

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y ACTITUDES DE LAS MUJERES
EN EDAD FÉRTIL SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”**

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Antoni Jefri Villegas De León

Mario David Flores Azurdia

Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2014



El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Antoni Jeffri Villegas De Leon	200710242
Mario David Flores Azurdia	200710473

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y ACTITUDES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

Trabajo revisado por el Dr. José Antonio Hernández y tutoriado por el Dr. Álvaro René Guevara Raymundo, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, nueve de julio del dos mil catorce


DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO





El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Antoni Jefri Villegas De Leon 200710242
Mario David Flores Azurdia 200710473


han presentado el trabajo de graduación titulado:

**“FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y ACTITUDES DE LAS MUJERES
EN EDAD FÉRTIL SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”**


abril-mayo 2014

El cual ha sido revisado y corregido por el Dr. Luis Gustavo de la Roca Montenegro y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, nueve de julio del dos mil catorce.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Dr. Luis Gustavo de la Roca Montenegro
Supervisor Revisor


Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR


Dr. Edgar de León Barillas
Coordinador



Guatemala, 9 de julio del 2014

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

Antoni Jefri Villegas De Leon

Mario David Flores Azurdia

Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**“FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y ACTITUDES DE LAS MUJERES
EN EDAD FÉRTIL SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”**

Del cual como revisor y tutor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Dr. JOSÉ ANTONIO HERNÁNDEZ V.
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL.: No. 2994

Revisor

Dr. José Antonio Hernández Vásquez

firma y sello

Reg. de personal 11345

Dr. Álvaro R. Guevara R.
Ginecología/Obstetra
Col. 11,576

Tutor

Dr. Álvaro René Guevara Raymundo

firma y sello

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

Dedico y agradezco este logro a:

Aquel ser que me dio la vida y que me dio la oportunidad de realizar y lograr mis metas, Dios te agradezco por darme la bendición de haber elegido una carrera de dedicación, entrega, esfuerzo, que pone a prueba cada minuto mi fe, mis padres Noé y Betty que han sido mi brújula mi ejemplo a seguir, que me enseñaron que con dedicación, esfuerzo y trabajo se alcanzan los objetivos, y que no importa que tan grande o pequeño sea el logro siempre que asumirlo con humildad. A mis hermanos por ser esa base que todo buen proyecto debe existir, su amor, comprensión, apoyo incondicional siempre han estado y no importa las adversidades que existan; Ustedes me han enseñado que un triunfo se disfruta mejor cuando se comparte. A mis amigos que siempre han estado desde el inicio de este camino que a veces se tornaba como una cuesta, pero me han enseñado que los obstáculos se vencen mejor cuando todos somos un equipo, gracias a ustedes, que me han enseñado el valor de una gran amistad, lealtad, confianza, alegrías, tristezas, decepciones, gracias por compartir esos momentos puntuales e importantes de mi vida profesional y personal. Y por último y no menos importante a la gran y magna Universidad de San Carlos de Guatemala, por ser la institución que me brindó los conocimientos adecuados, que me enseñó el gran valor de la persistencia para alcanzar los objetivos. Gracias a todos aquellos catedráticos que me brindaron y compartieron sus conocimientos. Me siento orgulloso que esté es uno de los grande pasos de mi vida, pero solo es el inicio, compañeros y colegas, gracias por haber permitido compartir esta bendición y gran alegría con ustedes.

Antoni Jefri Villegas De León

Acto que dedico:

A Dios y a la Santísima Virgen María

Por su sabiduría, bondad y protección

A mis padres

Con amor y gratitud por su apoyo

Mario y Mercedes

incondicional

A mis hermanos

Por su apoyo y amor

Fernando y Karen

En memoria de mis abuelitos maternos

Sus recuerdos, enseñanzas y amor que

Carlos Azurdia

han marcado mi vida

Graciela Castellanos de Azurdia

Zoila Castellanos

A mi abuelita paterna

Por su apoyo y amor

Julia Ordoñez

A mi familia en general

Con cariño

A mis maestros y Universidad de San

Por haber compartido conmigo la

Carlos de Guatemala

sabiduría y conocimiento

A mis amigos

Por su apoyo, amistad, motivación y
comprensión en todos los momentos de mi
carrera

Mario David Flores Azurdia

RESUMEN

Objetivo: Describir los factores epidemiológicos y actitudes de las mujeres en edad fértil sobre métodos de planificación familiar que asisten a los centros de salud Mataquescuintla y Monjas, Jalapa. **Población y métodos:** Estudio tipo descriptivo y de diseño transversal, con una muestra de 725 mujeres en edad fértil, los datos se obtuvieron a través de una entrevista dirigida. **Resultados:** De las mujeres en edad fértil el 27.03% pertenece al grupo etario de 20-24 años, el 51.31% tiene un nivel de escolaridad primaria, 56.41% profesa la religión católica, en un 83.59% se consideraron no indígenas, 77.79% refirió estar casada, el 24.69% de las mujeres encuestadas refirió tener un hijo y el 71.31% tiene actividad sexual. En relación a las actitudes, el 54.21% fue indiferente, 43.45% positiva y 2.34% negativa. **Conclusiones:** Los factores epidemiológicos predominantes fueron: pertenecer al grupo etario de 20-24 años, con escolaridad de nivel primario, de religión católica, de etnia no indígena, de estado civil casada, con un hijo y con actividad sexual. La actitud indiferente predominó en las mujeres que asistieron a ambos centros de salud.

Palabras clave: Factores epidemiológicos, actitud, planificación familiar, mujeres en edad fértil, Jalapa.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
2.1. General	5
2.2. Específicos	5
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1. Contextualización del área de estudio	7
3.1.1. Mataquescuintla	7
3.1.2. Monjas	8
3.2. Salud Reproductiva	8
3.2.1. Derecho de reproducción	9
3.2.2. Planificación familiar	9
3.3. Factores epidemiológicos en planificación familiar	16
3.3.1. Edad	16
3.3.2. Escolaridad	16
3.3.3. Religión	17
3.3.4. Etnia	18
3.3.5. Estado civil	18
3.3.6. Número de hijos	19
3.3.7. Actividad sexual	19
3.4. Actitud	19
3.4.1. Definición carácter social	19
3.4.2. Definición conductual	20
3.4.3. Definición cognitiva	20
3.4.4. Estructura de las actitudes	20
3.4.5. Características generales de las actitudes	21
3.4.6. Funciones de las actitudes	23
3.4.7. Actitudes positivas, negativas e indiferentes	24
3.4.8. Tipos de actitud	25
3.4.9. Medición de las actitudes	25
3.4.10. Actitudes sobre métodos de planificación familiar	27
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	29
4.1. Tipo y diseño de la investigación	29
4.2. Unidad de análisis	29
4.3. Población y muestra	29

4.4. Selección de sujetos a estudio	30
4.5. Medición de variables	31
4.6. Técnicas, procedimientos utilizados en la recolección de datos	34
4.7. Procesamiento de datos	35
4.8. Límites y alcances de la investigación	36
4.9. Aspectos éticos de la investigación	37
5. RESULTADOS	39
6. DISCUSIÓN	41
7. CONCLUSIONES	43
8. RECOMENDACIONES	45
9. APORTES	47
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
11. ANEXOS	55

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud reproductiva como los procesos, funciones y sistemas de reproducción en todas las etapas de la vida. (1) Además define la planificación familiar como “prácticas que ayudan a individuos o a parejas a alcanzar determinados objetivos; evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular los intervalos entre los embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirán la familia”.(2) En América Latina y el Caribe, el promedio de prevalencia de métodos de planificación familiar es de 70%, porcentaje que sube a 74% para Sudamérica y desciende a 64% para Centroamérica. (3)

A nivel nacional se reconoce el acceso a la educación, a los servicios de planificación familiar como un derecho universal y equitativo de servicios de planificación familiar, su integración en el programa nacional de salud sexual y reproductiva, así como el acceso de la población a los servicios de planificación y comunicación, para el cambio de comportamiento y actitud sobre la planificación familiar. (4)

Al momento de hablar de actitud, Rokeach la define como “un conjunto de predisposiciones para la acción (creencias, valores, modos de percepción) que está organizado y relacionado en torno a un objeto o situación”. (5)

En Guatemala, los estudios que describen los factores epidemiológicos y actitudes sobre métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil son muy escasos; en 1992, un estudio concluyó que el 72% de la población estudiada posee una actitud positiva en cuanto al beneficio del uso de métodos de planificación familiar. (6) En 1993, otro estudio concluyó que respecto a la postura religiosa en tres cuartas partes de los entrevistados son católicos. (7) En el 2001, un estudio concluyó que una cuarta parte de cónyuges masculinos entrevistados refirieron el deseo de tener una familia numerosa, la alfabetización es sin duda un factor esencial para el conocimiento de la planificación familiar, y el 4.2% del total de personas entrevistadas tiene actividad sexual. (8) Orellana Reyna en el 2003, concluyó que el uso o no de los métodos de planificación familiar depende de la religión. (9) En el año 2006, se realizó en Quiché un estudio el cual concluyó que ser ladina, soltera, alfabeta y no poseer creencias religiosas son factores que favorece el uso de planificación familiar. (10) Así como en el año 2007, otro estudio concluyó que el uso de métodos de planificación familiar fueron las pacientes casadas en 57%, ladinas en 61% y de escolaridad secundaria en 70%. (11)

Ramírez Caal en el año 2011, concluyó que de las mujeres en edad fértil, el 24% se encuentra el grupo etario de 20-24 años, el 55% es unido, el 88% es indígena, el 70% profesa la religión católica, el 41% es analfabeta. (12)

El departamento de Jalapa, ubicado al sur-oriental de la República de Guatemala, cuenta con una tasa global de fecundidad de 3.8% más alto que la media nacional 3.6%. Esto se debe a un bajo uso de métodos anticonceptivos en el departamento, donde el 51.9% de mujeres en edad reproductiva, no utiliza métodos, 40.3% usa métodos modernos y un 7.5% métodos naturales, habiendo un 18% de madres adolescentes. (13) En los municipios de Mataquescuintla y Monjas, que cuentan con una población de 44,219 y 25,149(14) respectivamente, de las cuales 8,843 y 5,029 son mujeres en edad fértil. La tasa de fecundidad es de 86.05 y 96.63 (15,16) por cada mil mujeres en edad fértil respectivamente. El 34.12% y 31% utilizan métodos de planificación familiar, correspondientes a 3,018 y 1,550 del total de las mujeres en edad fértil. (17)

Es conveniente mencionar que hay escasa información acerca de estudios realizados en comunidades del oriente del país, por lo cual conocer los factores epidemiológicos y actitudes de las mujeres en edad fértil con respecto a los métodos de planificación familiar, es importante, ya que puede influir en la tendencia de toma de decisiones y así, ayudar a las autoridades de salud a crear o modificar estrategias para la promoción de los métodos de planificación familiar actuales.

Por consiguiente se formuló la siguiente pregunta de investigación; ¿Cuáles son los factores epidemiológicos y actitudes de las mujeres en edad fértil sobre métodos de planificación familiar que asisten a los centros de salud de Mataquescuintla y Monjas, Jalapa, abril-mayo, año 2014?, y se trazó como objetivo general, describir los factores epidemiológicos y actitudes de las mujeres en edad fértil sobre métodos de planificación familiar que asisten a los centros de salud Mataquescuintla y Monjas, Jalapa, abril-mayo, año 2014.

El tipo de estudio fue descriptivo y de diseño transversal, la unidad primaria de muestreo fueron las mujeres en edad fértil 15-49 años que residen en los municipios de Mataquescuintla y Monjas, departamento de Jalapa; la unidad de análisis fueron los factores epidemiológicos y actitudes de las mujeres. Los datos se obtuvieron a través de una entrevista dirigida, la duración del estudio fue en los meses de abril-mayo del año 2014.

Los resultados del estudio mostraron que de las mujeres que asistieron a los centros de salud de Mataquescuintla y Monjas, Jalapa; el 27.03% pertenece al grupo etario de 20-24 años, el 51.31% tiene un nivel de escolaridad primaria, 56.41% profesa la religión católica, en un 83.59% se consideraron no indígenas, 77.79% refirió estar casada, el 24.69% de las mujeres encuestadas refirió tener un hijo y el 71.31% tiene actividad sexual. En relación a las actitudes, el 54.21% fue indiferente, 43.45% positiva y 2.34% negativa.

Se llegó a la conclusión que los factores epidemiológicos predominantes de las mujeres en edad fértil que asistieron a los centros de salud de Monjas y Mataquescuintla fueron: superior a una cuarta parte pertenecían al grupo etario de 20-24 años, igual o mayor a las dos cuartas partes con escolaridad de nivel primario y religión católica, superior a las tres cuartas partes se consideraron no indígena y de estado civil casada, igual a una cuarta parte con un hijo e igual o inferior a las tres cuartas partes con actividad sexual. La actitud indiferente fue superior a las dos cuartas partes de las mujeres en edad fértil que asistieron a ambos centros de salud.

2. OBJETIVOS

2.1. General

- 2.1.1. Describir los factores epidemiológicos y actitudes de las mujeres en edad fértil sobre métodos de planificación familiar que asisten a los centros de salud de Mataquescuintla y Monjas, Jalapa, durante el periodo abril-mayo, año 2014.

2.2. Específicos

- 2.2.1 Identificar los factores epidemiológicos de las mujeres en edad fértil que asisten a los centros de salud de Mataquescuintla y Monjas, Jalapa, según edad, escolaridad, religión, etnia, estado civil, número de hijos y actividad sexual.
- 2.2.2 Identificar las actitudes de las mujeres en edad fértil sobre métodos de planificación familiar que asisten a los centros de salud de Mataquescuintla y Monjas, Jalapa.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Contextualización del área de estudio

En el departamento de Jalapa, ubicado al sur-oriente de la República de Guatemala, cuenta con una tasa global de fecundidad de 3.8% más alto que la media nacional 3.6%. Esto se debe a un bajo uso de métodos anticonceptivos en el departamento, donde el 51.9% de mujeres en edad reproductiva, no utiliza métodos, 40.3% usa métodos modernos y un 7.5% métodos naturales, habiendo un 18% de madres adolescentes. (13)

3.1.1. Mataquescuintla

Se encuentra situado en la zona oriental y al sureste de la ciudad de Guatemala, a una distancia de 102 kilómetros. La extensión territorial es de 287 kilómetros cuadrados en jurisdicción del departamento de Jalapa. El municipio de Mataquescuintla ocupa el tercer lugar en cuanto a extensión territorial. Su población es de 44,219 habitantes según la proyección de crecimiento poblacional 2013. De los pobladores 22,318 son mujeres y 21,901 son hombres. La población es eminentemente joven, habiendo un 56% de la población menor de 20 años. (14)

En Mataquescuintla, mínima parte de su población se identifica como descendiente de la etnia maya-poqomam. El 3% de su población se identificaba como indígena, para el 2,002 bajo la proporción de población indígena de la etnia maya-poqomam y xinca a 0.4%. El idioma predominante es el español. En el municipio el 34% de la población mayor de 7 años, jamás había ido a la escuela y apenas el 4% había cursado algún grado del ciclo básico o más. (15)

El distrito municipal de salud de Mataquescuintla informa que el 68% de la población fue cubierto por servicios institucionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y 30% de la población por la prestadora de servicios de salud (PSS) proyecto Cactus, en el marco del programa de extensión de cobertura, no habiendo comunidades sin acceso a servicios de salud. (18) La tasa de fecundidad es de 86.05 (15) por cada mil mujeres en

edad fértil y el 34.12% utiliza métodos de planificación familiar, correspondientes a 3,018 del total de las mujeres en edad fértil. (19)

3.1.2. Monjas

Se encuentra situado a una distancia de 153 kilómetros de la ciudad de Guatemala y a 23 kilómetros de la cabecera departamental en la zona oriental la ciudad de Guatemala. Su población es de 25,149 habitantes según la proyección de crecimiento poblacional 2013. De los cuales 13,790 son mujeres y 11,359 son hombres. (14) El idioma predominante es el español. La población de Monjas es eminentemente joven, con un 53% de la población menor de 20 años. (16)

En Monjas, el 3% de su población se identificaba como indígena, el 28% de la población censada, mayor de 7 años, jamás había ido a la escuela y apenas un 8% había cursado algún grado del ciclo básico o más. El distrito municipal de salud informa que el 67% de la población fue cubierto por servicios institucionales del MSPAS; 30% de la población por la prestadora de servicios de salud (PSS) proyecto Cactus, en el marco del Programa de Extensión de Cobertura y el 3% por el IGSS e instituciones privadas, no habiendo comunidades sin acceso a servicios de salud. (16)

La tasa de fecundidad es de 96.63 (16) por cada mil mujeres en edad fértil y el 31% utilizan métodos de planificación familiar, correspondientes a 1,550 del total de las mujeres en edad fértil. (17)

3.2. Salud reproductiva

Es un estado general de bienestar físico, mental, social y no solo ausencia de enfermedades. En Guatemala se interpreta con la inclusión de niños y niñas, adolescentes, hombres y mujeres en edad reproductiva, con el propósito fundamental de impulsar acciones que garanticen la salud adecuada de los padres y de esa forma garantizar hijos saludables, ya que la salud reproductiva contribuye en el futuro a que los individuos posean buena capacidad de aprendizaje y de trabajo, pueden ejercer su derecho a participar en el desarrollo de los beneficios sociales de la vida. (20)

3.2.1. Derecho de reproducción

En el artículo 47, Capítulo II, Sección Primera de la Constitución Política de la República de Guatemala, se fundamenta el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre estos, teniendo la accesibilidad necesaria para elegir métodos seguros, eficaces. Asegurables y aceptables de planificación familiar, para el control de su fecundidad, así como el acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan el embarazo y parto transcurrir en condiciones de seguridad, ofrecimiento a las parejas las mayores posibilidades de tener un hijo sano, alcanzar el nivel más elevado de salud reproductiva y adoptar decisiones a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción, ni violencia. (21)

3.2.2. Planificación familiar

Es un derecho humano universal contemplado en las Naciones Unidas y aceptado por la mayoría de las naciones del mundo. Es el derecho que tiene toda pareja a decidir libremente y bien informada sobre el número de hijos que desea tener, y el momento oportuno para tenerlos. (20)

Una forma del sector de la población delimita y controla la natalidad, la reducción del índice de crecimiento puede atribuirse a estrictas normativas y políticas adoptadas por el control de la natalidad en beneficio de las familias. El acceso a anticonceptivos, y el derecho a elegir el número de hijos y controlar los intervalos entre nacimientos, reduce el crecimiento de la población como resultado a los programas de planificación familiar propiciadas por los gobiernos. (22)

Es un componente dentro del programa de salud reproductiva, conlleva aspectos acerca de la capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual plena, responsable y con libertad para elegir el número de hijos que desean tener, así como decidir el momento y la frecuencia de los embarazos. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) con otras instituciones y organizaciones privadas; garantizan el abastecimiento y

disponibilidad de métodos de alta calidad para el espaciamiento de embarazos en todos los servicios públicos de salud. (4)

3.2.2.1. Programas de planificación familiar

Han sido desarrollados y patrocinados para ofrecerle a la gente un medio que le permita tener el número de hijos que desea, reduciendo la incidencia de embarazos no deseados, proporcionar el recurso necesario para mejorar la salud materno-infantil y coadyuvar a un crecimiento más lento de la población, favoreciendo un desarrollo económico acelerado. Los anticonceptivos modernos son un importante medio para que las mujeres de los países en desarrollo puedan controlar su fecundidad. (20)

3.2.2.2. Iniciativa de planificación familiar

El Gobierno de Guatemala, garantiza el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios maternos y neonatales, incluida la planificación familiar, la atención diferenciada en adolescente, respetando la pertinencia cultural y la ubicación geográfica de las mujeres guatemaltecas, entre otras, mencionando en el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSAR), Ley para la maternidad saludable y su reglamento la Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su respectivo reglamento.(4,23)

3.2.2.3. Beneficios de planificación familiar

Los beneficios de la planificación familiar y el espaciamiento de nacimientos van más allá de los que reciben las mujeres y sus familias. Las mujeres que pueden planificar cuando y cuántos hijos desean procrear, disfrutan de una salud mejorada, experimentan menos embarazo y nacimientos imprevistos, teniendo menos probabilidad de un aborto. Además, las mujeres que controlan su fertilidad tienen más oportunidades educativas y de empleo, lo que mejora su situación social y económica además del bienestar de sus familias. (24)

3.2.2.4. Métodos de planificación familiar

La anticoncepción (prevención del embarazo) se practica por muchas razones, como la planeación del embarazo, las limitaciones del número de hijos, la prevención de riesgos médicos del embarazo (sobre todo en

presencia de enfermedades crónicas como cardiopatía, diabetes y tuberculosis) y control de la población mundial. El uso de anticonceptivos va en incremento en países desarrollados, pero algunas formas de la misma quedan fuera del alcance económico de los habitantes de los países en vías de desarrollo. (25)

De la población femenina estadounidense de 15-44 años se estima que 30% no tiene actividad sexual, 5% no utiliza anticonceptivos, 5% se sometió a esterilización quirúrgica y 60% utiliza algún método anticonceptivo. (25)

- Métodos naturales

- Coito interrumpido

- Consiste en el retiro voluntario del pene antes de la eyaculación, tiene una efectividad moderada para prevenir el embarazo, esta efectividad se calcula de cada 100 parejas que utilizan este método 25 resultaran embarazadas. (25)

- Abstinencia periódica

- Puesto que las mujeres son fértiles solo durante alrededor de 24 horas después de la ovulación, la omisión consciente del coito por dos días antes y después de la ovulación debe brindar una anticoncepción efectiva. Existen tres técnicas que pueden ayudar a identificar con más precisión el día probable de la ovulación. El método del calendario predice la ovulación 14 días antes del siguiente periodo menstrual, con base en meses de meses de documentación cuidadosa de la duración de los ciclos menstruales. La temperatura corporal basal, se registra justo al despertar, antes de realizar cualquier actividad, está presente un incremento súbito de 0.3 a 0.4 grados centígrados con la ovulación. La viscosidad del moco, tanto cervical como vaginal tiene cambios en sus características, siendo un poco más espeso de lo normal. (25)

- Prolongación de la lactancia (MELA)

Es un método anticonceptivo utilizado en el post-parto, se considera moderno y temporal, basado en la infertilidad fisiológica que se da durante la lactancia al evitar los estímulos hormonales evitando la ovulación. La lactancia materna regular y frecuente resulta de una inhibición de la ovulación por la desorganización folicular y la inhibición de estímulos hormonales. Se estima que este método brinda una tasa de fallo de al menos de 2 embarazos por cada 100 mujeres que lo utilizan. (18)
- Métodos de días fijos (COLLAR)

Es un método anticonceptivo natural basado en el conocimiento de los posibles días fértiles de acuerdo a la secuencia de varios periodos menstruales regulares, evitando las relaciones sexuales desprotegidas durante esos días. El collar está compuesto por 32 perlas de distintos colores representado el ciclo menstrual, ayuda a identificar en que días hay mayor riesgo de concepción, siendo este mayor al tener relaciones sexuales sin protección. La eficacia del método utilizando correctamente es del 95% (identificando 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso correcto del método). (18)
- Métodos de barrera

Los métodos de barrera consisten en el bloqueo físico del útero para impedir la entrada del esperma. (18)

 - Condón masculino

Recubrimiento delgado de látex, que se coloca en el pene erecto para impedir el depósito de semen en la vagina de forma de barrera y/o químico cuando este producto se acompaña de espermicidas, la utilización del condón evita el encuentro del ovulo con los espermatozoides. Es anticonceptivo temporal disponible para el hombre, dentro de los beneficios es de alta eficacia y de forma inmediata evitando así las enfermedades de transmisión sexual y el VIH SIDA. (18)

- Condón femenino
Consiste en una funda de poliuretano o látex con dos anillos flexibles en cada extremo. Uno de ellos se fija a la vagina, mientras que el otro permanece fuera, cubriendo parcialmente los órganos genitales externos. Utilizado correctamente tiene una eficacia del 79%, algo menor que la del preservativo masculino y, al igual que este, no precisa de control médico. (18)

- Diafragma
En el caso de las mujeres, el método de barrera más empleado es el diafragma, una cubierta de goma que se ajusta al cérvix (cuello del útero) y que contiene una crema o gel espermicida (destructor de esperma) que inutiliza a los espermatozoides próximos a los bordes del diafragma. Estos dispositivos están también libres de efectos secundarios, y su eficacia anticonceptiva es del 82%. Los diafragmas deben ser prescritos por el médico, quien determina el tamaño y tipo apropiado para cada mujer. Un sistema parecido es la esponja vaginal, impregnada de espermicida, que se introduce en el cérvix con anterioridad a la relación sexual. Su mecanismo de acción es similar al del diafragma. (25)

- Dispositivo intrauterino T de cobre
Es un pequeño objeto de plástico que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos, es de carácter temporal y reversible, impidiendo la fecundación. La T de cobre 380A (consiste en un cuerpo flexible en forma de T que contiene un principio activo de 380 mm² de cobre), que brinda una larga protección anticonceptiva (10 años); la tasa de fallo es de 1 en 125 a 170 mujeres en el primer año de uso. Es muy beneficioso, altamente eficaz, método a largo plazo pero reversible, no afecta la lactancia materna, retorno inmediato de la fertilidad posterior al retiro. El mecanismo de acción es que, su presencia en el útero estimula la liberación de leucocitos y prostaglandinas por el endometrio como parte de una reacción de cuerpo extraño, estas sustancias son hostiles tanto para espermatozoides como para los

óvulos fecundados y los cigotos, la presencia de cobre incrementa el efecto espermicida, es un abortivo eficiente y confiable. La cumulativa de embarazos es de 2.1 al final de los 10 años de uso. (25)

- Capuchón cervical

Este es una barrera que cubre la porción cervical. El capuchón más moderno es una válvula de una vía que permite la salida de líquido cervical y uterino mientras previene la entrada de espermatozoides. Es probable que los capuchones cervicales no deban dejarse más de 72 horas para evitar posibles infecciones. (25)

- Métodos hormonales

Los anticonceptivos hormonales son sustancias químicas que funcionan mediante la alteración del modelo hormonal normal de una mujer para que no se produzca la ovulación. Actúan sobre el revestimiento uterino para evitar la implantación del huevo fecundado en el útero y modifican la composición del moco cervical. Cuando se usan adecuadamente, los anticonceptivos hormonales son un método de control de natalidad muy eficaz que, sin embargo, no ofrece protección frente a enfermedades de transmisión sexual y VIH SIDA. (26)

Eficacia usual, de 6 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, cuando se utilizan en forma correcta y consistente 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Son distintos preparados anticonceptivos que contienen hormonas femeninas, que puede administrarse por vía oral o parenteral. (26)

- Anticonceptivos orales

La píldora anticonceptiva es un método que consiste en un comprimido oral, compuesto por hormonas sintéticas similares a las que producen los ovarios y su acción central es impedir la ovulación. Es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces y

seguros y uno de los más utilizados en el mundo. Los anticonceptivos orales (ACO) están elaborados con una combinación de estrógenos y progestágenos. La píldora anticonceptiva es un método seguro y eficaz para evitar el embarazo. La mayoría de las mujeres jóvenes que las toman no padecen efectos secundarios. No todas las mujeres pueden utilizar píldoras anticonceptivas combinadas. En ciertos casos, algunas enfermedades u otro tipo de factores hacen que el uso de la píldora sea menos eficaz o más riesgoso (27,28)

- Anticonceptivos inyectables

Son métodos anticonceptivos hormonales que se administran por inyección intramuscular profunda cada mes o cada 3 meses, dependiendo de la presentación. Tienen la ventaja de ser involuntarios y fáciles de manejar, preservando la privacidad de la usuaria. En ambos casos existe el problema de que una vez inyectados no hay forma de retirarlo del organismo, debiendo esperar el metabolismo total de excreción del mismo. La eficacia de estos métodos es de 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. (19)

- Implantes subdérmicos

Son métodos anticonceptivos hormonales, de carácter temporal y reversible, de larga duración y que brindan protección hasta por cinco años. Estas se insertan por debajo de la piel en el brazo de la usuaria mediante un procedimiento quirúrgico menor. Actúan inhibiendo la ovulación. Tiene una falla de 1 embarazo por 1000 usuarias en el primer año de uso y su tasa acumulativa a 5 años es de 1 embarazo por 62 usuarias. (18)

- Métodos quirúrgicos

Es la prevención permanente del embarazo. La esterilización efectiva se convierte con rapidez en el método más empleado para limitar el tamaño de la familia en los países desarrollados. Casi la tercera parte de todas las parejas casada en Estados Unidos utiliza la esterilización

como medio anticonceptivo, se emplea más a menudo cuando a no desean tener más hijos, cuando la mujer tiene más de 30 años de edad o cuando el matrimonio tiene más de 10 años de duración. (25)

3.3. Factores epidemiológicos en planificación familiar

Por definición de factor epidemiológico se encuentra que es la causa o elemento que influye negativa o positivamente en la realización de una actividad o elemento condicionante que contribuye a lograr un resultado, los cuales dependerán de forma específica en cada paciente en relación a su estado físico, mental y social. (29)

3.3.1. Edad

Espacio de años que han corrido de un tiempo a otro. (30) Tiempo cronológico vivido por una persona desde su nacimiento. Los elementos que se forman a través del tiempo que la persona ha vivido. Con el tiempo las personas adquieren mayor responsabilidad, razonamiento y madurez en relación a su vida sexual, lo cual permite actuar de forma clara, prudente e inteligente al momento de tomar una decisión. (29)

En el año 2011 en las comunidades Chitocan y Satis, del municipio de Cobán, departamento de Alta Verapaz, se realizó un estudio que concluye que de las mujeres en edad fértil, el 24% se encuentra el grupo etario de 20-24 años. (12)

3.3.2. Escolaridad

Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (30) Constituida por elementos de conocimiento y desarrollo alcanzados por una persona a través de estudios realizados y que se manifiestan en su actuación, el actuar de la persona dependerá de los conocimientos que posea y de su escolaridad académica, por lo que al tener conocimientos sobre los beneficios que conlleva la utilización de los métodos de planificación familiar así será su tendencia hacia la aceptación. (29)

Según informe relacionado con educación se observa que “el uso de métodos anticonceptivos aumenta conforme se incrementa el grado de educación en la

mayoría de países en desarrollo; a mayor grado en la educación de la mujer se asocia también una mayor reducción en la fecundidad”. (29)

En otro estudio realizado en la aldea Montufar, San Juan Sacatepéquez en el año 2001, concluye que mientras menos sea el grado de escolaridad de las parejas menos será el porcentaje de aceptación de la planificación familiar. (8)

Asimismo en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el año de 2007, concluye que el uso de métodos de planificación familiar según escolaridad corresponde a pacientes que tienen un nivel de educación secundaria en 70%. (11)

3.3.3. Religión

Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual, social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. (19) Elementos que intervienen en forma positiva o negativa en relación a la decisión de aceptar el uso de un método de planificación familiar con base en la doctrina que se profese, por lo regular las diferentes doctrinas se inclinan hacia el uso de métodos naturales. (29)

La doctrina cristiana acepta utilizar métodos de planificación familiar como lo son del calendario o ritmo, practicando el acto conyugal solamente durante los períodos infértiles para regular la concepción. Los intereses comunes que unen a las principales tradiciones religiosas en cuanto al tema del control de la natalidad es la siguiente: “En cada una de ellas, los opositores del planeamiento familiar temen que los anticonceptivos promuevan la inmortalidad y el sexo ilícito, si bien se debe agregar que muchas creencias no occidentales temen que las políticas liberales anticonceptivas alienten un modelo de vida occidental que destruiría la familia y los valores familiares”. (29)

En el estudio realizado en el municipio de Parramos, Chimaltenango en el año 1993, concluye que respecto a la postura religiosa encuentran que tres cuartas partes de los entrevistados son católicos y se oponen al uso de métodos de planificación familiar, principalmente por razones de creencias religiosas. (7) Además se realizó otro estudio en el año 2003, en el municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, el cual concluye que el uso o no de los métodos de

planificación familiar depende de la religión, lo que representa una disciplinada práctica y seguimiento de la mayoría a su respectiva iglesia y al líder, funcionario o ministro religioso respectivo. (9)

3.3.4. Etnia

Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas y culturales. (30) Es un conjunto de personas que comparten rasgos culturales, idioma, religión, celebración de ciertas festividades, expresiones artísticas, vestimenta, nexos históricos, tipo de alimentación. En Guatemala y con fines para este estudio se consideró indígena y no indígena. Indígena, originario de un determinado pueblo, se aplica especialmente a los primeros pobladores de un lugar y a lo perteneciente a ellos. No indígena, antiguamente se aplicaba a la lengua romance o al castellano antiguo. Se dice del indio que habla correctamente el español. (31)

En el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el año de 2007, se realizó un estudio que concluye que el uso de métodos de planificación familiar según etnia corresponde a pacientes ladinos en 61%. (11) Asimismo en el año 2011 otro estudio realizado en las comunidades Chitocan y Satis, del municipio de Cobán, departamento de Alta Verapaz, concluye que de las mujeres en edad fértil, el 88% es indígena. (12)

3.3.5. Estado civil

Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. (30) Estado legal que ubica a una persona en su relación de pareja. Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles, especialmente en su vida de pareja o matrimonial. (9,29)

En el departamento de Quiché, se realizó un estudio en 12 municipios en el año 2006, el cual concluye que ser soltera, es un factor que favorece el uso de planificación familiar. (10) Asimismo en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el año de 2007, concluye que el uso de métodos de planificación familiar según el estado civil corresponde a las pacientes casadas en 57%. (11)

3.3.6. Número de hijos

Persona o animal respecto de su padre o de su madre. (30) Es un derecho de las mujeres decidir el número de hijos que desean tener, pero también es un deber por parte de ellas brindar a sus hijos una atención adecuada que satisfaga sus necesidades, procurando el bienestar común entre padres e hijos. (29)

En el estudio realizado en la aldea Montufar, San Juan Sacatepéquez en el año 2001, concluye que una cuarta parte de cónyuges masculinos entrevistados refirieron el deseo de tener una familia numerosa. (8)

3.3.7. Actividad sexual

Se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. Conjunto de comportamiento erótico que realizan dos o más seres, y que generalmente suele incluir uno o varios coitos. (8)

En el estudio realizado en la aldea Montufar, San Juan Sacatepéquez en el año 2001, concluye que el 4.2% de las personas entrevistadas tiene actividad sexual. (8)

3.4. Actitud

Allport define actitud como “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. Esta definición relata que la actitud no es un comportamiento actual, sino una disposición previa preparatoria de las respuestas conductuales ante estímulos sociales. (32)

A grandes rasgos, las definiciones de actitud podrían agruparse en tres bloques:

3.4.1. Definición carácter social

Las actitudes son el reflejo a nivel individual de los valores sociales de su grupo; las actitudes se reflejan en patrones conductuales propios de los miembros de un grupo y que regulan las interacciones entre ellos. (32)

3.4.2. Definición conductual

Para los autores la actitud es la predisposición a actuar o responde de una forma determinada ante un estímulo u objeto actitudinal. Dentro de la perspectiva conductista destaca Bem, el cual define la actitud como “estilo particular de respuesta verbal en la cual el sujeto no describe su ambiente privado interno, sino su respuesta pública habitual, accesible a observadores externos”. (32)

3.4.3. Definición cognitiva

Rokeach define la actitud como “un conjunto de predisposiciones para la acción (creencias, valores, modos de percepción) que está organizado y relacionado en torno a un objeto o situación”. (32)

3.4.4. Estructura de las actitudes

Existen dos importantes conceptualizaciones o modelos de actitud:

3.4.4.1. Modelo unidimensional

El modelo unidimensional consiste en enfatizar el componente evaluativo de la actitud, utilizando el término para referirse “a un sentimiento general, permanente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema”. (5)

Dentro de este modelo es importante diferenciar el concepto de actitud del concepto de creencia y de intención conductual. Así la actitud representa las emociones relacionadas con el objeto de actitud, es decir, su evaluación positiva o negativa, las creencias se reservan para las opiniones que el sujeto tiene acerca del objeto de actitud, la información, conocimiento o pensamientos que alguien tiene el objeto de actitud. La actitud conductual hace referencia a la disposición a comportarse de alguna forma necesariamente que la conducta sea de hecho ejecutada. (5)

3.4.4.2. Modelo multidimensional

Con respecto al modelo multidimensional (o de los tres componentes) la actitud se entiende como “una predisposición responder a alguna clase de estímulos con cierta clase de “respuestas”. Blecker intento operacionalizar el modelo multifactorial de la actitud. Mantiene que existe un triple componente en toda actitud, y esos tres componentes se relacionan entre sí. Los tres componentes serán: (5)

- Componente afectivo

Se ha considerado siempre como el componente fundamental de la actitud. Así conocido un objeto es posible que se asocien con sentimientos de agrado o desagrado a tal conocimiento, especialmente si los referentes son de alguna importancia (interés, valor) para el sujeto. Una de las formas más usualmente consideradas, por la que los objetos adquieren carga afectiva, es el condicionamiento (experiencia), pero también la reflexión puede serlo. (5)

- Componente cognitivo

Podría ser la introducción al fundamento principal de la actitud. Podrán ser más o menos erróneos, o muy parciales, los conocimientos que una persona tiene de un objeto, pero por si mismos son suficientes para fundamentar una actitud. (5)

- Componente conativo o conductual

Hace la referencia a intenciones conductuales o tendencias de acción en relación a una actitud. Es el aspecto dinamizador de la actitud. Se trata de una consecuencia de la conjunción de los dos componentes anteriormente citados. (5)

3.4.5. Características generales de las actitudes

Al agrupar algunos de los elementos comunes que aparecen en las definiciones seleccionadas con anterioridad, se destacan las siguientes características principales de las actitudes:

- 3.4.5.1. Conjunto organizado de convicciones o creencias (componente cognitivo); las actitudes suelen presentarse como un conjunto sistemático de creencias, valores, conocimientos, expectativas, entre otros, que está organizado y cuyos componentes tienen una congruencia o consistencia entre sí. (5)
- 3.4.5.2. Predisposición o tendencia a responder (componente conductual); es una de las características más importantes de la actitud. Aunque no exista una implicación directa entre actitud y conducta, normalmente una actitud positiva/ negativa hacia algo implica un comportamiento congruente (consistente) con la actitud subyacente. (5)
- 3.4.5.3. Predisposición favorable o desfavorable hacia el objeto de actitud; la actitud tiene un componente afectivo emocional (sentimientos positivos/ negativos), por lo que la actitud va acompañada de carga afectiva. (5)
- 3.4.5.4. Carácter estable y permanente; la estabilidad indica que las actitudes son un conjunto consistente de creencias y actos. Esto implica que no puede cambiar, por el contrario, pueden crecer, deteriorarse o desaparecer por factores externos o internos. (5)
- 3.4.5.5. Las actitudes son aprendidas; se adquieren, principalmente, por procesos de socialización, aunque parece que en principio su modo de aprendizaje guarda caracteres específicos frente a otro tipo de aprendizaje. Intervienen en este aprendizaje factores ambientales, sociales y familiares, los medios de comunicación. (5)
- 3.4.5.6. Las actitudes desempeñan un papel dinamizador en el conocimiento y en la enseñanza; se suele tender a conocer aquello hacia lo que se tiene una actitud positiva y a no prestar a los objetos, situaciones, o personas asociadas a elementos negativos. (5)
- 3.4.5.7. Las actitudes son transferibles; se pueden generalizar y transferir en diferentes situaciones y de diversos modos. (5)

3.4.6. Funciones de las actitudes

En principio todas las actitudes cumplen una función genérica de evaluación estimativa, es decir, es un “estado de preparación” ante un objeto. Por tanto, la actitud alerta a la persona, o la orienta, hacia los objetos de su modo social. Si no existieran las actitudes, la persona estaría abocada a una confrontación continua con tales objetos, con los consiguientes problemas de adaptación al medio. (33)

Se han propuesto cuatro funciones básicas de las actitudes principalmente de naturaleza motivacional:

- 3.4.6.1. Funciones autodefensivas; en esta función las actitudes pueden proteger a alguien de sentimientos negativos hacia sí mismo o el propio grupo, permitiendo proyecciones de estos sentimientos hacia otras personas, tales como grupos minoritarios. (33)
- 3.4.6.2. Función instrumental, adaptativa o utilitaria; las actitudes ayudan a las personas a alcanzar objetivos deseados, como las recompensas, o a evitar objetivos no deseados, como el castigo. Por ello puede resultar funcional adoptar actitudes semejantes a las de las personas a las que se desea ganar como amigo. (33)
- 3.4.6.3. Función expresiva de conocimiento; el conocimiento como guía de la conducta cumple una función fundamental para la satisfacción de necesidades y además contribuye a organizar significativamente el mundo que rodea al individuo, de lo contrario este sería un caos incomprensible. Las actitudes permiten categorizar, a lo largo de dimensiones evaluativas establecidas, la información que se llega como nuevas experiencias, y pueden ayudar a simplificar y comprender el complejo mundo en el que se vive. (33)

Por lo tanto, la actitud brinda al sujeto un marco de referencia, un sistema de categorización de los objetos y tienen un carácter eminentemente economizador de tiempo y esfuerzo. Así, prácticamente casi todas las actitudes le sirven a la persona para comprender la realidad que le rodea y poder desenvolverse en ella con facilidad. (33) La recuperación rápida

de la memoria de la evaluación que se hizo de un objeto de actitud dado, hace que cuando se encuentre con ese objetivo se sepa con rapidez si se trata de algo positivo o negativo y se ahorre tener que hacer una nueva evaluación cada vez que se encuentra con dicho objeto de actitud. (33)

3.4.6.4. Función expresiva de valores; la manifestación de actitudes o su traducción en conductas efectivas contribuye a la definición pública y privada del auto concepto y de los valores centrales del sujeto. (33)

3.4.7. Actitudes positivas, negativas e indiferentes

Las actitudes pueden resultar positivas, negativas o indiferentes, según faciliten u obstruyan la manera que la persona tiene de afrontar la realidad en cada momento de su vida. Aquellas disposiciones que ayudan a desenvolver frente a las exigencias del ambiente pueden englobarse en lo que se denomina actitud positiva. La actitud positiva de una persona se origina en hacer uso de aquellos recursos que esta posee para solucionar los problemas y dificultades. En efecto, el énfasis de una persona con actitud positiva se centra en aquello que posee en lugar de ocuparse de lo que carece. Así, la actitud mental positiva tiene injerencia en la salud psíquica fomentando sentimientos que trasuntan bienestar y placidez. Entre las actitudes positivas, que seguramente estrecharán y fortalecerán nuestros vínculos con los demás ya sea en la familia, los amigos, el trabajo, la escuela, asociaciones en las que participen, son: solidaridad, compañerismo, entendimiento, el ser proactivos, la creatividad, el buen humor, entre otros. (33)

Por el contrario, la actitud negativa es fuente inagotable de sinsabores y sentimientos derrotistas. En general, las personas cuando sufren depresión adoptan este tipo de postura frente a la vida. Básicamente, una persona con actitud negativa enfoca su atención en aquello que carece y que necesita: salud, dinero, amor, etc. Por legítimas que puedan ser estas aspiraciones, lo cierto es que enfocarse en las carencias no llevará a eliminarlas, sino que por el contrario, puede crear otras. Aquellas que se relacionan con la actitud negativa y que tienden a crear conflictos y tensiones con los demás, son: egoísmo, envidia, celos, rencor, mentira, avaricia, soberbia, indiferencia, entre otras que pueden identificarse. (33)

A diferencia de las actitudes mencionadas anteriormente la actitud indiferente, se caracteriza por ser una situación donde no se siente inclinación ni rechazo hacia algo o alguien, en otras palabras no ser positivo ni negativo. En la mayoría de veces es una actitud de autodefensa, que atrinchera el yo de la persona por miedo a ser menospreciado, desconsiderado, criticado o ignorado. (33)

3.4.8. Tipos de actitud

3.4.8.1. Actitud emotiva

Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, que van unidas a una actitud de benevolencia. (33)

3.4.8.2. Actitud desinteresada

Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por cuatro cualidades: apertura, disponibilidad, solicitud y aceptación. (33)

3.4.8.3. Actitud manipuladora

Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio. (33)

3.4.8.4. Actitud interesada

Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades. (33)

3.4.9. Medición de las actitudes

3.4.9.1. Escala de Likert

La escala de Likert consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que exprese su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. (34)

A cada punto se le asigna un valor numérico, así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene una puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones. Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar solo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras. (34)

En este caso la afirmación incluye palabras y expresa una sola relación lógica (X-Y). Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuanto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y solo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones. (34)

3.4.9.2. Aplicación de la escala de Likert

Existen dos formas básicas de aplicar una escala de Likert

- La primera es de manera auto-administrada; se le entrega la escala a la persona entrevistada y esta marca respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción o respuesta. (34)
- La segunda forma es encuesta; el encuestado lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que este conteste. Cuando se aplica vía encuesta, es necesario que se le entregue al encuestado una tarjeta donde se muestran las alternativas de respuesta o categorías. (34)

Al construir una escala de Likert se debe asegurar que las afirmaciones y alternativas de respuesta serán comprendidas por los sujetos a los que se les aplicará y que estos tendrán la capacidad de discriminación requerida. (34)

3.4.9.3. Construcción de una escala de Likert

En términos generales, una escala se construye generando un elevado número de afirmaciones que califiquen el objeto de actitud y se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en

cada afirmación. Estas puntuaciones se correlacionan con las puntuaciones del grupo a toda escala (suma de las puntuaciones de todas las afirmaciones), y las afirmaciones cuyas puntuaciones se correlacionen significativamente con las puntuaciones de toda la escala, se selecciona para integrar el instrumento de medición. (34)

Una escala puede concebirse como un continuo de valores ordenados correlativamente que admite un punto inicial y otro final. Al evaluar las actitudes de estudiantes se puede asignar el valor uno a la actitud más negativa imaginable al respecto; a la actitud más positiva se le puede atribuir un valor de 5 puntos. Con estos dos valores se obtienen y marcados los límites de la escala; para concluir de confeccionarla será necesario asignar a las posibles actitudes intermedias, puntajes también intermedios. Con ello se obtiene una escala capaz de medir la variable actitud a través de los indicadores correspondientes. (35)

3.4.10. Actitudes sobre métodos de planificación familiar

En Guatemala hablar de métodos anticonceptivos es un tabú en gran parte de la sociedad, especialmente en los sectores más conservadores, con arraigos culturales machistas y religiosos, que consideran que abordar este derecho constituye un “pecado”. (36)

Para muchas mujeres la primera relación sexual de la adolescencia coincide con el matrimonio o la unión libre, otras tienen una relación prematrimonial y luego se casan. En el matrimonio muchas de las mujeres consideran el sexo como una obligación y es común que la mujer acceda a tener relaciones sexuales, porque así evitan que el hombre busque otra mujer, la frecuencia de las relaciones sexuales dentro del matrimonio depende de los conocimientos, prejuicios y la comunicación que exista entre los cónyuges. La actitud de la pareja hacia los anticonceptivos suele ser más negativa (61%) entre grupo indígena que en el ladino (30%), y su uso apenas llega a 12.9% de las mujeres indígenas que hacen vida conyugal, frente a 49.9% de las ladinas. (37)

Los anticonceptivos están a disposición de la población, sin embargo los prejuicios de los médicos, enfermeras y promotores de salud influyen negativamente. Esta percepción impone barreras a la utilización del servicio por

parte de las mujeres, limita el acceso a los métodos anticonceptivos y afecta la calidad de los servicios para los usuarios. Se escuchan historias sobre maridos que no permiten a su pareja que use un método anticonceptivo o que la suegra se encarga de decidir “qué es bueno y malo para ella”. La iglesia católica es muy vocal en el tema de la no planificación con métodos modernos y eso influye en la mujeres. (36)

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, indica que nueve de cada diez mujeres, unidas, no unidas y con una vida sexual activa, conocen al menos un método anticonceptivo. Cuando se habla del área rural, esos servicios no existen, no llega la información y aunque la hubiera, el problema es cómo acceder a este derecho. De 100 mujeres que viven en la ciudad que quieren posponer un embarazo 27 no tienen acceso a un método de planificación familiar. En el área rural casi 40 mujeres de cada 100 no pueden ejercer este derecho. (36)

Un estudio realizado en un colegio de clase socio-económica alta de la capital de Guatemala mostró, que casi dos terceras partes de los padres, no les interesa que sus hijos adquieran buena formación sobre educación sexual; el 45% evita responderles sobre el tema porque su sola mención puede impulsar al joven a hacerlo; 82% de los y las jóvenes afirma que sus padres hablan negativamente del sexo e incluso nunca expresan su afecto ante ellos y ellas. (37)

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1. Tipo y diseño de la investigación

4.1.1. Estudio descriptivo transversal

4.2. Unidad de análisis

4.2.1. Unidad primaria de muestreo

Mujeres en edad fértil 15-49 años que residen en los municipios de Mataquescuintla y Monjas, del departamento de Jalapa.

4.2.2. Unidad de análisis

Factores epidemiológicos y actitudes en el instrumento diseñado para el efecto.

4.2.3. Unidad de información

Mujeres en edad fértil 15-49 años que asistieron a los centros de salud de Mataquescuintla y Monjas, Jalapa durante abril-mayo de 2014.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población o universo

Mataquescuintla posee 8,843 mujeres en edad fértil

Monjas posee 5,029 mujeres en edad fértil

4.3.2. Marco muestral

Mataquescuintla posee 8,843 mujeres en edad fértil que asistieron al centro de salud.

Monjas posee 5,029 mujeres en edad fértil que asistieron al centro de salud.

4.3.3. Muestra

Pacientes seleccionadas por conveniencia que asistieron al centro de salud de Mataquescuintla y Monjas, Jalapa, durante los meses abril-mayo, del año 2014.

$$n = N (Z^2) p \cdot q / d^2 (N-1) + Z^2 p \cdot q$$

En donde:

n= muestra

N= universo

p= 0.5 de probabilidad de utilización de planificación

q= 0.5 de probabilidad de no utilización de planificación

Z= 1.96 de confiabilidad

d= error de 5%

4.3.3.1. Mataquescuintla

$$n = 8,843 (1.96)^2 0.5 \cdot 0.5 / 0.05^2 (8,843 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5$$

$$n = 368$$

4.3.3.2. Monjas

$$n = 5,029 (1.96)^2 0.5 \cdot 0.5 / 0.05^2 (5,029 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5$$

$$n = 357$$

4.3.4 Estrategia de muestreo

El estudio fue realizado de manera que la muestra se seleccionó por conveniencia.

4.4. Selección de sujetos a estudio

4.4.1. Criterios de inclusión

Mujeres que se encontraron en edades de 15-49 años y asistieron al centro de salud de Mataquescuintla y Monjas

Mujeres residentes en el municipio de Mataquescuintla y Monjas

Mujeres que ingresaron para atención del parto en el centro de salud

Mujeres que solicitaron los servicios prestados en los centros de salud de lunes a viernes

4.4.2. Criterios de exclusión

Mujeres en edad fértil que no hablaban el idioma español

Mujeres que presentaron alguna deficiencia cognitiva

4.5. Medición de variables

MACRO VARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS	EDAD	Espacio de años que han corrido de un tiempo a otro. (30)	Dato obtenido según la fecha de nacimiento hasta la fecha de la entrevista.	Cualitativa politómica	Ordinal	15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-49 años
	ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (30)	Último grado aprobado referido al momento de la entrevista.	Cualitativa politómica	Ordinal	Ninguna, Primaria, Básica, Diversificada, Universitaria.
	RELIGIÓN	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual, social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. (30)	Creencia o dogma que refirió la mujer al momento de la entrevista.	Cualitativa politómica	Nominal	Católica, Evangélica, Testigo de Jehová, Ninguna, otras.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
ETNIA	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas y culturales. (30)	Dato obtenido de cómo se consideró la mujer al momento de la entrevista.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Indígena, No Indígena
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. (30,38)	Es el estado civil referido por las mujeres al momento de la entrevista. Se tomó como soltera a las mujeres que refirieron estar solteras, viudas, separadas y divorciadas. Y como casada a las que refirieron estar unidas o casadas.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Soltera, Casada.
NÚMERO DE HIJOS	Persona o animal respecto de su padre o de su madre.(30)	Número de hijos que refirió la mujer al momento de la entrevista.	Cualitativa	Ordinal	Ninguno, 1, 2, 3, 4, ≥ 5
ACTIVIDAD SEXUAL	Se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. (8)	Dato referido por la mujer con respecto si tiene o no tiene actividad sexual.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si, No

<p>ACTITUDES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL</p>	<p>ACTITUDES DE LAS MUJERES SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR</p>	<p>Predisposición del individuo para comportarse ya sea de manera favorable o desfavorable hacia un objeto, persona o posición. (5)</p>	<p>Determinar la actitud con respecto a los métodos de planificación familiar: Actitud Positiva: Aceptación a los métodos de planificación familiar. Actitud Indiferente: No presenta interés con respecto a los métodos de planificación familiar. Actitud Negativa: No acepta los métodos de planificación familiar.</p> <p>Actitudes recopiladas por medio de un cuestionario utilizando la escala de Likert. A cada respuesta se le asignó una ponderación: 5=totalmente de acuerdo, 4=bastante de acuerdo, 3=indiferente, 2=bastante desacuerdo, 1=totalmente desacuerdo.</p> <p>Los valores obtenidos se determinaron según la siguiente escala: Negativa=10-24 pts. Indiferente=25-39 pts. Positiva=40-50 pts.</p>	<p>Cualitativa politómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Positiva, Indiferente Negativa</p>
---	--	---	---	--	----------------	---

4.6. Técnicas, procedimiento utilizados en la recolección de datos

4.6.1. Técnica de recolección de datos

Se realizó la recolección de información a través de una entrevista dirigida a las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión en los centros de salud de Mataquescuintla y Monjas, Jalapa.

4.6.2. Procedimiento de datos

- Se solicitó la autorización a cada una de las instituciones centro de salud de Mataquescuintla y Monjas, Jalapa para la realización del estudio.
- Se determinó el número de mujeres a entrevistar en cada municipio.
- Los estudiantes investigadores acudieron a cada uno de los municipios seleccionados.
- En cada municipio se visitó a cada centro de salud, se seleccionaron las mujeres por conveniencia.
- Se buscó a las mujeres en el orden siguiente, primero; a las que se encontraron en la consulta externa, segundo; a las que se encontraron en emergencia y tercero; a las que se encontraron en encamamiento.
- Se realizaron entrevistas dirigidas únicamente a las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión.
- A las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión, se dio información del estudio por medio del consentimiento informado (anexo 1) y si estaban de acuerdo en participar firmaron el mismo.
- Las mujeres fueron entrevistadas cara a cara por cada investigador en un ambiente en el cual se respetó la privacidad, donde no se sintieran presionadas por acompañantes o por personas ajenas, al finalizar la entrevista se enfatizó que los datos son confidenciales y posteriormente se le agradeció por la participación.
- El instrumento fue llenado por cada uno de los entrevistadores. (anexo 2)
- Tras obtener los datos de dichas entrevistas, se inició con el procesamiento de datos, interpretación y comparación de resultados utilizando cuadros de frecuencia.

4.6.3. Instrumento de medición

El instrumento correspondió a una boleta de recolección de datos impresa en una hoja de papel bond, tamaño carta, con los logotipos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y Facultad de Ciencia Médicas, identificada con el encabezado de la Universidad de San Carlos de Guatemala y título del tema a estudio, esta boleta posee tres secciones siguientes:

- Sección I
Correspondió a la sección de identificación de la boleta de recolección de datos, donde se escribió el centro de salud correspondiente con la siglas MA para el centro de salud de Mataquesuintla y MO para el centro de salud de Monjas, el número correlativo y la fecha de realización de la entrevista.

- Sección II
Correspondió a factores epidemiológicos en el orden siguiente: edad, escolaridad, religión, etnia, estado civil, número de hijos, actividad sexual.

- Sección III
Correspondió a la sección de actitudes, por medio de un cuestionario de 10 ítems, con respecto a la planificación familiar, las alternativas de respuesta fueron en base a la escala de Likert (anexo 2). Los valores obtenidos se determinaron según la siguiente escala:
 - Se tomó como negativa de 10-24 puntos
 - Se tomó como indiferente 25-39 puntos
 - Se tomó como positiva de 40-50 puntos

4.7. Procesamiento de datos

4.7.1. Procesamiento de datos

- Se agruparon las entrevistas realizadas por cada centro de salud.
- Se tabularon los datos por cada centro de salud de forma gradual para la realización de la base de recolección de datos.

- Se realizaron consolidados de cada respuesta y se calculó con porcentajes, realizados en una hoja electrónica con el programa de Microsoft Excel 2010.

4.7.2. Análisis de datos

- Se realizaron dos tablas de frecuencia y porcentajes, sobre los factores epidemiológicos y actitudes específicamente para el análisis estadístico descriptivo, con lo cual se llegó a las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

4.8. Límites y alcances de la investigación

4.8.1. Límites

Durante el tiempo de realización de la investigación, se suscitaron problemas por condiciones climáticas de la región, ya que la lluvia hizo más difícil la asistencia al centro de salud, situaciones que afectaron el desarrollo del estudio.

Otra limitante fue la negativa de participar al estudio por razón de ir acompañados por familiares o amigos, lo cual afectó en la toma de decisión de la entrevistada.

4.8.2. Alcances

Describiendo los factores epidemiológicos y las actitudes de las mujeres en edad fértil sobre métodos de planificación familiar, se observó la tendencia de las mujeres residentes en los municipios de Mataquescuintla y Monjas, Jalapa sobre los métodos de planificación familiar, esto servirá como punto de partida para formar directrices a las autoridades, para abordar de una mejor manera el tema de planificación familiar y así lograr una mejor aceptación de las mismas hacia los métodos actuales.

4.9. Aspectos éticos de la investigación

Este estudio se consideró categoría I, sin riesgo, el cual utilizó técnicas observacionales por lo que no se realizó ninguna intervención o modificación en variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las usuarias que participaron en dicho estudio, a través del instrumento de recolección de datos. Se respetó el deseo de cada usuaria para participar y se le hizo conocer el consentimiento informado (ver anexo 2), para su participación en la investigación, se informó la razón por la que se realiza la entrevista, luego se procedió a explicar los beneficios de dicho estudio, que no eran directamente hacia la mujer individual, sino que la información obtenida servirá a las autoridades para mejorar los programas de planificación familiar locales y así lograr una mejor aceptación de los mismos por las mujeres.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de las entrevistas realizadas a 725 mujeres en edad fértil que asistieron a los centros de salud de los municipios de Mataquescuintla y Monjas en el departamento de Jalapa entre abril y mayo de 2014. Los resultados se presentan en el siguiente orden:

- Factores epidemiológicos
- Actitudes

5.1 Factores epidemiológicos

Tabla 1
Distribución de las mujeres en edad fértil según factores epidemiológicos que asistieron a los centros de salud de Mataquescuintla y Monjas, Jalapa, abril-mayo 2014
Guatemala, julio 2014

VARIABLE		MONJAS		MATAQUESCUINTLA		TOTAL	
		f	%	f	%	f	%
EDAD	15-19	47	6.48	76	10.48	123	16.97
	20-24	94	13	102	14.1	196	27.03
	25-29	75	10.3	75	10.34	150	20.69
	30-34	54	7.45	53	7.31	107	14.76
	35-39	40	5.5	27	3.7	67	9.24
	40-44	27	3.7	22	3	49	6.76
	45-49	20	2.76	13	1.79	33	4.55
ESCOLARIDAD	NINGUNA	54	7.45	38	5.24	92	12.69
	PRIMARIA	199	27.4	173	23.9	372	51.31
	BÁSICA	55	7.59	65	8.97	120	16.55
	DIVERSIFICADO	40	5.52	84	11.59	124	17.10
	UNIVERSITARIO	9	1.24	8	1.1	17	2.34
RELIGIÓN	CATÓLICO	159	21.9	250	34.5	409	56.41
	EVAGÉLICO	126	17.38	73	10.07	199	27.45
	TESTIGO DE JEHOVA	0	0	2	0.28	2	0.28
	NINGUNA	72	20.17	43	5.93	115	15.86
	OTRAS	0	0	0	0	0	0.00
ETNIA	ÍNDIGENA	36	4.97	83	44.27	119	16.41
	NO ÍNDIGENA	321	11.4	285	39.31	606	83.59

n=725

VARIABLE		MONJAS		MATAQUESCUINTLA		TOTAL	
		f	%	f	%	f	%
ESTADO CIVIL	CASADA	284	39.17	280	38.62	564	77.79
	SOLTERA	73	10.07	88	12.13	161	22.21
NÚMERO DE HIJOS	NINGUNO	41	5.66	75	10.34	116	16.00
	1	88	12.1	91	12.6	179	24.69
	2	88	12.1	84	11.6	172	23.72
	3	56	7.72	51	7.03	107	14.76
	4	31	4.28	29	4	60	8.28
	≥5	53	7.31	38	5.24	91	12.55
ACTIVIDAD SEXUAL	SI	258	35.6	259	35.7	517	71.31
	NO	99	13.66	109	15.03	208	28.69

FUENTE: Base de datos de entrevistas "Factores epidemiológicos y actitudes de las mujeres en edad fértil sobre métodos de planificación familiar, abril-mayo, 2014"

Tabla 2
Distribución de las mujeres en edad fértil según actitudes que asistieron a los centros de salud de Mataquescuintla y Monjas, Jalapa, abril-mayo 2014 Guatemala, julio 2014

VARIABLE		MONJAS		MATAQUESCUINTLA		TOTAL	
		f	%	F	%	f	%
ACTITUD	NEGATIVA	6	0.83	11	1.52	17	2.34
	INDIFERENTE	183	25.24	210	28.97	393	54.21
	POSITIVA	168	23.17	147	20.28	315	43.45

n= 725

FUENTE: Base de datos de entrevistas "Factores epidemiológicos y actitudes de las mujeres en edad fértil sobre métodos de planificación familiar, abril-mayo, 2014"

6. DISCUSIÓN

El estudio tuvo como muestra la cantidad de 725 mujeres, que es significativa para las mujeres residentes en los municipios de Mataquescuintla y Monjas, del departamento de Jalapa, se realizó durante los meses de abril-mayo, 2,014, y se obtuvieron los resultados siguientes:

Al describir los factores epidemiológicos se encontró con respecto a la edad, el rango predominante fue el establecido entre 20-24 años, que corresponde al 27.03% (196) de los cuales pertenece al municipio de Mataquescuintla 14.1% (102) y Monjas 13% (94) (tabla 1) comparando esto con el estudio de 2,011, realizado en el departamento de Alta Verapaz, concuerda con el mismo rango de edad (24%) predominante (12), esto se puede explicar por razón de que estos rangos son los prevalentes en Guatemala. Al describir el factor epidemiológico escolaridad dio como resultado que el nivel de educación primaria predominaba con 51.31% (372), el cual pertenece el 23.9% (173) a Mataquescuintla y 27.4% (199) a Monjas (tabla 1), contrastando con el estudio realizado el año 2007, en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) de la ciudad Capital, donde el nivel secundario (70%) fue el predominante, esto se debe a la inequidad existente entre la educación a nivel central y en el oriente del país. (11)

En el factor religión la más referida fue la católica con el 56.41% (409), correspondiente al 34.5% (250) en Mataquescuintla, y 21.9% (159) a Monjas (tabla 1), haciendo la comparación con el estudio realizado en el año 1993, en el municipio de Parramos, Chimaltenango (7), demostró que ésta religión prevalece en las tres cuartas partes de la población estudiada, esto hace referencia que este dogma aún es el más practicado actualmente. En la descripción de la etnia los resultados fueron que las mujeres se consideraron no indígenas en un 83.59% (606) (tabla 1), comparado con el estudio realizado en el IGSS en el año 2007 concuerda con el resultado de que el 61% se identificaron como no indígenas (11), diferendo al estudio realizado en el año 2011, en Alta Verapaz que reportó un resultado de 88% indígenas de los sujetos a estudio (12), debido a que la población estudiada residía en áreas geográficas diferentes del país.

Al referirse al factor estado civil se obtuvo que la condición casada predomino en un 77.79% (564) (tabla 1), tomando el estudio realizado en el IGSS en el año 2007, concuerda que esta condición es la más referida por las mujeres 57% (11), este resultado

puede explicar que las mujeres deciden unirse o casarse a muy temprana edad con su pareja. Con respecto al número de hijos, las mujeres que poseían un hijo representaban 24.69% (179), siendo la de mayor frecuencia (tabla 1), a diferencia del estudio realizado en San Juan Sacatepéquez que demuestra que una cuarta parte desea tener una familia numerosa (8), la diferencia radica en que existen mayor accesibilidad de información sobre métodos de planificación familiar actualmente, permitiendo una mejor comprensión de las mujeres para así poder decidir el número de hijos que deseen obtener. Se observó que de la población a estudio el 71.31% (517) tiene actividad sexual (tabla 1), lo contrario al estudio realizado en San Juan Sacatepéquez donde se mostró que únicamente el 4.2% de las personas entrevistadas tiene actividad sexual, esto es debido a que las mujeres en la actualidad poseen mayor información sobre actividad sexual y pueden hablar con seguridad del mismo.

En relación a las actitudes de las mujeres con respecto a la planificación familiar el 54.21% (393) fue de actitud indiferente, las cuales pertenecen a Mataquescuintla 28.97% (210), y a Monjas el 25.24% (183). El 43.45% (315) fue de actitud positiva, correspondiente a Mataquescuintla 20.28% (147) y Monjas el 23.17% (168). Y el 2.34% (17) fue de actitud negativa, representado con el 1.52% (11) a Mataquescuintla y 0.83% (6) a Monjas (tabla 2). Con estos resultados, comparado con el estudio realizado en el año 1992, en el departamento de El Progreso, concluyó que el 72% posee una actitud positiva (5), demostrando que actualmente aún existe actitud positiva en las mujeres sobre los métodos de planificación familiar. Más sin embargo la actitud indiferente predomina y se puede explicar porque los métodos de planificación familiar han dejado de ser llamativos hacia las mujeres como terapia anticonceptiva, por razones de información incompleta, fallo terapéutico, creencias culturales.

Con los datos previos, se pudo observar que los factores que predominaron en ambas regiones fueron, grupo etario de 20-24 años, con escolaridad de nivel primario, de religión católica, de etnia no indígena, de estado civil casada, con un hijo y con actividad sexual, al visualizar la actitud de las mujeres por región, ambas coincidieron en una actitud indiferente, con resultado superior a dos cuartas partes de las mujeres en edad fértil que asistieron a los centros de salud.

7. CONCLUSIONES

- 7.1.** Los factores epidemiológicos predominantes de las mujeres en edad fértil que asistieron a los centros de salud de Monjas y Mataquescuintla fueron; superior a una cuarta parte pertenecían al grupo etario de 20-24 años, igual o mayor a las dos cuartas partes con escolaridad de nivel primario y religión católica, superior a las tres cuartas partes se consideraron no indígena y de estado civil casada, igual a una cuarta parte con un hijo e igual o inferior a las tres cuartas partes con actividad sexual.
- 7.2.** La actitud indiferente fue superior a las dos cuartas partes de las mujeres en edad fértil que asistieron a ambos centros de salud.

8. RECOMENDACIONES

A la dirección del área de salud de Jalapa

- 8.1.** Proveer de material adecuado sobre planificación familiar a los centros de salud y a la coordinación de salud reproductiva bajo su tutela, para que sea la adecuada al grupo vulnerable identificado.

Al centro de salud

- 8.2.** Capacitar continuamente al personal de salud sobre el abordaje de información acerca de los métodos de planificación familiar al grupo vulnerable identificado.
- 8.3.** Promover con estrategias adecuadas los métodos de planificación familiar a las mujeres que residen en cada región, con el objeto de mejorar las actitudes indiferentes.

9. APORTES

- 9.1.** Brinda un panorama general de la temática a estudio, que se puede tomar como referencia para la modificación o generación de estrategias para el abordaje ideal a grupos blanco sobre los métodos de planificación familiar, en los centros de salud de los municipios de Monjas y Mataquescuintla, Jalapa.

- 9.2.** Permite la visualización de la actitud predominante de las mujeres en edad fértil que asisten a los centros de salud de los municipios de Monjas y Mataquescuintla, Jalapa, sobre métodos de planificación familiar, para implementar charlas, que mejoren o fortalezcan las actitudes.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

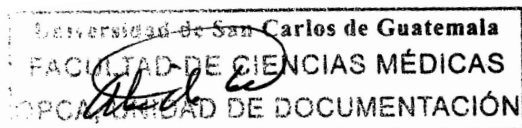
- 1) Fondo de Población de las Naciones Unidas. Acceso universal de los servicios de salud reproductiva: 11 de julio, día mundial de la población. Informe expuesto en conferencia internacional sobre la población y el desarrollo más allá de 2014. [en línea] Guatemala: UNFPA; 2012 [citado 29 Jun 2013] Disponible en:
[http://www.unfpa.org.gt/sites/default/files/hojas%20individuales%20UNFPA_0.pdf]
- 2) Organización Mundial de la Salud. Evaluación de las actividades de planificación de la familia en los servicios de salud. [en línea] Ginebra: OMS; 1975 [citado 29 Jun 2013] Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_569_spa.pdf]
- 3) Cabrera J, Salazar L. Factores en aceptación o rechazo de planificación familiar en mujeres en edad fértil, Santa Ana, Petén. [tesis Licenciatura en Enfermería] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Nacional de Enfermería; 2008.
- 4) Guatemala. Congreso de la República. Decreto número 87-2005. Centro Nacional de Análisis y Documentación Judicial. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva. [en línea] Guatemala: CENADOJ; 2009. [citado 29 Jun 2013] Disponible en:
[<http://www.oj.gob.gt/es/queesoj/estructuraoj/unidadesadministrativas/centroanalisisdocumentacionjudicial/cds/CDs%20leyes/2005/pdfs/decretos/D087-2005.pdf>]
- 5) Rokeach M. Psicología social: creencias, actitudes y valores. [tesis Licenciado en Psicología] Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología; 1989.
- 6) Ocaña Fuentes JA. Factores que inciden en la eficacia de los programas de planificación familiar: estudio prospectivo realizado en mujeres en edad reproductiva, abril-mayo 1992, municipio de San Cristóbal Acasaguastlán, Departamento de El Progreso, Guatemala. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1992.
- 7) Samayoa Gómez DA. Influencia religiosa y de servicios de salud reproductiva sobre el uso de diferentes métodos anticonceptivos para la planificación familiar en el área rural de Guatemala: estudio realizado en 197 personas de ambos sexos entre 15 a 45 años de edad, del Municipio de Parramos, Chimaltenango, diciembre 1992 a enero 1993, Guatemala. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 1993.

- 8) Chin Subuyuj JG. Aceptación de la planificación familiar en parejas en edad reproductiva y con vida sexual activa: estudio descriptivo, realizado en la Aldea Montufar, San Juan Sacatepéquez, Guatemala, julio-agosto 2001. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2001.
- 9) Orellana Reyna LE. Factores sociales que influyen en la aceptabilidad y continuidad del uso de métodos de planificación familiar en mujeres de la asociación de mujeres indígenas para el desarrollo integral (AMIDI), aldea Pachay y Las Lomas, Municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, julio 2002. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2003.
- 10) Tiu Cotuc IT, Santos Morales MC, Portillo Castellanos SP, Mazariegos Juárez SM, Ruiz Velásquez PP, Portillo Rivera LI, et al. Consideraciones sobre factores que favorecen el uso de métodos de planificación familiar en población femenina en edad reproductiva: 12 municipios del área de salud del Quiché. Agosto-Septiembre 2006. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2006.
- 11) Santos Chipix LV. Caracterización de las usuarias de métodos de planificación familiar. Hospital de gineco-obstetricia. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS-. Agosto- Septiembre 2007. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2007.
- 12) Ramírez Caal MA, Quiroa Casado ME. Características sociodemográficas, creencias de las mujeres en edad fértil, uso de métodos de planificación familiar y la participación de la pareja: estudio descriptivo realizado en las comunidades: Chitocán y Satís, municipio de Cobán, departamento de Alta Verapaz. Junio-Julio 2011. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2011.
- 13) Guatemala. Consejo municipal de desarrollo. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Plan de desarrollo departamental Jalapa 2011-2025. [en línea] Guatemala: SEGEPLAN; 2010 [citado 14 Mar 2014] Disponible en: [http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=category&id=153;jalapa&Itemid=333]
- 14) Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de población por municipio 2008-2020. [en línea] Guatemala: INE; 2013 [citado 27 Feb 2014]. Disponible en: [http://www.ine.gob.gt/np/poblacion/index.htm]

- 15) Guatemala. Consejo Municipal de Desarrollo. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Plan de desarrollo Mataquescuintla, Jalapa 2011-2025. [en línea] Guatemala: SEGEPLAN; 2010 [citado 14 Mar 2014] Disponible en: [https://www.google.com.gt/search?q=segeplan%2Bdemograf%C3%ADa+mataquescuintla+jalapa&oq=segeplan%2Bdemograf%C3%ADa+mataquescuintla+jalapa&aqs=chrome.69i57.7190j0j7&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=93&ie=UTF-8]
- 16) Guatemala. Consejo Municipal de Desarrollo. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Plan de desarrollo Monjas, Jalapa 2011-2025. [en línea] Guatemala: SEGEPLAN; 2010 [citado 14 Mar 2014] Disponible en: [http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=category&id=153:monjas&Itemid=333]
- 17) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Área de Salud de Jalapa. Sala Situacional. Programa de Salud Reproductiva. Guatemala: MSPAS; 2013.
- 18) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías nacionales de salud reproductiva. Planificación familiar. Guatemala MSPAS; 2003.
- 19) Gómez Bethancourt R. Anticoncepción Inyectable. [Blog en línea] Venezuela: Ricardo Gómez B; 2011. [citado 6 Jul 2013] Disponible en: [<http://www.ginecoweb.com/0inyectables.html>]
- 20) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional Materno Infantil. Guatemala: MSPAS; 2011.
- 21) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala: MSPAS; 2001.
- 22) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo de salud reproductiva. Guatemala: MSPAS; 2005.
- 23) Guatemala. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Ley para la maternidad saludable y su reglamento. [en línea] Guatemala: OSAR; 2010. [citado 29 Jun 2013] Disponible en: [www.osarguatemala.org]
- 24) Sigh S. The benefits of investing in sexual and reproductive health care. New York: The Alan Guttmacher Institute and United Nations Population Found; 2003.
- 25) Pernoll ML. Benson CB. Manual de obstetricia y ginecología Benson-Pernoll. 10ed. México: Mcgraw-Hill Interamericana; 2008.
- 26) Daniel RM. Preventing unintended pregnancy: advances in hormonal contraception. Ame. J Obstet. Gynecol; 2004. 190. Suppl 4: S1-72.

- 27)** Fertilab.com. Cuál es el anticonceptivo ideal durante la lactancia. [en línea] Venezuela: Fertilab.com; 2013 [actualizado 19 Jun 2013; citado 6 Jul 2013] Disponible en:
[http://www.fertilab.net/ginecopedia/anticoncepcion/anticoncepcion_hormonal/anticonceptivos_orales/cual_es_el_anticonceptivo_ideal_durante_la_lactancia_1]
- 28)** Saldívar Rodríguez D. Experiencia clínica de los anticonceptivos orales combinados de baja dosis. *Ginecol Obstet Mex.* 2006; 74 (11): 559-567.
- 29)** Abaj Mazat GV. Factores que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar por mujeres hospitalizadas en la unidad de gineco-obstetricia del hospital nacional de Chimaltenango. Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal realizado en la primera quincena del mes de septiembre 2007. [tesis Licenciada en Enfermería] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencia Médicas, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala; 2007.
- 30)** Real Academia Española. Diccionario usual. Definiciones. [en línea] España: RAE; 2013 [citado 14 Mar 2014] Disponible en: [<http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id>]
- 31)** Echeverría Nova AN. Influencia del cónyuge masculino en la aceptación o rechazo de la planificación familiar: estudio descriptivo-comparativo con los hombres indígenas y ladinos de comunidades rurales y urbanas de Chimaltenango y Chiquimula, agosto 1997. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1997
- 32)** Cruz Castillo LI, Solís Ramírez G, Serrano Carrillo MR. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual y planificación familiar: estudio realizado en maestros de escuelas públicas de los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa, Chimaltenango, Departamento de Chimaltenango, junio del 2012. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2012
- 33)** Ciecipo J. The nature of attitudes and cognitive responses and their relationship to behavior. En: *International Congress of Psychology: Cognitive responses in persuasion.* Berlin 1981 Jul 15-19. Berlín: Universidad de Berlín Alemania; 1983. p. 293-318.
- 34)** Fernández E. Estadística: escala de Likert. [en línea] México: Monografías; 2007 [citado 17 Jul 2013] Disponible en: [http://www.monografias.com/trabajos_15/la-estadística/la-estadística.shtml]

- 35)** Fernández I. Construcción de una escala tipo Likert. [en línea] Barcelona: Centro de Investigación y Asistencia Técnica Estadística; 2005 [citado 17 Jul 2013] Disponible en: [<http://www.mtas.es/inst./ntp/ntp/o15.htm>]
- 36)** Guatemala. Centro de Reportes Informativos sobre Guatemala, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Planificación familiar sin prejuicios los métodos anticonceptivos salvan vidas.[en línea] Guatemala: CERIGUA, UNFPA; 2008 [citado 29 Jun 2013] Disponible en:
[www.portalsida.org/repos/reportaje_planificacion_familiar.pdf]
- 37)** Rivera G. Conocimientos y Creencias sobre métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres en edad fértil de la Aldea de Bárcenas, Villa Nueva, Departamento de Guatemala. Agosto-Septiembre de 2007. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2007.
- 38)** Parte general y derecho de familia En: Osman Aguilar VG. Derecho civil. 4ta ed. Guatemala: Litografía Orión; 2009. p. 15



11. ANEXOS

11.1. Anexo 1



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



“FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y ACTITUDES DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros somos estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que estamos realizando una investigación para nuestra tesis de pre-grado, previo a obtener el título de Médico y Cirujano.

Investigamos sobre los factores epidemiológicos y las actitudes de las mujeres en edad fértil sobre métodos de planificación familiar que visitan este centro de salud. Que tiene como objetivo general describir los factores epidemiológicos y actitudes de las mujeres en edad fértil, 15-49 años, sobre métodos de planificación familiar que asisten al centro de salud Mataquescuintla y Monjas, Jalapa. Estamos invitando para este estudio a toda mujer que se encuentre entre las edades mencionadas, que quiera participar voluntariamente. Usted puede elegir si quiere participar o no. La elección que haga no cambiará ninguno de los servicios que recibe de esta institución y continuaran de la misma manera.

Le vamos a brindar toda la información necesaria sobre nuestro estudio. No tiene que decidir hoy si quiere participar. Antes de participar, puede hablar con alguien con quien se sienta cómoda y platicar sobre el tema de investigación. Por favor, si tiene alguna pregunta, en el proceso cuando le estamos explicando, deténganos para resolver su duda. La información obtenida será confidencial, anónima y ayudara a fortalecer el programa local de Planificación Familiar, y despertar interés en las mujeres para la utilización de los mismos. El beneficio de este estudio será para la mejora en la atención, capacitación e información de los programas de planificación familiar, sin ningún riesgo para la participante.

El procedimiento que se llevará a cabo es el siguiente:

- Se realizará recolección de datos a través de una entrevista realizada por el investigador que incluye preguntas a las cuales responderá según su criterio. Al final de la recolección de la información se le agradecerá gentilmente su colaboración, por parte del investigador.

He sido invitada a participar en la investigación: “Factores epidemiológicos y actitudes sobre métodos de planificación familiar”. Entiendo que se me realizará una entrevista por el investigador la cual contiene preguntas que debo responder a mi criterio. Sé de la importancia de mi opinión sobre los mismos. Mi información será de gran ayuda para mejorar los programas de planificación familiar locales, se manejará en forma confidencial y anónima.

He leído y comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte en la asistencia brindada en esta institución.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha _____

He sido invitada a participar en la investigación: “Factores epidemiológicos y actitudes sobre métodos de planificación familiar”. Entiendo que se me realizará una entrevista por el investigador, donde se harán preguntas las cuales debo responder a mi criterio. Sé de la importancia de mi opinión sobre los mismos. Mi información será de gran ayuda para mejorar los programas de planificación familiar locales, se manejará en forma confidencial y anónima.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo y huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre investigador _____

Firma del investigador _____

Fecha _____



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**“FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y ACTITUDES SOBRE MÉTODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR”**

C/S: MA / MO

No. Boleta:

Fecha: ____ / ____ / ____

CUESTIONARIO DE ENTREVISTA

INSTRUCCIONES: Llenar con lapicero azul o negro cada respuesta al cuestionamiento, leer detenidamente cada pregunta.

Sección I

Factores Epidemiológicos

1. ¿Cuántos años tiene?

15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49

2. ¿Hasta qué grado llego de estudio?

Ninguna primaria básica diversificada universitaria

3. ¿Qué religión profesa?

Católica Evangélica Testigo de Jehová Ninguna

Otras

4. ¿Cuál considera usted que corresponde a su etnia?

Indígena No indígena

5. ¿Cuál es su estado civil?

Casada soltera

6. ¿Cuántos hijos ha tenido?

Ninguno 1 2 3 4 ≥ 5

7. ¿Tiene usted actividad sexual?

Sí No

Sección II

Actitudes: Marque con una X indicando el grado de acuerdo o desacuerdo, respecto a las siguientes afirmaciones sobre los métodos de planificación familiar

ESCALA DE LIKERT

1	TOTALMENTE EN DESACUERDO
2	BASTANTE EN DESACUERDO
3	NI EN ACUERDO, NI EN DESACUERDO
4	BASTANTE ACUERDO
5	TOTALMENTE DE ACUERDO

PUNTUACION DE LA ACTITUD

1	NEGATIVA 10-24 pts.
2	INDIFERENTE 25-39 pts.
3	POSITIVA 40-50 pts.

		Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente desacuerdo
1	Cree que el uso de métodos de planificación familiar es de decisión personal.					
2	Está de acuerdo con el uso de métodos de planificación familiar.					
3	Busca información sobre métodos de planificación familiar.					
4	Está a favor de la planificación familiar porque permite a las parejas decidir cuándo es el momento ideal para tener un hijo.					
5	Que la mujer no planifique es influido por el esposo.					
6	Cree usted que la religión influye en los métodos de planificación familiar.					
7	Considera usted que la etnia es determinante en el uso de métodos de planificación familiar.					
8	Cree usted que los métodos de planificación familiar producen algún daño a la salud de la mujer.					
9	Le gustaría recibir alguna consejería o información acerca de los métodos de planificación familiar.					
10	Le gustaría utilizar algún método de planificación familiar.					