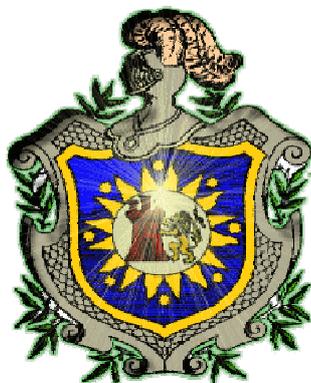


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TÉSIS MONOGRÁFICA
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO**

TEMA

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación familiar en mujeres en edad fértil del área rural de La Cruz de Río Grande, Región Autónoma Atlántico Sur de Julio-Diciembre 2006.

AUTORES

Br. Yesenia José Arriola Picado.
Br. Nohemí de los santos Matamoros Díaz.

TUTOR

Dr. Juan Almendárez Peralta
Master en Salud Pública
Docente del Dpto. de Medicina Preventiva

Bluefields, Nicaragua 2007

¡A la libertad por la universidad!

INDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>Págs.</u>
Introducción.....	7
Planteamiento del problema.....	10
Justificación.....	11
Objetivos.....	13
Marco Teórico.....	14
Material y Método.....	49
Operacionalización y Conceptualización de las variables.....	55
Resultados.....	58
Análisis y Discusión.....	64
Conclusiones.....	67
Recomendaciones.....	68
Bibliografía.....	69
Anexos.....	72

DEDICATORIA

Dedico a Dios todo poderoso por haberme dado fortaleza para llevar a cabo mi meta.

A mis padres, Francisco José Arriola y Fulgencia Dolores Picado por ser mis mayores ejemplos de perseverancia y sacrificio para alcanzar lo deseado.

A Elba Guevara mi segunda madre, mis tíos Aura Lillieth y Bayardo Guevara, a mis primas y primos por darme todo su amor y cariño.

A mis hermanas, por estar siempre conmigo inculcándome valores de fe, esperanza y su apoyo en todo momento.

Con especial cariño a Oscar Stiven por brindarme tiempo y comprensión.

A mis mejores amigos por estar a mi lado siempre, compartiendo alegrías y tristezas: Nohemí Matamoros, Ing. José León Pastora, Juan Carlos Varela, Natalia Cortes, Javi, Dra. Selva.

Yesenia José Arriola Picado.

DEDICATORIA

Por encima de todo a Nuestro Padre Celestial por haberme dado la vida, la sabiduría y el entendimiento para culminar una de mis más grandes metas.

A mis padres Emiliano Matamoros y Mercedes Díaz de Matamoros por ser mi más fiel ejemplo de lucha, por creer siempre en mí.

A mis hermanos, quienes siempre me han apoyado incondicionalmente a pesar de todas las dificultades.

Con cariño al Dr. Javier José Somarriba Murguía por haber llegado a mi vida en el momento más oportuno.

A mis mejores amigos: Yesenia José Arriola Picado, Nelson López Castro, Karla Patricia Membreño Martínez y Juan Carlos Varela Centeno por estar conmigo en los momentos de luz y oscuridad.

Nohemí de los Santos Matamoros Díaz.

AGRADECIMIENTO

Con admiración y respeto a nuestro tutor Dr. Juan Almendárez Peralta por el tiempo y apoyo que nos brindo en la elaboración de esta tesis.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN León por habernos albergado y darnos la oportunidad de estar en sus prestigiosas aulas de clase.

A todos los trabajadores del Centro de Salud Ausberto Gutiérrez del Municipio de La Cruz de Río Grande en especial al Dr. Lenin Acosta y Dra. Ivette Selva Gómez por su apoyo en la elaboración de este trabajo.

A las mujeres del área rural del municipio de La Cruz de Río Grande por su gran aporte para la culminación de esta Tesis.

A todas aquellas personas que contribuyeron de alguna manera en la realización de este nuestro gran sueño.

Yesenia José Arriola Picado.
Nohemí de los Santos Matamoros Díaz.

RESUMEN

Autores: Br. Yessenia José Arriola Picado.

Br. Nohemí de los Santos Matamoros Díaz.

Tema: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Planificación Familiar en mujeres en edad fértil del área rural de La Cruz de Río Grande-RAAS de Julio-Diciembre 2006.

Este estudio tenía como finalidad evaluar los conocimientos, actitudes y practicas sobre los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de La Cruz de Río Grande-RAAS de Julio-Diciembre 2006.

Se basó en el método descriptivo de corte transversal: A través de una encuesta realizada a las mujeres en edad fértil que nos permitió valorar los conocimientos y la frecuencia en el uso de los métodos anticonceptivos, en total se encuestaron 345 mujeres del área rural del Municipio, cuya muestra se obtuvo a través de una selección al azar del total de mujeres del área rural en edad fértil.

En este estudio se encontró que la falta de conocimiento, el poco acceso, los mitos sobre la planificación, la religión, son las principales causas por las cuales disminuye la frecuencia del uso de los métodos de planificación familiar.

Si bien las mujeres saben donde obtener el método, el no existir carretera y un medio de transporte, entre otras causas contribuyen a la poca frecuencia en el uso de los métodos de planificación.

Acudiendo las Brigadas médicas móviles más frecuentemente a las comunidades, mejorar el nivel de educación, las propagandas por los medios de comunicación, haciendo la planificación un asunto de pareja es las manera de aumentar la práctica de la planificación.

INTRODUCCION

A nivel mundial y específicamente en países en vías de desarrollo, el grupo de población más susceptible para sufrir enfermedad o muerte es la materno-infantil.

Nicaragua es uno de los países en vías de desarrollo que ha experimentado en décadas anteriores un crecimiento poblacional de 3.3% anual con una población de mujeres de 15 años que constituyen el 50.6%. (1)

La fecundidad en las adolescentes va en aumento, Nicaragua registra en la actualidad la tasa más elevada en Centro América. (2)

En los países en vía de desarrollo merece especial atención por eso la planificación familiar como una estrategia de salud pública y como un derecho humano en general, ya que también los nacimientos no espaciados, el embarazo en las adolescentes, los embarazos no deseados y los embarazos en las mujeres de edad avanzada son causas aún de altas tasas de morbi-mortalidad materna y morbi-mortalidad infantil.

La planificación familiar permite a la pareja decidir por si misma el número de hijos e hijas que van a tener así como el momento oportuno para tenerlos. (3)

El ejercicio de la planificación familiar requiere entonces que las personas tengan oportunidad para reflexionar adecuadamente sobre el significado de los hijos, sobre sus necesidades y los efectos que tiene la llegada de un nuevo ser para la madre y el padre, para los otros hijos e hijas si los hay y para la comunidad en general.

De igual forma el libre ejercicio de planificación familiar requiere que las personas y las parejas tengan la oportunidad de conocer todos los métodos existentes y puedan entonces seleccionar el

que mejor se ajuste a sus valores, preferencias, a su salud a su edad y sus circunstancias de pareja. (4)

Nicaragua tiene la décima tasa más alta de nacimientos para mujeres adolescentes a nivel mundial con 135 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años. Las cifras de Guatemala y El Salvador son 111 y 87 por 1,000 respectivamente que los coloca también entre los 25 países con tasas más altas. (5)

El Municipio de La Cruz de Río Grande (LCRG) corresponde a la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS) y esta al norte aproximadamente unos 370 Km. de la ciudad de Bluefields, 410 Km. de la ciudad de Managua, Capital de la República de Nicaragua.

Sus Límites territoriales son:

Al norte: Municipio de Prinzapolka

Al sur: Municipio El Tortuguero

Al este: Municipio de La Desembocadura del Río Grande

Al oeste: El Municipio de Paiwas y Siuna.

El Municipio de LCRG fue fundado en 1982 y cuenta con una población estimada de 16,582 habitantes distribuidas por grupo etáreo de la siguiente manera:

0 año: 694

1 año: 654

01-04 años: 2,461

02-04 años: 1,807

00-05 años: 3,723

01-05 años: 3,030

06-09 años: 2,158

05-10 años: 3,243

05-12 años: 4,253

10-14 años: 2,438

10-19 años: 4,261

00-14 años: 8,319

15 más años: 8,263

Mujeres 10-14 años: 593

M.E.F. (15-49 años): 3,563

Nac. Vivos Esperados: 743

Partos Esperados: 727

Embarazos Esperados: 807

Estas cifras se incrementan en las áreas rurales, nuestro estudio pretende identificar los principales factores para el no uso de métodos anticonceptivo en las mujeres de edad fértil del área rural Municipio La Cruz de Río Grande. (6)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la planificación familiar en mujeres en edad fértil del área rural de LCRG en el periodo Julio-Diciembre 2006?

¿Qué aspecto pueden estar limitando la planificación familiar en las mujeres en edad fértil del área rural del LCRG en el periodo Julio-Diciembre 2006?

JUSTIFICACIÓN

En Nicaragua debido a sus altas tasas de natalidad y las condiciones de vidas propias de un país en vías de desarrollo, la Planificación familiar se observa como una de las alternativas para mejorar la calidad de vida de las familias Nicaragüenses. Se tiene conocimiento que las mujeres del área rural en nuestro país inician sus vidas sexuales más tempranamente, tienen más embarazos, periodos ínter-genésicos más cortos, con lo cual la tasa de mortalidad materno-infantil aumenta sobre todo en la Región del Atlántico Sur, en cuya Región el Municipio de LCRG presentó la tasa más alta de mortalidad materna con ocho muertes reportadas en el año 2006.

El Ministerio de Salud (MINSA) ha implementado diferentes estrategias para promover la Planificación Familiar, pero se han realizado muy pocos estudios para ver cuales son las principales causas del no uso de los Métodos anticonceptivos propias de las diferentes regiones, las cuales no solo se diferencian de forma geográfica, climática, económica entre otras cosas, sino que también se diferencian en cultura, raza, accesibilidad entre otras diferencias.

Por tales razones por medio de este trabajo pretendemos mejorar nuestros conocimientos, los de los encargados del programa de AIMNA del Centro de Salud Ausberto Gutiérrez (Centro de Salud que atiende la población de LCRG) y el MINSA en general sobre los factores que influyen en el no uso de métodos de planificación familiar en las Mujeres de edad fértil del área rural de LCRG y de esta manera establecer acciones específicas en esta área y en este grupo para que puedan llevar una vida sexual segura y satisfactoria teniendo la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir al respecto, planeando cuando y con que frecuencia tener sus hijos.

Pretendemos con este estudio identificar cuales son las limitaciones sociales, demográficas, culturales, económicas y educacionales que se presentan para no usar los métodos de anticoncepción y dar soluciones mediante la sensibilización de la población y participación de los sectores gubernamentales y no gubernamentales, realizando campañas y capacitaciones a las

mujeres en edad fértil y a la población en general para mejorar el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, aclarar dudas y mitos sobre estos.

Además este estudio esta dirigido a realizar estrategias a nivel regional enfocando las limitaciones socio-demográficas, culturales, educacionales y económicas que impiden el no uso de los métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil del Municipio de LCRG.

OBJETIVOS

Evaluar los conocimientos, prácticas y actitudes sobre planificación familiar en las mujeres en edad fértil del área rural de La Cruz de Río Grande, Región Autónoma atlántico Sur de Julio-Diciembre 2006 de forma global y específica según:

a.1- Las características socio-demográficas.

a.2- Las limitaciones percibidas de Planificación familiar que tenga la pareja.

MARCO TEORICO

Existen muchos factores que tienen repercusión en el comportamiento sexual y reproductivo del ser humano entre ellos se destacan la familia, la comunidad y los programas de planificación familiar en donde se prestan servicios. (4)

Las personas en general cuando toman decisiones con respecto a su fecundidad tocan una parte muy compleja y delicada de sus vidas. Estas decisiones sobre conducta sexual y reproductiva tienen impacto sobre la vida personal y familiar a corto y largo plazo. Además involucra consideraciones biomédicas, culturales, socio-económicas y éticas. (4)

La Conferencia Internacional sobre la población y Desarrollo celebrada en 1994 en el Cairo, Egipto, fue un hecho saliente desde la perspectiva de que, por primera vez, el concepto de salud y derechos reproductivos se definió con claridad. Fue también la primera vez que inquietudes como la igualdad y equidad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer se reconocieron como componentes esenciales de los derechos reproductivos. Por primera vez se articularon las conexiones entre la población, el crecimiento económico constante y el desarrollo sostenible. (7)

Salud reproductiva implica que las personas puedan llevar una vida sexual segura y satisfactoria y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir al respecto, cuándo y con que frecuencia. (7)

En esta última condición queda el derecho de la mujer y el hombre adquirir información y tener acceso a métodos aceptables de planificación familiar que ellos prefieran, que sean seguros, eficaces y a precios razonables. En forma similar, los derechos reproductivos se apoyan en el reconocimiento de que todas las parejas tienen el derecho esencial de decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos que desean, el espaciamiento entre ellos y el momento en que llegan, a tener información y los medios para poder hacerlo, y el derecho de obtener el nivel más alto de salud reproductiva y sexual. (7)

Edad:

El riesgo de salud de la madre y del hijo se incrementa cuando: el embarazo es precoz, en mujeres menores de 18 años, si la mujer ha tenido múltiples embarazos antes de llegar a los 20 años de edad y el embarazo en una mujer mayor de 35 años. (8)

Consecuentemente, el embarazo es más seguro durante el lapso de tiempo que se extiende de los 18 años a los 35 años de edad, madres menores de 18 años, debemos recordar que la inmadurez de los órganos internos como el útero, vagina, etc. y la inestabilidad psíquica de la joven hacen que el embarazo y el parto sean mal llevados y termine muchas veces en cesárea. (9)

La mayor parte de los estudios realizados en América latina, evidencian un alto riesgo de pérdida del feto y de mortalidad peri natal en los embarazos de adolescentes seguidos por riesgos menores del embarazo entre mujeres de 20 a 29 años ó de 20 a 34 años de edad y el regreso subsecuente a embarazo de alto riesgo durante las etapas tardías del ciclo fértil. (8)

Procedencia:

En casi todos los países las mujeres de zonas urbanas tienen más probabilidad de usar anticonceptivos que las mujeres de zonas rurales. (9)

La falta de acceso a servicios de planificación familiar es la razón importante de las diferencias de ambas zonas, la mujer rural tiene menos probabilidades de conocer una fuente de planificación familiar, por lo consiguiente cuanto más lejos viva la mujer de la fuente menos probabilidad tendrá de conocerla. (11,10, 9)

Los embarazos de alto riesgo están estrechamente asociados con patrones tradicionales de formación de la familia que aún prevalecen en algunos países de América latina. En las zonas

rurales y en los barrios pobres específicamente la maternidad se inicia temprano usualmente en mujeres menores de 20 años y continúa hasta casi el final de su ciclo reproductivo. (12)

Estado civil:

La edad al momento del matrimonio es una variable demográfica que puede jugar un rol significativo en la reducción en general de la fecundidad. Asumiendo que la actividad sexual femenina se limita principalmente al matrimonio el casarse tardíamente acorta la duración de la edad reproductiva efectivamente de la mujer de manera que es probable que ella tenga menos hijos.

La tasa de crecimiento de la población también disminuye por el aumento de edad promedio de iniciar la fecundidad, que viene a alargar la cantidad de tiempo requerido para que la población duplique su tamaño. (8, 12,13)

Educación:

En la mayoría de los países, cuanto más educada es una mujer hay mas probabilidad de que use anticonceptivos. También se encontró que cuando el marido tiene buena educación, la disponibilidad de que la pareja practique la anticoncepción es mayor independientemente de la educación de la mujer. (4,13)

Mujeres que necesitan los servicios de planificación familiar:

En general el registro de embarazo no planificado aumenta con el número de hijos vivos y esta inversamente relacionado al nivel de instrucción y al estatus socio-económico. Cerca de un tercio de las mujeres rurales con tres o más hijos corren el riesgo de embarazos no planificados. (4, 8,12)

Además cerca de seis de cada diez mujeres que necesitan los servicios de planificación familiar viven en hogares de bajo nivel socio-económico, tienen tres o más hijos vivos y son menores de 30 años de edad.

El deseo de usar la anticoncepción es más alto entre mujeres urbanas, las mujeres con hogares de nivel socio-económico medio y las mujeres con alguna instrucción formal, si las mujeres son jóvenes o tienen un nivel de educación bajo, es más probable que se encuentren en unión libre y no formalmente casadas. (4, 8, 12)

Edad de inicio de relación sexual:

En América latina los adolescentes tienen relaciones sexuales por primera vez a una edad aproximada de 17 años en el caso de las mujeres y de 15 años en los varones. A los 19 años más del 90% de los varones y del 45 al 50% de las mujeres han tenido relaciones sexuales. (14)

Derechos reproductivos:

El primero de los derechos reproductivos de las mujeres es que puedan elegir libremente si quiere procrear o no, cuando, con quien y con que intervalo. Este derecho lleva implícito el derecho a información sobre la fecundidad y la planificación familiar y acceso a métodos seguros, eficaces, y aceptables. También los derechos reproductivos incluyen de manera muy importante el derecho a la salud reproductiva entendida como el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos.

Acceso a información:

El poder informarse sobre su cuerpo, la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, los medios de contracepción, la legislación de sus países y otros temas más, es clave para que las mujeres puedan alcanzar el ejercicio de sus derechos.

Según datos oficiales de El Salvador, la mayoría de las jóvenes entrevistadas en 1998 contaban con información sobre estos temas, especialmente en áreas urbanas. Sin embargo, la información con que contaban era bastante limitada. Por ejemplo, solamente el 40% de las menores de 20 años tuvieron conocimientos sobre riesgo reproductivo y el espacio ínter genésico, cifra que solamente subió a 59% entre las mayores de 35 años.

Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva:

Tres tipos de factores se combinan para obstaculizar el acceso de las mujeres centroamericanas a estos servicios: la limitada oferta; su baja calidad y condiciones que limitan o hacen retardar la búsqueda de atención. Como resultado, un alto porcentaje de las mujeres no se atienden en los servicios oficiales aún en cuestiones tan elementales como el control pre-natal, el parto o el control post-parto. En el Salvador el 42% de los partos no se atienden en los hospitales y este porcentaje sube a 57% en las áreas rurales. En Guatemala, el 59% de las mujeres da a luz en su casa con la asistencia de una partera tradicional, amiga o pariente, lo cual no necesariamente es negativo pero demuestra el limitado alcance de los servicios formales y la baja confianza que la población les tiene.

En Nicaragua el financiamiento del sistema de salud público, para el 2003 fue solo de \$22 por persona, mientras en Guatemala fue aún menor, alcanzando como promedio en los últimos años menos de \$15 por año. Desde estos montos magros, el financiamiento para programas que atienden las necesidades específicas de las mujeres es poquísimo.

Sobre todos estos factores, impacta la pobreza. Por un lado está la pobreza de la mujer y de su familia que les hace muy difícil pagar la atención médica o los medicamentos o imposibilidad conseguir transporte rápido a centros de salud. Por otro lado esta la pobreza general de las zonas rurales, desprovistas de servicios, alejadas de los centros de atención y con infraestructura de transporte totalmente inadecuado para situaciones de emergencia.

Otros factores incluyen:

El nivel de educación y lugar de residencia.

- **Creencias y actitudes culturales.**
- **Pobreza.**
- **Trabas burocráticas.**
- **Actitudes de las personas prestando servicios.**

Como resultado de este conjunto de factores, hay un gran porcentaje de mujeres que no usan anticonceptivos. En Guatemala, solamente 60% de las mujeres casadas o con pareja usan algún tipo de método anticonceptivo, y el porcentaje es mucho menor entre mujeres indígenas. Desde Honduras y Nicaragua, se reporto que las mujeres que menos usan anticonceptivos.

El censo Nicaragüense de 2001 informo que el 27% de las mujeres entre 15 y 19 años o estaban embarazadas o ya habían parido más de un hijo(a) mientras en que las que no tenían educación el porcentaje fue el doble. (5, 15)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS FEMENINOS

1.1 Métodos Femeninos Anticonceptivos Temporales

A)- MÉTODOS NATURALES

Definición: La Organización Mundial de la salud los ha definido como: “métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las fases fértil e infértil del ciclo menstrual de la mujer; esta implícito en esta definición que no se utilizan fármacos, ni dispositivos, ni procedimientos quirúrgicos para evitar la concepción, que existe abstinencia del acto sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual y que el acto sexual, cuando ocurre, es completo”.

Se les llama también métodos de autoconocimiento debido a que para su utilización es indispensable que las usuarias conozcan perfectamente su cuerpo y no tengan aprensión a tocar sus genitales, conozcan los cambios periódicos que ocurren en su sistema reproductor desde la época de la aparición de su primera menstruación hasta la desaparición de las misma y reconozcan los signos y síntomas que indican cuando los espermatozoides pueden penetrar fácilmente en el tracto genital femenino y cuando ocurre la ovulación.

Por otra parte los hombres deberán ser conscientes de su capacidad de producir espermatozoides a partir de la pubertad por el resto de su vida.

El personal de salud deberá comprender los mecanismos que rigen el ciclo reproductivo tanto del hombre como de la mujer y reconocer los signos y síntomas que marcan cada una de sus etapas.

Estos métodos son llamados también métodos de abstinencia periódica porque es necesario abstenerse de relaciones sexuales coitales los días potencialmente fértiles de la mujer si se desea evitar un embarazo o, por el contrario, propiciar dichas relaciones esos días si se desea un embarazo.

Tipos

- 1) Método del ritmo/calendario o método de Ogino-Knaus.
- 2) Método de temperatura corporal basal o método térmico.
- 3) Método de moco cervical o de Billings.
- 4) Método de la palpación cervical.
- 5) Método sitotérmico.

Efectividad Anticonceptiva:

Teórica: 90 %

Real: 80 %, bajo condiciones óptimas, interpretando bien cuales son los días en que se puede quedar embarazada.

Indicaciones:

- Parejas que desean evitar embarazos y están de acuerdo en usar el método.
- Parejas que asumen el riesgo sabiendo que este método es menos efectivo que otros.
- Parejas que tienen creencias religiosas o morales que no les permiten usar otros métodos.

Contraindicaciones:

- ☞ Riesgo productivo elevado con peligro para la vida de la paciente
- ☞ Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación, exceptuando el método del ritmo que puede indicarse en mujeres con ciclos irregulares, como se señalara al explicar dicho método.
- ☞ Dificultad de la mujer para reconocer las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.

- ☞ En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.
- ☞ Mujeres con más de un compañero sexual.
- ☞ Posparto, posaborto y en madres lactantes
- ☞ Perimenopausia.
- ☞ Premenarca.
- ☞ Enfermedades que alteran el moco cervical, tales como infecciones cervicovaginales y todos los procesos febriles que modifican la temperatura corporal.

Ventajas:

- ☞ No tienen efectos adversos en la salud de la mujer ni del hombre.
- ☞ Algunos no tienen ningún costo económico y otros lo tienen muy bajo.
- ☞ Promueven en mujeres y hombres el conocimiento de sus cuerpos y de sus funciones.
- ☞ Propician en mujeres y hombres el control directo de su capacidad reproductiva.
- ☞ Favorecen un mayor acercamiento y entendimiento en las parejas al compartir la responsabilidad de la procreación.
- ☞ Permiten a las personas que lo deseen vivir en armonía con la naturaleza; de una manera ecologista, con énfasis en una vida saludable sin uso de ninguna tecnología.

Desventajas:

- ☞ Son menos eficaces que los otros métodos disponibles.
- ☞ Se necesita un cierto grado de alfabetización y educación formal.
- ☞ Requieren un tiempo prolongado de entrenamiento y supervisión para ponerlos en práctica.
- ☞ Hay muchos factores que pueden alterar el ritmo normal de los ciclos menstruales.
- ☞ Necesitan especial interpretación en situaciones especiales como:
 - después del parto y durante el amamantamiento.
 - en la premenopausia.

- después de dejar la píldora.

Lineamientos específicos para la prescripción:

- ☞ Un nivel de instrucción en la usuaria que le permita comprender y reconocer las características de su menstruación para la aplicación correcta del método, para lo cual se requiere una conserjería especial y mantener una estrecha relación entre el personal prestador del servicio de planificación familiar y la pareja usuaria.

MÉTODOS DEL RITMO, DEL CALENDARIO O DE OGINO-KNAUS

Este método se basa en el cálculo del periódico fértil de la mujer observando la duración de sus ciclos menstruales.

Base Fisiológica:

- ☞ La ovulación se produce de 16 a 12 días antes de la iniciación de la menstruación siguiente.
- ☞ Sobre la base de la duración de los ciclos anteriores se calcula el momento de la menstruación siguiente y contando retrospectivamente desde esa fecha se determina el momento aproximado de la ovulación, a lo que hay que agregar un margen que cubra el tiempo de vida del espermatozoide y del óvulo.
- ☞ El resultado final es un grupo de días en los que puede haber concepción si hay contacto sexual.
- ☞ Los días antes y después de ese grupo probablemente serán infértiles.

Cálculo del periodo fértil en ciclos 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 de 8vo día hasta el día numero 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 1er día de la menstruación siguiente, se encuentra en la fase infértil y existen pocas probabilidades de que se produzca un embarazo al tener relaciones.

Metodología para el cálculo del periodo 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 mas corto.
- ☞ Identificar el ciclo menstrual mas 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.

De esta manera se reconoce el período fértil durante el cual la pareja usuaria no debe tener relaciones sexuales si desea evitar un embarazo.

Ventajas:

- ☞ Las ya mencionadas en las generales.
- ☞ No tiene costo económico.
- ☞ Favorece en mujeres y hombres el conocimiento del ciclo menstrual.

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 ambientales que pueden alterar el ritmo normal de los ciclos menstruales.
- ☞ Es inseguro en mujeres con ciclos 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 periodo en espera) pueden dar fecundación defectuosa.

Efectividad:

- ☞ De un 53% hasta un 85.6%.

MÉTODO DE TEMPERATURA CORPORAL BASAL O MÉTODO TÉRMICO.

Este método identifica el periodo de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante un ciclo menstrual. La elevación de la temperatura indica que la mujer ha ovulado.

La temperatura corporal basal es la más baja que alcanza el organismo en una persona de buena salud, cuya medición se debe efectuar todas las mañanas, en la misma situación, por la misma vía, después de al menos 6 horas de sueños continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal.

Base Fisiológica:

- ☞ Cambio de temperatura del cuerpo que se produce poco después de la ovulación relacionada con la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo.
- ☞ El aumento es de 2 a 5 décimas y permanece en ese nivel alto hasta la siguiente menstruación.
- ☞ El período infértil posovulatorio del ciclo comienza tres días después de observarse el alza de temperatura.

Metodología:

- ☞ Debe tomarse la temperatura a partir del quinto día del ciclo por la mañana, antes de levantarse de la cama y luego de un periodo de reposo.
- ☞ Es necesario ir anotando los registros de temperatura en una hoja de papel adecuada, e ir trazando una curva para poder observar los cambios con claridad.
- ☞ En los días después de la menstruación se registran temperaturas bajas y estas vuelven a subir a partir de la ovulación.
- ☞ Hay que tener una abstinencia de 72 horas como mínimo, a partir del día en que se detecta el aumento de la temperatura, si se desea evitar un embarazo.

Ventajas:

- ☞ Las ya mencionadas en las generales.
- ☞ Favorece en mujeres y hombres el conocimiento sobre la fisiología de la ovulación.
- ☞ Propicia en las mujeres el reconocimiento en su cuerpo de los signos y síntomas de la ovulación.
- ☞ El costo económico es bajo.

Desventajas:

- ☞ Requiere de un período de orientación de varios meses en manejo del método.
- ☞ Existe dificultad en la interpretación de algunas curvas térmicas.
- ☞ La identificación real de la ovulación es retrospectiva.
- ☞ Es necesario un estilo de vida que asegure un mínimo de 6 horas de sueño nocturno.
- ☞ Es necesaria una buena salud física general que evite las fiebres parasitarias, no ovulatorias.
- ☞ Requiere de un termómetro y de saberlo leer.
- ☞ Exige un mayor cuidado de interpretación en las siguientes situaciones especiales:
 - después del parto y durante el amamantamiento
 - en la premenopausia
 - después de dejar la píldora.

Efectividad:

- ☞ Hay pocos estudios sobre su efectividad; los que existen informan que la misma alcanza del 77.9 al 99%.

MÉTODO DEL MOCO CERVICAL O DE BILLINGS

Este método reconoce los períodos pre y post-ovulatorios por medio de la observación, interpretación y sensaciones vaginales y vulvares que producen los cambios en la calidad y cantidad del moco cervical.

Base fisiología:

- ☞ En el ciclo corriente de unos 28 días, durante los días inmediatamente posteriores a la menstruación, bajo la influencia del estrógeno, el moco cervical forma un tapón grueso y viscoso que ocluye el cuello del útero y hace que la vulva se note seca al tacto.
- ☞ Durante el tiempo de la ovulación, por efecto de la progesterona, el moco cambia a una sustancia más líquida, muy lubricante y elástica que puede estirarse hasta 6 cms, que fluye muy abundante y hace que la vulva se note húmeda al tacto.
- ☞ Al utilizar este método hay que asumir que se puede haber ovulado desde dos días antes de la aparición de estos signos y que se continuara siendo fértil hasta 4 días después del último día de moco abundante y resbaloso.

Ventajas:

- ☞ Las ya mencionadas en las generales de los métodos naturales.
- ☞ Favorece en mujeres y hombres el conocimiento sobre la fisiología de la ovulación.
- ☞ Propicia en las mujeres la apropiación de su cuerpo y el reconocimiento en el mismo de los signos y síntomas de la ovulación.
- ☞ No tiene ningún costo económico.

Desventajas:

- ☞ Requiere de un período de orientación y supervisión de varios meses en el manejo del método.
- ☞ La identificación real del día de la ovulación es retrospectiva.
- ☞ Presenta dificultades para las mujeres que no quieran manipular sus genitales ni observar sus secreciones.
- ☞ Es indispensable una buena salud vaginal ajena a las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.

- ☞ Existen muchas condiciones en las cuales las características del moco cervical pueden variar como son el uso de duchas vaginales, las infecciones vaginales, las espumas, jaleas, lubricantes, óvulos, la presencia de semen y estimulación sexual.

Efectividad:

- ☞ Se encuentra en la literatura una enorme variedad en las tasas de efectividad de este método.
- ☞ Se informa sobre una efectividad del 84.6% cuando hay violación consciente de las normas; del 94% por la aplicación incorrecta de las instrucciones y por falla del método.

MÉTODO DE LA PALPACIÓN CERVICAL

Este método identifica los días fértiles al detectar cambios en la consistencia y posición del cuello del útero por medio de la palpación que la mujer realiza por ella misma.

Base Fisiológica:

- ☞ Durante la fase infértil el cuello del útero es firme al tacto, o sea que tiene consistencia de cartílago 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 del útero se vuelve blando, el orificio se abre y esta más alto en la pelvis.

Metodología:

- ☞ La palpación del cuello del útero se hace mejor si la mujer esta erguida con el pie izquierdo sobre un taburete o una silla (el pie derecho si es zurda)

- ☞ Se insertara el dedo medio de la mano derecha en la vagina y se palpara el cuello del útero y el orificio externo del mismo.
- ☞ Una vez que la mujer ha palpado el cuello del útero todos los días durante un ciclo podrá distinguir fácilmente entre firme y blando.
- ☞ Debe evitarse el acto sexual coital desde que empiezan los cambios en el cuello del útero y se reanudaran las relaciones cuando el cuello vuelve a estar firme y cerrado.

Ventajas:

- ☞ Las ya mencionadas en las ventajas generales.
- ☞ Favorece en las mujeres el conocimiento de su cuerpo y el reconocimiento en el mismo de los signos y síntomas de la ovulación.
- ☞ No tiene ningún costo económico.
- ☞ Puede ser de gran ayuda durante la lactancia o la premenopausia cuando los cambios en la temperatura y en el moco cervical son difíciles de interpretar.
- ☞ Puede ser utilizado por mujeres ciegas, que desean cerciorarse por ellas mismas, independientemente de ayuda externa.

Desventajas:

- ☞ No se ha realizado ningún estudio para comprobar la certidumbre y consistencia de estos cambios, correlacionándolos con los niveles de hormonas en sangre.
- ☞ Presenta dificultad para las personas que no quieran manipular sus genitales.

Efectividad:

- ☞ No se encuentran datos en la literatura.

Método Sitotérmico:

Este método consiste en la determinación de la fase fértil de la mujer mediante la observación de una combinación de señales.

En principio es una combinación del método del moco cervical y del método de la temperatura corporal basal.

Ventajas:

- ☞ Las ya mencionadas en general y para cada uno de los dos métodos involucrados.
- ☞ Proporciona un doble control.

Desventajas:

- ☞ Las ya mencionadas en general y para cada uno de los dos métodos involucrados.

Efectividad:

- ☞ Diferentes estudios muestran un amplio rango desde 81.7% hasta 92.8.

B) MÉTODOS FEMENINOS DE BARRERA

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que evitan el paso del espermatozoide hacia el cuello del útero, de manera física o química.

Clasificación de los métodos de barreras femeninos físicos:

- ☞ Diagrama

- ☞ Capuchón cervical
- ☞ Condón femenino

Químicos o espermicidas:

- ☞ Cremas
- ☞ Tabletas
- ☞ Esponjas
- ☞ Películas
- ☞ Jaleas
- ☞ Óvulos

Efectividad anticonceptiva:

Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva de un 75% a un 95%.

Ventajas:

- ☞ Contribuyen a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, el VIH y el SIDA.
- ☞ Son controladas por las usuarias.
- ☞ Refuerza la autonomía de la mujer en su vida reproductiva.

C) MÉTODOS MECÁNICOS

Dispositivo Intrauterino:

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que colocan dentro de la cavidad uterina.

Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una T de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre y tienen además hilos guía para su localización y extracción. Actualmente las unidades del MINSA cuentan con las T de cobre 380 y 380 A en presentación individual con su insertor.

Efectividad anticonceptiva:

Este método brinda del 97 al 98% de protección anticonceptiva.

Indicaciones:

- ☞ Mujeres en edad fértil con vida sexual activa que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad.
- ☞ Mujeres que no deseen el uso de otros métodos anticonceptivos en las siguientes circunstancias:
 - ☞ En el intervalo intergenésico
 - ☞ En el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia
 - ☞ En el posaborto
- ☞ Mujeres que tengan contraindicaciones en el uso de anticonceptivos hormonales.

Contraindicaciones absolutas:

- ♣ Embarazo o sospecha de embarazo
- ♣ Útero de histerometría menor a 6 cms.

- ♣ Patología que deforme la cavidad uterina.
- ♣ Carcinoma del cèrvix o del cuerpo uterino.
- ♣ Enfermedad inflamatoria pélvica activa
- ♣ Carioamnionitis o infección puerperal activa
- ♣ Endometritis
- ♣ Alteraciones anatómicas congénitas del cuerpo y del cèrvix uterino
- ♣ Hemorragias genitales de etiología desconocida
- ♣ Alteraciones en la coagulación del la sangre
- ♣ Citología de cèrvix alto riesgo
- ♣ Infección Cèrvico vaginal

Contraindicaciones relativas:

- ♣ Nulíparas
- ♣ Retroversión uterina fija grado 3
- ♣ Practicas sexuales de riesgo
- ♣ Dismenorrea severa
- ♣ Anemia grave
- ♣ Valvulopatía cardiaca con riesgo de endocarditis bacteriana
- ♣ Expulsión previa
- ♣ Antecedentes de embarazo ectópico
- ♣ Hiperplasia endometrial
- ♣ Ruptura prematura de membranas
- ♣ Trabajo de parto prolongado

D) MÉTODOS HORMONALES FEMENINOS

Definición: Son sustancias o combinaciones de sustancias esteroideas (estrógenos y/o progestágenos), cuya administración o aplicación por diferentes vías evitan el embarazo.

Clasificación:

HORMONALES ORALES

- ♣ Combinados
- ♣ Solo progestágenos

HORMONALES INYECTABLES INTRAMUSCULARES

- ♣ Mensuales
- ♣ Trimestrales

HORMONALES IMPLANTES SUBDÉRMICOS

- ♣ No biodegradables (NORPLANT)
- ♣ Biodegradables

OTROS HORMONALES

- ♣ Hormonales vaginales
- ♣ Hormonales transdèrmicos (ST-1435)
- ♣ Hormonales dispositivos intrauterinos (DIU)

MÉTODOS HORMONALES ORALES

Definición: Utilizan una sustancia o combinación de sustancias esteroideas (estrógenos y/o progestágenos) que, administrados por vía 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.

HORMONALES ORALES COMBINADOS

- ♣ Contienen una combinación de estrógenos y progestagenos.

Tipos:

- ♣ Dosis altas: con dosificaciones de etinilestradiol mayor o igual a 50 microgramos asociados con progestágenos de primera generación en dosis altas mayores o igual a 500 microgramos. No disponibles en unidades de salud del MINSA.
- ♣ Dosis media: con dosificaciones de etinilestradiol de 50 microgramos asociados con progestágenos de segunda generación de 500 y 250 microgramos. Ejemplo: Neogynon y Eugynon (según clasificación moderna presentada en el manual de salud reproductora del MINSA).
- ♣ Dosis baja: Con dosificaciones de etinilestradiol de 35 microgramos asociados con progestágenos de primera generación de 1000 microgramos y con progestagenos de tercera generación de 250 microgramos; no disponibles en las unidades de salud del MINSA.

Ventajas:

- ♣ Son muy eficaces, fáciles de usar, reversibles, su uso es independiente del coito y da mayor tranquilidad a la usuaria al eliminar el riesgo del embarazo haciendo que disfruten

más las relaciones sexuales; son seguros, ya que se reportan pocas complicaciones y riesgo 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 más lentamente, en unos dos o tres meses.
- ♣ No protege contra las enfermedades de transmisión sexual y el HIV / SIDA.

Efectos beneficios no anticonceptivos:

- ♣ Reduce o alivia los dolores menstruales (dismenorrea)
- ♣ Mejora la tensión premenstrual
- ♣ El sangrado menstrual disminuye en cantidad y en el número de días
- ♣ Protege contra la enfermedad inflamatoria pélvica ya que el espesamiento del moco cervical impide la penetración de las bacterias.
- ♣ Reduce la incidencia de quistes funcionales del ovario
- ♣ Reduce la incidencia de enfermedades benignas de la mama al 50%
- ♣ Reducen la incidencia del cáncer de ovario y endometrial
- ♣ Reducen el riesgo de embarazo ectópico
- ♣ Pueden mejorar los desordenes sebáceos (acné, piel grasosa)
- ♣ No hay dolor ovulatorio
- ♣ Mejora la endometritis
- ♣ Menos enfermedades de las tiroides (en investigación)
- ♣ Menos incidencia de úlceras duodenales (en investigación)
- ♣ Protege contra la anemia producida por el sangrado menstrual excesivo.

Indicaciones

- ♣ Mujeres jóvenes y adolescentes sexualmente activas
- ♣ Parejas que desean espaciar los embarazos (intervalo ínter genésico)
- ♣ Mujeres nulípara
- ♣ Mujeres no lactantes en el periodo de posparto o poscesárea comenzando de inmediato
- ♣ Parejas que desean un método reversible a corto o largo plazo
- ♣ Mujeres en el período posaborto inmediato
- ♣ Mujeres con períodos menstruales dolorosos y abundantes
- ♣ Mujeres con quistes de ovario funcionales
- ♣ Mujeres en las que esta contraindicado el DIU

Contraindicaciones absolutas (No usarlos):

- ♣ Embarazo
- ♣ Enfermedad circulatoria pasada y presente como: enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular,
- ♣ Insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquemia, hipertensión arterial esencial severa, enfermedad valvular cardiaca
- ♣ Tener o haber tenido cáncer mamario, o de ovario
- ♣ Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- ♣ Enfermedad hepática aguda o crónica activa (insuficiencia hepática, adenoma hepático)
- ♣ Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes
- ♣ Tabaquismo excesivo, consumo mayor de 20 cigarrillos por día
- ♣ Sangrado no diagnosticado del tracto genital
- ♣ Diabetes mellitus no controlada
- ♣ Condiciones donde hay alto riesgo de trombosis (perfil lipídico aterogénico, anormalidad conocida en la coagulación o fibrinólisis)
- ♣ Migraña, jaqueca (focal severa)
- ♣ Alergia a los anticonceptivos hormonales (reportados pocos casos)

- ♣ Corea
- ♣ Síndrome urémico hemolítico
- ♣ Discracias sanguíneas
- ♣ Adenoma de la hipófisis con hiperprolactinemia
- ♣ Enfermedad trofoblástica reciente hasta que se hagan negativas las gonadotropinas coriónicas en sangre o en orina.

Contraindicaciones relativas (valorar riesgo / beneficio y vigilar):

- ♣ Hábito de fumar, tabaquismo moderado (menor a 20 cigarrillos)
- ♣ Hipertensión arterial leve o controlada
- ♣ Edad avanzada, mayor de 35 años, sobre todo si se combina con hábito de fumar
- ♣ Obesidad (50% mas del peso ideal)
- ♣ Lactancia materna, durante los primeros seis meses
- ♣ Hiperprolactinemia
- ♣ Oligomenorrea
- ♣ Depresión severa
- ♣ Enfermedades sistémicas crónicas: (enfermedad de Crohn, síndrome de mala absorción, enfermedad renal crónica), etc.
- ♣ Disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-ovario-endometrio
- ♣ Anemia de células falciformes o drepanocitemia homocigota con genes ss y sc.
- ♣ Enfermedad activa de la vesícula biliar (colecistitis-colelitíasis), hiperbilirrubinemia, colestásis
- ♣ Historia familiar de enfermedad arterial (accidente cerebro vascular de primer grado, cardiopatía isquémica)
- ♣ Mononucleosis infecciosa aguda
- ♣ Diabetes mellitus controlada
- ♣ Tratamiento con medicamentos que disminuyen el efecto anticonceptivo (interacción)
- ♣ Inmovilización prolongada por traumatismo o por pos-operatorio
- ♣ Cuatro semanas antes de una programación quirúrgica

- ♣ Condiciones que hacen poco confiable a la paciente para el cumplimiento de la administración correcta del anticonceptivo.

MÉTODOS HORMONALES INYECTABLES INTRAMUSCULARES

Definición: Estos métodos utilizan una sustancia o combinación de sustancias esteroideas (estrógenos y/o progestágenos) que, administrados por vía parenteral intramuscular, evitan el embarazo. Son métodos temporales de larga duración, reversibles y de liberación lenta. Su efectividad es mayor del 97%.

Mecanismo de acción

Los anticonceptivos inyectables hormonales actúan de igual manera que los orales, combinados o no combinados, según sea el caso.

Tipos:

- ♣ Combinados de estrógenos y progestágenos: mensual
- ♣ Progestágenos solos de depósitos: trimestrales
- ♣ Progestágenos solos de depósitos: bimestrales (no están disponibles en el MINSA).

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES INTRAMUSCULARES COMBINADOS MENSUALES

Descripción

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

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99% durante un mes de uso. En el comercio se conoce como Mesigyna.

Presentación

Existen varios tipos de anticonceptivos hormonales inyectables intramusculares combinados.

Ventajas:

- ♣ Son fáciles de usar
- ♣ Su uso es independiente del coito
- ♣ No afecta la función gastrointestinal
- ♣ Su uso es prolongado y de larga duración con lo cual se evita la administración diaria de hormonas
- ♣ Es reversible
- ♣ Su uso es privado; solamente el médico y la usuaria comparten la información
- ♣ Liberan una dosis mas baja de hormonas que los bimestrales y trimestrales
- ♣ Mayor eficacia anticonceptiva por anovulación segura mayor al 99%
- ♣ Menor 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 la administración de una inyección intramuscular lo que para algunas mujeres no es deseable
- ♣ No protege contra las enfermedades de transmisión sexual ni contra el virus del SIDA

- ♣ Aumenta el 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

- ♣ Mujeres que prefieren el inyectable o para quienes la administración oral no ofrece suficiente seguridad; son iguales a las indicaciones de los anticonceptivos orales combinados.

Contraindicaciones

Son iguales a las de los anticonceptivos orales combinados.

Efectos adversos:

- ♣ Irregularidades menstruales
- ♣ Cefalea
- ♣ Náuseas
- ♣ Vómito
- ♣ Mareo
- ♣ Mastalgia
- ♣ Incremento de peso corporal.

HORMONALES INYECTABLES INTRAMUSCULARES SOLO CON PROGESTÁGENOS DE DEPÓSITO TRIMESTRALES

Descripción:

- ♣ Este anticonceptivo contiene una sustancia asteroidea de progestágenos que administrada por vía intramuscular, evita el embarazo durante tres meses, con gran efectividad. Son reversibles y de uso privado.
- ♣ Contienen solo progestágeno: Acetato de medroxiprogesterona (DMPA) 150 mg. En ampollas de 1 ml. Con suspensión acuosa microcristalina
- ♣ Se conoce comercialmente como DEPO-PROVERA (Up-john, S.A)
- ♣ La eficacia es mayor al 99% ya que se reporta menos de un embarazo por cada 100 mujeres que lo usan en un año
- ♣ El uso mundial se estima en 30 millones de mujeres
- ♣ Fue autorizada en 1992 por la FDA y se usa en más de 90 países en el mundo
- ♣ La protección anticonceptiva es para tres meses con un período de gracia de dos semanas
- ♣ Se reanuda la fecundidad de dos a seis meses después que se acaba el efecto de la última inyección trimestral.

Mecanismo de acción

Igual que los anticonceptivos orales solo con progestágenos.

Ventajas:

- ♣ No afectan la función gastrointestinal por ser inyectable
- ♣ Evitan el primer paso metabólico por el hígado causando menos cambios metabólicos
- ♣ Son altamente efectivos y de acción prolongada para tres meses
- ♣ No están relacionados con el coito
- ♣ Ofrece privacidad a la usuaria ya que no requiere mantener suministros en la casa

- ♣ Constituye una excelente opción para las usuarias que no desean ningún otro método anticonceptivo
- ♣ Para algunas mujeres, la amenorrea prolongada puede ser deseable y aceptada como una ventaja
- ♣ Disminuyen los cólicos, el dolor menstrual y el dolor ovulatorio
- ♣ Si se usa durante el embarazo no sospechado ni diagnosticado, hay estudios que confirman que no causan malformaciones congénitas
- ♣ 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 agujas y jeringas estériles
- ♣ No protege a mujeres expuestas a enfermedades de transmisión sexual y al VIH / SIDA, por lo cual se requiere el uso de condones adicionales.

Indicaciones

- ♣ Mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que desean un método temporal de larga duración inyectable, y que no desean una esterilización voluntaria, o un DIU; o que halla contraindicaciones de otros métodos para ellas
- ♣ Mujeres con prácticas sexuales de riesgo.
- ♣ Cuando el uso de estrógenos este contraindicado por vía oral o parenteral, por ejemplo en el caso de la hipertensión arterial

- ♣ Cuando las mujeres no desean tomar pastillas todos los días ni usar anticonceptivos antes y durante el coito
- ♣ Todas las demás indicaciones de los anticonceptivos hormonales orales.

Contraindicaciones:

- ♣ Embarazo o sospecha de embarazo
- ♣ Tener o haber tenido cáncer mamario o genital
- ♣ Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- ♣ Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa
- ♣ Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes u otros medicamentos que interaccionan disminuyendo su eficacia anticonceptiva
- ♣ Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada
- ♣ Insuficiencia renal
- ♣ Cardiopatía isquémica
- ♣ Depresión
- ♣ Migraña focal
- ♣ Mujeres que deseen embarazarse en un período menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo
- ♣ Alteraciones de la coagulación
- ♣ Contraindicaciones absolutas de los hormonales orales combinados
- ♣ A pesar que no se contraindica en adolescentes, en estudios de investigación reciente, se sostiene que no es recomendable su uso por los riesgos de hipertrofia endometrial y sangrados anormales rebeldes a tratamientos.

Métodos femeninos permanentes oclusión tubárica bilateral

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, muy eficaz, que consiste en la oclusión de las trompas uterinas con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación.

Tipos:

Según técnica anestésica:

- ♣ Con anestesia local
- ♣ Con anestesia regional
- ♣ Con anestesia general

Según vía de acceso:

- ♣ Minilaparatomía (MINILAP)
- ♣ Laparotomía
- ♣ Laparoscopia
- ♣ Colpotomía posterior.

Según la técnica quirúrgica:

- ♣ Pomeroy o pomeroy modificada, son las técnicas mas usadas en Nicaragua y las que esta NORMA recomienda
- ♣ Otras técnicas conocidas son:
 - Uchida
 - Madlener
 - Irvin
 - Fimbriectomía
 - Aldridge
 - Kroener

Según el momento de la realización:

- ♣ Intervalo
- ♣ Posparto
- ♣ Posaborto
- ♣ Transcesárea

Efectividad anticonceptiva:

- ♣ Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Indicaciones:

- ♣ Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones:
- ♣ Paridad satisfecha y mayor de 30 años, con cualquier paridad
- ♣ Mujeres con 3 o mas hijos vivos a cualquier edad
- ♣ Razones médicas.

Contraindicaciones absolutas:

- ♣ Enfermedad inflamatoria pélvica activa.

Contraindicaciones relativas:

- ♣ Embarazo o sospecha de embarazo
- ♣ Discrasias sanguíneas no controladas
- ♣ Anemia severa
- ♣ Tumor pélvico sin diagnóstico conocido

- ♣ Falta de movilidad uterina (adherencias)
- ♣ En el posparto cuando el neonato presenta problemas de salud que comprometan su supervivencia.(9)

MATERIAL Y METODO

Tipo de Estudio:

Esta tesis monográfica es un estudio descriptivo de corte transversal, ya que se realizó en el periodo de Julio-Diciembre 2006 en el Municipio de La Cruz de Río Grande, Región Autónoma Atlántico Sur.

Área de Estudio:

El área de estudio fué El Municipio de La Cruz de Río Grande que corresponde a la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS) y esta al norte aproximadamente a unos 370 Km de la ciudad de Bluefields, 410 Km de la ciudad de Managua, capital de la Republica de Nicaragua.

Consta de 53 comunidades las cuales son: La Unión, Apawas, El Naranjo, Buen Pastor, El Sahino, Sto. Domingo del Carmen, San Miguel de Esperanza, Boca de Piedra, Siete Salto, Las Breñas, Sector Evangélico (Breñas), Siksikwasito, San Pablo, Oliwas, Tres Esquinas, Ponkaya, Luz Divina, Batitan Nuevo, Batitan Viejo, Olea Olea, Aguas Caliente, Mayaguas, Sector San Francisco, Naranjo (Nuevo Amanecer), Feliciano, San Antonio, La Estrella (Urbano), La Estrella (Vega), La Estrella (Sector), Sector Evangélico, La Hachita, Betaní, Gamalote, Sector Evangélico, San Pedro del Norte, Guadalupe, Company Creek, Angloamerica, Makantaka, Makantakita, Kansas City, Siawas, Matagalpa, El Guayabo, San Ramón Católico, San Ramón Evangélico, La Cruz de Río Grande (Urbano), Nuevo San Antonio, La Trinidad, La Concepción, Nuevecita, Santa Rita.

Universo:

El universo estuvo constituido por 3,420 Mujeres en edad fértil del área rural del municipio de La Cruz de Río Grande las cuales corresponden el 96% de todas las MEF (3,563) de dicho Municipio.

Muestra:

La muestra estuvo constituida por 345 mujeres en edad fértil procedentes del área rural del Municipio de La Cruz de Río Grande, estimada a partir de un universo de 3,420 MEF residentes del área rural, calculada con una frecuencia esperada del 50%, un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

Para seleccionar la muestra se eligieron 7 de las 53 comunidades del área rural del Municipio de LCRG, la elección fué al azar de la cuál las comunidades seleccionada fueron:

- 1- San Miguel de casa de alto
- 2- Tumarín Indígena
- 3- La Nuevecita
- 4- Ponkaya
- 5- Olea Olea
- 6- El Guayabo
- 7- El Naranja

Fuente:

La fuente fué primaria ya que la información se obtuvo directamente de las mujeres en edad fértil procedentes del área rural del Municipio de LCRG de Julio-Diciembre 2006.

Instrumento:

Nuestro instrumento fué La Encuesta, la cual fué realizada con un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas formuladas de manera comprensible.

Procedimiento:

1)- Una vez seleccionadas las comunidades al azar, se eligieron 6 de estas en las cuales se encuestarían 50 MEF y en una comunidad 45 MEF para completar el total de 345 mujeres las cuales constituyeron la muestra.

2)- Se procedió a coordinar con el Director del Centro de Salud Ausberto Gutiérrez para salir en las 7 rutas de Brigada Médica Móvil y visitar las comunidades de esta manera.

3)- Una vez en las comunidades se contacto al brigadista de salud y se le solicitó la autorización de la comunidad para realizar las encuestas.

4)- A través de un mapa de la comunidad se seleccionaremos a conveniencia las casas más accesibles a la vega del Río grande de Matagalpa.

5)- Se contactaron una mujer en edad fértil por cada casa, posterior a la autorización se procedió a realizar la encuesta. Las mujeres analfabetas encuestadas el encuestador leyó el formulario y anotó las respuestas sin alteración de tal información.

Plan de Análisis:

Una vez recabada la información esta se analizó y se procesaron los datos en el programa EPI-INFO 2000 versión 3.3.

Medición de las variables:

Las variables de conocimiento fueron medidas por preguntas cerradas (excepto la de frecuencia), se aplicó un índice sumatorio, si contestó correctamente se le asignó 2 puntos, si tenía una noción de la respuesta se le asignó 1 punto y si contesto incorrectamente o no conocía la respuesta se le aplicó un puntaje de 0. Según la sumatoria de final de puntos cada persona se ubicó en tres diferentes niveles.

Conocimiento	Conoce	Conoce poco	No conoce
Significado de P/F			
Conoce lo básico	2		
Tiene noción		1	
No sabe la respuesta o contesto incorrectamente			0
Qué métodos conoce			
4-más métodos	2		
1-3 métodos		1	
Ninguno			0
Beneficios que proporciona la P/F			
Conoce los beneficios de salud y anticoncepción	2		
Conoce sólo los de anticoncepción.		1	
No conoce ninguno			0
Conoce los efectos adversos			
Conoce los básicos	2		
Tiene noción		1	
No sabe			0

Para la valoración general del conocimiento sobre Planificación familiar se clasificara:

- Bueno: 6-8 pts
- Regular: 2-5 pts
- Deficiente: Menos de 2 Pts.

Variables de Estudio:

Generales:

- Edad
- Procedencia
- Escolaridad
- Estado civil
- Ocupación
- Religión
- Gesta
- Para
- Abortos
- Cesárea
- Menarca
- IVSA

Conocimiento

- Significado de planificación familiar.
- Beneficios de la planificación familiar a madre e hijo
- Métodos anticonceptivos que existen
- Conoce los efectos adversos
- Fuente de conocimiento
- Donde lo adquiere

- Cuantos hijos tiene vivo
- Desea más hijos

Práctica

- Planifica actualmente
- Método que utiliza
- Cambio de método
- Razón de cambio
- Tiempo de uso
- Periodo de control
- Problemas por el uso
- Donde lo obtiene
- Sugerencias

OPERACIONALIZACION Y CONCEPTUALIZACION DE VARIABLES

Nº	Variable	Definición Operacional	ESCALA	Código
1	Edad	Numero de años que han transcurrido desde la fecha de su nacimiento hasta el día del ultimo cumpleaños.	15-19 20-35 36-49	1 2 3
2	Escolaridad	Ultimo grado de educación al que se llevo o tipo de institución en la que últimamente recibió educación.	Analfabeta Alfabetizada Primaria: Incompleta completa Secundaria universitaria	1 2 3a 3b 4 5
3	Estado Civil	Condición conyugal de cada elemento de la pareja, al momento de la entrevista.	Casada Vinculo estable Soltera Otros	1 3 2 4
4	Religión	Doctrina o dogma que nos promueve dar a Dios el culto debido.	Católica Evangélica Testigo Ninguna otra	1 2 3 4 5
5	Gesta	Numero de embarazos que ha tenido.	Cero Una Dos Tres Cuatro o mas	1 2 3 4 5
6	Para	Numero de partos por vía vaginal o por vía abdominal.	0-3 4-6 7-9 10 ó más	1 2 3 4
7	Aborto	Producto expulsado ante de las 20 semanas de gestación o con un peso de 500 grs.	Cero Uno Dos Tres	1 2 3 4

8	Menarca	Edad de inicio de su ciclo menstrual.	10-14 años 15-19 años 20 ó más	1 2 3
9	IVSA	Edad en que se inicio su vida sexual activa.	10-14 años 15-19 años 20-35 años	1 2 3
10	Fecha de finalización del último embarazo	Finalización del ultimo parto/ aborto.	Menos de un año Un año Menos de dos años Mayor de dos años	1 2 3 4
11	Numero de Hijos	Numero de hijos vivos	Cero Uno a dos Tres a cuatro Cinco o mas	1 2 3 4
12	Significado de planificación	Acordar o decidir cuando y cuantos hijos tener.	No tener demasiados hijos. Acordar o decidir el número. No sabe, no se da a entender. Evitar hijos Decidir un número que se puedan mantener. Decidir cuando y cuantos Espaciar los hijos	1 2 3 4 5 6 7

13	Beneficios de la planificación familiar	Buenos resultados de planificar la familia.	Económico a la pareja. Económico a la familia. Mejor atención a los hijos. No menciona una o no sabe. Inadecuada Social	1 2 3 4 5
14	Métodos de planificación familiar	Formas de prevenir el embarazo.	Abstinencia Ritmo Retiro DIU Píldora Inyectable Condón Esterilización Otros Anticoncepción de Emergencia	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15	Peligros por el uso	Condición o situación riesgosa que el usuario percibe o cree le llevará a malos resultados si se deben al uso de algún método.	Ninguno No conoce Con embarazo abortado Cardiovascular Manchas piel Otras	1 2 3 4 5 6

RESULTADOS

a. Características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de LCRG de Julio-Diciembre 2006.

Con respecto a la caracterización de la población de estudio, en relación a la edad el 21.1% (73 mujeres) tenían entre 15-19 años de edad, el 58.2% (201) oscilaban entre 20-35 años y un 20.5% (71) se encontraban entre la edad de 36-49 años. En cuanto a su etnia el 85.5% (295) eran mestizas y un 14.5% (50) de origen miskito. Del total de las mujeres encuestadas el 3.2% (11) eran solteras, el 75.3% (260) es de unión Libre, el 20.6% (72) casadas y viudas el 0.9% (3). Con respecto a la ocupación el total de las mujeres 100% (345) refirieron ser amas de casa. (Ver cuadro No.1)

Del total de encuestadas el 55.9% (193) eran analfabetas y el 44.0% (152) sabían leer y escribir, de estas alfabetas el 44.7% (68) fueron alfabetizadas, el 46.1% (70) tenían primaria incompleta, el 7.2% (11) primaria completa y solamente un 2.0% (3) secundaria incompleta. En cuanto a la religión el 64.8% (223) eran de religión católica, Evangélica el 30.8% (106), el 3.8% (13) no tenían religión y un 0.6% (3) de otra religión. (Ver cuadro No.2)

b. Antecedentes gineco-obstetra de las mujeres en edad fértil del área rural de LCRG de Julio-Diciembre 2006.

Del total de encuestadas el 88.4% (305 mujeres) tuvieron su menarca entre la edad de los 10-14 años, mientras que un 11.5% (40 mujeres) la tuvieron entre los 15-19 años, y un 0% (ninguna mujer) después de los 20 años. De acuerdo al inicio de vida sexual activa, el 27.5% (95) inicio entre los 10-14 años de edad, el 67.5% (233) entre los 15-19 años y únicamente un 4.9% (17) de los 20-35 años. Del total de encuestadas el 43.1% (149) refirió haber tenido 3 ó menos partos, el 28.4% (98) tubo entre 4-6 partos, el 19.4% (67) de 7-9 partos y un 8.9% (31) más de 10 partos. (Ver cuadro No.3)

En cuanto a la cantidad de embarazos 41.1% (142) habían tenido de 0-3 embarazos, el 19.7% (68) de 4-5 y un 39.1% (135) 6 o más embarazos. (Ver gráfico No.1)

Del 100.0% de mujeres encuestadas el 80.5% (277) dijo no haber tenido antecedentes de abortos, un 15.1% (52) dijo que uno de sus embarazos terminó en aborto, un 3.5% (12) dijo haber tenido 2 abortos, y únicamente un 1.1% (4) tenía antecedentes de 3 abortos. (Ver gráfico No.2)

En la valoración de la frecuencia de cesáreas únicamente un .8% (3) refirió tener antecedentes de cesárea, el 99.2% (342) restante no. En cuanto a la cantidad de hijos vivos el 1.1% (5) refirió no tener ninguno, el 47.8% (158) tenía entre 1-3 hijos, un 28.6% (99) entre 4-6 hijos y un 24.0% (83) más de 7 hijos. En cuanto a la fecha de último parto, el 28.6% (99) refirió no recordarla, de las que si lo recordaban el 16.5% (57) lo habían tenido hace menos de 6 meses, un 30.4% (105) habían tenido su último parto 6-24 meses atrás, un 34.1% (84) más de 25 meses de su último parto. (Ver cuadro No.4).

C- Conocimiento sobre planificación familiar en las mujeres de edad fértil del de LCRG de Julio-Diciembre 2006.

Al evaluar el conocimiento sobre planificación familiar, al preguntarle si conocían el significado de P/F, un 30.5% (105) no conocía el significado, un 68.1% (235) conocía poco, únicamente un 1.4% (5) tenía un conocimiento adecuado. AL preguntarles cuantos métodos de P/F conocía un 40.0% (138) refirió no conocer ninguno, un 58.2% (201) refirió conocer de 1-2 métodos, únicamente un 1.7% (6) conocía 3 ó más métodos. Al valorar el nivel de conocimiento sobre los efectos adversos el 67.8% (234) no tenían conocimiento de estos, un 28.1% (97) tenía poco conocimiento y únicamente un 4.1% (14) tenía un conocimiento básico. (Ver cuadro No.5)

En Cuanto a la valoración del conocimiento de los beneficios proporcionados por los métodos de P/F el 48.7% (168) no conocía ningún beneficio, un 45.2% (156) conocía únicamente los beneficios anticonceptivos, mientras que un 6.1% (21) conocía tanto los beneficios para la salud

en general como los beneficios anticonceptivos. Al valorar cuál conocía más el 58.6% (202) conocía más los métodos inyectables, un 24.9% (86) conocía más los orales y un 16.5% (57) conocía más los métodos de barrera. (Ver cuadro No 6)

Al valorar el origen de la información recibida sobre P/F por parte de las mujeres el 25.6% (86) no ha recibido información, un 62.7% (217) de las que sí recibieron información dijo que la había recibido por parte del personal del Centro ó Puesto de salud, un 5.5% (19) refirió recibirla por un brigadista de Salud, un 2.6% (10) la obtuvo en una clínica privada, un 3.6% (13) escucho del tema en un medio de comunicación. Al preguntarle a las mujeres que si conocían donde podían obtener los métodos de P/F un 9.9% (34) refirió no saber donde adquirirlos, el 47.9% (165) refirió que en las Brigadas Médicas Móviles, un 30.7% (106) refirió el Centro ó Puesto de salud, el 7.2% (25) dijo que en pulperías, y un 4.3% (15) en las farmacias. (Ver cuadro No.7)

Al valorar el conocimiento en general sobre Planificación Familiar se obtuvieron los siguientes resultados: el 49.9% (172) tenía un conocimiento regular, seguido del 46.6% (161) con un conocimiento deficiente y únicamente el 3.5% (12) un buen conocimiento. (Ver cuadro No.8)

D- Accesibilidad a los servicios de salud por parte de las mujeres en edad Fértil del área rural de LCRG de Julio-Diciembre 2006.

Al preguntarle a las mujeres encuestadas si sabían a que distancia se encontraba el Centro o Puesto de salud de sus comunidades el 0.8% (3) refirió no saberlo, el 29.0% (100) refirió que se encontraba de 2-4 horas de distancia, un 40.9% (141) dijo que de 5-8 horas, el 14.8% (51) de 9-24 horas de distancia y un 14.5% (50) dura 24-48 horas en llegar al centro. Al preguntarle la percepción de la distancia, el 97.1% (335) percibió muy lejos y únicamente un 2.9% (10) dijo que no percibía lejos. En cuanto a si existía una carretera para transportarse, un 2.2% (7) dijo que de su comunidad al centro existía carretera, en cambio el 94.7% (327) refirió no haber carretera y un 3.1% (11) dijo que no había. (Ver cuadro No.9).

El 100.0% (345) de las mujeres encuestadas refirió que existía medio de transporte, de los cuales el 4.9% (17) refirió que su medio de transporte es a pie, el 14.2% (49) refirió los cayucos, el 35.9% (124) dijo que las bestias un 44.9% (155) los bote motor. Se les pregunto que tan costoso era trasladarse a los Centros ó Puestos de salud de lo cuál el 10.1% (35) dijo no gastar, el gasto es poco refirió el 13.9% (48), un 9.5% (33) dijo que se podía pagar y el 66.3% (229) refirió que era muy caro. (Ver cuadro No.10)

Con respecto a la existencia de personas trabajando para la planificación familiar el 36.5% (126) dijo no conocer a nadie que lo estuviera haciendo, el 13.3% (46) dijo que personal del Centro de salud, el 30.4% (105) dijo que los brigadistas de salud, el 2.3% (8) dijo que las parteras y un 17.4% (60) que las brigadas médicas están trabajando por su planificación. (Ver cuadro No.11)

Al preguntarle si tenían pareja sexual en este momento, el 95.9% (331) refirió que si tenia y únicamente un 4.1% (14) dijo que no tenia. Al evaluar el deseo de tener más hijos por parte de las encuestadas, un 49.2% (170) refirió desear tener más hijos en comparación con un 50.7% (175) que dijo no querer tener más hijos. Al preguntarle a las mujeres si tienen el deseo de planificar un 59.2% (204) dijo desear y un 40.8% (141) no deseaba planificar. Con respecto si actualmente estaba planificando el 39.7% (137) dijo que si lo estaba haciendo, en cambio un 60.3% (208) no lo estaba haciendo. (Ver cuadro No.12)

Al evaluar las causas de la no planificación familiar tomando como 100.0% a las mujeres que no planifican (208), el 26.4% (55) dijo que no lo hacia por que no le gustaba a su marido, el 24.0% (50) dijo que no lo hace por que no había llegado la Brigada Médica Móvil, el 14.0% (29) no lo hace por que refirió tardar en embarazarse, el 12.5% (26) dijo que por que estaba enferma, el 12.0% (25) refirió no hacerlo por que su niño estaba muy pequeño y un 11.1% (23) refirió no hacerlo por que desea tener los hijos que Dios les mande. (Ver cuadro No.13)

En relación a los métodos de planificación que están usando las encuestadas, el 74.5% (102) estaba usando Depo-provera, un 10.9% (15) estaban usando Lo-femenal, el 8.7% (12) dijo estar

usando Mesigyna, el 3.6% (5) le habían hecho esterilización quirúrgica y únicamente un 2.2% (3) estaba usando el preservativo. (Ver cuadro No.14)

Al evaluar la frecuencia de cambio de métodos anticonceptivos del total de mujeres planificando un 29.9% (41) habían cambiado de método y un 70.1% (96) no había cambiado. De las mujeres que si cambiaron de método y tomando a estas como un 100.0% el 41.6% (17) lo hicieron por amenorrea, seguido del 24.3% (10) por dolor de cabeza, el 24.3% (10) por que el método que utilizaban se les olvidaba (lo-femenal), y un 9.8% (4) por presión alta. (Ver cuadro No.15)

Con respecto del tiempo de uso de los métodos de planificación el 16.1% (22) tenían menos de 6 meses de estar utilizándolo, el 58.4% (80) de 6 meses a 2 años, un 14.6% (20) entre 3-5 años, y el 10.9% (15) más de 5 años. Al preguntar la frecuencia con que asisten a citas de planificación el 70.1% (96) dijo cada 3 meses, el 14.6% (20) refirió cada 6 meses y un 15.3% dijo que no asistía ya que se lo enviaban del Centro ó Puesto de salud. (Ver cuadro No.16).

Con respecto a los problemas de salud percibidos por las mujeres que están planificando el 55.5% (76) dijo presentar problemas de salud posterior al inicio de la planificación y un 44.5% (61) dijo no tener ningún problema de salud. Al valorar los problemas que están presentando las mujeres que planifican un 27.6% (21) refirió la amenorrea, seguido de un 32.9% (25) con cefalea, el 22,4% (17) refirió el aumento de peso, el 6.6% (5) nauseas, 9.2% (7) presión alta y por último con el 1.3% (1) varices. (Ver cuadro No.17)

En cuanto a las sugerencias por parte de las mujeres en edad fértil del área rural para mejorar el programa de planificación familiar, el 25.5% (88) sugirió que hablen también con sus parejas sexuales acerca de planificación familiar, el 22.9% que se les explicara mejor sobre P/F, el 17.7% (61) sugirió que se les entregara el método aunque no estuvieran con la menstruación, el 16.5% (57) refirió que visiten las comunidades a través de las brigadas médicas móviles cada 3 meses, un 11.6% (40) dijo que hubiera un Puesto de Salud más cercano, y un 5.8% (20) que se comprenda lo espiritual. (Ver cuadro No.18)

f- Relación de las variables más importantes.

Al relacionar la edad con la planificación se encontró que el rango de edad que más planifica es la de 20-35 años con un 72.9% (100), seguida de la de 15-19 años con el 14.7% (20) y por último la de los 36-49 años con el 12.4% (17). Para la no planificación el grupo que menos lo hace es también el de 20-35 años, seguido del de 36-49 años con un 25.9% (54), y por último el de 15-19 años con el 25.5% (53). Al relacionar el nivel de escolaridad con la práctica de planificación el resultado fue que el grupo que más planifica es el que tiene un nivel de escolaridad de primaria completa con el 35.0% (48), seguido del grupo de las alfabetizadas con el 29.2% (40), en el grupo que menos planifica es el de las analfabetas con el 74.5% (155), seguido el de las alfabetizadas con el 13.5% (28). Al relacionar la religión con la planificación los resultados fueron que las que más planifican son las de religión Católica con el 87.6% (120) y el grupo que menos lo hace es el que pertenece a la religión Evangélica con el 46.1% (96). (Ver cuadro No.19)

Al relacionar la cantidad de hijos vivos con la práctica de la planificación se encontró que el grupo que más planifica es el que tiene de 4-6 hijos con el 40.2%, seguido del grupo de 7-más hijos con el 34.3% (47) y el grupo que menos planifica es el de 0-3 hijos con el 61.5% (128). (Ver cuadro No.20).

Al relacionar la distancia en horas con la frecuencia de la planificación se encontró que el grupo que más planifica es el que está de 2-4 horas de distancia del centro con el 42.4% (58), seguido de 5-8 horas con el 28.5% (39) y este mismo grupo es el que menos lo hace con el 49.0% (102). (Ver cuadro 21)

Al relacionar el estado civil con la práctica de planificación se encontró que el grupo que más planifica es de unión libre con el 56.2% (77), así mismo es el mismo grupo que predomina en las que no lo hacen con el 87.9% (183). (Ver cuadro No.22)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En el estudio de las mujeres en edad fértil, acerca de la frecuencia en el uso de los métodos anticonceptivos, realizado en el área rural del Municipio de la Cruz de Río Grande, Región Autónoma Atlántico Sur en el periodo de Julio-Diciembre del 2006 se encontró que la mayoría de las encuestadas tenían una edad entre los 20-35 años de edad lo cual es una edad optima para la reproducción. En el estado civil la mayoría de las mujeres estaban en unión libre, lo cual hace que sea el estado civil que más predomino tanto para las que planifican como para las que no lo hacen, no obstante hay una diferencia significativa que sugiere estas mujeres en unión libre en su mayoría no planifica. PROFAMILIA en un estudio realizado en 1993 determina que la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos varió de 34% en las mujeres casadas y las unidas a menos del 1% entre las que no han estado casadas.

En este estudio la ocupación ama de casa constituyó todas las mujeres encuestadas no encontrándose de esta manera influencia por parte de la ocupación en el uso o no uso de métodos de planificación familiar, esto debido a la cultura de la zona en donde las mujeres son preparadas para la formación de un hogar en donde su papel será ser la que cuida a la familia en todos los aspectos. Igualmente aunque hay estudios en otros lugares que determinan que la escolaridad no influye sobre el uso y no uso de métodos anticonceptivos, en nuestro estudio encontramos que las mujeres analfabetas son las que menos planifican, en esta zona debido al poco acceso por el Ministerio de educación al igual que otros como el de la Salud no han podido hacer presencia significativa lo que influye negativamente en la planificación familiar determinando que cuanto menos educada sea una mujer hay menos probabilidad que use anticonceptivos.

En su mayoría las mujeres de la religión evangélica no planifican las cuales refirieron que querían tener los hijos que Dios les mande, pidiendo que se les respetara su opinión espiritual.

La edad que predominó en la menarca fue la comprendida entre los 10-14 años, en cuanto al inicio de la vida sexual activa el grupo más alto de inicio fue entre los 15-19 años lo cuál significa que ya eran potencialmente fértiles, lo que contribuye a embarazos a temprana edad

convirtiéndolas así en adolescentes precoz , las que en su mayoría tenían entre 1-3 hijos, de las cuales la mayoría habían tenido su último parto de 6-24 meses atrás los que les hacia sentir el deseo de planificar para no seguir teniendo más hijos, coincidiendo esto con el estudio de Navarro, Luna y Espinoza en Malpaisillo en 1997.(16)

Al valorar el conocimiento en general sobre planificación familiar la mayoría tenían un conocimiento regular acerca de estos. Al valorar cuales métodos eran los más conocidos , la inyección (Depo-provera), la píldora (Lo-femenal), el condón constituyeron la mayoría los cuales coinciden con ENDESA 2001, en donde el 95% de las mujeres conocen estos mismos métodos llamados modernos.(17)

Al valorar la accesibilidad al Centro ó Puesto de Salud el total de mujeres no sabían la distancia en Kilómetros , no había carretera en la mayoría de las comunidades según lo referido por las encuestadas, la mayoría refirió tardar entre 5-8 horas en llegar, el medio de transporte más utilizado son las bestias y bote motor refiriendo que aparte de ser muy caro era muy lejos, influyendo esto en la poca frecuencia de uso de los métodos anticonceptivos ya que aunque la adquisición de los métodos es gratuita, el trabajo que cuesta y el tiempo que se invierte en viajar hasta el centro o puesto de salud es el principal motivo de no obtenerlos, .

En nuestro estudio la mayoría de las mujeres refirieron tener el deseo de planificar de lo cual un pequeño porcentaje lo hacían, de las que no planifican el motivo que predomino fue por no gustarle a su compañero sexual, lo que reafirma la necesidad de hacer de la planificación un asunto de pareja. En este estudio los métodos que más se utilizan son los inyectables predominando la Depo-provera, un tercio de estas usuarias refirió haber cambiado de método y uno de los motivos fue por que se le olvidaban (progestágenos orales), lo que nos reafirma que las mujeres están eligiendo los métodos por la mayor facilidad percibida y no por que sea el más adecuado para ellas.

La mayoría de las usuarias asisten cada 3 meses a sus citas, lo cual no coincide con las normas de planificación familiar que recomienda el monitoreo de las pacientes mensualmente para

ayudar a detectar los efectos adversos y tener una mejor comunicación con la usuaria y de esta manera aclarar sus dudas sobre la planificación, de hecho el Manual La esencia de la tecnología anticonceptiva hace insistencia al mencionar que la usuarias puede regresar por cualquier duda o efecto adverso, lo cual es más grave en alguna mujeres encuestadas en este estudio que refirieron asistir hasta los 6 meses a su cita y peor aún las que refirieron no acudir del todo ya que una persona particular se lo retiraba del Centro o Puesto de Salud. (18)

La mayoría de las usuarias dijo tener problemas de salud desde el inicio del uso del método, el más mencionado fue la amenorrea de esta manera nos damos cuenta de el poco conocimiento sobre las reales reacciones adversas, ya que la amenorrea es un efecto secundario del método y no así un problema de salud. La cefalea ocupó un segundo lugar de problema de salud percibido por las usuarias.

En cuanto a la práctica de planificación familiar de las mujeres estudiadas las que tienen entre 20 y 35 años son las que más usan los métodos anticonceptivos, hemos visto en este estudio que la cantidad de hijos es más determinante para la planificación que la edad y que es menos común en las mujeres más jóvenes lo cual las hace predisponente a embarazos de alto riesgo obstétrico.

En cuanto a la distancia de las comunidades al Centro o puesto de salud, las que viven más alejadas son la gran mayoría que no planifican, lo cual coincide con el estudio de Juárez y Trejos en Nagarote, Quezalguaque y Río San Juan que encontraron que las mujeres cuando más lejos vivían de la fuente de planificación familiar, menos probabilidad tenía de saber a donde ir y practicar el uso de los métodos anticonceptivos. (19)

CONCLUSIONES

1. Al caracterizar a nuestra población de estudio la mayoría de las mujeres no planifican como consecuencia de: la falta de conocimiento, poco apoyo por parte de la pareja, la religión y la accesibilidad los cuáles son determinantes para la poca frecuencia en el uso de los métodos anticonceptivos.
2. Las mujeres encuestadas en su totalidad eran amas de casa y han recibido poca información sobre planificación familiar, saben donde adquirir los métodos y aún así no planifican.
- 3- El deseo de tener los hijos que Dios le mande y los mitos como: Nos alborotamos, Me puedo enfermar, le puede hacer daño a mí niño han llevado al no uso de los anticonceptivos.
- 4- Las Brigadas Médicas Móviles es a la vista de las mujeres del área rural el medio de adquirir los métodos de planificación y una de las soluciones a las dificultades de acceso.
- 5- La condición escolar analfabeta tiene gran importancia para no optar a la planificación familiar.
- 6- Entre mayor número de hijos tengan las mujeres estudiadas más es la práctica de planificación familiar.

RECOMENDACIONES

1. Realizar nuevos estudios sobre Planificación Familiar en La Cruz de Río Grande, Región Autónoma Atlántico Sur para monitorear los conocimientos, prácticas y actitudes de las mujeres en edad fértil.
- 2- Crear programas educativos de planificación familiar con el objetivo de informar y preparar adecuadamente a las y los adolescentes, con el fin de capacitarlos en el uso de métodos anticonceptivos a través de talleres, seminarios y charlas coordinadas tanto por el Ministerio de Salud y Organizaciones no gubernamentales con la finalidad de disminuir la fecundidad en las adolescentes.
- 3- Tratar de elevar el nivel cultural de la población del área rural promoviendo la alfabetización y campañas de información sobre la planificación familiar.
- 4- Programar las Brigadas Médicas Móviles cada 3 meses para coincidir con las fechas de las citas de las mujeres planificando y captar nuevas usuarias.
- 5- Al momento de captar a las nuevas usuarias del Programa de planificación familiar asegurarse que están sus parejas sexuales e involucrarlos brindándoles orientación acerca de los métodos de planificación y hacer hincapié en el beneficio de los mismos sobre la familia.

BIBLIOGRAFIA

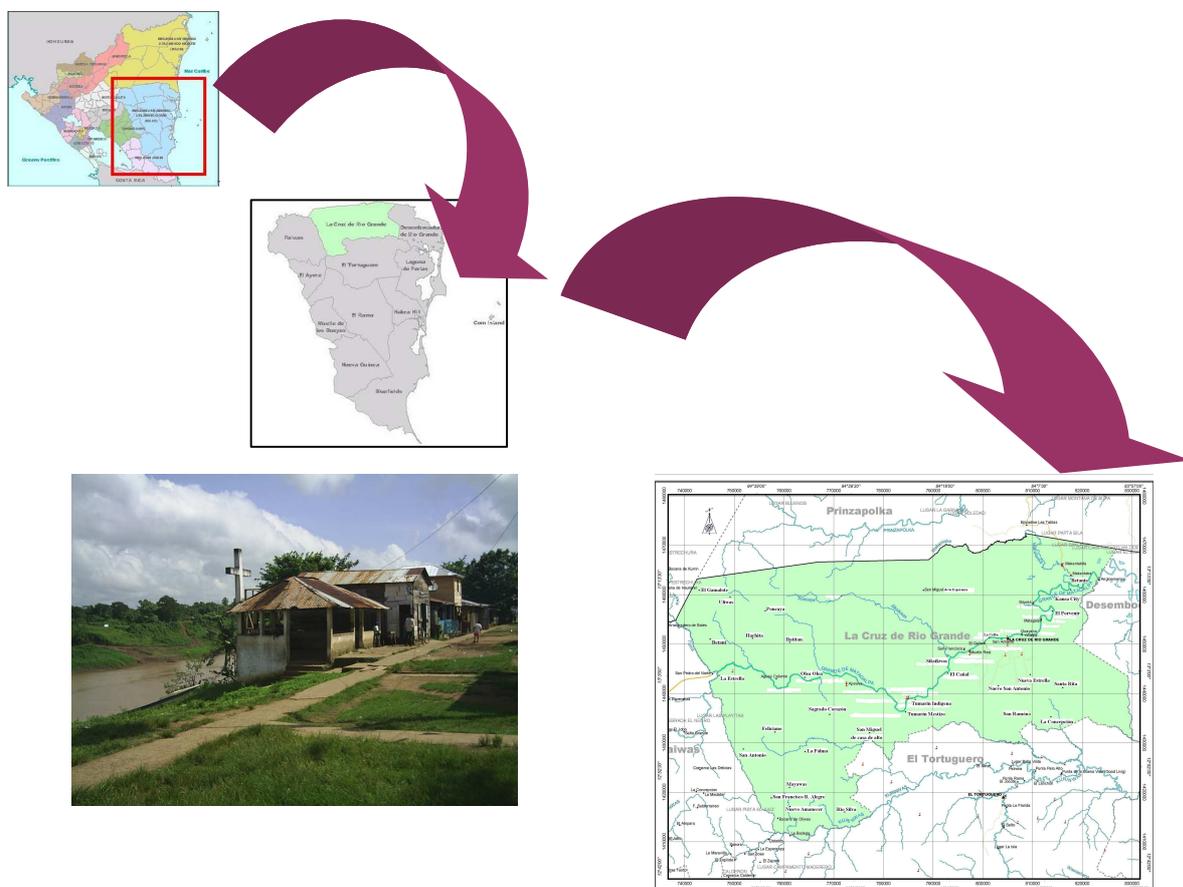
- 1- Variación de la demanda en servicio de planificación familiar en el casco urbano de Somotillo. Dra. Imelda Amaya 1997.
- 2- Riesgo Reproductivo Preconcepcional y aceptación y uso de métodos de planificación familiar en las mujeres de edad fértil del sector No 1 del Centro de Salud El Progreso de Matagalpa. David Matute A. , José Murguía G. , Oswaldo Ochoa E .2005.
- 3- Ministerio de Salud (MINSA). Manual de salud reproductiva. Dirección de atención integral a la mujer. Managua 1996.
4. UNAN León, FNUAP, Serie monográfica sobre la Planificación Familiar: La consejería en planificación familiar, No. 5. 1995. Managua –Nicaragua.
5. Derechos sexuales y reproductivos en Centroamérica. Diciembre 2004.
- 6- Estimación de Población 2006. División General de Planificación y Desarrollo. Ministerio de Salud (MINSA)
- 7- Ministerio de Salud (MINSA). Normas de planificación familiar 1997.
8. Las condiciones de salud en las Américas. Volumen 2. Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS) 2003.
- 9-Censo Nacional. Informe ejecutivo. Instituto Nacional de estadísticas y Censos (INEC) 1995.

- 10- London K.A Cushing J, Rutstein SO. Y col. Actualización d alas encuestas de fecundidad y planificación familia population Reports, 1986, Series M, No 8 Baltimore, Johns Hopkins University Population Information Program.
- 11- Conocimiento, Actitud y Práctica de Métodos Anticonceptivos en el Municipio de Pueblo Nuevo, Estelí. Meléndez, Mercado Febrero 1992.
- 12- Asociación Pro bienestar de la familia Nicaragüense Centers for Disease Control and prevention, Encuesta sobre salud familiar, Managua, Nicaragua, noviembre 1993.
- 13- Planificación Familiar y Salud en las Américas. Tomo I. Omran, R. México. 1994.
- 14- Salud y Familia. Año 2, Enero - Febrero 1995. PROFAMILIA.
15. World Health Organization, 2004. Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA.
- 16- Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre métodos de Planificación Familiar en mujeres en edad fértil en el área Urbana de Malpaisillo. Dra.Teodolinda Navarro, DRA. Marta Luna, Dra. Leaneth Espinoza 1997.
- 17- Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA). Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) Ministerio de Salud (MINSAL) 2001.
- 18- Factores que influyen en el no uso de métodos de Planificación Familiar en mujeres sexualmente activas en Nagarote, Quezalguaque, Río San Juan. Dr. Orlando Juárez, Noé Trejos 1994.

19- Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Manual para personal Clínico. Programa de Información en Población. Centro para programa de Comunicación Universidad de Johns Hopkins 1999.

ANEXOS

EL MUNICIPIO: LA CRUZ DE RIO GRANDE-RAAS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Encuesta para valorar la frecuencia en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de la Cruz de Río Grande-RAAS, en la tesis para optar por el título de Médico General.

Estimada encuestada solicitamos su cooperación y autorización para la realización de estas preguntas las cuales son con fines investigativos.

1.1 Nombre y Apellido: _____.

1.2 Edad _____

1.3 Procedencia _____

1.4 Estado civil : soltera___ casada___ unión libre ___ otros___

1.5 Ocupación: _____

1.6 Alfabeta: SI___ NO___

1.7 Alfabetizada:___ Primaria : incompleta ___ completa ___ Secundaria: incompleta___
completa___

1.8 Religión: Católica ___ evangélica___ testigo de Jehová___ otras ___
ninguna_____.

2. Antecedentes Gineco-Obstétricos:

2.1 Gesta_____ 2.2 Para _____ 2.3Aborto _____ 2.4Menarca_____

2.5 Cesárea _____ 2.6 IVSA_____ 2.7 # de hijos vivos _____ 2.8FUP_____

3.1 ¿Para usted que significa los métodos anticonceptivos/planificación familiar?

3.2 ¿Qué métodos de planificación familiar conoce usted?

Métodos naturales:

- Método del ritmo
- Método de temperatura corporal basal
- Método del moco cervical
- Método sitotérmico

Método de barrera:

- Preservativo / condón
- Diafragma

Método mecánico:

- Dispositivo intrauterino (DIU)

Métodos hormonales:

- Orales
- Inyectables

Métodos permanentes:

- Oclusión tubárica bilateral
- Vasectomía

3.3 ¿Cuál de estos conoce más?

3.4 ¿Qué beneficios le proporciona a usted y a su familia?

3.5 ¿Conoce los efectos adversos de los métodos de planificación familiar?

3.6 ¿Se le ha explicado con anterioridad de los métodos de planificación familiar?

3.7 Si la respuesta es positiva, ¿Quién se lo proporcionó?

Médico/Clínica_____

Amigos/Vecinos_____

Centro de Salud____ Medio de comunicación____ Otro____

4 ¿Conoce un lugar donde pueda conseguir un método de planificación familiar?

SI__ No__ ¿Cuál?_____.

4.1 ¿A qué distancia se encuentran su casa del centro? (En Km.)

¿Cuántas horas tarda en llegar a ese centro? ¿Considera que es muy lejos?

¿De su casa a la clínica, centro de salud, puesto de salud o farmacia existe una carretera que funcione todo el tiempo?

¿De su casa a la clínica, centro de salud, puesto de salud o farmacia tienen un medio de transporte para viajar?

SI__ No__ ¿Cuál?

Si asiste a una clínica, médico, farmacia para conseguir un método de planificación familiar ¿Cómo considera lo que usted invierte o gasta para conseguirlo?

No gasta____ El gasto es poco____ Se gasta algo pero puede pagar sin problema____
Es muy caro_____.

¿En la comunidad donde vive, existen personas trabajando para que usted pueda planificar?

Si____ No____ No sabe____ No le interesa_____

¿Quién esta trabajando para que usted pueda planificar?

Sector público_____

Sector privado_____

Centro de salud_____

Consultorio /medico privado_____

Puesto de salud_____

Pulpería_____

Sector comunitario_____

Casa base_____

Promotor de ONG_____

Partera_____

Colaborador voluntario_____

Otro ¿Cuál? _____

PRACTICA

5.1 ¿Tiene compañero sexual?

5.2 ¿Desea tener más hijos?

5.3 ¿Desea planificar?

5.4 ¿Actualmente planifica?

5.5 si la respuesta es no, ¿por que no lo hace?

5.6 Si la respuesta es si ¿Qué método utiliza?

5.7 ¿Cambio de método?

5.8 Razón de cambio

5.9 ¿Hace cuanto lo usa?

5.10 ¿Cada cuanto asiste a control?

6 ¿Ha tenido problemas de salud por el uso?

7. ¿Qué problemas?

Cuadro No 1.

Características generales de las mujeres encuestadas para conocer conocimientos y prácticas alrededor de la planificación familiar. Municipio la Cruz de Río Grande, Región Autónoma del Atlántico Sur. Enero del 2,007.

Variables	Número	Porcentaje
Edad		
15 a 19	73	21.1%
20 a 35	201	58.2%
36 a 49	71	20.5%
Etnia		
Mestiza	295	85.5%
Miskita	50	14.5%
Estado civil		
Casada	71	20.6%
Soltera	11	3.2%
Unión libre	259	75.3%
Viudas	3	0.9%
Ocupación		
Ama de casa	345	100.0%
Total	345	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No 2.

Valoración de la escolaridad y religión de las mujeres en edad fértil LCRG de Julio-Diciembre 2006.

Variables	Número	Porcentaje
Escolaridad		
Analfabeta	193	55.9%
Alfabetizada	68	19.7%
Primaria incompleta	78	20.3%
Primaria completa	11	3.2%
Secundaria incompleta	3	0.9%
Religión		
Católica	223	64.8%
Evangélica	106	30.8%
Otras	3	0.8%
Ninguna	13	3.8%
Total	345	100%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No 3.

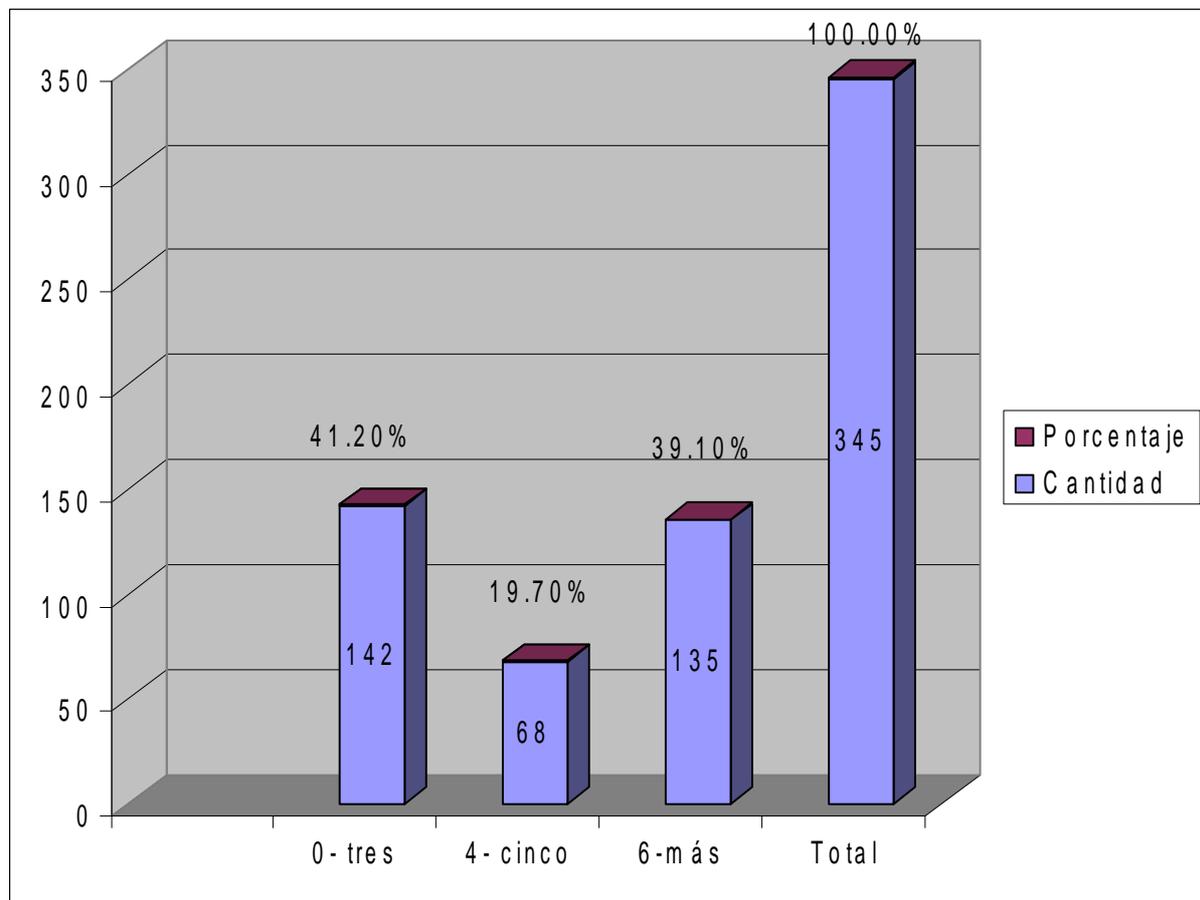
Antecedentes gineco-obstetras de las mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de LCRG de Julio- Diciembre 2006.

Variables	Número	Porcentaje
Edad de Menarca		
10-14	305	88.5%
15-19	40	11.5%
Edad de IVSA		
10-14	95	27.5%
15-19	233	67.6%
20-35	17	4.9%
Número de Partos		
0-3	149	43.1%
4-6	98	28.4%
7-9	67	19.4%
10-más	31	8.9%
Total	345	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Gráfico No.1

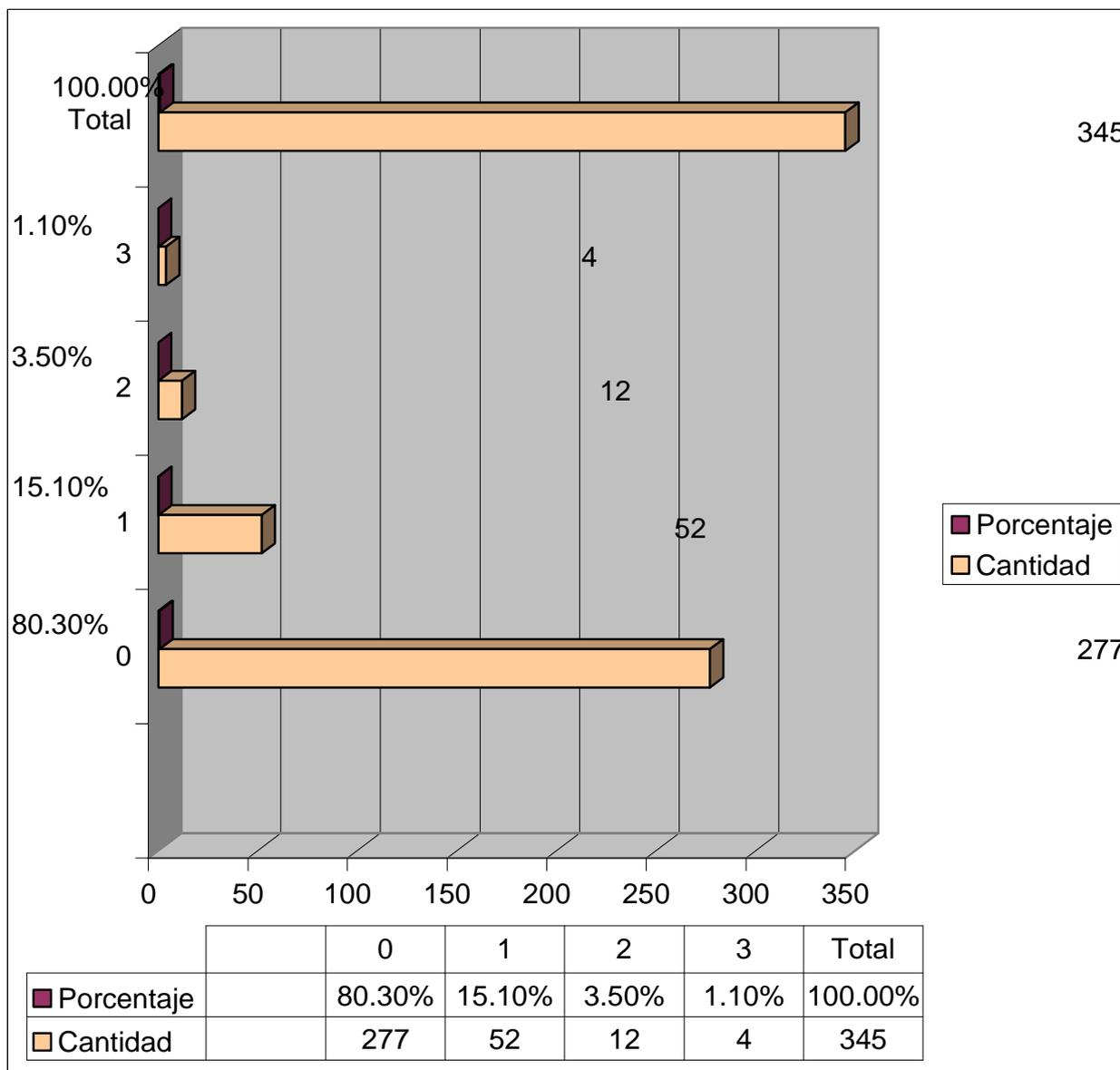
Cantidad de embarazos en mujeres de edad fértil del área rural del Municipio de La Cruz de Río Grande Julio- Diciembre 2006.



Fuente: La Encuesta.

Gráfico No.2

Antecedentes de abortos en las mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de La Cruz de Río Grande de Julio- Diciembre 2006.



Fuente: La Encuesta.

Cuadro No. 4

Antecedentes ginecobotetra en las mujeres del área rural del Municipio de la Cruz de Río Grande en el periodo Julio- Diciembre 2006.

Variables	Número	Porcentaje
Cesárea		
Si	3	0.8%
No	342	99.2%
Numero de hijos vivos		
0-3	163	47.2%
4-6	99	28.6%
7-más	83	24.0%
Fecha de último parto		
No sabe	99	28.7%
Hace menos de 6 meses	57	16.5%
6-24 meses	105	30.4%
25 meses-más	84	24.3%
Total	345	100.0%

Fuente: La Encuesta

Cuadro No.5

Conocimiento sobre planificación familiar en las mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de La Cruz de Río Grande en periodo Julio-Diciembre 2006.

Variables	Número	Porcentaje
Significado de P/F		
0	105	30.4%
1	235	68.1%
2	5	1.4%
Métodos conocidos		
0	138	40.0%
1	201	58.2%
2	6	1.7%
Efectos adversos conocidos		
0	234	67.8%
1	97	28.1%
2	14	4.1%
Total	345	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No.6

Valoración sobre conocimiento de Planificación familiar en las mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de LCRG Julio- Diciembre 2006.

Variables	Número	Porcentaje
Conoce sobre los beneficios de la P/F		
0	168	48.7%
1	156	45.2%
2	21	6.1%
Método que más conoce		
Inyectable	202	58.6%
Orales	86	24.9%
Barrera	57	16.5%
Total	345	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No.7

Valoración sobre conocimiento de donde se adquieren los métodos de planificación familiar por las mujeres en edad fértil del LCRG Julio- Diciembre 2006.

Variables	Número	Porcentaje
Donde ha recibió información sobre P/F		
No ha recibido	86	25.6%
Centro de salud	217	62.7%
Brigadista	19	5.5%
Clínica privada	10	2.6%
Medios de comunicación	13	3.6%
Donde los puede obtener los métodos de P/F		
No sabe	34	9.9%
Brigada Médica Móvil	165	47.9%
Centro de Salud	106	30.7%
Pulperías	25	7.2%
Farmacias	15	4.3%%
Total	345	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No.8

Valoración del conocimiento en general sobre Planificación Familiar por parte de las mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de LCRG de Julio-Diciembre 2006.

Conocimiento	Cantidad	Porcentaje
Bueno	12	3.5%
Regular	172	49.9%
Deficiente	161	46.6%
Total	345	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No.9

Valoración de accesibilidad de los Servicios de Salud a las mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de LCRG de Julio-Diciembre 2006

Variables	Número	Porcentaje
Cuántas horas tarda en llegar al Centro de Salud		
No conoce	3	0.8%
2-4	100	29.0%
5-8	141	40.9%
9-24	51	14.8%
25-48	50	14.5%
Concederá lejos		
Si	335	97.1%
No	10	2.9%
Existe carretera		
Si	7	2.2%
No	327	94.7%
No sabe	11	3.1%
Total	345	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No.10

Valoración de medios de transporte y el costo de este de las comunidades al Centro ó Puesto de Salud de LCRG Julio-Diciembre 2006.

Variables	Número	Porcentaje
Existe medio de transporte		
Si	345	100.0%
No	0	0.0%
Cuál		
A pie	17	4.9%
Cayucos	49	14.2%
Bestias	124	35.9%
Bote motor	155	44.9%
Considera que gasta		
No gasta	35	10.1%
El gasto es poco	48	13.9%
Se puede pagar	33	9.5%
Es muy caro	229	66.3%
Total	345	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No.11

Valoración de la existencia de personas u organismos gubernamentales y no gubernamentales trabajando para la planificación de mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de LCRG de Julio-Diciembre 2006.

Quién está trabajando para su planificación	Numero	Porcentaje
Nadie	126	36.5%
Centro de Salud	46	13.3%
Brigadista	105	30.4%
Partera	8	2.3%
Brigada Médica Móvil	60	17.4%
Total	345	100.05

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No.12

Valoración de la práctica de planificación familiar en las mujeres del área rural del Municipio de LCRG de Julio- Diciembre 2006.

Variable	Numero	Porcentaje
Tiene pareja sexual		
Si	331	95.9%
No	14	4.1%
Desea tener más hijos		
Si	170	49.3%
No	175	50.7%
Total	345	100.0%
Desea Planificar		
Si	204	59.2%
No	141	48.8%
Total	345	100.0%
Actualmente planifica		
Si	137	39.7%
No	208	60.3%
Total	345	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No.13

Valoración de las causas de no planificación familiar en las mujeres de edad fértil del área rural del Municipio de LCRG de Julio-Diciembre 2006.

Causa	Numero	Porcentaje
No le gusta a mi marido	55	26.4%
No ha venido la Brigada Médica Móvil	50	24.0%
Tardo en salir embarazada	29	14.0%
Estoy enferma	26	12.5%
Mi niño está muy pequeño	25	12.0%
Quiero tener los hijos que Dios me mande	23	11.1%
Total	208	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No.14

Valoración de los métodos de planificación familiar más usados por las mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de LCRG de Julio-Diciembre 2006.

Método	Numero	Porcentaje
Depo-provera	102	74.5%
Lo-femenal	15	10.9%
Mesigyna	12	8.7%
Esterilización	5	3.6%
Preservativo	3	2.2%
Total	137	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No.15

Valoración de la frecuencia de cambio de los métodos de planificación familiar por parte de las mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de LCRG Julio-Diciembre 2006.

Variables	Número	Porcentaje
Cambio de método		
Si	41	29.9%
No	96	70.1%
Total	137	100.0%
Razón del cambio		
Amenorrea	17	41.6%
Cefalea	10	24.3%
Por olvido del método	10	24.3%
Presión Alta	4	9.8%
Total	41	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No.16

Valoración del tiempo de uso y frecuencia de asistencia a las citas por partes de las mujeres planificando del área rural del Municipio de LCRG Julio-Diciembre 2006.

Variables	Número	Porcentaje
Tiempo de uso		
Menos de 6 meses	22	16.1%
6 meses-2 años	80	58.4%
3-5 años	20	14.6%
Más de 5 años	15	10.9%
Cada cuánto asiste a su cita		
Cada 3 meses	96	70.1%
Cada 6 meses	20	14.6%
Me lo traen	21	15.3%
Total	137	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No.17

Valoración de los problemas percibidos por las mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de LCRG que usan métodos de planificación familiar de Julio-Diciembre 2006.

Variable	Número	Porcentaje
Ha tenido problemas por el uso de los métodos de P/F		
Si	76	55.5%
No	61	45.5%
Total	137	100.0%
Qué problemas		
Amenorrea	21	27.6%
Cefalea	25	32.9%
Aumento de peso	17	22.4%
Nauseas	5	6.6%
Presión alta	7	9.2%
Varices	1	1.3%
Total	137	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No.18

Sugerencias para mejorar la calidad de atención del programa de Planificación familiar de AIMNA por parte de las mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de LCRG de Julio-Diciembre 2006.

Sugerencias	Numero	Porcentaje
Brigada médicas cada 3 meses	57	16.5%
Puesto de salud más cerca	40	11.6%
Hablen a las parejas de P/F	88	25.5%
Dar los métodos aunque no tengan la menstruación	61	17.7%
Explicar mejor sobre P/F	79	22.9%
Respeten la razón espiritual	20	5.8%
Total	345	100.0%

Fuente: La Encuesta.

Cuadro No.19

Relación entre edad, escolaridad, religión y planificación familiar en las mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de LCRG Julio-Diciembre 2006.

Variable	Planifica		No planifica	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Edad				
15-19 años	20	14.7%	53	25.5%
20-35 años	100	72.9%	101	48.6%
36-49 años	17	12.4%	54	25.9%
Escolaridad				
Analfabeta	38	27.7%	155	74.5%
Alfabetizada	40	29.2%	28	13.5%
Primaria incompleta	48	35.0%	22	10.6%
Primaria Completa	8	5.8%	3	1.4%
Secundaria incompleta	3	2.2%	0	0.0%
Religión				
Católica	120	87.6%	103	49.5%
Evangélica	10	7.3%	96	46.1%
Ninguna	7	5.1%	6	2.9%
Otra	0	0.0%	3	1.5%
Total	137	100.0%	208	100.0%

Fuente: La Encuesta

Cuadro No.20

Relación entre número de hijos y planificación en las mujeres de edad fértil del área rural del Municipio de LCRG de Julio-Diciembre 2006.

Numero de hijos	Planifica		No planifica	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
0-3	35	25.5%	128	61.5%
4-6	55	40.2%	55	21.2%
7- más	47	34.3%	36	17.3%
Total	137	100.0%	208	100.0%

Fuente: La Encuesta

Cuadro No.21

Relación distancia en horas del centro de salud y planificación en las mujeres de edad fértil del área rural del Municipio de LCRG de Julio-Diciembre 2006.

Distancia en horas	Planifica		No planifica	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
No conoce	0	0.0%	3	1.4%
2-4	58	42.3%	42	20.2%
5-8	39	28.5%	102	49.0%
9-24	22	16.0%	29	13.9%
25-48	18	13.2%	32	15.4%
Total	137	100.0%	208	100.0%

Fuente: La Encuesta

Cuadro No.22

Relación entre estado civil y frecuencia de planificación familiar en las mujeres en edad fértil del área rural del Municipio de LCRG 2006.

Estado civil	Planifica		No planifica	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Casada	60	43.8%	11	5.3%
Unión libre	77	56.2%	183	87.9%
Soltera	0	0.0%	11	5.3%
Viuda	0	0.0%	3	1.5%
Total	137	100.0%	208	100.0%

Fuente: La Encuesta.