



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA
SALUD**

(Maestría en Salud Pública 2004-2006)



Tesis para optar el Título en Maestro de Salud Pública

**CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE METODOS DE
PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADOS POR LOS
ESTUDIANTES DEL BARRIO SAN JUDAS. MANAGUA,
AGOSTO 2005 - MARZO DEL 2006**

AUTOR: José Bayardo Morales Espinoza MD

TUTOR: Lic. Manuel de J. Martínez

MANAGUA, Junio del 2006.

INDICE

CONTENIDO	PAG
Dedicatoria	I.
Agradecimiento	II.
Resumen	III.
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACION	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V. OBJETIVOS	8
VI. MARCO DE REFERENCIA	9
VII. DISEÑO METODOLOGICO	33
VIII. RESULTADOS	37
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS	41
X. CONCLUSIONES	44
XI. RECOMENDACIONES	45
XIII. BIBLIOGRAFIA	46
ANEXOS.	

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso que permitió llegar al final de esta hermosa carrera, quién con su Santo Espíritu, me dio la sabiduría necesaria y de esta manera culminar mis estudios.

A mi familia, esposa e hijas quienes son mi inspiración para ser cada día mejor y darle lo que se merecen.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todo el cuerpo docente del CIES, quienes día a día llenaron su bolsa de conocimiento y de valores y me transmitieron de los que ellos también recogieron en el camino de la enseñanza

A todos aquellos que de alguna manera directa o indirecta contribuyeron para la culminación de mis estudios como lo es mi amigo y hermano el Pastor: Ricardo Hernández y todos los que en esta última etapa de mi tesis me ayudaron a culminarla como lo es mi tutor Lic. Manuel Martínez, mi amigo de informática: Lic. Mario Hurtado y mi asesor en Epi-Info Lic. Paul Callejas, gracias a todos ellos y que Dios les bendiga en gran manera.

RESUMEN

El presente estudio documenta las Creencias y Prácticas de los Métodos de Planificación Familiar utilizados por los adolescentes y jóvenes del barrio San Judas de la ciudad de Managua, específicamente en los colegios: Panamá y Miguel de Cervantes.

El estudio fue de corte descriptivo con método cuantitativo, su unidad de análisis fueron 10 estudiantes de 5to. y 6to. grado del colegio Panamá, y 10 estudiantes de cada nivel académico del colegio de secundaria Miguel de Cervantes para un total de 70 estudiantes.

En la recolección de la información se construyó un instrumento semi estructurado dirigido a los adolescentes y jóvenes seleccionados.

En el procesamiento de la información se realizaron análisis simples de datos y cruces de variables de los objetivos del estudio.

De nuestro estudio concluimos:

- La persistencia de una Creencia en relación a la transmisión de nuestro estudio sobre los Métodos de Planificación Familiar para nuestros entrevistados es relativamente buena en vista de no ser solo el hogar el que proporcione esta enseñanza sino también los medios de información y de educación.
- El Núcleo Familiar de los entrevistados constituye un medio por el cual los valores de la familia se contraponen al pensamiento de la nueva percepción de la vida de no hacer lo que sus padres hicieron. Procrear uno o dos hijos es el pensamiento que en planificación familiar concluyen los entrevistados.
- La práctica en relación sexual por los entrevistados a pesar de no estarla ejerciendo son conocedores de los métodos de PF.
- Los Métodos de Planificación Familiar aunque no resultaron ser desconocidos por nuestros entrevistados, pero si resultaron no saber de su uso correctamente.

I. INTRODUCCIÓN:

En el siglo IV a.C., Hipócrates fue el precursor del dispositivo intrauterino (DIU), ya que descubrió el efecto anticonceptivo que se derivaba de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero y su utilización desde épocas remotas en las camellas de los nómadas del desierto, para evitar su preñez durante las largas travesías (piedras de río (1)).

La planificación Familiar es la adopción voluntaria de alguna forma de contracepción. La contracepción sería el conjunto de técnicas utilizadas para controlar la fecundidad de la mujer permitiendo planificar los nacimientos de los hijos en el momento deseado, sin renunciar a una actividad sexual normal.

Los programas de Planificación familiar tienen amplia cobertura por los Ministerios de Salud de cada País, y son una prioridad por que ejercen aparentemente un control sobre la natalidad.

El tema por el cual se realizó este estudio es para conocer si los Métodos de Planificación Familiar utilizados por los entrevistados han contribuido al control de la natalidad de los embarazos no deseados en vista de que existen muchos tabúes sobre las creencias y practicas de estos métodos que de alguna forma han influenciado a la pareja para hacer uso o no de ellos.

Nuestro estudio se llevó a cabo en el área urbana de Managua en el Barrio San Judas, en una escuela de primaria y una de secundaria En el periodo comprendido Agosto 2005 a Marzo del 2006.

II. ANTECEDENTES

Actualmente los programas de Planificación Familiar han tenido una gran difusión, lo cual posiblemente ha tenido algún impacto en el control de la natalidad de la población en Nicaragua

En el Estado de México y particularmente en el Municipio de Temoaya se lleva el programa de salud reproductiva siguiendo los lineamientos esenciales así como la búsqueda del cumplimiento de los objetivos y metas estipulados en los programas nacionales de población y de la mujer. En el nuevo contexto de salud reproductiva, la Planificación Familiar se fortalece al encontrar nuevos espacios y nuevas oportunidades y deja de ser un dilema puramente numérico y su misión se centra en la salud, desarrollo y bienestar social y familiar, donde la identificación del nivel de participación de la población es básica para el logro de los objetivos.

Un aspecto esencial para entender el comportamiento de los grupos poblacionales hacia las diferentes actividades en pro de la salud es a partir de evaluar su percepción hacia los mismos, lo cual permite conocer mejor tanto a la población como a sus necesidades.

Dicho estudio fue descriptivo, de corte transversal, aplicando 175 encuestas a habitantes de ambos géneros del Municipio que estuvieran casados y que usaran o hubieran usado algún método anticonceptivo. Las encuestas se aplicaron en los domicilios de las personas. La participación de la población fue buena, siendo en proporción similar tanto los hombres como las mujeres con una edad promedio de 29 años, alfabetos el 70% de ellos, con nivel de escolaridad primaria.

La percepción se integró en 3 categorías, siendo el mayor porcentaje (48%) de una percepción buena, y el 39% como mala, existiendo diferencias por Edad, al comparar menores de 30 años con mayores de esta edad, así como también hubo una diferencia significativa entre género y estado civil, comparando quienes tienen una pareja "formal" y quienes no tienen una. (2)

Otro estudio relacionado a nuestro tema fue realizado en Colombia éste ha sido considerado uno de los países latinoamericanos más exitosos en lograr un descenso rápido de su fecundidad. A este hecho han contribuido entre otros: la rápida urbanización, el aumento de la escolaridad y la gran aceptación de la planificación familiar por parte de la comunidad. Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia en el uso de métodos mostrada en la última Encuesta de Demografía Y Salud, existe una gran demanda insatisfecha, especialmente en las poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas.

En este proceso, el país ha retomado recomendaciones internacionales y ha implementado políticas de salud sexual, las cuales contribuyen a disminuir la alta tasa de gestación no deseada y la mortalidad materna y perinatal, brindando así una mejor calidad de vida a los colombianos.

La Planificación Familiar es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos. (3)

En Nicaragua, estudios de Planificación Familiar hechos por médicos de pregrado y de postgrado no reflejan estudios relacionados a este tema, excepto el que hiciera el hospital escuela Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León cuyo objetivo general fue “Conocer el grado en que el Servicio de ARO-I da respuesta a las necesidades en Planificación Familiar, en mujeres atendidas por aborto en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, en el período comprendido entre 1996 y 1999. Los hallazgos de este estudio fueron:

“Que la mayoría (69.9%) de las mujeres atendidas por aborto en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, se decidieron a usar métodos de planificación familiar, la proporción de las que decidieron usar métodos anticonceptivos fue de 94.5% en el año 1996 y de 100% en 1999. Cifras más bajas de aceptación muy probablemente estuvieron asociadas a circunstancias especiales en que se trabajó esos años. Así, en 1997 en que se obtuvo sólo un 18.3% de aceptación, fue el año de la huelga médica,

mientras que en 1998 el trabajo del Departamento estaba alterado por la reparación de los quirófanos. Si se piensa que la situación encontrada en el HEODRA puede ser similar a la de otros lugares, se tendría en los hospitales del país un número grande de mujeres interesadas en usar métodos de planificación familiar.

Otro aspecto importante del estudio es que se pudo atender a todas las mujeres que mostraron interés en usar métodos anticonceptivos, aunque no siempre haya sido con el método que las mujeres preferían.

Los métodos anticonceptivos preferidos por la mujeres entrevistadas en el presente estudio (Gestágenos orales, DIU y esterilización femenina), en general coinciden con lo encontrado en el estudio de PROFAMILIA, en 1992, entre mujeres que estaban dispuestas a iniciar o reiniciar el uso de anticonceptivos, aunque el orden fue un poco diferente: Gestágenos orales, esterilización quirúrgica y el DIU), lo que debe tomarse en cuenta al planificar la atención de estas mujeres.

En el presente estudio, la proporción de mujeres que no desean más embarazos (14.7%) fue menor que la observada en el estudio de PROFAMILIA (54.9%), aunque en este caso el dato se refiere a mujeres que tenían al menos un hijo vivo, mientras que en el nuestro se incluyen mujeres que no han tenido hijos. Ambos estudios coinciden en que, a mayor edad y paridad, una mayor proporción de las mujeres ya no desean más hijos. Una elevada proporción de las mujeres atendidas por aborto en el HEODRA estaban interesadas en evitar y, principalmente, en posponer nuevos embarazos. El hecho de que uno o más miembros del Departamento de Gineco-Obstetricia se encargaron de realizar actividades de orientación a estas mujeres sobre el tema mencionado y mostró ser de gran utilidad para identificar a las interesadas y proceder a su atención.

Los métodos más solicitados por las mujeres fueron los Gestágenos orales, el DIU y la esterilización quirúrgica.

De la experiencia en estos cuatro años también se concluye que, cuando existe voluntad, es posible atender a todas las mujeres que muestran interés en usar un método anticonceptivo, aunque no sea necesariamente el que preferirían las mujeres.

En relación a la solicitud de esterilización quirúrgica es que se tuvo mayor dificultad, habiéndose atendido sólo a un poco más de la mitad de las que lo solicitaron (4).

En Managua, en el Distrito III lugar del estudio, se consultó a la Directora del Centro de Salud Edgar Lang sobre estudios de planificación realizados en la comunidad en estudio y aseguró no haberse realizado ningún estudio sobre este tema.

Lo más relacionado a nuestro estudio son los antecedentes descritos que reflejan un poco la creencia y prácticas sobre los métodos de planificación familiar, es por ello que nuestro estudio siendo tipo CAP servirá de aporte a estudios evaluativos de intervención sobre los Métodos de Planificación Familiar que realicen las instancias interesadas en el tema de Planificación Familiar.

III. JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud como entidad del Estado, tiene la obligación de estar constantemente valorando sus programas de atención que oferta a sus usuarios y los programas de Planificación Familiar es uno de los de mayor cobertura por su amplia demanda por parte de la población.

Estudios de Planificación Familiar que se han realizado en Nicaragua específicamente en el Hospital Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León (4) demuestran el uso de algunos métodos y el impacto que estos han producido, no así los relacionados a nuestro estudio sobre las Creencias y Prácticas que los estudiantes tienen sobre los Métodos de Planificación Familiar.

Se espera que con los resultados de la presente investigación se puedan aplicar en muchos de los aspectos que brindan los programas de Planificación Familiar, específicamente en el tipo de información que se le brinda a los adolescentes y jóvenes que buscan los servicios de salud para optar a algún método de planificación familiar, buscando con ello lograr un futuro mejor y sin obligaciones de familia, específicamente del nacimiento de un nuevo ser. De igual manera ampliar la cobertura de dicho Programa, lo que podría ser de mucho interés para Organismos No Gubernamentales afines. Por ende los adolescentes y jóvenes serían muy beneficiados con los hallazgos del presente estudio, ya que por desconocimiento no hace uso de estos programas.

Esperamos que este estudio sea un elemento más para estudios posteriores y que sirva como instrumento para mejorar la utilización de Métodos de Planificación Familiar en este grupo de población.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los Métodos de Planificación Familiar usados por el hombre, han ejercido aparentemente un control sobre la natalidad y para los embarazos deseados. La idiosincrasia es un elemento importante que ha contribuido a la aceptación o rechazo de estos métodos, es por ello que en nuestra investigación nos hemos planteado las siguientes preguntas:

¿Qué datos socio-demográficos presentan los adolescentes y jóvenes en estudio que habitan en el barrio San Judas, de Managua, en el período del año 2005?

¿Cuáles son las creencias sobre los Métodos de Planificación Familiar que tienen los adolescentes y jóvenes del barrio San Judas, del Distrito III, de la ciudad de Managua, año 2005?

¿Cuáles son las prácticas utilizadas sobre los Métodos de Planificación Familiar de los adolescentes y jóvenes del Barrio San Judas de Managua, año 2005?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Analizar las creencias y las prácticas sobre métodos de Planificación familiar de los estudiantes del barrio San Judas de Managua, en el período del año 2005.

5.2. Objetivos específicos

- 1.- Describir las características socio-demográficas de los sujetos seleccionados para el estudio.
- 2.- Identificar las creencias acerca de los métodos de Planificación Familiar que tienen los sujetos del estudio del barrio San Judas.
3. Analizar las prácticas acerca de los métodos de planificación familiar que tienen los estudiantes del estudio del barrio San Judas.

VI. MARCO DE REFERENCIA

Normas de Planificación Familiar: Capítulo 1. Aspectos Generales:

Las disposiciones contenidas en la presente norma, tienen su base legal en la Constitución Política, la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud y la Resolución Ministerial No. 6-95 del MINSA y los Compromisos Internacionales asumidos como País, que a continuación se citan:

Constitución Política de la República de Nicaragua:

Ley No. 290. Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del poder ejecutivo

Capítulo 2 “Disposiciones comunes”

Arto.20.- Estructura común. Las estructuras de los Ministerios y los órganos incluidos en el presente capítulo de éste Reglamento, son comunes para todos los Ministerios.

Capítulo 9 “Ministerio de Salud”

Arto.207.- Estructura. Para el adecuado funcionamiento, el Ministerio de Salud se estructura en:

- Dirección Superior
- Órganos de Asesoría y Apoyo a la Dirección superior.
- Direcciones Generales
- Divisiones Generales
- Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS)

Direcciones Generales y Específicas:

Sección 2. Dirección General de Servicios de Salud.

Arto. 210. Dirección general, Corresponde a la Dirección General de Servicios de Salud:

Formular y proponer los modelos formativos y regulaciones que regirán la organización y funcionamiento de los servicios de salud.

Revisar, discutir y aprobar en primera instancia las propuestas normativas que emanen de las Direcciones o Programas de la Dirección General de Servicios de Salud y presentarlas a la Dirección Superior para su validación final.

Arto.212.- Dirección de Atención Integral a la Mujer y Niñez y Adolescencia.

Corresponde a esta Dirección:

- Garantizar la aplicación del modelo de atención integral mujer, niñez y adolescencia en las unidades prestadoras de servicios.

-Impulsar la salud sexual y reproductiva como estrategia dentro de las políticas de salud.

En el Título II, Capítulo II, “Derechos y Obligaciones de los usuarios”.

Arto.8.- Derechos de los Usuarios.

“Numeral 8.- “El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad.

El usuario es libre de escoger el procedimiento frente a las alternativas que se le presenten. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario.

Numeral 14.- “A exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud, cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.

En el Título III. Capítulo IV “De la recuperación de la Salud”. Sección II, “De la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia”.

Arto.32.- La atención en la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez, y la Adolescencia del Ministerio de Salud.

Este programa incluirá las acciones de control prenatal, atención del parto, del puerperio, del recién nacido, detección precoz del cáncer de cuello uterino y mamas, así como acciones para la salud sexual y reproductiva.

“Numeral 13. “Planificación Familiar”.

Arto. 50.- “Para el cumplimiento del paquete básico de servicios de salud, el primer nivel de atención, se regirá conforme los programas, manuales y protocolos de atención definidos por el MINSA.

En el Título X, Programas en salud, Capítulo V: Arto. 211.- “De la atención integral a la mujer, la niñez y la adolescencia”

La atención a la mujer, la niñez y la adolescencia se proveerá según lo dispuesto en los programas de atención integral a los grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida, según manuales y demás disposiciones complementarias.

Resolución Ministerial NO. 6 – 95: “aprobación del manual operativo de atención integral a la mujer y la niñez”,

Dada en la ciudad de Managua a los once días del mes de enero de mil novecientos noventa y cinco.

Segunda parte, “Normas de Atención, Capítulo II, Atención Integral a la mujer. Páginas 56 y 57 “Atención integral a la adolescente”; Páginas 58 y 59 “Atención integral a la mujer joven y adulta 20 a 39 años”;

En el Título III. Capítulo IV “De la recuperación de la Salud”. Sección II, “De la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia”.

Arto.32.- La atención en la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez, y la Adolescencia del Ministerio de Salud. Este programa incluirá las acciones de control prenatal, atención del parto, del puerperio, del recién nacido, detección precoz del cáncer de cuello uterino y mamas, así como acciones para la salud sexual y reproductiva.(5)

Creencias y Prácticas:

La cultura no es un elemento abstracto, sino la suma de conocimiento de una generación a otra, la memoria colectiva; la herencia social que hace posible la integración de los miembros de una comunidad. Impregnándose sus normas de comportamiento valores, sabiduría y habilidades, la síntesis de valores materiales y espirituales de una sociedad determinada, el marco organizador de la autoconciencia nacional: la fisonomía social, la personalidad de cada pueblo que encarna sus resultados: constituye su fisonomía peculiar su personalidad colectiva.(6)

Creencias: Firme asentimiento y conformidad con algo. Fe y crédito que se le da a un hecho. Religión, secta.

Prácticas: ejercicio de alguna capacidad o arte. Destreza que se adquiere con dicho ejercicio.

Las creencias y prácticas son el conjunto que está orientado para la prevención y/o curación de las enfermedades constituyen elementos objetivos de las condiciones de vida de la comunidad. Determinan pautas culturales fuertemente arraigadas en las costumbres y modo de vida en un ambiente socio-cultural y ecológico, donde convive la familia a nivel comunitario.

La familia cumple la función de transmitir entre las generaciones las experiencias de vida, de los valores espirituales, normas morales, ideas tradicionales y otras, dando lugar así a lo que se llama cultura popular tradicional. (7).

En este proceso cultural el lenguaje juega un papel muy importante, ya que es la expresión concreta del pensamiento y una forma de relación entre los hombres independientemente a la clase social a la que pertenece y estará en dependencia de las percepciones que tengan los actores sociales, sus roles e intereses.

Todos los hombre y mujeres pertenecientes a una determinada sociedad son actores y autores de la cultura que produce esa sociedad, en este sentido todos ellos son portadores de una cosmovisión (Filosofía) que se expresa en conocimiento, creencias y prácticas mediante los cuales asimilan espiritualmente el mundo que les rodea, adquieren conciencia de su propio ser y resuelven los problemas que se les plantea.

Dentro de este marco de concepciones, creencias y prácticas cada persona y cada pueblo es portador de un sistema de valores y contravalores que le ha proporcionado su cultura. Obviamente la idiosincrasia es parte sustantiva de la cultura presente en toda agrupación social que posee su propia identidad, ya que toma o rechaza lo que la cultura le prescribe como bueno o malo para preservar su propia identidad cultura.(8)

Un estudio relacionado sobre Creencias y Prácticas sobre Enfermedades Populares y Tradicionales más comunes en Waspán y Rama Cay realizado por Gutiérrez y Morales en Nicaragua los resultados encontrados demuestra la tradición cultural sobre las creencias y prácticas que estos pobladores indígenas han conservado el apresto sobre su medicina tradicional legado que son valores de sus antepasados y que ello ha contribuido al mejoramiento y respuesta de la salud-enfermedad. Este estudio se realizó en grupos de tres generaciones abuelos, padres e hijos en cada uno de ello se trató de relacionar la transmisión de la enseñanza en cuanto a los conocimientos que tenían de tratar las enfermedades encontrando que en los tres grupos se conserva la misma forma de tratar a las enfermedades tanto el conocimiento de la enfermadas y el tratamiento a aplicar. Esto confirma el asentimiento en que las Creencias y las Prácticas son valores de culturales que se pueden conservar en la medida que se puedan legar a las nuevas generaciones según concluyeron los investigadores Gutiérrez, Morales.(9)

Planificación Familiar:

¿Qué es la planificación familiar?

La planificación Familiar es la adopción voluntaria de alguna forma de contracepción. La contracepción sería el conjunto de técnicas utilizadas para controlar la fecundidad de la mujer permitiendo planificar los nacimientos de los hijos en el momento deseado, sin renunciar a una actividad sexual normal.

Planificación Familiar y Contracepción son, por tanto, dos conceptos muy ligados. El principio de la contracepción consiste en evitar que el óvulo, liberado cada mes por la mujer, entre la pubertad y la menopausia, sea fecundado por los espermatozoides liberados durante la relación sexual.

Cada método contraceptiva trata de controlar o impedir alguno de los siguientes procesos: la ovulación, penetración de los espermatozoides en los órganos reproductores de la mujer o la nidación del huevo fecundado en el útero o matriz.(10).

Responsabilidad de la Planificación Familiar:

Los hombres se interesan en la salud de la reproducción más de lo que cree la gente. Los estudios y encuestas recientes parecen contradecir las opiniones populares acerca de la participación de los hombres en la planificación familiar; por ejemplo, que la mayoría de los hombres saben poco acerca de la anticoncepción, que no quieren que sus compañeras la usen y que no estén interesados en planificar sus familias.

Las actitudes y comportamientos varían enormemente de un hombre a otro, naturalmente. Sin embargo, pensándolo bien las pruebas indican que la participación de los hombres aumentaría si éstos tuviesen más oportunidades de hacerlo.

Algunos programas de planificación familiar se han interesado en hacer participar a los hombres por más de un decenio, pero sólo recientemente la participación de los hombres ha llegado a ser objeto de atención considerable.

Por qué hasta ahora? Una razón importante ha sido la creciente preocupación en todo el mundo respecto a la rápida propagación del VIH. "La importancia del VIH/SIDA ha abierto el debate relativo al comportamiento sexual", dice Mary Nell Wegner, directora

de Men As Partners Initiative (Iniciativa de los Hombres como Socios) en AVSC International con sede en Nueva York. Los programas de prevención del VIH se han centrado en los hombres y las mujeres dándoles casi la misma atención, a diferencia de los programas de planificación familiar, que se han centrado principalmente en las mujeres, afirman Mary Nell Wegner y otros expertos.

Los programas de planificación familiar siempre han considerado a las mujeres como sus clientes principales por tres razones: son las mujeres las que quedan embarazadas; la mayoría de los métodos anticonceptivos están diseñados para las mujeres; y los servicios de salud de la reproducción se pueden ofrecer de forma conveniente como parte de los servicios de salud materna infantil. Algunos programas de planificación familiar han evitado atender a los hombres porque creían que muchas mujeres necesitaban privacidad y autonomía en cuestiones de salud de la reproducción.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, recordó a todo el mundo que la buena salud de la reproducción es el derecho de todas las personas, sean hombres o mujeres, y que juntos comparten la responsabilidad en cuestiones de reproducción. Al hacer énfasis en el género --las funciones prescritas que los hombres y las mujeres desempeñan en la sociedad-- la Conferencia señaló el hecho de que si los hombres quedan fuera de la ecuación relativa a la salud de la reproducción, es poco probable que ejerzan responsabilidad. En El Cairo se llegó al consenso de que ni las mujeres ni los hombres podrían disfrutar de buena salud de la reproducción si las parejas no pueden hablar de cuestiones sexuales y tomar juntos decisiones pertinentes a la reproducción. "Por primera vez, El Cairo estableció políticas claras acerca de la participación de los hombres y sentó las bases para que los donantes y los programas en materia de planificación familiar tomaran medidas al respecto", dice Wegner.

Se realizaron 15 estudios en diferentes países donde indican una "brecha de conocimientos, actitudes y prácticas" entre los hombres, lo que es una contradicción entre el grado de "conocimientos y actitudes" acerca de la planificación familiar en comparación con las "prácticas". El uso de anticonceptivos entre los hombres es más bajo de lo que podría esperarse, en vista de sus niveles generales de aprobación y conocimientos. Entre una cuarta y dos terceras partes de los hombres encuestados no

querían tener más hijos, a pesar de que ninguno de estos hombres ni sus compañeras estaban usando la anticoncepción. La consecuencia de esos resultados es la siguiente: si los programas pudieran encontrar mejores formas de llegar a los hombres como individuos e integrantes de la pareja, el uso de los anticonceptivos podría aumentar considerablemente.

Si bien es cierto que los 15 países representan sólo partes de África y Asia, existe una coherencia notable entre ellos respecto al interés que tienen los hombres en la salud de la reproducción, lo suficiente como para indicar un nivel similar de interés entre los hombres de otros lugares. Sólo en unas cuantas EDS se han entrevistado a los hombres en América Latina y el Caribe (Brasil, República Dominicana, Haití y Perú); sin embargo, los resultados iniciales indican tendencias similares de interés masculino. Por ejemplo, en Brasil, hay más probabilidades de que los hombres, y no las mujeres, digan que no quieren tener más hijos. En Haití, el 92 por ciento de los hombres encuestados aprobaron el uso de anticonceptivos, y en Brasil el 86 por ciento lo aprobaron.

Los 15 países africanos y asiáticos en el análisis de Ezeh ofrecen una imagen de lo que es la participación masculina en los países en desarrollo desde varias perspectivas. Además de evaluar los sentimientos para saber si los hombres aprueban o no la planificación familiar y cuáles son sus intenciones respecto al tamaño de la familia, estas encuestas determinan el grado de conocimientos que tienen los hombres respecto a las opciones anticonceptivas, sus inquietudes acerca de las enfermedades de transmisión sexual y su uso de la anticoncepción:

Aprobación:

La mayoría de los hombres, así como la mayoría de las mujeres, aprueban la planificación familiar. En siete de los 15 países encuestados, por lo menos 90 por ciento de los hombres aprueban el uso de la anticoncepción. La aprobación es más baja en África Occidental. Incluso en esta Región, sin embargo, la aprobación de los hombres parece ir en aumento. En Ghana, por ejemplo, el porcentaje de hombres que aprueban la planificación familiar aumentó de 77 por ciento en 1988 a 90 por ciento en 1993. En la mayoría de los países, los hombres están menos inclinados que las mujeres a aprobar la planificación familiar. Este hecho puede explicar en parte por qué los hombres suelen ser considerados como obstáculos para el uso de los

anticonceptivos. No obstante, en algunos de los países (Ghana, Malawi y Pakistán) los hombres están más inclinados que las mujeres a aprobar la planificación familiar. En casi todos los países encuestados, los hombres que habían recibido más educación expresaron mayor aprobación de la planificación familiar que los hombres con menos educación.

Nivel de conocimientos:

En casi todos los 15 países encuestados, es más probable que los hombres, y no las mujeres, tengan conocimientos acerca de la anticoncepción. No obstante, las encuestas notifican sólo si los encuestados han oído hablar de los diferentes métodos anticonceptivos. No evalúan el nivel de conocimientos, incluido el hecho de si los encuestados saben cómo usar los métodos correctamente. En todos los 15 países, la mayoría de los hombres conocen por lo menos un método moderno y un método tradicional. Salvo un país africano (Ruanda), hay más hombres que mujeres que conocen un método moderno. En Egipto, Marruecos, Bangladesh y Pakistán los hombres y mujeres notifican niveles análogos de conocimientos. La brecha entre los conocimientos de hombres y mujeres relativos a la anticoncepción es más grande en los países donde los conocimientos generales son bajos.

Anticoncepción e ITS:

En la mayoría de los países en desarrollo, la prevalencia del uso del condón suele estar por debajo del 5 por ciento. Las ITS están tan generalizadas, que los programas tienen que promover y proporcionar condones para la protección contra las enfermedades y también para la planificación familiar. Aunque hay poca información acerca del uso de los condones para la prevención contra las ITS en comparación con el uso para la planificación familiar, "los proveedores de servicios de planificación familiar deben reconocer que muchas mujeres se beneficiarían enormemente del uso de los condones para prevenir las ITS, además de ser otro método para prevenir el embarazo", dice la doctora Green. Y agrega: "En el caso de los clientes que necesitan protección contra el embarazo y las ETS, los programas deberían alentar el doble uso, a pesar de que aumenta los costos".

Según las 15 encuestas, es más probable que los hombres, y no sus compañeras, notifiquen el uso de anticonceptivos. Una explicación posible es que algunos hombres puedan estar notificando el uso de los condones fuera del matrimonio. Otra posibilidad es que algunas mujeres tal vez no les digan a los encuestadores que están usando la anticoncepción porque lo están haciendo sin el conocimiento de sus esposos. No se sabe si la explicación reside principalmente en el hecho de que los hombres sobre notifican el uso de anticonceptivos o que las mujeres sub notifican dicho uso. La participación de los hombres en la planificación familiar no puede medirse simplemente tomando como base el uso de métodos masculinos --coito interrumpido, condones y vasectomía-- porque pocas opciones anticonceptivas satisfactorias han sido diseñadas para los hombres.

Los expertos están de acuerdo en cuanto más comunicación haya entre esposos y esposas acerca de la planificación familiar, mucho más se usarán los anticonceptivos. No está claro si el intercambio de opiniones acerca de la planificación familiar estimula su uso o si la planificación familiar invita a hablar sobre el tema; es probable que ambos planteamientos sean verdaderos. Es extraordinario que en seis países de África Occidental encuestados, sólo una de cada cuatro parejas había hablado acerca de la planificación familiar durante el año anterior. Los estudios también indican que cuando los esposos aprueban la planificación familiar o cuando las esposas piensan que los esposos la apoyan, hay más probabilidades de que las esposas usen la anticoncepción. Sin embargo, algunas esposas suelen notificar que sus esposos desaprueban la planificación familiar, cuando en realidad los esposos mismos notifican que la aprueban.

Repercusiones del programa:

En los lugares donde los programas han llegado a los hombres, las actitudes de éstos han cambiado y el uso de los anticonceptivos ha aumentado. No obstante, ofrecer atención de salud de la reproducción a los hombres es más difícil que ofrecérsela a las mujeres, para quienes están designados los servicios de salud materno-infantil. "Los programas de atención de salud no pueden hacer lo mismo para llegar a los hombres que para llegar a las mujeres", observa la doctora Green. Puesto que muchos hombres no están dispuestos a solicitar atención de salud de la reproducción, dice Wegner, "hay

que aprovechar cada oportunidad que se presenta; hay que ir donde están los hombres".

Según el doctor Awasum, "para obtener resultados hay que llegar a los hombres en los lugares donde se reúnen muchos de ellos". En África, por ejemplo, casi todos los hombres son aficionados al fútbol, y por ello los Servicios de Comunicación en Materia de Población de la Universidad de Johns Hopkins están llegando a los hombres con servicios e información de salud de la reproducción mediante el patrocinio de la "COPA" (sigla que quiere decir "Comprensión y Participación"). Los partidos de la COPA de fútbol reúnen a millares de hombres, frecuentemente con sus esposas e hijos, que llegan a ver competir a los equipos y al mismo tiempo reciben información acerca de la atención de salud de la reproducción. Para comunicarse eficazmente con los hombres a través de los medios de información, los expertos están de acuerdo en que los programas deben comprender cuáles son las necesidades y opiniones de los hombres, y luego aprovechar estos conocimientos para diseñar mensajes que vayan dirigidos a ellos.

Los hombres tienen menos oportunidades que las mujeres de recibir orientación relativa a la atención de salud de la reproducción por parte de los proveedores de servicios, porque esa atención llega a pocos hombres. Por lo general, la orientación de planificación familiar se ofrece como parte de los servicios de salud materno infantil y son las mujeres las que suelen proporcionarla. Los programas que han dependido completamente de las trabajadoras de servicios de extensión han tenido dificultades para llegar hasta los hombres. Por lo tanto, muchos consultorios de planificación familiar tienen que aprender a recibir a los hombres, y los proveedores de servicios necesitan capacitación en técnicas para orientar a los hombres acerca de la salud de la reproducción.

De especial urgencia es la necesidad de fomentar entre los jóvenes una mayor responsabilidad sexual, incluida el mayor uso de condones. Con frecuencia, la actividad sexual comienza a una edad temprana y antes del matrimonio. Puesto que las tendencias conductuales y las actitudes que duran toda la vida suelen formarse en la juventud, abordar las necesidades de los hombres jóvenes puede tener un efecto duradero.

Un mayor énfasis en la participación de los hombres respecto a la salud de la reproducción podría ayudar a dirigir la atención hacia la necesidad de hacer más por las mujeres también. Una mayor participación de los hombres podría ayudar a mejorar los programas de las mujeres porque más hombres entenderían y estarían más dispuestos a apoyar una mejor atención de salud de la reproducción para las mujeres, y para ellos mismos. (11).

Práctica Anticonceptiva en adolescentes y jóvenes de ciudad de México, México:

El objetivo de este trabajo es describir brevemente la información que tiene la población adolescente y joven de la Ciudad de México sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, así como los motivos por los que no los utilizan durante sus relaciones sexuales. La información de la Encuesta sobre Comportamiento Reproductivo entre Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México, sirve de base para mostrar algunos patrones del comportamiento entre la población de 10 a 25 años de edad, de ambos sexos. El 32.7% de los entrevistados había tenido relaciones sexuales por lo menos una vez; la edad promedio de su inicio fue de 16 años para los varones y 17 para las mujeres. El 33.8% de los que han tenido relaciones sexuales declaró haber utilizado algún anticonceptivo y los principales métodos utilizados en la primera relación sexual fueron el ritmo (36.9%), el coito interrumpido (23.6%) y el condón (12.3%). Las razones por las que no usaron algún anticonceptivo fueron: que no conocían los métodos, no sabían cómo usarlos y dónde obtenerlos (39.4%), y que no planearon tener relaciones sexuales (28.9%). En el último contacto sexual que tuvieron, el 70.5 por ciento utilizó un anticonceptivo. De éstos los más utilizados fueron los hormonales y el DIU (40.9%); el ritmo (23.8%) y el coito interrumpido y condón. Los motivos por los que no usaron algún anticonceptivo en el último contacto sexual fueron que no creyeron embarazar o embarazarse, 27.1%, y que no planearon tener relaciones sexuales. La preparación de los padres puede ser un aspecto vital en los programas de educación sexual para la juventud; por lo que resulta imperativo que en la adolescencia, y de ser posible antes de la misma, se les den los conocimientos básicos sobre la fisiología de la reproducción, información acerca de la sexualidad y relaciones sexuales, e instrucciones acerca del uso correcto de los métodos anticonceptivos; el adolescente y el joven deben saber

lo que es la responsabilidad sexual; que aprendan cómo controlar su fecundidad, planear los embarazos.

La educación de los adolescentes y jóvenes es necesaria, además, por las siguientes razones: en su calidad de "padres del mañana", es importante crear conciencia cuando aún están formando sus ideas y criterios, y porque las tasas de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual, en la actualidad, están aumentando en forma alarmante. Si se desea resolver en parte estos problemas será necesario introducir la educación a la vida familiar.

Hay que intentar promover una mejor calidad de vida a través de la toma de decisiones responsable, de una mejor comprensión de las relaciones humanas y de una redefinición de los roles familiares. A través del asesoramiento, consejo y apoyo, los adolescentes y jóvenes deben de ser ayudados a tomar sus decisiones, basadas en información completa acerca de sus valores sexuales personales, libres de presiones de grupo o de los padres. Debe darse total apoyo a aquellos que eligen postergar el contacto sexual, así como no deben ser criticados quienes participan en actividades sexuales.

En casi todos los países se cuenta con servicios de planificación familiar para adultos, lo cual también sucede en el nuestro, pero aquí no tenemos servicios dedicados especialmente al grupo de adolescentes y jóvenes solteros, donde se tomen en cuenta sus características, actitudes y comportamiento. En las instituciones prestadoras de servicios de planificación familiar para adultos, los adolescentes y jóvenes pueden tener problemas tales como lo incomodo de acudir a estos sitios en donde se sepa que fueron en busca de un método anticonceptivo, las dificultades para mantener las citas, la espera prolongada, el costo que implica, que el personal médico y paramédico los reciba con "cara de asombro", o incluso que les soliciten el consentimiento de los padres, etcétera. El resultado de estos factores puede ser un embarazo no deseado, por lo que un servicio adecuado debería facilitar el anticonceptivo y además información sobre su empleo eficaz.

Para establecer los servicios apropiados para estos grupos de población, se debe proceder a investigar cuáles son las vías y las formas de comunicación más

apropiadas para los adolescentes y jóvenes; conocer cuáles son sus criterios para el uso de métodos anticonceptivos, y las formas de administrar y prestar los servicios para ellos.

Los métodos anticonceptivos de que se dispone en la actualidad no son los ideales para los adolescentes y jóvenes, porque a veces no toleran los efectos secundarios y fácilmente aceptan los "consejos" en relación con los riesgos de la anticoncepción. Por lo tanto, se deberá seleccionar el método anticonceptivo adecuado a cada caso, y éste deberá darse a conocer a los adolescentes, explicándoles el modo de empleo e informándoles sus consecuencias y efectos secundarios, así como sus beneficios; además se deberá recalcar la efectividad del método, los motivos por los que "fallan" los anticonceptivos, y asegurarles la accesibilidad del mismo para que exista la motivación para su uso y continuidad.

Se deben revisar y actualizar las leyes y políticas que parecen limitar e imponer barreras para promover la educación sexual en la vida familiar y en las escuelas, así como para el suministro de métodos anticonceptivos a los adolescentes.

Esta encuesta se realizó con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y de la Organización Panamericana de la salud (12).

Características del Servicio:

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas mínimas que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, las cuales deben tener capacidad resolutoria y un equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad, que garantice la información, educación, consejería y oferta anticonceptiva a libre elección informada al hombre, mujer o pareja, así como su seguimiento.

Además de la obligación administrativa y técnica, estas normas implican por parte de sus ejecutores, un compromiso ético para garantizar los derechos reproductivos y la protección anticonceptiva de hombres y mujeres en edad reproductiva.

Consulta de Planificación Familiar (Consulta de primera vez por medicina general y consulta de primera vez por enfermería).

Esta consulta es realizada, de acuerdo al método seleccionado y al nivel de complejidad, por un médico o enfermera debidamente capacitados en planificación familiar. Los pasos que se deben seguir en ella son:

- Informar sobre el conocimiento de los métodos disponibles, sus mecanismos de acción, ventajas, desventajas, riesgos, signos de alarma y consecuencias del uso de cada uno de ellos. Se debe siempre hablar del riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual y de la posibilidad de usar doble método para su protección.
- Se debe ofrecer información sobre todos los métodos de anticoncepción existentes sin exclusión alguna
- Responder a las necesidades y dudas del hombre, de la mujer o de la pareja, en un lenguaje sencillo y apropiado. Este proceso, debe realizarse en forma individual, además permite al profesional de salud asegurarse si la usuaria(o) ha entendido todo lo que se le ha explicado sobre el método que desea elegir.
- Realizar anamnesis completa haciendo énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, condiciones de salud, hábitos y uso de medicamentos.
- Examen físico general y del aparato reproductivo
- Brindar apoyo al usuario(a) para la elección del método, aplicando los criterios de elegibilidad para iniciar el uso de métodos anticonceptivos, que se presentan posteriormente.
- De acuerdo con los hallazgos y teniendo como guía los criterios de elegibilidad para iniciar anticonceptivos y los procedimientos seleccionados para proveer métodos de planificación familiar, se debe entregar el método seleccionado.
- Orientar, informar y educar al usuario sobre:
- Signos de alarma por los que debe consultar

- Importancia de los controles y su frecuencia: las usuarias(os) deben ser informados sobre la importancia de asistir a consulta para sus controles periódicos, en caso de complicaciones o cuando se requiera cambio del método temporal.
- Prevención de ITS (uso de condón como método de protección adicional).
- En casos de elección de métodos quirúrgicos, es preciso obtener consentimiento individual informado escrito, del hombre en vasectomía o de la mujer en oclusión tubaria bilateral (firma o huella dactilar); programar para el procedimiento y entregar un método temporal hasta que se practique la cirugía. La Ley 23 y el Decreto reglamentario 3380 de 1981 en el artículo 15, estipulan la obligatoriedad de informar anticipadamente al usuario, sobre los riesgos y consecuencias de los procedimientos médicos o quirúrgicos, que puedan afectarlo física o psíquicamente y la firma del consentimiento donde certifique que fue informado.
- En caso de vasectomía suministrar métodos temporales para los primeros tres meses post cirugía y dar orden para recuento espermático de control a los tres meses.
- Se debe consignar en la Historia Clínica y en el registro estadístico, en forma clara los datos obtenidos en la valoración, los procedimientos realizados y el método suministrado. Si se trata de un método permanente, debe incluirse en la Historia el consentimiento informado, debidamente firmado por el paciente y la descripción de la técnica quirúrgica.
- En casos de Anticoncepción Post-evento Obstétrico (por ejemplo: DIU, Oclusión Tubaria Bilateral), se debe brindar consejería en el Control Prenatal. Durante la hospitalización se debe reforzar la consejería y brindar el método seleccionado por la paciente, antes de su egreso de la institución en donde se atienda el parto o aborto, teniendo en cuenta lo siguiente:
 - El DIU post parto vaginal se debe colocar entre 10 minutos a 48 horas después del alumbramiento y el DIU intracésárea se debe colocar antes de la histerorrafia.
 - La Oclusión Tubaria bilateral se debe realizar antes del alta, preferiblemente dentro de las primeras 48 horas posteriores al parto o intra cesárea.

Categorías para anticoncepción quirúrgica masculina y femenina OMS modificado:

- No aceptar ninguna razón médica que impida efectuar el procedimiento en un ámbito no apropiado.
- Prever el procedimiento que pueda efectuarse en un ámbito apropiado, tomándose las medidas adicionales de preparación y precaución que necesite la (el) usuario.
- Postergar o aplazar el procedimiento. La afección debe tratarse y resolverse antes de efectuar el procedimiento. Se deben suministrar métodos temporales.
- Referir a la usuaria (o) a un centro cuyos recursos técnico-científicos se pueda realizar el procedimiento en adecuadas condiciones. Se deben suministrar métodos temporales.

Anticoncepción de emergencia:

- La anticoncepción de emergencia se refiere a los métodos de planificación familiar que pueden usar las mujeres para impedir la gestación, después de una relación sexual.
- Los métodos recomendados para la anticoncepción de emergencia son los anovulatorios orales combinados y el Dispositivo Intrauterino.

Hormonales:

- Los anovulatorios orales combinados son los más utilizados. La dosis que se recomienda es la siguiente: 100 microgramos de etinil estradiol y 500 microgramos de levonorgestrel (2 a 4 tabletas, dependiendo del contenido hormonal), dentro de las primeras 72 horas siguientes al coito.
- La segunda dosis se debe tomar 12 horas después.

Posterior al uso de anticoncepción de emergencia, es necesario remitir a consejería de planificación familiar para las indicaciones pertinentes.

Dispositivo intrauterino (DIU):

El dispositivo intrauterino post coito tiene buena efectividad si se utiliza en los primeros 5 días posteriores a la relación sexual y se recomienda como un método adecuado para aquellas mujeres que deseen continuar su uso.

Consulta de control o seguimiento de programa por medicina general y consulta de control o seguimiento de programa por enfermería debe seguir los siguientes pasos:

Verificar el correcto uso del método.

Anamnesis sobre situación de salud y posibles molestias o efectos colaterales. En caso de vasectomía revisar el recuento espermático de control.

Examen físico general y del aparato reproductivo.

De acuerdo con los hallazgos y la decisión de la usuaria(o), cambiar el método o reforzar las indicaciones sobre su uso correcto

En caso de métodos hormonales, se debe entregar la orden de suministro hasta cuando tenga que volver a control

En DIU post parto o Intraceseárea, en los controles del mes y los tres meses se deben recortar los hilos, si están visibles.

Brindar Orientación, información y educación individual sobre:

Signos de alarma por los que debe consultar.

Importancia de los controles y su frecuencia: las usuarias(os) debe ser informada sobre la importancia de asistir a consulta para sus controles periódicos, en caso de complicaciones o cuando se requiera cambio del método temporal.

Para prevención de ITS, se recomienda usar el condón como método de protección adicional.

Consignar en la Historia Clínica en forma clara, los datos obtenidos en la valoración, los procedimientos realizados y el método suministrado, así como también diligenciar correctamente el registro diario de consulta.

Periodicidad de los Controles según Método Anticonceptivo:

Método Periodicidad

Naturales Cada año

Amenorrea de la lactancia A los tres meses posparto

Hormonales Cada año

DIU de Intervalo Al mes y luego cada año

DIU Intracésárea o Post parto inmediato En la consulta de puerperio, al tercer mes del posparto, y luego cada año

DIU Post aborto Al mes y luego cada año

Esterilización quirúrgica masculina A la semana y luego a los tres meses (vasectomía) (con recuento espermático)

Esterilización quirúrgica femenina a la semana (oclusión tubárica bilateral)

Aplicación del DIU (Inserción de Dispositivo Intrauterino DIU)

DIU de Intervalo: Técnica realizada por médico o enfermera debidamente capacitados, previa Consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y teniendo en cuenta los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se deben dar instrucciones a la usuarias postaplicación.

DIU Post evento Obstétrico: Técnica realizada por médico debidamente entrenado, previa Consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. El dispositivo puede aplicarse Intracésárea, post parto

en las primeras 48 horas o post aborto. Se deben dar instrucciones postaplicación y en la cita de puerperio visualizar si los hilos han descendido para recortarlos. Dar nueva cita para los tres meses postaplicación para terminar de recortar los hilos. Se debe insistir a la usuaria que el DIU no protege de Enfermedades de transmisión sexual.

Esterilización Quirúrgica

Esterilización Quirúrgica Masculina -Vasectomía: Técnica realizada por médico debidamente entrenado, previa Consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración del usuario y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se deben entregar instrucciones postoperatorias y proporcionar métodos de barrera durante los primeros tres meses post procedimiento y hasta que el recuento espermático sea negativo.

Los controles deben realizarse a la semana del procedimiento y luego a los tres meses con recuento espermático. Es necesario informar al usuario que la cirugía no protege contra las Enfermedades de transmisión sexual

Esterilización Quirúrgica Femenina: Técnica realizada por médico debidamente entrenado, previa Consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. El procedimiento se puede realizar en intervalo, post parto o intracésarea y siempre deben utilizarse materiales de sutura absorbibles. Es preciso entregar instrucciones postoperatorias e informar a la usuaria que la cirugía no protege contra las Enfermedades de transmisión sexual. (13).

¿Qué método elegir?

No hay método contraceptivo que sea perfecto en todo momento y para todas las mujeres. Esto significa que un método puede convenir a una mujer sí y a otra no. La elección del método depende de las circunstancias particulares de cada pareja y la valoración de los factores: eficacia, comodidad e inocuidad, que su ginecólogo revisará detenidamente para saber cuál es el método que más le conviene. Por último para una buena planificación es muy importante realizar todos y cada uno de los pasos que el médico tratante haya recomendado.

Anticonceptivos:

Métodos naturales: Consisten en la determinación de los días del ciclo menstrual durante los cuales se produce la ovulación y por tanto conlleva a un período de fertilidad. Estos métodos de control de fertilidad basados en la abstinencia de las relaciones sexuales durante esos días, se denominan: Ogino, Temperatura y Billings.

Ogino: Consiste en valorar día de la ovulación: generalmente se produce hacia el catorceavo día con un margen de más-menos dos días. Luego se debería evitar la relación desde el día 12 al 17 del ciclo, Supervivencia del espermatozoide: el espermatozoide puede sobrevivir 48 horas en el tracto genital femenino, luego dos días antes del período de fertilidad es necesario, evitar las relaciones y Supervivencia del óvulo: la supervivencia de éste es de 24 horas, por tanto, habrá que abstenerse 1 día después del período fértil. En resumen: hay que evitar la relación entre el día 9 y 17 del ciclo. Hay que considerar que puede ser útil en mujeres de ciclos muy regulares y para constatarlo es necesario hacer un control de 12 ciclos anteriores.

Temperatura basal: durante el ciclo menstrual, se producen cambios en la temperatura corporal, según las diferentes fases. Este método, consiste en controlar cada día la temperatura basal antes de levantarse y sin haber ingerido nada, con un termómetro especial (llamado termómetro de temperatura basal), que mide entre 36 y 38 grados. Las modificaciones se recogen haciendo un registro diario para así poder identificar las distintas etapas. Es muy importante tener en cuenta que la temperatura corporal, puede variar por diferentes causas sin que tenga que ver con el momento de la ovulación. Además, es necesario tomar la temperatura a la misma hora y bajo las mismas condiciones. Es recomendable, que dicha toma sea rectal.

Billings (método del moco cervical): Consiste en la interpretación en las variaciones del moco cervical. Durante la ovulación, el moco es abundante y adquiere un aspecto transparente y bastante fluido. El ciclo según este método se divide en:

1) Días secos: días posteriores a la regla donde apenas hay secreción. 2) 2ª etapa: Moco blanquecino y pegajoso. De duración variable.

3) 3ª etapa: Moco fluido, transparente (parece clara de huevo). Dura 2-3 días y se considera que es el período de ovulación.

4) 4ª etapa: Secreción espesa, pegajosa y opaca. Luego llega la menstruación.

Hay que tener en cuenta que las características del moco también pueden sufrir modificaciones por diferentes causas.

Métodos Hormonales:

El método oral (la píldora): La píldora impide que se produzca la maduración del óvulo (ovulación) y por tanto, no se liberará a la Trompa de Falopio y consecuentemente no podrá darse la fecundación. La contracepción oral consiste en la toma diaria de un comprimido que contiene 1 ó 2 hormonas femeninas de síntesis. Es conveniente tomarla a la misma hora. Existen en el mercado distintos tipo de píldoras con calendario para controlar y facilitar tu ingesta. Tu médico te recomendará la que más te convenga y te dará las instrucciones oportunas para su toma. Es muy importante saber que:

- 1) Hay que tomarla todos los días, según la indicación de tu médico, aunque no tengas relaciones sexuales.
- 2) La píldora, correctamente utilizada tiene una eficacia elevada.
- 3) Es muy importante que hagas todas las revisiones y cuidados especiales que te recomienda tu médico

La píldora post- coital o método del día siguiente: Se debe tomar antes de que hayan transcurrido 48 horas desde la relación. Se recomienda en casos inesperados en los que no haya habido otra protección como violaciones, rotura de preservativo....Se debe acudir al médico o centro sanitario que te corresponda lo antes posible, para que te orienten adecuadamente.

Dispositivo Intra uterino : El DIU consiste en un pequeño objeto de material plástico que incorpora un metal (cobre, plata) y dispone de un hilo de control. Es colocado por tu médico en el interior del útero. El DIU actúa por 2 mecanismos diferentes:

- 1) Produce cambios a nivel de mucosa uterina. (actúa como cuerpo extraño).

2) El cobre (al igual que otros metales) destruye los espermatozoides e impide que estos alcancen al óvulo.

Es importante saber que: 1) El DIU se coloca durante la menstruación ya que el orificio de entrada al útero está más abierto y además nos aseguramos que no hay embarazo

2) Es un método eficaz y cómodo

3) Se coloca por largos períodos de tiempo (2-4- años) y es necesario pasar controles médicos periódicos.

4) Puede producir aumento del sangrado menstrual

Métodos de Barrera: son aquellos que se oponen a la entrada de los espermatozoides al útero de una forma temporal.

El diafragma: es un disco de goma fina abombado y reforzado con un anillo flexible que se introduce en el fondo de la vagina protegiendo el cuello del útero. Con la utilización del diafragma es recomendable el uso de crema espermicida extendiéndola por ambas caras del mismo. La manera de colocarlo es plegándolo e introduciéndolo dentro de la vagina. Una vez allí, el diafragma recupera su forma inicial gracias al resorte flexible. Es importante asegurarse que el diafragma protege la entrada al útero.

Hay que tener en cuenta:

1) Existen distintas tallas dependiendo de la anatomía de cada mujer. Por lo tanto es tu médico el que ha de decir el tamaño que debe utilizar. Después de tener un hijo, aborto, cambio brusco de peso (+ 5 kg) es conveniente consultar con tu ginecólogo para revisar si el diafragma que venías utilizando es el adecuado o no.

2) El médico le enseñará la colocación del diafragma. Un diafragma correctamente situado en la vagina, no debe notarse. Si le molesta, trate de volverlo a poner, o consulta a tu ginecólogo.

3) El diafragma no debe ser retirado hasta pasadas 8 horas después del coito. Si se realizan varios coitos seguidos no es necesario retirarlo, bastará con la administración de crema espermicida en la vagina.

4) Si se cuida, el diafragma puede ser utilizado a lo largo de un año o más.

El preservativo masculino (condón)

El preservativo es una fina funda de látex que se coloca sobre el pene en erección antes de la penetración vaginal.

La extremidad del preservativo juega un papel de receptáculo o depósito que recoge el esperma.

Hay que tener en cuenta:

- 1) Su eficacia puede mejorar si se combina con crema espermicida
- 2) El preservativo es de un solo uso.
- 3) Protege de las Enfermedades de Transmisión Sexual (SIDA, Gonorrea, Sífilis...).
- 4) Después de la eyaculación, debe retirarse el pene con cuidado de no dejar caer el semen: por lo tanto, es preferible proceder a retirarlo sin que haya cesado la erección y sujetándolo con los dedos.

Esponja vaginal: El tampón o esponja vaginal es un disco cilíndrico con estructura de esponja, suave que se coloca al final de la vagina, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides hacia la Trompa de Falopio. La esponja no necesita ser adaptada a cada tamaño vaginal ni necesita instrucciones especiales de manejo, ni la intervención del médico. La esponja en sí misma es una barrera que "atrapa" los espermatozoides. Sin embargo, si se utiliza conjuntamente con cremas espermicidas, mejora su eficacia.

Es conveniente tener en cuenta que:

- 1) Es de un único uso.
- 2) Se puede mantener durante 24 horas y si hay una nueva relación sexual no es necesario retirarla, pero si añadir crema espermicida
- 3) Es conveniente mantener la esponja durante 6 horas después de la última relación.

Espermicidas: son productos químicos que destruyen los espermatozoides en la vagina. Existen muchas formas de presentación: cremas, espumas, óvulos, gel Es importante tener en cuenta que:

- 1) hay que introducirlo 15 minutos antes de la penetración
- 2) para aumentar su eficacia, es muy útil utilizarlos con otro método de barrera como ya se ha comentado
- 3) Su tiempo de utilización es limitado. Si la relación se prolonga, suele ser necesario volver a utilizar el espermicida.(14)

Datos de la Población del barrio en estudio:

El Barrio San Judas está ubicado en la zona sur occidental del municipio de Managua, Distrito III. Cuenta con una población de 28,894 habitantes, clasificada de la siguiente manera: Población menor de 15 años = 9,917, Población mayor de 15 años =18,977

Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años =8,585

Estos datos fueron suministrados por el Centro de Salud Edgar Lang ubicado en el mismo barrio en estudio.

Esta comunidad cuenta con todos los servicios básicos por ser una zona que está dentro de los límites de urbanización. Y además accesible para todos los puntos de la ciudad por contar con varias rutas terminales de transporte. (15)

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a. Tipo de estudio: Se trata de una investigación Descriptiva, con método cuantitativo, acerca de las creencias y prácticas sobre los métodos de Planificación familiar, que tienen los adolescentes y jóvenes del barrio San Judas del Distrito III, de la ciudad de Managua, durante el período del año 2005.

b. Área de Estudio: El barrio de San Judas, ubicado en el Distrito III, de la ciudad de Managua. La presente investigación se realizó en dos escuelas de dicho barrio y una de ellas de Educación Primaria “Escuela Panamá y otra de Educación Secundaria “Colegio Miguel de Cervantes”

c. Universo: Lo constituyen todos los adolescentes y jóvenes que estudian en la Escuela Panamá de 5to. Y 6to grado y los estudiantes de secundaria del Colegio Miguel de Cervantes ambos ubicados en el barrio San Judas, adolescentes y jóvenes comprendidos entre los 11 y los 20 años de edad, de ambos sexos. El total es de 315.

d. Muestra: El grupo seleccionado por conveniencia estuvo constituido por 10 alumnos de quinto y sexto grado, de una sola sección respectivamente de la escuela primaria. En cada sección existe un promedio de 45 alumnos. Por tanto fueron un total parcial de 20 alumnos. Y se tomó un promedio de 10 alumnos de cada año del Instituto de Secundaria, de una sola sección por año académico. Para un subtotal de 50 alumnos participantes. El grupo quedó conformado por 70 estudiantes que fueron entrevistados.

e. Unidad de análisis: Adolescentes y jóvenes entre 11 y 20 años, estudiantes de ambos sexos que estudian en primaria y secundaria y son residentes en el barrio en estudio.

f. Variables del estudio:

- Características sociodemográficas:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad

- Religión
- Núcleo familiar
- Integración familiar

- Creencias sobre Métodos de Planificación Familiar:

- Edad para el matrimonio
- Hijos deseados
- Edad Inicio de vida sexual
- Responsabilidad de la Planificación Familiar
- Conocimiento de métodos de Planificación Familiar
- Lugares de enseñanza sobre métodos de Planificación Familiar

- Prácticas sobre Métodos de Planificación Familiar:

- Inicio de Vida Sexual Activa
- Uso de Métodos de Planificación Familiar
- Tipos de métodos de Planificación Familiar
- Preferencia sobre el/los métodos
- Quién le proporciona los métodos

g. Criterios de selección:

- Criterios de inclusión:

- Que sean adolescentes y jóvenes entre los 11 y 20 años de edad
- De ambos sexos
- Que estudien en la escuela de primaria "Panamá y en el Colegio Miguel de Cervantes
- Estudiantes del Turno Matutino
- Que acepte participar en el estudio

- Criterio de exclusión:

- Estudiantes mayores de 20 años y menores de 10 años
- Que estudien en turnos distintos al seleccionado: vespertino, nocturno o en sabatino.

- Que no estudien en la escuela y colegio seleccionado para el estudio.

h. Fuente de información:

Primaria: Adolescentes y jóvenes seleccionados a quienes se aplicaron una entrevista. (Ver en Anexos).

i. Técnica de recolección de la información: Se construyó un instrumento (cuestionario semi estructurado) en forma de entrevista, dirigido a los adolescentes y jóvenes seleccionados, los que fueron entrevistados.

j. Procesamiento de la información: Se utilizó el EPI-INFO 2002, para establecer las frecuencias simples y porcentajes, medidas de tendencia central de los resultados obtenidos y se ordenaron los datos en orden de repetición de respuestas con respecto de cada una de las preguntas.

k. Análisis de datos: Se hizo análisis simple de datos y cruce de variables de los objetivos del estudio:

- Edad y sexo de los entrevistados
- Religión y conocimiento de MPF
- Núcleo familiar con conocimiento de MPF
- Números de hermanos y números de hijos deseados
- Sexo y conocimiento de los métodos de MPF
- Edad y conocimiento sobre MPF

l. Aspectos éticos: Debido al respaldo que tienen los Centros de Salud, en tener buenas relaciones de cooperación con las escuelas y colegios de la comunidad, la directora del centro de salud Edgar Lang, elaboró una carta de respaldo para el debido consentimiento de los directores de ambos colegios para realizar las entrevistas a los estudiantes y se recogieron los datos con el consentimiento informado de los participantes. (Ver en Anexos).

m. Trabajo de campo: Los directores de los colegios participantes del estudio, aprobaron la ejecución de las entrevistas con los estudiantes. Se procedió a recolectar

la información, previo a que el profesor seleccionara a través del listado de los alumnos asistentes en las edades de 10 a 20 años, sin importar el sexo. Este proceso de selección se hizo en ambos colegios.

VIII. RESULTADOS

En el presente estudio se proponía abarcar un grupo de estudiantes de los dos colegios seleccionados, las entrevistas sólo pudieron ser aplicadas a grupos de edades de los 11 a los 17 años. Este fenómeno se debe a que los estudiantes de ambos colegios pertenecen al turno diurno matutino, y como tal resultó improbable la selección de alumnos que superaran la edad de los 17 años.

Las características socio-demográficas más importantes de los entrevistados fue la edad y el orden de frecuencia fue de 14 años, 22 de ellos en un (31.43%), luego los de 15 años, 14 de ellos en un (20%), en la edad de 13 y 17 años tuvieron igual presentación, 11 en cada uno (15,71% respectivamente), 12 años, 9 estudiantes en un (12.85%), 16 años 2 de ellos, en un (2.85%), y de 11 años 1 de ellos en un (1.42%). El sexo estuvo representado por un de 50 % en ambos sexos. (Ver en Anexos, Tabla No 1 y Gráfico 1).

El estado civil de todos los estudiantes se encontraban solteros al momento del estudio.

Según el criterio de selección, se definió entrevistar a 10 estudiantes de cada sección. De la Escuela de Primaria Panamá 10 estudiantes de 5to grado y de 6to grado, haciéndose 20 de dicha escuela y 50 del Colegio de Secundaria Miguel de Cervantes. Siendo entrevistados, un total de 70 estudiantes.

(Ver en Anexos, Tabla No 2).

La profesión de Fe de los encuestados la predominante fue la Católica con 32 estudiantes, en un (45.71%), seguida la religión evangélica de 28 estudiantes, en un (40%), otras, 7 alumnos (10%) y Testigos de Jehová 3 estudiantes con un (4.3%). (Ver en Anexos, Tabla No 3).

En relación al conocimiento de los Métodos de Planificación familiar y la religión, se encontró que los católicos, 26 de ellos (37.1%) tienen conocimiento de MPF, con un mínimo de 6 de ellos (8.6%) que no saben; los evangélicos, 19 de ellos (27.1% saben sobre Planificación Familiar y 9 de ellos (12.9%) no saben; otras religiones saben de Planificación Familiar, 6 de ellos (8.6%), 1 de ellos (1.4%) no saben y por

último los Testigos de Jehová que saben 2 de ellos (2.9%), 1 de ellos (1.4%) que no saben. (Ver en Anexos, Gráfico No 2).

En el núcleo familiar, la convivencia de los entrevistados, viven con ambos padres 37 de ellos, en un (52.9%); conviven solo con su mamá 28 de ellos, en un (40%); conviven con otro familiar 3 de ellos, en un (4.3%) y solo con su papá 2 de ellos en un (2.9%). (Ver en Anexos, Tabla No 4).

La convivencia familiar en relación al conocimiento de Métodos de Planificación Familiar encontramos que los que conviven con ambos padres 26 de ellos (37.1%), conocen sobre MPF y 11 de ellos (15.7%) no saben de MPF; los que conviven solo con la madre 22 de ellos (31.4%), saben de MPF y 6 de ellos (8.6%) no conocen de MPF; de los que conviven solo con el padre 2 de ellos (2.9%) conocen de MPF y los que conviven con otros familiares 3 de ellos (4.3%) conocen de MPF. (Ver en Anexos, Gráfico No 3).

En relación a la cantidad de hermanos que componen el núcleo familiar de los entrevistados, los que tienen dos hermanos fueron 41 de ellos (58.76%), los que tienen de tres a cinco hermanos fueron 25 de ellos (35.7%) y los que tienen más de seis hermanos 4 de ellos (5.69%). (Ver en Anexos tabla No 5).

Conocimientos y Creencias sobre Planificación Familiar, en relación a la edad para el matrimonio, la opinión de los entrevistados expresaron que debe ser de 20 a 24 años, 36 de ellos (51.42%); otros expresaron entre los 25 y 29 años, dijeron 32 de ellos (45.71%) y de 30 a más años 2 de ellos (2.85%). (Ver en Anexos Tabla No 6).

Opinión sobre el inicio de la vida sexual activa, los que opinan a los 25 años constituyen 32 de ellos (45.7%), los que expresan a los 20 años 16 de ellos (22.85%); los que expresan a los 22 años, 11 de ellos (15.71%); a los 24 años 5 de ellos (7.14%); a los 21 años 3 de ellos (4.2%); a los 30 años, 2 de ellos (2.8%) y a los 23 años 1 de ellos (1.42%). (Ver en Anexos, Tabla No 7).

Sobre el número de hijos que deberían tener las parejas, la opinión de los entrevistados fue entre 1 y 2 hijos, 53 de ellos (75.71%); los que desean tener

entre 3 y 4 hijos, 16 de ellos (22.85%) y los desean tener más de 5 hijos, 1 de ellos (1.43%). (Ver en Anexos, Tabla No 8).

Entre el número de hermanos y el número de hijos deseados, los que son hijos único o tienen un hermano, expresaron que desean tener dos hijos, 29 de los entrevistados (41.43%); los que tienen entre 3 a 5 hermanos, desean tener dos hijos 17 de ellos (24.28%), los que tienen más de 6 hermanos desean tener entre dos y tres hijos 4 de ellos (5.69%). (Ver en Anexos, tabla No 9).

El conocimiento sobre Planificación Familiar, de los entrevistados sobre los Métodos de Planificación Familiar ha sido por lo que ellos han escuchado hablar, en 53 entrevistados (75.71%) y 17 de ellos no han escuchado nada sobre el tema, representando un (24.28%) de ellos. (Ver en Anexos, Tabla No 10).

Sexo y Conocimiento de MPF de los entrevistados, del total de los entrevistados 28 de ellos (40%) fueron mujeres y 25 de ellos (35.52%) fueron hombres, el resto de los entrevistados 10 de ellos (14.28%) eran hombres y 7(10%) eran mujeres y esta grupo desconocía sobre los MPF. (Ver en Anexos, Tabla No 11).

Edad y Conocimiento de MPF de los entrevistados, en orden de frecuencia los de 14 años 18 de ellos (25.5%) conocen de MPF; los 17 años 11 de ellos (15.7%) conocen de MPF; los de 15 años, 10 de ellos (14.3%) conocen de MPF; los de 13 años, 7 de ellos (10%) conocen de MPF; los de 12 años 4 de ellos (5.7%) conocen de MPF; los de 16 años, 2 de ellos (2.9%) conocen de MPF y los de 11 años 1 de ellos (1.43%) conocen de MPF. (Ver en Anexos, Tabla No 12).

Sobre la responsabilidad de la planificación familiar en la pareja, 49 de los estudiantes (70%), respondieron que debe ser responsabilidad de ambos; de la mujer 3 de ellos (4.28%); del hombre 1 de ellos (1.42%); sin contestar 17 de ellos (24.28%). (Ver en Anexos, tabla No 13).

En relación, donde los estudiantes han aprendido sobre métodos de planificación familiar, el lugar más frecuente resultó ser el hogar, en 28 de ellos (40%); en el colegio, expresaron 16 de los entrevistados (22.85%); con los amigos, 15 de ellos

(21.42%); en el Hospital, Centro de Salud y Profamilia, 10 de ellos (14.3%); la radio la televisión y en la calle, 4 de ellos (5.69%), (Ver en Anexos, Tabla No 14).

Las fuentes de información que conocen los entrevistados, los que conocen un sólo lugar 33 de ellos (47.14%); dos lugares 14 de ellos (20%); tres lugares 5(7.14%); 4 lugares 1 de ellos (1.42%); los que no conocen, 17 de ellos (24.28%).

(Ver en Anexos, Tabla No 15 y Gráfico No 4).

Sobre los métodos de Planificación Familiar que conocen los estudiantes, el más conocido fueron son las Pastillas para 46 de ellos (65.7%); el Condón para 43 de ellos (61.43%); las Inyecciones para 21 de ellos (30%); el DIU para 7 de ellos (10%); el Ritmo para 1 de ellos (1.43%); la Minilap también para 1 de ellos (1.43%) y la PPMS para 1 de ellos (1.42%). (Ver en Anexos, Tabla No 16).

La cantidad de métodos que conocen los entrevistados 23 de ellos conocen dos métodos, en un (32.85 %); 3 métodos 18 de ellos (25,71%); 1 método 9 de ellos (12,85%); los que no conocen 17 de ellos (24.28%) y los que conocen 4 métodos, 3 de ellos (4.28%). (Ver en Anexos, Tabla 17 y Gráfico 5).

En relación a cómo deben tomar las Pastillas de Planificación, los que saben que es todos los días fueron 18 de ellos (25.71%); solo cuando se tienen relaciones 11 de ellos (15.71%) y los que no saben en 41 de ellos (58.57%).

(Ver en Anexos, Tabla No 18).

Para las prácticas de Planificación Familiar, se estudió sobre el Inicio de vida sexual activa y solamente dos entrevistados respondieron positivamente, lo que representa 2.85%; el resto no han tenido relaciones sexuales. En relación al sexo fue 1/1 varón y mujer, su inicio fue a los 14 años para el varón y de 17 años en la mujer.

Conocimiento de los Métodos de Planificación antes del IVSA. Los dos entrevistados que han iniciado su práctica contestaron positivamente.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

Los datos sociodemográficos de nuestro estudio, siendo la edad un elemento que en nuestro criterios de inclusión se incluyo, solo se reportaron edades entre los 11 y los 17 años de edad, siendo los de 14 años los que mas abarcaron el mayor porcentaje, seguido por los de quince años, esto se comprueba con los datos de los estudios de INEC 2001 donde la edad comprendida de 15 a 19 años que investigaban sobre los métodos de planificación el sexo fue de igual presentación. El estado civil de los entrevistados son todos solteros siendo un elemento que caracteriza a nuestro estudio. Datos de INEC reporta que Nicaragua es una población de predominio joven donde su mayor concentración en menores de 18 años según censo del año 1998. (16). El estado civil como se reporta en nuestro estudio fue significativo encontrar que dos de los entrevistados ya habían iniciado su vida sexual activa, esto se corrobora con el estudio de INEC donde reporta que los jóvenes en Nicaragua de 12 a 17 años abandonan la soltería (17). La religión constituyó un elemento que dentro de los datos demográficos y en relación al conocimiento de los métodos de Planificación Familiar fue significativo el reporte de que en cada religión que profesan los entrevistados el conocimiento que se tiene sobre los métodos es por ellos conocidos independiente del tipo de religión.

El núcleo familiar de los entrevistados resaltan las familias nucleadas, donde convive el entrevistado con sus progenitores y también los que viven en familia monoparentales donde la madre es la cabeza de la familia esto también es corroborado por el estudio de INEC 1998, que reporta las mismas características de los hogares nicaragüenses.(18)

En relación con el conocimiento y el hecho de que los entrevistados vivan de esta manera es significativo que los que viven sólo con sus madres tengan buen conocimiento sobre MPF. Luego los que viven con ambos padres en menor porcentaje al anterior también tienen buen conocimiento sobre MPF. De los 2 entrevistados que convive sólo con su padre, éstos tienen conocimiento sobre MPF. Se cree que los progenitores son portadores o transmisores de

conocimientos, en ambos grupos de familia nucleadas y monoparentales existe un deficiencia de 24.28 % de los entrevistados en que los padres no están transmitiendo este conocimiento. La convivencia de hermanos de los entrevistados es un elemento de la percepción para el matrimonio, los que nacen en familia numerosas dependiendo de su situación de pobreza o bonanza en que haya vivido así van a querer desarrollarse dentro de su nueva familia o el otro extremos desear tener los menos hijos posibles para que sus hijos no pasen las dificultades que paso con sus demás hermanos. De los entrevistados los que conviven con dos hermanos resultó ser el mayor número de entrevistados y su deseo por tener un número similar de hijo resultó ser también el mayor número de entrevistados esto se corrobora con el comentario que hace los autores Smith, Bruner y White en el libro Psicología social (19).

El deseo de casarse a determinada edad opinión de los entrevistados es a los 24 años es el porcentaje más alto que se presentó en el estudio, y el IVSA su edad promedio era el de los 20 años, razón de no concordar con la edad para el matrimonio. En relación a la edad para el matrimonio y a que edad debería de iniciarse la vida sexual opinión de los entrevistados fue muy poca la relación en estas variables ya que dentro de las edades que concordaban los 20 y 25 años concordaba su respuesta de realizar ambas cosas esto refleja la idiosincrasia en que viven los entrevistados según los decía el autor Castro Nill (20).

El conocimiento sobre Planificación Familiar por los entrevistados fue del 75% de los entrevistados, el desconocimiento del restante se debe a que los entrevistados que están en la primaria y los primeros años de la secundaria, no se les ha transmitido esta enseñanza. Según los estudios de INEC en Demografía y Salud del año 2001 reporta sobre el conocimiento que tienen los jóvenes en la edad de 15 a 19 años donde se reporta que son conocedores de los métodos de planificación entre ellas las Pastillas y los condones de los que mas conocen(21).

La Planificación Familiar para los entrevistados es sabedora de que ambos padres tienen igual responsabilidad. Si esta enseñanza del juego de roles de los padres esta siendo transmitida a estos jóvenes desde el hogar y el colegio quiere decir que nuestra educación tiene valor para nuestras futuras generaciones. Hubieron otros

lugares que se presentaron en menor proporción donde los entrevistados han aprendido sobre los métodos de PF lo cual refleja la poca propaganda que se le hacen. Uno de los métodos que mas es conocido por los entrevistados son las pastillas, condones, inyecciones en mayor proporción luego le siguen en menor proporción de conocimiento el DIU, el Ritmo, Minilap y la Píldora Para la Mañana Siguierte (PPMS), La cantidad de conocimiento de los entrevistados sobre estos métodos en su mayor proporción saben de dos a tres métodos lo que se consideraría que si del total de los métodos que existen solamente conocen de estos, quiere decir que es muy poca la información que tienen. Lo que significa que los medios de información están realizando poca propaganda. Y si a eso le agregamos la forma en que los métodos deben de ser aplicados encontramos que los entrevistados respondieron en el uso de las Pastillas que es el anticonceptivo que mas conocían pues en su uso un porcentaje bajo de 25.71% saben que se tiene que usarse todos los días.

En relación a la Práctica de la Planificación Familiar, este acápite se le realizaba solo a los que habían iniciado su vida sexual de los cuales solo encontramos a dos; varón y mujer ambos del quinto año de secundaria de 17 años respectivamente, su primera experiencia la tuvo el varón a los 14 y la mujer a los 17 años. Antes de haber realizado su primera practica ya conocían de los métodos de Planificación Familiar pero que no lo emplearon. Dicen no estar continuando con la práctica por lo que aquí concluye el cuestionario para ambos.

X. CONCLUSIONES:

1. Los datos socio demográficos de nuestro estudio en relación a los entrevistados el sexo fue equitativo en su presentación, la edad promedio de los entrevistados fue entre 14 y 15 años, todos solteros, y la practica de fe más frecuente fue la católica, un buen porcentaje mayor de 50% conviven con ambos padres y la cantidad de hermanos de los entrevistados tienen de 2 a tres hermanos.
2. Las Creencia en relación a la edad para el matrimonio por los entrevistados en su mayoría opinaron por la edad de 20 a 24 años para casarse y el número de hijos que podría tener es de 1 a 2 como promedio, la vida sexual en un buen porcentaje opinaron en que debe de iniciarse a los 25 años, el 75% de los entrevistados conocen de MPF, y lo han aprendido en el hogar, el colegio , centros de salud y medio de comunicación, de los métodos que más conocen son las Pastillas, el Condón, las inyecciones y el DIU. De los que conocen sobre MPF y saber como utilizar el o los métodos un porcentaje del 25% saben como utilizar el método de las pastillas.
3. En relación a la Práctica sexual por los entrevistados de los que ya la habían realizado por primera vez, ya eran conocedores de los MPF pero que al momento del estudio manifestaron no seguirla practicando.

XI. RECOMENDACIONES

1.- El Decreto Ministerial Ley No. 290. Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del poder ejecutivo.

Arto.212.- Dirección de Atención Integral a la Mujer y Niñez y Adolescencia. Corresponde a esta Dirección:

- Garantizar la aplicación del modelo de atención integral mujer, niñez y adolescencia en las unidades prestadoras de servicios.

Bajo esta Ley y su arto. Las unidades prestadoras de cualquier nivel de servicio son responsables de garantizar dentro de sus programas la cobertura en cuanto a los Métodos de Planificación Familiar se refiere.

2. El sistema de educación debe de incluir en su pensum académico una materia que brinde educación sexual, desde la primaria en estos grados de quinto y sexto y toda la secundaria.

3. Los ONG como alternativas de cooperación como lo es Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) con el Ministerio de educación pueden realizar coordinación de programas de enseñanza sobre el tema de Planificación Familiar dirigidas a la familia como los impulsores de esta enseñanza.

4. El Ministerio de Salud en coordinación con los Centro de Salud de la comunidad debe de estar brindando este tipo de enseñanza continua tanto a la población que asiste a sus Centros de Salud, como charlas dirigidas a los centros de enseñanza.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. http://www.celsam.org/home/manual.asp?cve_manual=7
2. Karam Calderón M.A., Ramírez Jiménez G. y Briones Garduño C. Percepción de los Métodos de Planificación Familiar en población del municipio de Temoaya, Mex. <http://vforoisem.galeon.com/061.htm>
3. Planificación Familiar: <http://medicosgeneralescolombianos.com>
4. <http://www.bvs.org.ni/textcomp/planfam.htm>
5. Normas de Planificación familiar Base Legal pag. 6
6. Castro Nills: Tareas de la cultura Nacional. La semana de Bellas Artes. México 27 de Julio de 1979. pag. 8
7. Le Than Khoi: Cultura es Humanismo, Humanismo es Cultura. México, 27 Junio 1979 Pag.6
8. López, A. Cosmovisión y Salud entre los Mexica, compilación bibliográfica para programa de capacitación Unidad V; FCNMPT; Estelí, Nicaragua; pag. 101
9. *SEXUALIDAD JUVENIL* <http://www.cipaj.org/dosex6.htm>
10. Gutiérrez, E. Morales; Creencias y Prácticas sobre enfermedades populares y tradicionales mas comunes en Waspan y Rama Cay en la costa Atlántica de Nicaragua 1997.
11. Network en español: Primavera 1998, Vol. 18, No. 3
<http://www.fhi.org/sp/networks/sv18-3/ns1833.html>
12. García, Figueroa; Anticonceptivos en adolescentes y jóvenes en al área Metropolitana de ciudad de Mexico
13. Planificación Familiar <http://medicosgeneralescolombianos.com>
14. *SEXUALIDAD JUVENIL* <http://www.cipaj.org/dosex6.htm>
15. Archivos del Centro de Salud Edgar Lang.
16. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Encuesta Nacional de los niveles de vida 1988. pag. 2.
17. INEC: Op. cit.
18. INEC: Op. Cit.
19. Smith y col. Psicología Social. Pag. 101
20. Castro Nills: Tareas de la cultura Nacional. 1979. pag. 8
21. INEC, Demografía y Salud pag.4