

Informing the Medical Community in Guatemala about Emergency Contraception

Center for Research in the Epidemiology of Sexual
and Reproductive Health (Centro de Investigación
Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva - CIESAR)

Edgar Kestler and Lilian Ramirez

September 2004

This study was funded by the U.S. AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID) under the terms of Cooperative Agreement HRN-A-00-98-00012-00 and Population Council Subagreement Number AI02.68A. The opinions expressed herein are those of the authors and do not necessarily reflect the views of USAID.

EXECUTIVE SUMMARY

The general purpose of this project was to increase the awareness of and access to emergency contraception (EC) among the medical community in Guatemala. Specific project objectives included: 1) training three physicians as trainers in all aspects of EC; 2) adapting and disseminating scientific literature and informational materials about the method and about EC programs in Latin America and worldwide; and 3) training at least 250 participants about the characteristics of emergency contraception, its mechanisms of action, and counseling techniques.

On October 2002, a group of five health workers attended the Latin American Conference on Emergency Contraception organized by the Latin American Consortium on Emergency Contraception (LACEC) and the Population Council's Frontiers in Reproductive Health Program (FRONTIERS) in Quito, Ecuador. Conference participants were trained to implement and follow-up emergency contraception activities in their country. Upon their return to Guatemala and under the leadership of the Center for Research in the Epidemiology of Sexual and Reproductive Health (Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva - CIESAR), the five conference participants established the Guatemalan Consortium on Emergency Contraception (GCEC) to coordinate information and training activities on emergency contraception in the country.

The five founding members of GCEC acted as project coordinators. They developed and adapted training, educational, and informational materials to be used and distributed during workshops. They trained 10 trainers to replicate the EC workshop among interested organizations and professional groups. Between February and April 2003, these trainers conducted a total of 21 workshops that were attended by 556 participants. Workshops were held among medical and nursing organizations, nongovernmental organizations (NGOs), selected hospitals, and members of Guatemala's justice system. In total, 124 doctors, 121 nurses and social workers, 54 health workers, 144 members of the justice system, 46 female community leaders, and 67 health promoters were trained during this period. The workshops increased the participants' knowledge of EC. The proportion of trainees with high levels of knowledge (75 or higher on a 100-point scale) increased from 11 percent to 40 percent.

One hundred and twenty workshop participants, who were randomly selected, were interviewed three months after the workshops. Results of this follow-up showed that 36 percent of the interviewees carried out three or more interpersonal dissemination activities such as person-to-person counseling or informal talks. Among trained nurses, 80 percent conducted interpersonal post-training activities. Results also indicate that 45 percent of the participants held or implemented at least one informational talk or workshop; fifteen percent held carried out two such activities, and eight percent conducted three or more replication activities.

Prior to their participation in the training workshop, only 14 percent of the participants had recommended EC. After training, this proportion increased to 62 percent. The follow-up evaluation survey showed that 40 percent of the participants had used the materials that they received at the workshops. However, only 13 percent had provided informational material or brochures to others.

TABLE OF CONTENTS

Executive Summary	ii
List of Tables and Figures	v
Abbreviations	vi
I. Introduction	1
II. Activities	2
III. Results	8
IV. Follow-up Evaluation	10
V. Conclusion	20
References	21
Appendix 1. Trainer's Guide	26
Appendix 2. Brochure	42
Appendix 3. Workshop Evaluation Questionnaire	46
Appendix 4. Follow-Up Evaluation Questionnaire	47

LIST OF TABLES AND FIGURES

Table 1. Names and occupations of Guatemalan professionals who attended the Latin American Conference on Emergency Contraception in Quito, Ecuador	4
Table 2. Names and occupations of the 10 emergency contraception trainers who conducted the project workshops.....	5
Table 3. Characteristics of the 21 workshops conducted as part of this project (all dates refer to 2003)	7
Table 4. Demographic characteristics of the population evaluated after the training on contraception.....	12
Table 5. Type of dissemination activities conducted by workshop participants.....	13
Table 6. Proportion of participants who conducted dissemination activities, by occupation.....	15
Table 7. Number of health and social workers considered "active disseminators" of emergency contraception information.....	16
Table 8. Number of information activities conducted by health and social workers, by demographic characteristics.....	17
Table 9. Number of information activities implemented by the final audience	18
Table 10. Number of formal activities conducted by health and social workers, by demographic characteristics.....	19
Figure 1. Distribution of workshop participants by knowledge level before and after workshop	9

ABBREVIATIONS

AGOG	Guatemalan Obstetrics and Gynecology Association
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CIESAR	Center for Research in the Epidemiology of Sexual and Reproductive Health (Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva)
EC	Emergency contraception
GCEC	Guatemalan Consortium on Emergency Contraception
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IEC	Information, education, and communication
KAP	Knowledge, attitudes, and practices
LAC	Latin America and the Caribbean
LACED	Latin American Consortium on Emergency Contraception
MOH	Ministry of Health
NGOs	Nongovernmental organizations
STIs	Sexually Transmitted Infections
TOT	Training of Trainers

I. INTRODUCTION

Background

Over the past few years, the Population Council and its partners have conducted a variety of emergency contraception (EC) projects in Latin America and the Caribbean (LAC). These activities include training providers in Brazil, developing qualitative and quantitative baseline studies in different countries to assess EC knowledge, attitudes, and practices (KAP), helping to register dedicated EC products, promoting favorable public policies, and creating information, education, and communication (IEC) materials to inform women and providers. These materials have included a slide set, brochures for rape victims, EC kits suitable for distribution in the workplace, a mainstream publicity campaign for young people, a national toll-free hotline in Mexico that provides 24-hour detailed information to callers about EC, and an EC website with information in Spanish and links to other relevant websites. The Population Council's Frontiers in Reproductive Health Program (FRONTIERS) also conducted two EC projects. In the first one, mass mailings were sent to private physicians, pharmacies, public hospitals, and assembly plants. In the second project, a workshop for policy makers and service providers was conducted in Peru and, as a result, the Ministry of Health (MOH) included emergency contraception in its service delivery guidelines (León 2001). Other organizations, such as the International Planned Parenthood Federation (IPPF), have recently contributed to these efforts to promote the awareness and availability of EC pills.

Overall these efforts have been quite fruitful. For example, over the past three years, knowledge of EC among family planning clients in Mexico City has nearly doubled, from 18 percent to 33 percent. During this time, thousands of family planning providers have been trained to offer EC, and last year, a dedicated project was officially registered in the country (Langer et al. 1999; Heimburger et al. 2001). A recent national survey found that 31 percent of the national population between 15 and 45 years of age (and 35 percent of the urban population in that age range) had heard about the method (Population Council and Grupo IDM 2000). The national Mexican EC hotline, which was launched in 1999, now receives over 10,000 calls per month. Likewise, a recent survey of IPPF affiliates showed that of the 37 affiliates that responded to the survey, more than 60 percent offered EC. Of these, Central and South American affiliates were more likely to offer EC than ones in the Caribbean. Twenty-two of 23 affiliates offered cut up packets of oral contraceptives, while six affiliates made dedicated products available. Of the 14 affiliates not offering EC, 79 percent (11) believed that it constitutes abortion. The report concluded that EC availability and support for the method appeared to be increasing in LAC, and that a clearer distinction between EC and abortion in medical and policy guidelines should further increase acceptance (Diaz-Olavarrieta et al. 2001).

Through the above projects, FRONTIERS has developed the capacity to inform a wide range of audiences about EC in a systematic and organized manner. FRONTIERS has identified effective mechanisms to combat misinformation about the method and has found people who can inform medical communities and wider audiences in several

countries. This project proposed to use the research results and resources developed by FRONTIERS to inform the Guatemalan medical community about EC. It is relevant for FRONTIERS Intermediate Result 2, Dissemination and Policy Improvement.

Purpose and Objectives

The general purpose of this project was to increase the awareness of and access to emergency contraception among the medical community in Guatemala. It had three objectives:

1. Train three doctors to conduct informational workshops on all aspects of EC.
2. Adapt and disseminate scientific literature and informational materials about the method and about EC programs in Latin America and worldwide.
3. Train at least 250 workshop participants on the characteristics of EC, its mechanisms and counseling techniques.

The project exceeded these expectations and had a far greater impact than originally expected.

II. ACTIVITIES

Identification of Key Organizations Interested in Receiving EC Workshops and Inter-institutional Collaboration

As part of the planning stage, the Center for Research in the Epidemiology of Sexual and Reproductive Health (Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva - CIESAR) and FRONTIERS identified several organizations of health professionals that were interested in informing their service populations about EC. Based on this preliminary search, six different national organizations, seven professional schools, 16 regional associations and schools, and at least 25 university departments were identified as being interested in having the proposed workshops. These included:

- Medical associations: the Medical Association of Guatemala, the Guatemalan Obstetrics and Gynecology Association (AGOG), and regional medical associations of the country (10 different groups in the country).
- Nursing associations and schools: the National Association of Nurses, the National Nursing School, and four regional nursing schools.
- Social work associations and schools: four social work schools in the country.

Professional associations and organizations were selected to receive EC workshops based on their interest, the potential impact of the training on their ability to provide services and counseling to clients, and how their involvement might affect public opinion.

The identification of these organizations proved very important to organize a network of collaborators, which later established the Guatemalan Consortium on Emergency Contraception (GCEC). This Consortium coordinates activities conducted by organizations and persons interested in disseminating information about EC, and in sharing information, resources and news. Educational and informational materials used by the Consortium were developed with support from this project. The importance of this Consortium is that it represents a local organization capable of continuing with EC activities in the country.

The involvement of these organizations made possible the introduction of EC in Guatemala using an inter-institutional and multi-disciplinary perspective. In this project, this strategy proved to be effective in making available information to a wide range of audiences and in developing counseling and service delivery skills of providers.

International Consultant

The project proposal initially suggested hiring an international consultant to train three to five trainers so that they could replicate the consultant's presentation to medical audiences. This no longer became necessary once the opportunity arose to send five qualified participants to the Latin American Conference on Emergency Contraception (LACEC). Budgeted funds were then available for other activities.

Training of Project Coordinators and Creation of the Guatemalan Consortium on Emergency Contraception

LACEC and FRONTIERS held a conference in Quito, Ecuador, on October 16-18, 2002. The conference had five objectives:

1. Disseminate information on EC to different audiences, such as health providers, pharmacists, nongovernmental organizations (NGOs) - particularly women's and youth organizations, educators, Ministries of Health, policymakers, and the media about emergency contraception and how it works.
2. Discuss and plan strategies to introduce and disseminate EC in Ecuador and other Latin American countries.
3. Promote the coordination of a wide range of organizations to make EC more acceptable and available in different countries in the LAC region.
4. Share research, intervention, and advocacy results in the region and distribute EC materials.

5. Facilitate capacity building and training on EC and other related issues, such as the prevention of sexually transmitted infections (STIs), HIV/AIDS, and sexual violence, and train organizations on advocacy strategies and effective communication techniques.

Five participants from Guatemala (see Table 1) attended the conference and were trained to implement and follow-up emergency contraception activities in the country. After they returned to Guatemala, they acted as project coordinators. These participants also created GCEC.

Table 1. Names and occupations of Guatemalan professionals who attended the Latin American Conference on Emergency Contraception in Quito, Ecuador

Name	Occupation	Organization	Position
Lilian Ramírez	Physician	CIESAR	Researcher
Veronica Davila	Nurse	IGSS	Chief Nurse Gyneco-Obstetrics Hospital
Romeo Menéndez	Physician	Guatemalan Association of Gyneco-Obstetrics	President
Angélica Valenzuela	Political Scientist	CICAM (NGO)	Executive Director
Rossana Cifuentes	Physician	Pro-Petén (NGO)	Associate Researcher

Training of Trainers

The participants at the Quito conference, in collaboration with CIESAR coordinators, identified 10 service providers from the health and justice sectors, and from other interested organizations and trained them about EC. Lilian Ramirez with CIESAR collaborated with the rest of the participants at the Quito conference. A two-day train-the-trainers (TOT) workshop was conducted with selected candidates. Using guidelines from the EC Consortium, the following TOT topics were discussed:

- What is EC? When is EC recommended?
- Mechanisms of action, alternative treatment, efficacy, and side effects
- Medical background and recent research on EC
- Counseling clients
- Dissemination and promotional strategies
- Review of experiences in other countries
- Communication techniques
- Myths and realities about EC
- How to respond to questions about EC
- Programming, preparation, and follow-up of workshops

There were several eligibility criteria for participants: at least 10 years of experience in reproductive health, teaching abilities, positive attitudes, and some knowledge of EC and

availability to conduct the workshops upon request. Table 2 presents the occupations of the emergency contraception trainers selected for the project.

Table 2. Names and occupations of the 10 emergency contraception trainers who conducted the project workshops

Name	Occupation	Organization	Position
Rosa Baldizon	Psychologist	Pro Petén (NGO)	Trainer
Rosa Maria Juarez	Lawyer	Justice system	Administrative Coordinator
Carlos Morales	Physician	Guatemalan Association of Gynecology-Obstetrics (AGOG)	Researcher
Julio Fuentes	Physician	Guatemalan Association of Gynecology-Obstetrics (AGOG)	Gynecology Chief, Hospital Manager
Margarita Diaz	Social worker	School of Social Work	Trainer
Amparo Melendez	Social worker	School of Social Work	Trainer
Iris Campos	Lawyer	Tierra Viva (NGO)	Trainer
Ana Victoria Maldonado	Social worker	CICAM (NGO)	Trainer
Herbert Diaz	Physician	Medical School	Trainer
Orly Lam	Physician	Association of Women Doctors of Guatemala	Trainer

Curriculum Development and Adaptation and Design of EC Educational Materials

The five project coordinators developed a half-day model workshop and adapted training, educational, and informational materials that could be used in these workshops. The model workshop included the same topics that were included in the TOT workshop.

The project coordinators decided to give workshop participants a set of scientific articles, service delivery guidelines from countries that already have them, and existing training and dissemination materials such as brochures, slide shows, and a press kit. Project coordinators also developed and gave project trainers a guide to conduct workshops, a list of reference materials, and a PowerPoint slide presentation.

The training guide includes the following sections:

1. Introduction
2. Workshop methodology
3. Facts about EC

4. Frequently asked questions
5. Counseling about EC
6. Reference materials and recommended readings

These materials are included in Appendix 1.

The five founding members of GCEC also developed a brochure to help service providers provide counseling to potential users about EC, how to use it, indications and contraindications, mechanisms, and doses. The brochure is presented as Appendix 2. The project funded the printing of 6,000 copies of the brochure. Participants who attended the workshops distributed them.

Workshops

During the project, the 10 trainers conducted 21 half-day workshops. These workshops aimed to enable participants to learn and use evidence-based principles of EC. Workshops focused on reaching several audiences: 1) national and regional medical associations, 2) nursing schools and associations, and 3) NGOs interested in providing reproductive health services. A total of 556 participants (an average of 26 participants per workshop) received information, materials, and technical assistance about EC (see Table 3).

Table 3. Characteristics of the 21 workshops conducted as part of this project (all dates refer to 2003)

	Trainer	Date	Place	Participants	Audience
1	Rosa Maria Juarez	Feb 12	Guatemala City	30	Justice system
2	Rosa Maria Juarez	Feb 13	Guatemala City	30	Justice system
3	Rosa Maria Juarez	Feb 25	Guatemala City	46	Justice system
4	Rosa Maria Juarez	Feb 26	Guatemala City	38	Justice system
5	Margarita de Leon	Feb 12	Guatemala City	10	Nurses and social workers
6	Margarita de Leon	Feb 14	Guatemala City	20	Nurses and social workers
7	Amparo Melendez	Feb 19	Guatemala City	33	Nurses and social workers
8	Amparo Melendez	Feb 21	Guatemala City	33	Nurses and social workers
9	Julio Cesar Fuentes	Feb 21	Quetzaltenango	35	Physicians
10	Julio Cesar Fuentes	Mar 14	Quetzaltenango	20	Physicians
11	Iris Campos	Mar 10	Chimaltenango	17	Female community leaders
12	Iris Campos	Apr 11	Solola	29	Female community leaders
13	Ana V. Maldonado	Mar 14	Salama	32	Health promoters
14	Ana V. Maldonado	Mar 24	Baja Verapaz	35	Health promoters and community leaders
15	Carlos Morales	Mar 8	Guatemala City	13	Physicians
16	Carlos Morales	Mar 15	Guatemala City	24	Physicians
17	Rosa Maria Baldizon	Mar 21	Peten	29	Community health personnel, NGOs and MOH
18	Rosa Maria Baldizon	Mar 28	Peten	25	Hospital nurses
19	Herbert Estuardo Diaz	Mar 24	Quiche	25	Health personnel, NGOs and MOH
20	Orly Lam	Apr 12	Guatemala City	21	Female physicians
21	Orly Lam	Apr 26	Guatemala City	11	Female physicians
	Total	6 weeks	8 Departments	556	

III. RESULTS

Evaluation of Workshops

Workshops were evaluated on the basis of pre- and post- tests using a self-administered questionnaire that included 10 knowledge items and 13 questions to evaluate how the workshop was conducted. The questionnaire included the following topics:

- Definition of EC
- Contraindications
- Types of EC schemes
- Yuzpe method
- Side effects
- Action mechanism
- Fertilization process
- Physiology of fertilization and pregnancy
- The reproductive cycle and EC
- How to provide counseling on EC

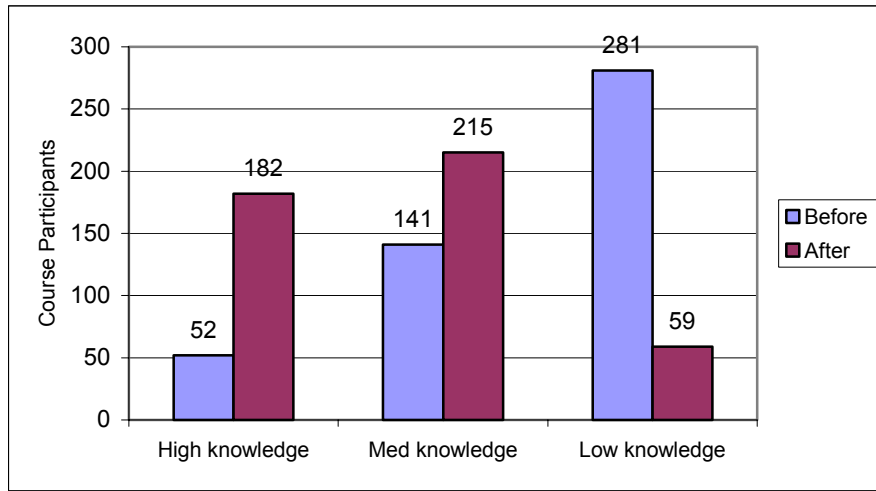
See Appendix 3 for a copy of the questionnaire.

Each knowledge question was graded as correct or incorrect and participants were assigned a total grade on a scale from 0 to 10. These grades were later recoded into three groups:

1. Grade 75 to 100: high knowledge
2. Grade 50 to 74: medium knowledge
3. Grade 0 to 49: low knowledge

Figure 1 shows the scores of those attending the workshop, prior to and after the workshops. In total, 474 participants responded to the questionnaire before the workshops and 456 after them. Results show that prior to the workshops, 281 participants, approximately 60 percent, had poor knowledge about EC. Only 52 of the participants (11%) received a high knowledge score and 141 or about one-third had a medium knowledge of the method. After the workshops were conducted, only 59 participants (13%) remained in the low knowledge group. These pre-post differences were statistically significant.

Figure 1. Distribution of workshop participants by knowledge level before and after workshop



IV. FOLLOW-UP EVALUATION

Background

The follow-up evaluation had several objectives:

1. Describe the primary characteristics of workshop participants.
2. Assess the effectiveness of the training provided, in terms of usefulness and applicability of knowledge.
3. Assess whether or not the final audience is using or putting into practice what they learned in the workshops.
4. Assess the usefulness of informational materials used in the dissemination workshops.

Scope

Researchers used a semi-structured anonymous interview that collected information on the application of the survey, the respondents' sociodemographic characteristics, the training provided on EC, knowledge and attitudes on EC, and use of the information provided in the workshop. Appendix 4 presents a copy of the questionnaire used in the follow-up survey.

Sample Size and Selection Procedures

The study population was comprised of 556 people who completed any of the 21 training workshops. The sample size was calculated based on the expectation of interviewing at least 10 workshop participants per trainer and estimating a 10 percent non-response rate. It was decided that 12 people would be assigned to each trainer, with the exception of Rosa Mara Juárez, the trainer who conducted most of the trainings. She was assigned a sample of 24 people. The other exception was Herbert Díaz, who only gave one workshop and was assigned a total sample of 15 people. The size of the total sample was 135 persons.

Considering that response variability may originate not only from trainers, but also from the workshops (since the trainer may be the same, but there may be slight modifications that make the workshops different), each of the workshops is considered to be a "layer" within the sample methodology. Therefore, the sample for each trainer is divided in the same way among the workshops he/she gave.

Each participant was assigned a correlative number per workshop, and each case was selected randomly subsequently.

Results

Number and proportion of the expected respondents

The original plan was to include 135 people in the sample; however, it was only possible to reach 120 workshop participants. Fifteen cases (11% of the expected sample) were excluded for logistical reasons (i.e., they were unavailable or difficult to reach). For example, some female public employees (police officers) were no longer at their posts, and thus impossible to find, and others had been transferred to distant areas, which limited access. Another reason for not including cases was the lack of coordination with persons living in rural areas; even after several visits, it was impossible to establish contact with them.

Demographic characteristics

Ninety percent of those interviewed were women, 54 percent were 30 years of age or older, and slightly less than half of the respondents were single (45%). Thirty percent of the participants had completed high school and 47 percent had a university education. The remainder attended but did not complete high school. The participants had several different occupations: physicians (20%), nurses (17%), public employees (police officers - 16%), and social workers (11%). “Other occupations” included housewives or participants who performed two occupations or jobs (see Table 4).

Table 4. Demographic characteristics of the population evaluated after the training on emergency contraception

Characteristic	N	%
Gender		
Male	12	10
Female	108	90
Total	120	100
Age group		
16-19	4	3
20-24	20	17
25-30	31	26
Over 30	65	54
Total	120	100
Marital Status		
Single	54	45
Married or in common-law relationship	61	51
Other	5	4
Total	120	100
Use of Family Planning		
Yes	39	33
No	80	67
Did not answer	1	1
Total	120	100
Religion		
None	5	4
Non-Catholic	34	28
Catholic	81	68
Total	120	100
Educational level		
Attended but did not complete high school	27	23
Completed high school	37	31
University	56	47
Total	120	100
Occupation		
Physicians	24	20
Nurses	20	17
Social workers	13	11
Public employees	19	16
Other	44	37
Total	120	100
Time working		
Less than 1 year	25	21
From 1 to 3 years	15	13
More than 3 years	64	54
Does not work	16	13
Total	120	100

Dissemination Activities Carried Out by Workshop Participants

According to survey results, only 14 percent out of the 120 participants prior to the workshop had ever recommended emergency contraception. After the workshop, 62 percent reported having recommended the method. These results are shown in Table 5. Fourteen percent reported having given an information talk, and a similar proportion reported having trained counselors on EC. A smaller proportion (8%) gave talks or provided information in organizations different from their own, and only 4 percent (17 participants) replicated the workshop.

Concerning information provided, survey results show that there was little participation in the media, but 67 percent of participants informed other persons about the method. One-tenth of participants reported having conducted information meetings around the method, and 13 percent reported having distributed brochures. While 60 percent of the participants remembered the materials distributed during workshops, only 40 percent reported ever having used them, and only 18 percent reported that they still had them.

Table 5. Type of dissemination activities conducted by workshop participants

Dissemination activity	Yes		No	
	%	N	%	N
Recommended EC				
Ever recommended before	14	17	86	103
Ever recommended after	62	74	38	46
Feel comfortable counseling	70	84	30	2
Talks and meetings				
Given information talk	14	17	86	103
Replicated workshop	4	5	115	96
Expanded other organizations	8	9	93	111
Have trained counselors	15	18	85	102
Information provided				
Media	1	1	99	119
Information to individuals	67	80	33	40
Distributed brochures	13	16	87	104
Conducted meetings	10	12	90	108
Materials				
Remember materials	60	72	40	48
Have materials	18	21	80	97
Ever used materials	40	48	60	72

Table 5 shows that there was high recall of materials distributed during the workshops. Nurses and social workers usually saved these materials (42% and 31%, respectively). Public employees and nurses reported having used the materials; 42 percent of doctors and 39 percent of social workers also said that they used the materials.

The project also attempted to assess if the demographic characteristics of the participants influenced the degree to which they offered EC after the workshop. The results showed that only 17 percent of women had recommended EC before training, compared to 66 percent after training. In contrast, the percentage of men who recommended EC remained the same before and after the workshop.

Few differences were observed by age: those 25 to 30 years of age increased their recommendation of EC from 19 percent to 57 percent, compared with an increase from 17 percent to 54 percent for those older than 30 years of age. A slightly higher increase was observed among single people (from 4% to 55%) than among those who were married or in common-law relationships (which showed an increase from 21% to 67%).

In terms of religion, non-Catholics increased their recommendation of EC from 17 percent to 70 percent, while Catholics increased it from 14 percent to 58 percent. Regarding occupation, nurses and public employees (including female police officers) also showed larger increases in the degree to which they had recommended EC (from 10 to 70%, and from 0 to 74%, respectively).

Table 6 shows the proportion of participants who conducted dissemination activities by occupation. This table shows that 46 percent of doctors had ever recommended the method prior to the workshop. This proportion increased to 58 percent after the workshop. Nurses and public service employees were more likely than doctors, social workers, or other types of participants to recommend the workshop to others. The effect of the workshop, as far as recommending the method, is clearer among nurses, social workers, and other types of participants. Table 6 shows that prior to their participation in the workshop, nurses or other service providers had rarely ever recommended the method. After the workshop, 70 percent of nurses, 54 percent of social workers, and 74 percent of public employees reported recommending the method.

Concerning talks and meetings, Table 6 shows that nurses were active in disseminating EC information: 25 percent of nurses, 21 percent of doctors, and 15 percent of social workers reported having given at least one talk about the method. Eight percent of doctors who participated in the workshop reported having replicated the workshop. Forty percent of nurses and one-third of doctors reported having trained other counselors to provide information about the method. Social workers, public employees, and other types of participants did not disseminate much information about the method after their participation in the workshop.

Seventy-five per cent of doctors and public employees, 85 percent of nurses and 62 percent of social workers reported having provided EC information to other individuals. This result suggests that the workshops had the effect of making participants a public source of information for other individuals. This is an important project accomplishment, because the process of introducing EC in Guatemala requires information leaders to understand how the method works and who may inform other people about it. Approximately 15 percent of participants distributed brochures, except nurses who reported very little distribution. It is noteworthy that nearly one-fourth (23%) of social

workers that had received training conducted at least one information meeting. Only one-tenth of doctors and other agents who participated in the workshops reported having conducted such meetings.

Table 6. Proportion of participants who conducted dissemination activities, by occupation

	Percentages				
	Doctor	Nurse	Social worker	Public service employees	Other
Recommended EC					
Ever recommended before	46	10	0	0	9
Ever recommended after	58	70	54	74	57
Feel comfortable counseling?	71	85	69	63	66
Talks and meetings					
Given information talk	21	25	15	5	9
Replicated workshop	8	5	0	0	5
Expanded other organizations	4	15	8	0	9
Have trained counselors	33	40	8	0	2
Information provided					
Media	4	0	0	0	0
Information to individuals	75	85	62	74	52
Distributed brochures	17	5	15	16	14
Conducted meetings	13	5	23	0	11
Materials					
Remember materials	58	55	85	68	52
Have materials	8	42	31	11	12
Ever used materials	42	45	39	47	34
N	24	20	13	19	44

Based on the above results, CIESAR attempted to determine which workshop participants were proactive in disseminating information about EC, who replicated workshops, and in general who was more active as an information source for their community. To conduct this analysis, CIESAR used different sets of questions to characterize the dissemination activities conducted by project participants.

The first category assessed included “not very formal” dissemination activities. Using questions 24, 35, 36, and 37 from the questionnaire, CIESAR evaluated unplanned service delivery activities such as answering clients’ questions (Question 35) or giving pamphlets to women who had engaged in unprotected sex or other circumstances that exposed the woman to an undesired pregnancy (Question 36).

This category was structured according to the number of items evaluated (each question evaluated one item) in which respondents answered “yes.” The category “**active persons in disseminating information**” comprised all those who, after attending the workshops, carried out at least three of the four the mentioned activities. Results showed that 28 percent of respondents carried out at least three of these activities, in addition to eight

percent who carried out all four of the activities that were evaluated (see Table 7). Thus a total of 36 percent of health and social workers who can be considered in the category of “active disseminators.” Only 21 percent of the participants had not carried out any of the dissemination activities that were evaluated, which suggests that indirectly, information workshops have had some degree of a disseminating effect.

Table 7. Number of health and social workers considered “active disseminators” of emergency contraception information

Number of information activities implemented	Category of worker	N	%
4	Active	10	8
3	Active	34	28
2	Non active	35	29
1	Non active	16	13
0	Non active	25	21
	Total	120	100

The most proactive of the workshop participants were nurses and those 25 years of age or older. Eighty percent of nurses implemented at least one (informal) dissemination activity. In terms of the number of years worked and marital status, the distribution was similar across all demographic categories (see Table 8).

Table 8. Demographic characteristics of social and health workers evaluated according to information activities implemented

Characteristic	Number of activities implemented										
	0		1		2		3		4		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Age group											
16-19	1	25	1	25	1	25	1	25	0	-	4
20-24	7	35	2	10	5	25	6	30	0	-	20
25-30	8	26	4	13	11	35	6	19	2	7	31
More than 30	9	14	9	14	18	28	21	32	8	12	65
Total	25	21	16	13	35	29	34	28	10	8	120
Occupation											
Physicians	5	21	1	4	9	38	6	25	3	13	24
Nurses	0	0	4	21	6	32	8	42	1	5	19
Social workers	4	31	1	8	2	15	5	39	1	8	13
Public employees	4	21	1	5	6	32	7	37	1	5	19
Other	11	25	9	20	12	27	8	18	4	9	44
Total	24	20	16	13	35	29	34	29	10	8	119
Time worked, by years											
Less than 1 year	5	20	2	8	10	40	7	28	1	4	25
From 1 to 3 years	4	27	3	20	5	33	3	20	0	-	15
More than 3 years	11	17	7	11	15	23	24	38	7	11	64
Total	20	19	12	12	30	29	34	33	8	8	104
Marital status, by group											
Single	15	28	8	15	15	28	14	26	2	4	54
Married/common-law relationship	9	16	8	13	19	31	18	30	7	12	61
Other	1	20	0	0	1	20	2	40	1	20	5
Total	25	21	16	13	35	29	34	28	10	8	120

A second category was constructed to assess the extent to which workshop participants used their knowledge. This included replication of the EC workshop or other “**formal meetings**” or planning teaching activities with colleagues or other interested groups. Researchers used numbers 22, 30, 31, 32, 33, 34, and 40 from the questionnaire and attempted to identify the social and health workers considered “**active persons to implement formal dissemination activities.**” The category mainly evaluated planned activities for disseminating information about emergency contraception, such as the replication of workshops or other equivalent dissemination strategies.

Each question with a “yes” response represented one activity that had been implemented. Table 9 shows that although only 9 percent of social and health workers had implemented three or more “formal” activities, 45 percent of the participants had carried out or implemented at least one “formal” activity, 15 percent had carried out two formal activities, and only 32 percent of the participants were inactive and did not carry out any of the evaluated activities.

Table 9. Number of dissemination activities implemented by the final audience

Number of formal information activities implemented	Category of worker	N	%
5	Active	1	1
4	Active	2	2
3	Active	7	6
2	Moderately active	18	15
1	Moderately active	54	45
0	Non active	38	32
	Total	120	100

The main characteristics of the most active group can be specified, according to the above categorization, as follows: 61 percent of participants between 25 and 29 years of age implemented two or more of the activities described. Another category consists of nurses, 75 percent of whom implemented two or more of these activities. In terms of years worked at their primary occupation, the most active group consists of those who have been working less than a year, with 80 percent implementing at least one of the described activities. In terms of marital status, the most active are married or in a common-law relationship, (75% of them had carried out at least one activity). This compares with the group of single people (only 61% had carried out at least one activity). See Table 10.

Table 10. Demographic characteristics of social and health workers evaluated according to formal activities implemented

Characteristic	Number of activities conducted												Total N
	0		1		2		3		4		5		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Age group													
16-19	3	75	1	25	0	0	0	-	0	-	0	-	4
20-24	8	40	11	55	1	5	0	-	0	-	0	-	20
25-30	11	35	13	42	6	19	1	3	0	-	0	-	31
More than 30	16	25	29	45	11	17	6	9	2	3	1	2	65
Total	38	32	54	45	18	15	7	6	2	2	1	1	120
Occupation													
Physicians	8	33	7	29	6	25	1	4	1	4	1	4	24
Nurses	2	10	10	50	4	20	3	15	1	5	0	-	20
Social workers	5	39	5	39	3	23	0	-	0	-	0	-	13
Public employees	5	26	13	68	1	5	0	-	0	-	0	-	19
Other	18	41	19	43	4	9	3	7	0	-	0	-	44
Total	38	32	54	45	18	15	7	6	2	2	1	1	120
Time in occupation (years)													
Less than 1 year	5	20	19	76	1	4	0	-	0	-	0	-	25
From 1 to 3 years	5	33	7	47	2	13	1	7	0	-	0	-	15
More than 3 years	19	30	22	34	15	23	5	8	2	3	1	2	64
Total	29	28	48	46	18	17	6	6	2	2	1	1	104
Marital status													
Single	21	39	24	44	5	9	2	4	2	4	0	-	54
Married/common-law relationship	15	25	28	46	12	20	5	8	0	-	1	2	61
Other	2	40	2	40	1	20	0	-	0	-	0	-	5
Total	38	32	54	45	18	15	7	6	2	2	1	1	120

V. CONCLUSION

1. The dissemination workshops had a positive effect on social workers and health providers, those people who already knew about EC. Initially, the objective was not to obtain an additional dissemination effect (rebound effect). In this case, additional dissemination activities were implemented.
2. Some primary demographic characteristics were identified in the profile of the most active final audience. These characteristics helped in carrying out dissemination activities and can be used as criteria for selecting future audiences.
3. The informational material provided in the training was not used as much as had been anticipated. This is an important point for future training. Greater consideration needs to be given to specific groups and more attention should be paid to Guatemala's multicultural reality and social diversity.
4. It is necessary to strengthen dissemination activities in order to avoid losing the rebound effect achieved.
5. An important achievement was to develop a technical training team, which may be involved in future activities, such as in training and the technical implementation of EC.
6. Access to information should be improved for professionals who are the most active in implementing dissemination activities, as in the case of nurses.

REFERENCES

- Anonymous. 2002. "Vatican Attacks Provision of Emergency Contraception to Afghan Refugees." *Conscience*. Winter, 22(4):38.
- Cabría, Angeles. 2001. "Convening the First Latin America Consortium for Emergency Contraception Conference in Ecuador." Pacific Institute for Women's Health, March.
- Cheng L., Gülmezoglu A.M., Ezcurra E., Van Look P.F. Interventions for Emergency Contraception (Cochrane Review). In: *Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software, 2000.
- Council Directive 92/26/EEC. *Official Journal* 1992, L113: 5-7.
- Department of Health. 2000. *Patient Group Directions*. London: DoH, (HSC 2000/26).
- Diaz-Olavarrieta, Claudia et al. 2001. "Policy Climate, Scholarship and Provision of Emergency Contraception," paper presented at the Affiliates of the International Planned Parenthood Federation in Latin America and the Caribbean.
- Dyer C. 2000. "Contraception endangered by legal challenge to emergency pill," *British Medical Journal*; 324:381.
- Harrison-Woolrych, Mira, Andréa Duncan, Jeannette Howe, and Conamore Smith. 2001. "Improving Access to Emergency Contraception," *British Medical Journal*; 322: 186a.
- Heimbürger, Angela et al. 2001. *Emergency Contraception in Mexico City: Results of a Three-Year Introduction Effort*. Report. The Population Council, México.
- Langer, Ana et al. 1999. "Emergency contraception in Mexico: what do policymakers, providers, and potential users think and know about it?" *Contraception* 60, 233-241.
- León, Federico. 2001. Personal communication. September.
- Medical Encyclopedia. Medline Plus Health Information. A Service of the National Library of Medicine. <http://medical-dictionary-search-engines.com/health/set.php?b=399557>.
- Piaggio G., H. Von Hertzen, D.A. Grimes, P.F. Van Look. "Timing of emergency contraception with Levonorgestrel or the Yuzpe regimen." Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, *Lancet*, 353: 721
- Population Council and Grupo IDM. 2000. Encuesta nacional sobre el aborto y las pastillas anticonceptivas de emergencia en México. Mexico City: Population Council.
- O'Brien K, and N. Gray. "Supplying emergency hormonal contraception in Manchester under a group protocol," *Pharmaceut J*; 264: 518-519.

Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. 2000. "Practice guidance on the supply of emergency hormonal contraception as a pharmacy medicine," *Pharmaceut J*, 265: 890-892.

Statement on Emergency Hormonal Contraception. 1995. London: Joint Steering Group: Royal College of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care.

Vernon, Ricardo. 1998. Experiences in the diffusion of emergency contraception in Latin America. Chapter 4 in INOPAL III. *Reproductive Health Operations Research 1995 – 1998*. Mexico City: Population Council.

Anticoncepción de emergencia

Una oportunidad para la atención de las mujeres víctimas de la violencia sexual

Guía para el capacitador

Taller de disseminación

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia

Guatemala, enero 2003

Contenido

Introducción.....	27
Audiencia objetivo.....	28
Usuarios de la guía.....	28
Objetivos de la guía.....	28
Metodología de la guía.....	29
Módulo I: Introducción.....	30
Objetivos del módulo.....	30
Desarrollo del módulo.....	30
Materiales.....	31
Módulo II: Anticoncepción de emergencia.....	31
Objetivos del módulo.....	31
Desarrollo del módulo.....	31
Materiales.....	40
Módulo III: El próximo paso.....	40
Objetivos del módulo.....	40
Desarrollo del módulo.....	41
Materiales.....	41

Introducción

Audiencia objetivo

Esta guía fue preparada como parte del componente de disseminación del proyecto: *Anticoncepción de emergencia: Una oportunidad para la atención de las mujeres víctimas de la violencia sexual*, desarrollado por el Consorcio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia, compuesto por representantes de las siguientes instituciones: Pro Petén, la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Centro de Investigación, Capacitación y Apoyo a la mujer (CICAM), el Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR) y el Consejo de Población.

El objetivo de los talleres de disseminación es informar a audiencias específicas —que incluye personal médico, paramédico y de otras áreas vinculadas con la salud reproductiva— sobre las características, modo de acción y consejería de la anticoncepción de emergencia como una oportunidad para la atención de mujeres víctimas de la violencia sexual. Esta actividad está diseñada para llevarse a cabo en una sesión de capacitación de tres horas de duración.

Usuarios de la guía

El uso de esta guía está dirigido a los capacitadores que llevarán a cabo los talleres de disseminación sobre anticoncepción de emergencia como una opción para las mujeres víctimas de la violencia sexual.

Objetivos de la guía

Esta guía busca ser una herramienta útil para que los capacitadores puedan transmitir con éxito a sus diferentes audiencias información basada en la más reciente evidencia científica sobre el uso de la anticoncepción de emergencia como una opción para las mujeres que después de una relación sexual sin protección desean reducir las probabilidades de un embarazo. Los objetivos específicos de la guía son:

1. Sistematizar el contenido y la técnica didáctica para transmitir los conocimientos sobre anticoncepción de emergencia.
2. Evaluar los conocimientos sobre el tema previo y posterior a la capacitación.
3. Ayudar a los participantes a concretizar la aplicación de los conocimientos adquiridos en sus actividades cotidianas.

Además, la estandarización de este taller será de utilidad para la evaluación y seguimiento de las actividades del proyecto.

Metodología de la guía

Las actividades del taller de disseminación se dividen en tres módulos:

- **Módulo I: Introducción.** Ayuda al capacitador a desarrollar una atmósfera propicia para el aprendizaje y el intercambio de ideas entre los participantes, determinar los conocimientos previos sobre anticoncepción de emergencia y establecer las expectativas del taller.
- **Módulo II: Anticoncepción de emergencia.** Desarrolla los contenidos propiamente dichos sobre el tema, con énfasis en las características, modo de acción y consejería de la anticoncepción de emergencia.
- **Módulo III: El próximo paso.** Ayuda a que los participantes diseñen una estrategia para poner en práctica en sus actividades cotidianas los conocimientos sobre anticoncepción de emergencia adquiridos en el taller.

El proceso de capacitación para adultos conlleva características muy particulares que hay que tomar en cuenta para tener una capacitación exitosa. En primer lugar, hay que tener en mente los principios de la didáctica en adultos que incluyen: la importancia de usar los conocimientos y experiencias anteriores del sujeto; permitir la penetración experimental de la estructuración física, mecánica, o biológica de los conceptos o procesos; prestar menos importancia a las respuestas verbales, y centrarse en el grado de asimilación práctica de los conocimientos

El maestro es el guía o apoyo, pero no necesariamente el que debe dar la solución, el maestro se libera de la enseñanza tradicional, que se fundamenta en el método de investigación científica por obra del alumno. La lección debe de partir de algo que se conecte con la realidad existencial de la cual procede el alumno y no del maestro. Lo ideal es que el alumno pregunte y el maestro responda y la capacidad didáctica de un maestro depende de la capacidad de enseñar a pensar y a juzgar.

El aprendizaje del adulto se inserta dentro del resto de sus actividades cotidianas por lo que la motivación es clave. Es necesario crear una necesidad, identificar la relevancia y los beneficios de lo que se va a estudiar. Desarrollar el sentido de responsabilidad personal en cuanto a las expectativas que se tiene, los resultados que se esperan y lo que se está dispuesto a realizar. Es necesario estructurar la experiencia de forma que tenga aplicación práctica: lo que se aprenda se usará en el trabajo.

Finalmente, el capacitador deberá poner atención en sus técnicas de comunicación para no poner en peligro la motivación de los alumnos. Particularmente tener cuidado en detalles, que aunque parezcan poco importantes, son necesarios para una didáctica exitosa. Por ejemplo: una actitud pasiva, con voz monótona; no permitir preguntas o hacer que los asistentes se sientan ignorantes al preguntar.

Módulo I: Introducción

El propósito de este módulo es desarrollar una atmósfera propicia para el aprendizaje y el intercambio de ideas entre los participantes, determinar los conocimientos previos sobre anticoncepción de emergencia y establecer las expectativas del taller.

Objetivos del módulo

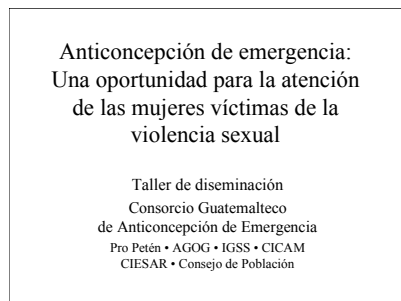
Al finalizar el módulo el participante:

- Se habrá presentado a su capacitador y compañeros participantes,
- Habrán compartido sus expectativas de la actividad y
- Discutido los objetivos del taller.

Desarrollo del módulo

1. Bienvenida a los participantes y explicación del propósito de la actividad. **(5 minutos)**

Diapositiva 1



Carátula

Esta guía fue preparada como parte del componente de diseminación del proyecto: *Anticoncepción de emergencia: Una oportunidad para la atención de las mujeres víctimas de la violencia sexual*, desarrollado por el Consorcio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia, compuesto por representantes de las siguientes instituciones: Pro Petén, la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Centro de Investigación, Capacitación y Apoyo a la mujer (CICAM), el Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR) y el Consejo de Población.

2. Explicar a los participantes la naturaleza de una evaluación pre y post. Solicitar a los participantes que completen la hoja de evaluación (véase página 5). **(10 minutos)**
3. Dinámica de presentación de cada uno de los participantes y que compartan con el grupo sus expectativas de esta actividad. **(35 minutos)**

Actividad sugerida: Dinámica rompe-hielo donde la audiencia se agrupe por parejas, mejor si no se conocen, y se presenten entre ellos y comenten sus expectativas. Posteriormente cada participante presentará y comentará lo que su pareja espera del taller.

4. Presentación de los objetivos del taller y compararlos con las expectativas de los participantes y explicar según sea necesario. **(10 minutos)**

Diapositiva 2

<p style="text-align: center;">Objetivos del taller</p> <ul style="list-style-type: none">• Transmitir información basada en evidencia reciente sobre el uso de la anticoncepción de emergencia (AE)• Abordar las preguntas más frecuentes que limitan el uso de la AE• Incentivar a los proveedores a que administren este método a las usuarias que lo necesiten o soliciten• Informar a las usuarias potenciales que es posible evitar un embarazo después de una relación sexual sin protección <p style="text-align: center;"><small>Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 3</small></p>
--

Objetivos

El objetivo del taller de disseminación es informar, de acuerdo con la evidencia científica más reciente, sobre las características, modo de acción y consejería de la anticoncepción de emergencia como una oportunidad para la atención de mujeres víctimas de la violencia sexual. Debido a la polémica que se ha generado en torno a la anticoncepción de emergencia se proporcionan las bases científicas para abordar las preguntas más frecuentes sobre el tema. Estimular a los participantes a aplicar en sus actividades diarias los conocimientos adquiridos y disseminar esta información a todas las usuarias potenciales.

Nota al capacitador: El conocer las expectativas de los participantes le ayudará a determinar el tipo de audiencia y al mismo tiempo determinar si es necesario hacer énfasis en alguna parte del contenido.

Materiales

- Hoja de evaluación.
- Material audiovisual.

Duración aproximada del módulo

Una hora.

Módulo II: Anticoncepción de emergencia

El propósito de este módulo es desarrollar los contenidos propiamente dichos sobre el tema, con énfasis las características, modo de acción y consejería de la anticoncepción de emergencia.

Objetivos del módulo

Al finalizar el módulo el participante habrá:

- Adquirido conocimientos basados en evidencia científica reciente sobre la anticoncepción de emergencia, especialmente en los siguientes aspectos:
 - Definición
 - Indicaciones
 - Características
 - Esquema de Yuzpe
 - Precauciones
 - Efectos secundarios
 - Efectividad
 - Seguimiento

Desarrollo del módulo

Nota al capacitador: Se sugiere presentar las reglas de alguna dinámica para recobrar la atención de la audiencia, especialmente conforme se progresa en la presentación. También se

sugiere programar un breve receso aproximadamente a la mitad de este módulo para poder mantener la atención de la audiencia.

Diapositiva 3

Contenido de la presentación

- Objetivos
- Aspectos sobresalientes
- Antecedentes
- Definición
- Usuarías
- Indicaciones
- Tipos de esquema
- Efectividad
- Efectos secundarios
- Modo de acción
- Definiciones reproductivas
- Consejería
- Conclusiones

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 3

Contenido de la presentación

Enumerar los contenidos a cubrir en la presentación.

Diapositiva 4

Aspectos sobresalientes

- La efectividad de la AE depende del tiempo, por lo que se debe iniciar el tratamiento antes de 72 horas de la relación sexual sin protección
- Se puede usar en cualquier momento del ciclo menstrual
- No es un método rutinario de planificación familiar
- No previene ETS, incluyendo VIH/SIDA

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 4

Aspectos sobresalientes

El éxito de la anticoncepción de emergencia depende de iniciar el tratamiento a tiempo y no de la cantidad de hormonas que se tomen. Por lo tanto, para que surta efecto la primera dosis se debe tomar antes de que se hayan cumplido 72 horas (3 días) después de haber tenido una relación sexual sin protección, de lo contrario —y aunque se incremente la dosis— la probabilidad de que las hormonas interrumpan el ciclo de fertilidad de la mujer se reduce grandemente.

No se necesita ninguna precaución especial o prueba de embarazo para prescribir o proporcionar anticoncepción de emergencia. No es necesario calcular en qué momento de su ciclo menstrual se encuentra la mujer porque la anticoncepción de emergencia no puede interrumpir un embarazo ya establecido.

Sus mayores efectos secundarios y menor efectividad en comparación con el uso regular de métodos modernos de planificación familiar hacen que la anticoncepción de emergencia no sea un método adecuado para la prevención rutinaria de embarazos.

Como todos los métodos hormonales, la anticoncepción de emergencia no proporciona ninguna protección contra el VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual. Por lo tanto, a cualquier mujer en riesgo se le deberá recomendar el uso de métodos de barrera y ofrecerles pruebas diagnósticas y tratamiento si es necesario.

Diapositiva 5

Antecedentes

Antecedentes

- Se conoce que un embarazo no deseado es la puerta de entrada al aborto
- 10% de la mortalidad materna en Guatemala es por aborto
- Hay una relación entre abortos en condiciones de riesgo y la necesidad insatisfecha de planificación familiar
- En Guatemala la necesidad insatisfecha de planificación familiar es de 23%

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 5

El embarazo no deseado es el inicio de una cadena de eventos que en determinado momento ponen en riesgo, no sólo la salud, sino la vida misma de la mujer sobre todo porque muchos de los embarazos no deseados terminan en abortos. Esta situación se complica cuando las mujeres se practican abortos en condiciones de riesgo. En Guatemala, se ha documentado que el aborto es la cuarta causa de mortalidad materna y explica el 10% de estas muertes.

Se ha determinado una relación entre la frecuencia de aborto inseguro y necesidad insatisfecha en planificación familiar, que en nuestro país es de 23.1%, por lo que si se hacen intervenciones dirigidas a satisfacer esta necesidad es casi seguro que el efecto se traducirá en mejores condiciones de salud para la mujer y disminución de la mortalidad materna.

Diapositiva 6

Definición

“Las píldoras de anticoncepción de emergencia son métodos hormonales que pueden utilizarse para prevenir el embarazo después de una relación sexual sin protección.”

Fuente: Emergency Contraception: A guide for service delivery. Geneva, WHO 1998.

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 6

Definición

La anticoncepción de emergencia es una opción para las mujeres que después de una relación sexual sin protección quieren reducir el riesgo de quedar embarazadas.

Consiste en administrar pastillas anticonceptivas disponibles en el mercado y que contienen las mismas hormonas para evitar el embarazo, pero en dosis más alta e intervalo más frecuente de lo normal. Esta mayor dosis que la utilizada para planificación familiar únicamente interrumpe el patrón hormonal normal del ciclo menstrual.

No son pastillas abortivas porque no pueden eliminar un embarazo establecido. Sólo reducen el riesgo de embarazo por medio de retrasar la ovulación, prevenir la fertilización o evitar la implantación de un huevo fertilizado, dependiendo de la fase del ciclo menstrual.

Diapositiva 7

Usuaris

- Después de una violación sexual
- Después de una relación sexual voluntaria si no se utilizó ningún método anticonceptivo
- Después de una falla o uso incorrecto del método de planificación familiar rutinario
- Focalización especial dirigida a:
 - Adolescentes sexualmente activas
 - Mayores de 35 años

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 7

Usuaris

La anticoncepción de emergencia es una herramienta útil para las mujeres que después de una relación sexual sin protección desean reducir el riesgo de quedar embarazadas. Las situaciones más frecuentes son:

- después de una violación sexual,
- después de una relación sexual voluntaria si no se utiliza ningún método anticonceptivo,
- después de una falla del método anticonceptivo (ruptura o corrimiento del condón o desplazamiento del dispositivo intrauterino) y
- después del uso incorrecto del método de planificación

familiar (retraso en la administración del método inyectable o se dejaron de tomar consecutivamente más de dos píldoras anticonceptivas),

- Hay que considerar de forma especial a las adolescentes sexualmente activas y
- Mujeres que tienen más de 35 años de edad.

Diapositiva 8

Indicaciones

Todas las mujeres pueden beneficiarse de los efectos de la anticoncepción de emergencia

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos. OMS, 2000.

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 8

Indicaciones

La anticoncepción de emergencia la pueden utilizar todas las mujeres, incluso las que tienen contraindicaciones para el uso regular de anticonceptivos orales.

Condiciones, como antecedentes de tromboembolia, de accidente cerebro vascular o episodios activos de migraña severa, son clasificadas por la OMS como categoría 2, es decir precautorias. En estas condiciones se puede optar por la alternativa anticonceptiva de emergencia de progestina sola o la inserción de un DIU. Sin embargo, en mujeres con estas condiciones médicas, el embarazo representa un riesgo significativamente mayor, que los ocasionados con la anticoncepción de emergencia.

Diapositiva 9

Tipos de esquemas

- Píldoras anticonceptivas orales combinadas
 - contienen etinilestradiol y levonorgestrel
- Píldoras anticonceptivas orales sólo de progestina (no disponible actualmente en Guatemala)
 - contienen levonorgestrel

Use sólo las marcas que contienen estas hormonas

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 9

Tipos de esquemas

Los esquemas estudiados consisten en las pastillas anticonceptivas de emergencia combinadas que son pastillas de uso normal y ampliamente aceptado en anticoncepción, contienen estrógenos y una progestina sintética, se administran en dosis mayores y por tiempos cortos, siempre después de una relación sexual no protegida. Este método se conoce como “el esquema de Yuzpe” por el médico canadiense Albert Yuzpe que inició los estudios clínicos de efectividad en los años setenta.

El esquema anticonceptivo basado en progestina sola consiste en levonorgestrel.

Sólo use marcas que contengan estas hormonas.

Diapositiva 10

Esquema combinado

• Yuzpe
 – 100 µg de etinil estradiol
 – 1 mg de norgestrel ó 0.5 mg de levonorgestrel **por dosis**

Dentro de 72 horas después de un acto sexual sin protección

Píldora de dosis alta

12 hrs después

Repetir la dosis

Píldora de dosis baja

12 hrs después

Repetir la dosis

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 10

Esquema combinado

La anticoncepción de emergencia consiste en administrar una cantidad determinada de hormonas que forman parte de los ingredientes activos de los anticonceptivos orales combinados disponibles en el mercado local.

Para que el tratamiento sea efectivo se debe administrar 100 microgramos de etinil estradiol y 1 miligramo de norgestrel ó 0.5 miligramos de levonorgestrel en cada dosis (esquema de Yuzpe).

Diapositiva 11

Esquema sólo progestina
(no disponible actualmente en Guatemala)

• 0.75 mg de levonorgestrel por dosis

Dentro de 72 horas después de un acto sexual sin protección

Píldora dedicada

12 hrs después

Repetir la dosis

Píldora regular

12 hrs después

Repetir la dosis

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 11

Esquema sólo progestina

Actualmente en Guatemala no hay en el mercado píldoras sólo con progestina. Tampoco hay productos dedicados que contengan la dosis necesaria sin necesidad de ingerir una gran cantidad de tabletas.

Diapositiva 12

Esquema local

Nombre comercial	Compañía farmacéutica	Número de pastillas por dosis (x2)	Etinilestradiol por dosis (µg)	L-norgestrel (o norgestrel) por dosis (mg)
Dosis alta:				
Eugynon	Schering AG	1	100	0.50
Neogynon	Schering AG	1	100	100 (Ng)
Ovral	Wyeth-Ayerst	1	100	100 (Ng)
Perla	Iprofasa	1	100	100 (Ng)
Dosis baja:				
IproDay	Iprofasa	2	120	0.60
Lo-Femenal	Wyeth-Ayerst	2	120	0.60
Microgynon	Schering AG	2	120	0.60
Nordette	Wyeth-Ayerst	2	120	0.60

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 12

Esquema local

Las primeras dos columnas de este cuadro mencionan los anticonceptivos orales combinados disponibles en Guatemala y el número de tabletas que la usuaria deberá ingerir en cada dosis (columna 3). Las columnas 4 y 5 presentan información sobre el cumplimiento con los criterios del esquema de Yuzpe.

Diapositiva 13

Precaución: si utiliza ciclos de 28 tabletas

Seleccione sólo de las primeras 21 tabletas que contienen hormonas

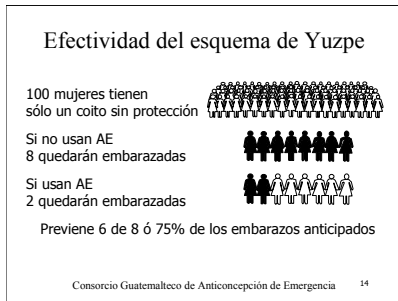
Las últimas 7 no tienen hormonas. Sólo tienen sulfato ferroso o placebo

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 13

Precaución

Cuando se utilizan ciclos de 28 tabletas, las primeras 21 de un color contienen hormonas y las 7 restantes de otro color sólo tienen sulfato ferroso y/o placebo. Por lo que hay que tomar 8 (ó 4) de las 21 tabletas que contienen hormonas.

Diapositiva 14



Efectividad del esquema de Yuzpe

La anticoncepción de emergencia reduce significativamente el riesgo de embarazo, pero no es 100% efectiva. Por lo general, de cada 100 mujeres que tienen una relación sexual sin protección entre la segunda y tercera semana de su ciclo menstrual, ocho resultarán embarazadas. Cuando se usa la anticoncepción de emergencia el riesgo disminuye a sólo dos, es decir un índice de efectividad de 75%.

El índice de falla (o de Pearl) no se recomienda para evaluar la efectividad de la anticoncepción de emergencia porque se aplica a métodos anticonceptivos que se utilizan por periodos mínimos de un año.

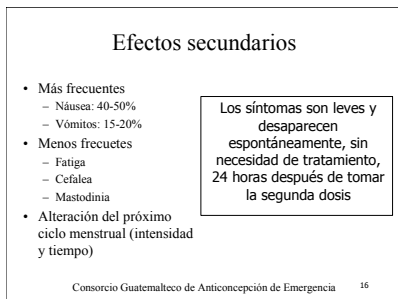
Diapositiva 15



El tiempo es oro

La anticoncepción de emergencia es más efectiva cuanto más pronto se empiecen a tomar las píldoras, el porcentaje de embarazos aumenta conforme progresa el intervalo del coito sin protección y la toma de la primera dosis de anticoncepción de emergencia.

Diapositiva 16



Efectos secundarios

Los efectos secundarios de las píldoras anticonceptivas de emergencia son frecuentes, los más comunes son náusea y vómitos pero también ocurren otros menos frecuentes entre los que se han documentado fatiga, dolor de cabeza y sensibilidad de los pechos. A pesar de la ocurrencia de estos síntomas, esta descrito que la mayoría de ellos desaparecen después de 24 horas de la segunda dosis y sin necesidad de tratamiento.

Diapositiva 17

Manejo de la náusea

¿Tratar o prevenir la náusea?


- Los antieméticos sólo previenen la náusea
- Si se administran una vez establecida la náusea o los vómitos no son efectivos
- Si hay vómito después de tomar cualquiera de las dosis se deberá repetir la toma dos horas después.
- Meclizina HCl (Bonadroxina)
 - 1-2 tabletas de 25 mg
 - Repetir 24 horas después
- Difenhidramina HCl (Nauseol)
 - 1-2 tabletas de 25 mg
 - Repetir 4-6 horas después

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 17

En algunos casos los vómitos podrían poner en peligro la efectividad de la anticoncepción de emergencia por lo que se recomienda un tratamiento profiláctico de la náusea ya que si los medicamentos se toman después de iniciada la náusea o los vómitos no son efectivos. Además, se recomienda que si hay un vómito en el transcurso de una hora después de tomar cualquiera de las dosis de anticonceptivos de emergencia se deberá repetir la dosis dos horas después.

Diapositiva 18

Modo de acción



- De acuerdo con el momento en que se use durante el ciclo
 - Inhibe o retrasa la ovulación
 - Infiere en la función de los espermatozoides y del óvulo
 - Posibles efectos después de la fertilización
- La anticoncepción de emergencia no interrumpe un embarazo establecido

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 18

Modo de acción

El modo de acción depende de la fase del ciclo menstrual en el que la mujer toma las píldoras. Hay estudios que han demostrado que las píldoras anticonceptivas de emergencia pueden inhibir o retrasar la ovulación y como resultado de ello también influyen en la fecundación. Otro efecto probable es que las píldoras también tengan efectos en el endometrio pero no hay datos concretos que demuestren que se impida la implantación. Por otro lado, se ha demostrado que la AE no interrumpe un embarazo ya establecido, es decir que no tiene ningún efecto después de la implantación, así como tampoco le hacen ningún daño al embrión o al feto.

Diapositiva 19

Fecundación

- Es un proceso implicado en todas las formas de reproducción sexual que conduce a la fusión de dos células: el espermatozoide (gameto masculino) y el óvulo (gameto femenino) con la finalidad de construir un cigoto diploide

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 19

Definición de fecundación

Hay que recordar que el proceso de reproducción sexual es un proceso que implica una serie de mecanismos biológicos que han sido claramente definidos por medio de estudios científicamente comprobables. Tal es el caso del proceso de fecundación el cual se ha definido dentro del proceso de reproducción humana como la fusión dos células: el espermatozoide y el óvulo.

Diapositiva 20

Embarazo

- FIGO
 - "La reproducción natural humana es un proceso que involucra la producción de gametos masculinos y femeninos y su unión durante la fertilización. El embarazo es la parte del proceso que inicia con la implantación del *conceptus* en la mujer...."
- ACOG
 - "El embarazo es el estado de la mujer después de la concepción... La concepción es la implantación del blastocisto. No es sinónimo de fertilización."

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 20

Definición del embarazo

Debe quedar claro que no es lo mismo hablar de fecundación que hablar de embarazo, y aunque ambos son parte del proceso de reproducción humana, existe un momento que marca el comienzo de un embarazo el cual ocurre con la implantación. La Federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha definido al embarazo como la parte del proceso de reproducción que inicia con la implantación.

De igual forma, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) define al embarazo como el estado de la mujer después de la concepción y que la concepción es la implantación del blastocisto.

Diapositiva 21

Embarazo

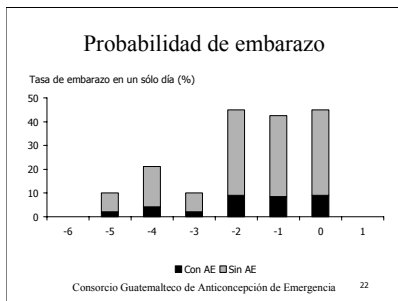
- FDA
 - “El embarazo abarca el período desde la confirmación de la implantación (por medio de algún signo presuntivo de embarazo como la pérdida de un periodo menstrual o por una prueba médicamente aceptable)...”

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 21

Definición del embarazo (continuación)

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) también ha definido que el embarazo abarca el período desde la confirmación de la implantación por medio de algún signo presuntivo de embarazo como es la pérdida de un periodo menstrual o por una prueba de embarazo médicamente aceptable.

Diapositiva 22

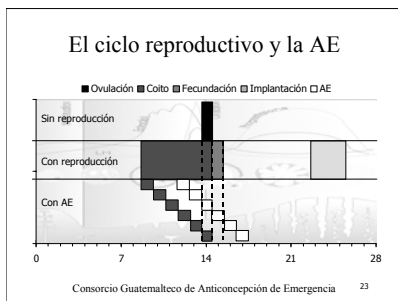


Probabilidad de embarazo

Esta gráfica compara la probabilidad de ocurrencia de un embarazo con relación al día de la relación sexual respecto a la ovulación.

Nota para el capacitador: señale la diapositiva y explique la relación entre el 0 como el momento de la ovulación y los cinco días anteriores a ella y señale una o dos barras haciendo la comparación de las proporciones primero cuando no se usa AE y luego cuando si se usa AE.

Diapositiva 23



El ciclo reproductivo y la AE


En esta gráfica se esquematiza un ciclo reproductivo comparando un ciclo sin reproducción (**Nota:** señale el nivel superior de la gráfica) y cuyo resultado será otro período menstrual. En el nivel medio de la gráfica (**Nota:** señálelo) se esquematiza un ciclo que finaliza con un embarazo y marca diferentes fases con relación a la ovulación: el primer bloque indica los cinco días previos y el día mismo de la ovulación dentro de los cuales hay mayor probabilidad que si ocurre un coito, este termine en un embarazo; el siguiente bloque indica el día en que es más probable que ocurra la fertilización que será siempre en el lapso de las 24 horas que siguen a la ovulación. Independientemente de cuando ocurrió el coito la fertilización siempre ocurre el día mismo de la ovulación hasta 24 horas después que es el tiempo promedio de vida de un óvulo. Finalmente, el último bloque indica el momento en que es más probable que ocurra la implantación, esto será de 8 a 10 días después de la fertilización del huevo, es decir entre los días 23 a 26 del ciclo reproductivo y es aquí donde se marca el comienzo de un embarazo.

Finalmente, en el nivel inferior de la grafica se esquematiza qué

ocurre cuando se usa anticoncepción de emergencia; cada uno de los cuadros en tono oscuro indica la ocurrencia en un día un acto sexual y cada uno de los cuadros mas claros indica el limite máximo en tiempo para que la AE sea efectiva, es decir hasta 3 días después de ocurrido el acto sexual. Dependiendo del día en que ocurra el acto sexual respecto a la ovulación , la AE actuará de forma diferente, pero en ningún momento alcanza el periodo señalado como el comienzo del embarazo, por lo que puede verse claramente que la AE actúa siempre antes de la implantación.

Diapositiva 24

Consejería



Ayudar a decidir a la usuaria de una manera libre, responsable e informada y con pleno respeto a la dignidad de la persona, el uso de la anticoncepción de emergencia

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 24

Consejería

La base de la consejería no sólo en anticoncepción de emergencia, sino en anticoncepción en general, es la posibilidad de decidir de forma libre, responsable e informada. El proveedor de la consejería tiene el deber de informar, pero será la usuaria quien finalmente decida sin haber recibido ninguna clase de intimidación o coerción.

Diapositiva 25

Aspectos importantes

- La consejería debe ser imparcial y brindar apoyo
- No emitir críticas ni juicios de valores, incluso con un lenguaje no verbal
- Siempre que sea posible proporcionar a la usuaria instrucciones escritas
- Anime a la usuaria a llamar o visitarle si más adelante tiene alguna pregunta adicional

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 25

Aspectos importantes

Para que la consejería cumpla su objetivo debe ser imparcial y brindar apoyo, debe dejarse fuera cualquier juicio propio para dejar que la usuaria emita su propio juicio y toma de decisión. El proporcionar información por escrito permitirá a la usuaria contar con una fuente mas que reforzara la información verbal y que puede consultar cada vez que así lo requiera, pero a pesar de esto siempre debe incentivarse a la usuaria a preguntar si hay alguna pregunta adicional.

Diapositiva 26

Aspectos importantes

- Asegúrese que la usuaria quiere evitar un embarazo
- Determine si es probable que la AE es efectiva en ese momento
- Explique cómo usar la AE apropiadamente, así como aspectos de eficacia, efectos colaterales y seguimiento
- Explique cuándo y cómo comenzar a usar un método de planificación familiar rutinario
- Informe cuándo debe regresar al consultorio para una visita de seguimiento

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 26

Aspectos importantes (continuación)

Es indispensable que la persona que provee la consejería se asegure que la usuaria quiere evitar un embarazo, además es adecuado determinar si la AE será efectiva considerando el tiempo transcurrido desde que ocurrió el acto sexual sin protección ya que como sabemos la efectividad disminuye cuando han transcurrido mas de 3 días desde ese momento. No debe dejarse fuera de la consejería la información necesaria para que la usuaria sepa como y cuando empezar a usar un método de planificación familiar rutinario.

Diapositiva 27

<p>Conclusiones sobre la AE</p> <ul style="list-style-type: none">• No protege el embarazo de una nueva relación sexual• No protege de enfermedades de transmisión sexual• No perjudica si hay un embarazo establecido• No es un método de utilización rutinaria• No es un método de planificación familiar• No es necesaria prescripción médica para su uso <p>Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia 27</p>
--

Durante todo este taller se han tratado diversos aspectos de AE, pero hay puntos que requieren enfatizarse, como lo son que la AE no protege de una nueva relación sexual, tampoco protege de enfermedades de transmisión sexual y si hay un embarazo ya establecido la AE no interfiere en ningún momento.

La AE no es un método de utilización rutinaria y mucho menos un método de planificación familiar.

Y finalmente un aspecto a favor de su uso es que no se necesita de ninguna prescripción medica para su uso

(1 hora, incluye receso de 15 minutos)

Materiales

- Material audiovisual.

Duración aproximada del módulo

1 hora.

Módulo III: El próximo paso

El propósito de este módulo es ayudar a que los participantes diseñen una estrategia para poner en práctica en sus actividades cotidianas los conocimientos sobre anticoncepción de emergencia adquiridos en el taller.

Objetivos del módulo

Al finalizar el módulo el participante habrá:

- Revisado los mitos y realidades de la anticoncepción de emergencia.
- Preparado un plan para aplicar en sus actividades cotidianas los conocimientos adquiridos sobre anticoncepción de emergencia y
- Evaluado las actividades del taller.

Desarrollo del módulo

1. Realizar una dinámica con los participantes donde se distribuyen en grupos de cinco, y se les repartirán tarjetas que contengan mitos y realidades sobre la anticoncepción de emergencia las cuales deberán clasificarse y discutirse posteriormente **(30 minutos)**
2. Revisar los aspectos principales cubiertos durante el taller. **(10 minutos)**
3. Solicitar a los participantes que completen la hoja de evaluación posterior (véase página 5). **(10 minutos)**
4. Solicitar a los participantes que completen la hoja de evaluación del taller (véase página 17). **(10 minutos)**

Materiales

Tarjetas para la dinámica de mitos y realidades.

Hoja de evaluación.

Hoja de evaluación del taller.

Duración aproximada del módulo

1 hora.

Appendix 2 Brochure

Anticoncepción de emergencia

Una oportunidad para las mujeres víctimas de la violencia sexual

Consortio Guatemalteco de Anticoncepción de Emergencia

Pro Petén

Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Centro de Investigación, Capacitación y Apoyo a la Mujer

Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva

Consejo de Población

La anticoncepción de emergencia es una opción para las mujeres que después de una relación sexual sin protección quieren reducir el riesgo de quedar embarazadas.

Consiste en administrar pastillas anticonceptivas disponibles en el mercado y que contienen las mismas hormonas para evitar el embarazo, pero en dosis más alta e intervalo más frecuente de lo normal. Esta mayor dosis que la utilizada para planificación familiar únicamente interrumpe el patrón hormonal normal del ciclo menstrual.

No son pastillas abortivas porque no pueden eliminar un embarazo establecido. Sólo reducen el riesgo de embarazo por medio de retrasar la ovulación, prevenir la fertilización o evitar la implantación de un huevo fertilizado, dependiendo de la fase del ciclo menstrual.

¿Cuándo se puede usar la anticoncepción de emergencia?

La anticoncepción de emergencia es una herramienta útil para las mujeres que después de una relación sexual sin protección desean reducir el riesgo de quedar embarazadas. Las situaciones más frecuentes son:

- después de una violación sexual,
- después de una relación sexual voluntaria si no se utiliza ningún método anticonceptivo,
- después de una falla del método anticonceptivo (ruptura o corrimiento del condón o desplazamiento del dispositivo intrauterino) y
- después del uso incorrecto del método de planificación familiar (retraso en la administración del método inyectable o se dejaron de tomar consecutivamente más de dos píldoras anticonceptivas).

¿Quiénes pueden usar la anticoncepción de emergencia?

La anticoncepción de emergencia la pueden utilizar todas las mujeres, incluso las que tienen contraindicaciones para el uso regular de anticonceptivos orales.

¿En qué momento se debe iniciar el tratamiento?

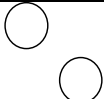
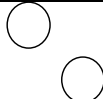
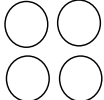
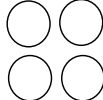
El éxito de la anticoncepción de emergencia depende de iniciar el tratamiento a tiempo y no de la cantidad de hormonas que se tomen. Por lo tanto, para que surta efecto la primera dosis se debe tomar antes de que se hayan cumplido 72 horas (3 días) después de haber tenido una relación sexual sin protección, de lo contrario —y aunque se incremente la dosis— las hormonas no podrán interrumpir el ciclo de fertilidad de la mujer.

Es de vital importancia que los proveedores de servicios de salud reproductiva promuevan activamente la anticoncepción de emergencia a todas las mujeres en edad fértil. El conocimiento de esta opción es crítico porque tan sólo se cuenta con una pequeña ventana de tres días para que la mujer busque ayuda y pueda prevenir un embarazo no deseado o no planificado.

¿En qué consiste el tratamiento?

La anticoncepción de emergencia consiste en administrar una cantidad determinada de hormonas que forman parte de los ingredientes activos de los anticonceptivos orales disponibles en el mercado local. Para que el tratamiento sea efectivo se debe administrar 100 microgramos de etinil estradiol y 1 miligramo de norgestrel ó 0.5 miligramos de levonorgestrel en cada dosis (pauta de Yuzpe). El siguiente cuadro presenta los equivalentes de los tratamientos disponibles.

Anticonceptivos orales para su uso en anticoncepción de emergencia

Marca comercial*	Fabricante	Primera dosis Hasta 72 horas después de la relación sexual sin protección	Segunda dosis 12 horas después de la primera dosis
Eugynon Neogynon Ovral Perla	Schering AG Schering AG Wyeth-Ayerst Iprofasa	 2 tabletas	 2 tabletas
IproDay Lo-Femenal Microgynon Nordette	Iprofasa Wyeth-Ayerst Schering AG Wyeth-Ayerst	 4 tabletas	 4 tabletas

*Cuando se utilizan ciclos de 28 tabletas, las primeras 21 de un color contienen hormonas y las 7 restantes de otro color sólo tienen sulfato ferroso y/o placebo. Por lo que hay que tomar 8 de las 21 tabletas que contienen hormonas.

¿Es necesaria alguna precaución especial para prescribir la anticoncepción de emergencia?

No se necesita ninguna precaución especial o prueba para prescribir o proporcionar anticoncepción de emergencia. No es necesario calcular en qué momento de su ciclo

menstrual se encuentra la mujer porque la anticoncepción de emergencia no puede interrumpir un embarazo ya establecido. No se han demostrado efectos que puedan causar malformaciones en los fetos de mujeres que sin saber que estaban embarazadas tomaron un tratamiento de anticoncepción de emergencia.

¿Qué molestias causa la anticoncepción de emergencia?

Debido a la alta concentración de hormonas que se administran en tan corto tiempo, cerca de la mitad de las mujeres experimentan efectos secundarios tales como náusea, vómitos, fatiga, mareos, dolor de cabeza, sensibilidad de los pechos y alteración (adelanto o atraso) del próximo período menstrual.

Aunque los síntomas no son graves y desaparecen 24 horas después de tomar la segunda dosis, es importante recomendarle a las pacientes medidas que le ayuden a reducir los síntomas y que no pongan en peligro la efectividad de la anticoncepción de emergencia.

- Tomar medicamentos contra la náusea, como Bonadoxina o Nauseol, una tableta una hora antes de la primera dosis. Estos medicamentos sólo previenen la náusea, si se administran después de que aparezcan los síntomas no serán efectivos.
- Siempre que el esquema lo permita, tomar ambas dosis del tratamiento de anticoncepción de emergencia con las comidas.
- Si la paciente vomita dentro de la primera hora después de tomar cualquiera de las dos dosis deberá repetir la toma dos horas después del vómito.

Sus mayores efectos secundarios y menor efectividad en comparación con el uso regular de métodos modernos de planificación familiar hacen que la anticoncepción de emergencia no sea un método adecuado para la prevención continuada de embarazos.

¿Es efectiva la anticoncepción de emergencia?

La anticoncepción de emergencia reduce significativamente el riesgo de embarazo, pero no es 100% efectiva. Por lo general, de cada 100 mujeres que tienen una relación sexual sin protección entre la segunda y tercera semana de su ciclo menstrual, ocho resultarán embarazadas. Cuando se usa la anticoncepción de emergencia el riesgo se reduce a sólo dos, es decir una reducción de 75%.

¿La anticoncepción de emergencia protege contra el VIH/SIDA?

Como todos los métodos hormonales, la anticoncepción de emergencia no proporciona ninguna protección contra el VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual. Por lo tanto, a cualquier mujer en riesgo se le deberá recomendar el uso de métodos de barrera y ofrecerles pruebas diagnósticas y tratamiento si es necesario.

¿Qué hacer después de administrar el tratamiento?

Indicarle a la paciente que deberá tener su siguiente período menstrual tres semanas después de terminado el tratamiento de anticoncepción de emergencia y que es normal que el sangrado sea diferente al que tiene normalmente. La ausencia de sangrado

menstrual entre este lapso puede ser un signo de embarazo, por lo que deberá consultar al centro de salud para una evaluación posterior.

Para evitar que ocurra un embarazo entre la toma del tratamiento de anticoncepción de emergencia y el próximo período menstrual se deberá recomendar a la mujer:

- que se abstenga de relaciones sexuales o
- que agregue un método de barrera (condón) al régimen de planificación familiar que reasume o inicia.

APPENDIX 3. Workshop Evaluation Questionnaire

EVALUACIÓN DEL PARTICIPANTE

Información General

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe el propósito de la anticoncepción de emergencia?
 - La anticoncepción de emergencia se usa **antes** de un acto sexual sin protección para prevenir un embarazo involuntario.
 - La anticoncepción de emergencia se usa **después** de un acto sexual sin protección para prevenir un embarazo involuntario.

2. ¿En que circunstancias se recomienda el uso de la anticoncepción de emergencia? (marque todas las respuestas correctas)
 - Un acto sexual sin protección como resultado de una violación o coerción sexual
 - Una relación sexual voluntaria si no se uso ningún método anticonceptivo
 - Un acto sexual sin protección como resultado de una violación o coerción sexual
 - Una falla del método anticonceptivo (por ej., el condón se deslizó o se rompió)
 - Uso incorrecto del método rutinario
 - Método anticonceptivo rutinario

3. La consejería en acerca de anticoncepción de emergencia debe incluir las siguientes consideraciones
 - Aprovechar la oportunidad para regañar a las mujeres por tener relaciones sexuales sin protección
 - Explicar que la anticoncepción de emergencia no protege contra las enfermedades de transmisión sexual
 - Informar a la mujer en cuanto a métodos anticonceptivos rutinarios
 - Explicar como actúa la anticoncepción de emergencia e informar acerca de los posibles efectos secundarios

Píldoras anticonceptivas de emergencia

4. La pauta de Yuzpe contiene: (marque la respuesta correcta)
 - Como mínimo 0.1 mg de etinil estradiol y 0.5 mg de Levonorgestrel
 - Como mínimo 0.2 mg de etinil estradiol y 0.5 mg de Levonorgestrel
 - Como mínimo 0.1 mg de etinil estradiol y 0.5 mg de etinil estradiol

APPENDIX 4. Follow-Up Evaluation Questionnaire

INTERVIEW FOR FINAL AUDIENCE EMERGENCY CONTRACEPTION

Identification N°:

Instructions: You will be asked a series of questions regarding the topic of emergency contraception, and we ask that you answer them according to what you remember. We ask that you answer all the questions when possible, since this information will be very useful for improving and implementing future training. This information is confidential and anonymous. It is not necessary to give your name.

SECTION I. IDENTIFICATION INFORMATION

1.	Type of area where interviewee lives:	Urban.....1 Rural.....2
2.	Date of interview:	____/____/____(dd/mm/yyyy)
3.	Time interview began:	Hour: <input type="text"/> <input type="text"/> Minutes: <input type="text"/> <input type="text"/>
4.	Name of interviewer:

SECTION II. PERSONAL INFORMATION

To begin, I would like to ask you some personal questions.

5.	Gender of person interviewed	Male.....1 Female.....2	<input type="text"/>
6.	How old are you?	Years.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
7.	What is your marital status?	Single.....1 Married.....2 In common-law relationship.....3 Widowed/widower.....4 Divorced/Separated.....5 Did not answer.....99	
8.	Do you or does your partner usually use a birth control method?	Does not have partner.....1 No.....2 Yes.....3 Did not answer.....99	
9.	What is your religion?	Does not practice a religion.....00 Evangelic/ Protestant.....1 Catholic.....2 Other (specify):.....98 Did not answer.....99	<input type="text"/>

SECTION III. SCHOOLING AND OCCUPATION

<p>10. What schooling do you have?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>None 00 Attended but did not complete elementary 1 Completed elementary 2 Attended but did not complete high school 3 Completed high school 4 University 5 Other (specify): _____ 98 Did not answer 99</p>
<p>11. What is your occupation?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>None 00 Student 1 Physician 2 Nurse 3 Social Worker 4 Psychologist 5 Midwife 6 Educator 7 Community worker 8 Public employee (e.g. police officer) 5 Other (specify): _____ 98 Did not answer 99</p>
<p>12. How long have you worked as a _____ ?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Months..... <input type="text"/> <input type="text"/> Years..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>

SECTION IV. TRAINING IN EMERGENCY CONTRACEPTION

<p>13. Have you received training in Emergency Contraception, and if so, do you remember _____ / _____ / _____ (dd/mm/yyyy)</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>14. If you don't remember the exact date, tell me approximately how long ago you received training.</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Months..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>15. Do you remember the name of the organization that organized and gave the training on Emergency Contraception?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Yes..... 1 No..... 2 Specify _____</p>
<p>16. Do you remember the name of the person who gave you the training in Emergency Contraception?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Yes..... 1 No..... 2 Specify _____</p>
<p>17. BEFORE the training we are talking about (be sure interviewee is referring to CIESAR training), did you receive any other training in Emergency Contraception?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Yes..... 1 No..... 2</p>
<p>18. AFTER receiving the training we are talking about (be sure interviewee is referring to CIESAR training), did you receive any other training in Emergency Contraception ?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Yes..... 1 No..... 2</p>
<p>19. From whom/where did you receive that training?</p>	<input type="checkbox"/>	

20. How long ago did you receive that other training? Months.....
 Years.....

SECTION V. ATTITUDES, PRACTICE AND EXPERIENCES

READ INTRODUCTION: Now I would like to ask you some questions about your experiences and practice with emergency contraception in the services you provide to women. Remember that everything you tell us will be confidential.

21. Before receiving the training in emergency contraception by CIESAR, did you ever recommend emergency contraception? Yes.....1
 No.....2
 Remembers how many times

22. Since receiving the training in emergency contraception by CIESAR, have you ever recommended emergency contraception? Yes.....1
 No.....2
 Remembers how many times

23. In general how did you view your experience of LEARNING ABOUT the option of emergency contraception? Good1
 Not good or bad2
 Bad3
 Why?

24. Do you feel comfortable when you offer or provide emergency contraception (EC) as an option to a woman who wants to prevent a pregnancy? Yes.....1
 No.....2
 I don't provide EC.....3
 Did not answer.....4
 Why?

25. What aspects of emergency contraception do you like the most?

26. What aspects of emergency contraception do you like the least?

27. If you could change some aspect of your work to facilitate women having access to emergency contraception, what would you change?

28. What advantages have you found in giving or providing emergency contraception? (write 99 if interviewee does not provide EC)

29. What disadvantages have you found in providing emergency contraception? (write 99 if interviewee does not provide EC)

SECTION VI. ACTIVITIES

READ INTRODUCTION: Now I would like to ask you some questions specifically related to the emergency contraception method and the training you received. I will mention a series of activities and I would like you to tell me whether you have carried out any of them. In the cases in which you have carried out any of these activities, please tell me the number of participants or persons attended to.

30. Have you given an **information talk** for members of the organization where you work regarding the contents of the training you received in emergency contraception?

Yes.....1
No.....2

If so, to how many persons?

31. Have you **replicated the workshop** for the members of the organization where you work?

Yes.....1
No.....2

If so, to how many persons?

32. Have you given a talk or workshop for members of other organizations?

Yes.....1
No.....2

If so, to how many persons?

33. Have you trained counselors, physicians or other personnel in providing this information to women who ask for it?

Yes.....1
No.....2

If so, how many persons?

34. Have you disseminated information on the use of emergency contraception through any communication media (radio, newspaper reports, articles, etc)?

Yes.....1
No.....2

If so, to how many persons?

35. Have you provided verbal information regarding emergency contraception to women who have asked for it?

Yes.....1
No.....2

If so, to how many persons?

36. Have you provided brochures on emergency contraception to women who have been victims of rape or other abuses, or who have had unprotected sexual relations?

Yes.....1
No.....2

If so, to how many persons?

37. Have you conducted meetings to discuss the advantages or possibilities of introducing emergency contraception activities in the place where you work? Yes.....1
No.....2

If so, how many meetings?

38. Do you remember any informational material that you received in the workshop? Yes.....1
No.....2

If so, tell me which one(s):

39. Do you have the informational material you received in the emergency contraception workshop somewhere nearby? Yes.....1
No.....2

If so, could you show it to me? (note if it was presented)

40. Have you ever used the informational material that you received in the emergency contraception workshop? Yes.....1
No.....2

If so, approximately how many times?

41. Do you think this type of informational material is useful? (show it to interviewee again) Yes.....1
No.....2

Why?

42. This space is for comments related to the activities carried out by the interviewee (including any comments).

Thank you for giving us this time for the interview!

Time interview ended: Hour: Minutes: