


Universidad Mesoamericana
Facultad de Medicina
Licenciatura en Medicina y Cirugía



PLANIFICACIÓN FAMILIAR
ESTUDIO DESCRIPTIVO-PROSPECTIVO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR, EN EL CENTRO DE SALUD DE HUEHUETENANGO EN EL PERIODO DE
ENERO A MARZO DEL 2021

UNIVERSIDAD
MESOAMERICANA

Demetrio Marvin Pérez Hernández


Carné: 201316206

P438


Quetzaltenango, diciembre del 2022

Universidad Mesoamericana
Facultad de Medicina
Licenciatura en Medicina y Cirugía

PLANIFICACIÓN FAMILIAR
ESTUDIO DESCRIPTIVO-PROSPECTIVO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR, EN EL CENTRO DE SALUD DE HUEHUETENANGO EN EL PERIODO DE
ENERO A MARZO DEL 2021


Vo.Bo Dr. Walter Félix
Asesor.

Dr. Walter G. Félix Moreno
Ginecologo y Obstetra
Col. 15051


Vo.Bo Dr. Jorge Ramos
Revisor.

Col. No. 11-1001

Demetrio Marvin Pérez Hernández

Carné: 201316206

Quetzaltenango, diciembre del 2022



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Planificación Familiar (PF) es un derecho humano básico, que permite a las personas decidir libre y voluntariamente si tener hijos o no, cuántos tener y en qué momento tenerlos, apoyándose en el uso de métodos anticonceptivos. Esto sumado a esperar por lo menos dos años después del nacimiento del último bebé para quedar embarazada de nuevo contribuirá a ejercer una paternidad y maternidad responsables.

OBJETIVO: Determinar el método de planificación familiar más aplicado por las pacientes que consultan a la clínica de salud reproductiva del centro de salud.

MÉTODOS Y MATERIALES: El estudio es de tipo descriptivo prospectivo en mujeres de 15 a 45 años, que consulten en el centro de salud de Huehuetenango en el periodo de enero a marzo del 2021.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Se determinó que el 90% de las mujeres que consultaron por planificación familiar ya usaban uno, el método de planificación más empleado fue el de la inyección de 3 meses por el 43% de las mujeres, el 83% de las mujeres comentó que, si se operarían algún día.

CONCLUSIÓN: Las mujeres que consultaron al centro de salud por planificación familiar fueron de procedencia urbana, de edad entre 26 a 30 años, de la zona 5 de Huehuetenango, los antecedentes gineco-obstétricos fueron mujeres con segunda gesta, primer parto a los 16 a 20 años, resueltos por PES, con periodo intergenésico de 4 años, el método de planificación familiar más utilizado fue de la inyección de 3 meses.

PALABRAS CLAVE: Planificación familiar, mujeres, anticonceptivos.



AUTORIDADES UNIVERSIDAD MESOAMERICANA

CONSEJO DIRECTIVO

Dr. Félix Javier Serrano Ursúa - Rector

Dr. Luis Fernando Cabrera Juárez - Vicerrector General

Pbro. Mgtr. Rómulo Gallegos Alvarado, sdb. - Vicerrector Académico

Mgtr. Teresa García Kennedy-Bickford - secretaria general

Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales - Tesorera

Mgtr. José Raúl Vielman Deyet - Vocal II

Mgtr. Luis Roberto Villalobos Quesada - Vocal III

CONSEJO SUPERVISOR SEDE QUETZALTENANGO

Dr. Félix Javier Serrano Ursúa

Mgtr. José Raúl Vielman Deyet

Mgtr. Miriam Maldonado

Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales

Dra. Alejandra de Ovalle

Mgtr. Juan Estuardo Deyet

Mgtr. Mauricio García Arango

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Mgtr. Juan Carlos Moir Rodas - Decano Facultad de Medicina

Mgtr. Jorge Antonio Ramos Zepeda - Coordinador Área Hospitalaria



El trabajo de investigación con el título: “**Métodos de planificación familiar**” Estudio descriptivo, prospectivo sobre Métodos de planificación familiar en Pacientes femeninas de 15 a 45 años, que consulten a la clínica de salud reproductiva el centro de salud de Huehuetenango durante el periodo de enero a marzo del 2021, presentado por el estudiante Demetrio Marvin Pérez Hernández, que se identifica con el carné número 201316206, fue aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, como requisito previo para obtener el Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciado.

Quetzaltenango, diciembre 2022

Vo.Bo. _____
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda
Coordinador Área Hospitalaria

Vo. Bo. _____
Dr. Juan Carlos Moir Rodas
Decano
Facultad de Medicina



Quetzaltenango, diciembre de 2022

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

Respetables doctores:

YO, Demetrio Marvin Pérez Hernández, estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, me identificó con el carné número 201316206, de manera expresa y voluntaria manifiesto que soy el autor del trabajo de investigación denominado "**Métodos de planificación familiar**", Estudio descriptivo, prospectivo sobre Métodos de planificación familiar en Pacientes femeninas de 15 a 45 años, que consulten a la clínica de salud reproductiva el centro de salud de Huehuetenango durante el periodo de enero a marzo del 2021, el cual presento como requisito previo para obtener el Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciado. En consecuencia, con lo anterior, asumo totalmente la responsabilidad por el contenido del mismo, sometiéndome a las leyes, normas y disposiciones vigentes.

Sin otro particular

Atentamente:

Demetrio Marvin Pérez Hernández

201316206



Quetzaltenango, diciembre de 2022

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

Respetables doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que **asesoré** el trabajo de investigación designado con el título **“Métodos de planificación familiar”**, Estudio descriptivo, prospectivo sobre Métodos de planificación familiar en Pacientes femeninas de 15 a 45 años, que consulten a la clínica de salud reproductiva el centro de salud de Huehuetenango durante el periodo de enero a marzo del 2021, realizado por el estudiante: Demetrio Marvin Pérez Hernández, que se identifica con el carné número 201316206 como requisito previo para obtener el Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciado, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Atentamente


f. _____
Dr. Walter Félix
Asesor del Trabajo de Investigación

Dr. Walter G. Félix Moreno
Ginecólogo y Obstetra
Col. 15051



Quetzaltenango, diciembre de 2022


Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

Respetables Doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que revisé el trabajo de investigación designado con el título “**Métodos de planificación familiar**”, Estudio descriptivo, prospectivo sobre Métodos de planificación familiar en Pacientes femeninas de 15 a 45 años, que consulten a la clínica de salud reproductiva el centro de salud de Huehuetenango durante el periodo de enero a marzo del 2021, realizado por el estudiante: Demetrio Marvin Pérez Hernández, que se identifica con el carné número 201316206 como requisito previo para obtener el Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciado, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le dé el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente:

f. 
Dr. Jorge Ramos
Revisor del trabajo de investigación

UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
Tel. No. 99 487



DEDICATORIA

A mis padres: Antonio Pérez Hernández y Basilia Hernández Maldonado, que me han permitido seguir mis sueños, a pesar de las limitaciones que han tenido todos estos años, siempre han estado cerca de mí. Gracias por todo su amor y apoyo incondicional y por enseñarme que todo se puede alcanzar en la vida con humildad, esfuerzo y dedicación.

A mis amigos: con quienes compartí gratos momentos en mi formación profesional, por extenderme su mano en momentos difíciles y por el afecto brindado durante esta etapa.

De forma especial: a Dios que me ha permitido llegar a concluir mis estudios académicos.

Al personal del Hospital Regional Dr. Jorge Vides Molina, Huehuetenango: donde realicé mis practicas hospitalarias, que me permitieron ampliar mis conocimientos, compartir experiencias y gratos recuerdos en esta hermosa carrera que es la medicina.



INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	2
III. MARCO TEÓRICO	3
A. Definiciones	3
1. Situación de la mujer guatemalteca según: (Elias, 2012).....	3
2. Determinantes en el uso de métodos anticonceptivos según: (Rodriguez & Gonzales Roman , 2014)	5
3. Exploración ginecológica según: (Fernandez, Navarro, & Luque , 2015)	11
4. La reproducción según: (Herrera, 2013)	14
5. Anticoncepción según: (Castillo, 2016)	15
6. Obstáculos al acceso de servicios y métodos anticonceptivos.	17
7. Atención en la salud sexual y reproductiva como derecho humano	20
8. Consejería en salud sexual y reproductiva según: (Macri, Stanley , & Rubisten, 2018).	20
9. Salud reproductiva en adolescentes según: (Blanco, 2017).....	22
10. Niveles de atención y prestación del servicio según: (Moro & Campos Fanola , 2014) 24	
11. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina según: (Agustin, Moreno, Ortiz, & Escobar , 2018)	24
12. Métodos anticonceptivos según: (Schwarcz, Castro, & Gaññmberti , 2012)...	26
13. Eficacia de los anticonceptivos según: (Fuentes, 2013)	27
14. Métodos anticonceptivos hormonales (Mora, 2017)	29
15. Métodos anticonceptivos no hormonales (Mora, 2017)	31
16. Eficacia de los métodos según: (Valle, 2017).....	32
Fuente: (Valle, 2017)	32
17. Anticoncepción en mujeres con VIH.....	32
IV. OBJETIVOS.....	35
A. Objetivo general	35
B. Objetivos específicos	35
V. MÉTODOS, MATERIALES Y TÉCNICAS	36
A. Tipo de estudio:.....	36
B. Universo:.....	36
C. Población:.....	36



D.	Criterios de inclusión y exclusión	36
E.	Variables	37
F.	Proceso de investigación	40
G.	Aspectos éticos	40
VI.	RESULTADOS.....	41
A.	Datos generales.....	41
B.	Antecedentes gineco-obstétricos.....	46
C.	Clínica	53
VII.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	58
A.	Caracterización de la población.....	58
B.	Antecedentes gineco-obstétricos.....	58
C.	Clínica.....	59
VIII.	CONCLUSIONES	61
IX.	RECOMENDACIONES	62
X.	BIBLIOGRAFIA	63
XI.	ANEXOS	67
A.	Cronograma de actividades.....	67
B.	Boleta de recolección de datos	68
C.	Carta de aceptación de la institución	69



I. INTRODUCCIÓN

La Planificación Familiar (PF) es un derecho humano básico, que permite a las personas decidir libre y voluntariamente si tener hijos o no, cuántos tener y en qué momento tenerlos, apoyándose en el uso de métodos anticonceptivos. Esto sumado a esperar por lo menos dos años después del nacimiento del último bebé para quedar embarazada de nuevo contribuirá a ejercer una paternidad y maternidad responsables.

En el centro de salud de Huehuetenango se encontró a cien personas que consultaron por métodos de planificación familiar de las cuales 10 mujeres consultaban por primera vez, mientras que las 90 restantes ya habían acudido con anterioridad, las edades más comunes de consulta fueron entre los 26 a 30 años, con procedencia de la zona 5 de Huehuetenango.

En este estudio se determinó que de las 100 mujeres que consultaron por planificación familiar 45 mujeres usaban la inyección de 3 meses, mientras que 10 empleaban el implante para planificar, posteriormente de recomendarles otro método de planificación según su número de gesta y edad, estas cifras cambiaron a ser 31 mujeres con implantes y 25 con inyección de 3 meses, teniendo una aceptación del nuevo método de un 86%



II. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se realizó para conocer el nivel de aceptación de métodos de planificación familiar de las pacientes en edad fértil que acuden a la clínica de salud reproductiva, a la vez conocer factores epidemiológicos sociales culturales y familiares permitirá indagar sobre las posibles causas que llevan a las pacientes a rechazar los métodos de planificación familiar, además para que las pacientes tengan conocimiento de los métodos que se brindan, para que tengan la oportunidad de mejorar la calidad vida al darle la información completa eficaz y con calidez a las pacientes para que tomen una decisión antes de su egreso de la institución.

Se beneficiaran todas las pacientes que consulten a la clínica de salud reproductiva ya que se pretende reforzar estos temas durante las pláticas que se realizan a los pacientes que se encuentran en sala de espera para su consulta médica o a veces en la espera de vacunación de sus niños, también se pretende formar un club de pacientes en edad reproductiva para que se puedan eliminar los factores culturales o sociales que no les permiten la aceptación de métodos de planificación familiar, y así que ellas puedan tener una adecuada educación sexual.

A la vez se beneficiara el centro de salud aumentando la producción de pacientes y a los familiares ya que con la aplicación o el uso de métodos se evitara la sobrepoblación en la familia, ya que en la mayoría de casos son multigestas o gran multigestas, y con edades entre los 20 a 25 años, en otros casos por el exceso de gestas los niños caen en desnutrición o cursan con extrema pobreza y eso hace que aumenten las enfermedades, entre otras complicaciones, que se pueden prevenir con el uso de métodos anticonceptivos.



III. MARCO TEÓRICO

A. Definiciones

1. Situación de la mujer guatemalteca según: (Elias, 2012).
 - a) Mujer y educación

En relación con la situación educativa de la mujer, Elías (2012) indica lo siguiente Guatemala es un país donde uno de sus principales problemas socioeconómicos es la educación; el alto índice de analfabetismo ha afectado representativamente a la mujer ya que esta tiene menos posibilidades de acceso y permanencia en el sistema educativo formal respecto al hombre.

La mujer inició su participación de manera significativa en el sistema educativo a partir de la década del 44 al 54, esto se da más con mujeres de sectores medios y urbanos, esta participación se limita por el rol principal que la mujer siempre ha desempeñado en la producción nacional, asimismo la mujer desde sus primeros años de edad ve limitado su acceso a la educación porque le son asignadas responsabilidades y tareas relacionadas por servir dentro del hogar. También los valores culturales tradicionales han dado un valor secundario a la educación de la mujer lo que contribuye a que las familias en general no le den importancia a la escuela y les asignen a las niñas quehaceres domésticos. Es importante mencionar que la educación juega un papel importante en el proceso de legitimación y reproducción de la desigualdad que afectan a la mujer en general. “Guatemala, es uno de los países con mayor índice de analfabetismo, el 52% le corresponde a la mujer”

Lo anterior trae como consecuencia al sector femenino un mal salario, concentrándose mayores niveles de pobreza en este grupo poblacional, aunque es claro que la mujer da un gran aporte a la economía nacional y esto no es reconocido dentro de ninguna valoración en el análisis macroeconómico. La Constitución Política de la República de Guatemala enuncia que la educación es un derecho de todos los guatemaltecos agregando que la misma debe ser gratuita y obligatoria servida por el Estado en el nivel primario; la mujer



como ser humano tiene derecho a la educación sin ninguna discriminación. Es claro que cuanto más acceso tenga la mujer a la educación alcanzará un mejor nivel de vida individual y familiar.

b) Mujer y salud integral

En Guatemala los requerimientos nutricionales en la mujer se ven afectados por la demanda adicional durante el tiempo de embarazo y de lactancia, porque la dieta popular es pobre en proteínas de alta calidad, de baja densidad energética, pobre en productos animales y frutas, deficiente en vitamina A, yodo y hierro, lo que no permite que la mujer cuente con una salud integral. Es importante mencionar que además existen otros factores que contribuyen a que la mujer no logre un mejor nivel de vida y por ende una buena salud tales como los culturales, porque su alimentación es tradicional; social porque la forma de vivir es determinante en su desenvolvimiento; político, porque las políticas encaminadas a velar por su salud no se cumplen, y el económico, porque cada día la canasta básica sube de precio, lo que no les permite acceder a una mejor nutrición según (Elias, 2012).

El derecho a la salud que tiene la mujer se ve reducido por múltiples acciones entre las que se encuentran la violencia sexual, los abortos que es una de las principales causas de muerte de la mujer en latinoamérica, embarazos prematuros, la explotación laboral, etc. La planificación familiar puede ser una importante fuente de salud para la mujer, al evitar que las mujeres que no están en óptimas condiciones se sometan al riesgo de embarazos y parto y, por otra, el peligro de que nazcan niños con alteraciones importantes. Para que la mujer goce de una salud integral tiene que evitar principalmente la violencia hacia su persona, maltrato de tipo psicológica, de tipo físico o sexual.

En algunas oportunidades la mujer enfrenta problemas de salud ligados con el trabajo debido a que es demasiado el trabajo y muy mal remunerado. La mujer muchas veces desempeña una triple jornada de trabajo que consiste en cuidar y educar a los miembros de su familia, el trabajo del hogar y un trabajo fuera de su hogar lo que hace que la mujer se desgaste física y mentalmente lo que no se compensa con una adecuada y balanceada dieta alimenticia.



La mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. “La Organización Mundial de la Salud -OMS- estima en 500,000 el número de mujeres que fallecen anualmente por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio”. La mujer guatemalteca no es la excepción por falta de educación y conocimiento de sus derechos, tiene los hijos que su esposo decida sin pensar y menos cuidar su salud

Se reconoce que un gran porcentaje de la mortalidad materna es evitable con intervenciones relativamente sencillas, eficaces y de bajo costo. La mortalidad materna en nuestro país es un indicador que expresa el daño extremo que sufre la mujer durante su vida reproductiva, la baja disponibilidad y calidad de servicios de salud, las condiciones sociales inapropiadas, la alimentación deficiente y las consecuencias de la marginación que vive dentro y fuera del hogar son factores que menguan una salud integral en la mujer guatemalteca según (Elias, 2012)

2. Determinantes en el uso de métodos anticonceptivos según: (Rodriguez & Gonzales Roman , 2014)

a) Mujer y trabajo

La participación de las mujeres es indispensable para el desarrollo económico y social, y es obligación del Estado promover la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer. “Las mujeres representan un 24% de la población económicamente activa (PEA) y las categorías ocupacionales con una mayor participación femenina constituye una prolongación de las actividades de orden doméstico, entre estas se destacan vendedoras, empleadas de oficina y operarias de instalaciones y máquinas montadoras. La presencia de la mujer en el sector informal de la economía es mucho mayor que la de los hombres.

El 43% de la PEA femenina, son trabajadoras no calificadas. En Guatemala persiste la discriminación y la inequidad en las relaciones hombre-mujer, las oportunidades y espacio de participación femeninas son claramente inferiores, lo cual se traduce a niveles bajos de desarrollo por las limitaciones en la participación y el acceso a los servicios los cuales son necesarios para la misma



Es importante mencionar que las mujeres en Guatemala siempre han sido discriminadas en el aspecto laboral, y la mujer indígena más; la misma es discriminada, por ser indígena y por ser analfabeta. En la sociedad guatemalteca el trabajo de la mujer rural no es registrado, lo que conlleva a su invisibilización dentro de las políticas de desarrollo rural y agrícola, a pesar de que su contribución en horas de trabajo se estima en un promedio de 15 horas diarias.

Las condiciones de desigualdad que sufre la mujer en nuestro país son claros al ser menos remunerados, con largas jornadas de trabajo, escasa o poca cobertura en cuanto a prestaciones laborales y sociales. Estos empleos son absorbidos por las mujeres debido a su escasa capacitación y formación educativa, unida a la discriminación.

La mujer trabajadora regularmente desconoce sus derechos tanto jurídicos como humanos, obedeciendo a los siguientes factores: altas tasas de analfabetismo femenino, escasa o ninguna capacitación, la inseguridad en su destreza y conocimientos debido al patrón cultural en el que ha crecido. Todo esto contribuye a que la mujer en el trabajo sea objeto de explotación y abuso según (Rodriguez & Gonzales Roman , 2014)

b) Mujer y derechos humanos

En la Constitución Política de la república de Guatemala promulgada en 1985 en el artículo 43 se “establece que todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos, y se prohíbe cualquier discriminación por motivo de sexo”. Sin embargo en Guatemala como en América Latina son violados los derechos humanos de las mujeres por el marcado machismo, así como por patrones culturales, situación que involucra la planificación familiar porque es parte del derecho a la salud integral de las mujeres y se ubica en el contexto de “...agresiones socioculturales, las que ocurren como resultante de procesos de socialización de género que llevan a las mismas mujeres a nutrir mejor a los varones y descuidar su alimentación y las de sus hijas, descuidar su salud y educación, etc.



La situación de salud de las mujeres, las muertes por aborto clandestino (segunda causa de muerte de las mujeres en América Latina), los altos índices de mortalidad materna son también parte de las violaciones a la integridad personal. Los embarazos no deseados deben dejar de ser un problema ubicado en la íntima y solitaria decisión de la mujer para ser un problema público relativo a los patrones de socialización de ambos géneros en torno a la sexualidad y la genitalidad y a las políticas en cuanto a salud reproductiva”

La mujer tiene derecho a que las autoridades públicas protejan la igualdad de derechos y responsabilidades entre hombres y mujeres. Hablar de los derechos de la mujer no es estar en contra del varón, se trata de que tanto hombres como mujeres abran las alas de una educación integral que los acerque respetuosamente y sin un ambiente de dominación, ni de discriminación, es decir luchar por la equidad de género.

La declaración universal de los derechos humanos determina en su preámbulo la necesidad de la igualdad de derechos de hombres y mujeres; en su Artículo 1º. dice “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros. En su Artículo 2º. Señala que toda persona tiene todos los derechos y libertades sin distinción de sexo; también en el Artículo 7º. Señala que todos son iguales ante la ley según (Rodriguez & Gonzales Roman , 2014)

Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta declaración y contra toda provocación a la discriminación”. Esta declaración en derechos humanos nos confirma que la mujer física, emocional y psicológicamente es igual al hombre y que desde siempre ha luchado por el espacio social, económico y político que le pertenece. La mujer es una persona humana igual que el hombre con derechos y obligaciones con las mismas capacidades y limitaciones, tradicionalmente no aceptadas en diferentes culturas y sociedades.

Desde temprana edad las familias y las escuelas inculcan a la mujer que es el sexo débil y menos inteligente y se educa para atender de forma sumisa un hogar, sin considerar que desde niña a la mujer se le está discriminando y negando un mejor nivel de vida.



La Declaración Universal de los Derechos Humanos de la mujer otorgó derechos inherentes al sexo femenino con el fin de que este sector tenga los derechos que le corresponden como seres humanos. Entre tales derechos se tienen:

Derecho a conocer sus derechos.

Tiene derecho a no ser utilizada o vendida como anuncio de atracción sexual por los medios de comunicación

A una educación sexual no discriminatoria

A nuestros derechos reproductivos

A la autoestima

A ser respetada en su condición de mujer

A las responsabilidades del hogar compartidas

Al fomento de las fuentes de trabajo asalariado para mujeres

A sancionar la paternidad irresponsable

A la salud

A los cambios o transformaciones en las leyes que discriminen a la mujer

A igual salario por igual trabajo

A no educar en soledad a los hijos sino de manera compartida

Se tiene derecho a todos aquellos derechos que “Hagan realidad la verdadera igualdad entre hombres y mujeres”. Es preciso mencionar que algunos de estos derechos quedan limitados por la situación socioeconómica que atraviesa nuestro país. Más de la mitad de los guatemaltecos están inmersos en la extrema pobreza, también por situaciones culturales la discriminación hacia la mujer la limita a tener acceso a conocer sus derechos, y a decidir por sí misma qué hacer y qué no hacer.

Desde la antigüedad y en la actualidad decidir cómo planificar su familia y con qué método anticonceptivo es un derecho de pareja que afecta directamente a la mujer en su salud y es la que frecuentemente no hace uso de sus derechos como ser humano, ni como mujer por



falta de conocimiento al respecto de sus derechos reproductivos según (Rodriguez & Gonzales Roman , 2014)

c) Mujer y derechos reproductivos

La mujer al no poseer derechos sobre su cuerpo, significa que no posee información y formación sobre los derechos reproductivos que como ser, en la vida, tiene derecho. A continuación se presentan los derechos reproductivos de la mujer según (Rodriguez & Gonzales Roman , 2014):

El derecho a la atención pre y post natal.

Derecho a la vida.

Derecho a una maternidad segura.

Derecho a la lactancia materna.

Derecho a la atención médica adecuada en el parto.

Derecho a la atención indispensable en caso de aborto o legrado quirúrgico.

Derecho a la asociación, y participación en defensa de sus derechos reproductivos.

Derecho en contra de la violencia sexual o el maltrato”.

En Guatemala, a la mujer se le quita el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, al día siguiente de haber nacido le perforan sus orejas sin su consentimiento, desde que nace hasta que muere será considerada como un ser que necesita protección, por ende toda su vida será considerada como si fuera un ser débil y menos inteligente. Seguidamente se le transmite un pudor fanático, las frases de “nena no enseñe las piernas”, “niña que no te mire nadie”, como si su cuerpo fuera objeto de vergüenza, lo que contrasta con la educación del varón quien se le dice que es fuerte e inteligente y que su pene es motivo de orgullo.

La niña en general crece sin ninguna educación sexual, no se sentirá dichosa de ser mujer como ser reproductivo, ni sentirá la igualdad en derechos entre hombres y mujeres. En culturas como la nuestra son severamente castigadas y criticadas las mujeres infértiles o que por cualquier otra razón no tienen hijos son llamadas “mujeres secas”, como si la única función de la mujer fuera reproducir la vida.



d) Mujer y familia según (Rodriguez & Gonzales Roman , 2014)

La mujer es una persona con derechos y deberes de sexo femenino. La familia es la base de la sociedad, transmite la cultura de generación en generación, asimismo juega un papel importante en el ser humano ya que es ahí donde se forma la personalidad del hombre y la mujer. Un factor que afecta grandemente a las familias guatemaltecas es la situación socio-económica. “En nuestro país hay 11, 385,335 de habitantes, más de la mitad de la población guatemalteca vive en extrema pobreza, a nivel rural 86% y a nivel urbano 57%”.

Esta problemática social limita a las familias numerosas a satisfacer sus necesidades básicas acarreando insatisfacciones, desequilibrios emocionales, depresión e inestabilidad, deteriorando valores y normas sociales que acarrear problemas dentro del hogar como maltrato físico y verbal que afecta directamente a la mujer limitando su desarrollo, así como a quienes integran la familia.

El bienestar de una familia se logra con la colaboración de todos sus miembros, tanto del hombre como de la mujer y los hijos/as pueden aportar ideas, trabajo y dinero.

Hombres y mujeres tienen dignidad. Sin embargo en muchos hogares los hombres son muy impositivos, prepotentes y celosos, no confían en sus esposas, por cultura discriminan y no participan en actividades consideradas tareas de la mujer lo que hace más pesado el trabajo de la mujer e igualmente injusto, es diferente cuando el esposo le tiene confianza a la esposa y funcionan como una familia, compartiendo responsabilidades.

e) Mujer y cultura según (Rodriguez & Gonzales Roman , 2014)

La mujer es una persona con derechos y deberes de sexo femenino. La familia es la base de la sociedad, transmite la cultura de generación en generación, asimismo juega un papel importante en el ser humano ya que es ahí donde se forma la personalidad del hombre y la mujer. Un factor que afecta grandemente a las familias guatemaltecas es la situación socio-económica. “En nuestro país hay 11, 385,335 de habitantes, más de la mitad de la población guatemalteca vive en extrema pobreza, a nivel rural 86% y a nivel urbano 57%”.



Esta problemática social limita a las familias numerosas a satisfacer sus necesidades básicas acarreando insatisfacciones, desequilibrios emocionales, depresión e inestabilidad, deteriorando valores y normas sociales que acarrean problemas dentro del hogar como maltrato físico y verbal que afecta directamente a la mujer limitando su desarrollo, así como a quienes integran la familia.

El bienestar de una familia se logra con la colaboración de todos sus miembros, tanto del hombre como de la mujer y los hijos/as pueden aportar ideas, trabajo y dinero.

Hombres y mujeres tienen dignidad. Sin embargo en muchos hogares los hombres son muy impositivos, prepotentes y celosos, no confían en sus esposas, por cultura discriminan y no participan en actividades consideradas tareas de la mujer lo que hace más pesado el trabajo de la mujer e igualmente injusto, es diferente cuando el esposo le tiene confianza a la esposa y funcionan como una familia, compartiendo responsabilidades.

3. Exploración ginecológica según: (Fernandez, Navarro, & Luque , 2015)

Rara vez necesitaremos realizar una exploración ginecológica antes de prescribir un método anticonceptivo. Habitualmente es suficiente con la realización de una adecuada historia clínica para descartar contraindicaciones y una exploración básica que incluya la toma de la presión arterial (PA).

De los datos de la anamnesis se puede derivar la petición de alguna prueba complementaria, como por ejemplo la realización de una citología cervicovaginal si está indicada según las recomendaciones de screening que veremos más adelante, la solicitud de un exudado endocervical en caso de riesgo de infección de transmisión sexual (ITS) antes de la inserción de un DIU, el estudio de la coagulación en mujeres con antecedentes personales o familiares de tromboembolismo antes de la prescripción de anticonceptivos hormonales combinados, etc.

En ocasiones, los datos de la anamnesis nos derivan a la realización de una exploración ginecológica. En el caso de la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU), ésta se debe



realizar siempre, tal como se explicará en el capítulo correspondiente. La exploración ginecológica debe iniciarse por la observación de la vulva y del introito, intentando distinguir anomalías anatómicas, tumorales o de coloración y observando el aspecto del flujo vaginal.

A través del introito pueden detectarse posibles prolapsos de la mucosa vaginal o del útero. En ocasiones indicaremos a la mujer que aumente la presión abdominal para visualizar dichos prolapsos (uterino, vesical o rectal). Tras la inspección de los genitales externos, podemos acceder a la vagina y al cuello uterino mediante la introducción de un espéculo vaginal. La mujer debe estar lo más relajada posible para facilitar la penetración del espéculo.

El espéculo vaginal es un instrumento metálico o de plástico que separa las paredes vaginales y nos permite el acceso al cuello uterino. Debe introducirse con cuidado en la vagina en sentido sagital y girarse a la posición transversal conforme vamos avanzando hacia el interior (figura 1). La introducción del espéculo puede facilitarse si indicamos a la mujer que aumente la presión abdominal. En ocasiones necesitaremos lubricar el espéculo con agua o con suero fisiológico; no debemos utilizar otro tipo de lubricante si vamos a realizar una citología, ya que se podría alterar el resultado de la misma.

Habitualmente se utiliza un espéculo desechable de plástico transparente, lo que nos facilita la visualización de las paredes vaginales y del cuello uterino y nos permite la apertura del espéculo antes de llegar al fondo de la vagina permitiendo la aparición del cérvix entre sus dos palas; con ello evitamos que éste sangre al presionarlo con el espéculo.

A veces la visualización del cuello uterino antes de la apertura de las palas del espéculo no es posible, resultando más dificultosa su localización visualizar bien las paredes vaginales, los fondos de saco y el cuello uterino. En el cuello uterino puede apreciarse la diferencia de coloración de los distintos epitelios: el endocérvix de color rojo y el exocérvix de color más pálido, así como zonas de ectopia cervical (zonas de epitelio rojo localizado en el exocérvix). Esta ectopia no tiene ninguna significación patológica, siendo habitual en mujeres sexualmente activas y grávidas.



En ocasiones visualizamos los denominados huevos o quistes de Naboth, que tampoco tienen significación patológica. Las glándulas de Naboth, localizadas en el canal cervical, pueden migrar al exocérnix en el proceso de ectopia descrito anteriormente y cubrirse de epitelio escamoso en un proceso normal llamado metaplasia. Estas glándulas pueden llenarse de secreciones. A medida que se acumulan las secreciones, se forma una protuberancia lisa y redonda, justo por debajo de la superficie del cuello uterino que puede crecer lo suficiente como para observarse durante un examen.

Cada quiste aparece como una elevación blanca y pequeña, parecida a una espinilla, que puede aparecer sola o en grupo. La presencia de flujo vaginal anormal o en cantidad excesiva aconseja proceder a la toma de muestras del mismo, que puede observarse en fresco en caso de disponer de microscopio, o bien ser remitido al laboratorio de microbiología. Si sospechamos una cervicitis, la muestra será recogida del canal endocervical.

Con la palpación bimanual podemos valorar la cavidad uterina y los anejos. Para realizarla separamos los labios menores e introducimos los dedos índice y medio de la mano derecha en la cavidad vaginal. Después colocaremos la mano izquierda en la zona inferior del abdomen de la mujer indicándole que relaje la pared abdominal y presionaremos suavemente con los dedos 2º a 4º hasta que entre éstos y los introducidos en la vagina localicemos la cavidad uterina

Posteriormente moveremos ambas manos a ambos lados del útero para valorar los anejos uterinos. Al iniciar la exploración es conveniente tranquilizar a la mujer y que se realiza. La introducción de los dedos en la vagina debe ser muy cuidadosa y la presión en el hipogastrio suave para evitar el dolor que haría contraerse a la paciente y dificultar la exploración. El tacto bimanual nos informa sobre el tamaño y la posición uterina, así como de su consistencia y la posible presencia de tumoraciones. Pueden palparse los anejos, orientándonos sobre la presencia de tumoraciones o procesos inflamatorios.

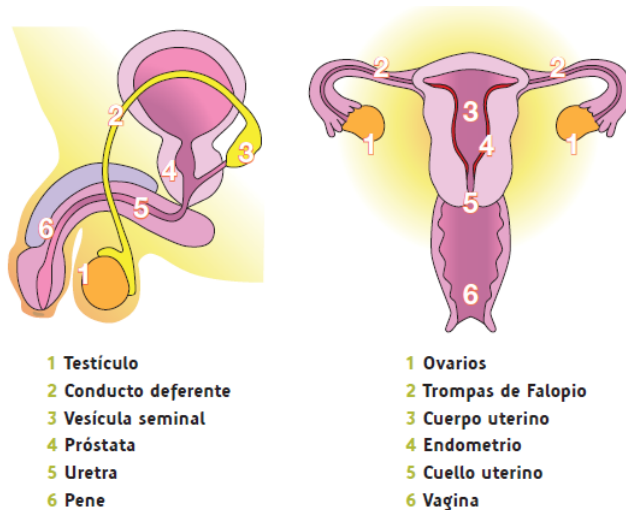
El dolor ocasionado durante la exploración nos puede aportar datos en caso de sospecha de patologías como el embarazo ectópico, la salpingitis o la endometriosis. En el caso de que sea necesaria la toma de una citología cervicovaginal, ésta debe ser previa a cualquier

manipulación de la vagina y del cuello uterino, es decir, la citología debe realizarse antes que la exploración ginecológica. La técnica de la palpación mamaria se describe en el apartado de dinámica de las visitas y pruebas complementarias.

4. La reproducción según: (Herrera, 2013)

El cuerpo humano posee células encargadas de la reproducción. El óvulo es la célula reproductora de la mujer y se forma en los ovarios. Los espermatozoides son las células reproductoras del hombre y se forman en los testículos. En la mayoría de los varones los espermatozoides se producen de forma continuada, de modo que en cada eyaculación se liberan millones de ellos. El espermatozoide puede mantenerse vivo en el interior de la mujer hasta 5 días, siendo capaz de fecundar al óvulo durante estos días y originar un embarazo.

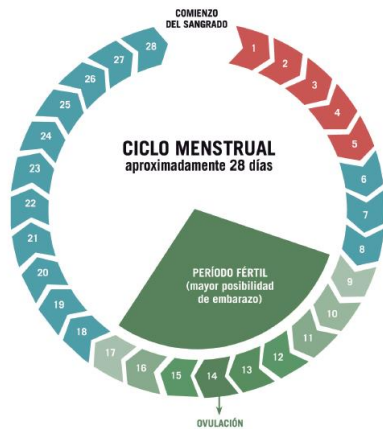
En la mayoría de las mujeres uno de los ovarios libera un óvulo una vez al mes, hacia la mitad del ciclo menstrual (ovulación). El óvulo tiene 3 o 4 días de vida, durante los que desciende por las trompas de Falopio hasta el útero. Si en su camino es fecundado por un espermatozoide, puede producirse el embarazo.



Fuente: (Herrera, 2013)

a) El ciclo menstrual según (Herrera, 2013)

El ciclo menstrual es el periodo de tiempo en el que se produce la ovulación. Abarca desde el primer día de la regla hasta el primer día de la regla siguiente. La duración de cada ciclo menstrual es aproximadamente de 28 días, aunque también son normales ciclos más cortos o más largos. Por eso los días fértiles de cada mujer pueden variar en función de la duración de su ciclo menstrual. La menstruación aparece al final del ciclo, si no se ha producido el embarazo. Si en los días fértiles de la mujer se mantienen relaciones coitales sin utilizar ningún método anticonceptivo, la posibilidad de embarazo es muy elevada.



Fuente: (Herrera, 2013)

5. Anticoncepción según: (Castillo, 2016)
- Métodos anticonceptivos modernos disponibles
 - Implantes subdérmicos.
 - Dispositivos intrauterinos.
 - Inyectables.
 - Píldoras.
 - Métodos de barrera: condón de látex masculino y condón femenino.
 - Anillo vaginal.
 - Parche transdérmico.
 - Esterilización masculina y femenina.



j) ¿Qué es doble protección?

Es la prevención simultánea del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/Sida. Se recomienda utilizar el condón y otro método anticonceptivo moderno simultáneamente.

k) ¿Qué es la consulta de planificación familiar?

Las personas tienen derecho a recibir asesoría en anticoncepción, elegir y obtener su método anticonceptivo en los servicios de salud. Las instituciones administradoras y prestadoras de servicios de salud deberán garantizar el derecho a la anticoncepción sin barreras, gratis y con calidad. Por eso, en el sistema de salud de Colombia existe una consulta que se denomina planificación familiar, en la cual, un profesional de medicina o enfermería asesora acerca del uso de métodos anticonceptivos modernos.

Una vez brindada la información, la usuaria podrá elegir el método anticonceptivo que desee, previa recomendación médica. Su entrega e inserción -en caso de implantes y dispositivos intrauterinos- debe ser inmediata, sin ningún costo.

l) ¿Las adolescentes tienen derecho a acceder a todos los métodos anticonceptivos?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las adolescentes pueden usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad no constituye una razón médica para negar a las adolescentes métodos como los implantes subdérmicos o los dispositivos intrauterinos.

m) ¿Cuál es el mejor método anticonceptivo?

Todos somos diferentes, por lo tanto, no hay un método que sea el mejor. Se deben considerar las características de los métodos y las circunstancias actuales de vida y elegir



el más adecuado para alcanzar sus objetivos reproductivos sin riesgos, de acuerdo con las recomendaciones de seguridad de la OMS.

n) ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos a los cuales tengo derecho y puedo elegir?

Todas las personas tienen derecho a los siguientes métodos anticonceptivos dispuestos en el plan obligatorio de salud: (POS)

- (1) Condón masculino de látex con doble propósito de anticoncepción y prevención ITS.
- (2) Implante subdérmico de Levonorgestrel de 75 miligramos (mujeres).
- (3) Dispositivo intrauterino TCU 380^a (mujeres).
- (4) Píldoras de anticoncepción de emergencia (Levonorgestrel de 75 miligramos) (mujeres).
- (5) Píldoras de lactancia materna (levonorgestrel de 0.03 miligramos mujeres).
- (6) Píldoras de levonorgestrel y estrógeno (incluye todas las concentraciones disponibles) (mujeres).
- (7) Píldoras de Noretindrona + etinilestradiol (incluye todas las concentraciones disponibles).
- (8) Inyectable mensual y trimestral (mujeres).
- (9) Anticoncepción definitiva para mayores de 18 años: tubectomía (mujeres) y vasectomía (hombres).

6. Obstáculos al acceso de servicios y métodos anticonceptivos.

Garantizar los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva significa que se debe respetar su capacidad para tomar decisiones con respecto a su cuerpo. Las exigencias de contar con el consentimiento de terceros para tener acceso a ciertos servicios han sido constantemente criticadas por parte de los mecanismos de derechos humanos, consideradas contrarias a los derechos de las mujeres.



Por ejemplo, el Comité de Derechos Humanos ha considerado que las disposiciones legales que exigen el consentimiento del esposo para que una mujer se someta a una esterilización, violan el derecho de la mujer a su vida privada.

una reciente encuesta de naciones unidas indica que solo un 59,3% de los países se comprometió a “incorporar la educación sexual integral dentro de la educación formal”, y solo un 49,3% se comprometió a “llevar los jóvenes no escolarizados información y servicios en materia de salud sexual y reproductiva, concepción y planificación familiar”

Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer ha aclarado que “los Estados Parte no deben restringir el acceso de la mujer a los servicios de atención médica ni a los dispensarios que los prestan por el hecho de carecer de autorización de su esposo, su compañero, sus padres o las autoridades de salud, por no estar casada* o por su condición de mujer”.

Las creencias religiosas o convicciones personales de los trabajadores de la salud no pueden interferir con el cumplimiento de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

Aunque los profesionales de la salud tienen derecho a la objeción de conciencia, la protección de ese derecho no debe infringir el derecho de las mujeres a información veraz y objetiva sobre métodos anticonceptivos. La Corte Europea de Derechos Humanos, grupos marginados y los derechos humanos relacionados con la anticoncepción y la planificación familiar. Las personas con discapacidad enfrentan riesgos específicos de ver sus derechos humanos negados en relación con la anticoncepción y la planificación familiar.

El artículo 23 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad protege el derecho de las personas con discapacidad a fundar y mantener una familia y conservar su fertilidad en igualdad de condiciones que las demás. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha expresado su preocupación acerca de la discriminación en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en contra de personas con discapacidad y ha solicitado a los Estados la prestación de estos servicios.²⁰



Las personas con discapacidad deben recibir información y apoyo integral para tomar decisiones informadas acerca de las medidas anticonceptivas confiables y seguras.

Según (Recinos, 2014) *“Los adolescentes enfrentan importantes obstáculos para acceder a servicios de anticoncepción y planificación familiar”*

El Comité sobre los Derechos del Niño ha establecido que “los Estados han de velar por que los sistemas y servicios sanitarios puedan atender las necesidades de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, incluso mediante servicios de planificación familiar y aborto en condiciones de seguridad. Los Estados deben procurar que las niñas puedan tomar decisiones autónomas y fundamentadas sobre su salud reproductiva”.

El Comité ha recomendado que “los métodos anticonceptivos a corto plazo, como los preservativos, los métodos hormonales y los anticonceptivos de emergencia, deben estar a disposición inmediata de los adolescentes sexualmente activos. También deben facilitarse métodos anticonceptivos permanentes y a largo plazo”

Según (Velasquez, 2014)El conocimiento de métodos para la regulación de la reproducción fue muy difundido entre la población femenina y entre todos los grupos poblacionales. Casi todas las mujeres en edad fértil (99,8%), conocen o han oído hablar de algún método de planificación familiar, siendo los métodos modernos los más conocidos, por el 99,6% de ellas. Con respecto al año 2009 aumentó en 0,5 y 0,6 puntos porcentuales respectivamente.

Entre los métodos modernos menos conocidos por las mujeres se encontraron, la amenorrea por lactancia (23,8%), los métodos vaginales -espuma, jalea y óvulos- (47,3%), implantes (48,3%) y el condón femenino (49,9%).

En las mujeres actualmente unidas los métodos modernos más conocidos fueron: la inyección (99,0%), el condón masculino (98,4%), la píldora (98,0%), la esterilización femenina (94,6%) y el dispositivo intrauterino (92,0%). Entre los menos conocidos figuran la amenorrea por lactancia -MELA- (27,3%), el condón femenino (43,8%), los métodos vaginales -espuma, jalea y óvulos- (48,2%) y los implantes (53,4%).



En las mujeres no unidas con actividad sexual, los métodos modernos más conocidos fueron: el condón masculino (99,8%), la inyección (99,4%), la píldora (98,4%) y la esterilización femenina (96,9%); y entre los menos conocidos se registraron la amenorrea por lactancia -MELA- (26,2%), los implantes (57,1%), los métodos vaginales -espuma, jalea y óvulos- (64,8%) y el condón femenino (69,7%).

7. Atención en la salud sexual y reproductiva como derecho humano
Según: (OMS, 2018).

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD) de 1994 define la salud reproductiva como: “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (1). El Programa de Acción también declara que el objetivo de la salud sexual “es la optimización de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual”. En reconocimiento de la importancia

8. Consejería en salud sexual y reproductiva según: (Macri, Stanley , & Rubisten, 2018).

La consejería es un dispositivo de atención que implica el asesoramiento personalizado, realizado por personal capacitado, con el objetivo de acompañar a las personas en la toma de decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva.

Se implementa con una modalidad de trabajo no indicativa, a través de la construcción de un vínculo de confianza y de comunicación que facilite la circulación de información entre el equipo de salud y la/el usuaria/o, en un ambiente de privacidad y con garantía de confidencialidad.

La información que se incluye en los espacios de consejería refiere, entre otros temas, a:

Métodos anticonceptivos (MAC).

Sexualidad (disfrute de las relaciones, incomodidades, etc.)



Prácticas de cuidado y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/Sida.

Detección, asistencia y acompañamiento en situaciones de abuso y violencia sexual.

Acceso efectivo a los derechos sexuales y reproductivos.

La información sobre salud sexual y reproductiva que se brinda en la consejería debe ser actualizada, validada científicamente, expresada de forma clara y en términos adecuados.

a) Principios para la consejería

Para que la consejería tenga en cuenta la realidad de las personas como sujetos con derechos e insertos en un contexto cultural y social, el dispositivo debe orientarse por dos principios:

Perspectiva de derechos

Enfoque de género

Perspectiva de derechos Atender desde una perspectiva de derechos significa orientar la consulta hacia el cumplimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que son el marco legal desde el cual el equipo de salud desarrolla la consejería.

Los derechos sexuales establecen la garantía de disfrutar de una sexualidad libremente elegida, sin sufrir violencia ni abuso sexual, con posibilidades de evitar los riesgos de transmisión de enfermedades, y con respeto de la orientación sexual y de la identidad de género de cada persona sin discriminación.

En la consejería debe respetarse el nombre elegido de cada persona, formular preguntas amplias que no presupongan la heterosexualidad, identificar posibles situaciones de abuso y/o violencia sexual, y facilitar la escucha sobre temores, molestias y dificultades de las personas en el disfrute de su sexualidad.



Los derechos reproductivos son definidos como la posibilidad de decidir, en forma autónoma y sin discriminación, si tener o no tener hijos/as, el momento de tenerlos, cuantos/as hijos/as tener y con quien y el espaciamiento entre sus nacimientos.

Para el cumplimiento de los derechos reproductivos, en la consejería debe brindarse información suficiente y en términos comprensibles. En caso de que la persona decida usar un método anticonceptivo, brindar gratis el que mejor se adapte a las posibilidades de salud y preferencia preferencias de cada usuaria/o.

9. Salud reproductiva en adolescentes según: (Blanco, 2017)

Las decisiones reproductivas que toman los hombres y mujeres jóvenes tienen un impacto enorme en su salud, escolaridad y perspectivas de empleo, así como en su transición a la adultez en general. En particular, las oportunidades escolares y laborales influyen mucho en el momento en que se casan los hombres y mujeres jóvenes, en la calidad de padres que serán y en su capacidad para contribuir al bienestar de sus familias y a la sociedad. Las decisiones reproductivas de las mujeres jóvenes son muy importantes, ya que la maternidad temprana puede dañar su salud y limitar sus posibilidades de una participación productiva en la sociedad.

El material publicado sugiere que, en general, las adolescentes solteras sexualmente activas no buscan quedar embarazadas y las adolescentes casadas no quieren quedar embarazadas demasiado jóvenes o, si ya tuvieron un hijo, quieren retrasar el segundo embarazo.⁵ En nueve encuestas nacionales realizadas en países del sur y del sudeste asiático entre 1996 y 1999, la prevalencia de uso de anticonceptivos entre las adolescentes solteras varió entre el 6% en Nepal y Pakistán hasta el 43–44% en Tailandia e Indonesia.⁶

Según un estudio de casi 34,000 hombres y mujeres estudiantes de 15 años de edad en 23 países europeos y en Canadá, entre el 14% y 38% ya habían tenido experiencias sexuales;⁷ el 82% de los estudiantes sexualmente activos informaron haber usado condones o píldoras anticonceptivas en la última relación sexual. Otro estudio de 18 Encuestas de Demografía y Salud que se realizó en África entre 1993 y 2001 encontró que dos de cada cinco mujeres solteras de 15 a 24 años de edad eran sexualmente activas;⁸ a diferencia de los resultados



de Europa y Canadá; no obstante, la proporción mediana que informó estar utilizando algún método anticonceptivo en 2001, fue sólo del 37%.

La continuación del uso de anticonceptivos durante períodos prolongados de tiempo no está asegurada y la interrupción ocurre por motivos de fallas, características del método, como los efectos secundarios o la comodidad de uso o por un cambio en la necesidad. Algunas mujeres dejan de utilizar métodos anticonceptivos o cambian a otro método en forma inmediata, mientras que otras hacen una pausa de un mes o más en la protección.

La discontinuación es un problema particularmente importante para las adolescentes y mujeres jóvenes, ya que tienden a tener un acceso más limitado que las personas de mayor edad a la planificación familiar, así como también una actividad sexual más impredecible e irregular; y, probablemente, no conozcan suficientemente bien cómo utilizar métodos anticonceptivos de forma eficiente.¹⁰ Según un estudio realizado en seis países en desarrollo, las mujeres menores de 25 años tuvieron más posibilidades que otras de dejar el método anticonceptivo después de 24 meses.

Los embarazos no planeados entre las adolescentes suceden a pesar de las mejores intenciones de usar anticonceptivos y la efectividad de los programas de prevención de embarazos adolescentes sigue estando por debajo de los niveles deseados.^{13–15} El éxito de las adolescentes para evitar los embarazos a veces depende del acceso a información, métodos y servicios relacionados con los anticonceptivos.

Según estimaciones del año 2000, cerca del 25%—u 11 millones—de las mujeres casadas de 15 a 19 años de edad en los países en desarrollo y la ex Unión Soviética tienen una necesidad no satisfecha de anticonceptivos (es decir, desean evitar o retrasar el embarazo, pero no utilizan ningún método anticonceptivo); este cálculo no incluye necesidades no satisfechas entre mujeres sexualmente activas que nunca estuvieron casadas.

En este estudio, ofrecemos una descripción general del cambio a nivel país en la actividad sexual, uso de anticonceptivos y discontinuación de anticonceptivos entre mujeres adolescentes en países en desarrollo. Además, comparamos las tasas anuales de cambio



en el uso de anticonceptivos y los índices de discontinuación a través de grupos etarios. Específicamente, abordamos tres preguntas.

¿Qué proporciones de adolescentes son sexualmente activas y por tanto están expuestas al riesgo de quedar embarazadas, y cómo han cambiado estos niveles a través del tiempo?
¿Cuáles son los niveles y tendencias en el uso de anticonceptivos en las adolescentes? Y,
¿Qué proporciones de adolescentes que usan anticonceptivos dejan de usarlos, cambian de método o experimentan una falla en el anticonceptivo; y cómo se comparan estas proporciones con las de usuarias de mayor edad?

10. Niveles de atención y prestación del servicio según: (Moro & Campos Fanola , 2014)

Las actividades y prestación del servicio de planificación familiar se realizarán, según corresponda, en todos los niveles de atención de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención del Sistema de Salud.

11. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina según: (Agustin, Moreno, Ortiz, & Escobar , 2018)

Se sabe que el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres está en relación, entre otros factores, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o la paridad. El método seleccionado puede estar en relación además con circunstancias tales como el miedo a las enfermedades de transmisión sexual, el progresivo retraso en la edad de la maternidad, la supresión de recomendaciones médicas en relación con límites de edad para el uso de contraceptivos orales (CO), las creencias de las mujeres en relación con los distintos métodos y sus opiniones sobre los mismos¹⁻⁴ o el nivel de satisfacción en relación con la visita a los profesionales con los que siguen control de dichos método.



En los últimos años se han publicado en nuestro país diferentes estudios sobre el uso de métodos anticonceptivos, predominando los que seleccionan poblaciones clínicas, bien sea en centros de orientación familiar o en consultas de atención primaria, con el consiguiente sesgo que entraña la selección de mujeres que están siendo atendidas en servicios sanitarios. Por otra parte, los escasos estudios de base poblacional se centran en el uso de un método en particular o en determinados grupos de edad. Finalmente, no disponemos de datos relativos a nuestro medio, si exceptuamos alguna aproximación parcial”.

Estas razones nos han llevado a realizar el presente estudio, en el que nos hemos planteado como objetivo conocer la prevalencia de uso y los tipos de métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres de nuestra zona de salud, así como las características socioculturales que se asocian con este uso. Por otra parte, queremos conocer qué saben estas mujeres acerca de los mismos.

Según (Alvarez, 2015) Al igual que las encuestas de 1987 y 1995, el cuestionario de ENSMI 98/99 incluyó una sección completa sobre el conocimiento, el uso pasado y el uso actual de métodos de planificación familiar. La medición del conocimiento se hizo preguntando a la entrevistada sobre qué métodos conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo. Para cada método no mencionado espontáneamente se le leía a la mujer el nombre del método, se hacía una breve descripción y se indagaba nuevamente si había oído hablar de él. En este sentido, "conocer un método," no significa necesariamente que la mujer o el hombre tenga un buen nivel de información sobre el método; basta con que por lo menos lo conozca de nombre o tenga una idea de cómo se emplea. Los niveles de conocimiento de métodos específicos de planificación familiar para las mujeres en según nivel de exposición.

El conocimiento de métodos en general y de métodos modernos en particular se detalla en el para las mujeres en unión, por características seleccionadas (área de residencia, nivel de educación y grupo étnico).

En el presente informe se consideran métodos tradicionales la abstinencia periódica y el retiro, también conocidos como métodos naturales. El conocimiento que las mujeres poseen sobre los métodos de planificación familiar es mayor de acuerdo a su experiencia sexual.



Entre aquéllas que carecen de experiencia sexual, sólo el 70 por ciento conoce sobre dichos métodos, mientras que las que son sexualmente activas los conocen en un 96 por ciento. El porcentaje de conocimiento de métodos de planificación familiar es ligeramente menor en las mujeres actualmente unidas y en el total de las mujeres encuestadas, cuando no se tiene en cuenta el nivel de exposición.

Los métodos modernos más conocidos por todas las mujeres, independientemente del nivel de exposición, son la píldora, la inyección y la esterilización femenina.

Entre las solteras sexualmente activas se agrega el preservativo como uno de los métodos ampliamente conocido. Entre los métodos naturales, la abstinencia es más conocida

12. Métodos anticonceptivos según: (Schwarcz, Castro, & Gaññmberti , 2012)

En la prescripción del método deberán tenerse en cuenta múltiples factores, como el grado de motivación de la pareja en general y de la mujer en particular, su maduración psicológica, así como nivel cultural, la ausencia de contraindicaciones orgánicas y la valoración cuidadosa de los factores biológicos, médicos y psicosociales asociados.

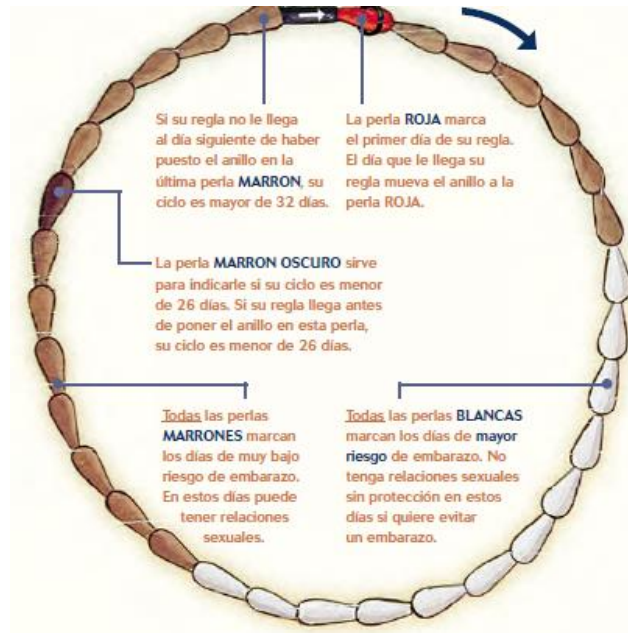
Los métodos contraceptivos se clasifican en:

- a) Dispositivos Intrauterinos
- b) Anticonceptivos hormonales
- c) Anticonceptivos hormonales combinados orales
- d) Anticonceptivos sólo de progesterona o minipíldora
- e) Anticonceptivo de emergencia o píldoras postcoitales
- f) Inyectables mensuales
- g) Gestágenos de depósito

13. Eficacia de los anticonceptivos según: (Fuentes, 2013)

Método de planificación familiar	primer año (Trussell ^a)		12 meses (Cleland & Alif ^b)	Clave
	Uso sistemático y correcto	Como se usa comúnmente	Como se usa comúnmente	
Implantes	0.05	0.05		0-0.9
Vasectomía	0.1	0.15		Muy eficaz
DIU de levonorgestrel	0.2	0.2		
Esterilización femenina	0.5	0.5		1-9
DIU de cobre	0.6	0.8	2	Eficaz
MELA (para 6 meses)	0.9 ^c	2 ^c		
Inyectables mensuales	0.05	3		10-25
Inyectables de progestágeno solo	0.3	3	2	Moderadamente eficaz
Anticonceptivos orales combinados	0.3	8	7	
Píldoras de progestágeno solo	0.3	8		26-32
Parche combinado	0.3	8		Menos eficaz
Anillo vaginal combinado	0.3	8		
Condomes masculinos	2	15	10	
Método de la ovulación	3			
Método de los dos días	4			
Método de los días fijos	5			
Diafragma con espermicidas	6	16		
Condomes femeninos	5	21		
Otros métodos basados en el conocimiento de la fertilidad		25	24	
Retiro	4	27	21	
Espermicidas	18	29		
Capuchón cervical	26 ^d , 9 ^c	32 ^d , 16 ^c		
Sin método	85	85	85	

Fuente: (Fuentes, 2013)



Fuente: (Leon, 2016)

La Planificación Familiar (PF) es un derecho humano básico, que permite a las personas decidir libre y voluntariamente si tener hijos o no, cuántos tener y en qué momento tenerlos, apoyándose en el uso de métodos anticonceptivos. Esto sumado a esperar por lo menos dos años después del nacimiento del último bebé para quedar embarazada de nuevo contribuirá a ejercer una paternidad y maternidad responsables.

Los mensajes clave utilizados para la promoción de la planificación familiar son:

Para elegir cualquier método de planificación familiar necesitas tener información correcta, completa, clara y oportuna.

Todo método de planificación familiar debe ser elegido voluntariamente por la mujer o por ella y su pareja.

Al elegir un método exige información sobre cómo funciona en tu cuerpo.



Cuando visitas el servicio de salud por métodos de planificación familiar deben informarte sobre todas las opciones anticonceptivas, para que tomes una correcta decisión sobre cuál usar.

Espera dos años después de que nazca tu bebé para volver a quedar embarazada. Es bueno para tu salud y para la de tu bebé.

Preguntas para tener una certeza razonable de que una mujer no está embarazada

Las mujeres que actualmente no estén con la menstruación quizás puedan comenzar alguno de los métodos hormonales (píldoras, inyectables o la minipíldora) AHORA. Haga las siguientes preguntas para tener una certeza razonable de que no está embarazada.

Si la cliente responde NO a TODAS las preguntas , no se puede descartar un embarazo. La mujer debe esperar hasta la próxima menstruación (y evitar las relaciones sexuales o usar condones hasta entonces) o bien hacerse una prueba de embarazo.		Si la cliente responde SÍ a AL MENOS UNA de las preguntas y no presenta signos ni síntomas de embarazo*, indíquelo el método.	
NO			SÍ
	1. ¿Tuvo un bebé hace menos de 6 meses, está amamantando de forma exclusiva o casi exclusiva y no ha tenido ninguna menstruación desde entonces?		
	2. ¿Se ha abstenido de tener relaciones sexuales desde su última menstruación o parto?		
	3. ¿Ha tenido un bebé en las últimas 4 semanas?		
	4. ¿Su última menstruación comenzó en los últimos 7 días?		
	5. ¿Ha tenido un aborto espontáneo o inducido en los últimos 7 días?		
	6. ¿Ha estado usando un método anticonceptivo confiable de manera sistemática y correcta?		
Signos de embarazo			
Si una mujer tiene un retraso en la menstruación u otros signos, es posible que esté embarazada. Trate de confirmarlo mediante una prueba de embarazo o un examen físico.	Signos tempranos		Signos tardíos
	Retraso de la menstruación Sensibilidad en las mamas Náuseas Vómitos	Necesidad más frecuente de orinar Cambio en el peso Cansancio constante Cambios en el estado de ánimo Cambios de hábitos alimenticios	Mamas más grandes Oscurecimiento de los pezones Mayor secreción vaginal que lo normal Crecimiento del abdomen Movimientos de un bebé

Fuente: (Canovas, 2017)

14. Métodos anticonceptivos hormonales (Mora, 2017)

En esta sección se examinarán los métodos anticonceptivos hormonales, que se encuentran entre los anticonceptivos de uso más generalizado en el mundo. Los métodos anticonceptivos hormonales son sumamente eficaces, aunque algunos requieren uso correcto y sistemático por parte de las mujeres. También son seguros. Sin embargo, dado



que las hormonas pueden tener efectos en diversos sistemas del cuerpo, se debe prestar atención especial a los efectos secundarios y a las cuestiones de seguridad.

Primero examinaremos los anticonceptivos orales y el uso de las píldoras anticonceptivas para la anticoncepción de emergencia. Luego examinaremos los anticonceptivos inyectables y los implantes subdérmicos.

También se presentará información acerca de los nuevos sistemas intrauterinos liberadores de hormonas.

a) Mecanismo de acción

Todos los tipos de anticonceptivos hormonales previenen el embarazo mediante dos mecanismos principales. La inhibición total o parcial de la ovulación es uno de los mecanismos de acción. Las hormonas que contienen estos anticonceptivos actúan en el cerebro. Hacen que el hipotálamo y la glándula pituitaria reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación. Los anticonceptivos combinados orales e inyectables y los inyectables sólo de progestina inhiben sistemáticamente la ovulación.

El espesamiento del moco cervical, causado por la progestina, es otro mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales. El moco más espeso actúa como una barrera contra los espermatozoides, dificultándoles la entrada a la cavidad uterina. Si la mujer ovulara, esta barrera de moco reduce considerablemente las probabilidades de que el óvulo sea fecundado. Todos los anticonceptivos hormonales también tienen efectos en el endometrio y lo hacen más delgado. Teóricamente, esto podría reducir las probabilidades de que un óvulo fecundado se implante.

Es posible que los cambios del endometrio desempeñen una función en la prevención del embarazo con métodos como los implantes y las píldoras sólo de progestina, que no impiden la ovulación en todos los ciclos, pero no se han notificado pruebas científicas acerca de este efecto.



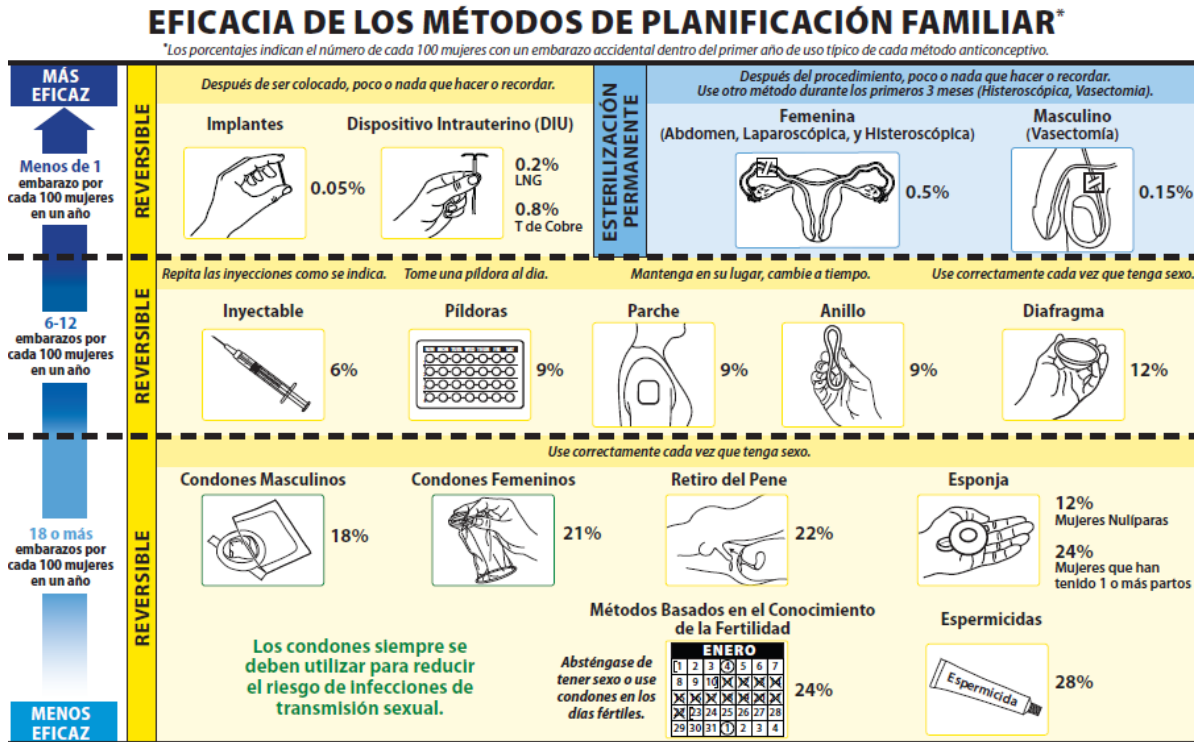
Dado que la ovulación se inhibe al mismo tiempo que se espesa el moco cervical, hay pocas probabilidades de que haya un óvulo fertilizado en el útero. Así pues, no es probable que el adelgazamiento del endometrio desempeñe una función en la eficacia observada con los anticonceptivos hormonales. Ninguno de los métodos hormonales es eficaz una vez que se ha establecido un embarazo. No tienen un efecto abortifaciente.

15. Métodos anticonceptivos no hormonales (Mora, 2017)

Los condones masculinos, condones femeninos, diafragmas, capuchones cervicouterinos y espermicidas son métodos de barrera para la anticoncepción. Estos métodos actúan mediante el bloqueo físico o químico de los espermatozoides y contribuyen a evitar algunas ITS.

Todos los métodos de barrera dependen del cliente. Para que sean eficaces deben usarse en forma correcta y sistemática. El uso correcto y sistemático requiere motivación, aptitud y con frecuencia, comunicación entre compañeros.

16. Eficacia de los métodos según: (Valle, 2017)



Fuente: (Valle, 2017)

17. Anticoncepción en mujeres con VIH

La distribución del conocimiento, el acceso a los métodos de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y a los métodos anticonceptivos es absolutamente desigual en nuestra sociedad, y se encuentra atado a los patrones culturales y económicos de los diferentes grupos.

Por lo tanto, la orientación es un elemento clave en la calidad de la atención que brinda el equipo de salud. Esta orientación es parte importante tanto en la iniciación como en las visitas de seguimiento, y debe responder a las necesidades de las usuarias y los usuarios, no solo en lo que refiere a la anticoncepción sino también en relación con la sexualidad y la prevención de las ITS.



Estudios realizados en distintas cohortes de mujeres infectadas con VIH mostraron una frecuencia elevada de embarazos no deseados, coincidentemente con una baja prevalencia de uso de MAC.

A pesar de eso, en las consultas de seguimiento de las personas que viven con VIH las opciones anticonceptivas rara vez aparecen y, si se abordan, las alternativas que habitualmente se imparten desde los efectores de salud pueden resumirse en un solo

Termino: preservativo.

Sin dudas, la primera recomendación para una persona con o sin VIH es la de utilizar el preservativo en sus relaciones sexuales. Sabemos que el uso del preservativo no solo evita la transmisión del virus, sino que previene a la persona seropositiva de posibles reinfecciones (con las consiguientes complicaciones pronosticas) y de un embarazo no deseado en su calidad de método anticonceptivo. Pero también sabemos que la realidad es mucho más compleja.

Si bien el preservativo masculino es el método de referencia para prevenir la transmisión sexual del VIH, su eficacia anticonceptiva es más baja que, por ejemplo, las píldoras combinadas o el DIU.

En cuanto al preservativo femenino, que tiene la ventaja de darle a la mujer el control de su utilización, ofrece una menor disponibilidad en la Argentina y es de un costo económico elevado.

Además, existen otros motivos y situaciones por los que el tema de la anticoncepción en las parejas ser discordantes o seropositivas adquiere una importancia particular:

La recomendación de aconsejar intervalos intergenesico de por lo menos dos años para la población general se vuelve prioritaria en las mujeres con VIH, ya que a esta población frecuentemente se le ofrece la cesárea como vía de terminación del embarazo.

Las mujeres que no amamantan (recomendación preventiva para las puérperas con VIH), o que toman inhibidores de la producción de leche, recuperan la fertilidad más rápidamente que aquellas que amamantan.

Son conocidos los potenciales riesgos para la salud d los abortos inseguros, en particular los practicados a mujeres inmunocomprometidas.



Muchas de estas mujeres pueden estar recibiendo tratamientos con drogas antirretrovirales con conocida

Es necesario tener en cuenta las diferentes dificultades que tienen algunas personas para ser usuarias sistemáticas de preservativos. Estas personas requerirán de apoyo extra para negociar, de modo exitoso, con su pareja el uso del preservativo o de un método alternativo y/o complementario a este, a fin de poder mantener su vida sexual activa sin riesgo de tener un embarazo no deseado.

La intención de este capítulo es mencionar los MAC por los que pueden optar actualmente las parejas con VIH, contemplando algunas particularidades, y además, dejar planteadas algunas controversias en el tema que aún quedan por saldar. En cuanto a la información ampliada y detallada sobre cada método que aquí se menciona, debe buscarse en los capítulos correspondientes.



IV. OBJETIVOS

A. Objetivo general

Determinar el método de planificación familiar más aplicado por las pacientes que consultan a la clínica de salud reproductiva del centro de salud.

B. Objetivos específicos

1. Conocer el perfil epidemiológico de las pacientes.
2. Conocer cuál es el número de gesta de las pacientes
3. Determinar la edad más frecuente
4. Conocer la procedencia de las pacientes.
5. Conocer los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes.
6. Conocer cuál es el método de planificación familiar más utilizado por las pacientes.



V. MÉTODOS, MATERIALES Y TÉCNICAS

A. Tipo de estudio:

Descriptivo Prospectivo.

B. Universo:

Mujeres que consulten al centro de salud por diversas causas.

C. Población:

Pacientes femeninas de 15 a 45 años, que consulten a la clínica de salud reproductiva durante los periodos de enero a julio 2019.

D. Criterios de inclusión y exclusión

1. Criterios de inclusión:

- Expedientes completos.
- Pacientes que han recibido tratamiento en clínica de salud reproductiva.
- Pacientes que ya se han realizado la prueba de IVAA.

2. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 15 años.
- Pacientes mayores de 45 años.
- Expedientes incompletos.
- Pacientes que nunca se han realizado la prueba.
- Pacientes que nunca han recibido tratamiento.



E. Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo de Variable	Dimensiones de la variable	Escala de Medición	Instrumento de recolección de datos
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	de 15 a 45 años de 5 en 5	Cuantitativa	Individual	Ordinal	Boleta
Etnia	Conjunto de personas que pertenecen a una misma raza, y generalmente a una misma comunidad lingüística y cultural.	Tipo de etnia: Maya Kiche Garífuna otros	Cualitativa	Individual	Nominal	Boleta
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Casada Soltera Viuda Otros	Cualitativa	Individual	Nominal	Boleta



Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo de Variable	Dimensiones de la variable	Escala de Medición	Instrumento de recolección de datos
Escolaridad	Periodo de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar.	Primaria Básico Diversificado.	Cualitativa	Individual	Ordinal	Boleta
Ocupación	Actividad o trabajo	Agricultor Cocinera Estudiante Otros.	Cualitativa	Individual	Nominal	Boleta
Religión	Conjunto de creencias religiosas.	Evangelico Católica Testigo de Jehová Otros.	Cualitativa	Individual	Nominal	Boleta
Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una mujer.	1 2 3 4 Más de 4	Cuantitativa	Individual	De razón	Boleta



Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo de Variable	Dimensiones de la variable	Escala de Medición	Instrumento de recolección de datos
Edad del primer parto	Representa la edad en que curso su primera gesta	De 5 en 5	Cuantitativa	Individual	De razón	Boleta
Periodo intergenésicos	Tiempo que va desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente.	1 2 3 4 5 o mas	Cuantitativa	Individual	De razón	Boleta
Métodos anticonceptivos	Anticoncepción a las distintas maneras de concebir un embarazo.	DIU Jadelle Inyección de 1 mes Inyección de 3 meses Otro	Cualitativa	Individual	Nominal	Boleta



F. Proceso de investigación

1. Descripción detallada del proceso de investigación.

- Búsqueda de asesor de tesis
- Aprobación del asesor
- Búsqueda de tema de tesis
- Elaboración de tema de tesis y cuestionario
- Aprobación de tema de tesis
- Presentación de cuestionario a tutor y asesor de tesis
- Revisión de cuestionario con asesor
- Aprobación de cuestionario de tesis
- Elaboración de anteproyecto de tesis

G. Aspectos éticos

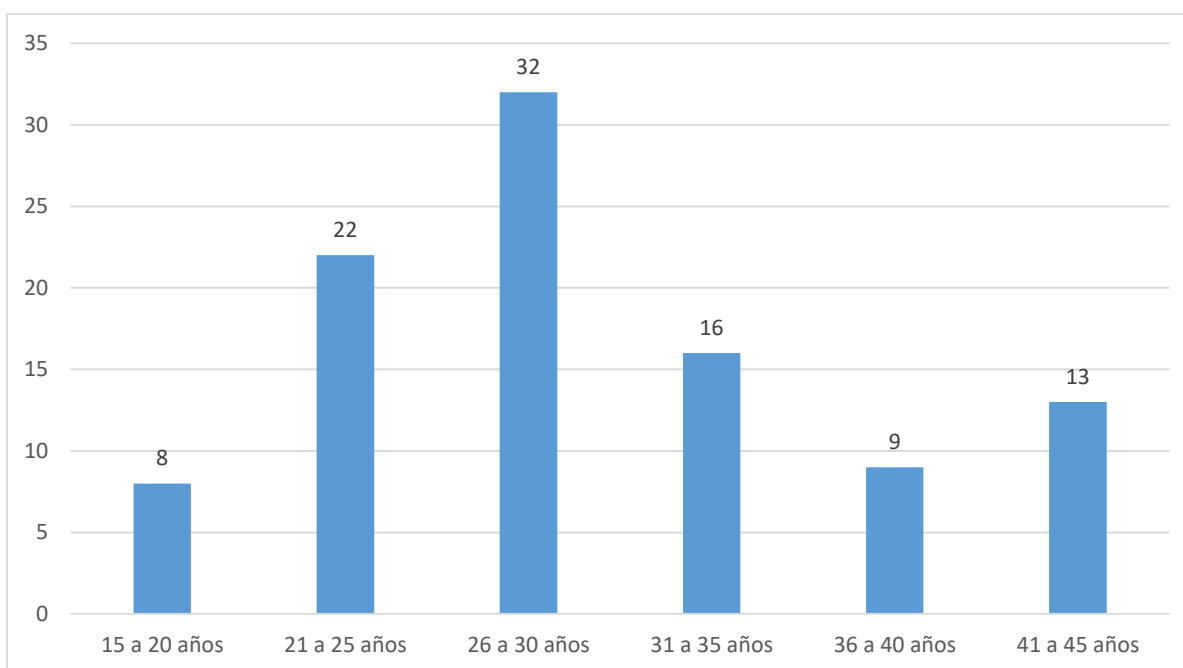
El presente estudio no arriesga la integridad física del paciente, no se alterará el curso de la vida del paciente, ya que la información necesaria será obtenida por la revisión de expediente y mediante estudio observacional.

VI. RESULTADOS

A. Datos generales.

Gráfica No. A. 1

Edad de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Interpretación: en el gráfico anterior se observa que la edad a la que mas mujeres consultan por planificación familiar se encuentra entre 26 a 30, y las edades a las que menos se consulta es de 15 a 20 años.



Tabla No. A. 1

Procedencia de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.

Procedencia		Área
Canchaj	3	Rural
Chimusinique	2	Rural
Col. Paula María	1	Rural
San Lorenzo	1	Rural
Suculque	3	Rural
Zona 1	15	Urbana
Zona 3	3	Urbana
Zona 4	3	Urbana
Zona 5	40	Urbana
Zona 6	2	Urbana
Zona 8	6	Urbana
Zona 9	1	Urbana
Zona 10	14	Urbana
Zona 11	3	Urbana
Zona 12	3	Urbana
Total	100	

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Interpretación: en la tabla anterior se evidencia que la procedencia de las mujeres que consultaron al centro de salud por planificación familiar son mayormente (40) de la zona 5 y 1 mujer de san lorenzo, Col Paula María y zona 9 siendo esta la minoría a consultar.



Tablas No. A. 2 y A. 3

Profesión de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.

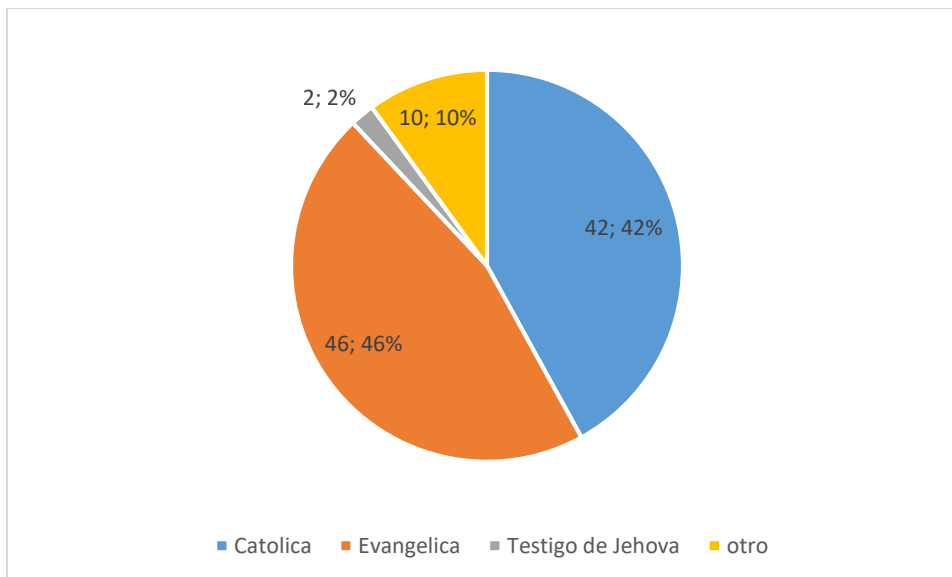
profesión			No. Pacientes.
Ama de casa	50	Otros	
Comerciante	20	Trabajadora sexual	14
Maestra	2	Secretaria	4
Otro	28	Estudiante	2
Total	100	Cocinera	2
		Dama de compañía	2
		Enfermera	3
		Promotora de salud	1
		Total	28

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Interpretación: en la tabla anterior, a la izquierda se puede visualizar que la profesión de las mujeres que consultaron por planificación familiar mayoritaria fue de 50 para ama de casa y la profesión minoritaria fue de maestra, a la derecha puede observarse las otras profesiones que consultaron al centro de salud por planificación familiar, en su mayoría (14) trabajadora sexual.

Gráfica no. A. 2

Religión de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.



Fuente: Boleta de recolección de datos

Interpretación: en la anterior gráfica se describe la religión de las mujeres que asistieron al centro de salud por métodos de planificación familiar, de las cuales el 46% fueron de religión evangélica, siendo el valor más alto y el menor de 2% siendo de religión testigo de Jehová.



Tabla No. A. 4

Escolaridad de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.

Escolaridad	
Analfabeta	10
Primaria incompleta	8
Primaria completa	16
básico incompleto	9
básico completo	20
Diversificado incompleto	4
Diversificado completo	26
Universitario	7
Total	100

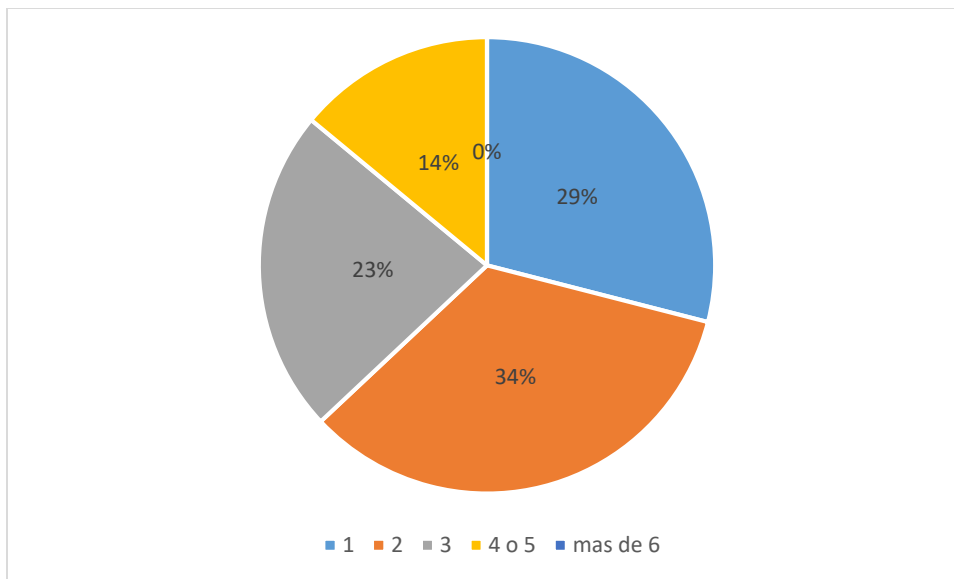
Fuente: Boleta de recolección de datos

Interpretación: en la tabla anterior se describe la escolaridad de las pacientes que consultaron al centro de salud por planificación familiar, siendo 26 mujeres con diversificado completo y 7 con grado universitario.

B. Antecedentes gineco-obstétricos.

Gráfica No. B. 1

Numero de gestas de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.



Fuente: Boleta de recolección de datos

Interpretación: en la gráfica anterior se evidencia el número de gestas de las mujeres que consultaron al centro de salud por planificación familiar siendo el 34% de las mujeres que tienen 2 gestas, no hubo alguna con más de 6 gestas.



Tabla No. B. 1

Periodo intergenésico de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.

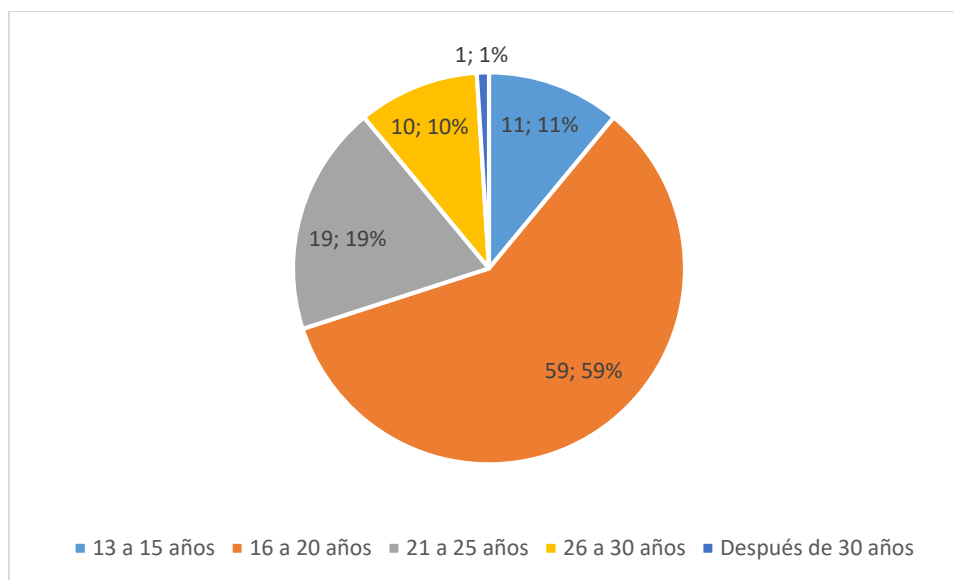
Período intergenésico	
1 año	9
2 años	14
3 años	15
4 años	16
5 años	9
6 años	3
7 años	2
8 años	2
11 años	1
Total	71

Fuente: Boleta de recolección de datos

Interpretación: en la tabla anterior se describe el periodo intergenésico de las 71 mujeres que han tenido dos o más gestas anteriores siendo el periodo de 4 años en 16 mujeres y el menor de 11 años en 1 mujer.

Gráfica No. B. 2

Edad del primer parto de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.

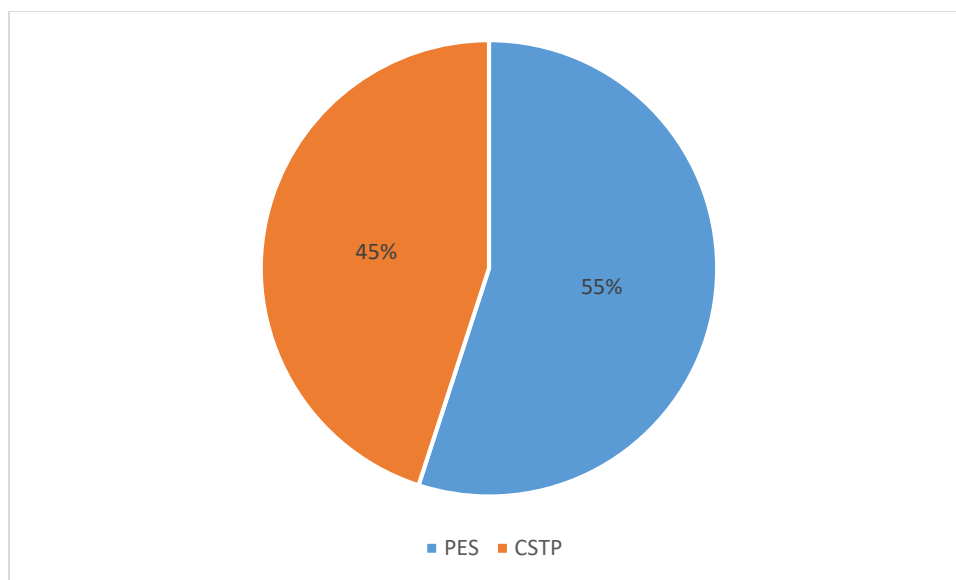


Fuente: Boleta de recolección de datos

Interpretación: en la gráfica anterior se puede observar que el 59% de las mujeres que consultaron al centro de salud por planificación familiar tuvieron su primer parto entre los 16 a 20 años y solo 1 mujer lo tuvo después de los 30 años.

Gráfica No. B. 3

Tipo de partos anteriores de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.

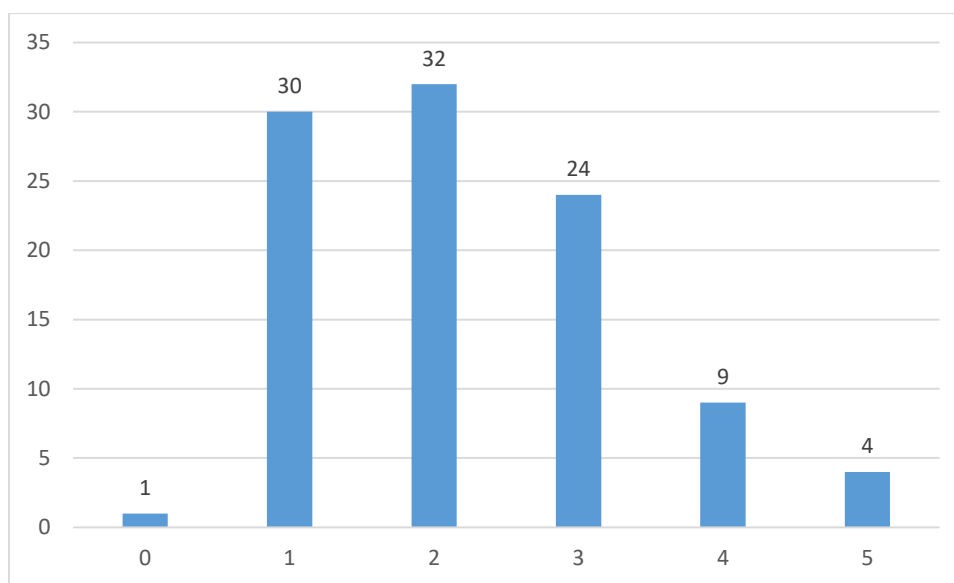


Fuente: Boleta de recolección de datos

Interpretación: en la gráfica anterior se describe el tipo de parto anterior que tuvieron las mujeres que consultaron al centro de salud por planificación familiar el cual en un 55% fue de tipo Pes y el 45% de tipo CSTP.

Gráfica No. B. 4

Hijos vivos de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.

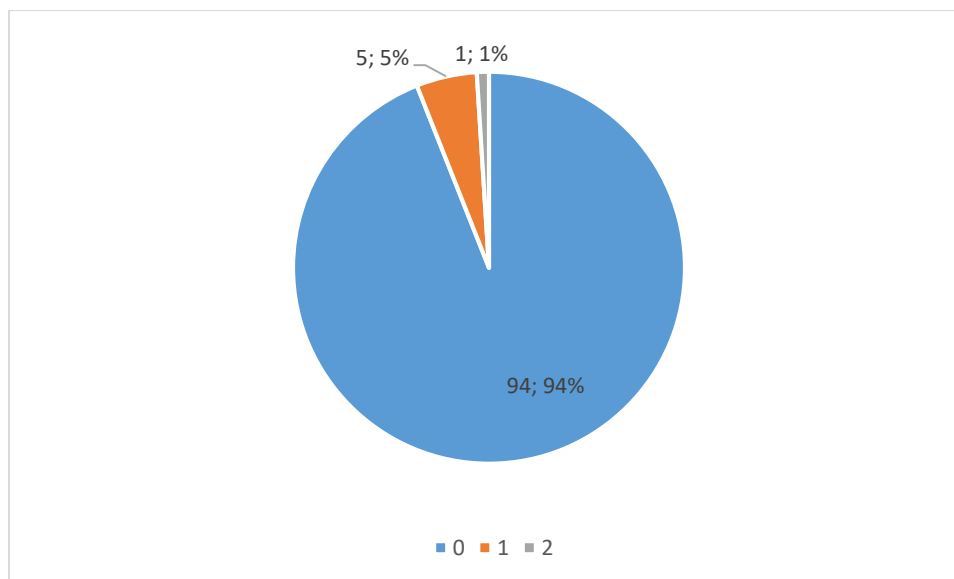


Fuente: boleta de recolección de datos

Interpretación: en la gráfica anterior se puede apreciar la cantidad de hijos vivos de las mujeres que consultaron al centro de salud por planificación familiar, siendo 2 hijos en el 32% de los casos y ninguno en el 1% de los casos.

Gráfica No. B. 5

Hijos muertos de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.

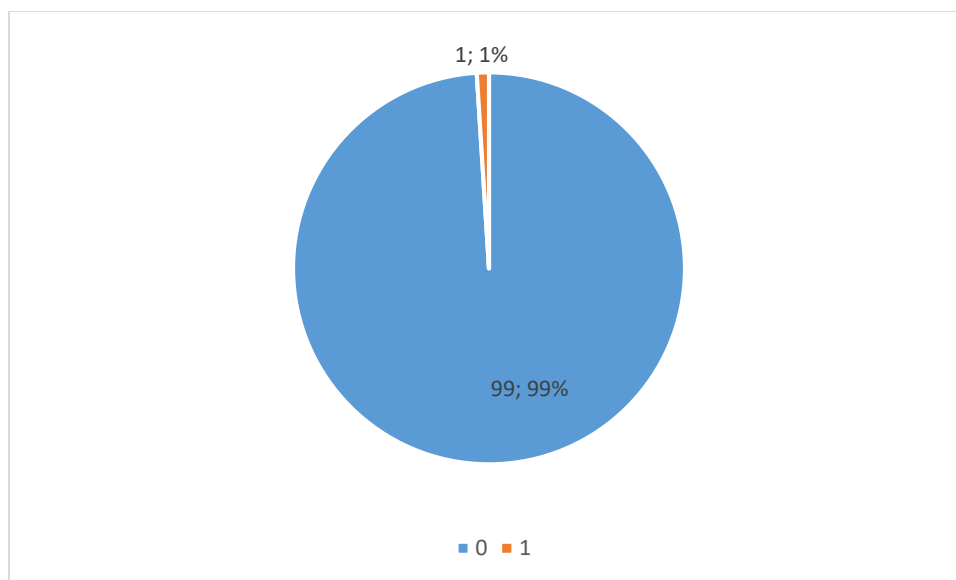


Fuente: boleta de recolección de datos

Interpretación: en la anterior gráfica puede observarse la cantidad de hijos muertos de las mujeres que consultaron al centro de salud por planificación familiar de los cuales el 94% no tuvieron hijos muertos, mientras que el 1% tuvo 2 hijos muertos.

Gráfica B. 6

Antecedente de aborto de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.



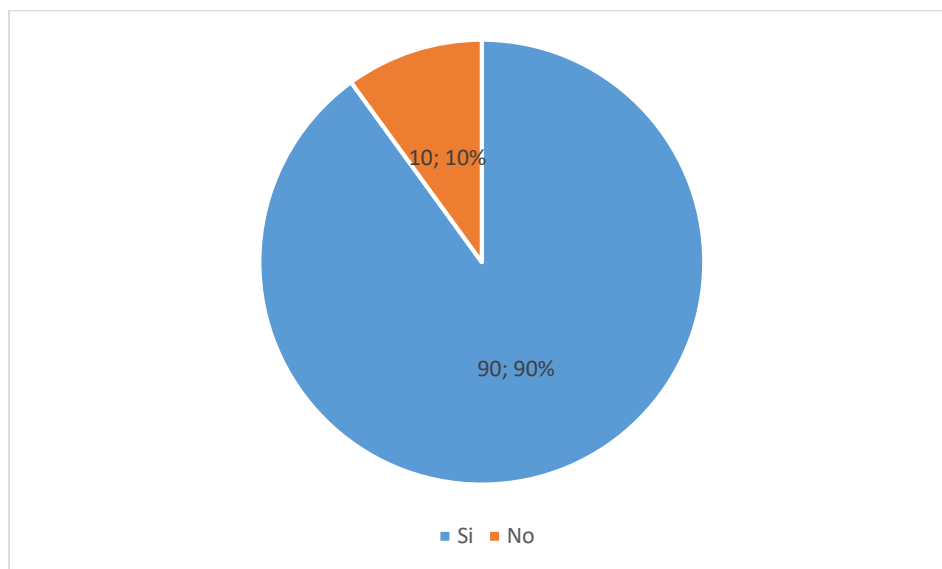
Fuente: boleta de recolección de datos

Interpretación: en la gráfica anterior se describe el antecedente de aborto de las mujeres que consultaron al centro de salud por planificación familiar, de las cuales solamente hubo un caso siendo este el 1% mientras el 99% no presentaron antecedente de aborto.

C. Clínica

Gráfica No. C. 1

Uso anterior de métodos de planificación familiar de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.



Fuente: boleta de recolección de datos

Interpretación: en la gráfica anterior se puede apreciar que el 90% de las mujeres que consultaron al centro de salud ya habían usado algún método de planificación familiar, y el 10% no.

Tabla No. C. 1

Métodos de planificación familiar usados anteriormente de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.

Métodos de planificación familiar usados anteriormente	
Anticonceptivos orales	10
Implantes	10
T de cobre	3
Collar	0
Condomes	14
inyección de 1 mes	2
inyección de 2 meses	6
inyección de 3 meses	45
Otro	0
Total	90

Fuente: Boleta de recolección de datos

Interpretación: en la anterior tabla se puede apreciar el tipo de planificación familiar usado por las mujeres que consultaron por planificación familiar al centro de salud, siendo el más utilizado la inyección de 3 meses por 45 mujeres y el menos utilizado la T de cobre por 3 mujeres.

Gráfica No. C. 2

Respuesta a la pregunta: ¿se operaría algún día? de las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Interpretación: en el gráfico anterior se puede observar la respuesta a la pregunta de ¿se operaría algún día? Dada por mujeres que consultaron al centro de salud por planificación familiar, donde el 83% dijo que si, el 13% indico que no se operaría y un 4% ya se había operado.



Tabla No. C. 2

Métodos de planificación familiar Recomendados a las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.

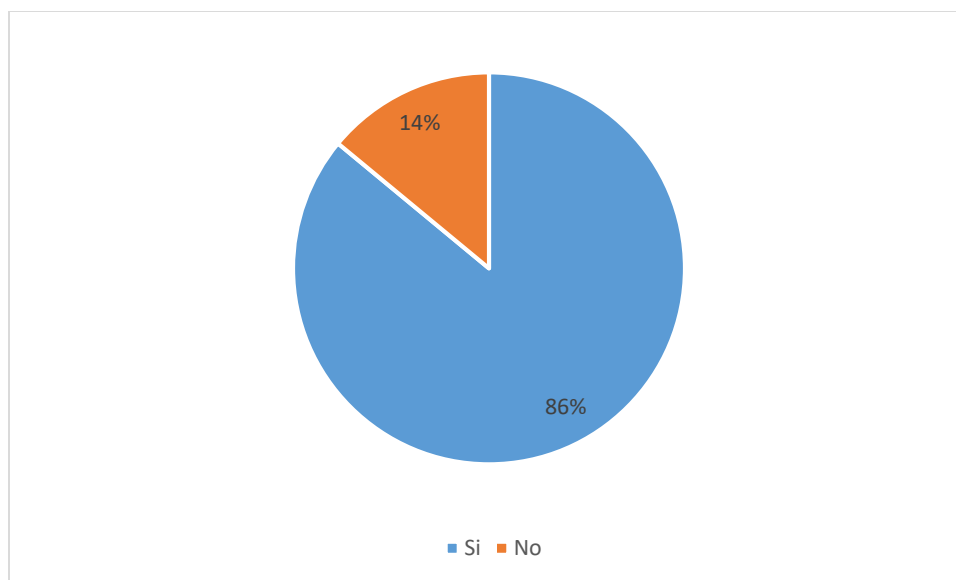
Métodos de planificación familiar recomendados	
Anticonceptivos orales	8
Implantes	31
T de cobre	2
Collar	0
Condomes	21
inyección de 1 mes	2
inyección de 2 meses	3
inyección de 3 meses	25
Otro	8
Total	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Interpretación: en la anterior tabla se describen los métodos de planificación familiar recomendados tomando en cuenta la edad y gesta de las mujeres que consultaron al centro de salud por planificación familiar, de los cuales el más recomendado fueron los implantes en 31 casos, y los menos recomendados son T de cobre e inyección de 1 mes ambos en 2 casos.

Gráfica No. C. 3

Aceptación de los métodos de planificación familiar recomendados a las pacientes que consultaron al centro de salud de Huehuetenango por métodos de planificación familiar en el período de enero a julio del 2019.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Interpretación: en el gráfico anterior se observa la aceptación de los métodos de planificación familiar que fueron recomendados, siendo el 86% de aceptación del nuevo método de planificación recomendado y no el 14%.



VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

A. Caracterización de la población.

Según los datos obtenidos en la boleta de recolección de datos, se encontró que la edad más común a la que consultaron las mujeres fue entre 25 a 32 años, con una escolaridad alta, siendo esta diversificado completo, contrario a los datos encontrados por (Figuroa, 2012), descritos en su artículo guía educativa sobre métodos de planificación familiar, quien indica: “En el rango de edad de 15 a 25 años las pacientes tienen un grado de escolaridad de Básicos y un promedio de notas mayor debido a que tienen un grado más de educación en comparación a las personas mayores”. La procedencia de las mujeres fue mayoritariamente del área urbana, de la zona 5 de Huehuetenango. La mitad de la población son amas de casa, de las cuales la mayoría se encuentra con estado civil unida, eso cercano a los resultados obtenidos por (Soto & Rodríguez, 2018) en su estudio sobre Identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción, describiendo que: el 56.2% de las participantes se encuentran solteras”. La religión evangélica es la más predominante, esto probablemente debido a lo indicado por (Terborg, Rosen, Santiso, & Terceros, 2012) en su artículo de Identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción describiendo que: “La iglesia católica frecuentemente ha atacado directamente los servicios de planificación familiar destinados a la población indígena”, por lo que probablemente las personas con religión católica tienden a emplear métodos de planificación familiar con menor frecuencia.

B. Antecedentes gineco-obstétricos.

Según los resultados obtenidos se encontró que la mayoría de las mujeres que consultaron por planificación familiar ya tenían 2 hijos a la hora de consultar, teniendo su primer parto en edades comprendidas entre 16 a 20 años, estos datos varían por los encontrados por (Carrillo Soto & Manzanero Rodríguez, 2018) en su estudio Identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción, donde indica que: “la edad promedio del primer embarazo fue a los $14.9 \pm$



1.2 años y que actualmente las mujeres encuestadas tienen como mínimo un hijo y como máximo 4 hijos. Las mujeres adolescentes de 16 años tienen una mayor proporción de soltería (69.5%)”.

El periodo intergenésico de la población estudiada fue de 4 años mayoritariamente, la mayoría de los partos fueron resueltos por PES, el antecedente de tener 2 hijos vivos concuerda con la cantidad de mujeres con 2 gestas, hubieron 5 casos de: 1 hijo muerto, de los cuales 2 fueron en mujeres con 2 gestas y el resto de los casos fueron en mujeres de 3 y 4 gestas, en los antecedentes de hijos muertos solamente hubo un caso, el cual fue en una mujer con 1 gesta, en cuanto al antecedente de aborto fue en una mujer con 5 gestas.

C. Clínica.

De los resultados obtenidos se determinó que el 90% de las mujeres que consultaron por planificación familiar ya usaban uno, el método de planificación más empleado fue el de la inyección de 3 meses por el 43% de las mujeres, el 83% de las mujeres comentó que, si se operarían algún día, un 4% se encontraban operadas ya que eran sexo servidoras en busca de métodos de barrera. Debido a que los métodos de planificación familiar no eran los adecuados, se recomendaron otros de acuerdo con la edad y gesta de las mujeres, por lo que se recomendó el uso de implantes en el 31% de los casos y a un 8% se les recomendó operación, la aceptación de las recomendaciones de los métodos de planificación familiar fue de un 86%.

Por otro lado, los datos encontrados por (Santamaria Valdera, 2019) en su estudio sobre Preferencia anticonceptiva según el entorno de la orientación en planificación familiar en mujeres en edad reproductiva, según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2019, indica que: “El 54,1% de mujeres en edad reproductiva actualmente eran usuarias de un método, 13,1% son usuarias de inyectables, 11,2% de preservativo masculino, 2,6% de implantes y 1,6% del DIU.” Agregando que: Respecto al uso futuro de métodos, el 17,4% deseaba usar anticonceptivos de larga duración. (14% deseaba implante y 3,4% DIU).



Al comparar los resultados del estudio con los datos encontrados se puede concluir que el uso de métodos de planificación por inyección de 3 meses es mayor, siendo casi la mitad de la población estudiada, en cambio el uso de los inyectables es casi una cuarta parte de las mujeres que usan métodos de planificación actual.



VIII. CONCLUSIONES

1. Las mujeres que mas consultaron al centro de salud por planificación familiar fueron de procedencia urbana, siendo estas: amas de casa, unidas, evangélicas y con diversificado completo.
2. De las mujeres que consultaron por planificación familiar la mayoría acudió al centro de salud después de su segunda gesta.
3. La edad más frecuente a la que consultaron las mujeres al centro de salud de Huehuetenango fue comprendida entre 26 a 30 años.
4. La procedencia más común entre las mujeres que consultaron al centro de salud fue de la zona 5 de Huehuetenango.
5. Los antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres que consultaron al centro de salud por planificación familiar fueron mujeres con segunda gesta, primer parto en edades entre 16 a 20 años, la mayoría resueltos por PES, con un periodo intergenésico de 4 años.
6. El método de planificación familiar más utilizado por las pacientes anteriormente fue de la inyección de 3 meses.



IX. RECOMENDACIONES

Al Área de Salud de Huehuetenango:

1. Reforzar los programas de planificación familiar sobre todo en zonas rurales cercanas al municipio.
2. Incentivar a las mujeres para que puedan informarse y/o utilizar otros tipos de métodos de planificación familiar como los implantes.
3. Brindar charlas sobre métodos de planificación familiar en escuelas.

Al Hospital Regional de Huehuetenango:

1. Concientizar a las pacientes con mas de 3 gestas a realizarse obliteración de tubárica bilateral (OTB).
2. Concientizar a las pacientes que resolvieron su parto por CSTP a utilizar métodos de planificación familiar para tener un periodo intergenésico mayor de 2 años.
3. Brindar charlas sobre métodos de planificación familiar a madres primigestas.



X. BIBLIOGRAFIA

- Agustin, A. M., Moreno, A., Ortiz, C., & Escobar, F. (2018). *conocimiento y uso de metodos anticonceptivos por la poblacion femenina*. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v72n6/anticoncep.pdf>
- Alfaro, L. (2016). *mi guia de promocion*. Obtenido de planificacion familiar para la comunidad : https://www.k4health.org/sites/default/files/Guia_de_promocion.pdf
- Alva, I. R. (2015). *anticoncepcion y planificacion familiar*. Obtenido de https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Contra_FamPlan_WEB_SP.pdf
- Alvarez, G. (2015). *planificacion familiar, conocimiento y uso de metodos*. Obtenido de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR107/04Cap%C3%ADtulo04.pdf>
- Blanco, A. (2017). *anticonceptivos en adolescentes*. Obtenido de <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/3602210S.pdf>
- Canovas, c. (2017). *guia de planificacion familiar*. Obtenido de <https://www.fphandbook.org/sites/default/files/es003-guidetofpforchws.pdf>
- Carrillo Soto, J., & Manzanero Rodríguez, D. (2018). *Identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción*. Zacatecas: Journal.
- Castillo, E. (2016). *ABECE sobre anticoncepcion*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-anticoncepcion.pdf>
- Elias, M. I. (2012). *la planificacion familiar y el uso de metodos anticonceptivos*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1>
- Fernandez, C. T., Navarro, J., & Luque, M. (2015). *guia practica de planificacion familiar en atencion primaria*. Obtenido de



<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/intranet/ugcola/guias/GPC%20PLANIFICACION%20FAMILIAR.pdf>

Figuroa, L. A. (2012). *guia educativa sobre metodos de planificacion familiar*. Obtenido de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3296.pdf

Fuentes, D. (2013). *planificacion familiar* . Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304_spa.pdf;jsessionid=FC80EEBFCFA6872BB1655E7CC17D7AB7?sequence=1

Herrera, C. (2013). *Salud sexual* . Obtenido de http://www.portaljovencim.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf

Leon, C. C. (2016). *planificacion familiar natural y electiva*. Obtenido de http://www.irh.org/SDM_Implementation/pdfs/Inserts/Standard%20Inserts/CBs%20Insert%20SPA.pdf

Macri, M., Stanley , C., & Rubisten, A. (2018). *guia de metodos anticonceptivos* . Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000589cnt-metodos-anticonceptivos-guia-practica-profesionales-salud.pdf>

Mora, J. F. (2017). *Introduccion a los metodos anticonceptivos*. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>

Moro, C. M., & Campos Fanola , M. (2014). *norma tecnica de salud de planificacion familiar*. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>

OMS. (2018). *Recomendaciones sobre practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Obtenido de <https://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/practicas%20seleccionadas%202018.pdf>

Quic, Y. R. (2014). *factores que limitan la utilizacion de metodos de planificacion familiar en mujeres en edad reproductiva*. Obtenido de <https://glifos.umg.edu.gt/digital/85940.pdf>



- Recinos, C. (2014). *guía de metodos anticonceptivos* . Obtenido de <https://www.fda.gov/media/99609/download>
- Rodriguez, M. T., & Gonzales Roman , P. (2014). *antecedentes teoricos y empiricos del uso de metodos de planificacion familiar*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfce/v17n2/v17n2a10.pdf>
- Rumipulla, M. S. (2017). *conocimientos, actitudes y practicas en planificacion familiar*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26435/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Salvatierra, E. F. (2016). *factores que influyen en el abandono de metodos anticonceptivos en puerperas*. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4733/Gama_cn.pdf;jsessionid=D5E7E57F714E87D41FD74BB925550A8D?sequence=1
- Sanchez, C. M. (2013). *acceso a los servicios de planificacion familiar* . Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/01/Muriedas-Carmen.pdf>
- Santamaria Valdera, D. M. (2019). *Preferencia anticonceptiva según el entorno de la orientación en planificación familiar en mujeres en edad reproductiva, según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2019*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Schwarcz, R., Castro, R., & Gaññmberti , D. (2012). *guía para el uso de metodos anticonceptivos* . Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/GUIA%20Anticoncepcion%20MSAL%20Argentina.pdf>
- Soto, J., & Rodríguez, &. (2018). *Identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción*. Journal of Negative and No Positive Results.
- Terborg, A., Rosen, J., Santiso, R., & Terceros, W. (2012). *La planificacion familiar entre las poblaciones indigenas de America Latina*. Perspectivas Internacionales en Planificacion Familiar.



Valle, A. d. (2017). *afiche de la eficacia de los metodos de planificacion familiar*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/pdf/eficacia-de-los-m%C3%A9todos-de-planificaci%C3%B3n-familiar-afiche.pdf>

Velasquez, K. (2014). *planificacion familiar*. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap004.pdf



XI. ANEXOS

A. Cronograma de actividades

Actividades	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Pregunta de Investigación	X	X						
Realización de Anteproyecto de tesis			X	X				
Aprobación de Anteproyecto de tesis					X			
Realización de Protocolo de Tesis						X		
Aprobación de Protocolo de Tesis						X		
Recolección de Datos de Tesis							X	
Trabajo de Campo y Recolección de Datos								X
Tabulación de datos								X
Análisis e Interpretación de Datos								X
Entrega de Informe Final								X



B. Boleta de recolección de datos



UNIVERSIDAD MESOAMERICANA

Centro de salud de Huehuetenango

Numero de boleta

Numero de expediente

A) Datos generales

Procedencia

Area
 rural urbana

Edad
 15 a 20 años 26 a 30 años 36 a 40 años
 21 a 25 años 31 a 35 años 41 a 45 años

Profesion
 Ama de casa Maestra
 Comerciante Otro

Si su respuesta fue otro especifique

Escolaridad
 Analfabeta Basico incompleto Diversificado completo
 Primaria incompleta Basico completo Universidad
 Primaria completa Diversificado incompleto

Estado civil
 Casada Viuda
 Unida Divorciada

Religión
 Catolica Testigo de jehova
 Evangelica Otro

B) Antecedentes gineco-obstetricos

Numero de gestas
 1 4 o 5
 2 Mas de 6 gestas
 3

Periodo intergenesico años

Edad del primer parto años

Si ha tenido partos anteriores fue resuelto por
 PES CSTP

Numero de hijos vivos
Numero de hijos muertos

Antecedentes de aborto



C) Clínica

ha utilizado metodos de planificacion familiar

Si ha utilizado, cual ha utilizado

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Anticonceptivos orales | <input type="radio"/> Collar | <input type="radio"/> Inyección de 2 meses |
| <input type="radio"/> Implantes | <input type="radio"/> Condones | <input type="radio"/> Inyección de 3 meses |
| <input type="radio"/> Tde cobre | <input type="radio"/> Inyección de 1 mes | <input type="radio"/> Otro |

si su respuesta fue otro, cual:

Se operaria algun dia:

Si su respuesta anterior fue no indique porque no:

Segun su edad y numero de gesta se le recomienda:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Anticonceptivos orales | <input type="radio"/> Collar | <input type="radio"/> Inyección de 2 meses |
| <input type="radio"/> Implante | <input type="radio"/> Condones | <input type="radio"/> Inyección de 3 meses |
| <input type="radio"/> Tde cobre | <input type="radio"/> Inyección de 1 mes | <input type="radio"/> Otro |

si su respuesta fue otro, cual:

Aceptaria este metodo:



UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
INVESTIGACIÓN

FORMATO PARA SOLICITAR APROBACIÓN DE TEMA DE INVESTIGACIÓN

YO, Demetrio Marvin Pérez Hernández con número de
Carnet 201376206, actualmente realizando la rotación de _____
Ambulatorio en _____
Quetzaltenango Huehuetenango.

SOLICITO APROBACIÓN

para realizar investigación del tema Demanda en el
uso de métodos de planificación familiar,
para el cual propongo como Asesor a: Jorge Hidalgo
teniendo previsto que se lleve a cabo en Centro de Salud
de Huehuetenango.

y abarcará el período de 2018 a enero del 2019.
Quetzaltenango, 28 de Febrero de 2018

Firma

28-2-2018
Fecha recepción en la Universidad

USO DE LA UNIVERSIDAD

TEMA APROBADO TEMA RECHAZADO AMPLIAR INFORMACIÓN

OBSERVACIONES: Informar en demanda Setorizada o
investigación en métodos, o de algunos aspectos!

Por Comité de Investigación

Tutor Asignado Ignacio
Por una
correlación
Areglar con

Dr. Jaime Guzmán

Vo. Bo. Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda
COORDINADOR
HOSPITALES
UNIVERSIDAD
MESOAMERICANA
QUETZALTENANGO



Quetzaltenango, diciembre de 2022

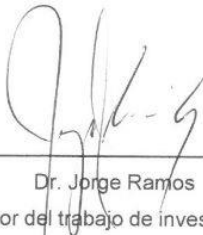
Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

Respetables Doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que revisé el trabajo de investigación designado con el título “**Métodos de planificación familiar**”, Estudio descriptivo, prospectivo sobre Métodos de planificación familiar en Pacientes femeninas de 15 a 45 años, que consulten a la clínica de salud reproductiva el centro de salud de Huehuetenango durante el periodo de enero a marzo del 2021, realizado por el estudiante: Demetrio Marvin Pérez Hernández, que se identifica con el carné número 201316206 como requisito previo para obtener el Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciado, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le dé el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente:

f. 
Dr. Jorge Ramos
Revisor del trabajo de investigación

[Faint stamp: Universidad Mesoamericana, Col. No. 11487]



Huehuetenango, Enero de 2,021

Dra. Judith Agustín
Encargada de Distrito de Centro de Salud Sur Huehuetenango

Respetable Doctora reciba un cordial saludo esperando que se encuentre bien deseándole éxitos en sus actividades cotidianas.

El motivo de la presente carta es para solicitarle la autorización para la realización de mi investigación de tesis de pre-grado para la obtención de título de Médico y Cirujano con el tema de estudio Descriptivo-Prospectivo en el uso de Métodos de planificación Familiar en el centro de salud sur de Huehuetenango en el periodo de febrero 2021 a abril de 2021.

Esperando una respuesta positiva de su persona, Le deseo éxitos en sus labores cotidianas.


Demetrio Marvín Pérez Hernández
Médico Interno


Dra. Judith Agustín
Encargada de Distrito de Centro
Salud Sur Huehuetenango
Vo.Bo.





Quetzaltenango, octubre de 2022

Comité de Tesis
Facultad de medicina
Universidad Mesoamericana
Sede Quetzaltenango

Respetable comité:

Reciban un cordial saludo. El motivo de la presente es para solicitar su autorización para modificar el título propuesto inicialmente de la tesis: **"Estudio correlacional en el uso de métodos de planificación familiar"** que se llevara a cabo en el centro de salud de Huehuetenango.

Sin embargo, al analizar el trabajo se encuentran limitantes en cuanto el número de casos que se encuentran bajo uso de métodos planificación familiar, y dicho tipo de estudio no es idóneo para desarrollar los objetivos del estudio de forma satisfactoria. Es por lo que se pide de manera atenta su comprensión para no perder la esencia de la investigación, abordar el título de la siguiente manera: **"Estudio descriptivo – prospectivo en el uso de métodos de planificación familiar, en el centro de salud de Huehuetenango de enero a marzo del 2021"**, dichos cambios se habían discutido con el anterior asesor previo a la recolección de datos.

Agradeciendo su comprensión y esperando una respuesta a la solicitud, me suscribo de ustedes.

Atentamente:

Demetrio Marvin Pérez Hernández
Carné: 201316206

Apr. 
14/10/2022
