

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN-León.**



**Tesis para optar al título de:
Doctor en Medicina y Cirugía.**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tienen las mujeres en edad fértil del Territorio de Mina Limón, alrededor de los métodos de planificación familiar en el período agosto-octubre 2007.

Autores:

Bra. Sugei Anabell Martínez Niño.

Br. César Alonso Portillo Flores.

**Tutor: Dr. Juan Almendárez Peralta.
Master en Salud Pública.**

León, Nicaragua.

Dedicatoria:

Dedico este trabajo, en primer lugar a Dios por darme vida, salud y la fuerza para cumplir mis metas.

A mis padres, Roger Martínez Orozco y en especial a mi difunta madre: "Mari luz Niño Salmerón por haberme apoyado y creer siempre en mí.

A mi esposo que siempre me ha dado su fortaleza y en especial a mi hija: Katherine Portillo Martínez que es una bendición de Dios.

Bra. Sugei Anabell Martínez Niño.

Dedicatoria.

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios, por la vida, salud y por ser nuestra guía espiritual.

A mi madre Lesbia Flores Laguna por su amor y apoyo incondicional.

A mis Hermanas por su apoyo y consejos.

A mi esposa e hija por ser mi fuerza y deseo de superación y una gran bendición de Dios.

Br. César Alonso Portillo Flores.

Agradecimiento.

A nuestro tutor el Dr. Juan Almendárez Peralta por su continua orientación y apoyo en todo el recorrido de nuestra tesis.

A la Universidad UNAN- León, Facultad de Medicina por habernos acogido y darnos la oportunidad de forjar nuestros sueños.

A todo el personal del centro y puestos de salud; y a los pobladores del territorio Mina de Limón por su apoyo en el desarrollo de esta investigación. Y a todas aquellas personas que contribuyeron de algún modo en nuestro estudio.

Resumen.

Este estudio tiene como finalidad determinar los conocimientos, actitudes y practicas de las mujeres en edad fértil del territorio Mina de Limón en el año 2007. En una población de 3,109 mujeres en edad fértil se eligieron 342 mujeres residentes en las comunidades del municipio de Mina El Limón.

Para la recolección de los datos, se procedió a explicar a las autoridades del Municipio Mina de Limón, los objetivos del estudio y se le solicitó autorización para ir al Centro de salud y a sus puestos de salud a seleccionar a las personas que participaron en el estudio.

Eel grupo de edad predominante fue el de 25-49 años con el 59.6%, seguido de las de 10-19 años. Hubo un predominio de procedencia urbana, la mayor parte de las mujeres fueron de religión católica, seguido de evangélicas. La escolaridad predominante de las mujeres encuestadas fue el de secundaria incompleta, seguida de la primaria incompleta. El IVSA predominante fue entre las edades de 10-19 años. El rango de hijos con mayor frecuencia fue el de 1 a 3 hijos.

El grado de conocimiento sobre los métodos de planificación familiar tuvo una relación directamente proporcional con la edad, el nivel de escolaridad, la cantidad de hijos, fue mayor entre las del área urbana. En cuanto a la actitud encontramos que en la mayoría de los ítems, se obtuvo una postura favorable hacia la planificación familiar, con la excepción del mito del preservativo donde la mayoría apoya este mito, dando una dirección negativa a su uso. En cuanto a prácticas encontramos que el 94.3% de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa están planificando con algún método.

INDICE.

	Pág.
Introducción.....	6-7
Antecedentes.....	8-9
Justificación.....	10
Planteamiento del problema.....	11
Objetivos.....	12
Marco Teórico.....	13-43
Diseño Metodológico.....	44-49
Resultados.....	50-57
Discusión.....	58-59
Conclusión.....	60
Recomendaciones.....	61
Bibliografía.....	62-64
Anexo.....	65
Ficha de recolección de Datos.....	66-71
Cuadros y gráficos.....	72

Introducción.

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y sus funciones y procesos.^(1,13)

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y servicios de planificación de la familia de su elección, así como acceso a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.⁽¹⁾

Los programas de planificación han sido desarrollados para ofrecer a la población un medio que les permita tener el número de hijos que desea. Su eficacia ayuda a reducir la incidencia de embarazos no deseados y permite un crecimiento demográfico en correspondencia al desarrollo social y económico del país. También es un recurso que permite mejorar la salud materno infantil de un país.²

Más de 150 millones de mujeres quedan embarazadas al año, en países en vías de desarrollo y de ellas aproximadamente 500,000 mueren por causas vinculadas con el embarazo.³

La conducta sexual trae mayores consecuencias en la salud reproductiva, sobre todo a los adolescentes; entre las que se destacan los embarazos en momentos en los que no han alcanzado su plena madurez física, fisiológica y su consolidación psicosocial.³

Nicaragua es uno de los países subdesarrollados con más altas tasas de natalidad. Con un crecimiento demográfico anual 2005 INEC, estimación y proyección de población Mayo 2001 de 2,0. Una Tasa Global de fecundidad ENDESA 2001 de 3.2 hijos al final de la vida reproductiva de la mujer, siendo la tercera más alta en centro América. Y con un porcentaje de embarazos en adolescentes SINEVI 2004 de 27.7.

Una tasa de mortalidad infantil (últimos 10 años) de 35, con una tasa de mortalidad materna (por cien mil nacidos vivos) cifras preliminares 83.6. ⁽²⁾

Las deficiencias en los servicios de salud reproductiva y salud sexual son causas de casi una quinta parte de la carga mundial de morbilidad y mortalidad prematura, y de una tercera parte de las enfermedades y defunciones de las mujeres en edad fértil. ⁽²⁾

El concepto de necesidad insatisfecha denota a las mujeres y parejas que no quieren tener otro alumbramiento en los dos años siguientes, o nunca, pero no están utilizando un método anticonceptivo. ^(1,2,13)

Con la reducción de las necesidades insatisfechas de planificación familiar se contribuye a prevenir los embarazos no deseados, reducir embarazos de alto riesgo y disminuir la morbilidad materna, mejorar la calidad de los servicios de planificación de la familia y la información, el asesoramiento psicosocial al respecto e intensificar la práctica de los hombres en la planificación familiar. ⁽²⁻³⁾

En el censo 2005 INEC la población de Nicaragua 5, 142,028 habitantes. La tasa de crecimiento anual se ha reducido de 3.5% en el período 1971-1995 a 1.7% en el período 1995-2005. Esto se explica por el descenso drástico de la fecundidad, pasando de 7.0 hijos por mujer en 1971 a 4.8 en 1995 y a 3.2 en el 2001. Traducido en un incremento en el uso de anticonceptivos al pasar de 49% en 1993 a 69% en 2001. Otro factor complementario que explica la reducción de la tasa de crecimiento de la población es la comprobada emigración internacional. ⁽²⁾

Siendo que la vida sexual de los jóvenes está atravesada por componentes culturales, sociales, étnicos y económicos, los datos nacionales pueden no estar dando cuenta de las particularidades locales. Por ello gana importancia la realización de estudios de carácter local que contribuyan a contrastar o validar lo que el nivel nacional expone y sobre todo, a orientar las intervenciones en salud con base en la evidencia local, sin perder la perspectiva nacional. ⁽³⁾

Antecedentes:

En la Conferencia de El Cairo (1994), la comunidad internacional adoptó un nuevo concepto, más amplio, de salud reproductiva y derechos reproductivos, inclusive la planificación de la familia y la salud sexual. ⁽⁴⁾

A escala mundial, a partir de 1994 el uso de métodos de planificación de la familia ha aumentado desde el 55% de las parejas casadas hasta alrededor del 61%; en el 68% de los países donde se dispone de datos, ese uso ha aumentado en al menos un punto porcentual por año y en 15% de esos países, a razón de al menos 2 puntos porcentuales por año. El uso varía de una región a otra, desde un 25% en África hasta casi un 65% en Asia (donde las altas tasas de utilización en China elevan el promedio), y 70% en América Latina y el Caribe y en los países de regiones desarrolladas. ^(1,2,10,13)

No obstante, en muchos países, particularmente los más pobres, aún se restringe el acceso a los anticonceptivos y la opción entre estos.

En un estudio realizado en 2001 sobre 45 países en Asia (algunos de estos son Bangladesh, Benin, Burkina Faso, la Federación de Rusia, China, Jordania, Malawi, Malí, Mauritania, Mongolia, el Senegal, Santo Tomé y Príncipe, y el Territorio Palestino Ocupado) se comprobó que si en el decenio de 1980 esos países hubieran reducido la fecundidad en cinco alumbramientos por 1.000 habitantes, la incidencia media nacional de la pobreza, de 18,9% a mediados del decenio de 1990, se habría reducido hasta 12,6% entre 1990 y 1995.

En Endesa 2001, se refiere una tasa global de fecundidad mayor en el área rural 4.4 que en la urbana de 2.6

También se expresa que el uso de la anticoncepción en Nicaragua es relativamente alto, pues el 66% de todas las MEF han usado alguna vez en su vida un método de planificación familiar. El 64% ha usado métodos modernos y el 15% tradicionales. El método moderno mas usado sigue siendo las píldoras 43%, seguido por la inyección 27%, esterilización femenina 18%, DIU, condón y el MELA con 11% y solo el 10% han practicado el retiro. La anticoncepción de emergencia es 4 veces superior en mujeres no unidas. 43% de las mujeres tienen entre 1-3 hijos y 13% tienen de 6 a más hijos.

En Nicaragua se han realizado los siguientes estudios:

En 1997 Alvarado et al, realizaron un estudio sobre CAP sobre métodos anticonceptivos en adolescentes secundarios del instituto público Sor Olivia Lombandy Río Blanco, Matagalpa, concluyeron que el nivel de conocimientos de los encuestados sobre los métodos anticonceptivos son incompletos e incorrectos, referente a las practicas los métodos mas usados fueron las pastillas, condón y anticonceptivos inyectables. ⁽³⁾

Se realizo un estudio CAP de la población adolescente sobre Métodos de planificación familiar y del personal de salud encargado de ofertar métodos del centro de salud Fidel Ventura- Waslala Julio – Septiembre 2001 por Javier Oviedo. Reportando que el grupo de 20-34 años reportan el mayor uso con 37.8%, el nivel de escolaridad 28.6% tiene la secundaria incompleta y que el lugar de procedencia la mayoría son del casco urbano con 59.4%. ⁽⁴⁾

En el 2007 Arriola Picado yesenia y Matamoros Días Noemí realizaron un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres en edad fértil del área rural de la Cruz de Río Grande, reportando que en el Inicio de vida sexual activa el grupo mas alto, fue entre los 15-19 años, lo que contribuye a embarazos no deseados a temprana edad, que en su mayoría tenían de 1-3 hijos, los métodos más conocidos; la inyección Depo-provera, la píldora y el condón. Concluyen además que la cantidad de hijos es más determinante para la planificación que la edad y que es menos común en las mujeres más jóvenes. La condición escolar analfabeta tiene gran importancia para no optar a la planificación familiar. ¹²

Justificación:

Siendo la mujer la principal implicada en la planificación familiar de Nicaragua y el eje del programa de planificación familiar del Minsa a nivel mundial y dado que a pesar del aumento del uso de métodos de planificación familiar en el Mundo, en el territorio Mina de Limón , según el reporte del plan operativo anual 2005, se observa un aumento en el numero de controles de planificación familiar, de 865 en el 2003 y 1,625 en el 2004, pero hay un descenso en la cobertura de la planificación familiar de 38.2% en el 2003 a 28% en el 2004 y un descenso en la concentración de planificación familiar, de 3 en el 2003 a 2 en el 2004. Por lo que hemos decidido realizar un estudio acerca de los conocimientos de las mujeres en edad fértil del Municipio Mina el Limón sobre planificación familiar y sus métodos, las actitudes de ellas hacia la planificación familiar y sus practicas, que nos permita valorar los comportamientos hacia la planificación familiar y las situaciones de riesgo sexual y reproductivo (ITS/VIH/SIDA). Siendo de utilidad estos datos para que las unidades de salud del Municipio Mina de Limón organice estrategias que permitan mejorar las acciones de información, comunicación y educación que permitan que las mujeres puedan tomar decisiones reproductivas sanas e informadas que puedan eliminar conductas de riesgo sexuales y reproductivas de las mujeres en esta zona y aumentar la cobertura de estas en el programa de planificación familiar.

Planteamiento del problema:

- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimientos que tienen las mujeres en edad fértil del municipio de Mina Limón, sobre los métodos de planificación familiar ofertados por el Minsa en lo que respecta a su forma de uso, efectos indeseables que provocan.
- ✓ ¿En qué medida las aptitudes identificadas podrían favorecer el acceso a los servicios de planificación familiar del Ministerio de Salud?
- ✓ ¿Son las prácticas reproductivas de las mujeres en edad fértil del Municipio Mina de Limón pertinentes a los objetivos del programa de planificación familiar del Ministerio de Salud de Nicaragua?

Objetivos

Objetivo general:

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en edad fértil alrededor de los métodos de planificación familiar en el Territorio Mina de Limón.

Objetivos específicos:

- 1) Determinar los conocimientos de las mujeres en edad fértil alrededor de los métodos de planificación familiar.
- 2) identificar las actitudes de las mujeres en edad fértil favorables al acceso a los servicios de planificación familiar.
- 3) Determinar las prácticas de las mujeres en edad fértil sobre los métodos de planificación familiar.

MARCO TEORICO:

Conocimiento: Nivel de información de la mujer en edad fértil y su pareja sobre planificación familiar y sus métodos.

¿Qué es una escala?

Definimos una escala como una serie de ítems o frases que han sido cuidadosamente seleccionados, de forma que constituyan un criterio válido, fiable y preciso para medir de alguna forma los fenómenos sociales. En nuestro caso, este fenómeno será una actitud cuya intensidad queremos medir. ⁽⁹⁾

¿Qué es una actitud?

Actitud es un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones. ⁽⁹⁾

Actitud: Es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto y sus símbolos. Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia. Son un indicador de la conducta en si. ^(9,10,11,12)

Las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja). Estas propiedades forman parte de la medición.

El método mas conocido para medir la actitud es la escala Likert.

Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales; o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes.

¿Qué es un ítem?

Un ítem es una frase o proposición que expresa una idea positiva o negativa respecto a un fenómeno que nos interesa conocer. Por ejemplo, el ítem:

"Las normas sobre utilización de carretillas elevadoras dictadas por la empresa, en la práctica cotidiana, son de difícil cumplimiento."

Expresa una opinión sobre un tema: la política normativa de la empresa, y se refiere concretamente al manejo de carretillas. La posición valorativa de tal afirmación hecha por un individuo se puede considerar como un indicador de su opinión sobre dicha política normativa, sobre el uso de carretillas elevadoras, sobre la seguridad en la empresa, etc. ⁽¹²⁾

Tres criterios para la confección de los ítems de una escala

1. Los ítems deben facilitar respuestas relacionadas con el fenómeno medido, aunque dicha relación no tiene porqué ser necesariamente manifiesta.
2. Cada ítem debe declarar no sólo las dos posturas extremas, sino también graduar las intermedias. A medida que la escala gane en sensibilidad, ganará también en precisión.
3. Los ítems deben ser fiables y seguros. La fiabilidad con frecuencia se logra a costa de la precisión. Cuanto más refinada es una medición, más probable es que en dos medidas repetidas obtengamos puntuaciones distintas.

Escalas aditivas

Las escalas aditivas están constituidas por una serie de ítems ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. El interrogado señala su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem (muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso en desacuerdo, muy en desacuerdo). A cada respuesta se le da una puntuación favorable o desfavorable. La suma algebraica de las puntuaciones de las respuestas del individuo a todos los ítems da su puntuación total que se entiende como representativa de su posición favorable-desfavorable con respecto al fenómeno que se mide ^(10,12)

La justificación razonada de tales puntuaciones totales, como base para la colocación de los individuos en una escala, es la siguiente:

A un ítem que puede ser admitido con diversos grados de aprobación, se le pueden atribuir diversos "pesos", conforme a las frecuencias aprobatorias que reciba de acuerdo con la curva normal.

Asimismo y por consiguiente, 1) cada individuo recibe una puntuación proporcional a su aprobación acumulada, y 2) cada ítem recibe diversos pesos según el grado con que es aprobado.

La probabilidad de acuerdo o desacuerdo con cualquiera de las series de ítems favorables o desfavorables, con respecto a un objeto, varía directamente con el grado de actitud de un individuo. Un individuo con una actitud favorable responderá favorablemente a muchos ítems (es decir, estará de acuerdo con muchos ítems favorables al objeto y disentirá a los desfavorables); de un individuo ambivalente puede esperarse que responda desfavorablemente a unos y favorablemente a otros; un individuo con una actitud desfavorable responderá desfavorablemente a muchos ítems. ⁽⁹⁾

El tipo de escala aditiva más frecuentemente utilizado en el estudio de las actitudes sociales es el de Likert.

Construcción de una escala aditiva tipo Likert

La escala de Likert es una escala ordinal y como tal no mide en cuánto es más favorable o desfavorable una actitud, es decir que si una persona obtiene una puntuación de 60 puntos en una escala, no significa esto que su actitud hacia el fenómeno medido sea doble que la de otro individuo que obtenga 30 puntos, pero sí nos informa que el que obtiene 60 puntos tiene una actitud más favorable que el que tiene 30, de la misma forma que 40°C no son el doble de 20°C pero sí indican una temperatura más alta. ⁽⁹⁾

A pesar de esta limitación, la escala Likert tiene la ventaja de que es fácil de construir y de aplicar, y, además, proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide.

La construcción de esta escala comporta los siguientes pasos:

- 1º)** Se recoge una larga serie de ítems relacionados con la actitud que queremos medir y se seleccionan, aquellos que expresan una posición claramente favorable o desfavorable.
- 2º)** Se selecciona un grupo de sujetos similar a aquél al que piensa aplicarse la escala. Estos responden, eligiendo en cada ítem la alternativa que mejor describa su posición personal.
- 3º)** Las respuestas a cada ítem reciben puntuaciones más altas cuanto más favorables son a la actitud, dándose a cada sujeto la suma total de las puntuaciones obtenidas.

El ejemplo nº 2, tomado de una escala para medir la actitud de los adultos hacia la formación, nos ilustra sobre la elaboración de los ítems:

Un individuo que contestara a estos ítems en las dos respuestas marcadas con el círculo tendría una puntuación de 2 puntos en el primer ítem y de 1 punto en el segundo, su suma,

3, sería la posición de este individuo. Si la escala estuviera formada por estos dos ítems solamente, la puntuación de los individuos iría desde 2, actitud más negativa hacia la formación, hasta 10, actitud más positiva.

El individuo que obtiene una puntuación de 3, en principio parece que tiene una actitud baja o en contra del fenómeno que se mide, pero para poder decir esto hay que esperar a compararlo con la puntuación obtenida en la misma escala, por otros individuos.

4º) Para asegurar la precisión de la escala, se seleccionarían el 25 % de los sujetos con puntuación más alta y el 25 % con puntuaciones más baja, y se seleccionan los ítems que discriminan a los sujetos de estos dos grupos, es decir, aquellos con mayor diferencia de puntuaciones medias entre ambos grupos.

5º) Para asegurar la fiabilidad por consistencia interna, se halla la correlación entre la puntuación total y la puntuación de cada ítem para todos los individuos, seleccionándose los ítems con coeficiente más alto.

6º) Con los criterios anteriores de precisión y fiabilidad se selecciona el número de ítems deseado para la escala. Para asegurar la validez del contenido, aproximadamente la mitad de los ítems deben expresar posición favorable y desfavorable la otra mitad.

En ciertos casos, para obligar a los individuos a definir su posición de forma más clara, se puede suprimir la respuesta "indeciso".

El número de ítems de una escala Likert suele oscilar entre 15 y 30.

Inconvenientes y ventajas de la escala de Likert

- Puede obtenerse una misma puntuación con diferentes combinaciones de ítems, lo que demuestra que la misma puntuación puede tener significados distintos. (No obstante, la consistencia interna tiende a evitarlo).
- En cambio, la escala es de fácil construcción y aplicación.
- Puede utilizar ítems no relacionados manifiestamente con el tema (pero sí de forma latente).
- A pesar de la ausencia de teoría justificativa para la "escalabilidad", en la práctica, las puntuaciones del cuestionario Likert proporcionan con frecuencia la base para una primera ordenación de la gente en la característica que se mide.

- El problema está en determinar cuándo tiene consecuencias para el significado de una misma puntuación el hecho de poder ser alcanzada por distintos medios y cuando no las tiene. ⁽⁹⁾

Escalamiento tipo Likert.

Este método fue desarrollado por Rensis Likert a principios de los 30; consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. ⁽¹⁰⁾

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar solo una relación lógica; además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras. Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuanto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. ⁽¹²⁾

EJEMPLO:

- () Muy de acuerdo.
- () De acuerdo.
- () Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
- () En desacuerdo.
- () Muy en desacuerdo.

Las afirmaciones pueden tener dirección: favorable o positiva y desfavorable o negativa. Si la afirmación es positiva, significa que califica favorablemente al objeto de actitud y cuanto más de acuerdo con la afirmación estén los sujetos, su actitud será más favorable.

Las puntuaciones de la escala Likert se obtienen sumando los valores alcanzados respecto a la frase. Por eso se denomina escala aditiva. ⁽¹²⁾

Endesa 2001. Refiere que la prevalencia de uso de algún método aumenta con la edad de la mujer, hasta alcanzar 75 por ciento entre las mujeres casadas o unidas de 35 a 39 años, y luego desciende a 59 por ciento entre aquellas de 45 a 49 años.

Los derechos sexuales y reproductivos son un cimiento del desarrollo. El descuido de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es la base de muchos de los problemas que la comunidad internacional ha identificado como urgentes, entre ellos la violencia, el abuso sexual y la violación de las mujeres y los niños; el VIH/SIDA; la mortalidad materna; el

embarazo de adolescentes; los niños abandonados; las prácticas dañinas, tales como la mutilación genital femenina; el crecimiento de la población; el predominio de las mujeres y los jóvenes en los grupos pobres de la sociedad; y la violación de los derechos humanos fundamentales y de la dignidad humana, incluidos los derechos básicos a la seguridad y la libertad de la persona. ^(8,12)

La salud sexual está encaminada al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales, y los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. ⁽⁸⁾

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. ⁽⁸⁾

Los derechos sexuales³ incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre derechos humanos, entre ellos:

el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; el

derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia. ⁽⁸⁾

La planificación familiar se define como la racionalización voluntaria y consciente, que hace una pareja de sus decisiones sobre el espaciamiento de los embarazos y el número de hijos que desea tener en función del bienestar presente y futuro de la familia.

La planificación de la familia posibilita que las personas y las parejas determinen el número y el espaciamiento de sus hijos, un derecho humano básico reconocido.

Principios fundamentales de la planificación familiar:

- Derecho de la población a recibir información veraz y oportuna.
- Acceso universal a los servicios de planificación familiar en privacidad, confiabilidad, confidencialidad, amabilidad, comodidad y de manera gratuita.
- Acceso a los servicios de planificación familiar con perspectiva de género e igualdad de oportunidades.
- Respeto a la diversidad étnica y cultural de la población.⁽¹⁾

Se obtienen beneficios prácticos en numerosos niveles:

En el plano individual, se mejora la salud de madres y niños de corta edad; se amplían las oportunidades de educación, empleo y participación social de la mujer; se reduce la exposición a riesgos de salud; y se reduce el recurso al aborto.

En el plano de las familias, se reduce la competición y la dilución de los recursos; se reduce la pobreza de los hogares y se aumenta la posibilidad de compartir la adopción de decisiones.

En el plano de la sociedad, se acelera la transición demográfica y la oportunidad de aprovechar el “dividendo demográfico” a fin de acelerar el desarrollo económico.

El hombre y la mujer tienen derecho a obtener información y servicios de planificación de la familia de su elección, así como acceso a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.⁽²⁾

Existen factores que interfieren en la planificación familiar los cuales son:

Falta de servicios accesibles y escasez de equipo, productos y personal: En general, en los países en desarrollo un 29% de las mujeres tienen necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos, siendo así que existen mujeres y parejas que no quieren tener otro alumbramiento en los dos años siguientes, o nunca, pero no están utilizando un método anticonceptivo porque en algunos países no cuentan con el acceso a los anticonceptivos modernos o a la diversidad de métodos, ejemplo: en Asia sólo un 46% de las mujeres casadas están utilizando anticonceptivos y en los países en vía de desarrollo la proporción es mucho menor. ^(5,7,13)

En muchos países, la declinación de los sistemas de salud ha reducido el acceso a los servicios y la calidad del personal. Debido a los bajos sueldos y las deficientes condiciones de trabajo, los empleados abandonan los servicios de salud pública para trabajar en el sector privado, con lo que se restringe aún más el acceso de los pobres y se impulsa a los marginalmente pobres hacia la pobreza.

En los países en vía de desarrollo el sistema de salud no cuenta con los recursos necesarios para proporcionar servicios de salud en las zonas rurales, quedando estas desprotegidas.

Falta de opciones entre distintos métodos, apropiados a la situación de la mujer y su familia: en los países en vía de desarrollo existen gran cantidad de poblaciones a las que se les ofrece diversidad y cantidades limitadas de los métodos de planificación, esto afecta principalmente al sector público.

- Falta de conocimientos acerca de la seguridad, la eficacia y la disponibilidad de opciones: a pesar de la gran diversidad de información con respecto a los métodos de planificación familiar transmitidas en medios masivos de comunicación, universidades y colegios, aun existen muchos mitos a cerca de estos métodos que dificultan su utilización.

Deficiente interacción entre pacientes y proveedores de servicios: Como la gente tiende a prestar especial atención a las posibles consecuencias negativas de ciertos anticonceptivos, tal vez sea más importante que los proveedores de servicios ayuden a

los clientes a entender las desventajas de un método en lugar de explicarles sus ventajas.

- Falta de apoyo por parte de la comunidad o del cónyuge: La salud reproductiva y la anticoncepción siguen siendo primordialmente responsabilidad de la mujer. Un gran porcentaje de hombres casados de entre 25 y 39 años de edad, en particular en África al sur del Sahara, manifiestan que no han hablado de planificación de la familia con sus compañeras. Los métodos masculinos—condones (preservativos) y vasectomía—sólo representan un pequeño porcentaje del uso de anticonceptivos a escala mundial, salvo en unos pocos países industrializados y en China. La violencia contra la mujer menoscaba gravemente su salud, su bienestar y su participación social. Es preciso que los hombres participen en la protección de la salud reproductiva de la mujer, como cuestión de su propio interés y a fin de proteger a sus familias, además de beneficiar a la mujer. Debido a su mayor acceso a los recursos y al poder, los hombres suelen determinar el momento y las condiciones de las relaciones sexuales, el tamaño de la familia y el acceso a los servicios de salud. En el diseño de los programas de salud reproductiva se están incorporando cada vez más disposiciones para contrarrestar las maneras en que la desigualdad de género limita el acceso de las mujeres— y a veces el de los hombres—a los servicios de salud

- Informaciones erróneas y rumores

- Efectos secundarios de algunos métodos y seguimiento insuficiente para promover un cambio de métodos o asegurar que la utilización y la dosis sean correctas: Muchas personas escogen un método en particular no por sus características deseables, sino más bien para evitar las características negativas de otros métodos. La elección de un método anticonceptivo determinado probablemente no indique que a la persona le gusta el método sino sólo que le parece mejor que otros métodos que le desagradan aún más.

- Limitaciones financieras.

Es posible hacer una distinción fundamental entre dos tipos de régimen reproductivo:

1.- Fecundidad Natural, en la que no se realiza intento consciente alguno de parte de la pareja, para regular el espaciamiento y el número de hijos.

2.- Fecundidad controlada en la cual las parejas influyen el momento y limitan el número de los nacimientos en forma deliberada.

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR:

Los métodos de planificación familiar se clasifican en:

- A. Métodos Naturales.
- B. Anticonceptivos de Barrera.
- C. Anticonceptivos Hormonales.
- D. Dispositivos Intrauterinos.
- E. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.

I. METODOS NATURALES: Son los métodos que se utilizan para planear o evitar el embarazo, por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las épocas fértiles e infértiles del ciclo menstrual y la utilización de estos conocimientos.

La ovulación ocurre generalmente una sola vez durante el ciclo menstrual y tiene una relación más o menos constante con el principio del próximo periodo menstrual. ^(1,13)

El óvulo solo puede ser fecundado durante las primeras 12 a 24 horas después de su liberación del ovario, mientras que los espermatozoides tienen una vida de hasta 72 horas en un ambiente favorable.

Los métodos naturales se clasifican en:

- ✓ MELA.
- ✓ ABTINENCIA.
- ✓ RITMO O CALENDARIO.

- ✓ TEMPERATURA BASAL.
- ✓ MOCO CERVICAL O DE BILLINGS.
- ✓ METODO SINTOTERMICO.

❖ MELA o amenorrea de la lactancia: este método utiliza la infertilidad temporal que ocurre durante la lactancia.⁽¹⁷⁾

a) Mecanismo de acción: la lactancia materna suprime la ovulación por el aumento de la producción de prolactina ocasionada por el estímulo de la succión. El efecto anticonceptivo es mayor con la lactancia y la amenorrea es mas corta cuando la succión es parcial o incompleta.

Las 3/5 partes de mujeres que utilizan este método tienen la probabilidad de quedar embarazadas durante la lactancia.

b) Eficacia: la tasa de embarazos es de 2 a 3 embarazos en los primeros 6 meses y esta aumenta hacia los 12 meses.⁽¹⁷⁾

c) Efectos benéficos:

- Fácil de utilizar de eficacia inmediata y puede utilizarse inmediatamente después del parto.
- No interfiere con el coito.
- No tiene efectos colaterales.
- No requiere supervisión médica.
- No hay costos directos relacionados a la planificación familiar o a la alimentación del bebe.
- Menor incidencia de carcinoma de mama.

Para que este método sea eficaz debe tenerse en cuenta las siguientes características:

1. Lactancia materna exclusiva a libre demanda, no debe darse otro tipo de alimento al niño y amamantar cada vez que el niño desee durante el día y la noche.
2. Permanecer en amenorrea hasta los 6 meses posparto.
3. Utilizar otro método de planificación si hay menstruación y continuar lactancia.
4. Utilizar un método alternativo de planificación familiar si el niño es mayor de 6 meses de edad.

5. No debe ofrecerse como método anticonceptivo a mujeres que no se encuentren motivadas u orientadas a cumplir con los requisitos del método, ni a mujeres que menstrúen antes de los 6 meses posparto. ^(1,13,17)

- ❖ METODO DEL RITMO O CALENDARIO: este se basa en la predicción de ciclos futuros con el conocimiento y registro de los ciclos pasados, por lo menos 6 meses previos, y que estos sean consecutivos, para poder predecir razonablemente la duración de los próximos 3 ciclos. Eficacia 53%-85.6%. ^(1,13)

Técnica: se resta 18 días al ciclo más corto para obtener el primer día fértil, y luego se resta 11 días al ciclo más largo, para obtener el último día fértil.

Este método tiene aplicaciones para mujeres con ciclos menstruales regulares y está contraindicado en aquellas pacientes cuyo ciclo más largo excede en 10 días al ciclo más corto, en el posparto y posaborto.

❖ METODO DE LA TEMPERATURA BASAL:

La progesterona producida por el cuerpo lúteo a continuación de la ovulación tiene una acción termógena, haciendo subir la temperatura basal del cuerpo en 0.2 a 0.4 grados permaneciendo elevado hasta el comienzo de la menstruación, se dibuja así una curva bifásica, con un nivel más bajo antes y un nivel más elevado después de la ovulación. El cambio de la temperatura ocurre repentinamente en el 83% del ciclo, ocurre lentamente durante varios días, en un 15% y en forma de pasos en el 2%. Eficacia 77%-99%. (según pocos estudios). ^(1,13)

Método de registro: es esencial tener una técnica adecuada de registro para obtener gráficos de fácil interpretación, lo cual no es difícil y puede enseñarse a todas las mujeres con todo éxito.

Indicaciones:

- La temperatura debe tomarse todas las mañanas antes de haber ingerido algún alimento o bebida.

- Es importante usar un termómetro especial con graduación de 2 grados o 10 divisiones por grado.
- La temperatura debe tomarse de la misma manera todos los días, ya sea vaginal, rectal u oral y a la misma hora todas las mañanas, antes de levantarse de la cama, siempre en el mismo lugar dejando el termómetro no menos de 3 minutos.
- Si el termómetro se detiene entre dos líneas se registra la menor.
- La temperatura debe marcarse poniendo un punto en el centro del cuadro correspondiente, en un gráfico debidamente diseñado con cuadros de 5mm como mínimo.
- Iniciar un gráfico nuevo el primer día del ciclo menstrual.
- La abstinencia sexual debe de mantenerse 72 horas después de iniciado el pico termógeno o ovulatorio, al cabo del cual puede reanudarse las relaciones hasta el comienzo de la menstruación siguiente.

❖ **METODO DEL MOCO CERVICAL O DE BILLINGS:** los cambios del moco cervical están relacionados con el aumento de los estrógenos previo a la ovulación. Durante los días inmediatos a la menstruación el moco forma un tapón grueso y viscoso que ocluye el canal endocervical, al tacto la vagina se siente seca (días secos), bajo la influencia de los estrógenos el moco cambia gradualmente, primero es seco y viscoso y luego fluye abundantemente líquido lubricante y elástico (días húmedos). Eficacia 84.6%-94%.

Estos cambios se producen en los días que preceden la ovulación y 2 días después, denominándose como el pico el último día de moco líquido y elástico. Después de la ovulación, bajo la acción de la progesterona, el moco nuevamente se vuelve denso y viscoso, en su aplicación deben considerarse los siguientes aspectos:

- 1) Evitar las relaciones sexuales durante la menstruación, ya que la ovulación puede presentarse en los ciclos cortos sin que se haya terminado el sangrado.
- 2) Inmediatamente después de terminada la menstruación debe observarse la presencia de moco y sus características.
- 3) Los días secos preovulatorios son infértiles, las relaciones pueden realizarse en días alternos para no confundir el semen con el moco cervical.
- 4) Cuando termina la sequedad y aparece el moco inicia la fase fértil, y se impone la abstinencia sexual.
- 5) La actividad sexual, puede reanudarse 4 días después de la aparición del pico(ultimo día de moco elástico y transparente).

❖ METODO SINTOTERMICO: simplemente consiste en la combinación del método del registro de la temperatura basal con el reconocimiento de los cambios del moco cervical. Con su correcta aplicación es posible lograr una mayor eficacia.

II ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA: en esta clasificación se agrupan los métodos que constituyen un obstáculo mecánico que impide al semen ponerse en contacto con la vagina o el cerviz; Los más conocidos son el condón y el diafragma, o los métodos que afectan la motilidad del espermatozoide como los preparados farmacológicos. Estos son métodos temporales de una eficacia estable si se siguen todas sus indicaciones para su uso correcto^(14,16)

A. OBTACULOS MECANICOS:

1. Diafragma: esta formado por una goma delgada en forma de cúpula que termina en un anillo circular metálico recubierto por la misma goma que le permite mantener su forma, se encuentran en tamaños diferentes (50 y 150mm de diámetro). Se coloca recubriendo el cuello por detrás de la sínfisis pública y sobre la parte superior de la pared vaginal posterior. La mujer debe tener un adiestramiento previo y seleccionar cuidadosamente la medida de su diafragma. ^(14,16)

Se usan asociados a un espermicida. Puede ser colocado varias horas antes del coito, y debe de repetirse el espermicida si la relación sexual se realiza después de 2 horas de haberse colocado y de igual forma si la relación sexual es repetida en el mismo lapso de tiempo.

No debe de retirarse el diafragma antes de 8 horas de haberse realizado el coito, y no debe de realizarse duchas vaginales postcoitales. No debe dejarse más de 24 postcoitales para evitar infecciones. Se retira introduciendo el dedo índice en la vagina, y tomando la parte rígida del diafragma y haciendo tracción.

Ventajas: no interfiere directamente con el coito, ya que puede colocarse horas antes del mismo y a de mas provee lubricación adicional.

Desventajas: requiere alta educación y motivación para su uso.

Debe agregársele siempre espermicida o jaleas lo, que eleva su costo, se encuentra contraindicado en el prolapso uterino, hipotonía vaginal, desgarros vaginales, fístulas, retroversión o ante versión uterina forzada, en el posparto inmediato o en usuarias alérgicas al látex o a los espermaticidas.

². Condón: esta formado por una funda de látex que se adapta al pene erecto y actúa como barrera para impedir el derrame de los espermatozoides en la vagina, también pueden encontrarse femeninos los que se pueden colocar varias horas antes de la relación sexual. Se encuentran lubricados o no, de colores lisos estriados. Algunos condones masculinos presentan un receptáculo en donde se depositan los espermatozoides. Eficacia 70%-90%. ^(1,13,14)

Técnica de utilización del Condón masculino: se coloca antes del coito, con el pene erecto. Si no tiene receptáculo en la punta debe dejarse 1cm por delante del meato uretral, para dar cabida al semen, inmediatamente después de la eyaculación debe retirarse el pene de la vagina antes de que se ponga flácido, debe de tomarse el condón de la base para evitar que las contracciones de los músculos de la vagina y perineales encarcelen al preservativo y se produzca derrame del semen.

El condón femenino esta formado por una funda de látex con forma tubular con un fondo y un anillo de látex en su fondo.

Técnica de utilización del Condón femenino: este puede ser colocado hasta dos horas antes del coito, se fija su anillo se introduce dentro de la vagina introduciéndolo mientras se enrolla sobre su mismo eje, luego se introduce el dedo índice dentro del condón para ajustarlo a la pared vaginal, los bordes del condón deben quedar por fuera de los labios mayores. Y debe ser retirado después de terminada la relación sexual.

Ambos condones no pueden ser utilizados nuevamente.

Ventajas: son altamente eficaces cuando se emplean adecuadamente, no tienen efectos psicológicos o sistémicos. No interfieren con la lactancia y protege contra enfermedades venéreas. Y son de bajo costo.

B. PREPARADOS ESPERMATICIDAS: Son sustancias químicas u orgánicas que van a inmovilizar o destruir a los espermatozoides. Se encuentran en forma de tabletas vaginales u óvulos grasos para dispersión en la vagina después de ser colocados, o en formas de jaleas o de cremas provistas de su aplicador. El principio activo de la mayoría de estos compuestos son derivados del acetato de fenilmercurio o del nonil-fenoxi-polietoxi-etano. ^(1,16)

Los espermicidas deben de ser colocados 10 a 15 minutos antes de la iniciación de la relación sexual y repetirse si la misma no se realiza en las 2 horas siguientes o si ella se repite. Eficacia 75%-95%.

Conclusiones generales de los anticonceptivos de barrera: son económicos y de escasos efectos secundarios, pueden ser usados con parejas con baja frecuencia costal, fuera de los días fértiles del ciclo menstrual y en los posibles asociarlos a condones, diafragma.

I. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES:

- ANTICONCEPTIVOS ORALES:

Se encuentran combinados, que combinan un estrógeno y una progesterona, y anticonceptivos hormonales orales de progestagenos, que no contienen estrógenos.

Anticonceptivos hormonales orales combinados: en estos se asocia un estrógeno sintético (el etenil estradiol) y una progesterona sintética (noretisterona, levonorgestrel, desogestrel, gestodeno, norgestimato).

Según sus combinaciones se distinguen dos variedades: Anticonceptivos Orales Monofásicos: son combinaciones de estrógenos y de progesterona que se ingieren en cantidades constantes durante 21 días seguidos de un intervalo de descanso de 7 días o de placebo para los 7 días del 21 al 28.

Anticonceptivos Hormonales bifásicos y trifásicos) son combinaciones de estrógeno y progesterona ofrecidos a dosis variables durante el ciclo para lograr una dosis total inferior a los preparados monofásicos^(1,11,13)

Mecanismo de acción:

1. Inhibición de la ovulación por efecto sobre el eje hipotálamo- hipófisis con disminución de la producción de FSH y LH que consecuentemente dejan de estimular la producción de hormonas naturales en la mujer (estrógenos y progesterona) lo que explica los demás mecanismos de acción.
2. Aumento de la viscosidad del moco cervical con alteración de los mecanismos de transporte y capacitación del espermatozoide.
3. Cambios estructurales y enzimáticos del endometrio y endosálpinx que inhiben aun la implantación del óvulo fecundado.

Efectos colaterales de los anticonceptivos hormonales:

Se produce una alteración de las hormonas tiroideas con aumento de las tiroxinas y de yodo unido a proteínas, esto por acción de los estrógenos. Los Progestágenos producen alteración del metabolismo de los glucósidos con deterioro de la curva de tolerancia a la glucosa e incremento de los niveles plasmáticos de insulina; también ocasiona alteración del metabolismo de los lípidos, con aumento de los niveles séricos de colesterol, triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad, estos cambios son los responsables de las enfermedades arteriales, de la elevación de la presión sanguínea y el aumento de peso. Los estrógenos también producen alteración del mecanismo de formación de fibrina y de la fibrinólisis, lo que facilita la aparición de enfermedades vasculares como trombo embolismo arteriales cerebrales y coronarios.

Los estrógenos causan alteraciones en el funcionamiento hepático y colestasis, por lo que debe ser prudente su administración en pacientes con antecedentes de hepatitis, ictericia idiopática crónica, síndrome de Dubin- Johnson y Rotor. ^(1,5,7,13,15)

- ✓ CLOASMA: manchas de color café y forma irregular en la cara, especialmente enfrente y pómulos, están directamente relacionados con los estrógenos y disminuyen lentamente después de suspender la preparación hormonal, a veces puede persistir.
- ✓ CANDIDIASIS VAGINAL: tal como ocurre en el embarazo hay más probabilidades de adquirir infecciones monilíasicas vaginales, probablemente tiene relación con el efecto antiestrogénico del progestágeno y de los cambios del PH y de la flora vaginal.
- ✓ NAUSEAS: es usual en el primer ciclo, se debe principalmente a la sensibilidad de la paciente a los estrógenos sintéticos y casi siempre ocurre adaptación al preparado.
- ✓ SENSIBILIDAD DE LOS SENOS: pueden estar doloridos y ligeramente hinchados en el primer ciclo, pero igual que las náuseas suele desaparecer en los siguientes ciclos.
- ✓ SANGRADO IRREGULAR: en algunos casos hay cambios en la cantidad de flujo menstrual, lo que está relacionado con el efecto antiestrogénico de los progestágenos, en algunas ocasiones se produce el sangrado ínter menstrual, si este se hace presente es conveniente cambiar a un preparado con mayor contenido de estrógenos y progestágenos.
- ✓ AUMENTO DE PESO: es común el aumento de un kilogramo de peso durante los primeros meses de tomar unos anticonceptivos orales, si es mayor debe considerarse un cambio de fórmula o de método.
- ✓ VARICES: no son una contraindicación para el uso de terapia esferoidal, pero pueden ser un factor coadyuvante para la aparición de tromboembolias, pero cuando se asocian a úlceras varicosas, cicatrices y venas profundas incompetentes constituyen una contraindicación.

- ✓ HIPERTENSION: si una mujer ha tenido presiones sanguíneas normales antes de la medicación con estas formulas y luego de iniciar la terapia hormonal inicia a presentar PAS mayor de 160mmhg y una PAD mayor de 105mmhg durante la medicación debe de suspenderse la anticoncepción esteroideal y debe observarse la necesidad del uso de antihipertensivos.
- ✓ DEPRESION: si durante un programa de anticoncepción se presentan síntomas de depresión deben de suspenderse o cambiar la medicación
- ✓ CAMBIOS DE LA LIBIDO: es difícil evaluar los cambios de la libido y determinar la influencia de los factores sociales, psicológicos y endocrinos de la actividad sexual, pero en general la mayoría de los informes reportan aumento de la actividad costal de las mujeres que toman terapia hormonal.
- ✓ CAMBIOS EN LA LACTANCIA: los anticonceptivos orales producen una disminución del volumen de leche materna y un cambio moderado en sus componentes.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:

- ✓ No debe usarse en mujeres con antecedentes o presencia de enfermedad trombo-embolica, accidentes cerebro-vasculares, enfermedad coronaria.
- ✓ En mujeres con sospecha o historia de cáncer de seno.
- ✓ En usuarias con sospecha o evidencias de carcinomas estrógeno dependiente.
- ✓ Pacientes con tumores benignos o malignos de hígado, evidencia de alteración de la función hepática.
- ✓ En el embarazo.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS:

- ✓ Hipertensión arterial
- ✓ Cefaleas y migrañas.
- ✓ DM o PRE-diabetes.
- ✓ Colestasis.
- ✓ Fase aguda de mononucleosis infecciosa.
- ✓ Enfermedad de células falciformes.

- ✓ Hemorragia genital no diagnosticada.
- ✓ Cirugía electiva programada para las siguientes 4 semanas y en el post-operatorio, inmovilización de miembros inferiores.
- ✓ Edad mayor de 35 años.
- ✓ Usuaris que fuman más de 15 cigarrillos al día.
- ✓ Aumento de peso más de 10 libras.
- ✓ Pacientes que sugieren problemas de fertilidad.
- ✓ Ausencia de menstruación por más de 3 meses de uso de anticonceptivos orales.

SINTOMAS DE ALARMA:

- Dolor abdominal severo que pueda indicar trombosis venosa profunda.
- Dolor torácico y disnea que puedan ser producida por infarto de miocardio o una trombosis pulmonar.
- Cefalea severa, visión borrosa o ceguera que puedan indicar crisis de hipertensión arterial o la inminencia de accidente vascular cerebral.

RECUPERACION DE LA FERTILIDAD:

Después de la anticoncepción hormonal oral combinada se reestablece la ovulación. 90% de las usuarias recuperan la fertilidad durante el primer año posterior a la suspensión de la píldora. Los anticonceptivos hormonales orales deben de administrarse con cuidado a usuarias con ciclos menstruales irregulares.

INTERACCION DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES CON OTROS FARMACOS:

- Los medicamentos que causen vomito o diarrea puede reducir la eficacia de los anticonceptivos orales así tenemos algunos antibióticos tales como: Rifampicinas, Penicilinas, Nitrofurantoinas.
- Los siguientes anticonvulsivos: Fenobarbital, Primidona, Carbamacepina, Fenitoina. El antimicótico griseofulvina.

- Los anticonceptivos orales pueden aumentar la acción de los siguientes medicamentos: Troleandomicina, TAO, Fenitoina, antidepresivos tricíclicos, Agentes beta bloqueadores, Ansiolíticos, Benzodiacepinas y preparaciones de Teofilina.
- Pueden aumentar la acción o riesgo de toxicidad de anticoagulantes como: Warfarina, Coumadin, heparina. Agentes antidiuréticos, insulina e hipoglicemiantes orales, agentes hipertensivos.

EFECTOS BENEFICOS DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES:

- ✓ Disminuyen las enfermedades benignas de la mama, tanto los cambios fibroquísticos como el fibroadenoma.
- ✓ Hace menos posible la presencia de anemia ferro priva al disminuir la cantidad de sangrado menstrual.
- ✓ Disminuye la incidencia de embarazo ectópico.
- ✓ Protegen del riesgo de contraer cáncer de ovario y endometrio, hasta un 50% después de un año de uso y parece continuar, para el cáncer de ovario, por 10 años mas después de haber suspendido su uso.
- ✓ La prevención del embarazo produce disminución de muerte materna por causas relacionadas con la gestación, parto y puerperio.

• ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES:

* COMBINADOS: Son preparados inyectables a base de estrógeno y progesteronas sintéticos, para aplicación mensual intramuscular. Por su contenido de estrógeno produce sangrado regular y gran seguridad anticonceptiva. ^(1,13,15)

➤ MECANISMO DE ACCION:

- ✓ Igual efecto que los anticonceptivos orales combinados.
- ✓ En la hipófisis y en el hipotálamo producen disminución de FSH y LH.

- ✓ En el ovario inhiben la maduración folicular y la ovulación.
- ✓ Alteran la motilidad uterina y tubárica dificultando el transporte del óvulo y de los espermatozoides.
- ✓ Alteran la producción de glicógeno en las glándulas endometriales, lo que dificulta la implantación del blastocito.
- ✓ A nivel cervical interfiere en la producción de ácido sialico, hace que el moco sea mas espeso lo que dificulta la penetración del espermatozoide.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- Primera opción para mujeres menores de 20 años y que no han estado embarazadas.
- Segunda opción para mujeres que no son tributarias, mayores de 20 años con o sin antecedentes de gestación y que no aceptan el DIU o la oclusión tubarica bilateral.
- En el posaborto, en mujeres que están lactando por mas de 6 meses y en el posparto inmediato y que además no desea lactar.

EFFECTOS BENEFICOS:

- ✓ Menor dosis de progesteronas sintéticas, en relación con los anticonceptivos inyectables bimensuales y trimestrales.
- ✓ Mejor control del patrón de sangrado.
- ✓ Más rápido retorno a la fertilidad.
- ✓ Menor duración de los efectos secundarios.
- ✓ Igual eficacia con mayor aceptabilidad.

DESVENTAJAS:

- ✓ Mayor numero de inyecciones por año de uso.
- ✓ La presencia de estrógenos disminuye sus indicaciones.
- ✓ Uso restringido en el posparto cuando se desea lactar.
- ✓ Posee todos los efectos secundarios que causan los estrógenos.

EFFECTOS COLATERALES: en un número limitado de usuarias se presenta sangrado irregular (amenorrea, sangrado prolongado) principalmente en los primeros 3 meses. Todos los efectos colaterales son similares a los presentados por los anticonceptivos orales combinados, tales como mastalgia, cefalea, y cambios de peso de algunas usuarias.

FORMA DE USO: la primera inyección debe administrarse preferentemente el primer día del ciclo y hasta el quinto día, luego de be administrarse una ampolla cada mes calendario, con un margen de 3 días antes o después. A demás puede administrarse en el posaborto inmediato, en el posparto si no se desea dar lactancia, o 6 meses después del parto.

No debe hacerse masaje en el sitio de aplicación. Debe advertirse que dentro de los primeros 15 a 20 días posteriores a la aplicación de la primera inyección se presentara un sangrado, pero la siguiente debe administrarse en el mes calendario cada mes. La administración debe de ser en el deltoides o el glúteo intramuscular profunda.

VENTAJAS DE LOS ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES:

- ✓ Tiene alta efectividad.
- ✓ Mejoran el síndrome premenstrual.
- ✓ Demora en el reestablecimiento de la fertilidad.
- ✓ Disminuye la ocurrencia de endometriosis.
- ✓ Disminuye la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica.

DESVENTAJA DE LOS INYECTABLES:

- ✓ Imposibilidad de remover el producto una vez aplicado.
- ✓ Alteración del patrón de sangrado.
- ✓ Demora en el restablecimiento de la fertilidad.
- ✓ Aumento de peso.
- ✓ Galactorrea en algunas pacientes.

Las contraindicaciones son las mismas que los anovulatorios orales.

- ANTICONCEPCION POSTCOITAL O ASESORAMIENTO DE LA MAÑANA SIGUIENTE:

Fue ofrecido inicialmente en EEUU cuando Morris y Wagenen comenzaron a utilizar el dietilestilbestrol (EE2) y simultáneamente Haspel, en Europa. Los métodos interceptivos posovulatorios resultan de manera inestimable para uso de emergencia no más de 72 horas después de casos de violación o incesto, falla de anticonceptivos mecánicos (condón, diafragma) o relación sexual sin protección.

El mecanismo de acción esta dado por cambios en el endometrio que impiden la implantación, o por deficiente desarrollo folicular con alteraciones de la función lútea temprana. Pueden presentarse efectos secundarios como nauseas, vomito, mastalgias y sangrado irregular. Las tasas de embarazo están entre el 0.5 y el 1%. ^(13,15)

Cuando comenzar:

Dentro de las 72 horas después del coito sin protección anticonceptiva.

La siguiente tabla indica cuantas píldoras se deben tomar de acuerdo a su formulación:

Formulación (ejemplos de nombres comerciales)	Numero de píldoras a ingerir dentro de las 72 horas	Numero de píldoras a ingerir 12 horas mas tarde.
Anticonceptivos orales solo de progestagenos que contienen 0.075 miligramos (75 microgramos) de norgestrel (Ovrette, Neogest, Norgeal)	20	20
Anticonceptivos orales solo de progestageno que contienen 0.03 miligramos (30 microgramos) de	25	25

Levonorgestrel (Follistrel, Microval, Microlut, Microluton, Mikro- 30 Wyeth, Midro-30, Norgeston, Nortrel)		
Anticonceptivos orales combinados de dosis baja que contienen 0.15 ó 0.25 miligramos de Norgestrel mas 0.03 miligramos (30 microgramos) de etinil estradiol (Lo-femenal, Lo-Ovral, Mala-D(India), Nordeste, Microgynon).	4	4
Anticonceptivos orales combinados de dosis estandar que contienen 0.125 ó 0.25 miligramos (50 microgramos) de etinil estradiol (Eugynon 50, Nordiol, Ovral, Microgynon, Microgynon-50, Nordeste 50).	2	2
Levonorgestrel 0.75 mg (Postinor-2)	1	1

II. DISPOSITIVOS INTRA UTERINOS:

Los primeros dispositivos intrauterinos (DIU) no contenían elementos activos por lo que se les llamaron dispositivos inertes. Hoy se disponen de DIU activos o medicados que ofrecen una mayor una mayor eficacia con menores o iguales efectos secundarios. ^(1,13,16)

TIPOS DE DISPOSITIVOS ACTIVOS:

- a. Liberadores de cobre(Cu): T de Cu380A, Nova T, Multiload.
- b. Liberadores de Progesterona: Progestasert, Levonova.

➤ MECANISMOS DE ACCION:

- ✓ Desprendimiento de la cola de los espermatozoides por el cobre.
- ✓ Los iones de Cu liberados por el DIU bloquean el ADN celular del endometrio y trompas e impide el metabolismo del glicógeno.
- ✓ La presencia del DIU induce la liberación de lisozimas que inhiben la actividad espermática(T de Cu)
- ✓ El DIU de P4 produce cambios a nivel de las glándulas endometriales, especialmente de sus receptores de P4 que hacen inadecuado el medio para la anidación.
- ✓ El DIU liberador de P4 produce cambios en el moco cervical haciéndolo impenetrable para el espermatozoide.

TECNICA DE APLICACIÓN:

En general los DIU son objetos flexibles de polietileno a los cuales se añade sulfato de bario como material radio-opaco y un elemento activo de liberación (cobre, plata, P4. levonorgestrel) que potencializa o es responsable de su acción.

Los DIU de T de Cu ya sean de 200, 300, 220, o 380 A se presentan en estuches individuales estériles, y traen consigo su propio aplicador, que consta de una camisa con un tope cervical y un embolo, todos en material plástico de diferente consistencia. Previamente a la aplicación del DIU debe realizarse un examen pélvico completo para determinar la posición, tamaño y la dirección del útero y detectar la presencia de diferentes contra indicaciones.

Con una pinza tenáculo se toma el labio anterior del cuello, se tracciona discretamente para colocar el útero en posición intermedia y se practica histerometría, para situar a igual medida el tope cervical del aplicador. En condiciones estériles se extrae el DIU de la camisa aproximadamente 1.5cm, se toman los extremos de la rama transversal con el dedo pulgar e índice de una mano y con la otra se sostiene la camisa, se doblan las ramas transversales hacia abajo de forma que permita que sus extremos sean introducidos dentro de la camisa y posteriormente se coloca el embolo dentro de esta.

A través del canal cervical se lleva el aplicador hasta el fondo uterino que puede ser evidenciado al tacto, o al ponerse en contacto el tope del aplicador con el cerviz. Sosteniendo el embolo con una mano se fija este y con la otra se imprime un movimiento descendente de la camisa, lo que permite que el DIU salga del aplicador, a continuación se retira el embolo, teniendo fijo la camisa, la que se extrae después, antes de retirarse el espejulo se cortan los filamentos a 3cm del orificio externo cervical.

EXTRACCION DEL DIU:

Todos los DIU con apéndice de nylon se retiran haciendo una tracción suave con una pinza u otro instrumento adecuado. Si los hilos no son visibles o se han reventado, la extracción puede hacerse con una cureta de Novak o bajo visión directa con el histeroscopio.

INDICACIONES:

- ✓ Mujeres que por lo menos ha tenido una gestación.
- ✓ Mujeres con una relación mutua monogamia y estable.

EFFECTOS COLATERALES:

- **SANGRADO:** casi siempre después de la inserción de un DIU, lo cual se considera como una reacción normal a la misma. Puede presentarse sangrado ínter menstrual, generalmente como manchas o secreción serosanguinolenta durante una semana después de la inserción. En las primeras menstruaciones también se puede presentar metrorragia, menorragia o ambas. Si el sangrado persiste debe considerarse retiro del DIU.
- **DOLOR:** generalmente después de la inserción, retortijones o dolor en hipogastrio y en región lumbar, raramente persiste por más de una semana. Algunas veces se presenta dolores severos, lipotimia y aun síncope durante la inserción del DIU, con la administración de analgésicos pueden prevenirse estas complicaciones.
- **SECRECIONES VAGINALES:** son frecuente probablemente es una reacción del endometrio ante un cuerpo extraño. Casi siempre desaparece después de la primera menstruación.
- **RETRO:** son causas de retiro las hemorragias anormales o excesivas, pelvi peritonitis aguda que no responda a los antibióticos. Perforación o expulsión parcial del DIU, embarazo, tumor maligno externo o cervical, posmenopausia.
- **EXPULSION:** la expulsión espontánea del DIU es mas frecuente durante el primer mes posterior a su inserción. El 50% de todas las expulsiones se presentan en los primeros 3 meses posterior a su inserción, la mayoría ocurre durante el periodo menstrual. La inserción de un DIU de mayor tamaño del expulsado tiene una menor probabilidad de expulsión, pero aumenta el dolor y el sangrado.
- **SUPERVISION:** siempre que sea posible debe examinarse después de su inserción 1, o 2 meses después, y luego cada año.

❖ CONTRAINDICACIONES:

- ✓ EMBARAZO: es una contraindicación absoluta para la inserción del DIU.
- ✓ INFECCION PELVICA: infección activa (salpingitis, endometritis, cervicitis) o historia de infección reciente.
- ✓ NULIPARIDAD: mujeres jóvenes y nulíparas, constituyen una contraindicación relativa.
- ✓ MIOMAS: no debe insertarse en presencia de miomas submucosos y en presencia de hipermenorrea.
- ✓ SANGRADO UTERINO ANORMAL: cualquier sangrado anormal, debe ser investigado o corregido antes de la inserción de un DIU.
- ✓ CANCER DEL TRACTO GENITAL: no es una contraindicación para el método de planificación, pero si en este caso lo más urgente es un tratamiento para el tumor maligno y la planificación familiar no es una prioridad.

❖ COMPLICACIONES:

- PERFORACION: la incidencia de perforación varia mucho dependiendo de las habilidades y experiencias de quien lo inserta. La mayoría de ellas son sintomáticas y se hacen evidentes en un examen físico o durante un parto. Si al examinar una paciente no se hacen evidentes los hilos se puede estar ante la expulsión de un DIU, la introducción completa de este en cavidad uterina o una perforación y un DIU intrabdominal, ante esto se recomienda realizar una exploración endouterina durante la menstruación, si con esta no se logra detectar un DIU debe realizarse una ecografía pélvica o en su defecto una radiografía antero posterior y lateral de pelvis. ^(1,13,16,10)
- INFECCION: un 2% de estas mujeres puede presentar enfermedad inflamatoria pélvica durante el primer año de inserción, la mayoría de las infecciones puede tratarse con un DIU in situs.

- EMBARAZO: la tasa de embarazo durante el primer año fluctúa entre el 1.5 y 5%, los DIU de menor tamaño están asociados a tasas más altas de embarazo. Las tasas de embarazo disminuyen proporcionalmente con el tiempo de inserción del DIU.

III. ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA: Se cuenta con la esterilización quirúrgica femenina y masculina.

- ESTERILIZACION QUIRURGICA FEMENINA: también llamada oclusión tubarica bilateral, o tubectomia. Es un procedimiento que consiste en corte o sección, ligadura u obstrucción de la luz tubarica con el objetivo de impedir la unión del espermatozoide con el óvulo, su índice de falla es de 1 por cada 1000 mujeres operadas, es fácil de realizar y no requiere hospitalización, no tiene efectos colaterales es reversible y su tasa de mortalidad es de 1 por 1000 mujeres operadas.

TECCNICA: (solo describiremos la técnica mas utilizada, ya que son muchas pero no son de mucha importancia en nuestro estudio) la técnica mas utilizada es la de Pomeroy, y consiste en la realización de un asa con la trompa en su porción ampular, tomándola con una pinza de Allis o Babcock, se liga la base del asa con una sutura de catgut simple 0 y extirpar el asa por encima de la ligadura.

Al absorberse el catgut se produce una separación de los cabos distales y proximales, evitando la posibilidad de recanalización espontánea^(1,11)

INDICACIONES DE OTB:

- ✓ Paridad satisfecha.
- ✓ Riesgo reproductivo.

CONTRAINDICACIONES: **no existen contraindicaciones.**

ESTERILIZACION QUIRURGICA MASCULINA: VASECTOMIA: es un procedimiento sencillo, de corto tiempo quirúrgico y pocas complicaciones.

La vasectomía sin bisturí o la técnica china es un método refinado, y se procede de la siguiente forma: Después de administrar anestesia local en el escroto, una pinza de anillo especialmente diseñada rodea y sujeta firmemente el conducto deferente sin cortar la piel. El segundo instrumento, una pinza hemostática curva modificada de puntas afiladas, se usa para perforar la piel y la vaina del conducto deferente y luego abrirla para lograr una pequeña abertura del escroto, luego se aísla el conducto y se extrae y se ocluye. La misma punción en la línea media se utiliza para ocluir el otro conducto deferente. No se necesita sutura para cerrar la pequeña herida y prácticamente es un procedimiento incruento. Esta técnica reduce drásticamente la incidencia de hematoma.

Si se compara todos los riesgos tiempo de duración, eficacia, complicaciones, personal requerido y servicios de apoyo, no tienen por que superar en número las OTB, sino lo contrario debería de realizarse 3 a más vasectomía^(1,12,13,15)

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Los estudios CAP se inscriben entre los estudios de evaluación de servicios o gerenciales en la medida de que miden los impactos de los programas educativos para el cambio de comportamientos, su diseño en el que se aplica una encuesta tiene similitud a los estudios descriptivos de corte transversal que tiene la clasificación de los estudios epidemiológicos, sin embargo no es exactamente un estudio epidemiológico en el sentido estricto de la palabra ya que se valoran tres efectos de los programas educativos: Conocimientos, actitudes y prácticas.^(3,9,10,11,12)

Área de estudio: El presente estudio se realizara en el territorio Mina el Limón que pertenece al Municipio de Larreynaga, esta ubicado al noreste de la ciudad de León, a 45 Km. De la cabecera Departamental, y a 135 Km. De la capital, a una altura de 210 mts. Sobre el nivel del mar y con una extensión territorial de 550 Kms² con una densidad poblacional de 17.71 Hab/Km². Tiene una población de 9,742 habitantes de los cuales 2,466 son mujeres en edad fértil. El 45% de la población pertenece al área urbana y el 55% restante al área rural.⁽¹⁸⁾

Población de estudio: Esta constituido por 3,109 mujeres en edad fértil.

Muestra: La muestra estará constituida por 342 mujeres en edad fértil residentes en las comunidades del municipio de Mina El Limón. Para el calculo de la muestra se utilizo la siguiente formula.^(11,12,19)

$$n = N \cdot Z^2 \cdot P \cdot q$$

$$D^2 (N-1) + Z^2 \cdot P \cdot q$$

Z= Coeficiente de confiabilidad 95% y valor 1.96

P= % de la característica de la población que se desea estimar.

Valor de P:

- 1.-Estudios previos.
- 2.-Referencia bibliográfica.
- 3.-Prueba piloto.
- 4.-Máximo tamaño muestra: 50%=0.5

q = Es el complemento de la población que no tiene la característica en estudio (1-p).

D =Es la precisión (error 5%) 0.05.

N = Población de estudio.

Procedimiento de recolección de la información:

Para la recolección de los datos, se procedió a explicar a las autoridades del Territorio Mina de Limón los objetivos del estudio y se le solicitó autorización para ir al Centro de salud y a sus puestos de salud a seleccionar a las personas que participaron en el estudio.

Una vez en la unidad de salud se procedió a identificar las mujeres en edad fértil que participaron en el estudio, se le explicó los objetivos del mismo y se solicitó su participación.

Una vez aceptado su participación, se le entregó el formulario con un lápiz, para que ellas escribieran las respuestas. A la persona seleccionada que no sabía o le costaba leer, un investigador le leyó las preguntas y escribió las respuestas de la encuesta, siendo esta semiautoadministrada.

Instrumento de recolección de Datos:

Para reunir datos se elaboró un formulario que recoge información necesaria para cumplir con los objetivos que nos hemos planteado.

Dicho formulario tiene la siguiente estructura:

Una primera sección relativa a los factores sociodemográficos como son la edad, procedencia y religión.

En la segunda se evalúan factores ginecológicos y obstétricos.

En la sección de conocimiento se realizaron preguntas que sondan tópicos como: métodos conocidos, ventajas de la planificación familiar, efectos indeseables. etc. Que de acuerdo a nuestro criterio, denotan conocimientos sobre el tema.

Posteriormente se utilizará un índice sumatorio, en donde a cada respuesta a las preguntas sobre conocimiento se le asignará un puntaje considerando la adecuación de la misma.

Se definirán los siguientes grados o niveles de conocimiento:

- Puntaje entre 76-100. Corresponde a bueno.
- Puntaje entre 60-75. Regular.
- Puntaje menor de 60. Deficiente.

Se valorará actitud de la población encuestada hacia la planificación familiar por medio de la creación de una escala aditiva tipo Likert.

Este instrumento será válido con una prueba piloto, antes de iniciar la recolección de datos.

Operacionalización de variables:

Variable	Definición	Valor.
Edad	Tiempo que ha transcurrido de los 10 a los 49 años	10-19 años. 20-24 años. 25-49 años
Procedencia	Lugar donde habita la persona.	Urbana. Rural.
Religión.	Creencia espiritual de la persona.	Católico Evangélico Testigo de Jehová Otro. Ninguna.
Escolaridad	Nivel de instrucción alcanzado.	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universidad incompleta Universidad completa

Inicio de vida sexual activa.	Inicio de vida sexual activa.	No IVSA 10-19 año 20-24 año 25-49 año
Numero de compañeros sexuales	Personas del sexo opuesto con los que ha tenido relaciones sexuales	Ninguno Uno 2 a 3 4 a 6
Numero de hijos.	Numero de hijos.	Ninguno 1 a 3 4 a 6 7 a +
Métodos de planificación familiar.	Procedimientos que sirven para el control de la natalidad.	Operación, pastillas, inyecciones, aparato, condón, ritmo, moco cervical, abstinencia, coito interrumpido, aborto.
Método de planificación familiar mejor conocido.	Procedimiento con mayor conocimiento.	Uno de los mencionados anteriormente.
Ventaja de los métodos de planificación familiar.	Beneficios que obtienen las usuarias de los métodos de planificación familiar con respecto a quienes no lo usan.	Disminución de mortalidad materna y neonatal, de embarazos en adolescentes, de embarazos no deseados, del crecimiento demográfico, distanciamiento y programación de embarazos, sexo seguro y placentero.

Efectos indeseables de los métodos de planificación familiar.	Perjuicios que tienen los usuarios de los métodos de planificación familiar.	Sangrado, dolor, aumento o pérdida de peso, infecciones de partes ocultas, esterilidad, agravan varices, secan la leche, agravan enfermedades de los nervios, hígado y corazón, náuseas, mareos y vómitos.
Actitudes.	Postura que adoptan las personas en estudio en relación a la planificación familiar.	Definitivamente si Probablemente si Indeciso Probablemente no Definitivamente no.
Prácticas.	Acciones tomadas por las personas incluidas en el estudio sobre planificación familiar.	Abierto.

Criterios de inclusión:

- Todas las mujeres en el rango de edad de los 10-49 años y que pertenezcan al Territorio Mina de Limón.
- Mujeres del Territorio Mina de Limón que asistan al centro y/o puestos de salud en busca de atención y sus acompañantes también mujeres. Aun cuando su motivo no sea el de obtener métodos de planificación familiar. Y que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Todas las mujeres que no pertenezcan al Territorio Mina de Limón.
- Las mujeres del Territorio Mina de Limón fuera del rango de edad.
- Mujeres del Territorio Mina de Limón que estén en el rango de edad, pero que no acepten participar en el estudio.

Plan de de análisis de datos:

Una vez recopilado los datos, estos fueron procesados con el programa Epi-Info versión 6.4. Para las preguntas abiertas, se procesara mediante el análisis factorial.

El análisis de los datos será efectuado mediante índices estadísticos descriptivos, como la frecuencia expresada en porcentajes, distribución de frecuencias y algunas medidas de tendencia central.

Consideraciones éticas

Para la realización de las encuesta se solicito previamente a las usuarias del servicio su consentimiento previa información sobre el estudio, garantizándose a la vez la confidencialidad de los resultados, para ello no se solicito el nombre de las mujeres encuestadas, la información personal fue confidencial.

Se explico a mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, la importancia del estudio, la confiabilidad de este y los beneficios que podría tener para ellas los resultados de este, con el fin de obtener la participación voluntaria y sincera de las participantes.

Resultados.

Se realizaron un total de 342 encuestas a mujeres en edad fértil de las distintas comunidades del territorio Mina de Limón, sobre los conocimientos, actitudes y practicas de ellas en relación a la planificación familiar. De agosto-octubre 2007. Encontrando los siguientes resultados:

a.- Características sociodemográficas de las mujeres encuestadas del Territorio Mina de Limón, agosto-octubre 2007.

Con respecto a las características de la población de estudio, en relación con la edad el 59.6% (204 mujeres) tenían entre 25-49 años, el 22.8%(78) oscilaban entre los 10-19 años y 17.2%(60) se encontraban entre 20-24 años. En relación a la procedencia la que predomino fue la urbana con 175 mujeres para un 51.2%, con relación a la rural con 167 para un 48.8%.

La religión que mas sobresalió fue la católica con el 61.1%. Seguido de la evangélica con 21.1%, los testigos de Jehová con el 1.2%, otras religiones 12.3% y ninguna religión el 4.1%.

En cuanto a la escolaridad predomino la secundaria incompleta con 119 para un 34.8%, seguido de la primaria incompleta con 100 para un 29.2%. Universidad completa solo el 7% y los analfabetas con 7 mujeres para el 2%. **(Ver cuadro 1)**

b.- Antecedentes gineco-obstetra de las mujeres en edad fértil del territorio Mina de Limón. Agosto-octubre 2007.

En el acápite del IVSA, 27 mujeres no habían iniciado vida sexual al momento del estudio, 265 mujeres tuvieron su IVSA entre las edades de 10-19 años con un 77.5%, seguido del rango de edad de 20-24 años con 46 mujeres para un 13.4% y que solo 4 mujeres tuvieron su IVSA en el rango de 25-49 años, para un 1.2%.

Con respecto a el número de compañeros sexuales: 27 mujeres no habían tenido compañeros sexuales, 192 mujeres habían tenido un solo compañero sexual para un 56.1%, 111 mujeres habían tenido entre dos a tres compañeros sexuales y que solo 12 habían tenido entre 4-6 compañeros sexuales al momento del estudio para un 3.5%.

Con relación al número de hijos se obtuvieron los siguientes datos: que 70 mujeres no habían tenido ningún hijo, para un 20.5%, 222 mujeres habían tenido entre 1 a 3 hijos para un 64.9%, 47 mujeres habían tenido entre 4 a 6 hijos y que 3 mujeres habían tenido de 7 a mas hijos, al momento del estudio. **(Ver cuadro 2)**

c.- Conocimiento sobre planificación familiar de las mujeres en edad fértil del territorio Mina de Limón. De agosto-octubre 2007.

Se obtuvieron los siguientes datos en las diferentes preguntas:

Para que sirve la planificación familiar: 132 mujeres obtuvieron el mayor puntaje de conocimiento para un 38.6%, ya que respondieron correctamente al marcar que sirve para; decidir cuantos hijos tener, espaciar embarazos, mejorar lazos afectivos, protegerse de ITS, mejorar la economía de la familia. 207 mujeres tuvieron un puntaje de 5 (poco conocimiento) con un 60.5% y solo 3 mujeres, 0.9% valor de 0 (no saben nada).

En la pregunta, quien es el responsable de planificar en la pareja 206 mujeres, el 60.2% contestaron correctamente y 136 mujeres, el 39.8% un valor de 5(saben poco).

Con respecto a la pregunta: Que método de planificación conoces o has oído hablar; 48 mujeres (14%) marcaron conocer menos de tres métodos en la encuesta, dándole un valor de 0 en la escala de conocimiento y 294 (86%) marcaron conocer mas de tres métodos, dándole un valor de 10.

En la pregunta cuando esta mas fértil una mujer: 256 mujeres respondieron incorrectamente para un 74.9%, y solo 86 contestaron correctamente, para un 25.1%

En la pregunta 5: A que edad crees que se debe comenzar a planificar 327 mujeres contestaron, que cuando inicien vida sexual activa, dándosele un valor de 10 en la escala de conocimientos (considerándola correcta y/o que sabe) y 15 contestaron incorrectamente (a los 14 años, posterior a la primer menstruación, nunca) para un 4.4%.

Pregunta 6: Que métodos conoces que te protejan de ITS: 299 mujeres contestaron que el condón, para un 87.4%, considerándola correcta, y 43 mujeres marcaron la opción 1,3-7 considerándolas incorrectas o que no saben, para un 12.6%.

Pregunta 7: Sabes donde obtener información sobre planificación familiar, no saben marcaron 6 mujeres para un 1.8% y si saben 336 para un 98.2%.

Pregunta 8: Como deben usarse las píldoras anticonceptivas, 306 mujeres contestaron la opción 3 de la encuesta, que se refiere a diariamente y a la misma hora, seguida de otro cartón o ciclo de pastillas, al que se le dio un valor de 10 en la escala de conocimiento, representando a que si sabe, para un 89.5% y 36 mujeres contestaron incorrectamente, para un 10.5%.

Pregunta 9: Que sabes sobre los beneficios del “DIU, T de cobre, aparato.” No saben nada, marcaron 91 mujeres, para un 26.6%, saben poco (los que marcaron solo tres de las opciones correctas) marcaron 205 mujeres para un 59.9% y solo 46 marcaron correctamente para un 13.5%.

Pregunta 10. Cuales son las condiciones para planificar con el Mela o con la lactancia materna; 49 mujeres no saben, 219 saben poco y 74 saben para un 21.7%. **(Ver cuadro 3)**

A qui se refleja el grado de conocimiento de las mujeres en edad fértil encuestadas, del territorio Mina de Limón en el año 2007. Al aplicarle un test de conocimiento, valorando las 10 preguntas de conocimiento del instrumento (encuesta).

Categorizando:

No sabe valor de 0 a 60

Sabe poco 61 a 75

Saben los que tuvieron más de 76 puntos.

Resaltado los siguientes datos: que solo 27 mujeres tienen un nivel de conocimientos malo sobre la planificación familiar, 123 mujeres un regular nivel de conocimiento y 192 mujeres tienen un muy buen nivel de conocimiento sobre la planificación familiar según en contenido de nuestro instrumento, para un 56% de las encuestadas. **(Ver gráfico 1)**

Conocimiento de las mujeres en edad fértil encuestadas, del territorio Mina de Limón con relación a la edad en el período agosto-octubre 2007.

Con relación al conocimiento de las mujeres encuestadas en relación con la edad; se observa que en todos los grupos hay mayor predisposición a un grado regular y bueno sobre planificación familiar, que el grupo más entrevistado fue el de 25 a 49 años, que tienen un mayor nivel de conocimiento el grupo mayor con 73 mujeres en regular nivel de conocimiento y 121 con buen nivel, y que el grupo con más mujeres en el nivel deficiente de conocimiento fue el de 10 a 19 años con 14 mujeres. **(Ver cuadro 4)**

Conocimiento de las mujeres en edad fértil encuestadas, del territorio Mina de Limón con relación a la procedencia en el período agosto-octubre 2007.

Aquí se refleja que las mujeres de procedencia rural tienen menor nivel de conocimiento en relación a las mujeres de procedencia urbana, con 19 mujeres con nivel deficiente en comparación con 8 del área urbana con nivel deficiente, 55.7% (93) del área rural con buen conocimiento en comparación con 56.5% (99) mujeres urbanas. **(Ver cuadro 5)**

Conocimiento de las mujeres en edad fértil encuestadas, del territorio Mina de Limón con relación a la religión en el período agosto-octubre 2007.

Se observa que la religión con mayor representación de encuestadas y nivel de conocimiento sobre planificación familiar fue la católica con 125 en buen nivel, seguido de la evangélica con 32, y la menor representación la constituyeron los Testigos de Jehová

con 4 del total de mujeres encuestadas, con buena proporción de buen conocimiento 3 para un 75% de su representación y un 25% 1 mujer en regular nivel de conocimiento.

(Ver cuadro 6)

Conocimiento de las mujeres en edad fértil encuestadas, del territorio Mina de Limón con relación a la escolaridad en el período agosto-octubre 2007.

En números absolutos se observa que la primaria incompleta es el que tiene más mujeres en la escala de conocimientos deficientes con 15 para un 55.6% de esta categoría de conocimiento.

La escolaridad con mayor proporción de mujeres con regular nivel de conocimiento sobre planificación familiar fue el de la secundaria incompleta con 47 mujeres para un 39.5%.

La escolaridad con buen nivel de conocimiento lo constituye el de secundaria incompleta con 69 (58%), seguida de primaria incompleta con 46. Se observa que a mayor nivel académico, mayor nivel de conocimiento sobre planificación familiar. **(Ver cuadro 7)**

Conocimiento de las mujeres en edad fértil encuestadas, del territorio Mina de Limón con relación al número de hijos.

Este cuadro refleja: las mujeres con 7 a más hijos, son los que menos saben sobre planificación familiar; en la columna saben poco predomina la de 1 a 3 hijos con 79 mujeres, seguida de las mujeres con ningún hijo con 26 mujeres, en la columna saben predomina las mujeres con 1 a 3 hijos con 131 mujeres (59%). **(Ver cuadro 8)**

d.- Actitud de las Mujeres en edad fértil del territorio Minina de Limón, sobre la planificación familiar en el período agosto-octubre 2007

En la aseveración de si usaría algún método de planificación familiar hay una dirección y mayor intensidad a hacerlo (respuesta favorable a la aseveración) con 320 mujeres seguras de hacerlo para un 93.6% contra 2 mujeres seguras de no hacerlo, para un 0.6%.

Aseveración 2: 135 mujeres están seguras de que no afectaría la relación ni el gozo sexual, ósea están en contra de esta aseveración representando el 39.5%, en contra de 69 mujeres que están seguras de que si afectaría con un 20.2%. Hay una dirección negativa hacia esta afirmación y positiva hacia el condón.

Aseveración 3: 289 mujeres respondieron estar seguras de si hacerlo para un 84.5%, 37 probablemente si lo harían, 2 indecisas, 6 probablemente no y 8 definitivamente no lo harían para un 2.3%; se ve una dirección favorable ha hacerlo.

Aseveración 4: 264 mujeres seguras de hacerlo, para un 77.2% contra 8 mujeres seguras de no hacerlo con el 2.3%. Hay una dirección favorable al evento.

Aseveración 5: seguras de hacerlo 188 mujeres (un 55%), seguras de no hacerlo 56 mujeres, un 16.4%, dirección favorable al ítems o aseveración.

Aseveración 6: 259 mujeres seguras de hacerlo para un 75.7% del total de mujeres encuestadas, con 11 mujeres seguras de no hacerlo para un 3.2%.

Aseveración 7: 280 definitivamente de acuerdo al ítems, para un 81.9%, contra 4 para un 1.2%, intensidad y dirección a favor de la aseveración.

Aseveración 8: 279 mujeres seguras, contra 2 mujeres que probablemente no estén de acuerdo con el ítems.

En todas las aseveraciones se nota una dirección favorable hacia la planificación familiar en amplio margen de porcentaje. **(Ver cuadro 9)**

e.- Prácticas de las mujeres encuestadas en edad fértil, del territorio Mina de Limón en lo que respecta a planificación familiar en el período agosto-octubre 2007.

Se refleja que del total de mujeres encuestadas 27 no han tenido relaciones sexuales, representando el 8% y que 315 si han tenido relaciones sexuales. **(Ver Grafico 2)**

De las 315 mujeres que han tenido relaciones sexuales 297 (94.3%) utilizan algún método anticonceptivo. **(Ver Grafico 3)**

Se observa que de las 297 mujeres que planifican: 73(24.6%) utilizan las pastillas, seguido de la inyección de mes con 73(24.6%), operación con 64, inyección de tres meses con 44 mujeres para un 14.8%, preservativo con 34, T de cobre con 4 mujeres, ritmo con 3 mujeres (1%), PPMS 2 mujeres, MELA 1 mujer. **(Ver Gráfico 4)**

Se observa que la molestia mas referida por las encuestadas fue la cefalea con 154 mujeres, seguida de aumento y/o perdida de peso con 144, y en tercer lugar la ausencia de regla. **(Ver Gráfico 5)**

Como utilizan las mujeres encuestadas, que planifican, sus métodos de planificación familiar en el territorio Mina de Limón, en el período agosto-octubre 2007

Los que planifican con las pastillas son 73 mujeres que marcaron: 93.7% usa una tableta diario, 1 mujer 1.4% una tableta diario alternada, y 1 mujer 1.4% toma las píldoras solo al momento de la relación. Se observa que el mayor porcentaje las utiliza correctamente.

Los que planifican con inyección de mes 73 mujeres marcaron una sola inyección al mes y el mismo día y hora; y 1 marco dos veces al mes.

Que los que utilizan el preservativo como método de planificación familiar, todos utilizan un preservativo por acto sexual. **(Ver cuadro 10)**

En la pregunta de si a utilizado anticoncepción de emergencia en algún momento de su vida; 87 mujeres respondieron que si, con un 27.6%. **(Ver Gráfico 6)**

De las cuales 63 (72.4%) por relación ocasional, 20 como método de planificación, y 4 según indicaciones de la farmacia, respetando tiempo de aplicación. **(Ver Gráfico 7)**

162 mujeres han cambiado métodos de planificación, de las cuales 89 es por decisión propia y 64 por orientación con ayuda del centro de salud. Lo que revela inclinación hacia la automedicación. **(Ver cuadro 11).**

Y solo 29 mujeres de las entrevistadas han tenido aborto. **(Ver Gráfico 8)**

Discusión de resultados.

En el estudio de las mujeres en edad fértil, acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación familiar, realizado en el territorio Mina de Limón en el período agosto a octubre 2007. Se encontró en cuanto a las características de la población encuestada, que el grupo de edad predominante fue el de 25-49 años, la religión fue la católica y la escolaridad fue la de secundaria incompleta, coincidiendo estos hallazgos con Endesa 2001 y el estudio de Arriola Picado yesenia realizado en la Cruz de Río Grande, Región autónoma del Atlántico Sur. De Julio- Diciembre 2006.^(2,12)

El IVSA predominante fue entre las edades de 10-19 años, siendo en estas edades, las mujeres potencialmente fértiles, lo que contribuye a embarazos a temprana edad, convirtiéndose en adolescentes precoces; y la mayoría de las encuestadas tenían entre 1-3 hijos, coincidiendo con Endesa 2001 y el estudio Arriola, yesenia en Cruz de Río Grande.^(2,11,12)

De forma general se puede decir que las mujeres en edad fértil, encuestadas tienen un nivel de conocimiento buena sobre planificación familiar, significando esto que tienen algunos conocimientos, sin embargo estos no son lo suficientemente buenos para considerar la gama de opciones que tienen ante la vida, al incursar la vida sexual.

Los métodos mas conocidos fueron las pastillas, condón, inyectables; concordando con los datos de Endesa 2001(Mayor uso y conocimiento de métodos modernos) y otros estudios. Variando el orden de frecuencias.^{2,10,12}.

Al hacer cruce de variables; se determino que hay una dirección directamente proporcional entre edad y conocimientos, al igual que escolaridad. Aunque hay estudios en otros lugares que determinan que la escolaridad no influye sobre el uso y manejo de los métodos de planificación familiar, en nuestro estudio se observa que a mayor nivel educativo mayor conocimiento sobre salud reproductiva^(2,8,12,14)

Hay un mayor nivel de conocimiento de las mujeres en el área urbana; la religión católica además de ser la predominante son las que mas saben de planificación.

Actitudes: Hay un predominio favorable hacia la planificación familiar entre las encuestadas en relación a los ítems valorados; a excepción del mito del uso del preservativo que podría reflejar una actitud negativa hacia su uso. ^(13,14)

En cuanto a las practicas de planificación familiar se encuentra que el 94.3% de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa están planificando con algún método. Los métodos que mas se utilizan son las pastillas e inyección de mes con la misma frecuencia, seguida de la esterilización femenina y en menor proporción otros métodos, lo que concuerda con Endesa 2001 y el estudio Oviedo, Veneria en el centro de salud Fidel Ventura Waslala Julio-Septiembre 2001, variando en el orden de frecuencia. ^(2,3,12)

La mayoría de las usuarias dijo tener problemas de salud desde el inicio del uso de su método de planificación familiar, siendo la mas mencionada la cefalea seguido por aumento o disminución de peso, nauseas y otra molestias que le atribuyen a los métodos de planificación familiar.

Y que de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa, han cambiado método en su mayoría por decisión propia, seguida por consejería en centros de salud. Lo que es uno de los puntos del programa del Minsa, en cuanto al respeto de decisiones informadas.

Solo un 9.2% de las mujeres con vida sexual han presentado aborto en algún momento de su vida reproductiva.

CONCLUSIONES:

Con todo lo anterior podemos concluir que:

1. La mayoría de las mujeres encuestadas se encuentran en el grupo de edad de 25-49 años, predominó la religión católica y escolaridad secundaria incompleta y la procedencia urbana, con un inicio de vida sexual activa entre las edades de 10-19 años; lo que podría contribuir a embarazos a temprana edad, no deseados y de riesgo.
2. El nivel de conocimiento es bueno en el 56.1%; seguido del regular. Por lo que concluimos que las mujeres en edad fértil encuestadas presentaron algún grado de conocimiento, sin embargo no son suficientemente completos, considerando la gama de opciones que tienen ante la vida, al incursar la vida sexual.
3. Los métodos más conocidos y usados fueron las pastillas, inyectables, operación y en menor frecuencia otros métodos; habiendo predilección a los métodos modernos y pobre uso y conocimientos en los métodos tradicionales^(1,2,4,12,13,14)
4. Se presentó una relación directamente proporcional entre conocimientos y: edad, escolaridad. Pero inversamente proporcional al número de hijos, ya que predominó el de 1-3 hijos y menor conocimiento en los que tuvieron más de 7 hijos.
5. La mayoría de las encuestadas mostraron una dirección favorable hacia la planificación familiar, a excepción del mito del uso del preservativo que podría reflejar una actitud negativa a su uso. Lo que determina que a pesar de tener conocimiento sobre la importancia de la salud reproductiva y sus métodos, persisten conductas arraigadas hacia los mitos del uso de métodos de planificación familiar.^(1,14,15)

Recomendaciones.

Consideramos importante recomendar:

1.- Al Ministerio de Educación Cultura y Deporte (MECD):

A.- Iniciar la Educación sobre Salud Reproductiva desde los primeros años del nivel primario de educación para ello es necesario reactivar la puesta en práctica del Convenio M.E.D- M.I.N.S.A. 1994 sobre educación en salud y particularmente sobre salud reproductiva. Elaborar material gráfico y audiovisual sobre Salud Reproductiva, para facilitar la adquisición de conocimientos entre los estudiantes. Realizar visitas a las unidades de salud por parte del MED (estudiantes, maestros y directores) para que conozcan los métodos ofertados por el Minsa. La importancia de la salud reproductiva.

B.- Apoyar la ejecución de un Plan de información, educación y capacitación. Tanto a maestros y estudiantes (IEC).

2.- Al Ministerio de Salud a nivel Municipal y Silais.

C.- Fortalecer la actividad de Consejería en Salud Reproductiva en las unidades del Ministerio de Salud y las actividades de información, educación y comunicación sobre este tema a la población, aunque acudan por otras razones que no sean las de la planificación familiar.

Bibliografía:

1. Maria Lourdes y col. Modulo de planificación familiar: Guía del facilitador. Managua: FNUAP/ MINSA, 2003.
2. Flores, Oscar. "Salud sexual y reproductiva en ginecología y obstetricia. 1 Ed. Managua, 1997.
3. Pérez Sánchez. "Obstetricia" 2 Editorial 1992.
4. ENDESA (Encuesta Nic. De Demografía y salud) 2001, INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos); MINSA. Octubre 2002.
5. Oviedo Veneria Javier Enrique. CAP (Conocimientos, Actitudes y Practicas) de la población adolescente sobre métodos de planificación familiar y del personal de salud encargado de ofertar métodos de planificación familiar del centro de salud Fidel Ventura Waslala Julio- Septiembre 2001.[tesis doctoral]. UNAN León.
6. Br. González Carrillo Cynthia, Br. Moreno Talavera Cruz. Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tienen las mujeres en edad fértil sobre métodos de planificación familiar. Palacaguina, Septiembre- Octubre del 2003. [tesis doctoral]. UNAN León.
7. Alfaro Blandón Jeanneville O'Mally. Conocimientos, Percepciones y actitudes sobre planificación familiar en adolescentes del último año de secundaria León, Nic. 1994. [tesis doctoral]. UNAN León Facultad de ciencias Médicas.
8. Br. Delgado Alvarado Luís, Bra. Wong Sánchez Valkiria y Br. Úbeda López Horell. Conocimiento y uso de métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil del casco urbano de Bluefields octubre 1996- febrero 1997. [tesis doctoral]. UNAN León Facultad de ciencias Médicas.
9. Br. Alvarado García Fernando, Br. Salinas Pineda Alejandro José y Br. Zelaya Torres Hernaldo. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de secundaria del instituto Sor Oliva Lombardy (IPASOL). Río Blanco Matagalpa II semestre 1997. [tesis doctoral]. UNAN León Facultad de ciencias Médicas.

10. Bra. Lira Vilchez María Eugenia. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre planificación familiar en mujeres en edad reproductiva que asistieron al centro de salud Totogalpa. Madriz segundo semestre 1997. [tesis doctoral]. UNAN León Facultad de ciencias Médicas.
11. Br. Amaya Silva Danilo José, Br. Munguía Vanegas Marcos Antonio. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre métodos de planificación familiar en estudiantes adolescentes del Instituto Jonathan González. El Sauce, segundo semestre 1996. (tesis Doctoral). UNAN León
12. Br. Arriola Picado Yesenia y Br. Matamoros Díaz Nohemí. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre planificación familiar en mujeres en edad fértil del área rural de la Cruz de Río Grande, Región Autónoma Atlántico Sur de julio-diciembre 2006. [tesis doctoral]. UNAN León Facultad de ciencias Médicas.
13. Mosquera Janeth, trab. Social, Mateus Julio Cesar. MD. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-Sida y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. Universidad del Valle, Cali. escuela de salud pública, facultad de Salud. Publicado Diciembre 19, 2003. disponible en: <http://Colombia medica. univalle.edu.co/vol34No4/cm34n4a5.htm>.
14. Fernández de Pined Ignacio. Maquinista naval jefe Ldo. Ciencias Políticas y sociología. Construcción de una escala tipo Likert. Centro de investigación y asistencia técnica Barcelona. NTP.15.
Disponible en: <http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp-015.htm>.
15. Hernández Sampieri Roberto; Fernández Collado Carlos y Baptista Lucio Pilar. Metodología de la investigación, Tercera edición, © 2003. McGraw-Hill Interamericana.
16. Piura López Julio. Metodología de la investigación científica un enfoque integrador. Managua- Nicaragua Mayo, 2006. capítulo 14.
17. Dr. Robert A Hatcher y col. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva, Manual para personal clínico, Centro para programas de comunicación , Facultad de Salud Publica Bloomberg, Universidad de Johns Junio 2002.
18. Josefina Bonilla. Los condones doble protección. UNAN, UNFPA, 1er ed. Managua, el amanecer 1997 (serie monográfica de planificación familiar No.8.)

19. Josefina Bonilla. La anticoncepción hormonal, UNAN, UNFPA, 1er ed. Managua, el amanecer 1997(serie monográfica de planificación familiar No.4)
20. Josefina Bonilla. Métodos anticonceptivos vaginales de barrera, UNAN, UNFPA, 1er ed. Managua, el amanecer 1997(serie monográfica de planificación familiar No.9)
21. Josefina Bonilla. Lactancia Materna y anticoncepción, UNAN, UNFPA, 1er ed. Managua, el amanecer 1997(serie monográfica de planificación familiar No.10)
22. Plan Operativo Anual 2005. Territorio Mina de Limón, Municipio Larreynaga. MINSA León.
23. Epidemiología de Rodrigo Guerrero, editado en 1981 por Fondo Educativo Interamericano, S. A.

ANEXO.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tienen las mujeres en edad fértil del Territorio de Mina Limón, del Municipio de la Reynaga. Alrededor de los métodos de planificación familiar. 2007.

La siguiente entrevista será de ayuda del aspecto propio de la mujer, la información obtenida será confidencial.

Ficha No. _____

Instrucciones de llenado:

La ficha no lleva nombre, es confidencial. Es un estudio científico para valorar conocimientos sobre métodos de control del embarazo. A

I.- Datos Sociodemográficos:

Edad: /__/__/

Procedencia: /__/ Rural

/__/ Urbana

Religión: _____

Escolaridad: _____

II.- Datos Gineco-obstétricos.

IVSA: /__/__/

Número de compañeros sexuales: /__/__/

Número de hijos:

III.- Conocimientos sobre los métodos de planificación familiar. En este acápite en las preguntas 1,2,4,5,6,7,8 debes marcar con una X la respuesta que consideres correcta y una sola vez por pregunta y en las preguntas 3,9 y 10 puedes marcar con una X varias opciones que a tu parecer son correctas.

<p>1. Para usted la planificación familiar sirve para?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Decidir cuantos Hijos tener <input type="checkbox"/> Espaciar los embarazos <input type="checkbox"/> Mejorar lazos afectivos en la pareja <input type="checkbox"/> Protegerse de ITS. <input type="checkbox"/> Mejorar la economía de la familia. <input type="checkbox"/> Todas las anteriores <input type="checkbox"/> Causar incomodidad al Hombre. <input type="checkbox"/> Para nada. 	<p>2. Quien es el responsable de planificar en la pareja?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Compañero <input type="checkbox"/> Compañera <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Ninguno
<p>3. Que métodos de planificación conoce o ha oído hablar?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pastillas. <input type="checkbox"/> DIU (aparato, T de cobre) <input type="checkbox"/> Mela <input type="checkbox"/> Inyectables <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Capuchón vaginal <input type="checkbox"/> Ritmo <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Coito interrumpido <input type="checkbox"/> Esterilización (operación) <input type="checkbox"/> No ha oído ninguno. 	<p>4. Cuando esta fértil una mujer?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El primer día de la regla <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Al final de la regla <input type="checkbox"/> Al 14^{vo} día del ciclo menstrual <input type="checkbox"/> Al 5to día del acto sexual.
<p>5. A que edad crees que se debe comenzar a planificar?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A los 14 años <input type="checkbox"/> Posterior a la primer menstruación 	<p>6. Que métodos conoces que protejan de enfermedades de transmisión sexual?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> Condones

<input type="checkbox"/> Cuando empieces vida sexual <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Inyectables <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Ritmo <input type="checkbox"/> Espermicidas <input type="checkbox"/> Ninguno
<p>7. Sabes donde obtener información sobre planificación familiar, los métodos existentes y su forma de uso?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <p>Si la respuesta es si, especificar donde :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Colegio ❖ Casa ❖ Farmacia ❖ Unidad de Salud. 	<p>8. Como debe usarse las píldoras anticonceptivas?</p> <input type="checkbox"/> Cuando tenga relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Cuando se acuerde <input type="checkbox"/> Diariamente y a la misma hora, seguida rutinariamente por otro cartón (ciclo) de píldoras <input type="checkbox"/> Cuando se acuerde y a la dosis que desee. <input type="checkbox"/> Después de un ciclo de pastillas, ya no debe tomar pastillas por que se esteriliza.
<p>9. Que sabes acerca de los beneficios del dispositivo intrauterino (DIU). Puedes marcar varias opciones.</p> <input type="checkbox"/> Método de planificación familiar que no causa esterilidad.(recuperas fertilidad inmediatamente al retirarlo. <input type="checkbox"/> Vida útil 5 años <input type="checkbox"/> Revisión a los 3 meses de colocado y luego cada 6meses o al año. <input type="checkbox"/> Tener cuidado con las infecciones vaginales.	<p>10. Cuales son las condiciones para planificar con el MELA (Método de lactancia amenorrea)?</p> <input type="checkbox"/> Lactancia exclusiva, no dar agua, ni comida al bebe. <input type="checkbox"/> Dar el pecho cuando el niño lo pida, por lo menos 8 veces en am y 3 en la noche. <input type="checkbox"/> Que la madre no le haya

<input type="checkbox"/> No tiene ningún beneficio.	venido su regla. <input type="checkbox"/> Efectiva durante los 6 primeros meses de vida del bebe. <input type="checkbox"/> Ningún beneficio.
---	--

IV.-Actitudes:

Para el siguiente acápite marca con una "X" la aseveración de la siguiente manera: Si consideras que "Definitivamente si"=1; "Probablemente si" = 2; "Indeciso" = 3; "Probablemente no" = 4; "Definitivamente no" = 5.

Aseveración	1	2	3	4	5
Usarías algún método de planificación familiar?					
Afectaría la relación de la pareja y el gozo sexual, si se usa el condón?					
Acudirías a tu puesto de salud mas cercano para que te orientaran sobre los métodos de planificación familiar y que te brinden el método de tu escogencia periódicamente?					
Hablarías con el personal de salud encargado del programa de planificación familiar sobre molestias con tu método actual y le pedirías que te oriente otro y como usarlo?					
Si tuvieras una relación sin protección, usarías un método anticonceptivo de emergencia?					
Si el Minsa se encontrara en huelga y no se diera consulta, no facilitándote tu método de planificación familiar, buscarías como comprarlo mientras se normaliza la situación?					
Si por tener relaciones sexuales sin protección (de riesgo), resultarás con una ITS, te protegerías para no afectar a otra persona (usarías condón)					
Si tuvieras una ITS, buscarías atención medica y le comunicarías a la pareja sexual que también tiene que recibir tratamiento?					

V.- Practicas de planificación del embarazo. En este acápite consta de preguntas cerradas de marcar una opción con una X, en la pregunta 2 si la respuesta es si contesta la 3, y conforme al método utilizado puedes contestar la pregunta 4,5 o la 6 dependiendo del método utilizado.

<p>1.- Tiene vida sexual activa?</p> <p>€ Si</p> <p>€ No.</p>	<p>2.-Utiliza un método de planificación Familiar?</p> <p>€ Si</p> <p>€ No</p>
<p>3.- Que método de planificación familiar usas actualmente:</p> <p>€ Pastillas.</p> <p>€ DIU(aparato, T de cobre)</p> <p>€ Mela</p> <p>€ Inyección de mes</p> <p>€ Inyección de tres meses</p> <p>€ Condón</p> <p>€ Ritmo</p> <p>€ Temperatura basal</p> <p>€ Coito iterrupto</p> <p>€ Esterilización (operación)</p> <p>€ PPMS</p> <p>€ No ha oído ninguno.</p>	<p>4.-Si planificas con las pastillas como la tomas?</p> <p>€ Una tableta diario</p> <p>€ Tres tabletas diario</p> <p>€ Una tableta diario alternada</p> <p>€ Dos tabletas una sola vez</p> <p>€ Solo al momento de la relación.</p>
<p>5.-si planificas con la inyección de mes, como la usas?</p> <p>€ Una vez al mes y el mismo día y hora.</p> <p>€ El día de la relación sexual</p> <p>€ Cuando se acuerde</p> <p>€ Dos veces al mes.</p>	<p>6.-Si planificas con el preservativo (condón) , como lo usas?</p> <p>€ Una sola vez por acto sexual</p> <p>€ Se lava y se guarda</p> <p>€ Dos veces</p> <p>€ Hasta que se rompa</p> <p>€ Solo durante la regla.</p>

<p>7.-Has usado métodos de anticoncepción de emergencia?</p> <p>€ Si</p> <p>€ No</p> <p>Si es si, marque una de las siguientes opciones:</p> <p>€ Por relación ocasional, inesperada.</p> <p>€ Como método de planificación familiar (lo ha usado con frecuencia).</p> <p>€ Por falta de conocimiento de otros métodos de planificación familiar efectivos.</p> <p>€ A la dosis que te indicaron en la farmacia, respetando el tiempo en que se deben aplicar.</p>	<p>8.-Que molestias te han ocasionado los métodos de planificación familiar que has utilizado.</p> <p>€ Cefaleas</p> <p>€ Nauseas</p> <p>€ Aumento de peso o disminución de peso</p> <p>€ Ausencia de regla</p> <p>€ Sangrado abundante y dolorosos.</p> <p>€ Varices en los miembros inferiores.</p> <p>€ Molestias sexuales para con el compañero (incomodidad).</p>
<p>9.-has cambiado tu método de planificación familiar que usabas porque te causaba muchas molestias?</p> <p>€ Si</p> <p>€ No</p> <p>Si la respuesta es si, quien te ayudo en la elección del nuevo método:</p> <p>€ Un amigo</p> <p>€ Tu mama</p> <p>€ Tus maestros</p> <p>€ En el centro de salud, por medio de charla del medico y/o personal de salud.</p> <p>€ Yo misma.</p>	<p>10.-Te han practicado un aborto?</p> <p>€ Si</p> <p>€ No</p>

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las mujeres encuestadas para conocer los conocimientos, actitudes y prácticas de planificación familiar del territorio Mina de Limón en el período agosto-octubre 2007.

Características	Frecuencia	Porcentaje
EDAD		
10-19 años	78	22.8%
20-24 años	60	17.5%
25-49 años	204	59.6%
Procedencia.		
Rural	167	48.8%
Urbana	175	51.2%
Religión.		
Católica	209	61.1%
Evangélica	72	21.1%
Testigo de Jehová	4	1.2%
Otra	42	12.3%
Ninguna	15	4.3%
Escolaridad.		
Analfabeta	7	2.0%
Primaria incompleta	100	29.2%
Primaria completa	55	16.1%
Secundaria incompleta	119	34.8%
Secundaria completa	33	9.6
Universidad incompleta	4	1.2
Universidad completa.	24	7.0%
Total.	342	100.0%

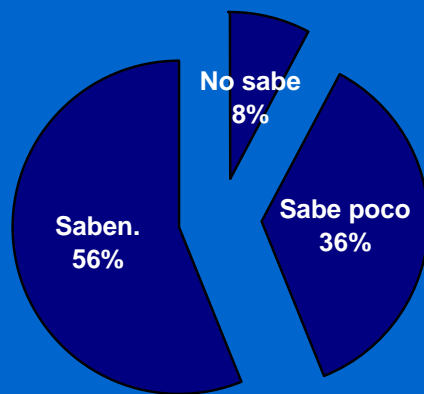
Fuente: La encuesta.

Cuadro 2. Antecedentes Gineco-Obstetras de las mujeres en edad fértil en el territorio Mina de Limón, en el período agosto-octubre 2007.

Antecedente	Frecuencia	Porcentaje
IVSA.		
No IVSA	27	7.9%
10-19 años	265	77.5%
20-24 años	46	13.4%
25-49 años	4	1.2%
Compañeros sexuales		
Sin CROS	27	7.9%
1 CROS	192	56.1%
2-3 CROS	111	32.4%
4-6 CROS	12	3.5%
Numero de Hijos		
Ninguno	70	20.5%
1-3	222	64.9%
4-6	47	13.7%
7 a +	3	0.9%
Total	342	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Grafico 1. Nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil sobre planificación familiar, en el Territorio Mina de Limón en el período agosto-octubre 2007.



Cuadro 3. Conocimientos sobre los métodos de planificación familiar de las mujeres en edad fértil encuestadas, del territorio Mina de Limón. Agosto-Octubre 2007.

Preguntas.	Nivel de conocimiento.					
	No sabe		Sabe poco		Sabén.	
	No	%	No	%	No	%
Para que sirve la planificación familiar.	3	0.9%	207	60.5%	132	38.6%
Quien es el responsable de planificar en la pareja.	0	0%	136	39.8%	206	60.2%
Que método de planificación conoce o ha oído hablar.	48	14.0%	0	0%	294	86%
Cuando esta mas fértil una mujer.	256	74.9%	0	0%	86	25.1%
A que edad se debe comenzar a planificar.	15	4.4%	0	0%	327	95.6%
Que métodos te protegen de ITS.	43	12.6%	0	0%	299	98.2%
Sabes donde obtener información sobre métodos de planificación familiar.	6	1.8%	0	0%	336	98.2%
Como deben usarse las píldoras anticonceptivas.	36	10.5%	0	0%	306	89.5%
Que sabes sobre los beneficios del DIU.	91	26.6%	205	59.9%	46	13.5%
Condiciones para planificar con el MELA.	49	14.3%	219	64.0%	74	21.7%
Total	27	7.9%	123	36.0%	192	56.1%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro 4. Conocimiento de las mujeres en edad fértil encuestadas, del territorio Mina de Limón con relación a la edad en el período agosto-octubre 2007.

Grupos de edad.	conocimiento			Total
	No sabe	Poco sabe	Sabe	
10-19	14 17.9%	25 32.1%	39 50.0%	78 22.8%
20-24	3 5%	25 41.7%	32 53.3%	60 17.5%
25-49	10 4.9%	73 35.8%	121 59.3%	204 59.6%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro 5. Conocimiento de las mujeres en edad fértil encuestadas, del territorio Mina de Limón con relación a la procedencia en el período agosto-octubre 2007.

Procedencia	conocimiento			Total
	No sabe	Poco sabe	Sabe	
Rural	19 11.4%	55 32.9%	93 55.7%	167 48.8%
Urbana	8 4.5%	68 38.9%	99 56.5%	175 51.2%
Total	27 7.9%	123 35.0%	192 56.1%	342 100.0%

Fuente: la encuesta.

Cuadro 6 Conocimiento de las mujeres en edad fértil encuestadas, del territorio Mina de Limón con relación a la religión en el período agosto-octubre 2007.

Religión	Conocimiento			Total
	No sabe	Poco sabe	Sabe	
Católica	12 5.7%	72 34.4%	125 59.8%	209 61.1%
Evangélica	8 11.1%	32 44.4%	32 44.4%	72 21.1%
Testigo de Jehová	0	1 25%	3 75%	4 1.2%
Otra	4 9.5%	12 28.5%	25 61.9%	42 12.3%
Ninguna	3 20%	6 40%	6 40%	15 4.4%
Total	27 7.9%	123 36%	192 56.1%	342 100.0%

Cuadra: 7 Conocimiento de las mujeres en edad fértil encuestadas, del territorio Mina de Limón con relación a la escolaridad en el período agosto-octubre 2007.

Escolaridad	Conocimiento			Total
	No sabe	Poco sabe	Sabe	
Analfabeta	3 42.9%	3 42.9%	1 14.3%	7 2%
Primaria incompleta	15 15%	39 39%	46 46%	100 29.2%
Primaria completa	4 7.3%	23 41.8%	28 50.9%	55 16.1%
Secundaria incompleta	3 2.5%	47 39.5%	69 58%	119 34.8%
Secundaria completa	1 3%	9 27.3%	23 69.7%	33 9.6%
Universidad incompleta	0	1 25%	3 75%	4 1.2%
Universidad completa	1 4.2%	1 4.2%	22 91.7%	24 7.0%
Total	27 7.9%	123 36.0%	192 56.1%	342 100.0%

Fuente: La encuesta.

Cuadro 8 Conocimiento de las mujeres en edad fértil encuestadas, del territorio Mina de Limón con relación al número de hijos.

Número de Hijos	Conocimiento			Total
	No sabe	Poco sabe	Sabe	
Ninguno	11 15.7%	26 37.1%	33 47.1%	70 20.5%
1 a 3 hijos	12 5.4%	79 35.5%	131 59.0%	222 64.9%
4 a 6 hijos	4 8.5%	17 36.2%	26 55.3%	47 13.7%
7 a mas hijos	0	1 33.3%	2 66.7%	3 0.9%
Total	27 7.9%	123 36.0%	192 56.1%	342 100.0%

Fuente: La encuesta.

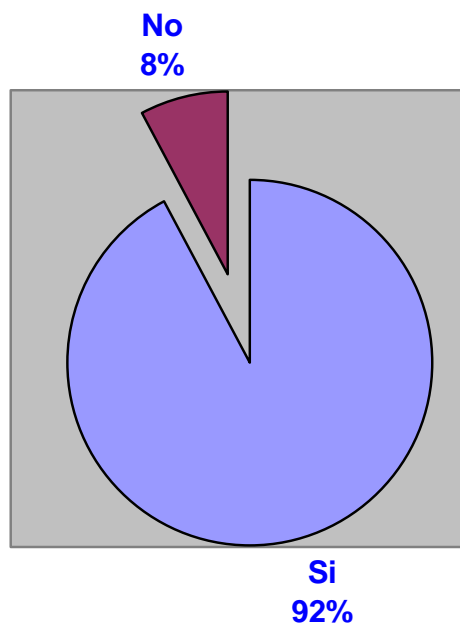
Cuadro No 9. Actitud de las Mujeres en edad fértil del territorio Minina de Limón, sobre la planificación familiar en el período agosto-octubre 2007.

Pregunta.	Valor de la categoría de Actitud.									
	Definitivamente si.		Probablemente si		Indeciso.		Probablemente no.		Definitivamente no.	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Usarías algún método de planificación familiar.	320	93.6%	14	4.1%	3	0.9%	3	0.9%	2	0.6%
Afectaría la relación de la pareja y el gozo sexual, si se usa el condón.	69	20.2%	53	15.5%	44	12.9%	41	12.0%	135	39.5%
Acudirías a tu P/S, a que te orienten sobre los métodos de planificación familiar y que te brinden uno periódicamente.	289	84.5%	37	10.8%	2	0.6%	6	1.8%	8	2.3%
Hablarías con el personal de salud, sobre las molestias con tu método y le pedirías que te orienten otro y como usarlo.	264	77.2%	63	18.4%	4	1.2%	3	0.9%	8	2.3%
Si tuvieras una relación sin protección, usarías anticoncepción de emergencia.	188	55%	48	14%	33	9.6%	17	5%	56	16.4%

Pregunta.	Valor de la categoría de Actitud.									
	Definitivame nte si.		Probablemen te si		Indeciso.		Probablemen te no.		Definitivamen te no.	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Si el MINSA, se encontrara en huelga, no facilitando tu método, buscarías como comprarlo, mientras se normaliza la situación.	259	75.7%	51	14.9%	13	3.8%	5	1.5%	4	1.2%
Si por tener relaciones sin protección, resultarás con una ITS, te protegerías para no afectar a otra persona.	280	81.9%	40	11.7%	13	3.8%	5	1.5%	4	1.2%
Si tuvieras una ITS, buscarías atención médica y le comunicarías a tu pareja sexual que también tiene que recibir tratamiento.	279	81.6%	46	13.5%	15	4.4%	2	8.6%	0	0%

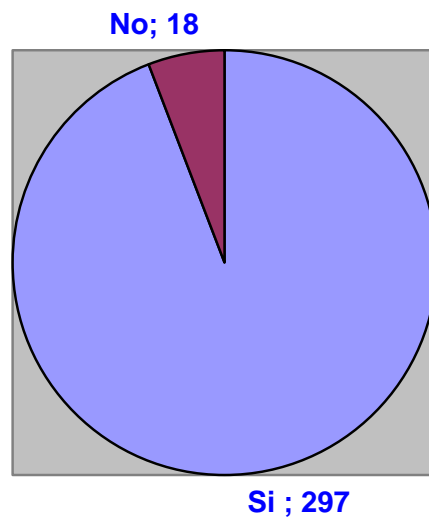
Fuente: La Encuesta.

Grafico 2. Frecuencia de las mujeres en edad fértil encuestadas del Territorio Mina de Limón, que tienen o han tenido relaciones sexuales en período agosto-octubre 2007.



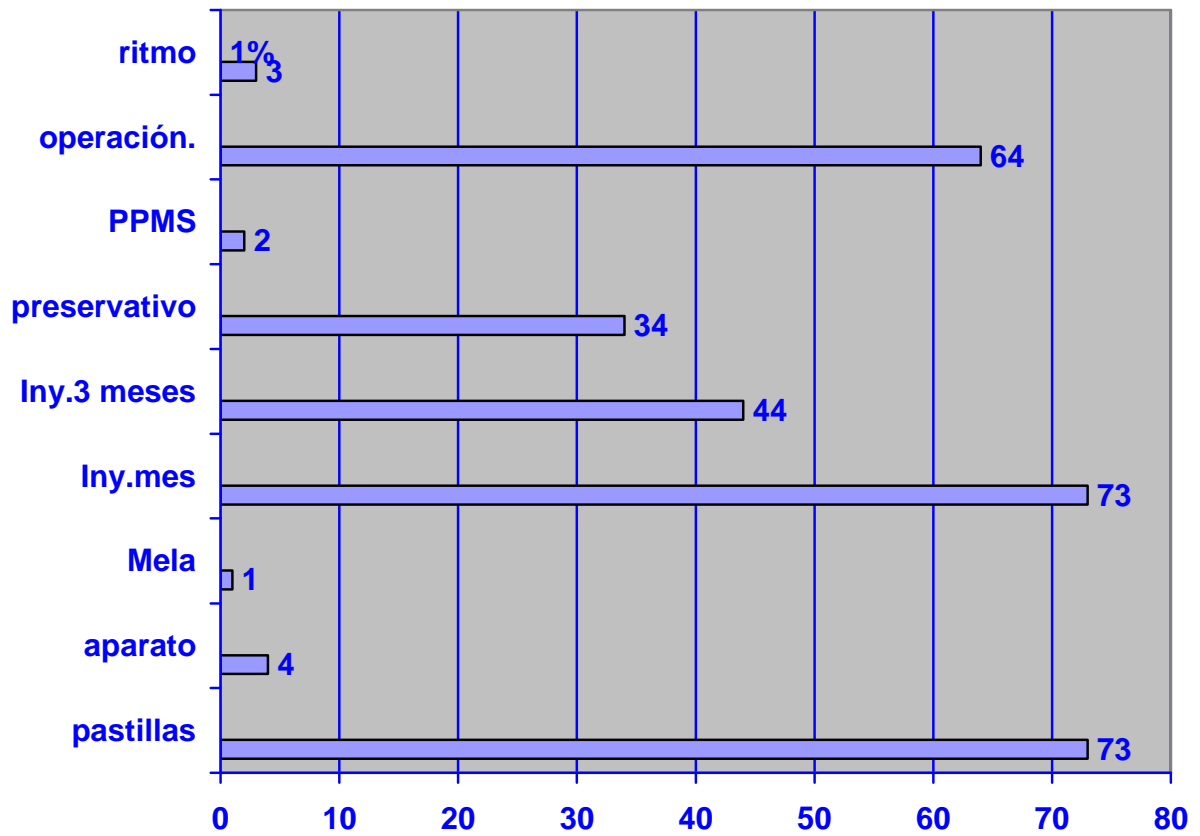
Fuente: La Encuesta.

Grafico 3. Frecuencia de las mujeres en edad fértil del Territorio Mina de Limón que están utilizando algún método de planificación familiar al momento de la encuesta en el período agosto-octubre 2007.



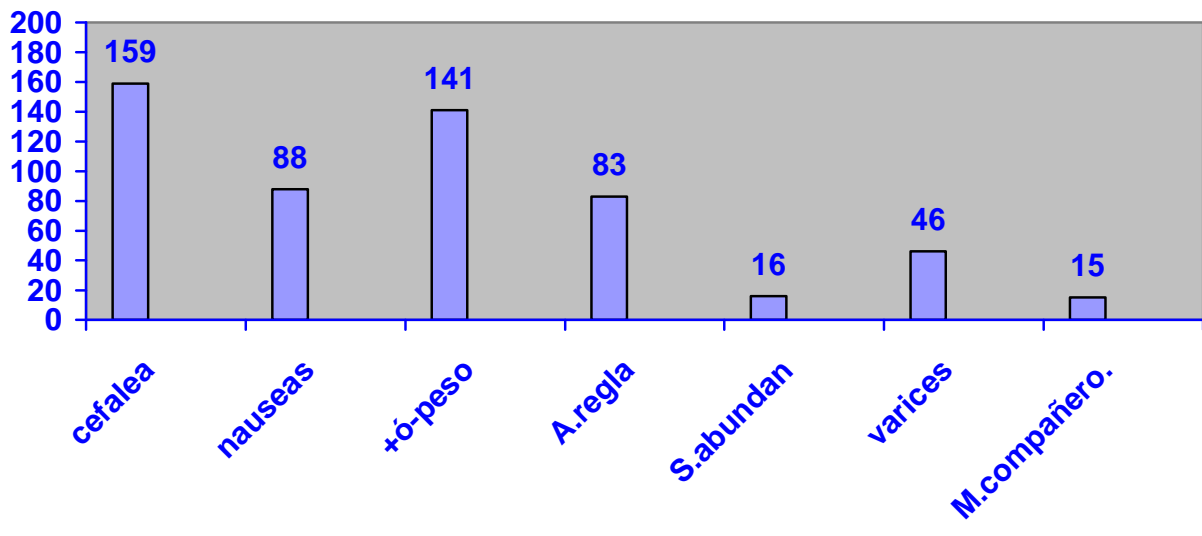
Fuente: La Encuesta.

Grafico 4. Método de planificación familiar que utilizan las mujeres que planifican, al momento de la encuesta, en el territorio Mina de Limón, en el período agosto-octubre 2007.



Fuente: La Encuesta.

Grafico 5. Molestias que las mujeres encuestadas han atribuido a los métodos de planificación familiar que han utilizado a lo largo de su vida en el territorio Mina de Limón en el período agosto-octubre 2007.



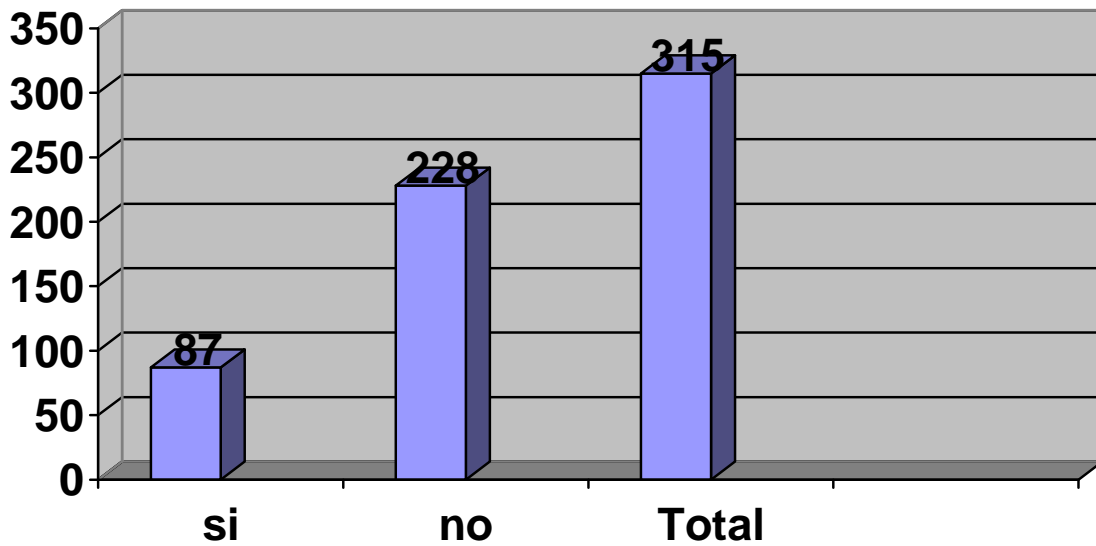
Fuente: La Encuesta.

Cuadro 10. Como utilizan las mujeres encuestadas, que planifican, sus métodos de planificación familiar en el territorio Mina de Limón, en el período agosto-octubre 2007

Método de planificación familiar.	Categoría.	Frecuencia.	Porcentaje.
	Una tableta diario.	71	97.3%
	Una tableta diario	1	1.4%
Si planifican con pastillas como la toman.	alternada.		
	Solo al momento de la relación sexual.	1	1.4%
	Total.	73	100.0%
	Una vez al mes y el mismo día y hora.	72	98.6%
Si planifican con inyección de mes como la usan.	Cuando se acuerde.	1	1.4%
	Total.	73	100.0%
Si planifican con preservativo, como lo usan.	Una sola vez por acto sexual.	34	100.0%
	Total.	34	100.0%

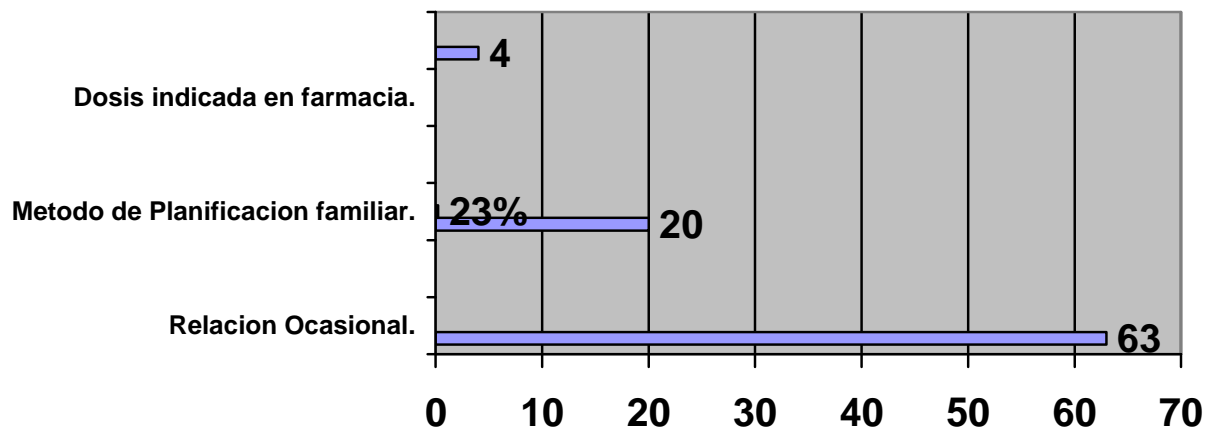
Fuente: La encuesta.

Grafico 6. Frecuencia de las mujeres en edad fértil encuestadas del territorio Mina de Limón, que han utilizado anticoncepción de emergencia en algún momento de su vida en el período agosto-octubre 2007.



Fuente: La Encuesta.

Grafico 7. Motivos por los que las mujeres en edad fértil encuestadas del territorio Mina de Limón, han utilizado anticoncepción de emergencia en algún momento de su vida hasta el día de la encuesta en el período agosto-octubre 2007.

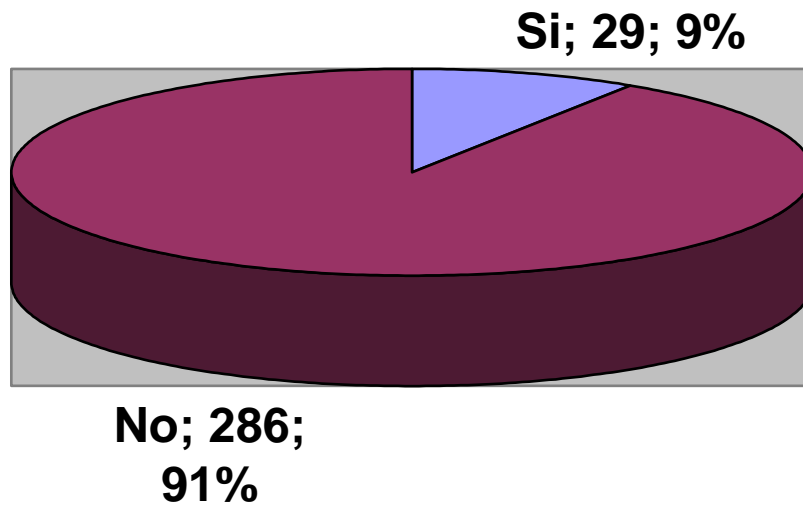


Fuente: La Encuesta.

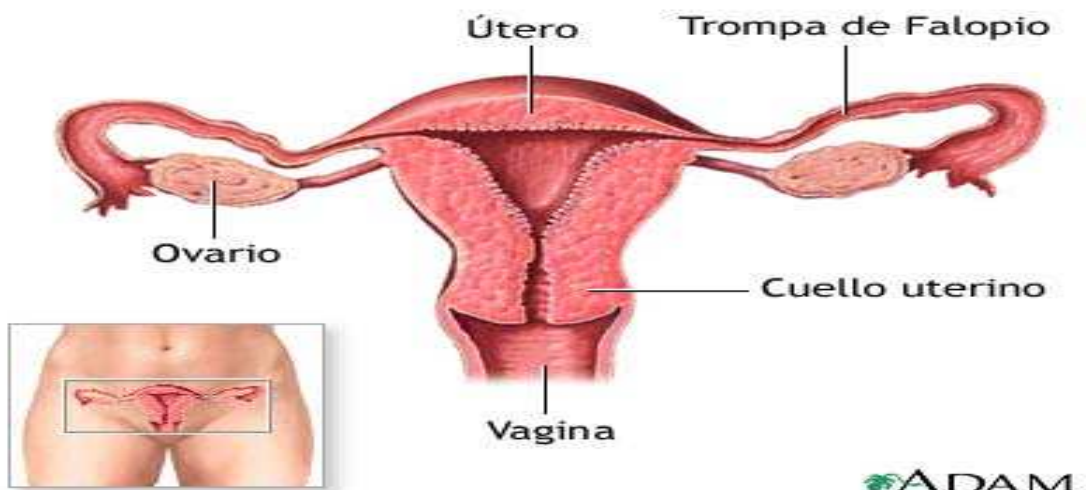
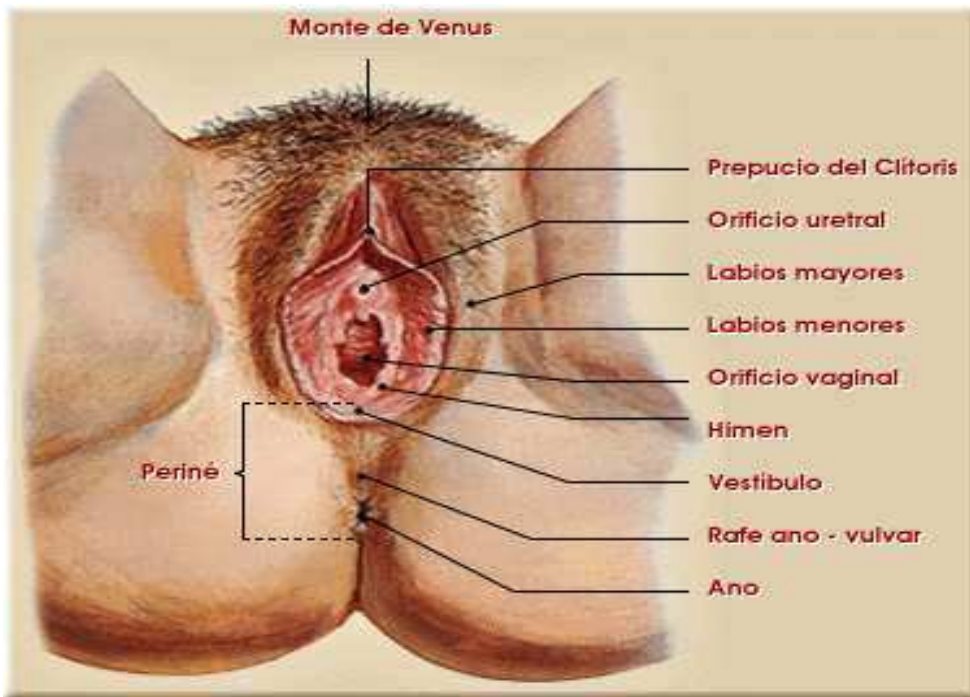
Cuadro 11. Frecuencia de las mujeres en edad fértil del territorio Mina de Limón que han cambiado su método de planificación familiar y quién es el responsable de dicho cambio.

Pregunta.	Categoría.	Frecuencia	Porcentaje.
Has cambiado tu método de planificación familiar.	Si	162	51.4%
	No	153	48.6%
	Total.	315	100.0%
Si has cambiado métodos de planificación familiar, quien te orientó el cambio.	Un amigo.	8	4.9%
	Mamá	1	0.6%
	Centro de Salud.	64	39.5%
	Ella misma.	89	54.9%
	Total.	162	100.0%

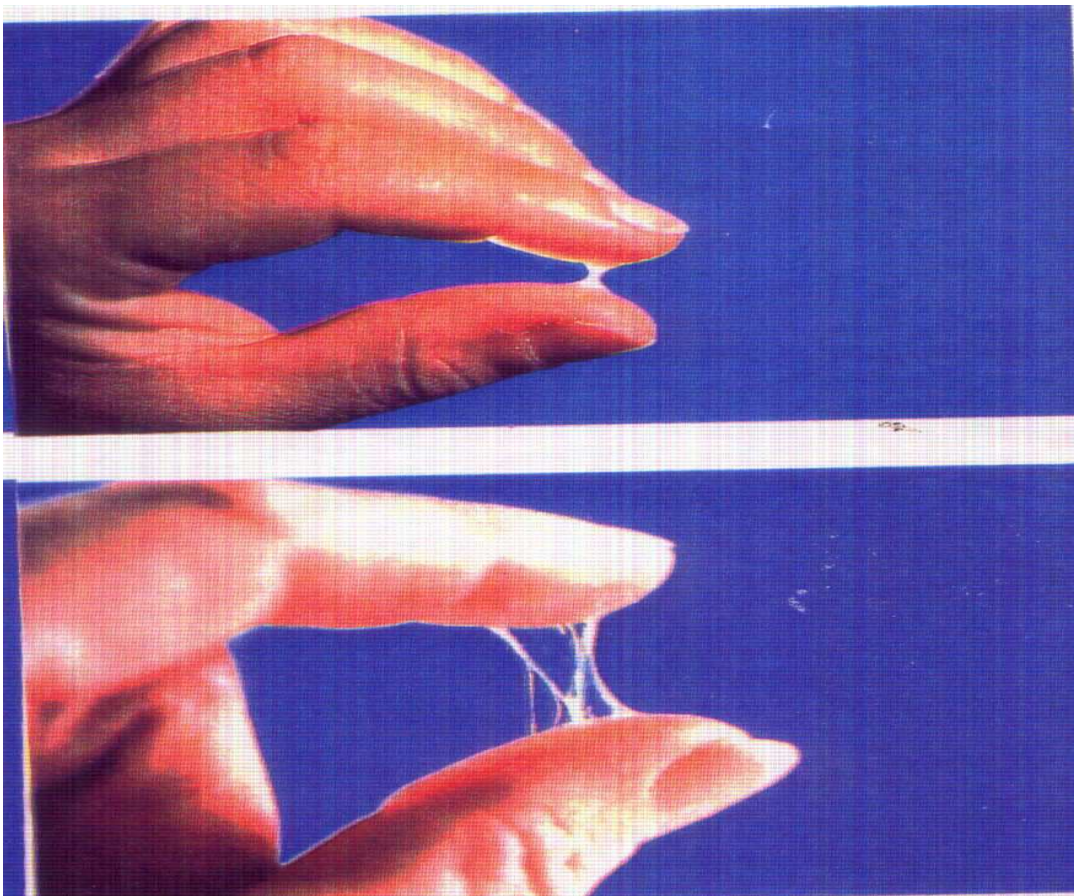
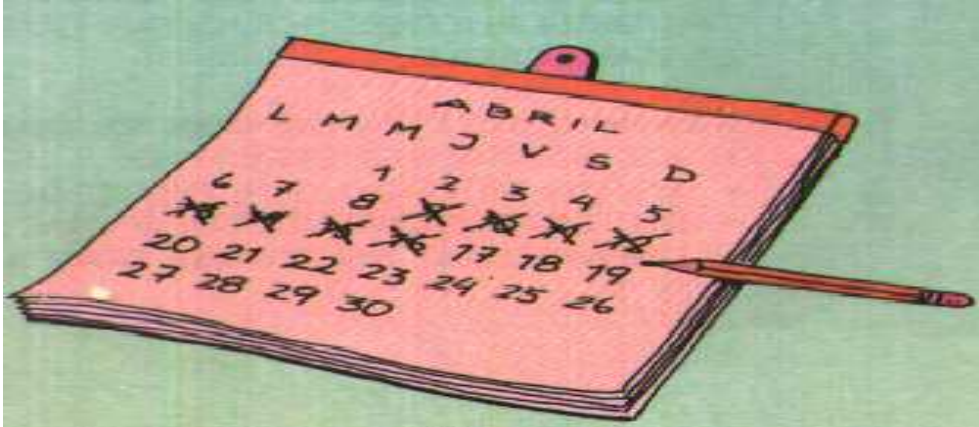
Grafico 8. Frecuencia de las mujeres en edad fértil encuestadas del territorio Mina de Limón, que han tenido abortos en su vida hasta el momento de la encuesta agosto-octubre 2007.



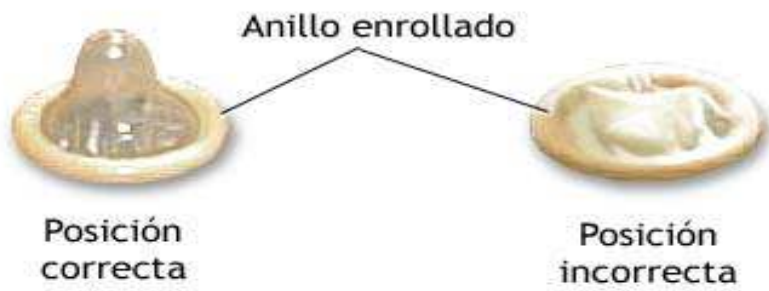




ADAM.



Al colocar el condón, asegurarse de que el anillo enrollado se encuentre hacia fuera



ADAM.



ADAM.

