

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

**CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE EFECTOS SECUNDARIOS EN USUARIAS DE
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.**

FRAIJANES, GUATEMALA, MARZO 2018.
TESIS DE GRADO

CINDY DANIELA SOLÓRZANO POLANCO
CARNET 20142-09

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

**CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE EFECTOS SECUNDARIOS EN USUARIAS DE
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.**

FRAIJANES, GUATEMALA, MARZO 2018.
TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
CINDY DANIELA SOLÓRZANO POLANCO

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
LIC. LUIS ALBERTO MORALES MONTERROSA

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN
MGTR. ANA VICTORIA ARREAZA MORALES DE FRANCO
LIC. BLANCA MAGDANY QUIROA ROBLEDO
LIC. LESTER ARIEL GIRÓN ROMERO



**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 06 marzo de 2018

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE EFECTOS SECUNDARIOS EN USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES. Fraijanes, Guatemala, marzo 2018.** Con carné No. **2014209**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,



Dr. Luis Alberto Morales M.
MSc. Ginecología y Obstetricia
Col. 16,146

Luis Alberto Morales Monterrosa
Asesor de Investigación
(Firma y Sello Profesional)



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante CINDY DANIELA SOLÓRZANO POLANCO, Carnet 20142-09 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09698-2018 de fecha 20 de agosto de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE EFECTOS SECUNDARIOS EN USUARIAS DE
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.
FRAIJANES, GUATEMALA, MARZO 2018.**

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 24 días del mes de agosto del año 2018.

LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar



DEDICATORIA

A Dios: Por ser el centro de mi vida y por darme el amor, la paciencia y la fuerza que necesité a lo largo de la carrera y de mi vida.

A mi Padre: Ramiro Solorzano Barrientos (†) por su amor y su apoyo incondicional, por ser mi ángel desde el cielo, mi ejemplo a seguir, un hombre de admirar.

A mi Esposo: Jimmy Martínez Álvarez, por su apoyo incondicional, su amor, y comprensión a lo largo de la carrera. Gracias por compartir este sueño conmigo y por motivarme a seguir adelante.

A mi Hijo: Jimmy Alejandro Martínez Solòrzano, por su comprensión y apoyo en los momentos más difíciles, y sus palabras de ánimo, te amo hijo.

A mi familia: mi hermana Mirsa Solòrzano, mi madre Elsa Polanco por su apoyo incondicional, por su amor y comprensión.

A mis Amigas: Sthefany Moir, Claudia Surec, Ana Cordón, por sus palabras de ánimo y motivación, gracias por las experiencias vividas por estos años de aventuras y aprendizaje juntas y ser parte de mi vida.

A mi asesor: Dr. Luis Alberto Morales, por su asesoría y compartir sus conocimientos y experiencias que aportaron grandemente a mi trabajo de investigación y a mi vida profesional.

A mi tutor: Dr. José Luis Chacón Montiel, por su aporte profesional de conocimientos, por corregirme y apoyarme durante mi trabajo de investigación.

Al Centro de Salud, de Fraijanes: por permitirme realizar mi trabajo de Campo en sus instalaciones, y poder aprender de ellos.

Resumen

Antecedentes: Los anticonceptivos hormonales se clasifican en: inyectables, orales y subdérmicos. Los efectos secundarios, generalmente, son las razones de abandono o cambio. **Objetivo:** Determinar el conocimiento y actitudes sobre efectos secundarios en usuarias de anticonceptivos hormonales y caracterizarlas socio-demográficamente. **Lugar:** Centro de Salud de Fraijanes, Guatemala. **Materiales y Métodos:** Para la entrevista de las usuarias, se elaboró un cuestionario con 15 preguntas de selección múltiple para cada uno de los anticonceptivos. Se consideró conocimiento adecuado ≥ 60 puntos, y actitud favorable ≥ 60 . **Resultados:** Se entrevistó a 392 usuarias con un rango de edad de 16 a 47 años, con media de 26 ± 6 años, alfabetas 337(80%), hogares integrados 341(84%), etnia ladina 282(72%), paridad 1-2(63%), esta investigación mostró el conocimiento que tienen las usuarias de anticonceptivos hormonales, obteniendo un 66% tiene conocimiento inadecuado y 65% actitud desfavorable. **Conclusiones:** Se obtuvo una muestra de usuarias entre las edades 20-50 años, alfabetas 86%, con hogares integradas 87%, predominante ladina 72%. Del 34% (29.31,38.86) de las usuarias cuentan con conocimiento adecuado y 35%(30.28,39.72) actitud favorable, hasta un (35%) de las usuarias tienen conocimiento adecuado y actitud favorable. Las usuarias con etnia ladina tienen 2 veces más probabilidad de tener mejor conocimiento vs indígena. El 67%(263) de las usuarias presentaron efectos secundarios por el uso de anticonceptivos hormonales, y el 33%(129) no presentaron. Entre las usuarias de anticonceptivos hormonales, anticonceptivos subdérmicos e inyectables combinados de 1 mes presentaron más efectos secundarios en un 97% y 96% respectivamente.

Palabras clave: Anticonceptivos hormonales, usuarias, efectos secundarios, conocimiento, actitud.

índice

1. Introducción	1-2
2. Marco Teórico	3
2.1 Planificación familiar	3-4
2.1.1 Fisiología del ciclo menstrual	4-5
2.1.2 Clasificación del ciclo menstrual	5-9
2.1.3 Clasificación de los métodos anticonceptivos	10
2.1.4 Mecanismo de acción.....	10
2.1.4.1 Estrógeno	10
2.1.4.2 Progestágenos	10
2.1.4.3 Efectos secundarios de los Estrógenos y progesterona.....	11-12
2.1.4.4 Efectos sobre el cuello uterino	12
2.1.4.5 Efectos sobre el endometrio.....	13
2.1.4.6 Efectos sobre las trompas y el útero	13
2.1.5 Anticonceptivos Orales	13
2.1.5.1 mecanismo de acción	13
2.1.5.2 Contraindicaciones de anticonceptivos hormonales.....	14
2.1.5.3 Efectos secundarios	15
2.1.6 Anticonceptivos inyectables	15
2.1.6 .1 Mecanismo de acción.....	15
2.1.6 .2. Clasificación	15
2.1.6 .3 Efectos secundarios	16
2.1.6 .4 Diferencias de DMPA y NET-EN EI NET-EN	16
2.1 .5 Implantes subdérmicos	17
2.1 .5.1 Mecanismo de acción.....	17
2.1.7 Norplant	17
2.1.8 Anillo Vaginal.....	18
2.1.8.1 Contraindicaciones	19

2.2 Conocimiento sobre los efectos secundarios	19
2.2.1 Población Guatemalteca	19
2.3 Necesidad insatisfecha de anticoncepción en el mundo	20
2.4 Distribución Geográfica y Demográfica del municipio de Fraijanes.....	21-22
2.4.1 Salud en Fraijanes.....	22
2.5 Estadística de métodos anticonceptivos hormonales en la población que consulta al Centro de Salud, Fraijanes, Guatemala	22
3. Objetivos	23
4. Metodología	24
5. Definición y operacionalización de variables	25
6. Técnicas e Instrumentos	26-27
7. Procedimiento	27-28
8. Alcances	28
9. Aspectos éticos de la investigación	28
10. Resultados.....	29-32
11. Análisis y discusión de resultados.....	32-33
12. Conclusiones.....	34
13. Recomendaciones.....	35
14. Bibliografía	36-37
15. Anexos	38-43

1. Introducción

Guatemala tiene una de las tasas más altas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, en América Latina, ya que por cada mil mujeres hay 114 nacimientos cada año. Hoy en día ha ido aumentando el número de personas con conocimiento sobre el tema de métodos anticonceptivos ya que es de suma importancia para el desarrollo del país. (1).

En Guatemala existe un amplio marco legal nacional e internacional que garantiza el derecho de las personas a la información y servicios de planificación familiar con equidad de género y con adecuación cultural. Todas las personas deben tener la oportunidad de contar con información y servicios de planificación familiar para decidir libremente el número de hijos e hijas que desean tener y el espaciamiento entre los mismos.

El MSPAS a través del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) integra a los actores claves en la prestación de servicios de planificación familiar para la formulación de los Lineamientos de la Estrategia Nacional de Planificación Familiar, la cual es la base para el cambio de conocimientos, actitudes y prácticas de la población respecto a planificación familiar (2).

Considerando que, entre las principales razones para el abandono de los métodos de planificación familiar, se encuentran el temor a los efectos colaterales en un 11.8 % de las usuarias. Es importante identificar los conocimientos y actitudes que tengan las mismas respecto a los efectos secundarios para evitar el abandono o discontinuidad en la utilización de anticonceptivos hormonales. (2)

Diversos estudios han identificado factores que influyen en la adopción de las prácticas anticonceptivas. Por lo general, la edad, el nivel de educación, el lugar de residencia y el nivel socioeconómico, han sido factores empleados para identificar las poblaciones menos proclives al uso de los métodos anticonceptivos. Algunas investigaciones exploran el efecto de otras variables sobre la práctica de la anticoncepción. (3)

Los escasos conocimientos que presentan las usuarias acerca de los métodos anticonceptivos hormonales son una mezcla del desconocimiento, desinformación y sus propias creencias, del cual derivan los miedos para la utilización del método. La mayoría de las usuarias tienen información sobre la existencia de los métodos anticonceptivos modernos. Este conocimiento consiste en aspecto de uso y duración. Sin embargo, persiste una gran desinformación alrededor y temores a los efectos secundarios percibidos como dañinos, como resultado da una necesidad insatisfecha del uso de anticonceptivos. No existe el anticonceptivo perfecto o ideal para cada persona, existen numerosas alternativas efectivas en materia de anticoncepción, y la elección de este es de exclusiva responsabilidad en la pareja. A la hora de optar por un método anticonceptivo, es importante tener en cuenta factores como su eficacia, reversibilidad, costo e inocuidad. (3)

Estudios realizados por el Ministerio de Salud Pública, a través del programa materno infantil, indican que actualmente en Guatemala 27% de mujeres en edad fértil se encuentran usando algún método anticonceptivo. Sin embargo, la precariedad, la confusión y la falta de integración de la información impiden el uso eficaz de los métodos anticonceptivos; por lo que lamentablemente no ha sido posible erradicar el tabú que ha existido acerca de éstos y en pleno siglo XXI continúa la desaprobación del cónyuge, a que la mujer determine el uso de un método de planificación familiar o por lo menos participe en esta decisión. (4).

El presente estudio pretendió investigar el Conocimiento y actitudes acerca de los efectos secundarios producido por el uso de anticonceptivos en usuarias del Centro de Salud del municipio de Fraijanes, Guatemala, durante los meses de febrero- abril 2017.

2. Marco Teórico

2.1 Planificación familiar

Sexualidad: Característica humana del desarrollo vital que cada persona vive de manera individual y se ve afectada por variables culturales, sociales y personales. Implica aspectos como la comunicación, el placer, la afectividad, la expresión de las emociones, los deseos y la reproducción.

2.1.1 Beneficios de la planificación familiar y de la anticoncepción

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos son esenciales para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar de esta manera la salud y el desarrollo de las comunidades y de nuestro país.

La información proporcionada sobre planificación familiar es importante, ya que posibilita al paciente ejercer sus derechos, reconocer métodos anticonceptivos disponibles y poder seleccionarlos con autonomía. Debe de tener orientación sobre métodos, así como salud sexual y reproductiva. Los servicios de salud deben disponer de métodos y técnicas para el control de la fecundidad.

Entre los beneficios se encuentran:

1. Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar.

La planificación familiar permite espaciar un embarazo de otro y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual ayuda a disminuir la mortalidad materna. También evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de edad avanzada, quienes tienen mayores riesgos durante el embarazo.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos y de esta manera disminuye la mortalidad materna.

2. Reducción de la mortalidad infantil

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inadecuado, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo.

3. Prevención de la infección por el VIH y el SIDA

La planificación familiar disminuye el riesgo de transmisión del VIH, disminuyendo el número de mujeres infectadas. El método anticonceptivo más eficaz en estos casos se tiene condones masculinos y femeninos que brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH y otras enfermedades infecciosas de transmisión sexual.

4. Poder de decisión y una mejor educación

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones en relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su nivel de educación y puedan tener un empleo y contribuir de esta manera a tener una mejor estabilidad económica

5. Disminución del embarazo de adolescentes

Las mujeres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener un parto pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal.

6. Menor crecimiento de la población

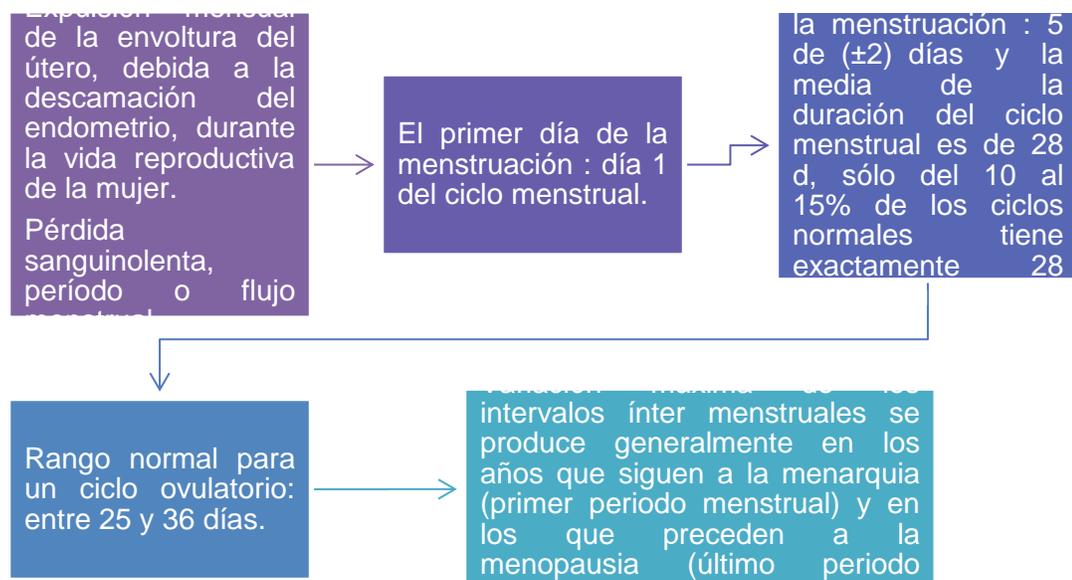
La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

La selección de un método anticonceptivo se basa en los siguientes factores:

1. La eficacia.
2. El acceso y disponibilidad del método anticonceptivo.
3. Prevención de las infecciones de transmisión sexual.
4. Los efectos secundarios, que estos producen cuando se usan.
5. La conveniencia y beneficios no anticonceptivos.

2.1.1 Fisiología del ciclo menstrual

2.1.1.2 Ciclo menstrual



Cuadro No 1. Fisiología del Ciclo menstrual

El ciclo menstrual está sometido a una regulación neuroendocrina:

1. Sistema Nervioso \rightleftarrows Eje Hipotálamo-Hipófisis
2. Sistema Endocrino \rightleftarrows Hormonas: Hipotalámica liberadora de Gonadotropinas (GnRH). Dos hormonas hipofisarias: la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). Y hormonas ováricas: Principalmente estrógenos, progestágenos.

2.1.1.3 Eje hipotálamo hipófisis gonadal

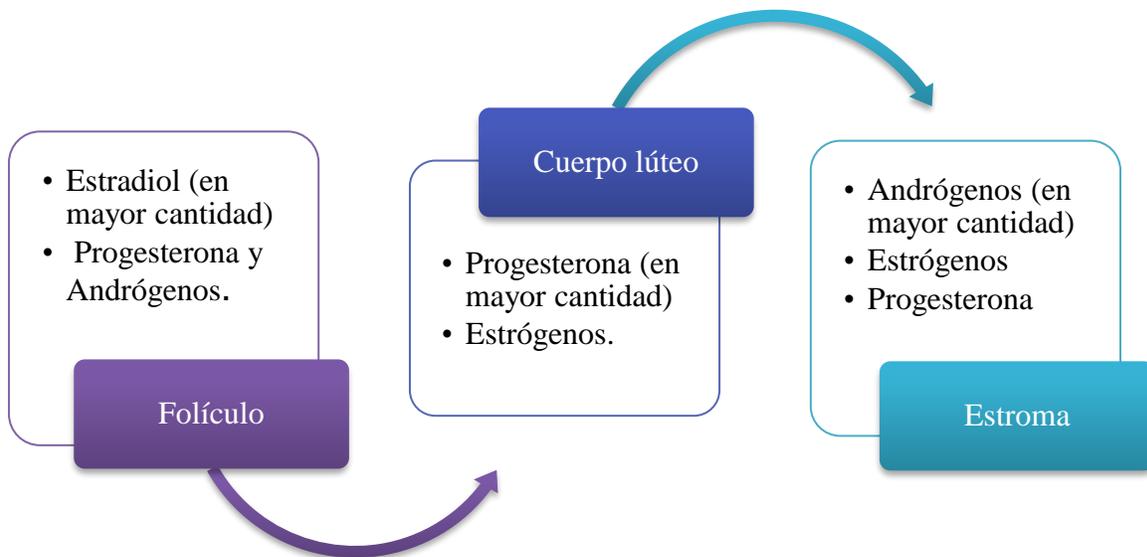
Con respecto al control de la función reproductora se requiere una regulación precisa, cuantitativa y temporal, del eje hipotálamo-hipófisis- gonadal. Dentro del hipotálamo, ciertos núcleos liberan hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) con un patrón pulsátil. (12)

La secreción de Gn-RH es pulsátil, siendo dichos pulsos infrecuentes e irregulares, altamente controlados por la retroalimentación de las gonadotropinas. Actúa sobre una población de células gonadotropas de la adenohipófisis, las cuales liberan gonadotropinas (hormona luteinizante: LH y hormona folículoestimulante: FSH). (12)

La liberación pulsátil rápida de esta hormona estimula a la LH, mientras que la lenta favorece la secreción de la FSH. Se necesita la secreción pulsátil de GnRh para lograr una secreción sostenida de gonadotropinas. Una secreción continua de GnRh reduce rápidamente la secreción de LH y FSH, lo cual se utiliza en clínica en patologías dependientes de esteroides sexuales. (12)

En el ovario, FSH Y LH se unen a las células de la granulosa y la teca para estimular la foliculogénesis y la producción ovárica de diversos esteroides sexuales (estrógenos, progesterona y andrógenos), péptidos gonadales (activina, inhibina y folistatina) y factores del crecimiento. (12)

Entre otras funciones, estos factores derivados del ovario retroalimentan hipotálamo e hipófisis para inhibir o aumentar la secreción de GnRh y gonadotropinas (en el pico de la mitad del ciclo). Los esteroides ováricos son indispensables para la implantación del embrión en caso de embarazo. (12).



Cuadro No 2. Zonas con capacidad de producción hormonal, en el ovario.



Cuadro No. 3. Cuadro comparativo de las acciones de la FSH Y LH sobre el ovario. (14)

Al inicio de este ciclo se encuentran elevadas las concentraciones de la FSH, siendo bajas las de etinilestradiol y progestágenos. Sin embargo, dosis exógenas de etinilestradiol al inicio del ciclo menstrual provocarán una fuerte inhibición en la producción de FSH impidiendo la diferenciación y maduración del folículo dominante.

2.1.1.4 Biosíntesis de las hormonas sexuales en el ovario

Las hormonas sexuales femeninas secretadas en el ovario son principalmente: el estradiol y la progesterona, en pequeñas cantidades de estrona, androstenediona, testosterona, 17-hidroxiprogesterona. Hormonas no esteroideas, como: la inhibina, la relaxina y algunos factores locales. Todos los esteroides ováricos se producen, fundamentalmente, en las estructuras foliculares y en el cuerpo lúteo. (10)

2.1.1.5 Estradiol

Para que el proceso de biosíntesis del estradiol se lleve a cabo se necesita de la interacción de las células de la teca interna y las granulosa del folículo. La secreción del estradiol al plasma es variable a lo largo del ciclo menstrual. El otro estrógeno destacado es la estrona, se convierte en el estrógeno principalmente durante la menopausia. Resultado de la conversión periférica del propio estradiol y de la androstenediona producida en las células tecales ováricas o en las glándulas suprarrenales. (10)

2.1.1.6 Progestágenos

La progesterona es un esteroide de 21 átomos de carbono derivado de la pregnenolona.

Se produce en:

3. A lo largo de todo el ciclo tanto en el ovario como en las glándulas suprarrenales.

En la fase folicular: Concentraciones plasmáticas son muy bajas.

En la fase lútea: Concentraciones se elevan 10-40 veces, siendo el cuerpo lúteo su principal productor. Este incremento comienza a observarse poco antes de la ovulación y es máximo cuando el cuerpo lúteo está en pleno apogeo, con células granulosa perfectamente luteinizadas. (10)

El otro progestágeno producido en el ovario en cantidades significativas es la 17-alfa-hidroxiprogesterona. (10)

Procede del folículo en maduración y también del cuerpo lúteo, y su secreción determina unas concentraciones plasmáticas bastante paralelas a las de la progesterona, si bien presenta un pico simultáneo con el ovulatorio de hormona luteinizante (LH), que no se produce en el caso de la progesterona. (10)

2.1.1.7 Inhibinas

Sustancias peptídicas heterodiméricas constituidas por dos cadenas a y b unidas por puentes disulfuro.

Se produce en:

1. En el ovario: fundamentalmente en las células de la granulosa foliculares.
2. En las células luteínicas.

Su síntesis folicular se estimula precisamente por el estímulo de la hormona foliculoestimulante (FSH), mientras que la luteínica lo hace por el estímulo de la LH. A su vez, su acción fisiológica más evidente consiste en la inhibición de la liberación de FSH por la hipófisis. Estimulan la producción de andrógenos por las células tecales y pueden ser un potente inhibidor de la proliferación celular ovárica. (10)

2.1.1.8 Acciones de las hormonas ováricas.

2.1.1.8.1 Acciones *del Estradiol*

1. Estimula el desarrollo de los caracteres sexuales femeninos.
2. Desarrolla la forma y crecimiento de las mamas.
3. Aumento de grasa alrededor de las caderas.
4. Mantiene un desarrollo muscular poco evidente.
5. Sobre los genitales internos, estimula el aumento del crecimiento del epitelio vaginal.
6. Cada mes estimula el crecimiento del endometrio uterino, induciendo marcadamente su proliferación.
7. Disminuye la viscosidad del moco cervical, siendo este más elástico y filante, favorece la movilidad de los espermatozoides más específico en el tracto genital superior.
8. Estimula el crecimiento de los huesos largos actuando sobre los cartílagos de crecimiento, acelera su osificación, induciendo el cese del crecimiento, favorece su mineralización.
9. Modulación de la producción de factores vasoactivos y la mejora en el perfil lipídico
10. Se une a los canales iónicos, induciendo la apertura de canales de Ca^{2+} y K^{+} en el músculo liso vascular o uniéndose a receptores para otros ligandos, como la modulación alostérica de receptores de neurotransmisores.

2.1.1.8.1 Acciones *de la Progesterona*

1. Disminuye la proliferación endometrial impulsada por los estrógenos y conduce al desarrollo de un endometrio secretor, para posibilitar que éste pueda nutrir al huevo recién fecundado.
2. Aumenta la viscosidad del moco cervical, como consecuencia disminuyen la penetración de los espermatozoides en el cuello uterino.
3. Modifica la maduración (inducida por estrógenos) del epitelio vaginal hacia el estado propio de embarazo.

4. Refuerza la acción de los estrógenos sobre la mama.

2.1.2 Clasificación del ciclo menstrual

El ciclo menstrual se puede dividir en 2 fases:

La primera fase denominada: fase folicular, proliferativa o preovulatoria: denomina folicular porque es durante esta fase donde se produce el desarrollo del folículo que alberga el futuro óvulo. Se produce el reclutamiento folicular seleccionándose aleatoriamente un folículo, el folículo dominante, que crece hasta alcanzar una medida aproximada de 20 mm.

El folículo maduro o folículo de Graaf se romperá y liberará oocito. En la fase folicular se producen cambios en la cavidad uterina, la mucosa endometrial prolifera. La salida del oocito del folículo maduro, en el día 14 ó 15 del ciclo, constituye la ovulación, posteriormente el oocito migrará por las trompas de Falopio hacia el útero. (10)

La segunda fase lútea, secretora o postovulatoria. Ambas fases separadas por el fenómeno de la ovulación. Después de la ovulación comienza la fase lútea caracterizada por el aumento en la secreción de hormonas ováricas, principalmente progesterona a partir de los restos del folículo dominante tras la salida del oocito, denominado cuerpo lúteo o cuerpo amarillo.

Esta fase finaliza con la fecundación o si no se produce ésta con la disminución en las concentraciones de esteroides ováricos, provocando un vaso espasmo intenso en las arteriolas espirales que aportan sangre al endometrio, seguido de necrosis isquémica, descamación endometrial y hemorragia, para iniciarse el próximo ciclo.

En esta segunda parte del ciclo el útero se prepara para la posibilidad de un embarazo, transformándose en endometrio secretor, oponiéndose al crecimiento acelerado de la fase anterior. (10)

92.1.3 Clasificación de los métodos anticonceptivos



Imagen No. 1. Clasificación de métodos anticonceptivos

2.1.4 Mecanismo de acción

Actúan Previene la ovulación al suprimir los factores hipotalámicos liberados de gonadotropinas, lo cual evita la secreción hipofisaria de la hormona folículo estimulante y la hormona luteinizante. (5)

2.1.4.1 Estrógeno

Actúan suprimiendo la liberación de la FSH y Luteinizante (LH) estabilizando al endometrio evitando así de esta manera la metrorragia denominada hemorragia intermenstrual. Existen dos tipos de estrógenos sintéticos Etinilestradiol y Mestranol (2)

2.1.4.4 Progestágenos

Inhiben la ovulación al suprimir a la LH, aumentan la viscosidad el moco cervicouterino impidiendo el paso de espermatozoides y convierten al endometrio en un medio poco favorable para la implantación (5). Los dos grupos principales son el Estrano y Pregnano (2).

Todos los tipos de anticonceptivos hormonales previenen el embarazo mediante dos mecanismos principales:

1. Inhibición total o parcial de la ovulación. (6)
2. Por medio del hipotálamo y la glándula pituitaria reducen la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación. (6)

Todos los anticonceptivos hormonales tienen efectos en el endometrio y lo hacen más delgado, lo cual reduce las probabilidades de que un óvulo fecundado se implante.

7.1.4.4 Efectos secundarios de los Estrógenos y progesterona:

- Náuseas y vómitos
- Edema
- Calambres musculares
- Hinchazón
- Extrofia cervical
- Flujo vaginal claro (Leucorrea)
- Cambios mamarios quísticos
- Hiperpigmentación (Cloasma)
- Hipermenorrea
- Menorragia, dismenorrea
- Síndrome premenstrual
- Cambios visuales
- Cefaleas cíclicas
- Telangiectasias
- Irritabilidad
- Ganancia de peso cíclica

ESTRÓGENOS



- Ganancia de peso no cíclica
- Cansancio
- Aumento del tamaño de las mamas
- Dilatación venosa en piernas
- Menor duración del periodo menstrual
- Piel y pelos grasos
- Cambios del líbido
- Síndrome de congestión pélvica
- Moniliasis
- Acné
- Erupción cutánea
- Ictericia colostática
- Hirsutismo
- Prurito
- Síndrome premenstrual

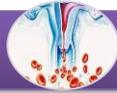
PROGESTÁGENOS



Cuadro No.4. Efectos secundarios menores por exceso de estrógenos y progestágenos. (10)

- Sangrados en los días 1-9
- Amenorrea
- Nerviosismo
- Disminucion del libido
- Hipomenorrea (disminucion de la menstruacion)
- Vaginitis atrofica
- Disminucion del tamano de las mamas

ESTRÒGENOS



- Sangrado en los días 10-21
- Disminucion del tamaño en las mamas
- Perdida de peso
- Hipermenorrea
- Mayor duracion del ciclo menstrual

PROGESTÁGENO S



Cuadro No.5. Efectos menores producidos por déficit de estrógenos y progestágenos. (10)

2.1.4.4 Efectos sobre el cuello uterino

Los anticonceptivos intervienen en el proceso en el cual el moco cervical se espesa y se vuelve más viscoso, debido a las concentraciones de ácido siálico las cuales se alteran; lo cual hace impenetrable a los espermatozoides. Este efecto es producido por los progestágenos, pues los estrógenos tienen el efecto contrario.



Imagen No. 2 Cambios en el moco cervical durante el ciclo menstrual Disponible en: http://www.fertilab.net/ver_impresion.aspx?id_articulo=139

2.1.4.5 Efectos sobre el endometrio

Después de la exposición mantenida de los anticonceptivos, estos originan un medio endometrial hostil a la implantación y, por supuesto, a la continuación del crecimiento del embrión; este efecto es producido por atrofia gradual y ha sido llamado "endometrio iatrogénico". También hay disminución de la producción de glucógeno. (8)

2.1.4.6 Efectos sobre las trompas y el útero

Se ha comprobado que los compuestos anticonceptivos paralizan la migración de la mórula por la trompa. Impide la implantación en el útero debido a la expulsión acelerada del óvulo fecundado. (8)

Es probable que las normas de actividad en el útero y las trompas se aceleren por efecto de los esteroides anticonceptivos y de esta forma impidan el transporte del espermatozoide al igual que impiden el paso del cigoto en caso de que ocurriera la fecundación. (8)

2.1.5 Anticonceptivos Orales (ACOS)

2.1.5.1 *Mecanismo de acción*

Supresión de hormonas responsables de la ovulación por medio del espesamiento del moco cervical actúan bloqueando al espermatozoide. (6)

Existen dos tipos de anticonceptivos orales (AO):

1. Los que contienen estrógeno y progesterona (combinados).
2. Los contienen sólo progesterona.
3. Se categorizan como píldoras de baja dosis o de alta dosis, según el contenido de estrógeno.
4. Píldoras de baja dosis: 30 y 35 microgramos (mcg) o entre 0,030 y 0,035 miligramos (mg) o menos del estrógeno etinilestradiol. (6)
5. Píldoras de alta dosis: 50 mcg (0,05 mg) de etinilestradiol. (6)

2.1.5.2 Contraindicaciones de anticonceptivos hormonales

ABSOLUTAS	RELATIVAS
<ul style="list-style-type: none">• Tromboembolicos: presencia o antecedentes de episodios tromboticos arteriales o venoso• Fumadores de más de 15 cigarrillos diarios• Pacientes mayores de 35 años• Cáncer de mama: Los estrógenos y progestinas hacen que las celulas mamarias se multipliquen haciendolo mas vulnerables a los carcinogenos o agentes causantes de cancer• Cefalea migrañosa: riesgo de accidente cerebrovascular.• Diabetes mellitus: si existe complicaciones en organos y si existe compromiso vascular.• Tumores hormono-dependientes: tumores malignos influidos por los esteroides sexuales.• Embarazo	<ul style="list-style-type: none">• Fumadores de menos de 15 cigarrillos diarios.• Pacientes menores de 35 años• Hipertension: en mujeres <35 años y en control de la enfermedad. ACOS• Diabetes: control de glicemia y dieta adecuada, ejercicio . ACOS• Colecistopatias: ACOS no causan calculos biliaries.• Ictericia recurrente del embarazo• Epilepsia: no se exacerba con el uso de ACOS.• Prolapso de la valvula mitral: pueden usarlo las no fumadoras y asintomaticas• Tiroides

Cuadro No. 5 contraindicaciones absolutas y relativas de anticonceptivos hormonales.

2.1.5.3 Efectos secundarios

Los efectos secundarios ocurren casi siempre entre las usuarias de píldoras de alta dosis. Para algunas mujeres, estos efectos secundarios disminuyen después de los primeros tres meses de uso.

Pueden causar sangrado intermenstrual (manchado o sangrado muy leve), se debe a la producción de ciclos anovulatorios, debido a una estimulación estrogénica excesiva y prolongada sin desarrollo de una fase progestacional que sigue de modo regular a la ovulación El sangrado intermenstrual es más común entre las usuarias de AOC de baja dosis que entre las usuarias de píldoras de alta dosis, durante los primeros meses de uso. (6)

- Aumento de concentración sérica de triglicéridos y colesterol total
- Aumento de lipoproteínas de alta densidad (HDL)
- Colestasis
- Ictericia colestasica
- Cáncer cervicouterino (después de 5 años de uso)
- Disminuye la concentración plasmática de ácido ascórbico , ácido fólico, vitamina B6(piridoxina), vitamina B12, niacina, riboflavina y cinc
- Efectos cardiovasculares
 - - Trombosis venosa profunda
 - - Embolia pulmonar
- Amenorrea
- Mucorrea cervicouterina
- Cloasma
- Náuseas
- Mareos
- Sensibilidad mamaria anormal
- Cefalea
- Cambios en el estado de animo
- Aumento de peso

ANTICONCEPTIVOS ORALES
COMPRIMIDOS (AOC): EFECTOS
SECUNDARIOS



Cuadro No. 6 Efectos secundarios de los anticonceptivos orales comprimidos (AOC).

2.1.6 Anticonceptivos inyectables

2.1.6 .1 *Mecanismo de acción*

Contienen hormonas femeninas que se inyectan profundamente en el músculo y se liberan gradualmente en el torrente sanguíneo; de este modo, proporcionan anticoncepción por largo tiempo. (6)

2.1.6 .2 *Clasificación*

- Inyectables sólo de progesterona: contienen una forma sintética de la hormona femenina progesterona.

- Acetato de medroxiprogesterona de depósito (o DMPA: 150 mg cada tres meses, con el nombre comercial de Depo Provera.

- Enantato de noretisterona (o NET-EN):200 mg cada dos meses, con el nombre comercial de Noristerat o Norigest.

- Inyectables combinados (o AIC): Contienen las hormonas progestina y estrógeno. Se administran una vez al mes. Conocida con el nombre comercial Noryginon.

2.1.6 .3 Efectos secundarios

El efecto secundario más frecuente es el cambio de las características del sangrado menstrual, incluidos el sangrado irregular o manchado, el sangrado abundante o prolongado, el cual se estabiliza durante los primeros tres meses, después de un año de uso la paciente presenta principalmente amenorrea. (6)

En un estudio multinacional en gran escala realizado por la OMS, cerca de la tercera parte de las usuarias del DMPA dejaron de usar este método el primer año debido a efectos secundarios. Los efectos secundarios que con más frecuencia dieron lugar a la discontinuación fueron los cambios menstruales. (6)

Cefalea: generalmente se asocian a trastornos de ansiedad de la paciente. Cuando son de tipo migrañoso: tiene una posible asociación con un prolapso valvular y el consiguiente riesgo de un evento vascular cerebral (micro infartos cerebrales). (2)

- Cambios menstruales:
 - Sangrado irregular o manchado
 - Sangrado abundante o prolongado
 - Amenorrea
- Aumento de peso
- Cefalea
- Mareo
- Cambios de estado de animo

DMPA:
EFECTOS SECUNDARIOS



Cuadro No. 7 Efectos secundarios DMPA

2.3.4.4 Diferencias de DMPA y NET-EN El NET-EN

NET-EN: contenido progestina. Se parece al DMPA en cuanto a eficacia, seguridad, mecanismos de acción, ventajas, desventajas y contraindicaciones para uso (o criterios de elegibilidad).

La principal diferencia entre estos dos inyectables es la duración de la eficacia y la frecuencia de los efectos secundarios.

La eficacia del NET-EN es más breve, y por lo tanto, tiene una pauta de administración diferente. La mujer debe aplicarse una inyección de DMPA cada tres meses, mientras que la inyección de NET-EN se debe aplicar cada dos meses.

Las usuarias de NET-EN tienen menos probabilidades que las usuarias de DMPA de experimentar sangrado prolongado o manchado durante los primeros seis meses de uso.

2.1.7 *Implantes* subdérmicos

Consisten en Cápsulas que se colocan debajo de la piel del brazo de la mujer y que liberan lentamente una progestina en el torrente sanguíneo.

Norplant. Consiste en seis cápsulas del mismo tamaño de polidimetilsiloxano, conocido como Silastic, cada una de las cuales mide 36 mm de largo por 2,4 mm de diámetro que se implantan y que durante cinco años liberan continuamente en el torrente sanguíneo dosis bajas de la progestina levonorgestrel 36 mg. Las cápsulas liberan alrededor de 30 µg de levonorgestrel diarios.

Norplant II o Jadelle: Consiste en dos cápsulas cada una de las cuales mide 44 mm de longitud y contiene 35 mg de levonorgestrel, su efectividad es de aproximadamente 3 años. Poseen una mayor rigidez, y mayor longitud que las del norplant las hace más fácil de retirar.

Implanon: Consiste en una cápsula que libera la progestina 3-ketodesogestrel, su eficacia dura por lo menos tres años.

2.1.7.1 *mecanismo de acción*

Los implantes subdérmicos actúan por medio de tres mecanismos:

1. Bloqueo de la ovulación: El levonorgestrel suprime la liberación del pico ovulatorio de la hormona luteinizante (LH), por un bloqueo tanto a nivel hipotalámico como hipofisario. (11)
2. Producen cambios físicos y químicos en el moco cervical. El moco se hace más espeso y no se producen sus variaciones cíclicas normales. Esta viscosidad dificulta la penetración de los espermatozoides y aquéllos que logran penetrar tienen una movilidad menor. (11)
3. Insuficiencia luteal: La baja producción de progesterona por el ovario impide el desarrollo adecuado del endometrio de tipo secretorio. (11)

2.1.7 *Norplant*

El cambio en el sangrado menstrual es muy variable entre las usuarias del norplant. Se estima que un 60 % de las mujeres presentan alguna alteración de su patrón habitual de sangrado menstrual durante el primer año de uso de este método anticonceptivo. Entre los cambios también se incluyen alteraciones en el intervalo entre sangrado, la duración y el volumen del flujo menstrual y manchas. La oligomenorrea y amenorrea también se presentan, pero en un menor porcentaje de las usuarias. Estas son una de las principales causas más comunes por las cuales las mujeres piden la extracción del Norplant durante los primeros dos años después de la inserción.

- Irregularidades en el sangrado
- Amenorrea
- Oligoamenorrea
- Cefalea
- Depresión
- Aumento de peso

NORPLANT:

EFFECTOS
SECUNDARIOS



Cuadro No. 8 efectos secundarios del Norplant

2.1.8 Anillo Vaginal

Anillo de plástico flexible el cual se introduce en la vagina, con una duración de tres semanas.

Cada anillo contiene 2.7mg de EE y 11.7mg de etonogestrel. La membrana de evanate controla la liberación uniforme de 15mcg de etinilestradiol y 120 mcg de etonogestrel diarios durante tres semanas. (10)

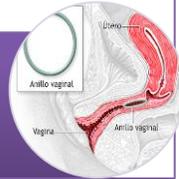
Durante el tiempo que se usa se mantiene contacto con la mucosa vaginal liberando una dosis muy baja de hormonas similares a las utilizadas en las píldoras anticonceptivas combinadas, actúan inhibiendo la ovulación y espesan el moco cervical.

Para iniciar el método, el anillo debe introducirse durante los primeros 5 días siguientes al del inicio de la menstruación, preferiblemente el primer día de regla. Permanece en la vagina de manera continua durante las tres semanas siguientes, al cabo de las cuales ha de ser extraído y descansar una semana para que se produzca el sangrado cíclico.

El anillo anticonceptivo está diseñado para prevenir el embarazo durante cuatro semanas, llevándose a cabo el procedimiento anteriormente explicado, por lo cual debe insertarse un nuevo anillo cada mes, para prevenir de esta manera el embarazo.

- Dolor abdominal.
- Malestar (náuseas).
- Infección vaginal por levaduras.
- Prurito genital
- Aumento de flujo vaginal
- Cefalea
- Migraña
- Disminución del deseo sexual.
- Dolor en las mamas
- Menstruación dolorosa.
- Acné.
- Aumento de peso.
- Aumenta el riesgo de sufrir trombosis
- Aumento de la proteína transportadora de corticosteroides y el cortisol total
- Aumento de TSH

ANILLO VAGINAL: EFECTOS SECUNDARIOS



Cuadro No. 9 Efectos secundarios de Anillo Vaginal

2.1.8.1 *Contraindicaciones*

1. Antecedentes de tabaquismo
2. Hipertensión arterial
3. Antecedente de cáncer de mama
4. Antecedente de cáncer de útero
5. Anormalidades cardíacas
6. Antecedentes de derrame cerebral
7. Diabetes Mellitus
8. Enfermedades Hepáticas
9. Sangrado vaginal sin causa

2.2 Conocimiento sobre los efectos secundarios

2.2.1 *Población Guatemalteca*

En Guatemala, la planificación familiar ha evolucionado positivamente en la actualidad. La publicación de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar vino a darle operatividad al Artículo 47 de la

Constitución Política de la República de Guatemala el cual establece que se garantizaran la protección social y económica y jurídica de la familia, promoviendo la igualdad de derecho de los conyugues, la paternidad responsable y el derecho de las personas el número y espaciamiento de los hijos que desean tener. (13)

El Código de Salud, Decreto Número 90-97 del Congreso de la República, en el artículo 9 establece que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe formular, organizar y dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población. (13)

Los servicios de planificación familiar contribuyen considerablemente a la reducción de la mortalidad y morbilidad materna, evitando de esta forma los embarazos en los extremos de los años reproductivos de la mujer menores de 19 años y mayores de 35 años.

Los métodos anticonceptivos tienen como objetivo mejorar la salud materna y de la niñez creando un espacio intergenésico apropiado (de al menos 2 años entre un nacimiento y el siguiente embarazo), lo cual contribuye a que haya una menor mortalidad infantil y menos desnutrición en población guatemalteca.

Dentro de las prioridades de gobierno, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha elaborado el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal, el cual incluye dentro de sus estrategias:

1. La oferta de servicios de planificación familiar de alta calidad
2. Impulsar en el seno de las familias procesos de planificación, incluyendo la planificación familiar y su empoderamiento en estos procesos.
3. Abordar con precisión las soluciones a las barreras de acceso a los servicios de planificación familiar.
4. Realizar actividades de información, educación y comunicación referente a los beneficios y ventajas de la planificación familiar, el acceso a la misma y los demás cuidados de la salud reproductiva y sexual. (13)

2.3 Necesidad insatisfecha de anticoncepción en el mundo

El control de la natalidad es un tema de preocupación en la humanidad, es evidente que la salud y calidad de vida de las personas mejoran cuando tienen la capacidad de tomar decisiones respecto al número de hijos y reducir el número de embarazos.

Es de suma importancia que los servicios de planificación familiar estén disponibles y sean de fácil acceso para toda la población, ya que calcula que en los países en desarrollo unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo. (7)

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, a escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un

54% en 1990 a un 57.4% en 2014. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2014. (7)

Entre los motivos tenemos los siguientes:

1. Acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros
2. Efectos colaterales
3. Razones culturales o religiosas
4. Servicios de mala calidad
5. Barreras de género.

Cuando se dispone de asesoramiento sobre el tema de métodos anticonceptivos en el cual se proporciona educación, se disminuye la información errónea que se tiene de estos y facilita la selección de un método que va a ser exitoso para las usuarias, y anima a la participación del paciente en las decisiones de su salud.

2.4 Distribución geográfica y demográfica del municipio de Fraijanes

Es un municipio del departamento de Guatemala, ubicado en el área central de la República de Guatemala y hacia el sur del área capitalina. El distrito municipal es Fraijanes, localizado a 28 km de la Ciudad de Guatemala y a una altura de 6500 pies sobre el nivel del mar. El acceso a la cabecera municipal se encuentra por el km 18.5 de la carretera hacia El Salvador. (14). Fue establecido en 1924 por orden del presidente de facto de la república, general José María Orellana. Antes de eso, Fraijanes formaba parte del que en ese entonces era el departamento de Amatitlán; en 1924 parte del territorio de Santa Catarina Pinula fue segregado para formar el municipio de Fraijanes.(14) La mayor parte de sus habitantes son Ladinos y tiene una minoría de Indígenas.

La población, según el censo del 2002, era de 32,889 habitantes; con porcentajes similares entre hombre y mujeres, en donde el 36.6% habita en el área rural y el 64.4% en el área urbana. (14). Este municipio es joven, ya que se encuentra en un 43.4% de edades comprendidas entre los 0 y 19 años, y, en un 42.8% de 20 a 49 años, siendo mínimo el porcentaje de la población de adultos mayores. En cuanto a la población indígena, se estima que se encuentra en un 4.71% compuesta por integrantes de diferentes étnicas. En el municipio no existe diversidad de etnias, debido a que es mayoritariamente urbano, solo existe un 4.7% de la población indígena. (14).

Los centros de mayor convergencia población son en su orden:

La red oficial del Ministerio de Salud está integrada por:

1. Centro de Atención Permanente (CAP), ubicado en la cabecera principal de Fraijanes
2. Puesto de Salud de Aldea El Cerrito

3. Puesto de Salud de Aldea Los Verdes
4. Puesto de Salud de Aldea Lo De Diéguez

Puestos de Salud Municipales:

1. Puesto de Salud de Puerta del Señor
2. Puesto de Salud de Concepción Rabanales
3. Puesto de Salud de Monte Bello
4. Puesto de Salud de Joya Verde
5. Puesto de Salud de Pavón
6. Puesto de Salud de las Crucitas
7. Puesto de Salud El Chocolate
8. Puesto de salud El Canchón

2.4.1 Salud

De acuerdo con el plan de desarrollo municipal elaborado por la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de la República, en Fraijanes existen varios puestos de salud, además se cuenta con una clínica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (14).

2.5 Estadística de métodos anticonceptivos hormonales en la población que consulta al Centro de Salud, Fraijanes, Guatemala, enero-octubre, 2016.

MÉTODOS DE PLANIFICACION	1era. CONSULTA	RE-CONSULTA	TOTAL
Inyectable de 3 meses (Depo Provera)	266	1009	1275
Inyectable de 2 meses (Noristerat)	106	199	305
Inyectable de 1 mes (Norigynon)	87	419	506
Anticonceptivos orales	95	200	295
Implantes Subdérmicos (Jadelle)	25	5	30
Total	579	1832	2411

Tabla No1. Sala situacional enero- octubre, 2016, Centro de Salud Fraijanes, Guatemala.

3. Objetivos

Objetivo general:

Determinar el conocimiento y actitudes sobre efectos secundarios en usuarias de anticonceptivos hormonales. Fraijanes, Guatemala, febrero-abril 2017.

Objetivo específico:

Caracterizar socio-demográficamente a las usuarias de anticonceptivos hormonales. Fraijanes, Guatemala, febrero-abril 2017.

4. Metodología

Diseño del estudio

1. Descriptivo, Transversal, observacional

Población y Muestra

1. *Población*: usuarias de anticonceptivos hormonales, que asisten al Centro de salud Fraijanes, Guatemala.
2. *Muestra*: se captó a todas las usuarias que asistieron al centro de salud, entre los meses de febrero-abril del año 2017, como se detalla en el siguiente cuadro:

Método Anticonceptivo	N=Población	n= Muestra
Inyectable de 3meses (Depo Provera)	1275	125
Inyectable de 2 meses (Noristerat)	305	77
Inyectable de 1mes (Norigynon)	506	87
Anticonceptivos orales	295	77
Implantes Subdérmicos (Jadelle)	30	26
TOTAL	2,411	392

5. Definición y operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Conocimiento	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o aprendizaje.	Cuestionario consta de 5 apartados evaluando el conocimiento de diferentes métodos anticonceptivos hormonales los cuales contiene 10 preguntas con un valor de 10 puntos. -Adecuado: ≥ 60 puntos -Inadecuado: < 60 puntos	Cuantitativa ordinal	Adecuado Inadecuado
Actitudes	Predisposición aprendida para reaccionar en cierta forma positiva o negativa.	Cuestionario consta de 5 apartados evaluando las actitudes de diferentes métodos anticonceptivos hormonales los cuales contiene 5 preguntas con valor de 20 puntos cada una. -Actitud Favorable: ≥ 60 puntos -Actitud Desfavorable: < 60 puntos	Cualitativa nominal	Favorable Desfavorable

6. Técnicas e instrumento

Técnica de recolección

1. Se realizó una entrevista a cada mujer que visite el Centro de salud.
2. Se explicó el objetivo de la entrevista por el cual se llevó a cabo.
3. Se elaboró 5 cuestionarios diferentes, de acuerdo con el método anticonceptivo hormonal que utilizaba cada usuaria.
4. Se preguntó a cada mujer que método anticonceptivo utilizaba actualmente y dependiendo de esto el cuestionario se enfocó al apartado que contenía el método anticonceptivo referido por la usuaria que utilizaba actualmente.

Instrumento

5. Se realizó 5 cuestionarios elaborados de acuerdo con los objetivos planteados en esta investigación.

Cada cuestionario consta de 2 partes:

1. La primera parte incluye: Datos generales, contando con 6 preguntas numerados en el orden siguiente: edad, grado de escolaridad, estado civil, etnia, método anticonceptivo hormonal utilizado actualmente.
2. La segunda parte incluye: Todo lo correspondiente a conocimientos y actitudes, lo cual incluye 10 preguntas para conocimiento y 5 preguntas para actitudes acerca de los efectos secundarios por el uso de anticonceptivos hormonales.

Plan de procedimientos y análisis de datos

1. Se revisó el correcto llenado de las boletas.
2. Se agruparon las entrevistas realizadas, según el método anticonceptivo que la usuaria utilizaba actualmente.
3. La sección de conocimientos se tabuló mediante la puntuación obtenida, cada cuadro de conocimiento relacionado con el método anticonceptivo a evaluar consta de 10 preguntas dando un valor de 10 puntos a cada una sumando un total de 100 puntos, se sumaron las preguntas correctas y se evaluó sobre 100 puntos el resultado obtenido.

Con puntuación sobre 100 puntos:

Adecuados: ≥ 60 puntos (6 preguntas) como mínimo, de las preguntas contestadas, referentes al área de conocimientos, que tengan congruencia con las bases teóricas.

No adecuados: <60 puntos de las preguntas contestadas, referentes al área de conocimientos, que no tengan congruencia con las bases teóricas.

4. La sección de actitudes se tabuló mediante la puntuación obtenida, cada cuadro de actitudes relacionado con el método anticonceptivo a evaluar consta de 5 preguntas dando un valor de 20 puntos a cada una, cada pregunta está dividida de la siguiente manera: 15 puntos para la opción no, y 5 puntos para la opción sí, sumando todas las preguntas nos dio un total de 100 puntos.

Con puntuación sobre 100 puntos.

Actitud favorable: ≥ 60 puntos como mínimo, de las preguntas contestadas, referentes al área de actitudes.

Actitud desfavorable: <60 puntos de las preguntas contestadas, referentes al área de actitudes.

5. Se creó una base de datos por medio de tablas y gráficas, para cada actitud y conocimiento con respecto a cada método anticonceptivo, las cuales se realizaron con el programa de Microsoft Excel.

7. Procedimiento

Primera etapa: obtención del aval de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar.

Segunda etapa: obtención del aval institucional.

Aprobación por parte del Centro de Salud Fraijanes, Guatemala.

Tercera etapa: preparación y estandarización del instrumento

Estandarización del instrumento de recolección de datos. Antes del inicio de la recolección, se seleccionó a las pacientes con características semejantes a la población de estudio para responder a las preguntas del instrumento y se midió el tiempo promedio de llenado del instrumento. Se corrigieron los errores encontrados en el instrumento.

Cuarta etapa: identificación de los participantes

Se habló personalmente con cada una de las participantes cada día y se les plantea individualmente, con lenguaje claro, el propósito, objetivos, importancia y utilidad del estudio, así como sus inconvenientes.

Quinta etapa: recolección de datos y preparación de los especímenes de laboratorio.

Obtención de los datos generales de las pacientes., Se tabularon de forma gradual los datos de las preguntas de datos generales, obteniendo totales de cada respuesta y cálculo de sus respectivos porcentajes.

- La sección de conocimientos se tabuló mediante puntajes para calificar conocimiento Adecuado, Inadecuado.
- La sección de actitudes se tabuló mediante puntajes para calificar la actitud como favorable o desfavorable.

8. Alcances

En el siguiente estudio, se logró caracterizar socio- demográficamente a las usuarias de anticonceptivos hormonales que asisten al centro de salud, en los meses de febrero-abril del año 2017.

Se evaluó el conocimiento y actitudes que tienen las usuarias acerca de los efectos secundarios producidos por el uso de los anticonceptivos hormonales.

Se logró recolectar información de las usuarias de los anticonceptivos hormonales determinando de esta manera los efectos secundarios más comunes que se presentan en las usuarias.

19. Aspectos éticos

El presente estudio se considera como categoría I (sin riesgo). En el cual se utiliza técnicas observacionales. Se respetará la privacidad y confidencialidad de los datos anotados en los cuestionarios. Los resultados de la investigación serán entregados a las autoridades administrativas del Centro de Salud de Fraijanes y a la Universidad Rafael Landívar.

10. Resultados

Tabla No. 1

Caracterización de usuarias de anticonceptivos hormonales. Centro de salud Fraijanes, febrero-abril 2017. Guatemala.

<u>Característica</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Valor del Indicador</u>	
1. Edad			
≤20	75	19%	Media de 26+6 años
21-30	212	54%	
31-40	90	23%	
41-50	15	4%	
2. Escolaridad			
Analfabeta	55	14%	Alfabetas 86%
Alfabetas, sin escolaridad	23	6%	
Primaria	196	50%	
Secundaria	67	17%	
Diversificado	39	10%	
Universidad	12	3%	
3. Estado Civil			
Unida	172	44%	Hogares integrados 87%
Casada	169	43%	
Soltera	39	10%	
Divorciada	8	2%	
Viuda	4	1%	
4. Etnia			
Ladina	282	72%	
Indígena	110	28%	
5. Paridad			
1-2	247	63%	
3-5	129	33%	
>5	16	4%	

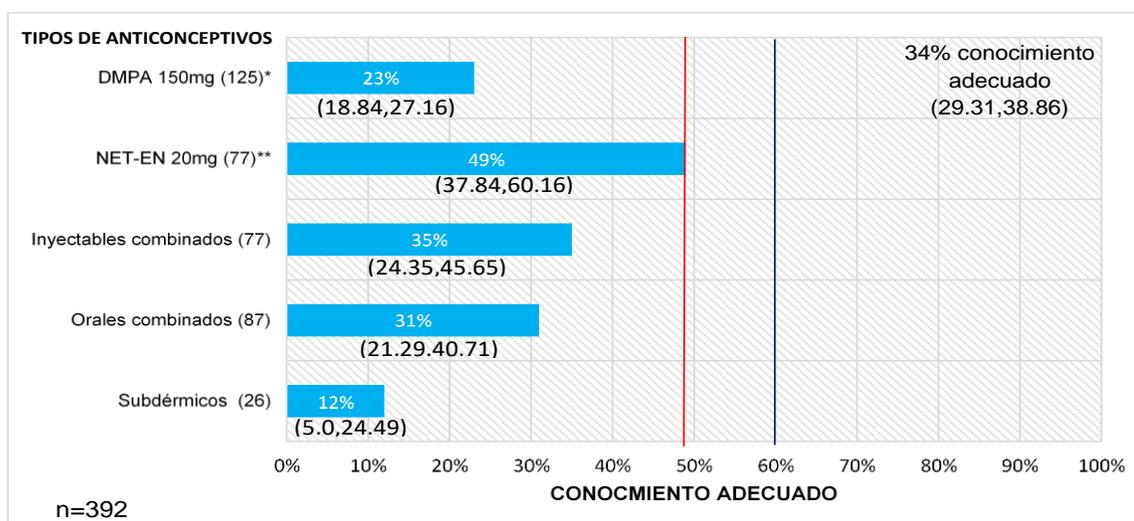
Tabla No. 2

Comparación de escolaridad, etnia, integración familiar, de usuarias sobre el conocimiento de anticonceptivos hormonales y su relación. Centro de salud Fraijanes, febrero-abril 2017.Guatemala.

	CONOCIMIENTO ADECUADO	CONOCIMIENTO INADECUADO	p	OR
Alfabeto	97(29%) (24.51,33.49)	240(71%) (66.51,75.49)	p<0.05	0.61
Analfabeto	22 (40%) (35.15,50.85)	33(60%) (55.15,64.84)		
Ladina	92 (33%) (28.35,37.65)	190(67%) (62.35,71.65)	p>0.05	1.74
Indígena	24(22%) (17.9,26.1)	86(78%) (73.9,82.1)		
Hogares integrados	75 (22%) (17.9,26.1)	266(78) (73.9,82.1)	p>0.05	0.52
Hogares desintegrados	18(35%) (27.9,42.1)	33(65%) (58,72)		

Gráfica No. 1

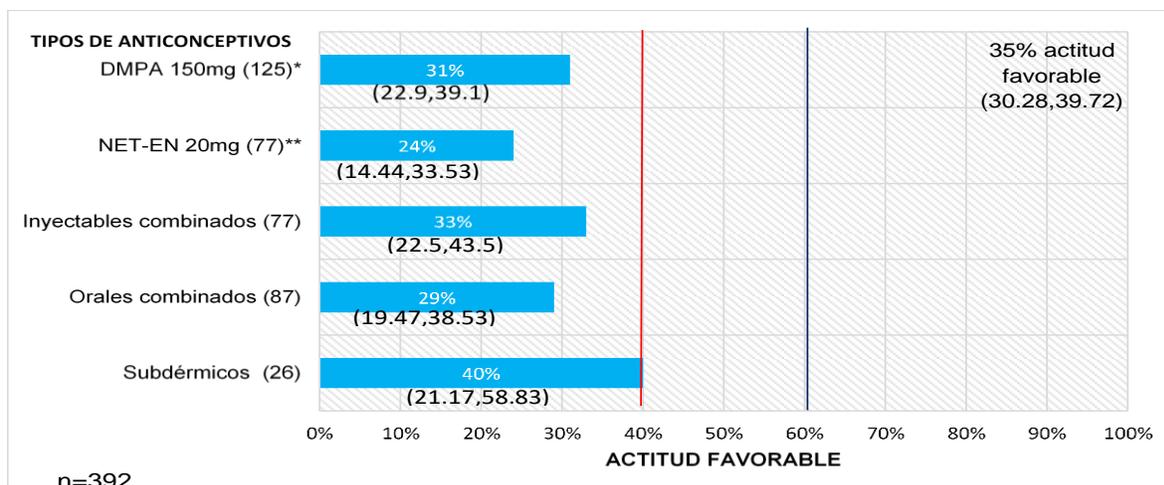
Conocimiento de las usuarias sobre efectos secundarios según tipo de anticonceptivos hormonales. Centro de salud Fraijanes, febrero-abril 2017.Guatemala.



*DMPA: Acetato de medroxiprogesterona de depósito
 **NET-EN: Enantato de noretisterona

Gráfica No. 2

Actitud de las usuarias sobre efectos secundarios según tipo de anticonceptivos hormonales. Centro de salud Fraijanes, febrero-abril 2017. Guatemala.



*DMPA: Acetato de medroxiprogesterona de depósito

**NET-EN: Enantato de noretisterona

Tabla No. 3

Efectos secundarios más comunes en usuarias de anticonceptivos hormonales clasificados según método anticonceptivo utilizado por las usuarias. Centro de salud Fraijanes, febrero-abril 2017. Guatemala.

Método anticonceptivo	Usuarias que presentaron efectos secundarios	Usuarias que no presentaron efectos secundarios	Efectos secundarios más frecuentes
DMPA 150mg* (125)	75 (60%)	50 (40%)	Irregularidad en el sangrado Aumento de peso Cambios en el estado de ánimo
NET-EN 20mg** (77)	48(62%)	29(38%)	Cambios en el estado de ánimo Irregularidad en el sangrado Aumento de peso
Inyectables combinados (77)	75(97%)	2(3%)	Irregularidad en el sangrado Dolor de cabeza (cefalea) Aumento de la presión arterial
Orales combinados (87)	40(46%)	47(54%)	Dolor de cabeza (cefalea) Nauseas Manchas en rostro (melasma)
Subdérmicos (26)	25(96%)	1(4%)	Aumento de peso Irregularidad en el sangrado Amenorrea (falta de menstruación)
Total	263(67%)	129(33%)	

*DMPA: Acetato de medroxiprogesterona de depósito

**NET-EN: Enantato de noretisterona

11. Análisis y discusión de resultados

El total de la muestra de estudio fueron 392 usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del Centro de Salud de Fraijanes, durante los meses de febrero-abril de 2017, con un rango de edad de <20 a 50 años, con media de 26 ± 6 años, predominio entre las edades 21-30 (54%), obteniendo una muestra predominantemente joven, en edad fértil.

En escolaridad se obtuvo un 86% de las usuarias con alfabetismo, obteniendo un 30% con escolaridad secundaria hasta el nivel universitario. Por tanto, no hay diferencia entre alfabetas y analfabetas en cuanto a conocimiento se refiere. No es significativo. ($p < 0.05$).

Al comparar hogares integrados con hogares desintegrados en cuanto a conocimiento adecuado, fue 75(22%) ($p_{95\%} = 17.9, 26.1$) vs 18(35%) ($p_{95\%} = 27.9, 42.1$) respectivamente. Una mujer con hogar desintegrado tiene más probabilidad de tener mayor conocimiento; por tanto, si es significativo. ($p > 0.05$).

Según el plan de desarrollo Fraijanes, Guatemala, diciembre 2010, en el municipio de Fraijanes no existe diversidad de etnias, debido a que es mayoritariamente urbano, solo existe un 4.7% de población indígena, que son en su mayoría migrantes de otras regiones por motivos de trabajo, lo cual explica el predominio de etnia ladina (72%), en este estudio. Al comparar el grupo ladina con indígena, en cuanto a conocimiento adecuado, fue 92 (33%) ($p_{95\%} = 28.35, 37.65$) vs 24(22%) ($p_{95\%} = 17.9, 26.1$); lo cual indica que ser ladino tiene casi el doble de posibilidad de tener mayor conocimiento: por tanto, si es significativo. ($p > 0.05$).

De 392 usuarias, se obtuvieron proporciones en cada método que utilizaban actualmente: anticonceptivos inyectables de 3 meses 125(32%), con conocimiento adecuado 23% ($p_{95\%} = 18.84, 27.16$) y actitud favorable 31% ($p_{95\%} = 22.9, 39.1$), inyectables de 2 meses 77 (20%), con conocimiento adecuado 49% ($p_{95\%} = 37.84, 60.16$) y actitud favorable 24% ($p_{95\%} = 14.44, 33.53$), inyectables mensuales 87(22%), con conocimiento adecuado 35% ($p_{95\%} = 22.5, 43.5$) y actitud favorable 33% ($p_{95\%} = 22.5, 43.5$), orales 77(20%), con conocimiento adecuado 31% ($p_{95\%} = 19.47, 38.53$), y actitud favorable 29% ($p_{95\%} = 19.47, 38.53$), subdérmicos 26(7%), con conocimiento adecuado 12% ($p_{95\%} = 21.17, 58.83$), y actitud favorable 40% ($p_{95\%} = 21.17, 58.83$), obteniendo como resultado general que el 34%(29,38) tiene conocimiento adecuado y 35% (30,40) actitud favorable.

Esta investigación mostró el conocimiento que tienen las usuarias, los cuales revelaron que un 66% desconoce sobre el tema, teniendo conocimiento inadecuado.

La actitud desfavorable (65%) de las usuarias, está relacionado con las experiencias negativas que han tenido sobre los efectos secundarios por el uso de estos métodos y, falta de conocimiento de las usuarias sobre el tema.

Efectos secundarios más comunes encontrados en usuarias de anticonceptivos hormonales fueron: cambios en el estado de ánimo, aumento de peso, irregularidad en el sangrado, dolor de cabeza (cefalea), ausencia de menstruación (amenorrea), náuseas, aumento de la presión arterial, manchas en cara (melasma), obteniendo 263(67%) de usuarias que presentaron algún efecto secundario y 129 (33%) que no presentaron efectos secundarios durante el uso de estos.

Las usuarias de anticonceptivos hormonales inyectables de 1 mes y subdérmicos presentaron más efectos secundarios durante el uso de estos en un 97% y 96% respectivamente, en comparación con el resto de los anticonceptivos hormonales.

12. Conclusiones

1. Se obtuvo una muestra de usuarias entre las edades <20 a 50 años, alfabetas 86%, con hogares integradas 87%, predominante ladina 72%.
2. El 34% (29.31,38.86) de las usuarias cuentan con conocimiento adecuado y 35%(30.28,39.72) actitud favorable, hasta un (35%) de las usuarias tienen conocimiento adecuado y actitud favorable.
3. Las usuarias con etnia ladina tienen 2 veces más probabilidad de tener mejor conocimiento que las usuarias con etnia indígena.
4. La actitud desfavorable de las usuarias está relacionada con los efectos secundarios que producen los anticonceptivos hormonales durante su uso.
5. El 67%(263) de las usuarias presentaron efectos secundarios por el uso de anticonceptivos hormonales, y el 33%(129) no presentaron efectos secundarios
6. Entre las usuarias de anticonceptivos hormonales, las usuarias de anticonceptivos subdérmicos e inyectables combinados de 1 mes presentaron más efectos secundarios en un 97% y 96% respectivamente, entre los cuales se encontraron que los más comunes fueron: aumento de peso, irregularidad en el sangrado, amenorrea

13. Recomendaciones

- 1.** Reforzar el conocimiento de las usuarias de anticonceptivos hormonales que consultan al Centro de Salud o servicio de salud, previo al uso de estos y en cada re-consulta que realicen.
- 2.** Exigir que toda persona que trabaje en el área de salud reproductiva tenga conocimiento sobre el tema de planificación familiar y el uso de anticonceptivos hormonales y dar capacitación constante sobre el tema al personal.
- 3.** Dar seguimiento con plan educativo a cada una de las usuarias que tenga como antecedente el cambio de métodos anticonceptivos para evitar el abandono o discontinuidad de estos.

14. Bibliografía

1. Portillo Dardòn AF. Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. [tesis de Maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Junio 2014.
2. De La Cruz Quiñonez MM, Pérez Yes DRA, Pérez Noj LN, Meneses Hernández MA, García Lima LA. Conocimientos y actitudes con base a la consejería en planificación familiar acerca de los efectos secundarios por el uso de anticonceptivos hormonales. [tesis de Maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2011.
3. Guía Nacional de Planificación Familiar. Ministerio de salud pública y asistencia social: Programa nacional de salud reproductiva Edición 2014. Disponible en: <http://redseguraclinicas.com/wp-content/recursos/Guia-nacional-de-Planificacion-familiar-Guatemala.pdf>
4. De la Cruz Peñarán D, Langer Glas, Hernández Prado MCB, González Rengijo GF. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú. Salud Pública México 2003; Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) Cuernavaca, Morelos, México. Instituto de Investigaciones de la Altura. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Vol. 45(6):461-471. (Accesado el 13 de octubre de 2016) Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000395>
5. Cunningham Gary F, Leveno KJ, Boom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. William obstetrician. Mc Graw Hill .105-18. España 2011.
6. Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general Segunda Edición, Noviembre 2002 ISBN 968-811-927-X. (Accesado el 13 de septiembre de 2016) Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>
7. Organización mundial de la salud “Planificación familiar” Nota descriptiva N°351, Mayo de 2015, (Accesado el 13 de septiembre de 2016) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
8. Lugones Botell M, Quintana Riverón TY, Cruz Oviedo Y. Anticoncepción hormonal. Rev. Cubana Med Gen Integra 1997; 13(1):49-58. (Accesado el 13 de octubre de 2016). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_1_97/mgi08197.htm.
9. Quintana Paunette JC. Anillo vaginal anticonceptivo. Nuva Ring, Universidad de la República. Montevideo-Uruguay, Noviembre 2010. (Accesado el 13 de octubre de 2016). Disponible en: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes37/art_16.pdf.

10. García Delgado Martínez Martínez F, Pintor Mármol A, Caelles Franch N, Ibáñez Fernández J. Anticonceptivos Hormonales. Guía de utilización de medicamentos. Catedra SANDOZ- de docencia e investigación en atención farmacéutica Universidad de Granada. (Accesado el 13 de octubre de 2016) Disponible en: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ANTIORMO.pdf.
11. Santana Pérez F, Alzugaray MG Real Cancio RM. Sistema de implante subdermicos: Norplant. Instituto Nacional de Endocrinología Departamento de Salud Reproductiva. Rev. Cubana Endocrinol 2000; 11(1):41-50. (Accesado el 14 de octubre de 2016). Disponible en : http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol11_1_00/end07100.pdf
12. López Rubio MA.Regulación neurológica y hormonal de la función reproductora. Fisiología de la pubertad y del climaterio. Complejo universitario hospitalario Albacete 20 junio 2012 (accesado el 17 de octubre de 2016). Disponible en: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2012-2013/sesion20120620.pdf
13. Ministerio de salud pública y asistencia social. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa Nacional de Salud Reproductiva. Versión legal y versión popular, emitida por el Organismo Legislativo, el 16 de noviembre de 2005. (accesado el 17 de octubre de 2016). Disponible en: <file:///C:/Users/Advance.net/Downloads/Ley%20de%20acceso%20universal%20y%20equitativo%20de%20servicios%20de%20planificaci%C3%B3n%20familiar.pdf>
14. Consejo Municipal de Desarrollo de Fraijanes, Guatemala y secretaria de Planificacion de la Presidencia Territorial, Dirección De Planificación Territorial. Plan de Desarrollo Fraijanes, Guatemala. SEGEPLAN/DPT, 2010 (accesado el 01 de enero de 2017). Disponible en: file:///C:/Users/Usuario%20Dell/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/PDM_113.pdf

15. Anexos



BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE EFECTOS SECUNDARIOS DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN USUARIAS Fraijanes, Guatemala, febrero-abril 2017

Fecha: _____ Lugar: _____

I. Datos generales

1. Edad _____

2. Escolaridad

- A. Analfabeta
- B. Alfabeta
- C. Primaria
- D. Secundaria
- E. Diversificado
- Universidad

3. Estado civil

- A. Casada
- B. Soltera
- C. Viuda
- D. Divorciada
- E. Unida

4. Etnia:

- A. Indígena
- B. Ladina
- C. otros.

5. ¿Número de hijos? _____

6. Método anticonceptivo Hormonal que usa actualmente:

- A. Píldora
- B. Inyección Mensual
- C. Inyección Bimensual
- D. Inyección Trimestral
- E. Implantes subdérmicos

La pregunta No. 6 sirve para guiar las preguntas en base al método que ellas indican usar.

II. Conocimientos y actitudes sobre efectos secundarios por el uso de anticonceptivos hormonales.

Anticonceptivos orales

Conocimientos	Actitudes
1. ¿Su uso puede causar falta de la menstruación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	1. ¿Al aumentar de peso continuaría usando el método actual? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Su uso puede causar dolor de cabeza? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	2. ¿Cambiaría de método si presenta sangrado vaginal entre cada menstruación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Su uso puede dar irritación, dolor o pesadez en mamas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	3. ¿Al presentar alguna molestia por el uso del anticonceptivo que utiliza actualmente consultaría al centro de salud para cambiar de método? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Su uso puede hacer que aumente de peso? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	4. ¿Ha cambiado alguna vez de método anticonceptivo hormonal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. ¿Su uso puede causar mareos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	¿Por qué? _____ _____
6. ¿Su uso produce manchas en la piel? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	¿Por cuál? _____ _____
7. ¿Tomar anticonceptivos con la cena o antes de acostarse disminuye la náusea y vómitos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	5. ¿Está satisfecha con el método anticonceptivo que utiliza actualmente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Su uso puede causar sangrado vaginal entre cada menstruación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	
9. ¿Su uso puede causar dolor fuerte de piernas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	
10. ¿El uso de anticonceptivos puede cambiar el estado de ánimo?	

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	¿Por _____ _____ _____ qué?
--	-----------------------------------

Anticonceptivos inyectables (inyección de 3 meses Depo Provera)

Conocimiento	Actitudes
1. ¿Su uso puede causar falta de la menstruación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	1. ¿Cambiaría de método si presenta sangrado vaginal entre cada periodo menstrual? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Su uso puede causar dolor de cabeza? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	2. ¿Cambiaría de método al presentar falta de la menstruación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Su uso puede hacer que aumente de peso? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	3. ¿Al presentar alguna molestia por el uso del anticonceptivo que utiliza actualmente consultaría al centro de salud para cambiar de método? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Su uso puede causar náusea? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	4. ¿Ha cambiado alguna vez de método anticonceptivo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. ¿Su uso puede causar mareos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	¿Por qué? _____ _____
6. ¿Su uso puede causar vómitos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	¿Por cuál? _____
7. ¿Su uso puede aumentar la presión arterial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	5. ¿Está satisfecha con el método anticonceptivo que utiliza actualmente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Después de dejar de usarlos hay dificultad para quedar embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	¿Por _____ _____ qué?
9. ¿Su uso puede causar sangrado vaginal entre menstruación ? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	_____ _____
10. ¿El uso de anticonceptivos puede cambiar el estado de ánimo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	_____ _____

Anticonceptivos inyectables (inyección de 2 meses, Noristerat)

Conocimiento	Actitudes
1. ¿Su uso puede causar falta de la menstruación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	1. ¿Cambiaría de método si presenta sangrado vaginal entre cada menstruación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Su uso puede causar dolor de cabeza? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	2. ¿Cambiaría de método al presentar falta de la menstruación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Su uso puede hacer que aumente de peso? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	3. ¿Al presentar alguna molestia por el uso del anticonceptivo que utiliza actualmente consultaría al centro de salud para cambiar de método? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Su uso puede causar náusea? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	4. ¿Ha cambiado alguna vez de método anticonceptivo hormonal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. ¿Su uso puede causar mareos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	¿Por qué? _____
6. ¿Su uso puede causar vómitos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	¿Por cuál? _____
7. ¿Su uso puede aumentar la presión arterial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	5. ¿Está satisfecha con el método anticonceptivo que utiliza actualmente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Después de dejar de usarlos hay dificultad para quedar embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	¿Por _____ qué? _____
9. ¿Su uso puede causar sangrado vaginal entre cada menstruación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	
10. ¿Su uso puede aumentar el riesgo de cáncer de mama? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	

Anticonceptivos inyectables (inyección de 1 mes, Norigynon)

Conocimiento	Actitudes
1. ¿Su uso puede causar falta de la menstruación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	1. ¿Cambiaría de método si presenta falta de la menstruación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Su uso puede causar hemorragia vaginal abundante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	

<p>3. ¿Su uso puede causar dolor de cabeza? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Su uso puede hacer que aumente de peso? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Su uso puede causar náusea? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Su uso puede causar cambios en el estado de ánimo (nerviosismo)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Su uso puede causar mareos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>8. ¿Después de dejar de usarlos hay dificultad para quedar embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Su uso puede causar aumento de la presión arterial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>10. ¿Su uso puede causar pérdida del cabello? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p>	<p>2. ¿Al aumentar de peso continuaría usando el método actual? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Al presentar alguna molestia por el uso del anticonceptivo que utiliza actualmente consultaría al centro de salud para cambiar de método? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Ha cambiado alguna vez de método anticonceptivo hormonal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Por qué? _____</p> <p>_____</p> <p>¿Por cuál? _____</p> <p>_____</p> <p>5. ¿Está satisfecha con el método anticonceptivo que utiliza actualmente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Por _____ qué?</p> <p>_____</p>
--	---

Implantes anticonceptivos en el brazo (Jadelle)

Conocimiento	Actitudes
<p>1. ¿Su uso puede causar falta de la menstruación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Su uso puede causar sangrado vaginal entre cada menstruación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Su uso puede dar dolor de cabeza? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Su uso puede hacer que aumente de peso? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Su uso puede causar náusea? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Su uso puede causar mareos?</p>	<p>1. ¿Cambiaría de métodos si presenta falta de la menstruación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Cambiaría de método si tiene infección en el sitio donde le colocaron el implante? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Al presentar alguna molestia por el uso del anticonceptivo que utiliza actualmente consultaría al centro de salud para cambiar de método? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Ha cambiado alguna vez de método anticonceptivo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

<p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Su uso puede causar cambios en el estado de ánimo (nerviosismo)?</p> <p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>8. ¿Después de dejar de usarlos hay dificultad para quedar embarazada?</p> <p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Da dolor usar este método anticonceptivo en el brazo?</p> <p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p> <p>10. ¿Da infección usar implantes en el sitio de colocación?</p> <p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Por qué? _____</p> <p>_____</p> <p>¿Por cuál? _____</p> <p>_____</p> <p>5. ¿Está satisfecha con el método anticonceptivo que utiliza actualmente?</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Por _____ qué?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---