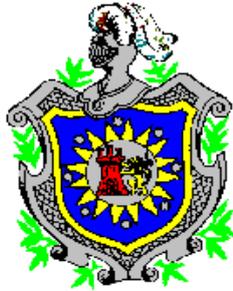


Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN – León



Tesis
Para optar al título de:
Doctor en Medicina y Cirugía

Conocimientos, actitudes y prácticas que presentan las mujeres Nicaragüenses sobre el uso de métodos anticonceptivos: Nicaragua, Encuesta Nacional de Salud 2001.

Autor:
Br. Léster Adalí Montalván Ramos

Tutor:
Dr. Juan Ramón Almendárez Peralta¹

Septiembre del 2007.

¹ Doctor en Medicina y Cirugía, Maestro en Salud Pública y Educación superior en Salud. Docente del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. UNAN – León.

Dedicatoria

Al concluir una etapa más de mi vida y esfuerzo profesional deseo de corazón dedicar este trabajo ante todo a Dios, por haberme brindado la dicha de inspirarme en seguir esta carrera tan importante para la humanidad, y con su compañía ir escalando éxitos y superando fracasos.

A mis padres, por haberme criado con este sentimiento de cooperación para con mis semejantes, enseñándome con su ejemplo y trabajo a conducirme por el camino correcto.

A mi esposa por haberme brindado el amor y apoyo incondicional que me impulsa a seguir adelante.

A mi hija que es la luz de mi vida, la energía que me da fuerzas. Y a mi mismo por la tesón de no rendirme ante la adversidad.

Agradecimiento.

Con mis buenos sentimientos, es imperativo dejar constancia con la sencillez de mi gratitud al excelentísimo maestro;

Dr. Juan Ramón Almendárez Peralta.

Ejemplo viviente de magisterio permanente.

A mis maestros por guiarme sobre el camino de la enseñanza y el saber.

A sí como todas las personas que de alguna forma se vieron involucrados para el logro del mismo.

Mis más sinceros agradecimientos.

Resumen

Este estudio se realizó para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de Planificación Familiar que tienen las mujeres Nicaragüenses en edad fértil reflejados en la ENDESA 2001, proponiéndose un estudio descriptivo de corte transversal, en Nicaragua, tomándose por característica el análisis secundario de datos, con una muestra de 13060 mujeres, entre 15 – 49 años de edad, residentes en el país durante el año 2001. Los datos fueron recolectados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos con el apoyo del Ministerio de Salud, bajo la responsabilidad técnica del programa de Encuesta de Demografía y Salud. Se realizaron gestiones para obtener la base de datos y el libro de códigos utilizados, luego la información fue seleccionada en relación al tema, este trabajo no tiene implicancias bioéticas. La mayoría de las mujeres inició su vida sexual activa entre los 15 – 19 años, teniendo su primer hijo a esa misma edad. Con un nivel de conocimiento sobre anticoncepción insuficiente, en menos del 50 % de la población, lo que se modifica con diferentes características como escolaridad, procedencia, situación económica etc. Las actitudes y las prácticas son regulares, pero insuficientes; un 53.3% han escuchado o visto los mensajes por lo que se concluye, que los conocimientos adquiridos no son suficientes para cambiar el comportamiento sexual y reproductivo, recomendándose fortalecer los mensajes con acción de mercadeo que influya en la población.

Índice

No	<u>Contenido</u>	Pág. #
I	Introducción	1
II	Antecedentes	4
III	Planteamiento del problema y Justificación	8
IV	Objetivos	9
V	Marco Conceptual	10
VI	Diseño Metodológico	44
VII	Resultados	53
VIII	Discusión de los Resultados	57
IX	Conclusiones	62
X	Recomendación	63
XI	Bibliografía	64
	Anexos	



I. Introducción

La mortalidad en los países en desarrollo, especialmente entre los infantes y los niños, es hoy considerablemente menor que hace tres decenios. Se han registrado también apreciables disminuciones de la fecundidad en muchas naciones en desarrollo, aunque no en todas ellas. Entre los factores más importantes que han contribuido a tales disminuciones de la fecundidad, figuran la mayor accesibilidad y uso de anticonceptivos modernos y el incremento de la edad en que las mujeres se casan y tienen su primer hijo. Sin embargo, a pesar de las disminuciones registradas en la fecundidad y en la mortalidad, persisten grandes diferencias en los niveles de fecundidad entre el mundo en desarrollo y los países más desarrollados. Las mujeres de los países en desarrollo tienen, en promedio, más del doble del número de hijos que las de las naciones desarrolladas. (1)

El incremento del uso de anticonceptivos en las naciones en desarrollo se debe, en parte, al respaldo que han brindado los gobiernos a los servicios de planificación familiar, lo que ha incrementado la accesibilidad de los anticonceptivos. En los albores de la planificación familiar organizada en el mundo en desarrollo, la principal justificación para dicho apoyo era que el incremento del uso de anticonceptivos reduciría la fecundidad, lo cual retardaría el rápido crecimiento de la población y esto, a su vez, facilitaría el crecimiento económico y social.

Los planificadores gubernamentales, los encargados de elaborar directrices y muchos políticos aceptaron el argumento de que el descenso de las tasas globales de crecimiento de la población aceleraría el desarrollo económico. A través de los años, los beneficios para la salud provenientes del mayor uso de anticonceptivos y la disminución de la fecundidad han sido los objetivos de políticas más importantes para buen número de países en desarrollo y para muchas de las agencias internacionales que respaldan programas de planificación familiar. Los adelantos de la tecnología anticonceptiva que contribuyeron a la difusión de la planificación familiar, en particular el uso generalizado del control de la natalidad por medio de la píldora y el dispositivo intrauterino (DIU),



plantearon también interrogantes sobre los efectos que podrían provocar en la salud, el uso prolongado de algunos métodos. (1)

Los riesgos reales y percibidos que diferentes anticonceptivos implican para la salud han sido mencionados por algunos profesionales de la especialidad, en países en desarrollo, como motivos suficientes para imponer restricciones a ciertos anticonceptivos y son la razón que aducen algunas parejas, en naciones en desarrollo, para explicar su renuencia a controlar su fecundidad por medio de anticonceptivos modernos (1).

En Nicaragua, se estima que cada mujer al final de su vida reproductiva tendrá en promedio 3.5 hijos con un crecimiento demográfico de 2,7 por mil habitantes (2). Este tipo de crecimiento poblacional dificulta el desarrollo del país ya que incrementa las demandas en condiciones donde el crecimiento económico aún no se orienta adecuadamente al beneficio de la mayoría de nicaragüenses. La opción debería ser el inicio de la paridad en edades más tardías, espaciamiento de los hijos y la reducción de los hijos por mujer. Esta alternativa debería surgir del seno de las mismas necesidades de las parejas y sobre todo de la mujer.

Las acciones de promoción de la salud reproductiva centrado en el enfoque de que “para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (3). Para ello, la calidad de los servicios de planificación tiene una repercusión importante no sólo a nivel individual, sino a nivel de toda la sociedad. Por otro lado, la Calidad en los servicios de planificación familiar es un concepto muy complejo, ya que está considerada como un derecho social e individual, lo cual hace que, además de las dimensiones de calidad extensibles a cualquier servicio de salud, en los servicios de planificación familiar se deban considerar otros aspectos que también van a ser constitutivos de calidad. Estos aspectos que serían deseables en cualquier servicio de salud, se convierten en los servicios de planificación familiar en un derecho.



En este sentido, el 27 de Agosto de 1988 se elaboraron las normas de planificación familiar en Nicaragua, con objetivos, propósitos, dirigidos al personal de salud (2) y se han desarrollado esfuerzos importantes en lograr coberturas, poblacionales importantes y promover los esfuerzos alcanzándose reducir la natalidad del 3.3% por mil habitantes a 2,7. Sin embargo a pesar de ello muchas dificultades persisten y grandes grupos poblacionales no son beneficiados por tales esfuerzos.

A pesar de los cambios, de por sí importantes, nuestro país aún está entre los países con más altas tasas de fecundidad en Latinoamérica. Ello nos lleva a realizar esfuerzos importantes para comprender cual ha sido el impacto de los programas educativos alrededor de la salud reproductiva y específicamente alrededor del uso de métodos anticonceptivos en la población.



II. Antecedentes

En todas las épocas ha existido preocupación por el control de la natalidad. De ahí los esfuerzos hechos por el hombre orientados a la búsqueda de métodos que le permitan a la mujer pensar y vivir la maternidad como una opción y no como su destino. Para poder comprender esto actualmente, hay que retroceder en el tiempo pues el tema de la anticoncepción ha sido el más controvertido en la historia de la medicina desde sus inicios hasta nuestros días. Para trazar estrategias en relación con la planificación familiar, es imprescindible echar una mirada al pasado y tener en cuenta lo sentenciado por Winston Churchill con respecto a que “mientras más atrás mires en el pasado, más adelante puedes mirar en el futuro”.

Cada minuto muere en el mundo una mujer a consecuencia de un parto atendido en condiciones desfavorables o por un aborto y, cientos de las que no fallecen, quedan mutiladas total o parcialmente debido a complicaciones. Hoy día el 99% de las muertes maternas ocurren en los países del tercer mundo.

En el papiro Petric o Kahun, escrito 850 años a.n.e. parece estar contenida la prescripción más antigua de la anticoncepción. Más información se ha encontrado en el papiro Ebers del año 1500 a.n.e. y en el papiro Berlín del año 1300 a.n.e.

Desde épocas primitivas se utilizaban hierbas y extractos acuosos de plantas que se consideraban con propiedades anticonceptivas. Los hiervas y raíces de plantas eran medios que aplicaban los indios norteamericanos como anticonceptivos.

Actualmente se sabe que la combinación del zumo de limón y extracto de vaina de caoba, que antes se usaba a modo de duchas vaginales, tiene un fuerte efecto espermicida. También se conoce el empleo en Egipto antiguo de preparados intravaginales, que actuaban como barrera y/o espermicida. Fue Aristóteles quien primero mencionó la anticoncepción y recomendó el aceite de cedro para impedir la concepción. Hoy se conoce la propiedad del aceite de reducir la movilidad de los espermatozoides.



En la antigua Grecia se emplearon diversidad de productos en forma de pastas y aplicaciones locales, con el uso de goma de cedro, miel, corteza de pino, granada pulverizada, aceite de mirto y otros extractos. Esa cultura prescribía la anticoncepción poscoital, basada en un procedimiento en el que la mujer asumía la posición en cuclillas para intentar expulsar el semen de la cavidad vaginal al aumentar la presión intraabdominal. Asimismo practicaban la limpieza vaginal digital y el coito interruptus.

Tanto las civilizaciones griegas como romanas utilizaron el aborto como método de control de la natalidad. Los romanos emplearon plumas de pato y los griegos la inserción de sustancias a través del cuello uterino con tubos de plomo huecos. Los antiguos hebreos practicaban la anticoncepción con la continencia sexual y la utilización de pesarios. Moisés señalaba un lapso de 7 días desde el final de la menstruación hasta el periodo de fertilidad, lo que indica que tenían conocimientos sobre el ciclo de la mujer y su época fértil. Las técnicas anticonceptivas, descritas de forma más original y brillante antes del siglo XIX, se encontraron en 1938 en un texto escrito por Sorrano de Efeso (98-138).

Con el dominio de Europa por la iglesia católica romana durante la Edad Media, fueron restringidos los conocimientos sobre la anticoncepción. Las enseñanzas de San Agustín (354-430) y de Santo Tomás de Aquino (1225-1274), quienes se pronunciaban en contra del control de la natalidad, influenció a la iglesia católica, al punto de que incluso se condenaba cualquier tipo de anticoncepción en parejas casadas. Más tarde la iglesia permitió los métodos naturales de anticoncepción, hasta que en 1968, por la encíclica papal *Humanae Vitae*, fue de nuevo condenada la anticoncepción artificial. En la Edad Media la cultura islámica permitía muchos métodos anticonceptivos, como la expulsión del semen de la vagina por violentos movimientos del cuerpo, los supositorios vaginales y el uso de fumigaciones intravaginales, todo ello por no estar bajo la influencia de la religión católica y no prohibirla el Islam.



Los condones de membranas de animales eran ya utilizados en el coito como método anticonceptivo desde el año 923 después de Cristo, según se recoge en un texto escrito por un famoso médico de aquella época nombrado Rhases, quien recomendaba el coito interruptus, la retención de la eyaculación y numerosos tipos de supositorios vaginales.

En virtud de que en los siglos XVIII y XIX hubo un desarrollo de la imprenta, la población pudo conocer las experiencias médicas acerca de la anticoncepción. El británico y controvertido Thomas Robert Malthus, propuso en 1798 el matrimonio tardío y la estricta castidad prematrimonial como solución para evitar la proyección geométrica que experimentaba el crecimiento poblacional, publicado en “Ensayo sobre el principio de la población”. Malthus fue el primero en alertar al mundo en relación con los peligros que acarrearía el crecimiento rápido y descontrolado de la población. Su teoría fue con posterioridad trasladada al territorio norteamericano, donde encontró apoyo en algunos defensores de la anticoncepción como Robert Dale Owen y Charles Knowlton, encarcelado por esta causa, y también una gran oposición por parte de Anthony Comstock y sectores importantes y puritanos de la sociedad norteamericana de la segunda mitad del siglo XIX.

En 1916 se creó en Brooklyn, Nueva York, una clínica para el control de la natalidad por la enfermera Margaret Higgins Sauger, quien dedicó toda su vida a ella. En Inglaterra se logró el control de la natalidad a finales del siglo XIX, gracias entre otros a Frances Place, quien publicaba folletos en los que recomendaba la esponja intravaginal y el coito interruptus, motivado por el trabajo de Malthus.

En 1921 Marie Stopes creó en Londres una clínica para el control de la natalidad, inspirada por la fundada en Nueva York, con lo que se sumó a la labor emprendida por Margaret Higgins Sauger.



Los servicios de control de la natalidad no estuvieron en manos del personal médico hasta el advenimiento de la “píldora” en la década de 1960. Estos temas no habían estado contemplados hasta entonces en los programas de estudio de las escuelas de medicina.

A pesar de la reseñada evolución de la anticoncepción y de las teorías sobre el control de la natalidad emitidas durante siglos, no fue hasta la celebración de la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo, Egipto, entre el 5 y 13 de septiembre de 1994, que surgió el concepto de salud reproductiva, en consideración a las cuestiones relacionadas con la calidad de vida.

La Conferencia de El Cairo permitió crear las condiciones indispensables a la mujer para tomar decisiones de manera responsable e informada sobre su propia reproducción y garantizó un enfoque integral y moderno sobre el tema (4).

En Nicaragua, la tasa global de fecundidad fue de 3.7 hijos por mujer, siendo mayor en el medio rural. La tasa de crecimiento anual de población tiende a disminuir, estimándose en 2,7% en el periodo 1995-2000. En el 2001, la población pobre representó el 45,8%, de los cuales el 15.1% es extremadamente pobre. Pese a la reducción de porcentajes en comparación con la medición de nivel de vida de 1998, las cifras absolutas han aumentado y se concentran en zonas rurales y comunidades étnicas. El analfabetismo se ha incrementado a 33.2% en 2001.

La pobreza es el principal determinante de salud. Ingresos económicos, género y etnicidad son los factores más importantes al analizar las inequidades en salud. Al comparar los indicadores de salud entre el 20% de población más pobre y el 20% más rica, encontramos que en los pobres la tasa de mortalidad infantil y las tasas de fecundidad global es tres veces mayor, la desnutrición crónica es siete veces mayor y la prevalencia de EDA e IRA es dos veces mayor. Los pobres usan tres veces menos los servicios públicos de salud para la atención del parto, tienen 10% menos de esquemas completos de vacunas y 33% menos de uso de métodos modernos de anticoncepción (5).



III. Planteamiento del problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las mujeres Nicaragüenses en edad fértil sobre los Métodos de Planificación Familiar?

Justificación

Los resultados del presente estudio permitirán valorar los esfuerzos de información, educación y comunicación alrededor del grupo de mujeres de 15 -49 años de tal manera que genere una reducción sustantiva de la frecuencia de embarazos no deseados, por ende sus riesgos, y mejoren la calidad de vida.



IV. Objetivos

Objetivo General

Valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar que tienen las mujeres Nicaragüenses en edad fértil (MEF) reflejados en la ENDESA 2001.

Objetivos Específicos:

- 1) Describir las características generales, socio económicas, y comportamiento sexual y reproductivos de las MEF.
- 2) Identificar el nivel de conocimiento sobre P/F de las MEF.
- 3) Determinar las actitudes que tienen las mujeres ante el uso de los diferentes métodos anticonceptivos.
- 4) Conocer algunas prácticas sobre uso de métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio.



V. Marco Conceptual

Conocimientos: Los investigadores de la memoria han considerado la utilidad de dividir un examen de memoria siguiendo el proceso de los ordenadores: Adquisición o entrada, almacenamiento y recuperación, de tal forma que para hacer memoria, la información nueva debe de ser ingresada al sistema, ser almacenada y además recuperada cuando se necesite. Estas teorías son recogidas en el MODELO MODAL. Podemos decir que este organizador aunque muy antiguo proporciona una forma muy práctica de explicar el proceso de la memoria (6).

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

Mediante la atención y la repetición de información el cerebro puede activar la Memoria de Corto Plazo. En este nivel la información es recordada en "Trozos significativos", que a su vez pueden ser re-codificada en trozos más grandes y/o con mayor significado. (7)

Mediante la exposición prolongada a información, el que "aprende" puede re-codificar y re-categorizar información en trozos significativos, que pueden ser depositados en la Memoria a Largo Plazo formando parte de la estructura cognoscitiva del individuo. Es importante reconocer que en cada nivel de almacenamiento se encuentran estrechamente entrelazadas con el nivel superior de almacenamiento proporcionando reconstrucción, en-codificación, recuperación y elaboración de conocimiento nuevo (8).

Actitudes: A lo largo de la historia distintas escuelas y autores han definido la actitud de formas muy diversas.

La primera definición que se conoce sobre el concepto de actitud fue enunciada en el año 1918 por Thomás y Znaniecki, considerándola como: "*El estado de ánimo de un individuo orientado hacia un valor*" (9). Los valores son creencias referidas a actividades cuyo objetivo principal es conseguir el bienestar de una comunidad.



Allport (1935), tras realizar un amplio estudio sobre las actitudes, efectúa una aproximación al concepto de actitud formulando unas cien definiciones, siendo la más representativa: *“La actitud es un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que está relacionado”* (10).

Kretch y Chutchfield (1952), la definen como: *“Una organización estable de procesos motivacionales, perceptivos y cognoscitivos, concernientes a un aspecto del universo del individuo”* (11)

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

Algunas consecuencias clave que podemos deducir de las anteriores definiciones son las siguientes:

- ✓ La actitud es un concepto en el que se combinan una serie de variables y cuyo resultado es un estado de ánimo de la persona.
- ✓ La actitud es el resultado de un proceso organizado.
- ✓ La actitud se desarrolla a partir de las experiencias adquiridas por lo que se genera a través del aprendizaje.

“Una actitud es una organización de creencias interrelacionadas, relativamente duradera, que describe, evalúa y recomienda una determinada acción, respecto a un objeto o situación. De ello se deduce que es una predisposición que, debidamente activada, provoca una respuesta preferencial hacia el objeto de actitud, hacia una situación o hacia el mantenimiento o preservación de la actitud misma”. (12)



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

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

En Nicaragua, la Ley General de Salud en su reglamento establece: en el título VII modelo de atención integral en salud, capítulo II, sección 1 y 2, artículo 49 – 52; Para el primero y segundo nivel de atención la planificación familiar es parte del Paquete Básico de Servicio de Salud a los niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.(13)

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

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

El principio de la contracepción consiste en evitar que el óvulo sea fecundado por los espermatozoides. Cada método trata de controlar o impedir la ovulación o la penetración de los espermatozoides en el aparato reproductor femenino.



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

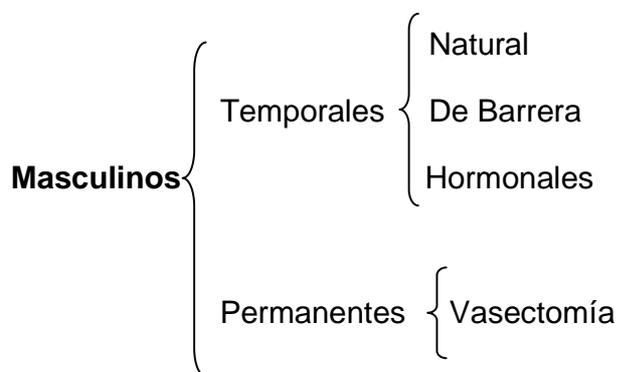
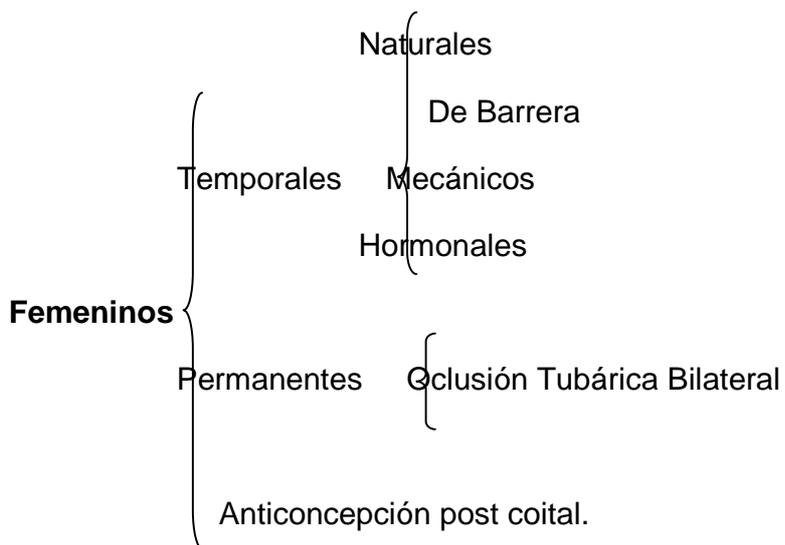
Para que un método esté realmente disponible, deberá cumplir una serie de condiciones, entre las que se incluyen puntos de distribución fácilmente accesibles, horarios apropiados para una gran mayoría de mujeres, personal adecuadamente entrenados en la consejería y el manejo del método en cuestión; que este pueda ser costeadado desde el punto de vista económico. (14)

La consejería u orientación en planificación familiar es el procedimiento mediante el cual una persona evalúa los conocimientos de planificación familiar de otra persona y/o su pareja, proporcionando información adicional según sea necesario, contribuyendo a la toma de decisión satisfactoria. En consecuencia, la consejería en planificación familiar es un proceso de documentación en dos direcciones y se caracteriza por un intercambio de información y opiniones, discusión y deliberación. (15)



Métodos Anticonceptivos.

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





1. Métodos Anticonceptivos Femeninos.

1.1 -Métodos temporales

a) Métodos Naturales:

Se le llama también método de auto conocimiento de la fertilidad debido a que para su uso es indispensable que las mujeres que lo utilizan conozcan perfectamente su cuerpo, los cambios periódicos que ocurren en su sistema reproductor, los signos y síntomas que indican cuándo los espermatozoides pueden penetrar fácilmente en el tracto genital femenino y cuando ocurre la ovulación.

Es necesario tener en cuenta que para emplear este método, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales los días potencialmente fértiles de la mujer si desea evitar un embarazo. (2, 16, 17, 18, 19,21)

Método del ritmo (calendario u ogino-knaus)

Cálculo del período fértil en ciclo regulares:

Del primer día de la menstruación hasta finalizar el 8vo día. Se encuentra en la fase relativamente infértil y tiene pocas probabilidades de quedar embarazada si tiene relaciones sexuales.

Del final del 8^{vo}. día, hasta el número 17 del ciclo. Se encuentra en la fase fértil y debe abstenerse de tener relaciones sexuales para evitar un embarazo.

Del final del día 17 hasta el primer día de la menstruación siguiente se encuentra en la fase infértil y existen pocas probabilidades de producirse un embarazo al tener relaciones sexuales.



Pasos a seguir para el cálculo del período fértil en ciclos irregulares:

Por un tiempo de 6 a 9 meses, la pareja debe marcar en un calendario el primer día de cada menstruación.

Contar los días transcurridos desde el primer día menstrual hasta el día anterior del inicio de la siguiente menstruación.

Identificar el ciclo menstrual más corto.

Identificar el ciclo menstrual más largo.

Al ciclo más corto restarle 18 días para obtener el primer día fértil.

Al ciclo más largo, restarle 11 días para obtener el último día fértil.

Ventajas.

No tiene efecto sobre la salud de la mujer.

No tiene costo económico

Favorece en mujeres y hombres mayor conocimiento reproductivo y mejor relación de pareja.

Desventajas.

Requiere de un tiempo prolongado para ponerlo en práctica.

El período fértil y por lo tanto la abstinencia es muy prolongada.

Existen muchos factores de salud y del ambiente que pueden alterar el ritmo normal de los ciclos menstruales.

Es inseguro en mujeres con ciclo menstruales irregulares.

De acuerdo con estudios de genetistas se ha sostenido que este método es peligroso, ya que el espermatozoide y el óvulo decadentes (por el período de espera) pueden dar fecundación defectuosa.

Efectividad: Teóricamente de un 90%, y Realmente es de 80%.(2, 16,18)



Método del moco cervical (Billings): (21)

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

Fisiología y características del moco cervical:

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

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

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

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

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

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



Cuando tener o no relaciones:

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

Ventajas

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

Desventajas

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

Contraindicaciones:

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

Eficacia: Teóricamente el 90% y realmente 80% bajo condiciones óptimas



Método de la temperatura basal corporal

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

Ventajas:

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

Desventajas

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

Contraindicaciones:

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

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



Métodos de Palpación Cervical:

Durante la fase infértil el cuello es firme al tacto y el orificio externo esta cerrado. Además el cuello del útero esta bajo la pelvis.

Al subir el nivel de estrógeno, con la proximidad de la ovulación, el cuello se vuelve blando, el orificio externo se abre y esta más alto que la pelvis. (2,16)

Pasos a seguir para la Palpación Cervical:

La mujer debe de estar erguida. Se introducirá el dedo medio en la vagina y se palpará el cuello y el orificio externo del útero.

Debe evitarse el contacto sexual desde que empiezan los cambios en el útero y se inician nuevamente las relaciones cuando este firme y cerrado.

Ventajas:

Favorece el conocimiento del cuerpo y reconocimiento de signos y síntomas de la ovulación.

- No causa efectos adversos en la salud
- No tiene costo económico
- Es de gran ayuda durante la lactancia y la pre – menopausia, cuando los cambios de temperatura son difíciles de interpretar.
- Puede ser útil en mujeres ciegas que desean planificar sin necesidad de ayuda externa

Desventajas:

Hay dificultad en la realización de este método en aquellas mujeres que no quieren manipular sus genitales.

No se han hecho estudio acerca de este método.

Método Sintotérmico:

Es la combinación del método de moco cervical y el método de la temperatura basal. (2,16,17)



MELA:

Durante siglos las mujeres han observado que por medio de la lactancia se obtiene una protección natural contra los embarazos, a este método se le ha llamado con el nombre de Método de Lactancia-Amenorrea (MELA).

¿Cuán efectivo es?

Efectivo cuando se usa de la forma común: 2 embarazos por cada 100 mujeres en los primeros seis meses después del parto (1 en cada 50).

Muy efectivo cuando se usa en forma correcta y consistente: 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 6 meses después del parto (1 en cada 200).

Uso correcto y consistente se refiere a lo siguiente:

1. El bebé recibe al menos el 85% de su alimentación en forma de leche materna, y la madre amamanta a su bebé con frecuencia, tanto de día como de noche, y
2. Los períodos menstruales de la madre no se han reiniciado, y
3. El bebé tiene menos de seis meses de edad.

Si alguna de estas condiciones **no** se cumple, la mujer debería: usar otro método efectivo de planificación familiar, que no interfiera con la lactancia materna.

Ventajas:

- ◆ Previene el embarazo en forma efectiva por al menos seis meses o quizá por más tiempo si la mujer continúa amamantando con frecuencia, de día y de noche.
- ◆ Promueve los mejores hábitos de lactancia materna.
- ◆ Puede usarse inmediatamente después del parto.
- ◆ No hay necesidad de hacer nada en el momento del coito.
- ◆ No hay costos directos relacionados a la planificación familiar o a la alimentación del bebé.
- ◆ No se requiere ningún suministro ni procedimiento para prevenir el embarazo.
- ◆ Ningún efecto secundario por hormonas.



Desventajas:

- ◆ No hay certeza de efectividad después de los seis meses.
- ◆ La lactancia frecuente puede crear inconvenientes o dificultades para algunas madres, en particular para las madres que trabajan.
- ◆ No brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual.
- ◆ Si la madre tiene VIH existe la pequeña posibilidad de que el virus pase al bebe a través de la leche materna.

¿Cómo usarlo?

Durante el día, no debe espaciar la lactancia por más de cuatro horas regularmente, y durante la noche, no debe dejar transcurrir seis horas regularmente.

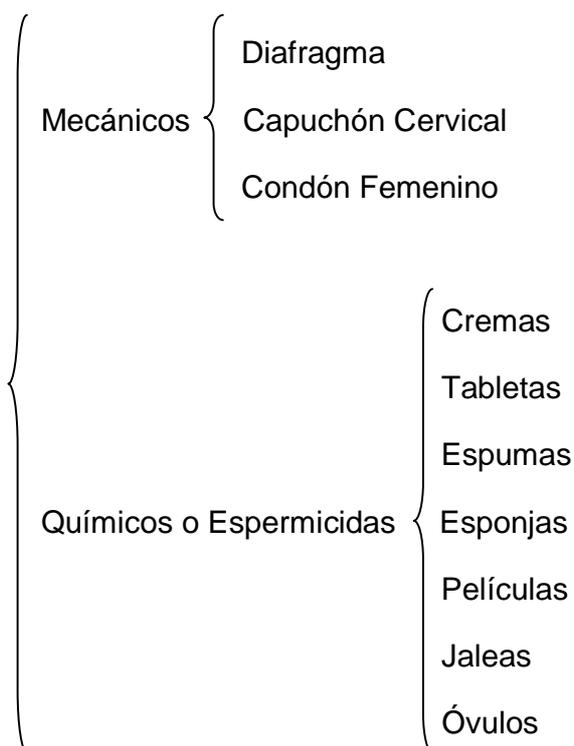
Amamantar adecuadamente mediante las técnicas de lactancia. (20)



b) Métodos de Barrera

Son métodos anticonceptivos temporales los de barrera mecánicas evitan el paso del espermatozoide hacia el cuello del útero, y los de barrera químicas matan o vuelven inactivos a los espermatozoides. (2,16,17,21)

Clasificación:



b1) Métodos mecánicos:

Diafragma:

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



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

Eficacia:

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

Ventajas:

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

Inconvenientes:

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

Capuchones cervicales:

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

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



Escudo vaginal o condón femenino:

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

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

b2) Métodos químicos:

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

Espermicidas:

Destruyen el esperma e impiden su entrada al útero. Son usados por la mujer, deben colocarse antes del contacto sexual y su uso combinado con barreras mecánicas mejora su eficacia (condón o diafragma).

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

Ventajas:

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



Inconvenientes:

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

Contraindicaciones: Absolutas, no se conocen.

c) Métodos Mecánico

Dispositivo intrauterino (DIU): Es un objeto confeccionado de diferentes materiales como el cobre, el plástico, la plata y algunas hormonas, que se coloca en el útero impidiendo el embarazo.

Actualmente el dispositivo intrauterino que con mayor frecuencia se coloca en la mayoría de los países, es la T de cobre 380^a. El Sof T Coil 25 es específico para nulípara.

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

Mecanismo de acción:

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



Tiempo de vida aprobado: De uno a ocho años dependiendo del tipo.

Ventajas:

Es muy eficaz, de larga duración y reversible

- No tiene problemas de reabastecimiento
- Es de uso reservado e independiente de la relación sexual
- La colocación es posible inmediatamente después de un parto o aborto
- Pueden prevenir las adherencias de las paredes del útero por sinequias (síndrome de Asherman)

Inconvenientes:

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

Contraindicaciones:

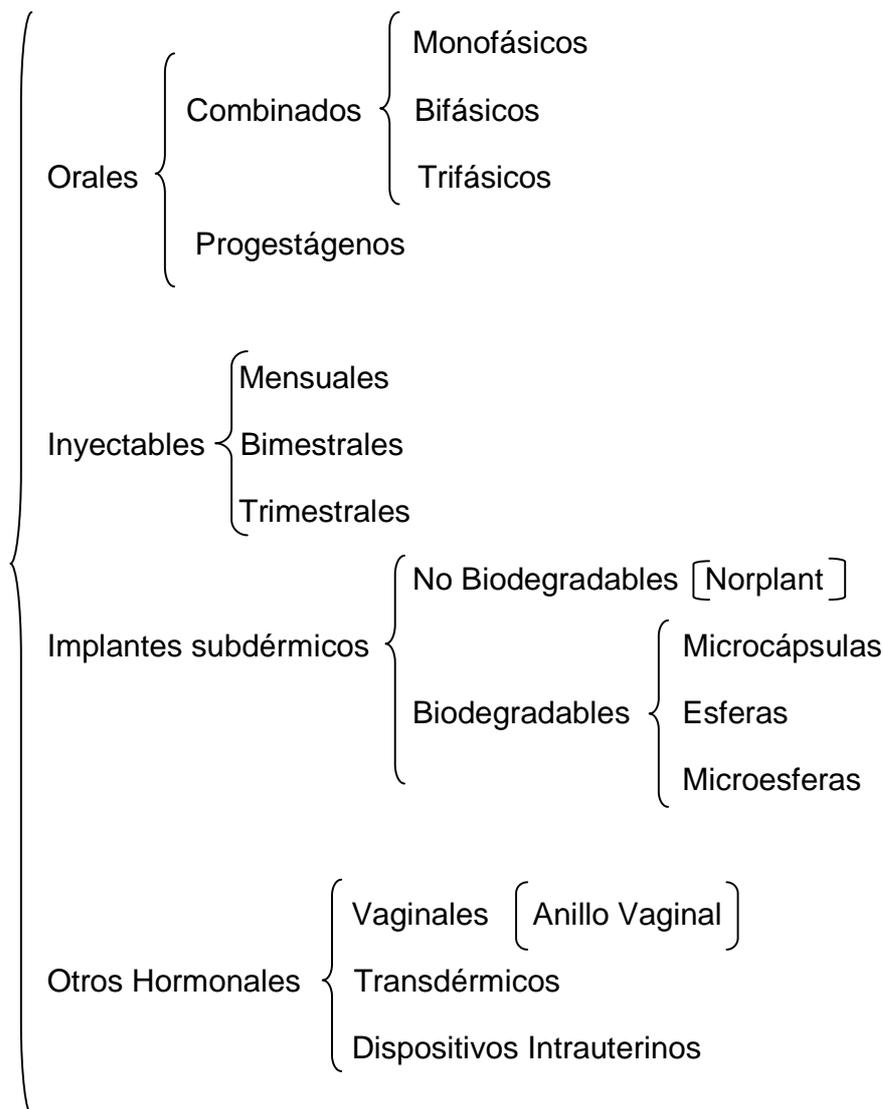
- Infección pélvica activa, reciente o recurrente, incluyendo gonorrea, sospechada o diagnosticada y también infección vaginal activa.
- Embarazo sospechado o diagnosticado.
- Sangrado uterino anormal que debe ser investigado y corregido antes de usar el DIU.
- Existencia de cáncer cervical o uterino



d) Métodos Hormonales

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

Clasificación:





a) Métodos hormonales orales:

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

Mecanismos de acción:

Los estrógenos actúan a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-ovario impidiendo la ovulación.

a1) Hormonales orales combinados:

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

a1.1 Monofásicos: cuando todas las pastillas tienen la misma concentración de estrógenos y progestágenos en todo el ciclo.

a1.2 Bifásicos: contienen estrógenos en la primera fase del ciclo; y estrógenos con progestágenos en la segunda fase del ciclo hormonal; también reciben el nombre de secuenciales.

a1.3 Trifásicos: contienen estrógenos y progesterona en diferentes concentraciones y en diferentes fases del ciclo hormonal.

Ventajas:

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



Desventajas:

- No se pueden usar durante la lactancia
- Se requiere un suministro periódico de píldoras y estricta ingestión diaria.
- Una vez interrumpido el uso se puede recuperar la fertilidad mas lentamente que con otros métodos, en unos dos o tres meses.
- No protege contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA

Indicaciones:

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

Contraindicaciones:

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



Efectos adversos menores:

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

a2) Hormonales orales solo progestágenos:

Su eficacia es del 90 al 97% con una efectividad menor que los combinados (9.5% vrs 12.9%). Las tasas de falla oscilan entre 1.1 a 9.6 embarazos por cada 100 mujeres que lo usan en al año.

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

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

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

Desventajas:

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



Efectos beneficiosos no anticonceptivos:

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

Indicaciones:

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

Contraindicaciones:

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

Efectos menores:

Algunas mujeres pueden presentar:

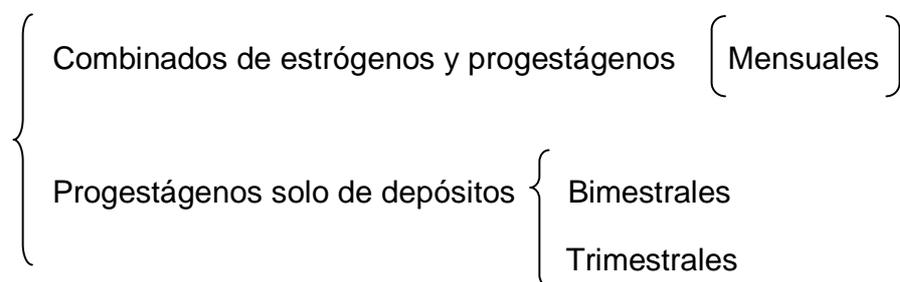
- Irregularidades menstruales.
- Cefalea.
- Mastalgia.
- Embarazo ectópico.
- Quistes ováricos funcionales.



b) Métodos Hormonales Inyectables Intramusculares.

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

Tipos:



b1) Combinados Mensuales:

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

Ventajas:

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



Desventajas:

- Pueden producir irregularidades menstruales y mayor sangrado menstrual.
- No se puede usar durante la lactancia.
- Puede haber aumento de peso.
- Se necesita de una administración inyectable intramuscular, para algunas mujeres es no deseables.
- No protege contra las enfermedades de transmisión sexual y del virus del SIDA.
- Aumento del riesgo de transmisión del virus del SIDA durante la administración intramuscular.
- Necesita mayor asesoramiento a la usuaria para garantizar la continuidad del método.
- Una vez administrado no se puede discontinuar hasta que pase el efecto de la dosis administrada.

Indicaciones:

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

Contraindicaciones:

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



b2) Bimestrales:

- Las tasas de fallas son de 0.4 embarazos por cada 100 mujeres que lo usan.
- No tienen período de gracia entre las inyecciones.
- Se administra la primera inyección dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual; y después cada 8 semanas.
- Producen irregularidades menstruales; y ocasionalmente cefalea, mareos y náuseas.
- Sus indicaciones y contraindicaciones son las mismas de todos los hormonales.
- Tienen poca aceptabilidad por tener mayores efectos androgénicos y mayor potencial adverso sobre el metabolismo de los lípidos.

b3) Trimestrales:

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



Ventajas:

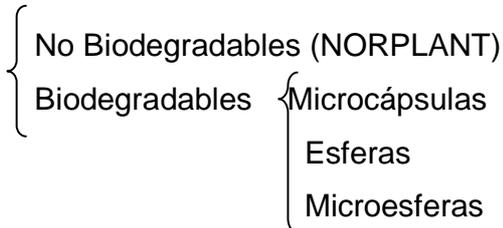
- No se afecta la función gastrointestinal por ser inyectable.
- Evitan el primer paso por el hígado causando menos cambios metabólicos.
- Son altamente efectivos y de acción prolongada de tres meses.
- No están relacionados con el coito.
- Ofrecen privacidad a la usuaria ya que no requiere mantener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

Desventajas:

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



C) Métodos hormonales: implantes subdérmicos.



c1) No Biodegradables (NORPLANT)

Descripción:

- Es un anticonceptivo eficaz, de larga duración, reversible y que proporciona protección anticonceptiva durante 5 años.
- Consiste de 6 delgadas cápsulas cerradas, flexibles, hechas de silastic, en forma de palillos de fósforos, que miden 34 mm de largo, 2.4 mm de diámetro y contienen 36 mg. de levonorgestrel.
- Se colocan subdérmicamente en la parte superior del brazo menos útil de la usuaria mediante un procedimiento quirúrgico menor.
- Después de la inserción, se liberan 85 mcg por día durante 18 meses; y luego se estabilizan a 30 mcg por día hasta cumplir los 5 años.

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

Ventajas:

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



Desventajas:

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

Otros Hormonales {
 Vaginales [Anillo Vaginal]
 Transdérmicos
 Otros

1.2 Métodos Femeninos Permanentes

Oclusión Tubárica Bilateral (OTB)

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

Eficacia: El uso normal ofrece resultados de un 99% a un 99.8% en usuarias en el primer año. (21,22,23,24)

Indicaciones:

- ◆ Paridad satisfecha y mayor de 30 años
- ◆ Mujeres con 3 o más hijos vivos
- ◆ Razones médicas



Contraindicaciones:

- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Embarazo o sospecha de él
- Anemia severa
- Tumor pélvico sin diagnóstico
- Adherencia uterina

Momento para realizar el procedimiento

- Pos- parto
- Trans- cesárea
- Pos- aborto

Ventajas:

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

1.3 Anticoncepción post-coital

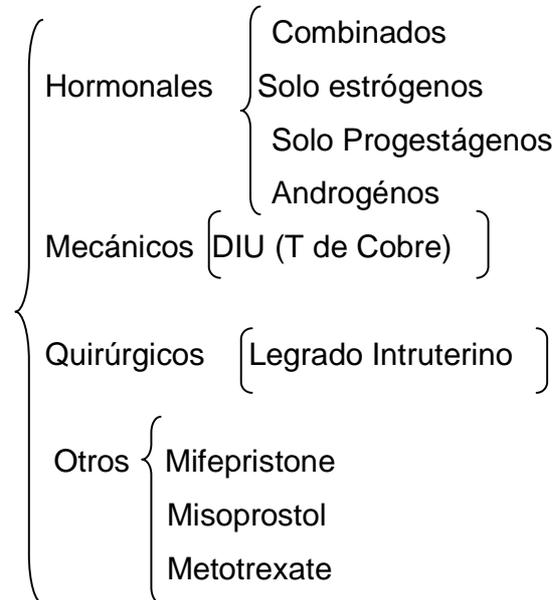
Contracepción de Emergencia: Es un método seguro y efectivo si se utiliza en forma adecuada; la frecuencia de fallas se observan cuando el conocimiento no es suficiente de parte de la usuaria y del prestador de servicios por lo tanto no se siguen indicaciones exactas con respecto a dosis y tiempo adecuado para su utilización.

La eficacia de la anticoncepción de emergencia es del 98% al 99% y las fallas van en dependencia del método que se utilice. Para los métodos hormonales se reporta hasta el 2.5%, para los métodos mecánicos menos del 1%.

Es importante iniciar la anticoncepción de emergencia con anticonceptivos orales dentro de las 72 horas después de haber tenido relaciones para ser efectivo. ej. Tanto el Microginón y Lofemenal se utilizan como anticoncepción de emergencia ingiriendo cuatro tabletas dentro de las 72 horas después del coito y cuatro tabletas doce horas más tarde después de la dosis. (21,25,26)



Clasificación:



Indicaciones

- Relación sexual sin protección.
- Falla del método habitual: rotura del condón, desplazamiento del diafragma y capuchón cervical y desplazamiento y expulsión del DIU.
- Violación en mujeres que no tenían protección.
- Víctimas de incesto.
- Mujeres en riesgo de tener relaciones sexuales sin protección.
- Adolescentes en situación de riesgo.
- Relación inesperada.
- Inicio de relaciones sexuales sin protección.
- No pensar en la necesidad de anticoncepción por ingesta de alcohol o uso de drogas.
- Dudas de quedar embarazada después de una relación sin riesgo.



Contraindicaciones y los Efectos Adversos:

Las contraindicaciones de la anticoncepción de emergencia son las propias de cada uno de los métodos utilizados. Son contraindicaciones absolutas la intolerancia al método que se utiliza y la sospecha de embarazo.

Complicaciones

La anticoncepción de emergencia utilizada en dosis adecuadas y en los momentos indicados no presenta complicaciones. Las complicaciones se presentan cuando se utiliza en pacientes que tienen contraindicaciones formales para el uso de anticonceptivos. Ej. Antecedentes de enfermedad tromboembólica, riesgo de ACV, etc. (26,27)

2. Métodos Masculinos De Planificación Familiar

2.1 – Métodos temporales.

a) Métodos naturales:

Abstinencia

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

Coitus interruptus o retiro. Consiste en retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación.

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



Ventajas:

- No tiene efectos secundarios
- Siempre disponible
- Costo nulo

Inconvenientes:

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

b) Métodos de Barrera

Preservativo o condón:

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

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

Ventajas:

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

Inconvenientes:

- Es necesario planificar la disponibilidad de condones y protegerlos del calor y la humedad.
- La colocación del condón interrumpe la actividad sexual.
- Disminuye en algunos casos la sensibilidad del glande, pero no hay datos objetivos de que sea así.



c) Hormonales masculinas

Inmuno-anticonceptivos hormonales: Son vacunas que bloquean la anticoncepción, mediante la producción de anticuerpos bloqueando así la fecundación.(no disponibles)

2.2 -Métodos permanentes

Esterilización quirúrgica masculina (vasectomía)

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

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

Ventajas:

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

Inconvenientes:

- Existe un tiempo de espera.
- Produce molestias después de la intervención.
- Es difícil de revertir, es permanente.

Contraindicaciones:

- Existencia de hernias escrotales
- En alteración del calibre de las venas o arterias del paquete vásculonervioso
- Cuando existen infecciones genitales severas. (2,21)



VI. Diseño metodológico

Tipo de estudio: El presente estudio descriptivo de corte transversal. Su aplicabilidad en estudios de evaluación de impacto de programas educativos lo establece como estudios evaluativos. Algunas veces, el hecho de que la recolección de la información se realice mediante encuestas, lo han definidos como encuesta poblacional. Cualquiera de los términos antes mencionados puede ser usado siempre y cuando se tenga claridad de lo que se está buscando.

Característica del estudio: Análisis secundario de datos: Estos son datos ya recolectados, procesados y almacenados en bases de datos, al que se puede acceder respetando la fuente de información para generar investigaciones útiles a las necesidades.

Área de Estudio: Nicaragua.

Universo del estudio: Son todas las mujeres entre 15 y 49 años residentes en el país durante el año 2001.

Muestra:

DISEÑO DE LA MUESTRA

El diseño de la muestra para la **ENDESA 2001** fue el mismo que se utilizó en la ENDESA-98 con una ligera modificación del tamaño de muestra en los departamentos de Madriz y Río San Juan. El diseño proporciona una muestra probabilística a nivel nacional que es estratificada, bietápica y por conglomerados, donde la estratificación se realizó a nivel de diferentes subdivisiones geográficas (por regiones naturales, por departamento dentro de cada región y por lugar de residencia urbano-rural dentro de cada departamento). En una primera etapa, áreas denominadas segmentos censales fueron consideradas como las unidades primarias de muestreo (UPM) y los hogares particulares listados en las UPMs seleccionadas fueron establecidos como las unidades secundarias de muestreo.



La muestra de la **ENDESA 2001**, al igual que la ENDESA-98, fue diseñada para proveer estimaciones consistentes de los indicadores deseados en los diferentes niveles de subdivisión geográfica tal como área de residencia actual de la población (urbana o rural), para cada categoría de la regionalización geográfica (Región Pacífico, Central y Atlántico) y para cada división departamental del país.

El marco muestral utilizado para el diseño y selección de la muestra de la **ENDESA 2001** fue el listado de las áreas censales seleccionadas en la ENDESA-98, la cual utilizó información y material del último Censo de Población y Vivienda de 1995 que mantiene el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). El total de segmentos censales seleccionados para la **ENDESA 2001** fue de 611 en todo el país.

Para la **ENDESA 2001** se usó la misma distribución de la muestra de la ENDESA-98, la cual fue hecha en forma proporcional a la raíz cuadrada de la población censal con el fin de incrementar el tamaño de muestra en los departamentos pequeños. Debe recalarse que la distribución fue establecida para obtener información para cada uno de los 15 departamentos y las dos regiones autónomas, por lo tanto la muestra fue diseñada para que fuera auto ponderada dentro de cada uno de ellos y sólo es necesario hacer uso de factores de ponderación para el análisis a niveles de agregación mayores como por ejemplo regional, urbano nacional, rural nacional y total de país. Finalmente, cada una de las 611 UPMs fueron actualizadas, obteniéndose así los listados de hogares más recientes para la selección final de hogares, con su respectivo material cartográfico.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para la **ENDESA 2001** se definió como meta un tamaño de muestra de aproximadamente 14,000 entrevistas completas de mujeres y en base de la experiencia de la **ENDESA-98** se hizo necesario seleccionar un total de alrededor de 13,200 hogares para lograr ese objetivo. Como se manifestó anteriormente, la distribución de la muestra según los departamentos respondió a la consideración de representar a cada departamento como un dominio de estudio.



A continuación se fijó el número estimado de entrevistas individuales a realizar dentro de cada departamento según urbano y rural, en forma proporcional al número estimado de la población total. El muestreo fue bietápico: primero la selección de 611 UPMs (utilizando probabilidad proporcional al tamaño estimado de la UPM) y luego la selección de hogares dentro de cada UPM a partir de los hogares listados. La experiencia de otras encuestas ha señalado la conveniencia de seleccionar conglomerados de aproximadamente 15 a 30 hogares por UPM. Para la **ENDESA 2001** se fijó un número promedio de 22 hogares a seleccionar por UPM. La probabilidad de selección del sector censal fue calculada como: $P_{1i} = (a * M_i) / (\mathbf{S}M_i)$

Donde

a: es el número de segmentos censales asignados a una determinada combinación de departamento y área de residencia;

M_i: es el número de hogares en el ith segmento censal de acuerdo al censo de población de 1995;

SM_i: es el número de hogares en la determinada combinación de departamento y área de residencia de acuerdo al censo de población de 1995.

En cada segmento censal se realizó una actualización de hogares y ellos fueron seleccionados de tal manera de tener una muestra autoponderada en cada uno de los departamentos del país. Sin embargo, la muestra total no es proporcional entre los departamentos, de allí que se requiera un ajuste final entre ellos para obtener la debida representación. Por lo tanto, si se tiene que la fracción de muestreo (digamos **f**) para cada departamento ha sido calculada y si **c_i** es el número de hogares a seleccionar del total de hogares (digamos **L_i**) encontrados en la actualización en el ith segmento seleccionado, entonces la condición de auto-ponderamiento en el departamento se expresa como:



$$f = P1i * (ci / Li)$$

Finalmente, la selección final de hogares está dada por la fórmula siguiente:

$$ci = (f * Li) / P1i$$

y de allí el intervalo de selección de hogares es derivado como:

$$li = Li / ci$$

$$li = P1i / f$$

FACTORES DE PONDERACIÓN

A pesar que la muestra de la **ENDESA 2001** es autoponderada dentro de cada departamento, no lo es a niveles mayores como regiones naturales o en cada área de residencia o al nivel total del país, por lo cual se han obtenido factores de ponderación, los cuales restituyen la participación real de cada departamento dentro de cada nivel mayor, en particular el total del país.

Para la muestra de la **ENDESA 2001**, el conjunto de ponderaciones finales para *hogares* consiste básicamente de dos componentes: el valor inverso de la fracción de muestreo y el valor inverso de la tasa de respuesta de hogar, donde esta tasa es calculada como el porcentaje de hogares completos entre los hogares contactados al momento de la entrevista. El producto de éstos dos componentes arroja el peso bruto para los hogares de la muestra básica. Es importante resaltar que la primera componente es la más importante en cuanto a su magnitud. Los pesos finales se calcularon haciendo un ajuste por UPMs que no se pudieron completar y estandarizando los factores para que replicaran el total de hogares completos. Similarmente, el conjunto de ponderaciones finales de las entrevistas individuales (a mujeres de 15 a 49 años con residencia de facto) es el producto de las ponderaciones de hogares con el inverso de la tasa de respuesta individual. Para esta encuesta, dentro de los hogares completos se identificaron 14,123 elegibles (mujeres 15 a 49 años de edad) con un total de 13,060 entrevistas completas, es decir una tasa de respuesta individual de 92.5 por ciento



RENDIMIENTO DE LA MUESTRA

De los 13,417 hogares que fueron seleccionados para la entrevista individual, 11,539 estaban presentes y en 11,328 se logró realizar la entrevista, para una tasa de respuesta del 84.4 por ciento al excluir del cálculo las viviendas desocupadas, destruidas o temporales, en alquiler/venta y otras. Todas las tasas de respuesta a nivel de hogar fueron superiores al 93 por ciento con la excepción de la tasa de respuesta en el departamento de Masaya (89 por ciento).

De un total de 14,123 mujeres elegibles de 15 a 49 años, se logró entrevistar 13,060, obteniéndose una tasa de respuesta de 92.5 por ciento, si bien en Masaya apenas se entrevistaron el 86 por ciento de las mujeres elegibles.

La tasa de respuesta combinada (hogares y mujeres) fue del 87.4 por ciento, bastante satisfactoria para este tipo de encuesta. A nivel departamental, la mayor tasa de respuesta se obtuvo en Chinandega (94 por ciento) y la menor en Masaya (77 por ciento).

Procedimientos de recolección de datos: Los datos inicialmente fueron recolectados en el 2001 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) con el apoyo del Ministerio de Salud (MINSAL). Fue ejecutado técnicamente por el programa de Encuestas de Demografía y Salud, programa que proporciona asistencia a instituciones gubernamentales y privadas en la planeación y ejecución de encuestas nacionales en países en vías de desarrollo.

El financiamiento fue patrocinado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) y los fondos de las Naciones Unidas para Población y la Infancia (FENUAP, UNICEF).

Para la recolección de información en la **ENDESA 2001** se utilizaron dos cuestionarios: un cuestionario del hogar aplicado en 11,328 hogares y el cuestionario individual de mujeres aplicado a 13,060 mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) en esos hogares.



A la colección de los datos siguió un proceso riguroso de calidad establecidos por DHS y Macro Internacional Inc. Los cuales culminaron en el adecuado registro en programas informáticos (28).

Al discurrirse el estudio fueron realizadas gestiones para obtener las bases de datos y el libro de códigos utilizados a las autoridades correspondientes de esta página web. Una vez obtenida la base de datos se seleccionó la información general de las mujeres encuestadas, se realizó confrontación de datos "Cruzamiento de variables" con el propósito de formular la variable conocimiento, incluyéndose en uno de los objetivos que persigue este trabajo, así como la información relacionada con las actitudes y prácticas alrededor de los métodos anticonceptivos.

El procedimiento del trabajo que se realizó en esta investigación no tiene grandes implicancias sobre los aspectos de Bioética más que el compromiso de referir las fuentes de los datos, aspecto que se tiene en cuenta en esta propuesta.

Plan de análisis: Los datos fueron procesados y analizados en el programa SPSS Versión 12.0 para Windows. Se estimaron frecuencia simple de todas las variables. Se cruzaron las variables consideradas independientes con las variables dependientes: "Conocimientos", "actitudes" y "prácticas".

Los resultados: se plasmaron en **cuadros y gráficos**.



Operacionalización de variables:

Variables	Definición	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta	15 a 19 20 a 35 36 a 49
Estado civil	Relación conyugal que tiene la entrevistada al momento de la encuesta	Soltera Acompañada Casada Separada Divorciada Viuda
Escolaridad	Años de instrucción aprobado al momento de la encuesta	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior
Ocupación	Actividad laboral a la que se dedica la encuestada	Ama de casa Agricultor Profesional
Lugar de residencia	Lugar donde habitualmente reside la persona	Urbano Rural
Compañeros sexuales	Es el número de compañeros sexuales que refiere la mujer haber tenido	Ninguno Uno Más de uno
Número de niños	Es el número total de hijos que ha tenido la mujer hasta el momento de la encuesta	0 1 a 3 4 y más



Nivel socioeconómico	Es la tenencia en propiedad de al menos tres recursos necesarios para la comunicación y el transporte.	Muy pobres Pobres No pobres
Embarazo actual	Se refiere a si está embarazada durante la encuesta, y si quería el embarazo o no.	No está, No sabe Si quería No quería, más tarde No en absoluto
Edad de su primera relación sexual	Edad en que la mujer tuvo su primer relación sexual	8-14 15-19 20-29 30-42
Edad al primer nacimiento	Edad en que la mujer tuvo su primer hijo.	10-14 15-19 20-29 30-42
Conocimientos	Es tener información adecuada sobre el uso de anticonceptivos	No sabe Sabe poco Sabe bien
Intención de uso de métodos	Tendencia o predisposición a actuar	Después Insegura sobre su uso No lo ha intentado
Métodos que prefiera usar el futuro	?	Gestágenos orales Diu Inyección Condón otros
Aprueba la P/F	Si ella o el esposo aprueban la P/F	Aprueba Desaprueba



Preferencia de fertilidad	Si desea o no más hijos	Desea un hijo/ uno más Indecisa No quiere hijos/no más Esterilizada Infértil
Número de hijos	Cantidad de hijos en total que desea tener la mujer en toda su vida	Ninguno 1-2 3-4 5 a más
Decisión de uso de anticonceptivos	Quien toma la decisión para usar los métodos de P/F.	Ella El esposo Ambos otros
Razones de no uso	Motivo por el cual no usa un tipo de método	No en unión De fecundidad De acceso otras
Método usado	Uso de algún método anticonceptivo con fines de planificación familiar	Gestágenos orales Diu Inyección Condón otros
Impacto del mensaje visto o escuchado	Predisposición a actuar después de haber visto o escuchado el mensaje de P/F.	¿Qué hizo?
Con quien a comentado	Persona con la que puede comentar sobre el uso de algún método anticonceptivo con fines de planificación familiar.	Mamá Papá Hermano Hermana otros



VII. Resultados

Se estudiaron 13060 mujeres en edad fértil, de las cuales se tomó en cuenta las características generales encontrando que el 44.3 % su primera relación sexual la tubo entre los 15 – 19 años, seguido de un 16.2 % que fue a los 20 – 29 años. (ver cuadro1)

El 41.2 % su primer hijo lo tuvieron entre 15 – 19 años, seguido de 23.7 % que fue a los 20 – 29 años. (ver gráfico 1)

Un 63.6% de las mujeres en edad fértil no sabe o no responden a ¿Qué significa Salud Reproductiva, un 17.3% refiere que es salud de la mujer, un 16.9 % la pareja debe planificar el número de hijos. (Ver Gráfico 2)

Dentro de los resultados obtenidos de la valoración de los conocimientos que tiene las MEF sobre la planificación Familiar se representa por 50.3 % que saben poco, un 45.4 % Sabe Bien y un 4.3 no sabe. (ver Gráfico 3)

Realizando cruces de variables como las características Generales, Nivel Socio económico, Comportamiento Sexual y Reproductivo, según la variable del conocimiento sobre P/F. Se encontró que en la edad 15 – 19 años que es el 24.1 % de la población un 53.8 % tiene buenos conocimientos, seguido de un 36.7 % que sabe poco, de 20 – 24 años que es el 18.4 % de la población, un 49.5 % sabe bien, luego un 47.4 % que sabe poco, de 25 -29 años es 15.5 % de la población un 54 % sabe poco, seguido de 43.5 % sabe bien, de 30 – 34 años un 59.5 % sabe poco y 38.5 % sabe bien, de 35 – 39 años el 59.3 % sabe poco y 38.3 % sabe bien.

El lugar de residencia el 51 % sabe bien, estas son mujeres del casco urbano representado por 55.8 % del total de la población, seguido del 47.2 % y el rural tiene 44.2% de la población y sabe poco el 54.3%, seguido de 38.2 % que sabe bien.

El Nivel educativo primaria tiene un 42.3 % de la población, de esta un 57.3 % sabe poco y un 37.7 % sabe bien, seguido de secundaria que tiene 32.1 % de la población con un 55.4 % que sabe bien y 43.1 % Sabe poco.



De acuerdo a la ocupación un 56.9% son amas de casa, de estos el 51.9% sabe poco y el 42.3 % sabe bien, comerciantes el 13.6 % de la población, el 51.1 % sabe poco y el 47 % sabe bien, Obrera no calificada es el 11.8% de la población, un 50.4 % sabe poco y un 46.2 % sabe bien, profesionales 7.1 % de la población, de este 63.7 % sabe bien y el 36.1 % sabe poco. (Ver Cuadro 2)

En el nivel socio económico. Encontramos un 50.1% de la población es pobre y sabe bien sobre métodos con 49 %, y el 48.9 % sabe poco, los muy pobres es el 42 % de la población de los cuales el 54 % sabe poco y el 38.4 % sabe bien, los no pobres es un 7.9 %, de este el 59.2 % sabe bien. (Ver Gráfico 4)

En el comportamiento sexual y reproductivo: estado civil, un 30.4 % de la población encuestada está acompañada, de este el 63.4 % sabe poco y el 33.7 % sabe bien, el 28.4 % de la población es casada, el cual 62.2 % sabe poco y 34.9 % sabe bien, el 14.7 % de la población está separada de este el 59.9 % sabe bien y el 38 % sabe poco.

En el número de compañeros sexuales el 54.7 % de las MEF tenían un compañero, del cual el 57.3 % sabe poco, y el 39.7 % sabe bien, los que no tenían compañeros es un 24.9 % dividiéndose en 62.4 que saben bien y el 28.5 sabe poco, las que tienen dos o más compañeros es un 20.4 %, el que el 58.2 % sabe poco y el 39.7 % sabe bien.

El número de hijos que tiene cada mujer de: 1 – 3 hijos (41.7 %), el 54.9 % tiene poco conocimiento y el 43 % saben bien, un 29 % no tienen hijos y tiene buenos conocimientos con un 61.4 %, seguido de un 30 % que sabe poco, el 18.9 % tiene de 4 – 6 hijos del cual un 65.9 % sabe poco y un 31.6 sabe bien.

Las mujeres que no están embarazadas son el 94.9 %, de este el 52.1 % sabe poco seguido de 43.6 % sabe bien; un 5.1 % está embarazada con un 78.1 sabe bien y un 16.8 sabe poco. (Ver Cuadro 3)



Al valorar si quiso quedar embarazada un 2.3 % quería, de estos el 77.5 sabía bien sobre métodos, seguido del 16 % que sabe poco; el 1.5 % no quería en absoluto, y sabía bien el 74.9 %, el 20.4 % sabe poco. (Ver Gráfico 5)

La valoración de la actitud ante el uso de los métodos fue:

Al relacionar el número de hijos que tiene cada mujer con la preferencia de fertilidad. El 56.1 % no tiene hijos y desea tener solamente un hijo, luego 37.9 % tiene 1 – 3 hijos y desea un hijo más siendo el 43.8 % de la población; De las que no quieren hijos y si tienen no desean más son el 35.3 % de la población, del cual el 49.1 % tiene 1 – 3 hijos, el 24.9 % tiene de 4 – 6 hijos; luego el 18 % de la población está esterilizada, 42.2 % tenían de 4 – 6 hijos, y el 38.8 % tenía de 1 – 3 hijos. (Ver Cuadro 4)

La mayoría de las mujeres manifestó que solo desean 2 hijos en un 40 %, luego las que desean 3 hijos con 22.8 %, seguido de 8.9 % que solo desean un hijo. (Ver Cuadro 5)

En la aprobación de los métodos se encuentra que el 90.2 % de las mujeres encuestadas aprueban; al igual que su esposo en un 47.6 % de las que tiene esposo o compañero. (Ver Cuadros 6, 7)

La intención de uso de los métodos un 45.9 % está usando actualmente, seguido del 37.9 % que lo utilizará después, el 11.5 % no lo ha intentado. (Ver Cuadro 8)

El método que prefieren usar el futuro, el 15.2 % prefiere inyectables, el 12.4 % Gestágenos orales, el 3.3 % esterilización femenina, el 2.9 % no sabe y el 2 % el DIU. (Ver Cuadro 9)

El 32.2 % la decisión del uso de anticonceptivos se realiza junto con el esposo o compañero, en el 24.7 % solamente lo decide la mujer y el 13.9 % no decide nadie. (Ver Gráfico 6)



Las mujeres encuestadas refieren razones para no usar métodos anticonceptivos en un 4% no está en unión, seguido de infertilidad con 2 %, al igual que la entrevistada se opone con el 2 %, el 1.6 % no sabe y el 1.3 % Menopausia / histerctomizada. (Ver Cuadro 10)

En las prácticas anticonceptivas tenemos que el 45.9 % de las mujeres usan un método, el más usado refieren esterilización femenina con 17.8 %, seguido del 10.3 % inyectables, 9.6 % gestágenos orales y un 3.2 % el DIU. (Ver Cuadro 11)

Del 53.3 % de mujeres que vieron o escucharon el mensaje de P/F, que hizo como resultado: el 32.9 % no hizo nada, el 5.4 % decidió esperar para casarse/formalizarse, el 2.3 % adoptó un método de planificación, y el 1.5 % transmitió el mensaje a otras personas. (Ver Cuadro 12)

Un 20.6 % ha comentado sobre la P/F con amigos, el 5.6 con el esposo/compañero, 5.3 % hermana, 3.2% con su hija, 3 % con otros parientes. (Ver Cuadro 13)



VIII. Discusión de resultados

Se evaluó un total de 13060 mujeres en edad fértil en el año 2001.

En todas las épocas ha existido preocupación por el control de la natalidad; de ahí los esfuerzos hechos por el hombre orientados a la búsqueda de métodos, que le permitan a la mujer pensar y vivir la maternidad como una opción y no como su destino.

La conferencia del Cairo permitió crear las condiciones indispensables a la mujer para tomar decisiones de manera responsable e informada sobre su propia reproducción y garantizó un enfoque integral y moderno sobre el tema. (4)

En Nicaragua, la tasa global de fecundidad fue de 3.7 hijos por mujer, siendo mayor en el medio rural, la pobreza también es un medio determinante de salud. (5)

Las características generales y socio económicas de la población estudiada, se observó que la mayoría de las mujeres son adolescentes de 15 – 19 años, la población nicaragüense se caracteriza por ser predominantemente joven, se observó que hay altos índices de pobreza, que se caracteriza por el desempleo, niveles bajos de educación, en un 75.1 % de la población ha tenido compañero sexual. Según el Informe de Desarrollo Humano en Nicaragua del año 2000 del PNUD, señala que la pobreza y el bajo nivel educativo están íntimamente ligados a los riesgos reproductivos, y en el caso de las mujeres, se suma la desigualdad derivada de su condición de género. Sus necesidades y bienestar están generalmente subordinados a las creencias, deseos y requerimientos de los hombres.



La historia sexual y reproductiva de la población estudiada reveló que la mayoría de las mujeres da inicio a su vida sexual entre 15 – 19 años (44.3 %) y a esta misma edad tuvo su primer hijo (41.2 %), aumentando las cifras de embarazos en adolescentes, y embarazos más frecuentes, poco espaciados, todo lo cual resulta en mayores riesgos siendo un factor de riesgo tanto para la madre como para el hijo, estos datos confirman la magnitud del problema en salud reproductiva que vive el país, similares a otros estudios ya realizados por diversos autores. (25)

En un 63.6 % no conoce que es salud reproductiva, lo que indica, que la población desconoce las opciones y los esfuerzos realizados, de promoción alrededor de esto, el 41.7% de las mujeres tienen de 1 – 3 hijos lo que influye en el crecimiento demográfico acelerado, afectando los planes de desarrollo socio económico del país. (2)

El nivel de conocimiento sobre los métodos de anticoncepción en la población estudiada es insuficiente, menos del 50 % tenían buenos conocimientos, lo cual se ha observado en otras poblaciones; esto difiere según algunas características; como la edad, donde el conocimiento sobre planificación familiar es mayor en las mujeres de 15 – 19 años y manteniéndose porcentajes bastante similares en la edad de 20 – 24 años, siendo menor en las edades de 45 – 49 años. Esto nos indica que los mensajes y los canales de comunicación son muy recientes y tiende a estar orientados a jóvenes sobre todo en área urbana.

En las mujeres de origen urbano el conocimiento resultó ser superior con respecto a las de origen rural, esto se debe a que en el campo existe menos acceso a la educación e información.

La escolaridad de las pacientes demostró ser un factor importante en el conocimiento de la anticoncepción, concluyendo que hay mayor conocimiento a mayor nivel educativo. Esto reviste mucha importancia para el personal de salud y ONGs que trabajan con poblaciones de bajo nivel educativo, a los cuales se debe dedicar más tiempo en la consejería y charlas educativas en salud, asegurándose que se use un lenguaje sencillo.



El estado civil de las mujeres entre solteras y separadas no es determinante en el nivel de conocimientos ya que ambos grupos obtienen datos similares, 62.4 % y 59.9 % respectivamente. Y entre las casadas y acompañadas son similares pero en menor porcentaje. En el número de compañeros predominan las que no tienen ningún compañero con mayor conocimiento sobre anticoncepción. La educación permite a las mujeres un mayor dominio de sus propias vidas y la posibilidad de modificar su posición como compañeras, esposas y madres. La escolaridad mejora los niveles de autoestima, incrementa las opciones de la mujer y le proporciona mayores habilidades en las tomas de decisiones, entre estas el recurrir a la atención profesional para velar por su salud.

Durante la encuesta se encontró que el 5.1 % de las mujeres estaban embarazadas de lo que su 78.1 % tenían buenos conocimientos, y al valorar si su embarazo fue deseado o no, se encontró que el 83 % no quería quedar embarazada, lo que es contradictorio por que presentan buenos conocimientos sobre planificación familiar. Esto se debe a que entre la educación, la información, y el comportamiento hay un enorme espacio, sumándole los mitos y tabúes que van contra el trata franco y abierto de la sexualidad, por ende de la anticoncepción.

Las actitudes de las mujeres determinada por la preferencia reproductiva, resultó ser regular ya que un 49.1 % de las mujeres no querían más hijos siendo de estas (41.7 %) de la población que tenían de 1 – 3 hijos; por lo que no se está satisfecho con estos resultados ya que pueden mejorar.

La probabilidad de que el hombre este expuesto a mensajes de radio y/o televisión es igual al de las mujeres, por lo que es semejante le probabilidad de aprobación de la planificación familiar; pero se debe tomar en cuenta que muchas esposas no conocen o perciben equivocadamente las actitudes de los esposos o compañeros hacia la anticoncepción. La mayor parte de las encuestadas refieren que la decisión del uso de métodos anticonceptivos, la realizan ella y el esposo o compañero, dándose así que la



comunicación de las parejas sobre los hijos y la Anticoncepción se encuentra estrechamente ligada al uso exitoso de los métodos.

Se preguntó a las mujeres que no están usando un método si tenían intenciones de usar alguno en el futuro, el 37.9 % respondió afirmativamente y el 16.2 % dice no tener intenciones de usar.

De las mujeres que respondieron afirmativamente los métodos más preferidos a usar son: Inyectables (15.2 %), anticonceptivos orales (12.4 %); las mujeres que respondieron no tener intenciones de usar un método, refieren razones como: no en unión (4 %), infertilidad (2%), se opone (2%), Menopáusica (1.3%), las reacciones etc.(1)

Se observó que las prácticas de las mujeres son acorde con el conocimiento, un 45.9 % de las encuestadas están usando algún método, distribuyéndose en 17.8 % esterilización femenina, el 10.3 % Inyectables, el 9.6 % anticonceptivos orales, y el DIU; Estos, al comparar con los métodos que desean usar en el futuro algunas mujeres, son semejantes, reflejando la limitada gama de anticonceptivos expuestos a la población.

La mayoría de las mujeres (53.3 %) afirman haber visto o escuchado los mensajes de planificación familiar en los medios en general; el impacto que genero estos mensajes es que el 5.4 % decidió cuidarse para evitar un embarazo, el 2.3 % adoptó un método, el 1.5 % transmite el mensaje, sien do prácticas adecuadas sobre planificación familiar, pero no satisfactorias; se pueden cambiar estos valores del 39.9 % que no hace nada.

La conversación sobre anticoncepción es importante para el uso de anticonceptivos, las mujeres que conversan sobre este tema, tiene mayor probabilidad de usar eficazmente los métodos, y tener menos hijos; el 20.6 % dicen haber discutido con sus amigos sobre el tema.

El acceso a la planificación familiar, a la consejería y a una amplia gama de métodos anticonceptivos, se dificulta en muchas ocasiones o es difícil de obtenerlo, debido a la existencia de múltiples barreras. Entre ellas las geográficas y sociales, que impiden tal



acceso a los grupos de la población; Las barreras socio culturales (desaprobación por motivos religiosos, ocupación, o dificultades de negociación con la pareja), así como los prejuicios (temor de efectos secundarios o la infidelidad conyugal).

En consecuencia la consejería en planificación familiar es un proceso de documentación de dos direcciones y se caracteriza por intercambio de información.
(15)

Algunas otras Barreras se relacionan con la poca importancia que el estado, departamentos, u otras entidades administrativas, que le dan a los programas de planificación familiar y de salud reproductiva en su agenda.

Otra barrera puede ser la incapacidad del estado para ofrecer servicios de P/F o hacer los extensibles a toda la población.



IX. Conclusiones

- Las Barreras sociales, culturales y económicas para acceder a la información y la práctica de la anticoncepción explican en gran medida, la escasa cultura y conducta preventiva, para reducir los embarazos no deseados.
- Los conocimientos que se adquieren por los medios generales no son suficientes para cambiar los comportamientos, es importante la afirmación constante y sobre todo el reforzamiento de los conocimientos con valores relativos a la Planificación Familiar.
- La población ha recibido poca información en los grupos de mujeres vulnerables, Ej. Las comunidades aisladas, donde no llegan o tienen poco influencia programas, por lo que no hay una actitud positiva y una práctica adecuada para el uso correcto de los métodos anticonceptivos.



X. Recomendación.

Al Ministerio de Salud y los Organismos que trabajan con el tema, que proporcionen información constante, permanente y calificada sobre Planificación Familiar y Salud Reproductiva, divulgándola a la población vulnerable para mejorar sus prácticas anticonceptivas, fortaleciendo los mensajes con acciones de mercadeo que influyan en la población en general, desde los distintos actores sociales, centros escolares, laborales, asociaciones políticas, culturales para eliminar las diversas barreras que dificultan la consejería, obtención, distribución de los métodos, y priorizar a las áreas más vulnerables de la población.



XI. Bibliografía

1. National research council, anticoncepción y reproducción, consecuencias para la salud de mujeres y niños en el modo en desarrollo.
2. Ministerio de Salud de Nicaragua. Normas de Planificación familiar, 2da. Ed. Nicaragua, 1997, Página No. 12 – 128.
3. *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Ottawa 21 de noviembre de 1986 dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000.*
4. Universidad virtual de salud de Cuba, <http://unirtual.sld.cu>, control de la natalidad: enfoque por diferentes épocas y culturas. 31 de mayo, Dr Gerardo Fernández Álvarez.
5. Ministerio de salud de Nicaragua. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Perfil de país: Nicaragua. Disponible en: <http://www.ops.org.ni> Perfil de país OPS-OMS- representación en Nicaragua.htm
6. Roger H. Brunign, Gregory J. Schraw y Royce R. Ronning. La memoria: Estructura y modelos. Traducción hecha con propósitos educativos por la Oficina de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la UMSS. Tomado del libro Cognitive Psychology and Istruction. Capítulo 3. New JerseyÑ Merrill (1995).
7. Thomas L. Good y Jere Brophy. Procesamiento, recuerdo y reestructuración de lo que se aprende. Psicología educativa contemporánea. Capítulo 8. Quinta edición McGraw Hill. Traducción 1995.
8. Patrick Jhon. Trainin research and practice. El aprendizaje y la adquisición de habilidades. Academic Press, 1999.
9. Leal Jiménez Antonio. El proceso de cambio de comportamientos en marketing social. Gerstión del Marketing social. Serie McGraw-Hill de Management. España. 2000.
10. Kretch, D., Cruchfields, S., y Ballachy, E.L Individual in society. MacGraw-Hill. Nueva York 1962.
11. Allport G.W. Attitudes. In a handbook of social psychology. C. Murchison; Págs789-844, Clark University Press, Worcester, Massachusetts. 1935.



12. Katz, I. The funcional approach to the study of attitudes. Public opinion Quarterly, 24. 1960. págs. 163-204.
13. Ministerio de Salud, Reglamento de la ley general de salud, edición 1 de Marzo 2004, Managua, Nicaragua.
14. Enriqueta Barranco Castillo. Planificación familiar y perspectivas de las mujeres.
15. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Facultad de ciencias Médicas, La consejería en planificación familiar / Josefina Bonilla, editores, UNAN, UNFPA—1ra edición.- Managua:"El amanecer,1995. 34 p. (serie monográfica sobre planificación familiar; No 5)
16. Ministerio de Salud, Manual de salud Reproductiva, Nicaragua 1996.
17. Obstetricia Schawarcz, Sala, Duverges, Control de la concepción, pág. 459-462. 5ª. Edición. Buenos Aires : El Ateneo, 1999
18. Aníbal Castañeda L. Anticoncepción, pág. 462-474 en: Jaime Botero U., Alfonso Jubiz H., Guillermo Henao, Obstetricia y Ginecología, 4ª. Edición, 1992
19. Ralph C. Benson, Manual de Ginecología y Obstetricia "Anticoncepción", pág. 679-694, 7ª. Edición. México: El Manual Moderno, 1985
20. Hatcher, Roberto A. et. al. , Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva: Baltimore, Facultad de Salud Publica, Universidad de Johns hopkins, Programa de información, 1999.
21. Ministerio de Salud, Nicaragua, Manual de Planificación familiar.
22. Ministerio de Salud Nicaragua. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Octubre – 2003. Documento para la Consulta Interna Pág. N° 2, 3, 4
23. Johns Hopkins. La Salud Reproductiva esta en tus manos. 111 Market Place Suite 310, Baltimore M. D. 21202, USA. E-mail: poprepts@jhuccp.org
24. The American Callege of obstetricians and Gynew Logists. Women's Hucelth. Cure physicans. Adolescentes. Uso de Anticonceptivo; Pág. 1 –3. Año 2001.
25. Oviedo, Javier E. Conocimientos, Aptitudes y Prácticas de la Población Adolescentes sobre Métodos de Planificación Familiar y del Personal de Salud Encargado de Ofertar Métodos de Planificación Familiar del Centro de Salud Fidel Ventura, Waslala – 2001. UNAN León. Pág. N° 9, 10, 11



26. The American College of Obstetricians and Gynecologist. Avance sobre el Suministro de Anticonceptivos de Emergencia. Volumen 102, N° 1 July 2003.
27. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, anticoncepción de emergencia/ editores: Oscar Flores, Álvaro Aviléz, Greta Solis, UNAN, FNUAP-.Imprimatur,1997. 20p.-1L.—(Series Monográficas Sobre planificación familiar, No 12 .
28. Instituto Nacional de estadísticas y Censos (INEC), MINSA y Programa DHS/ ORC, Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, ENDESA 2001.

Anexos

INEC	ENCUESTA NICARAGÜENSE DE DEMOGRAFÍA Y SALUD ENDESA 2001 CUESTIONARIO DE MUJERES	CONFIDENCIAL La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos
-------------	--	--

Preguntas:	Categorías:
I. Datos Generales	
1) Lugar de Residencia:	Urbana: _____. Rural : _____.
2) ¿Cuántos años Cumplidos tiene?	Edad en años Cumplidos / ____ / ____ /
3) ¿Cuál es el nivel educativo más alto que aprobó?	Primaria: _____. Secundaria: _____. Universidad: _____. Ninguno: _____.
4) ¿Actualmente Ud. está?	Soltera: _____. Casada: _____. Acompañada: _____. Viuda: _____. Divorciada: _____. Separados: _____.
5) ¿Cuál es su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace Ud. principalmente?	_____ _____
II. Nivel socio económico	

6) Tiene en su hogar:	Electricidad : ___ Si ___ No Radio ___ Si ___ No Televisión ___ Si ___ No Refrigerador ___ Si ___ No Bicicleta ___ Si ___ No Motocicleta ___ Si ___ No Carro ___ Si ___ No Teléfono ___ Si ___ No
III. Comportamiento Sexual y reproductivo de la mujer	
7) ¿Cuántos hijos en total ha tenido durante toda su vida?	/ ___ / ___ /
8) ¿Usted ha estado casada o a tenido compañero sólo una vez, o más de una vez? SI MÁS DE UNA VEZ, PREGUNTAR: ¿Cuántas veces?	Una vez..... Más de una vez..... Número de veces / ___ / ___ /
9) ¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual (Si ha tenido)?	Edad en años / ___ / ___ / Nunca: _____
10) ¿ Qué edad que tenía cuando nació su primer hijo?	Edad en años / ___ / ___ /
11) ¿Está usted embarazada actualmente?	Si..... No..... Sabe / No está segura.....
12) Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijos?	En ese momento..... Quería esperar..... No quería tener (Más) Hijos.....
IV. Conocimientos	
13) Cree Ud. que hay ciertos días, entre una regla y otra, en los que una mujer puede quedar embarazada más fácilmente, si tiene relaciones sexuales ¿cuáles son esos días:?	Justo antes que comience la menstruación.....Si.....No Durante la menstruación.....Si.....No Inmediatamente después de terminada la menstruación.....Si.....No En la mitad del ciclo menstrual.....Si.....No En cualquier momento.....Si.....No Otro: _____

<p>14) ¿Qué métodos conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esterilización femeninaSi.....No • Esterilización MasculinaSi.....No • PíldoraSi.....No • DIUSi.....No • Inyección anticonceptiva....Si.....No • Implantes o norplantSi.....No • Preservativo o condónSi.....No • Condón femeninoSi.....No • DiafragmaSi.....No • Espuma, jalea, óvulos (métodos vaginales)Si.....No • Método de amenorrea por lactancia (MELA)Si.....No • Abstinencia periódica, ritmo, calendario, BillingsSi.....No • RetiroSi.....No • Anticoncepción de emergenciaSi.....No • Otros métodosSi.....No
<p>15) ¿Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar? ¿Cuál es ese lugar?</p> <p>CIRCULE TODOS LOS MENCIONADOS</p>	<p>Sector público Hospital.....a Policlínica.....b Centro de salud.....c Puesto de salud/p. Médico.....d</p> <p>Sector comunitario Casa base..... e Agente comunitario..... f</p> <p>Sector privado Hospital privado..... h Clínica de pro familia..... i Clínica de ixchen..... j Clínica de si mujer..... k Clínica privada..... l Consultorio / médico privado..... m Farmacia.....n Empresa medica previsional..... o Promotora de pro familia..... p Promotora de ixchen..... q Promotora de si mujer..... r Promotora de ONG..... s promotora comunal..... t Partera u Otro: _____ x No sabe.....y</p>

<p>16) ¿Recuerda haber visto o escuchado algún mensaje sobre Planificación Familiar en los últimos seis meses?</p>	<p>Si..... No.....</p>
<p>17) ¿Dónde escuchó, vio o leyó estos mensajes? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE ¿En algún otro lugar?</p>	<p>Oyó en radio..... a Vio en televisión.....b Folletos/volantes/calcomanías.....c En poster o afiche..... d Rótulos en los buses.....e Teatro callejero..... f Evento (movilización comunitaria) g Alguien le hablo..... h Periódicos..... i Carteles/rótulos..... j Servicios de salud..... k Clínica planificación familiar..... l Clínica pro familia..... m En centro educativo..... n Parroquia u otra iglesia..... o Otro: _____ x No sabe/no responde..... z</p>
<p>18) ¿Qué significa para usted Salud Reproductiva para Ud.? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>La pareja debe planificar el número de hijos..... a Salud de la mujer..... c Salud de la mujer y el hombre..... d Decidir cuando casarse/unirse, tener hijos..... f No tener hijos muy joven..... g No casarse(unirse) muy joven..... h No tener hijos muy seguidos/ muchos hijos..... i Cuidarse para no tener hijos..... k Cuidarse de Infección Transmisión sexual... l Otro: _____ x No sabe/no responde..... z</p>
<p>V. Actitudes</p>	
<p>19) Para usar algún método, ¿Cuanto esperarías?</p>	<p>Después :a Insegura sobre su usob No lo ha intentadoc Usando actualmented Otros _____</p>

<p>20) ¿Qué método preferiría usar?</p>	<p>Esterilización femenina.....Si.....No Esterilización masculina.....Si.....No Píldora.....Si.....No Diu.....Si.....No Inyección.....Si.....No Implante o norplant.....Si.....No Condón.....Si.....No Condón femenino.....Si.....No Vaginales.....Si.....No Amenorrea por lactancia.....Si.....No Abstinencia periódica.....Si.....No Retiro.....Si.....No Otro: _____ Insegura.....Si.....No</p>
<p>21) ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?</p>	<p>Desea un hijo/otro más:----- Indecisa :----- No quiere hijos/no más:----- Esterilizada:----- Infértil:-----</p>
<p>22) ¿Esposo o compañero aprueba la P/F.?</p>	<p>Si:----- No:----- No sabe:-----</p>
<p>23) ¿Ud. aprueba la P/F.?</p>	<p>Si:----- No:----- No sabe:-----</p>
<p>24) ¿Cuántos hijos quieren tener?</p>	<p>Número: /____/____/ Otra Respuesta: _____</p>
<p>25) ¿Quién decide el uso de anticonceptivos?</p>	<p>Ella :----- El esposo:----- Ambos:----- Otra persona:----- Ella y otra persona:----- Nadie:-----</p>

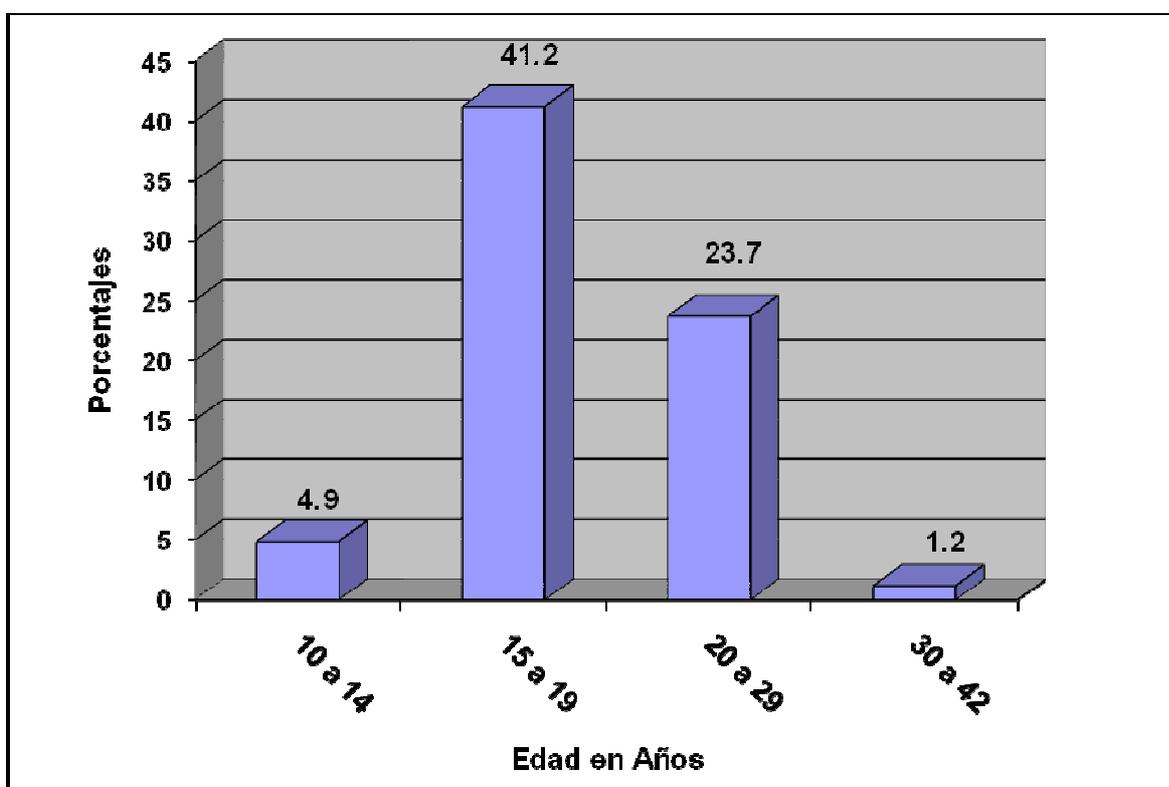
<p>26) ¿Cuál es la razón principal por la que Ud. no piensa usar ningún método en el futuro?</p>	<p>No en unión.....a Razones de fecundidad No tiene sexo/ o poco frecuente.....b Menopáusica/histerectomizada.....c Infertilidad mujer..... d Infertilidad hombre..... e Desea más hijos.....f Oposición a usar: Entrevistada se opone..... g Marido se opone.....h Otros se oponen.....i Prohibición religiosa..... J Falta de conocimiento: No conoce métodos.....k No sabe donde conseguirlo..... l Razones del método: Problemas de salud.....m Miedo efectos secundarios.....n Uso inconveniente.....o Interfiere con procesos cuerpo 54 Razones de acceso/costo Falta de acceso/demasiado Lejos.....p Muy costoso.....q Otra: _____r (especifique) No sabe.....s</p>
<p>VI. Prácticas</p>	
<p>27) ¿Qué método está Ud. usando Actualmente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esterilización femeninaSi.....No • Esterilización MasculinaSi.....No • PíldoraSi.....No • DiuSi.....No • Inyección anticonceptiva....Si.....No • Implantes o norplantSi.....No • Preservativo o condónSi.....No • Condón femeninoSi.....No • DiafragmaSi.....No • Espuma, jalea, óvulos (métodos vaginales)Si.....No • Método de amenorrea por lactancia (MELA)Si.....No • Abstinencia periódica, ritmo, calendario, BillingsSi.....No • RetiroSi.....No • Anticoncepción de emergenciaSi.....No • Otros métodosSi.....No

<p>28) ¿Qué hizo usted como resultado de haber escuchado o visto estos mensajes?</p> <p>INDAGUE: ¿Hizo algo más?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS</p>	<p>Decidió evitar relaciones sexuales..... A</p> <p>Decidió cuidarse para evitar Embarazo.....B</p> <p>Decidió espera para Casarse/formalizar..... C</p> <p>Decidió conversar con la pareja Sobre planificación Familiar/métodos..... D</p> <p>Decidió esperar antes de tener otro hijo..... E</p> <p>Visito hospital/centro/ Puesto de salud..... F</p> <p>Visito clínica planificación. Familiar..... G</p> <p>Visito clínica de pro familia..... H</p> <p>Busco información sobre P/F..... I</p> <p>Adopto un método de P/F..... J</p> <p>Hablo con la pareja sobre el tema..... K</p> <p>Otro: _____ X (especifique)</p> <p>No hizo nada..... Y</p> <p>No sabe/no responde..... Z</p>
<p>29) ¿Con quién ha comentado?</p> <p>MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>Esposo/compañero..... A</p> <p>Madre..... B</p> <p>Padre..... C</p> <p>Hermana(s)..... D</p> <p>Hermano(s)..... E</p> <p>Hija..... F</p> <p>Hijo..... G</p> <p>Suegra..... H</p> <p>Suegro..... I</p> <p>Novio..... J</p> <p>Amigas/vecinas..... K</p> <p>Amigos..... L</p> <p>Otra: _____ X</p>

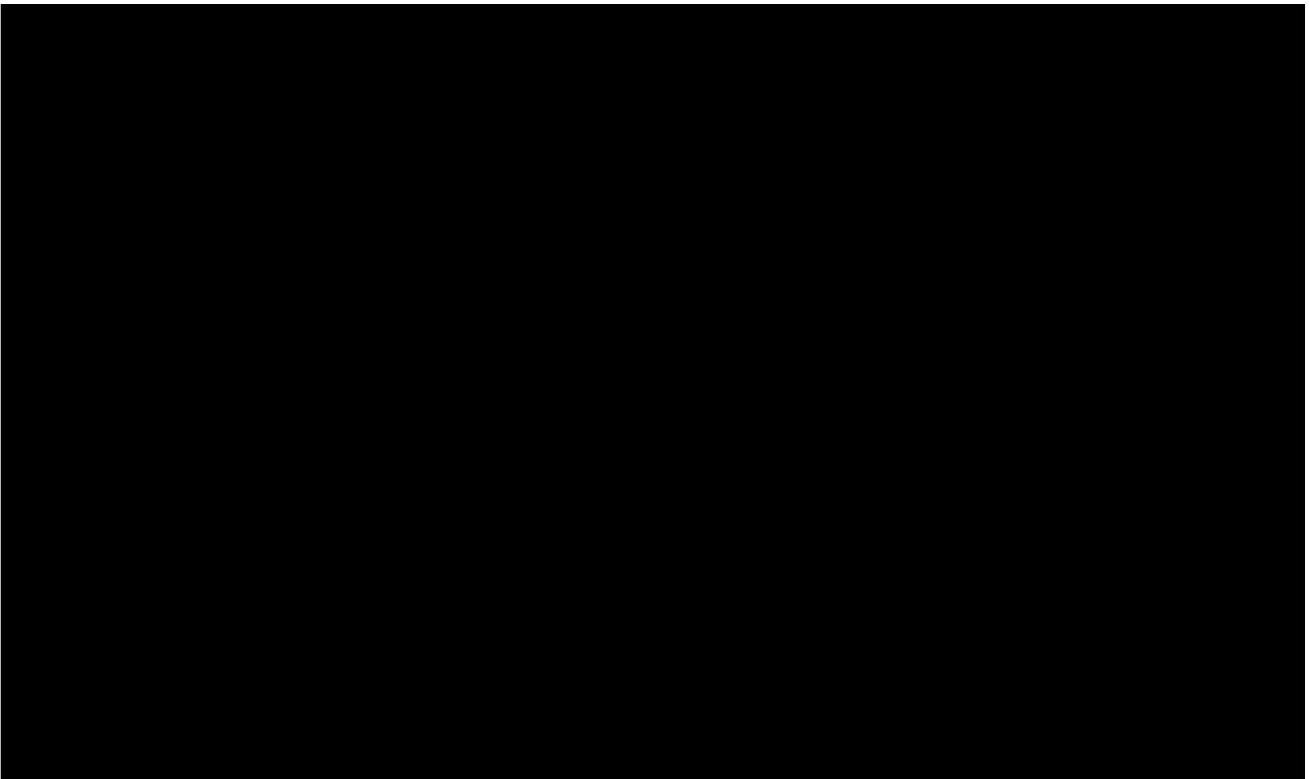
Cuadro 1. Comportamiento sexual de las MEF. Nicaragua 2001.

Edad de la Primera Relación Sexual	N°	%
8 – 14	1797	13.8
15 – 19	5791	44.3
20 – 29	2112	16.2
30 – 42	110	0.8
Sub Total	9810	75.1
Solteras	3250	24.9
Total	13060	100

Gráfico 1. Porcentaje de mujeres en edad fértil distribuidos por edad al primer nacimiento. Nicaragua 2001.

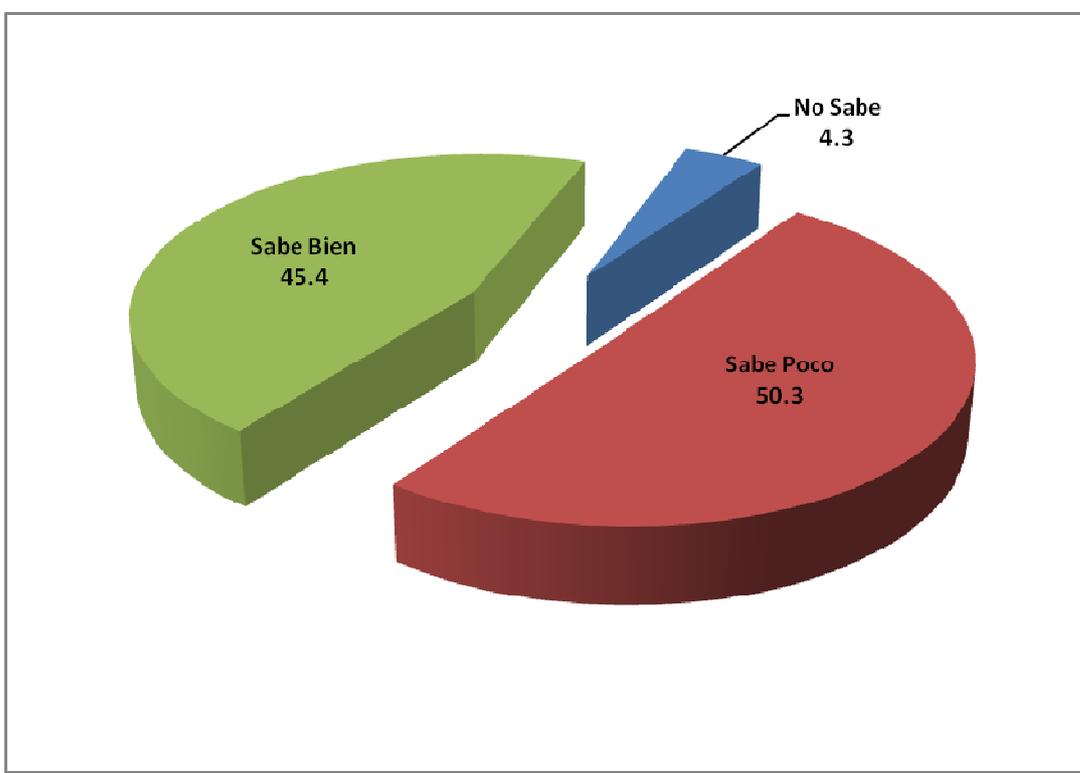


**Gráfico 2. Significado de Salud Reproductiva para las MEF. Nicaragua
2001**



Conocimientos

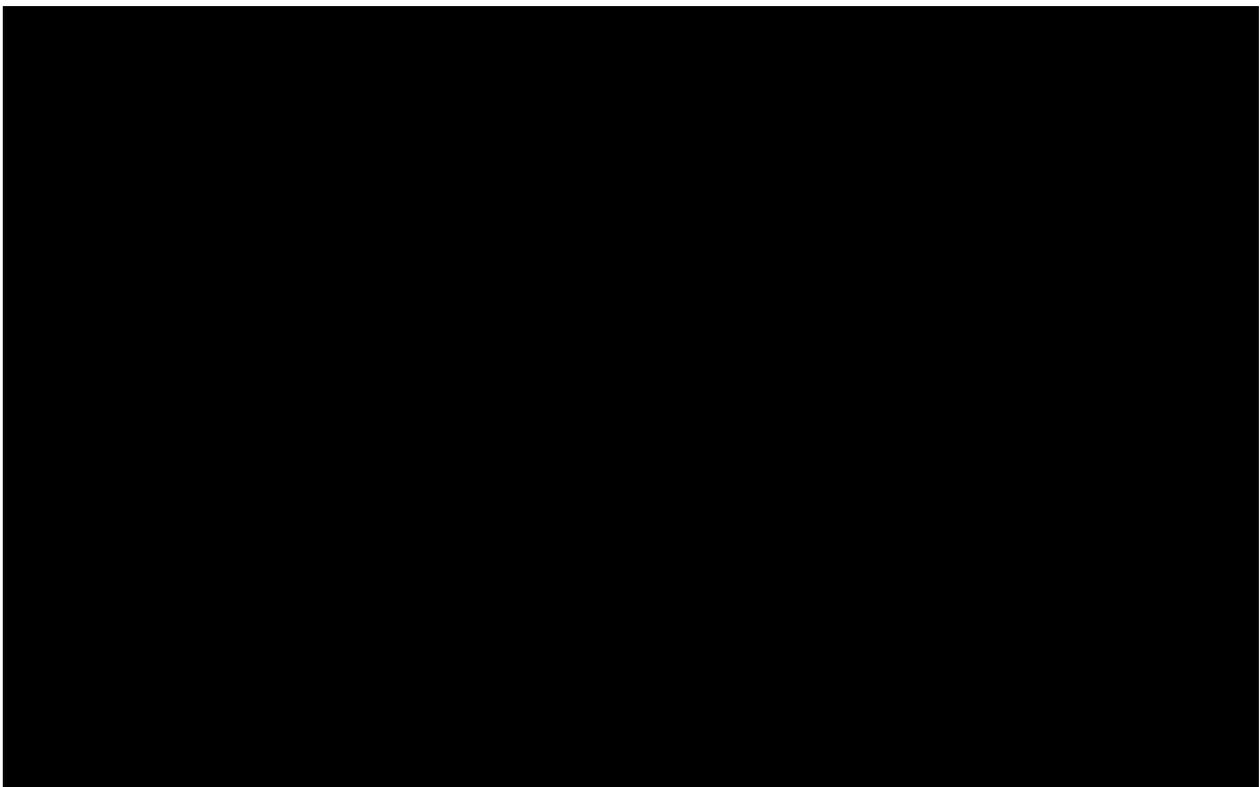
Gráfico 3. Nivel de conocimiento que tienen las mujeres en edad reproductiva. Nicaragua 2001



Cuadro 2. Características Generales por nivel de conocimientos en las MEF de Nicaragua 2001.

Variables	Población		Conocimiento					
			No Sabe		Sabe Poco		Sabe Bien	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Edad								
15 - 19	3146	24.1	299	9.5	1155	36.7	1692	53.8
20 – 24	2402	18.4	74	3.1	1138	47.4	1190	49.5
25 – 29	2021	15.5	51	2.5	1091	54.0	879	43.5
30 – 34	1650	12.6	33	2.0	982	59.5	635	38.5
35 – 39	1596	12.2	38	2.4	946	59.3	612	38.3
40 – 44	1217	9.3	41	3.4	717	58.9	459	37.7
45 – 49	1028	7.9	32	3.1	541	52.6	455	44.3
Residencia								
Urbano	7285	55.8	134	1.8	3436	47.2	3715	51.0
Rural	5775	44.2	434	7.5	3134	54.3	2207	38.2
Nivel Educativo								
Ninguno	2264	17.4	224	9.9	1293	57.1	747	33.0
Primaria	5523	42.3	277	5.0	3164	57.3	2082	37.7
Secundaria	4197	32.1	65	1.5	1807	43.1	2325	55.4
Universitaria	1076	8.2	2	0.2	306	28.4	768	71.4
Ocupación								
Ama de Casa	7432	56.9	430	5.8	3857	51.9	3145	42.3
Prof. /Tecn. /Adm.	929	7.1	2	0.2	335	36.1	592	63.7
Oficinista	301	2.3	1	0.3	114	37.9	186	61.8
Ventas y Servicios	1772	13.6	33	1.9	906	51.1	833	47
Trabaja en Agricultura	527	4.0	46	8.8	280	53.1	201	38.1
Manual Calificada	560	4.3	4	0.7	302	53.9	254	45.4
Manual no Calificada	1539	11.8	52	3.4	776	50.4	711	46.2
Total	13060	100	568	4.3	6570	50.3	5922	45.4

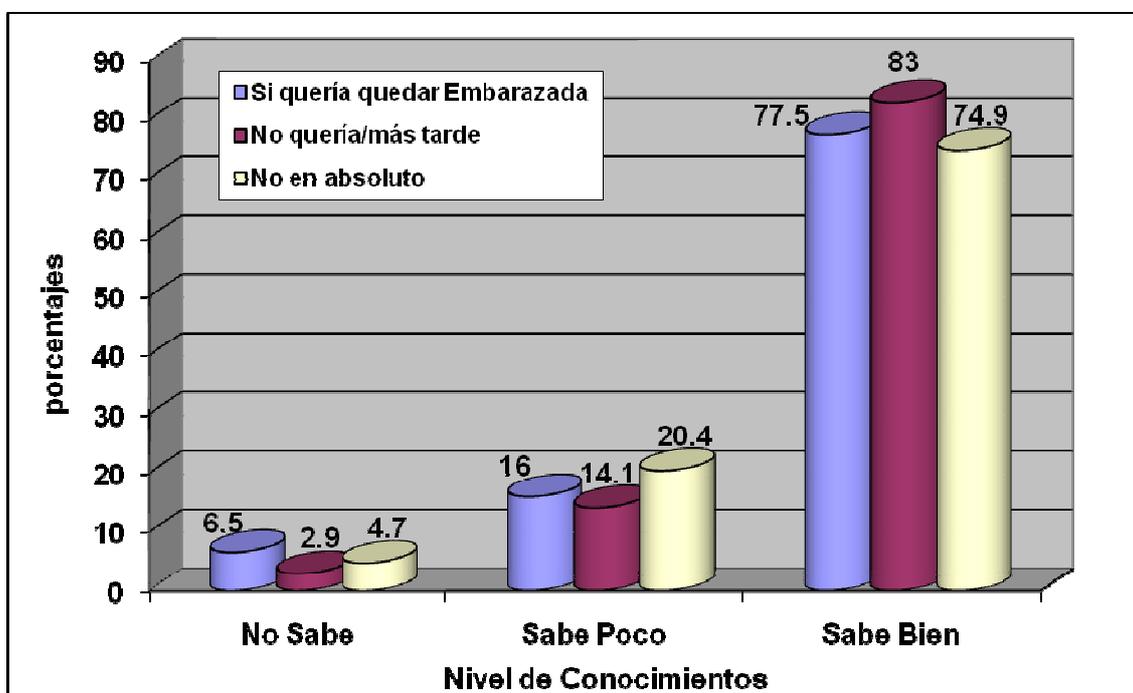
Gráfico 4. Tendencia a los conocimientos de planificación familiar que tienen las mujeres en edad fértil según nivel socioeconómico. Nicaragua 2001.



Cuadro 3. Comportamiento Sexual y Reproductivo de las MEF según nivel de conocimientos. Nicaragua 2001

Variables	Población		Conocimiento					
			No Sabe		Sabe Poco		Sabe Bien	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Estado Civil								
Soltera	3250	24.9	297	9.1	926	28.5	2027	62.4
Casada	3709	28.4	109	2.9	2306	62.2	1294	34.9
Acompañada	3969	30.4	117	2.9	2515	63.4	1337	33.7
Viuda	111	0.8	5	4.5	52	46.8	54	48.7
Divorciada	100	0.8	0	0.0	41	41.0	59	59.0
Separados	1921	14.7	40	2.1	730	38.0	1151	59.9
Número de Compañeros								
Ninguno	3250	24.9	297	9.1	926	28.5	2027	62.4
Uno	7145	54.7	215	3.0	4094	57.3	2836	39.7
Dos o Más	2665	20.4	56	2.1	1550	58.2	1059	39.7
Número de Hijos								
Ninguno	3785	29.0	326	8.6	1136	30.0	2323	61.4
1 – 3	5447	41.7	116	2.1	2989	54.9	2342	43.0
4 – 6	2463	18.9	62	2.5	1622	65.9	779	31.6
7 – 18	1365	10.4	64	4.7	823	60.3	478	35.0
Embarazada Actualmente								
No está/No sabe	12393	94.9	534	4.3	6458	52.1	5401	43.6
Si está	667	5.1	34	5.1	112	16.8	521	78.1
Total	13060	100	568	4.3	6570	50.3	5922	45.4

Grafico 5. Nivel de conocimientos que tienen las mujeres en edad fértil según Comportamiento Reproductivo. Nicaragua 2001.



ACTITUDES

Cuadro 4. Distribución porcentual del número de Hijos según las preferencias reproductivas. Nicaragua 2001.

# de Hijos	Preferencia Reproductiva									
	Desea un hijo/uno más		Indecisa		No quiere hijos/no Más		Esterilizada		Infértil	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0	3208	56.1	103	61.0	401	8.7	5	0.2	68	32.2
1 – 3	2165	37.9	43	25.4	2266	49.1	910	38.8	63	29.9
4 – 6	264	4.6	10	5.9	1150	24.9	992	42.2	47	22.3
7 – 18	79	1.4	13	7.7	799	17.3	441	18.8	33	15.6
Total	5716	43.8	169	1.3	4616	35.3	2348	18.0	211	1.6

**Cuadro 5. Porcentaje del número ideal de hijos que desean las MEF.
Nicaragua 2001.**

Número ideal de Hijos	N°	%
0	182	1.4
1	1162	8.9
2	5229	40.0
3	2983	22.8
4	1558	12.0
5	463	3.6
6 a Más	983	7.5
No responde numéricamente: Los que Dios mande/Muchos/No contesta.	500	3.8
Total	13060	100

Cuadro 6. Porcentaje de aprobación de los métodos anticonceptivos por las MEF. Nicaragua 2001.

Aprobación	N°	%
Desaprueba	522	4.0
Aprueba	11776	90.2
No Sabe	762	5.8
Total	13060	100

Cuadro 7. Porcentaje de aprobación de los métodos anticonceptivos por el compañero o esposo de las MEF. Nicaragua 2001.

Aprobación	N°	%
Desaprueba	805	6.2
Aprueba	6215	47.6
No Sabe	658	5.0
Sub Total	7678	58.8
Soltera/Viuda/Divorciada/Separada	5382	41.2
Total	13060	100

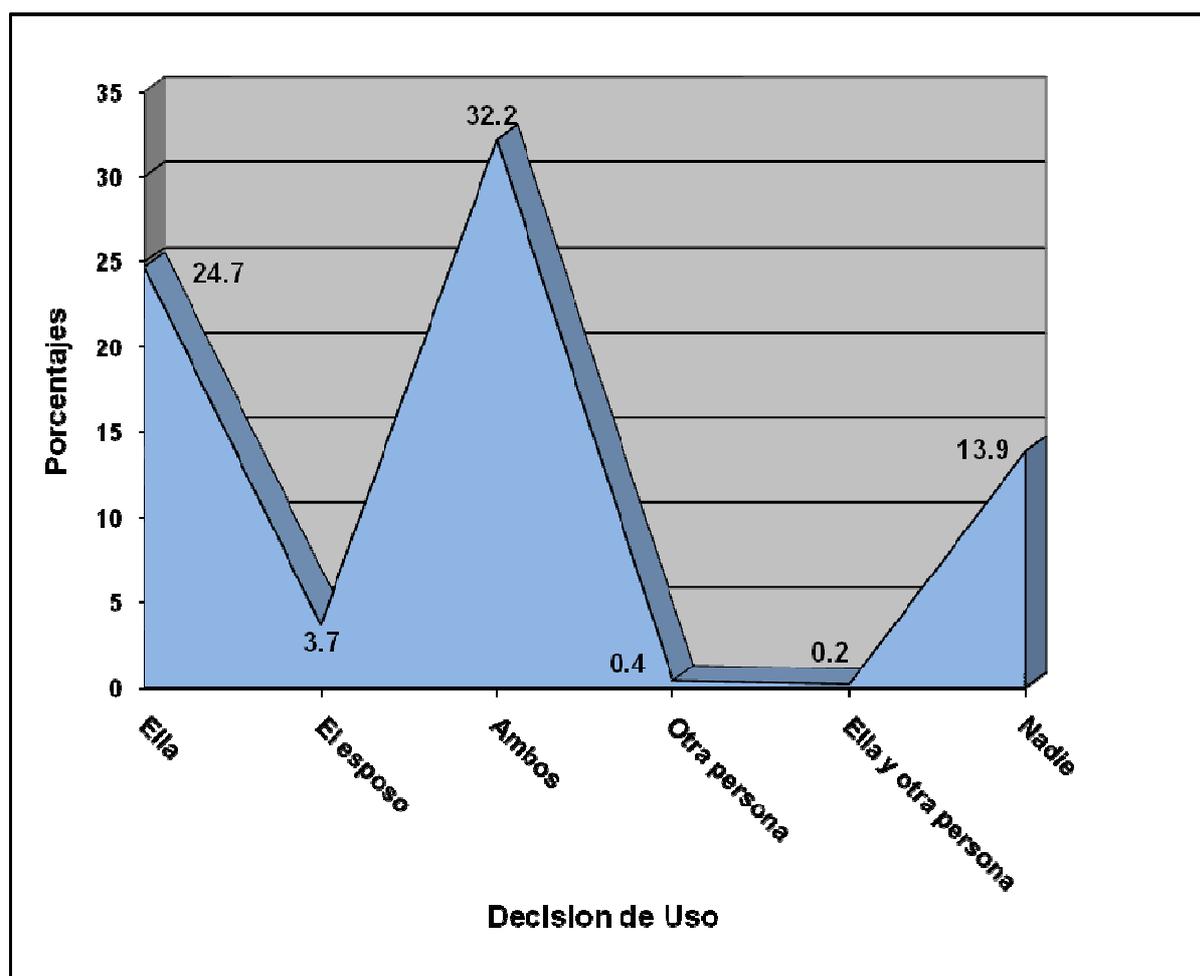
Cuadro 8. Porcentaje de las mujeres en edad Reproductiva según intención de uso de los métodos. Nicaragua 2001.

Intención de Uso de los Métodos	N°	%
Después	4952	37.9
Insegura sobre su Uso	614	4.7
No lo ha intentado	1499	11.5
Usando Actualmente	5995	45.9
Total	13060	100

Cuadro 9. Porcentaje de mujeres según preferencia hacia el uso de métodos en el futuro. Nicaragua 2001.

Método que preferirá Usar en el Futuro	N°	%
Gestágenos Orales	1628	12.4
DIU	257	2.0
Inyección	1984	15.2
Condón Masculino	159	1.2
Esterilización Femenina	435	3.3
Esterilización Masculina	7	0.1
Abstinencia Periódica	48	0.4
Coito Interruptus	13	0.1
Norplant	17	0.1
Otros	25	0.2
No Sabe	379	2.9
Sub Total	4952	37.9
No Piensan Usar	2113	16.2
Usando Actualmente	5995	45.9
Total	13060	100

Gráfico 6. Distribución porcentual según decisión de uso de anticonceptivos. Nicaragua 2001.



Cuadro 10. Porcentaje de mujeres que no usan métodos anticonceptivos distribuidos por razones de no utilización. Nicaragua 2001.

Razón Principal	N°	%
No en unión	523	4.0
Razones de fecundidad:		
No tiene sexo/ o poco frecuente.	121	0.9
Menopáusica / histerectomizada.	176	1.3
Infertilidad mujer	255	2.0
Infertilidad hombre	21	0.2
Desea más hijos	136	1.0
Oposición a usar:		
Entrevistada se opone	259	2.0
Marido se opone	63	0.5
Prohibición religiosa	103	0.8
Falta de conocimiento:		
No conoce métodos	46	0.4
Razones del método:		
Problemas de salud	71	0.5
Miedo efectos secundarios	80	0.6
Razones de acceso:		
Falta de acceso/demasiado lejos	13	0.1
Otras	38	0.3
No sabe	208	1.6
Sub Total (no piensa usar)	2113	16.2
Usando o usará en el futuro	10947	83.8
Total	13060	100

PRACTICAS

Cuadro 11. Porcentaje de uso método anticonceptivo por las MEF. Nicaragua 2001.

Métodos Anticonceptivos	N°	%
Gestágenos Orales	1250	9.6
DIU	420	3.2
Inyectables	1351	10.3
Condón Masculino	251	1.9
Esterilización Femenina	2319	17.8
Abstinencia periódica	129	1.0
Coito interruptus (Retiro)	85	0.7
Otros	33	0.2
MELA	157	1.2
Subtotal (usando actualmente)	5995	45.9
No está Usando	7065	54.1
Total	13060	100

Cuadro 12. Distribución porcentual según la respuesta de las MEF después de haber visto o escuchado algún mensaje de P/F. Nicaragua 2001.

	N°	%
Si	6961	53.3
No	6099	46.7
Total	13060	100

Impacto del mensaje	N°	%
Decidió evitar relaciones sexuales	118	0.9
Decidió cuidarse para evitar embarazo	710	5.4
Decidió espera para casarse/formalizar	146	1.1
Decidió conversar con la pareja Sobre Planificación Familiar/métodos	189	1.4
Decidió esperar antes de tener otro hijo	109	0.8
Visitó hospital/centro/puesto de salud	79	0.6
Visitó clínica Planificación Familiar	23	0.2
Visitó clínica de Profamilia	8	0.1
Buscó información sobre P/F	112	0.9
Adoptó un método de P/F	298	2.3
Habló con la pareja sobre el tema	187	1.4
Transmite el mensaje a otras personas	192	1.5
Otras Respuestas.	10	0.1
No hizo nada	4291	32.9
No sabe/no responde	148	1.1

Cuadro 13. Porcentaje de MEF que ha comentado sobre la utilización de métodos anticonceptivos con alguna persona. Nicaragua 2001.

¿Con quién ha comentado?	N°	%
Esposo/Compañero	727	5.6
Madre	370	2.8
Padre	31	0.2
Hermana(s)	688	5.3
Hermano(s)	66	0.5
Hija	415	3.2
Hijo	94	0.7
Suegra	48	0.4
Novio	55	0.4
Amigas/vecinas	346	2.6
Amigos	2694	20.6
Otros parientes	392	3.0
Otros	227	1.7