

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas – León



Tesis para optar al título de:

“Doctor en Medicina y Cirugía”

Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tiene el Personal Médico y de Enfermería del Primer Nivel de Atención en Salud acerca de la Planificación Familiar en el Departamento de Carazo en el período de Mayo-Septiembre 2009

Autoras:

Br. Marisol del Carmen Gonzales Hernández.

Br. Tania Lucia Gradys Velásquez.

Tutor: Dr. Juan Almendárez.

Máster en Salud Pública.

Carazo, Nicaragua 2009.

DEDICATORIA

A DIOS:

Principio supremo del Universo por darnos la vida y ser la Luz radiante que ilumina nuestro sendero, nos brinda sabiduría y aleja la ignorancia.

A LA VIRGEN MARIA:

Madre de Jesús y nuestra que nos acompaña en cada momento de nuestra vida nos brinda su amor divino, protección, sabiduría y fortaleza.

A NUESTRAS MADRES:

Por su amor infinito, entrega, dedicación, apoyo incondicional e inagotable durante toda la vida.

Por su colaboración en nuestra formación profesional, siendo nuestra fuente de alegría y deseo de superación.

A LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS:

Nuestra Alma Mater por habernos acogido, somos el producto de sus enseñanzas.

“NUESTRA FORMACIÓN NO CULMINA AQUÍ, ES APENAS UN PASO MÁS EN NUESTRO DIARIO DE VENIR”.

AGRADECIMIENTO

A nuestro tutor Dr. Juan Almdares, por su dedicación, guía, paciencia, comprensión, Interés y apoyo que nos brindo durante todos estos años de estudio, transmitiéndonos los conocimientos necesarios en nuestra formación diaria.

Al SILAIS Carazo por permitirnos realizar nuestro trabajo en sus unidades.

A todos los médicos y enfermeras que laboran en los Centros y Puestos de salud de Atención Primaria.

RESUMEN

Se realizó un estudio donde se determinó Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Personal Médico y Enfermería del Primer Nivel de Atención en Salud acerca de Planificación Familiar del Departamento de Carazo de Mayo - Septiembre 2009. Con los siguientes objetivos: Describir las características generales del Personal de Salud. Determinar Nivel de Conocimiento del Personal de Salud sobre la Planificación Familiar. Valorar Actitud del Personal de Salud ante los diferentes Aspectos del Programa de Planificación Familiar. Determinar Principales Prácticas sobre Planificación Familiar en Población de Estudio. El estudio fue descriptivo, corte transversal. Con un universo de 160 recursos asistenciales. La fuente de información primaria por cuestionario con preguntas cerradas. El Análisis de información se realizó a través de epi-info versión 3.3.2. El conocimiento se evaluó mediante escala de valores (58 – 65 = Excelente, 52 – 57 = Muy bueno, 45 – 56 = Buena, 39 – 44 = Regular, 0 – 38 = Deficiente). La actitud a través de la escala de Likert con una puntuación (5-15) favorable y (16-25) desfavorable, prácticas se evaluaron según funciones del personal en adecuadas e inadecuadas. Obteniéndose como resultados: médicos 31.45% y enfermeras 31.1% predominando muy buen conocimiento, las auxiliares el bueno y deficiente con el 25.7%. La actitud fue favorable en los médicos 92.2%, enfermeras 72.9% y auxiliares 80%. Prácticas obtuvo más del 70% consideradas adecuadas. En conclusión el personal de salud de Carazo tiene buen nivel de conocimiento, actitud y práctica en planificación familiar. Por lo que recomendamos dar seguimiento evaluativo al personal y Fomentar las capacitaciones continuas del personal que atiende el programa de Planificación Familiar, estimular al personal el interés por mantener y seguir mejorando su actitud.

INDICE

1. INTRODUCCION.....	1
2. ANTECEDENTES	4
3. JUSTIFICACION.....	7
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
5. OBJETIVOS.....	9
6. MARCO TEORICO.....	10
7. MATERIAL Y METODO.....	27
8. RESULTADOS.....	30
9. DISCUSION.....	34
10.CONCLUSIONES.....	37
11.RECOMENDACIONES.....	38
12.BIBLIOGRAFIA.....	39
13.ANEXOS.....	42

1. INTRODUCCIÓN

El poder posponer la llegada del primer hijo permite la oportunidad a la pareja de solidificar sus vínculos de unión. El decidir sobre el número de hijos de acuerdo a un plan familiar ofrece la oportunidad a ambos miembros de la pareja de mantener otros intereses profesionales, educativos, artísticos, sociales y culturales que hacen la vida más plena al lograr un mayor progreso personal.

La planificación permite procrear a los hijos en el momento más favorable para la condición de la familia, con el espaciamiento necesario y el número adecuado en relación a las posibilidades de los padres y las necesidades de los hijos ya nacidos. Por lo tanto el presupuesto de familias planificadas no solo tiene más probabilidades de sobrevivir sino que también es más posible de que gocen de una niñez saludable y feliz, puedan asistir a la escuela y crecer en un ambiente que les proporcione mejores perspectivas para su vida futura.⁽¹⁾

Nicaragua, con 4 millones de habitantes presenta un crecimiento poblacional verdaderamente acelerado. Su tasa de incremento demográfico es la más alta del Continente Americano y al ritmo actual duplicará el número actual de sus habitantes en menos de 20 años. Su población es altamente dependiente ya que cerca del 45% de los nicaragüenses es menor de 15 años. Lo que ocasiona un problema de salud pública ya que a pesar que el Ministerio de Salud actualmente cuenta con métodos de planificación, estos no serán suficientes para abastecer las unidades de salud ante el crecimiento acelerado de la población, por lo que no estará preparado para dar respuesta a las demandas de la misma.

Sin embargo en la información más recientes se encontró un claro descenso de la fecundidad a lo largo, probablemente, de las dos últimas décadas o más, (Censos de población de 1995 y 2005, Encuesta sobre Salud Familiar 92-93, ENDESA 1998 y ENDESA 2001), esta tendencia a la baja es corroborada por ENDESA 2006/07, lo que constituye una oportunidad única, pero a medida que disminuye la natalidad, se producen cambios que implican un incremento del aporte de los adolescentes (25% de los nacimientos registrados) a la fecundidad y está a edades cada vez más temprana; Por lo tanto un aumento significativo de la proporción de personas en edades activas (de 15 años a 64 años).

Así mismo el uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado hasta en un 20% en mujeres unidas 15 a 49 años, en los últimos 5 años llegando en 1998 hasta el 60% y en las mujeres no unidas pero sexualmente activas hasta 61.7%, siendo el total de uso de algún método anticonceptivo reportado para todas las mujeres del 40.8%.⁽³⁾ Lo que está en correspondencia con la disminución de la fecundidad.

Se ha encontrado que en el Departamento de Carazo la fecundidad ya opera al nivel de reemplazo o muy cerca de ello, entre 2.1 hijos por mujer según ENDESA 2006/07, lo que muestra un evidente descenso de la fecundidad de más de un hijo en comparación con las ENDESAS anteriores (3.3-2.7 hijos).⁽⁴⁾

Por tal razón la importancia del conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte del personal Médicos y de Enfermería los hace responsable de la tarea de ofertarlos e indicarlos de forma correcta permitiendo constituir una práctica eficaz para contrarrestar el riesgo reproductivo, brindando una adecuada consejería consciente de los benéficos personales y sociales que trae la planificación familiar. Estos conocimientos y conciencia sobre todo en el personal de salud son la clave para el éxito de un programa.⁽⁵⁾

En este contexto el Ministerio de Salud en el marco de las reformas del sector en 1990, procede a la creación de los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud, dentro de los cuales ha adoptado una posición de activa promoción de los servicios con acciones encaminadas en mejorar la calidad y la cobertura de los programas basándose, entre otros aspectos, en la capacitación del personal de salud prestador de los servicios que permita brindar una atención integrada y de calidad, ampliando el abanico de ofertas de métodos anticonceptivos.⁽¹⁾

La Norma de Planificación Familiar expresa por tanto el compromiso con una población cuyas necesidades en planificación familiar distan mucho de encontrarse satisfechas ⁽¹⁾. Este compromiso se llevara a cabo cuando se garantice que los servicios que se ofrecen son de buena calidad, lo que significa que se respeta la dignidad de las personas, son accesibles, se ofrece un rango amplio de opciones seguras y efectivas, existe un servicio de consejería y de seguimiento que ofrece información confiable y aclara dudas a fin de facilitar la libre elección de un método o su cambio cuando no se está a gusto con el actual. ^(1,5)

Lo antes mencionado nos indica que entre las funciones más importantes del Médico y de las Enfermeras están las de Promoción y Prevención de la Salud; cae en este campo la Planificación de la Familia de ahí la importancia del manejo de este tema. La cual debe lograrse con la participación libre, consciente y voluntaria de las parejas, para lo que se imponen que los individuos tengan una adecuada educación sexual; donde el Médico y las Enfermeras desde sus diferentes puestos de trabajo pueden contribuir con ello. ⁽⁵⁾

2. ANTECEDENTES

Desde los tiempos más remotos del ejercicio de la medicina, al médico se le ha formado la conciencia de la necesidad de justificar éticamente su actuación profesional, a partir del conocimiento y comprensión de la dimensión moral que ella entraña. De igual forma desde que la Enfermería se constituyó en una profesión sanitaria, esta necesidad afecta también a estos profesionales de la salud.⁽⁵⁾

A la práctica de la medicina, en su devenir histórico, le ha sido necesario evidenciar resultados satisfactorios de su quehacer;⁽⁵⁾ Para ello se ha venido realizando una serie de estudios en donde se toman en cuenta aspectos de la práctica médica fundamentado en los conocimientos adquiridos y valores morales que garantizan el uso de los servicios de salud, en este sentido el MINSA a través de los años y con apoyo de las diferentes escuelas de Medicina y Enfermería han evidenciado el desempeño del personal de salud en los diferentes servicios de Atención Primaria principalmente en el Programa de Atención Integral a la Mujer, siendo en este aspecto la Planificación Familiar uno de los temas más estudiados.

En relación a la planificación familiar existen investigaciones realizadas en diferentes departamentos del país en donde se ha valorado los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Médicos y Enfermeras que brindan atención en este servicio los cuales tienen orientación específica en ciertos temas del mismo; sin embargo, en nuestro estudio se presenta una limitación ya que en el SILAIS Carazo no se han encontrado trabajos en base a las funciones que estos recursos deben desempeñar dentro del mismo, pero si en determinados aspectos relacionados con este.

En un estudio realizado por el MINSA en el Personal de Salud del Primer Nivel de Atención de los Departamentos de Boaco, Managua y Jinotega en el año 1996, se determinó que tanto médicos como enfermeras tienen conocimientos insuficientes sobre las normas de atención integral a la mujer, siendo el personal médico el menos actualizado en los temas de planificación familiar en relación con las enfermeras.⁽²¹⁾

Según Medina Y. en un estudio que realizó en marzo del año 2000 en unidades de salud del SILAIS- León, el personal de enfermería conoce mejor que los médicos el concepto de salud sexual y reproductiva con enfoque de género y de métodos de planificación familiar.

En este mismo año durante el mes de Septiembre en los Centros de Salud de Managua Alemán María A. y Arguello Ariel., al estudiar al personal médico sobre métodos de planificación familiar concluyeron que la mayoría de los recursos tienen un nivel de conocimiento medio, seguido del grupo que se ubica en el nivel alto y solo una minoría se encuentra en el nivel bajo. ^(7,8)

En este mismo aspecto al abordar la anticoncepción de emergencia en las unidades de salud del SILAIS Carazo, Zúniga Elizabeth., en diciembre 2004 determina que el conocimiento en general del médico es regular, sin embargo en relación al mecanismo de acción y reacciones adversas es malo. ⁽⁹⁾

En otro estudio realizado por Padilla O, Aracelly., y Montenegro T, Luis., en el 2007 sobre Conocimientos del Examen Clínico de mamas en el Personal Médico y de Enfermería de los Centros de Salud del SILAIS Chontales demostró que en estos recursos el nivel que más predominó fue el regular encabezados por los médicos especialistas seguidos de las licenciadas, los médicos en servicios social, auxiliares y por ultimo médicos generales. ⁽²²⁾

En los estudios antes mencionados también se valoró la actitud que presenta el personal de salud en distintos aspectos de la Planificación Familiar y se determinó que en el SILAIS-León existe una actitud positiva y se asegura que el éxito de un programa se basa en el recurso humano y la satisfacción de este en el trabajo.

De igual forma en las unidades de salud del SILAIS- Carazo los médicos tienen una actitud favorable frente a la anticoncepción de emergencia lo cual está determinado por elementos cognitivos, afectivos y conductuales de los mismos. ^(7,9)

Como se sabe la Consejería en planificación familiar juega un papel determinante en el control de la fertilidad y la disminución de la Morbi- mortalidad Infantil; en el estudio antes mencionado sobre Consejería en Planificación familiar a las usuaria de las Unidades de Salud de Managua en 1999, la calidad de atención de esta fue

categorizada como buena con un 65% dado a la experiencia y capacitación recibida en esta área, siendo otros profesionales de la salud y enfermeras los que brindan mejor consejería con el 80% y 72% respectivamente, mientras que las auxiliares de enfermería y los médicos obtuvieron los porcentajes más bajos 23.5% y 21.2% de los casos. ⁽⁶⁾

Los resultados obtenidos por Medina Y, en el estudio realizado en León donde se valoró las prácticas del personal de salud en el año 2000, calificó a estas como regulares ya que a pesar que el 80% de los médicos saludaban al iniciar la consulta y mantenían una postura y gestos agradable sin un clima de confianza, no verificaban la verificación de la información dada, no evaluaban en conocimiento de la usuaria por lo consultado a fin de no aumentar el tiempo de la consulta, sin oportunidad a las usuarias de hacer preguntas limitándose a tratar solamente la patología sin tener en cuenta el contexto integral de la misma. ⁽⁷⁾

En relación a Carazo, el estudio realizado por la Zúñiga Elizabeth en el año 2004 sobre la Anticoncepción de Emergencia hace mención al tiempo de duración de la consulta de Planificación Familiar, donde 62.5% del tiempo de atención es de 15-20 minutos que es el tiempo prescrito según la norma para brindar una adecuada consejería, sin embargo el hecho de que la mayoría hace uso del tiempo correcto, no significó que esta haya sido de calidad pues ENDESA 2001 encontró para este departamento que el 17.3% de las mujeres que acuden a un establecimiento de salud no había recibido consejería, en este estudio se demostró que los médicos de atención primaria tiene prácticas regulares. ⁽⁹⁾

En el estudio realizado en el personal de médico y de enfermería por los bachilleres Padilla y Montenegro sobre las prácticas en el Examen Clínico de mamas en Abril del 2007 en el SILAIS de Chontales, se determinó que el personal tiene prácticas regular y que existen factores en común que limitan esta acción, el primero es el factor tiempo necesario, para realizarlo debido a la gran demanda de la consulta de morbilidad general en los centros de salud. El segundo factor es la demanda espontánea del examen de mamas es particularmente nula lo que contribuye a una insuficiente realización del examen clínico de mamas. ⁽²²⁾

3. JUSTIFICACIÓN

Sabemos que la educación persigue cambios en la conducta, y para ello debe seguir una metodología que fomente la creatividad, el sentido crítico, la capacidad de pensar, que permita identificar, y resolver los problemas y promueva la participación social. De esta manera, la transformación en el comportamiento reproductivo se realizara por convicción individual, resultado de la toma de conciencia sobre la función que todos y cada uno debe desempeñar en el mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva.

Para poder desarrollar este proceso educativo, es importante que el educador tenga un amplio conocimiento sobre sexualidad y métodos de regulación de la fecundidad, además de manejar las técnicas participativas que le permitan desarrollar en las parejas la capacidad de conocer sus características psicológicas, biológicas y socioeconómicas, poder manifestar su deseo de descendencia y determinar el mejor momento para reproducirse utilizando el método anticonceptivo más adecuado.

Por tales razones por medio del presente trabajo queremos asegurarnos de que el personal que suministra servicios de Planificación Familiar tenga la información adecuada a su nivel de competencia que le permita, a través de la consejería y la educación en salud, ofrecer la información oportuna y adecuada a los individuos, las parejas y la comunidad con el fin de mejorar la calidad de vida y la salud de la población nicaragüense.

Además consideramos que este estudio es útil no solamente como contribución al conocimiento de lo que está ocurriendo a nivel de Atención Primaria en Salud; sino también constituye la base para la planificación de intervenciones con el fin de mejorar el desempeño del personal de salud en el Programa de Planificación Familiar encaminado a promover un sistema de vigilancia que controle y regule las prácticas inadecuadas en relación a la aplicación de los Métodos Anticonceptivos principalmente en los(as) adolescentes en donde una inapropiada indicación de los mismos podría tener consecuencias en la vida sexual y reproductiva de estos.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Planificación Familiar que tiene el Personal Médico y de Enfermería del Primer Nivel de Atención en Salud?

5. OBJETIVOS

General

Determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tiene el Personal Médico y de Enfermería acerca de la Planificación Familiar del Primer Nivel de Atención en Salud del Departamento de Carazo.

Específicos

1. Describir las características generales del Personal Médico y de Enfermería.
2. Determinar el Nivel de Conocimiento del Personal de Salud sobre la Planificación Familiar.
3. Valorar la Actitud del Personal de Salud ante los diferentes aspectos del Programa de Planificación Familiar.
4. Determinar las principales Prácticas sobre Planificación Familiar en la población en estudio.

6. MARCO TEÓRICO

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.⁽¹⁰⁾

En Nicaragua, la Ley General de Salud en su reglamento establece: en el título VII modelo de atención integral en salud, capítulo II, sección 1 y 2, artículo 49-52; para el Primer y Segundo Nivel de Atención la Planificación Familiar es parte del Paquete Básico de Servicio de Salud a los niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.⁽¹⁾

Algunos puntos a tomar en cuenta, giran en torno a la cultura social; conducta sexual; la calidad en la prestación de servicios de salud; las normas sociales; los códigos de valores acerca de la sexualidad, la fertilidad y los roles de género y el ambiente político y económico, porque son factores que influyen decisivamente sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Ningún método contraceptivo puede funcionar bien para todas las mujeres y en todas las etapas de su vida, por lo que deberán ofertarse un número lo más amplio posible de métodos.

Las mujeres usuarias de los métodos se preocupan por las consecuencias que pueda traer el uso de estos métodos para su salud, incluyendo las repercusiones sobre el deseo sexual, y el bienestar físico y emocional, aspectos ambos que, por otra parte, han tenido poco impacto entre los investigadores y los prestadores de servicios.

Para que un método este realmente disponible, este debe cumplir una serie de condiciones, entre las que se incluyen puntos de distribución fácilmente accesibles, horarios apropiados para una gran mayoría de mujeres, personal adecuadamente entrenados en la consejería y el manejo del método en cuestión; este pueda ser costado desde el punto de vista económico.⁽¹¹⁾

La consejería u orientación en planificación familiar es el procedimiento mediante el cual una persona evalúa los conocimientos de planificación familiar de otra persona y/o su pareja, proporcionando información adicional según sea necesario, contribuyendo a una toma de decisión satisfactoria. En consecuencia, la consejería en planificación familiar es un proceso de documentación en dos direcciones y se caracteriza por un intercambio de información y de opiniones, discusión y deliberación. ⁽¹²⁾

Por tanto consideramos la importancia de definir los siguientes términos a fin de tener una mejor comprensión del tema en estudio.

6.1 Conocimientos:

Los investigadores de la memoria humana han considerado la utilidad de dividir un examen de memoria siguiendo el proceso de los ordenadores: Adquisición o entrada, almacenamiento y recuperación, de tal forma que para hacer memoria, la información nueva debe de ser integrada al sistema, ser almacenada y además recuperada cuando se necesite. Estas teorías son recogidas en el MODELO MODAL. Podemos decir que este organizador aunque muy antiguo proporciona una forma muy práctica de explicar el proceso de la memoria. ⁽³⁾

En este sentido la información ingresa al sistema mediante la percepción de los sentidos. El cerebro humano tiene un Sistema de Tenencia que mantienen brevemente estos estímulos, de tal manera que pueden ocurrir análisis preceptuales. ⁽¹³⁾

Mediante la atención y la repetición de la información el cerebro puede activar la memoria de corto plazo. En este nivel la información es recordada en Trozos significativos que a su vez pueden ser re-codificada en trozos más grandes y/o con mayor significado. ⁽³⁾

Mediante la exposición prolongada a información, el que aprende puede re-codificar y re-categorizar información en trozos significativos, que pueden ser depositados en la memoria a Largo Plazo formando parte de la estructura cognoscitiva del individuo. Es importante reconocer que en cada nivel de almacenamiento se encuentra estrechamente entrelazada con el nivel superior de almacenamiento proporcionando

reconstrucción, en-codificación, recuperación y elaboración de conocimiento nuevo.
(3)

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término conocimiento se usa en el sentido de hecho, información y concepto; pero también como comprensión y análisis; la especie humana ha progresado en la medida que ha acumulado las experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar.

Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda a las actitudes creencias y prácticas.

Es aquí en donde entran en función los productos primarios del conocimiento: Las sensaciones que constituyen la forma más elemental del conocimiento, la percepción que es la integración del sistema de sensaciones, y las representaciones que son huellas de las percepciones que se conservan debido a la plasticidad del cerebro.

Tanto las sensaciones como las percepciones y representaciones son formas primarias o elementales del conocimiento, por tanto no revelan la esencia de los objetos y fenómenos. Es eso que este trabajo se trata de analizar la importancia de los Métodos Modernos que el médico y el personal de enfermería requieren para su desempeño en el Programa de Planificación Familiar.

6.1.1 Métodos Anticonceptivos

Cuando se habla de métodos anticonceptivos nos estamos refiriendo a los que se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente, con el fin de evitar embarazos no deseados. Estos métodos se clasifican en: Métodos Femeninos y Métodos Masculinos los que a su vez se dividen en temporales y permanentes.

6.1.1.1 Métodos Anticonceptivos Femeninos

Existen métodos naturales para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de la fase fértil e infértil del ciclo menstrual de la mujer. Entre estos tenemos: ritmo/calendario o de Ogino-Knaus,

temperatura corporal basal o método térmico, del moco cervical o de Billings, palpación cervical y método sintotérmico. Actúan cuando la pareja evite o interrumpa el coito durante los días fértiles del ciclo menstrual de la mujer.

Entre sus ventajas tenemos que no tienen efectos adversos en la salud de la mujer ni del hombre, algunos no tienen ningún costo económico y otros lo tienen muy bajo, promueven en la pareja el conocimiento de sus cuerpos y de sus funciones, propiciando así el control directo de su capacidad reproductiva, favorecen un mayor acercamiento y entendimiento en las parejas al compartir la responsabilidad de la procreación. ^(1, 2, 4, 5,13)

Se considera que las mayores desventajas es que son menos eficaces que los otros métodos disponibles, se necesita un cierto grado de alfabetización y educación formal, requieren un tiempo prolongado de entrenamiento y supervisión para ponerlos en práctica, hay muchos factores que pueden alterar el ritmo normal de los ciclos menstruales como son: Post-parto, la lactancia, la adolescencia, la premenopausia y después de dejar la píldora.

Métodos Femeninos de Barrera: Estos métodos se caracterizan por evitar el paso del espermatozoide hacia el cuello del útero, de manera física o química. Existen dos tipos: físicos (Diafragma, capuchón cervical, condón femenino) y Químicos o espermicidas (Cremas, tabletas, esponjas, espumas, películas, jaleas, óvulos).

Su principal ventajas es que contribuyen a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, el VIH y el SIDA, además son controlados por las usuarias, entre las desventajas que presentan se encuentra una alta tasa de fallo si no se usa adecuadamente, sin mencionar las reacciones alérgicas al látex. ^(1, 2, 4, 5,13)

Métodos mecánicos: Se les conoce así a aquellos métodos que se colocan dentro de la cavidad uterina, este es el Dispositivo intrauterino (DIU), el cual una vez que es insertado requieren poca participación por parte de las usuarias o ninguna, puede dejarse en el útero por lo menos 5 años – en el caso de los DIU de cobre- y por tiempo indefinido en el caso de los inertes.

Actúa en organismo produciendo una reacción inflamatoria local estéril con aumento de macrófagos, por la presencia del cuerpo extraño, que se incrementa por la presencia del cobre. Los DIU liberadores de progestágenos tienen una acción similar a los administrados por vía oral y sistémica; estos cambios afectan la capacitación y transporte de los espermatozoides y por tanto, la fecundación, así como la nidación.

Sobre sus ventajas podemos decir que proveen anticoncepción excelente, independiente del coito, aminoran la cantidad de sangre del flujo menstrual y los cólicos, y su desventaja es que pueden provocar enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo uterino o embarazo ectópico. ^(1, 2, 4, 5,13)

Métodos Hormonales Femeninos: Son sustancias o combinaciones de sustancias esteroideas (estrógeno y/o progestágenos), cuya administración o aplicación por diferentes vías evita el embarazo. Se clasifican en: métodos hormonales orales (combinados o solo de progestágenos), hormonales inyectables intramusculares (Mensuales- Trimestrales) y hormonales implantes subdérmicos (no biodegradables- NORPLANT- y biodegradables).

Anticonceptivos Orales: Estos métodos tienen una eficacia del 97% por cada 100 mujeres año uso, su vía de administración es oral y deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual entre estos tenemos:

Los Hormonales Orales Combinados son los que contienen una combinación de estrógenos que impiden la ovulación y progestágenos que actúan a nivel del moco cervical, del endometrio y de las trompas de Falopio.

Están disponibles en presentaciones de 28 y 21 tabletas, se ingiere una de estas, de las que contienen hormonas, diariamente durante 27 o 21 días consecutivos según presentación, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere una tableta que contiene hierro en las presentaciones de 28 y son 7 días de descanso en las presentaciones de 21 tabletas; los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual.

Estos métodos son muy eficaces, fácil de usar, reversibles, su uso es independiente del coito, son seguros, ya que se reportan pocas complicaciones y riesgos de muerte. Y entre las desventajas tenemos que no se puede 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 más lentamente, en unos dos o tres meses, no protege contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. (1, 2, 4, 5,13)

Métodos hormonales orales con progestágenos: son a base de una sustancia esteroidea de progestágenos, se administra por vía oral y debe iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación; se debe ingerir, sin interrupciones, una tableta diaria, incluso durante la menstruación, sin intervalo alguno.

Su eficacia es del 90 al 97% con una efectividad menor que los combinados y esta aumenta si hay anovulación, esta se asocia con amenorrea o con sangrados de intervalos largos. Su acción anticonceptiva se establece en 48 horas, pero se aconseja, durante el empleo del primer sobre, usar en las primeras dos semanas, métodos adicionales no hormonales.

Tienen las mismas ventajas de los métodos hormonales orales combinados y además son más fáciles de utilizar porque todas las patillas son iguales, se pueden usar en diabéticos, no llevan estrógenos y tienen menos progestágenos, tienen poco impacto sobre la función hepática, no tiene efecto sobre la presión arterial y la coagulación, se pueden usar cuando la lactancia ya ha comenzado, la fertilidad retorna de inmediato al suspenderlas entre las desventajas tenemos la mismas que los anticonceptivos orales combinado pero son menos eficaces que estos. (1,2,4,5,10)

Métodos Hormonales Inyectables Intramusculares: Estos métodos contienen una sustancia o combinación de sustancias esteroideas (estrógenos y/o progestágenos), son administrados por vía parenteral intramuscular. Son métodos temporales de larga duración, reversibles y de liberación lenta. Tiene una efectividad mayor del 97%. Entre estos tenemos los siguientes:

Anticonceptivos Hormonales Inyectables Intramusculares combinados mensuales: contienen una combinación de estrógenos y progestágenos, su uso intramuscular de acción prolongada y con duración de un mes. El día de la administración es variable según el contenido hormonal del tipo de anticonceptivo, oscilando entre los primeros 5 días en el caso de la mesigyna y 7mo a 8vo día del ciclo para (Topacel

mormagest, primogyn) etc. Tiene una protección anticonceptiva mayor al 99% durante un mes de uso.

Son métodos fáciles de usar, su uso es independiente del coito, no afecta la función gastrointestinal, su uso es prolongado y de larga duración con lo cual se evita la administración larga de hormonas, es reversible, su uso es privado, solamente el médico y la usuaria comparten la información, liberan una dosis más baja de hormonas que los bimestrales y trimestrales.

Entre las desventajas que presenta este método es que pueden producir irregularidades menstruales y mayor sangrado menstrual, no se puede usar durante la lactancia, puede haber aumento de peso y no protege contra las enfermedades de transmisión sexual. (1, 2, 4, 5,13)

Hormonales Inyectables Intramusculares solo con Progestágenos de Depósito Trimestral: Solo contiene solo progestágeno: Acetato de medroxiprogesterona (DMPA) 150 MG. En ampollitas de 1 ml. administrada por vía intramuscular evita el embarazo durante tres meses con un periodo de gracia de dos semanas, reanudando la fecundidad de dos a seis meses después que se acaba el efecto de la última inyección trimestral. Son reversibles y de uso privado. Se conoce comercialmente como DEPO-PROVERA.

La eficacia es mayor al 99% ya que se reporta menos de un embarazo por cada 100 mujeres que lo usan en un año y se estima que su uso mundial es en 30 millones de mujeres.

Entre las ventajas que tienen estos métodos son evitar el primer paso metabólico del hígado causando menos cambios metabólicos, constituye una excelente opción para las usuarias que no desean ningún 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. Sus desventajas radican cuando se acaba la eficacia de la última inyección al cabo de tres meses, la fertilidad se reanuda de dos a seis meses después. (1, 2, 4, 5,13)

Métodos Femeninos Permanentes: Este es un método anticonceptivo permanente para la mujer, muy eficaz, que consista en la oclusión de las trompas uterinas con el fin de evitar que el ovulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación. Se le conoce como Oclusión Tubárica Permanente y brindan anticoncepción excelente, reduce el riesgo de cáncer de ovario, sin embargo entre sus desventajas tenemos que es un método irreversible, no protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

6.1.1.2 *Métodos Anticonceptivos Masculinos*

Abstinencia: Es práctica sexual que los hombres adoptan voluntariamente cuando no desean tener descendencia, debe de ser compartido con la pareja, pero se trata de una decisión individual que responde al derecho propio de reproducirse en el hombre. ^(14, 15, 16,17)

Coitus interruptus: Es un método que consiste en retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación, es muy poco confiable. Tienen una efectividad anticonceptiva baja, se estima que alcanza el 82% el primer año, en usuarios típicos; No tiene efectos secundarios, sin costo, estimula la participación masculina en la anticoncepción. Sin embargo interfiere con la espontaneidad del coito, tiene altas tasas de fracaso. ^(10, 13, 14, 15,16)

Métodos Masculinos de Barrera: este es el Condón o Preservativo, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros. Tiene la función de cubrir el pene durante la relación coital, no permitiendo que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer. Existen varios tipos: De látex (tratados con espermicidas), de plástico (vinyl), naturales (de productos animales), no detienen el virus del SIDA.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 al 90%. Su ventajas radica en que es fácil de conseguir, de usar y portar, no requieren receta médica, desechables, bajo costo, ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual (no del 100%), estimula la participación masculina en la anticoncepción y en hombres con dificultad de mantener la erección, el borde del condón tiene un ligero efecto de torniquete, lo cual lo ayudara a superar este problema. ^(10, 14, 15, 16,17,)

Método Masculino Permanente: Dentro de este método tenemos la vasectomía que es un método anticonceptivo permanente para el hombre. Se trata de una operación simple que puede realizarse como un procedimiento ambulatorio. Consiste en cortar los conductos deferentes, que llevan el esperma hasta el pene. De esta forma el hombre produce líquido seminal sin esperma, por lo que su compañera sexual no puede quedar embarazada. En condiciones habituales, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Es un procedimiento altamente efectivo, no ocasiona cambios en la fisiología, es el método más eficaz en los individuos o parejas que no desean tener más hijos/as, puede realizarse bajo anestesia local y no amerita hospitalización por un largo período de tiempo, es un procedimiento ambulatorio. La principal desventaja es que es la reversibilidad es de alto costo, se debe hacer uso del preservativo u otro método, para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo. (, 10, 14, 15, 16,17,)

6.1.1.3 Anticoncepción en Situaciones Especiales.

La anticoncepción en la adolescencia es el uso de anticonceptivos por un/a adolescente (persona entre los 10 y los 19 años) o pareja de ellos con vida sexual activa, permanente o esporádica o al borde del inicio de su vida sexual.

Para escoger un método hay que basarse en las siguientes características del adolescente: Vida sexual activa, cambios frecuentes de pareja sexual o varias parejas sexuales simultaneas, fertilidad no probada, paridad, eventuales problemas legales por la edad, sobre todo en menores de 15 años.

En base a las características señaladas podemos agrupar a los adolescentes para la elección del método anticonceptivo, sin embargo en todos los grupos se aconseja utilizar un método de barrera en caso de actividad sexual esporádica o múltiples compañeros sexuales.

Grupo I: En las adolescentes mujeres sin antecedentes de vida sexual: Primera opción píldoras que contienen solo progestágenos; Segunda opción: píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

Grupo II: Adolescentes mujeres sin hijos, porque nunca ha estado embarazada se deben utilizar los métodos del grupo I, pero si tuvo un aborto o un parto con hijo fallecido, la primera opción son píldoras que contiene solo progestágenos, de segunda opción las píldoras combinadas con contenido bajo de estrógenos y la tercera opción: inyectables mensuales, como cuarta opción se puede insertar el DIU post-aborto si no tiene contraindicaciones para este procedimiento. (1, 12, 16,17)

Grupo III Adolescente mujer con hijo vivo, si se encuentra en el Periodo puerperal hay que recomendar siempre la lactancia, si está en periodo intergenésico se aplicar los mismos criterios de selección que para la mujer adulta.

La esterilización quirúrgica femenina o masculina en la adolescencia se seleccionara solamente en caso de indicación médica, previa evaluación de la situación por parte de un equipo interdisciplinario designado para tal fin y con el consentimiento expreso por escrito de la / el adolescente. (1, 10, 18,19)

6.1.1.4 Anticoncepción de Emergencia

Deberán proporcionarse dentro de las 72 horas después del coito sin protección. Una vez que ocurrió la nidación endometrial, estos métodos son ineficaces, el índice de fallas es de uno en 500 a uno en 1000.

Aproximadamente la mitad de las mujeres experimentaran nauseas, en caso de que ocurra vómitos en el plazo de una hora de administradas las píldoras, será necesario repetir la dosis, aconsejándose el uso de un antiemético. El sangrado uterino irregular y la sensibilidad en las mamas también son comunes. (10, 18,19)

Hormonales orales combinados: Etinilestradiol 100mcgs / 500 mcgs de levonorgestrel por vía oral, repitiendo la dosis 12 horas después; Etinilestradiol 50 mcgs / 500 mcgs de norgestrel por vía oral repitiendo la dosis 12 horas después.; y Etinilestradiol 30 mcgs / 150 mcgs de levonorgestrel: cuatro tabletas seguidas de otras cuatro 12 horas más tarde. Ejemplo: Microgynon, 4 tabletas de inicio seguidas de otras 4 tabletas 12 horas después.

Estrógeno solo: Etinilestradiol 5mcgs, vía oral, una vez al día en una sola dosis por cinco días. y/o Progestágeno solo: Levonorgestrel 750mcgs vía oral, dos dosis con doce horas de intervalo. Ejemplo: Microlut de 300mcgs

Dispositivos intrauterinos: Puede lograrse anticoncepción de emergencia mediante la inserción de un DIU que libere cobre dentro de los cinco días después de un contacto sexual sin protección. Este DIU puede resultar particularmente útil cuando la mujer está considerando su uso para una anticoncepción a largo plazo y/o cuando la mujer ya no puede utilizar los métodos hormonales porque ya han transcurrido más de 72 horas de la exposición. Se ha reportado este método como altamente eficaz con una tasa de fallo inferior al 1%.

Métodos quirúrgicos: Se puede realizar un legrado uterino por aspiración antes de las 72 horas de ocurrido el coito sin protección con fines de barrido endometrial. ^(10, 18,19)

6.2 Actitudes

A lo largo de la historia distintas escuelas y autores han definido la actitud de formas muy diversas. La primera definición que se conoce sobre el concepto de actitud fue enunciada en el año de 1918 por Thomas y Znanicki, considerándola como: "El estado de ánimo de un individuo orientado hacia un valor" ⁽⁵⁾. Los valores son creencias referidas a actividades cuyo objetivo principal es conseguir el bienestar de una comunidad.

Allport (1935), tras realizar un amplio estudio sobre las actitudes, efectúa una aproximación al concepto de actitud formulando unas cien definiciones, siendo la más representativa: "La actitud es un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que está relacionado." ⁽⁵⁾

Kretch y Chutchfield (1952), la define como: "Una organización estable de procesos, motivaciones, perceptivos y cognoscitivos, concernientes a un aspecto del universo del individuo." ⁽³⁾

En la actualidad además de Allport, nos encontramos con una gran variedad de definiciones sobre el concepto de la actitud, según la orientación y/o formación del autor que la emita, pero sin que exista acuerdo entre ellos. Por eso ha sido fuertemente criticada y cuestionada su existencia desde diversos paradigmas teóricos.

Sin embargo se considera que todas las personas tienen actitudes que dan como resultado tendencias a responder positiva o negativamente ante otra persona, ante un grupo de personas, ante un objeto, ante una situación que comprende objetos y personas ante una idea.

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos bio-sociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular:

El elemento cognoscitivo es (lo que piensa) formado por una idea, un conocimiento, una creencia cualquiera concerniente al objeto de la actitud. Lo importante de este elemento es la manera en que la persona ve al mundo y no como es el mundo en realidad, elemento efectivo que es (lo que siente) formado por emociones o instintos que surgen cuando la persona se coloca frente al objeto, o simplemente, piensa en dicho objeto y el elemento Comportamental que son comportamientos formados por la tendencia hacia la acción, no por la acción. Si la actitud es favorable, la persona se verá inclinada a expresarse en acción.

Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del individuo.

Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste.

Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto. Se considera que "actitud" y "opinión" son términos prácticamente sinónimos, pero si bien es cierto que las opiniones con frecuencia reflejan actitudes, es evidente que lo que una persona dice no siempre está de acuerdo con lo que hace. ⁽²⁰⁾

6.2.1 Tipos de actitudes

Existen diferentes tipos de actitudes relacionadas con el trabajo y son que los que el Comportamiento Organizacional enfoca en mayor forma a continuación se mencionan:

La satisfacción en el trabajo es un conjunto de sentimientos y emociones favorables o desfavorables con el cual los empleados consideran su trabajo. Es la actitud que un empleado asume respecto a su trabajo. De forma lógica aquellas personas que obtienen un alto nivel de satisfacción con sus actividades establecen actitudes muy positivas y benéficas.

El Involucramiento con el trabajo es el grado en que los empleados se sumergen en sus labores, invierten tiempo y energía en ellos y conciben el trabajo como parte central de su existencia. Mide el grado en el que la persona se valora a sí mismo a través de la identificación sociológica en su puesto dentro de la empresa. A los trabajadores plenamente identificados realmente les importa el trabajo que realizan.

El Compromiso organizacional grado en el que un empleado se identifica con la organización y desea seguir participando activamente en ella. Es aquella que se refiere a que el empleado se identifica con la empresa, metas, objetivos y que está metido en ello como cualquier otro que labora ahí, es decir este se refiere a identificarse con el servicio persona a la organización y el compromiso con el trabajo a identificarse con su labor específica.

6.2.2 Funciones de las actitudes: Estas pueden ser unitaria que explica el impulso a buscar lo que percibimos como útil para nuestros fines o satisfacción de nuestras necesidades, Defensa del Yo que constituyen un mecanismo de defensa y no impiden que nos percibamos tal como somos. La Función del Yo y de los Valores Personales que nos permiten expresar y reforzar la imagen favorable que tenemos

de nosotros mismo y de nuestros valores, y Conocimiento del Mundo: Constituidos por una serie de valores preconcebidos y afirmaciones acerca de distintas formas de nuestro ser, un instrumento muy útil en este sentido.⁽²⁰⁾

6.2.3 Fuentes de las Actitudes

Las actitudes del individuo tienen su base (fuente) en: La cultura, costumbres, valores, manera de vivir, etc. De la sociedad a la que pertenece; los grupos de amistades, a los cuales se desearía pertenecer; la familia, las emociones, y creencias en la familia explican la coherencia de un sistema cultural, implicando situaciones de riesgo físico, psicológico y social que inciden en la formación de la personalidad, la mayoría de veces de forma negativa e irreversible; las experiencias personales; la pareja; y el personal de salud.

Algunas consecuencias clave que podemos deducir de las anteriores definiciones son las siguientes: La actitud es un concepto en el que se combinan una serie de variables y cuyo resultado es un estado de ánimo de la persona; es resultado de un proceso organizado; y que se desarrolla a partir de las experiencias adquiridas por lo que se genera a través del aprendizaje.

Una actitud es una organización de creencias interrelacionadas, relativamente duradera, que describe, evalúa y recomienda una determinada acción, respecto a un objeto o situación. De ello se deduce que es una predisposición que, debidamente activada, provoca una respuesta preferencial hacia el objeto de actitud, hacia una situación o hacia el mantenimiento o preservación de la actitud misma.^(5,20)

6.3 Prácticas

Abarca un conjunto de actividades que preceden, acompañan y siguen las decisiones que toma el individuo sobre una situación o fenómeno de la vida cotidiana. Las prácticas se expresan de diferentes formas que van desde los procesos vividos hasta los resultados obtenidos de las mismas prácticas. Además de la información que genera el conocimiento y de los valores que generan las actitudes, la práctica requiere de condiciones indispensables de recursos y contextos para que las personas puedan realizar determinadas prácticas sociales como el uso de un servicio u otras acciones específicas.⁽⁵⁾

El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que acontece al individuo y de lo que el participa, las prácticas regulares se llaman hábitos, y se define como una respuesta establecida para una situación común.

Son las acciones mediante las cuales se espera lograr un producto deseable, para cambiar una situación dada, hay compromiso y responsabilidad social, se actúa a partir del análisis de todos los datos disponibles.

Es por ello es necesario identificar los factores de Practicas que inciden en la decisión de adoptar conductas y hábitos positivos a fin de diseñar intervenciones educativas específicas que lleva a modificar las Practicas negativas, a reforzar las creencias positivas y a tener conocimientos de las medidas de control.

El proceso de educación se efectúa en todo el momento si un individuo no está aprendiendo un hecho nuevo por lo menos experimenta algo, está desarrollando una actitud adecuada o no y está reaccionando a esta actitud de modo correcto o incorrecto. ^(5,21)

6.3.1 Principios Generales para la Selección del Método Anticonceptivo

El uso de un método no invalida el uso de otro método simultáneamente por uno o ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando se trata del uso de los métodos naturales combinados con los de barrera, físicos y químicos, o de estos dos con los hormonales y dispositivos intrauterinos

En la adolescencia se deberá recomendar el uso de métodos de barrera en todas las relaciones coitales, sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas.

6.3.2 Lineamientos generales para la selección del método anticonceptivo

Luego de la detección, captación y consejería de la persona usuaria para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos se debe efectuar:

Una historia clínica completa, un examen físico, incluyendo toma de la presión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cervico- vaginal (Papanicolaou); exploración mamas, revisión ginecológica, revisión

urológica, toma de cultivos vaginales o uretrales, en caso de adolescentes mujeres el examen pélvico y la toma de citología cervico- vaginal se puede diferir para consultas subsecuentes, promoción del auto examen de mamas, valoración del riesgo reproductivo, referencia a otra unidad de salud, cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método anticonceptivo seleccionado

Cuando la mujer se encuentra en período de lactancia, se debe promover el Método Lactancia Amenorrea (MELA), siempre que se vean buenas oportunidades de éxito con él.

Cuando, además de la prevención de embarazos no deseados, se desee evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, deberá usarse el condón preservativo de látex, solo o en asociación con otro método, ya que es el único que contribuye a evitar dichas enfermedades^(1,2)

6.3.3 Funciones del Personal de Planificación Familiar

A pesar que la Norma de Planificación Familiar establece funciones específicas para cada recurso que atiende el programa según su nivel de competencia, siendo por mucho tiempo el médico el responsable del manejo de este servicio por presentar un nivel más alto de conocimiento y mayor grado de resolución de problemas existen algunos factores que modifica este aspecto, como lo es la alta demanda de consultas de morbilidad general y la falta de recursos en atención primaria sumado al nuevo modelo de atención en salud se le ha asignado al personal de enfermería asumir el control de esta área de atención siendo en la mayor parte de los casos quienes enfrentan y resuelven a diario las situaciones que se presentan limitando al médico a realizar únicamente el primer ingreso y en ocasiones cuando la enfermera no puede solucionar las complicaciones es referida al médico para un mejor abordaje, pero a pesar de esto deben dejar de cumplir con sus funciones ya establecidas.

El responsable del servicio de atención integral a la mujer planifica y programa las estrategias y actividades de planificación familiar, con el involucramiento del equipo de dirección de la unidad de salud, para el establecimiento de las metas correspondientes. A su vez promueve, asesora y participa en la capacitación específica del personal, estimulando al equipo de salud para la integración plena a

dichas actividades como parte del cuidado de la salud de la población, al mismo tiempo controla el buen funcionamiento del sistema de logística para insumos anticonceptivos en todas sus fases y elabora los informes estadísticos de prestación de servicios en planificación familiar.

En el caso del responsable de enfermería programa conjuntamente con el personal a su cargo, las actividades de planificación familiar y evalúa su cumplimiento, asigna periódicamente personal de enfermería para que participen en las actividades de consejería a las usuarias, orienta a los estudiantes de enfermería y al nuevo personal que ingresa acerca del cumplimiento de las normas del programa, conoce y analiza coberturas e indicadores de: Incidencia y prevalencia de mortalidad en general y materna, mujeres en edad fértil, embarazos esperados de su área de influencia, porcentaje de embarazada que asisten al control prenatal, puerperal reproductivo y de mujeres que usan métodos anticonceptivos, así como asegura el abastecimiento de materiales y equipo de acuerdo a la programación y/o necesidades de la atención integral.

Enfermeras y enfermeros, según la disponibilidad de recursos humanos participan en la programación y realización de actividades operativas y/o de promoción en planificación familiar de su unidad, realizan eventos de actualización y capacitación del personal de salud, instruyen a la usuaria en el autoexamen de mamas, realiza toman muestra de Papanicolaou (PAP), colocan y retiran el DIU, según la técnica.

En relación a las auxiliares de enfermería la norma establece que tienen como función específica referir a la usuaria para la colocar y/o retirar el DIU sin embargo por la falta de recursos en las unidades de salud algunas tienen que asumir esta responsabilidad lo que favorece aun más la atención integral en este servicio.

Los médicos generales y gineco-obstetras del primer y segundo nivel de atención en salud participan con el personal a su cargo, con actitud docente, en la promoción y aplicación de métodos anticonceptivos, vigilan la aplicación de los criterios de selección para cada método, aplican y/o supervisan la adecuada inserción del dispositivo intrauterino (DIU) en aquellas usuarias que lo han solicitado, capacitan al

personal a su cargo en la técnica de inserción del DIU, se responsabilizan de la realización de la oclusión tubàrica bilateral de acuerdo con la norma, coordina y aseguran la adecuada prestación en consejería del personal de su servicio o unidad; y vigilan que todos los sistemas de registros de planificación familiar sean completados adecuadamente, incluyen principalmente los expedientes clínicos. ^(1,2)

7. MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal. Al aplicarlo a la evaluación de impacto de programas educativos podemos también definirlo como un estudio evaluativo. Algunas veces, el hecho de que la recolección de la información se realice mediante encuestas, lo han definido como encuesta poblacional. Consideramos que esos términos podrían ser usados.

Área de estudio: Se realizó en los centros y puestos de salud del departamento de Carazo.

Población de estudio: 160 recursos ubicados en las unidades de salud de cada municipio

Fuente de recolección de la información: Primaria: recolección de la información directamente del personal Médico y de Enfermería

Instrumento de recolección de datos: Se diseñó y elaboró un cuestionario de recolección de los datos que respondió a los objetivos establecidos en el estudio, esta reunió una sección de aspectos generales (edad, sexo, procedencia, ocupación, estado civil, escolaridad, lugar de trabajo), sección de conocimiento formada por preguntas cerradas y selección múltiple sobre planificación familiar, sección de actitud donde se planteó aseveraciones sobre aspectos de planificación familiar y métodos anticonceptivos, sección de práctica que determinó la aplicación adecuada de los métodos anticonceptivos.

Procedimiento de recolección de la información: Previo a la realización del estudio se informó a los directores de las unidades (centros de salud) de cada municipio el objetivo de éste, así mismo se solicitó autorización para la visita de cada una de ellas mediante un consentimiento escrito.

Se realizó una entrevista directamente al personal de las unidades de salud, las visitas se realizaron en horas laborales y se le explicó a los recursos que participaron en el estudio el objetivo de la investigación; a su vez se les hizo saber que los datos proporcionados serán usados únicamente con el fin de mejorar el desempeño de los recursos que proveen el servicio de planificación familiar y que los datos obtenidos serán presentados en cada unidad de salud de forma general,

de manera que puedan tener una visión del tipo de trabajo que se está realizando en este programa; contribuyendo de esta forma a fomentar actividades que promuevan una participación más activa de los médicos y enfermeras y por tanto una mejor calidad de atención a la población y al personal que aceptó participar en el estudio se le aplicó el instrumento bajo la supervisión de los investigadores.

Criterios de inclusión: Que acepte participar en el estudio

Procesamiento de análisis de la información: Se elaboró una base de datos y luego se procesó con el paquete estadístico Epi-info versión 3.3.2 para Windows, se estimó frecuencia simple de todas las variables. Se cruzaron las variables consideradas independientes con las variables dependientes. El nivel de conocimiento se determinó mediante la realización de una escala de valores en relación a 13 preguntas, asignándose a cada respuesta un valor entre 0-5 y por sumatoria de estas se agruparon en cinco categorías:

- ✓ 58 – 65 = Excelente.
- ✓ 52 – 57 = Muy bueno
- ✓ 45 – 56 = Buena
- ✓ 39 – 44 = Regular
- ✓ 0 – 38 = Deficiente

Las actitudes se evaluaron por el método de escalamiento de Likert, se realizaron cinco aseveraciones tanto positivas como negativas, con cinco probables respuestas donde solo podía marcarse una opción, de acuerdo a los resultados se construyó la escala con un rango de puntuación mínima de 5 y la máxima de 25, por adición de los ítems se definieron como favorable para aquellos que se ubicaban en los valores mínimos en la escala (5-15) y desfavorable para los que se ubicaron en los valores de 16-25.

Las prácticas se evaluaron de forma individual y de acuerdo a las funciones que debe cumplir el personal de planificación familiar según las normas del MINSA, y según las respuestas se agruparon en dos categorías; los que cumplieron con un porcentaje mayor 60% se determinó como prácticas adecuadas y los que no cumplieron como prácticas inadecuadas. Los resultados se expresaron en cuadros y gráficos estadísticos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Indicadores	Valor
Conocimiento	Es la información obtenida y retenida en la memoria de las personas	Respuestas obtenidas de un cuestionario relativo a aspectos relacionados con la planificación familiar	58 – 65 = Excelente. 52 – 57 = Muy bueno 45 – 56 = Buena 39 – 44 = Regular 0 – 38 = Deficiente
Actitudes	Son respuestas condicionadas por valores y juicios que predisponen a una forma de actuación antes de que la persona tome la decisión de hacerlo	Aplicación de un cuestionario especial utilizando la escala de Likert	Puntuación 5 -15 favorable Puntuación 16-25 desfavorables
Práctica	Aplicación de una idea o doctrina	Será la respuesta del personal de salud con respecto a sus funciones en el programa de planificación familiar	60% o más adecuadas Menos de 60% inadecuadas

8. RESULTADOS

Para la realización de nuestro estudio se entrevistaron 160 trabajadores de la salud del primer nivel de atención que laboran en el SILAIS del Departamento de Carazo, de los cuales 35 son auxiliares de enfermería, 74 licenciadas en enfermería y 51 médico. Una vez realizado el procesamiento de la información se encontraron los siguientes resultados:

Características Generales del Personal de Salud

Según la distribución de la población por edades y ocupación se encontró que en los médicos la edad predominante oscila entre 19-29 años con 59% (30) seguido del de 40-49 años con 23.5%, en las enfermeras entre 30-39 años para un 37.8% y de 19-29 años 36.5%, mientras que en las auxiliares se encuentran entre las edades de 30-39 años 34.3% y el de 50-59 años con el 28.6%.

Al relacionar ocupación con municipio donde labora el personal se observó que el 35.3% (18) de los médicos trabajan en Jinotepe y el 23.5% en Diriamba, en las enfermeras graduadas el 37.8% labora en Diriamba seguido del 17.6% que trabaja en Jinotepe y San Marcos respectivamente, el 31,4% de las auxiliares se encuentran distribuidas en Diriamba seguido de Santa Teresa con el 28.6%.

Al comparar escolaridad con ocupación se encontró que el máximo nivel alcanzado en las auxiliares fue la secundaria con 83.9%, seguido de las Licenciadas en enfermería con posgrado en el 66.7% y universidad 53.2% y en los médicos el universitario con 39.7% y posgrado 33.3%.

Según ocupación con estado civil se observó que en los médicos predominan los solteros con 33.7% seguido de los casados con el 30.4%, en las enfermeras y auxiliares el estado civil que predomina es el de unión estable con el 61.5% y 23.6% respectivamente, seguido de los casados 50% para las licenciadas en enfermería y en las auxiliares el 23.6% son solteras (Ver tabla 1).

En relación al sexo el 81.3% de la población en estudio es femenina y el 18.8% es masculino (Ver gráfico 1).

Conocimientos del Personal de Salud en Planificación Familiar

Al comparar nivel de conocimiento con la ocupación de la población en estudio sobre aspectos importantes de la Planificación Familiar, se encontró que tanto médicos como enfermeras y auxiliares tienen buen conocimiento con el 31.4%, 31.1% y 25.1% respectivamente seguido del muy buen conocimiento con el 27.5% principalmente en los médicos y en las auxiliares deficiente conocimiento con el 25.7% (Ver tabla 2).

Actitud del Personal de Salud en Planificación Familiar

Al evaluar la actitud ante diferentes situaciones relacionadas con la Planificación familiar según, la ocupación se obtuvo que la que más predominó es la actitud favorable en los médicos 92.2%, enfermeras 72.9% y auxiliares 80% (Ver tabla 3).

Prácticas del Personal de Salud en Planificación Familiar.

En relación a las prácticas del personal de salud según las funciones que deben desempeñar según su nivel de competencia y en base a las normas de planificación familiar se encontró que:

Solo un porcentaje de las enfermeras y las auxiliares consideran que el examen físico general sólo se debe realizar en la primera consulta con el 15% y 14.3% respectivamente, mientras que el 0% de los médicos contestó afirmativamente a esta pregunta.

Con respecto al interrogatorio el 100% de médicos y auxiliares lo consideran necesario para un buen llenado de la historia clínica y solo el 5.4 % de las enfermeras lo consideran innecesario.

En relación a la consejería que brinda el personal de salud a las personas que ingresan al programa se encontró que esta la realizan en un 100% las auxiliares, seguidos de los médicos y enfermeras con 98% y 95.9% respectivamente.

Al preguntar si es capacitado o capacita sobre la técnica del DIU, los médicos contestaron que si con 78.4% seguido de las enfermeras con 71,6% y las auxiliares en el 60%.

Con respecto a referir a la usuaria para colocar y retirar DIU la mayoría de las auxiliares 60% refieren a la usuaria mientras que médicos y enfermeras graduadas no la refieren con el 64.7% y 55.4% respectivamente.

En relación a la presentación de los métodos de planificación familiar a la usuaria se encontró que 100% de médicos presentan los métodos a las usuarias seguido de las enfermeras y auxiliares con 97.3% y 97.1% respectivamente.

En la identificación de efectos colaterales de los métodos anticonceptivos se encontró que el 100% médicos identifican los efectos colaterales seguido de la auxiliares y enfermera con 97.1% y 91.9% respectivamente.

En lo que respecta al abastecimiento de equipos de acuerdo con las necesidades del programa los médicos lo hacen en un 94.1%, seguido de las enfermeras 82.4% y las auxiliares 82.9%.

Con respecto a la promoción del auto examen de mama tanto médicos, enfermeras y auxiliares instruyen a la usuaria a la realización de este con 98%, 98.6% y 97.1%.

En la detección de mujeres con riesgo reproductivo y embarazos ARO las auxiliares predominan con 100%, seguido de los médicos 96.1% y las enfermeras con 94.6% (Ver tabla 4).

Con respecto a la actualización del expediente clínico y tarjetero las auxiliares cumplen en un 100% seguido de los médicos 96.1% y las enfermeras 94.6%.

En relación a los criterios de selección para cada método los médicos sobresalen con un 94.1%, las enfermeras 79.7% seguido de las auxiliares 74.3%.

Con respecto a si participa activamente en la planificación familiar, capacita a líderes comunitarios se encontró que predominan las auxiliares 82.9%, seguido de los médicos con 78.4% y las enfermeras 70.3%.

En lo que se refiere al reporte de circunstancias o eventos que deterioren el desarrollo de la planificación familiar se encontró que las auxiliares son las que predominan con 91.4%, los médicos 55.2%.

Del personal encuestado el 91.4% que corresponde a las auxiliares son las que toman el mayor número de Papanicolaou, seguido del personal médico con un 88.2% y las enfermeras 79.7% (Ver tabla 5).

9. DISCUSIÓN

En relación al nivel de conocimiento sobre planificación familiar según cargo laboral que desempeña se encontró que la población en estudio tiene entre muy bueno y buen conocimiento principalmente médicos y enfermeras graduadas seguido de las auxiliares lo que nos indica que el personal de salud del Departamento de Carazo tiene la capacidad de decidir lo que se debe y puede hacer, constituyendo una ventaja para el programa de planificación familiar ya que esto permite la posibilidad de brindar una atención integral y de calidad, con capacidad de ampliar el abanico de ofertas de métodos anticonceptivos, enfrentado así de cierto modo las necesidades que a diario presenta la población. Según nuestra literatura además se debe tener buenos conocimientos para poder evaluar la calidad de atención que recibe el paciente y darle entonces el necesario seguimiento. El nivel de conocimientos es un elemento clave del capital humano para el éxito de un programa. Aunque estos resultados no se relacionan con estudios que se han realizado en el departamento de Carazo acerca del conocimiento del personal Médico en relación a la anticoncepción de emergencia que aunque no es específicamente el motivo de nuestro estudio consideramos que este aspecto debe ser manejado por el personal asistencial de las unidades de atención primaria ya que forman parte de las situaciones especiales que pueden presentarse en la consulta y deben ser abordados según las Normas de Planificación Familiar.

En este estudio el personal médico del SILAIS Carazo desconoce que la anticoncepción de emergencia se encuentra incluida dentro de las normas de planificación familiar desconociendo su mecanismo de acción, pero a su vez no impiden que sepan las indicaciones para su uso. Esta diferencia de conocimientos entre el estudio realizado por Zúñiga Cruz en el año 2004 y el que ahora estamos presentando en el que se evidencia un mejor nivel de conocimiento del personal médico se debe al acceso que tienen los recursos a las normas del programa las cuales están disponible en todas las unidades de salud a nivel nacional lo que induce al autoestudio y la autoevaluación por parte de los recursos además del monitoreo continuo que ejerce el MINSA a estos programas a través de los SILAIS departamentales como lo indica la Política Nacional de Salud^(1,9)

Al analizar los resultados sobre las actitudes mediante el escalamiento de Likert, nos damos cuenta que en el Personal de Salud del Departamento de Carazo predomina la actitud favorable al quehacer en relación al programa. Según nuestra literatura lo que en mayor grado cambia una actitud es la información que se tiene sobre el objeto, pero también el convencimiento de la importancia que tienen las acciones para la salud de la población. Esto nos hace pensar que aunque las actitudes sean consideradas como elementos importantes de los valores individuales, el programa de planificación está regido por normas las que son del conocimiento del personal de salud para ser cumplidas y brindar un mejor servicio a la población. Pero otros elementos como el análisis situacional y el enfoque participativo, los que posiblemente estén fortaleciendo valores individuales alrededor del programa. Además la comprensión de las características del usuario también influye en la predisposición del personal a cumplir con estas políticas de salud; así como la preparación en general lo que permite que cada individuo tome una decisión según el problema que presente cada paciente en cada situación específica. Lo que predispone a cambios de conducta en los usuarios que pueden repercutir en su bienestar biofísico y social.

Estos resultados se relacionan con el estudio realizado en Carazo al evaluar la actitud del personal médico en relación a la anticoncepción de emergencia donde se determinó que el 92.3% tenía una actitud favorable ante esta situación seguido del 67.5% de los encuestados con conocimientos regular aunque este estudio no incluye al personal de enfermería.

Cabe señalar que la actitud favorable del personal asistencial de las unidades de atención primaria de Carazo depende también de otros elementos de esta como: la satisfacción en el trabajo, los años que han destinado al servicio de la salud, el involucramiento en el ámbito laboral invirtiendo el tiempo necesario para cumplir con lo que demanda el programa. ^(1, 9,20)

Al valorar las prácticas del personal médico y de enfermería que labora en las unidades de atención primaria de Carazo se determinó que son adecuadas, este hecho contradice los resultados obtenidos por Zuñiga, Padilla y Montenegro en estudios realizados en Carazo y Chontales entre el 2004-2007 donde se concluye que el personal tiene prácticas regulares en anticoncepción de emergencia como en

la realización del examen clínico de mamas lo que nos indica que la adopción de prácticas en planificación familiar necesita amplios conocimientos y conciencia pública de los beneficios personales y sociales. Además de la información que genera el conocimiento y de los valores que generan las actitudes, la práctica requiere de condiciones indispensables de recursos y contextos para que las personas puedan realizar determinadas prácticas sociales como el uso de un servicio u otras acciones específicas. En este sentido, a pesar de las dificultades económicas, el sistema de salud ha mantenido el esfuerzo alrededor de la planificación familiar. Aspectos que son apoyados por Organismos no Gubernamentales.

A pesar que este resultado ha sido satisfactorio para el personal de salud que labora en el SILAIS Carazo se puede observar en los datos que existen diferencias en algunas funciones como por ejemplo, el hecho que las auxiliares cumplan con el interrogatorio y consejería completo o bien que identifiquen efectos colaterales en relación con las enfermeras graduadas, o bien en otros aspectos incluso que haya un poco de diferencia con los médicos se debe a que en la mayoría de las unidades de salud quienes son las responsables del manejo del programa de planificación familiar son las enfermeras ya sea graduadas o auxiliares por lo tanto son las que se enfrentan día a día la problemática que presentan las usuarias que asisten al servicio y que el médico por la alta demanda de paciente a la consulta de morbilidad general ha tenido que limitarse a realizar los ingresos nuevos y los casos que la enfermera no puede manejar lo que no justifica al médico su constante actualización en este tema. (14, 15, 16,17)

10. CONCLUSIONES

- 1) En general el personal de salud del primer nivel de atención del departamento de Carazo tiene un buen nivel de conocimiento en planificación familiar.
- 2) La actitud del personal de salud de Carazo es favorable lo que se expresa en una acción.
- 3) Tanto médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería tienen prácticas adecuadas en relación al programa de planificación familiar.

11. RECOMENDACIONES

Dar seguimiento evaluativo al personal que recibe capacitaciones en planificación familiar para seguir mejorando la calidad de información que los proveedores transmiten, lo cual mejoraría aun más la cobertura y concentración del servicio de planificación familiar.

Fomentar las capacitaciones continuas del personal que atiende el programa de planificación familiar en las unidades de salud, a fin de mantener fresco lo aprendido y seguir desempeñándose bien.

Estimular al personal médico y de enfermería que brinda atenciones en planificación familiar el interés por mantener y seguir mejorando su actitud positiva en relación a los usuarios del servicio de planificación familiar.

Evaluar de forma continua las competencias y el desempeño del profesional de salud correspondiente al análisis de la calidad del factor humano y dentro de él, el nivel de actualización de sus conocimientos, el grado de desarrollo de sus habilidades técnico-profesionales, interpersonales y de solución de problemas, así como su actitud profesional, sus valores, normas de conducta y para el cumplimiento de los principios de la ética médica.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Nicaragua, Ministerio de salud. **Normas de Planificación Familiar** 1997.
2. Nicaragua, Ministerio de salud. **Manual de Salud Reproductiva: Dirección de Atención Integral a la Mujer.**1996.
3. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. **La planificación familiar: La Consejería en Planificación Familiar.** Serie monográfica. Managua-Nicaragua. No.5. 1995.
4. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. **Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud.** 2006-2007.
5. Álvarez Sintés, R. **Temas de Medicina General Integral: Salud y Medicina.** La Habana. 2001. Vol. I
6. Zepeda V, Karina E. Silva M, Julia E. Días A. Rafael A. **Consejería en Planificación Familiar a usuarias atendidas unidades de Salud de Managua septiembre–octubre 1999.** UNAN-Managua. Tesis monográfica para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
7. Medina, Yasmina M. **Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre salud sexual y reproductiva del personal de salud SILAIS- LEON.** Marzo 2000. Tesis para optar al título de máster en salud sexual y reproductiva. UNAN-Managua.
8. Alemán A, María A., Arguello M, Ariel N. **Nivel de Conocimiento que tiene el personal médico sobre Métodos de Planificación familiar ofertado en Centro de Salud de Managua en septiembre 2000.** UNAN-Managua. Tesis para optar al título de médico y cirujano.

9. Zúñiga C, Elizabeth L. **Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Anticoncepción de emergencia en el personal médico de las unidades de salud del SILAIS Carazo, Diriamba, 2004.** UNAN-Mangua. Trabajo para optar al título de máster en salud sexual y reproductiva.
10. Organización Mundial de la Salud. **Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos.** 3^{ra} edición. Ginebra. 2005.
11. Padilla K, McNaughton H. **La mortalidad materna en Nicaragua: una mirada rápida a los años 2000-2002.** Managua, Nicaragua 2003.
12. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de emergencia. **Información técnica sobre anticoncepción de emergencia.**
13. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Centro Nicaragüense de Farmacoepidemiología, **Anticonceptivos hormonales.** Editorial universitaria. 2008.
14. Arriola P, Yessenia J., Matamoros D, Nohemí S., **Conocimientos, Actitud y Prácticas sobre Planificación Familiar en Mujeres en edad fértil del área rural de la Cruz de Rio Grande, RAAS, 2004.** Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
15. Munguía P, María D., Palma C, Karen S., **Conocimientos Actitudes y Practicas sobre Métodos de Planificación Familiar en Adolescentes del Municipio de Camoapa y San Isidro.** 2007. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
16. Gutiérrez T, Grethel. **Conocimientos, Actitud y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en Mujeres en edad fértil de Municipio Laguna de Perla.** Octubre 2004. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.

17. Organización Mundial de la Salud. **Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos**. 2^{da} edición. Ginebra. 2005.
18. Fernández G, J. **Planificación familiar y métodos anticonceptivos: Material de educación para la salud en la enseñanza**, 2^a ed. 1992.
19. Consejo Superior de la Pontificia Universidad Católica Argentina - Instituto para el Matrimonio y la Familia. **Información sobre temas de Familia**. Febrero, 2008.
20. Blum Milton, Naylor James. **Comportamiento Humano en el Trabajo: Psicología Funcional**. 10ma. Edición. Mc Graw Hill. Editorial Trillas. 1985.
21. Nicaragua, Ministerio de Salud. **Proyecto de Servicios de Salud descentralizada conocimientos, actitudes y prácticas para identificar necesidades de capacitaciones**.
22. Padilla O, Aracelly. Montenegro T., Luis E. **Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tiene el Personal Médico y de Enfermería sobre examen clínico de mamas que labora en el Centro de Salud del SILAIS Chontales en el mes de Abril 2007**. UNAN- Managua. Tesis para optar al título de doctor en Medicina y Cirugía.

Anexos

Tabla 1. Características socio demográficas del Personal Médico y de Enfermería del Departamento de Carazo entrevistados para el estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas alrededor de la Planificación Familiar.

variables	Ocupación					
	Auxiliares		Enfermeras		Médicos	
	No	%	No	%	No	%
Edad						
19 – 29	5	14.2	27	36.5	30	59
30 – 39	12	34.3	28	37.8	9	17.6
40 – 49	6	17.4	17	23	12	23.5
50 – 59	10	28.6	2	2.7	0	0
60 – mas	2	5.7	0	0	0	0
Municipio						
Conquista	1	2.9	3	4.1	2	3.9
Diriamba	11	31.4	28	37.8	12	23.5
Dolores	1	2.9	3	4.1	1	2
El Rosario	2	5.7	4	5.4	6	11.8
Jinotepe	3	8.6	13	17.6	18	35.3
La paz	5	14.3	3	4.1	4	7.8
San Marcos	2	5.7	13	17.6	1	2
Santa Teresa	10	28.6	7	9.5	7	13.7
Escolaridad						
Postgrado	0	0	2	66.7	1	33.3
Secundaria	26	83.9	5	16.1	0	0
Universidad	9	7.1	67	53.2	50	39.7

Estado civil

Casado	11	19,6	28	50,0	17	30,4
Soltero	21	23,6	38	42,7	30	33,7
Unión estable	3	23,1	8	61,5	2	15,4
Otro	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Total	35	100	74	100	51	100

Gráfico 1. Sexo del Personal Médico y de Enfermería del Departamento de Carazo entrevistados para el estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas alrededor de la Planificación Familiar.

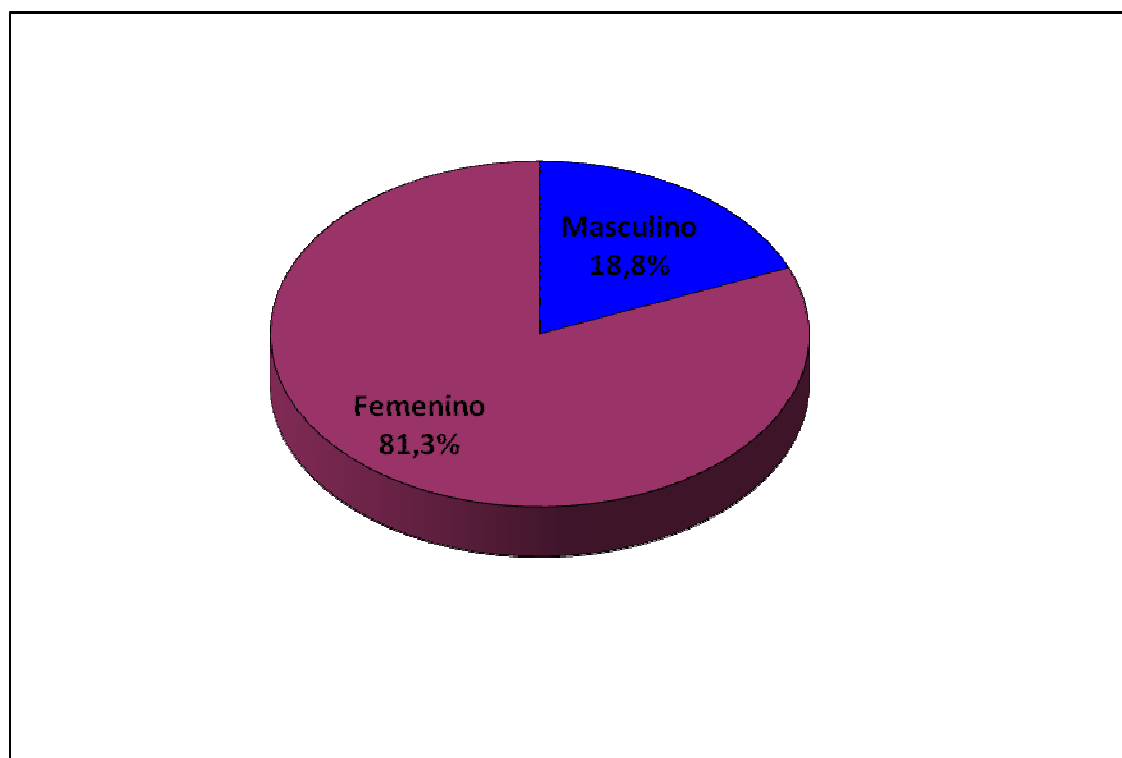


Tabla 2. Nivel de Conocimiento del Personal de Salud del Departamento de Carazo sobre Planificación Familiar según Ocupación.

OCUPACIÓN	Conocimiento									
	Deficiente		Regular		Bueno		Muy Bueno		Excelente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Auxiliares	9	25.7	8	22.9	9	25.1	5	14.3	4	11.4
Enfermeras	15	20.3	15	20.3	23	31.1	15	20.3	6	8.1
Médicos	5	9.8	9	17.6	16	31.4	14	27.5	7	13.7

Tabla 3. Actitudes del Personal de Salud del Departamento de Carazo sobre la planificación Familiar.

Actitud	Auxiliar		Enfermera		Medico	
	No	%	No	%	No	%
Favorable	28	80	54	72.9	47	92.2
Desfavorable	7	20	20	27.1	4	7.8
Total	35	100	74	100	51	100

Tabla 4. Prácticas realizadas por el personal de salud sobre planificación familiar en el departamento de Carazo.

Variables	Ocupación							
	Auxiliares (35)		Enfermeras (74)		Médicos (51)		Total (160)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Realiza el examen físico solo en la primera consulta	5	14.3	11	14.9	0	0.0	16	10.0
Interrogatorio es necesario para el llenado de la historia clínica	35	100	70	94.6	51	100	156	97.5
Brindan consejería a las personas que ingresan al programa	35	100	71	95.9	50	98	156	97.5
Capacita o es capacitado sobre técnica DIU	21	60	53	71.6	40	78.4	114	71.3
Refiere a la usuaria para colocar y retirar el DIU	21	60	33	44.6	18	35.3	72	45
Le presenta los métodos a las usuaria	34	97.1	72	97.3	51	100	157	98.1
Identificar efectos colaterales del métodos anticonceptivos utilizados	34	97,1	68	91,9	51	100	153	95.6
Asegura el abastecimiento y equipos de acuerdo a las necesidades	29	82,9	61	82,4	48	94,1	138	86.3
Instruye a la usuaria a la realización del auto examen de mama	34	97,1	73	98,6	50	98,0	157	98.1

Tabla 4. Prácticas realizadas por el personal de salud sobre planificación familiar en el departamento de Carazo. (Continuación)

Variables	Ocupación							
	Auxiliares (35)		Enfermeras (74)		Médicos (51)		Total (160)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Detecta mujeres con riesgo reproductivo y mujeres con embarazo ARO	35	100	70	94,6	49	96,1	154	96.3
Mantiene actualizado el expediente clínico, tarjetero, etc.	35	100	70	94,6	45	96,1	150	93.7
Aplica criterios de selección para cada método	26	74,3	59	79,7	48	94,1	133	83.1
Participa activamente en la planif. Familiar, ejecuta programas y capacita a líderes comunitarios, parteras y brigadistas	26	74,3	47	63,5	34	66,7	107	66.9
Reporta circunstancias o eventos que deterioren el desarrollo planificación familiar	29	82,9	52	70,3	40	78,4	121	75.6
Toma prueba de paps.	32	91,4	59	79,7	45	88,2	136	85

ENCUESTA

Por medio del presente cuestionario queremos conocer la información que usted maneja acerca de la Planificación familiar. La información que nos proporcione será utilizada únicamente con fines de estudio y de carácter confidencial

Sección 1. Características socio-demográficas			
1.1 Edad:		1.2 Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
1.3 Municipio de procedencia:		1.4 Ocupación	Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Aux. de enfermería <input type="checkbox"/>
1.4 Estado civil	Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión estable <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	1.5 Escolaridad:	Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
Sección 2. Conocimiento			
Sobre planificación responde sí o no			
2.1 ¿La planificación familiar decide un número de hijos de acuerdo a un plan familiar?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2.2 ¿la persona que brinda consejería debe conocer las diferentes fases del ciclo menstrual?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.3 ¿Con que fin se utilizan los métodos anticonceptivos?			
a. Regular la capacidad reproductiva de un individuo o pareja			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. Aumenta la fertilidad en la pareja			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. Prevenir enfermedades infecciosas			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.4 ¿De los métodos naturales conteste sí o no según lo que conoce?			
a. Indicados en mujeres con ciclos menstruales irregulares			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. Tiene efectos adversos en la salud de las mujer y hombre			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. Evita embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas de las fases del ciclo menstrual			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.5 En relación al método del ritmo o calendario conteste sí o no según lo que conoce			
a. La fase fértil en ciclos regulares inicia el primer día de la menstruación hasta finalizar el octavo			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. Del final del octavo día hasta el final del día 17 del ciclo se encuentra en la fase fértil del ciclo			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. para calcular el periodo fértil en ciclos irregulares solo se identifica el ciclo menstrual más largo			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2.6 Método de temperatura corporal		
a. Debe tomarse la temperatura a partir del primer día del ciclo por la mañanas	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se puede tener relaciones sexuales en cualquier parte de ciclo	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Debe tomarse la temperatura a partir de quinto día del ciclo antes de levantarse de la cama	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 Método del moco cervical		
a. El periodo fértil aparece con la sensación de flujo o humedad en la vagina	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Al terminar el flujo se debe tener relaciones siempre	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. En cualquier etapa del ciclo, si hay flujo mucoso o manchas se debe tener relaciones coitales	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Método de barrera		
a. Evitan el paso de espermatozoides hacia el cuello del útero	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Contribuye a prevenir solo embarazos no deseados	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Brindan protección anticonceptiva menor del 50 por ciento	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9 Métodos mecánicos		
a. indicados en nulíparas	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. método anticonceptivo temporal del alta efectividad y seguridad	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. No producen efectos colaterales	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10 Métodos hormonales femeninos orales		
a. consiste en utilizar únicamente dosis bajas de estrógenos	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. se inician preferentemente dentro de los primeros 5 días del ciclo menstrual, los métodos orales combinados.	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entran contraindicados en mujeres jóvenes y adolescentes sexualmente activas	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11 Anticonceptivos intramusculares inyectables		
a. Pueden administrarse cada mes o cada tres meses	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Su principal indicación es en mujeres jóvenes y adolescentes sin vida sexual activa	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pueden administrarse en cualquier día del ciclo vital	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. presenta un menor número de efectos adversos en relación a otros métodos	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12 Métodos femeninos permanentes		
a. se recomiendan a toda mujer en edad fértil	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. consiste en la oclusión en las trompas uterina con el fin de evitar que el ovulo y el espermatozoide puedan unirse	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el procedimiento debe realizarse en los primeros 5 días de ciclo menstrual	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.13 entre los anticonceptivos masculinos se encuentran		
a. Las esponjas	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Las cremas	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. El coitus interruptus	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sección 3. Actitud		
Para las siguientes situaciones marque 5= si usted está totalmente de acuerdo con la aseveración; 4= De acuerdo; 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 2= En desacuerdo 1= totalmente en desacuerdo		

Aseveración	1	2	3	4	5
Los métodos anticonceptivos no deben de ser administrados según criterio de prescripción sino por exigencias del paciente					
se deben ofrecer los métodos anticonceptivos a toda persona que los solicite sin distinción alguna					
Los adolescentes pueden adoptar cualquier método de planificación familiar sin limitaciones					
El personal de salud es quien decide el inicio de la planificación familiar					
La infertilidad es una limitación para indicar métodos de planificación familiar					

Sección 4. Práctica	
4.1 La realización de examen físico debe hacerse solo en la primera visita	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.2 El interrogatorio es necesario para el llenado de la historia clínica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.3 Brindar consejería a las personas usuarias que acepten su ingreso al servicio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.4 Capacita o es capacitado en la técnica de inserción del DIU	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.5 Refiere a la usuaria para colocar y retirar el DIU	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.6 Le presenta los métodos a las usuaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.7 Identifica efectos colaterales del método anticonceptivo utilizado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.8 Asegura el abastecimiento y equipos de acuerdo a las necesidades de acción integral	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.9 Instruye a la usuaria a la realización del auto examen de mamas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.10 Detecta mujeres con riesgo reproductivo y mujeres con embarazo ARO	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.11 Mantiene actualizado el expediente clínico, tarjetero, etc.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.12 Aplica criterios de selección para cada método	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.13 participa activamente en la planificación familiar y ejecución de los programas de capacitación en planificación familiar del personal, líderes comunitarios, parteras, brigadistas.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.14 reporta circunstancias o eventos que deterioran el desarrollo normado del servicio de planificación familiar	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.15 toma muestra de PAPS según la técnica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>