

HOSPITAL RURAL DE OUANAMNTHE.
DEPARTAMENTO NORD-ESTE.
PUERTO PRINCIPE.

**Intervención educativa sobre planificación familiar en una Comuna de Haití.
Educative intervention about family planning in Commune of Haiti.**

Julio Angel Quintana González (1), Tamara Alicia Fonseca Muñoz (2).

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa en la comuna de Ouanamenthe departamento Nord-Este del país de Haití con el objetivo de incrementar el control en las mujeres con riesgo preconcepcional de enero-junio del 2006. Se usó el método estadístico Epiinfo 6.0. Se estudiaron 160 pacientes mediante el método aleatorio simple de un total de 346 mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional del área dispensarizada. Se determinó que el desconocimiento y el temor a su utilización fueron las principales causas de su no utilización, así como la falta de conocimiento de la existencia de un programa de planificación familiar a nivel nacional en este país. Se logró que el 78,1% de las pacientes incluidas usaran al menos un método anticonceptivo.

Palabras clave: PLANIFICACION FAMILIAR, EDUCACION.

- 1.- Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor.
- 2.- Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia.

INTRODUCCIÓN

La salud materna infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país (1-2). El comportamiento de este indicador varía en dependencia del nivel de desarrollo. Así vemos que se reporta que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo: África 1 de cada 21 mujeres, Asia 1 de cada 54, Norteamérica 1 de cada 3366 y Europa septentrional 1 de cada 9850. Además, varían dentro de un mismo país (3).

Se hace evidente la importancia de la planificación familiar como política que contribuye a la salud reproductiva (7). Sin embargo, surgió después de 1789 como política poblacional, basada en el argumento ecológico dado por Roberto Malthus, quien fue apoyado por varios movimientos sindicales y la teoría feminista (de 1914) que la defiende como un modo de emancipar a la mujer, con el control de la natalidad. Se estima que en nuestro país, entre el 15 y el 25 % de las mujeres en edad fértil tienen alguna condición social o biológica que permite clasificarlas como de riesgo preconcepcional, se refiere al riesgo real modificable, (7-9) así ocurre en otros países del mundo, en valores quizás más altos como por ejemplo Haití(10).

El control del riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), puede mejorar la salud del producto de las gestaciones, disminuir los costos de los cuidados y el sufrimiento de las mujeres embarazadas (2-8).

Esto constituye un problema mundial. En Latinoamérica, se produce la pérdida de 28 000 mujeres anualmente debido a abortos, complicaciones del embarazo, parto y postparto asociada a la escasa cobertura y calidad de los servicios médicos y de la Planificación Familiar (2).

En 2004 se estimó en Haití una tasa de mortalidad materna de 457 x 100 000 nacidos vivos y que sólo 13% de las mujeres en edad fértil se encontraban usando algún método anticonceptivo (10).

La medicina comunitaria tiene como objetivo fundamental la prevención, por lo que se hace necesario brindarle a la población femenina en edad fértil con algún factor de riesgo, el modo de controlar la fecundidad ya que muchas mujeres no tienen motivación suficiente para desarrollar este control o no conocen cómo realizarlo. Por tal motivo se crea la actividad de planificación familiar, instrumento

fundamental en el programa del RRPC, pues, aunque no es el objetivo en estos casos es el medio de aplazar la gestación, por el período necesario para modificar, disminuir o atenuar el riesgo (8-10). Esto hace evidente la importancia de la planificación familiar como programa que contribuye a la salud reproductiva.

El Plan Estratégico Nacional en Salud Reproductiva de Haití tiene como objetivo disminuir la fecundidad de 4,8 a 3,6 hijos por mujer y el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna, tiene entre sus aspiraciones promover la planificación familiar en todo el país con el fin de disminuir los embarazos de riesgo y los no deseados (10).

Fueron muchas las motivaciones para realizar este estudio en la comuna Ouanamenthe: primero la alta tasa de natalidad existente 22.3, y de fecundidad de 80.2, la concepción de embarazos con riesgo, lo cual repercutía en la aparición de alteraciones en los neonatos, agravadas por las precarias condiciones socioeconómicas y de salud de las mujeres multíparas, la concepción de al menos 2 embarazos antes de cumplir los 20 años en un 36 % de las pacientes. El proyecto de trabajo ha sido diseñado con el fin de lograr un cambio en la conducta y falsas creencias, influidos por el desconocimiento que existe sobre el tema; motivos por los cuales Haití es hoy uno de los países con mayor tasa de fecundidad, natalidad y mortalidad materna e infantil.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención educativa sobre planificación familiar en mujeres en edad fértil en la Comuna de Ouanamenthe, Departamento Nord-Este enero-junio de 2006. Nuestra investigación está dirigida con un propósito inicial de saber el nivel de conocimientos que tienen las mujeres sobre planificación familiar y una vez realizado el diagnóstico sobre las mismas instruirlos, brindándole la información disponible con la finalidad de elevar el conocimiento a través de un programa educativo confeccionado mediante charlas, conferencias cara a cara, audiencias y visitas en el terreno por el Grupo básico de trabajo (GBT), con una frecuencia quincenal por un periodo de 16 semanas teniendo en cuenta que en este país no existe un programa nacional de salud, usando el modelo de programa existente en nuestro país. El universo estuvo constituido por 346 mujeres en edad fértil del área dispensarizada con riesgo preconcepcional. A partir del universo delimitado se seleccionó un grupo de intervención por el método aleatorio simple por sorteo de 160 pacientes las variables independientes fueron: edad, conocimiento sobre la existencia de la planificación familiar, método anticonceptivo conocido, consentimiento de utilizar algún método anticonceptivo, causas por la que no usaron un método anticonceptivo, tipo de método anticonceptivo utilizado.

RESULTADOS

Al analizar la distribución de las pacientes según grupos de edad, se observó que existe predominio del grupo de 35-39 años 46 (28.8%), lo cual está en correspondencia con las bibliografías revisadas en las que predominan los grupos etáreos superiores a los 35 años, influido fundamentalmente porque el hecho de contar con una edad superior a la recomendada las hace portadoras de riesgo a lo que se suman otros factores como son la multiparidad, enfermedades asociadas y antecedentes de embarazos de riesgo, factores frecuentes en las féminas de Ouanamenthe. El segundo grupo lo integraron pacientes de edades entre los 15-19 años, 29 casos (18.1%). En la comuna predomina la población joven y del sexo femenino según el Análisis de la situación de salud (ASS) del año anterior, además se ha demostrado la precocidad de las relaciones sexuales, cada vez más tempranas y frecuentes.

Al analizar el conocimiento que se tenía sobre la existencia del programa de planificación familiar (tabla 2), se encontró que 103 pacientes (64.4%) no lo conocían lo cual las hacía más vulnerable a procrear en condiciones no ideales. En la comuna está directamente relacionado a la escasa divulgación del tema, limitándose su divulgación a las escuelas y en escasos momentos en el dispensario, quedando así desamparadas de todo conocimiento aquellas pacientes que por sus escasos recursos no han asistido a alguna institución escolar o que en raras ocasiones han acudido al dispensario, además porque el trabajo en las labores de terreno no había estado encaminado a tratar el tema y se analizaban otras cuestiones de morbilidad frecuentes en la zona por lo que el trabajo sobre la planificación familiar había quedado limitada a las pacientes que acudían a consulta.

Sin embargo, después de realizada la intervención todas las pacientes fueron capaces de reconocer la existencia del programa de planificación familiar, lo que representó el 100 % de la muestra. El resultado antes expuesto tuvo significación estadística según Test de Mc. Nemar para una $p = 103$. Por lo que con la realización del estudio se pudo comprobar que, con la promoción de conocimientos relacionados con el tema, de forma sistemática y organizada se puede incrementar el conocimiento del tema, dándonos la medida de que cuestiones tan sencillas como estas podían influir en algo tan importante como lo es el nivel de salud de una población.

Al analizar la distribución de pacientes según método anticonceptivo más conocido (tabla 3) se supo que antes del estudio 76 pacientes (47.5 %) no reconocían la existencia de los métodos anticonceptivos como una forma de planificar la fecundidad; suerte que fue cambiada al finalizar la intervención en que todas las pacientes lograron reconocer al menos un método anticonceptivo. Los más conocidos por las pacientes fueron los hormonales, fundamentalmente los inyectables, 33 pacientes (20.6%), dado porque la mayoría sólo ha contado con esta forma de anticoncepción, así como por su bajo costo (10 Gourdes), facilidad de administración, tiempo de protección y los pocos efectos colaterales que se perciben.

Después de realizada la intervención continuaron siendo los más identificados, 155 (96.9 %). Llamó la atención que solo 3 mujeres (1.9 %) conocieran que lactar de forma exclusiva durante los primeros 6 meses después del parto fuera una vía fácil, económica, y de elevada efectividad. Durante las actividades educativas se hizo énfasis en este método no solo como el momento de alimentar al bebé sino como una vía muy segura de evitar un embarazo logrando que al final unas 143 pacientes (93.1%) lo señalaran. Otros métodos muy eficaces son los DIU, los cuales eran casi desconocidos por la población, con excepción de 3 pacientes que habían vivido en República Dominicana y habían visto los mismos, pero por su elevado costo y la influencia de la iglesia nunca lo habían elegido; se logró que luego del estudio al menos 142 (88.8 %) pacientes los reconocieran como una variante de uso.

Cuando se realizó un análisis de la distribución de pacientes según consentimiento de utilizar algún método anticonceptivo (tabla 4) se observó que inicialmente solo 26 mujeres (16.6 %) aceptaban el uso, versus 134 (83.8%) que se negaban a utilizarlos, aunque fueran advertidas de la posibilidad de un embarazo riesgoso. Se supo que el desconocimiento, el temor a los anticonceptivos, la influencia de la religión, el costo, la paridad insatisfecha y la falta de personal capacitado fueron las causas fundamentales por las que las pacientes tomaban este comportamiento. Sin embargo, al final de la investigación se logró que 151 mujeres (94.4 %) lo aceptaran con una significación estadística según Test de Mc. Nemar con $p=125$. Este resultado nos confirmó que, con el aumento del conocimiento de los métodos anticonceptivos, sus ventajas, formas de empleo, así como el análisis del costo-beneficio se pudo lograr que la balanza se inclinara al final del estudio hacia las mujeres que aceptaban el uso. Al realizar la distribución de las pacientes según causas de la no utilización de métodos anticonceptivos (tabla 5) se obtuvo que fue el desconocimiento la principal causa expuesta, 54 pacientes (40.3 %), luego de la intervención ninguna expuso éste como una causa, pues ya se habían apropiado de los elementos fundamentales que les permitían conocer el efecto de estos en su organismo, así como las principales ventajas y desventajas, pero sobre todo su efectividad. En Ouanamenthe, una zona rural de este departamento, las posibilidades de conocimiento son escasas porque la mayoría de las pacientes nunca habían acudido a un centro educacional, muy pocas frecuentaban la consulta y la política del trabajo anterior no estaba encaminada al control del riesgo preconcepcional. El temor a los anticonceptivos fue el segundo motivo encontrado, 43 pacientes (32.1 %) se negaron al uso de los mismos, ya que exponían que otras mujeres lo usaban y les causaba cefaleas, sangramientos y vértigos, y otras porque en alguna ocasión habían elegido alguno de estos, pero les había traído algún efecto indeseable. Por tal motivo 18 mujeres (13.4 %) no admitían su uso, sobre todo los métodos no biológicos; no obstante, después de explicarles las formas en que estos evitan los embarazos, y darles las opciones biológicas o de otros métodos que ellas consideraran apropiado se logró que 11 aceptaran su uso, sobre todo al cambiar a posibilidades biológicas que en nada se relacionaban con el aborto, y más bien posibilitan el nacimiento de niños en momentos oportunos para así evitar fallecimientos. Este resultado no fue el esperado pues por ser Ouanamenthe una zona de alto número de pacientes que practican la religión católica (92 %), se

esperaba que fuera el más referido, pero después de la intervención ocupó el primer lugar 7 (58.3 %) ya que fue el más difícil de modificar.

En el caso de los DIU, de elevado costo, muy escasos en farmacias del departamento, fueron ofrecidos como variante gratis pues por su precio no serían aceptados. En el estudio, aunque no fue una de las principales causas, el machismo, arraigado en zonas rurales sobre todo de los países pobres, se sabe que en el caso de mujeres que tienen un nuevo cónyuge, este siempre pretende tener hijos con ella, aunque las condiciones no sean ideales.

Uno de los medidores de efectividad del estudio fue lograr que al menos el 50 % o más de la muestra se controlara con alguno de los métodos conocidos, cuando analizamos la distribución de las pacientes según el método anticonceptivo utilizado (tabla 6) se obtuvo que antes y después de la intervención los hormonales fueron los más solicitados, 53 pacientes (33.1 %) en el caso de los inyectables, y 32 (20 %) para el caso de las tabletas. Fue significativo que 25 pacientes (15.6 %) aceptaran los DIU a pesar de ser novedosos, y de existir ciertos criterios negativos influidos por la iglesia católica al considerarlo como un método abortivo. Es importante destacar que los mismos pudieron ser administrados ya que se distribuyeron de forma gratuita. Respecto a la lactancia ninguna mujer lo empleó durante el estudio porque no tuvimos dentro de la muestra a ninguna puérpera.

DISCUSIÓN

Se estima que, en el 2002, en América Latina y el Caribe, había unos 148 millones de personas entre los 10 y los 24 años de edad. Esta cifra representa el 30 % de la población total estimada en ese año (7). El inicio temprano de la procreación se asocia con la edad igualmente temprana de la primera unión, bajos niveles de escolaridad, y ciertas normas culturales que promueven el papel de esposa y madre como el más legítimo (6,8). La unión a edad temprana se asocia con abandono precoz de la escuela o el no tener esta oportunidad (19) como ocurre en Haití. Las muchachitas sin instrucción se unen a los 16 años 5 veces más que sus contrapartes que completaron la primaria. La inmadurez física incrementa los riesgos asociados con el embarazo y el parto. Se obtuvo que existía un menor número entre los 20-24 años, 6 (3%) ya que en la comuna son el grupo que menos riesgo presentan. Este resultado coincide con los estudios realizados por organismos como la OMS en el año 2000 (8) que se refiere al limitado conocimiento del tema sobre todo en poblaciones de países subdesarrollados, con bajo nivel cultural y socioeconómico, así como los pocos esfuerzos por las autoridades sanitarias de estas regiones en aumentar dicho conocimiento (5,8).

Resultados que coinciden con otros estudios realizados donde se plantea que actualmente son estos anticonceptivos modernos los más conocidos, dada su propaganda y ventajas en el uso; así como la existencia cada vez más creciente de sus producciones (10).

ABSTRACT

A study of educative intervention in the commune of Ouanamenthe, Northeastern Department of Haiti, was carried out with the purpose of increasing the control of women with preconceptional risk from January to June 2006. The statistical method Epiinfo 6.0 was used. 160 patients were studied by means of the simple random method of a total of 346 women in fertile age with preconceptional risk from the area of the classified patients. It was determined that ignorance and fear of its use were the main causes of not using it as well as the lack of knowledge about the existence of a program of family plan at national scale in this country. It was achieved that the 78,1 % of the patients included in the study used, at least, one contraceptive method.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Botella Llusía J, Núñez Clavero A. Tratado de ginecología. 10 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1999.
2. Rojas Ochoa F. La estadística en la obstetricia. La Habana: MINSAP, 2004.
3. Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Mirabal JE. Riesgo obstétrico o materno fetal. En: Rigol Ricardo O. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999. p.455-67.
4. Gonzalo Díaz A. Salud pública materno infantil y prenatal. Montevideo: CLAP/OPS; 2002.

5. Colectivo de autores. Carpeta Metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. VII Reunión Metodológica del MINSAP. La Habana: MINSAP; 2001.
6. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana; Editorial Ciencias Médicas; 2001.
7. Ramírez Torres MJ, Rodríguez Galá R, Díaz del Pino R. Planificación familiar y control del riesgo reproductivo preconcepcional. Bol Med Gen Integr Pinar del Río. 2002; 4(2):17-8.
8. Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud. Análisis de la situación sanitaria de Haití. Puerto Príncipe: OPS; 1998.
9. Chazntte C. Asthma in pregnancy: a review. J Assoc Acad Min Phys New York. 2002; 5(3):107-14.
10. Cuní González VJ, Malagón Hernández M. El riesgo preconcepcional como causa de morbimortalidad materno-infantil. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2002; 15(4):51-9.
11. The White Ribbon Alliance. Awareness, mobilization and action for save motherhood: a field guide. Washington: OPS; 2000.
12. Vázquez Márquez A. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 4(3):192-5.
13. Khan MA, Trotlier DA, Islam MA. Inconsistent use of oral contraceptives in rural Bangladesh. Contraception. 2004; 65(6):429-33.

TABLA 1 Distribución de las pacientes según grupos de edad.

| GRUPOS DE EDAD | No. | % |
|----------------|-----|------|
| 15-19 | 29 | 18.1 |
| 20-24 | 9 | 5.6 |
| 25-29 | 18 | 11.3 |
| 30-34 | 20 | 12.5 |
| 35-39 | 46 | 28.8 |
| 40-44 | 27 | 16.9 |
| 45-49 | 11 | 6.9 |
| TOTAL | 160 | 100 |

Fuente: Historias clínicas familiares.

TABLA 2 Distribución de las pacientes según conocimiento de la existencia de la planificación familiar.

| Conocimiento | Antes | | Después | |
|--------------|-------|------|---------|-----|
| | No | % | No | % |
| No | 103 | 64,4 | 0 | 0 |
| Si | 57 | 35,6 | 160 | 100 |
| Total | 160 | 100 | 160 | 100 |

TABLA 3 Distribución de las pacientes según métodos anticonceptivos más conocidos.

| METODO | ANTES | | DESPUES | |
|--------------------------|-------|------|---------|------|
| | No. | % | No. | % |
| INYECCION HORMONAL | 33 | 20.6 | 155 | 96.9 |
| TABLETAS ANTICONCEPTIVAS | 29 | 18.1 | 152 | 95 |
| CONDON MASCULINO | 19 | 11.9 | 149 | 93.1 |
| LACTANCIA MATERNA | 3 | 1.9 | 149 | 93.1 |
| LIGADURA DE TROMPAS | 6 | 3.8 | 147 | 91.9 |
| DIU | 3 | 1.9 | 142 | 88.8 |
| IMPLANTES | 4 | 2.5 | 128 | 80 |

| | | | | |
|------------------|----|------|----|------|
| COITO INTERRUPTO | 0 | 0 | 98 | 61.3 |
| ESPERMICIDAS | 0 | 0 | 96 | 60 |
| ASTINENCIA | 3 | 1.9 | 72 | 45 |
| CONDON FEMENINO | 0 | 0 | 56 | 35 |
| VASECTOMIA | 0 | 0 | 12 | 7.5 |
| NINGUNO | 76 | 47.5 | 0 | 0 |

TABLA 4. Distribución de las pacientes según consentimiento de utilizar algún método anticonceptivo.

| Aceptación | Antes | | Después | |
|------------|-------|------|---------|------|
| | No | % | No. | % |
| No | 134 | 83,8 | 9 | 5,6 |
| Si | 26 | 16,6 | 151 | 94,4 |

TABLA 5 Distribución de las pacientes según causas de la no utilización de métodos anticonceptivos.

| CAUSAS | ANTES | | DESPUES | |
|------------------------------|-------|------|---------|------|
| | No. | % | No. | % |
| Por desconocimiento | 54 | 40.3 | 0 | 0 |
| Temor a los anticonceptivos | 43 | 32.1 | 5 | 41.6 |
| Influencia de la religión | 18 | 13.4 | 7 | 58.3 |
| Desacuerdo del esposo | 9 | 6.7 | 1 | 8.3 |
| Paridad insatisfecha | 3 | 2.2 | 1 | 8.3 |
| Limitaciones económicas | 32 | 23.9 | 3 | 25 |
| Falta de personal capacitado | 1 | 2.9 | 0 | 0 |
| TOTAL | 134 | 100 | 12 | 100 |

TABLA 6 Distribución de las pacientes según tipo de método anticonceptivo utilizado para su control.

| METODO | ANTES | | DESPUES | |
|--------------------------|-------|------|---------|------|
| | No. | % | No. | % |
| DIU | 0 | 0 | 25 | 15.6 |
| CONDON MASCUL. | 2 | 0.6 | 12 | 7.5 |
| CONDON FEMENINO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TABLETAS ANTICONCEPTIVAS | 8 | 5 | 32 | 20 |
| INYECCIÓN HORMONAL | 13 | 8.1 | 53 | 33.1 |
| IMPLANTES | 0 | 0 | 0 | 0 |
| COITO INTERRUPTO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESPERMICIDAS | 0 | 0 | 0 | 0 |
| LIGADURAS DE TROMPAS | 0 | 0 | 6 | 3.8 |
| VASECTOMIA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ABSTINENCIA | 0 | 0 | 2 | 1.3 |
| TOTAL. | 23 | 14.4 | 125 | 78.1 |