestaban al ser encuestadas.

CUADRO 6
CONOCIMIENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

REPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	112	30.02%
NO	261	69.98%
TOTAL	373	100%
¿Para qué sirven?		
Espaciar embarazos	42	37.50%
No tener más hijos	39	34.82%
Evitar la familia	31	27.68%
TOTAL	112	100%

Fuente: Encuesta

CUADRO 7.
ESCOLARIDAD DE LAS QUE CONOCEN Y NO CONOCEN LOS
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

ESCOLARIDAD	CONOCEN		NO CONOCEN	
	F	%	F	%
Primaria	43	11.53%	65	17.42%
Secundaria	3	0.80%	1	0.27%
Diversificado	2	0.54%	0	0.00%
Analfabeta	64	17.16%	195	52.28%
Total	112	30.03%	261	69.97%

Fuente: Encuesta

CUADRO 8
RELIGION DE LAS QUE CONOCEN Y NO CONOCEN LOS
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

RELIGIÓN	CONOCEN		NO CONOCEN	
	F	%	F	%
EVANGELICA	64	17.16%	181	48.52%
CATÓLICA	50	13.40%	78	20.91%
TOTAL	114	30.57%	259	69.43%

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS DE LAS TABLAS 6,7,8.

De las 373 mujeres estudiadas 261 (69.98 %) no conocen los métodos de anticoncepción, observándose sobre todo en las analfabetas (52.28 %) y que practican la religión evangélica (48.52 %), es importante señalar entonces el papel de la educación para el conocimiento de las ventajas y desventajas de los diferentes métodos de Planificación Familiar ya que la mayoría de información se presenta por escrito.

CUADRO 9
CONOCIMIENTO DE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

METODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lactancia materna	0	0.00%
Ritmo	1	0.22%
Moco cervical	0	0.00%
Coito interrumpido	1	0.22%
Del collar	0	0.00%
Condón masculino	34	7.78%
Condón femenino	0	0.00%
Espemicidas	1	0.22%
Diafragma	0	0.00%
Capuchón	0	0.00%
Dispositivos intrauterinos	7	1.60%
Orales combinados	82	18.86%
Orales de progestagenos	0	0.00%
Inyectables combinados	0	0.00%
Inyectables de progestina	93	21.25%
Implantes subdermicos NORPLANT	0	0.00%
Anticoncepción de emergencia	0	0.00%
Anticoncepción quirúrgica masculina	15	3.53%
Anticoncepción quirúrgica femenina	29	6.61%
NINGUNO	174	39.71%
TOTAL	437	100%

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

En el conocimiento de los métodos en particular por nombre o forma de uso, el inyectable de progestina (Depo-provera) es el más conocido, seguido por los orales combinados (píldoras), el condón también es conocido pero en un menor porcentaje, la AQVF y la AQVM son aceptadas por aquellas que manifestaron conocerla. Es importante señalar que se confirman los datos del Programa de Salud Reproductiva en el que reporta que la inyección es la más conocida en nuestro país. Los otros métodos y sobre todo los naturales son desconocidos, los métodos que conocen son los que existen en el Centro de salud, posiblemente no se este dando énfasis a los métodos naturales por lo importante que es la inter-relación proveedor-paciente para el conocimiento y uso de los métodos naturales.

CUADRO 10
USOS DE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

METODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Coito interrumpido	1	2.17%
Inyectables de progestina	29	63.06%
Orales combinados	10	21.73%
Ritmo	4	8.70%
Anticoncepción quirúrgica femenina	2	4.34%
TOTAL	46	100.00%

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

El método más usado es el Anticonceptivo inyectable de progestina las usuarias manifestaron estar usándolo actualmente, el otro anticonceptivo más usado son los anticonceptivos orales combinados, sin embargo algunas encuestadas manifestaron que ya los habían abandonado, señalaremos el hecho de que solo 5 personas usaban métodos naturales.

CUADRO 11
EFICACIA DE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

METODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Condón	1	1.08%
Inyectables de progestina	75	81.52%
Orales combinados	13	14.16%
T de Cobre	1	1.08%
Anticoncepción quirúrgica femenina	2	2.16%
TOTAL	92	100%

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Para los concedores de los métodos de PF el método más seguro y confiable, a su vez aceptado es el anticonceptivo inyectable de progestina (Depo-Provera), que como ellas manifestaron no implica mucho trabajo utilizarlo, los anticonceptivos orales combinados son los que le siguen a los inyectables, pero en menor porcentaje, fueron solo dos mujeres que se practicaron la AQVF, las cuales manifestaron que era el método más seguro para ellas.

CUADRO 12
FUENTE DE INFORMACIÓN DE LOS METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

FUENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Centro de Salud	84	61.76%
Familiares	23	16.91%
APROFAM	15	11.04%
Promotor	14	10.29%
TOTAL	136	100%

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

La mayor fuente de información de los métodos de PF es el Centro de Salud de San Antonio Ilotenango, información otorgada por el personal del mismo, información muy bien recibida sobre todo si venía de personas que hablaban su mismo idioma y viven en su comunidad. Las personas que manifestaron recibir información de APROFAM son personas comerciantes que viajan constantemente al Departamento de El Quiché o a la capital y que pueden pagar estos servicios. No debe pasarse sin importancia el hecho de que las personas que reciben información por parte de los promotores, guardianes comadronas o líderes es muy bajo.

CUADRO 13
ACEPTACIÓN DE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	263	70.50%
NO	110	29.50%
TOTAL	373	100%

Fuente: Encuesta

CUADRO 14
ESCOLARIDAD DE LAS QUE ACEPTAN Y NO ACEPTAN LOS METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

ESCOLARIDAD	ACEPTAN		NO ACEPTAN	
	F	%	F	%
Primaria	85	22.79%	28	7.50%
Secundaria	4	1.07%	0	0.00%
Diversificado	2	0.54%	0	0.00%
Analfabeta	173	46.38%	81	21.71%
Total	264	70.78%	109	29.22%

Fuente: Encuesta

CUADRO 15
RELIGION DE LAS QUE ACEPTAN Y NO ACEPTAN LOS
METODOS DE PALINIFICACIÓN FAMILIAR.

RELIGIÓN	ACEPTAN		NO ACEPTAN	
	F	%	F	%
EVANGELICA	169	45.30%	77	20.64%
CATÓLICA	95	25.47%	32	8.58%
TOTAL	264	70.78%	109	29.22%

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS DE LAS TABLAS 13,14,15.

La aceptación de los métodos de PF, es grande un 70% si los acepta, pero manifiesta que no tenían información de la existencia de ellos, o que la información que tenían era muy deficiente, por lo que observamos que hay una estrecha relación entre el conocimiento el cual es deficiente, y la aceptación que si es satisfactoria, los que no la aceptan mencionaron factores sobre todo religiosos, siendo las evangélicas en un 20.64% y las católicas en un 8.58 % quienes rechazan los métodos de Planificación Familiar, y por información equívoca sobre efectos secundarios de los anticonceptivos, se resalta entonces la importancia de la información y divulgación adecuada de los diferentes métodos. Es importante señalar el grado de educación de las encuestadas que demuestra una actitud positiva con respecto a la aceptación de los anticonceptivos, siendo la población analfabeta las que manifestaron aceptarlos.

CUADRO 16
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN O RECHAZO DE
LOS METODOS DE ANTICONCEPCIÓN.

FACTOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RELIGIOSO	84	11.06%
CULTURAL	207	27.27%
SOCIAL	151	19.90%
ECONOMICO	8	1.05%
IDIOMA	6	0.79%
RECHAZO DE LA PAREJA	20	2.63%
PROBLEMAS EN ACCESO	6	0.79%
FALTA DE INFORMACIÓN	156	20.57%
EFFECTOS SECUNDARIOS	76	10.01%
OTROS (soltera, aún no quiere planificar)	45	5.93%
TOTAL	759	100%

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Los factores más mencionados fueron los Socio-culturales, indicando que estos son métodos que las indígenas no deben usar porque no están aceptados en su comunidad, porque si no tienen muchos hijos sus esposos o familiares no las quieren, porque ellas deben tener los hijos que Dios les mande, nuevamente el factor religioso influye enormemente además indican que el pastor de su iglesia o el sacerdote les han dicho que los anticonceptivos son abortivos, podemos observar entonces que la información deficiente de la acción y efectos secundarios hace que rechacen los métodos de PF.

CUADRO 17
LUGAR PARA ADQUIRIR METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LUGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Centro de Salud	157	36.68%
Puesto de salud	8	1.86%
Comadrona	0	0.00%
Unidad Mínima	0	0.00%
Hospital	2	0.48%
Farmacia	20	4.67%
APROFAM	71	16.59%
Promotor	0	0.00%
Otros (No sabe)	170	39.72%
TOTAL	428	100%

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Solo un 38.68 % sabe que puede adquirir los métodos de PF en el centro de salud, y un 39.72 % no sabe dónde adquirirlos, esto demuestra nuevamente que la información es muy baja, ya que no hay otra entidad en salud que se dedique a la promoción de la PF en el municipio, observamos que no se ha alcanzado una cobertura ideal para que la población estudiada este informada de la existencia de los métodos de PF en el centro de salud.

CUADRO 18
PERSONA QUE DECIDE EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

PERSONA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	12	3.22%
Mujer	12	3.22%
Ambos	320	85.79%
Dios	29	7.77%
TOTAL	373	100.00%

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

La mayoría de las encuestadas 85.79 % esta de acuerdo en que debe de ser la pareja quienes estén de acuerdo en usar o no un método de PF, solo 12 mujeres opinaron que sus esposos eran lo únicos que otorgan el permiso para ello, y otras 12 opinaron que ellas lo decidían pues ellas son las que sufren al tener muchos hijos. Las mujeres que contestaron que Dios era el único que decidía cuantos hijos les daba en esta vida son muy religiosas (evangélicos) y su decisión era radical.

CUADRO 19
CONOCIMIENTO DE METODOS GRATUITOS EN CENTRO DE SALUD

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	100	26.80%
NO	273	73.20%
TOTAL	373	100.00%

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

La información de los métodos incluye además que estos son brindados por el Ministerio de Salud, y que por ende son gratuitos, y que tienen la misma efectividad y son de buena calidad como los que se encuentran en las farmacias o APROFAM, sin embargo podemos observar que solo 26.80 % de la población en estudio sabe que los métodos de PF existentes en el Centro de Salud son gratuitos, este es otro factor que influye enormemente en la aceptación de los mismos.

VIII. CONCLUSIONES.

1. Los conocimientos de métodos de Planificación Familiar de la población a estudio que fue de 373 mujeres del municipio de San Antonio Ilotenango, departamento del Quiché, no son satisfactorios y suficientes para que el programa de PF, funcione como lo esperado por el MSPAS en su Programa Nacional de Salud Reproductiva 2,000 – 2,004, y de esta forma poder modificar la tasa de fecundidad del municipio, a través del aumento de usuarias de métodos de PF. Ya que 261 mujeres (69.80 %) no conocen los métodos de PF, observándose en la mayoría en las que no poseen ningún grado de escolaridad (analfabetas), y en las que practican la religión evangélica.
2. La aceptación de los métodos de PF, en la población estudiada es satisfactoria ya que un 70.5 % si los aceptan, sin que el grado de escolaridad o la religión sean una limitante, ya que el 74 % de las católicas encuestadas los aceptaron y el 68 % de evangélicas.
3. Los factores encontrados que influyen en la aceptación o rechazo de los métodos de anticoncepción en la población estudiada son según su orden de frecuencia: cultural, falta de información, social, religioso, efectos secundarios, rechazo de la pareja, económico e idioma.
4. La población en estudio si esta consciente de que debe ser la pareja quienes deciden sobre el uso de los anticonceptivos, por lo que entonces la información no debe de darse solo a las mujeres sino también a los hombres.
5. La información que se imparte por parte del personal del Centro de Salud es la única que ha mantenido la prevalencia en el uso de los métodos de anticoncepción así como también de su conocimiento. A pesar de la información y capacitación que continuamente se ha estado impartiendo a los líderes, comadronas, guardianes de salud, de las diferentes comunidades se comprobaron que estos no han estado divulgando o transmitiendo esta información a la comunidad, pues solo 14 mujeres manifestaron que habían recibido la información de métodos de PF por parte de ellos.

IX. RECOMENDACIONES.

1. Planificar una jornada para información completa y adecuada de métodos de PF, en todas las comunidades del municipio, con una absoluta colaboración de la Prestadora de Salud del municipio, información impartida personalmente con todas las mujeres en edad reproductiva de cada casa, en el idioma quiché, para resolver sus dudas, temores y creencias erróneas de los métodos anticonceptivos.
2. Organizar charlas, capacitaciones sobre métodos de PF, impartidas por el personal de salud a los maestros de las escuelas primarias y básico del municipio para que ellos sean portavoces voluntarios de esta información.
3. Es indiscutible la colaboración de los líderes religiosos de los dos grupos (católicos y evangélicos) por lo que es necesario buscar la concordancia en información adecuada con ellos para poder lograr la aceptación de la PF en este caso los naturales que son los aceptados por ellos y de esta forma puedan transmitir el mensaje a su comunidad.
4. Impartir información general y personalizada en el centro de salud a toda mujer en edad reproductiva que asista a consulta externa, antes de ingresar a la misma.

X. RESUMEN

En el presente estudio se evaluaron los Conocimientos y Aceptación de los Métodos de Planificación Familiar en Mujeres en Edad Reproductiva, del municipio de San Antonio Ilotenango, departamento del Quiché, en julio de 2,002.

En este estudio se tomó una muestra de 373 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) de 5,344 de la población total, de las cuales solo 112 conocen los métodos de PF, y 110 mujeres no los aceptan, y los factores para rechazarlos son principalmente la religión, el papel de la mujer indígena a nivel sociocultural, la deficiencia en la información del uso y efectos secundarios de los diferentes métodos anticonceptivos. La aceptación de los métodos en la población estudiada es de un 70.50 %. La religión y el grado de escolaridad no son factores limitantes para la aceptación de los métodos.

Se identificó que solo 46 mujeres de las encuestadas están utilizando un método de PF, y el más usado y seguro para ellas son los anticonceptivos inyectables de progestina, y que la mayor fuente de información y obtención de los mismos es en el Centro de Salud, sin embargo hay un gran porcentaje 39.72 % de mujeres que no saben donde adquirirlos.

Se recomienda organizar jornadas de información y capacitación sobre métodos de PF a los maestros de primaria y básico para que ellos transmitan esta información a toda la población estudiantil y solicitar la colaboración de los líderes religiosos para capacitación e información de PF ya que este sector es el único que no se ha trabajado.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Asociación Estadunidense de Obstetras y Ginecólogos. ACOG apoya Anticonceptivos de emergencia. El Hospital (Cincinnati, OH) 2001-2002 diciembre-enero, 57(6): 5.
2. Bertrand, J.T., et al: Espaciamiento de embarazos en el departamento de El Quiché: Resultados del estudio de base para un proyecto piloto. Guatemala: APROFAM, 1,993. (pp. 11-97)
3. Chin Subujuy, José Gabriel. Aceptación de la planificación familiar en parejas en edad reproductiva y con vida sexual activa. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 2001, 54p.
4. Cifuentes, E., Métodos naturales: otra alternativa para el espaciamiento del embarazo: Publicación del centro de documentación y dirección de educación e información. APROFAM. Guatemala. 1996 (pp. 1-3)
5. Colston, W. A., et al: Anticoncepción y planificación familiar. En Tratado de Ginecología de Novak. 12 ed. México: Interamericana 1,995. (pp. 181-210)
6. Cospin, G. y R. Vernon. Educación sobre salud reproductiva en áreas Indígenas de Guatemala a través de maestros bilingües. AGES y DH Guatemala. Doc. de Trabajo No. 2. 1,998. (pp. 22-27)
7. Curtis, M.; et al: Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos. Resultados de una reunión técnica. Depto. de Epidemiología. Carolina del Norte en Chapel Hill. 1994. 292 p.
8. Family Health Internacional. El condón femenino desde las etapas de Investigación a la comercialización. Florida. 27(2): 20.
9. Fisher, A. A.; et al: Manual para el diseño de investigación operativa en planificación familiar. 2da. ed. México: The Population Council 1,991. 99 p.

10. Hall, K., B. Scout. Planificación familiar en Guatemala: Un derecho fundamental que no se cumple. Centro legal para derechos reproductivos y políticos públicas CRLP. New Cork, 1,998. 98 p.
11. Hatcher, R.A.; et al: Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Programa de información en población de Johns Hopkins. Población Reports. 1,999. 289 p.
12. Ilaguno, S., Programa de salud reproductiva para poblaciones rurales o indígenas. Investigación operativa. Population Council Inopal. Guatemala. 1,997. (pp. 21-23)
13. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Manual de normas de de salud reproductiva. Guatemala. 2001. 57 p.
14. Ireeman, H.R. La prevalencia y uso de Métodos Anticonceptivos en algunos países de la región de las Américas. OPS. Washington DC. 1,885. (pp. 24-28)
15. Ley de desarrollo Social. Congreso de la República. Guatemala 2,001 Artículo 25 y 26.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1,998-1,999. Guatemala. 120 p.
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Planificación Familiar. En Guías nacionales de salud reproductiva. Guatemala. 1,998. (pp. 1-93)
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Indicadores Básicos de salud. Guatemala. 2,001. 14 p.
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de Salud Reproductiva. Diagnóstico para identificar intervenciones prioritarias que mejoren el acceso y la calidad de los servicios básicos de salud materna. Guatemala. 2,002. 68 p.
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de Salud Reproductiva. Informe de logros y resultados. Guatemala. 2,001 (pp. 10-15)
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de la salud reproductiva. Evaluación de necesidades. Guatemala. 2,001. 36 p.
22. Mitos y realidades en métodos de planificación familiar. <http://www.Celsan.Org/mitos.asp>.
23. Organización Mundial de la Salud. Anticonceptivos de barrera y espermicidas. Su uso en la planificación familiar. Ginebra. 1,998. 110 p.
24. Organización Mundial de la Salud. Anticonceptivos inyectables. Su uso en planificación de la familia. Madrid. 1,990. 131 p.
25. Organización Mundial de la Salud. Mecanismos de acción, inocuidad y eficacia de los dispositivos intrauterinos. Suiza. 1,987. 159 p.
26. Organización Mundial de la Salud. Planificación natural de la familia. Guía para la prestación de servicios. Switzerland. 1,989. (pp. 29-31 y 76-83)
27. Planificación familiar. <http://www.geocities.com/hot Springs/Spa/5336/planific.htm>.
28. Population Reports. The Johns Hopkins. Como ayudar a las mujeres a usar la píldora. Baltimore. 2,000. Serie A, 27(10): 2.
29. Sistema de Naciones Unidas. El rostro rural del desarrollo humano. Guatemala. 1,999. (pp. 4,5)
30. Thomas, R. Memorix de Ginecología. Bogota. 1,997. (pp. 128-163)
31. Ward, R. M., et al: Comportamiento sexual y aceptación de planificación familiar en la población maya Quiché. AGES, APROFAM. Guatemala. 1990. (pp. 30-57)

Universidad de San Carlos de Guatemala.
Facultad de Ciencias Médicas

ENCUESTA

Conocimientos y Aceptación de Métodos de Planificación Familiar
en Mujeres Indígenas en Edad Reproductiva.
En el Municipio de San Antonio Ilotenango, El Quiché, Guatemala.

Esta información es estrictamente confidencial, su uso es solamente investigativo.

Comunidad: _____ Edad: _____ Grado de Escolaridad: _____
Religión: _____ Paridad: _____ Estado Civil _____

1. ¿Sabe usted que son los métodos Anticonceptivos?
Sí _____ No _____ Para que sirven? _____

2. Qué métodos de Anticoncepción conoce de los siguientes:

Métodos naturales:

- Lactancia materna Sí _____ No _____
- Ritmo Sí _____ No _____
- Moco cervical Sí _____ No _____
- Coito interrumpido Sí _____ No _____
- Del Collar Sí _____ No _____

Métodos de Barrera:

- Condón masculino Sí _____ No _____
- Condón Femenino Sí _____ No _____
- Espermicidas Sí _____ No _____
- Diafragma Sí _____ No _____
- Capuchón Sí _____ No _____
- Dispositivos Intrauterinos Sí _____ No _____

Métodos Hormonales.

- Anticonceptivos Orales Combinados Sí _____ No _____
- Anticonceptivos Orales solo de Progestagenos Sí _____ No _____
- Anticonceptivos Inyectables Combinados Sí _____ No _____
- Anticonceptivos Inyectables solo de Progestina Sí _____ No _____
- Implantes Subdermicos NORPLANT Sí _____ No _____
- Anticoncepción de Emergencia Sí _____ No _____

Métodos Definitivos o Permanentes.

- Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina Sí _____ No _____
- Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina Sí _____ No _____
- Otros (especificar) _____ Ninguno: _____

3. ¿Cuál (es) del (los) métodos anteriores ha utilizado o utiliza? _____

4. ¿Qué método (s) considera usted más seguro (s) ?

5. ¿De qué fuente obtuvo información de los Métodos de Planificación Familiar?

6. ¿Acepta Usted los Métodos de Planificación Familiar?

Si _____ No _____

7. Factores que influyen en la Aceptación o rechazo de los Métodos de Anticoncepción

- Religioso _____
- Cultural _____
- Social _____
- Económico _____
- Idioma _____
- Rechazo de la pareja _____
- Problemas en acceso _____
- Falta de información _____
- Efectos Secundarios _____
- Otros (especificar) _____

7. ¿Sabe usted donde adquirir los Métodos de Planificación Familiar?

- Centro de Salud _____
- Puesto de Salud _____
- Comadrona _____
- Unidad Mínima _____
- Hospital _____
- Farmacia _____
- APROFAM _____
- Promotor _____
- Otro (especificar) _____

8. ¿Quién cree usted que debe tomar la decisión de usar un método anticonceptivo?

- El hombre _____ - La mujer _____ - Ambos _____ - Dios _____

9. ¿Sabe usted que los Métodos de Planificación no tienen ningún costo en el Centro de Salud?

Si _____ No _____