

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE  
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR MUJERES  
HOSPITALIZADAS EN LA UNIDAD DE GINECO  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE  
CHIMALTENANGO”**

Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal realizado en la  
primera quincena del mes de Septiembre del año 2007

Gemma Victoria Abaj Mazat  
Carné: 200010263

ASESOR: Lic. Orlando Marroquín  
REVISORA: Licda. Eva Rosales de Tuyuc

Tesis

Presentada ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas – USAC -  
Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala

Previo a optar el grado de Licenciada en Enfermería

GUATEMALA, OCTUBRE 2, 007.



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)  
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA  
 6 Avenida 3-55 zona 11, Teléfonos 2440-4477, 2440-8592, 2472-1392  
 E-mail [guatenfria@yahoo.com](mailto:guatenfria@yahoo.com) Guatemala, C.A.



LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE  
 GUATEMALA A TRAVÉS DE  
 LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS  
 TITULADO

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN  
 FAMILIAR POR MUJERES HOSPITALIZADAS EN LA UNIDAD DE GINECO  
 OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO"**

Presentado por la estudiante: Gemma Victoria Abaj Mazat  
 Carné: 200010263  
 Trabajo Asesorado por: Lic. Orlando Marroquín  
 Y Revisado por: Licda. Eva Rosales de Tuyuc

Quienes lo avalan de acuerdo al Normativo de Tesis y Exámenes Generales, Grado Académico de  
 LICENCIATURA DE ENFERMERÍA. PUNTO NOVENO, INCISOS 9.1 Y 9.2 del ACTA 32-2004.

Dado en la ciudad de Guatemala a los once días del mes de Octubre del año 2007.



*Rutija Herrera Acejón*  
 MSc. Rutija Herrera Acejón  
 DIRECTORA



Vo.Bo.

*Dr. Jesús Amulio Oliva Leal*  
 Dr. Jesús Amulio Oliva Leal  
 DECANO





Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala  
Unidad de Tesis



Guatemala 11 de Octubre de 2,007

Enfermera Profesional  
Gemma Victoria Abaj Mazat  
Presente.

Se le informa que el trabajo de tesis titulado:

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR MUJERES HOSPITALIZADAS EN LA UNIDAD DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO".**

Ha sido REVISADO Y CORREGIDO y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su examen general público.

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente,

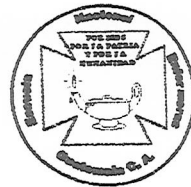
**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

M.A. Enma Judith Porras Marroquín  
Coordinadora  
Unidad de Tesis

c.c. Archivo



Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Guatemala 11 Octubre de 2,007.

Profesores  
UNIDAD DE TESIS  
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala  
Presente.

Se les informa que la Enfermera:

Gemma Victoria Abaj Mazat

Ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR MUJERES HOSPITALIZADAS EN LA UNIDAD DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO”

Del cual el autor se hace responsable del contenido, y el asesor y revisor damos la aprobación de la metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

  
AUTOR

  
Lic. Orlando Marroquín  
ASESOR

  
Licda. Eva Rosales de Tzuc  
REVISOR

## **AGRADECIMIENTO**

### **A DIOS**

Por ser lámpara que me guío a lo largo de éste camino, permíteme regresar este triunfo a ti a través del cuidado que brinde a mi prójimo.

### **A MIS PADRES**

Agradecimiento sincero por sus múltiples esfuerzos.

### **A MIS HERMANOS**

Sea éste logro motivo de perseverancia en sus metas trazadas,

### **A MIS SOBRINOS**

Josué, Heylene, kenia y Elisabeth por ser fuente de alegría en los momentos difíciles.

### **A MIS AMIGAS DE PROMOCIÓN**

Sincera y fraternal amistad por siempre.

### **A MI ASESOR Y REVISORA**

Por su apoyo incondicional y amistad brindada.

## INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	3
1. Antecedentes del problema	3
2. Definición del problema	5
3. Delimitación del problema	6
4. Planteamiento del problema	6
III. JUSTIFICACIÓN	7
IV. OBJETIVOS	9
V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	10
1. Factores	10
2. Mujer	19
3. Programa Nacional de Salud Reproductiva	20
3.1 Métodos de planificación familiar	22
3.2 Métodos naturales	22
3.3 Otros métodos de abstinencia periódica naturales	25
3.4 Métodos de barrera	26
3.5 Anticonceptivos hormonales	29
3.6 métodos irreversibles o quirúrgicos	32
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	34
1. Tipo de Estudio	34
2. Unidad de Análisis	34
3. Población y Muestra	34
4. Definición y Operacionalización de Variables	35
5. Descripción de Técnicas, Procedimientos e Instrumentos	39
6. Alcances y Límites de la Investigación	39
7. Aspectos Éticos de la Investigación	40
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	41
VIII. CONCLUSIONES	62

IX. RECOMENDACIONES	64
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXOS	
1. Cuestionario	i
2. Consentimiento Informado.	v

## RESUMEN.

El estudio que se realizó fue de tipo descriptivo, utilizando un enfoque cuantitativo y de corte transversal, como instrumento un cuestionario estructurado y como técnica la entrevista aplicada a las mujeres en edad fértil (10-49 años) que estuvieron hospitalizadas en la unidad de Gine-Obstetricia del hospital Nacional de Chimaltenánago, siendo un total de 51 mujeres.

Los objetivos fueron encaminados a describir los factores que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar por las mujeres hospitalizadas. Para contar con los datos necesarios que permitieran arribar a conclusiones y recomendaciones, se aplico un cuestionario estructurado el cual fue validado a través de una prueba piloto realizado con mujeres de características similares que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Ginecología y post-parto del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, los resultados obtenidos fueron presentados en cuadros estadísticos.

Los factores que influyen en la aceptación de métodos de planificación en las mujeres sujetos de estudio son los siguientes: culturales, religiosos, educativos, sociales, económicos y políticos, refiriendo que los anticonceptivos son dañinos, abortivos, ocasionan cáncer, deben tener los hijos que Dios manda; y se logro identificar escaso conocimiento respecto a los métodos y déficit con respecto al marco legal de salud reproductiva, sumando la inversión económica para adquirirlos y la tendencia de la mujer a no tener autoridad para decidir por si sola, por lo que tiene que consultar con su esposo.

Se recomienda en el presente estudio: socializar los resultados en la institución donde se realizó y otras entidades de salud y educativas así mismo fortalecer las acciones encaminadas a promulgar el marco legal de salud reproductiva en todas las instituciones educativas y de salud del país.



## I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio se realizó en la Unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango y fue titulado "Factores que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar por mujeres hospitalizadas en la unidad antes descrita".

La situación de morbilidad infantil se eleva por la edad de la madre, menor de 20 años y mayor de 35, número de nacimientos, espacio intergenésico menor de dos años, lo que ocasiona insatisfacción de las necesidades de sus hijos, de la madre y de toda la familia. El Hospital Nacional de Chimaltenango presta los servicios de maternidad a sus 16 municipios y de acuerdo a su ubicación geográfica también lo hace con otros departamentos circunvecinos que así lo requieran.

El presente estudio se realizó porque en esta unidad se ofertan métodos de planificación familiar y el indicador de aceptación es muy bajo, por lo que se justificó que es importante identificar los factores que influyen en las mujeres a que se decidan utilizar un método, debido a la posibilidad de enfermar o morir asociado a un embarazo muy temprano o muy tardío, espacio intergenésico menor de dos años, y un número elevado de nacimientos; condicionantes que en un momento determinado alteran el bienestar físico, psíquico, personal y social de la mujer repercutiendo en altas tasas de morbilidad materna infantil, siendo estas las siguientes: tasa de mortalidad infantil a nivel nacional estimado para el 2007 es de 29.77 por 1000 nacidos vivos y la mortalidad materna según informe nacional de salud es de 153 por 100.000 nacidos vivos.

El estudio tuvo como objetivo: describir los factores que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar; fue un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal, el muestreo fue no probabilístico, por cuota siendo 51 mujeres que constituyeron la muestra. En la revisión bibliográfica se incluyeron los siguientes temas: factores, descripción de cada factor, mujer, Programa Nacional de Salud Reproductiva y métodos de planificación familiar.

Los indicadores que se tomaron en cuenta fueron los factores religiosos, culturales, educativos, sociales, económicos, políticos, de acceso geográfico y los servicios de salud.

Se recolectó la información a través de un cuestionario estructurado utilizando la técnica de la entrevista, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, se presentó consentimiento informado como parte de los aspectos éticos, los resultados obtenidos se tabularon y se presentaron en cuadros estadísticos utilizando el porcentaje, cada cuadro con su resultado fue analizado a la luz de la revisión bibliográfica, antecedentes y estudios realizados.

El estudio permitió arribar a conclusiones y emitir recomendaciones; las conclusiones indican que es el factor cultural el que predomina en la toma de decisión por parte de las pacientes, seguido de los sociales, religiosos, educativos, político y relacionados con acceso geográfico y los servicios de salud.

## II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

### 1. Antecedentes Del Problema

En la actualidad los métodos de planificación familiar van orientados a impulsar el espaciamiento de los embarazos lo que conlleva a una serie de beneficios a nivel personal, familiar y nacional, siendo una prioridad disminuir la tasa de mortalidad materna cuyo dato estimado es "153 muertes por 100.000 nacidos vivos reportadas en el 2002, según informe nacional de salud".<sup>1</sup> Y a nivel departamental según informe del departamento de epidemiología se registra la siguiente tasa "14.63 por 100.000 nacidos vivos".<sup>2</sup> Lo que implica un gran reto para el sector salud lograr reducir la mortalidad materna, ya que este indicador expresa el daño que sufre la mujer durante su vida reproductiva.

Así mismo la mortalidad infantil se relaciona con el número de nacimientos y espacio intergenésico menor de dos años; dichos fallecimientos tienen que ver con uno o más de éstos factores de riesgo, siendo la tasa de mortalidad a nivel nacional de "29,77 muertes por 1.000 nacimientos".<sup>3</sup>

La situación de la mortalidad infantil se eleva por la edad de la madre, por debajo de 20 y arriba de los 35 años, aumentando el riesgo de dar a luz a niños de bajo peso y en condiciones precarias de salud, sumando la condición de salud de la madre lo que conlleva a insatisfacción de las necesidades de sus hijos y de toda la familia, por lo que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social procura el sostenimiento del programa nacional de salud reproductiva asignando los recursos necesarios para mejorar el acceso a los métodos de planificación familiar; sin embargo aún no se logra indicadores que llenen el cien por ciento del número de usuarias de algún método de planificación familiar, debido a varios factores como pueden ser: culturales, religiosos, de acceso, educativo, económicos y otras determinantes.

Para contar con un enfoque más claro se describe el porcentaje de usuarias por método de planificación familiar en relación con el número de mujeres en edad fértil ( 3.346937) con respecto al año 2005: el 28% utiliza las inyecciones siendo el de mayor preferencia, seguido por los condones con un 8%, píldora con un 5%, y en menor cantidad el dispositivo intrauterino con

---

1 //www.prensallibre.com/pl/2003/marzo/27/52629.htmluctiva2002, consultada el 25 de Septiembre de 2007.

2 Ministerio de salud Pública y Asistencia Social, departamento de epidemiología, memoria de informática y vigilancia epidemiológica, área de salud de Chimaltenango, 2005. p. 5

3 [http://www.indexmundi.com/es/guatemala/tasa\\_de\\_mortalidad\\_infantil.html](http://www.indexmundi.com/es/guatemala/tasa_de_mortalidad_infantil.html). consultada el 25 de Septiembre de 2007. consultada el 26 de septiembre del 2007.

0.25%, método de lactancia amenorrea 1.5%, método de días fijos 0.05%, vasectomía 0.01%, pomeoe 0.17% y otros métodos naturales 0.01%.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social cuenta con hospitales nacionales, siendo el de Chimaltenango uno de ellos, el cual cuenta con una unidad de Gineco Obstetricia dedicado a atender mujeres con alteraciones en la fisiología y patología del aparato reproductor femenino en situación no gestante teniendo como objeto el tratamiento de los aspectos relacionados con la función reproductora y sexual de las mujeres, así mismo se atienden a personas en etapa de gestación y puerperio inmediato; esta unidad cuenta con 23 camas, distribuidas de la siguiente forma: 12 para ginecología y 11 para post parto.

En relación a los métodos de planificación familiar, en esta unidad se oferta: anticoncepción quirúrgica voluntaria, inyectables solo de progestágeno, orales combinados y de barrera en el caso de los condones, previa educación proporcionada por enfermería quienes se apoyan de ayudas audiovisuales como video y rotafolio.

Por lo regular la mayoría de usuarias que asisten a este servicio provienen de los 16 municipios del propio departamento, sin embargo debido a su ubicación geográfica se atienden a pacientes de otros departamentos.

La población originaria del departamento es en su mayoría indígena, predomina el idioma español, seguido del cackchiquel, su principal ocupación es la agricultura y la ganadería, seguido de industrias de textiles, cerámica, artículos de madera y cestería entre otros.

Cabe mencionar que la cabecera departamental cuenta con los servicios que proporciona el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, en relación a servicios de ginecoobstetricia y maternidad.

En el sector privado, prestan servicio al público 22 clínicas médicas y dentales, cuatro hospitales privados, los que ofrecen servicios de salud, desde laboratorio hasta cirugía mayor.

La situación de uso y aceptación de métodos de planificación familiar a nivel latinoamericano y mundial es la siguiente:

“En América Latina y el Caribe, el promedio de prevalencia anticonceptiva es de 70%, porcentaje que sube a 74% para Suramérica y desciende a 64% para Centroamérica, de todos los países de la región los de más baja prevalencia anticonceptiva son Haití (28%), seguido por Guatemala (38%) y Bolivia (48%)”.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> [http://ccp.ur.ac.cr/bvp/pdf/ffgs2002/ffg\\_nfranco.pdf](http://ccp.ur.ac.cr/bvp/pdf/ffgs2002/ffg_nfranco.pdf) consultado 29/09/007

### **3. Delimitación del Problema**

**3.1. Ámbito Personal:** mujeres en edad fértil (10 a 49 años) que estuvieron hospitalizadas en la Unidad de Gineco-Obstetricia.

**3.2. Ámbito Institucional:** Hospital Nacional del Departamento de Chimaltenango.

**3.3. Ámbito Temporal:** mujeres hospitalizadas durante la primera quincena del mes de septiembre del año 2007.

**3.4. Ámbito Geográfico:** Departamento de Chimaltenango, Municipio Chimaltenango.

### **4. Planteamiento del Problema**

¿Qué factores influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar por mujeres hospitalizadas en la unidad de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango, durante la primera quincena del mes de septiembre del 2007?

### III. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio fue de gran utilidad ya que permitió identificar cuáles son los factores que influyen a que las mujeres acepten utilizar un método de planificación familiar y así poder realizar acciones que permitan reducir la poca aceptación de los mismos y la mortalidad materno infantil a nivel departamental como Nacional, lo cual conllevará a mejoras en la salud de la población indicada y un desarrollo humano que permita una vida digna, humana y de calidad.

Es importante identificar los factores que influyen en la aceptación de un método de planificación familiar, debido a la posibilidad de enfermar o morir asociado a un embarazo muy temprano o tardío, el espacio intergenésico menor de dos años y un número elevado de nacimientos, factores que junto a las condiciones socioeconómicas, desnutrición y consecuencias de la marginación tienden a alterar el bienestar físico, psíquico, personal y social de la mujer durante la vida reproductiva, repercutiendo en altas tasas de morbimortalidad materno infantil, consecuencias que trascienden a futuras generaciones.

Es de suma importancia en la práctica de enfermería por que brindará aportes que permitan a éste gremio crear o mejorar estrategias en la consejería en planificación familiar, crear programas o proyectos que garanticen mejoras en cuanto al acceso de la población, apoyar a la mujer para que se desarrolle como un ser integral en condiciones óptimas de salud, desde el punto de vista físico-mental y social que permita satisfacer las necesidades de sus hijos, y para nuestro país condiciones que le permitirán avances en el desarrollo.

Es novedoso porque en estudios anteriores se han investigado conocimientos, actitudes, prácticas y creencias acerca de los métodos de planificación familiar, pero no factores que influyen en la aceptación.

El estudio se basó en el modelo de Dorothy Jonson, Sistema de Comportamiento, el cual esta constituido por 7 subsistemas, siendo el sexual uno de ellos, en éste participa la procreación y gratificación, abarca la amplia gama de comportamientos que dependen del sexo biológico; como supuesto principal el sistema trata de mantener un balance, mientras fuerzas ambientales ejercen influencia sobre el sistema y puede coaccionar desequilibrio o problema de salud.

Por lo que el presente estudio tiene relación con este modelo, en el que participa la sexualidad con el uso de métodos de planificación familiar, el cual esta mediado por fuerzas externas biológicos, psicológicos y sociológicos, es decir que las personas basarán su conducta y realizarán

acciones dependiendo de los factores del ambiente y de esta forma satisfacer sus necesidades con propio esfuerzo o con ayuda externa (enfermera) con respecto a la aceptación de los métodos de planificación familiar

## V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Para fundamentar el presente estudio se realizó una búsqueda amplia de referencias bibliográficas.

### V. FACTORES

Por definición de factor se entiende que es la "Causa o elemento que influye o actúa o interviene o contribuye en la realización de una actividad".

En relación al tema se cita la siguiente definición: "elemento o circunstancia que contribuye a lograr un resultado".

En el presente estudio, factores se definirá como los diferentes rasgos y elementos que influyen de manera positiva o negativa en la oferta de los métodos de planificación familiar, tanto en el ámbito de forma espontánea en este momento en relación al momento y social, independientemente de la intención en el cual se describen.

## IV . OBJETIVO

El estudio a lo general describirá los factores en:

1. Describir los factores que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar por mujeres en edad fértil que se encuentran hospitalizadas en la unidad de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

La autora pretende describir utilizar métodos de planificación familiar como es el caso del coito interrumpido o otros, considerando el acto sexual solamente durante los períodos meritos para regular la concepción.

La Encuesta sobre el tema Pardo VI indica "Métodos naturales de planificación familiar (como la abstinencia durante ciertos días del ciclo menstrual) al ser fáciles de usar y no se requiere que nada completamente imposible aprender de una facultad médica por lo habitual, así mismo requiere que se use los conocimientos que están disponibles en la mayoría de las mujeres que se encuentran en edad fértil en el país. La encuesta también muestra que los métodos naturales de planificación familiar son los más utilizados en el país".

El estudio pretende describir los factores que los diferentes métodos naturales de planificación familiar, tanto en el momento y social, independientemente de la intención en el cual se describen.



discriminación racial, que sigue enseñándose y propagándose en la familia, escuela, iglesia, estado etc".<sup>14</sup>

La discriminación hacia la mujer continua en nuestro medio, observándose en que ella no es libre e independiente en la toma de decisiones de actos que le permitan un mejor desarrollo.

### **1.3 Factores educativos**

Constituido por elementos de conocimiento y desarrollo alcanzados por una persona a través de estudios realizados y que se manifiestan en su actuación, el actuar de la persona dependerá de los conocimientos que posea y de su escolaridad académica, por lo que al tener conocimientos sobre los beneficios que conlleva la utilización de los métodos de planificación familiar así será su tendencia hacia la aceptación.

En la actualidad aún persiste desigualdad de oportunidades para las mujeres, ya que las mismas tienen las "mayores tasas de analfabetismo, desertan del aula escolar antes de concluir el tercer grado, afectando en su mayoría a indígenas que viven en pobreza y extrema pobreza principalmente en el área rural del país, incidiendo en que sus condiciones de vida sean precarias".<sup>15</sup>

Se suma a lo anterior un patrón sociocultural donde se da más importancia a la educación de los varones en detrimento de las niñas, asignándoles a ellas una formación de que se basa en ser ama de casa o en el crear solo condiciones y habilidades para la reproducción, condicionándoles con ello su acceso al desarrollo y a posibilidades reales de calidad de vida.

Según informe relacionado con educación tenemos que "el uso de métodos anticonceptivos aumenta conforme se incrementa el grado de educación en la mayoría de países en desarrollo; a mayor grado en la educación de la mujer se asocia también una mayor reducción en la fecundidad".<sup>16</sup>

Existe relación entre educación y la aceptación de métodos de planificación familiar, por lo que este aspecto es importante sobre todo a nivel rural donde las niñas tienen menor oportunidad de asistir a una escuela, dado por diversos factores que implican.

---

14 <http://www.choike.org/nuevo/informes/1329.html>. consultada 01/10/007

15 <http://www.choike.org/nuevo/informes/1329.html> consultado 01/10/007

16 [http://ccp.ur.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2002/tfg\\_nfranco.pdf](http://ccp.ur.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2002/tfg_nfranco.pdf) consultado 29/09/007

#### 1.4 Factores sociales

Caracteres propios de las pacientes al ser parte del grupo social al que pertenecen, indígenas y no indígenas, así como la influencia de los medios de comunicación social, como radio, televisión y otros.

Según el Informe de Desarrollo Humano para Guatemala en el año 2003, “la mayor parte de las muertes maternas ocurren entre mujeres indígenas. Lo anterior debido a que para este grupo, se encuentran las condiciones de vida más precarias, tasas de fecundidad más altas y menor porcentaje de nacimientos asistidos por personal biomédico.”<sup>17</sup>

Los medios de comunicación juegan un papel importante en relación al tema de planificación familiar, según se enuncia en una investigación: “En todo el mundo, millones de personas se informan acerca de la planificación familiar a través de los medios de difusión pública. Estos son a veces su fuente principal de información, entre éstos están: la radio o la televisión”.<sup>18</sup>

La información y los valores difundidos a través de los medios de comunicación y de una persona a otra influyen en el grado de conocimiento del público en materia de planificación familiar y en el grado de interés en ésta.

Según la línea basal de Mortalidad Materna “el perfil de la mujer guatemalteca afectada por la mayor proporción de muertes maternas, es el de una mujer indígena, con escasa educación, ama de casa y múltipara”.<sup>19</sup>

Es importante mencionar los siguientes factores sociales que influyen en la aceptación de los anticonceptivos: el estado civil, el número de hijos, las intenciones de procreación (espaciamiento o limitación de los embarazos), las relaciones de pareja y la influencia de otras personas en el proceso decisivo.

##### 1.4.1 Estado civil

Prácticamente todas las mujeres casadas o unidas, tienen actitudes indefinidas en relación a la utilización de métodos anticonceptivos, similares condiciones son la de los esposos quienes “tienen una actitud negativa o desaprueban la planificación familiar, esta actitud de desaprobación del esposo es mayor ligeramente en la zona rural, y entre los esposos o compañeros de mujeres sin ninguna educación”.<sup>20</sup>

La mujer soltera: “puede ser viuda, separada de su esposo o simplemente una mujer soltera”.<sup>21</sup> En relación a este estado civil no se cuenta de forma

17 [http://www.usaid.gov/gt/docs/determinantes\\_estado\\_salud.pdf](http://www.usaid.gov/gt/docs/determinantes_estado_salud.pdf). Consultado el 10/09/007.

18 Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project 111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202 Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy USAID. Consultado el 10/09/007.

19 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000, Guatemala, 2003. P. 34

20 <http://www.phrplus.org/Pubs/sar9s.pdf> consultada el 01/10/2007

21 <http://www.hoy.com.ec/libro6/salud/salud08.htm> consultado 01/10/007

especifica como influye en la aceptación de métodos de planificación familiar, pero lo que si es cierto es de que hoy en Guatemala existe la Ley de desarrollo social en el que garantiza programas que apoyen a la mujer independientemente de su condición civil describiendo lo siguiente “derecho básico e inalienable de las personas a decidir libremente y de manera informada veraz y ética, el número de hijos e hijas, el momento para tenerlos, así como el deber de los padres y madres en la educación y atención adecuada de las necesidades para su desarrollo integral”.<sup>22</sup>

#### 1.4.2 Número de hijos

Es un derecho de las mujeres decidir el número de hijos que desean tener, pero también es un deber por parte de ellas brindar a sus hijos una atención adecuada que satisfaga sus necesidades, procurando el bienestar común entre padres e hijos.

Sin embargo es necesario indicar que toda mujer corre ciertos riesgos durante su vida reproductiva, siendo en particular “el embarazo arriesgado para ciertos grupos de mujeres: el cual es mayor en las mujeres con más de cuatro hijos, y las que padecen problemas de salud, aumentando el riesgo de defunción materna en cada parto sucesivo a partir del cuarto; este riesgo es de 1,5 a 3 veces mayor para las mujeres con cinco o más hijos que para las que sólo tienen dos o tres. El embarazo y el parto son más peligrosos para las primeras porque es más probable que padezcan anemia, necesiten transfusiones de sangre durante el parto y fallezcan de hemorragia que las mujeres con menos hijos”.<sup>23</sup>

#### 1.4.3 Idioma

El idioma es un factor importante en la vida de los seres humanos para desarrollarse en un ambiente social, en particular un medio que permite la adquisición y transmisión de conocimientos y valores culturales. En este sentido, todos los idiomas que se hablan en Guatemala merecen igual respeto.

“Aunque el idioma oficial es el castellano, éste no es universalmente entendido entre la población indígena”<sup>24</sup>. Por lo que crea ciertas barreras en la transmisión de conocimientos.

El idioma que se habla en el departamento de Chimaltenango es “el español, seguido del Cakchiquel, y como municipio es el que cuenta con más hablantes de Cakchiquel en este departamento”.<sup>25</sup>

---

22 Ley de Desarrollo Social, Guatemala 2007 P.8

23 [http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/health\\_benefits\\_family\\_planning/text\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/health_benefits_family_planning/text_es.pdf) consultado 29/10/007

24 <http://es.wikipedia.org/wiki/Guatemala#Cultura> consultado 01/10/007

25 <http://groups.msn.com/ChapinlandiaEterna/chimaltenango.msnw> consultado 01/10/007

### 1.5 Factores económicos

Son elementos que predisponen para la obtención de bienes y servicios. Los factores económicos dependen directamente de la ocupación de las personas, por lo que los ingresos monetarios serán de acuerdo al empleo que se tenga. Para influir de forma positiva o negativa en la aceptación de métodos de planificación familiar se puede considerar el coste de la anticoncepción que no sólo comprende el coste directo del método sino también los gastos que implica su obtención (p. ej., tiempo, transporte) así como ciertos costes psicológicos como los sentimientos de vergüenza o indignidad.

“La baja o nula escolaridad de los padres y madres de familia y la situación económica en que se encuentran, obligan a las niñas a insertarse desde temprana edad en el mercado laboral y/o ser considerada mano de obra auxiliar de las familias, en el trabajo de la casa y al cuidado de hermanas y hermanos menores, negándoles la oportunidad de acceder a una educación formal y por ende a tener una vida digna”.<sup>26</sup> Lo cual repercute en que las mujeres madres de familia y esposas no ocupan su tiempo en actividades fuera de su casa que sean remuneradas, y que les permita crear fuentes de ingresos que apoyen su desarrollo familiar, viéndose limitadas a ejercer trabajos en sus hogares o la agricultura.

“Las mujeres, ejercen sus funciones reproductivas, y además soportan desproporcionadamente la carga de cuidar a los ancianos y los enfermos y son quienes más trabajan para mitigar la pobreza a nivel comunitario.

Un mejor acceso de la mujer a la educación y al empleo contribuye a la ampliación general de su autonomía, a su capacidad de ejercer sus derechos a la salud, incluida la salud reproductiva y sobre todo, a mejorar sus oportunidades en la vida.

Esos servicios y esas oportunidades tienden a ser más accesibles para las mujeres en las ciudades que en el campo. Pero en el caso de las mujeres pobres, la falta de tiempo y de dinero, así como la falta de libertad para adoptar decisiones en el hogar o incluso para desplazarse en la ciudad, pueden contrarrestar esas ventajas”<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> <http://www.choike.org/nuevo/informes/1329.html> consultado 01/10/2007

<sup>27</sup> [http://www.unfpa.org/swp/2007/spanish/chapter\\_2/print/chapter\\_2.html](http://www.unfpa.org/swp/2007/spanish/chapter_2/print/chapter_2.html) consultado 01/10/2007

### **1.6 Factores relacionados con la edad.**

Elementos que se forman a través del tiempo que la persona ha vivido. Con el tiempo las personas adquieren mayor responsabilidad, razonamiento y madurez en relación a su vida sexual, lo cual permite actuar de forma clara, prudente e inteligente al momento de tomar una decisión.

Los factores de riesgo para la madre o el feto relacionado con la edad son "edad mayor de 35 años y la adolescencia"<sup>28</sup>.

Así mismo se suma la gestación y la paridad durante la edad reproductiva según observaciones se indica que "la morbilidad y la mortalidad son más altas en madres primíparas de edad avanzada, madres multíparas y los de madres muy jóvenes".<sup>29</sup>

Las edades extremas menores de 20 y mayores de 35 años afectan la salud de la madre y de sus hijos, repercutiendo en altas tasas de morbimortalidad materno infantil.

Los factores de riesgo para la salud de las mujeres relacionados con la edad se observa sobre todo en "las muy jóvenes, adolescentes, que quedan embarazadas porque sus organismos pueden no estar lo bastante maduros físicamente para soportar el estrés del embarazo y el parto los cuales tienen coherencia con la tasa de defunciones maternas entre las mujeres de 15 a 19 años de edad la cual es de hasta el triple de la correspondiente a las de 20 a 24 años, se suma a lo antes expuesto los riesgos de la procreación siendo más grave para las mujeres que ya son mayores, porque es posible que sus organismos sean menos capaces de hacer frente al estrés físico del embarazo y el parto y las probabilidades de morir en el embarazo o el parto son cinco veces mayores entre las mujeres de más de 35 años que entre las de 20 a 24 años."<sup>30</sup>

### **1.7 Factores relacionados con Acceso geográfico y los servicios de Salud.**

La calidad con la que se prestan los servicios de salud es decisiva en la aceptación y uso de métodos de planificación familiar por parte de los pacientes potenciales.

"El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y otras entidades públicas y privadas del sector salud, deben proveer los servicios de planificación familiar a través de la oferta de la gama de métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de embarazos, asegurando que los y las proveedoras tengan las competencias técnicas para prestar servicios de calidad y calidez y cuenten con el equipo e insumos

28 Reeder, Sharon J. Enfermería Materno Infantil, 17 Edición, México, Editorial Interamericana, 1995, P. 70.

29 Ibid, P 69.

30 [http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/health\\_benefits\\_family\\_planning/text\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/health_benefits_family_planning/text_es.pdf) consultado 29/10/007

de acuerdo a la normativa establecida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social<sup>31</sup>.

“El Ministerio de Salud Pública Asistencia Social debe asegurar que en los lugares de difícil acceso en donde no existan establecimientos tradicionales de salud, las Organizaciones No Gubernamentales –ONG’s- que hayan suscrito convenios de previsión del conjunto básico de salud, sean las responsables de proveer los métodos de planificación familiar a usuarias y usuarios que vivan en el área de influencia de dichas organizaciones.”<sup>32</sup>

En relación a acceso geográfico cabe señalar que la distancia entre las viviendas de las pacientes y los centros de salud más cercanos es, en ocasiones, un problema fundamental que restringe el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva y Según “la Organización Mundial de la Salud (OMS) el acceso físico adecuado a un servicio de salud es aquel que queda a menos de 60 minutos de viaje. Desde este punto de vista, en Guatemala, existen profundas desigualdades en el acceso a la oferta de servicios”<sup>33</sup>. Sin embargo existen situaciones que para acceder a los servicios de salud se necesita hacer uso de un medio de transporte, lo que requiere inversión económica.

“La distancia entre las viviendas de las pacientes y los centros de salud más cercanos es, en ocasiones, un problema fundamental que restringe el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva. Muchas veces, las pacientes requieren de mucho tiempo para llegar hasta el centro de salud más cercano y, si a esto se suma el tiempo de espera, se tiene que su costo de oportunidad es tan alto que en muchas ocasiones preferirán no atenderse”.<sup>34</sup>

### **1.9 Factores Políticos**

“Los gobiernos influyen en las decisiones que toma la gente para planificar la familia, tanto indirectamente, como es el caso cuando la legislación afecta la capacidad de la mujer para tomar decisiones independientes, y directamente, como ocurre cuando las políticas regulan el acceso a información, suministros y servicios en materia de anticonceptivos”.<sup>35</sup>

Actualmente existen leyes que regulan la salud reproductiva de la mujer en Guatemala, dentro de este marco legal podemos citar los siguientes: la constitución política que expresa “el estado garantiza la protección social,

31 <http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20leyes/2005/pdfs/decretos/D087-2005.pdf>. Consultado 10/06/07.

32 Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva consultado 10/09/07

33 [http://www.usaid.gov/gt/docs/determinantes\\_estado\\_salud.pdf](http://www.usaid.gov/gt/docs/determinantes_estado_salud.pdf) Consultado el 10/09/07.

34 <http://www.phrplus.org/Pubs/sar9s.pdf> consultado 01/10/07

35 <http://www.inforhealth.org/pr/prs/sj50/j50chap2.shtml>. Consultado el 10/09/07

económica y jurídica de la familia, promoverá su organización sobre la base legal del matrimonio, la igualdad de derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos”<sup>36</sup>

Estos aspectos son coherentes con lo que se establece en la ley de desarrollo social en el ámbito de salud reproductiva al describir “la salud reproductiva es un estado general físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual, coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable”<sup>37</sup>.

Así mismo la ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva señala que tiene por objeto “asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar. Además establecer mecanismos dirigidos a la consecución de nuevas fuentes de financiamiento local, reduciendo la dependencia histórica de los servicios de planificación familiar de donantes internacionales”<sup>38</sup>.

Realmente nuestro país cuenta con un marco legal que regula las actividades de las personas en materia de salud reproductiva, como también de las instituciones y el recurso humano que deben velar por el cumplimiento de las mismas, sin olvidar que el trabajo para esta línea de acción debe ser multi-interdisciplinario.

Estos factores en algún momento determinado influirán de forma negativa o positiva en la toma de decisiones de la mujer en edad fértil en relación a utilizar un método de planificación familiar.

Por lo que de acuerdo a lo descrito anterior es importante definir que es una mujer.

---

36 Constitución Política de la república de Guatemala, última edición, p. 19

37 Ley de desarrollo social, Guatemala 2007, P. 14

38 <http://www.oj.gob.gt/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnálisisDocumentaciónJudicial/cds/CDs%20Leyes%2005/pdfs/decretos/D087-2005.pdf> consultado 01/10/07

## **2. MUJER**

Se define como “Persona de sexo femenino que ha llegado a la edad del desarrollo”.<sup>39</sup>

Para el presente estudio la definiremos como la persona de sexo femenino que ha llegado al desarrollo sexual, identificada por características individuales que la hacen única y conformada por elementos inseparables biosociales, culturales y espirituales, que requiere de los servicios de salud reproductiva, para satisfacer sus necesidades.

Cabe mencionar que los derechos de las usuarias con respecto a salud reproductiva deben ser cumplidos por parte del equipo de salud, por lo que a continuación se hace mención de los mismos:

### **2.1 Derechos de las mujeres Respecto a la Salud Reproductiva**

Cuando se brinda consejería sobre métodos de planificación familiar se debe tomar en cuenta los derechos que poseen las pacientes o usuarias, en las Guías Nacionales de Salud Reproductiva, Planificación Familiar tomo I, publicada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el 2003, se establecen los siguientes:

Toda persona tiene el derecho a recibir información clara, sencilla independiente de su situación socioeconómica, religiosa, política, creencias, grupo étnico e idioma que habla.

Derecho a elegir libremente el método que considere adecuado.

Derecho a cambiar o interrumpir el uso de método cuando así lo desee.

Recibir información y administración del método si fuera el caso, con privacidad.

Guardar confidencialidad, no divulgar información acerca de la paciente

Recibir los servicios relacionados a planificación familiar en un lugar cómodo y trato humanizado.

La mujer tiene libertad de expresión en cuanto al servicio recibido, y a recibir atención aún cuando lo hubiese rechazado con anterioridad.

Son derechos que no deben pasar por alto en el equipo de salud, cuando brinde servicios de planificación familiar, desde la educación hasta el seguimiento que se requiera o sean necesarios proporcionar a todas las personas en edad fértil.

---

<sup>39</sup> <http://www.definicion.org/mujer> consultado 29/09/07



## **2.2 Mujer en Edad Fértil o Reproductiva**

En relación a esta definición existe cierta variación; en el Departamento de Epidemiología del Área de Salud de Chimaltenango, se incluye a las personas comprendidas entre las edades de 10 a 49 años de edad y en el Informe final Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000, indica “Mujer en edad reproductiva: la definición varía, la edad más joven oscila entre 10 y 15 años y la mayor de 45 a 50 años de edad. La Organización Panamericana de la Salud incluye mujeres entre 15 y 49 años de edad”.<sup>40</sup> Por lo que para el presente estudio se entenderá como mujer en edad fértil o reproductiva a toda mujer cuya edad oscila entre 10 y 49 años.

Actualmente nuestro país cuenta con un Programa Nacional de Salud Reproductiva, a continuación se describe en forma general.

## **3. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA**

El Programa Nacional de Salud Reproductiva se basa en un marco legal, el cual refiere lo siguiente:

La Constitución Política promulgada en 1985, expresa que es prioridad del Estado Proteger a la persona y a la familia, bajo un régimen de igualdad y fraternidad, sin discriminación alguna. Considera la Salud como un bien público y para su consecución se obliga a todas las personas e instituciones.

“El Acuerdo sobre aspectos Socioeconómicos y situación Agraria, en el Capítulo B sobre la participación de la Mujer en el Desarrollo Económico y social resalta la importancia de la participación activa de las mujeres como condición imprescindible para el desarrollo económico y social de Guatemala y la Obligación del Estado de promover la eliminación de toda forma de discriminación contra ellas”.<sup>41</sup>

En la XXV Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en marzo de 1988, en el tema de salud reproductiva, se reconoció que la salud reproductiva es la piedra angular del desarrollo humano, tanto individual como social.

En este programa se reconoce que la salud reproductiva está condicionada por factores biológicos, sociales, culturales, políticos, económicos y otros como la vivienda, educación y alimentación.

El programa tiene como propósito “mejorar la salud Reproductiva de hombres y mujeres en todas y cada una de las etapas de la vida, mediante la promoción prevención, atención y recuperación de la salud, con enfoque de género, intercultural e interétnico, haciendo énfasis en la población rural y

<sup>40</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000, Guatemala 2003, p. 37.

<sup>41</sup> Ministerio de Salud pública y asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Guatemala, 2001, p. 11.

grupos de mayor postergación y como objetivo primordial proveer de servicios de salud reproductiva a la población, para que los individuos y las parejas disfruten de una vida reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, disminuyendo la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, asegurando el pleno respeto a sus características lingüísticas y socioculturales.”<sup>42</sup>

En relación al tema sobresale el siguiente principio: “los derechos reproductivos se fundamentan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre estos, el tener acceso a métodos seguros, eficaces, accesibles, y aceptables de planificación de la familia, que decidan adoptar para el control de su fecundidad, acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan al embarazo y parto transcurrir en condiciones de seguridad y ofrezcan a las parejas las mayores posibilidades de tener un hijo sano, alcanzar sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.”<sup>43</sup>

Concibiendo la atención de salud reproductiva como: estándares de calidad que incluyen: decisión libre e informada (consejería), accesibilidad, trato humanizado, amplia gama de disponibilidad de insumos, competencia técnica del proveedor y apoyo logístico.

En relación a las líneas de acción por ciclo vital en Salud Reproductiva se encuentra la planificación familiar como acciones dirigidas a niños, niñas, adolescentes, mujer adulta, mujer embarazada y hombre adulto.

Dentro del programa Nacional de Salud Reproductiva se encuentran los siguientes métodos Naturales: Coito Interrumpido, Del Collar o Días Fijos, Lactancia Amenorrea, Del Calendario o Ritmo, Temperatura Basal, Moco Cervical. Métodos de Barrera: Condon, Dispositivo Intrauterino. Anticonceptivos Hormonales: anticonceptivos orales combinados, inyectables solo de progestágeno. Métodos Irreversibles: anticoncepción quirúrgica Voluntaria Femenina (pomeroe), así mismo se mencionarán otros que son utilizados en menor proporción a nivel de instituciones privadas.

Cabe señalar que en Guatemala hoy se cuenta con un marco legal quien regula las acciones propias de Salud reproductiva: Ley de Desarrollo Social, y Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva.

---

42 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Guatemala, 2001. P. 14.

43 Ibid, p.17

### 3.1 Métodos de Planificación Familiar

Se define como "Cualquier acción, instrumento o medicamento dirigido a evitar la concepción o el embarazo".<sup>44</sup>

Éstos deben cumplir con ciertos requisitos:

Eficacia

Inocuidad

Aceptabilidad

Facilidad de uso

Disponibilidad

Bajo costo

La eficacia se reduce porque no se utiliza correctamente. Así mismo el anticonceptivo ideal sería el que cumpliera con los requisitos anteriores, sin embargo ningún método cubre con todos los requisitos. Por lo que la toma de decisiones deben basarse en los valores personales y a los múltiples factores que integran su contexto individual, familiar y social, comprendiendo los beneficios y limitaciones.

A continuación se describen algunos métodos anticonceptivos:

### 3.2 Métodos Naturales

Los métodos naturales no requieren de inversión económica, más bien de voluntad y participación de la pareja, evitando las relaciones durante los días fértiles, así mismo "los Métodos Naturales tienen como ventaja sobresaliente el depender de la cooperación práctica del marido y la mujer para tener éxito, promoviendo así la comunicación y comprensión. Se conserva el respeto a uno mismo y la fidelidad, fortaleciendo el lazo de unión del matrimonio y se intensifica el amor conyugal".<sup>45</sup> Entre estos tenemos los siguientes:

#### 3.2.1 Coito Interrumpido

Este método consiste en que el hombre retira el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación. Respecto a este método Ballús Puri dice:

"La eyaculación fuera de la vagina en el momento del orgasmo del hombre requiere un perfecto autodomínio para conseguir la retirada del pene a tiempo.

Carece prácticamente de ventajas, aunque es un sistema barato, no requiere ningún tipo de adiestramiento por personal especializado y se puede emplear en cualquier momento.

---

44 MOSBY. Diccionario de Medicina Océano Mosby, 1996. Editorial Océano.

45 [http://travesiaporlavida.blogspot.com/2006\\_11\\_01\\_archive.html](http://travesiaporlavida.blogspot.com/2006_11_01_archive.html) consultado el día 1/10/07

En cambio su efectividad es muy baja ya que a veces el hombre no controla la eyaculación totalmente, los espermatozoides eyaculados en la vulva también pueden dar lugar a la fecundación y durante el periodo de excitación a veces se expulsan algunos espermatozoides, antes de la eyaculación”.<sup>46</sup>

### 3.2.2 Del collar o días fijos

“El Collar del Ciclo le ayuda a la mujer a saber cuales son los días fértiles de su ciclo en que puede o no quedar embarazada. Este Collar se basa en un método de planificación familiar con una tasa de eficacia de más del 95% cuando se usa correctamente”.<sup>47</sup>

Este método consiste en la utilización de un collar de 32 perlas de colores que representan el ciclo menstrual, el cual permite a la usuaria conocer en que días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo si tiene relaciones sexuales sin protección.

El collar cuenta con una perla roja que indica el inicio de la menstruación , seguido de seis de color café que representan días infértiles, luego doce perlas blancas que representan el período fértil y finalmente 13 de color café que representan los días infértiles.

En las Guías Nacionales de Salud Reproductiva tomo I del año 2003, indica lo siguiente:

Es un método basado en el conocimiento de la fecundidad. Permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural, a través de saber cuáles son los días fértiles de la mujer y evitar las relaciones sexuales desprotegidas durante esos días. En una investigación realizada en varios países del mundo, la eficacia del método fue de 95% una tasa de fallo de cinco embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso correcto del método.

**BENEFICIOS:** no se necesita tomar ni usar nada, ni someterse a procedimientos quirúrgicos, no hay riesgos para la salud de los usuarios, no hay necesidad de supervisión médica, involucra al hombre en la participación de la anticoncepción, es de ayuda para saber cómo funciona su propia fecundidad y observar cómo es su ciclo a través del tiempo.

---

46 BÁLLUS Puris, Mi Secundaria, Colombia, Rezza Editores, S.A. 2001. p. 696.

47 <http://www2.cyclebeads.com/collardeciclo/> consultado el 1/10/07

## LIMITACIONES

Eficacia limitada si la mujer tiene ciclos muy cortos (menos de 26 días) o muy largos (más de 32 días). No protege contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH SIDA.

### 3.2.3 Lactancia Amenorrea (MELA)

Es un método que se puede utilizar después del parto. “El método de amenorrea de la lactancia (MELA) consiste en el uso de la lactancia materna como método de planificación familiar temporal. El MELA tiene aproximadamente una protección eficaz del 98 por ciento contra el embarazo si se cumplen los criterios siguientes: a la madre no le ha regresado el período menstrual; la madre está amamantando plena o casi plenamente; y el bebé tiene menos de seis meses de edad”.<sup>48</sup>

En el tríptico informativo elaborado por el Ministerio de Salud Pública y asistencia social indica:

## BENEFICIOS

Ayuda a evitar otro embarazo muy seguido, la mujer recupera las fuerzas después del parto, brinda a su hijo o hija mucha atención y cariño especialmente durante los primeros años de vida, se protege de enfermedades (al niño), no tiene costo y la hemorragia post parto es menos profusa

## LIMITACIÓN

Ocasiona cierto problema para las madres que se emplean fuera de casa. No brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Tiene alta eficacia sólo durante los primeros seis meses de post parto.

---

<sup>48</sup> <http://www.fhi.org/sp/Topics/LAM.htm>. consultado el 01/10/007

### 3.3 Otros Métodos de Abstinencia Periódica o Naturales

#### 3.3.1 Del Calendario o Ritmo

“Se basa en un cálculo de probabilidad de los días fértiles del ciclo, es también conocido como el método del ritmo o de Ogino. Para llevarlo a cabo se han de registrar los 6 a 12 últimos ciclos”.<sup>49</sup>

En las Guías Nacionales de Salud Reproductiva tomo I del año 2003, indica que:

Para la práctica del método del ritmo con ciclos menstruales regulares, es preciso calcular el período de abstinencia sexual por lo que es indispensable conocer la duración de los seis ciclos menstruales anteriores. La tasa de fallo es de nueve embarazos por cada cien mujeres en el primer año de uso.

Usando un calendario la mujer o la pareja, debe anotar el número de días que dura cada ciclo menstrual, durante seis meses como mínimo. De este registro debe escoger el ciclo más largo y el más corto. Restar once días del ciclo más largo y dieciocho días del ciclo más corto. Ejemplo, un grupo del ciclo el cual el más prolongado dura 30 días le restamos 11, lo que da un total de 19. y un ciclo más corto cuya duración sea de 25 días se le restará 18, lo que dará un total de 7, por lo tanto los días que no deben tenerse relaciones sexuales son los días del período fértil. El período infértil estará comprendido entre el día 1 y desde el día 19 hasta el día 7 del siguiente ciclo menstrual.

#### 3.3.2 De la Temperatura Basal

“Se basa en que el hecho de que la hormona progesterona aumenta la temperatura del cuerpo alrededor de .2°C a .5°C al inicio de de la etapa post-ovulatoria infértil y la mantiene elevada hasta su siguiente período. No se puede predecir la ovulación. Este aumento en la temperatura justo al momento de despertar, nos confirma que la ovulación ya se ha dado”.<sup>50</sup>

La mujer debe tomarse la temperatura oral todas las mañanas, a la misma hora, apenas se despierte y antes de que realice alguna actividad. En el momento de la ovulación hay una elevación de la temperatura de aproximadamente 0.5 grados centígrados que se mantiene en ese nivel hasta la próxima menstruación. Si la pareja no desea tener un embarazo debe abstenerse de tener relaciones sexuales desde el inicio del sangrado menstrual hasta el tercer día consecutivo de temperatura elevada.

La tasa de fallo es de un embarazo por cada cien mujeres en el primer año de uso.

<sup>49</sup>[http://www.enfemenino.com/\\_e1059-EI-metodo-del-calendario.html](http://www.enfemenino.com/_e1059-EI-metodo-del-calendario.html).consultado el 1/10/007

<sup>50</sup> [http://www.masalto.com/familia/template\\_familiaarticulo.phtml?consecutivo=5982&subsecc=6&cat=24&subcat=60&subj=&pais=consultado](http://www.masalto.com/familia/template_familiaarticulo.phtml?consecutivo=5982&subsecc=6&cat=24&subcat=60&subj=&pais=consultado) 01/10/007.

### **3.3.3 La Ovulación (Del Moco Cervical)**

"Es un método de planificación familiar natural, basado en la detección de las características individuales del flujo mucoso cervical, terminado las fases fértil e infértiles del ciclo menstrual".<sup>51</sup>

El trifoliar denominado la Ovulación, publicado por el Ministerio de Salud señala lo siguiente:

La menstruación o regla indica la terminación de un mes y el comienzo de un nuevo mes de la mujer. Durante la regla la mujer generalmente no puede quedar embarazada.

Después de la menstruación o regla, hay menos flujo vaginal y se siente sequedad, en esos días la mujer generalmente no puede quedar embarazada.

Cuando el flujo aumenta es pegajoso. Luego es resbaloso y se siente humedad. Luego vuelve a ser pegajoso. Cuando hay más flujo y se siente humedad en la vagina, la mujer esta ovulando y puede quedar embarazada. También puede quedar embarazada durante los 3 días después de que termina la sensación de humedad.

Después el flujo disminuye y vuelve a sentir sequedad. Al terminar los días de humedad y antes de la regla, hay menos flujo y la mujer vuelve a sentir sequedad en la vagina. En esos días generalmente no puede quedar embarazada.

#### **Beneficios:**

Ayuda a la pareja a conocer los cambios que ocurren durante cada mes en el cuerpo de la mujer y ayuda a la comunicación en pareja ya que el hombre participe en el uso del método.

#### **Limitaciones:**

Debe revisar y observar el flujo de la vagina todos los días del mes, no evita las enfermedades de transmisión sexual ni VIH/SIDA.

### **3.4 Métodos de Barrera (Físicos y Químicos)**

#### **3.4.1 Diafragma Vaginal**

Ballús Puri dice lo siguiente en relación a este método:

Es una semiesfera de goma fina provista de un aro de metal flexible y recubierto de la misma goma. Impide que el semen alcance el cuello uterino ya que se coloca a su alrededor, en el fondo de la vagina.

---

<sup>51</sup> <http://www.geocities.com/Athens/Ithaca/6752/elmtodo.html> consultado 01/10/007

Para aumentar a su efectividad se emplea asociado a una crema espermicida, que destruye los espermatozoides y sirve de lubricante para que la colocación del diafragma resulte más sencilla.

Lo puede utilizar cualquier mujer que no tenga ninguna alteración de sus órganos genitales.

Debe colocarse antes del coito, como máximo una 2 horas y después de la relación sexual no se puede retirar hasta después de haber pasado al menos 7 horas en la vagina.

Es un método bastante seguro y bien tolerado, además de carecer efectos secundarios.

### **3.4.2 Condon o Preservativo**

“Un condón es una funda delgada de látex que se utiliza sobre el pene. A menudo, se les llama también preservativos, estos evitan que el semen ingrese en la vagina. Se coloca sobre el pene cuando está erecto. Se desenrolla totalmente hasta la base del pene mientras se sujeta la punta del condón para dejar un poco de caucho libre. De esta manera, habrá espacio para el semen después de la eyaculación y las probabilidades de que el condon se rompa serán menores”.<sup>52</sup>

Al momento de la eyaculación impide que los espermatozoides penetren en la vagina y útero de tal manera que éste no se encuentre con el óvulo.

Es un método que protege de enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA.

Por lo regular no altera las relaciones sexuales

Alta eficacia si se utiliza correctamente.

Es desechable por lo que se requiere de uno nuevo en cada relación.

### **3.4.3 Dispositivo Intrauterino (DIU)**

“Es un dispositivo especial que se coloca dentro del cuerpo uterino. Hay más de un tipo de dispositivos. Uno de ellos contiene la hormona progesterona que el cuerpo produce. El dispositivo de progesterona, tiene un tallo hueco que contiene la hormona progesterona. Dicha hormona es eliminada de forma continua en el útero. Otro tipo de dispositivo intrauterino está recubierto por cobre. El dispositivo de cobre tiene un hilo de cobre enrollado alrededor del tallo y de los brazos del aparato, ambos presentan la forma de la letra 'T,' y tienen cerca de 1¼ de pulgada de alto”.<sup>53</sup>

Éste es un método que puede colocarse a la mujer en cualquier momento inclusive inmediatamente después del parto. El trífoliar informativo elaborado por el Ministerio de Salud Pública y asistencia social indica:

<sup>52</sup> [http://www.kidshhealth.org/teen/en\\_espanol/sexual/contraception\\_condom\\_esp.html](http://www.kidshhealth.org/teen/en_espanol/sexual/contraception_condom_esp.html) Consultado 01/10/007

<sup>53</sup> <http://www.youngwomenshealth.org/spiud.html> consultado 01/10/007



El personal de salud puede colocarlo dentro de la matriz de la mujer después del parto, durante una cesárea, después de un aborto o cualquier día en el hospital o centro de Salud, puede durar hasta diez años.

En las Guías Nacionales de Salud Reproductiva tomo I del año 2003, indica los siguientes beneficios y limitaciones:

Altamente eficaz, eficacia inmediata, método a largo plazo, no interfiere con la relación sexual, no afecta la lactancia, retorno inmediato de la fertilidad posterior al retiro.

Entre las limitaciones se encuentran las siguientes: requiere de un examen pélvico y evaluación de la presencia de infecciones del tracto genital antes de la inserción, es necesario contar con un proveedor capacitado para la inserción y remoción, aumenta el sangrado y cólico menstrual en los primeros meses de uso, puede ser expulsado espontáneamente

Aunque raro puede ocurrir perforación uterina (1 en 1000 casos) durante la inserción

No brinda protección contra Infecciones del tracto genital, e ITS y VIH/SIDA

Cabe mencionar en este rubro los métodos de barrera de carácter químico entre lo cuales mencionamos los siguientes:

#### **3.4.4 Espermicidas**

“Los espermicidas son barreras químicas, formados de dos componentes: uno químico (llamado comúnmente nonoxinol-9), y otro inerte. Los espermicidas se pueden obtener en diferentes formas farmacéuticas, tales como espumas, cremas, gels, láminas, supositorios o tabletas espumantes. Se pueden usar solos o en combinación con otro método anticonceptivo.

El mecanismo de acción es inactivar o destruir los espermatozoides haciendo improbable la fertilización”.<sup>54</sup>

Bállus Puri dice en relación a los espermicidas:

Actualmente se recomienda en mujeres con relaciones sexuales espontáneas o en periodos de baja fertilidad (por ejemplo, la lactancia o la etapa anterior a la menopausia), combinado con otros métodos como el preservativo, el diafragma o el dispositivo intrauterino.

---

<sup>54</sup> [http://www.fhi.org/sp/RH/FAQs/spermicides\\_faq.htm](http://www.fhi.org/sp/RH/FAQs/spermicides_faq.htm) consultado 01/10/07

### 3.4.5 Esponja Vaginal

la esponja vaginal como método de barrera Báillus Puri lo define así:

se trata de un disco cilíndrico que se coloca en el fondo de la vagina, donde queda colocado como un tampón e impide el paso de los espermatozoides hacia el interior del útero.

No puede retirarse antes de haber pasado al menos 6 horas tras la relación sexual y no puede neutralizarse.

Su empleo y sus resultados no mejoran al diafragma.

## 3.5 Anticonceptivos Hormonales

### 3.5.1 Anticonceptivos Orales Combinados (PASTILLA)

“Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son píldoras que se toman una vez al día para prevenir el embarazo. Contienen las hormonas estrógeno y progestina. Actúan inhibiendo la ovulación, hacen espesar el moco cervical (dificultan la penetración de los espermatozoides.) y cambios en el endometrio (hace improbable la implantación.)”.<sup>55</sup>

Las Guías Nacionales de Salud Reproductiva tomo I, señalan:

La tasa de fallo es de un embarazo en cada 17 usuarias ó un embarazo en cada 12 usuarias en el primer año de uso.

Ciclos de 21 días: 21 pastillas de principio activo

Ciclos de 28 días: 21 pastillas de principio activo y 7 pastillas de hierro o placebo

Los preparados que más frecuentemente se encuentran en los servicios de salud : Norgestrel 0.3 mg y Etinilestradiol 0.03 mg (lo-femenal)

Levonorgestrel 0.15 mg y Etinilestradiol 0.03 mg (microgynon )

Levonorgestrel 0.25 mg y Etinilestradiol 0.05 mg (Eugynon)

**BENEFICIOS:** eficacia inmediata de iniciarse dentro de los primeros 7 días del ciclo, no interfiere con la relación sexual, pueden ser proporcionados por personal no médico, flujos menstruales menos profusos y dolorosos, pueden mejorar la anemia, regularizan los ciclos menstruales, protegen contra el cáncer ovárico y del endometrio, disminuye la enfermedad benigna de la mama previene el embarazo ectópico y disminuye el riesgo de enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)

---

<sup>55</sup> [http://www.fhi.org/sp/RH/FAQs/COC\\_faqs.htm](http://www.fhi.org/sp/RH/FAQs/COC_faqs.htm) consultado 01/10/007

**LIMITACIONES:** la eficacia puede ser alterada al utilizar ciertos medicamentos para la epilepsia (fenobarbital), tuberculosis (rifampicina) y Griseofulvina, requieren de la disponibilidad de suministros y no brindan protección contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) VIH/SIDA

### **3.5.2 Anticonceptivos inyectables combinados**

“Los anticonceptivos inyectables combinados (por ej., Cyclofem, Mesigyna) contienen las hormonas estrógeno y progestina. Se administran con inyección intramuscular una vez al mes, contienen estrógeno "natural", a diferencia de los anticonceptivos orales combinados (AOC), que contienen estrógeno "sintético". Se ha determinado que los estrógenos naturales tienen algunos efectos muy favorables en el metabolismo de lípidos y la función cardiovascular, su mecanismo de acción es el siguiente: Inhiben la ovulación mensual, hacen espesar el moco cervical (Dificultan la penetración de los espermatozoides.)”<sup>56</sup>

Las Guías Nacionales de Salud Reproductiva tomo I, señalan lo siguiente respecto a éste método:

Brindan una tasa de fallo de 1 embarazo por 100 mujeres en el primer año de uso.

Las presentaciones más usadas son:

25 mg de acetato de Medroxiprogesterona y 5 mg de Cipionato de estradiol (Cyclofemina o cyclofem)

50 mg de Enantato de Noretisterona y 5 mg de Valerato de Estradiol (Mesygina)

150 mg de Acetofenosido de Dihidro – xiprogesterona y 10 mg de Enantato de Estradiol (Topasel).

**BENEFICIOS:** altamente eficaz, eficacia inmediata si se inicia antes del séptimo día del ciclo menstrual, no interfieren con la relación sexual, debe administrarse una nueva dosis cada 4 semanas, pueden ser administrados por personal capacitado no médico, disminuyen la cantidad, duración, y dolor durante el periodo menstrual, protegen contra el cáncer ovárico y del endometrio, disminuyen la enfermedad benigna de la mama y pueden mejorar la anemia.

**LIMITACIONES:** pueden causar cambios en el patrón del sangrado menstrual, durante los primeros seis meses, no brindan protección contra las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, La eficacia puede ser alterada al utilizar ciertos medicamentos para la epilepsia, (fenobarbital), tuberculosis (Rifampicina) y griseofulvina.

---

<sup>56</sup> [http://geosalud.com/Salud%20Reproductiva/Inyectables\\_combinados.htm](http://geosalud.com/Salud%20Reproductiva/Inyectables_combinados.htm). consultado 01/10/07

### 3.5.3 Inyectables solo de Progestágeno ( Inyección)

“Es un método anticonceptivo reversible, seguro para su salud y muy eficaz, compuesto por una sola hormona similar a la progesterona natural que producen los ovarios (progestágeno).

Su eficacia se basa en que suprime la ovulación y espesa el tapón de moco del cuello del útero”.<sup>57</sup>

Dependiendo de la presentación así será el tiempo de la protección, puede administrarse cada dos o tres meses. Es un método hormonal (progestágeno) que al suspender su uso se recupera la fertilidad. La vía de administración es intramuscular

Las Guías Nacionales de Salud Reproductiva tomo I, señalan lo siguiente respecto a éste método:

Las presentaciones más usadas son:

Enantato de noretindrona (NET-EN) 200 mg para administrar cada 2 meses (60 días). Noristerat.

Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) 150 mg para administrar cada 3 meses (90 días). Depo-Provera

#### BENEFICIOS

Brindan una tasa de fallo de 1 embarazos por 333 usuarias en el primer año de uso, eficacia rápida (de iniciarse en los primeros siete días del ciclo), duración Intermedia (2 meses para la Norestisterona y 3 meses para el acetato de Medroxiprogesterona por inyección), no se requiere un examen pélvico antes del uso, no afecta la lactancia, pueden ser administrados por personal capacitado no médico, no contienen estrógeno, pueden disminuir los dolores menstruales, disminuyen el flujo menstrual, mejoran la anemia, brindan protección contra el Cáncer del endometrio y de patologías benignas de la mama.

**LIMITACIONES:** En la mayoría de las mujeres causa cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado a manchas irregulares), aumento de peso (+/- 4 libras durante su uso), en raros casos hay sangrado excesivo (menos de 1 por 1000 usuarias), tiene que disponer de reabastecimiento, no brindan protección contra las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA

---

<sup>57</sup><http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/AlinyectableTri.asp>, consultado 01/10/007

### 3.5.4 Implantes Subdérmicos ( NORPLANT)

“Los implantes hormonales son pequeños varillas del tamaño de un palillo de fósforos y son insertados quirúrgicamente debajo de la piel. Uno de los implantes hormonales es el Norplant, el cual contiene 6 varillas, el Norplant II, que contiene 2 varillas y el Implanon, el cual contiene solo una varilla. Los implantes hormonales tienen un efecto contraceptivo que dura de 3 a 5 años dependiendo del tipo”.<sup>58</sup>

En las Guías Nacionales de Salud Reproductiva tomo I, se indica que:

Contienen un progestágeno de depósito (levonorgestrel) . Estas se insertan por debajo de la piel en el brazo de la usuaria mediante un procedimiento quirúrgico menor. Actúan inhibiendo la ovulación. Tiene una tasa de fallo de un embarazo por 1000 usuarias en el primer año de uso, y su tasa acumulativa a 6 años es de un embarazo por 62 usuarias.

#### BENEFICIOS

Eficacia elevada y rápida en menos de 24 horas, duración de hasta cinco años, no interfiere con la relación sexual, inmediata fertilidad al removerse, no contienen estrógenos, puede disminuir el flujo y dolores menstruales, disminuye las patologías benignas de la mama y la frecuencia de embarazo ectópico, protege contra enfermedades pélvicas inflamatorias

#### LIMITACIONES

En la mayoría de las mujeres causan cambios del patrón menstrual (sangrado/manchas irregulares inicialmente), puede haber aumento o disminución de peso, requiere un proveedor capacitado para su inserción y remoción

### 3.6 Métodos Irreversibles o Quirúrgicos

Estos métodos son de carácter definitivo, obstruyendo el camino de los espermatozoides y del óvulo de tal forma que se impida la fecundación

#### 3.6.1 Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina (operación de la mujer)

“Consiste en ligar las trompas de falopio a fin de impedir que el óvulo se implante en el útero o que los espermatozoides se encuentren con él”.<sup>59</sup>

<sup>58</sup> <http://www.youngwomenshealth.org/spfemalehormone4.html>. consultado 01/10/007

<sup>59</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/fM%C3%A9todo\\_anticonceptivo#M.C3.A9todo\\_anticonceptivos\\_irreversibles](http://es.wikipedia.org/wiki/fM%C3%A9todo_anticonceptivo#M.C3.A9todo_anticonceptivos_irreversibles) consultado 01/10/007

Ballús Puri señala lo siguiente:

La esterilización femenina consiste en la ligadura y sección de las trompas de Falopio . actualmente se realiza ambulatoriamente sin necesidad de ingreso en el hospital, a través de una laparoscopia y anestesia peridural o local a través de una pequeña incisión a través del ombligo, se introduce en la cavidad abdominal un tubo que contiene un sistema óptico (laparoscopio) y por dentro del cual se introduce el instrumental necesario para la intervención.

Otras técnicas :Minilaparotomía, y transcesárea

Los beneficios y limitaciones descritas en las Guías Nacionales de Salud Reproductiva tomo I, son las siguientes:

**BENEFICIOS:** Eficacia inmediata y elevada, permanente, no interfiere con la lactancia, buen método en el caso de usuarias para las que el embarazo tenga un alto riesgo para su salud, cirugía sencilla que generalmente se realiza bajo anestesia local, se ha asociado estadísticamente con un menor riesgo de cáncer de ovario y no produce cambios en la función sexual..

**LIMITACIONES:** Debe considerarse como un método permanente (no reversible), requiere de un equipo medico capacitado y no brinda protección alguna contra ITS y VIH/SIDA

## **VI. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **1. Tipo de Estudio**

El estudio realizado fue descriptivo porque describió los factores tal como se encontraron en la vida real, se hicieron uso de objetivos, las variables no fueron manipuladas, se estudiaron simultáneamente en determinado momento y el análisis de la información se realizó mediante procedimientos estadísticos, de corte transversal porque el estudio abarcó un periodo específico en este caso en particular durante la primera quincena del mes de septiembre del año 2007 y cuantitativo, porque la información recolectada se procesó y tabuló mediante un proceso formal, sistemático y numérico;

### **2. Unidad de Análisis**

Mujeres en edad fértil que estuvieron hospitalizadas en la unidad de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango, durante el período que duró el estudio.

### **3. Población y Muestra**

La población que se tomó en cuenta son las mujeres en edad fértil que estuvieron hospitalizadas en la unidad de Gineco-Obstetricia, del Hospital Nacional de Chimaltenango, tomando como promedio el número de mujeres que estuvieron en una semana durante el mes de agosto del año 2007 siendo un total de 102 mujeres. Se aplicó la técnica de muestreo no probabilístico por cuota ya que se seleccionaron de manera casual a las mujeres que estuvieron hospitalizadas en los turnos de mañana, tarde o noche. La muestra estuvo constituida por un total de 51 mujeres que representaron el 50% de la población.

#### 4. Definición y Operacionalización de Variables

Variable	Definición Operacional	Indicadores	Instrumento
<p>Variable independiente: Factores (religiosos, culturales, económicos, políticos, edad, acceso geográfico y los servicios de salud), que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar por mujeres hospitalizadas en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.</p>	<p><b>Factores que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar por mujeres en edad fértil.</b></p> <p>Son las diferentes causas o elementos que influyen de manera negativa o positiva en relación a hacer uso de los métodos de planificación familiar de carácter voluntario ante la oferta de los métodos de planificación familiar por mujeres de 10 a 49 años,</p>	<p><b>Factores Religiosos</b> Norma o indicación que prohíba el uso de método anticonceptivo.</p> <p><b>Factores Culturales</b> Independencia de la mujer para la toma de decisión.  Las decisiones las toma el esposo.</p> <p>Creencias que los métodos anticonceptivos ocasionan daño a la salud.</p> <p>Creencias de que deben tener los hijos que Dios Mande.</p>	<p>Cuestionario Estructurado Pregunta No. 14, 7</p> <p>No. 17</p> <p>No. 18</p> <p>No. 19</p> <p>No. 6, 7 y 8</p>
		<p><b>Factores Educativos</b> Grado escolar Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Básico incompleto</p>	<p>No. 9</p>



		<p>Básico completo  Diversificado incompleto  Diversificado completo  Estudios universitarios</p> <p><b>Factores Sociales</b></p> <p>Estado civil.  Idioma.  Número de embarazos  Información sobre los  métodos de planificación  familiar  Medios de comunicación:  Radio y televisión,</p> <p><b>Factores Económicos</b>  Costo en quetzales de lo  que invierte para obtener  un método de planificación  familiar.  Menos de Q5.00  De Q 5.00 a 10.00  Más de Q 10.00  Ocupación</p>	<p>No. 5  No. 3  No. 6  No. 15, 16 y 20  No. 11  No. 2</p>
--	--	---	--

		<p><b>Factores relacionados con la Edad</b> Edad</p> <p><b>Factores relacionados con Acceso geográfico y los Servicios de Salud</b> Tiempo que emplea para el acceso a un método de planificación familiar Menos de 1 hora 1 a 3 horas Mayor de 3 horas.</p> <p><b>Forma de transportarse:</b> A pie Bicicleta Bus urbano Vehículo propio,</p> <p><b>Lugar donde vive:</b> Municipio Aldea Caserío Cabecera departamental</p>	<p>No. 4</p> <p>No. 12</p> <p>No. 13</p> <p>No. 1</p>
--	--	---	---

	Atención inmediata y satisfactoria.	No. 24
	Trato humano por parte del personal de Salud.	No. 25
	<b>Factor Político</b> Conocimiento en salud legislativa sobre salud reproductiva.	No. 10
	Métodos de Planificación Familiar que prefiere. Anticoncepción Quirúrgica voluntaria. Orales solo de progestágeno Inyectables combinados De barrera (condon) y Naturales.	No. 21 No. 22, 23 y 24

## **5. Descripción detallada de las técnicas y procedimientos e instrumentos utilizados**

Se eligió el problema, se determinó que el estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal, se solicitó aprobación de tema de tesis, se definió y se justificó el problema, se realizaron las investigaciones necesarias para la revisión bibliográfica, se presentó solicitud de Asesor y Revisora de Tesis,.

Se presentó solicitud de aprobación de Protocolo a la Unidad de Tesis.

Se solicitó permiso a las autoridades Del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, para realizar prueba piloto y a las autoridades del Hospital Nacional de Chimaltenango para realizar estudio de investigación.

La prueba piloto se realizó con 12 mujeres de características similares a los sujetos del estudio original, hospitalizadas en los servicios de ginecología y post parto, este permitió que se realizaran ajustes en el cuestionario, para generar mayor comprensión por parte de las entrevistadas y mejorar la información recolectada.

Se presentó consentimiento informado aplicado a mujeres del Hospital Nacional de Antigua, Guatemala, como a las pacientes del Hospital Nacional de Chimaltenango.

Los datos se recolectaron a través de un cuestionario estructurado con 14 preguntas de selección múltiple, 10 cerradas y 1 abierta, se utilizó la técnica de la entrevista, utilizando como tiempo promedio para realizarla 15 minutos. Se realizaron cuadros estadísticos utilizando el porcentaje para la presentación de resultados, los cuales permitieron arribar al análisis y posteriormente a conclusiones y recomendaciones.

## **6. Criterios de inclusión y exclusión**

### **6.1. Criterios de Inclusión**

Mujeres en edad fértil hospitalizadas en la unidad de Gineco Obstetricia

Mujeres que tienen pareja o que sean sexualmente activas.

Mujeres post-parto, post legrado intrauterino, post aspiración manual endouterino procedentes de cualquier municipio del Departamento de Chimaltenango o de otro Departamento.

Mujeres que aceptaron participar en el estudio.

### **6.2. Criterios de exclusión**

Mujeres que no estén en edad fértil

Mujeres que estén en período de gestación

Mujeres post operadas de cesárea más pomeoe.

Mujeres con diagnóstico de aborto en curso, incompleto y amenaza de aborto.

Mujeres con diagnóstico de histerectomía o ligadura de trompas de Falopio.

Mujeres que no aceptaron participar en el estudio.

## **7. Aspectos éticos de la investigación**

### **7.1 Principio de beneficencia**

Se hace saber que el presente estudio no causó ninguna implicación de riesgo a la integridad física, psicológica del paciente, ya que se procuró hacer el bien y sobre todo no causar daño.

### **7.2 Principio de anonimato y confidencialidad**

Se tomó en cuenta el derecho individual ya que la información fue personal no compartida, eminentemente confidencial.

### **7.3 Derecho al trato justo**

Todo paciente que participó recibió un trato justo durante todo el proceso del estudio.

### **7.4 Principio de la autodeterminación**

Las pacientes tuvieron la potestad de decidir participar en el estudio y de abandonar el mismo cuando así lo deseaban. Tuvieron todo el derecho de recibir información clara y veraz en cuanto al estudio.

### **7.5 Comprensión del consentimiento informado**

Se utilizó un consentimiento informado donde se describieron aspectos importantes que los sujetos de estudio debían conocer garantizando una información que permitió aclarar sus dudas, como también mantener el anonimato y confidencialidad de la información proporcionada.

## VII. PRESENTACIÓN ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Cuadro No. 1

### Lugar dónde vive la mujer?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Municipio	22	43.14
Aldea	14	27.45
Caserío	3	5.88
Cabecera	0	0
Departamental	12	23.53
Otro	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De las 51 mujeres encuestadas el 43.14% viven en los municipios que cuenta el departamento de Chimaltenango, sumándose el 27.45% que vive en aldeas, el 5.88% en caseríos y el 23.53% en la cabecera departamental, si sumamos municipios, aldeas y caseríos tenemos el total que representa el 76.47% de las pacientes procedentes del área rural, este es un indicador importante ya que según informe de la Memoria epidemiológica del área de Salud de Chimaltenango del año 2005 indica que la población es en su mayoría indígena y relacionándolo con el Informe de Desarrollo Humano para Guatemala en el año 2003, "la mayor parte de las muertes maternas ocurren entre mujeres indígenas. Lo anterior debido a que para este grupo, se encuentran las condiciones de vida más precarias, tasas de fecundidad más altas y menor porcentaje de nacimientos asistidos por personal biomédico."<sup>60</sup> Es importante considerar que la mayoría de mujeres hospitalizadas en esta unidad fueron del área rural (indígena), por lo que se debe aprovechar la oportunidad para brindar consejería sobre métodos de planificación familiar sin olvidar la atención integral que esta población debe recibir ya que es la más vulnerable según el informe de línea basal de Mortalidad Materna "el perfil de la mujer guatemalteca afectada por la mayor proporción de muertes maternas, es el de una mujer indígena, con escasa educación, ama de casa y multiparas".<sup>61</sup>

60 [http://www.usaid.gov/gt/docs/determinantes\\_estado\\_salud.pdf](http://www.usaid.gov/gt/docs/determinantes_estado_salud.pdf). Consultado el 10/09/007.

61 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000, Guatemala, 2003. P. 34

Cuadro No. 2

Ocupación de las mujeres

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Oficios domésticos	39	76.48
Tejido	5	9.8
Vendedora	2	3.92
Agricultura	2	3.92
Maestra	2	3.92
Estudiante	1	1.96
Total	51	100%

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De 51 mujeres encuestadas el 76.48% se dedica a realizar oficios domésticos, el 9.8% a tejer, actividades agrícolas y de venta el 3.92%, en menor número se encuentran quienes realizan labor docente 3.92% y la de estudiante en un 1.96%

Las mujeres no tienen oportunidad de desenvolverse en otros ámbitos por el bajo nivel educativo que poseen.

El factor económico depende directamente de la ocupación de las personas, por lo que los ingresos monetarios serán de acuerdo al empleo que se tenga, en relación a lo anterior la población que se ocupa en esta clase de actividades no esperara a que sus ingresos económicos sean los adecuados para satisfacer sus necesidades y en lo que respecta a la ocupación de tejido y agricultura tiene relación con lo que se expresa en los documentos de relaciones públicas de Chimaltenango 2006 "la principal ocupación es la agricultura y la ganadería, seguido de industrias de textiles, cerámica, artículos de madera y cestería entre otros"<sup>62</sup>.

Debido a que se desenvuelven únicamente en sus hogares la oportunidad de ampliar sus conocimientos son limitados.

<sup>62</sup> Municipalidad de Chimaltenango, Oficina de Relaciones Públicas, 2006.

**Cuadro No. 3**

**Idioma de las mujeres**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Español	32	62.75
Kakchiquel	1	1.96
Español-kakchiquel	17	33.33
Otros	1	1.96
Total	51	100%

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

El 62.75% de las mujeres encuestadas hablan español seguido de 33.33% que dominan su lengua materna como lo es el kakchiquel al mismo tiempo que hablan español, esto permite que haya comprensión al momento de brindar educación sobre métodos de planificación familiar, sin embargo el 1.96% que se puede ver que es minoría, pero si lo vemos objetivamente representa una persona que habla sólo kakchiquel, por lo que al momento de brindar educación sobre salud no se lograrán los objetivos si el proveedor no domina este idioma creando una barrera en el proceso enseñanza aprendizaje, y representa un factor importante en la vida de los seres humanos para desarrollarse en un ambiente social, en particular un medio que permite la adquisición y transmisión de conocimientos y valores culturales.

**Cuadro No. 4**

**Edad de las mujeres**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 20 años	8	15.68
20 a 35 años	39	76.48
Mayor de 35 años	4	7.84
	51	100%

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De las 51 mujeres encuestadas el 76.48% se encuentra en la edad justa para la procreación según informe de la Línea Basal de Mortalidad "la situación de la mortalidad materna es mayor en los extremos de la edad reproductiva por debajo de 20 y arriba de los 35 años".<sup>63</sup> Sin embargo el 15.68 se encuentra por debajo de esta edad y el 7.84% por encima por lo que tenemos un 23.52% de la población atendida en riesgo reproductivo.

63 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000, Guatemala, 2003. P. 9.



**Cuadro No. 5**

**Estado Civil de las mujeres**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	3	5.88
Casada	39	76.48
Unida	9	17.64
Divorciada	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De las 51 mujeres el 76.48% son casadas, el 17.64% están unidas, y el 5.88% que representa la minoría esta soltera, este resultado tiene relación con la decisión propia de la mujer para aceptar utilizar un método de planificación familiar, ya que sumando las casadas y unidas tenemos un total de 94.12% y de este total el 76.48% según cuadro No. 19 tienen que consultar con su esposo.

Prácticamente todas las mujeres casadas o unidas, tienen actitudes indefinidas en relación a la utilización de métodos anticonceptivos, similares condiciones son la de los esposos quienes "tienen una actitud negativa o desaprueban la planificación familiar, esta actitud de desaprobación del esposo es mayor ligeramente en la zona rural, y entre los esposos o compañeros de mujeres sin ninguna educación".<sup>64</sup>

<sup>64</sup> <http://www.phrplus.org/Pubs/sar9s.pdf> consultada el 01/10/2007

## Cuadro No. 6

### Número de embarazos de las mujeres

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1-2	28	54.90
3-5	17	33.33
Más de 5	6	11.76
TOTAL	51	100%

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De las 51 mujeres encuestadas el 54.9% es primigesta o bien secundigesta, pero el 33.33% y el 11.76% se encuentran entre los márgenes de tres y mayor de cinco embarazos lo cual aumenta el riesgo de dar a luz a niños de bajo peso y en condiciones precarias de salud, sumando la condición de salud de la madre lo que conlleva a insatisfacción de las necesidades de sus hijos y de toda su familia,

Sin embargo es necesario indicar que toda mujer corre ciertos riesgos durante su vida reproductiva, siendo en particular "el embarazo arriesgado para ciertos grupos de mujeres: el cual es mayor en las mujeres con más de cuatro hijos, y las que padecen problemas de salud, aumentando el riesgo de defunción materna en cada parto sucesivo a partir del cuarto; este riesgo es de 1,5 a 3 veces mayor para las mujeres con cinco o más hijos que para las que sólo tienen dos o tres. El embarazo y el parto son más peligrosos para las primeras porque es más probable que padezcan anemia, necesiten transfusiones de sangre durante el parto y fallezcan de hemorragia que las mujeres con menos hijos".<sup>65</sup>

65 [http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/health\\_benefits\\_family\\_planning/text\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/health_benefits_family_planning/text_es.pdf) consultado 29/10/007

**Cuadro No. 7**

**Usted es de la opinión de que se deben tener los hijos que Dios Mande?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	47.06
No	27	52.94
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De las 51 mujeres encuestadas el 52.94% indicó que no son de la opinión de tener los hijos que Dios manda por la situación económica que actualmente se vive, por lo que hay que tener los hijos que uno pueda mantener, sin embargo el 47.06% indica que si se deben tener los hijos que Dios manda, porque así es el plan de Dios y que tienen la esperanza de que cuando crezcan los hijos las ayuden. Es importante observar que éstos pensamientos y creencias religiosas repercute en la decisión de hacer uso de un método de planificación familiar

**Cuadro No. 8**

**Cuánto tiempo considera que debe haber entre uno y otro embarazo?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Un año	11	21.57
Dos años	30	58.82
Mayor de tres años	10	19.61
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De las 51 mujeres encuestadas, respondieron en base a su experiencia de embarazos anteriores es decir cuánto tiempo es el que han esperado para volverse a embarazar, de esto tenemos que el 58.82% que es la mayoría ha esperado dos años, seguido de 19.61% de quienes indican un tiempo mayor de 3 años y 21.57% un año.

Por lo que un 78.43% ha tenido un espacio intergenésico, necesario para recuperarse del anterior, el cual consiste en dos años como mínimo.

Sin embargo el 21.57% que indicó que cada año, corren el riesgo de ser madres multiparas con tendencia a morbilidad y mortalidad materno infantil.

## Cuadro No. 9

### Nivel Escolar que Poseen las mujeres.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	14	27.45
Primaria completa	6	11.76
Básico incompleto	7	13.73
Básico completo	3	5.88
Diversificado incompleto	0	0
Diversificado completo	5	9.80
Estudios universitarios	0	0
No sabe leer ni escribir	14	27.46
Sabe leer pero no escribir	2	3.92
Otro.	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De las 51 mujeres encuestadas el 27.45% cursó algún grado de primaria pero no llegó a concluir, el 11.76% curso su primaria completa, el 13.73% curso algún grado de básico, el 5.88% estudio su básico completo, el 9.80% tiene estudios de una carrera del nivel medio, nadie de la población encuestada tiene estudios universitarios, el 3.92% sabe leer pero no escribir, y el 27.46 es analfabeta. Éstos datos permiten indicar que el nivel académico influye bastante en las oportunidades de desarrollo integral para cada ser humano y en relación a aceptar un método de planificación familiar, no solamente en los conocimientos sino en la comprensión y toma de decisiones.

En la actualidad aún persiste desigualdad de oportunidades para las mujeres, ya que las mismas tienen las "mayores tasas de analfabetismo, desertan del aula escolar antes de concluir el tercer grado, afectando en su mayoría a indígenas que viven en pobreza y extrema pobreza principalmente en el área rural del país, incidiendo en que sus condiciones de vida sean precarias".<sup>66</sup>

<sup>66</sup> <http://www.choike.org/nuevo/informes/1329.html> consultado 01/10/007

### Cuadro No. 10

#### Tiene conocimiento sobre la existencia de leyes que regulan la Salud Reproductiva en Guatemala?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0
No	51	100
TOTAL	51	100%

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

El 100% que representa a las 51 mujeres encuestadas no tienen conocimiento sobre la existencia de leyes que regulan la salud reproductiva de la población en Guatemala,

“Los gobiernos influyen en las decisiones que toma la gente para planificar la familia, tanto indirectamente, como es el caso cuando la legislación afecta la capacidad de la mujer para tomar decisiones independientes, y directamente, como ocurre cuando las políticas regulan el acceso a información, suministros y servicios en materia de anticonceptivos”.<sup>67</sup>

En relación a lo anterior las pacientes no tienen conocimientos sobre las leyes que en algún momento son de beneficio para la toma de decisión en cuanto al uso de un método de planificación familiar, por lo tanto desconocen también sus derechos en materia de salud reproductiva, lo cual repercute en su salud y la de sus hijos, aumentando así los indicadores de morbi mortalidad materno infantil.

<sup>67</sup> <http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sj50/j50chap2.shtml>. Consultado el 10/09/007

**Cuadro No. 11**

**Utiliza o ha utilizado algún método de Planificación Familiar?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	21.57
No	40	78.43
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

Como podemos observar de las 51 mujeres encuestadas el 78.43% no ha utilizado un método de planificación familiar y en menor número el 21.57% que ha utilizado un método.

En relación a la utilización de un método de planificación familiar según refiere en la revisión bibliográfica que influye el costo directo de un método, los gastos que implica obtenerlo y el coste psicológico que implica vergüenza e indignidad.

**Cuadro No. 12**

**Cuanto gasta o gastaría para obtener un método de planificación familiar?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 5.00 quetzales	20	39.22
5.00 a 10.00 quetzales	9	17.64
Más de 10.00 quetzales	2	3.92
Ningún Costo	20	39.22
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De 51 mujeres encuestadas el 39.22% indicó que gasta menos de 5.00 quetzales por obtener un método de planificación familiar, el 17.64% de 5 a 10 quetzales, el 3.92% mayor de 10 quetzales y el 20% que no tiene que gastar, sin embargo es el 60.78% de las pacientes que tiene que invertir para obtener un método, recordemos que el costo puede ser por el método en si, o bien por el tiempo y transporte que se requiere. Este factor puede afectar en la decisión de la mujer de utilizar un método de planificación familiar, porque muchas de ellas priorizan otras necesidades básicas, como por ejemplo la alimentación.

### Cuadro No. 13

#### Cuánto tiempo emplea o emplearía para llegar a un servicio de salud donde proporcionan métodos de planificación familiar?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 hora	45	88.24
1 a 3 horas	5	9.80
Más de 3 horas	1	1.96
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

Este cuadro también tiene relación en cuanto a costo. De las 51 mujeres encuestadas el 88.24% emplea en promedio de tiempo menor de una hora, el 9.8% de una a 3 horas y el 1.96% mayor de 3 horas.

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) “el acceso físico adecuado a un servicio de salud es aquél que queda a menos de 60 minutos de viaje”<sup>68</sup>. Por lo que la mayoría de pacientes cuenta con servicios de salud accesible desde el punto de vista del tiempo, no así de los costos en transporte.

“La distancia entre las viviendas de las pacientes y los centros de salud más cercanos es, en ocasiones, un problema fundamental que restringe el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva. Muchas veces, las pacientes requieren de mucho tiempo para llegar hasta el centro de salud más cercano y, si a esto se suma el tiempo de espera, se tiene que su costo de oportunidad es tan alto que en muchas ocasiones preferirán no atenderse”.<sup>69</sup>

<sup>68</sup> [http://www.usaid.gov/gt/docs/determinantes\\_estado\\_salud.pdf](http://www.usaid.gov/gt/docs/determinantes_estado_salud.pdf) Consultado el 10/09/007.

<sup>69</sup> <http://www.phrplus.org/Pubs/sar9s.pdf> consultado 01/10/007

**Cuadro No. 14**

**Que medio de transporte utiliza para llegar al servicio de Salud donde proporcionen métodos de planificación familiar?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Camina	19	37.26
Bicicleta	0	0
Bus o camioneta	26	50.98
Vehículo propio	2	3.92
Otro	4	7.84
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De las 51 mujeres encuestadas el 37.26% llega a los servicios de salud donde proporcionen métodos de planificación familiar caminando, sin embargo el 50.98% necesitan transportarse a través de un bus, el 3.92% por medio de vehículo propio y el 7.84% por medio de tuk,-tuk.

Esto implica que las pacientes tienen que invertir en gasto por transportarse y llegar a los servicios de salud, lo cual puede influir en la aceptación de un método de planificación familiar tomando en cuenta que su utilización implica los controles periódicos para asegurar el buen uso y evitar las complicaciones en su patrón de salud.



### Cuadro No. 15

**Existe alguna norma en su Religión que profesa, que le impida o prohíba utilizar un método de planificación familiar?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	62.75
No	19	37.25
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De las 51 mujeres encuestadas el 62.75% indicó que si existe una norma religiosa que prohíba utilizar un método de planificación familiar, sobresaliendo que es pecado utilizarlos independientemente a la religión que profesan, indicando que los que si están permitidos son los métodos naturales lo cual tiene relación con la teoría que indica que la doctrina cristiana acepta utilizar métodos de planificación familiar como lo son del calendario o ritmo, por lo que se debe conocer bastante bien el ciclo de la mujer de tal forma que se practique el acto conyugal solamente durante los periodos infértiles y la consejería debe incluir este componente de acuerdo a la decisión de las usuarias.

**Cuadro No. 16**

**Tiene conocimiento sobre los métodos de planificación familiar?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	56.86
No	22	43.14
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De las 51 mujeres encuestadas el 56.86% tiene conocimiento sobre los métodos de planificación familiar y el 43.14% no, esto implica escaso conocimiento por parte de las pacientes repercutiendo en la no aceptación de los métodos de planificación familiar.

Este aspecto tiene íntima relación con el nivel educativo que influye en la aceptación, comprensión y toma de decisión, según informe relacionado con educación tenemos que “el uso de métodos anticonceptivos aumenta conforme se incrementa el grado de educación en la mayoría de países en desarrollo; a mayor grado en la educación de la mujer se asocia también una mayor reducción en la fecundidad”.<sup>70</sup>

<sup>70</sup> [http://ccp.ur.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2002/tfg\\_nfranco.pdf](http://ccp.ur.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2002/tfg_nfranco.pdf) consultado 29/09/07

**Cuadro No. 17**

**¿A través de que medios de comunicación o de que personas recibió información sobre los métodos de planificación familiar?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Médico	1	3.45
Enfermera	20	68.96
Radio	0	0
Televisión	0	0
Iglesia	2	6.90
Otros	6	20.69
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De las 29 mujeres que indicaron tener conocimiento sobre métodos de planificación familiar cabe señalar que el 68.96% ha sido a través del personal de enfermería, el 3.45% el médico, el 6.90% por medio de la iglesia y otros con un 20.69% entre los cuales se contempla información a través de familiares, personas que lo han utilizado y maestros

Así mismo los medios de comunicación juegan un papel importante en relación al tema de planificación familiar, según se enuncia en una investigación: "En todo el mundo, millones de personas se informan acerca de la planificación familiar a través de los medios de difusión pública. Estos son a veces su fuente principal de información, entre éstos están: la radio o la televisión".<sup>71</sup> La información y los valores difundidos a través de los medios de comunicación y de una persona a otra influyen en el grado de conocimiento del público en materia de planificación familiar y en el grado de interés en ésta. Sin embargo nos damos cuenta que en nuestro ámbito los medios de comunicación no juegan un papel importante en cuanto a la información, comunicación y educación sobre este tema, resaltando también que el personal de enfermería es una fuentes muy importante en la transmisión de conocimientos.

71 Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project 111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202 Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy USAID. Consultado el 10/09/007.

**Cuadro No. 18**

**Usted como mujer acepta por decisión propia utilizar un método de Planificación familiar?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	23.53
No	39	76.47
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De 51 mujeres encuestadas el 23.53% indicó que acepta por decisión propia utilizar un método de planificación familiar y el 76.47% que representa la mayoría indicó que no porque tenía que consultar con su esposo, de acuerdo a la teoría las tradiciones y creencias culturales y la influencia del hombre en la decisión anticonceptiva, repercute en la toma de decisión de la mujer en cuanto a utilizar un método, lo que significa dependencia no solo económica sino también cultural y social, lo que impide que la mujer sea quien decida sobre su propia salud.

**Cuadro No. 19**

**En cuanto a la toma de decisión relacionado con el uso de un método de planificación familiar, quienes intervienen?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Opinión del esposo	39	76.47
Opinión de la suegra	0	0
Opinión de la madre	0	0
Otros	12	23.53
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

En relación a toma de decisión, de las 51 mujeres encuestadas el 76.47% indicó que tenía que consultar con su esposo y el 23.53% indicó que no necesitan opinión de nadie, esto tiene coherencia con los factores culturales los cuales son creencias, tradiciones y valores morales que han adquirido con el hecho de ser parte de una sociedad los cuales son observados a través de la conducta.

Es importante mencionar que existe una fuerte creencia de parte del varón de que se le debe consultar todo.

**Cuadro No. 20**

**Considera a los métodos de planificación familiar como dañinos para su salud?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	62.75
No	19	37.25
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

El 51% de las mujeres encuestadas el 62.75 indicó que si causan daños a la salud, por los efectos secundarios tales como alteración de los nervios, pérdida o ganancia de peso, manchas en la piel, que son abortivos, pueden producir cáncer y otros problemas con el tiempo, sin embargo se sabe que los métodos de planificación familiar pueden ocasionar ciertos efectos secundarios por lo que es necesario que las pacientes estén informadas para que consulten de inmediato si se presentaran, y resolver las dudas e ideas erróneas en cuanto a los efectos que supuestamente producen.

Cuadro No. 21

**¿Recibió consejería relacionado con métodos de planificación familiar durante su estancia en este servicio?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	44	86.28
No	7	13.72
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De 51 mujeres encuestadas el 86.28% indico haber recibido consejería sobre el tema de métodos de planificación familiar en el servicio de Gineco-Obstetricia y el 13.72% indico que no. "El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el instituto Guatemalteco de Seguridad Social y otras entidades públicas y privadas del sector salud, deben proveer los servicios de planificación familiar a través de la oferta de la gama de métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de embarazos, asegurando que los y las proveedoras tengan las competencias técnicas para prestar servicios de calidad y calidez y cuenten con el equipo e insumos de acuerdo a la normativa establecida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social"<sup>72</sup>.

Por lo que es un porcentaje aceptable en cuanto a consejería sin embargo se deben fijar objetivos para alcanzar el 100%

<sup>72</sup><http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20leyes/2005/pdfs/decretos/D087-2005.pdf>. Consultado 10/06/07.

**Cuadro No. 22**

**Acepta en este momento utilizar algún método de planificación familiar?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	29.41
No	36	70.59
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De 51 mujeres encuestadas el 29.41% aceptó en ese momento utilizar un método de planificación familiar y el 70.59% no acepto, por lo que es evidente que los factores culturales, religiosos, educativos y sociales entre otros inciden en que las pacientes acepten, probablemente tengan que consultar con el esposo antes de tomar la decisión de planificar su familia.

**Cuadro No. 23**

**Si su respuesta es sí, que método de planificación familiar elige?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Inyección	7	46.67
Píldoras	3	20
Condomes	2	13.33
Anticoncepción quirúrgica voluntaria	0	0
Lactancia Amenorrea	3	20
Otro	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De 15 mujeres que decidieron utilizar un método de planificación familiar se observa que la mayor demanda la tienen las inyecciones con 46.67%, seguido de píldoras y anticoncepción quirúrgica voluntaria con 20% cada una y en menor cantidad los condones 13.33%.

Probablemente la aceptación de las inyecciones sea porque les brinda protección por espacio prolongado de tiempo, no es de administración diaria, como lo son las pastillas, los condones en minoría posiblemente porque quien los deba utilizar son los hombre y las que eligieron la anticoncepción quirúrgica probablemente porque ya cuentan con el número de hijos deseados.

**Cuadro No. 24**

**Si su respuesta es No, diga por qué?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Tengo que consultar con mi esposo	34	94.44
Causan daño	1	2.78
No son efectivos	1	2.78
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

Este cuadro tiene relación con los cuadros números 18 y 19. Las mujeres que no aceptaron utilizar un método de planificación familiar indicaron que tenían que consultar con su esposo 94.44%, causan daños a la salud 2.78% y que no son efectivos el 2.78%. como se indicó anteriormente la mujer no tiene autoridad para decidir por sí misma, y que el porcentaje de desconocimiento sobre los métodos de planificación familiar repercute en conceptos equivocados.



**Cuadro No. 25**

**El método que usted eligió se le proporcionó en forma inmediata y satisfactoria?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	80
No	3	20
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De las 15 mujeres que aceptaron utilizar un método de planificación familiar, al 80% se les entregó en forma inmediata y satisfactoria mientras que al 20% no. Por lo que de acuerdo a la teoría se ofrecen métodos pero no se logra la calidad porque no se entregó en forma inmediata y oportuna a pesar de que el Ministerio de Salud Pública cuenta con un programa nacional de Salud reproductiva, aun falta contar con los recursos humanos, infraestructura e insumos para poder cubrir las necesidades de las pacientes.

De 15 mujeres que decidieron hacer uso de un método de planificación familiar 3 de ellas decidieron la anticoncepción quirúrgica Voluntaria, sin embargo no se les realizó el procedimiento y según refirieron que las van a programar por lo que deben regresar a los 40 días. Esto muestra que los programas no se cumplen al 100% porque no se cuenta los medios necesarios para el adecuado funcionamiento.

Gráfica No. 26

El trato brindado por el personal de salud de este servicio usted lo considera?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	51	100
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	51	100%

Fuente: cuestionario estructurado realizado a las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

De 51 mujeres encuestadas que representan el 100% indicaron haber recibido un trato bueno por parte del personal de salud, por lo que esto indica que se esta cumpliendo lo que expresa la Constitución Política "es prioridad del Estado Proteger a la persona y a la familia, bajo un régimen de igualdad y fraternidad, sin discriminación alguna. Considera la Salud como un bien público y para su consecución se obliga a todas las personas e instituciones".<sup>73</sup>

Es importante que el trato brindado a las pacientes sea bueno expresado por las pacientes, ya que los principios de trato humanizado debe aplicarse a todo ser humano independientemente del nivel académico, económico, clase social, y religión.

73 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Guatemala, 2001. P. 11

## VIII. CONCLUSIONES

Los factores que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar por las mujeres de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango son los siguientes:

1. En los factores culturales sobresale la situación de la mujer, al no tener independencia para decidir por sí misma si quiere espaciar los embarazos o evitar de forma permanente los mismos ya que debe consultar con su esposo, sumando así mismo las creencias erróneas sobre los métodos de planificación refiriendo que son abortivos, ocasionan daño y producen cáncer, creencias que existen a través del tiempo y que son difíciles de cambiar a corto plazo, lo cual se relaciona con el conocimiento que se obtiene en buena medida por la educación, siendo el 27.46% de las mujeres que no pueden leer ni escribir, lo cual representa una barrera en el proceso enseñanza aprendizaje, el 62.74% sabe leer y escribir y el 9.80% tiene estudios de nivel medio, sin embargo la educación con que cuentan la mayoría no es la que permite mayores oportunidades de desarrollo en nuestro medio, sobre todo en cuanto a conocimientos relacionados con salud y específicamente con métodos de planificación familiar, lo que se refleja en algunas creencias y conocimientos sobre los mismos, repercutiendo en un alto porcentaje de mujeres que no tienen conocimiento sobre el tema siendo un 43.14%, lo cual es coherente con respecto al 78.43% de las mujeres que no ha utilizado un método de planificación familiar.

El conocimiento que poseen las mujeres sobre métodos de planificación familiar ha sido a través de la consejería que brinda el personal de enfermería, quedándose atrás los medios de comunicación quienes debieran apoyar los programas de salud como responsabilidad social.

El idioma es otro factor que interviene en la transmisión de conocimientos de una persona o de un grupo a otro, siendo el español el predominante, seguido de un buen número de mujeres que domina el español-kakchiquel, esto es importante porque no crea barreras en el momento de la consejería ya que permite una adecuada comunicación entre el personal de salud y las usuarias.

En el estado civil predominan las pacientes casadas y unidas, en menor proporción las pacientes solteras, por lo que si existe relación en cuanto a la toma de decisión en la aceptación de métodos de planificación familiar ya que un 76.46% de las pacientes tienen que consultar con su esposo, esto guarda relación con los factores culturales de procrear hijos libremente aún cuando la pobreza los agobie cada vez más debido a sus ingresos monetarios que

dependen en gran medida a las actividades en que se ocupan, por lo que en el presente estudio se obtuvo que el 76.48% se dedica a oficios domésticos los cuales no son bien remunerados en nuestro medio, seguido del tejido y de la agricultura. Por lo que esto influye en el acceso que las pacientes pueden tener en la obtención de los métodos de planificación familiar al tener que invertir en transporte o bien por el método en si y en los servicios generales que necesita la mujer para satisfacer sus necesidades y las de su familia.

2. Los factores religiosos, constituidos por las creencias en que se deben tener los hijos que Dios manda porque es parte de su plan divino por lo tanto el planificar constituye un pecado, lo anterior se confirma a través del porcentaje de pacientes (45.09%) que indican haber tenido tres o mas embarazos; además en las diversas doctrinas que profesan se recomienda únicamente utilizar los métodos naturales para espaciar los embarazos lo que no es congruente con los servicios de salud porque únicamente se ofertan los hormonales, orales e inyectables, de barrera (Condomes) y los quirúrgicos. En el marco legal se hace énfasis en que la persona es libre de decidir el número de hijos y la frecuencia con que debe o quiera tenerlos, recomendando que esto sea con responsabilidad, pero las mujeres en su totalidad (100%) no tienen conocimiento sobre la existencia de leyes que regulan la salud reproductiva de la población en Guatemala por lo tanto, no están informadas sobre los derechos y responsabilidades en materia de salud reproductiva lo que repercute en la aceptación de métodos de planificación familiar.

## **IX. RECOMENDACIONES**

1. Socializar los resultados en la Institución donde se realizó el estudio y en otras entidades de salud y educativas.
2. Fortalecer la consejería de métodos de planificación familiar en los servicios de salud y en todos los niveles de atención incluyendo todas las opciones existentes para que la pareja elija la mas conveniente de acuerdo a sus características en particular.
3. Promover y fortalecer las acciones encaminadas a promulgar el marco legal de Salud Reproductiva en todas las instituciones de salud y educativos del país.
4. Realizar otros estudios sobre aceptación y participación del varón en la planificación familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ARGUETA A. Ana. Et al. Manual para Profesionales de Enfermería en Materno Infantil en su Componente de Planificación Familiar. Guatemala, 1988. P.202.
2. BÁLLUS Puris, Mi Secundaria, Colombia, Rezza Editores, S.A. 2001. p. 1072.
3. CRUZ D. Atilana. Supervisión en los Servicios de Enfermería. México, Ediciones Copilco. 1983. P. 160.
4. Constitución Política de la República de Guatemala, última edición. P.100
5. DE LEÓN BARREONDO, Vilma Oralía. Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas, sobre el uso de Métodos de Planificación Familiar en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango. Guatemala, 1994, P. 19-51. Trabajo de grado (Médico Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. P. 77.
6. GISPERT, Carlos. Diccionario Enciclopédico Océano Uno. Ed. Océano. Barcelona, España. 1994.
7. Ley de Desarrollo social, Decreto número 42-2001, Guatemala 2007.
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Epidemiología, Memoria de Informática y vigilancia Epidemiológica, Área de Salud de Chimaltenango, 2005.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guías Nacionales de Salud Reproductiva, Planificación Familiar tomo I, Guatemala, 2003. P. 69.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000, Guatemala, 2003. P. 96.
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Guatemala, 2001. P. 44.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Trífoliar de Métodos Después del Parto, Guatemala 2003.

13. MOLINA A. Julio. Et al. Planificación Familiar; Guías Nacionales de Salud Reproductiva, Tomo I. Ed 2003. Guatemala. P. 69.
14. MOSBY. Diccionario de Medicina, Océano Mosby. Editorial Océano. 1996.
15. Municipalidad de Chimaltenánigo, Documentos de Oficina de Relaciones Públicas, 2006.
16. PINEDA, Elia Beatriz. Et al. Metodología de la Investigación, 2da. Edición, Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud, 1994, p. 273
17. REEDER RN. Sharon. Et al. Enfermería Materno Infantil. 17ª. Ed. Atlampa, D.F. México. Nueva Editorial Interamericana, S.A. 1995. P. 1421.

#### **PÁGINAS WEB CONSULTADAS**

18. <http://www.elalmanaque.com/Medicina/lexico/paciente.htm> consultado el 06/09/007.
19. [http://www.who.int/reproductive-health/publications/sp\\_fpp\\_97\\_33/fpp\\_97\\_33\\_7.s.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/sp_fpp_97_33/fpp_97_33_7.s.html) consultado el 06/09/007
20. <http://www.wordefrence.com/definicion/factor> consultado el 06/09/007.
21. <http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnálisisDocumentaciónJudicial/cds/CDs%20leyes/2005/pdfs/decretos/D087-2005.pdf>. Consultado 10/06/007.
22. Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project 111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202 Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy USAID. Consultado el 10/09/007.
23. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva consultado 10/09/007
24. [http://www.usaid.gov/gt/docs/determinantes\\_estado\\_salud.pdf](http://www.usaid.gov/gt/docs/determinantes_estado_salud.pdf). Consultado el 10/09/007

25. <http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sj50/j50chap2.shtml>. Consultado el 10/09/007.
26. [http://www.indexmundi.com/es/guatemala/tasa\\_de\\_natalidad.html](http://www.indexmundi.com/es/guatemala/tasa_de_natalidad.html). consultada el 25 de Septiembre de 2007.
27. <http://www.prensalibre.com/pl/2003/marzo/27/52629.html>luctiva2002, consultada el 25 de Septiembre de 2007.
28. [http://www.indexmundi.com/es/guatemala/tasa\\_de\\_mortalidad\\_infantil.html](http://www.indexmundi.com/es/guatemala/tasa_de_mortalidad_infantil.html). consultada el 25 de Septiembre de 2007.
29. [http://travesiaporiavida.blogspot.com/2006\\_11\\_01\\_archive.html](http://travesiaporiavida.blogspot.com/2006_11_01_archive.html) consultado 29/09/007
30. [http://www.reproductiverights.org/pdf/sr\\_peru\\_0698\\_sp.pdf](http://www.reproductiverights.org/pdf/sr_peru_0698_sp.pdf) consultado 29/09/007
31. [http://ccp.ur.ac.cr./bvp/pdf/tfgs2002/tfg\\_nfranco.pdf](http://ccp.ur.ac.cr./bvp/pdf/tfgs2002/tfg_nfranco.pdf) consultado 29/09/007
32. [http://es.wikipedia.org/wiki/Humanae\\_Vitae](http://es.wikipedia.org/wiki/Humanae_Vitae) consultada 29/09/007
33. <http://www.mum.org/anticyre.htm> consultada 29/09/007
34. <http://www.choike.org/nuevo/informes/1329.html>. consultada 01/10/007
35. <http://www.phrplus.org/Pubs/sar9s.pdf> consultada el 01/10/2007
36. <http://www.hoy.com.ec/libro6/salud/salud08.htm> consultado 01/10/007
37. [http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/health\\_benefits\\_family\\_planning/text\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/health_benefits_family_planning/text_es.pdf) consultado 29/10/007
38. <http://es.wikipedia.org/wiki/Guatemala#Cultura> consultado 01/10/007
39. <http://groups.msn.com/ChapinlandiaEterna/chimaltenango.msnw> consultado 01/10/007
40. [http://www.unfpa.org/swp/2007/spanish/chapter\\_2/print/chapter\\_2.html](http://www.unfpa.org/swp/2007/spanish/chapter_2/print/chapter_2.html) consultado 01/10/007
41. <http://www.definicion.org/mujer> consultado 29/09/007



42. [http://travesiaporlavida.blogspot.com/2006\\_11\\_01\\_archive.html](http://travesiaporlavida.blogspot.com/2006_11_01_archive.html). consultado el día 1/10/007
43. <http://www2.cyclebeads.com/collardelciclo/>. consultado el 1/10/007
44. <http://www.fhi.org/sp/Topics/LAM.htm>. consultado el 01/10/007
45. [http://www.enfemenino.com/\\_e1059-El-metodo-del-calendario.html](http://www.enfemenino.com/_e1059-El-metodo-del-calendario.html). consultado el 1/10/007
46. [http://www.masalto.com/familia/template\\_familiaarticulo.phtml?consecutivo=5982&subsecc=6&cat=24&subcat=60&subj=&pais=](http://www.masalto.com/familia/template_familiaarticulo.phtml?consecutivo=5982&subsecc=6&cat=24&subcat=60&subj=&pais=) consultado 01/10/007.
47. <http://www.geocities.com/Athens/Ithaca/6752/elmtodo.html> consultado 01/10/007
48. [http://www.kidshealth.org/teen/en\\_espanol/sexual/contraception\\_condom\\_esp.html](http://www.kidshealth.org/teen/en_espanol/sexual/contraception_condom_esp.html) lación consultado 01/10/007
49. <http://www.youngomenshealth.org/spiud.html> consultado 01/10/007
50. [http://www.fhi.org/sp/RH/FAQs/spermicides\\_faq.htm](http://www.fhi.org/sp/RH/FAQs/spermicides_faq.htm) consultado 01/10/007
51. [http://www.fhi.org/sp/RH/FAQs/COC\\_faq.htm](http://www.fhi.org/sp/RH/FAQs/COC_faq.htm) consultado 01/10/007
52. [http://geosalud.com/Salud%20Reproductiva/inyectables\\_combinados.htm](http://geosalud.com/Salud%20Reproductiva/inyectables_combinados.htm). consultado 01/10/007
53. <http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/AHinyectableTri.asp>. consultado 01/10/007
54. <http://www.youngomenshealth.org/spfemalehormone4.html>. consultado 01/10/007
55. [http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo\\_anticonceptivo#M.C3.A9todo\\_anticonceptivos\\_irreversibles](http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_anticonceptivo#M.C3.A9todo_anticonceptivos_irreversibles) consultado 01/10/007