

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Facultad de Ciencias Médicas – León**



**Tesis para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía.  
INFORME FINAL**

Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las mujeres en edad fértil sobre métodos de planificación familiar. Palacagüina, Septiembre – Octubre del 2003.

**Autoras:**

Bra. Cynthia González Carrillo  
Bra. Cruz María Moreno Talavera

**Tutor:**

Dr. Juan Almendárez Peralta<sup>1</sup>

Enero del 2004.

---

<sup>1</sup> Doctor en Medicina y Cirugía. Maestría en Salud Pública y Educación Superior en Salud. Docente de la Facultad de Ciencias Médicas.

## Introducción

La salud reproductiva es el completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades durante el proceso reproductivo así como en el ejercicio de la sexualidad. (1) Por diversas razones en el mundo se observan diferencias importantes en la situación de la salud reproductiva de muchas parejas, afectando mayoritariamente a los grupos más pobres.

En este sentido, Nicaragua reporta una tasa de fertilidad global de 114 por 1000 por mil habitantes, siendo el país con la proporción de fertilidad juvenil más alta, en América Latina y la diecinueveava proporción más alta en el mundo. A este número lo acompañan los altos niveles de embarazos no deseados. El embarazo en adolescentes es de 25%, el mas alto en Centro América, este porcentaje se duplica en el norte del y centro del país (Endesa 2001) (1) generando riesgos del aborto ilegal y una tasa de mortalidad materna de 112 por cien mil N.V. (1)

Los servicios de salud no han podido aportar lo suficiente a la reducción de esta problemática lo que han obligado a desarrollar iniciativas que permitan al sector salud alcanzar el equilibrio en la oferta y la demanda, poniendo a la disposición de la población un abanico de opciones para mejorar el nivel y la calidad de vida de todas las familias, según sus necesidades, al tiempo de conciliar con el sector privado y otros centros alternativos para su Integración a esta iniciativa. (1)

En vista de lo anterior, el nuevo enfoque de salud reproductiva imprime un alto valor al derecho de todas las persona a regular su fecundidad en forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgo, a tener y crear hijos saludables, a comprender y disfrutar su propia sexualidad y a permanecer libre de enfermedades, incapacidad o muerte asociada con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción. (1)

La población en general y sobre todo mujeres en edad fértil requieren de servicios de salud y acciones de promoción de SR especialmente diseñado para ellos. En este grupo es de especial importancia trabajar los estereotipos y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familia.

Nuestro estudio se orienta a identificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas que tienen las mujeres en edad fértil sobre los métodos anticonceptivos, lo que nos permite valorar los alcances, coberturas y acceso de los programas educativos y servicios recibidos en el programa de salud sexual y reproductiva en mujeres residentes en el Municipio de Palacagüina.

## **Antecedentes:**

Nicaragua en las dos décadas pasadas experimentó un incremento poblacional de 3.3% anual con una población de mujeres mayores de 15 años del 50.6%; la tasa global de fecundidad es 4.6% por mujer al final de su vida reproductiva, siendo la más alta de Centro América; cifras que aumentan a 6.9% en mujeres con menores recursos y poca educación. (2 y 3).

Las causas subyacentes importantes del problema mencionado son faltas de acceso a información sobre planificación familiar, sobre salud sexual y reproductiva y poco acceso a servicios de salud y sobre todo servicios de buena calidad en cuanto a planificación familiar (8). Estudios realizados en el 2001 reportan que un porcentaje de los estudiantes de secundaria con vida sexual activa usan métodos de planificación familiar decreció de un 20.8% en el 1999 a 18.2% en el 2001; situación que llama mucho la atención.

Durante el período (2000 – 2002) ICAS dirigió sus esfuerzos hacia estos problemas brindándoles accesos a servicios de salud sexual y reproductiva, a grupos de adolescentes y capacitó a trabajadores de salud que brindan este tipo de servicio para dar una mejor calidad a todas las mujeres jóvenes de Managua.

Así como este organismos existen otros interesados como la OMS, FNUAP y muchos profesionales de la salud que consideran la urgencia de atender el núcleo poblacional de las mujeres en edad fértil, ya que las consideran como un grupo de riesgo y por tanto de atención prioritaria en cuestiones de información, facilitación y acceso a los programas de planificación familiar para disminuir la acelerada natalidad del país, sobre todo en mujeres menores de 19 años y mayores de 35 años; como prioridad disminuir el alto porcentaje de embarazos en adolescentes(6,10).

Sin embargo estos esfuerzos no parecen ser suficientes, lo que hace necesario evaluar lo que se ha realizado y plantearse nuevas estrategias.

## **Planteamiento del problema**

- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimientos que tienen las mujeres en edad fértil sobre los métodos anticonceptivos?
  
- ✓ ¿Qué actitudes tienen las mujeres en edad fértil ante la necesidad de uso de los métodos anticonceptivos?
  
- ✓ ¿Cuáles son las prácticas en el uso de anticonceptivos que tienen las mujeres en edad fértil?

## **Justificación:**

Los resultados del presente estudio nos permitió identificar los puntos fuertes y los puntos débiles del programa y los grupos priorizados de tal manera que se puedan mejorar los programas de Información, Comunicación y Educación e incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de nuestras comunidades y una mejoría sustancial en la calidad de los servicios prestados tanto por parte del Ministerio de Salud como de los otros socios en el desarrollo (Alcaldías, ONGs).

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar y describir los conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos de planificación familiar que tienen las mujeres en edad fértil (MEF) que asisten al Centro de Salud Haydee Meneses de Palacagüina.

### **Objetivos Específicos:**

- 1) Determinar las características sociodemográficas de los MEF que asisten al centro de salud Haydee Meneses.
- 2) Determinar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar de los MEF estudiados.
- 3) Identificar las actitudes de los MEF que asisten al Centro de Salud Haydee Meneses sobre los MPF.
- 4) Describir algunas prácticas sobre uso de métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio.

## Marco teórico

Las personas en general cuando toman decisiones con respecto a su fecundidad tocan una parte, muy compleja y delicada de sus vidas. Estas decisiones sobre conducta sexual y reproductiva, tienen impacto sobre la vida personal y familiar a corto y largo plazo, además involucran consideraciones, biomédicos, culturales, socio-económicos y éticos. (3)

Las naciones unidas establecen a partir de 1983 que la planificación familiar es un derecho humano fundamental, donde se le debe brindar a todo individuo, un servicio de anticoncepción segura que permite a la pareja y a la mujer hacer uso de sus derechos sexuales y reproductivos para escoger libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos. (1)

La anticoncepción segura pone al alcance una diversidad de métodos de planificación familiar, así como estrategias anticonceptivas que responden a las necesidades de cada individuo y de cada pareja de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo de vida. (1)

Desde una perspectiva socio-demográfica se sabe que cuando el crecimiento acelerado de la población rebasa la capacidad social para producir y distribuir satisfactores suficientes, se presentan diversos tipos de problemas sociales, económicos y de salud pública en lo que es la salud reproductiva (planificación familiar). (5)

**Sociales:** El estilo de vida es uno de los determinantes de nuestra salud, sin embargo ya hemos comprobado que resulta muy difícil modificar hábitos y comportamientos previamente adquiridos, es muy difícil decir que alguien que use preservativo para evitar enfermedades sexuales y embarazos no deseados, pero llevarlo a la práctica exige de muchos factores ya que nuestro comportamiento está mediatizado por numerosos aspectos y circunstancias. (5)

**Aspecto cultural y psico social de las prácticas multiconceptivas**

La elección de un Método anticonceptivo y la continuidad de su uso depende de diversos factores entre los que se destacan las características socioculturales, demográficas de la pareja, disponibilidad y calidad de servicio. En las características socioculturales tienen gran importancia las tradiciones, el sistema de valores, la moral y las ideas religiosas de cada individuo que van a determinar su actitud: se refiere a la percepción que cada persona tiene al riesgo que cree poder estar corriendo al usar un método de planificación (insatisface a su pareja usando un condón etc), también los costos percibidos para regular la fecundidad.

Son factores determinantes para uso o no de métodos anticonceptivos, entre ellos los costos de acceso, estos son los relacionados con la búsqueda del servicio, los de uso dependen de los riesgos para la salud y los atributos de cada método, los conocimientos que los individuos tengan sobre cada método, en cuenta la seguridad y eficacia que le permite llevar a la práctica el uso de estos sin afectar la salud y esterilidad de las mujeres. (5 y 6)

**Lugar de procedencia y escolaridad**

En casi todos los países las mujeres de zonas urbanas tienen más probabilidades de usar anticonceptivos, que las mujeres de zona rural, otro factor que se asocia a la poca demanda de servicio de planificación en zonas rurales es el difícil acceso a los centros que ofrecen métodos.

Así como actitudes y prácticas negativas ante el uso de estos por falta de conocimiento debido en la gran parte al analfabetismo y problemas de mala calidad de atención, sobre todo en hospitales. (1, 4)

**Género:** El bajo ingreso de la mujer que trabaja y de la jefa de familia, el escaso acceso de las que no trabajan, la sobrecarga de trabajo y las deficiencias alimenticias constituyen otro elemento que afectan las condiciones de salud de la mujer. (6)

Las mujeres tienen escasez de control sobre su cuerpo y sexualidad, la ilegalidad del aborto conduce muchas veces a poner en riesgo la vida de muchas mujeres, que se someten a esto en forma clandestina, debido al control social de la sexualidad femenina dificultando sus posibilidades de negociar condiciones en sus relaciones sexuales y poder evitar embarazos no deseados y protegerse de infecciones de transmisión sexual. (2)

Los cambios sociales venidos en la segunda mitad del siglo xx, han sido paralelos a una clara apertura en la actitud hacia la sexualidad. Esos cambios, emigración, desarrollo del turismo, descubrimientos médicos sobre anticoncepción y su difusión, han sido fuentes generadoras de una mayor tolerancia y permisividad sobre todo en los jóvenes, permitiendo que las relaciones sexuales se inicien cada vez más precozmente, sin embargo no han desaparecido los factores que tradicionalmente obstaculizan las buenas prácticas y actitudes en el desarrollo de las relaciones sexuales. (6)

### **Planificación familiar:**

Según la organización mundial de la salud (OMS), la planificación familiar es un medio de pensar y vivir, adaptado voluntariamente por individuos y parejas; basándose en conocimientos, actitudes y toma de decisiones, con sentido de responsabilidad a fin de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así eficazmente al desarrollo social de un país.

### **Métodos Anticonceptivos:**

Son aquellos que se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o pareja, en forma temporal o permanente con el fin de evitar embarazos no deseados.

### **Métodos Temporales**

**Métodos Naturales:** o métodos de observación de la fertilidad y registro del ciclo menstrual, conocidos también como de abstinencia periódica. Son métodos que

dependen de la identificación de los días del ciclo menstrual durante los cuales una mujer puede quedar embarazada.

Son menos eficaces que los otros métodos disponibles, pero a veces significan la única opción para parejas que no pueden o no desean usar otros métodos.

**Los métodos naturales mas conocidos son:**

- Método del ritmo o calendario (Ogino-Knaus)
- Método del moco cervical (Billings)
- Método de la temperatura basal.
- MELA.

**Uso**

En Nicaragua usados por el 12.5 de las parejas unidas o casadas que planifican con métodos temporales.

**Eficacia:**

Se estima que protegen entre el 70 y el 90% en el primer año de uso. Con parejas perfectas las tasas de fallas son menores del 10%. La efectividad depende de las características siguientes:

- Motivación, comprensión y cooperación de la pareja.
- Practica correcta de la abstinencia y/o uso de otro método anticonceptivo durante los días fértiles.
- Ciclo menstrual regular.
- Seguimiento riguroso.

**Ventajas:**

- No producen efectos secundarios.
- Son referidos por algunos grupos religiosos que no aceptan otros métodos.
- Son aprobados por la iglesia católica

- Costo mínimo
- Pueden mejorar la comunicación conyugal sobre la planificación familiar
- La mujer aprende a conocer su ciclo menstrual. Y los cambios de su cuerpo.

**Inconvenientes:**

- En el uso normal, los métodos naturales tienen una tasa de falla mayor que la de otros métodos
- Para algunas mujeres es difícil determinar el periodo fértil en que pueden quedar embarazadas, ya que los signos y síntomas varían de una mujer a otra y de un ciclo a otro.
- Las parejas deben evitar las relaciones sexuales (abstinencia) entre siete y catorce días al mes o combinar con otro método.
- Puede ser difícil los signos y síntomas en mujeres con periodos menstruales irregulares en la adolescencia, en el climaterio y en el posparto.
- Necesita orientación frecuente y larga práctica
- Un bajo nivel socioeconómico y cultural de la pareja impide el entendimiento y uso adecuado del método.

**Contraindicaciones:**

Los métodos naturales no son convenientes para mujeres:

- Con ciclos menstruales irregulares
- Que estén lactando
- Que estén en periodo perimenopáusico
- Que aun no tienen su primera menstruación
- Que ha tenido su menarca hace menos de cinco días
- Con enfermedades que alteren el moco cervical y la temperatura corporal principalmente.
- Que estén ingiriendo ciertos medicamentos

**Método del ritmo (calendario u ogino-knaus)**

Es la regulación de la fecundidad que consiste en reconocer los días fértiles e infértiles de la mujer, basada en el calculo de la de los ciclos menstruales anteriores.

Se considera como ciclo menstrual a los días que transcurren entre el inicio de una menstruación y la siguiente.

**Los pasos a seguir para calcular el periodo fértil son:**

- Marcar en un calendario el primer día de la menstruación
- Contar los días transcurridos desde el primer día menstrual hasta el día anterior de inicio de la siguiente menstruación.
- Identificar el ciclo menstrual mas corto y el mas largo
- Restar al ciclo menstrual mas corto 18 días para obtener el primer día fértil
- Restar al ciclo menstrual mas largo 11 días para obtener el ultimo día fértil

**Ventajas:**

- No tiene efectos sobre la salud de la mujer.
- No tiene costo económico.
- Es eficaz en mujeres con ciclos regulares.
- Mayor conocimiento reproductivo y mejor relación de pareja.
- Enseña a la mujer a conocer su ciclo menstrual y su cuerpo.

**Desventajas:**

- Inseguro en mujeres con ciclos menstruales irregulares.
- Tiempo prolongado para ponerlo en practica.
- Muchos factores pueden alterar el ritmo normal de los ciclos menstruales.
- La mujer en periodos de Pre-menopausia no puede usarlo.
- Hay varios en los que la pareja no puede tener relaciones o tiene que usar otro método.

**Eficacia:** Teóricamente es el 90% y realmente el 80%, bajo condiciones optimas, interpretando bien cuales son los días en que se puede quedar embarazada.

### **Método del moco cervical (Billings):**

Este método se basa en la observación de los cambios cíclicos del moco cervical y en su relación con la ovulación.

### **Fisiología y características del moco cervical**

Las hormonas sexuales femeninas (estrógeno y progesterona) provocan cambios en el moco cervical. Durante el ciclo menstrual las características del moco revelan la presencia de una ovulación.

Estos cambios en la mujer la sensación de humedad o sequedad en la vagina según el nivel hormonal de influencia; de esta forma, la sensación húmeda en la vagina, un moco elástico y transparente, son indicadores de la ovulación.

Inmediatamente después de la menstruación hay ausencia de moco o es escaso, de color blanquecino o amarillento, de poca consistencia (no filante), pegajoso.

A medida que se acerca la ovulación, el moco se vuelve claro, abundante, es resbaloso, elástico y se estira mas de 6cm. Al microscopio se ve con la apariencia de hojas de helecho.

La ovulación ocurre generalmente cuando el moco es mas claro, elástico y abundante, con la consistencia de clara de huevo.

La mujer que utilice este método debe asumir que puede haber ovulado desde dos días antes de la aparición de estos signos y que continuara siendo fértil hasta 4 días después del ultimo día de moco abundante y resbaloso.

### **Cuando tener o no relaciones:**

- Los días de la menstruación son días infértiles.

- Los días secos preovulatorios son los días después de la menstruación y se consideran infértiles, pueden haber relaciones sexuales.
- Los días húmedos preovulatorios son días fértiles, debe abstenerse.
- Los días húmedos ovulatorios corresponden al periodo fértil, no debe tener relaciones.
- Día cúspide: es el ultimo día que la mujer tiene la sensación de humedad; no debe tener relaciones hasta 4 días después de este fenómeno.
- Días secos posovulatorios: se inician 4 días después del día cúspide hasta la menstruación siguiente; son días infértiles y se puede tener relaciones.

### **Ventajas**

- No tiene efecto en la salud de la mujer.
- No cuesta dinero.
- La mujer conoce mejor su cuerpo.
- Genera mayor comunicación entre la pareja.

### **Desventajas**

- Diferentes interpretaciones de las características del moco cervical pueden dar márgenes de error.
- Requiere de manipulación de genitales.
- Requiere supervisión de una persona consejera durante 3 ciclos.

### **Contraindicaciones:**

- Infecciones vaginales.
- Medicamentos o enfermedades que cambian el moco cervical.
- En parejas no estables

**Eficacia:** Teóricamente el 90% y realmente 80% bajo condiciones optimas

**Método de la temperatura basal corporal**

Es el reconocimiento del periodo de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante un ciclo menstrual. La elevación de la temperatura indica que la mujer a ovulado.

Como consecuencia de la ovulación la temperatura corporal basal permanece elevada durante aproximadamente dos semanas hasta el comienzo de la menstruación siguiente.

**Recomendaciones:**

La ovulación ocasiona un alza térmica. Al formarse el cuerpo lúteo se produce progesterona la que actúa sobre el centro termorregulador del hipotálamo, elevando la temperatura corporal. La temperatura puede bajar ligeramente 12 a 24 horas antes de la ovulación después de la ovulación la temperatura se incrementa de 0.2° a 0.5° centígrados, de tal manera que la abstinencia sexual debe mantenerse desde el inicio del ciclo hasta que la temperatura haya permanecido elevada por lo menos 3 días.

**Ventajas:**

- No tiene efecto en la salud de la mujer.
- El costo es insignificante.

**Desventajas**

- Requiere de un periodo de orientación de varios meses en el manejo del método.
- Dificultad en la interpretación de algunas curvas.
- Es necesario ser disciplinado para cumplir con las indicaciones.
- Es un método que requiere la cooperación de la pareja.
- Requiere de un termómetro.
- Se necesita una persona consejera bien capacitada.

**Contraindicaciones:**

- Ciclos irregulares.
- 3 meses después de un parto y 1 mes después de un aborto.
- Dificultad en el uso del termómetro y/o para graficar el registro.
- Fiebre crónica.

**Eficacia:** Teóricamente 92% y realmente no es muy conocida, pero es baja. Algunos especialistas consideran una falla del 2% en relaciones post ovulatorias.

**MELA**

Durante siglos las mujeres han observado que por medio de la lactancia se obtiene una protección natural contra los embarazos, a este método se le ha llamado con el nombre de método de lactancia amenorrea. El riesgo de embarazo mientras la mujer está amamantando es del 3 al 10% mientras que otros plantean un riesgo menor (1.8%).(2,12)

El MELA es muy efectivo cuando se cumple las tres condiciones básicas:

- 1) Pecho materno al recién nacido exclusivo durante los primeros seis meses.
- 2) Bebés menor de seis meses.
- 3) Que no haya retornado el ciclo menstrual.(2)

**Contracepción Oral de Emergencia:**

Es la prevención de un embarazo después de tener un coito sin protección, a veces se le llama contracepción a la mañana siguiente. Es importante iniciar la anticoncepción de emergencia con anticonceptivos orales dentro de las 72 horas después de haber tenido relaciones para ser efectivo. Tanto el Microginon y Lofemenal se utilizan como anticoncepción de emergencia ingiriendo cuatro tabletas dentro de las 72 horas después del coito y cuatro tabletas doce horas más tarde después de la dosis. Actualmente se utilizan anticonceptivos de emergencia en los Estados Unidos en el pos

parto con buenos resultados, dándole el beneficio al paciente de usar menos anticonceptivos constantemente.(2,13)

**Métodos de barrera:** Los métodos anticonceptivos de barrera son seguros y relativamente confiables, consisten en barreras físicas y/o químicas que impiden el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide.

Las barreras mecánicas (condón, diafragma, capuchón cervical) evitan que los espermatozoides penetren en el canal cervical. Las barreras químicas (espermicidas) matan o vuelven inactivos a los espermatozoides.

**Métodos mecánicos:**

**Diafragma:** Es una delgada cúpula casi hemisférica de goma rodeada de un aro metálico de resorte cubierto de goma . Su diámetro externo es del tamaño del diafragma (varían de 50 a 105mm) y aumentan de 5 en 5mm. Debe utilizarse combinado con gel o con cremas espermicidas.

Se coloca diagonalmente en la vagina, de modo que un borde se ajuste al fondo del saco posterior y otro a la sínfisis del pubis, para que cubra el cervix aislándolo el pene durante el contacto sexual.

**Eficacia:** es variable, la protección oscila entre el 75 y el 95% en el primer año asociado a espermicidas. Se considera que la tasa de ineficacia es relativamente alta en el uso normal.

**Ventajas:**

- No tiene efectos secundarios comprobados
- Es útil para relaciones sexuales ocasionales donde no se desea embarazo
- Si se usa correctamente y con espermicidas, puede ofrecer protección contra algunas ETS.

**Inconvenientes:**

- Requiere capacitación, por personal adecuado, a la usuaria sobre usos y cuidados
- Debe colocarse en el momento del acto sexual
- Requiere uso adicional de espermicidas para aumentar su efectividad
- Requiere un alto grado de motivación por parte de la usuaria
- Donde no existe agua limpia disponible no es posible realizar un cuidado correcto.

**Capuchones cervicales:** No están disponibles en el país. Se trata de dispositivos en forma de copa y son fabricados en caucho, existiendo en el mercado varios modelos.

Requieren uso adicional de espermicida para mejorar su eficacia y su función es cubrir de cérvix. Comparten las ventajas e inconvenientes del diafragma.

**Escudo vaginal o condón femenino:** Consiste en un tubo fuerte poliuteno, cerrado en un extremo de unos 15cm de largo y 7cm de diámetro. Alrededor de su extremo abierto se encuentra un anillo exterior de poliuteno flexible que sostiene el condón contra la vulva. El otro extremo tiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual. Debe usarse una sola vez.

Como ventajas mencionaremos que interfiere menos con el placer sexual en ambos sexos que el condón masculino, que esta bajo control de la mujer y se puede insertar con buena anticipación al contacto sexual. Su uso ha sido aprobado en Inglaterra.

**Métodos químicos:**

**Espumas vaginales:** Se trata de espermicidas en un vehículo de poliuretano (esponja) en forma de hongos, que se liberan al humedecerlo antes de su inserción. Se pueden colocar hasta 24 horas del contacto sexual y permiten el coito inmediatamente después de colocarla. Se retira seis horas después del último contacto sexual. En los Estados Unidos de América se comercializa con el nombre de Today.

**Espermicidas:** Los espermicidas son anticonceptivos químicos de barrera que destruyen el espermatozoide e impiden su entrada al útero. Son usados por la mujer, deben colocarse antes del contacto sexual y su uso combinado con barreras mecánicas mejora su eficacia (condón o diafragma).

**Eficacia:** Es variable según algunos informes oscila entre el 90 y el 70% de protección.

**Ventajas:**

- Es controlado por la usuaria, no necesita indicación médica.
- Pueden ser apropiados para mujeres que tienen relaciones sexuales ocasionales o están en los últimos años de su fase fértil.

**Inconvenientes:**

- Hay alguna dificultad para encontrar el producto
- Puede ser desagradable, para algunas usuarias su colocación
- Puede producir ardor o irritación en los órganos genitales
- Tienen tasas de ineficacia altas en el uso normal
- Cuando se utilizan tabletas, óvulos o supositorios, la pareja debe esperar varios minutos luego de colocado el espermicida para iniciar la relación sexual.

**Contraindicaciones:** Absolutas, no se conocen.

**Dispositivo intrauterinos (DIU)**

El dispositivo intrauterino es un objeto confeccionado de diferentes materiales como el cobre, el plástico, la plata y algunas hormonas, que se coloca en el útero impidiendo el embarazo.

Actualmente el dispositivo intrauterino que con mayor frecuencia se coloca en las nuevas usuarias, en la mayoría de los países, es la T de cobre 380<sup>a</sup>. El Sof T Coil 25 es específico para nulíparas.

**Eficacia:** Muy alta, los DIUs medicados protegen entre el 97 y el 98% durante el primer año de uso, para los no medicados la eficacia es menor.

**Mecanismo de acción:**

- Todos los DIUs estimulan a que se produzca una reacción al cuerpo extraño en el endometrio, acción aumentada por la adición de cobre, los que liberan progesterona producen supresión endometrial.
- Inmovilizan los espermatozoides e interfieren con la migración de los mismos desde la vagina hasta la trompa de Falopio.
- Los DIUs inhiben la fertilización y previenen la implantación del óvulo fecundado por respuesta inflamatoria local a cuerpo extraño del endometrio, se están revisando.

**Tiempo de vida aprobado:**

En los Estados Unidos, Reino Unido y otros países europeos de 8 a 10 años.

**Ventajas:**

Es muy eficaz, de larga duración y reversible

- No tiene problemas de reabastecimiento
- Es de uso reservado e independiente de la relación sexual
- La colocación es posible inmediatamente después de un parto o aborto

- Pueden prevenir las adherencias de las paredes del útero por sinequias (síndrome de Asherman)

**Inconvenientes:**

- La colocación, extracción y seguimiento requiere personal de salud entrenado e instalaciones apropiadas, a veces la colocación es molesta y puede producir algunos trastornos luego de la misma(dolor o sangrado)
- La nuliparidad no constituye una contraindicación para el uso del DIU; pero una nulípara con antecedentes de infección pelviana, con embarazo ectópico anterior o riesgo de enfermedades de transmisión sexual (esto incluye varios compañeros sexuales o compañeros que tienen muchas compañeras) no será candidata a usar un DIU.

**Contraindicaciones:****Absolutas:**

- Infección pélvica activa, reciente o recurrente, incluyendo gonorrea, sospechada o diagnosticada y también infección vaginal activa.
- Embarazo sospechado o diagnosticado.
- Sangrado uterino anormal que debe ser investigado y corregido antes de usar el DIU.
- Existencia de cáncer cervical o uterino

**Relativas:**

- Factores de riesgo para la enfermedad inflamatoria pélvica, parto, infección después de un aborto ocurrido los últimos 3 meses, alto riesgo de enfermedades sexualmente transmitidas.
- Embarazo eptópico previo
- Dismenorrea severa
- Flujo menstrual abundante con anemia
- Alergia al cobre
- Desordenes de la coagulación sanguínea

- Factores de riesgo por la exposición al virus VIH/SIDA

### **Métodos hormonales:**

Son una combinación de sustancias esteroideas (estrógenos y progestágenos), para evitar el embarazo.

### **Clasificación:**

#### **Hormonales orales:**

- Combinados
  - \* Monofásicos
  - \* Bifásicos
  - \* Trifásicos
- Progestágenos

#### **Hormonales inyectables intramusculares:**

- Mensuales
- Bimestrales
- Trimestrales

#### **Hormonales implantes subdérmicos:**

- No biodegradables.
- Biodegradables:
  - \* microcápsulas
  - \* esferas
  - \* microesferas

#### **Otros hormonales:**

- Hormonales vaginales
- Hormonales transdérmicos
- Hormonales dispositivos intrauterinos

**Métodos hormonales orales:**

Son una sustancia o combinación de sustancias esteroideas, que administrados por vías oral, evitan el embarazo. Su eficacia es alrededor del 97% por cada 100 mujeres año uso y se estima que hay alrededor de 65 millones de usuarias en el mundo.

**Mecanismos de acción:** Los estrógenos actúan a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-ovario impidiendo la ovulación.

**Hormonales orales combinados:**

Contienen una combinación de estrógenos y progestágenos. Se dividen según las concentraciones de estrógenos y progestágenos a lo largo del ciclo hormonal en:

- **Monofásicos:** cuando todas las pastillas tienen la misma concentración de estrógenos y progestágenos en todo el ciclo.
- **Bifásicos:** contienen estrógenos en la primera fase del ciclo; y estrógenos con progestágenos en la segunda fase del ciclo hormonal; también reciben el nombre de secuenciales.
- **Trifásicos:** contienen estrógenos y progesterona en diferentes concentraciones y en diferentes fases del ciclo hormonal.

**Ventajas:**

Son eficaces, fáciles de usar, reversibles, su uso es independiente del coito y da mayor tranquilidad a la usuaria al eliminar el riesgo de embarazo haciendo que disfruten más las relaciones sexuales; son seguros ya que se reportan pocas complicaciones y riesgos de muerte.

**Desventajas:**

- No se pueden usar durante la lactancia
- Se requiere un suministro periódico de píldoras y estricta ingestión diaria.

- Una vez interrumpido el uso se puede recuperar la fertilidad mas lentamente que con otros métodos, en unos dos o tres meses.
- No protege contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA

**Indicaciones:**

- Mujeres jóvenes y adolescentes sexualmente activas
- Parejas que desean espaciar los embarazos
- Mujeres no lactantes en el periodo del posparto o poscesárea inmediato.
- Parejas que desean un método reversible a corto o largo plazo
- Mujeres en el período pos aborto inmediato
- Mujeres con periodos menstruales dolorosos y abundantes
- Mujeres con quistes de ovarios funcionales
- Mujeres en las que esta contraindicando el DIU

**Contraindicaciones:**

- Embarazo
- Enfermedad circulatoria pasada y presente como: enfermedad tromboembólica
- Tener o haber tenido cáncer mamario o de ovario
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

**Efectos adversos menores:**

- Náuseas, vómitos, mareos.
- Cefalea
- Ganancia de peso por retención hídrica que producen los estrógenos.
- Turgencia de las mamas y sensibilidad de las mismas
- Cambios de humor o depresión
- Cambios en la piel
- Perdida del cabello o alopecia

- Hirsutismo, hipertrichosis

### **Hormonales orales solo progestágenos**

Es una sustancia esteroidea con solo progestágenos, que administraba por vía oral, evita el embarazo. Su eficacia es del 90 al 97% con una efectividad menor que los combinados (9.5% vrs 12.9%). Las tasas de falla oscilan entre 1.1 a 9.6 embarazos por cada 100 mujeres que lo usan un año.

El mecanismo de acción es a nivel del moco cervical, el endometrio y las trompas de Falopio.

**Ventajas:** Las mismas ventajas de los hormonales orales combinados y además:

- Son mas fáciles de recordar porque todas las pastillas son iguales.
- Se pueden usar en diabéticos.
- No llevan estrógenos y tienen menos progestágenos.
- Tienen poco efecto sobre la función hepática.
- No tiene efectos sobre la presión arterial y la coagulación.
- Se puede usar cuando la lactancia esta establecida.
- Retorna la fertilidad de inmediato al suspenderla.

**Desventajas:**

- Se requiere un suministro periódico y estricta ingestión diaria a la misma hora.
- No se recomienda su uso cuando no se garantiza la administración correcta.
- Es menos eficaz que las hormonas orales combinados, o los DIU.
- Son menos efectivos ya que la anovulación se presenta en un 50%.

**Efectos beneficiosos no anticonceptivos:**

- Evitan los efectos contrarios de los estrógenos.
- No reducen la cantidad de leche ni las proteínas de la misma cuando la lactancia ya esta establecida.

**Indicaciones:**

- Mujeres a cualquier edad reproductiva, de cualquier paridad.
- Adolescentes que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria y hora de las tabletas.
- Antes del primer embarazo, cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.

**Contraindicaciones:**

- Sangrado uterino anormal, no diagnosticado.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda p crónica activa.
- Durante la administración crónica de rinfampicina.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión importante.

**Efectos menores:**

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales.
- Cefalea.
- Mastalgia.
- Embarazo entópico.
- Quistes ováricos funcionales.

**Métodos hormonales inyectables intramusculares.**

Son una sustancia o combinación de sustancias esteroideas, que administradas por vía parenteral intramuscular, evitan el embarazo. Son métodos temporales de larga duración, reversibles y de liberación lenta. Su efectividad es mayor del 97%.

**Mecanismo de acción:** Los estrógenos que llevan los combinados, actúan inhibiendo la ovulación.

**Tipos :** Combinados de estrógenos y progestágenos: mensuales.

**Progestágenos solo de depósitos:**

- \* bimestrales
- \* trimestrales

**ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES INTRAMUSCULARES  
COMBINADOS MENSUALES**

**Descripción:** Contienen una combinación de estrógenos y progestágenos para uso intramuscular de acción prolongada y con duración de un mes.

**Ventajas:**

- Son fáciles de usar.
- Su uso es independiente del coito.
- No afecta la función gastrointestinal.
- Su uso es prolongado y larga duración con lo cual se evita la administración diaria de hormonas.
- Es reversible.
- Su uso es privado, solo el medico y la usuaria están enterados.
- Liberan una dosis mas baja de hormonas que los bimestrales y trimestrales.
- Mayor eficacia anticonceptiva por anovulación de mas del 99%.
- Menos posibilidad de olvido.
- Gran aceptabilidad y altas tasas de continuación.

**Desventajas:**

- Pueden producir irregularidades menstruales y mayor sangrado menstrual.
- No se puede usar durante la lactancia.
- Puede haber aumento de peso.
- Se necesita de una administración inyectable intramuscular para algunas mujeres no deseables.
- No protege contra las enfermedades de transmisión sexual y del virus del SIDA.

- Aumento del riesgo de transmisión del virus del SIDA durante la administración intramuscular.
- Necesita mayor asesoramiento a la usuaria para garantizar la continuidad del método.
- Una vez administrado no se puede discontinuar hasta que pase el efecto de la dosis administrada.

**Indicaciones:**

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo ínter genésico.
- En posaborto, de inmediato.
- En el posparto o poscesárea después de los 6 meses, si la mujer esta lactando; y podrá usarse de inmediato o después de la sexta semana.

**Contraindicaciones:**

- Lactancia en los primeros seis meses posparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del tracto genital, etc.

**Hormonales Inyectables Intramusculares Con Solo Progestágenos De Depósito****Inyectables intramusculares bimestrales:**

- Las tasas de fallas son de 0.4 embarazos por cada 100 mujeres que lo usan.
- No tienen período de gracia entre las inyecciones.
- Se administra la primera inyección dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual; y después cada 8 semanas.
- Producen irregularidades menstruales; y ocasionalmente cefalea, mareos y náuseas.
- Sus indicaciones y contraindicaciones son al mismas de todos los hormonales.
- Comercialmente se conoce como NORISTERAT (Shering AG).

- Tienen poca aceptabilidad por tener mayores efectos androgénicos y mayor potencial adverso sobre el metabolismo de los lípidos.

### **Inyectables intramusculares trimestrales:**

- Es una sustancia esteroidea de progestágenos que administrada por vía intramuscular, evita el embarazo durante tres meses, con gran efectividad.
- Contienen solo progestágeno acetato de medroxiprogesterona (DMPA) 150 mg.
- Se conocen comercialmente como DEPO-PROVERA (Upjhon, S.A.)
- La eficacia es mayor al 99% ya que se reporta menos de un embarazo por cada 100 mujeres que lo usan en un año.
- El uso mundial se estima en 30 millones de mujeres.
- Fue autorizada en 1922 por la FDA y se usan en más de 90 países en el mundo.

### **Ventajas:**

- No se afecta la función gastrointestinal por ser inyectable.
- Evitan el primer paso por el hígado causando menos cambios metabólicos.
- Son altamente efectivos y de acción prolongada de tres meses.
- No están relacionados con el coito.
- Ofrecen privacidad a la usuaria ya que no requiere mantener suministros en la casa.
- Constituye una excelente opción para las usuarias que no desean anticoncepción hormonal oral, DIU, OTB, o cualquier otro método anticonceptivo.
- Para algunas mujeres, la amenorrea prolongada puede ser deseable y aceptada como una ventaja.
- Disminuyen los cólicos, el dolor menstrual y el dolor ovulatorio.
- Se puede usar durante la lactancia ya establecida.
- Disponibles en programas de distribución comunitaria y en las farmacias.

- Si se usa durante el embarazo no sospechado ni diagnosticado.
- Requiere visitas periódicas cada tres meses para abastecimiento y administración.

**Desventajas:**

- Irregularidades del ciclo menstrual principalmente la amenorrea.
- Cuando se acaba la eficacia de la última inyección al cabo de tres meses, la fertilidad se reanuda de 2 a 6 meses después.
- La inyección misma puede ser una desventaja para algunas mujeres.
- Existe riesgo de transmisión del virus del SIDA si los proveedores de la administración no usan aguja y jeringas estériles.
- No protege a mujeres expuestas a enfermedades de transmisión sexual y ni al HIV/SIDA, por lo cual se requiere el uso de condones adicionales.

**Métodos hormonales: implantes subdérmicos.**

Se trata de una sustancia esteroidea progestacional que, administrada por vía subdérmica, evita el embarazo.

**Implantes subdérmicos no biodegradables (NORPLANT)****Descripción:**

- Es un anticonceptivo eficaz, de larga duración, reversible y que proporciona protección anticonceptiva durante 5 años.
- Consiste de 6 delgadas cápsulas cerradas, flexibles, hechas de silastic, en forma de palillos de fósforos, que miden 34 mm de largo, 2..4 mm de diámetro y contienen 36 mg. De levonorgestrel.
- Se colocan subdérmicamente en la parte superior del brazo menos útil de la usuaria mediante un procedimiento quirúrgico menor.
- Después de la inserción, se liberan 85 mcg por día durante 18 meses; y luego se estabilizan a 30 mcg por día hasta cumplir los 5 años.

**Mecanismo de acción:**

Actúan a nivel del moco cervical, del endometrio, del transporte del óvulo en las trompas de Falopio y también inhiben la ovulación por disminución de la FSH y de la LH en l hipófisis.

**Ventajas:**

- No interfieren en la lactancia establecida después de 6 semanas del parto o poscesárea.
- Son de larga duración, hasta 5 años.
- Son altamente efectivos.
- No tienen relación con el coito.
- Su efecto es reversible después de la remoción de los implantes.
- No tienen estrógenos.
- Son cómodos y casi invisibles.

**Desventajas:**

- Ligeramente visibles en algunas mujeres.
- Los gastos iniciales son mayores.
- Requiere personal capacitado con equipo apropiado para la inserción, la remoción y el seguimiento.
- Mayor responsabilidad del proveedor para darle repuesta a la usuaria ante cualquier eventualidad.
- Menor control personal de las usuarias.
- Mayores irregularidades menstruales.

**Métodos Permanentes****Esterilización quirúrgica femenina:**

Es un método muy eficaz se logra mediante la oclusión de las trompas uterinas, evitando así que el óvulo pueda unirse con el espermatozoide del hombre.

**Uso mundial:** Se estima que en el mundo existen 120 millones de usuarias aproximadamente. Su disponibilidad esta en aumento tiene un alto costo inicial.

**Eficacia:** El uso normal ofrece resultados de un 99% a un 99.8% en usuarias en el primer año.

**Ventajas:**

- Es muy eficaz
- No interfiere con la relación sexual
- La pareja no debe preocuparse mas por la anticoncepción

**Métodos Masculinos De Planificación Familiar**

**Métodos naturales:**

**Abstinencia**

Es una práctica sexual que los hombres adoptan voluntariamente cuando no desean tener descendencia, este método debe ser compartido con la pareja, pero no se trata de una decisión individual que responde al derecho propio de reproducirse del hombre, esto puede ser decidido en cualquier momento y por el tiempo que lo desee. Cuando la decisión es de pareja se limita al tiempo de los periodos fértiles de la mujer. Es una práctica menos eficaz que los métodos disponibles.

**Coitus interruptus o retiro.**

Es un método de planificación familiar que consiste en retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación.

**Eficacia:** Es baja, se estima en un 82% el primer año en usuario típico.

**Ventajas:**

- No tiene efectos secundarios
- Siempre disponible
- Costo nulo

**Inconvenientes:**

- Requiere control absoluto durante el acto sexual
- Interfiere con el placer de la pareja
- Tiene altas tasas de fallas

**Métodos masculinos de barrera****Preservativo o condón:**

Es el único método no permanente para evitar embarazos que pueden utilizar los hombres. Conocidos también como preservativos profilácticos, gomas o forros. Tienen la función de cubrir el pene durante las relaciones sexuales, no dejando que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina.

Se fabrican de látex en general. Son cilindros circulares, cerrados en un extremo, como en forma de tetilla, y abiertos en el otro.

**Eficacia:**

El condón es efectivo para impedirle embarazo cuando se utiliza de manera adecuada. Puede proteger hasta un 88% en el primer año de uso.

**Ventajas:**

- No tiene efectos secundarios comprobados.
- Ayuda a protegerse de las ETS y el VIH/SIDA.
- Es el único método que permite prevenir el VIH/SIDA.
- Es de fácil adquisición; se entrega sin costo en centros y puestos de salud del Minsa.
- Estimula la participación masculina en la anticoncepción.

**Inconvenientes:**

- Es necesario planificar la disponibilidad de condones y protegerlos del calor y la humedad.
- La colocación del condón interrumpe la actividad sexual.

- Disminuye en algunos casos la sensibilidad del glande, pero no hay datos objetivos de que sea así.

### **Hormonales masculinas**

Inmuno-anticonceptivos hormonales: Son vacunas que bloquean la anticoncepción mediante la producción de anticuerpos bloqueando la fecundación.

### **Métodos permanentes**

#### **Esterilización quirúrgica masculina (vasectomía)**

Es una operación simple que puede realizarse como procedimiento ambulatorio. Consiste en cortar los conductos deferentes que llevan el espermatozoides hasta el pene. De esta forma el hombre produce líquido seminal sin espermatozoides por lo que su compañera sexual no puede quedar embarazada.

**Eficacia:** Es muy eficaz, aproximadamente 99.5% a 99.9% en el primer año.

#### **Ventajas:**

- Es seguro y eficaz.
- El costo es mínimo.
- La pareja no se preocupará por la anticoncepción.
- No tiene efecto secundario verdadero.
- No interrumpe el acto sexual.
- No afecta la actividad sexual del hombre, mas bien puede aumentarla, al perder el temor de embarazar a su compañera.
- La intervención dura de 15 a 20 minutos.

#### **Inconvenientes:**

- No es eficaz de inmediato.
- Produce molestias después de la intervención.
- Es difícil de revertir, es permanente.

**Contraindicaciones:**

- Existencia de hernias escrotales
- En alteración del calibre de las venas o arterias del paquete vásculonervioso
- Cuando existen infecciones genitales severas.

## Diseño metodológico

**Tipo de estudio:** Es un estudio descriptivo de corte transversal.

**Área de estudio:** El Municipio de Palacaguina está situado en el extremo centro sur este del departamento de Madriz. Su población está conformada por aproximadamente 15,065 habitantes según estimaciones del INEC para el 2,003 de los cuales se estima 3,491 mujeres en edad fértil.

En la cabecera municipal existe un centro de salud sin cama, el cual cuenta con un laboratorio de análisis, programa de atención integral a la mujer, consulta médica general, sala de labor y parto, sala de emergencia, farmacia, programa de crónicos. El personal que labora en el centro de salud Haydee Meneses está constituido por tres médicos generales, de los cuales dos son asistenciales y un director, dos en servicio social, cinco enfermeras profesionales, una enfermera técnico medio, seis auxiliares de enfermería, una educadora un despachador de insumos médicos un laboratorista, y apoyando el trabajo de salud quince partera y treinta y ocho brigadistas de salud.

**Universo:** Son 566 Mujeres que asisten regularmente al programa de Planificación Familiar.

**Muestra:** 300 Mujeres elegidas según orden de asistencia al programa (Las primeras 300 que llegaran)

**Procedimiento de recolección de la información:** La información fue recolectada mediante los siguientes pasos:

- 1) Una vez aprobado el protocolo, se procedió a discutir con las autoridades sanitarias del municipio los objetivos y la importancia del estudio, solicitando su aprobación y apoyo para la realización del mismo.

- 2) Posteriormente se seleccionó a las participantes del estudio, se les explicó el objetivo del estudio y se les solicitó autorización para ser incluida en él.
- 3) Se realizaron entrevistas, a las mujeres que tienen bajo nivel de escolaridad y no podían llenar la encuesta por sí solas.
- 4) Los datos se registraron en el formulario establecido y se les agradeció su participación.

**Fuente de información:** Directa mediante entrevista a las usuarias al asistir a la consulta.

**Instrumento de recolección de datos:** Se diseñó una encuesta que respondió a los objetivos del estudio, la cual se sometió a una validación mediante una prueba piloto en usuarias del programa en tiempo fuera del que se dedicó al estudio.

**Plan de análisis:** Los datos fueron procesados y analizados en el paquete estadístico Epi-Info en su versión 6.04b.

Se estimaron frecuencia simple de todas las variables. Se cruzaron las variables consideradas independientes con las variables dependientes: “Conocimientos”, “actitudes” y “prácticas”. Los resultados se plasmaron en tablas y gráficos.

**Operacionalización de las variables**

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Escala</b>
Edad	El periodo en años que ha transcurrido desde el nacimiento de la persona	De 15 a 19 20 a 35 36 a 49
Estado civil	Condición conyugal de la mujer al momento de la entrevista	Casada Soltera Acompañada
Profesión u oficio	Actividad, empleo u oficio al que se dedica la mujer entrevistada	Ama de casa Doméstica Estudiante Otros
Escolaridad	Ultimo año que aprobado en algún centro de educación	Analfabeta Alfabeta Primaria Secundaria Universidad
Religión	Virtud que nos promueve a dar a dios el culto divino	Católico Evangélico Otros Sin religión
Menarca	Edad en que inicia ciclo menstrual	9-12 años 13-15 años 16-18 años 19-20 años
Ivsa	Edad en que la mujer tuvo su primer relación sexual	Menor o igual a 18 años y menos 19-34 años

Embarazo	Se refiere al numero de embarazos que ha tenido la entrevistada hasta el momento.	a) ninguno b) un embarazo c) dos embarazos d) tres embarazos e) cuatro embarazos f) cinco o más
Hijos vivos	Número de hijos vivos que tiene la entrevistada	a) ninguno b) un hijo c) dos hijos d) tres hijos e) cuatro hijos o más
Edad del primer parto	Edad en años que la entrevistada tenía al nacer su primer hijo	Años: 13-15 16-19 20-35 no han parido
Edad de uso por primera vez de anticonceptivos	Edad de la entrevistada al momento de iniciar la planificación	Años: 13-15 16-19 20-35 36-49 no han usado
Método de planificación que uso por primera vez	Método utilizado por primera vez para regular la capacidad reproductiva	a) ninguno b) otros c) condones d) DIU e) inyectables f) pastillas
Hijos que tiene al inicio de planificación	Cantidad de hijos antes de iniciar planificación familiar	a) Ninguno b) un hijo c) dos hijos d) tres hijos cuatro hijos
Intervalo intergenético	Espacio de tiempo entre el	a) menor de un año

adecuado	nacimiento de un hijo y el siguiente comprendido entre 18 meses y los cuatro años	<ul style="list-style-type: none"> <li>b) un año</li> <li>c) dos</li> <li>d) tres años</li> <li>e) cuatro años o mas</li> </ul>
Interés reproductivo, desea tener mas hijos	Cantidad de hijos que la mujer desea tener en el tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Lo mas pronto posible</li> <li>b) El próximo año</li> <li>c) Dentro de dos años</li> <li>d) No deseo mas hijos</li> <li>e) Dentro de tres o más años</li> <li>f) Cuando me case o termine la escuela</li> <li>g) No desea tener más hijos</li> </ul>
Cantidad de hijos que desea tener la entrevistada	?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Un hijo</li> <li>b) Dos hijos</li> <li>c) Tres hijos</li> <li>d) Cuatro hijos</li> </ul>
Conocimientos sobre métodos de planificación familiar	Acción y efecto de conocer, entendimiento que tienen las mujeres encuestadas sobre diferentes aspectos de los MPF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pastillas</li> <li>b) Condones</li> <li>c) Inyectables</li> <li>d) DIU</li> <li>e) Ritmo</li> <li>f) Esterilización</li> <li>g) Espumas</li> </ul>
Actitudes ante los métodos de planificación familiar	Sentimientos y emociones que impregnan las ideas, concepto y creencias que genera una tendencia y predisposición a actuar de forma consistente ya sea favorable o desfavorable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Positivas</li> <li>b) negativas</li> </ul>
Prácticas en el uso de métodos de planificación familiar	Es el conjunto de acción que las mujeres han llevado a cabo para determinar el tamaño y estructura de su familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Positivos</li> <li>b) Negativos</li> </ul>

## RESULTADOS

Se estudiaron 300 mujeres en edad fértil que asisten al programa de planificación familiar del Municipio de Palacagüina de las cuales el 73.3% tenían entre 20-35 años, seguidas del grupo de 36-49 años, el 14.7% y el grupo de 15-19 años el 12%.

Las principales características socio-económicas de la población estudiada fueron: Un 58% son acompañadas, el 28.3% son casadas y un 13.7% son solteras; el 41% tenían Secundaria incompleta, 35% Primaria incompleta, 13% Universidad incompleta y el 3% son analfabetas y un 2% Universitarios completos. De acuerdo a la ocupación el 80.3% son amas de casa, 6.7% domésticas, 4.7% técnicas, 3% son profesionales, 2% estudiantes, 1.7% comerciantes, 1% obreros, 0.7% artesanos, 73% son católicos y un 19% evangélicos (Ver cuadro 1)..

Los principales hallazgos Gineco-Obstétricos fueron: El 69.6% iniciaron vida sexual activa antes de los 18 años, el 30.4% entre los 19-34 años, el 55.3% tuvo su primer parto entre 16-19 años, el 34.3% entre los 20-35 años, el 6% entre los 13-15 años y solamente el 4.3% no habían parido aún; el 50% usó por primera vez anticonceptivos entre los 20-35 años, el 25.6% entre los 16-19 años, el 17.3% han usado, el 4% entre los 13-15 años, el 2% entre los 36-49 años; el 40.3% tenía un hijo al iniciar el uso de anticonceptivos, el 15.3% no tenían hijos, el 9.3% tenía de 4 a más hijos y un 5.3% tenían 3 hijos (Ver cuadro 2).

En relación al conocimiento de los Métodos de Planificación se encontró que el método que mejor conocían eran el de las inyecciones con el 51%, otros métodos 29%, pastillas 8%, condones 5% y ninguno 2%; el 46% dijo que la Planificación servía para decidir cuántos hijos tener, el 31% para decidir el momento de llegada de los hijos, el 22% para evitar enfermedades sexuales y el 0.3% dijo que no sirve para nada; el 35% no sabía que hacer si se le olvida tomarse una pastilla, el 34.6% tomaría la pastilla al acordarse, el 28% tomaría dos pastillas juntas, el 2.3% tomaría cuatro pastillas juntas;

el 87.3% respondió que el condón si protege de contraer ITS / SIDA, el 6.6% talvez y el 3% no o no sabe por igual (Ver cuadro 3).

Las actividades de la población estudiada fueron las siguientes: El 53.6% acudían al Centro de Salud si tenían relaciones sexuales usando métodos anticonceptivos y tiene duda de un embarazo, el 43.6% acudía a un médico privado y el 2.6% a otros; el 72.6% consultaría con el personal de salud si el Método de Planificación elegido causaba molestias, el 24.3% cambiaría de método, el 2.6% descontinuaría el uso y el 0.3% nada; el 52.3% respondió que la persona más indicada para dar consejería de Planificación Familiar era un médico mujer, el 25% enfermera, el 17.3% médico varón, el 2% brigadista de salud, el 1.3% partera, el 1% médico o médica; el 50% opinó que el mejor método eran las inyecciones, el 23.7% la abstinencia, el 18.7% las pastillas, el 7.3% los condones, el 0.3% esterilización; el 74.3% opinan que ambos deben decidir si se usa o no un Método de Planificación, el 20.6% la mujer, el 4% el hombre y el 1% los médicos; el 41.3% contestó que el mejor momento para iniciar la Planificación Familiar es después del primer hijo, el 29.3% al casarse, el 24.6% antes de la primera relación sexual y el 4.6% después de la primera relación sexual; el 54% no tiene relaciones si no asistió a la cita de su programa de Planificación Familiar y no obtuvo el anticonceptivo, el 40.6% lo compra, el 2.6% no sabe que hacer e igual porcentaje se arriesga y tiene relaciones (Ver cuadro 4).

Las prácticas encontradas fueron las siguientes: El 59.6% usa otros métodos, el 18.6% no usa ningún método, el 17% usa inyecciones, el 1.6% usan condones y DIU en igual porcentaje y el 1.3% usa pastillas; el 98.7% sabe donde obtener Métodos de Planificación y el 1.3% no sabe; el 88% no salió embarazada utilizando algún Método de Planificación y el 12% salió embarazada utilizando algún Método de Planificación; el 78% se le ha explicado alguna vez los malestares leves que provocan las pastillas y a un 22% no se le explico (Ver cuadro 5).

Se observa una relación similar en cuanto al número de embarazos y el número de hijos vivos que actualmente tenían las mujeres encuestadas. (Ver Gráfico 1).

Se puede observar en el gráfico número 2 que el método anticonceptivo más utilizado en las mujeres de Palacagüina por primera vez no estaba dentro de las opciones presentadas a las mujeres en la encuesta; en segundo lugar predominaron los inyectables y el método menos utilizado fue el DIU (Ver Gráfico 2)

En el Gráfico 3 se observa que el espacio intergenésico deseado por las mujeres es de 53 meses, pero que en la realidad estas mujeres tienen un menor espacio intergenésico (Ver Gráfico 3).

Un gran porcentaje de las mujeres encuestadas manifestó que no deseaban tener más hijos, seguidas por las que deseaban otro hijo dentro de 3 ó 4 años, una minoría afirmó desear tener más hijos lo más pronto posible (Ver Gráfico 4).

La mayoría de las mujeres manifestó que no deseaban más hijos, otras deseaban tener un hijo, la minoría deseaba tener más de cuatro hijos (Ver Gráfico 5).

El 98.3% de las mujeres encuestadas tenían información sobre método anticonceptivos (Ver Gráfico 6).

El método más conocido por las mujeres fueron las pastillas, el segundo y tercer lugar encontramos los inyectables y condones (Ver Gráfico 7).

La mayoría de las mujeres obtenían su método de planificación familiar en el Centro de Salud, en segundo lugar están las que obtuvieron sus anticonceptivos en otros sitios, un porcentaje menor lo ocuparon las farmacias (Ver Gráfico 8).

Se puede observar que las personas que más información brindaron sobre métodos de planificación familiar a las mujeres encuestadas fueron las enfermeras, en tercer lugar se encontró el personal médico (Ver Gráfico 9).

**Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población encuestada para determinar los Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres del municipio de Palacagüina sobre los métodos de planificación familiar. Septiembre – Octubre del 2003.**

<b>Variables</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad *</b>		
15 a 19 años	36	12.0%
20 a 35 años	220	73.3%
36 a 49 años	44	14.7%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	41	13.7%
Acompañada	174	58.0%
Casada	85	28.3%
<b>Instrucción **</b>		
Analfabeta	24	8.0%
Primaria incompleta	105	35.0%
Secundaria incompleta	126	42.0%
Universitaria incompleta	39	13.0%
Universitaria completa	6	2.0%
<b>Profesión u oficio</b>		
Ama de casa	241	80.3%
Doméstica	20	6.7%
Técnica	14	4.7%
Profesional	9	3.0%
Estudiante	6	2.0%
Comerciante	5	1.7%
Obrera	3	1.0%
Artesana	2	0.7%
<b>Religión</b>		
Católica	219	73.0%
Evangélica	57	19.0%
Otra	2	0.7%
Ninguna	22	7.3%
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100.0%</b>

\* Promedio de la edad 26.2 años. (Desviación estándar = 6.5)

\*\* Promedio de instrucción 5.9 años. (Desviación estándar = 3.5)

**Cuadro 2. Historia sexual y reproductiva de la población encuestada para determinar los Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres del municipio de Palacagüina sobre los métodos de planificación familiar. Septiembre – Octubre del 2003.**

<b>Variables</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad de la menarca *</b>		
9 a 12	63	21.0%
13 a 15	203	67.7%
16 a 18	33	11.0%
19 a 20	1	0.3%
<b>Inicio de vida sexual **</b>		
18 y menos	209	69.6%
19 a 34	91	30.4%
<b>Edad del primer parto ***</b>		
13 a 15	18	6.0%
16 a 19	166	55.3%
20 a 35	103	34.3%
No han parido aún	13	4.3%
<b>Edad del uso de anticonceptivos****</b>		
13 a 15	12	4.0%
16 a 19	77	25.6%
20 a 35	153	51.0%
36 a 49	6	2.0%
No han usado	52	17.3%
<b>Número de hijos al iniciar uso de anticonceptivos *****</b>		
0	37	12.3%
1	121	40.3%
2	46	15.3%
3	16	5.3%
4 y más	28	9.3%
No han usado	52	17.3%
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100.0%</b>

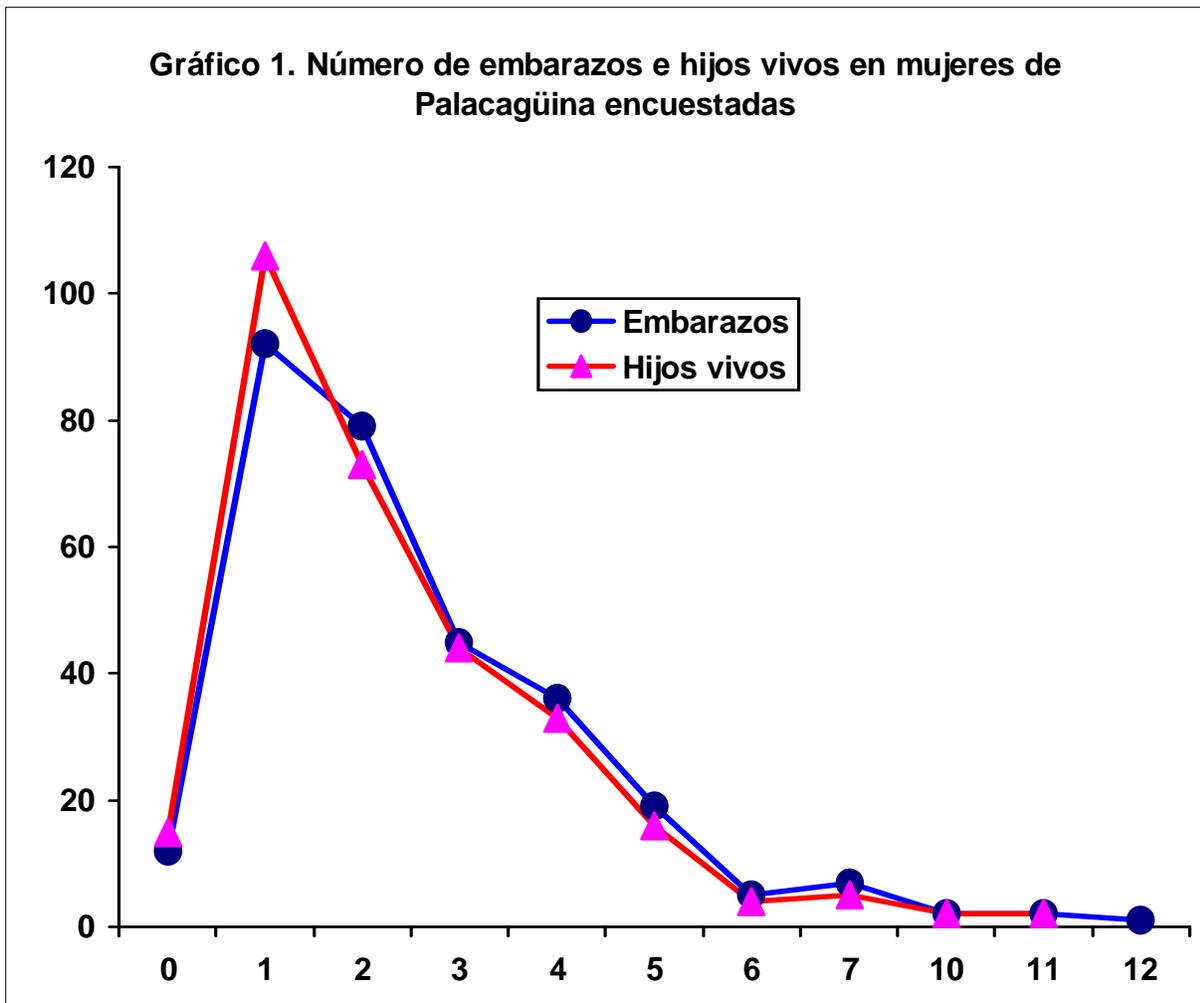
\* Promedio de la edad de menarca 13.7 años. (Desviación estándar = 1.4)

\*\* Promedio de la edad de IVSA 17.5 años. (Desviación estándar = 2.6)

\*\*\* Promedio de edad al primer parto 19.1 años. (Desviación estándar = 2.9)

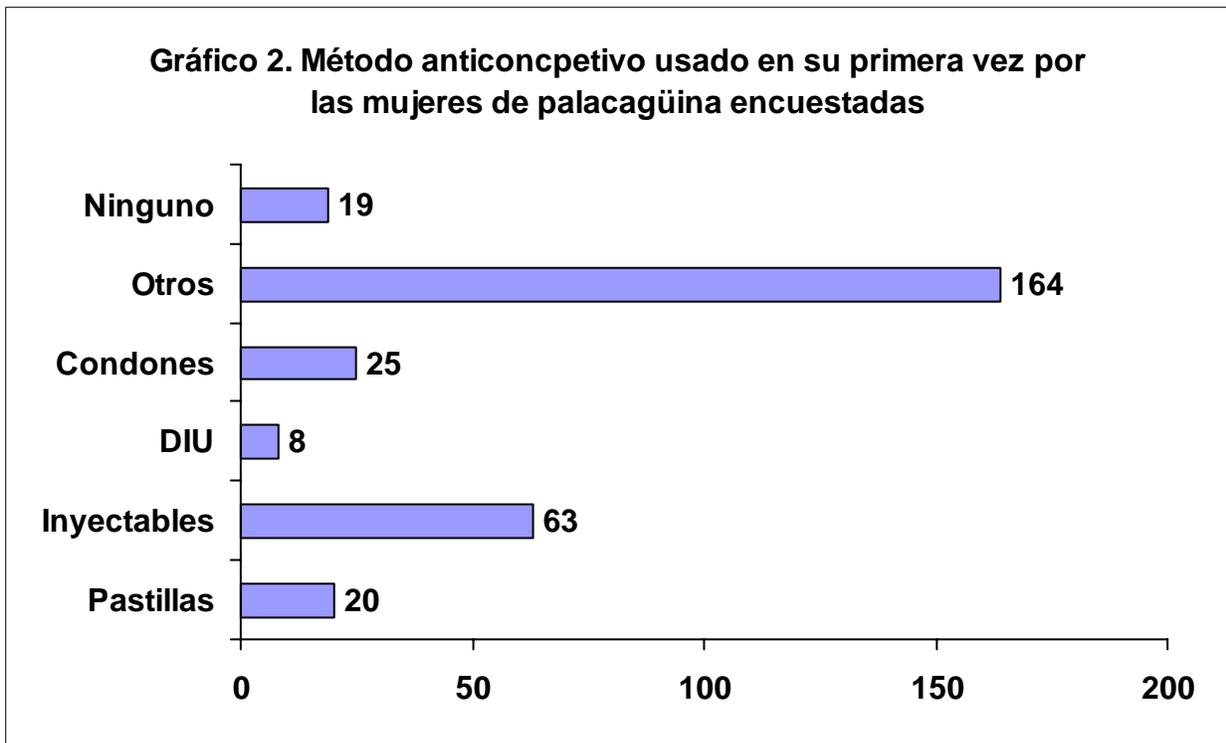
\*\*\*\* Promedio de edad al usar anticonceptivos 21.4 años. (Desviación estándar = 5.6)

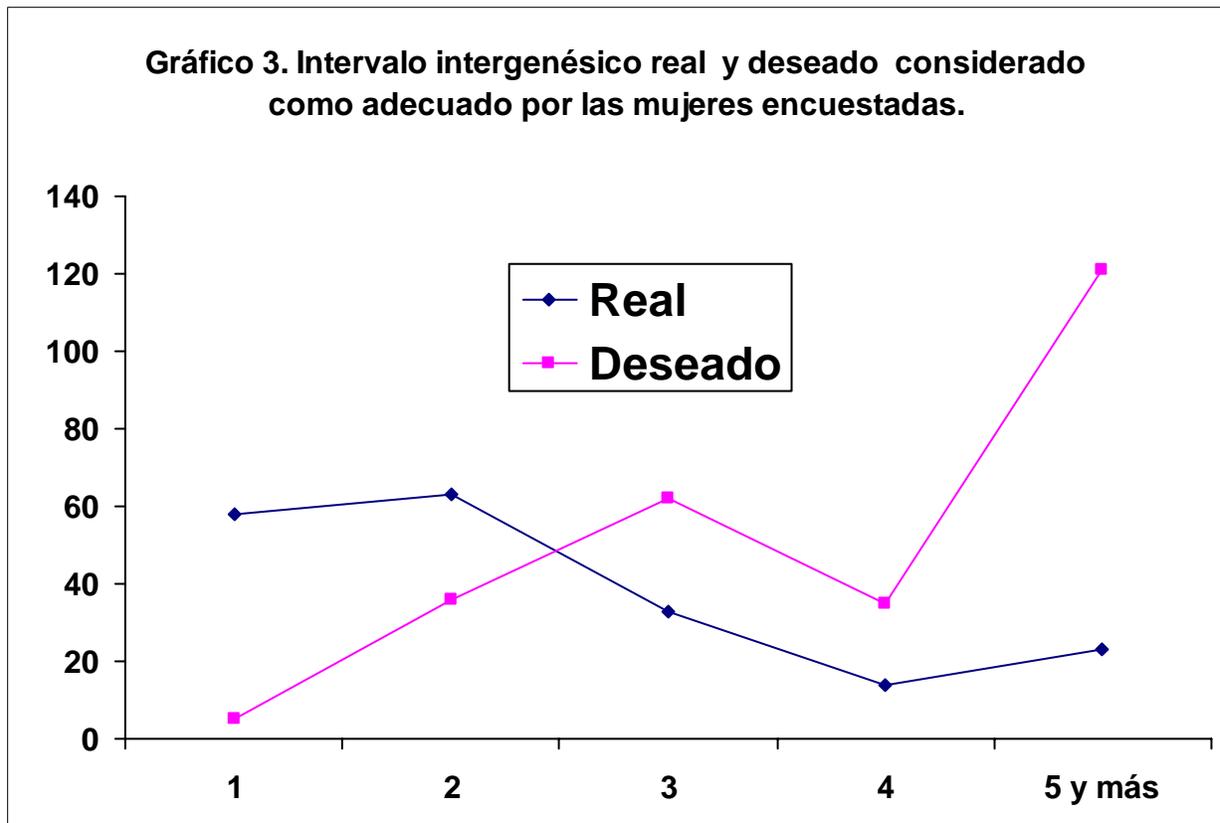
\*\*\*\*\* Promedio de hijos al usar anticonceptivos 1.4 hijos. (Desviación estándar = 1.7)



Promedio del número de embarazos 2.5. (Desviación estándar = 1.8)

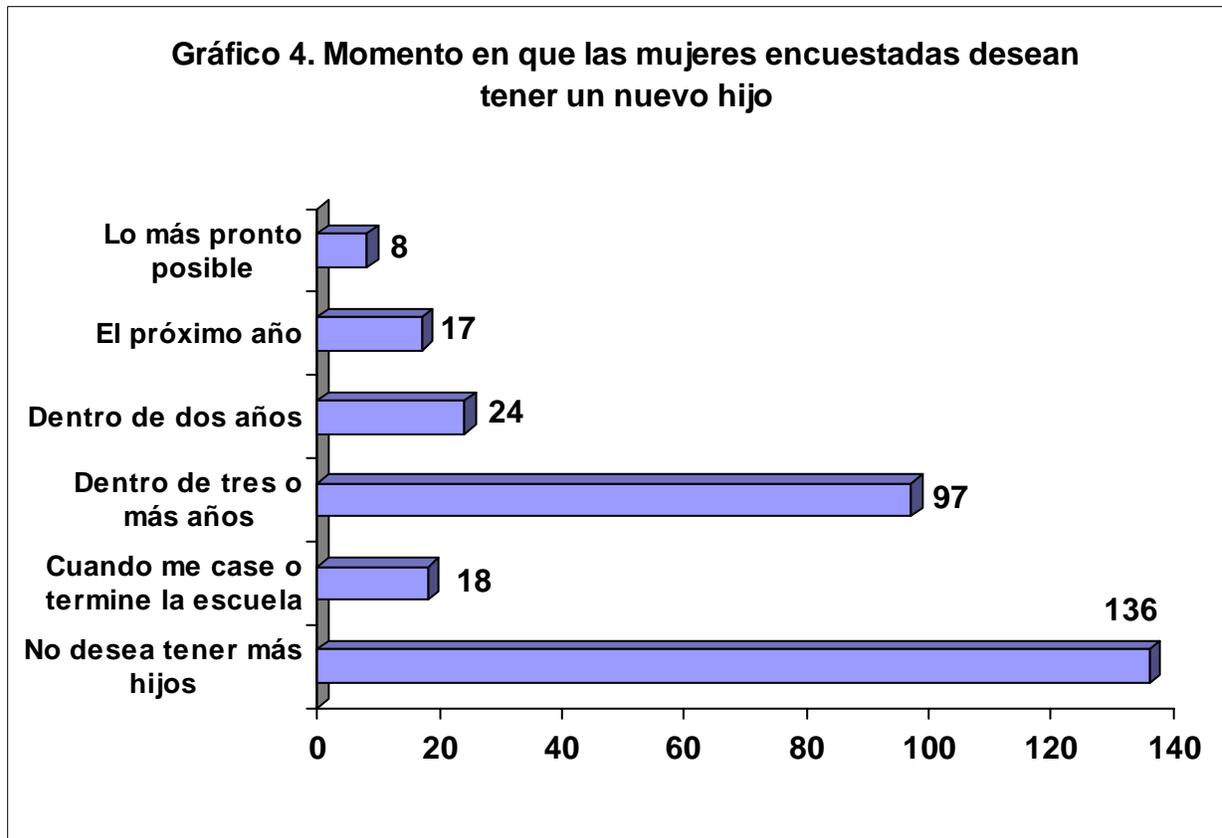
Promedio de número de hijos vivos 2.3. (Desviación estándar = 1.7)

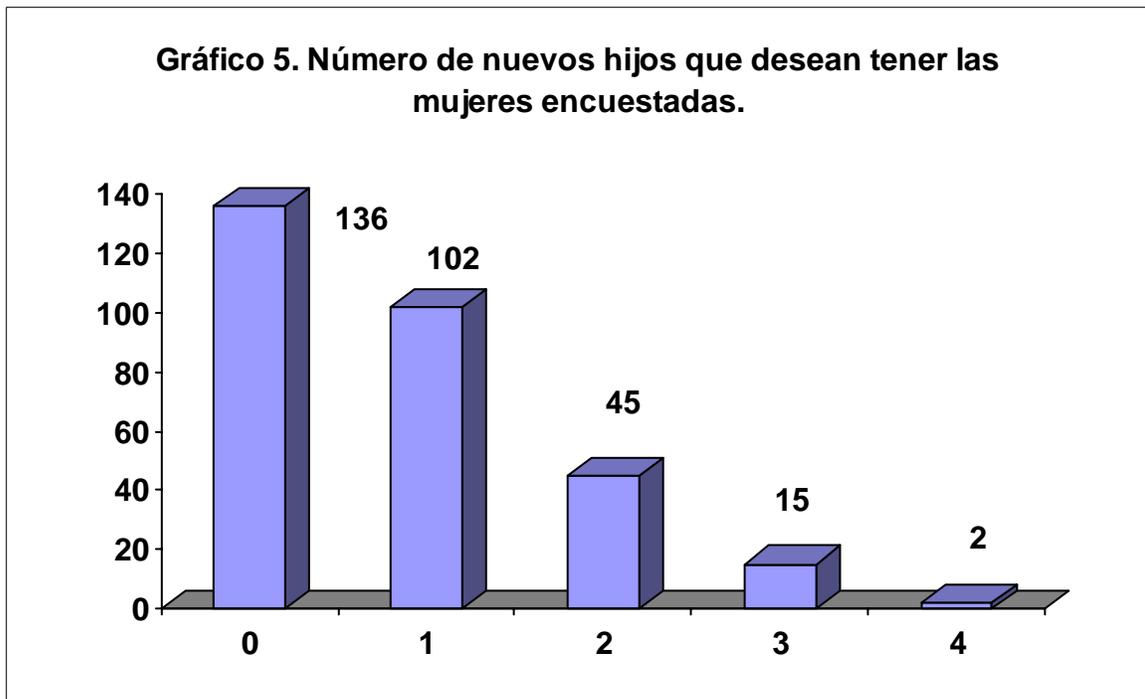




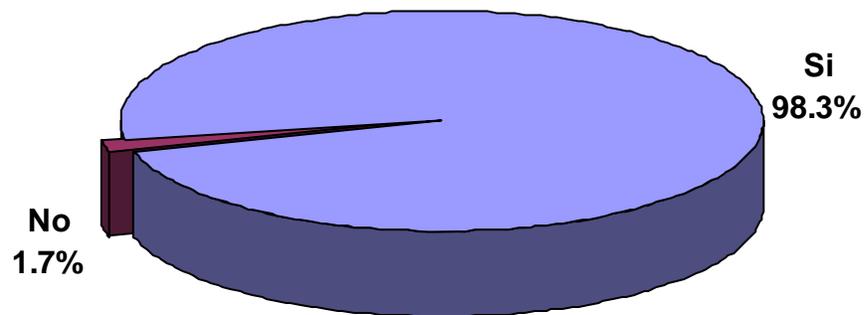
El promedio del espacio intergenésico encontrado por las mujeres que tienen más de un hijo fue de 28.2 meses con una desviación estándar de 19.7 meses.

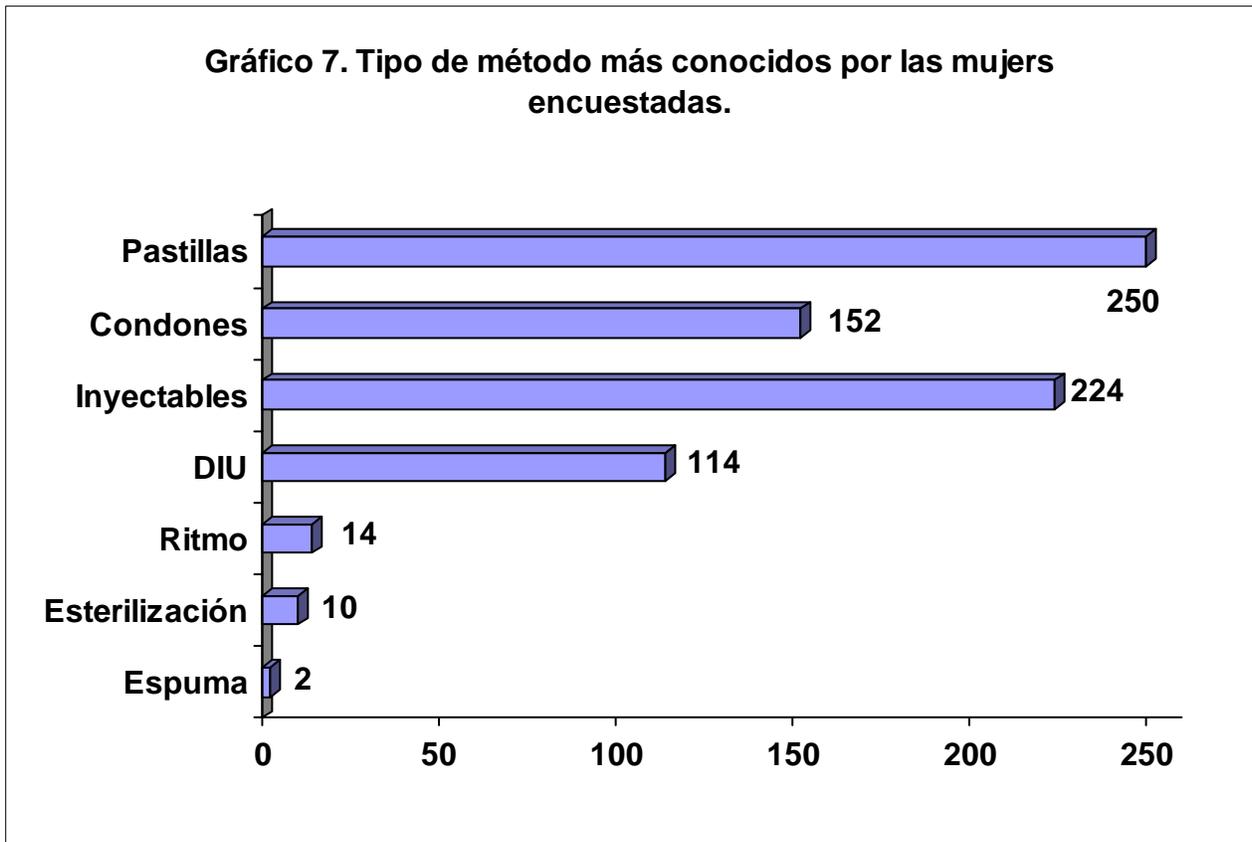
El promedio del espacio intergenésico deseado por las mujeres fue de 53.0 meses con una desviación estándar de 36.5 meses.





**Gráfico 6. Proporción de mujeres que han tenido información sobre métodos anticonceptivos**





**Cuadro 3. Conocimiento que la población encuestada del municipio de Palacagüina sobre los métodos de planificación familiar. Septiembre – Octubre del 2003.**

<b>Variables</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Métodos que mejor conoce</b>		
Inyecciones	153	51.0%
Pastillas	24	8.0%
Condomes	15	5.0%
Condomes	15	5.0%
Otro	87	29.0%
Ninguno	6	2.0%
<b>La planificación familiar sirve para:</b>		
Decidir cuantos hijos tener	138	46.0%
Decidir el momento de llegada de los hijos	95	31.6%
Evitar enfermedades sexuales	66	22.0%
No sirve para nada	1	0.3%
<b>Si se le olvida tomarse una pastilla para prevenir un embarazo ¿qué haría?</b>		
Tomaría la pastilla al acordarme	104	34.6%
Me tomaría dos pastillas juntas	84	28.0%
Me tomaría cuatro pastillas juntas	7	2.3%
No sé que hacer	105	35.0%
<b>El uso de condón lo protege de contraer ITS/SIDA?:</b>		
Si	262	87.3%
Talvez	20	6.6%
No	9	3.0%
No sabe	9	3.0%
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100.0%</b>

**Cuadro 4a. Actitudes que tiene la población encuestada del municipio de Palacagüina sobre los métodos de planificación familiar. Septiembre – Octubre del 2003.**

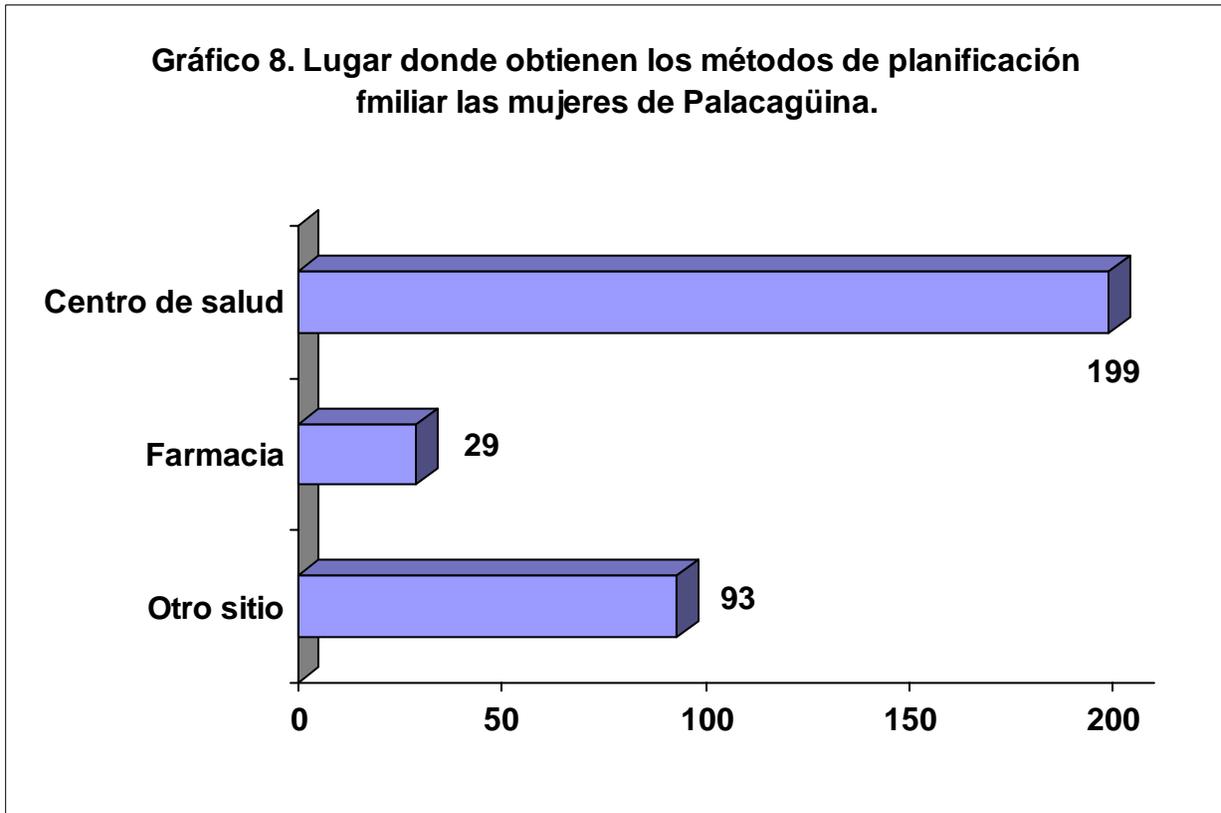
Variables	Número	Porcentaje
<b>Si tiene relaciones usando métodos anticonceptivos y tiene duda de un embarazo, ¿a quién acudiría?:</b>		
Centro de salud	161	53.6%
Médico Privado	131	43.6%
Otros	8	2.6%
<b>Si el método de planificación familiar que usted eligió le causa malestares, ¿qué haría?:</b>		
Consultaría con el personal de salud	218	72.6
Cambiaría de método	73	24.3%
Descontinuaría el uso	8	2.6%
Nada	1	0.3%
<b>La persona más indicada para dar consejería de planificación familiar:</b>		
Brigadista de salud	6	2.0%
Enfermera	78	26.0%
Médico mujer	157	52.3%
Médico o médica	3	1.0%
Médico varón	52	17.3%
Partera	4	1.3%
<b>El mejor método es:</b>		
Condomes	22	7.3%
Esterilización	1	0.3%
Inyecciones	150	50.0%
La abstinencia	71	23.7%
Las pastillas	56	18.7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100.0%</b>

**Cuadro 4b. Actitudes que tiene la población encuestada del municipio de Palacagüina sobre los métodos de planificación familiar. Septiembre – Octubre del 2003.**

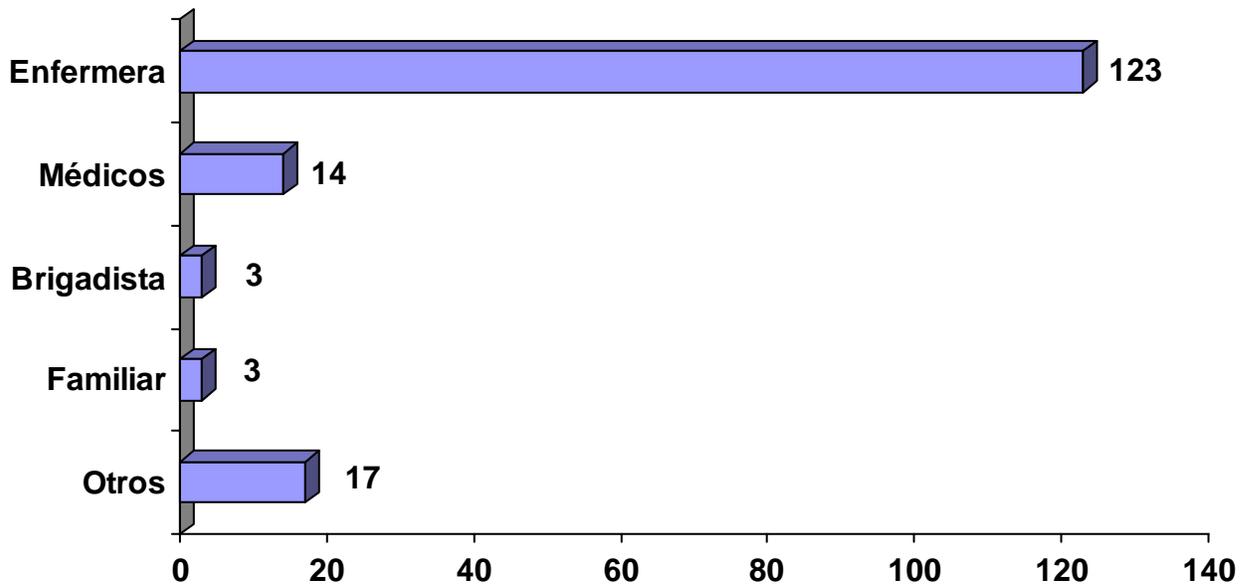
<b>Variables</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Quién debe decidir si se usa o no un método de planificación familiar?:</b>		
El hombre	12	4.0%
La mujer	62	20.6%
Ambos	223	74.3%
Médicos	3	1.0%
<b>El mejor momento para iniciar la planificación familiar es:</b>		
Al casarse	88	29.3%
Antes de la primera relación sexual	74	24.6%
Después de la primera relación sexual	14	4.6%
Después del primer hijo	124	41.3%
<b>Si no asistió a la cita de su programa de planificación familiar y no obtuvo el anticonceptivo, ¿qué hace?:</b>		
Lo compra	122	40.6%
No sabe	8	2.6%
No tiene relaciones	162	54.0%
Se arriesga y tiene relaciones	8	2.6%
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100.0%</b>

**Cuadro 5. Prácticas que tiene la población encuestada del municipio de Palacagüina sobre los métodos de planificación familiar. Septiembre – Octubre del 2003.**

<b>Variables</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>¿Qué método de planificación familiar usa actualmente?</b>		
Pastillas	4	1.3%
Condomes	5	1.6%
DIU	5	1.6%
Inyecciones	51	17.0%
Ninguno	56	18.6%
Otros	179	59.6%
<b>¿Actualmente sabe donde obtener métodos de planificación familiar?</b>		
No	4	1.3%
Si	296	98.7%
<b>¿Salió embarazada utilizando algún método de planificación familiar?:</b>		
No	264	88.0%
Si	36	12.0%
<b>¿Les han explicado alguna vez los malestares leves que provocan las pastillas?:</b>		
No	66	22.0%
Si	234	78.0%
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100.0%</b>



**Gráfico 9. Personas que les han explicados los malestares que provocan los métodos anticonceptivos a las mujeres de Palacagüina.**



## DISCUSIÓN

Las características socio-económicas de la población estudiada nos sugieren una situación de pobreza, caracterizada por un elevado índice de desempleo, baja educación y el 86.3% de la población estudiada ya tenía compañero sexual. En general la población es en alto porcentaje católica.

La historia sexual y reproductiva de la población estudiada reveló que la mayoría da inicio de su vida sexual activa antes de los 18 años (69.6%), de los cuales un 55.3% tuvo su primer hijo entre los 16-19 años aumentando la cifra de embarazos en adolescentes que viene a convertirse en un factor de riesgo, tanto para la madre como para el hijo, éstos datos confirman la magnitud del problema en salud reproductiva que vive nuestro país, similares a otros estudios ya realizados por diversos autores como los realizados por Carvajal en Poneloya y las Peñitas y Oviedo en Waslala.

El conocimiento sobre métodos anticonceptivo fue elevado, el 98% de las mujeres había escuchado sobre métodos de planificación familiar, los más conocidos fueron las pastillas, las inyecciones y los condones; lo cual se correlaciona con los datos reflejados en la encuesta ENDESA 98, donde prácticamente todas las mujeres de Nicaragua han oído hablar sobre planificación familiar y conocen los métodos mencionados.(15)

Al igual que en otros estudios se pudo observar que la población estudiada da inicio a su vida sexual y reproductiva a temprana edad, sin tener pleno conocimiento de planificación familiar, lo cual contribuye con embarazos no deseados a temprana edad e intervalos ínter-genésicos cortos, esto refleja un gran porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas de espaciar o limitar los nacimientos, lo cual sugiere una contradicción ya que se ha visto que la mayoría de las mujeres han escuchado sobre métodos de planificación familiar, pero fue hasta después de su primer hijo que empezaron a utilizarlos. Es bueno mencionar que el conocimiento no es suficiente para

cambiar los comportamientos, es importante la información constante y sobre todo el reforzamiento de los conocimientos con valores relativos a la planificación..

Otra contradicción se refleja en cuanto al método más utilizado por primera vez no es el método más conocido, esto se debe a la preferencia y comodidad de los inyectables., al mayor acceso de otros y al predominio de la promoción en las unidades de salud de los gestágenos. Es notable el hecho de que la mayoría sabe donde acudir por los métodos de planificación familiar prevaleciendo siempre el Centro de Salud; otro dato interesante que no se puede obviar es que fue el personal de enfermería quien mayor información brindó a las usuarias sobre las molestias que pueden producir los anticonceptivos.

## CONCLUSIONES

- 1) De las 300 mujeres encuestadas predominaron mujeres en etapas reproductivas óptimas de 20-35 años, la mayoría ama de casa o con oficios pobremente remunerados. La mayoría acompañadas con religión católica.
- 2) Inicio de la vida sexual activa temprana así como la edad del primer hijo antes de los 19 años, una pequeña proporción había usado algún método antes de los 19 años, se encontró un periodo intergenésico mayor de dos años. El inicio del uso de métodos de planificación es mayor después de haber tenido su primer hijo, después del cual no desean tener más hijos.
- 3) El 98.3% de las mujeres en edad fértil han oído hablar de métodos de planificación familiar y saben donde obtenerlos en el Centro de Salud del Municipio siendo los más conocidos, las pastillas, los inyectables y los condones. La mayoría de las mujeres en edad fértil prefieren ser atendidas por personal médico femenino, pero quienes les han brindado mayor información educación sobre los métodos de planificación familiar han sido el personal de enfermería.
- 4) Existe una proporción importante de mujeres con actitudes inadecuada hacia la práctica sexual cuando se olvidó toma de la píldora.
- 5) En cuanto a las prácticas en su mayoría las mujeres se encuentran planificando, una minoría del 12% señaló que han quedado embarazadas utilizando algún método de planificación familiar.

## RECOMENDACIONES

- 1) Promover que el personal médico asuma un rol más activo en la capacitación periódica y continua sobre los métodos de planificación familiar a todas las usuarias de los diferentes servicios que oferta el centro, en especial a las mujeres en edad fértil que asisten al programa de planificación familiar.
- 2) Satisfacer las necesidades en cuanto a cobertura de métodos planificación familiar a todas las mujeres del programa ofertándoles los diferentes métodos disponibles en el Centro de Salud, explicándoles uso, beneficios y riesgos y ofertándoles siempre la prevención de ITS y VIH.
- 3) Ofertar esterilización quirúrgica a todas las mujeres con paridad satisfecha.
- 4) Realizar promoción sobre salud reproductiva en general y, de planificación familiar en particular dirigido a todas las mujeres en edad fértil del Municipio de Palacagüina a través de los medios masivos de comunicación (Radio, Televisión, en cooperación entre el MINSA, MECD y las Parroquias asociadas a esfuerzos de ONG para enfrentar las problemáticas que presentan el Municipio en cuanto a planificación familiar).

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ministerio de Salud Nicaragua. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Octubre – 2003. Documento para la Consulta Interna Pág. N° 2, 3, 4
- 2) Oviedo, Javier E. Conocimientos, Aptitudes y Prácticas de la Población Adolescentes sobre Métodos de Planificación Familiar y del Personal de Salud Encargado de Ofertar Métodos de Planificación Familiar del Centro de Salud Fidel Ventura, Waslala – 2001. UNAN León. Pág. N° 9, 10, 11
- 3) Vallecillo Carvajal, Silvio Rafael. Conocimientos, Aptitudes y Prácticas sobre Métodos de Planificación Familiar en Mujeres de edad Fértil (MEF) de PoneLOYa y las Peñitas. León, Nicaragua. UNAN 1996.
- 4) Programa de Atención integral al a Adolescencia. Dirección General de Servicio de Salud. Ministerio de Salud, Normas de Planificación Familiar. Managua 1997. Editorial SOMARRIBA. Pág. N° 69-170
- 5) Johns Hopkins. La Salud Reproductiva esta en tus manos. 111 Market Place Suite 310, Baltimore M. D. 21202, USA. E-mail: poprepts@jhuccp.org
- 6) Dra. Blanca González, Sexualidad y Género. Departamento de Psicología Social. Universidad de Sevilla, España. El Taller de Ulises. Número 2/Mujer y realidad Sexual. 2002.
- 7) Ministerio de Salud de Nicaragua. Manual de Salud Reproductiva. Dirección General de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescentes. Managua 1996. Pág. N° 49-52

- 8) Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, ICAS 2002.  
www.icas.net/icas wet/adoles 2.htm. Pág. N° 2, 3
- 9) The American Callege of obstetricians and Gynew Logists. Women's Hucelth.  
Cure physicans. Adolescentes. Uso de Anticonceptivo; Pág. 1 –3. Año 2001.
- 10) Las condiciones de salud en las Américas. Volumen II OPS OMS. Edición 1994.  
Publicación Científica. N, 544. Pág. 335.
- 11) UNFPA. El estado de la población mundial 1999. Salud Reproductiva y  
Derecho Reproductivo. Capítulo N° 3 1999, Pág. 2. Disponible en:  
[ryanw@unfpa.org](mailto:ryanw@unfpa.org)
- 12) Instituto Nacional de Endocrinología. Departamento de Salud Reproductiva.  
Revista Cubana de Endocrinología 1999. Pág. 1, 4.
- 13) The American College of Obstetricians and Gynecologist. Avance sobre el  
Suministro de Anticonceptivos de Emergencia. Volumen 102, N° 1 July 2003.

# ANEXOS

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre método de planificación Familiar en Mujeres en Edad Fértil que asisten a Centro de Salud Haydee Meneses (Palacagüina) Septiembre- Octubre 2003.

---

**I DATOS GENERALES.**

Comunidad de Residencia.

Edad \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ (Grado o año aprobado.)

Profesión u Oficio. \_\_\_\_\_

Religión. \_\_\_\_\_

**II ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS.**

1.¿A que edad tuvo su primera menstruación?

2.¿A que edad tuvo su primera relación sexual?

3.¿Cuántos embarazos ha tenido?

4.¿Cuántos hijos vivos tiene?

5.¿A que edad tuvo su primer parto?

6.¿Que edad tenia usted al usar por primera vez anticonceptivos?

7.¿ Que método utilizo \_\_\_\_\_

8.¿cuántos hijos tenia entonces?

9.¿Si ha tenido más de un hijo ¿Cuánto tiempo transcurrió entre un embarazo y el otro?

Meses \_\_\_\_\_ o años \_\_\_\_

10.¿Cuánto tiempo cree usted que es lo mejor? \_\_\_\_\_

### III INTERESES REPRODUCTIVOS

¿Piensa usted tener mas hijos?

Lo mas pronto posible ( )

El próximo año ( )

Dentro de dos años ( )

Dentro de tres años ( )

No desea tener más hijos. ( )

Otro: cuando me case ( )

Cuando termine la escuela ( ).

¿Cuántos hijos más quiere tener?

### IV CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN SEXUAL.

1. ¿Ha oído hablar sobre métodos de planificación o cosas para evitar hijos? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es el método de planificación familiar que más ha escuchado para la prevención de embarazo?  
 Pastillas \_\_\_\_\_ Condones o preservativos. \_\_\_\_\_  
 El aparato, T de cobre \_\_\_\_\_ Método de ritmo. \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ Menciones \_\_\_\_\_
3. ¿que métodos de planificación mejor conoce?  
 \_\_\_\_\_
4. La Planificación familiar para usted sirve para:  
 Decidir el momento de llegada de los hijos. \_\_\_\_\_  
 Decidir cuantos hijos tener. \_\_\_\_\_  
 Evitar enfermedades sexuales. \_\_\_\_\_  
 No sirve para nada \_\_\_\_\_
5. Si se le olvida tomarse una pastilla para prevenir un embarazo, que haría?:

Tomaría la pastilla al acordarme y continuaría la toma del día normal a la misma hora. \_\_\_\_\_

Me tomaría las dos pastillas juntas al momento de acordarme. \_\_\_\_\_

Me tomaría cuatro pastillas juntas para que me protejan más. \_\_\_\_\_

No se que hacer. \_\_\_\_\_

6) ¿El uso del condón lo protege cree usted de ITS- o del SIDA?

SI -----NO-----Tal vez----- No se-----

## V ACTITUDES

1) SI tiene relaciones usando métodos anticonceptivos y tiene la duda de un embarazo a quien acudiría.

-----.

2) Si el método de planificación familiar que usted eligió le causa malestares que haría:

Consultaría con el personal de salud.-----

Cambiaría de método.-----

Descontinuar el uso-----

Nada-----

3).Que cree usted que es la persona mas indicada para dar consejería de planificación familiar.

Medico varón.-----.

Medico mujer-----

Enfermera-----

Brigadista de salud -----

Partera-----

4) El mejor método de planificación familiar es:

La abstinencia-----

Las pastillas-----

Condomes-----

Inyecciones-----

5) En la pareja quien cree usted que debe decidir si se usa o no-método de planificación familiar.  
?

Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_ Padres \_\_\_\_\_ Médicos \_\_\_\_\_

6) El mejor momento para iniciar la planificación familiar es:

Al casarse-----

Después del primer hijo-----

Después de la primera relación sexual-----

Antes de la primera relación sexual.-----

7) Si no asistió a la cita de su programa de planificación y no obtuvo el anticonceptivo que hace:

No tiene relaciones-----

Lo compra-----

Se arriesga a un embarazo teniendo relaciones-----

## VI. PRACTICAS

1) ¿Que método de planificación familiar usa actualmente?

2) ¿Actualmente sabe donde obtener métodos de planificación familiar?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí, diga a donde \_\_\_\_\_

3) ¿Salió embarazada utilizando algún método de Planificación Familiar SI ( ) que método? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_?

4) ¿Les han explicado alguna vez los malestares leves que provocan las pastillas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es sí, quien o quienes: \_\_\_\_\_