

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
UNAN-Managua
Facultad de ciencias Médicas



Tesis para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía

Tema:

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Métodos de Planificación Familiar, en mujeres adolescentes, que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el período de enero a junio 2017.

Autores:

Br. Maxwell Antonio Céspedes Luquez
Br. Merary Jocabed Guevara Ortiz
Br. Karla Guadalupe López Ríos

Tutor:

Dr. José de los Ángeles Méndez
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Profesor titular UNAN – Managua

Managua, Nicaragua

Dedicatoria

A **DIOS** por todo lo que nos regala día a día, por ser creador perfecto.

A nuestros **padres** por formarnos en valores y como buenos profesionales, darnos siempre el apoyo necesario y confiar plenamente en nosotros.

Se lo dedicamos con cariño.

Agradecimiento

A **DIOS** Padre, quien nos da la vida y la vocación de servir y que nos permite desde su voluntad seguir creciendo en conocimientos y profesión.

A nuestros **padres**, por su apoyo incondicional durante todo este largo camino.

A nuestro tutor **Dr. José Ángel Méndez**, nuestro tutor, por su paciencia, dedicación y apoyo docente al guiarnos en la realización de este estudio hasta su culminación.

A las **pacientes** entrevistadas para la realización del presente estudio, ya que sin su ayuda no hubiese sido posible la elaboración de nuestra investigación.

A todos ellos nuestro sincero agradecimiento.

Opinión del tutor

Estamos los investigadores completamente seguros que solo midiendo el nivel de conocimiento ante un determinado problema podremos medir las deficiencias y proponer medidas alternativas capaces de resolver una situación en salud.

En este trabajo los investigadores han plasmado sus esfuerzos y capacidad para conocer un problema de salud.

Reciban los investigadores mis más altas muestras de consideración y aprecio por el esfuerzo realizado.

Atentamente:

M.S.C M.D José de los ángeles Méndez

Tutor. Gineco-obstetra

Profesor titular facultad de Ciencias Médicas

UNAN- Managua

Resumen

La anticoncepción durante el post parto, es una dimensión especial, si se tiene en cuenta que el método seleccionado debe garantizar el mantenimiento de la lactancia y la salud del binomio (madre-hijo). Es importante garantizar, un adecuado intervalo de los embarazos, para poder reducir significativamente el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-infantil.

Se realizó un estudio en el Hospital Bertha Calderón Roque, que describe el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes, que dieron a luz, en el periodo de enero a junio del año 2017, en el cual se observó que a nivel general el nivel de conocimiento es regular, ya que a pesar de haber escuchado hablar, sobre métodos anticonceptivos todavía se tienen conceptos erróneos de algunos métodos. El método más utilizado antes del embarazo fue el condón. La mayoría de mujeres en nuestro estudio tiene una actitud favorable, ya que están dispuestas a utilizar un método anticonceptivo en el post parto. Sin embargo la práctica es mala, a pesar de tener un nivel de conocimiento regular y una actitud favorable, las mujeres no utilizan de manera adecuado los métodos de planificación, más de la mitad de las mujeres no consideran que el MELA, sea un método anticonceptivo o no saben nada acerca del mismo, lo que contribuye a un aumento en el número de embarazo no deseados y riesgo de contraer ETS.

La mayoría de las adolescentes de nuestro estudio, coinciden en que la razón para usar un método anticonceptivo, es porque no desean más hijos. Por otro lado las principal causa de no uso de métodos anticonceptivos se debe a la influencia religiosa ya que una parte de las mujeres del estudio refieren que su religión lo prohíbe.

Por tal motivo se recomienda, la promoción de los métodos anticonceptivos desde la atención primario, el cual constituye el primer contacto con la población. Además la importancia de la participación de la pareja, al momento de escoger un método anticonceptivo antes de, el alta post evento obstétrico. Se debe buscar soluciones en conjunto, por lo tanto los encargados de insumos médicos de las unidades de salud deben de abastecer, las unidades de salud con varios tipos de métodos anticonceptivos que permitan mejorar comportamientos, actitudes y prácticas de las mujeres.

Índice

I.	Introducción.....	7
II.	Antecedentes.....	9
III.	Justificación.....	12
IV.	Planteamiento del problema.....	13
V.	Objetivos.....	14
VI.	Marco teórico.....	15
VII.	Diseño metodológico.....	30
VIII.	Resultados.....	45
IX.	Análisis y discusión de resultados.....	48
X.	Conclusiones.....	51
XI.	Recomendaciones.....	52
XII.	Bibliografía.....	53
XIII.	Anexos.....	56

I. Introducción

El presente estudio se refiere al nivel de los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las mujeres adolescentes que dieron a luz por parto o cesárea en el Hospital de referencia nacional de Ginecología y Obstetricia, Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del año 2017.

La OMS define como adolescencia al “Período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a <<<la adultez y consolida la independencia socio-económica” y usa la palabra “Adolescente” para referirse a las edades entre 10 y 19 años (OMS, 2014).

El Ministerio de Salud (MINSa) en nuestro país, viene trabajando desde el programa de mejoramiento de la salud Materno-Infantil, en el desarrollo de la maternidad segura como una estrategia para mejorar la salud materna y perinatal. Sus objetivos son: Reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo (en el que se incluye el embarazo en la adolescencia); reducir el número de complicaciones obstétricas y reducir la tasa de mortalidad, perinatal y neonatal. El MINSa define planificación familiar como “El derecho que tiene la pareja e individuo de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener información y los métodos para concretar sus deseos y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva” (MINSa 2008).

En Nicaragua, la tasa global de fecundidad ha venido en descenso y este descenso ha sido heterogéneo: en la zona rural y entre las mujeres más desprotegidas es de 4.4 a diferencia de las mujeres en la zona urbana que es de 2.6. La tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años es de 92. Las mujeres en edad fértil representan el 49% del total de las mujeres del país y dentro de éstas, el grupo de población con mayor porcentaje es el de 10-19 años con 54.5% (ENDESA 2013).

El MINSa considera la adolescencia como una situación especial para el uso de los métodos anticonceptivos y este grupo de edad generalmente tiene comportamientos de alto riesgo como tener varios compañeros sexuales, a menudo no tienen información exacta o completa relativa a la anticoncepción y tienden a depender de los conocimientos de sus padres, amigas(os) o de su mismo compañero sexual, incluidos mitos y conceptos erróneos, es posible que no utilicen los métodos correctamente y que practiquen las relaciones sexuales esporádicas y no planificadas sin protección. (MINSa, 2008).

Según las características del adolescente, se establecen en grupos y en el caso de la joven adolescente mujer con hijo vivo en el período puerperal se debe de poner especial énfasis en la anticoncepción post-parto, trans-cesárea o post-cesárea para espaciar lo más posible el intervalo entre embarazos. (MINSa, 2008).

El embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, ocurriendo en todos los estratos sociales, con diferentes características en todos ellos. Es en el quintil de bienestar más bajo en donde aumenta el número de embarazos no deseados y es más frecuente la falta de cuidado prenatal, la pérdida de oportunidades en la detección temprana de factores de riesgo, lo cual resulta en una mayor morbimortalidad materna y perinatal. Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años (OMS, 2014).

Se estima que 16 millones de adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Los partos adolescentes como porcentaje de todos los partos oscila entre alrededor del 18% en América latina y el Caribe. Cerca del 90% de las jóvenes de América latina y el Caribe reportaron conocer al menos un método de anticoncepción, pero entre el 48% y el 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca usaron anticonceptivos, siendo la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana. (OMS, 2014).

Los registros del MINSa en nuestro país, evidencian que en promedio anual, del total de partos registrados, un 26% es en adolescentes. Siendo el SILAIS Managua el que presenta mayor porcentaje de nacimientos, seguido de Matagalpa y Jinotega, respectivamente. El código de la niñez y la adolescencia, establece que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir una educación sexual, integral, objetiva, orientadora, científica, gradual y formativa, que desarrolle su autoestima y el respeto a su propio cuerpo y a la sexualidad responsable. (MINSa, Nicaragua, 2012).

Presentamos entonces, nuestro estudio, con el fin de conocer el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el contexto de salud sexual y reproductiva, de los métodos de planificación familiar en nuestras adolescentes puérperas del Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero a Junio del 2017, con el más grande interés académico y profesional que nos dará una pauta para establecer cambios positivos y de beneficio tanto a estudiantes, trabajadores de la salud y nuestra población en cuestión.

II. Antecedentes

A nivel internacional:

Entre octubre de 1986 y mayo de 1987, en un estudio realizado en Colombia, sobre determinación de las principales necesidades de instrucción de la población de alto riesgo reproductivo, se encuestó a 100 mujeres entre las edades de 15 a 29 años, los principales hallazgos fueron: El 84% tenía algún nivel de escolaridad de primaria y solo el 5% había terminado la secundaria. Solamente el 53% utiliza algún anticonceptivo, de preferencia los inyectables. (OPS, 2012).

En Barquisimeto, Venezuela en el año 2001, se llevó a cabo una investigación sobre los conocimientos de los métodos anticonceptivos, de las pacientes puérperas de un hospital local. Se concluyó que el 60.5% de las encuestadas tuvieron un nivel deficiente de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, constituyendo las principales causas: la falta de conocimientos sobre la sexualidad, la falta de información sobre métodos de planificación y el cómo usarlos correctamente. (Hernández, 2001)

En Cuba en el año 2002, se realizó un estudio en 872 mujeres puérperas, para determinar la frecuencia de uso de los anticonceptivos en el período posparto y los factores asociados a su uso. Dentro de los resultados encontraron que 662 mujeres (75,9 %), utilizaron algún método anticonceptivo y 210 (24,1 %) no utilizaron. Siendo el método más utilizado el condón (30,8 %), seguido del DIU (29,3 %) y el método lactancia amenorrea (MELA) constituyendo el 16,0 %. Además se concluyó, que sólo el 28,5 % de la muestra, recibió información sobre anticoncepción en el posparto y de este, el 83,6 % fue por parte del personal médico. (Pérez. Z, Casas. L, Peña. L y Rodríguez. O, 2002).

En Tabasco, México en el año 2005, se realizó un estudio sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán. Se encuestaron 98 personas aleatoriamente, encontrándose que el 98% de los encuestados conocen algún método anticonceptivo, 66.3% los utilizan, el más usado fue la OTB, con el 35.4% y en último lugar los naturales, con el 3.1%. Los factores identificados de mayor relación con el uso de los métodos anticonceptivos son edad y estado civil. (Vázquez. A y Suárez. N, 2005).

En Nicaragua:

El instituto Guttmacher realiza un estudio en el cual los niveles de conocimiento sobre la anticoncepción son consistentemente altos en Nicaragua. En 2001, al menos nueve de cada 10 mujeres de 15 a 19 años tenían conocimiento sobre uno o más métodos anticonceptivos modernos. En general, el 46% de las mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años indicó que estaban usando un método moderno en ese momento. Sin embargo, el nivel de uso era casi el doble entre las adolescentes en unión (50%) que entre sus contrapartes no en unión.

El uso más alto se registró entre las adolescentes en unión que vivían en áreas urbanas o que tenían siete o más años de escolaridad: 55–56%. (Guttmacher, 2006).

La tasa de fecundidad global en Endesa 2011 es de 2.4 hijos por mujer representando un descenso del 50% respecto a la de 1990. En la ENDESA 2011/12 casi la totalidad de las mujeres 99% han escuchado hablar de los métodos anticonceptivos, el uso actual de métodos de planificación familiar es del 80% representando un aumento del 8% respecto al año 2006/7. (ENDESA, 2011).

En cuanto al uso por tipo de métodos de planificación familiar se encontró en la última Endesa 2011/12 que los más utilizados son la esterilización femenina 30%, inyectable 26%, píldora 11%, condón 5%, DIU 3% otros 1%. Un total de 20% de las mujeres no utilizan ningún métodos de planificación familiar. En cuanto las fuentes de obtención de los diversos métodos, se encontró que el principal proveedor es el sector público con el 69% del total de los métodos de planificación familiar utilizados. En Endesa 2011/12 cuando se valoró la provisión de métodos de planificación familiar por tipo de métodos observamos que el sector público proveía el 76% de los inyectables, 71% de las esterilizaciones quirúrgicas femeninas, el 71% de los Diu y el 63% de las píldoras. (ENDESA, 2011).

En Masaya, Nicaragua en el año 2014, se realizó un estudio titulado “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas, atendidas en el Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya en el período de Junio 2013 a Enero del 2014”. Las edades de 15 a 19 años representan el 73% y el grupo etareo de 10 a 14 años el 27%, la mayoría son acompañadas (62.9%), católica (49%) y evangélica (43%); de secundaria (47.7%) y de procedencia indistintamente rural y urbana (51.7% y 48.3% respetivamente). (Briseño. L y Rodríguez. W, 2014).

El nivel de conocimientos respecto al tipo de práctica de las adolescentes embarazadas de estudio fue determinante ya que a pesar de que 45% está a nivel aceptable sus tipos de prácticas son malas y el 20% su nivel de conocimiento es aceptable y su tipo de práctica es buena, el 25% de las entrevistadas estuvieron en un nivel de conocimiento escaso y sus tipos de prácticas fueron malas siendo el 7% el tipo de práctica bueno y su nivel de conocimiento fue escaso. Lo que indica que aun teniendo un nivel de conocimiento aceptable las prácticas son malas y es la razón por la cual salen embarazadas. (Briseño. L y Rodríguez. W, 2014).

En Managua en el año 2014 el Hospital Bertha Calderón Roque en el año 2014 se realizó un estudio titulado “Nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre métodos anticonceptivos postparto en pacientes puérperas del servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Enero a Marzo 2014”, con una muestra de 300 pacientes. (Sarría. H y Betancourt. D, 2014).

Se observó que el 44.33% de los encuestados tenía un nivel de conocimiento regular, seguido por los pacientes con conocimientos malos con un 39.66%. El tipo de actitud que predominó es la actitud favorable con el 54.33% en comparación con la actitud desfavorable con el 45.66%. De igual manera se valoró las prácticas de los participantes predominando la práctica mala con 36.66%. (Sarría. H y Betancourt. D, 2014).

Este estudio también tenía como objetivo conocer la razón de uso y no uso de los métodos anticonceptivos, refiriendo que el deseo de no tener hijos es la principal razón del uso de los anticonceptivos con el 40.68% y por decisión propia fue la principal razón del no uso de los anticonceptivos con el 51.56%, seguido por la respuesta “por complacer a la pareja” con el 46.88%. (Sarria. H y Betancourt. D, 2014).

En Río san Juan en el año 2015, se realizó un estudio titulado “Conocimientos, Actitudes y Prácticas en adolescentes de 14 a 19 años atendidas en Morrito-Río san Juan en Junio 2015”. De las 45 adolescentes encuestadas el 55.6% correspondían al grupo de edad de 14-16 años, 42.2% eran de la comunidad de San Bartolo, se observó que el 57.8% eran católica y el 62.2% eran de la escolaridad de primaria, con respecto al estado civil se observó que el 64.4% estaban en unión libre. (Tenorio. V, 2015). Las adolescentes encuestadas presentaron un buen conocimiento en un 40%, demostrando una actitud favorable 66.7% ante los métodos y con una práctica adecuada 66.7%. (Tenorio. V, 2015).

III. Justificación

En el mundo, la Planificación familiar se reconoce como la intervención principal que salva la vida de madres e hijos, teniendo mayor importancia durante el post-parto o post-cesárea, la cual es una etapa en la vida de la mujer con características psicológicas y biológicas muy peculiares, que lo hacen un período con requerimientos especiales en materia de salud y en particular, sobre anticoncepción; la cual es vital para lograr un adecuado espaciamiento de los embarazos (Ovies, santana y padrón, 1999). La Planificación familiar post-parto (PFPP), trans-cesárea o post-cesárea (PFPC) puede evitar más del 30 % de la mortalidad materna y del 10 % de la mortalidad infantil si las parejas logran espaciar los embarazos con intervalos de más de 2 años (Cleland et al. 2006).

Los embarazos separados por intervalos cortos dentro del primer año después del parto son los que presentan más riesgo para la madre y el recién nacido, y conllevan mayores riesgos de resultados adversos, como nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y neonatos pequeños para la edad gestacional (DaVanzo et al. 2007). En Nicaragua el sistema de salud, se caracteriza por ser de carácter preventivo, por lo cual se desarrollan acciones con el fin de educar a la población sobre el uso adecuado de los anticonceptivos. Siendo el Hospital Bertha Calderón Roque, el hospital de referencia nacional de Ginecología y obstetricia, es importante valorar el nivel de conocimientos que tienen las puérperas atendidas en esta institución sobre el uso de anticonceptivos.

A pesar del compromiso de MINSA en promover el uso de anticonceptivos por medio de la creación de clínicas de planificación familiar, la educación y el acompañamiento a las mujeres puérperas para la selección adecuada de un método anticonceptivo que se adapte a su condición y necesidades, Nicaragua es el segundo país con más embarazos adolescentes de América Latina, donde el país centroamericano tiene una tasa de 120 nacimientos por cada 1,000 mujeres en edades entre 15 a 19 años (UNFPA, 2012), por lo cual el estudio de las prácticas y las actitudes de nuestra población adolescente es de fundamental importancia.

Con este estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, en mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque, hospital de referencia nacional de Ginecología y Obstetricia, se pretende identificar las causas, que provocan las altas tasas de embarazos en adolescentes, relacionada con la planificación familiar, de tal manera que esta información sea usada para desarrollar acciones para disminuir este problema de salud, acciones que pueden ser desarrolladas por el MINSA central, por medio de actualización de las normas y protocolos relacionados con el tema. Además de crear antecedentes cuantitativos que podrán ser utilizados por nuevos investigadores.

IV. Planteamiento del problema

En Nicaragua el ministerio de salud, hace programas para mejorar la salud materna y perinatal, y así reducir el número de embarazos no deseados, reducir el número de complicaciones obstétricas y por lo tanto las muertes maternas. El estudio de niveles de conocimiento y uso de la anticoncepción es importante por la utilidad práctica que brinda a los administradores de programas de planificación familiar y los responsables de políticas de salud del país para aumentar la cobertura y promover el uso de métodos anticonceptivos. Por esta razón nos planteamos como interrogante:

¿Cómo es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, en mujeres adolescentes que dieron a luz, en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a junio 2017?

V. Objetivos

Objetivo general:

Identificar el nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Métodos de Planificación Familiar, en mujeres adolescentes, que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a junio 2017.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características socio-demográficas de las adolescentes en estudio.
2. Conocer los antecedentes Gineco-obstétricos de la población en estudio.
3. Identificar el nivel de conocimiento que tienen las pacientes en estudio sobre métodos de planificación familiar.
4. Describir las actitudes sobre métodos de planificación familiar de las participantes del estudio.
5. Describir las prácticas relacionadas con los métodos de planificación familiar, que tienen las adolescentes puérperas en estudio.
6. Señalar las razones de uso y no uso de métodos anticonceptivos, de las adolescentes puérperas en estudio.
7. Conocer la fuente de información utilizada por las pacientes en estudio.

VI. Marco teórico

1. Métodos de planificación familiar

1.1. Métodos naturales.

La anticoncepción impide la fecundación del ovulo por espermatozoide como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de medicamentos, dispositivos o métodos naturales que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción de tal forma que el coto pueda realizarse sin fecundación.

La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas tener o no, el número de hijo(as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible. (MINSA, 2011)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define estos métodos 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, de esa definición se deduce un pleno conocimiento y vigilancia de los signos y síntomas del ciclo menstrual y por otra parte un compromiso responsable de la pareja para llevar anotaciones de las fechas y de los cambios esperados del ciclo menstrual y de la abstinencia de realizar actividad sexual en la fecha fértil.

1.1.1. Método de la Temperatura Basal Corporal:

Este método está basado en el cambio de temperatura basal corporal que se produce poco después de la ovulación. Está relacionado con la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo. Después de la ovulación hay un aumento de 2 a 5 décimas de la temperatura nivel que se mantiene alto hasta la siguiente menstruación, entonces el periodo infértil post ovulatorio del ciclo, inicio al tercer día de después de observar el cambio de la temperatura.

1.1.2. Abstinencia:

Este método consiste en la no práctica sexual voluntaria de mujeres y hombres a fin de evitar embarazos. En realidad, no se le caracteriza como un método anticonceptivo en si, por obvias razones. La abstinencia periódica es implícita en todos los demás métodos naturales por la anticoncepción.

1.1.3. Método del Ritmo o Calendario (OGINO KNAUS)

Este método consiste en reconocer los días fértiles o infértiles de la mujer basados en el cálculo de la duración de los ciclos menstruales. OGINO en 1928, mediante el estudio de mujeres por laparoscopia observa que ninguna ovulación había ocurrido antes de los 16 días ni después de los 12 días previos a la siguiente menstruación.

Debido a la variabilidad de la longitud de los ciclos, se requiere la duración de los ciclos en los 10 a 12 meses de anteriores, después se aplican ciertas formas para conocer los días en que hay probabilidad de la concepción. Aproximadamente el periodo de abstinencia tiene que ser de 12 a 16 días.

1.1.4. Método de Moco Cervical (BILLINGS):

Este método reconoce los cambios cíclicos del moco cervical en los periodos pre y post ovulatorios por medio de la observación e interpretación de las sensaciones vaginales y vulvares que producen los cambios en la calidad y cantidad de moco cervical en respuesta a los niveles cambiantes de los estrógenos. En el ciclo de 28 días, durante los días inmediatamente posteriores a la menstruación, bajo la influencia del estrógeno, el moco cervical forma un tapón grueso, pegajoso y viscoso que ocluye el cuello del útero, hay sensación de resequedad en la vagina, es grueso, no elástico, pero al continuar aumentando los niveles de estrógenos antes y durante la ovulación el moco cambia a una sustancia más líquida, muy lubricante, resbalosa, el moco es claro, transparente, delgado, blanco y elástico, puede estirarse hasta 10 o 6 centímetros sin romperse, fluye muy abundantemente y hace que la vagina y la vulva se note húmeda al tacto (Periodo Ovulatorio).

En los días inmediatamente posteriores a la ovulación, bajo la influencia de la progesterona, el moco cervical forma un tapón grueso y viscoso que ocluye el cuello del útero, se vuelve escaso, pegajoso y hace que la vulva se note seca al tacto (periodo post ovulatorio). Al utilizar este método hay que asumir que se puede haber ovulado desde 2 días de la aparición de estos signos y que se continúa siendo fértil hasta 4 días después del moco abundante y resbaloso.

1.1.5. Método del Collar del Ciclo o Días Fijos

El método del Collar del Ciclo o Días fijos permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural a través de conocer el ciclo menstrual, su período fértil y tener abstinencia periódica de relaciones sexuales o evitar las relaciones desprotegidas durante esos días. El collar del ciclo es un collar de perlas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer, le ayuda a saber en qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo si tiene relaciones sin protección. Está formado por 32 perlas de colores, un anillo de hule negro y una flecha. Cada perla del collar representa un día del ciclo.

La perla roja representa el primer día de menstruación o sangrado. Luego vienen 6 perlas cafés que representan días infértiles de la mujer (días 2 al 7). Luego 12 perlas blancas que representan los días fértiles de la mujer (días 8 al 19). Luego hay 13 perlas cafés, que representan días (día 20 al final del ciclo). Funciona bien para mujeres con ciclos entre 26 y 32 días de duración. El marcador de hule negro se utiliza para señalar el día del ciclo menstrual en que se encuentra.

La flecha indica hacia dónde debe empezar a mover el hule negro y el conteo de los días del ciclo. Además del collar, debe utilizarse un calendario para anotación del primer día de sangrado de cada ciclo menstrual y una tarjeta con instrucciones para el mejor uso del método.

1.1.6. Coitus Interruptus

Es un método de planificación familiar cuya responsabilidad mayor recae en el hombre, consiste en interrumpir voluntariamente el acto sexual mediante retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación su efectividad es baja, se estima que alcanza el 82% el primer año, en usuarios típicos. Un embarazo en cada cinco parejas en el primer año de uso. La principal razón de falla es el escape de semen y espermatozoides por la uretra antes de la eyaculación.

1.2. Anticonceptivos hormonales

1.2.1. Métodos Hormonales:

Orales combinados son píldoras que contienen dosis bajas de dos hormonas (una progestina y un estrógeno) iguales a las hormonas naturales. Tiene una eficacia del 97 al 99% si se utilizan en forma correcta y consistente. Estos actúan previniendo la liberación de óvulos de los ovarios.

Métodos hormonales inyectables: en el caso intramusculares hormonales combinados mensuales son anticonceptivos que contienen 2 hormonas (una progestina y un estrógeno) similares a las hormonas naturales que produce el cuerpo de la mujer, cuyo uso es intramuscular y con efecto anticonceptivo de un mes. La eficacia es mayor al 99% y actúa inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical, lo vuelve inadecuado para la penetración de los espermatozoides.

En los métodos inyectables intramusculares solo con progestágenos de depósitos trimestral una sustancia esteroide de progestágenos sola administrada por vía intramuscular, evita el embarazo durante 3 o 2 meses con gran efectividad de depósitos y es reversible. Este anticonceptivo actúa a nivel del moco cervical, endometrio y trompa de Falopio.

1.2.3. Dispositivo intrauterino (DIU)

Dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plástico que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos de acción:

- Al liberar cobre actúa interfiriendo el proceso reproductivo antes de que ocurra la fertilización.
- Afecta la capacidad de migración de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina inmovilizándolos o destruyéndolos
- Altera el moco cervical, espesándolo, disminuyendo de esta forma la movilización y la capacidad de penetración de los espermatozoides, este mecanismo es más intenso por los cambios que provoca en la cantidad y viscosidad del moco cervical y aumenta la fagocitosis en la cavidad uterina.

1.3. Métodos de Barrera:

1.3.1. Condón o Preservativo

Es un método anticonceptivo que tiene la función de cubrir el pene erecto durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer, además protege contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH-SIDA.

1.3.2. Preservativo femenino

Es un método anticonceptivo temporal. Tiene la función de cubrir la vagina durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

2. Criterios de elegibilidad de la OMS

Los criterios de elegibilidad recomendados por la OMS proporcionan un adecuado margen de seguridad para proteger a las mujeres de los potenciales efectos adversos de los anticonceptivos.

Categoría de a OMS	Con decisión clínica	Con decisión clínica limitada
1	Se puede usar el método en cualquier circunstancia	Se puede usar el método
2	Generalmente se puede usar el método	
3	Generalmente no recomienda el uso del método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptables	No se debe de usar el método
4	No se debe usar método	

3. Anticoncepción en la adolescencia.

Se define como el uso de anticonceptivos por una adolescente o pareja de ellos, al inicio de su vida sexual o con vida sexual activa. La vida sexual generalmente es esporádica, no planificada o permanente. Dado el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, es necesario informar a los y las adolescentes sobre la conveniencia de retrasar los embarazos, para ello se les deben orientar sobre las diversa opciones anticonceptivas. (MINSA 2011).

4. Métodos anticonceptivos en el puerperio

4.1. Opciones

4.1.1. Primera opción:

- Métodos Temporales:
 - Lactancia Materna.
 - Preservativo.
 - Dispositivos Intrauterinos.

- Métodos Permanentes:
 - Oclusión Tubárica Bilateral (OTB).

4.1.2. Segunda opción:

- Hormonales con solo Progestágenos:
 - Orales: Ovrette, Cerazete.
 - Inyectables: Depo-Provera

4.1.3. Tercera opción:

- ✚ Hormonales combinados:
 - Estrógenos/Progesterona (posterior a los 6 meses).

5. Desarrollo

5.1. Primera opción

5.1.1. Métodos Temporales:

5.1.1.1. Método de Lactancia Exclusiva y Amenorrea (MELA):

Es la infecundidad fisiológica experimentada por las mujeres lactantes, ofrece una protección del más del 90% contra el embarazo en los primeros 4 meses mientras no se presenta la menstruación. (MINSA, 2011)

1) Mecanismo de acción:

Detiene la ovulación, ya que la lactancia materna produce cambios en la velocidad a la que liberan las hormonas naturales de la mujer.

El uso correcto exige que la menstruación no se haya reanudado, que la mujer se encuentre proporcionando lactancia materna exclusiva y que su hijo sea menor de seis meses

2) Indicaciones:

- Toda puérpera con hijos vivos que no tengan contraindicado lactancia materna exclusiva

3) Contraindicaciones:

- En el niño, galactosemia, herpes simples, y VIH.SIDA
- En la madre enfermedad infecciosa de ambas mamas, tratamiento con quimioterapia para el cáncer o tuberculosis pulmonar activa.

4) Ventajas

- Favorece la relación madre-hijo a través de la práctica de la lactancia materna.
- Aumenta la cantidad de producción de leche materna.
- No requiere examen físico.
- Disminuye la morbimortalidad del RN.
- Ayuda a la retracción uterina.
- Proporciona mejor nutrición al bebé.
- Proporciona satisfacción emocional a la madre.
- No requiere de la utilización de otro método anticonceptivo adicional.
- 98% de efectividad por espacio de hasta 6 meses cuando se practica de manera exclusiva.
- Previene el embarazo por lo menos 6 meses
- Ayuda a la retracción uterina
- No tiene costo económico
- Proporciona el alimento más saludable para el Bebe y lo ayuda a protegerlo de enfermedades.

5) Desventajas

- Es un método exclusivo del puerperio
- No brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual.
- Método introductorio, sólo es eficaz en los 6 meses después del parto.
- Si la madre y el niño se separan por largos períodos de tiempo, disminuye su eficacia.
- Requiere gran rigurosidad con la lactancia exclusiva.

5.1.1.2. Preservativo:

Es un método anticonceptivo temporal, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros.

1) Mecanismo de acción:

Impide de manera mecánica y química que los espermatozoides del hombre entren en contacto con la vagina, el cuello del útero y el óvulo de la mujer.

2) Efectividad anticonceptiva:

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 al 90%. (MINSA, 2011)

3) Ventajas

- No tiene efecto sobre la lactancia.
- Su utilización no significa riesgo para la madre y el niño.
- Proporcionan protección contra las infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA.
- 95-97% de eficacia cuando se asocia a lactancia materna exclusiva.

- Fácil de conseguir, de usar y portar.
- No requieren receta médica.
- Son desechables.
- Son de bajo costo.
- Ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual.
- Estimula la participación masculina en la anticoncepción.

4) Desventajas

- Requiere apoyo directo y aceptación de su uso por la pareja.
- Interfiere con la espontaneidad del coito.
- Debe tenerse cuidado al almacenarlos, debe hacerse en lugares secos, protegidos del calor y de la humedad excesiva.
- Requiere del uso de un condón nuevo en cada acto sexual.
- En algunos casos reduce la sensibilidad del pene.
- Si no se utiliza correctamente cada vez que se tengan relaciones sexuales, puede fallar en su protección contra el embarazo, las ITS y la transmisión del VIH.

5) Efectos adversos

- Intolerancia al látex o al espermicida.
- Interfiere en la actividad sexual.
- En algunos casos disminuye la sensibilidad del glande.

5.1.1.3. Dispositivo intrauterino (DIU)

1) Mecanismo de Acción del DIU T de Cobre:

Al liberar cobre actúa interfiriendo el proceso reproductivo antes de que ocurra la fertilización. Afecta la capacidad de migración de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina inmovilizándolos o destruyéndolos. Altera el moco cervical, espesándolo, disminuyendo de esta forma la movilización y la capacidad de penetración de los espermatozoides, este mecanismo es más intenso por los cambios que provoca en la cantidad y viscosidad del moco cervical en el caso de DIU con levonorgestrel. Aumenta la fagocitosis en la cavidad uterina. (MINSa, 2011)

2) Duración y Efectividad anticonceptiva

Este método brinda del 97 al 98% de protección anticonceptiva. La T Cu 380^a es altamente efectiva por un mínimo de 10 años.

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Período ínter genésico: El DIU se inserta preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- Post placenta: La inserción debe realizarse dentro de los diez minutos posteriores a la salida de la placenta, puede realizarse después de un parto
- durante una cesárea.

- Post aborto: Inmediatamente después de la aspiración endouterina o después del legrado por aborto.
- Pre alta de la unidad de salud: Tras la resolución de cualquier evento obstétrico, al momento del egreso hospitalario y antes de que sea enviada a su domicilio.
- Puerperio tardío: Entre la cuarta y sexta semana post aborto, posparto o post cesárea.

3) 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 otro métodos anticonceptivos en la siguiente circunstancia e intervalo ínter genésico :
 - ✓ En el post parto, trans y post- cesárea con o sin lactancia.
 - ✓ En post aborto.
 - ✓ Mujeres que tengan contraindicaciones en el uso de anticonceptivos hormonales.

4) Contraindicaciones:

- Infecciones pélvicas activa, reciente o recurrente.
- Embarazo sospechoso o diagnóstico.
- Sangrado uterino anormal.
- Existencia de cáncer cervicouterino.

5) Ventajas

- Menos incomodidad cuando se inserta inmediatamente después del parto.
- No se requiere tomar medidas en el momento del coito.
- 99% de eficacia.

6) Desventajas

- Requiere de exploración física previa y su inserción debe ser realizada por personal de salud entrenado.
- Pueden presentarse algunas complicaciones como perforación e infecciones si no se aplica bien la técnica de inserción.

5.1.2. Métodos permanentes

5.1.2.1. Oclusión tubárica bilateral (OTB)

1) Definición:

Es un método anticonceptivo, quirúrgico, para suprimir en forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer, es un método muy eficaz, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación.

2) Eficacia:

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. (MINSA, 2011)

Según el momento de realización:

- ✓ Intervalo ínter genésico: Efectuar en cualquier momento del ciclo si se tiene la certeza de ausencia de embarazo.
- ✓ Posparto: Efectuar inmediatamente o en los primeros 7 días pos parto, el fondo uterino está cerca del ombligo y permite el acceso a través de incisión subumbilical.
- ✓ Trans cesárea: Efectuar en el transcurso de la cirugía, después de la expulsión de la placenta y luego de haber cerrado la Histerotomía.
- ✓ Post aborto: Efectuar inmediatamente o dentro de los primeros 7 días, siempre que no haya infección.

3) Indicaciones

- Haber recibido consejería.
- Paridad satisfecha. Mujer mayor de 30 años, con cualquier paridad. Mujeres con 3 o más hijos vivos a cualquier edad.
- Mujeres que tienen algún problema de salud que constituye una contraindicación un embarazo futuro o la utilización de otros métodos de planificación familiar.
- Mujeres en las cuales un embarazo representa un riesgo inaceptable para su salud.
- Mujeres que desean un método altamente eficaz y permanente.
- Mujeres en posparto, trans cesárea, post aborto, en intervalo ínter genésico.
- Mujeres sin tumoraciones pélvicas.

4) No debe usarse el método.

- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Mujeres que no den su consentimiento voluntario e informado por escrito.
- Tumor pélvico sin diagnóstico conocido.
- Falta de movilidad uterina (adherencias).
- En el posparto o trans cesárea cuando el neonato presenta problemas de salud que comprometan su supervivencia.

5) Ventajas

- No tiene efecto sobre la lactancia.
- Eficacia inmediata y elevada.
- Es un método permanente.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Es un procedimiento quirúrgico sencillo que generalmente se realiza con anestesia local y sedación.
- No tiene efectos secundarios a largo plazo.
- No produce cambios en la función sexual, no tiene efecto alguno sobre la producción de hormonas por parte de los ovarios.
- 99.6% de eficacia.

6) Desventajas

- Es un método permanente.
- Puede haber arrepentimiento con posterioridad.
- La cirugía implica un pequeño riesgo.
- Requiere de un equipo Médico capacitado.
- No brinda protección contra ITS y VIH/SIDA.

5.2. Segunda opción

5.2.1. Hormonales con solo Progestágenos

Orales: Ovrette, Cerazete:

1) Mecanismo de acción:

Es a nivel del moco cervical, el endometrio y la trompa de Falopio. La duración anticonceptiva está limitada al día en que se ingiere la tableta.

2) Presentación:

La presentación usada en el MINSA es el ovrette que contiene 75 mg de norgestrel.

3) Ventajas:

- Son más fáciles de usar porque todas son iguales.
- No llevan estrógenos y tiene menos progestágenos.
- Tiene poco impacto sobre la función hepática.
- No tiene efecto sobre la presión arterial y la coagulación.
- Se puede usar cuando la lactancia ya ha comenzado.
- La fertilidad retorna de inmediato al suspenderla.
- Muy eficaz si se usa con regularidad.
- Puede utilizarse de inmediato incluso en presencia de infección.

4) Desventajas

- Se requiere un suministro periódico y estricta ingestión diaria a la misma hora.
- Suele causar hemorragias irregulares.
- No protege contra las infecciones de transmisión sexual VIH Y SIDA.
- Hay mayor riesgo de quistes funcionales y embarazo ectópicos en caso de ovulación.
- Exige motivación constante y uso regular.
- Debe asegurarse el suministro continuo.

5) Indicaciones

- Mujeres de toda edad reproductiva con cualquier número de hijo que deseen un método de alta efectividad.
- En el posparto o postcesareas con o sin lactancia.
- Es una alternativa inmediata en el posaborto.
- Mujeres fumadoras de cualquier edad.
- Mujeres con anemia falciforme, diabéticas u obesas.

6) Contraindicaciones

- Sangrado uterino anormal, no diagnosticado
- Embarazo o sospecha de embarazo
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa
- Insuficiencia renal
- Cardiopatía isquémica
- Migraña focal.

5.2.2. Métodos hormonales inyectables intramusculares Solo con progestágenos de depósito trimestral.

1) Definición:

Es un anticonceptivo que contiene una sustancia esteroides de progestágenos que administrado por vía intramuscular evita el embarazo durante tres meses.

2) Mecanismo de acción:

Actúan inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical, lo vuelve inadecuado para la penetración de los espermatozoides. (MINSA, 2011)

3) Ventajas

- No afecta la función gastrointestinal
- Disminuye los cólicos, el dolor menstrual y el dolor ovulatorio
- Se puede usar durante la lactancia
- No causa malformaciones congénitas
- Fácilmente administrables.
- Cómodo para la mujer y no hay interferencia en el coito.

4) Desventajas

- Irregularidades del ciclo menstrual principalmente la amenorrea
- La fertilidad se reanuda de 2 a 6 meses después
- No protege contra las infecciones de transmisión sexual y el VIH SIDA.

5) Indicaciones

- Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligesta, nulípara y multípara que desean un método temporal.
- Mujeres en las que hay contraindicaciones de otros métodos.
- En posparto o pos cesárea, lactando, después de 6 semanas, fecha en que está establecida la lactancia y hasta 6 meses y más tiempo posteriores al nacimiento.
- En mujeres que no lactan desde antes de 21 días posteriores al nacimiento.
- En post aborto, del primer, segundo trimestres e inmediatamente después de aborto séptico.
- Con historia de cirugía pélvica.
- Epilepsia.
- Anemias por talasemia, drepanocítica, ferropénica.

- Interacción de drogas: antibióticos (excluyendo rifampicina y griseofulvina).
- Mujeres con prácticas sexuales de riesgo.
- Cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.

6) Contraindicaciones

- Mujeres fumadoras o no, que serán sometidas a cirugía mayor en un lapso de 4 semanas
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Cáncer mamario actual.
- Sangrado vaginal de causa desconocida, aún no diagnosticada.
- Mujeres que deseen embarazarse en un período menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo.

7) Eficacia:

La eficacia es mayor al 99%.

5.3. Tercera opción

5.3.1. Hormonales combinados

5.3.1.1. Estrógenos/Progesterona (posterior a los 6 meses):

1) Definición:

Son una combinación de sustancias esteroideas muy parecidas a las hormonas naturales en el cuerpo de la mujer (un estrógeno y un progestágenos). Las mujeres que usan anticonceptivos orales deben tomar una píldora cada día para prevenir el embarazo. (MINSA 2011).

2) Tipos:

- Dosis Altas 50mg. De Etinilestradiol asociado a progestágenos.
- Dosis Media: etinilestradiol 50 mg. Asociados con progestágenos 500 y 250 mg.
- Dosis Baja: etinilestradiol 35 Mg. Asociados con progestágenos de primera generación 1000Mg. Mas 250Mg. (Neoginòn).
- Micro dosis: con dosificación de etinilestradiol de 30 y 20 mg asociados con Progestágenos de segunda generación de 300 y 150 mg (Lo femenil).
- Antionodrogeno: con dosificación de etinilestradiol de 35 mg asociados con un progestágenos, antiandrógeno, acetato de ciproterona 2,000 mg.

3) Presentación:

Las presentaciones existentes en las unidades del MINSA son de 28 tabletas de las cuales 21 contienen hormonas 7 contienen hierro.

4) Descripción:

Los estrógenos actúan impidiendo la ovulación, los progestágenos actúan a nivel del moco cervical del endometrio y de las trompas de Falopio. Su protección anticonceptivos bajo condiciones habituales es del 92-99%. (MINSA, 2011).

5) Ventajas:

- No se requiere tomar medida alguna en el momento del coito.
- Menos riesgo de cáncer de ovario cuando se utiliza en el post parto.
- 99.9% de eficacia. Son muy eficaces, fáciles de usar, reversibles.
- Su uso es independiente del coito; son seguros, ya que se reportan pocas complicaciones y riesgo de muerte.

6) Desventajas

- En caso necesario usar micro dosis a partir de los 6 meses de lactancia.
- Interfieren en la lactancia materna. Los estrógenos pueden reducir la producción de leche materna.
- Mayor riesgo de trombo embolismo.

7) Indicaciones:

- Mujeres jóvenes y adolescentes sexualmente activas.
- Parejas que desean espaciar embarazos.
- Mujer nulípara.
- Mujeres no lactantes en el periodo de posparto o pos cesárea comenzando de inmediato.
- Parejas que desean un método reversible de corto o largo plazo.
- Mujeres en periodo pos aborto inmediato.
- Mujeres con periodos menstruales dolorosos y abundantes.
- Mujeres con quistes de ovario funcionales.
- Mujeres en las que está contra indicado el dispositivo intrauterino.

8) Contraindicaciones absolutas:

- Embarazo.
- Enfermedad circulatoria pasada y presente.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o de Ovario.
- Tener o haber tenido tumores hepático benignos o malignos.
- Enfermedades hepáticas aguda o crónica.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivante.
- Tabaquismo excesivo consumo mayor de 20 cigarrillos.
- Sangrado no diagnosticado del tracto genital.
- Diabetes mellitus no controlado.

6. Glosario.

Conocimiento: Según la Real Academia Española en su 22^a edición, el conocimiento implica datos concretos sobre lo que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término Conocimiento se usa en el sentido de hecho, información y concepto; pero también como comprensión y análisis; la especie humana ha progresado en la medida que ha aculado las experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar. Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda a las actitudes, creencias y prácticas.

Actitud: Según la Real Academia Española en su 22^a. Edición, la actitud proviene del latín actitud o que se define como la disposición de ánimo manifestada de algún modo.

Practica: Según el Diccionario de la Real Academia Española se define Práctica como: Perteneciente o relativo a la práctica. Se dice de los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo. Experimentado, versado y diestro en algo. Que piensa o actúa ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente un fin útil. Que comporta utilidad o produce provecho material inmediato.

Adolescencia: Periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica y fija sus límites entre los 10 y 19 años.

VII. Diseño Metodológico

Material y método

Tipo de Estudio: Descriptivo, de corte transversal.

Área de Estudio: El presente estudio se realizó en el área de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque del departamento de Managua.

Periodo de realización: Enero a Junio 2017.

Universo: Está constituida por todas las pacientes adolescentes que dieron a luz atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque para un total de 1,342 pacientes.

Muestra: Todas las pacientes que cumplen con los criterios de inclusión para un total de 318 pacientes.

Tipo de Muestreo: Muestreo no probabilístico, por conveniencia.

Criterios de Inclusión: Fueron consideradas dentro del estudio las mujeres que cumplan con los siguientes criterios:

- Mujeres que bajo consentimiento informado, aceptaron voluntariamente participar en el estudio.
- Todas las pacientes que hayan informado, que habían utilizado algún método de planificación familiar.

Criterios de Exclusión:

- Mujeres que bajo consentimiento informado, no aceptaron voluntariamente participar en el estudio.
- Todas las pacientes que hayan informado, que no habían utilizado algún método de planificación familiar.

Fuente de información: Primaria de tipo directa obtenida de las personas en estudio, implementando el instrumento de recolección de la información y entrevistando individualmente a cada uno de los participantes.

Unidad de Análisis: Está constituida por las mujeres adolescentes que estén dentro de la población que corresponde al hospital antes mencionados.

Instrumento de recolección de la información: Para la recolección de los datos se diseñó y se utilizara un cuestionario estructurado en 7 secciones, que en total contiene 45 preguntas de tipo cerrada (Anexo 2.2). El contenido del cuestionario fue documentado con la literatura más actualizada existente sobre métodos de planificación familiar, además de la información brindada por nuestro grupo control, esto con el propósito de garantizar la validez, comprensión y secuencia lógica de las preguntas.

Validación del instrumentó: Se realizara una prueba piloto, en la cual se aplicara un total de 10 encuestas a residentes y médicos especialistas de Ginecoobstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, los cuales formaran nuestro grupo control y cuya información brindada se utilizara para la posterior revisión de las encuestas respondidas por los pacientes en estudio. Aplicaremos dos tipos de encuestas (A y B), cada una cuenta, con 7 preguntas de tipo abierta (Anexo 1.1).

Método de recolección de datos: Se solicitara la autorización, por parte de la Dra. Carmen María Cruz directora del Hospital Bertha Calderón Roque, para llevar a cabo la entrevista a mujeres puérperas adolescentes atendidas en dichas instituciones. Luego se procederá a explicarle a cada uno de los participantes los objetivos del estudio y la importancia de este para el bienestar de cada uno de los Nicaragüenses, posteriormente se aplicara el consentimiento informado (Anexo 2.1), luego se realizara la encuesta, con el objetivo de obtener la información necesaria para el estudio.

Técnica de recolección de la información: La entrevista se realizara a cada uno de los participantes abarcando los diferentes aspectos contenidos en el instrumento de recolección de datos (encuesta).

Consideraciones éticas: En este estudio se tomara en cuenta el aspecto ético-moral, al informar al sujeto sobre las implicaciones que puede conllevar el procedimiento, también se les indicara que los datos obtenidos serán utilizados sólo con un fin educativo y que permanecerían en anonimato. Todo esto se manifestara por medio de un consentimiento informado el cual las personas deberán firmar.

Garantizamos la recolección de los datos de la manera más completa y fidedigna posible por medio de una herramienta de recolección.

Listado de Variables del estudio: Estas se agruparan de acuerdo a las necesidades de los investigadores y se dividirán por cada objetivo específico de la siguiente manera:

Objetivo 1: Describir las características socio-demográficas de las adolescentes en estudio.

- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Ocupación
- Procedencia
- Religión

Objetivo 2: Conocer los antecedentes Gineco-obstétricos de la población en estudio.

- Gestas
- Partos
- Cesárea
- Abortos
- Número de hijos
- Periodo intergenésico
- Inicio de vida sexual activa
- Menarca
- Número de compañeros sexuales.

Objetivo 3: Identificar el nivel de conocimiento que tienen las pacientes en estudio sobre métodos de planificación familiar.

- Conocimientos básicos.
- Conocimientos sobre los tipos de métodos anticonceptivos.
- Conocimientos sobre las ventajas y desventajas del uso de métodos anticonceptivos.
- Conocimientos sobre las indicaciones de los diferentes métodos anticonceptivos.
- Conocimientos sobre reacciones adversos de métodos anticonceptivos.

Objetivo 4: Describir las actitudes sobre métodos de planificación familiar de las participantes del estudio.

- Actitud sobre el uso de métodos anticonceptivos en el puerperio.

Objetivo 5: Describir las prácticas relacionadas con los métodos de planificación familiar, que tienen las adolescentes puérperas en estudio.

- Uso de los métodos anticonceptivos en el puerperio.

Objetivo 6: Señalar las razones de uso y no uso de métodos anticonceptivos, de las adolescentes puérperas en estudio.

- Causas de uso de métodos anticonceptivos en el puerperio.
- Causas de no uso de métodos anticonceptivos en el puerperio.

Objetivo 7: Conocer la fuente de información utilizada por las pacientes en estudio.

- Fuente de información.

Operacionalización de variables

Objetivo 1: Describir las características socio-demográficas de las adolescentes en estudio.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor/Escala
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta el momento de ser encuestado.	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • 10 - 14 años • 15 - 19 años
Escolaridad	Ultimo año de estudio formales	Referido por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria incompleta. • Primaria completa. • Secundaria incompleta. • Secundaria Completa. • Técnico. • Universitario. • Profesional
Procedencia	Lugar donde la persona entrevistada nació o donde actualmente reside.	Referido por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbana
Estado civil	Calidad del vínculo con la pareja	Referido por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Casada • Soltera • Viuda • Unión libre
Religión	Conjunto de creencias, mitos o dogmas que se tributan a lo individual.	Referido por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Católico • Evangélico • Otros
Ocupación	Empleo, oficio o actividad a la cual se dedica la púérpera al momento de la entrevista.	Referido por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante • Domestica • Obrera • Desempleada • Profesional • Otra

Objetivo 2: Conocer los antecedentes Gineco-obstétrico de la población en estudio.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor/Escala
Gestas	Número de embarazos que ha tenido la participante hasta el momento de la entrevista.	Referido por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 – 5 • \geq a 6
Partos	Finalización del embarazo, que tiene lugar cuando el bebé sale del útero de la madre y es expulsado por vía vaginal.	Referido por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 – 5 • \geq a 6 • Ninguno
Cesáreas	Procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción (vivo o muerto) y sus anexos ovulares, a través de una incisión en la pared abdominal.	Referido por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • \geq a 3 • Ninguno
Abortos	Es la expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre de menos de 500 gramos de peso y menor de 22 semanas de gestación.	Referido por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • \geq a 3 • Ninguno
Número de hijos	Cantidad de hijos que ha tenido.	Referido por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 -5 • \geq a 6
Periodo intergenésico	Tiempo transcurrido entre la culminación de un embarazo y el inicio de otro.	Referido por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de dos años. • Mayor de dos años. • No aplica.
Inicio de vida sexual activa.	Edaden que tuvosuprimera relación sexual.	Referido por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 15 años • Mayor de 15 años
Menarca	Fecha de la primera menstruación en una mujer.	Referido por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • 10 años. • 11 años. • 12 años. • 13 años. • 14 años. • 15 años.
Numero de compañeros sexuales	Cantidad de parejas que ha tenido.	Referido por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2 • 3-5 • \geq6

Objetivo 3: Identificar el nivel de conocimiento que tienen las pacientes en estudio sobre métodos de planificación familiar.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor/Escala
Conocimientos básicos.	Conocimientos que tiene el paciente sobre los métodos de planificación familiar.	Información sobre métodos anticonceptivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Función de los métodos anticonceptivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir embarazos. • Prologar el periodo entre embarazo. • Evitar la muerte materna. • Prevenir infecciones de transmisión sexual. • Todas las anteriores. • Ninguna.
		Tiempo para aplicar el método de planificación familiar en el puerperio.	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente después del parto. • 10 días después del parto o cesárea. • 2 meses después del parto o cesárea. • 6 meses después del parto o cesárea.
Conocimientos sobre los tipos de métodos anticonceptivos.	Conocimientos que tiene el paciente sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos	Métodos anticonceptivos conocidos por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Condón. • Píldoras. • Inyección del mes. • Inyección de tres meses. • T de cobre o DIU • Esterilización quirúrgica.
		Método más seguro referido por la participante.	<ul style="list-style-type: none"> • Condón. • Píldoras. • Inyección del mes. • Inyección de tres meses. • T de cobre o DIU. • Esterilización quirúrgica.
		Métodos anticonceptivos que previenen las infecciones de transmisión sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Condón. • Píldoras. • Inyección del mes. • Inyección de tres meses. • T de cobre o DIU. • Esterilización quirúrgica.

		Métodos anticonceptivos utilizados en el puerperio.	<ul style="list-style-type: none"> • Condón. • Píldoras. • Inyección del mes. • Inyección de tres meses. • T de cobre o DIU. • Esterilización quirúrgica.
Conocimientos sobre las ventajas y desventajas del uso de métodos anticonceptivos.	Conocimientos que tiene el paciente sobre las ventajas y desventajas del uso de métodos anticonceptivos.	Una de las ventajas del uso de la inyección de tres meses (depoprovera), es que se puede usar durante la lactancia.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No se
		Una de las desventajas del uso de la inyección de tres meses (depoprovera), es que provoca irregularidades del ciclo menstrual.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No se
		Una de las ventajas del uso del condón, es que proporciona protección contra las infecciones de transmisión sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No se
		Una de las desventajas del uso del DIU o T de cobre, es que durante su colocación se puede producir perforación del útero.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No se
Conocimientos sobre las indicaciones de los diferentes métodos anticonceptivos.	Conocimientos que tiene el paciente sobre las indicaciones de los diferentes métodos anticonceptivos.	Las píldoras (Ovrette), son una excelente opción para las pacientes diabéticas u obesas.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No se

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor/Escala
Conocimientos sobre las indicaciones de los diferentes métodos anticonceptivos.	Conocimientos que tiene el paciente sobre las indicaciones de los diferentes métodos anticonceptivos.	La inyección de tres meses (depoprovera), son una excelente opción para las pacientes con varices (Trombosis venosa).	Referida por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No se
		El uso de condones no está indicado en mujeres que están dando lactancia materna.	Referida por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No se
		El uso del DIU o T de cobre, es una excelente opción para las mujeres que tienen contraindicado métodos hormonales.	Referida por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No se
		La esterilización quirúrgica como método anticonceptivo, es excelente para mujeres adolescentes que tienen solamente un hijo (a).	Referida por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No se
Conocimientos sobre reacciones adversas de métodos anticonceptivos.	Conocimientos que tiene el paciente sobre las reacciones adversas de los métodos anticonceptivos.	Reacciones adversas de los métodos anticonceptivos hormonales.	Referida por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Migraña. • Aumento de peso. • Sangrados anormales. • Acné. • Nauseas. • Todas las anteriores. • Ninguna.

Objetivo 4: Describir las actitudes sobre métodos de planificación familiar de las participantes del estudio.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor/Escala
<p>Actitud sobre el uso de métodos anticonceptivos en el puerperio.</p>	<p>Comportamiento que tiene el paciente sobre el uso de métodos anticonceptivos en el puerperio.</p>	<p>Las mujeres adolescentes, deben utilizar anticonceptivos, solo si su acompañante (pareja) lo autoriza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo. • En desacuerdo.
		<p>Las mujeres adolescentes deben utilizar anticonceptivos, como una forma de autocuidado.</p>	
		<p>La consejería sobre métodos anticonceptivos después de dar a luz, es muy importante.</p>	
		<p>Considera que el uso de anticonceptivos, va en contra de las leyes de Dios.</p>	
		<p>Considera importante que nuestros adolescentes reciban información sobre métodos de planificación familiar.</p>	

Objetivo 5: Describir las prácticas relacionadas con los métodos de planificación familiar, que tienen las adolescentes puérperas en estudio.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor/Escala
Uso de los métodos anticonceptivos en el puerperio.	Acciones que tienen las participantes, relacionado con el uso de métodos anticonceptivos.	Métodos anticonceptivos utilizados.	<ul style="list-style-type: none"> • Condón. • Píldoras. • Inyección del mes. • Inyección de tres meses. • DIU o T de cobre. • Otro • Ninguno
		Momento en el cual aplicar los métodos anticonceptivos postparto o postcesaréa.	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente después del parto o cesárea. • Quince días después del parto o cesárea. • Un mes después del parto o cesárea.
		Momento para reanudar las relaciones sexuales, postparto o postcesaréa.	<ul style="list-style-type: none"> • 2-3 meses. • 6 meses- 1año. • >1 año. • Cuando se sienta en condiciones.
		En relación al MELA, cual es el tiempo que debe dar lactancia materna exclusiva al bebe, para que sea efectivo.	<ul style="list-style-type: none"> • 2- 3 meses. • 6 meses. • 1 año.
		En relación al uso del condón, momento en el cual debe ser utilizado.	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Siempre

Objetivo 6: Señalar las razones de uso y no uso de métodos anticonceptivos, de las adolescentes puérperas en estudio.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor/Escala
Razones de uso de métodos anticonceptivos en el puerperio.	Razones que tienen los participantes, para usar los métodos anticonceptivos en el puerperio.	Referida por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • No deseo tener más hijos. • Complacer a la familia. • Complacer a la pareja. • Nivel socioeconómico bajo. • Condición de salud desfavorable.
Razones de no uso de métodos anticonceptivos en el puerperio.	Razones que tienen los participantes, para usar los métodos anticonceptivos en el puerperio.	Referida por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Complacer a la pareja. • La religión lo prohíbe. • Es incomodo en el acto sexual. • No funcionan. • Tengo Reacciones adversas a algún método.

Objetivo 7: Conocer la fuente de información utilizada por las pacientes en estudio.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor/Escala
Fuente de información.	Origen de la información, que posee el participante.	Referida por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Televisión. • Radio. • Internet. • Personal de salud. • Periódico. • Revistas. • Familiares. • Amigos y/o conocidos. • Escuela o universidad.

Procesamiento y análisis de la información: Los datos obtenidos en la encuesta fueron procesados mediante el programa de IBM SPSS Versión 20. Se realizó un análisis de distribución de frecuencias (absoluta y porcentajes) y medidas de tendencia central (media).

Para la presentación de los resultados se utilizaron tablas de análisis estadísticos elaborados en SPSS y modificados en Microsoft Excel 2007.

Escala de Valores para el análisis:

Para valorar los conocimientos: Se aplicó una escala de medición ordinal con amplitud de un rango de tres niveles.

- Buena: sí responde correctamente más de 13 preguntas (más del 80%).
- Regular: Si responde correctamente más de 11 preguntas, pero menos de 13 preguntas (60-80%).
- Mala: Si responde correctamente menos de 11 preguntas (menos de 60%).

Conocimientos	Respuesta esperada	Respuesta correcta (puntos)	Respuesta incorrecta (puntos)
Conocimientos básicos			
Información sobre métodos anticonceptivos.	Si	1	0
Función de los métodos anticonceptivos.	Todas las anteriores	1	0
Tiempo para aplicar el método de planificación familiar en el puerperio.	Inmediatamente después del parto.	1	0
Conocimientos sobre los tipos de métodos anticonceptivos.			
Métodos anticonceptivos conocidos por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Condón. • Píldoras. • Inyección del mes. • Inyección de tres meses. • T de cobre o DIU. • Esterilización quirúrgica. 	1	0
Método más seguro referido por la participante en el puerperio.	T de cobre o DIU	1	0
Métodos anticonceptivos que previenen las infecciones de transmisión sexual.	Condón.	1	0
Métodos anticonceptivos utilizados en el puerperio.	<ul style="list-style-type: none"> • Condón. • Píldoras. • Inyección de tres meses. • T de cobre o DIU. • Esterilización quirúrgica. 	1	0

Conocimientos	Respuesta esperada	Respuesta correcta (puntos)	Respuesta incorrecta (puntos)
Conocimientos sobre las ventajas y desventajas del uso de métodos anticonceptivos.			
Una de las ventajas del uso de la inyección de tres meses (depoprovera), es que se puede usar durante la lactancia.	Si	1	0
Una de las desventajas del uso de la inyección de tres meses (depoprovera), es que provoca irregularidades del ciclo menstrual.	Si	1	0
Una de las ventajas del uso del condón, es que proporciona protección contra las infecciones de transmisión sexual.	Si	1	0
Una de las desventajas del uso del DIU o T de cobre, es que durante su colocación se puede producir perforación del útero.	Si	1	0
Conocimientos sobre las indicaciones de los diferentes métodos anticonceptivos.			
Las píldoras (Ovrette), son una excelente opción para las pacientes diabéticas u obesas.	Si	1	0
La inyección de tres meses (depoprovera), son una excelente opción para las pacientes varices (Trombosis venosa).	No	1	0
El uso de condones no está indicado en mujeres que están dando lactancia materna.	No	1	0
El uso del DIU o T de cobre, es una excelente opción para las mujeres que tienen contraindicado métodos hormonales.	Si	1	0
La esterilización quirúrgica como método anticonceptivo, es excelente para mujeres adolescentes primigestas.	No	1	0
Conocimiento sobre reacciones adversas de métodos anticonceptivos.			
Reacciones adversa de los métodos anticonceptivos hormonales.	Todas las anteriores.	1	0

Para valorar las actitudes: Se empleó una escala tipo Likert modificado con amplitud de un rango de dos niveles.

- Favorable: Si acumula 3 o más puntos.
- Desfavorable: si acumula menos de 3 puntos.

Actitudes	De acuerdo	En desacuerdo
Las mujeres adolescentes deben utilizar anticonceptivos, solo si su acompañante (pareja) lo autoriza.	0	1
Las mujeres adolescentes deben utilizar anticonceptivos, como una forma de autocuidado.	1	0
La consejería sobre métodos anticonceptivos durante el puerperio es muy importante.	1	0
Considera que el uso de anticonceptivos, va en contra de las leyes de Dios.	0	1
Considera importante que nuestros adolescentes reciban información sobre métodos de planificación familiar.	1	0

Para valorar las prácticas: Se aplicó una escala de medición ordinal con amplitud de un rango de dos niveles, para simplificar consideramos las prácticas buenas (sin riesgo) y prácticas (con riesgo).

- Buena: sí responde positivamente 3 o más preguntas (60% - 100%).
- Mala: Si responde positivamente menos de 3 preguntas (<60%).

Prácticas	Respuesta esperada	R. Correcta	R. Incorrecta
Métodos anticonceptivos utilizados.	Cualquier método: Condón, inyección, pastillas, DIU.	1	0
Momento en el cual aplicar los métodos anticonceptivos postparto.	Inmediatamente después del parto.	1	0
Momento para reanudar las relaciones sexuales, postparto o postcesarrea.	6 meses a 1 año o cuando se sienta en condiciones.	1	0
En relación al MELA, cual es el tiempo que debe dar lactancia materna exclusiva al bebe, para que sea efectivo.	6 meses	1	0
En relación al uso del condón, momento en el cual debe ser utilizado.	Siempre	1	0

VIII. Resultados

- El grupo de edad que predomina es de 15-19 años en un número de 304 casos (95.5%); Seguido de 14 casos (4.5%) que corresponden al grupo de 10-14 años. (Tabla 1)
- La escolaridad que predomina es Secundaria Incompleta con 174 casos (54.7%); Seguido de primaria completa con 56 casos (17.6%); Secundaria completa 34 casos (10.6%); Primaria completa 32 casos (10.1%); Técnico con 17 casos (5.3%); Universitario con 3 casos (1%); Analfabeta con 2 casos (0.6%). Ninguna profesional. (Tabla 1)
- En cuanto a procedencia 311 casos son de la zona urbana (97.7%) y 7 casos de la zona rural (2.2%). (Tabla 1)
- El estado civil predominante es Unión libre con 296 casos (93.08%); Seguido de casada con 12 casos (3.7%); Soltero con 10 casos (3.1%). Ninguna viuda. (Tabla 1)
- La religión predominante es la católica con 223 casos (70.1%); Seguida de evangélico con 88 casos (27.6%) y otras religiones con 7 casos (2.2%). (Tabla 1)
- La ocupación más frecuente es ama de casa con 215 casos (67.6%); Seguido de estudiante con 102 casos (32.07%) y doméstica con 1 caso (0.31%). (Tabla 1)
- De las pacientes en estudio 265 casos (83.3%) tienen 1 gesta anterior y 53 casos (16.07%) de 2-5 gestas. (Tabla 2)
- 35 casos (11%) tienen el antecedente de 1 parto; 10 casos (3.14%) el antecedente de 1 cesárea y 8 casos (2.5%) 1 aborto. (Tabla 2)
- En cuanto a número de hijos 265 casos (83.3%) 1 hijo, seguido de 2-5 hijos con 53 casos (16.6%). (Tabla 2)
- En período intergenésico 38 casos (11.9%) corresponden a menor de dos años; 15 casos (4.7%) a mayor de dos años, el resto no aplica 265 casos (83.3%). (Tabla 2)
- La mayoría inició vida sexual después de los 15 años con 160 casos (50.3%) y 158 casos (49.7%) antes de los 15 años. (Tabla 2)
- En cuanto a Menarca, la mayoría la tuvo a los 12 años con 224 casos (70.4%); Seguido de 13 años con 67 casos (21.06%); 11 años con 18 casos (5.6%); 14 años con 5 casos (1.5%); 10 años con 3 casos (0.9%) y 15 años con 1 caso (0.3%). (Tabla 2)
- En relación al número de compañeros sexuales 296 casos (93%) 1-2 compañeros; Seguido de 3-5 compañeros con 22 casos (6.9%). (Tabla 2)
- En cuanto a conocimientos sobre métodos de planificación familiar la información fue regular en 237 casos (74.5%); Seguida de buena con 59 casos (18.5%) y mala 22 casos (6.9%). (Tabla 3)

- La actitud ante los métodos de planificación familiar fue predominantemente favorable con 197 casos (61.9%) y desfavorable en 121 casos (38.05%). (Tabla 4)
- Las prácticas con métodos de planificación familiar fue predominantemente mala con 225 casos (70.7%) y buena en 93 casos (29.2%). (Tabla 5)
- En cuanto al nivel de conocimiento según la edad predomina el conocimiento regular tanto en el grupo de 10-14 años con 9 casos (2.8%) como en el grupo de 15-19 años con 228 casos (71.6%); Siguiendo el Bueno con 56 casos (17.6%) en el grupo de 15-19 años y 3 casos (0.9%) en el de 10-14 años; Conocimiento malo con 20 casos (6.2%) en el grupo de 15-19 años y 2 casos (0.6%) en el grupo de 10-14 años. (Tabla 6)
- En relación al nivel de conocimiento según la escolaridad predominó el regular con 128 casos (40.2%) en secundaria incompleta; Seguido de 33 casos (10.3%) con nivel bueno y 13 casos (4.08%) con conocimiento malo. (Tabla 7)
- En relación al nivel conocimiento según procedencia se encontró que las que tienen conocimiento regular predominan de la zona urbana con 235 casos (73.8%); Seguido del bueno con 56 casos (17.6%) y malo con 20 casos (6.28%). (Tabla 8)
- En nivel de conocimiento según estado civil se encontró que predomina el conocimiento regular y unión libre con 224 casos (70.4%); Seguido de conocimiento bueno (17.6%) con 56 casos y 16 casos (5.03%) con conocimiento malo. (Tabla 9)
- En cuanto al tipo de actitud según la edad se encontró en el grupo de edad de 15-19 años 188 casos (59.1%) de actitud favorable y 116 casos (36.4%) de actitud desfavorable; en el grupo de 10-14 años 9 casos (2.8%) con actitud favorable y 5 casos (1.5%) con actitud desfavorable. (Tabla 10)
- En relación al tipo de actitud según la escolaridad 120 casos (37.7%) de secundaria incompleta tienen actitud desfavorable; Seguido en frecuencia por las de primaria completa en la cual 27 casos (8.4%) tienen actitud favorable y 29 casos (9.1%) con actitud desfavorable. (Tabla 11)
- En relación a la actitud según procedencia 192 casos (60.3%) de procedencia urbana tienen actitud favorable y 119 casos (37.42%) de procedencia urbana tienen actitud desfavorable. 5 casos (1.5%) de procedencia rural tienen actitud favorable y 2 casos (0.6%) del área rural tienen actitud desfavorable. (Tabla 12)
- En relación a la actitud y estado civil 178 casos (55.9%) son de unión libre y tienen actitud favorable y 118 casos (37.1%) tienen actitud desfavorable, a esto le sigue la casada con 10 casos (3.1%) con actitud favorable y 2 casos (0.6%) con actitud desfavorable. (Tabla 13)
- En relación a la actitud y la religión, 175 casos (55.03%) son católicas y tienen actitud favorable y 48 casos (15.09%) son católicas con actitud desfavorable; Seguido de 18 casos (5.6%) evangélica con actitud favorable y 70 casos (22.01%) evangélica con actitud desfavorable. (Tabla 14)

- En relación a la práctica y la edad se encontró que en el grupo de edad de 15-19 años hay 85 casos (26.7%) con buena práctica y 219 casos (68.8%) con mala práctica. En el grupo de edad de 10-14 años hay 8 casos (2.5%) con buena práctica y 6 casos (1.8%) con mala práctica. (Tabla 15)
- En relación a práctica y escolaridad con buena práctica y de secundaria incompleta 39 casos (12.2%) y 135 casos (42.4%) con mala práctica; Seguido de primaria completa con buena práctica 22 casos (6.9%) y 34 casos (10.6%) con mala práctica. (Tabla 16)
- En relación a la práctica y la procedencia, Rural con buena práctica con 2 casos (0.6%) y 5 casos (1.5%) con mala práctica; Urbano con buena práctica 91 casos (28.6%) y 220 casos (69.1%) con mala práctica. (Tabla 17)
- En relación a la práctica según estado civil, unión libre y con buena práctica 78 casos (24.5%) y 218 casos (68.5%) con mala práctica; seguido de casada con buena práctica 8 casos (2.5%) y 4 casos (1.2%) con mala práctica; Solteras con buena práctica 7 casos (2.2%) y 3 casos (0.9%) con mala práctica. (Tabla 18)
- En relación a práctica y religión, católica y buena práctica 86 casos (27.04%) y 137 casos (43.08%) con mala práctica; Evangélica con buena práctica 6 casos (1.8%) y 82 casos (25.7%) con mala práctica. (Tabla 19)
- En cuanto a las causas para usar MPF, No deseo tener hijos predomina con 309 casos (97.1%) seguido de condición de salud desfavorable con 9 casos (2.8%). (Tabla 20)
- En cuanto a las causas del no uso de MPF predomina la religión lo prohíbe con 98 casos (30.8%); Seguido de complacer a la pareja con 95 casos (29.8%); Incómodo en el acto sexual con 69 casos (21.6%); No funcionan con 15 casos (4.7%). (Tabla 21)
- La fuente de información que predomina es Televisión con 168 caso (52.8%); Seguido de Internet con 34 casos (10.69%) y personal de salud con 28 casos (8.8%). (Tabla 22)

IX. Análisis y Discusión de Resultados

De los resultados obtenidos en nuestro estudio Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar en mujeres adolescentes que dieron a luz en el hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017 se puede afirmar:

- El grupo de edad que predomina es el de 15-19 años en un 95.5% esto concuerda con el enunciado de ENDESA 2013 en donde se establece que la tasa de fertilidad específica en este grupo etario es de 92. Cabe destacar que, la tasa de fecundidad en este grupo es más alta en Nicaragua que en cualquier otro país centroamericano después de Honduras (Guttmacher 2006). Este fenómeno es muy frecuente en este grupo ya que a esta edad se presentan mayores comportamientos de riesgo tales como el inicio de vida sexual y reproductiva sin los conocimientos necesarios para el uso correcto de métodos anticonceptivos y relaciones sexuales esporádicas y no planificadas sin uso de métodos de barrera incluso siendo éstos accesibles como lo es el preservativo.
- La escolaridad que predomina es la secundaria incompleta con un 54.7%, esto corresponde a las cifras de educación según la UNICEF. Teniendo en cuenta que en nuestro estudio, este porcentaje representa un poco más de la mitad, nos hace ver que aunque la mayoría de la población en estudio logra completar sus estudios primarios no así sucede con los secundarios, esto puede ser debido a diferentes factores desde los familiares, sociales, económicos hasta ser influenciadas por sus propias parejas sentimentales o por encontrarse en estado de embarazo. Se sabe que el nivel educativo es un factor influyente en la fecundidad y comportamiento sexual y reproductivo, podemos afirmar que entre más alto sea su nivel de educación, más probabilidades hay, que las adolescente utilice los métodos de planificación familiar.
- La procedencia predominante es la zona Urbana del país con 97.7% de los casos, esto puede deberse a que las adolescentes de la zona urbana tienen mayor accesibilidad y facilidad de acudir a su atención prenatal, del parto y puerperio en este centro hospitalario ubicado en la zona urbana y que es de referencia nacional. No debemos olvidar que los partos domiciliarios predominan en la zona rural.
- El estado civil predominante es Unión Libre con la mayoría de casos en un 93.08%, seguido de casada en un 3.7% y soltera en un 3.1%, siendo la unión libre, el estado civil más frecuente en la mujer nicaragüense y lo cual conlleva a un alto riesgo de embarazo ya que al no establecer relaciones estables, no cuentan con el apoyo de su pareja, para decidir la utilización de un método de planificación familiar.
- La religión católica predomina en un 70.1% de los casos, esto probablemente por el efecto tradicional nicaragüense, en donde gran parte de su población profesa esta religión.

- La ocupación más frecuente es ama de casa con 67.6% de los casos, datos que concuerdan con las adolescentes que tienen secundaria incompleta ya que al no completar sus estudios secundarios y por ende sus estudios universitarios, se limitan a trabajar y dedicarse al hogar. En otros estudios se ha reflejado que las mujeres con un trabajo fuera del hogar tienen mayores conocimientos, actitudes y prácticas sobre los MPF.
- En cuanto a antecedentes ginecológicos, las primigestas representan el 83.3% de los casos, el período intergenésico menor de dos años es del 11.9% y en su mayoría no aplica, ya que la mayor parte de la población en estudio son primigestas (primíparas). El ser primigestas es un factor influyente negativo, sobre la decisión de utilizar un método de planificación.
- La mitad de los adolescentes en estudio inicio vida sexual después de los 15 años (50.3%) y casi la otra mitad entre los 10-14 años, cifras que nos hacen ver que los adolescentes están iniciando las relaciones cada vez más temprano, lo cual es un factor negativo para que éstas tengan malas prácticas.
- El 93% de los adolescentes tienen de 1-2 compañeros sexuales y el 6.9% de 3-5 compañeros sexuales. Uno de los comportamientos de riesgo de embarazo en la mujer en múltiples parejas sexuales (promiscuidad), sin embargo, la mayoría de los casos tienen de 1-2 parejas, lo cual nos hace ver que independientemente del factor de riesgo, cae un gran peso sobre las buenas y malas prácticas del uso de los MPF.
- En el estudio, 74.5% tienen un conocimiento regular, esto se debe a que a pesar que las adolescentes están bien informadas sobre MPF, según ENDESA 2011/12 se reporta que casi la totalidad de mujeres nicaragüenses (99%) han escuchado hablar de métodos anticonceptivos, sin embargo, aún se tienen conceptos erróneos sobre algunos métodos anticonceptivos. 98 % de las adolescentes ha escuchado sobre métodos anticonceptivos, el 68% sabe que sirven para prevenir el embarazo, 12% considera que el tiempo para aplicar un MPF es inmediatamente al parto. El MPF más conocido es el condón con 47%, seguido del inyectable del mes con 21% y trimestral 12%. El 59% rechaza el DIU por considerarlo poco seguro y que puede ocasionar efectos adversos con mucha frecuencia. 34% consideran que los métodos inyectables (del mes) son los más seguros y con menos efectos adversos. El 74% conocen que el preservativo protege contra ITS/ETS. De los métodos que se pueden utilizar después de dar a luz el trimestral obtuvo el 32% y seguido del condón con 20%. 87% considera que la depoprovera se pueda usar durante la lactancia. 24% considera que la depoprovera provoca irregularidades del ciclo menstrual. La principal reacción adversa es el aumento de peso con 38%.
- Según el estudio realizado por Planck, en Somoto Madriz en el 2011, sobre el conocimiento de embarazo en las adolescentes y métodos anticonceptivos, solo la mitad de los adolescentes tienen un buen conocimiento de los métodos, según nuestro estudio sólo el 18.5% de los casos tienen buenos conocimientos, en su mayoría son conocimientos regular.

La fuente de información más frecuente según nuestro estudio son los medios de comunicación tales como televisión (52.8%) e internet (10.6%).

- Esto se puede deber al mayor acceso a la información que se tiene por estos medios aunque no precisamente sea la información correcta y médicamente fundamentada. Y al miedo que tienen las adolescentes de hablar sobre este tema con los adultos y/o profesionales, lo cual no concuerda con otros estudios en donde la mayor fuente de información son el personal de salud, siendo en nuestro estudio, un 8.8%.
- El 61.9% de la población estudiada tienen una actitud favorable, lo cual coincide con otros estudios. La mayoría no tiene problemas para planificar y refieren estar dispuestas a utilizar un método anticonceptivo. Es por ello que se considera el puerperio como uno de los momentos ideales para la educación familiar. El 52% de las adolescentes en estudio no consideran el MELA como método de planificación post parto, la mayoría ni siquiera lo considera un método de planificación y no saben acerca del mismo, según la OMS esto se debe a la introducción temprana de alimentos complementarios en la alimentación del neonato, lo que se evidencia más en los países en vías de desarrollo.
- La práctica mala fue del 70.7% lo cual da como resultado embarazos no deseados y de alto riesgo obstétrico; aunque la mayoría de las adolescentes, tienen conocimientos regulares y actitudes favorables al mantener vida sexual realizan malas prácticas con los MPF. El método utilizado antes del embarazo fue predominantemente el preservativo con 32%.
- La mayoría de adolescentes coincide en un 97.1% que la razón para usar un MPF es porque no desean tener más hijos influenciadas por la propia experiencia de ser madres a temprana edad y la responsabilidad que ello conlleva.
- Las causas del no uso en un 30.8% es que la religión lo prohíbe muy seguido por un 29.8% que representa el complacer a la pareja. Una vez más se confirma la influencia religiosa en la toma de decisión de una mujer para procrear hijos como objetivo primordial de su vida, así como también la influencia emocional que ejerce la pareja.

X. Conclusiones

- ✓ La mayoría de las pacientes en estudio se encontró en el grupo de edad de 15-19 años, con secundaria incompleta, con unión libre a sus parejas, de la zona urbana, amas de casa y de religión católica.
- ✓ Dentro de los antecedentes ginecológicos se encontró que la mayoría eran primigestas, primíparas, con inicio de menarca a los 12 años, solo un poco más de la mitad habían iniciado su vida sexual después de los 15 años y habían tenido de 1 a 2 parejas sexuales.
- ✓ El nivel de conocimiento sobre los métodos de planificación familiar fue regular en más de un 70% de la población seguido de un nivel de conocimiento bueno.
- ✓ La actitud ante los métodos de planificación familiar fue favorable lo cual concuerda con los conocimientos regulares y buenos.
- ✓ El nivel de práctica fue malo en más del 70% de la población en estudio a pesar del nivel de conocimiento y la actitud favorable.
- ✓ La principal razón por la cual las adolescentes en estudio utilizan un método de planificación familiar es para no tener más hijos y la principal razón por la cual no usan métodos de planificación familiar es porque la religión lo prohíbe y por complacer a sus parejas.
- ✓ La fuente de información que predominó fueron los medios de comunicación tales como la televisión y el internet.

XI. Recomendaciones

A las autoridades del SILAIS Managua y departamentales:

Promover alianzas entre las autoridades del ministerio de salud, agentes del gobierno, especialmente el ministerio de educación (MINED), para realizar una comisión con criterios explícitos de cumplimiento en la educación sexual en los estudios secundarios donde se incluyan los métodos de planificación, como una alternativa para reducir el alto riesgo reproductivo en este grupo etario (adolescentes).

Promover la educación en salud sexual y reproductiva para evitar no solo embarazo no deseado, sino embarazo en adolescentes.

Desarrollar campañas de información sobre usos de métodos anticonceptivos a nivel de la población y en los servicios de salud que eliminen las barreras culturales, económicas y sociales en la población de edad fértil.

Capacitar al personal médico y de enfermería de atención primaria, como primer contacto con nuestra población, sobre la importancia de uso de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil.

A las autoridades del Hospital Bertha Calderón Roque:

Proporcionar información a través de medios visuales disponibles al público general, que incluyan información acerca del uso, ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos.

Promover la participación en pareja, al momento de escoger un método anticonceptivo, durante el alta por evento obstétrico.

Promover la planificación dual, como estrategia para disminuir los embarazos no deseados y las Enfermedades de Trasmisión sexuales.

A los directores de Centro de salud, puestos de salud:

Implementar supervisiones continuas al personal de salud con el fin de garantizar al 100% el desarrollo de la consejería en Anticoncepción Postparto en los diferentes momentos del contacto con las usuarias (APN, parto y puerperio).

La dirección de los centros de salud en conjuntos con los encargados de insumos médicos deben realizar un monitoreo periódico en el abastecimiento de los métodos de planificación familiar para garantizar el derecho de las usuarias a la elección informada con el fin de promover e incrementar el uso de otros métodos aparte de las inyectables.

XII. Bibliografía

1. Ovies.G, Santana.F y Padrón. R, (1999). Anticoncepción posparto. Revista Cubana de endocrinología, 10(1), 1. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol10_1_99/end09199.htm.
2. Cleland. J, Bernstein. S, Ezeh. A, Faundes. A, Glasier. A & Innis. J. (2006). Family planning: the unfinished agenda. The Lancet, 389(10064), 1-126. Recuperado de [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69480-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69480-4/abstract).
3. DaVanzo. J, Hale. L, Razzaque. A & Rahman. M. (2007). Effects of interoregnancy interval and outcome of the preceding pregnancy outcomes in Matlab, Bangladesh. BJOG 114(9): 1079- 1087. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2366022/>.
4. MINSA, Nicaragua (2008). Norma y Protocolo de planificación familiar (N.002).
5. OMS (2014). El embarazo en la adolescencia. Recuperado de: www.who.int.
6. ENDESA (2013). Comparativo de Tasa Global de Fecundidad y Tasa Específica de Fecundidad; Comparativo de fecundidad adolescente. Recuperado de: www.inide.gob.ni.
7. Encuesta nicaragüense de demografía y salud (ENDESA) 2011/12.
8. González, Juan C., (2009). Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente.
9. Hernández, m. d. (2001). Conocimientos de los métodos anticonceptivos de los pacientes en puerperio de los servicios de maternidad del hospital central universitario "Antonio maría pineda". Barquisimeto.

10. Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.ª ed.). Madrid, España: Autor.
11. MINSA, Normas y protocolos de planificación familiar. Ministerio de salud Nicaragua 2011.
12. Network en español. (2003). Métodos anticonceptivos hormonales. *Family Health International*, vol. 22, N° 3OPS, (. P. (2007). *Salud en las Américas*. Washington, D.C: vol.1.
13. ORGANIZACION MUNDIA DE LA SALUD- MINISTERIO DE SALUD. (2011). *SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA* (Vol. 1). (M. d. Salud, Ed.) MANAGUA, NICARAGUA.
14. UNFPA. (2007). *Fecundidad adolescente en Nicaragua: tendencias, rasgos emergentes y orientaciones políticas*. Santiago de Chile.
15. UNFPA. (2012). La importancia de actuar de manera sostenida y armonizada sobre las determinantes del embarazo en adolescentes en Nicaragua. *Serie Aportes para Políticas Públicas en Asuntos de Población*, 1.
16. UNFPA, T. U., & PROMSEX, C. d. (2011). *Mitos y Métodos Anticonceptivos*. Lima, Perú.
17. Organización panamericana de la salud (OPS). (2012). Determinantes e inequidades en salud. (OPS-OMS, Ed). América latina. Recuperado de www.paho.org/uru/index.php?option=com.
18. Pérez. Z, Rodríguez. L, Peña. L, Rodríguez. O y Zaldívar. M. (2002). Información sexual en un grupo de adolescentes. *Revista Cubana Médica Militar*, 2002:31(4), 215-153. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000400006.
19. Vázquez. A y Suárez. N. (2005). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán. *Mercadotecnia en salud*. México. Recuperado de <file:///C:/Users/MCB/Downloads/Dialnet-ConocimientoYUsoDeMetodosAnticonceptivosEnLaPoblac-5305207.pdf>.

20. Guttmacher. (2006). Maternidad Temprana en Nicaragua: un desafío constante. En Resumen. Series, No. 3. Recuperado de <https://www.guttmacher.org/report/maternidad-temprana-en-nicaragua-un-desafio-constante>.
21. Briceño. L y Rodríguez. W. (2014). Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya en el período de Junio 2013 a Enero del 2014.
22. Sarria. H y Betancourt. D. (2014). Nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre métodos anticonceptivos postparto en pacientes puérperas del servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Enero a Marzo 2014. Nicaragua.
23. López. A y Tenorio. V. (2015). Conocimientos, Actitudes y Prácticas en adolescentes de 14 a 19 años atendidas en Morrito-Río san Juan en Junio 2015. Nicaragua.

XI. ANEXOS

No.

Anexo 1.1.

Encuesta A

Validación del instrumento

Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar.

Les saluda, Maxwell Céspedes, Karla López y Merary Guevara, médicos internos. El objetivo de la presente encuesta es crear una base de información sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, lo cual será la base para la realización de encuestas dirigidas a las pacientes de nuestro estudio.

1- Conocimientos sobre métodos de planificación familiar.

1. Menciones las principales funciones de los métodos anticonceptivos en adolescentes puérperas.
2. ¿Cuál es el tiempo para aplicar los métodos de planificación familiar en adolescentes?
3. Menciones los tipos de métodos anticonceptivos, en orden de primera, segunda y tercera opción en adolescentes puérperas.

No.

Anexo 1.2.

Encuesta B

Validación de la información

Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar.

Les saluda, Maxwell Céspedes, Karla López y Merary Guevara, médicos internos. El objetivo de la presente encuesta es crear una base de información sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, lo cual será la base para la realización de encuestas dirigidas a las pacientes de nuestro estudio.

1- Conocimientos sobre métodos de planificación familiar.

1. Mencione las ventajas y desventajas del uso del DIU o T de cobre.

2. Mencione las indicaciones para el uso de píldoras anticonceptivas.

3. Indicaciones sobre el uso de la inyección del mes (Norigynon).

4. Indicaciones sobre el uso de la inyección de tres meses (depoprovera).

5. Indicaciones sobre el uso del condón.

6. Indicaciones sobre el uso del DIU.

7. Indicaciones de esterilización quirúrgica.

Anexo 2.1

Consentimiento informado



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Recinto Universitario "Rubén Darío"
Facultad de Ciencias Médicas



Introducción

Buenos Días, le saluda Maxwell Céspedes, Karla López y Merary Guevara, médicos internos. Queremos solicitarle algunos minutos de su tiempo, para colaborar en un proyecto de investigación sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Métodos de Planificación Familiar. Realice cualquier pregunta al encuestador, que le sea de ayuda para completar el instrumento.

Agradecemos responda con sinceridad.

Por motivos de privacidad, su nombre no será preguntado pero sí su procedencia. Su información será utilizada, para la realización de una investigación cuyo propósito es determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Métodos de Planificación Familiar, en mujeres adolescentes, que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el período de enero a junio 2017. Esta investigación no tiene fines lucrativos. Su participación es totalmente voluntaria. Toda la información que nos brinde será confidencial. Agradecemos el tiempo prestado y su aporte para el mejoramiento de las estrategias realizadas por el MINSA, para evitar el aumento de los embarazos no deseados y disminuir las altas tasas de mortalidad materno-Infantil. Al llenar este consentimiento, usted está aceptando voluntariamente, que sus respuestas sean utilizadas para la realización de este trabajo.

¿Está usted de acuerdo en ser entrevistada? Sí No

Anexo 2.2

Instrumento de recolección de la información



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Recinto Universitario "Rubén Darío"

Facultad de Ciencias Médicas



Buenos días, le saluda Maxwell Céspedes, Karla López y Merary Guevara, médicos internos, el objetivo de la presente encuesta, es recaudar información acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, en mujeres adolescentes que dieron a luz, en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Identificación

No. De cuestionario: _____

Fecha de la entrevista: __ __/ __ __/2017

Nombre del entrevistador (a):

- Maxwell Antonio Céspedes Luquez
- Karla Guadalupe López Ríos
- Merary Jocabed Guevara Ortiz

1. Datos sociodemográficos de la entrevistada

1.1. Edad: _____

1.2. Escolaridad:

→ Analfabeta

→ Primaria incompleta

→ Primaria completa

→ Secundaria incompleta

→ Secundaria Completa

→ Técnico

→ Universitario

→ Profesional

1.3. Procedencia:

→ Urbana

→ Rural

1.4. Estado Civil:

- Casada → Viuda
 → Soltera → Unión libre

1.5. Religión:

- Católica → Evangélica → Otros → Ninguna

1.6. Ocupación:

- Ama de Casa → Estudiante → Doméstica
 → Obrera → Profesional → Desempleada
 → Otra

2. Datos Gineco-obstétricos de la entrevistada

Por favor coloque la respuesta en valor numérico.	
Número de embarazos:	Número de hijos vivos:
Número de partos:	Periodo intergenésico:
Número de cesáreas:	Inicio de vida sexual activa:
Número de abortos:	Menarca:
Número de compañeros sexuales:	

3. Conocimientos sobre métodos de planificación familiar

3.1. Conocimientos Básicos.

3.1.1. ¿Has escuchado hablar de los métodos anticonceptivos?

SÍ

3.1.2. ¿Para qué sirven?

- Evitar o prevenir embarazos → Controlar el número de hijos
 → Prevenir Infecciones de transmisión sexual → Todas las anteriores
 Ninguna

3.1.3. ¿Cuál es el tiempo para aplicar el método de planificación familiar?

- Inmediatamente después del parto → 10 días después del parto o cesárea
 → 2 meses después del parto o cesárea → 6 meses después del parto o cesárea

3.2. Conocimientos sobre los tipos de métodos anticonceptivos.

3.2.1. ¿Conoces algún método de planificación familiar en particular?

Sí No

3.2.2. ¿Cuáles métodos de planificación conoces?

- Píldoras → Condón → Inyectable del mes
 → Inyectable trimestral → Esterilización quirúrgica → T de cobre o DIU
 → Otros → Ninguno → Todas las anteriores

3.2.3. ¿Cuál de todos los métodos que conoces consideras el más seguro?

- Píldoras → Condón → Inyectable del mes
 → Inyectable trimestral → Esterilización quirúrgica → T de cobre o DIU
 → Otros → Ninguno

3.2.4. ¿Cuál de estos métodos previene las infecciones/enfermedades de transmisión sexual?

- Píldoras → Condón → Inyectable del mes
 → Inyectable trimestral → Esterilización quirúrgica → T de cobre o DIU
 → Otros → Ninguno

3.2.5. ¿Cuál de los siguientes métodos se pueden utilizar después de dar a luz?

- Píldoras → Condón → Inyectable del mes
 → Inyectable trimestral → Esterilización quirúrgica → T de cobre o DIU
 → Otros → Ninguno → Todas las anteriores

3.3. Conocimientos sobre las ventajas y desventajas el uso de métodos anticonceptivos.

Ventajas/Desventajas	Si	No	No sé
3.3.1. La inyección de tres meses (Depoprovera) ¿se puede usar durante la lactancia?			
3.3.2. La inyección de tres meses (Depoprovera) ¿Provoca irregularidades del ciclo menstrual?			
3.3.3. ¿El Condón proporciona protección contra las infecciones de transmisión sexual?			
3.3.4. Durante la colocación del DIU o T de cobre ¿se puede perforar el útero?			

3.4. Conocimientos sobre Indicaciones de los métodos anticonceptivos.

Indicaciones	Si	No	No sé
3.4.1. Las píldoras (Ovrette) ¿son una buena opción para mujeres diabéticas u obesas?			
3.4.2. La inyección de tres meses (Depoprovera) ¿Son una excelente opción para las mujeres con várices (trombosis venosa)?			
3.4.3. El uso de condones ¿No está indicado en pacientes que dan lactancia materna (Pecho materno)?			
3.4.4. El uso del DIU o T de cobre ¿Es una excelente opción para las mujeres que no pueden usar métodos hormonales?			
3.4.5. La Esterilización quirúrgica como método anticonceptivo ¿Es excelente para mujeres adolescentes que tienen solamente un hijo (a)?			

3.5. Conocimientos sobre Reacciones Adversas.

3.5.1. Para usted, ¿Cuáles son las reacciones adversas de los métodos anticonceptivos hormonales?

- Migraña → Aumento de peso → Sangrados anormales
 → Acné → Náuseas → Todas las anteriores
 → Ninguna

4. Actitudes sobre métodos de planificación familiar de los participantes

Actitudes	De acuerdo	En desacuerdo
4.1. Las mujeres adolescentes, ¿Deben utilizar anticonceptivos sólo si su acompañante (Pareja) lo autoriza?		
4.2. Las mujeres adolescentes ¿Deben utilizar anticonceptivos como una forma de auto cuidado?		
4.3. La consejería sobre métodos anticonceptivos después de dar a luz ¿Es muy importante?		
4.4. Considera que el uso de anticonceptivos ¿Va en contra de las leyes de Dios?		
4.5. ¿Considera importante que nuestros adolescentes reciban información sobre métodos de planificación familiar?		

5. Prácticas sobre métodos de planificación familiar de los participantes

5.1. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que ha utilizado?

- Condón → Píldoras
 → Inyección del mes → Inyección de tres meses
 → DIU o T de cobre → Otro, ¿Cuál? _____
 → Ninguno

5.2. Después del parto o cesárea, ¿En qué momento utilizaría el método anticonceptivo?

- Inmediatamente después del parto o cesárea.
- Quince días después del parto o cesárea.
- Un mes después del parto o cesárea.

5.3. Después del parto o cesárea, ¿En qué momento usted reanudaría las relaciones sexuales?

- 2-3 Meses → 6 meses-1 años
- Más de 1 año → Cuando me sienta en condiciones.

5.4. En relación al Método de Lactancia-Amenorrea (MELA), ¿Cuál es el tiempo que debe de dar Lactancia Materna exclusiva al bebé para que éste sea efectivo?

- 2-3 meses → 6 meses → 1 año

5.5. En relación al uso del condón, ¿Cuál es el momento en que debe ser utilizado?

- Nunca → A veces → Siempre

6. Razones de uso y no uso de métodos de planificación familiar.

6.1. Para usted, ¿Cuáles son las razones para usar los métodos anticonceptivos después del parto o cesárea? (ENCIERRE EN UN CIRCULO SUS RESPUESTAS)

- a) No deseo tener más hijos
- b) Complacer a la familia
- c) Complacer a la pareja
- d) Nivel socioeconómico bajo
- e) Condición de salud desfavorables
- f) Otra (Diga cuál o cuáles) _____

6.2. Para usted, ¿Cuáles son las razones para no usar los métodos anticonceptivos después del parto o cesárea?(ENCIERRE EN UN CIRCULO SUS RESPUESTAS)

- a) Complacer a la pareja
- b) La Religión lo prohíbe
- c) Es incómodo en el acto sexual
- d) No funcionan
- e) Tengo Reacciones adversas a algún método

7. Razones de uso y no uso de métodos de planificación familiar.

7.1. ¿De Dónde o de quién has recibido información acerca de los métodos de planificación familiar?

- Televisión → Radio → Internet
- Personal de salud → Periódicos → Revistas
- Familiares → Amigos y/o Conocidos → Escuela o universidad
- Todas las anteriores

Anexo 3: Tablas de resultado de encuesta sobre CAPs sobre métodos de planificación familiar, en mujeres adolescentes, que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el período de enero a junio 2017.

Tabla 1: Características socio-demográficas de las adolescentes puérperas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de enero a junio 2017.

Aspectos socios demográficos	Valores	F	%
Edad	10 - 14 años	14	4.5%
	15 - 19 años	304	95.5%
Escolaridad	Analfabeta	2	0.6%
	Primaria incompleta	32	10.1%
	Primaria Completa	56	17.6%
	Secundaria incompleta	174	54.7%
	Secundaria completa	34	10.6%
	Técnico	17	5.3%
	Universitario	3	1%
	Profesional	0	0%
Procedencia	Rural	7	2.2%
	Urbana	311	97.7%
Estado civil	Casada	12	3.7%
	Soltera	10	3.14%
	Viuda	0	0%
	Unión libre	296	93.08%
Religión	Católico	223	70.1%
	Evangélico	88	27.69%
	Otros	7	2.2%
Ocupación	Ama de casa	215	67.6%
	Estudiante	102	32.07%
	Domestica	1	0.31%
	Obrera	0	0%
	Desempleada	0	0%
	Profesional	0	0%
	Otros	0	0%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 2. Antecedentes ginecológicos de las pacientes puérperas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a junio 2017.

Antecedentes ginecológicos	Valores	F	%
Gestas	1	265	83.3%
	2 – 5	53	16.67%
	≥ a 6	0	0%
Partos	1	35	11%
	2 – 5	0	0%
	≥ a 6	0	0%
	Ninguno	0	0%
Cesáreas	1	10	3.14%
	2	0	0%
	≥ a 3	0	0%
	Ninguno	0	0%
Abortos	1	8	2.5%
	2	0	0%
	≥ a 3	0	0%
	Ninguno	0	0%
Número de hijos	1	265	83.3%
	2 – 5	53	16.67%
	≥ a 6	0	0%
Periodo intergenésico	Menor de dos años	38	11.9%
	Mayor de dos años	15	4.71%
	No aplica	265	83.3%
Inicio de vida sexual activa	Menor de 15 años.	158	49.7%
	Mayor de 15 años.	160	50.3%
Menarca	10 años.	3	0.94%
	11 años.	18	5.66%
	12 años.	224	70.44%
	13 años.	67	21.06%
	14 años.	5	1.57%
	15 años.	1	0.31%
Numero de compañeros sexuales.	1 – 2	296	93%
	3 – 5	22	6.92%
	≥ a 6	0	0%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 3. Conocimientos sobre métodos de planificación familiar en mujeres adolescentes que dieron a luz en el hospital Bertha Calderón en el periodo de enero a junio de 2017.

Conocimientos sobre métodos de planificación		
Información	F	%
Bueno	59	18.5%
Regular	237	74.5%
Malo	22	6.9%
Total	318	100%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 4. Actitud sobre métodos de planificación familiar en mujeres adolescentes que dieron a luz en el hospital Bertha Calderón en el periodo de enero a junio de 2017.

Actitud	F	%
Favorable	197	61.94%
Desfavorable	121	38.05%
Total	318	100%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 5. Prácticas sobre métodos de planificación familiar en mujeres adolescentes que dieron a luz en el hospital Bertha Calderón en el periodo de enero a junio de 2017.

Práctica	F	%
Buena	93	29.24%
Mala	225	70.75%
Total	318	100%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 6. Nivel de Conocimiento según la Edad de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero a Junio de 2017.

Nivel de conocimiento según edad				
Nivel de conocimiento	Edad			
	10 – 14 años		15 – 19 años	
	F	%	F	%
Bueno	3	0.94%	56	17.6%
Regular	9	2.83%	228	71.6%
Malo	2	0.62%	20	6.28%
Total	14%	4.4%	304	95.6

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 7. Nivel de Conocimiento según la Escolaridad de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero a Junio de 2017.

Nivel de conocimiento según escolaridad						
Escolaridad	Nivel de conocimiento					
	Bueno		Regular		Malo	
	F	%	F	%	F	%
Analfabeta	0	0%	0	0%	2	0.62%
Primaria Incompleta	4	1.2%	24	7.54%	4	1.2%
Primaria Completa	3	0.94%	51	16.03%	2	0.62%
Secundaria Incompleta	33	10.37%	128	40.25%	13	4.08%
Secundaria Completa	12	3.77%	21	6.60%	1	0.31%
Técnico	5	1.57%	12	3.77%	0	0%
Universitaria	2	0.62%	1	0.31%	0	0%
Profesional	0	0%	0	0%	0	0%
Total	59	18.5%	237	74.5%	22	6.9%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 8. Nivel de Conocimiento según la Procedencia de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero a Junio del 2017.

Nivel de conocimiento según procedencia				
Nivel de conocimiento	Procedencia			
	Urbana		Rural	
	F	%	F	%
Bueno	56	17.61%	3	0.94%
Regular	235	73.89%	2	0.63%
Malo	20	6.28%	2	0.63%
Total	311	97.7%	7	2.2%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 9. Nivel de Conocimiento según Estado Civil de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero a Junio del 2017.

Nivel de conocimiento según estado civil								
Nivel de conocimiento	Estado Civil							
	Soltera		Unión libre		Casada		Viuda	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Bueno	2	0.63%	56	17.6%	1	0.31%	0	0%
Regular	6	1.88%	224	70.44%	7	2.2%	0	0%
Malo	2	0.63%	16	5.03%	4	1.26%	0	0%
Total	10	3.14%	296	93.07%	12	3.77%	0	0%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla 10. Tipo de Actitud según Edad de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero a Junio del 2017.

Tipo de actitud según edad				
Nivel de Actitud	Edad			
	10 – 14 años		15 – 19 años	
	F	%	F	%
Favorable	9	2.83%	188	59.11%
Desfavorable	5	1.57%	116	36.48%
Total	14	4.5%	304	95.5%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 11. Tipo de Actitud según Escolaridad de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero a Junio del 2017.

Tipo de actitud según escolaridad				
Escolaridad	Nivel de Actitud			
	Favorable		Desfavorable	
	F	%	F	%
Analfabeta	2	0.62%	0	0%
Primaria Incompleta	20	6.29%	12	3.67%
Primaria Completa	27	8.49%	29	9.11%
Secundaria Incompleta	120	37.73%	54	16.9%
Secundaria Completa	16	5.03%	18	5.66%
Técnico	10	3.14%	7	2.2%
Universitaria	2	0.62%	1	0.31%
Profesional	0	0%	0	0%
Total	197	61.94%	121	38.05%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 12. Relación actitud y procedencia de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.

Tipo de actitud según procedencia				
Procedencia	Favorable		Desfavorable	
	F	%	F	%
Rural	5	1.57%	2	0.62%
Urbano	192	60.3%	119	37.42%
Total	197	61.87%	121	38.04%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 13. Relación actitud y estado civil de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.

Tipo de actitud según estado civil				
Estado Civil	Favorable		Desfavorable	
	F	%	F	%
Casada	10	3.14%	2	0.62%
Soltera	9	2.9%	1	0.31%
Viuda	0	0%	0	0%
Unión libre	178	55.9%	118	37.1%
Total	197	61.94%	121	38.03%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 14. Relación actitud y religión de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.

Tipo de actitud según religión				
Estado Civil	Favorable		Desfavorable	
	F	%	F	%
Católico	175	55.03%	48	15.09%
Evangélico	18	5.6%	70	22.01%
Otros	4	1.25%	3	0.94%
Total	197	61.94%	121	38.05%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 15. Relación práctica y edad de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.

Tipo de práctica según edad				
Edad	Buena		Mala	
	F	%	F	%
10 – 14 años	8	2.5%	6	1.88%
15 – 19 años	85	26.72%	219	68.8%
Total	93	29.24%	225	70.75%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 16. Relación práctica y escolaridad de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.

Tipo de práctica según escolaridad				
Escolaridad	Buena		Mala	
	F	%	F	%
Analfabeta	0	0%	2	0.62%
Primaria incompleta	15	4.71%	17	5.34%
Primaria completa	22	6.91%	34	10.69%
Secundaria incompleta	39	12.26%	135	42.45%
Secundaria completa	9	2.83%	25	7.86%
Técnico	5	1.57%	12	3.77%
Universitario	3	0.94%	0	0%
Profesional	0	0%	0	0%
Total	93	29.24%	225	70.75%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 17. Relación práctica y procedencia de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.

Tipo de práctica según procedencia				
Procedencia	Buena		Mala	
	F	%	F	%
Rural	2	0.62%	5	1.57%
Urbano	91	28.6%	220	69.18%
Total	93	29.24%	225	70.75%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 18. Relación práctica y estado civil de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.

Tipo de práctica según estado civil				
Estado Civil	Buena		Mala	
	F	%	F	%
Casada	8	2.51%	4	1.25%
Soltera	7	2.20%	3	0.94%
Viuda	0	0%	0	0%
Unión libre	78	24.52%	218%	68.55%
Total	93	29.24%	225	70.75%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 19. Relación práctica y religión de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.

Tipo de práctica según religión				
Religión	Buena		Mala	
	F	%	F	%
Católico	86	27.04%	137	43.08%
Evangélico	6	1.88%	82	25.78%
Otros	1	0.31%	6	1.88%
Total	93	29.24%	225	70.75%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 20. Causas que tienen las mujeres adolescentes puérperas, para el uso de métodos anticonceptivos, en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.

Causas de uso de anticonceptivos		
Valor	F	%
No deseo tener hijos.	309	97.16%
Complacer a la familia.	0	0%
Complacer a la pareja.	0	0%
Nivel Socioeconómico bajo.	0	0%
Condición de salud desfavorable.	9	2.8%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla 21. Causas que tienen las mujeres adolescentes puérperas, para no usar métodos anticonceptivos, en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.

Causas de no uso de anticonceptivos		
Valor	F	%
Complacer a la pareja.	95	29.87%
La religión lo prohíbe.	98	30.81%
Es incomodo en el acto sexual.	69	21.69%
No funcionan.	41	12.89%
Reacciones adversas a algún método.	15	4.71%

F: Frecuencia %: Porcentaje

Fuente: Ficha de recolección de la información.

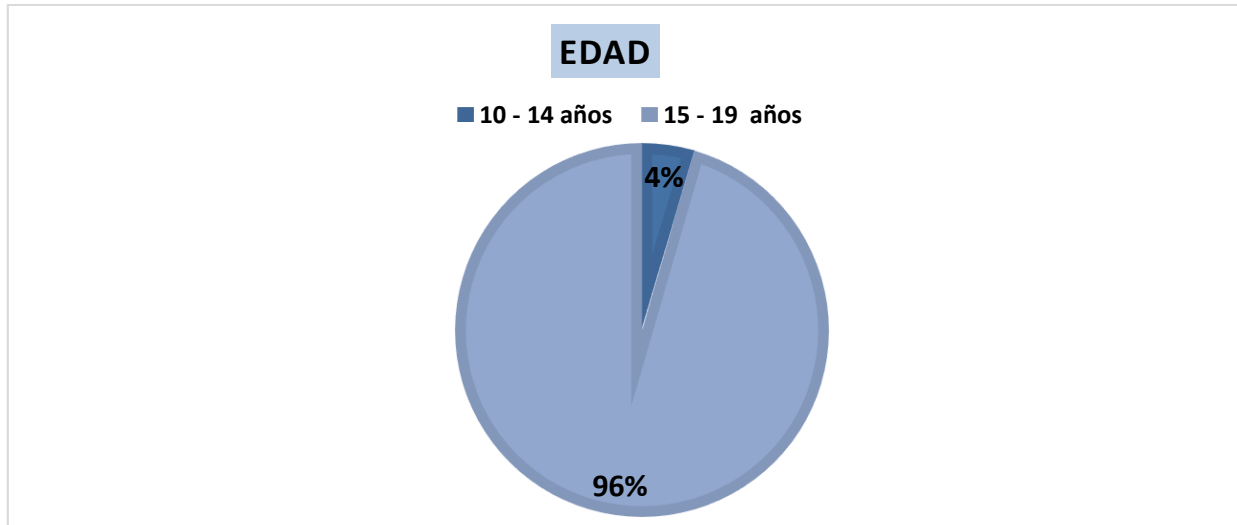
Tabla 22. Fuente de Información de los Métodos de Planificación Familiar en mujeres adolescentes que dieron a luz en el hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero a Junio de 2017.

Fuentes de información acerca de los métodos de planificación familiar		
Fuente	F	%
Televisión	168	52.83%
Radio	26	8.17%
Periódicos	9	2.83%
Revistas	6	1.88%
Internet	34	10.69%
Personal de salud	28	8.8%
Familiares	18	5.66%
Amigos/conocidos	22	6.91%
Escuela/Universidad	7	2.20%
Total	318	100%

F: Frecuencia %: Porcentaje **Fuente:** Ficha de recolección de la información.

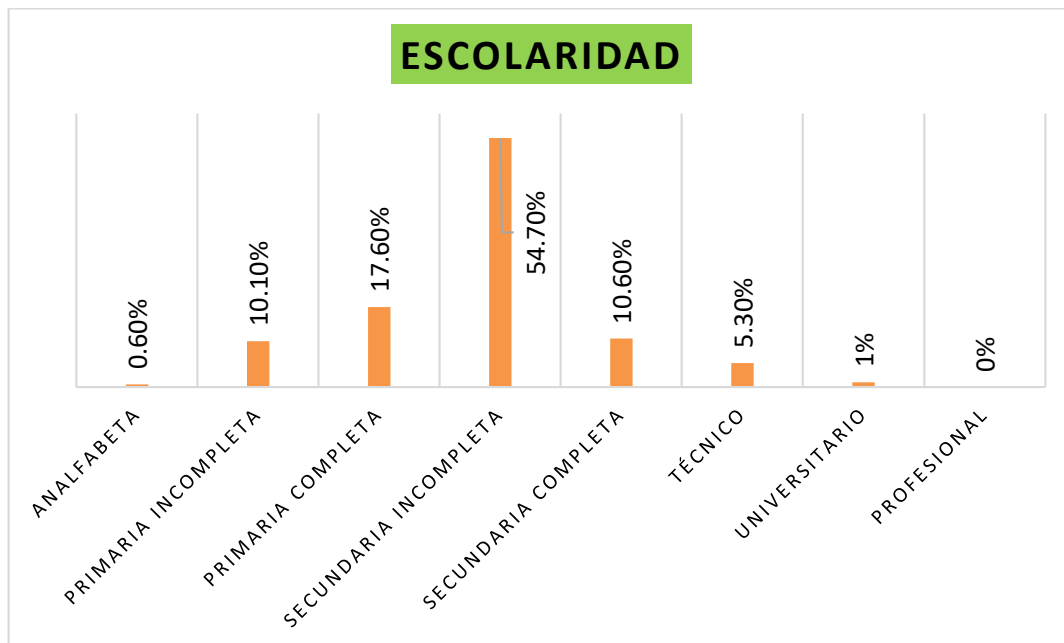
Anexo 4: Gráficos de resultado de encuesta sobre CAPs sobre métodos de planificación familiar, en mujeres adolescentes, que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el período de enero a junio 2017.

Gráfico 1. Características socio-demográficas de las adolescentes puérperas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de enero a junio 2017.



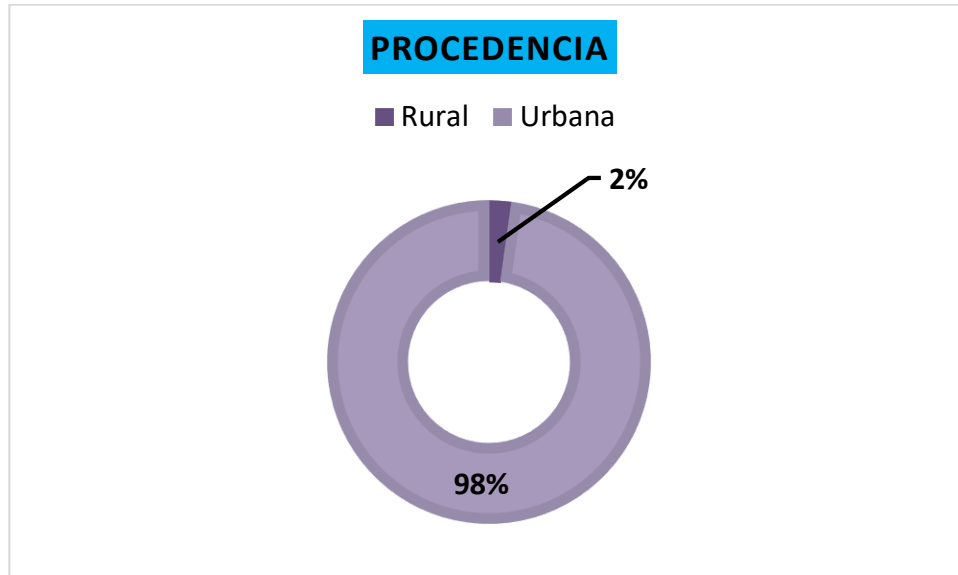
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2. Características socio-demográficas de las adolescentes puérperas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de enero a junio 2017.



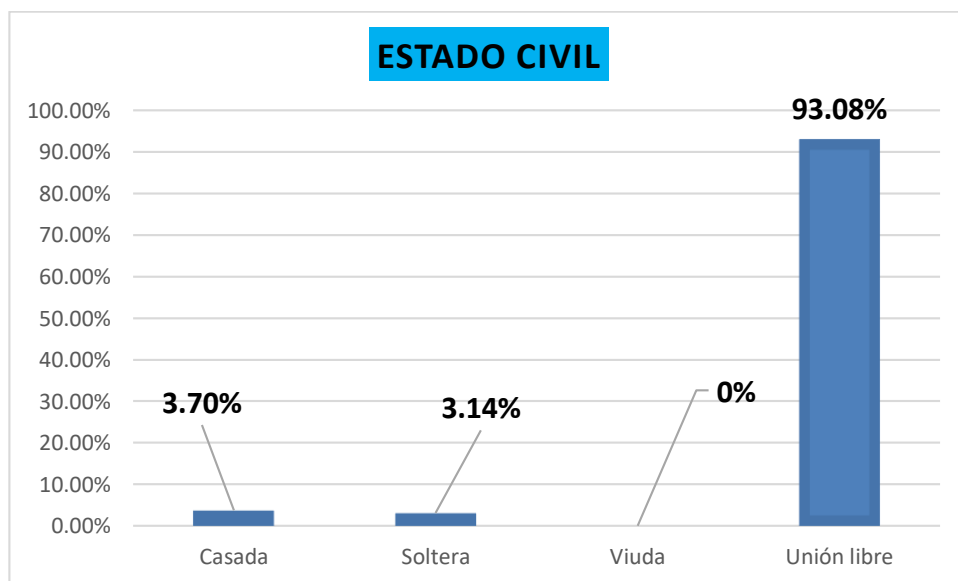
Fuente: Tabla 1

Gráfico 3. Características socio-demográficas de las adolescentes puérperas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de enero a junio 2017.



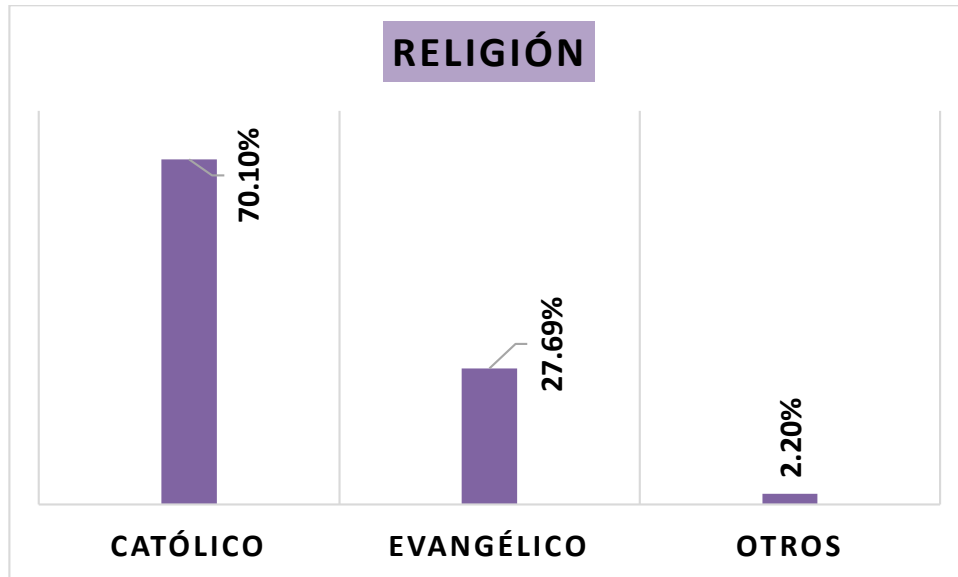
Fuente: Tabla 1

Gráfico 4. Características socio-demográficas de las adolescentes puérperas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de enero a junio 2017.



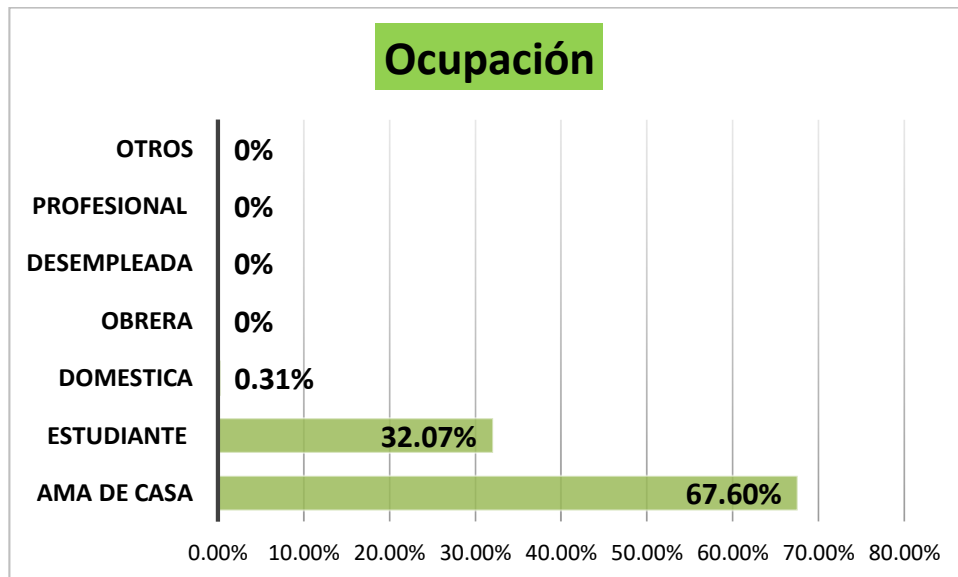
Fuente: Tabla 1

Gráfico 5. Características socio-demográficas de las adolescentes puérperas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de enero a junio 2017.



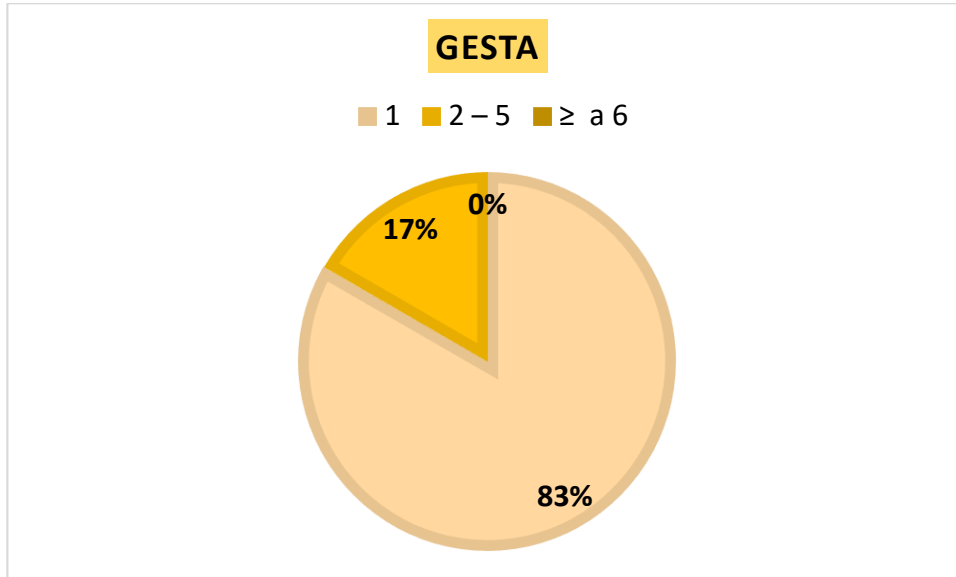
Fuente: Tabla

Gráfico 6. Características socio-demográficas de las adolescentes puérperas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de enero a junio 2017.



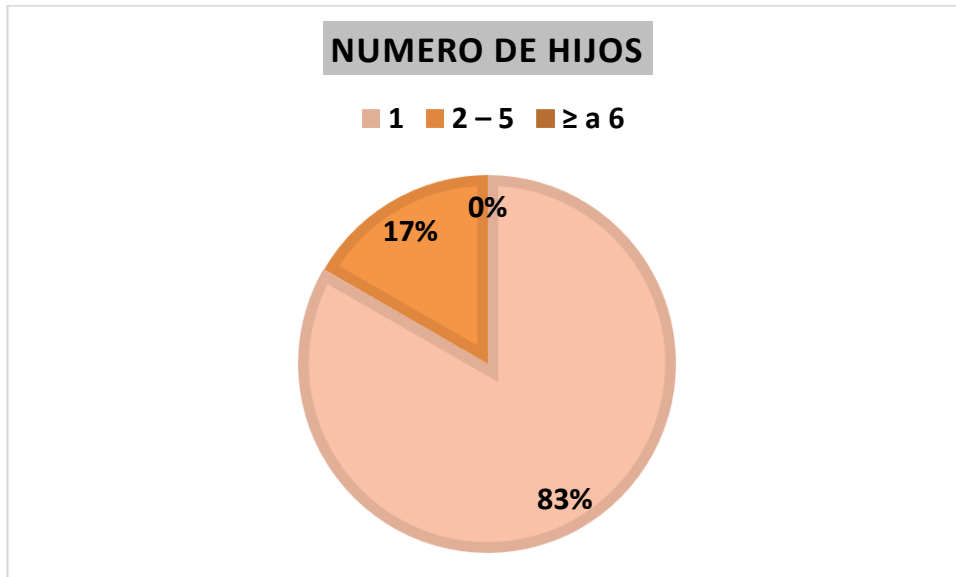
Fuente: Tabla 1

Grafico 7. Antecedentes ginecológicos de las pacientes puérperas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a junio 2017.



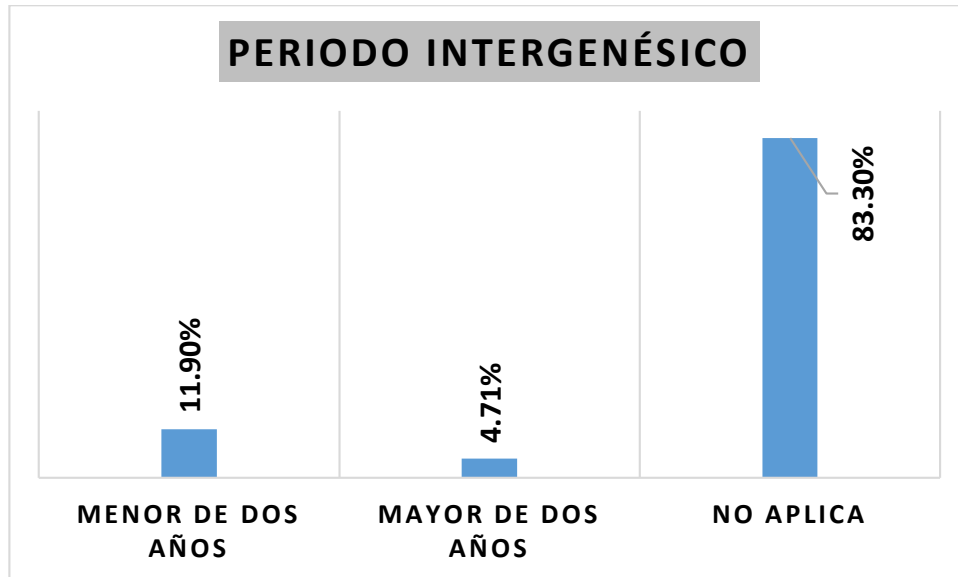
Fuente: Tabla 2

Grafico 8. Antecedentes ginecológicos de las pacientes puérperas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a junio 2017.



Fuente: Tabla 2

Grafico 9. Antecedentes ginecológicos de las pacientes puérperas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a junio 2017.



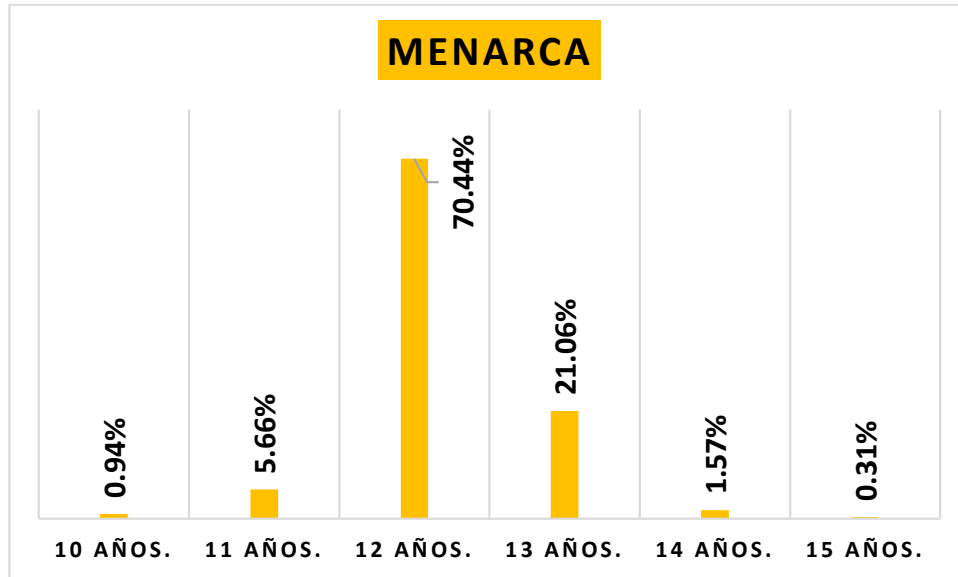
Fuente: Tabla 2

Grafico 10. Antecedentes ginecológicos de las pacientes puérperas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a junio 2017.



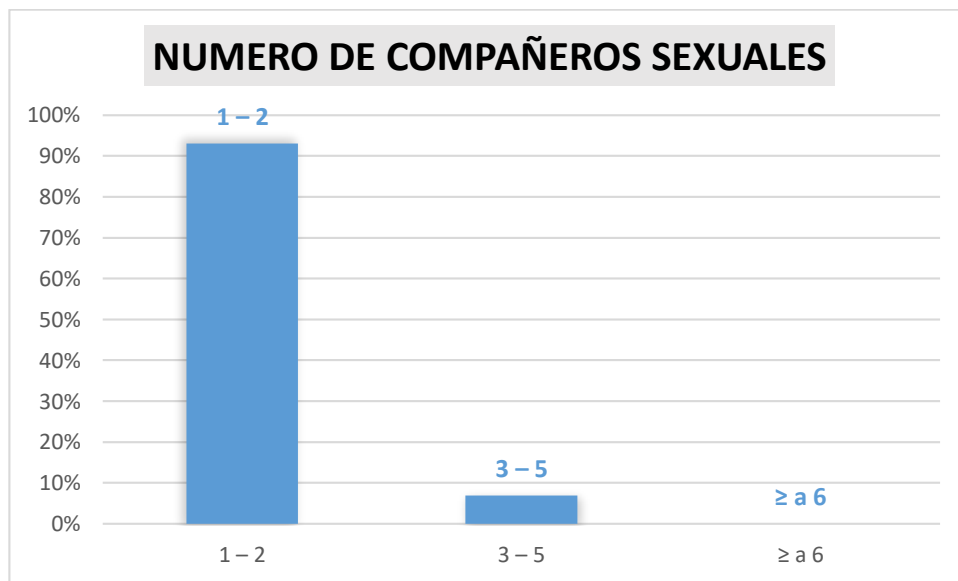
Fuente: Tabla 2

Grafico 11. Antecedentes ginecológicos de las pacientes puérperas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a junio 2017.



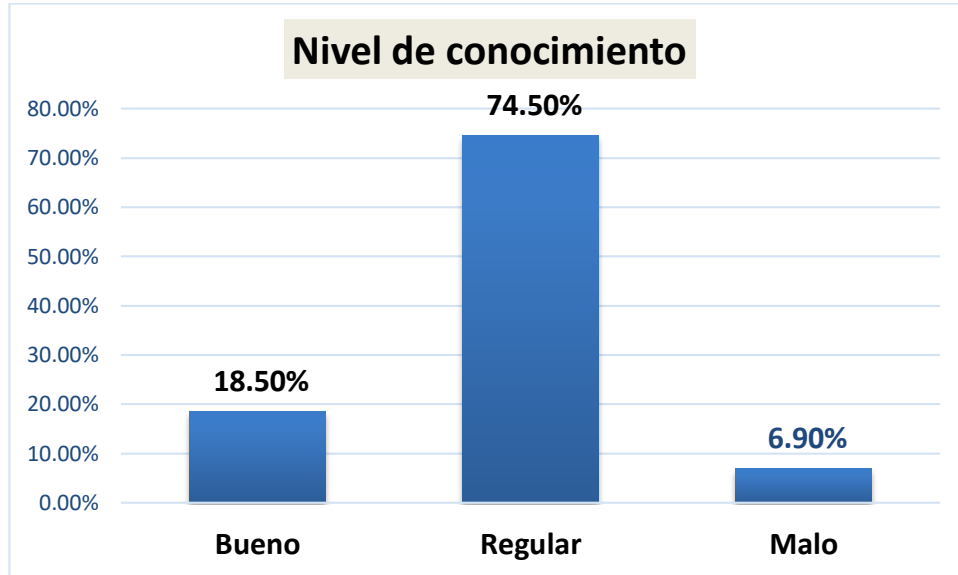
Fuente: Tabla 2.

Grafico 12. Antecedentes ginecológicos de las pacientes puérperas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a junio 2017.



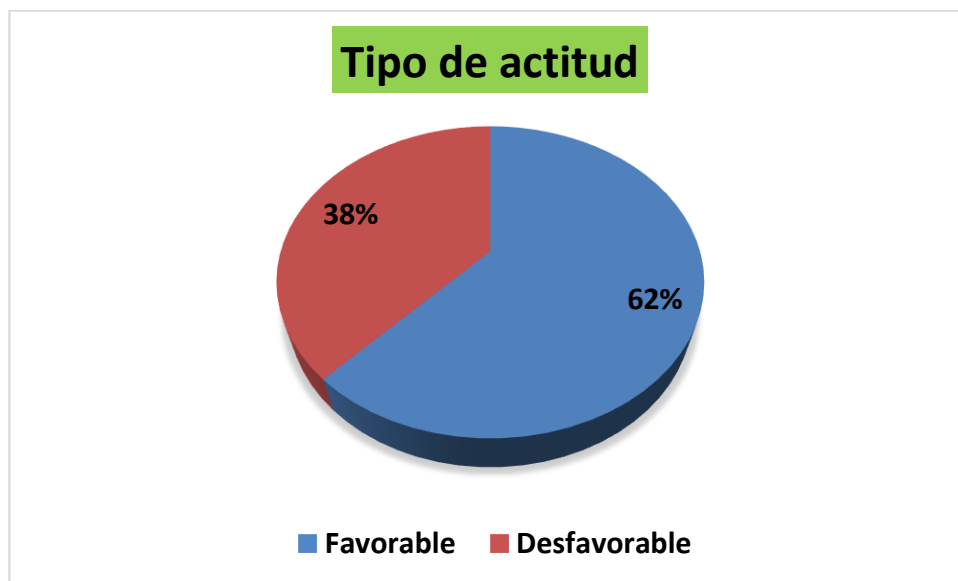
Fuente: Tabla 2.

Grafico 13. Conocimientos sobre métodos de planificación familiar en mujeres adolescentes que dieron a luz en el hospital Bertha Calderón en el periodo de enero a junio de 2017.



Fuente: Tabla 3

Grafico 14. Actitud sobre métodos de planificación familiar en mujeres adolescentes que dieron a luz en el hospital Bertha Calderón en el periodo de enero a junio de 2017.



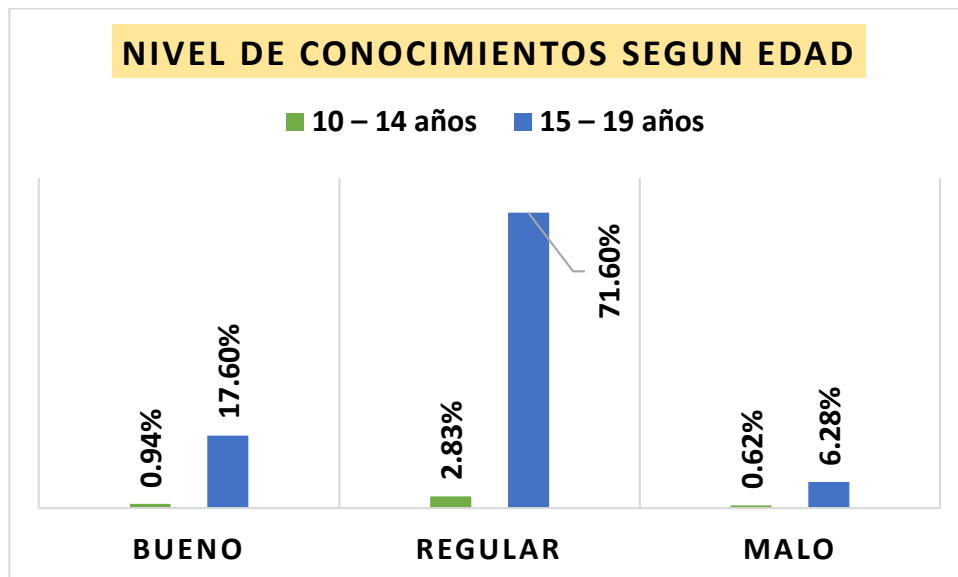
Fuente: Tabla 4

Grafico 15. Prácticas sobre métodos de planificación familiar en mujeres adolescentes que dieron a luz en el hospital Bertha Calderón en el periodo de enero a junio de 2017.



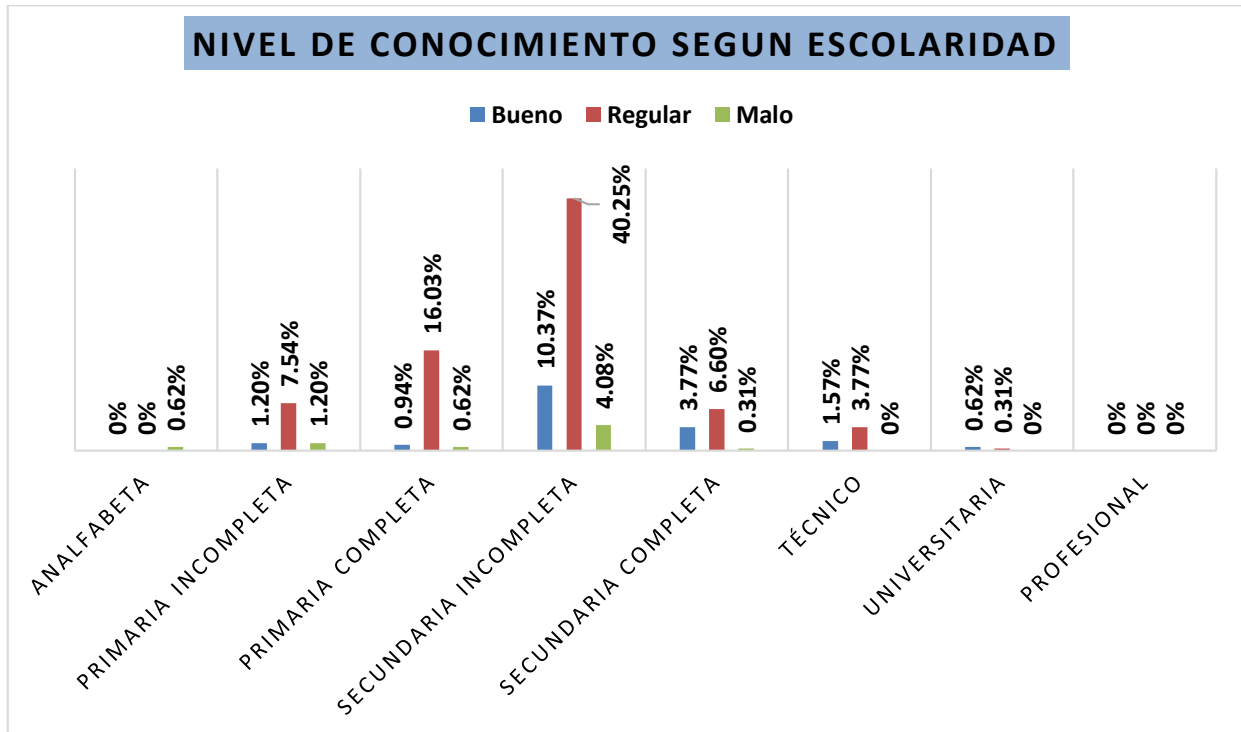
Fuente: Tabla 5.

Grafico 16. Nivel de Conocimiento según la Edad de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero a Junio de 2017.



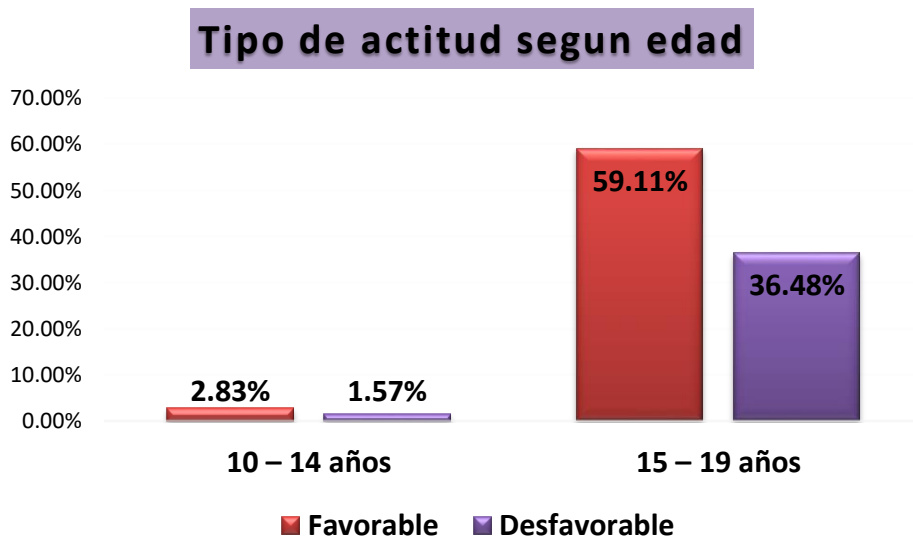
Fuente: Tabla 6.

Grafico 17. Nivel de Conocimiento según la Escolaridad de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero a Junio de 2017.



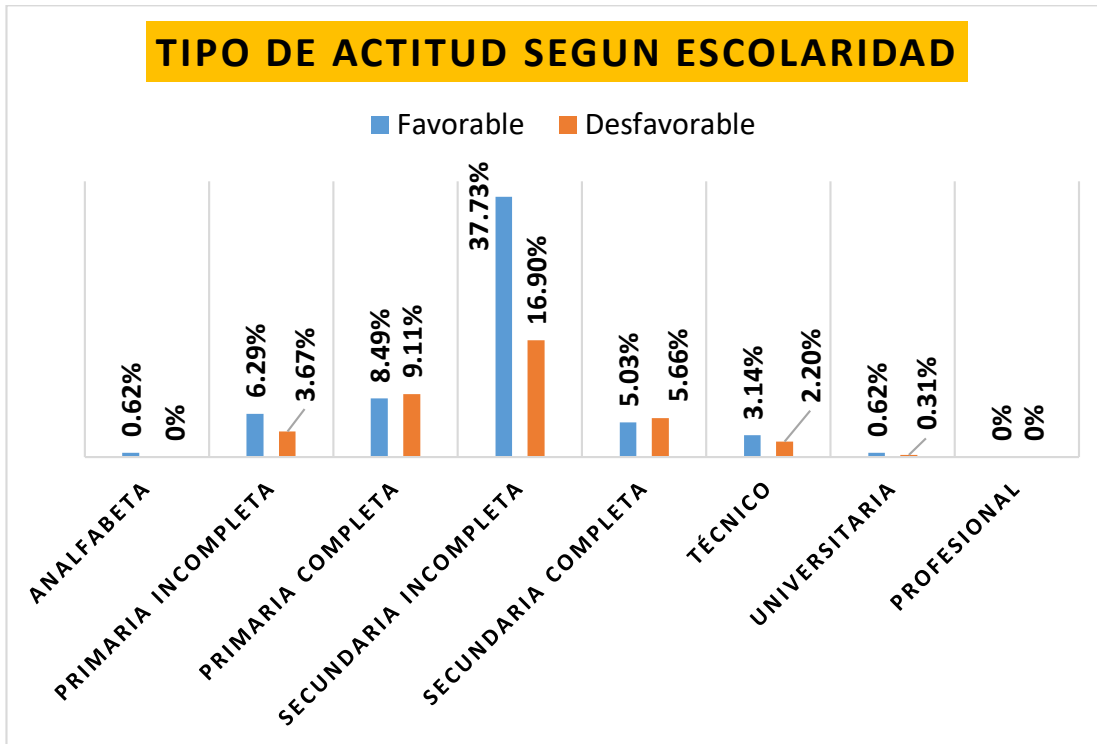
Fuente: Tabla 7

Grafico 18. Tipo de Actitud según Edad de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero a Junio del 2017.



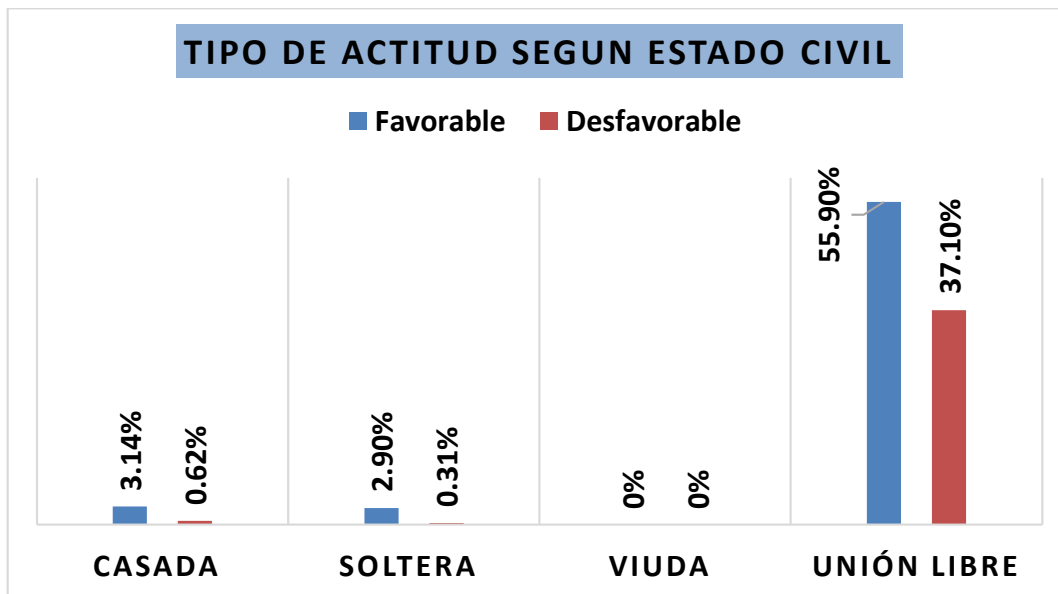
Fuente: Tabla 10.

Grafico 19. Tipo de Actitud según Escolaridad de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero a Junio del 2017.



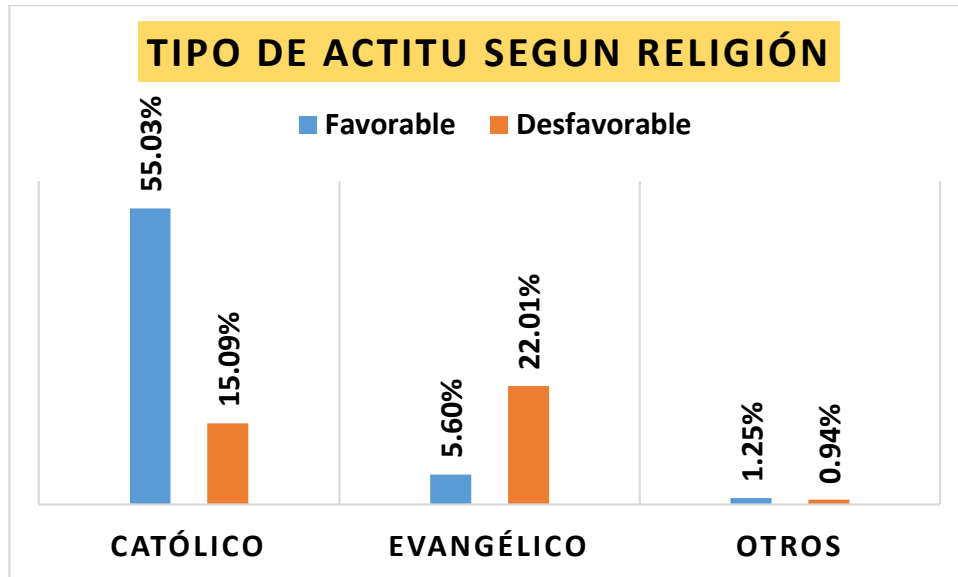
Fuente: Tabla 11

Grafico 20. Relación actitud y estado civil de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.



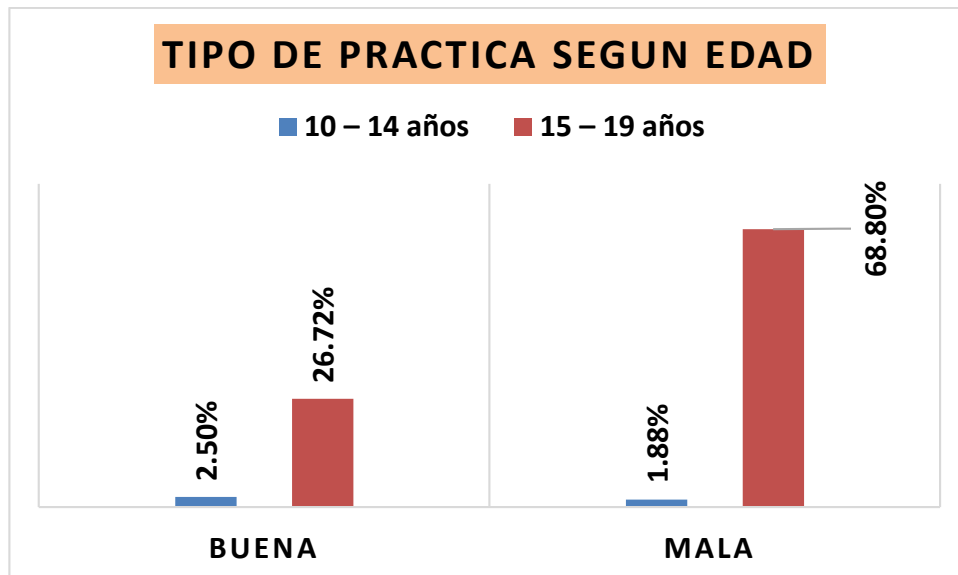
Fuente: Tabla 13.

Grafico 21. Relación actitud y religión de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.



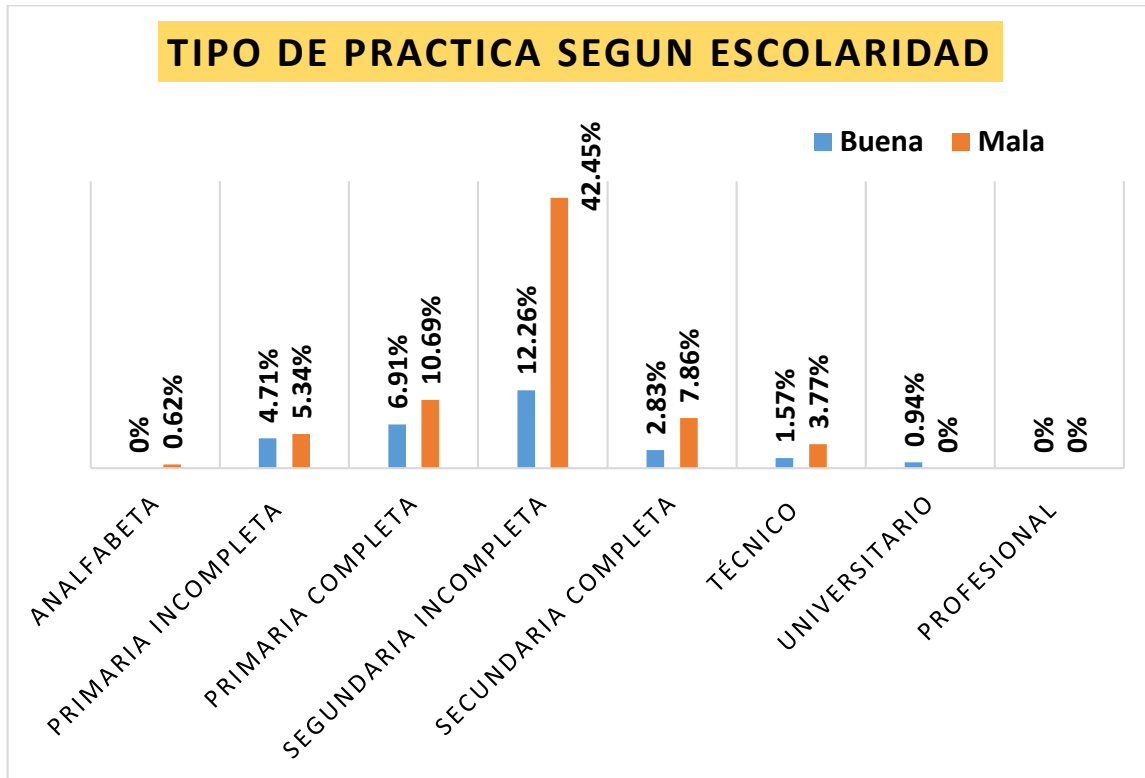
Fuente: Tabla 14.

Grafico 22. Relación práctica y edad de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.



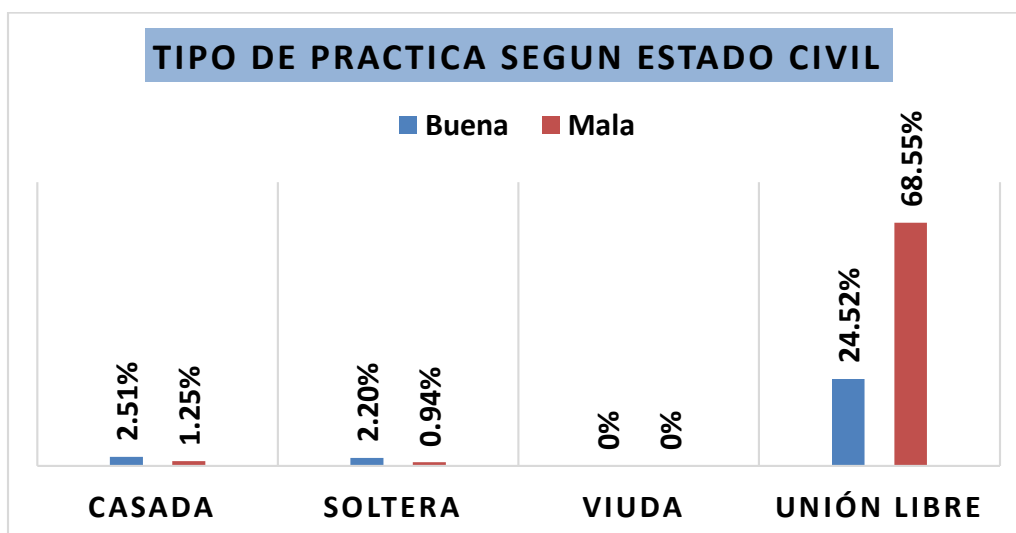
Fuente: Tabla 15

Grafico 23. Relación práctica y escolaridad de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.



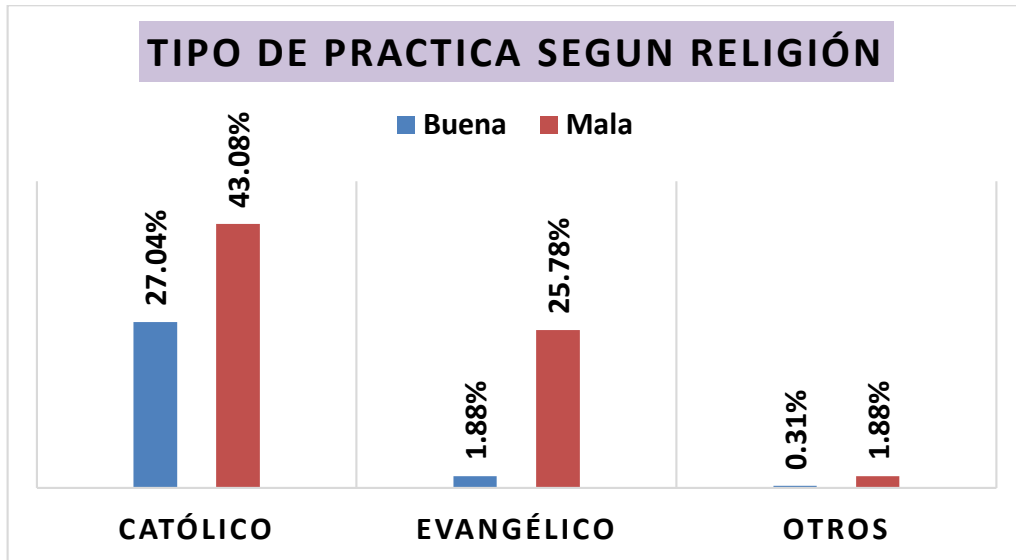
Fuente: Tabla 16

Grafico 24. Relación práctica y estado civil de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.



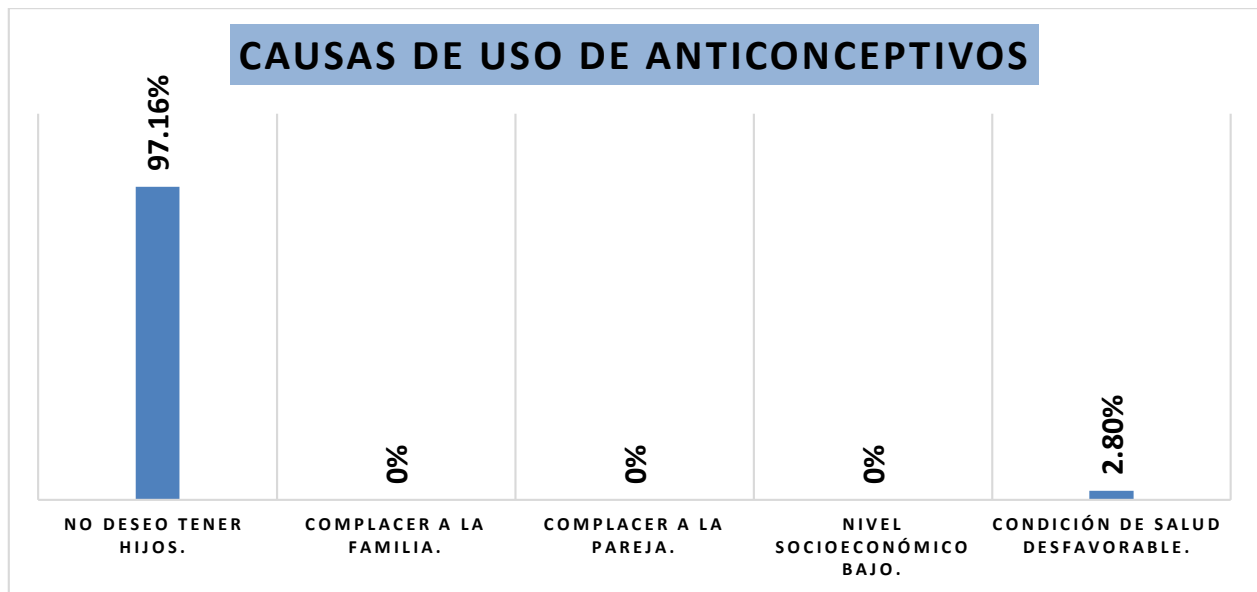
Fuente: Tabla 18

Grafico 25. Relación práctica y religión de las mujeres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.



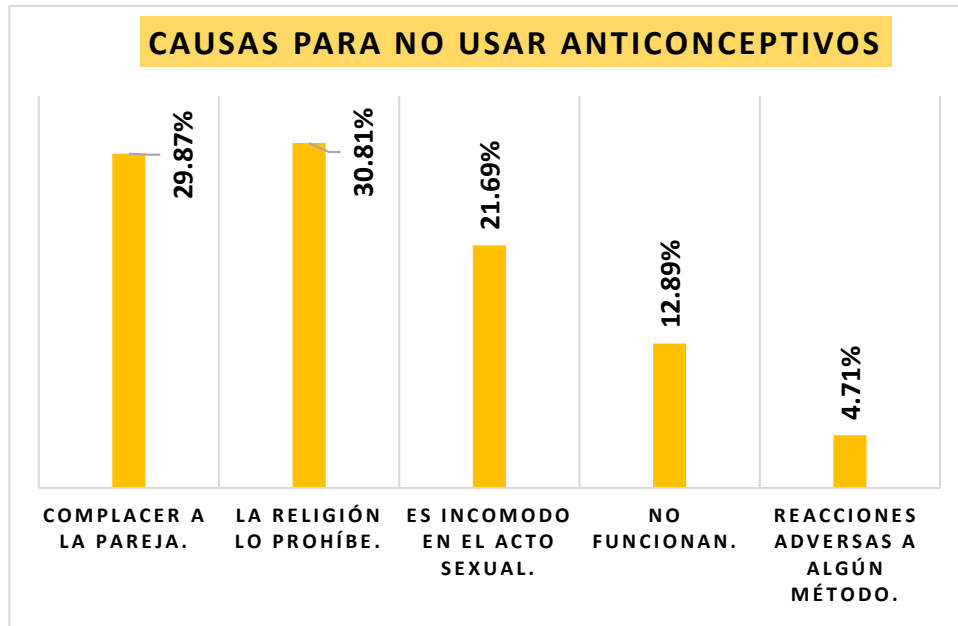
Fuente: Tabla 19

Grafico 26. Causas que tienen las mujeres adolescentes puérperas, para el uso de métodos anticonceptivos, en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.



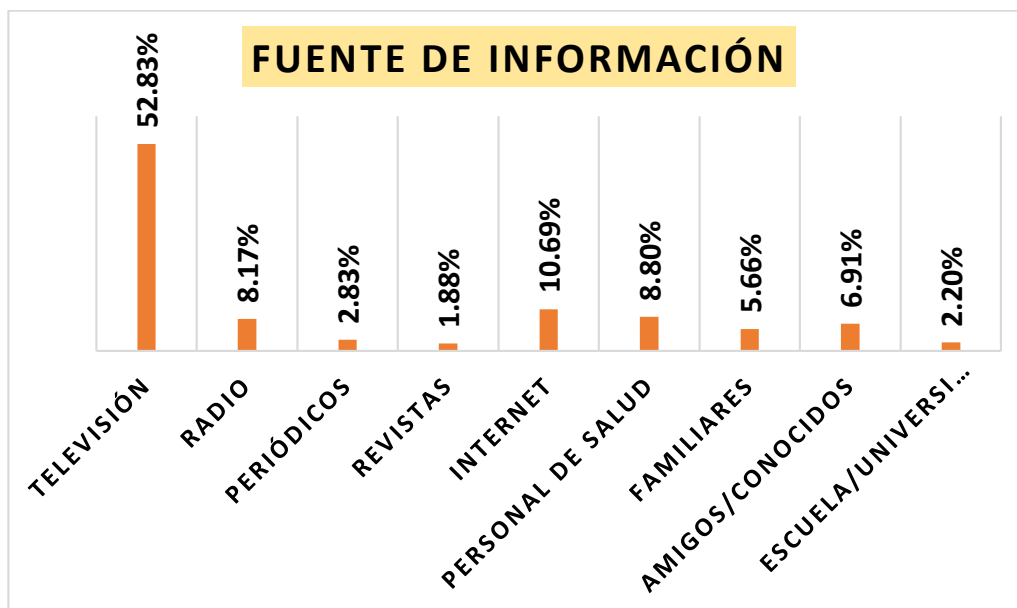
Fuente: Tabla 20

Grafico 27. Causas que tienen las mujeres adolescentes puérperas, para no usar métodos anticonceptivos, en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio 2017.



Fuente: Tabla 21

Grafico 28. Fuente de Información de los Métodos de Planificación Familiar en mujeres adolescentes que dieron a luz en el hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero a Junio de 2017.



Fuente: Tabla 22

Anexo 5. Promedio de respuestas.

I. Conocimientos Básicos.

1. ¿Has escuchado hablar de los métodos anticonceptivos?

Sí: 98% No: 2%

2. ¿Para qué sirven?

- Evitar o prevenir embarazos: 68%
- Prevenir Infecciones de transmisión sexual: 9%
- Ninguna: 1%
- Controlar el número de hijos: 18%
- Todas las anteriores: 4%

3. ¿Cuál es el tiempo para aplicar el método de planificación familiar?

- Inmediatamente después del parto: 12%
- 2 meses después del parto o cesárea: 20%
- 10 días después del parto o cesárea: 46%
- 6 meses después del parto o cesárea: 22%

II. Conocimientos sobre los tipos de métodos anticonceptivos.

4. ¿Conoces algún método de planificación familiar en particular?

Sí: 97% No: 3%

5. ¿Cuáles métodos de planificación conoces?

- Píldoras 7%
- Inyectable trimestral 12%
- Otros 2%
- Condón 47%
- Esterilización quirúrgica 2%
- Ninguno 1%
- Inyectable del mes 21%
- T de cobre o DIU 7%
- Todas las anteriores 1%

6. ¿Cuál de todos los métodos que conoces consideras el más seguro?

- Píldoras 9%
- Inyectable trimestral 11%
- Otros 3%
- Condón 22%
- Esterilización quirúrgica 6%
- Ninguno 2%
- Inyectable del mes: 34%
- T de cobre o DIU: 13%

7. ¿Cuál de estos métodos previene las infecciones/enfermedades de transmisión sexual?

- Píldoras 10%
- Inyectable trimestral 32%
- Otros 0%
- Condón 48%
- Esterilización quirúrgica 3%
- Ninguno 1%
- Inyectable del mes 9%
- T de cobre o DIU 1%

8. ¿Cuál de los siguientes métodos se pueden utilizar después de dar a luz?

- Píldoras 10% → Condón 20% → Inyectable del mes 15%
 → Inyectable trimestral 32% → Esterilización quirúrgica 2% → T de cobre o DIU 5%
 → Otros 0% → Ninguno 1% → Todas las anteriores 7%

III. Conocimientos sobre las ventajas y desventajas el uso de métodos anticonceptivos.

Ventajas/Desventajas	Si	No	No sé
8. La inyección de tres meses (Depoprovera) ¿se puede usar durante la lactancia?	87%	1%	12%
9. La inyección de tres meses (Depoprovera) ¿Provoca irregularidades del ciclo menstrual?	24%	27%	49%
10. ¿El Condón proporciona protección contra las infecciones de transmisión sexual?	74%	6%	20%
11. Durante la colocación del DIU o T de cobre ¿se puede perforar el útero?	59%	3%	38%

IV. Conocimientos sobre Indicaciones de los métodos anticonceptivos.

Indicaciones	Si	No	No sé
12. Las píldoras (Ovrette) ¿son una buena opción para mujeres diabéticas u obesas?	10%	33%	57%
13. La inyección de tres meses (Depoprovera) ¿Son una excelente opción para las mujeres con várices (trombosis venosa)?	25%	26%	49%
14. El uso de condones ¿No está indicado en pacientes que dan lactancia materna (Pecho materno)?	8%	80%	12%
15. El uso del DIU o T de cobre ¿Es una excelente opción para las mujeres que no pueden usar métodos hormonales?	41%	24%	35%
16. La Esterilización quirúrgica como método anticonceptivo ¿Es excelente para mujeres adolescentes que tienen solamente un hijo (a)?	1%	88%	11%

V. Conocimientos sobre Reacciones Adversas.

17. Para usted, ¿Cuáles son las reacciones adversas de los métodos anticonceptivos hormonales?

- Migraña 8% → Aumento de peso 38% → Sangrados anormales 12%
 → Acné 12% → Náuseas 10% → Todas las anteriores 18%
 → Ninguna 2%

VI. Actitudes sobre métodos de planificación familiar de los participantes

Actitudes	De acuerdo	En desacuerdo
1. Las mujeres adolescentes, ¿Deben utilizar anticonceptivos sólo si su acompañante (Pareja) lo autoriza?	26%	74%
2. Las mujeres adolescentes ¿Deben utilizar anticonceptivos como una forma de auto cuidado?	52%	48%
3. La consejería sobre métodos anticonceptivos después de dar a luz ¿Es muy importante?	86%	14%
4. Considera que el uso de anticonceptivos ¿Va en contra de las leyes de Dios?	72%	28%
5. ¿Considera importante que nuestros adolescentes reciban información sobre métodos de planificación familiar?	89%	11%

VII. Prácticas sobre métodos de planificación familiar de los participantes

1. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que ha utilizado?

- Condón 32%
- Inyección del mes 10%
- DIU o T de cobre 2%
- Ninguno 40%
- Píldoras 12%
- Inyección de tres meses 4%
- Otro, ¿Cuál? _____

2. Después del parto o cesárea, ¿En qué momento utilizaría el método anticonceptivo?

- Inmediatamente después del parto o cesárea. 35%
- Quince días después del parto o cesárea. 38%
- Un mes después del parto o cesárea. 27%

3. Después del parto o cesárea, ¿En qué momento usted reanudaría las relaciones sexuales?

- 2-4 Meses 4%
- Más de 1 año 11%
- 6 meses-1 años 32%
- Cuando me sienta en condiciones. 53%

4. En relación al Método de Lactancia-Amenorrea (MELA), ¿Cuál es el tiempo que debe de dar Lactancia Materna exclusiva al bebé para que éste sea efectivo?

- 2-3 meses 21%
- 6 meses 11%
- 1 año 16%
- No se 52%

5. En relación al uso del condón, ¿Cuál es el momento en que debe ser utilizado?

- Nunca 0%
- A veces 24%
- Siempre 76%

Anexo 6. Presupuesto

Fotocopias de encuesta			
	Número de copias	Valor	Total
Validación de la información.	10	1 córdoba.	20 córdobas.
Prueba piloto	20	3 córdobas con 50 centavos	70 córdobas
Recolección de la información	No se ha definido la muestra	No realizada	En espera

Transporte			
	Número de días a viajar	Valor	Total
Tutorías en HBCR.	4	40 córdobas	160 córdobas
Tramites en UNAN-Managua.	3	60 córdobas	180 córdobas

Impresión de protocolo			
	Número de copias	Valor	Total
Protocolo	1	160 córdobas	160 córdobas

Anexo 7. Cronograma

No. De actividad	Actividad	Duración	Enero						Febrero			Marzo		Abril
			9	10	13	18	22	23	10	26	27	27	28	21
1	Selección del tema.	1 día												
2	Elaboración de objetivos.	1 día												
3	Realización de Introducción, justificación, planteamiento del problema.	1 días												
4	Primera tutoría.	1 día												
5	Presentación de tema ante decanatura.	1 día												
6	Elaboración del diseño metodológico, marco teórico, antecedentes, presupuesto, cronograma.	5 días												
7	Redacción de Bibliografía.	9 días												
8	Validación del instrumento	1 día												
9	Realización de cuadros.													
10	Análisis, resultados, conclusiones													