

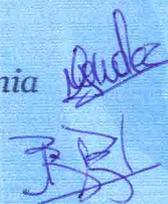
Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Licenciatura en Enfermería

INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

TRABAJO FINAL

*Conocimientos Teórico Prácticos sobre
Planificación Familiar de las
Pacientes Ginecológicas en relación
a la Elección y Adopción de los
Métodos Anticonceptivos*

Autores:
Gonzalez, María Eugenia
Zelada, Roque David



Mendoza, Febrero de 2009

ADVERTENCIA

El presente Trabajo de Investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo y el Ministerio de Salud. El mismo no podrá ser publicado en todo, parte o resumirse sin el consentimiento por escrito de la Escuela y/o autores del trabajo.

INVESTIGACIÓN APROBADA:

Integrantes del Tribunal Examinador:

.....
.....
.....

Fecha:/...../.....

AGRADECIMIENTOS

Nuestro principal agradecimiento:

A nuestras familias, ya que nos ayudaron en infinitos aspectos para transitar este difícil camino y lograr el objetivo final: formar parte del Equipo de Profesionales de Enfermería.

Licenciada María Rosa Reyes: por guiarnos con entera paciencia y estímulo en los pasos culminantes de nuestra carrera.

Licenciadas Cecilia Ramírez de Roa, Nilda Rasjido, Ana Magdalena Andrada por acompañarnos y guiarnos en el valioso sendero de nuestra formación, tomando nuestro reto personal como propio y enseñándonos los conocimientos que con los que ahora contamos.

¡Gracias!

PRÓLOGO

La presente investigación surgió a partir de la necesidad de establecer los conocimientos teórico-prácticos sobre Planificación Familiar de las pacientes ginecológicas.

Anhelamos que los resultados obtenidos aporten información útil para mejorar las estrategias que Enfermería ejecuta en relación a la Planificación Familiar.

Agradecemos a todas las personas que aportaron su granito de arena en ayudarnos a alcanzar uno de los grandes desafíos de nuestras vidas.

También deseamos dar las gracias a los profesionales y pacientes que no dudaron en brindarnos de su tiempo, y con él, los datos que conforman la base de nuestro estudio.

ÍNDICE GENERAL

	Página
Carátula	I
Advertencia	II
Aprobación	III
Agradecimientos	IV
Prólogo	V
Índice General	VI
Índice de Tablas y Gráficos	VII
Introducción	1
Tema	2
Problema	2
Justificación	2
Objetivos	2
Marco Teórico	3
Diseño Metodológico	19
* Tipo de Estudio	19
* Área de Estudio	19
* Universo	20
* Muestra	20
* Unidad de Análisis	21
* Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	21
* Fuentes de Información	21
* Planificación de la Recolección de Datos	21
* Procesamiento de la Información	21
* Plan de Análisis	21
Operacionalización de Variables	22
Tablas, Gráficos y Análisis	25
Conclusión	61
Propuesta	62
Bibliografía	63
Anexos	
* Programa Provincial de Salud Reproductiva	64
* Encuesta	66
* Tabla Matriz de Datos	69
* Codificación de Datos	72

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Página
CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS PACIENTES GINECOLÓGICAS DEL CENTRO DE SALUD N°16	
Tabla N°1: EDAD	
Frecuencia Absoluta, Relativa	25
GRÁFICO N°1	25
Tabla N°2: NIVEL DE INSTRUCCIÓN	
Frecuencia Absoluta, Relativa	26
GRÁFICO N°2	26
Tabla N°3: RELIGIÓN	
Frecuencia Absoluta, Relativa	27
GRÁFICO N°3	27
Tabla N°4: TIPO DE VÍNCULO	
Frecuencia Absoluta, Relativa	28
GRÁFICO N°4	28
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	
Tabla N°5: Número de Hijos	29
Frecuencia Absoluta, Relativa	29
GRÁFICO N°5	
Tabla N°6: Número de Embarazos	30
Frecuencia Absoluta, Relativa	30
GRÁFICO N°6	
Tabla N°7: Número de Abortos	31
Frecuencia Absoluta, Relativa	31
GRÁFICO N°7	
CONOCIMIENTOS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	
Tabla N°8: TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN	
Frecuencia Absoluta, Relativa	32
GRÁFICO N°8	32
BENEFICIOS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	
Tabla N°9: Evitar Enfermedades de Transmisión Sexual	
Frecuencia Absoluta, Relativa	33
GRÁFICO N°9	33
Tabla N°10: Evitar embarazos NO Deseados	
Frecuencia Absoluta, Relativa	34
GRÁFICO N°10	34
Tabla N°11: Evitar Abortos	
Frecuencia Absoluta, Relativa	35
GRÁFICO N°11	35
Tabla N°12: Derecho a Decidir Cuándo Tener Hijos	
Frecuencia Absoluta, Relativa	36

GRÁFICO N°12	36
Tabla N°13: No Sabe	
Frecuencia Absoluta, Relativa	37
GRÁFICO N°13	37
MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE USA	
Tabla N°14: Orales Combinados de Dosis Baja	
Frecuencia Absoluta, Relativa	38
GRÁFICO N°14	38
Tabla N°15: Orales Sólo de Progestágeno	
Frecuencia Absoluta, Relativa	39
GRÁFICO N°15	39
Tabla N°16: Inyectable	
Frecuencia Absoluta, Relativa	40
GRÁFICO N°16	40
Tabla N°17: Condomes	
Frecuencia Absoluta, Relativa	41
GRÁFICO N°17	41
Tabla N°18: Dispositivo Intrauterino	
Frecuencia Absoluta, Relativa	42
GRÁFICO N°18	42
Tabla N°19: Basados en el Conocimiento de la Fertilidad	
Frecuencia Absoluta, Relativa	43
GRÁFICO N°19	43
PERMANENCIA EN EL MÉTODO	
Tabla N°20: Menos de 6 Meses	
Frecuencia Absoluta, Relativa	44
GRÁFICO N°20	44
Tabla N°21: Más de 6 Meses	
Frecuencia Absoluta, Relativa	45
GRÁFICO N°21	45
RAZÓN DE ABANDONO DEL MÉTODO ANTERIOR	
Tabla N°22: Intolerancia Física	
Frecuencia Absoluta, Relativa	46
GRÁFICO N°22	46
Tabla N°23: Falta de Adaptación	
Frecuencia Absoluta, Relativa	47
GRÁFICO N°23	47
Tabla N°24: Uso Inadecuado por Falta de Conocimiento	
Frecuencia Absoluta, Relativa	48
GRÁFICO N°24	48
Tabla N°25: Deseo de Embarazo	
Frecuencia Absoluta, Relativa	49
GRÁFICO N°25	49
MODOS DE ELECCIÓN	
Tabla N°26: Por sí Sola	
Frecuencia Absoluta, Relativa	50
GRÁFICO N°26	50
Tabla N°27: Conjuntamente con su Pareja	

Frecuencia Absoluta, Relativa	51
GRÁFICO N°27	51
Tabla N°28: Impuesto por el Médico	
Frecuencia Absoluta, Relativa	52
GRÁFICO N°28	52
Tabla N°29: Aconsejada por la Enfermera	
Frecuencia Absoluta, Relativa	53
GRÁFICO N°29	53
Tabla N°30: Aconsejada por un Familiar	
Frecuencia Absoluta, Relativa	54
GRÁFICO N°30	54
TIPO DE INFORMANTE (CONSULTOR)	
Tabla N°31: Médico	
Frecuencia Absoluta, Relativa	55
GRÁFICO N°31	55
Tabla N°32: Enfermera	
Frecuencia Absoluta, Relativa	56
GRÁFICO N°32	56
Tabla N°33: Pareja	
Frecuencia Absoluta, Relativa	57
GRÁFICO N°33	57
Tabla N°34: Familiar	
Frecuencia Absoluta, Relativa	58
GRÁFICO N°34	58
INFORMACIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA	
Tabla N°35: SI, NO	
Frecuencia Absoluta, Relativa	59
GRÁFICO N°35	59
Tabla N°36: Forma	
Frecuencia Absoluta, Relativa	60
GRÁFICO N°36	60

INTRODUCCIÓN

La Planificación Familiar es el Instrumento básico para lograr que las parejas alcancen el objetivo de decidir la cantidad de hijos que desean y el momento adecuado para su llegada.

Los Profesionales de la Salud tenemos el deber de efectuar día a día un proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción no sólo de la salud individual, sino también de la familia y la comunidad.

Enfermería ocupa un lugar de preferencia para asumir el liderazgo en ésta problemática. Nuestro lugar en lo referente a actividades de promoción y prevención de la salud comienza con el primer nivel de atención, proporcionando información y educación sobre sexualidad y anticoncepción en forma pertinente, veraz y adecuada.

En éste trabajo reflejamos los aspectos fundamentales del personal de Enfermería en Ginecología de la Institución en estudio, el Centro de Salud N° 16 de Guaymallén en el período 2008-2009.

TEMA:

Conocimientos teórico-prácticos sobre planificación familiar de las pacientes ginecológicas en relación a la elección y adopción de los métodos anticonceptivos.

PROBLEMA:

¿Los conocimientos teórico-prácticos sobre planificación familiar de las pacientes que tienen entre 15 y 30 años y asisten al Servicio de Ginecología del Centro de Salud N°16 influye sobre la elección y adopción de los métodos anticonceptivos en los meses de diciembre y enero de 2008-2009 respectivamente en el Departamento de Guaymallén?

JUSTIFICACIÓN:

La presente investigación obedece a la necesidad de identificar conocimientos, comportamientos y actitudes de las mujeres sobre los métodos anticonceptivos debido a que el Centro de Salud N°16 de la localidad de Villa Nueva perteneciente al departamento de Guaymallén carece de estudios relacionados con el tema, y, considerando que los mismos son la base para afianzar la planificación familiar responsable y valorando su importancia para cada integrante de la familia y la comunidad, no sólo por promover actitudes responsables en cada individuo, sino también por evitar embarazos no deseados y contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Como enfermeros tenemos la responsabilidad de contribuir en la disminución del riesgo reproductivo y de Enfermedades de Transmisión Sexual para evitar así repercusiones en la salud tanto de la mujer como de la familia que podrían llevar a la pérdida de la homeostasis y la consecuente disfunción familiar.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Determinar si el nivel de conocimiento Teórico y Práctico de las pacientes ginecológicas sobre Planificación Familiar influyen en la elección y adopción de los Métodos Anticonceptivos.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características personales de las mujeres que asisten a consulta en el Servicio de Ginecología del Centro de Salud N°16.
- Determinar el conocimiento de las pacientes en relación a planificación familiar.
- Establecer si el Método Anticonceptivo elegido por las pacientes es seguro para el tipo de práctica sexual adoptada.
- Colaborar con el Centro de Salud aportando información útil para modificar o no las estrategias educacionales hasta hoy ejecutadas por el mismo.
- Identificar el rol de Enfermería en la Planificación Familiar.

MARCO TEÓRICO

Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales y otros documentos de consenso relacionados. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho de alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva. ¹

Como primera medida, es importante destacar a la familia como instrumento de vital importancia al realizar el Estudio, Abordaje y Proceso de Atención de Enfermería, ya que ésta constituye la base fundamental para el desarrollo humano y la responsabilidad social en la salud reproductiva. Esto facilita el reconocimiento de los derechos humanos y el derecho de una cultura de salud. Por lo anteriormente mencionado, es evidente que Enfermería necesita estar preparada para brindar atención no solo al paciente sino también al conjunto de personas con las que vive, esto es esencial para poder comprender y respetar los valores y las costumbres de los diferentes grupos sociales. ²

La Planificación Familiar (PF) es el instrumento básico para lograr que las parejas alcancen este objetivo de decidir la cantidad de hijos que desean y el momento adecuado para su llegada. De esta manera, la PF trae beneficios tanto para el individuo como para la familia y la comunidad.

Beneficios de la Planificación Familiar:

- Niños: mejor salud, más disponibilidad de recursos, más posibilidades de apoyo emocional por parte de los padres, mejores oportunidades de educación.
- Mujeres: mejor salud y protección contra ciertas enfermedades, libertad para decidir, prevención de abortos, menos dificultades físicas, emocionales y económicas, y mejor calidad de vida.
- Hombres: posibilidades de protección contra enfermedades de transmisión sexual, menos dificultades emocionales y económicas, libertad para decidir, mejor calidad de vida.
- Adolescentes: protección contra embarazos y partos precoces o no deseados, posibilidad de protección contra enfermedades de transmisión sexual, escolaridad más prolongada, prevención de abortos.
- Pareja/Familia: libertad para decidir cuándo vendrán los hijos, menos dificultades emocionales y financieras, más oportunidades de educación para los hijos, más energía para el mejoramiento personal.

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la información y los servicios de PF, se reconoce no sólo como una intervención clave para mejorar la salud, sino como un **derecho humano**. Se debe considerar la preferencia de las y los usuarios. Proporcionar las opciones anticonceptivas en una forma que respete y cumpla con los derechos humanos requiere preparar a las personas para realizar elecciones informadas por sí mismas. Sin embargo, las elecciones de las mujeres generalmente están impuestas o limitadas por factores sociales, económicos y culturales. Desde el punto de vista de las mujeres, las elecciones se realizan dentro de un marco temporal, social y cultural; las elecciones son complejas, multifactoriales y están sujetas a cambios. La toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos (MAC) generalmente requiere hacer un balance entre los diferentes MAC específicos, que varían según las circunstancias, las percepciones y las interpretaciones individuales.

La decisión sobre si se va a adoptar o no un MAC incumbe al individuo o la pareja, con el apoyo y la información que le suministre el personal de organismos públicos y privados de planificación familiar.

Existen factores personales, familiares, económicos, sociales y culturales que influyen los criterios de selección de un anticonceptivo, ellos son:

- factores personales: edad, estado civil, número de hijos, intenciones de procreación (espaciamiento o limitación de los embarazos), la frecuencia del coito, las relaciones de pareja, la influencia de otras personas en el proceso decisorio, la importancia que se conceda a la comodidad del método, el conocimiento de éste por el usuario y el grado de conformidad con las características físicas propias, el estado general de salud, la historia reproductiva y los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Factores económicos: el costo de la anticoncepción, que no sólo comprende el coste directo del método, sino también los gastos que implica su obtención (por ejemplo: tiempo, transporte, etc.)
- Factores sociales: la condición social de la mujer, la autoridad femenina en el ámbito decisorio, la libertad de movimiento de las mujeres y la influencia de los hombres en la opción anticonceptiva.
- Factores Culturales: las tradiciones culturales, así como la prevalencia de rumores o ideas erróneas sobre los distintos métodos, las creencias religiosas, y el acceso de las mujeres a consejeros o agentes de planificación familiar.

Los distintos programas deben ser respetuosos con las creencias culturales y religiosas de sus clientes. "Casi todas las culturas y religiones comparten la idea de mejorar la salud materno-infantil, que es uno de los objetivos básicos de los programas de PF. Si se les hace ver éstas analogías, tanto las mujeres como los hombres se darán cuenta que la PF no se contraponen con sus creencias culturales o religiosas. Tanto hombres como mujeres de cualquier edad tienen derecho a estar informados y acceder a los MAC, lo importante es que la persona conozca el funcionamiento del método, la forma de uso y si produce efectos secundarios.

A continuación se expone una síntesis informativa sobre los MAC más usados, la cual nos ayudará a realizar una comparación entre dicha información y la que disponen los usuarios.³

Anticonceptivos Orales Combinados de Dosis Baja:

- Es un método reversible y eficaz.
- Debe tomarse todos los días para lograr su máxima efectividad.
- Contienen dosis muy bajas de dos hormonas muy parecidas a las naturales del cuerpo de la mujer: **estrógeno y progestágeno**.
- Mecanismo de Acción: impiden la ovulación y aumentan la consistencia del moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides.
- Ventajas: muy efectivo, períodos menstruales regulares, de menor volumen y duración, pueden usarse a cualquier edad, hayan tenido o no hijos, permite el retorno de la fertilidad tan pronto como se interrumpa el uso, pueden prevenir o disminuir la anemia por deficiencia de hierro.
- Desventajas: efectos secundarios (náuseas, goteo entre períodos menstruales, dolor de cabeza leve, sensibilidad anormal en los senos, leve aumento de peso), no se pueden usar durante la lactancia debido a que afectan la calidad y cantidad de leche materna, **no protegen contra enfermedades de transmisión sexual (ETS)**. Los efectos colaterales ocurren en forma ocasional, especialmente durante los primeros meses de uso y comúnmente disminuyen o desaparecen dentro de los tres meses después de haber comenzado a usar los Anticonceptivos Orales Combinados.

- Condiciones Médicas que impiden su uso: 35 años de edad o más y fumadora, presión arterial elevada, etapa de lactancia, problemas cardiovasculares serios, cáncer de mama, enfermedad hepática severa activa, cefaleas graves, uso de medicina para convulsiones, enfermedad actual de vesícula.
- Síntomas de problemas que requieren atención médica: dolor intenso en el vientre, el pecho o las piernas, cefalea severa, pérdida breve de la visión, ictericia.

Anticonceptivos Orales sólo de Progestágeno:

- Contienen cantidades muy pequeñas de una sola hormona: progestágeno. Se debe tomar una píldora cada día.
- Mecanismo de Acción: aumentan la consistencia del moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides, e impiden la ovulación.
- Constituyen un buen método de planificación familiar para aquellas mujeres que están dando de lactar y desean usar anticonceptivos orales.
- Ventajas: pueden ser usados por las mujeres en la etapa de la lactancia a partir de las seis semanas después del parto ya que no alteran la cantidad y la calidad de la leche materna, no tienen los efectos secundarios de los estrógenos (como ataques al corazón o infartos cerebrales), el riesgo de sufrir efectos secundarios derivados del progestágeno (como acné y aumento de peso) es menor que con los anticonceptivos orales combinados
- Desventajas: en las mujeres que no están dando de lactar, los efectos secundarios son los comunes: cambios en el sangrado menstrual. Además: dolores de cabeza, sensibilidad en los senos. Otra desventaja: deben tomarse a la misma hora todos los días para tener máxima efectividad, **no protegen contra ETS**. Importante: los cambios en el sangrado vaginal son normales cuando la mujer está dando de lactar.
- Condiciones médicas que impiden su uso: cáncer de mama, ictericia, cirrosis hepática, uso de medicina para convulsiones.
- Síntomas de problemas que requieren atención médica: las complicaciones serias con el uso de las píldoras sólo de progestágeno son raras, sin embargo pueden ser o no la causa de éstos problemas: sangrado vaginal muy abundante, dolores de cabeza muy intensos que comienzan o empeoran con el uso de los anticonceptivos, piel u ojos que se toman inusualmente amarillentos. Concurrir de inmediato para recibir atención médica ante: posibilidad de embarazo, especialmente si está acompañada de dolor intenso o sensibilidad en la parte baja del abdomen o se siente débil.

Anticonceptivo Inyectable:

- Nos referiremos a DMPA, que es el tipo más común de anticonceptivo inyectable.
- Se puede comenzar su uso en cualquier momento del ciclo mientras sea razonablemente seguro que la mujer no se encuentra embarazada.
- Se administra cada tres meses y contiene un progestágeno parecido a la hormona natural producida por el cuerpo de la mujer. Hay también otros anticonceptivos inyectables que se administran de manera mensual o cada dos meses.
- Mecanismo de acción: impiden la ovulación y aumentan la consistencia del moco cervical.

- En promedio, el retorno a la fertilidad se demora cuatro meses más que en mujeres que usan anticonceptivos orales combinados, dispositivo intrauterino (DIU), o condones.
- Ventajas: muy efectivo y seguro, ofrece protección contra el embarazo a largo plazo pero reversible, se puede usar por mujeres de cualquier edad tengan o no hijos, puede ser usado por madres que están dando de lactar a partir de las seis semanas después del parto ya que no altera la cantidad ni la calidad de leche materna, no tiene efectos secundarios por estrógenos, ayuda a prevenir la anemia por deficiencia de hierro.
- Desventajas: Efectos secundarios comunes: goteo leve o sangrado, amenorrea, aumento de peso, también puede ocasionar dolores de cabeza, aumento de sensibilidad en los senos, cambios de humor, náuseas, pérdida de cabello disminución del deseo sexual, acné. **No protege contra ETS.**
- Condiciones médicas que impiden su uso: problemas cardiovasculares, cáncer de mama, cirrosis hepática grave, infección o tumor en el hígado.
- Síntomas de problemas que requieren atención médica: las complicaciones serias con el uso de DMPA son raras, sin embargo es necesario recurrir por atención médica ante: sangrado menstrual exageradamente abundante, dolores de cabeza muy intensos, piel u ojos que se toman inusualmente amarillentos.

Condomes:

- Es una funda para ser colocada en el pene erecto del hombre. La mayoría son hechos de látex.
- Mecanismo de acción: **previene el embarazo y las algunas ETS**, ya que impiden que los espermatozoides y cualquier organismo causante de enfermedad presente en el semen ingrese en la vagina. Asimismo, impide que todo tipo de organismos causantes de enfermedades en la vagina, entren en el pene.
- Ventajas: previenen las ETS, con un poco de práctica resultan fáciles de usar, ningún efecto colateral por hormonas, pueden interrumpirse en cualquier momento, pueden ser usados por hombres de cualquier edad, fáciles de conseguir, permiten que el hombre asuma la responsabilidad en la prevención del embarazo y el contagio de enfermedades.
- Desventajas: pueden ocasionar escozor en gente que tiene alergia al látex, pueden disminuir la sensación haciendo la sensación sexual menos agradable para la pareja, pueden debilitarse y romperse durante el uso (si se guardan por tiempo prolongado o en condiciones de demasiado calor, exposición directa al sol, humedad, o si se usan con lubricantes a base de petróleo).
- Sólo una condición médica restringe el uso de condones: la alergia aguda al látex.
- Uso de los condones: es importante usar un condón cada vez que se tiene relación sexual, si se usa lubricante éste debe ser a base de agua y no los elaborados con derivados de petróleo (como vaselina) puesto que la mayoría de ellos dañan los condones, así como el aceite de cocina, el aceite para bebé, las cremas, la mantequilla. Guardarlos en un lugar fresco y oscuro, ya que el calor, la luz y la humedad suelen dañarlos. Se deben manipular los condones con mucho cuidado, ya que las uñas y los anillos pueden rasgarlos. Hay que utilizar siempre otro condón si: la envoltura está dañada o rasgada, la fecha de fabricación es mayor de cinco años, el color del condón se ha modificado o si se siente quebradizo, reseco o muy pegajoso.

- Importante: los condones funcionan bien cuando son usados correctamente **cada vez** que se tiene una relación sexual.

Dispositivos Intrauterinos:

- Es un marco plástico pequeño y flexible que lleva un alambre de cobre y se inserta en el útero a través de la vagina. Las cuerdas quedan colgando en el punto en que la apertura del cuello uterino se une con la vagina. Debe ser insertado en el útero y retirado del mismo por un proveedor especialmente capacitado usando técnicas para la prevención de infecciones.
- Mecanismo de acción: impide el encuentro del óvulo y el espermatozoide, ya que dificulta que el esperma se movilice a través del tracto reproductivo femenino e impide la implantación del óvulo en la pared del útero.
- Ventajas: muy efectivo, duradero, ningún efecto colateral por hormonas, reversible en forma inmediata, no tiene ningún efecto en la cantidad o calidad de la leche materna, pueden insertarse después del parto, aborto o en la etapa de la menopausia.
- Desventajas: efectos secundarios comunes: sangrado menstrual abundante y prolongado, goteo vaginal entre períodos; además, la clienta no puede interrumpir el uso del dispositivo intrauterino por sí misma, puede salirse del útero sin que la mujer se de cuenta, la mujer debería verificar la posición de los hilos del dispositivo de vez en cuando introduciendo los dedos en la vagina, **no protege contra ETS.**
- Condiciones médicas que impiden su uso: período posterior al parto inferior a cuatro semanas, infecciones posteriores al parto, cáncer en los órganos femeninos, tuberculosis pélvica, riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, enfermedades de transmisión sexual o enfermedad pélvica inflamatoria actuales (el dispositivo intrauterino debe colocarse después de tres meses de haber sido curada la infección).
- Síntoma de problemas que requieren atención médica: ausencia de período menstrual, ETS, después de revisar los hilos, cree que se ha salido de lugar (por ejemplo si se nota que faltan los hilos, o que parecen más cortos o más largos, la sensación de algo duro en la vagina o en el cuello uterino), dolor en la parte baja del abdomen que va en aumento, si la pareja siente los hilos durante el coito, sangrado vaginal abundante.

Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad:

En ellos, la mujer aprende a reconocer cuándo comienza y cuándo termina el período fértil de su ciclo menstrual, así, la pareja puede evitar el embarazo cambiando sus hábitos sexuales los días fértiles, ya sea mediante la abstinencia del coito vaginal (también llamado Abstinencia Periódica o Planificación Familiar Natural) o bien emplear un método de barrera (como los condones). Es muy importante para la efectividad del método la participación de ambos miembros de la pareja.

Si bien no tienen efectos secundarios físicos, la abstinencia prolongada puede resultar difícil para algunas parejas.

- Ventajas: ningún efecto colateral físico, ningún costo, ningún efecto en la lactancia o en la leche materna, ningún efecto secundario por hormonas, involucran a los hombres en la planificación familiar, educan a la gente sobre los ciclos de fertilidad de la mujer.

- Desventajas: son sólo medianamente efectivos, se requiere hasta dos o tres ciclos para aprender cómo identificar el período fértil, si se usa la abstinencia periódica puede resultarle difícil a algunas parejas por los largos sin penetración vaginal, el método del calendario puede no ser efectivos para mujeres con ciclos menstruales irregulares, puede ser difícil identificar el período fértil después del parto hasta que el ciclo menstrual se regularice, **no protegen contra las ETS**. Además, sólo se puede comenzar su uso una vez que la mujer o la pareja ha recibido capacitación, y antes de usar el método del calendario, la mujer debe anotar la duración de sus ciclos menstruales por al menos seis meses.
- Condiciones médicas que dificultan su uso: posibilidades de embarazos peligrosos, ciclos menstruales irregulares, infecciones o enfermedades que puedan alterar el moco cervical, la temperatura basal o el patrón de sangrado menstrual, consumo de medicamentos que afectan las características del moco cervical (como antidepresivos).
- Hay varios métodos que pueden usarse aislados o combinados, a continuación se mencionan y se expone una síntesis de cada uno de ellos:
 - 1) Método del calendario: consiste en contar los días del calendario para identificar el comienzo o el final de su período fértil. El número de días depende de la duración de sus ciclos menstruales anteriores. Se deben registrar los ciclos menstruales al menos durante seis meses. Luego, se debes substrae 18 del número de días de duración del ciclo más corto, lo que indica el primer día de su período fértil; luego se subtrae 11 del ciclo más largo, lo que indica el último día de la etapa fértil.
 - 2) Secreciones cervicales: indican el comienzo y el fin del período fértil. La mujer debe revisar cada día sus secreciones y ni bien advierte la presencia de cualquier secreción, la pareja evita el coito o utiliza un método de barrera. Las secreciones un día son mas resbalosas, estirables y húmedas; la pareja continúa evitando el coito hasta cuatro días después del día pico. Pasados algunos días las secreciones se tornan pastosas o están ausentes, aquí, la pareja puede tener relaciones sexuales sin precaución. Una vez que el sangrado menstrual termina, se debe limitar a tener relaciones sexuales un día sí y un día no, porque los fluidos vaginales y el semen podrían confundirse con las secreciones.
 - 3) Temperatura basal (para identificar el comienzo y el final del período fértil): la temperatura de una mujer en reposo aumenta ligeramente cerca del momento en que ocurre la ovulación, que es cuando ella podría quedar encinta. Se debe tomar la temperatura de la misma manera (oral, rectal o vaginal) y a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse. La temperatura sube de 0,2° a 0,5° C cerca del tiempo en que ocurre la ovulación. La pareja evita el coito, usando un método de barrera desde el primer día del sangrado menstrual hasta que la temperatura sube y se mantiene elevada por tres días enteros, lo que indica que la ovulación ha terminado. Una vez que esto haya pasado, la pareja puede practicar el coito sin precaución.
 - 4) Características del cuello uterino: según comienza el período fértil, la apertura del cuello uterino se siente más blanda, húmeda y se abre ligeramente. En el período fértil, la apertura está más firme y cerrada.
 - 5) Secreciones Cervicales + Temperatura basal (para identificar el comienzo y el fin del período fértil): Consiste en evitar el coito sin protección cuando la mujer siente que tiene secreciones cervicales, hasta que coincidan el cuarto día

después de que las secreciones llegan al máximo y el tercer día entero después de la elevación de la temperatura basal. Si uno de éstos eventos ocurre primero, se debe esperar a que ocurra el segundo antes de practicar el coito sin precaución. Otras señales y síntomas de la ovulación incluyen: dolor abdominal y sensibilidad en los senos.

- 6) Método de la Lactancia-Amenorrea: consiste en utilizar la lactancia materna como método temporal de PF. La mujer se encuentra protegida en forma natural del embarazo cuando: da de lactar a su bebé con frecuencia tanto de día como de noche (al menos el 85% de la alimentación que recibe el bebé es en forma de leche materna), no se han reiniciado sus períodos menstruales, y su bebé tiene menos de seis meses de edad. Mecanismo de acción: detiene la ovulación (salida del óvulo del ovario) ya que la lactancia produce cambios en la velocidad a la que se liberan las hormonas naturales de la mujer. Ventajas: promueve los mejores hábitos de lactancia materna, no hay necesidad de hacer nada en el momento del coito, no hay costos, ningún efecto secundario por hormonas, trae beneficios para la salud de la madre y el bebé. Desventajas: la lactancia frecuente puede crear inconvenientes para las madres que trabajan, **no brinda protección contra ETS**. Ninguna condición médica impide el uso de éste método, ya que no tiene ningún efecto nocivo para la salud de la mujer, sin embargo, hay condiciones médicas que impiden o limitan la lactancia y pueden restringir su uso: bebé de seis meses o más de edad, reinicio de los períodos menstruales, disminución de frecuencia con la que se da de lactar, si no se está dando de lactar a exclusividad, infección materna con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) ya que la madre puede transmitir el virus a su bebé por medio de la leche.

Resulta llamativo, cómo a pesar de haberse dado un significativo incremento en cuanto a los niveles de información, acceso y mejora de los métodos anticonceptivos, las personas siguen adoptando conductas de riesgo y enfrentándose a situaciones que pueden llevar a un embarazo no deseado o infecciones de transmisión sexual (ITS).

Los jóvenes inician cada vez más tempranamente las relaciones sexuales, ellos creen conocer y utilizar los métodos anticonceptivos (mayoritariamente el preservativo), pero a la hora de la verdad, reconocen también que no lo hacen en todas sus relaciones sexuales. Algunos de los integrantes de éste grupo poblacional, piensan que por una vez que no utilicen protección, no corren ningún riesgo, y reconocen que la despreocupación y la euforia del momento los lleva a no utilizar siempre protección anticonceptiva.

Este hecho demuestra la necesidad de prevenir y asegurar la protección anticonceptiva.

Otro hecho común se da en el acceso a los recursos sanitarios. Un gran porcentaje de mujeres no acuden al ginecólogo antes de su primer relación sexual, quedando libres de recibir información profesional sobre anticoncepción antes de ésta primera relación. Como consecuencia de todo lo anteriormente mencionado, se aprecia que la cifra de los embarazos no deseados creció, así como también lo hizo la de abortos. Éstos incrementos progresivos manifiestan la necesidad de seguir incidiendo en la sensibilización y mejora educativa en materia de salud sexual y reproductiva. Los administradores de los programas deberán preocuparse en especial por ésta falta de acceso a la PF, los obstáculos médicos que dificultan el empleo de anticonceptivos y la necesidad de un buen asesoramiento.

Aunque el mejoramiento de los servicios de PF reducirá mucho la incidencia de embarazos no deseados y abortos inducidos, sigue siendo indispensable que las autoridades adopten políticas nacionales apropiadas y establezcan servicios que

aborden de manera sensible y humana el problema del fracaso anticonceptivo.

Un embarazo no deseado es un embarazo que se presenta cuando la mujer o la pareja no lo están buscando y por lo tanto no está dentro de los planes de vida de éstas personas, lo que puede generar consecuencias negativas para ambos.

La responsabilidad de prevenir un embarazo es tanto del hombre como de la mujer, debido a que es una situación que hace parte del proyecto de vida de cada uno. Se debe tener en cuenta la protección de ambos.

Como se mencionó previamente, tanto los embarazos no deseados como los abortos inducidos evocan un fallo en la PF, ya sea por: fracaso del MAC, acceso difícil a los servicios de planificación, o incapacidad de los programas para suministrar a las mujeres o a las parejas un método anticonceptivo que les resulte aceptable.⁴

Haremos referencia ahora sobre las enfermedades de transmisión sexual son un factor de riesgo al que están expuestas las personas sexualmente activas, y como informamos en los párrafos previos, es la otra consecuencia de la errónea o ausente PF. Las ETS son infecciones que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado, o sea, son un conjunto de enfermedades infecciosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión de persona a persona a través de las *relaciones sexuales*. Los agentes productores de las ITS incluyen: bacterias, parásitos, virus y hongos. A una persona que padece de una ETS por bacterias o parásitos, el médico puede tratarla con antibióticos u otros medicamentos, pero si ésta es causada por virus, no hay curación; aunque algunos medicamentos pueden mantener la enfermedad bajo control, pero no en todos los casos. Hay disponibles algunas vacunas para proteger contra ciertas ITS virales, tales como la Hepatitis B y algunos tipos del Virus del Papiloma Humano (HPV), pero para que ellas tengan preponderancia en la prevención, deberían ser colocadas antes de que la persona inicie sus contactos sexuales, asegurando así la máxima protección.

Aunque casi todas tienen tratamiento, algunas de ellas, como las producidas por virus, nunca curan de manera definitiva, sino que el agente causal permanece en estado latente, sin manifestarse, dentro del organismo al que ha infectado, reapareciendo clínicamente. Este tipo de relación entre el organismo y el agente infeccioso facilita la transmisión de éste, es decir su infectividad.

Las armas más importantes contra las ETS son la prevención, tomando las medidas oportunas por medio de una sexualidad responsable.

Existen más de 20 tipos de ETS que se clasifican en:

- 1) Clamidia, causada por *Chlamydia trachomatis*
- 2) Chancroide, por *Haemophilus ducreyi*
- 3) Gonorrea, causada por *Neisseria gonorrhoeae*
- 4) Herpes simple
- 5) Virus de la Inmunodeficiencia Humana(HIV)/Sida
- 6) Virus del Papiloma Humano
- 7) Sífilis, causada por *Treponema pallidum*.
- 8) Tricomoniiasis, producida por *Trichomona hominis*
- 9) Hepatitis

Algunas veces, los términos infecciones y enfermedades de transmisión sexual se usan de manera indistinta. Esto puede ser confuso y no siempre exacto, así que es de ayuda entender la diferencia entre la infección y la enfermedad. La infección significa simplemente que un germen, virus, bacteria o parásito que puede causar una enfermedad está presente dentro del cuerpo de una persona. Esta persona infectada no tiene que tener necesariamente síntomas de que el virus o la bacteria está dañando

realmente su cuerpo; la persona no se siente necesariamente enferma. Una enfermedad significa que la enfermedad está realmente causando que la persona infectada se sienta enferma, o note algo incorrecto. Por esta razón, el término ITS, que se refiere a la infección con cualquier germen o virus, que pueda causar una infección, incluso si la persona infectada no tiene ningún síntoma, es un término mucho más amplio que el de ETS, la cual se refiere solamente a las infecciones que están causando síntomas. De esta manera, es posible ser un portador asintomático de ITS, particularmente las ITS en mujeres causan a menudo la seria condición de la *enfermedad pélvica inflamatoria*.

También hay que reconocer las diferencias en un virus contagioso y uno transmisible. El virus contagioso es aquel que puede vivir dentro y fuera del organismo, como en el caso de la gripe, porque es AERÓBICO y vivir en presencia del oxígeno. En cambio, un virus transmisible es aquel que sólo puede vivir dentro del organismo, es ANAERÓBICO porque al estar en contacto con el oxígeno muere de forma inmediata, la presencia del oxígeno es letal, así que sólo se transmite por vías específicas. Así, en el caso del HIV, este virus se transmite, no se contagia.

Dependiendo de las ITS, una persona puede difundir la infección aunque no haya presentes signos de enfermedad. Debe considerarse que todos los comportamientos sexuales que implican el contacto con otra persona o sus líquidos corporales contienen riesgo de transmisión de enfermedades transmitidas sexualmente.

Algunos profesionales de la salud sugieren un *sexo seguro*, tal como el uso de condones, como la manera más confiable de disminuir el riesgo de contraer ITS durante la actividad sexual, pero el sexo seguro no debe ser considerado como una protección absoluta, ya que los preservativos de látex, cuando se usan de manera habitual y correcta son altamente eficaces pero sólo para *prevenir* la transmisión, aunque *no elimina*, el riesgo de adquirir y contagiarse. Es decir, los preservativos o condones solamente proporcionan protección cuando son usados correctamente como barrera desde y hacia el área que cubre, pero las áreas descubiertas todavía son susceptibles a muchas ETS. En el caso de Infecciones como HIV, gonorrea, clamidia y tricomoniasis pueden prevenirse de esa manera ya que las rutas de transmisión sexual implican casi siempre el pene, puesto que no pueden esparcirse a través de la piel intacta, así al proteger el pene con un condón correctamente usado de la vagina y del ano, se detiene con eficacia su transmisión; pero para el herpes genital, la sífilis y chancros sólo puede reducirse el riesgo de contagio al proteger *cada sector/área* afectada. Otras ITS, incluso infecciones virales, se pueden prevenir con el uso de los condones de látex como barrera: algunos microorganismos y virus son bastante pequeños y pueden pasar a través de los poros en condones naturales de piel, pero siguen siendo demasiado grandes para pasar a través de los poros de látex.

La manera más segura de evitar el contagio de ETS es la abstinencia de las actividades sexuales que involucran a otras personas, tener una relación duradera, mutuamente monógama con una pareja que no está infectada, esto protegerá en gran medida contra la transmisión sexual de éstas infecciones; de ésta manera, para prevenir éstas infecciones del modo más efectivo, es evitar el contacto de las partes del cuerpo o de los líquidos que puedan llevar a una transferencia, no necesariamente actividad sexual con una pareja infectada, *ningún contacto es igual a ningún riesgo*. Idealmente, ambos miembros de la pareja deben conseguir pruebas para las ITS antes de iniciar el contacto sexual, o si una de las parejas estuvo en contacto con alguna otra persona, aunque incluso ciertas de las infecciones a las que hacemos referencia, pueden ser imposibles de detectar con los procedimientos médicos actuales mientras que pueden ser asintomáticas. La transferencia y la exposición a los líquidos corporales, tales como las transfusiones de sangre y otros productos de la sangre, compartiendo agujas de inyección (como en las drogas), lesiones con las agujas de

inyección (cuando el personal médico se pincha inadvertidamente con agujas durante los procedimientos médicos), compartiendo agujas de tatuajes, y el parto, entre otros, son otras vías de transmisión. Éstos diversos medios pusieron a ciertos grupos, tales como los profesionales de la salud, los hemofílicos y consumidores de drogas particularmente en riesgo.

Así, caeremos siempre en el mismo concepto: las armas más importantes contra las ITS son la prevención, tomando medidas oportunas y haciendo uso de los elementos antes mencionados, que son imprescindibles para una sexualidad responsable.

Pruebas para ITS: es un examen médico para detectar la presencia de cualquier infección de transmisión sexual. La mayoría son análisis de sangre y se realizan generalmente después que los síntomas son detectados. Estas pruebas pueden examinar una sola infección o consistir en un número de pruebas individuales para una amplia gama de infecciones, incluyendo sífilis, gonorrea, chlamydia, hepatitis y las pruebas del HIV.⁵

En los párrafos que siguen a continuación haremos referencia a dos de los más importantes virus que producen ETS y cobran gran importancia día a día por el número de víctimas que se cobran y por sus letales efectos: el HIV y el HPV.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana:⁶

Este virus es responsable del síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y ataca a los linfocitos T-4 que forman parte fundamental del sistema inmunológico del hombre. Como consecuencia disminuye la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otro tipo de infecciones.

La causa más frecuente de muerte entre los infectados del SIDA es la neumonía por *Pneumocystis carinii*, aunque también es elevada la incidencia de ciertos tipos de cáncer como los linfomas de células B y el sarcoma de Kaposi. También son características las complicaciones neurológicas, la pérdida de peso y el deterioro físico del paciente. La mortalidad disminuyó mucho con el advento de los medicamentos antirretrovirales.

El HIV se puede transmitir por vía sexual (pene-vagina o pene-recto) mediante el intercambio de fluidos vaginales, semen o rectales, a través del contacto con la sangre, tejidos, o agujas contaminadas, de la madre al niño durante el embarazo mediante la placenta o el parto y lactancia, incluso algunos especialistas incluyen en ésta lista al líquido preeyaculatorio. Tras la infección pueden pasar hasta diez años para que se diagnostique el SIDA que es cuando el sistema inmunológico está gravemente dañado y no es capaz de responder efectivamente a las enfermedades oportunistas.

Con respecto a los síntomas, algunos pacientes pueden desarrollar una enfermedad parecida a la gripe en el plazo de un mes o dos después de la exposición al virus, aunque muchas personas no desarrollan ningún síntoma al infectarse. Los síntomas que aparecen, usualmente desaparecen en el plazo de una semana a un mes y se confunden a menudo con los síntomas de otra infección viral; ellos pueden incluir:

- fiebre
- dolor de cabeza
- malestar general
- aumento de tamaño de los nódulos linfáticos

Virus del Papiloma Humano:

Es un virus común que afecta tanto a hombres como a mujeres. Existen más de cien diferentes tipos de HPV que pueden afectar diferentes órganos del cuerpo. Ciertos tipos causan verrugas comunes en manos y pies, pero la mayoría de ellos son

relativamente inocuos, es decir, no causan ningún signo o síntoma y desaparecen sin tratamiento.

Alrededor de treinta tipos se conocen como HPV genitales debido a que afectan el área genital, de los cuales un gran porcentaje causan cambios en las células del revestimiento del cuello uterino y si no se tratan, éstas células anormales pueden convertirse en células cancerosas, este tipo de cáncer es causado principalmente por el HPV. Otros tipos pueden causar otras enfermedades como verrugas genitales y cambios benignos (anormales pero no cancerosos) en el cuello del útero. Muchos pueden causar resultados anormales en las pruebas de Papanicolau.

El HPV es probablemente más común de lo que mucha gente piensa, en el 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que alrededor de 630 millones de personas en todo el mundo estaban infectadas, estimando así que en 2006 aproximadamente 800 mujeres en todo el mundo morirían diariamente por cáncer de cuello de útero si no se actuaba de forma rápida y precisa. Por otro lado, para el año 2002, la Agencia Internacional para la investigación del Cáncer (IARC), registró 12.516 nuevos casos y 5.777 muertes por este padecimiento en México, es decir, doce mujeres mueren diariamente por cáncer de cuello de útero en México.

Cualquier persona con algún tipo de actividad sexual que implique contacto genital podría contagiarse con este virus, debido a que muchas personas no presentan ningún signo o síntoma y pueden transmitir el virus incluso sin saberlo. El HPV es altamente contagioso, de acuerdo con la OMS, dos terceras partes de las personas que tienen contacto sexual con una persona infectada desarrollarán una infección por este virus en un período de tres meses.

Debido a que el HPV generalmente no presenta ningún signo o síntoma, probablemente muchas personas no están enteradas de que lo tienen. La mayoría de las mujeres se enteran que lo tienen luego de un resultado anormal de la prueba de Papanicolau. Una prueba de Papanicolau es parte de una exploración ginecológica y ayuda a detectar células anormales en el revestimiento del cuello del útero. Los ginecólogos realizan dichas pruebas para detectar y tratar estas células cervicales anormales antes de que puedan convertirse en células precancerosas o cancerosas. Muchas células anormales relacionadas con el HPV y células de cuello de útero cervicales cancerosas pueden tratarse exitosamente si se detectan en una etapa temprana. De hecho, el cáncer de cuello de útero es uno de los cánceres más prevenibles, por eso es importante seguir la recomendación de su médico sobre las pruebas de Papanicolau.

El cáncer de cuello de útero se presenta por un crecimiento anormal de células de la parte inferior del útero o matriz, casi todos los casos de cáncer de cuello uterino pueden comenzar con la infección por el virus del papiloma humano. Aunque no todas las personas que tienen el HPV presentan cáncer de cuello de útero o verrugas genitales, porque en la mayoría de las personas infectadas por el HPV, las defensas del organismo son suficientes para eliminar el virus. Sin embargo, para algunas personas, ciertos tipos de virus pueden dar origen a verrugas genitales o los cambios benignos antes mencionados. Las mujeres que no eliminan ciertos tipos de virus pueden presentar los cambios anormales en el revestimiento del cuello y si éstas células no son detectadas o tratadas a tiempo pueden evolucionar hacia pre-cáncer o cáncer. Frecuentemente el desarrollo del cáncer de cuello de útero puede tardar varios años, aunque en casos raros puede ocurrir en un año, por esta razón la detección temprana es muy importante mediante la consulta con el ginecólogo sobre la prueba de papanicolau, la cual puede ayudar a detectar dichos cambios celulares sospechosos en el cuello del útero.

Para ayudar a prevenir la infección por el HPV genital, hay que evitar cualquier actividad sexual que incluya contacto genital o bien limitar el número de parejas

sexuales. Los preservativos pueden ayudar a reducir el riesgo de contraer una infección de éste tipo, aunque debido a que los mismos no cubren todas las áreas de la región genital, no pueden prevenir la infección por completo.⁷

Como se menciona en párrafos anteriores, la mayoría de las ETS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en muchos casos los problemas de salud que provocan pueden ser más graves en las mujeres. Si una mujer embarazada padece de una ETS, puede causarle graves problemas de salud al bebé; de hecho si ésta contrae la enfermedad *mientras* está embarazada, las consecuencias para ella y su bebé son significativamente más graves y hasta pueden ser mortales. Es importante que las mujeres se den cuenta de los efectos dañinos de éstas enfermedades y sepan cómo protegerse y proteger a sus hijos contra la infección.

Las mujeres pueden sufrir muchas de los mismos efectos de las ETS que las mujeres que no lo están: cáncer cervical y otros tipos de cáncer, hepatitis crónica, enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad y otras consecuencias. Y es importante destacar nuevamente que muchas de las enfermedades que afectan a las mujeres son silenciosas, es decir que se presentan sin mostrar signos o síntomas. Pero además, una mujer embarazada puede también presentar: parto anticipado, ruptura prematura de las membranas que rodean al bebé en el útero e infección uterina después del parto.

Las ETS pueden ser transmitidas de la mujer a su bebé antes, durante o después de su nacimiento.⁸

Los efectos dañinos sobre el bebé pueden incluir: nacimiento de bebés muertos, bebés con bajo peso al nacer, conjuntivitis, neumonía, sepsis neonatal, daño neurológico, ceguera, sordera, hepatitis aguda, meningitis, enfermedad hepática crónica y cirrosis. Algunos de éstos problemas pueden prevenirse si la madre recibe cuidado prenatal de rutina, que incluye: realización de pruebas para detección de infección tempranamente en el embarazo con repetición de dichas pruebas cerca del final del embarazo, si es necesario. Otros problemas pueden ser atendidos si la infección se detecta en el momento del parto.

Las ETS afectan a mujeres de todos los niveles socioeconómicos y educacionales, de cualquier edad, raza, grupo étnico y religión. Así, se recomienda que durante su primera visita prenatal, las mujeres embarazadas se hagan pruebas de detección que incluyan: Clamidia, Gonorrea, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Sífilis. Asimismo, algunos expertos recomiendan que las mujeres que han tenido un parto prematuro en el pasado sean examinadas y reciban tratamiento contra vaginosis bacteriana durante su primera visita prenatal.

Con respecto al tratamiento de éstas enfermedades durante el embarazo, algunas como clamidia, gonorrea, sífilis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana pueden ser tratadas y curadas durante el embarazo. Pero como se mencionó en párrafos anteriores, no hay cura para las enfermedades virales como el herpes genital y el SIDA, aunque el uso de antivirales para las mismas puede reducir los síntomas. Si la mujer tiene lesiones activas del herpes genital al momento del parto, se puede realizar un parto por cesárea para proteger al recién nacido contra la infección. La mujeres cuyas pruebas de detección para la hepatitis B arrojaron resultados negativos, pueden recibir la vacuna contra la hepatitis B durante el embarazo.⁹

Las tasas de incidencia de las ITS siguen siendo altas en la mayor parte del mundo, a pesar de los avances de diagnóstico y terapéuticos que pueden rápidamente hacer a pacientes con muchas ETS NO contagiosos y curar a la mayoría. En muchas culturas,

las costumbres sexuales cambiantes y el uso del anticonceptivo oral, han eliminado las restricciones sexuales tradicionales, especialmente para las mujeres, y tanto los médicos como los pacientes tienen dificultades al tratar abierta y sinceramente los problemas sexuales.

En 1996, la OMS, estimaba que más de un millón de personas se infectaban diariamente. Cerca del 60% de éstas infecciones ocurren entre menores de 25 años, y de éstos, el 30% son menores de 20 años. Entre los 14 y los 19 años, las ETS ocurren con más frecuencia en muchachas que en muchachos en una proporción de casi 2:1; esto se iguala hacia los 20 años. Se estima que 340 millones de nuevos casos de sífilis, gonorrea, chlamydia y de trichomoniasis se dieron en el mundo entero en 1999.

La educación y la orientación apropiadas, tanto antes como en el momento de la selección del MAC, pueden ayudar a las personas a abordar sus problemas específicos y a tomar decisiones informadas y voluntarias. Es preciso hacer todo lo posible para evitar que el costo de los servicios y del método limiten las opciones posibles. Las parejas necesitan superar la información errónea y requieren orientación y estímulo que les ayuden a adoptar sus propias decisiones. Es importante fomentar la conciencia de la maternidad como un asunto de pareja. Para ello, la herramienta fundamental es la **Atención Primaria de la Salud (APS)**, la cual es una estrategia global y revolucionaria que involucra al Sistema Sanitario, a los gobiernos y las sociedades en su conjunto; ella, impulsa un cambio que promueve el desarrollo social y económico, la solidaridad entre países, la equidad y la justicia, y que alcanza una dimensión social y política insoslayable, siendo éste el nivel de análisis que la problemática requiere.

La APS se apoya en la declaración de Alma Ata, de los años 70: "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000". Es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad y de atención de las personas y el conjunto social. No sólo provee servicios de salud, sino que arena las causas últimas (sociales, económicas y políticas) de la ausencia sanitaria.¹⁰

En su visión integra la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Su misión consiste en extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia –con sus saberes y cultura- y la medicina científica. Esta estrategia debe promover una distribución más justa de los recursos.

La promoción de la salud requiere de la toma de decisiones del Estado que comprometen a todos los sectores sociales. Exige ciudadanos activos que dejen de ser receptores pasivos, implica el cuidado de la salud, noción que tiene una connotación mucho más amplia e integral que la de "atención". Implica relaciones horizontales, simétricas y participativas; no se aísla en un programa o en un servicio específico, sino que es intersectorial. De éste modo se exige que las instituciones y personas tengan como objetivo lograr el más alto nivel de salud posible para la población y los grupos más vulnerables y que definan acciones y recursos para lograrlo.

La intersectorialidad implica integrar, sin descuidar las funciones sustantivas de cada sector, nuevos saberes e involucrar a personas e instituciones, con independencia de relaciones jerárquicas, que dan por resultado una estructura organizacional abierta, flexible, funcional, con alta capacidad de adaptación a objetivos socio-comunitarios.

La Atención Primaria de la Salud sólo es posible si se asienta sobre los principios de respeto a los derechos humanos, equidad y justicia social.

Se reconocen ocho componentes esenciales que conforma los ejes sobre los cuales se desarrollan los programas y actividades, éstos son:

- Cobertura total
- Adecuación del recurso humano
- Participación social
- Articulación intersectorial
- Programación integral por necesidades
- Tecnología apropiada
- Nuevas modalidades de organización
- Reorientación del financiamiento sectorial

El propósito de la Atención Primaria de la Salud consiste en mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud, por medio de la visita periódica domiciliaria del agente sanitario, con apoyo continuo y sistemático de la consulta médica programada y con todas las prestaciones incluidas en los Programas de Salud, coordinando intra y extra sectorialmente en pos del bienestar comunitario.

La estrategia APS es implementada por el Ministerio de Salud de la Nación.

Para lograr esta participación social, uno de los componentes más importantes de APS es la **Educación para la Salud (EPS)**, la que ha sido considerada como uno de los campos de innovación de la Reforma Educativa y cobra cada vez mayor importancia. Debemos destacar aquí que la Educación para la Salud es el MAYOR pilar de APS y una de las tareas más importantes del rol de Enfermería.

Sin embargo, la EPS es una práctica antigua aunque ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud. De un "concepto de salud" como no-enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como la globalidad dinámica del bienestar físico, psíquico y social.

El paso del "concepto negativo" de la salud a una "visión positiva" a conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces. Paralelamente se ha producido un cambio terminológico: de la tradicional denominación de Educación Sanitaria a la actual Educación para la Salud.

Así pues, la EPS, que tiene como objetivo mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde dos perspectivas:

- Preventiva
- De Promoción de la Salud

Desde el punto de vista **preventivo**, capacitando a las personas para evitar problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias.

Desde una perspectiva de **promoción de la salud**, capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludables.¹¹

Todo esto nos demuestra que educar a la población sobre los aspectos relacionados con la **salud sexual y reproductiva** es de gran importancia, y que los profesionales de la salud debemos llevarla a la práctica día a día mediante un proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar a las personas y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud.

Así, debe facilitarse a los individuos información u servicios que les ayudarán a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las ETS

y, en consecuencia, el riesgo de la infecundidad. Ello debería combinarse con la educación de los hombres para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo tocante a la sexualidad y la procreación.

El objetivo de la educación sobre sexualidad es ayudar a las parejas a desarrollar el conocimiento, la autonomía y las habilidades –tales como la comunicación, la toma de decisiones y la negociación- para hacer la transición por la etapa sexual activa gozando de una buena salud sexual. La educación sobre la sexualidad incluye información sobre la anatomía y fisiología, la pubertad, el embarazo y la ETS, incluyendo el HIV/SIDA. Pero también aborda las relaciones y emociones implicadas en la experiencia sexual. Toca el tema de la sexualidad como una parte natural, íntegra y positiva de la vida. Promueve la igualdad de género, la autoestima y el respeto por los derechos de los demás. Esta información debe darse de forma clara y con naturalidad.

Para la OMS salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores, y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Este concepto incluye la ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual y perturben las relaciones sexuales. Siempre conforme con una ética personal y social.

La salud sexual o una sexualidad sana es condición fundamental y básica para la auténtica salud mental.

De estas manera queda claro que la EPS es un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de servicios y que refuerza conductas positivas.

Por esto el papel que juega Enfermería con el resto del equipo de salud es fundamental, porque tiende a disminuir los riesgos y promover un estado de bienestar físico y sexualmente sano, utilizando como herramienta para llegar a la comunidad la EPS a través de estrategias de intervención. Aún dentro de una misma ciudad existen realidades diferentes que necesitan distintos modos de aproximación para solucionar sus problemas o cubrir sus necesidades, no es lo mismo una comunidad urbana que una rural, una que cuente con los avances científicos tecnológicos que aquellas que no los posea; porque conocemos, respetamos y comprendemos estas dificultades es que sostenemos la necesidad de intervención de un equipo de salud multidisciplinario en el campo de la educación sexual sistemática, que abarque el tema de la sexualidad en las instituciones educativas de todo orden, con una modalidad interdisciplinaria respecto de la tarea a desarrollar en forma planificada, haciéndose a cargo tanto de los aspectos informativos como formativos.

El equipo de salud deberá estar integrado por profesionales altamente capacitados: enfermeros, médicos clínicos, gineco-obstetras, psiquiatras, psicopedagogos y trabajadores sociales actuando como equipo de **prevención primaria**.

Lo expuesto nos lleva a afirmar que Enfermería ocupa un lugar de preferencia para asumir el liderazgo en ésta problemática dentro de la comunidad. Nuestro lugar en lo referente a actividades de promoción y prevención de la salud comienza con el primer nivel de atención, proporcionando información y educación sobre sexualidad y anticoncepción en forma pertinente, veraz y adecuada. Es por ello que el rol de educador que desempeña el personal de Enfermería es fundamental, para poder dar soluciones reales y aplicables, ya que se transforma en el nexo entre el paciente, su familia y el equipo de salud.

Pero para poder ejercer efectivamente la Educación Sexual, primero es necesario plantearse la diferencia que existe entre informar y educar. Así puede haber una buena información sobre sexo y sexualidad y no haber educación o, por el contrario, una pobre y aún distorsionada información, con educación. Informar es enterar,

formar, perfeccionar por medio de la instrucción, acerca de los aspectos orgánicos y fisiológicos de un aparato tan importante como el genital, involucrando sus implicancias. Educación sexualmente, en este caso, es encaminar, dirigir facultades intelectuales y morales a través del ejemplo de preceptos, de estímulo, entre ellos el estudio. Todo esto le permitirá conocer, aprender, analizar y aceptar o sintetizar un concepto que introduce y lo hace suyo y utiliza, produciendo así la incorporación de pautas de conductas, las que se funcionarán con las matrices de su propia personalidad. Los mensajes no son verbales, los ejemplos diarios, etc., son los estímulos que provocan, promueven, logran y forman la educación.

Coincidimos que el personal de Enfermería como parte integrante del equipo de salud deberá estar capacitado para desempeñar el rol educador, clarificar sus conceptos en torno a lo sexual, a no tomar posturas, a tener una visión más integral de lo sexual, a desarrollar métodos y estrategias adecuadas para la educación sexual, revisando permanentemente tanto sus actitudes y conocimientos, como los materiales que utilizará en todo el ámbito de su accionar educativo.

El desafío entonces para el personal de enfermería es dar a conocer en los niveles de atención primaria lo referente a Salud Reproductiva y Enfermedades de Transmisión Sexual, como así también sus factores de riesgo, para que las personas, llegado el momento, se encuentren educados e informados al respecto, para accionar así en forma reflexiva y responsable. Lo que se intenta es educar para la vida.

Es por lo que consideramos importante el estudio de investigación que aquí presentamos.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio:

- Descriptivo: trabaja sobre una realidad de hecho y especifica las propiedades importantes de las personas y el fenómeno (variables) sometidos a análisis para luego medirlas con el fin de llevar a cabo un diagnóstico de los mismos.
- Correlacional: también tiene como propósito medir el grado de relación e interacción que existe entre dos o más variables entre sí, posteriormente, ésta correlación se somete a análisis, pudiendo ser positiva o negativa. Así, permite anticipar cómo se comportará una variable por medio de los cambios que sufra la otra.
- Transversal: apunta a un momento y tiempo definido.

Área de Estudio:

El Centro de Salud N° 16 es el cabecera de la provincia de Mendoza, y está ubicado entre las calles Alpatacal y Chile del distrito Villa Nueva, perteneciente al departamento de Guaymallén en dicha provincia.

Se trata de una zona tranquila, familiar, con permanente movimiento de adolescentes debido a la existencia de varias escuelas en la vecindad.

El horario de atención del efector de salud es de lunes a viernes de 7 a 20 horas, con una extensión horaria hasta las 22 horas con el único funcionamiento del Servicio de Guardia; y los días sábados de 7 a 12 horas. Además, los sábados y domingos, se encuentra disponible el servicio de Guardia únicamente y el horario es de 7 a 22 horas. Al resto de las especialidades se accede con turno, el cual se otorga de lunes a viernes en Mesa de Entradas y los pacientes son atendidos al día siguiente; también se dan turnos diferidos, con un período de por lo menos una semana.

Está dirigido por la Dra. Ester Simón, y en Enfermería, la Jefatura está a cargo de la Sra. María Elena Brunner.

El Centro se encuentra muy enriquecido con respecto a las múltiples especialidades que posee: Guardia de Enfermería, Vacunación, Ginecología, Pediatría, Odontología, Guardia Médica, Dermatología, RX, Laboratorio, Anatomía Patológica, Bacteriología, Clínica Médica, Cardiología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Nutrición, Psicología y Psiquiatría. Además ofrece estudios diagnósticos como: Ecografía, Papanicolau y Colposcopia, Electrocardiograma y Análisis Clínicos, entre otros.

La cobertura del ya mencionado efector de salud no sólo abarca a la población que se encuentra dentro de los límites espaciales del mismo, sino que también se reciben pacientes "referidos" de los otros Centros de Salud de la provincia, esto se produce por ser el CABECERA como antes se mencionó, y poseer varias especialidades sumadas a las de Atención Médica Ambulatoria, como en los otros centros.

El grupo poblacional que acude al Centro de Salud N° 16 está compuesto por familia que provienen de las zonas que colindan el centro, ciudadanos del norte argentino y bolivianos. El nivel socioeconómico de esta población es medio-bajo y bajo, las familias cuentan con los recursos justos o en déficit.

Enfocándonos ahora en las características de relevancia del Servicio escogido para llevar a cabo el estudio, Ginecología, podemos decir que cuenta con: dos consultorios equipados con camilla de parto, ecosounder, carro para papanicolau y colposcopia, escritorio y placard para la medicación. Además posee un office de Enfermería equipado con: balanza clínica de pie, tensiómetro, estetoscopio, caja de parto y material descartable. Con respecto al personal médico, cuenta con tres especialistas

que atienden de lunes a sábados en el turno mañana y de lunes a viernes en el turno tarde, ocupando dos profesionales para el turno mañana y uno para el de la tarde. Al adentrarnos en el personal de Enfermería encontramos que: cuatro enfermeros ejercen su labor en todo el establecimiento por turno, así, cada uno debe hacerse cargo de más de una especialidad, de esta manera, el enfermero de Ginecología, también se encarga de los servicios de Clínica Médica, Odontología y Otorrinolaringología. Agregamos aquí que hay ocho enfermeros en todo el establecimiento de los cuales dos son licenciados y el resto profesionales, ninguno tiene un sector asignado formalmente, sino que se van rotando por los diferentes servicios; y sus turnos son de siete horas: en el de mañana de 7 a 14 horas, y en el turno tarde, de 13 a 20 horas. El Servicio de Ginecología brinda su atención con una capacidad de 8 a 16 mujeres por profesional por día, sin separar por días, turnos o profesionales a las mujeres teniendo en cuenta la atención que requieren, es decir, en un mismo turno, un mismo profesional atiende: control de embarazo, control de puerperio, papanicolau y colposcopia, control de menopausia, control de mujer en edad reproductiva, etc.

Enfermería recibe la lista con turnos del día y llama una a una de las pacientes embarazadas, previo a ingresar al consultorio para controlar talla, peso y tensión arterial. En caso de ser la primer visita, antes de realizar el control se llena una ficha con todos los datos personales de la embarazada y los referentes a su historia reproductiva, esta ficha constituye la Historia Clínica Reproductiva de la mujer y en ella quedan asentados los distintos métodos anticonceptivos usados en el último año, así como si el embarazo fue programado o no.

En estas consultas se hace énfasis en el seguimiento del embarazo desde la concepción hasta el nacimiento, la captación precoz y el seguimiento de embarazos de riesgo, así como promoción de la lactancia materna.

Las Historias Clínicas Reproductivas arrojan datos alarmantes con respecto al gran número de casos de adolescentes y adultas jóvenes no primípara con embarazos no deseados. Esta circunstancia nos motivó a indagar sobre el tipo de métodos anticonceptivos que utilizan las mujeres de ésta comunidad, ya que esta problemática no debería observarse en población bajo programa. Por otro lado, creemos de suma importancia investigar acerca de los factores asociarse, debido a que los hallazgos pueden ser de suma utilidad para replantear y mejorar tanto los objetivos como las acciones de equipo de salud que se desempeña en dicho Organismo del Gobierno.

Universo:

En el Servicio que abordamos, se atiende una totalidad mínima de 500 pacientes, de las cuales aproximadamente el 50% cumple con las características que buscamos. Así, el universo está conformada por un total de 250 pacientes, es decir todas las pacientes que asistan a consulta ginecológica y que tienen entre 15 y 30 años, durante los meses de diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

Muestra:

Se trabajará con un subconjunto de la población, conformado por un 20 % del Universo, ya que presenta muchas dificultades trabajar con el mismo en su totalidad, tanto en lo referente a costo como a manipulación.

Unidades de Análisis:

Serán sujetos de estudio y fuentes de información:

- cada una de las pacientes que asistan al Servicio seleccionado en los lapsos de tiempo pautados y que reúnan las características que basan nuestra investigación.

Selección de Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos consisten en:

- 1) **Observación:** llevada a cabo durante la primer visita al campo, para obtener información que permite realizar la descripción del lugar físico y del medio ambiente humano.
- 2) **Entrevistas Personales** a las pacientes del Servicio anteriormente mencionado, sujetos de estudio.

El instrumento de recolección de datos que consideramos más adecuado consiste en encuestas semiestructuradas, anónimas y de preguntas cerradas destinadas a las pacientes del Servicio en cuestión. Dichas encuestas se confeccionarán utilizando como base la Operacionalización de Variables de manera que sea posible estudiar las mismas en la realidad.

Fuentes de Información:

Los datos recolectados serán obtenidos a partir de **Fuentes Primarias**, es decir que serán brindados por las mismas personas involucradas en el tema sobre el mismo terreno en estudio.

Planificación de la Recolección de Datos:

- **Autorización:** A la Dra. Ester Simón, directora del Centro de Salud N° 16.
- **Recursos:** Tanto los recursos humanos como así también los financieros, materiales y temporales que harán factible el estudio estarán a cargo de los investigadores.

Procesamiento de la Información:

Una vez que se hayan obtenido los datos necesarios, éstos serán codificados y volcados en una matriz de datos, a partir de la cual se procederá a tabular los mismos, es decir que serán presentados en tablas de doble entrada con su correspondiente relación numérica. Posteriormente se confeccionarán gráficos de torta y barras que representarán dichas tablas.

Plan de Análisis:

Consiste en el análisis e interpretación de la información, así como el establecimiento de relaciones entre las distintas variables y dimensiones de manera univariada y divariadas.

A partir de éste análisis se elaborarán las conclusiones.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS MUJERES

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS MUJERES	EDAD	15 a 20	
		21 a 25	
		26 a 30	
	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primaria Completa	SI
			NO
		Secundaria Completa	SI
			NO
		Terciaria Completa	SI
			NO
	RELIGIÓN	Católica	SI
			NO
		Evangélica	SI
			NO
	Testigos de Jehová	SI	
		NO	
Otra	SI		
	NO		
TIPO DE VÍNCULO	Parejas Ocasionales	SI	
		NO	
	Noviazgo	SI	
		NO	
Concubinato	SI		
	NO		
Casada	SI		
	NO		
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Número de Hijos	Ninguno	
		1 a 2	
		3 o Más	
Número de embarazos	Ninguno		
	1 a 2		
	3 o Más		
Número de Abortos	Ninguno		
	1 a 2		
	3 o Más		

CONOCIMIENTO
SOBRE LOS
MÉTODOS
ANTICONCEPTIVO

TIPOS DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS
QUE CONOCE

- Orales Combinados de Dosis Baja { SI
NO
- Orales sólo de Progestágeno { SI
NO
- Inyectable { SI
NO
- Condomes { SI
NO
- Dispositivo Intrauterino { SI
NO
- Basados en el Conocimiento de la Fertilidad { SI
NO

BENEFICIOS DE
LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS

- Evitar las Enfermedades de Transmisión sexual { Siempre
Casi Siempre
Nunca
- Evitar los Embarazos no Deseados { Siempre
Casi Siempre
Nunca
- Evitar Abortos { Siempre
Casi Siempre
Nunca
- Derecho a decidir cuándo tener hijos { Siempre
Casi Siempre
Nunca
- No sabe

MÉTODO
ANTICONCEPTIVO
QUE USA

- Orales Combinados { Siempre
Casi Siempre
Nunca
- Orales de Progestágeno { Siempre
Casi Siempre
Nunca
- Inyectable { Siempre
Casi Siempre
Nunca
- Condomes { Siempre
Casi Siempre
Nunca
- Dispositivo Intrauterino { Siempre
Casi Siempre
Nunca
- Basado en el Conocimiento de la de la Fertilidad { Siempre
Casi Siempre
Nunca

CONOCIMIENTO
SOBRE LOS
MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS

PERMANENCIA EN EL MÉTODO	Menos de 6 meses	Siempre	
		Casi Siempre	
Más de 6 meses	Nunca		
	Siempre		
RAZÓN DE ABANDONO DEL MÉTODO ANTERIOR	Intolerancia Física	Casi Siempre	
		Nunca	
		Siempre	
	Falta de Adaptación	Casi Siempre	
Nunca			
Uso inadecuado por falta de conocimiento	Siempre		
	Casi Siempre		
	Nunca		
Deseo de Embarazo	Siempre		
	Casi Siempre		
MODO DE ELECCIÓN	Toma de Decisión	Por sí sola	
		Siempre	
		Casi Siempre	
		Nunca	
		Siempre	
	Conjuntamente con su pareja	Casi Siempre	
		Nunca	
	Impuesta por el Médico	Siempre	
		Casi Siempre	
	Aconsejada por Enfermera	Nunca	
		Siempre	
	Aconsejada por familiar	Casi Siempre	
		Nunca	
	Tipo de Informante (Consultor)	Médico	Siempre
			Casi Siempre
Nunca			
Enfermera		Siempre	
		Casi Siempre	
Pareja		Nunca	
		Siempre	
Familiar		Casi Siempre	
	Nunca		
Información por parte de Enfermería	Charlas Informales	SI	
		NO	
	Charlas Grupales	SI	
		NO	
	Talleres Prácticos	SI	
NO			
Otros	SI		
	NO		

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS MUJERES

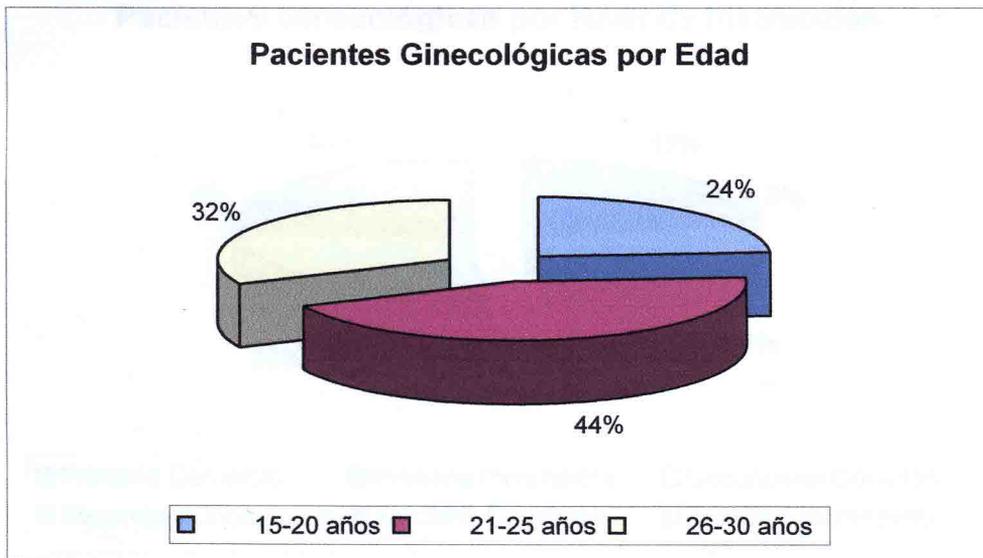
TABLA N°1

Edad de las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16

Edad de las pacientes	F. Absoluta	F. Relativa
15-20 años	12	24
21-25 años	22	44
26-30 años	16	32
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°1



Comentario: Se puede observar que el 44% de la población estudiada posee entre 21 y 25 años, mientras que el 32% de la misma se encuentra entre 26 y 30 años y el 24% tiene entre 15 y 20 años. Esto señala mayor concurrencia al servicio por las mujeres de 21 a 25 años.

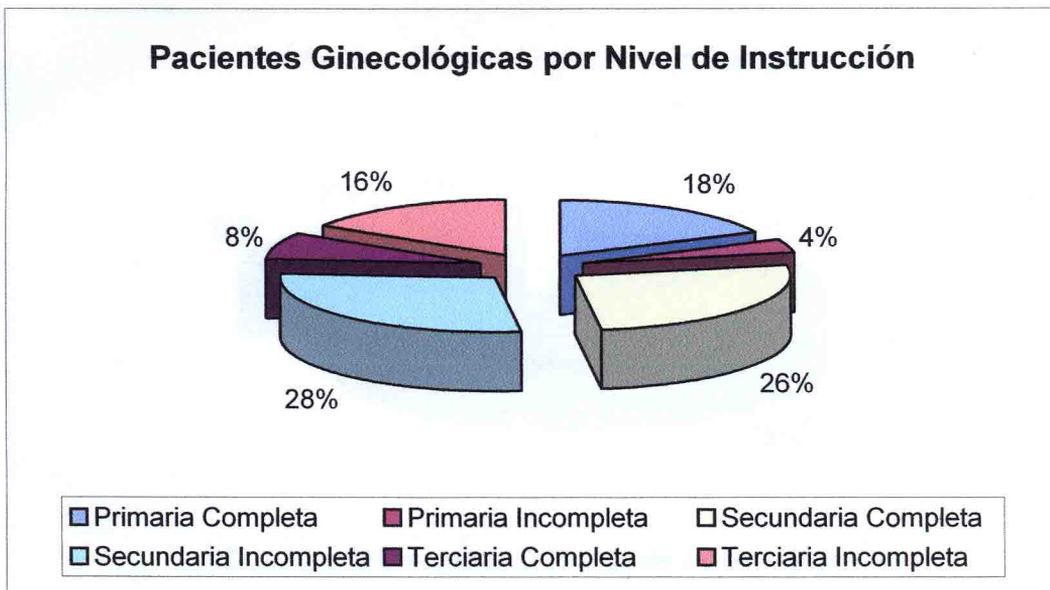
TABLA N°2

Nivel de Instrucción de las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16

Nivel de Instrucción	F. Absoluta	F. Relativa
Primaria Completa	9	18
Primaria Incompleta	2	4
Secundaria Completa	13	26
Secundaria Incompleta	14	28
Terciaria Completa	4	8
Terciaria Incompleta	8	16
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°2



Comentario: Los datos revelan que el 18% corresponde a pacientes con Primaria Completa, el 4% a pacientes con Primaria Incompleta, 26% con Secundaria Completa, 28% con Secundaria Incompleta, el 8% posee Terciaria Completa y finalmente un 16 de las pacientes con Terciaria Incompleta. Así, los mayores porcentajes son ocupados mujeres con Secundaria Incompleta y Completa, mientras que los menores con Primaria Incompleta y Terciaria Incompleta.

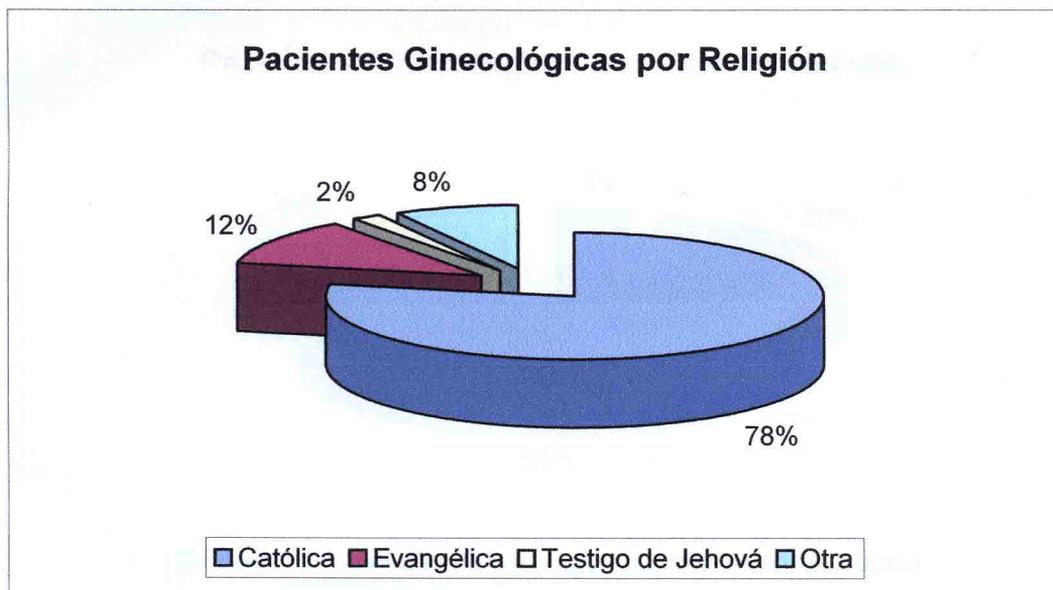
TABLA N°3

Religión de las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16

Religión	F. Absoluta	F. Relativa
Católica	39	78
Evangélica	6	12
Testigo de Jehová	1	2
Otra	4	8
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°3



Comentario: Se puede visualizar que el 78% de la población en estudio pertenece a la religión Católica, el 12% a la Evangélica, el 2% a Testigos de Jehová y el 8% a otra religión. Se evidencia entonces el predominio de la religión Católica.

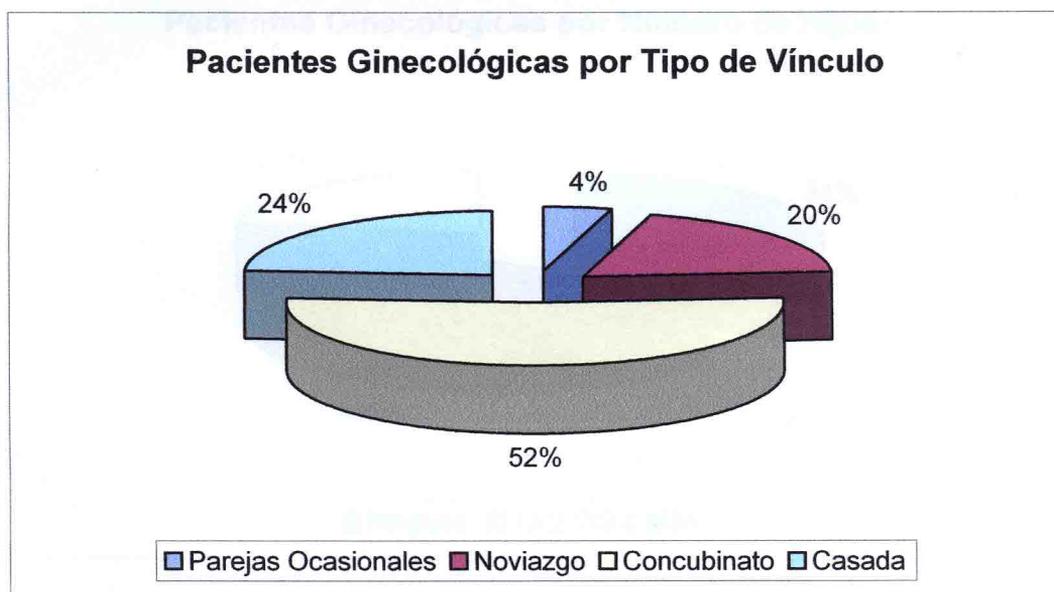
TABLA N°4

Tipo de Vínculo de las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16

Tipo de Vínculo	F. Absoluta	F. Relativa
Parejas Ocasionales	2	4
Noviazgo	9	20
Concubinato	24	52
Casada	11	24
TOTAL	46	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°4



Comentario: los datos revelan un 52% de pacientes que conviven con sus parejas, un 24% de las mismas que están casadas, el 20% están en noviazgo y finalmente el 4% tiene parejas ocasionales. De esta manera el mayor porcentaje es ocupado por el concubinato, y el menor por las parejas ocasionales.

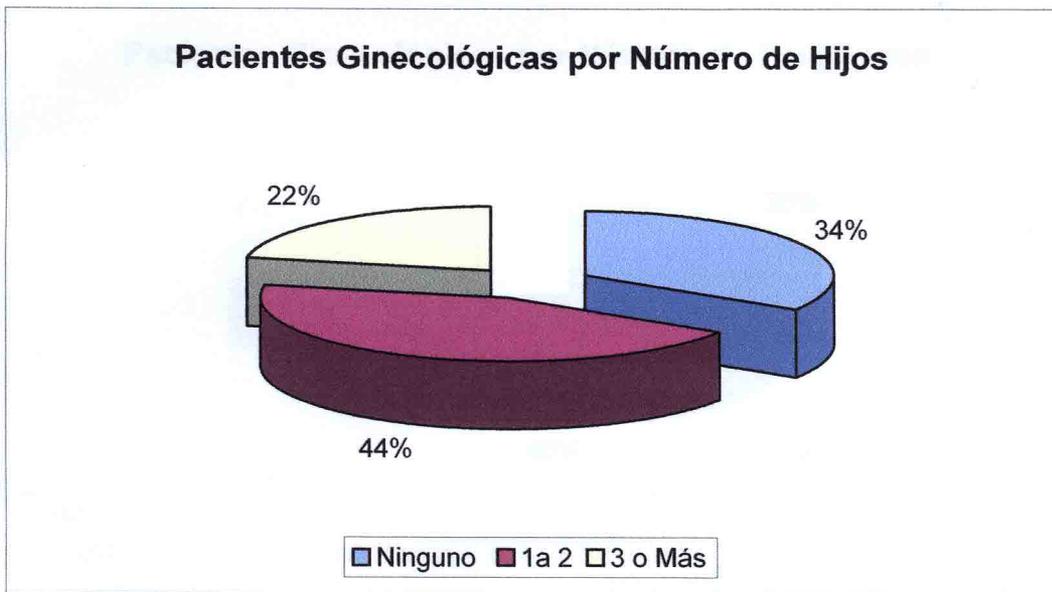
TABLA N°5: Antecedentes Obstétricos

Número de Hijos de las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16

N° de Hijos	F. Absoluta	F. Relativa
Ninguno	17	34
1a 2	22	44
3 o Más	11	22
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°5



Comentario: Se puede observar que el 44% de las pacientes tienen de 1 a 2 hijos, le siguen las que no tienen ningún hijo con el 34% y finalmente el 22% tienen 3 hijos o más. Esto señala un gran porcentaje de mujeres con 1 a 2 hijos.

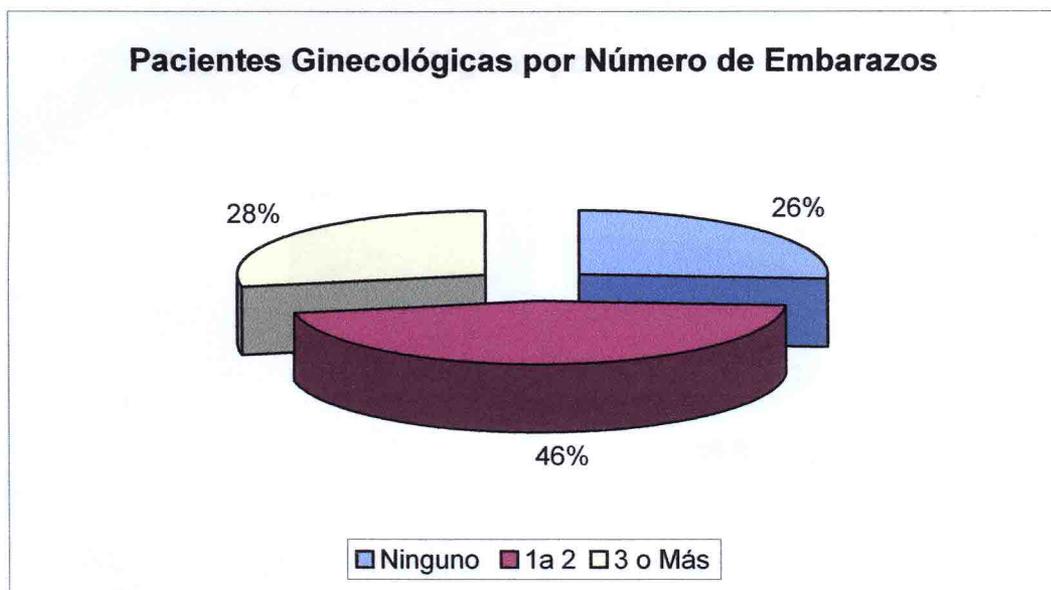
TABLA N°6: Antecedentes Obstétricos

Número de Embarazos de las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16

N° de Embarazos	F. Absoluta	F. Relativa
Ninguno	13	26
1a 2	23	46
3 o Más	14	28
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°6



Comentario: Los datos revelan que un gran porcentaje, el 46% de estas mujeres tienen entre uno y dos hijos, mientras que, casi con valores similares las pacientes no tienen hijos y las que tienen más muestran valores de 26 y 28% respectivamente.

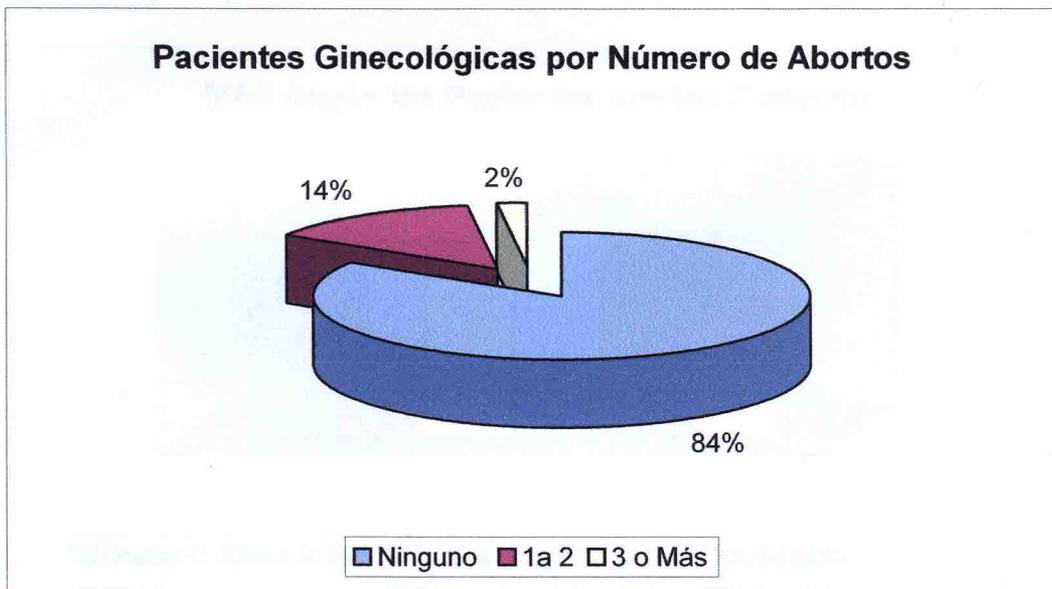
TABLA N°7: Antecedentes Obstétricos

Número de Abortos de las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16

N° de Abortos	F. Absoluta	F. Relativa
Ninguno	42	84
1a 2	7	14
3 o Más	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°7



Comentario: Podemos visualizar aquí que el 84% de las unidades de análisis no han sufrido ningún Aborto, un 14% perdió de una a dos gestaciones y finalmente, sólo el 2% de las mismas tuvo tres abortos o más. Se evidencia de esta forma el predominio de las pacientes con ausencia de Abortos.

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

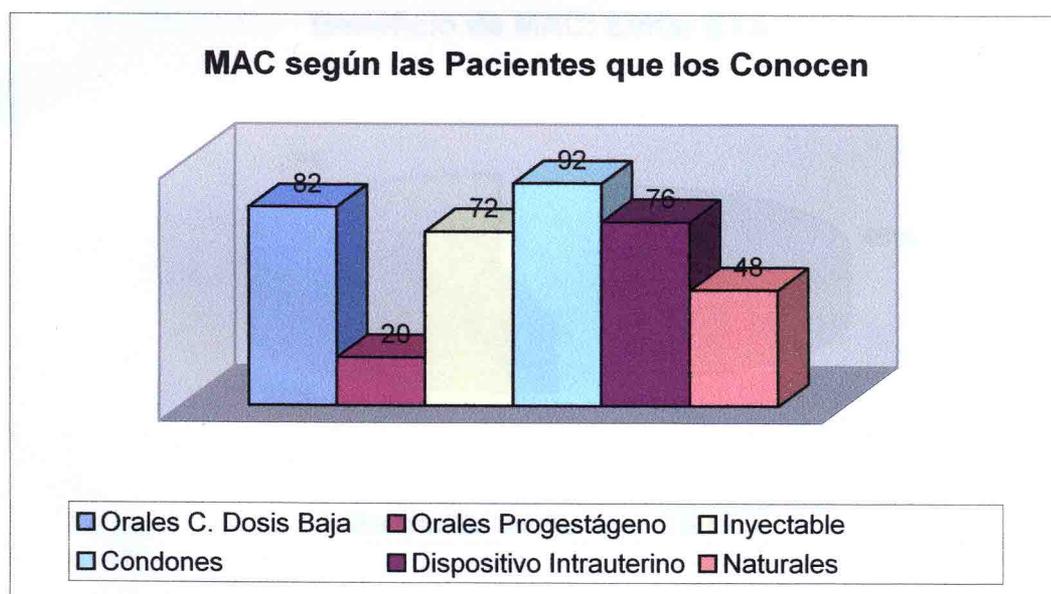
TABLA N°8

Tipos de Métodos Anticonceptivos que conocen las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16

Tipos de MAC	F. Relativa	F. Absoluta
Orales C. Dosis Baja	82	41
Orales Progestágeno	20	10
Inyectable	72	36
Condomes	92	46
Dispositivo Intrauterino	76	38
Naturales	48	24

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°8



Comentario: Los datos muestran que un 92% de las pacientes en estudio conocen los condones, un 82% los Anticonceptivos Orales de Dosis Baja, le siguen el Dispositivo Intrauterino con el 76%, luego el Inyectable con 72%, un 48% conoce los Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad (Naturales) y por último, tan sólo un 20% de las pacientes conocen los Anticonceptivos Orales sólo de Progestágeno.

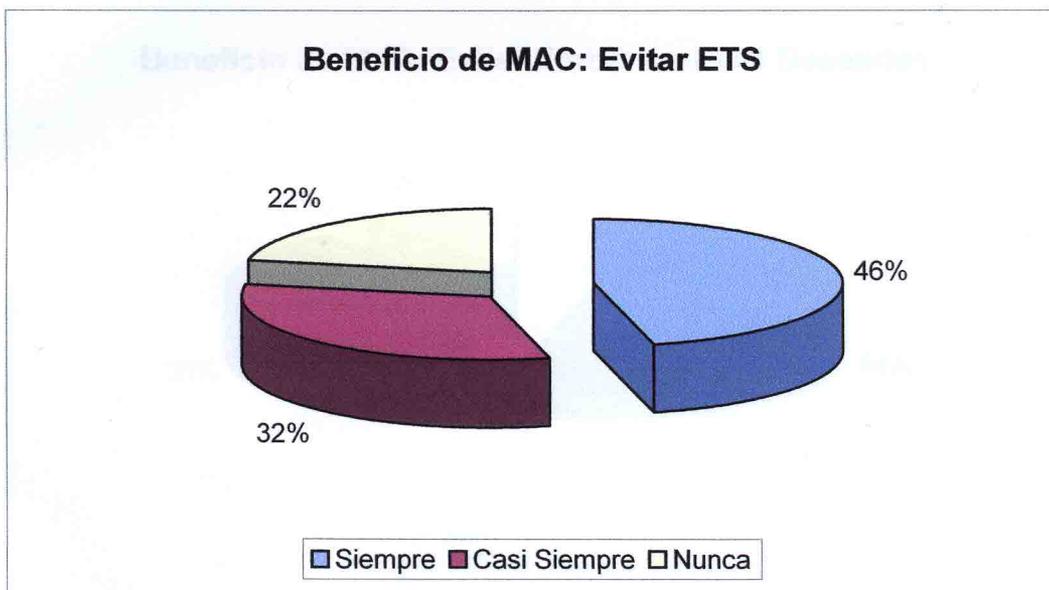
TABLA N°9: Beneficios de los Métodos Anticonceptivos

1) Evitar Enfermedades de Transmisión Sexual

Beneficio N°1	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	23	46
Casi Siempre	16	32
Nunca	11	22
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el periodo diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°9



Comentario: Se puede observar que un 46% de las Unidades de Análisis considera que los Métodos Anticonceptivos Siempre protegen contra las Enfermedades de Transmisión Sexual, Un 32% cree que Casi Siempre este es un Beneficio de los Métodos, y un 22% asegura que Nunca cuentan con esta protección. Esto señala la gran cantidad de personas que creen que por usar cualquier método se encuentran siempre protegidas contra este tipo de Enfermedades.

TABLA N°10: Beneficios de los Métodos Anticonceptivos
2) Evitar los Embarazos NO Deseados

Beneficio N°2	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	27	54
Casi Siempre	18	36
Nunca	5	10
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°10



Comentario: Los datos revelan que un 54% de las Pacientes estudiadas considera que Evitar los Embarazos no deseados es Siempre un beneficio de los Métodos Anticonceptivos, un 36% piensa que Casi Siempre y el 10% restante que Nunca los Métodos brindan este favor. Así, el mayor porcentaje corresponde a mujeres que consideran la respuesta adecuada.

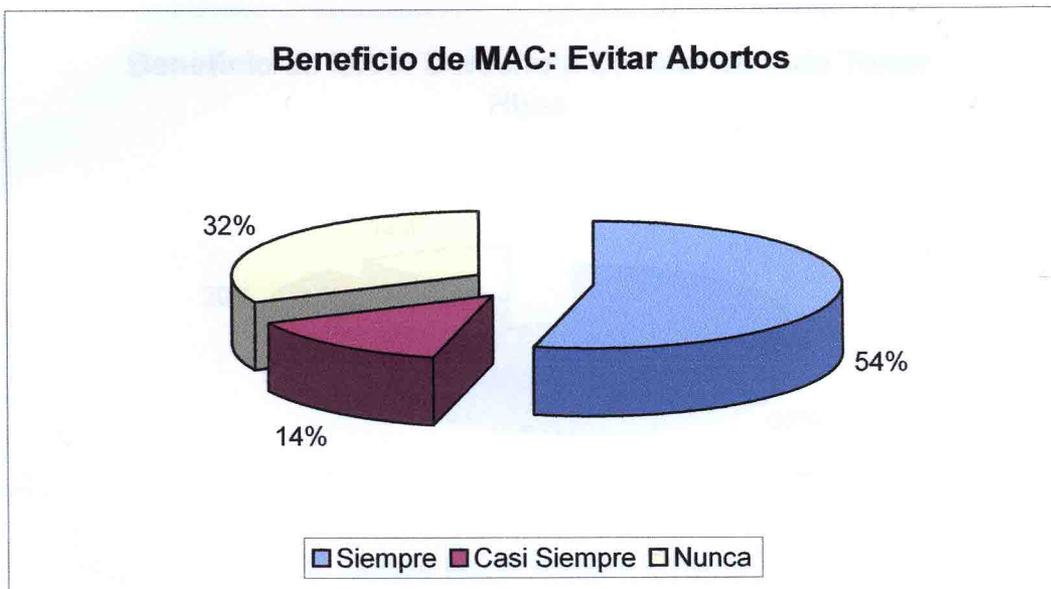
TABLA N°11: Beneficios de los Métodos Anticonceptivos

3) Evitar Abortos

Beneficio N°3	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	27	54
Casi Siempre	7	14
Nunca	16	32
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el periodo diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°11



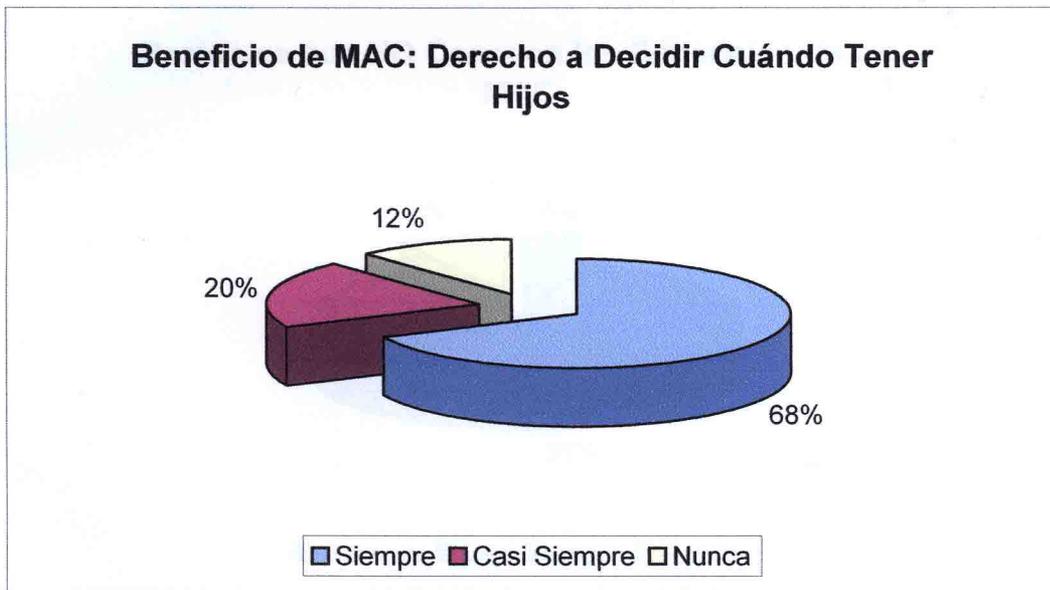
Comentario: Podemos visualizar que el 54% de las pacientes ginecológicas cree que los Métodos Anticonceptivos Siempre evitan Abortos, el 32% que Nunca brindan este beneficio y finalmente el 14% está convencido de que Casi Siempre lo hacen. Se evidencia el predominio de las mujeres que escogen acertadamente la respuesta

TABLA N°12: Beneficios de los Métodos Anticonceptivos
4) Derecho a Decidir Cuándo Tener Hijos

Beneficio N°4	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	34	68
Casi Siempre	10	20
Nunca	6	12
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°12



Comentario: Los datos muestran que el 68% de las Unidades de Análisis confía en que Siempre el Derecho a Decidir Cuándo Tener Hijos es un Beneficio de los Métodos Anticonceptivos, mientras que el 20% lo considera Casi Siempre y sigue el 12% con la idea de que Nunca se encuentran beneficiadas con el mismo. De esta manera, el mayor porcentaje opta por la opción certera.

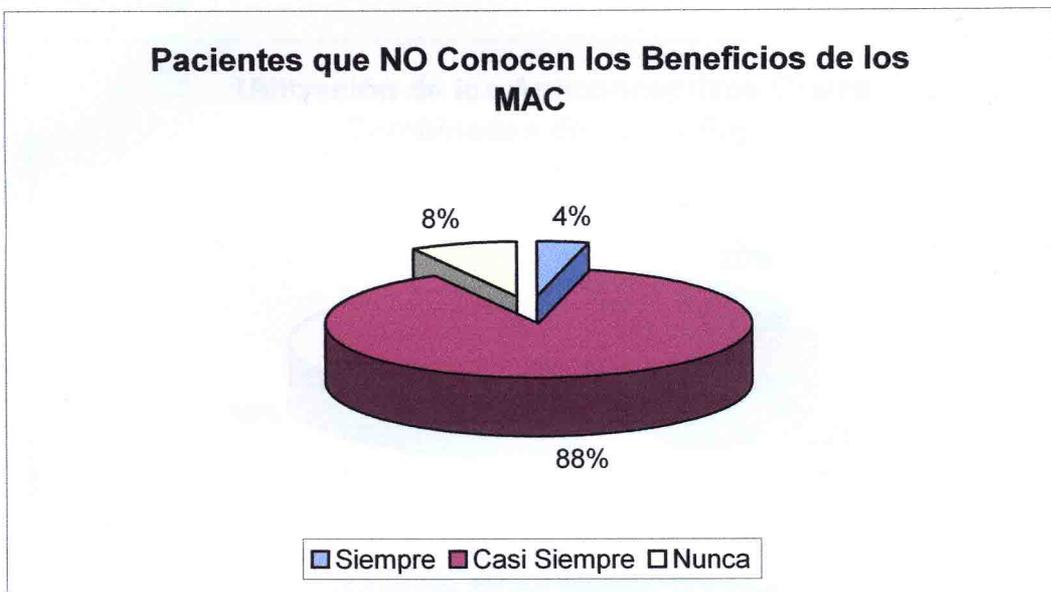
TABLA N°13: Beneficios de los Métodos Anticonceptivos

5) No Sabe

NO Sabe	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	2	4
Casi Siempre	44	88
Nunca	4	8
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°13



Comentario: Se puede observar que el 88% de las unidades de análisis Casi Siempre No conocen los Beneficios de los Métodos Anticonceptivos, mientras que el 8% de las mismas Sí los conocen por Completo y finalmente el 4% no conoce ninguno de los beneficios. Esto señala que el porcentaje que predomina es el de las unidades que reconocieron entre uno y tres de los cuatro beneficios ofrecidos.

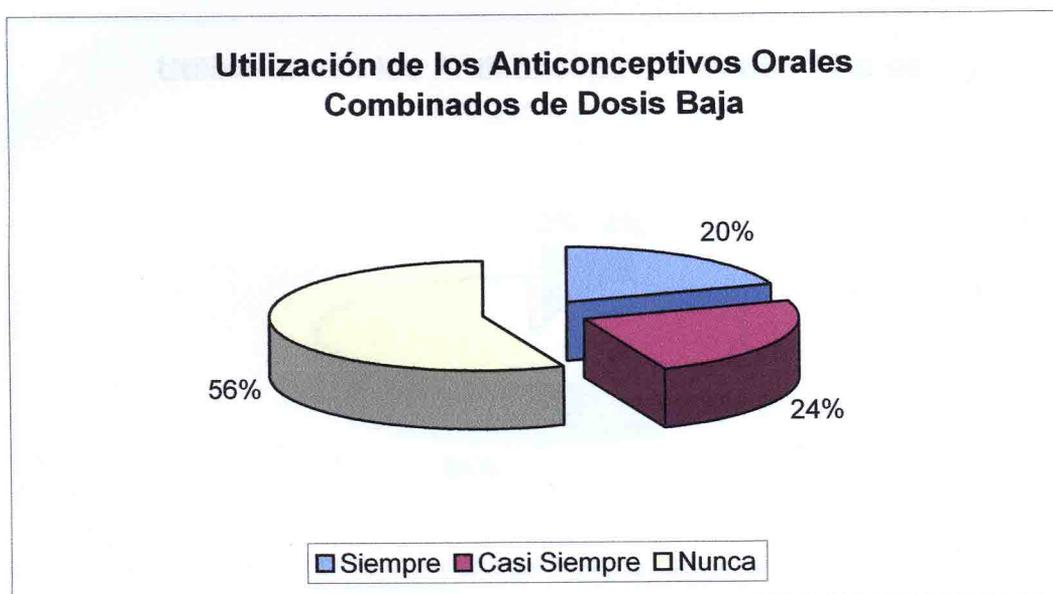
TABLA N°14: Métodos Anticonceptivos que USAN las Pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16.

1) Orales Combinados de Dosis Baja (OC de DB)

OC de DB	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	10	20
Casi Siempre	12	24
Nunca	28	56
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°14



Comentario: Los datos revelan que el 55% de las pacientes en estudio Nunca han usado los Anticonceptivos Orales Combinados De Dosis Baja, el 24% los han usado alguna vez pero no es el Método que usan en la Actualidad o lo Combinan con otro Método, y finalmente el 20% lo ha usado siempre y continúa haciéndolo en la actualidad. Así, el menor de los porcentajes corresponde a pacientes que lo utilizan.

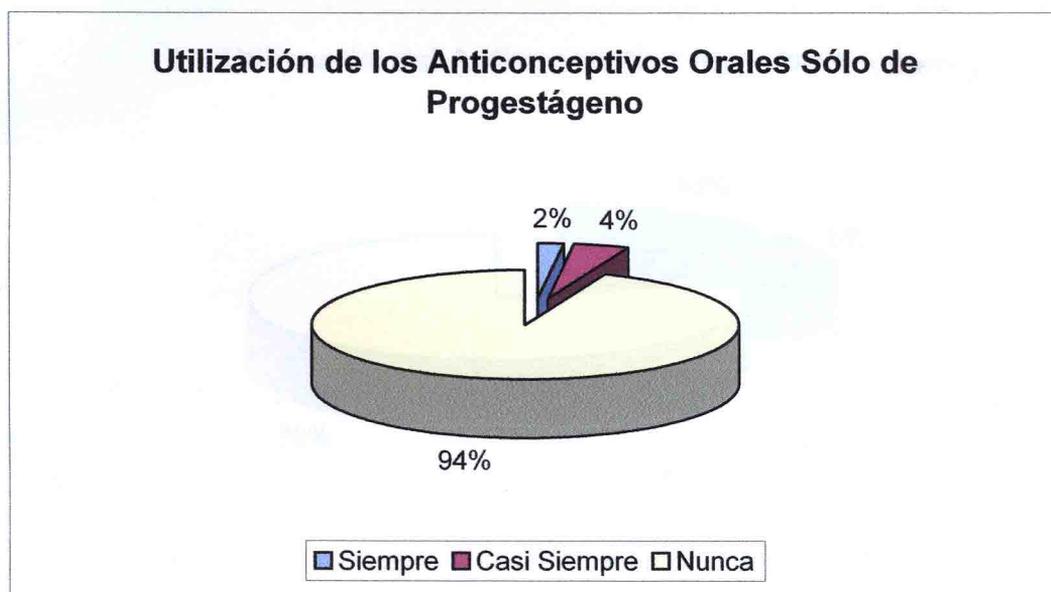
TABLA N°15: Métodos Anticonceptivos que USAN las Pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16.

2) Anticonceptivos Orales Sólo de Progestágeno

Orales sólo de Proges.	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	1	2
Casi Siempre	2	4
Nunca	47	94
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°15



Comentario: Podemos visualizar que el 94% de las mujeres analizadas Nunca ha Usado como Método Anticonceptivo los Orales Sólo de Progestágeno, el 4% lo ha usado alguna vez, pero no continúa haciéndolo en la actualidad y el 2% restante lo utiliza en la actualidad como única manera de prevenir un embarazo.

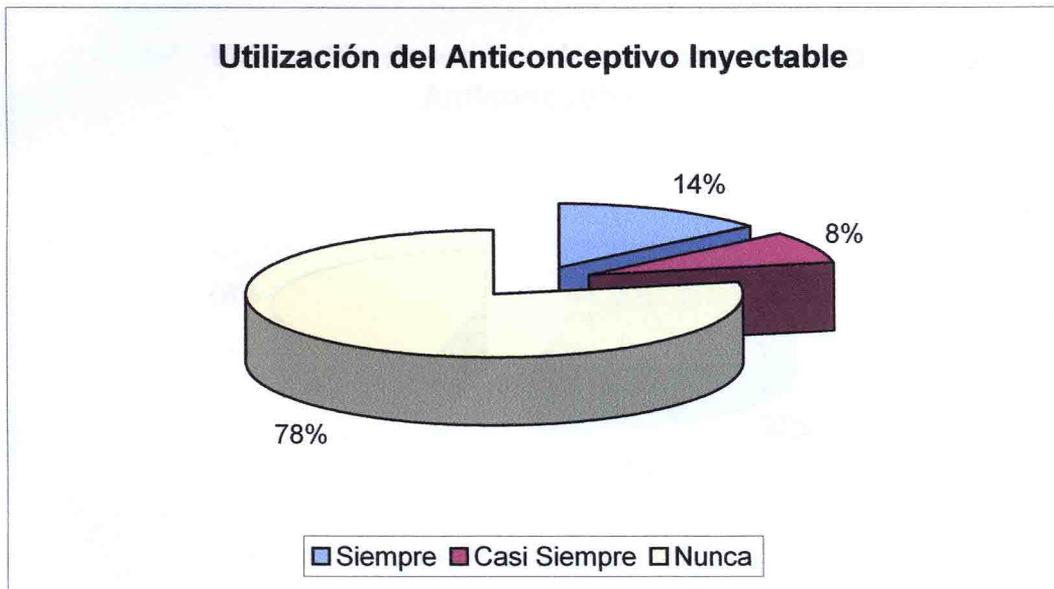
TABLA N°16: Métodos Anticonceptivos que USAN las Pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16.

3) Inyectable

Inyectable	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	7	14
Casi Siempre	4	8
Nunca	39	78
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el periodo diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°16



Comentario: Los datos muestran que el 78% de las pacientes ginecológicas de entre 15 y 30 años de edad, Nunca han utilizado este método, el 14% lo usa actualmente, y por último, el 8% lo usó alguna vez en el pasado.

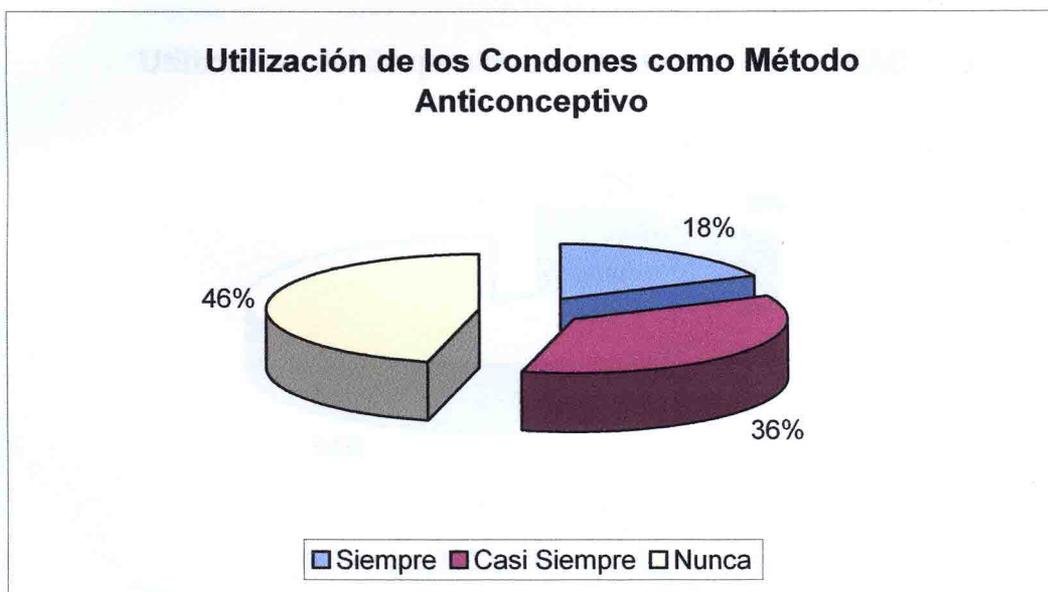
TABLA N°17: Métodos Anticonceptivos que USAN las Pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16.

4) Condones

Condones	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	9	18
Casi Siempre	18	36
Nunca	23	46
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°17



Comentario: Se puede observar que el de las Unidades de Análisis, el 46% Nunca usa ni ha usado los condones como medio de Protección Anticonceptiva, mientras que el 36% lo usa Casi Siempre, es decir que lo ha usado alguna vez o lo está usando para reforzar otro método, y el 18% restante lo usa Siempre.

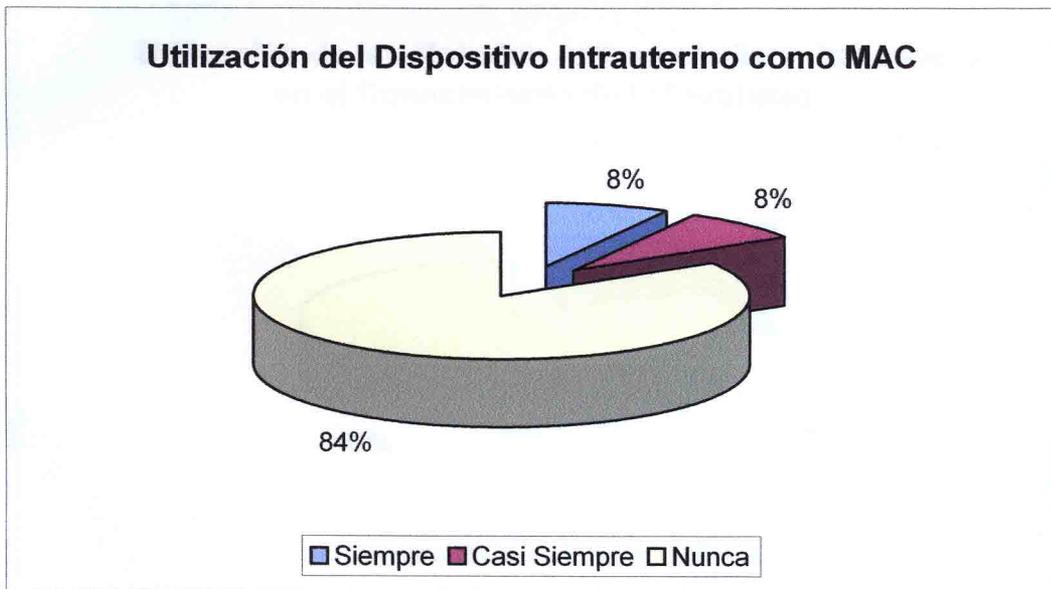
TABLA N°18: Métodos Anticonceptivos que USAN las Pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16.

5) Dispositivo Intrauterino (DIU)

DIU	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	4	8
Casi Siempre	4	8
Nunca	42	84
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°18



Comentario: Los datos revelan que el 84% de las pacientes en estudio Nunca han utilizado el Dispositivo Intrauterino como Método Anticonceptivo, por otro lado, se igualan los porcentajes de las pacientes que Siempre lo usan y las que Casi Siempre lo hacen, con 8% cada una. Así el mayor porcentaje corresponde a la NO utilización de el Método por estas pacientes.

TABLA N°19: Métodos Anticonceptivos que USAN las Pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16.

6) Basados en el Conocimiento de la Fertilidad

DIU	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	3	6
Casi Siempre	6	12
Nunca	41	82
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°19



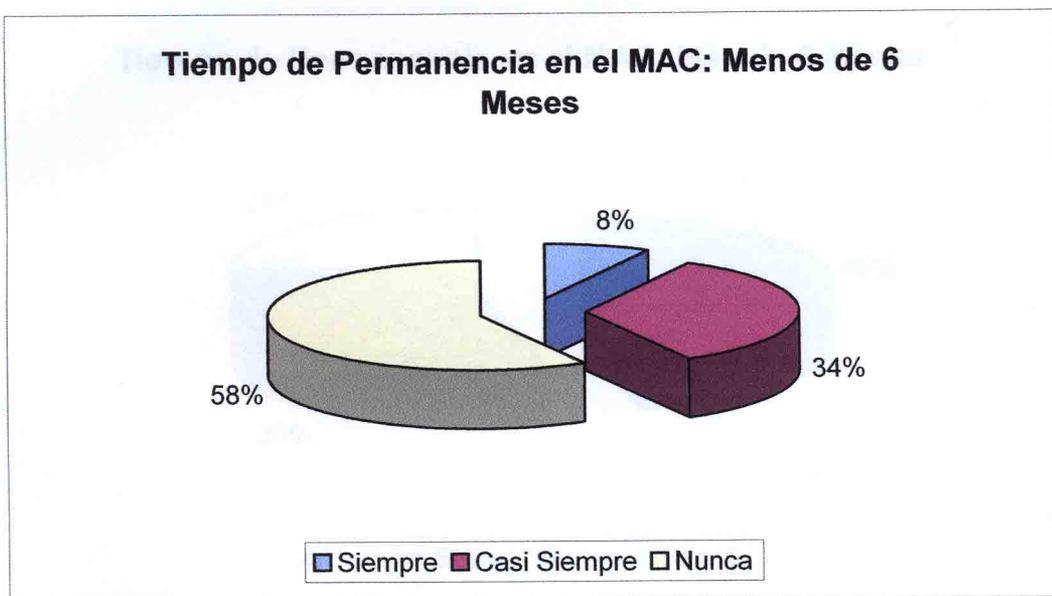
Comentario: Podemos visualizar que de las mujeres analizadas, el 82% No usa ni ha usado alguna vez este método, el 12% de las mismas afirma haberlo usado alguna vez o usarlo de vez en cuando, y por último el 6% hace uso de los mismos. Se evidencia el predominio de las mujeres que no confían en éste tipo de protección anticonceptiva.

TABLA N°20: Tiempo de Permanencia en un Mismo Método Anticonceptivo
 1) Menos de 6 Meses

Menos de 6 Meses	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	4	8
Casi Siempre	17	34
Nunca	29	58
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el periodo diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°20



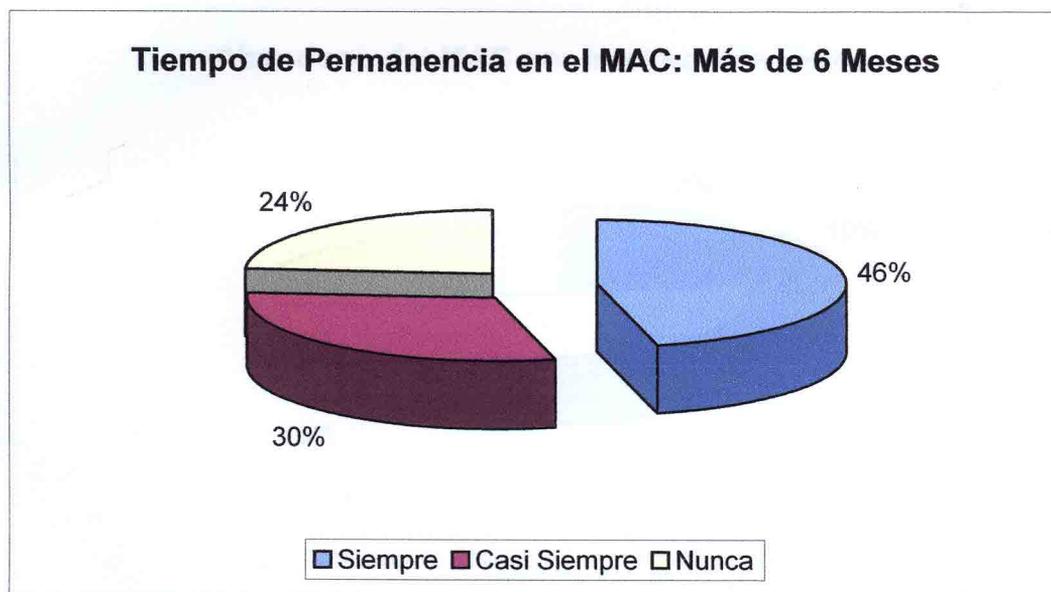
Comentario: Los datos muestran que de las pacientes ginecológicas con las características en estudio, el 58% Nunca dura Menos de 6 meses al Utilizar un Método Anticonceptivo, el 34% ha durado más o menos de 6 meses en los distintos métodos por los que ha pasado, y el 8% restante, Siempre dura menos de 6 Meses con un mismo Método. De manera que el porcentaje mayor señala que hay un adecuado tiempo de permanencia con cada método, lo que señala estabilidad.

TABLA N°21: Tiempo de Permanencia en un Mismo Método Anticonceptivo
2) Más de 6 Meses

Más de 6 Meses	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	23	46
Casi Siempre	15	30
Nunca	12	24
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°21



Comentario: Se puede observar que el 46% de las Unidades de Análisis Siempre duran en un mismo método más de 6 meses, el 30% duran más o menos de 6 Meses en el uso de los distintos métodos, y finalmente el 24% de las mismas, Nunca ha permanecido en un mismo método anticonceptivo por más del lapso establecido.

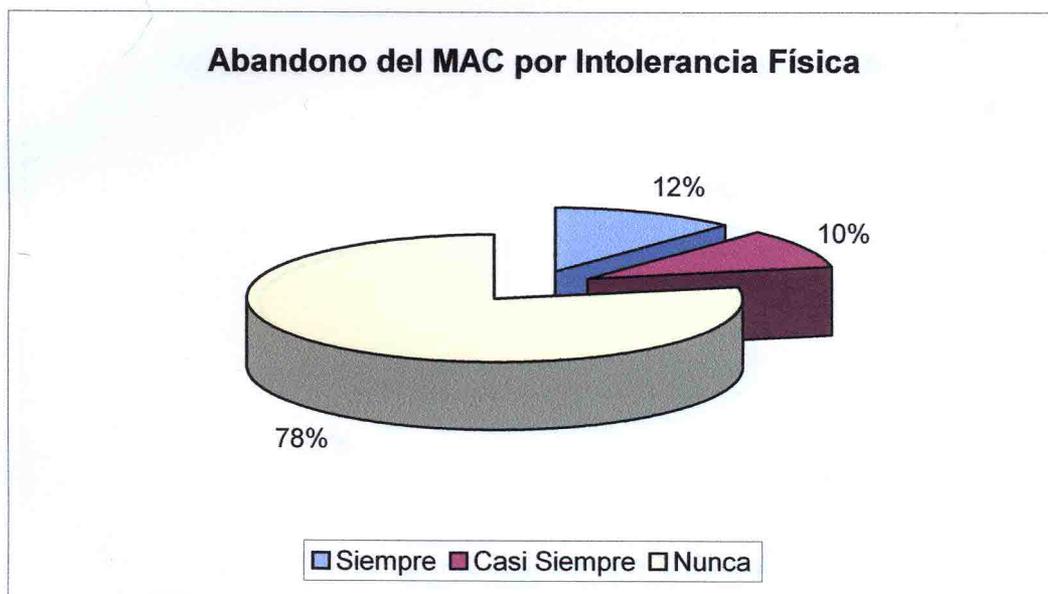
TABLA N°22: Razón de Abandono del Método Anterior

1) Intolerancia Física

Intolerancia Física	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	6	12
Casi Siempre	5	10
Nunca	39	78
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°22



Comentario: Los datos revelan que el 78% de las pacientes ha abandonado un Método Anticonceptivo por Intolerancia Física, mientras que el 12% revela siempre haberlo dejado por esta causa, y por último, el 10% restante, casi siempre esta ha sido la causa de terminar con un Método. Así, el mayor porcentaje corresponde a la ausencia de esta causa a la hora de dejar un determinado Método Anticonceptivo.

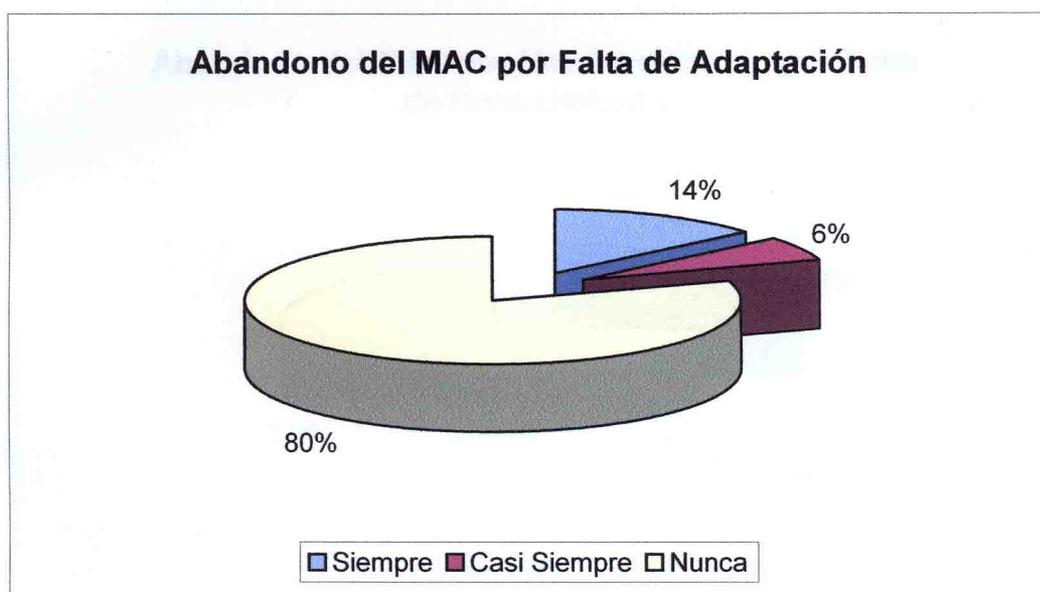
TABLA N°23: Razón de Abandono del Método Anterior

2) Falta de Adaptación

Falta de Adaptación	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	7	14
Casi Siempre	3	6
Nunca	40	80
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°23



Comentario: Podemos visualizar que el 80% de las mujeres analizadas Nunca han tenido como causa del abandono de un Método la Falta de Adaptación, el 14% siempre han dejado su MAC por este motivo, y para terminar, el menor porcentaje corresponde a las mujeres que Casi Siempre han debido suspender el uso de su Método Anticonceptivo por Falta de Adaptación. Se evidencia el predominio de las mujeres que no han sufrido este padecimiento.

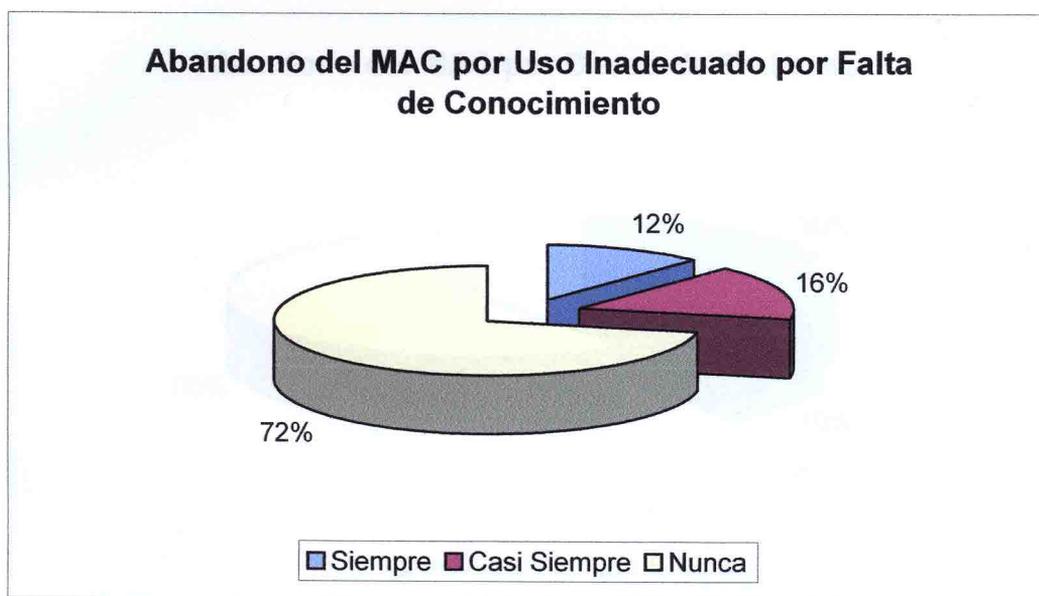
TABLA N°24: Razón de Abandono del Método Anterior

3) Uso Inadecuado por Falta de Conocimiento

Uso Inadecuado	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	6	12
Casi Siempre	8	16
Nunca	36	72
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°24



Comentario: Los datos muestran que el 72% de las pacientes ginecológicas Nunca han abandonado un Método Anticonceptivo por Uso Inadecuado por Falta de Conocimientos, el 16% Casi Siempre lo ha hecho y por último, el 12% Siempre ha dejado un Método por esta causa. De esta manera, el mayor porcentaje corresponde a la ausencia de esta causa como razón de abandono de los MAC.

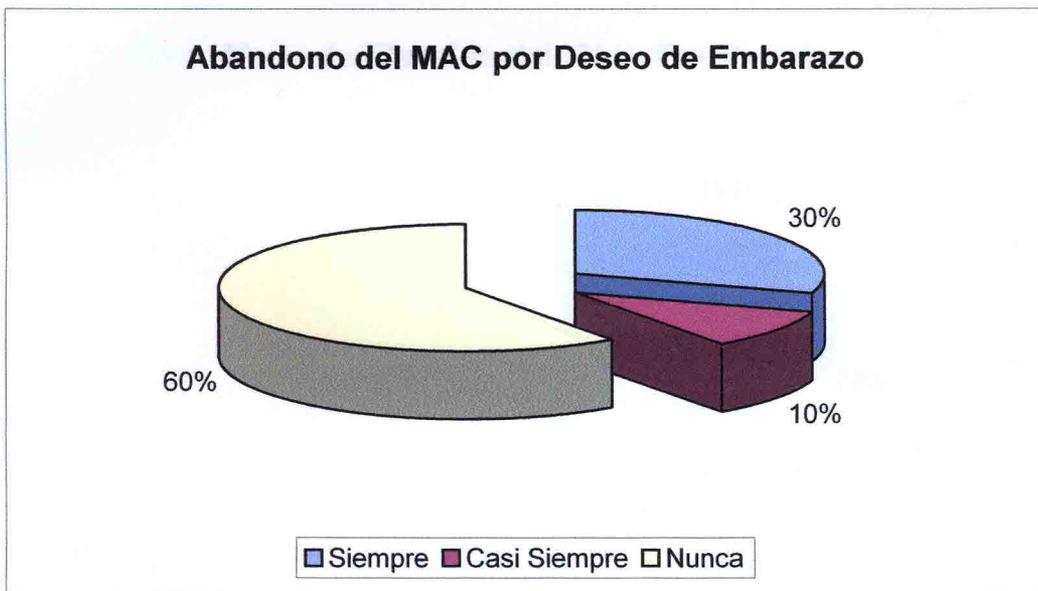
TABLA N°25: Razón de Abandono del Método Anterior

4) Deseo de Embarazo

Deseo de Embarazo	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	15	30
Casi Siempre	5	10
Nunca	30	60
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°25



Comentario: Se puede observar que el 60% de las unidades de análisis Nunca dejaron de usar un Método Anticonceptivo por desear un embarazo, mientras que el 30% Siempre lo abandonó por dicho motivo, y por último el 10% Casi Siempre lo hizo. Esto señala que la mayor parte de estas mujeres se han embarazado pero no por haberlo deseado.

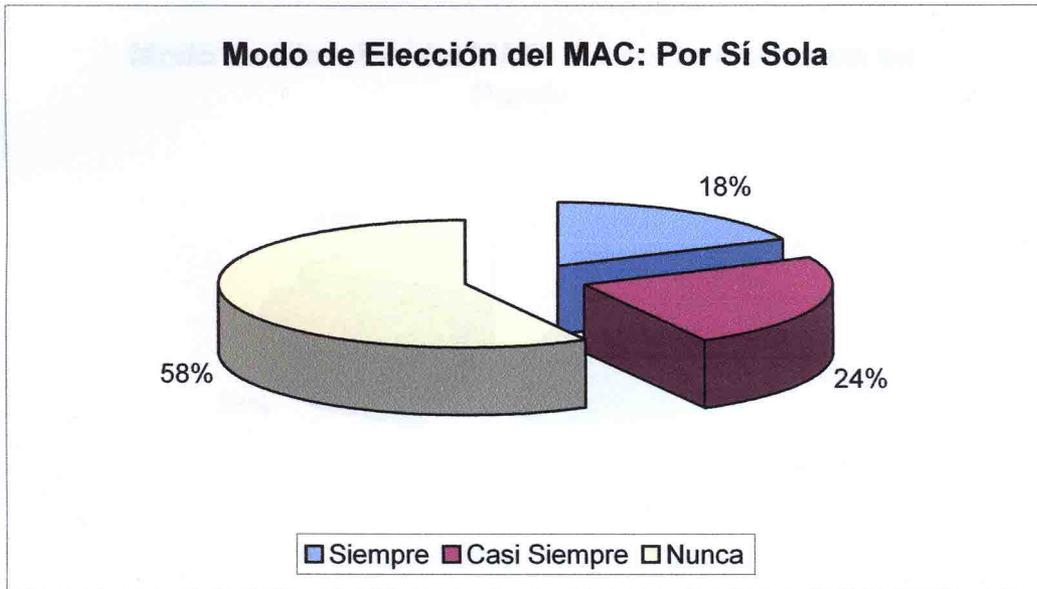
TABLA N°26: Modo de Elección del Método Anticonceptivo

1) Por Sí Sola

Por Sí Sola	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	9	18
Casi Siempre	12	24
Nunca	29	58
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°26



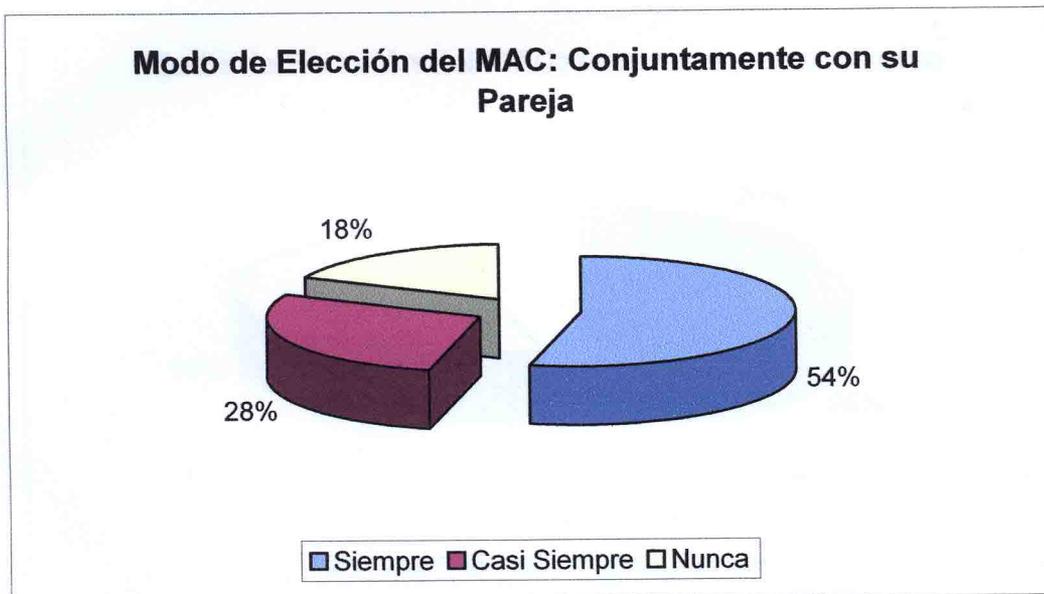
Comentario: Los datos revelan que de las pacientes en estudio, el 58% Nunca elige un Método Anticonceptivo por Sí Sola, por otro lado, el 24% Casi Siempre y el 18% Siempre lo hace de esta manera. Así, el mayor porcentaje corresponde a una elección que incluye la opinión de un tercero.

TABLA N°27: Modo de Elección del Método Anticonceptivo
2) Conjuntamente con su Pareja

Con su Pareja	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	27	54
Casi Siempre	14	28
Nunca	9	18
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°27



Comentario: Podemos visualizar que el 54% de las mujeres analizadas Siempre que elige un Método Anticonceptivo lo hace Conjuntamente con su Pareja, el 28% lo hace de esta forma Casi Siempre y, finalmente, el 18% Nunca. Se evidencia el predominio de las parejas que eligen de manera conjunta el Método Adecuado para ambos.

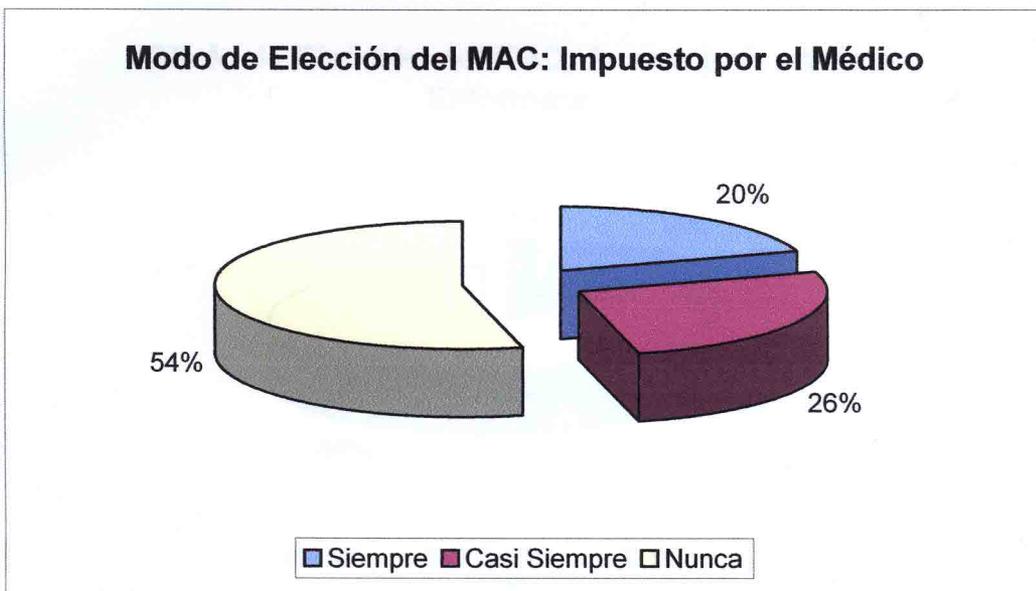
TABLA N°28: Modo de Elección del Método Anticonceptivo

3) Impuesto por el Médico

Impuesto por el Médico	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	10	20
Casi Siempre	13	26
Nunca	27	54
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°28



Comentario: Los datos muestran que el 54% de las mujeres Nunca han elegido un Método Anticonceptivo porque el Médico se los haya impuesto, el 26% Casi Siempre lo ha adoptado de este modo, y al 20% restante, Siempre se les ha sido impuesto el Método por el Médico. De esta manera, el mayor porcentaje corresponde a pacientes que han elegido un método sin que éste sea impuesto por el Médico.

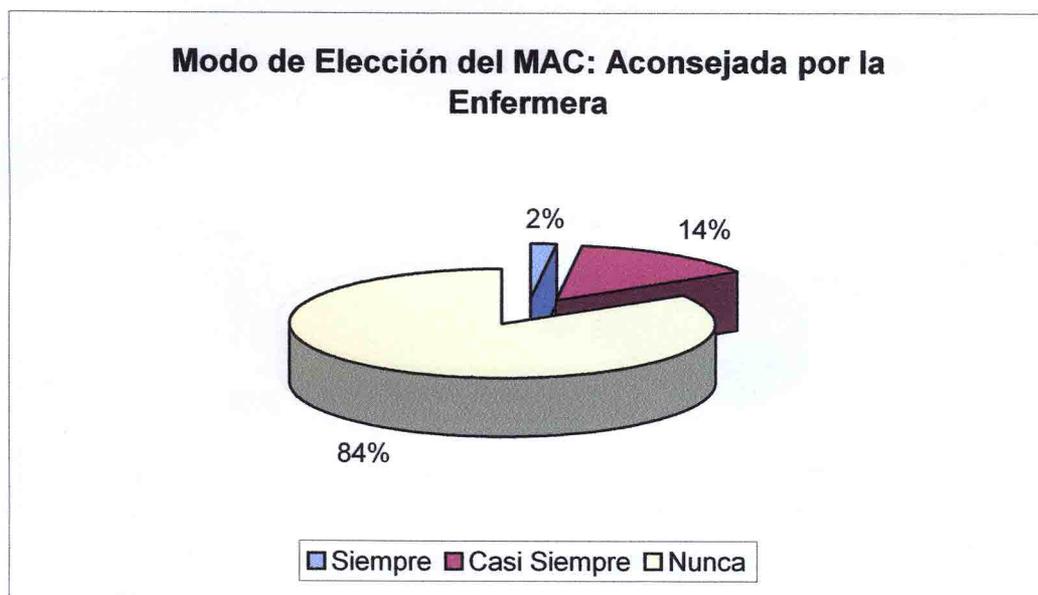
TABLA N°29: Modo de Elección del Método Anticonceptivo

4) Aconsejada por la Enfermera

Aconsejada x Enferm.	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	1	2
Casi Siempre	7	14
Nunca	42	84
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°29



Comentario: Se puede observar que el 84% de las Unidades de Análisis Nunca que eligieron un Método Anticonceptivo fueron aconsejadas por una Enfermera, por otro lado, el 14% Casi Siempre ha recibido consejo de Enfermería a la hora de la elección, y finalmente, el 2% Siempre fue aconsejada por una enfermera. Esto señala la escasa conserjería por parte de Enfermería en Salud Sexual y Reproductiva.

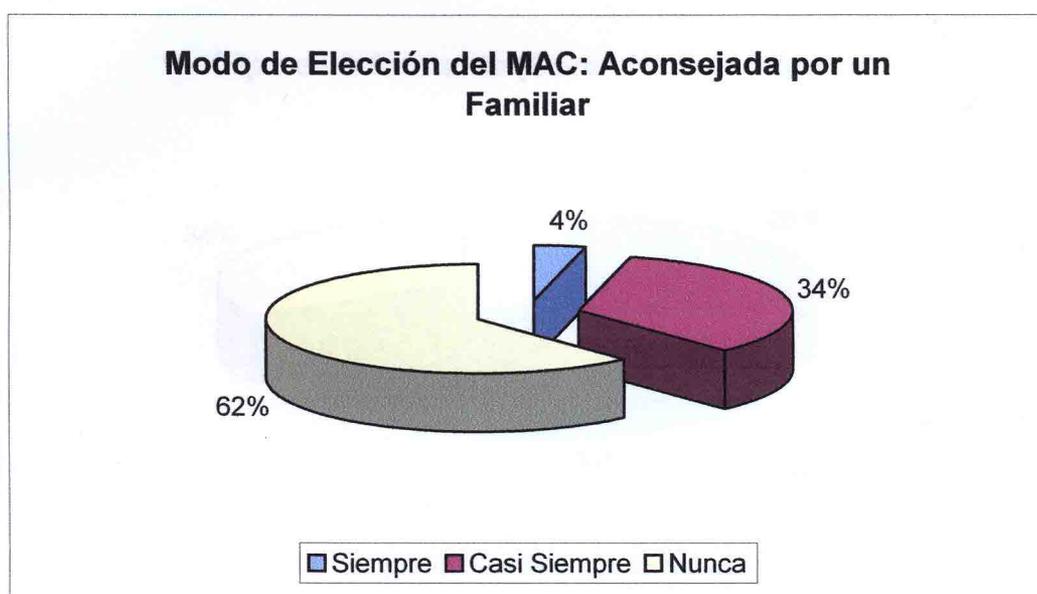
TABLA N°30: Modo de Elección del Método Anticonceptivo

5) Aconsejada por un Familiar

Aconsejada x Fliar.	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	2	4
Casi Siempre	17	34
Nunca	31	62
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°30



Comentario: Los datos revelan que de las pacientes en estudio, el 62% Nunca recibieron el consejo de un familiar cuando eligieron un Método Anticonceptivo, por otro lado, el 34% Casi Siempre y el 4% Siempre se ve influenciada por el consejo de un familiar al optar entre los distintos Métodos. Así, el mayor porcentaje de estas pacientes No recibe consejo de este tipo.

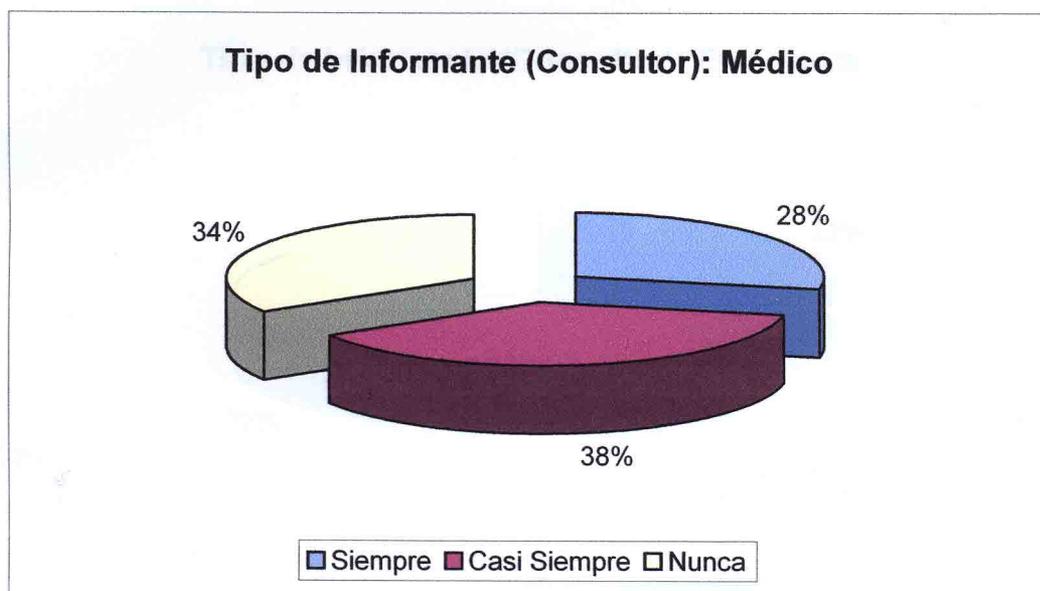
TABLA N°31: Tipo de Informante (Consultor)

1) Médico

Médico	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	14	28
Casi Siempre	19	38
Nunca	17	34
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°31



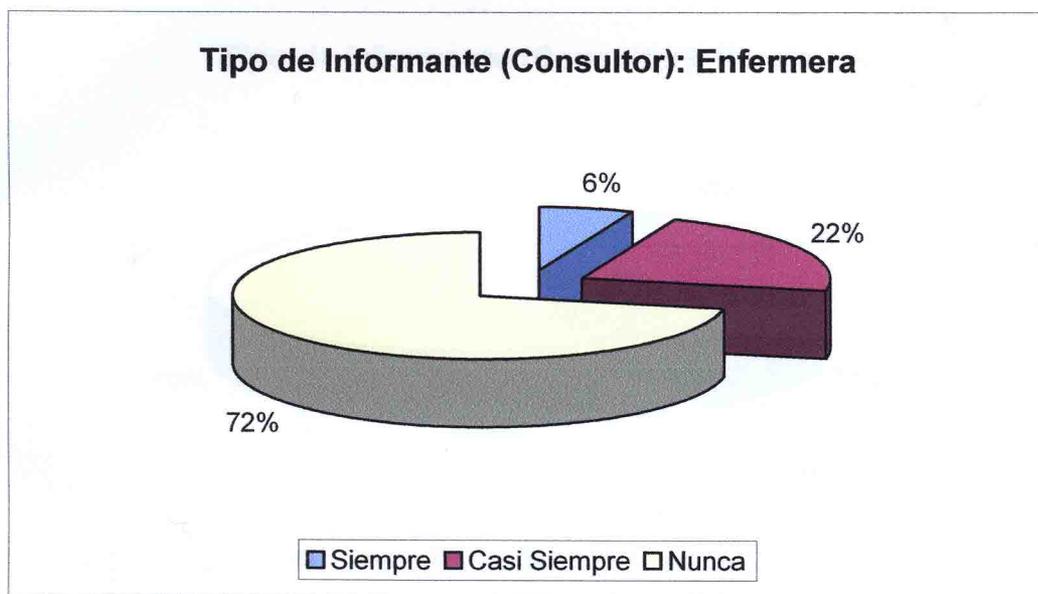
Comentario: podemos visualizar que el 38% de las mujeres analizadas Casi Siempre reciben información sobre Planificación Familiar por parte del Médico, el 34% Nunca ha obtenido información por parte de este consultor, y por último, el 28% Siempre fueron asesoradas por el Médico sobre Métodos Anticonceptivos. Se evidencia el predominio de los porcentajes que incluyen al Médico como consultor en Salud Reproductiva.

TABLA N°32: Tipo de Informante (Consultor)
2) Enfermera

Enfermera	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	3	6
Casi Siempre	11	22
Nunca	36	72
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°32



Comentario: Los datos muestran que el 72% de las pacientes ginecológicas Nunca ha recibido información sobre Metodología Anticonceptiva por parte de Enfermería, mientras que el 22% Casi Siempre, y el 6% Siempre recibieron educación sexual por la Enfermera. De esta manera se repite el hecho de que Enfermería tiene escasa participación en Educación para la Salud en esta especialidad.

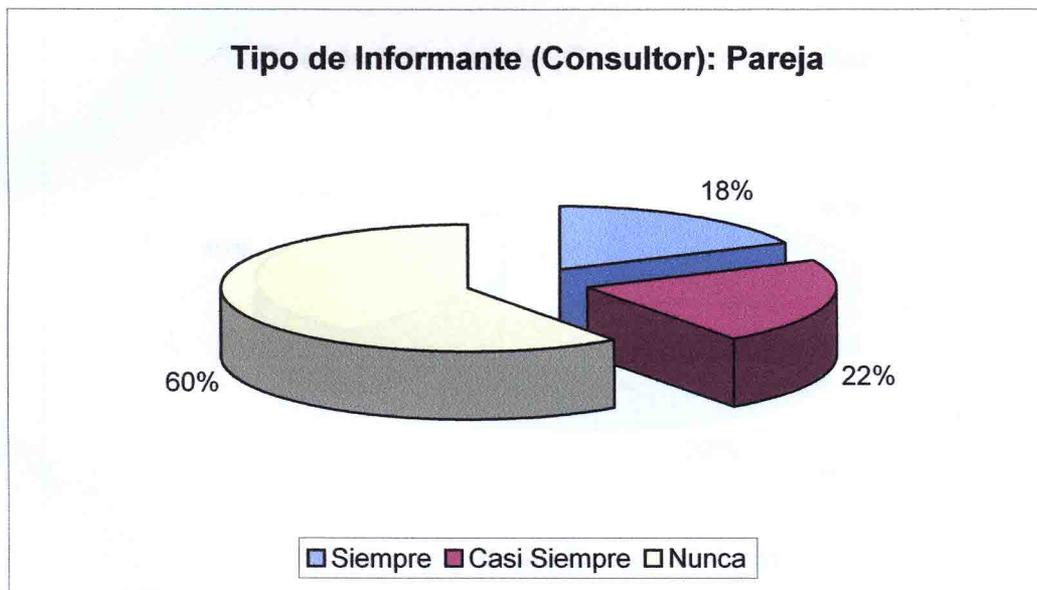
TABLA N°33: Tipo de Informante (Consultor)

3) Pareja

Enfermera	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	9	18
Casi Siempre	11	22
Nunca	30	60
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°33



Comentario: Se puede observar que de las Unidades de Análisis, el 60% Nunca recibe información anticonceptiva a partir de su pareja, el 22% Casi Siempre lo hace y finalmente el 18% Siempre incorpora contenidos aportados por su pareja. Esto señala que la mayoría de ellas por preferencia, desconfianza, entre otros, no desea ser asesorada por su pareja. También se da la ignorancia de la pareja en los aspectos importantes de cada método.

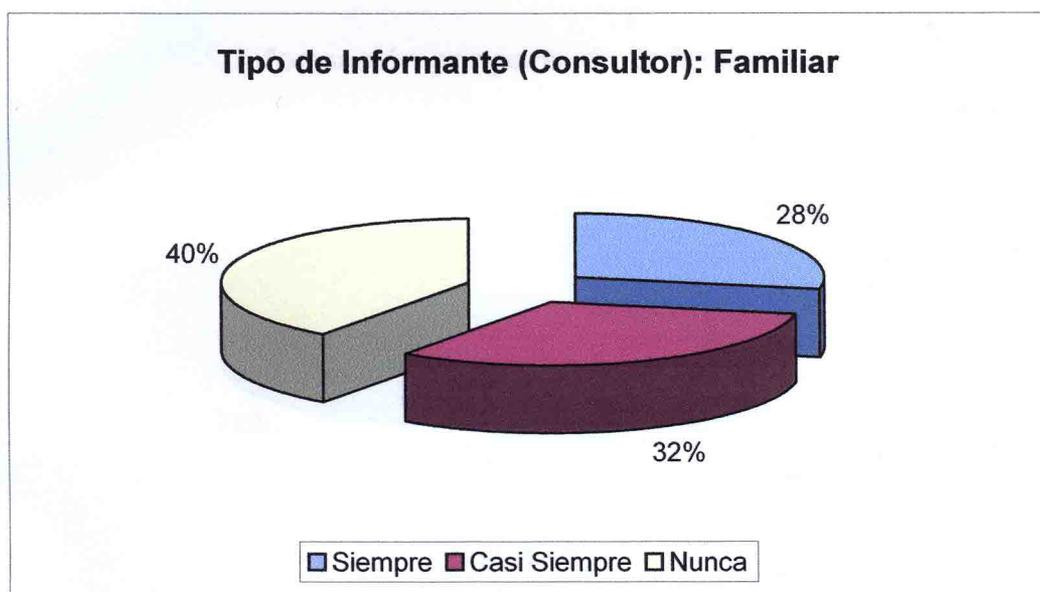
TABLA N°34: Tipo de Informante (Consultor)

4) Familiar

Familiar	F. Absoluta	F. Relativa
Siempre	14	28
Casi Siempre	16	32
Nunca	20	40
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°34



Comentario: Los datos revelan que el 40% de las pacientes en estudio Nunca reciben educación sobre Métodos Anticonceptivos por algún familiar, por otro lado, el 32% y 28% restantes señalan que Casi Siempre y Siempre respectivamente han sido informados por un determinado familiar acerca del tema. Así, los mayores porcentajes incorporan a los familiares como consultores en muchas de estas pacientes.

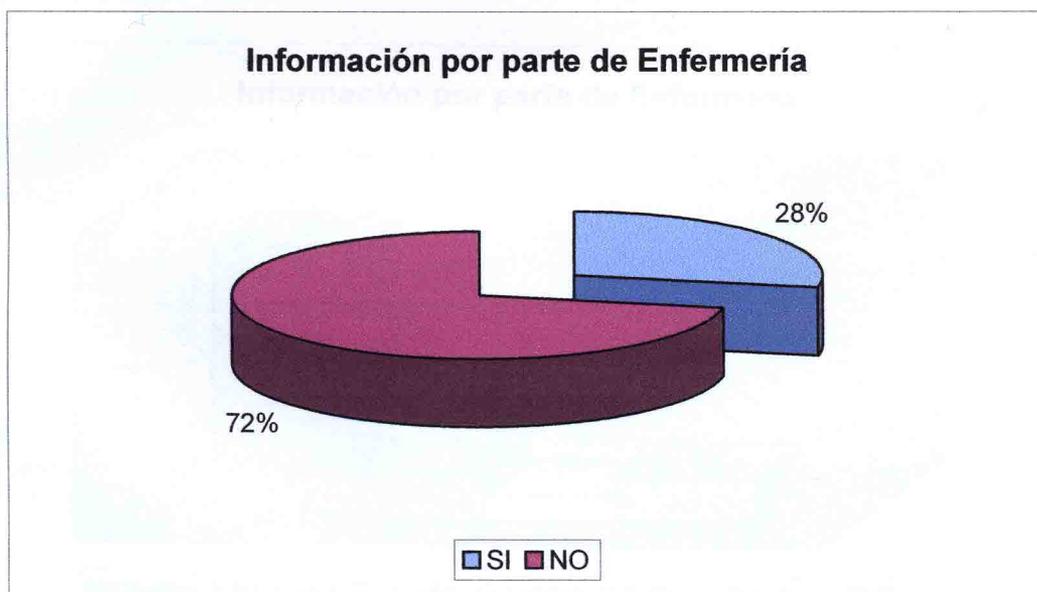
TABLA N°35:

Información por parte de Enfermería

Info. de Enfermería	F. Absoluta	F. Relativa
SI	14	28
NO	36	72
TOTAL	50	100

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°35



Comentario: Podemos visualizar que el 72% de las mujeres analizadas NO ha recibido información de ningún tipo por parte de la Enfermera en lo que concierne a Salud Reproductiva, mientras que el 28% restante señala lo contrario. Se evidencia así nuevamente la carencia de una de las acciones más importantes de la Atención Primaria, que es la Educación para la Salud

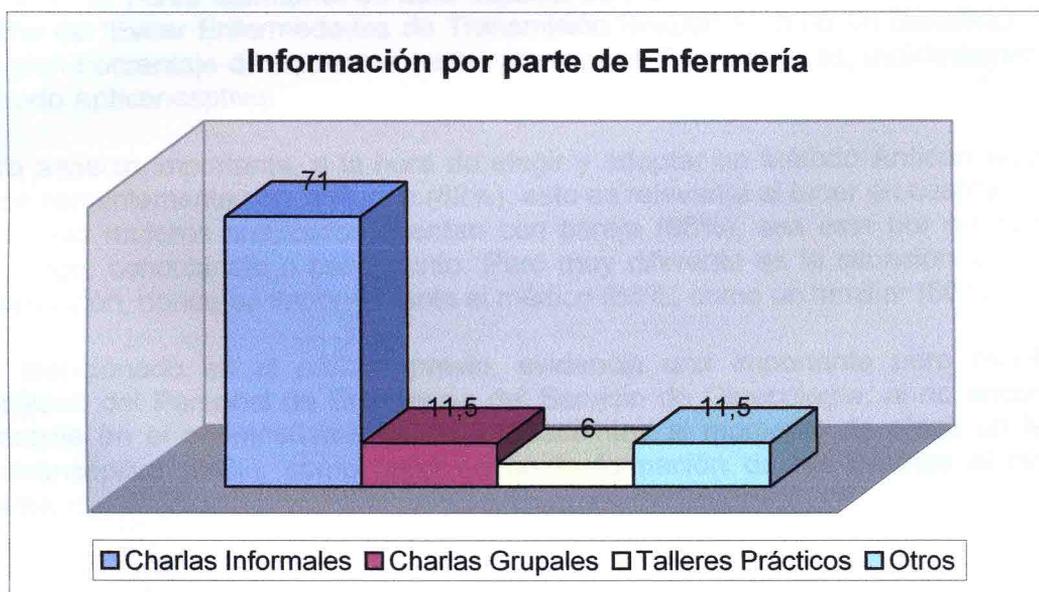
TABLA N°36:

Información por parte de Enfermería

Info. de Enfermería	F. Relativa	F. Absoluta
Charlas Informales	71	12
Charlas Grupales	11,5	2
Talleres Prácticos	6	1
Otros	11,5	2
TOTAL	100	17

Fuente: Propias entrevistas realizadas a las pacientes ginecológicas del Centro de Salud N°16 en el período diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente.

GRÁFICO N°36



Comentario: Los datos muestran que del total de los tipos de Información recibida por las pacientes ginecológicas por parte de Enfermería sobre Planificación Familiar, el 71% fue a partir de una charla informal, siguen las charlas grupales y otros con porcentajes idénticos de un valor de 11,5 cada uno, y para terminar, el 6% de la información brindada fue a partir de talleres prácticos. De esta manera, queda señalado firmemente que Enfermería recurre principalmente a las charlas informales como medio de educación Sexual.

CONCLUSIÓN

Las pacientes tomadas al llevar a cabo el estudio, se encuentran en una etapa de vida en la que, para la mayoría, la sexualidad se hace presente, tanto en forma de satisfacción como conflicto. Su Nivel de Instrucción es directamente proporcional con los Conocimientos que cuentan acerca de Planificación Familiar; y no así con la edad, siendo este factor totalmente independiente. Otra característica que tiene gran relación con los conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos, es la de Antecedentes Obstétricos, de esta manera, las pacientes construyen su base de conocimientos en el ejercicio cotidiano de las diferentes etapas de su vida sexual.

Los Métodos Anticonceptivos menos conocidos resultaron ser los Basados en el conocimiento de la Fertilidad (48%) y los Orales Sólo de Progestágeno (20%), quienes también resultaron, conjuntamente con el Dispositivo Intrauterino, los menos usados por esta muestra poblacional.

Si nos referimos al reconocimiento por parte de nuestras unidades de análisis de los Beneficios, hay muy variadas respuestas, aunque la mayoría de ellas reconocen que los Beneficios planteados están presentes Siempre o Casi Siempre en la Planificación Familiar. El punto alarmante en este aspecto se mostró a la hora de determinar si el hecho de "Evitar Enfermedades de Transmisión Sexual" es o no un Beneficio, donde un gran porcentaje de pacientes (46%) piensa que Siempre lo es, indistintamente del Método Anticonceptivo.

Otro aspecto importante, a la hora de elegir y adoptar un Método Anticonceptivo, se hace conjuntamente con la Pareja (82%), esto es relevante al tener en cuenta que casi todas las mujeres analizadas cuentan con pareja (96%), sea ésta por medio de un noviazgo, concubinato o casamiento. Pero muy diferente es la situación al recibir la información, donde se imponen tanto el médico (66%) como un familiar (60%).

Lo mencionado en el párrafo previo, evidencia una importante pero modificable debilidad del Personal de Enfermería del Servicio de Ginecología, al no encontrarse presente en el acompañamiento de las pacientes al momento de elegir un Método Anticonceptivo (84%), como tampoco en la formación de las mismas al respecto (94%).

PROPUESTAS

Las propuestas que mencionaremos, están dirigidas a la Directora y Departamento de Enfermería del Centro de Salud N°16. Para llevarlas a cabo, tuvimos presentes los datos que aparecieron en este trabajo, conjuntamente con su análisis por medio de tablas y gráficos.

En los que respecta a la Capacitación de las pacientes, proponemos que en la Institución se realicen charlas y talleres cortos acerca de Planificación Familiar. Estos facilitarán a las mujeres y sus parejas información que les permitirá comprender su sexualidad y protegerse de Embarazos NO Deseados y Enfermedades de Transmisión Sexual; así como conocer los Servicios disponibles. Y además se promoverán cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de servicios: todo esto reforzará conductas positivas.

En las instancias mencionadas en párrafo precedente, es imprescindible la participación de Enfermería, pero deben quedar integradas dentro de su horario de trabajo, y en el caso que ocurran fuera de él se hace necesario un incentivo para garantizar la asistencia del personal. Pero la educación no debe quedarse limitada a esto, Enfermería debe ejercerla en el día a día, durante el contacto con cada paciente, y si es factible en cuanto a factor tiempo, salir al espacio de las pacientes, la sala de espera, donde el alcance puede ser mayor.

Otra propuesta radica en que cada enfermera del servicio efectúe, de manera obligatoria, al menos un curso de capacitación por año en materia de Metodología Anticonceptiva. Dicha permanente actualización fomentará el desarrollo de las actividades de Educación para la Salud con actitud profesional.

Muchos otros aspectos nos parecieron importantes, pero para ellos no efectuamos propuestas por la razón de no ser viables y estar fuera de nuestro alcance.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) CONSEJERÍA PRESIDENCIAL PARA LOS DERECHOS HUMANOS. "Los derechos humanos, sexuales y reproductivos". Editorial: Gente Nueva. Santa Fe de Bogotá. 1999. Módulo 2
- 2) NOVEL Martí, G; LLUCH Canut. "Enfermería psico-social". Serie de Manuales de Enfermería Salvat. Editorial: Barcelona SA. 1991
- 3) OMS Organización Mundial de la Salud. "Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva". Manual para personal clínico. USA. 1999.
- 4) LOPEZ, Félix y OROZ, Ángel. "¿Cómo podemos prevenir el embarazo no deseado?". Editorial: Verbo Divino. Navarra, España. 1999
- 5) PIEDROLA, Gil. "Medicina Preventiva y Salud Pública". 10ma edición. Capítulo 35. Editorial: Masson. 2001
- 6) OPS. UNESCO. "Educación en Salud en las Escuelas para Prevenir el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual". Río de Janeiro. 1995
- 7) BUTTAZZONI, Santiago; CASCO, Ricardo; CERVINI, Andrea B; y otros. SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA. "Consenso de Papiloma Virus Humano (HPV) y Herpes Simple Virus (HSV) Genital". 2004
- 8) CARLIER H. y C. "Serie de la Mujer". Editorial: Huancamayo. Perú. 1995
- 9) CALLEJAS, S. y FERNANDEZ, B. "Intervención Educativa para la Prevención de Embarazos no Deseados y Enfermedades de Transmisión Sexual en adolescentes en la ciudad de Toledo". Revista española de Salud Pública.
- 10) AGUIRRE RAYA, Dalila. Revista Cubana de Salud Pública. N°30. pag.4. 2004
- 11) QUEVAUVILLIERS, Jacques y PERLEMUTER, Léon. "Diccionario de Enfermería". Elsevier, España. 2004

ANEXOS

Artículo 25.- Los objetivos específicos del Programa Provincial de Salud Reproductiva son:

- a) Promover el conocimiento y la comprensión de los aspectos reproductivos de la salud y la familia, así como el uso responsable de métodos de planificación familiar.
- b) Fomentar la adopción de decisiones libres y responsables de riesgo.
- c) Desarrollar diversas estrategias.
- d) Promover la calidad de la atención de maternidad, el alto nivel de satisfacción y la continuidad de la atención.
- e) Mantener un adecuado control de la salud de la mujer y el niño durante el embarazo y el parto, así como la salud reproductiva y la salud sexual.
- f) Promover el uso responsable de métodos de planificación familiar.

Artículo 26.- El Programa Provincial de Salud Reproductiva será ejecutado por el personal de la Dirección de Salud de Maternidad, Infancia y Adolescencia, la Dirección de Salud de Familia y Comunidad, y la Dirección de Salud de Atención Primaria de Salud, en coordinación con el personal de la Dirección de Salud de Atención Primaria de Salud y la Dirección de Salud de Atención Primaria de Salud.

Artículo 27.- El Programa Provincial de Salud Reproductiva será ejecutado por el personal de la Dirección de Salud de Maternidad, Infancia y Adolescencia, la Dirección de Salud de Familia y Comunidad, y la Dirección de Salud de Atención Primaria de Salud, en coordinación con el personal de la Dirección de Salud de Atención Primaria de Salud y la Dirección de Salud de Atención Primaria de Salud.

- a) Desarrollar y promover el uso responsable de métodos de planificación familiar.
- b) Mantener un adecuado control de la salud de la mujer y el niño durante el embarazo y el parto, así como la salud reproductiva y la salud sexual.
- c) Promover el uso responsable de métodos de planificación familiar.

LEY 6.433

CREACION DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD REPRODUCTIVA

El Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Mendoza, sancionan con fuerza de ley:

Artículo 1º.- Créase en la Provincia de Mendoza el Programa Provincial de Salud Reproductiva, cuyos objetivos generales son: **posibilitar a toda la población el acceso a la información y a los servicios que le permitan la toma de decisión, responsable y voluntaria, sobre sus pautas reproductivas, respetando la ética y las convicciones personales; proteger la vida desde el momento de la concepción y promover el desarrollo integral de la familia.**

La presente ley encuentra su sustento jurídico en el Artículo 16, inc. e) de la Ley Nacional N. 23.179 y en el derecho humano básico de toda persona a mantener y restituir su salud, conceptos ratificados en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Ley N. 23.849 que ratifica la Convención sobre los Derechos del Niño, a su vez ratificada por Ley Provincial N. 5.919, como así las leyes provinciales N. 6.124 sobre Materno Infancia y N. 6.354 sobre Niñez y Adolescencia.

Artículo 2º.- Los objetivos específicos del Programa Provincial de Salud Reproductiva son:

- a) **Promover la maternidad y paternidad responsable.**
- b) **Disminuir la morbimortalidad perinatal y materna.**
- c) **Prevenir embarazos no deseados y/o en situaciones de riesgo.**
- d) **Evitar abortos provocados.**
- e) **Prevenir, a través de la difusión de información, el HIV-SIDA y demás enfermedades de transmisión sexual.**
- f) **Efectuar la detección precoz y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y de las patologías del aparato reproductor.**
- g) **Promover mejor calidad de vida de padres e hijos.**

Artículo 3º.- El Programa Provincial de Salud Reproductiva será ejecutado en los centros sanitarios del Gobierno de Mendoza, debiendo garantizar la **accesibilidad y gratuidad de los mismos**, y en la Obra Social de Empleados Públicos. El Ministerio de Desarrollo Social y Salud será el responsable de la ejecución del Programa. Los municipios de la provincia podrán adherir a través de convenios con el gobierno provincial.

Artículo 4º.- El Programa Provincial de Salud Reproductiva brindará los siguientes servicios:

- a) **Información y asesoramiento sobre salud sexual.**
- b) **Información y asesoramiento sobre prevención de enfermedades transmisibles sexualmente.**

- c) Controles de salud y estudios previos y posteriores a la prescripción de métodos anticonceptivos.
- d) **Provisión de los medios y elementos necesarios a tal fin.**
- e) **Información y asesoramiento sobre infertilidad.**
- f) **Capacitación permanente de todos los agentes de salud involucrados en el programa, de sus usuarios y de la comunidad en general.**

Artículo 5°.- Los métodos anticonceptivos, de carácter transitorio y reversibles, que los profesionales podrán prescribir, serán todos los previstos en la Propuesta Normativa Perinatal del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (Tomo IV, Procreación Responsable). Para el caso de aparición de nuevos métodos, se deberá contar previamente con la autorización del citado Ministerio.

Artículo 6°.- El Ministerio de Desarrollo Social y Salud de la provincia implementará la presente ley en vista a su efectivo cumplimiento, teniendo en cuenta los servicios, programas y acciones hoy existentes, a efectos de no sobreponer los mismos ni malgastar recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura o financieros. Asimismo deberá prever los recursos necesarios en la Ley de Presupuesto inmediata siguiente a la sanción de la presente ley.

Artículo 7°.- Deberá asimismo promover la creación de Gabinetes de **Orientación y Apoyo a la Planificación Familiar** en la medida que los recursos presupuestarios de la provincia lo permitan, integrando en ellos procesos de **información y educación a los adolescentes.**

Artículo 8°.- El Ministerio de Desarrollo Social y Salud convocará para su reglamentación a las entidades científicas correspondientes, titulares de las cátedras universitarias y servicios hospitalarios vinculados a la problemática y a toda otra institución u organización que considere conveniente. Asimismo coordinará acciones, con servicios asistenciales (obras sociales), con el sector educativo, con los municipios y con las organizaciones no gubernamentales.

Artículo 9°.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días corridos a partir de su promulgación.

Artículo 10°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Mendoza, 22 de octubre de 1996.

ENCUESTA

La siguiente encuesta tiene carácter de anónima. Está dirigida a las pacientes que asisten al Servicio de Ginecología del Centro de Salud N° 16 durante los meses de diciembre y enero de 2008 y 2009 respectivamente con el objetivo de conocer las características personales de las mismas y sus conocimientos sobre Planificación Familiar. Será efectuada por alumnos de la Escuela de Enfermería perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo con el fin de utilizar la información en la tesis requerida para obtener el título de dicha profesión. La misma será presentada ante las autoridades de la Escuela propiamente dicha.

UNIDAD DE ANÁLISIS N°.....

EDAD

1) ¿Cuáles son sus estudios realizados?

Primaria Completa SI NO

Secundaria Completa SI NO

Terciaria Completa SI NO

2) ¿Qué religión practica?

Católica SI NO

Evangélica SI NO

Testigos de Jehová SI NO

Otra SI NO

3) ¿Qué tipo de vínculo que mantiene?

Parejas Ocasionales SI NO

Noviazgo SI NO

Concubinato SI NO

Casada SI NO

4) ¿Cuántos hijos tiene?

Ninguno 1 a 2 3 o más

5) ¿Cuántos embarazos ha tenido?

Ninguno 1 a 2 3 o más

6) ¿Cuántos abortos ha sufrido?

Ninguno

1 a 2

3 o más

7) ¿Cuál de los siguientes Métodos Anticonceptivos conoce?

Orales Combinados de Dosis Baja	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Orales sólo de Progestágeno	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Inyectable	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Condomes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dispositivo Intrauterino	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Basados en el Conocimiento de la Fertilidad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

8) ¿Qué beneficios brindan los Métodos Anticonceptivos?

Evitar las Enfermedades de Transmisión Sexual	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi Siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Evitar los Embarazos no deseados	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi Siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Evitar Abortos	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi Siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Derecho a Decidir cuándo tener hijos	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi Siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
No Sabe	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi Siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>

9) ¿Cuál es el Método Anticonceptivo que usa?

Orales Combinados de Dosis Baja	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi Siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Orales sólo de Progestágeno	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi Siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Inyectable	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi Siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Condomes	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi Siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Dispositivo Intrauterino	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi Siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Basados en el Conocimiento de la Fertilidad	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi Siempre <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>

10) ¿Cuánto tiempo ha durado en el Método?

Menos de 6 meses Siempre Casi Siempre Nunca

Más de 6 meses Siempre Casi Siempre Nunca

11) ¿Por qué razón abandonó el Método Anterior?

Intolerancia Física Siempre Casi Siempre Nunca

Falta de Adaptación Siempre Casi Siempre Nunca

Uso inadecuado por falta de conocimiento Siempre Casi Siempre Nunca

Deseo de Embarazo Siempre Casi Siempre Nunca

12) ¿De qué manera toma la decisión cuando opta por un Método Anticonceptivo?

Por sí Sola Siempre Casi Siempre Nunca

Conjuntamente con su Pareja Siempre Casi Siempre Nunca

Impuesta por el Médico Siempre Casi Siempre Nunca

Aconsejada por la Enfermera Siempre Casi Siempre Nunca

Aconsejada por un Familiar Siempre Casi Siempre Nunca

13) De los siguientes consultores, ¿cuál le ha brindado información sobre Planificación Familiar?

Médico Siempre Casi Siempre Nunca

Enfermera Siempre Casi Siempre Nunca

Pareja Siempre Casi Siempre Nunca

Familiar Siempre Casi Siempre Nunca

14) ¿De qué manera recibió la información por parte de la Enfermera?

Charlas Informales SI NO

Charlas Grupales SI NO

Talleres Prácticos SI NO

Otros SI NO

TABLA MATRIZ

Unidad de Análisis	CARACTERISTICAS PERSONALES DE LAS MUJERES																								CONOCIMIENTOS SOBRE MAC													
	Edad			Nivel de Instrucción						Religión				Tipo Vínculo				Antec. Obstétricos						MAC que Conoce						Beneficios de MAC								
				Cod 1		Cod 2		Cod 3										Cod 4		Cod 5		Cod 6								Cod 7			Cod 8					
	A	B	C	A	B	A	B	A	B	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	D	E	F	A	B	C	A	B	C
1	X				X				X					X				X				X		X		X	X	X					X					
2			X			X			X					X				X			X	X			X		X	X	X	X					X			
3	X				X				X					X	X			X		X			X		X		X	X	X					X				
4		X			X				X					X				X			X			X		X		X	X	X			X		X			
5		X			X				X					X				X			X			X		X		X						X		X		
6		X						X	X					X				X			X			X		X		X	X	X			X		X			
7			X	X					X					X				X			X	X			X		X						X			X		
8	X					X			X					X				X			X			X		X		X	X					X		X		
9			X			X			X			X		X				X			X			X		X		X	X	X				X		X		
10			X			X			X				X				X			X			X		X		X	X	X			X		X		X		
11			X			X			X					X				X			X		X		X		X	X	X				X		X			
12	X					X			X					X				X			X			X		X		X	X					X		X		
13			X					X	X					X				X			X			X		X		X	X	X					X		X	
14		X				X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
15			X			X			X					X				X			X			X		X		X					X		X			
16			X	X					X					X				X			X			X		X		X						X		X		
17		X				X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
18		X		X					X					X				X			X			X		X		X						X		X		
19			X			X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
20		X				X			X					X				X			X			X		X		X					X		X			
21			X	X					X					X				X			X			X		X		X					X		X			
22	X					X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
23		X						X	X					X				X			X			X		X		X						X		X		
24		X						X	X					X				X			X			X		X		X					X		X			
25		X				X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
26		X						X	X					X				X			X			X		X		X						X		X		
27		X		X					X					X				X			X			X		X		X						X		X		
28		X				X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
29		X				X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
30			X					X	X					X				X			X			X		X		X						X		X		
31			X					X	X					X				X			X			X		X		X						X		X		
32			X					X						X				X			X			X		X		X						X		X		
33	X					X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
34	X					X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
35		X				X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
36			X			X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
37	X			X					X					X				X			X			X		X		X						X		X		
38		X						X						X				X			X			X		X		X						X		X		
39		X				X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
40		X				X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
41			X	X					X					X				X			X			X		X		X						X		X		
42		X				X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
43		X				X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
44		X				X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
45		X				X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
46			X	X					X					X				X			X			X		X		X						X		X		
47	X					X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
48	X					X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
49	X			X					X					X				X			X			X		X		X						X		X		
50	X					X			X					X				X			X			X		X		X						X		X		
TOTAL	12	22	16	9	2	13	14	4	8	39	6	1	4	2	9	24	11	17	22	11	13	23	14	42	7	1	41	10	36	46	38	24	23	16	11	27	18	5

TABLA MATRIZ

Unidad de Análisis	CONOCIMIENTOS SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS																																						
	Beneficios de los MAC						Método Anticonceptivo que Usa														Tpo. Permanencia				Razón Abandono														
	Cod 9		Cod 10		Cod 11		Cod 12		Cod 13		Cod 14		Cod 15		Cod 16		Cod 17		Cod 18		Cod 19		Cod 20		Cod 21														
A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C										
1	X			X				X			X			X			X		X									X	X										
2	X				X			X			X	X			X						X	X						X		X									
3	X			X				X			X		X	X			X				X	X						X		X									
4		X			X			X			X			X			X				X	X						X		X									
5			X	X			X			X		X	X			X				X	X				X			X		X									
6		X		X			X		X		X			X			X			X	X							X		X									
7			X		X			X		X				X			X			X	X							X		X									
8	X			X				X			X		X	X			X			X	X						X		X	X									
9	X			X				X		X	X			X			X			X	X							X		X									
10	X			X				X		X			X		X					X	X							X		X									
11	X			X				X		X			X		X		X			X		X						X		X									
12	X			X				X		X			X		X					X	X							X		X									
13			X	X				X		X			X		X					X	X							X		X									
14			X	X				X		X		X			X					X	X					X				X									
15			X			X			X		X		X		X		X			X		X					X		X	X									
16			X		X			X		X		X		X		X		X			X		X				X		X	X									
17	X			X				X		X		X	X			X			X	X	X						X		X	X									
18	X			X				X		X		X		X		X			X	X				X		X		X		X									
19		X			X			X		X		X		X		X		X			X		X				X		X	X									
20			X	X				X		X			X			X			X	X							X		X	X									
21	X			X				X		X		X		X		X		X		X	X						X		X	X									
22	X			X				X		X		X		X		X		X		X	X		X				X		X	X									
23	X			X				X		X		X	X			X			X	X							X		X	X									
24		X			X			X		X		X	X			X			X	X							X		X	X									
25	X			X				X		X		X		X		X		X		X	X					X		X		X									
26			X	X				X		X		X		X		X			X	X					X		X		X	X									
27			X			X		X		X		X		X		X			X		X					X		X		X									
28	X			X				X		X		X		X		X			X	X					X		X		X	X									
29	X			X				X		X		X		X		X		X		X	X						X		X	X									
30	X			X				X	X		X		X		X		X		X	X						X		X		X									
31	X			X				X	X		X		X		X		X		X	X						X		X		X									
32	X			X				X		X		X		X	X				X	X						X		X		X									
33			X		X			X		X		X	X			X			X	X						X		X		X									
34		X			X			X		X		X	X			X			X	X						X		X		X									
35			X	X				X		X		X		X		X			X	X						X		X		X									
36	X			X				X		X		X	X			X			X	X						X		X		X									
37			X			X	X			X	X			X		X			X	X						X		X		X									
38		X			X		X			X		X	X			X		X		X					X		X		X	X									
39	X			X				X		X		X		X		X			X	X						X		X		X									
40	X			X				X		X		X	X		X				X	X					X	X		X		X									
41			X			X		X		X		X	X			X			X	X						X		X		X									
42			X	X				X		X		X		X		X			X	X					X		X		X	X									
43	X			X				X		X		X	X			X			X	X						X		X		X									
44			X		X			X		X	X			X		X			X	X					X		X		X	X									
45	X			X				X		X	X			X		X			X	X						X		X		X									
46	X			X				X		X		X		X		X			X	X					X		X		X	X									
47	X			X				X		X		X	X			X			X	X					X		X		X	X									
48	X			X				X		X		X		X		X			X	X					X		X		X	X									
49			X	X				X		X	X			X		X			X	X					X		X		X	X									
50		X		X				X		X		X		X		X			X	X					X		X		X	X									
TOTAL	27	7	16	34	10	6	2	44	4	10	12	28	1	2	47	7	4	39	9	18	23	4	4	42	3	6	41	4	17	29	23	15	12	6	5	39	7	3	40

TABLA MATRIZ

Unidad de Análisis	CONOCIMIENTOS SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS																																					
	Razón Abandono del Método Anterior			Modo de Elección																																		
				Toma de Decisión														Tipo de Informante (Consultor)														Info. x Enfermería						
	Cod 22			Cod 23			Cod 24			Cod 25			Cod 26			Cod 27			Cod 28			Cod 29			Cod 30			Cod 31			Cod 32			Cod 33				Cod 34
A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	D	34				
1			X			X		X	X					X		X		X	X			X	X		X	X		X		X	X							
2	X				X	X			X			X			X		X	X			X	X		X	X		X		X				X					
3	X				X			X	X					X		X		X		X	X		X	X		X	X		X									
4		X		X		X			X			X		X	X			X		X		X	X		X	X		X					X					
5	X			X		X		X		X		X	X			X		X	X		X	X		X		X		X										
6		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		X		X										
7	X			X		X		X	X		X		X		X		X		X	X		X		X		X		X										
8		X		X	X		X		X		X		X		X		X	X		X		X		X		X		X					X					
9		X	X			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X					X					
10		X		X		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X					X					
11		X	X			X	X			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X					X					
12		X	X			X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		X		X					X					
13		X	X			X	X			X		X		X	X			X		X		X		X		X		X					X					
14		X		X		X	X			X		X	X			X		X		X		X		X		X		X					X					
15		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		X		X		X					X					
16		X		X		X		X	X		X		X	X			X		X		X		X		X		X		X				X					
17		X	X			X		X	X		X		X	X			X		X		X		X		X		X		X				X					
18		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
19		X		X		X	X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		X		X				X					
20		X		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
21		X	X			X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
22		X		X		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X					X						
23		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
24		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
25		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X		X					X					
26		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X					X					
27		X		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
28		X		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
29		X	X			X	X		X		X		X		X		X		X	X		X		X		X		X		X			X					
30		X	X			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X					X					
31		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X					X					
32		X		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
33		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
34		X		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
35		X		X		X	X		X		X		X		X	X			X		X	X		X		X		X					X					
36		X		X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		X		X					X					
37		X	X			X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
38		X		X	X		X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		X		X				X					
39		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
40	X			X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
41		X	X			X	X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		X		X				X					
42	X		X			X	X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		X		X				X					
43		X	X			X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
44		X	X			X	X		X		X		X		X	X			X		X		X		X		X		X				X					
45		X	X			X	X		X		X		X		X		X		X		X	X		X		X		X					X					
46		X	X			X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
47		X			X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X					X					
48		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
49		X	X			X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X					
50		X	X			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X					X					
TOTAL	6	8	36	15	5	30	9	12	29	27	14	9	10	13	27	1	7	42	2	17	31	14	19	17	3	11	36	9	11	30	14	16	20	12	2	1	2	36

CODIFICACIÓN DE DATOS

Características Personales de las Mujeres:

Edad:

- A: 15 a 20 años
- B: 21 a 25 años
- C: 26 a 30 años

Nivel de Instrucción

COD 1: Primaria Completa

- A: Sí
- B: No

COD 2: Secundaria Completa

- A: Sí
- B: No

COD 3: Terciaria Completa

- A: Sí
- B: No

Religión

- A: Católica
- B: Evangélica
- C: Testigo de Jehová
- D: Otra

Tipo de Vínculo

- A: Parejas Ocasionales
- B: Noviazgo
- C: Concubinato
- D: Casada

Antecedentes Obstétricos

COD 4: Número de Hijos

- A: Ninguno
- B: 1 a 2
- C: 3 o más

COD 5: Número de Embarazos

- A: Ninguno
- B: 1 a 2
- C: 3 o más

COD 6: Número de Abortos

- A: Ninguno
- B: 1 a 2
- C: 3 o más

Conocimiento sobre los Métodos Anticonceptivos

Tipos de Métodos Anticonceptivos que Conoce

- A: Orales Combinados de Dosis Baja
- B: Orales Sólo de Progestágeno

- C: Inyectable
- D: Condones
- E: Dispositivo Intrauterino
- F: Basados en el Conocimiento de la Fertilidad

Beneficios de los Métodos Anticonceptivos

COD 7: Evitar Enfermedades de Transmisión Sexual

- A: Siempre
- B: Casi Siempre
- C: Nunca

COD 8: Evitar los Embarazos no Deseados

- A: Siempre
- B: Casi Siempre
- C: Nunca

COD 9: Evitar Abortos

- A: Siempre
- B: Casi Siempre
- C: Nunca

COD 10: Derecho a Decidir Cuándo tener Hijos

- A: Siempre
- B: Casi Siempre
- C: Nunca

COD 11: No Sabe

- A: Siempre
- B: Casi Siempre
- C: Nunca

Método Anticonceptivo que Usa

COD 12: Orales Combinados de Dosis Baja

- A: Siempre
- B: Casi Siempre
- C: Nunca

COD 13: Orales Sólo de Progestágeno

- A: Siempre
- B: Casi Siempre
- C: Nunca

COD 14: Inyectable

- A: Siempre
- B: Casi Siempre
- C: Nunca

COD 15: Condones

- A: Siempre
- B: Casi Siempre
- C: Nunca

COD 16: Dispositivo Intrauterino

- A: Siempre
- B: Casi Siempre
- C: Nunca

COD 17: Basados en el Conocimiento de la Fertilidad

- A: Siempre
- B: Casi Siempre
- C: Nunca

Permanencia en el Método

COD 18: Menos de 6 meses

A: Siempre

B: Casi Siempre

C: Nunca

COD 19: Más de 6 meses

A: Siempre

B: Casi Siempre

C: Nunca

Razón de Abandono del Método Anterior

COD 20: Intolerancia Física

A: Siempre

B: Casi Siempre

C: Nunca

COD 21: Falta de Adaptación

A: Siempre

B: Casi Siempre

C: Nunca

COD 22: Uso Inadecuado por Falta de Conocimiento

A: Siempre

B: Casi Siempre

C: Nunca

COD 23: Deseo de Embarazo

A: Siempre

B: Casi Siempre

C: Nunca

Modo de Elección

Toma de Decisión

COD 24: Por Sí Sola

A: Siempre

B: Casi Siempre

C: Nunca

COD 25: Conjuntamente con su Pareja

A: Siempre

B: Casi Siempre

C: Nunca

COD 26: Impuesto por el Médico

A: Siempre

B: Casi Siempre

C: Nunca

COD 27: Aconsejada por la Enfermera

A: Siempre

B: Casi Siempre

C: Nunca

COD 28: Aconsejada por un Familiar

A: Siempre

B: Casi Siempre

C: Nunca

Tipo de Informante (Consultor)

COD 29: Médico

A: Siempre
B: Casi Siempre
C: Nunca

COD 30: Enfermera

A: Siempre
B: Casi Siempre
C: Nunca

COD 31: Pareja

A: Siempre
B: Casi Siempre
C: Nunca

COD 32: Familiar

A: Siempre
B: Casi Siempre
C: Nunca

Información por parte de Enfermería

COD 33: Sí

A: Charlas Informales
B: Charlas Grupales
C: Talleres Prácticos
D: Otros

COD 34: NO