



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

**TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORES EN
MEDICINA Y CIRUGÍA**

TEMA:

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN FÉRTIL, DE LA COMUNIDAD
CERRO COLORADO, DEL MUNICIPIO EL SAUCE- LEÓN, DURANTE EL MES
DE OCTUBRE 2020.**

AUTORES:

BANYI ELIZABETH SABALLOS RUEDA.

KARLA MARIANGEL RUIZ BORGE

TUTORA:

BLANCA MARÍA ULMOS MORA

**PEDIATRA – MASTER EN PEDAGOGÍA CON MENCIÓN EN DOCENCIA
UNIVERSITARIA**

MANAGUA, OCTUBRE DE 2020

Contenido

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

LISTA DE ACRÓNIMOS

OPINIÓN DE LA TUTORA

CAPÍTULO I: GENERALIDADES.....	1
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	2
1.3. Justificación	19
1.4. Planteamiento del problema	20
1.5. Objetivos	21
1.6. Marco teórico	22
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	62
Área de estudio	62
CAPÍTULO III: DESARROLLO	73
3.1. Resultados	73
3.2. Discusión de los resultados	85
3.3. Conclusiones.....	97
3.4. Recomendaciones	98
CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA.....	99
4.1. Bibliografía básica.....	99
4.2. Bibliografía de consulta	99
CAPÍTULO V: ANEXOS.....	107
5.1. Ficha de Recolección de datos.....	107
5.2. Tablas y Figuras	115
5.3. Tabla de indicadores del estudio.....	136

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo

A Dios:

Por darnos la oportunidad de llegar a esta etapa de nuestras vidas, por guiarnos en el transcurso de nuestra carrera y concedernos la compañía de nuestros seres queridos en este largo proceso.

A nuestros padres:

Por brindarnos de forma incondicional, su amor, comprensión, motivación, apoyo económico y principalmente emocional.

A nuestros familiares:

Por su comprensión, compañía y consejos motivadores.

A nuestra tutora:

Dra. Blanca María Ulmos

Quien nos dedicó el tiempo necesario para guiarnos en la realización de este trabajo.

Karla Mariangel Ruiz Borge.

Banyi Elizabeth Saballos Rueda

AGRADECIMIENTO

Damos gracias,

A Dios:

Por darnos la oportunidad de llegar hasta esta etapa de nuestras vidas, por el conocimiento adquirido durante todo el camino y por la compañía de nuestros seres queridos.

A nuestros padres:

Por su apoyo incondicional, por motivarnos, aconsejarnos, guiarnos y enseñarnos principios y valores para convertirnos en personas íntegras.

A nuestros familiares:

Que nos brindaron su apoyo, sus consejos y que estuvieron prestos para asistirnos ante cualquier dificultad.

A nuestros docentes:

Por el esfuerzo, la motivación y el tiempo que prestaron para guiarnos por el camino del aprendizaje de valores, principios y teorías necesarias para el desempeño ético y exitoso de nuestras carreras profesionales.

Karla Mariangel Ruiz Borge.

Banyi Elizabeth Saballos Rueda

RESUMEN

El nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas de métodos de anticoncepción, se evidencian por su aceptación y uso por las parejas, ya que esto contribuye a alcanzar la cooperación de ambos en la planificación familiar. El presente estudio tuvo como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en la población fértil del municipio El Sauce. León, durante el mes de octubre 2020.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, la muestra consistió en 176 personas, de los cuales 107 fueron femeninas y 69 masculinos, calculadas según proporción de varones y mujeres.; se utilizó muestreo aleatorio simple estratificado y se abordó la muestra por estratos utilizando muestreo aleatorio simple; posteriormente se elaboró una herramienta de recolección de datos consistente en un cuestionario previamente avalado y validado. Se procesó la información en el libro de EXCEL Administrativo y se presentaron los resultados en gráficos y tablas de porcentajes y frecuencia simple. Resultados: se encontró que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos fue bueno en el 11.93%(21), regular en el 50.57% (89) y deficiente en el 37.50% (66); las actitudes fueron favorables en el 84.09% (148) y desfavorables en el 15.91% (28) y con respecto a las prácticas resultaron Adecuadas 62.50% (110) y no adecuadas el 37.50% (66). Conclusiones: se concluye que el conocimiento de la población es regular, la mayoría tiene actitudes favorables y predominan las prácticas adecuadas.

Palabras claves: Métodos anticonceptivos, conocimientos, actitudes, prácticas.

LISTA DE ACRÓNIMOS

AHE: Anticonceptivos Hormonales de emergencia.

AOC: Anticonceptivos orales combinados.

AOP: Anticonceptivos orales prostágenos.

CAP: Conocimiento, Actitudes y Practicas.

DE: Desviación estándar.

DIU: Dispositivos intrauterinos.

EE: Etinilestradiol.

ENDESA: Encuesta nacional de demografía y salud.

FSH: hormona folículo estimulante.

INIDE: Instituto nacional de información del desarrollo.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

LH: Hormona luteínica.

LNG: Levonorgestrel.

MAC: Métodos anticonceptivos.

MELA: Método de la Lactancia Materna.

MINSA: Ministerio de salud.

OMS: Organización mundial de la salud.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida.

TEV: Tromboembolismo venoso.

UNFPA: Fondo nacional de las naciones unidas.

VE: Valerato de estradiol.

VIH: Virus de inmunodeficiencia adquirida.

OPINIÓN DE LA TUTORA

Los métodos anticonceptivos sin accesos a mujeres en pobreza, en particular las que tienen menor escolaridad y viven en áreas rurales, están más expuestas a la fecundidad no deseada y a problemas serios en la salud reproductiva. Además, pueden limitar el acceso a la educación, retrasar su incorporación a la fuerza de trabajo remunerada y reducir sus ingresos.

Por tanto, es importante conocer la información del ámbito de la salud reproductiva en las comunidades rurales. Como es el caso de esta investigación, que se realiza en la comunidad Cerro Colorado, del municipio El Sauce, que es una comunidad rural, y que presenta las mismas dificultades que tienen las comunidades rurales de nuestro país.

Las Bachilleres Saballos y Ruiz aspirantes al título, han trabajado arduamente demostrando tener dominio en el proceso de investigación y la situación de la población en edad reproductiva sobre la planificación familiar.

Felicito a las investigadoras por el esfuerzo realizado e insto a que continúen desarrollando sus habilidades en el área de la investigación y a lo más importante, a las necesidades de las poblaciones más vulnerables.

Blanca María Ulmos Mora

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1.Introducción

A nivel mundial se ha encontrado que la posesión de un conocimiento específico, se encuentra afectado por la posición que ocupan los individuos dentro de la estructura de información. Las poblaciones rurales tienen menos acceso a la educación, por lo que el conocimiento de métodos anticonceptivos se estima más bajo, siendo estas las que tienen un mayor índice de fecundidad, la morbi-mortalidad materna y fetal es más elevada y los niveles de pobreza son más altos.

En la implementación del uso de métodos anticonceptivos se han encontrado dificultades como la influencia de mitos y creencias que influyen en las actitudes de renuencia; sumado a esto, la participación de los hombres en los procesos de la salud reproductiva y en la planificación familiar es pobre ya que han tenido menos oportunidades de recibir orientaciones, lo que representa un problema porque son estos los que generalmente toman las decisiones en el hogar.

Cerro Colorado es una pequeña comunidad rural del Municipio el Sauce – León, con una población de 487 habitantes, de los cuales 322 se encuentran en edad fértil (15 a 49 años), lo que confiere mayor capacidad reproductiva; por lo que se hace necesario que esta población se apropie de los conocimientos, las actitudes y prácticas que le faciliten el uso correcto de los métodos anticonceptivos y una planificación familiar efectiva, lo que se aborda en el presente trabajo titulado “Conocimientos, actitudes y Prácticas de métodos anticonceptivos en la comunidad Cerro Colorado, del municipio El Sauce – León, durante el mes de Octubre 2020”.

1.2. Antecedentes

A nivel internacional

Bellizi, S., Mannava, P., & Nangai, M. (2019). *Razones para la interrupción de la anticoncepción entre mujeres con un embarazo no deseado actual en 36 países de ingresos bajos y medianos.* OMS. Publica un estudio que abarca 36 países, el cual concluye que 4794 de estas mujeres tuvieron un embarazo no planificado después de abandonar su método anticonceptivo. El 56 % de las mujeres que quedaron embarazadas no usaron métodos anticonceptivos en los 5 años anteriores a la concepción.

El 9,9 % de las que tuvieron embarazos no planificados señalaron que el último método que habían utilizado era un método tradicional, como el coitus interruptus o el método de Ogino; el 31,2 %, métodos modernos de corta duración, como píldoras o preservativos, y el 2,6 %, métodos reversibles de larga duración, como dispositivos intrauterinos o implantes.

Sully, E.; Biddlecom, Ann., Darrochi, J., Reley, T., Ashford, L., Daroche, N. y Murro, R. (2019), *Haciendo cuentas: Invertir en salud sexual y reproductiva en países de ingreso bajo y mediano.* New York: Guttmacher Institute. Realizaron un estudio donde se incluyeron mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) en 132 países de ingreso bajo y mediano, valorando la necesidad, el impacto y el costo de invertir ampliamente en servicios de salud, entre los que figuran Servicios anticonceptivos, atención materna, atención del recién nacido, servicios de aborto y tratamiento para las principales ITS curables.

Los resultados reflejan que, cada dólar gastado en servicios anticonceptivos por encima del nivel actual ahorraría \$3 en el costo de la atención materna, del recién nacido y de los servicios de aborto, porque la anticoncepción reduce los embarazos no planeados. La necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna es desproporcionadamente alta entre las

adolescentes, con un 43 % de insatisfacción entre las edades de 15 a 19 años, con relación a un 23% en las edades de 20 a 49 años.

En el informe concluyen que los embarazos no planeados, los abortos inseguros y las muertes maternas disminuirían en aproximadamente dos tercios si todas las mujeres en los países de Ingresos bajos y medianos, que desean evitar un embarazo, usaran métodos anticonceptivos y todas las mujeres embarazadas recibieran servicios que cumplieran con los estándares internacionales.

Monroy, D. y Vilchis. E. (2016). *Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de la secundaria Mexiquense.* Universidad Autónoma de México. Realizan el estudio “Nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de la secundaria Mexiquense”, el cual concluyó que de los alumnos encuestados, el sexo que predominó fue el masculino con un 51.8 %, mientras el sexo femenino correspondió al 48.2 %. Un 98.2 % ha escuchado de los métodos anticonceptivos y relacionado al conocimiento del uso de métodos anticonceptivos se encontró que 84.1 % desconoce la forma correcta de uso de los métodos anticonceptivos.

Vargas, S. (2015). *Evaluación del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de la preparatoria N02.* Instituto Nacional de Salud Pública. Hidalgo, México. Se realizó una tesis con el objetivo de evaluar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en estudiantes de la preparatoria N0.2 de la ciudad de Tulancingo; se encontró que sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos, las mujeres solteras, que no trabajan, que viven con ambos padres, y con nivel socioeconómico bajo son las que obtuvieron mejores puntuaciones sobre éste tema y los métodos más utilizados tanto en la primera como en la última relación sexual fueron el condón masculino además de usar la pastilla de emergencia como segundo método anticonceptivo.

Sánchez, M., Dávila, R. y Ponce, E. (2015). *Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa.* México. Realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal, titulado “Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa que asistieron a un centro de salud de la ciudad de México”. La muestra consistió en 120 adolescentes que se auto aplicaron una encuesta que incluía: variables sociodemográficas, de conocimiento y de uso de métodos anticonceptivos que reveló que el nivel de conocimientos calificado como medio fue de 60.8 % y bajo en 23.3 %.

El condón fue el método anticonceptivo mayormente utilizado (65.2 %); asimismo, fue el método de barrera del que se tenía un mejor conocimiento (95.8 %). Ellos concluyen que es necesario mejorar la calidad de la información sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, lo que se espera, repercuta positivamente en la salud sexual y reproductiva de la población.

A nivel Latinoamericano

Vilela, A., Simeo, K.; Dos Santos, O., Ferreira, R., Fujimori, E. y Do Amor, E. (2020), *Conocimiento e interés en el uso del dispositivo intrauterino entre mujeres usuarias de las unidades de salud.* Hospital Municipal Universitario de São Bernardo do Campo. São Paulo, Brasil. Se realizó un estudio transversal con 1858 mujeres entre 18 y 49 años sobre “Conocimiento e interés en el uso de Dispositivo intrauterino entre mujeres usuarias de las unidades de salud”, obteniendo los siguientes resultados: el uso actual del dispositivo intrauterino fue poco frecuente (1,7 %; n=32) y el nivel de conocimiento fue mayor entre las mujeres blancas de 25 a 34 años, más educadas, que ya usaban o habían usado el dispositivo intrauterino y residentes en Aracaju, Sergipe.

El interés en usar el dispositivo intrauterino (38,0 %; n=634) fue mayor entre las mujeres más jóvenes, con mayor nivel educativo, con seguro médico, solteras, sin hijos y con un mayor nivel de conocimiento sobre el dispositivo intrauterino. Por lo que concluyen que el nivel de conocimiento sobre el dispositivo intrauterino se asoció con el interés en usarlo.

Mejía, Luz., Trujillo, J. Hernández, P., Aguela, L. y Cárdenas, J. (2019). *Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos de una muestra de gestantes adolescentes y sus parejas, del municipio de Fusagasugá, Cundinamarca.* Colombia. Realizaron un estudio observacional de tipo descriptivo de corte transversal, titulado “conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos de una muestra de gestantes adolescentes y sus parejas, del municipio de Fusagasugá, Cundinamarca (Colombia)”. Los participantes fueron 11 gestantes de 15 a 19 años y sus respectivas parejas entre 16 y 24 años.

Los resultados revelan que el conocimiento fue calificado como elevado en 31,81 %, medio con 63,64 % y bajo con 4,55 %. Los hombres demostraron mejor conocimiento al evaluar los métodos de barrera y anticoncepción hormonal oral, en cambio, las mujeres conocían más sobre los dispositivos intrauterinos y métodos anticonceptivos naturales. Aunque 19 adolescentes (86,36 %) estaban de acuerdo con el uso de anticoncepción, solo 4 de ellos se encontraban usando algún tipo de método al momento de la concepción.

Al final concluyen que es importante fortalecer los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y fomentar su uso según las características individuales de la población.

Gutiérrez, R., Alarcón, R., Cuadra, M., Alarcón, J. y Rodríguez, N. (2019). *Conocimientos, actitudes y prácticas en el uso de métodos anticonceptivos en ingresantes a una universidad de Trujillo.* Universidad Nacional de Trujillo. Realizaron un estudio transversal para determinar los Conocimientos, actitudes y prácticas en el uso de métodos anticonceptivos en ingresantes a una universidad de Trujillo, obteniendo como resultado que

los estudiantes no tienen buen nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, para llevar a cabo su práctica sexual de forma segura, 28.7 % muestran bajo nivel, así mismo los estudiantes manifiestan indiferencia en el 77.9 % y de rechazo en el 12.5 %, el nivel de uso es considerablemente bajo con un 16.8 % que usa ocasionalmente, y 11.8 % nunca.

El estudio reporta un 47.1 % de estudiantes que no tiene información o consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos. Finalmente se concluye que la falta de información veraz y objetiva mediante charlas o consejería sobre que métodos anticonceptivos a utilizar, expone al estudiante a una práctica sexual de riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual o embarazos indeseados.

Lauro, Y. (2018). *Relación entre conocimientos, actitudes y prácticas del uso de anticonceptivos de emergencia en mujeres en edad fértil en Botica “Mi doctor” en los olivos, Enero - Abril 2018.* Universidad Norbert Wiener, Perú. Realizan un estudio de tipo transversal, la muestra estuvo constituida por 201 mujeres que acudieron al establecimiento farmacéutico “Mi doctor”, Distrito de Los Olivos, Lima, Perú en los meses de Enero a abril del año 2018. En este estudio se encontró que el puntaje promedio en el área de conocimientos sobre el uso de anticonceptivos de emergencia fue de 4.8 puntos (Desviación estándar de 2 puntos). En la encuesta el máximo puntaje que se podía obtener en conocimientos era de 13 puntos. Se encontró que el 55,7 % (112) tuvo un nivel bajo de conocimientos.

Huapaya, C. y Rodríguez, F. (2018). *Nivel de conocimiento en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de educación Secundaria en tres colegios de Lima-Perú.* Universidad de Norbert Wiener. Realizaron un estudio pre experimental, que en su primera parte realizaron un estudio descriptivo, prospectivo en estudiantes de tercero, cuarto y quinto grado, entre los 13 y 18 años de edad, a los cuales se les aplicó un cuestionario para

determinar el nivel de conocimiento que estos poseían con respecto al uso de métodos anticonceptivos; 4 semanas más tarde se realizó una intervención educativa y luego se les aplicó un posttest para determinar la efectividad de la intervención. Obtuvieron los siguientes resultados: antes de la intervención educativa el 53,1 % obtuvo un nivel bajo de conocimiento, el 45,0 % nivel medio y 1,9 % el nivel alto; después de la intervención solo el 4,9 % presentó un nivel bajo, el 44,9 % un nivel medio, y un nivel alto el 50,2 %; por lo que concluyen que los adolescentes aumentaron su nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de manera significativa en un 48,3 % luego de la intervención educativa.

Castro, M.; Paláez, J., Valerio, G., Pérez, M., J., Serret, J., Labovsky, M. Y Bermúdez, R. (2017). *Nivel de conocimiento de las adolescentes sobre anticoncepción hormonal de emergencia.* Estudio multinacional en Latinoamérica y El Caribe. Cuba. Realizaron un estudio titulado “Nivel de conocimiento de las adolescentes sobre anticoncepción hormonal de emergencia. Estudio multinacional en Latinoamérica y El Caribe”; de tipo prospectivo, descriptivo y multicéntrico por regiones basado en la realización de una encuesta auto administrada y anónima, que contó con la participación de 1147 adolescentes de Latinoamérica y el Caribe.

Resultados: El promedio de edad de las entrevistadas fue de 16,36 años. El 4,70 % se encontraban cursando primaria, 78,46 % secundaria, y 12,64 % educación superior. La menarquia se alcanzó en el 58,3 % entre los 11 y 12 años de edad. El promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales coitales se ubicó en 15 y 21 años. En relación a la primera pregunta de la encuesta sobre si conocían la píldora para anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), el 76,19 % respondió afirmativamente y 25,63 % de las misma refirieron haberla usado al menos una vez. El método de AHE más usado fue la píldora de una sola toma a base de Levonorgestrel en el 68,72 % de los casos.

De los amigos y los maestros en un 17,52 % y 14,39 % respectivamente, fue de donde obtuvieron información sobre este método. Un 47,86 % de las adolescentes respondieron correctamente a la pregunta sobre cómo actúa el anticonceptivo de emergencia; 48,82 % sabían cómo se debe tomar para ser efectivo y 53,09 % conocían las indicaciones para su uso.

Los autores concluyen que el conocimiento global de la existencia de AHE por las adolescentes latinoamericanas que participaron en el estudio fue adecuado, mientras que el conocimiento específico sobre mecanismo de acción, eficacia y tiempo de uso no fue tan satisfactorio.

Gogna, M. y Binstock, G. (2017). *Factores que favorecen o dificultan el acceso a los métodos de anticoncepción y a su uso efectivo por parte de las adolescentes en las provincias argentinas*, Programa nacional de educación sexual. Los datos provienen de una encuesta aplicada a una muestra intencional de 480 adolescentes de 18 y 19 años (sin hijos, con un hijo y con más de un hijo), y de 21 entrevistas semiestructuradas con población de similares características. El 74,2 % de las encuestadas reportó usar un método anticonceptivo “siempre” y un 12,2 % “la mayoría de las veces”. Los métodos más utilizados fueron la píldora (40,7 %) y el preservativo (37,0 %). Solo el 13,2 % utilizaba un método de mediana o larga duración (inyectable o dispositivo intrauterino).

Los principales motivos reportados por quienes “nunca” usaron métodos (13,6 %) fueron estar buscando un embarazo (27,6 %) y la oposición de la pareja (27,6 %). Las entrevistas revelaron dificultades con el uso de los métodos y déficits en la consejería anticonceptiva. Concluyen que para que las adolescentes que no quieren ser madres aún logren una conducta anticonceptiva sostenida y eficaz es necesario que las y los profesionales aseguren el acceso a un método apropiado y aceptable y al conocimiento necesario para usarlo adecuadamente.

PROFAMILIA Colombia. (2015), *Encuesta Nacional de demografía y salud*, Colombia.

Donde a través de esta herramienta se valoró la preferencia de fecundidad, cambios en la fecundidad, el deseo de limitar el número de hijos, necesidad satisfecha y demanda de métodos anticonceptivos, número ideal de hijos y la planificación de la fecundidad, de lo cual concluyen que al igual que en la ENDS 2010, la preferencia de fecundidad, de no tener más hijas o hijos por parte de las mujeres tiene el porcentaje más alto, excluyendo a las mujeres esterilizadas. Sin embargo, el porcentaje disminuyó de 31.8 por ciento en la ENDS 2010 a 27.5 por ciento.

Por zona de residencia urbana (25.4 %) y rural (33.9 %) persiste la brecha observada en la ENDS 2010 y también se observa disminución de los niveles porcentuales. Comparando mujeres y hombres, se observan patrones similares frente al deseo de no tener más hijos, el cual aumenta a mayor número de hijos sobrevivientes, y se evidencia que el porcentaje promedio de hombres que no desea tener más hijos (42.4 %), es considerablemente mayor en relación al porcentaje promedio de mujeres (27.5 %), encontrando diferencias de 10 puntos porcentuales o más en aquellos hombres y mujeres con dos o más hijos.

Persiste el gradiente esperado en preferencias de fecundidad total en mujeres de acuerdo a la edad, donde a mayor número de años por parte de la madre disminuye el deseo de tener más hijos, encontrando las mayores variaciones durante los últimos cinco años para mujeres de 15 a 19 años que no desean tener más hijos, pasando de 26.8 por ciento en 2010 a 21.9 por ciento en 2015, y mujeres de 45 a 49 años, pasando de 33.5 por ciento en 2010 a 24.1 por ciento en 2015.

Aun cuando no se evidencian grandes variaciones entre los porcentajes de demanda total de anticoncepción por factores diferenciales, se encuentran los mayores porcentajes en mujeres unidas, de 30 a 44 años y aquellas con nivel de educación primaria y secundaria. .

El número promedio ideal de hijos para todas las mujeres se mantiene en 2.2 para el 2015 y se correlaciona con el número promedio para hombres en 2.4 obtenido por primera vez en esta versión de la encuesta. Si bien el número promedio de hijos es ligeramente mayor en hombres, las diferencias entre zona rural y urbana para cada grupo, respaldan la brecha siendo el número ideal de hijos ligeramente mayor para residentes de zona rural. La tasa de fecundidad deseada y observada en Colombia para 2015 fue de 1.6 y 2.0 respectivamente, manteniéndose estable con relación a los resultados obtenidos en la ENDS 2010.

Se reporta como un hallazgo importante la brecha entre la tasa global de fecundidad deseada y la tasa global observada, siendo esta diferencia mayor en zona rural (0.7 puntos) donde, además, la tasa observada (2.6) a diferencia de las tasas en la zona urbana, supera la denominada tasa de reemplazo poblacional (2.1 hijas o hijos por mujer). Las diferencias entre la tasa más alta de fecundidad deseada y observada se reportan geográficamente en zona rural y a nivel regional en Orinoquía y Amazonía, Atlántica y Pacífica. Se observa un gradiente por nivel de educación y quintil de riqueza, donde a menor nivel de educación y riqueza, mayor diferencia entre la tasa de fecundidad deseada y observada para cada categoría.

Gómez, P. I. (2015), *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes de pregrado de una universidad de Colombia.* Universidad Nacional de Colombia. Se publicó un estudio transversal, descriptivo sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes de pregrado de una universidad de Colombia del cual obtuvo los siguientes resultados: El promedio de edad fue de 20 años (DE: 2,88), con 55.8 % hombres y 44.1 % mujeres. El 76 % pertenecían a estratos medios y bajos. 66.5 % provenían de la capital del país. Ocho de cada diez participantes tenían vida sexual activa. 91,6 % no habían tenido hijos.

Cerca del 5 % de las mujeres sexualmente activas refirieron abortos. 3.1 % de hombres sexualmente activos reportaron aborto en su pareja en el último año. 98.3 % reportaron conocimientos acerca de las ITS y se les había diagnosticado a cerca del 4 %. El uso de anticoncepción para el último año fue de 87.13 %.

La tercera parte había usado anticoncepción de emergencia. Una quinta parte había asistido a los programas de Salud Sexual y Reproductiva del Servicio médico estudiantil. El concluye que a pesar de los programas desarrollados por la Universidad respecto a conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual y Reproductiva, los resultados no han sido satisfactorios.

Es necesario crear políticas efectivas en la reducción de ITS/VIH, embarazo adolescente y mecanismos de acercamiento al estudiantado influyendo en su autocuidado, uso adecuado de medidas protectoras como condón y de anticonceptivos. Asimismo, se deben evaluar las estrategias educativas y de comunicación que tienen acogida, conocer las barreras y fortalezas de los programas actuales para implementar medidas efectivas que logren mejorar el estado de su salud sexual y reproductiva.

Gualán, D. (2015). *Factores socioculturales que limitan el uso de métodos anticonceptivos en las y los pobladores de 15 a 45 años de la comunidad la Wintza-centinela del cóndor, período marzo-agosto 2015.* Universidad Nacional de Loja. Se realiza un estudio de tipo mixto cuantitativo-cualitativo, descriptivo prospectivo, donde la muestra para la información cuantitativa estuvo conformada por 54 personas que cumplieron los criterios de inclusión, la muestra para la información cualitativa fue tomada por saturación, (20 personas) hombres y mujeres. En sus resultados, en la escolaridad el 61 % de los pobladores mencionaron haber culminado la secundaria mientras que un 37 % cuentan únicamente con la primaria, lo cual también se considera como uno de los factores limitantes del uso de MAC ya que por la falta

de conocimiento de los mismos se han dejado influenciar por los mitos escuchados en dicha comunidad. Tan solo el 1 % no tienen escolaridad y 1 % cuenta con estudios superiores.

Por otro lado las encuestas realizadas en la comunidad muestran que el 39 % de los pobladores son solteros, lo cual también crea cierta limitación para el uso de MAC, ya que por no estar casados o no tener una relación estable tiene recelo o vergüenza de acercarse a un centro de salud o farmacias para obtener algún anticonceptivo.

La población en estudio está conformada en su mayoría por personas que se dedican a los labores domésticos en un 33 % en el caso de las mujeres; a la agricultura en un 22 % y obreros el 17 % en el caso de los hombres esto por tratarse de una comunidad rural donde no existen otras fuentes de trabajo que no sean relacionadas con el campo, y también debido a la escolaridad de los pobladores quienes no han logrado culminar sus estudios para obtener alguna profesión; la mayoría de los pobladores de 15-45 años de edad pertenecen a la religión católica mientras que un 13 % pertenecen a la religión evangélica.

Se pudo notar que el 88 % de los habitantes mantienen una vida sexualmente activa mientras que únicamente el 12 % mencionaron no tener pareja sexual al momento del estudio. En los habitantes comprendidos entre los 15 a 45 años de edad y que tienen vida sexual activa; se puede evidenciar que un alto porcentaje no utilizan ningún método anticonceptivo representado por el 81 %, lo cual está influenciado por factores sociales, culturales y por los mitos y creencias relacionados con los métodos anticonceptivos; únicamente el 19 % de los habitantes si utilizan un método de anticoncepción.

A nivel nacional

Escobar, M.; Floyd, M., Gutiérrez, M y López, H. (2019), *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de tercero a quinto año de*

secundaria del Instituto Público Fernando Salazar, del municipio de Nagarote, León.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Se realizó en el período del 1° de Febrero al 30 abril 2019, el estudio fue de tipo descriptivo, transversal, con una muestra de 256 adolescentes, a los cuales se les aplicó una encuesta, obteniendo los siguientes resultados: Con respecto a la edad, el grupo de 14-16 años fue de 53.1 %, y el grupo de 17-19 años fue de 46.9 %. El 55.9 % fueron adolescentes del sexo femenino, el 38.3 % tenían un nivel de escolaridad del tercer año de secundaria, profesando la religión católica en un 50.4 %. Respecto a la procedencia de los adolescentes estos se distribuyen en urbana con el 81.6 %. El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos fue bueno en el 77.3 % de los adolescentes estudiados. En el 94.1 % de los jóvenes indicaron haber recibido información sobre métodos anticonceptivos. Sobre todo del internet (96.5 %), a través de sus amigos (93.4 %). El nivel de actitud que poseen, mediante el procesamiento se obtuvo que el 74.2 % tuvo una actitud favorable. El nivel de práctica obtenido determinó que el 71.1 % de los adolescentes tuvieron una calidad de práctica buena.

Ellos concluyen que la mayoría de los adolescentes tenían edades comprendidas entre 14 a 16 años, del sexo femenino, cursaban el tercer año de secundaria, y de religión católica. El 77.3 % tuvieron un nivel de conocimiento bueno respecto a los métodos anticonceptivos, la fuente de información más frecuente fue el Internet, los amigos son los que más se comunican y discuten el tema de métodos anticonceptivos. La actitud que demostraron los adolescentes fue favorable en un 74.2 %. Las prácticas referidas a los métodos anticonceptivos de los adolescentes en un 71.1 % fue buena.

Ríos, J. y González, J.(2019), *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del cuarto y quinto año del Instituto Nacional Público del municipio de Palacagüina, departamento de Madriz, en el periodo del 1° de Febrero a 30 de*

abril 2019. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Se realizó un estudio con un diseño de tipo descriptivo, transversal y una muestra de 120 adolescentes, Obteniendo los siguientes resultados: Con respecto a la edad, el grupo de 14-16 años fue de 46.7 %, y el grupo de 17-19 años fue de 53.3 %. El 55.8 % fueron mujeres, ubicadas en el cuarto año de secundaria en el 65.8 %, profesando la religión católica en un 68.3 %. Respecto a la procedencia de los adolescentes estos se distribuyen en urbana con el 76.7 %.

El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos fue bueno en el 67.5 % de los adolescentes estudiados. En el 93.3 % de los jóvenes indicaron haber recibido información sobre métodos anticonceptivos, sobre todo del internet (96.7 %), a través de sus amigos (93.3 %). El nivel de actitud que poseen, mediante el procesamiento se obtuvo que el 74.2 % tuvo una actitud favorable. El nivel de práctica obtenido determinó que el 73.3 % de los adolescentes tuvieron una mala calidad de práctica.

Mendoza, A y Pérez, J. (2017), *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso del dispositivo intrauterino en mujeres atendidas en el programa de planificación familiar, del Centro de Salud Francisco Buitrago-Managua, durante diciembre 2016 a febrero 2017.* Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Se realizó un estudio descriptivo, transversal donde la muestra estuvo constituida por 42 Mujeres en Edad Fértil, encontrando dentro de los resultados un nivel de conocimientos el 45.2 % (19) son buenos, en relación a las actitudes el 54.8 % (23) son desfavorables y con respecto a las prácticas son malas en el 52.4 % (22), con lo que concluyen el mayor porcentaje de las participantes tienen buenos conocimientos generales sobre el DIU, actitudes desfavorables hacia el mismo y las prácticas son malas ante la utilización del dispositivo intrauterino.

López, M. y Tenorio, V. (2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes de 14 a 19 años atendidas en Morrito - Río San Juan, en*

junio 2015. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Se realizó un estudio transversal descriptivo, con una muestra de 45 adolescentes en estudio para valorar los conocimientos actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos. El nivel de conocimiento en general de la población en estudio fue regular, el 66 % de ellos mostró actitudes favorables y predominaron las prácticas adecuadas.

Balladares, E. y Chavarría, K. (2015). Conocimiento, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en estudiantes de cuarto y quinto año del colegio Santo Domingo de Guzmán –Rivas, II semestre 2015. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, con un universo de 90 estudiantes y una muestra del 100 %, obteniendo como resultado bueno para los conocimientos, actitudes favorables y prácticas buenas.

Las edades que predominaron de 15 a 17 años, de los cuales el 62 % fueron femeninas y el 38 % masculinos; el 94 % de ellos han recibido información de los métodos anticonceptivos, esta información la obtuvieron través de: 20 % - televisión, 16 % - internet, 10 % amigos y 12 % colegios principalmente. El tipo de información recibida fue sobre: 33 % modo de uso, el resto fue sobre conceptos, ventajas y desventajas. Sobre la definición de métodos anticonceptivos se obtuvo 49 % piensan que es medicamento para prevenir embarazos, 31 % que es un conjunto de medidas para prevenir enfermedades de transmisión sexual, 20 % que evita relaciones sexuales.

Los métodos anticonceptivos que conocen fueron: condón, inyección, píldoras, píldoras de emergencia en orden de frecuencia.

La utilización de los métodos anticonceptivos por sexo predominó el femenino. Concluyen que en cuanto a actitudes de los adolescentes sobre los métodos de anticoncepción tuvieron actitudes favorables ya que la mayoría están de acuerdo con el uso de los

anticonceptivos, porque evitan que las relaciones sexuales conduzca a un embarazo no deseado y porque permiten una sexualidad libre.

Un alto porcentaje han usado algún método de anticoncepción y la mayoría opinó que si tuvieran una relación sexual usarían un método y siendo el preservativo en primera opción. Para ellos el uso de métodos de anticoncepción debe ser libre y sin condición de sexo o edad y que todos debemos tener accesos a ellos sin restricciones.

Romero Y. (2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación en estudiantes del centro escolar Epifanía de la comunidad el Hormigón, municipio de Granada.* Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Se realizó un estudio CAP en el departamento de Granada, el cual concluyó en que la población en estudio que predominó más fue el sexo masculino 53 %, mientras el sexo femenino fue de 47 % en su mayoría entre las edades de 14-16 años en un 55 %. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue entre los 14-16 años. El método anticonceptivo más conocido y utilizado es el condón masculino, los estudiantes en estudio tienen malos conocimientos sobre métodos de planificación familiar el 93 % obtuvo malos conocimientos, 51 % conocimientos regulares y solo un 2 % buenos conocimientos.

Los adolescentes en estudio tienen actitudes favorables en un 94 %, Los adolescentes en estudio tienen prácticas incorrectas en un 70 %.

ENDESA (2012), Gobierno de Nicaragua. Encuesta nicaragüense de demografía y salud donde reporta según los diferentes puntos evaluados:

Conocimientos sobre métodos anticonceptivos

Prácticamente todas las mujeres (99.6 %), han oído hablar de alguno de estos métodos, valores semejantes se obtuvieron en la ENDESA 2006/07.

Destaca el conocimiento de la inyección y la píldora (98 %), siguen el condón masculino (96 %), la esterilización femenina (90 %) y el DIU (84 %), los menos mencionados son los métodos vaginales (31 %) y, particularmente, los implantes (9 %), con ligeras variaciones en los porcentajes se tiene un comportamiento similar en las mujeres actualmente unidas, en las alguna vez casadas/unidas y las mujeres solteras con experiencia sexual. Se observan diferencias en el conocimiento del Método Exclusivo de Lactancia Materna (MELA), poco más de la mitad de las solteras con experiencia sexual la menciona (52 %) y es menos de la tercera parte en las solteras sin experiencia sexual (32 %), mientras que en las unidas conyugalmente y las mujeres alguna vez en unión conyugal se supera el 60 %.

Uso de métodos anticonceptivos:

Tres de cuatro mujeres (75 %), reconoce haber utilizado algún método anticonceptivo (70 % en la ENDESA 2006/07), un porcentaje similar para el uso de métodos modernos (74 %), mientras que el 18 por ciento alguna vez ha utilizado métodos tradicionales. La mitad de las mujeres reconoce que el método más empleado es la inyección (51 %), seguido por la píldora (48 %); el uso del condón masculino en una tercera parte (33 %), una quinta parte (21 %) ha optado por la esterilización femenina, el DIU ha sido utilizado por un 15 por ciento de las mujeres y hay presencia de la anticoncepción de emergencia (PPMS) con un uso del 12 por ciento y el MELA protegió a las mujeres de un nuevo embarazo en un 8 %; en los métodos tradicionales un 8 % hizo uso del ritmo y el 14 % del retiro.

Uso actual de métodos anticonceptivos.

Las mujeres que están planificando al momento de la encuesta representan el 55 por ciento del total de mujeres de 15-49 años, seis puntos porcentuales más que el 49 por ciento obtenido en la ENDESA 2006/07; poco más del 80 por ciento de las mujeres en unión conyugal usa algún método anticonceptivo, algo más del 60 por ciento en las divorciadas (62

por ciento), 45 por ciento en las separadas y viudas y concluye con el 11 por ciento en las solteras; observando los valores de las mujeres en unión conyugal en la encuesta anterior (72-73 por ciento hace uso de métodos), hay una diferencia de unos ocho puntos porcentuales menos que en la encuesta actual, también hay un menor nivel de anticoncepción en las demás categorías del estado conyugal; este mayor nivel de anticoncepción en la ENDESA 2011/12, explica el descenso experimentado en la fecundidad entre estas dos encuestas, visto en el promedio de hijos por mujer.

Uso de anticoncepción por primera vez:

La mitad de las mujeres que han usado métodos anticonceptivos, adoptaron este comportamiento antes de tener hijos, superando por 13 puntos porcentuales a las mujeres de la ENDESA 2006/07 (49 y 36 por ciento, respectivamente); sumando a las que comenzaron a planificar cuando ya contaban con un hijo (32 por ciento), se concluye que poco más del 80 por ciento de las mujeres (81 por ciento), usaron métodos anticonceptivos cuando tenían menos de dos hijos, 11 puntos más que sus similares de la ENDESA 2006/07 (70 por ciento)

Fuente de métodos de planificación familiar

La principal fuente de suministros de métodos anticonceptivos modernos es el sector público, un 69 por ciento de usuarias están cubiertas por el mismo, dentro de este sector, en un 34 por ciento de usuarias, la fuente de suministro es el centro de salud, los hospitales públicos cubren otro 31 por ciento y el puesto de salud contribuye con el 3 por ciento. El sector privado es fuente de suministro para tres de 10 usuarias (30 por ciento), donde destacan las farmacias, 15 por ciento, la mitad del aporte de este sector, la empresa médica previsional lo hace con 8 por ciento y con un aporte similar figuran la clínica/hospital privado y la clínica de PROFAMILIA, poco más del 2 por ciento cada una.

1.3.Justificación

Nicaragua es el país, a nivel latinoamericano, con mayor porcentaje de embarazos adolescentes y la tasa de fecundidad más alta en el sector rural con un 75 % superior al área urbana, (UNFPA, 2016); relacionándose a esto las tasas de morbilidad materna y fetal también son elevadas y hay un mayor índice de pobreza y baja escolaridad; lo que en conjunto supone una población con poco uso de métodos anticonceptivos.

La comunidad Cerro Colorado es una comunidad rural, con necesidades similares a las demás comunidades rurales del país, la cual necesita los conocimientos, actitudes y prácticas para el uso correcto de los métodos anticonceptivos que les ayude a reducir la morbilidad materna y fetal, las familias numerosas y que les permita ampliar las oportunidades de educación, mayor autonomía y mejor economía familiar.

El presente estudio aporta una base de información al personal de salud de los puesto médicos de la zona, para la toma de decisiones e implementación de estrategias con el fin de disminuir las complicaciones materno fetales por embarazos de alto riesgo y para la prevención de infecciones de transmisión sexual, además será de utilidad para las mujeres y sus parejas y las familias a fin de reforzar la implementación de la planificación familiar y mejorar la situación económica de la población, al disminuir las familias numerosas.

Además refuerza y ejemplifica las bases teóricas sobre el uso de métodos anticonceptivos, ya que se tiene establecido que el uso correcto de métodos anticonceptivos va ser dependiente del conocimiento, actitudes y prácticas que la población tenga sobre estos y es útil como base de información para la elaboración de estudios futuros en la zona y para estudios en otros lugares rurales del país o de la región.

1.4.Planteamiento del problema

El conocimiento, las actitudes y las prácticas sobre métodos anticonceptivos de una población son las herramientas necesarias para la disminución de las complicaciones secundarias al embarazo de alto riesgo, que implican la morbilidad y mortalidad materna y fetal; para la disminución y prevención de las enfermedades de transmisión sexual, para el buen funcionamiento de la planificación familiar en las comunidades, además de representar una alternativa coadyuvante en la disminución de la pobreza.

Las comunidades rurales de nuestro país son las que destacan con familias más numerosas, un mayor índice de morbimortalidad materno-infantil, baja escolaridad y de pobreza extrema, esto agravado por una menor aceptación de los métodos anticonceptivos tanto de varones como de mujeres, dejando en evidencia el poco conocimiento que tienen sobre estos.

La comunidad Cerro Colorado, del municipio El Sauce, en el departamento de León, es una comunidad rural, con una población de 322 personas en edad fértil, que comparte las mismas dificultades que tienen las comunidades rurales de nuestro país. Ante ello se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en la población fértil (15 a 49 años), de la comunidad Cerro Colorado, del municipio El Sauce-León, durante el mes de octubre 2020?

1.5.Objetivos

Objetivos generales

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en la población fértil (15 a 49 años), de la comunidad Cerro Colorado, del municipio El Sauce – León, durante el mes de octubre 2020.

Objetivos específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.
2. Indagar el nivel conocimiento de la población en cuanto a métodos anticonceptivos.
3. Identificar las actitudes adoptadas por la población en relación al uso de los métodos anticonceptivos
4. Describir las prácticas de la comunidad sobre los métodos anticonceptivos.

1.6.Marco teórico

Descripción de la comunidad

El caserío Cerro Colorado está ubicado en la comunidad El Guayabo, perteneciente al municipio del sauce, departamento de león. Localizado a 18 km del centro del municipio, con una topografía rural con predominio de serranías, con una altitud de 900 mts sobre el nivel del mar. Limita al norte con Comunidad Salales, al sur con la comunidad La Jícara, al este con la comunidad el Llano y al oeste con el caserío El Ocotal. Su población es de 487 habitantes, con 61 familias en dispensarización. De estos, 322 habitantes pertenecen al grupo de personas en edad fértil.

Su clima es semiárido templado, estacional y de aire frío en invierno. Cuenta con 2 caminos rurales para su acceso, de difícil tránsito durante el invierno, debido a deslaves y crecimiento del caudal de los ríos. El transporte está conformado por dos rutas comunitarias con horario establecido que solo llega a la comunidad dos veces a la semana. Su principal actividad económica es la agricultura, principalmente la siembra de frijoles y maíz.

Cuenta con una escuela que brinda educación de primero a sexto grado, impartida por maestros comunitarios. Las religiones que predominan son la católica y la evangélica; la comunidad cuenta con una iglesia católica donde se presentan misas una vez al mes.

El principal servicio de salud es brindado por el puesto de salud el Guayabo, conformado por un ESAFC, en la comunidad se cuenta con el apoyo de tres brigadistas y jefes de comunidad.

(Puesto de Salud el Guayabo, 2020)

Conocimiento

Es el conjunto de habilidades, destrezas, procesos mentales e información adquiridos por el individuo, cuya función es ayudarlo a interpretar la realidad, resolver problemas y dirigir su comportamiento.

Características y propiedades del conocimiento

- Conformar cultura.
- El conocimiento suele ser susceptible de expresarse y transmitirse a través del lenguaje.
- Requiere de un código o un lenguaje para su comunicación.
- Orienta el pensamiento, el comportamiento y los procesos de toma de decisiones de los seres humanos.
- Es un fenómeno complejo determinado por variables biológicas, psicológicas y sociales.

Adquisición del conocimiento

El conocimiento se origina a través de la percepción sensorial, de donde llega al entendimiento y de allí pasa al proceso racional de análisis y codificación de la información.

En la lectura general se reconocen las siguientes vías elementales:

La autoridad: las figuras de autoridad son un elemento para la transmisión de conocimiento, ya que ellas generan un voto de confianza en el grupo social.

La tradición: el conocimiento se transmite de generación a generación, de esa manera se va consolidando en la tradición.

La intuición: se trata de un tipo de comprensión inmediata sobre un asunto emergente, que le permite decidir de manera adecuada.

La experiencia: en la medida en que el sujeto gana experiencia, registra y aprende nueva información que le permite enfrentarse a situaciones semejantes en el futuro.

La investigación científica: el ejercicio de procurar información de manera sistematizada, estructurada y metódica, es decir, a partir de un método científico, es una forma de adquisición de conocimiento.

Tipos de conocimiento

Conocimiento a priori: El conocimiento puede ser a priori cuando se basa en el proceso de la razón personal o la introspección para formularse, sin verificarse en la experiencia.

Conocimiento a posteriori: se habla de conocimientos a posteriori cuando surge a partir de una experiencia, y esa misma experiencia se vuelve una validación del aprendizaje.

Conocimiento filosófico: se obtiene a través de la razón especulativa sobre la realidad y el diálogo, y se orienta a la comprensión del ser y el estar del sujeto.

Conocimiento empírico: Es el que se obtiene a través de la experiencia propia y palpable, si bien no implica un método de estudio, sino la conciencia sobre el orden de lo vivido o experimentado. Aunque surge de la experiencia concreta, está modificado por el universo de valores culturales del sujeto.

El conocimiento científico: Es aquel que se adquiere a través del diseño planificado de una investigación, el cual implica un proceso sistemático y metódico. Este es verificable y demostrable. A su vez pretende ser crítico, racional, universal y objetivo. (Conocimiento, 2020)

Conocimientos de métodos anticonceptivos

La posesión de un conocimiento específico, como el referido a métodos anticonceptivos, se encuentra afectado por la posición que ocupan los individuos dentro de la estructura de

información. Se supone que esta se halla constituida, entre otros elementos, por el nivel de instrucción alcanzado y por el grado de contacto con los medios de comunicación de masas. Dentro de este esquema, la educación aparece distribuida en tres bloques: el nivel de escolaridad de la "comunidad" a la que pertenecen las mujeres; el nivel de educación del marido; y, el nivel de educación de la mujer; estos dos últimos bloques se ven afectados por el primero. Los tres bloques referidos a educación inciden, directa e indirectamente, sobre el conocimiento que la mujer tiene sobre anticonceptivos.

Estudios sobre América Latina han constatado que existe una relación estadística inversa entre nivel de educación y fecundidad; sin embargo, las evidencias disponibles permiten advertir que tal asociación no es directa, sino que aparece mediatizada por una serie de variables intervinientes, entre las cuales se destaca el conocimiento de anticonceptivos (Simons Allan, 2014)

Según el estudio realizado por INIDE/MINSA 2011-2012 en la población nicaragüense, destaca el conocimiento de la inyección y la píldora (98 por ciento), siguen el condón masculino (96 por ciento), la esterilización femenina (90 por ciento) y el DIU (84 por ciento), los menos mencionados son los métodos vaginales (31 por ciento) y, particularmente, los implantes (9 por ciento). (INIDE/MINSA, 2014)

Actitudes

La actitud (del latín *actitude*), puede ser definida como la manifestación de un estado de ánimo o bien como una tendencia a actuar de un modo determinado.

Esta se conforma de tres componentes:

Elemento cognitivo: la propia existencia de una actitud se encuentra complementada conjuntamente con la existencia de un esquema cognoscitivo que el propio sujeto recrea.

Dicho esquema se encuentra conformado por la percepción que puede captarse sobre el

objeto en cuestión, junto con las creencias y datos que se tienen previamente del mismo. Este elemento hace referencia a lo que el individuo piensa.

Elemento conductual: este elemento se refiere al modo en que son expresadas las emociones o pensamientos. Es aquel que en todo momento se encuentra activo, además se define como la corriente actitudinal que se produce al reaccionar frente a un objeto de una forma específica.

Elemento afectivo: Este elemento se refiere a los sentimientos que cada persona tiene. A diferencia del elemento conductual, el afectivo se compone por los sentimientos expuestos, sean positivos o negativos frente a un objeto social. También representa el punto de comparación existente entre las creencias y las opiniones, caracterizadas siempre por su lado cognoscitivo. (María, 2020)

Mitos sobre métodos anticonceptivos

Los mitos son aquellas respuestas que nacen de las dudas, temores y desconocimiento que tiene ya sea un individuo o grupo social que le ayude en el entendimiento de un hecho o acto. Esto también se refleja en las creencias tan arraigadas que tiene nuestra sociedad sobre la sexualidad, las cuales a lo largo del tiempo y sin tener quién las corrija han creado un lugar casi intocable en la educación sexual de los jóvenes puesto que son transmitidas de boca en boca pero sin una base lógica ni informada, pero que logra el fin de “aclarar las dudas” dando teóricamente la información deseada pero la cual lamentablemente y en su mayor parte son equívocos.

A continuación se presentan algunos de los mitos:

- En la primera relación sexual una mujer no puede quedar embarazada.
- La pérdida de la virginidad masculina se acompaña de la rotura del frenillo peneano.
- El hombre siente el DIU durante las relaciones sexuales.

- El condón se puede utilizar varias veces.
- El condón disminuye el placer del hombre.
- El condón es para relaciones sexuales fuera de matrimonio.
- Solo las trabajadoras del sexo y los homosexuales tienen VIH.
- En sexualidad lo que vale es el rendimiento: hay que destacar que lo importante no es la cantidad sino que la relación sexual sea satisfactoria y con un sentimiento de respeto y amor hacia el otro.
- La ausencia de himen indica que la mujer ya no es virgen: el himen es solo algo orgánico de todas formas este por diversas situaciones puede romperse y no necesariamente son por causas sexuales, Debemos considerar esto como algo más importante con una esencia de mucho más valor que esta membrana. (Pérez, Valle, & Méndez, 2017)

Actitudes relacionadas a métodos anticonceptivos.

Una Actitud Favorable acerca de los Métodos Anticonceptivos tendría que relacionarse con el mayor uso de los mismos, sin embargo, como sabemos hay diversos factores que impiden su uso, entre los cuales tenemos:

- El requisito de autorización por terceros (tutores).
- Doctrinas Religiosas.
- Influencias del rol de géneros (diferencia entre sexo).
- Características Socio Demográficas. (INIDE/MINSA, 2014)

Práctica

Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. (Pérez & Gardey, 2010)

Salud sexual y reproductiva

Una buena salud sexual y reproductiva es un estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. (OMS, Salud Sexual, 2020) Para mantener la salud sexual y reproductiva las personas necesitan tener acceso a información veraz y a un método anticonceptivo de su elección, que sea seguro, eficaz, asequible y aceptable. Deben estar informadas y empoderadas para autoprotgerse de las infecciones de transmisión sexual y cuando decidan tener hijos, puedan disponer de acceso a servicios que les ayuden a tener un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un bebe sano.

Cuando no se satisfacen las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, se priva a las personas del derecho a elegir opciones cruciales sobre su propio cuerpo y su futuro, lo que produce un efecto dominó en el bienestar de sus familias y de las futuras generaciones. Esta situación es más grave en los países en desarrollo, donde los problemas relacionados con la salud reproductiva son una de las causas de mala salud y muerte entre mujeres y adolescentes fértiles. (UNFPA, 2016)

Planificación familiar

La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas tener o no, el número de hijos 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, 2015)

La anticoncepción

Consiste en la utilización de métodos anticonceptivos, que impide la fecundación del óvulo por el 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 coito pueda realizarse sin fecundación. La efectividad de los métodos, cuando se usa en forma correcta y consistente, aseguran la probabilidad mínima de embarazos no deseados. (MINSa, 2015)

Eficacia Anticonceptiva

Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones ideales de uso (eliminando el error humano), en un período de un año. (MINSa, 2015)

Existe una gran variedad de métodos anticonceptivos de uso habitual que se acomodan a las distintas situaciones de las mujeres y de las parejas. No hay ningún anticonceptivo contraindicado sólo por la edad, aunque sus características los hacen más o menos idóneos según ésta. La eficacia de estos métodos anticonceptivos es variable, pudiendo ser: Muy alta (> 97%). Alta (90-97%). Media (75-89%). Baja (<75%) (Social, 2018)

Factores de Riesgo Preconcepcional o Reproductivo

En todas las atenciones a la mujer se deben buscar antecedentes de embarazos de riesgo o mujeres que tienen factores de riesgo reproductivo a fin de orientarlas a la utilización de métodos anticonceptivos y prevenir la aparición de embarazos no deseados, embarazos de alto riesgo e incidir en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Factor de Riesgo	Condición y/o Riesgo mayor
Edad materna avanzada (mayor de 35 años)	Mayor riesgo de sufrir hipertensión y diabetes; de sufrimiento fetal agudo y crónico. Anomalías del desarrollo, por ejemplo mujeres mayores de 40 años pueden procrear bebés con Síndrome de Down.

Factor de Riesgo	Condición y/o Riesgo mayor
Edad materna menor de 20 años	Menor de 20 años: Prematurez, malformaciones congénitas (gastrosquisis). Menor de 15 años: Morbimortalidad vinculada a embarazo y parto.
Edad paterna avanzada	Mayor de 45 años: Defectos congénitos. Mutaciones dominantes.
Consanguinidad	Defectos congénitos en individuos, es necesario definir el grado de parentesco con la pareja, son consanguíneos si por lo menos tienen un antecesor común.
Etnia	La incidencia de algunas malformaciones congénitas está aumentada en grupos étnicos específicos. Son ejemplos clásicos la mayor frecuencia de polidactilia, paladar hendido, hipospadia, alteraciones de las globinas, como la Anemia Falciforme, en niños afroamericanos, y las cardiopatías en niños blancos.
Ocupación	Aborto, muerte fetal, parto pretérmino, BPN, algunos defectos congénitos en mujeres que trabajan más de 10 horas por día, permanecen de pie por 6 horas de forma continua, exposición a tóxicos químicos (incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas)
Antecedentes reproductivos	
Escaso intervalo intergenésico	Intervalo intergenésico menor de 2 años en parto vaginal o cesáreo. Intervalo menor a 6 meses en aborto. En ambos, mayor riesgo de morbilidad materno perinatal
Paridad	La paridad elevada (4 o más embarazos) aumenta al doble el riesgo de muerte fetal intraparto.
Aborto previo	Riesgos de enfermedad o muerte materno-neonatal. Pérdida recurrente del embarazo (3 abortos espontáneos consecutivos): buscar malformaciones uterinas, incompetencia cervical, defectos hormonales, sífilis (genera placentitis capaz de matar embriones y fetos).
Muerte fetal previa	Recurrir a exámenes de laboratorio como pruebas de tolerancia a la glucosa, anticuerpos anticardiolipinas y estudios específicos de la coagulación.
Parto pretérmino	Una de las principales causas de muerte neonatal. Antecedentes de 1 pretérmino antes de las 35 SDG tiene riesgo de 10 a 15% de repetir otro pretérmino. El riesgo puede aumentar a 40% después de 2 y a 60% después de 3 nacimientos pretérmino. Otros factores asociados a pretérmino: peso de la mujer al inicio del embarazo menor a 50 kilos o IMC menor 18.5 kg/m ² , tabaquismo, Intervalo intergenésico menor a 12 meses, cérvix acortado ecográficamente.
Restricción del crecimiento intrauterino.	Factores: Bajo peso preconcepcional, menores de 16 años o mayores a 35 años, un corto intervalo intergenésico, tabaquismo y abuso de sustancias, así como otras enfermedades tales como, afecciones cardiovasculares, hipertensión, insuficiencia renal, inmunopatías, anemia, etc.

Factor de Riesgo	Condición y/o Riesgo mayor
Cesárea previa	Cesárea: más riesgosa que un parto vaginal. Cesáreas iterativas representan mayor riesgo de rotura uterina e inserciones placentarias anormales, que puede llevar a hemorragias graves (aún en cesárea electiva). Mayor riesgo de rotura uterina, hemorragias por placentación anormal
Malformaciones uterinas	En especial las que han sufrido pérdidas recurrentes entre el primer y segundo trimestre del embarazo. 1 de cada 4 mujeres con pérdida recurrente del embarazo puede presentar una anomalía uterina. Las anomalías más frecuentes Son la hipoplasia uterina y los tabiques intrauterinos.
Antecedentes Patológicos	
Diabetes	Madres con diabetes tipo I tienen 6 a 8 veces más riesgo de daño fetal o neonatal que la población general, las madres con diabetes mellitus tipo 2 tienen un riesgo 3 veces mayor y las madres con diabetes gestacional tienen el doble de riesgo que la población general.
Enfermedades tiroideas	Hipertiroidismo (1 cada 500 embarazadas): Preeclampsia, insuficiencia cardíaca congestiva, crisis tiroideas, desprendimiento de placenta, óbito fetal, RCI, BPN y parto de pretérmino. Hipotiroidismo: Déficit intelectual, preeclampsia y también por desprendimiento de placenta, óbito fetal, RCIU, BPN y parto de pretérmino.
Cardiopatías	1-4% de embarazos se asocian con cardiopatías, una de las principales causas de mortalidad materna indirecta.
Hipertensión crónica	Es más factible la instalación de preeclampsia o eclampsia en mujeres con hipertensión crónica. 1 caso de preeclampsia por cada 4 mujeres que padecen hipertensión crónica. La hipertensión arterial sistémica se relaciona con RCIU, bajo peso al nacer, prematuridad y alta mortalidad perinatal. El riesgo fetal es máximo cuando existe proteinuria.
Trombofilias	Estado de hipercoagulabilidad que puede repercutir negativamente en el embarazo. Entre la morbilidad que provocan, se destacan las trombosis venosas profundas, el Trombo embolismo pulmonar(TEP), los infartos cardíacos y cerebrales, el desprendimiento de placenta, preeclampsia, aborto recurrente, muerte fetal, RCI y parto prematuro. En estos casos será preferible el uso de anticonceptivos de progesterona solo, DIU o métodos de barrera
Anemia	Anemia ferropriva (80 % de todas las anemias), se asocia con placenta previa, hipertrofia y desprendimiento placentario, preeclampsia y hemorragia post-parto. Si es severa, se asocia a RCI y natimortalidad. Toda mujer que planea un embarazo y sufre anemia ferropriva deberá recibir el tratamiento específico, según norma de APN.

Factor de Riesgo	Condición y/o Riesgo mayor
Asma	Pacientes asmáticas, que no han tenido un buen control de la enfermedad, tienen mayor riesgo de preclampsia, hipertensión, hiperémesis gravídica, aborto espontáneo, RCI, parto prematuro y bajo peso al nacer.
Convulsiones	La epilepsia afecta a 1 de cada 300 mujeres en edad reproductiva, siendo el trastorno neurológico más frecuente durante la gestación. Efecto comprobado de aumento de defectos congénitos para su descendencia de 1/15, tanto por la patología en sí, como por el uso de los fármacos empleados para controlarla.
Alteraciones psiquiátricas	
Trastornos del humor y ansiedad	Los riesgos de recaídas pueden superar el 50% de los casos.
Esquizofrenia	Descompensaciones que lleven a infanticidio o autolesionarse.
Enfermedades maternas transmisibles relevantes	
Sífilis	Las mujeres con sífilis deberán ser informadas sobre los riesgos de transmisión vertical de esta infección de transmisión sexual, puede provocar abortos, natimortos o sífilis congénita en el recién nacido
VIH	Las mujeres con VIH deberán ser informadas sobre los riesgos de la transmisión materna fetal del virus y la probabilidad de que el bebé nazca infectado.
Hepatitis B	La infección fetal por hepatitis B se asocia a prematuridad y niños pequeños para la edad gestacional. La vacuna contra la hepatitis B puede ser aplicada aún durante el embarazo ya que se trata de una vacuna a virus muertos
Tuberculosis	La tuberculosis durante el embarazo puede causar RCI, BPN, sepsis neonatal y muerte.
Estilo de vida	
Hábitos nutricionales	La malnutrición en el embarazo se asocia a prematurez, RCIU, mortalidad perinatal y defectos del tubo neural. Más de la mitad de defectos del tubo neural, podrían ser evitados si la madre hubiera consumido suficiente ácido fólico por lo menos un mes y medio antes del embarazo y hasta los tres primeros meses de la gestación. Los defectos congénitos de la espina dorsal y el cerebro comienzan antes que las mujeres sepan que están embarazadas.
Obesidad	La mujer con Índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor a 30 Kg/m ² : Las repercusiones de la obesidad en el embarazo son: aparición de hipertensión inducida por el embarazo, diabetes, trastornos tromboembólicos, aumento del parto operatorio, infecciones, anemia postparto y muerte materna. Mientras que en los recién nacidos se pueden ver defectos del tubo neural, parto de pretérmino, macrosomía fetal, partos distócicos, depresión neonatal y muerte fetal.
Bajo peso gravídico	IMC menor a 18,5 Kg/m ² . El bajo peso pregravídico se ha asociado con parto de pretérmino, bajo peso al nacer y gastrosquisis.

Principios generales para la selección del método anticonceptivo

La selección del método anticonceptivo depende de las características y necesidades de las/los usuarias/os:

- Usuaria(o) que desea espaciar los embarazos.
- Usuaria que presenta factores de riesgo reproductivo.
- Usuaria con una condición especial: adolescente, anticoncepción de emergencia, anticoncepción post evento obstétrico y en la Perimenopausia.
- Usuaria(o) que desea evitar embarazo utilizando un método anticonceptivo.
- Usuaria(o) que desea vivir su sexualidad responsablemente. (MINSA, 2015)

Métodos anticonceptivos

Son métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conducta. (Díaz, 2017)

Clasificación de métodos anticonceptivos:

Métodos de planificación familiar	Para la mujer	Para el hombre	Situaciones especiales
Temporales	Naturales como el RITMO, MELA, collar	Naturales como la abstinencia y el coito interruptus.	Adolescencia Después de un evento obstétrico (parto, aborto, cesárea, mola, embarazo ectópico) Anticoncepción de Emergencia
	Mecánicos como el DIU	de barrera como el condón masculino	
	Hormonales como la píldora, inyección mensual, inyección trimestral y los implantes hormonales subdérmicos		
	De barrera como el condón femenino		
Permanentes	Esterilización quirúrgica voluntaria.	Vasectomía	Perimenopausia

Fuente: Adaptado de la tabla “Métodos de planificación familiar que ofrece el *Ministerio de Salud (MINSA)*” en la *normativa 002- Norma y protocolo de planificación familiar 2015*.

Anticonceptivos hormonales

Mecanismo de acción: Impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, o por acción local inhibiendo el ascenso de espermatozoides. Para que inicie su efecto anticonceptivo se requieren siete días de toma correcta de pastillas (comprimidos activos).

Según su composición se clasifican en:

Anticonceptivos hormonales combinados

Compuestos por hormonas que derivan de los estrógenos y de la progesterona (progestágenos). (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Anticonceptivos orales combinados

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son también conocidos como “la píldora”, “la pastilla”, píldoras combinadas de baja dosis.

Recomendaciones para usuarias:

- Se debe tomar una píldora todos los días a la misma hora que la tomó el día que inició el sobre de píldoras.
- El sangrado que se experimenta los días libres de hormonas es debido al retiro de la hormona y no una menstruación real.
- Las alteraciones en el sangrado menstrual son comunes pero no perjudiciales.
- Si olvida una píldora, tómela lo antes posible. La omisión de píldoras conlleva mayor probabilidad de embarazo y puede acentuar algunos efectos secundarios.
- Pueden suministrarse a la mujer en cualquier momento, para comenzar más adelante.

- Puede tener relaciones sexuales sin un método de respaldo, si inició los AOC dentro de los 5 días de empezar la menstruación, caso contrario, precisa de un método de respaldo los primeros 7 días que tome la píldora. (MINSA, 2015)

Eficacia anticonceptiva de los anticonceptivos combinados

La efectividad depende de la usuaria: La probabilidad de embarazo es mayor cuando una mujer comienza un sobre nuevo de píldoras con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más píldoras cerca del inicio o del final de un sobre de píldoras.

- **Uso común:** la probabilidad de embarazo es cerca de 8% durante el primer año de uso. (Efectividad)
- **Uso ideal:** la probabilidad de embarazo es menor al 1% durante el primer año de uso (3 por 1,000 mujeres).

Compuestos utilizados en anticonceptivos combinados:

Los estrógenos utilizados son:

- Etinilestradiol (EE): se encuentra en la mayoría de las formulaciones existentes.
- Valerato de estradiol (VE).

Asociados a alguno de los siguientes gestágenos:

- Acetato de Ciproterona
- Norgestrel - Levonorgestrel
- Desorgestrel – Norgestimato - Gestodeno
- Drospirenona
- Dienogest

Clasificación de acuerdo a las dosis que contienen en un ciclo de uso.

Combinados monofásicos: todos los comprimidos tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos (de allí la denominación de monofásicos).

Combinados trifásicos: la dosis de estrógeno y progestágeno no es la misma en todos los comprimidos, sino que tienen tres (3) combinaciones diferentes, que se identifican por los distintos colores de los comprimidos.

Combinado cuatrfásico o multifásico: las dosis de estrógenos son decrecientes y las del progestágeno son crecientes. (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Efectos Secundarios

- Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo: Sangrado más leve y de menos días, sangrado irregular, sangrado infrecuente, sin menstruación.
- Cefaleas
- Mareos
- Náuseas
- Sensibilidad en los pechos
- Cambios de peso
- Cambios de humor
- Acné
- Otros cambios físicos posibles: Incremento de unos pocos milímetros de mercurio en la presión arterial. Cuando el incremento de la presión se debe al AOC, la presión cae rápidamente al interrumpir su uso. (MINSA, 2015)

Criterios de elegibilidad

Situaciones en las que no se recomienda el uso de este método a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados (Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):

- Mujeres durante la lactancia entre las 6 semanas y los 6 meses post parto.

- Mujeres en período post parto menor a 21 días, sin lactancia y sin factores de riesgo para Tromboembolismo Venoso (TEV).
- Mujeres mayores de 35 años fumadoras de menos de 15 cigarrillos/día.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad mayor, tabaquismo, diabetes, e hipertensión).
- Antecedentes de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluye hipertensión en embarazo).
- Hipertensión adecuadamente controlada, cuando SE PUEDE evaluar la presión arterial.
- Presión arterial elevada: sistólica 140–159 o diastólica 90–99 mmHg.
- Migraña, sin aura < 35 años si ya recibía el método e inicia con migraña.
- Migraña, sin aura > 35 años si inicia el método.
- Antecedente personal de cáncer de mama, sin evidencia de enfermedad por un mínimo de 5 años.
- Diabetes con nefropatía, retinopatía o neuropatía (daño en riñones, ojos, o sistema nervioso).
- Diabetes con otra patología vascular o diabetes de >20 años de duración.
- Patología de vesícula biliar sintomática, con tratamiento médico o en curso.
- Antecedentes de colestasis relacionada con anticonceptivos orales combinados en el pasado.
- Hepatitis aguda sí inicia con el uso del método.
- Interacciones medicamentosas: rifampicina. Ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina), lamotrigina.
(Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

- Situaciones en las que se contraindica el uso del método (Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):
- Lactancia exclusiva y menos de 6 semanas del post parto.
- Mujeres en post parto menor de 21 días sin lactancia y con factores de riesgo para TEV.
- Mujeres mayores de 35 años, fumadoras de más de 15 cigarrillos/día.
- Diabéticas con más de 20 años de evolución o con neuropatía, con retinopatía, y nefropatía, u otra enfermedad vascular.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (fumadora, diabética, hipertensa, mayor de 40).
- Hipertensión con valores mayores de 160/100.
- Hipertensión con enfermedad vascular.
- Episodio agudo o antecedente de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar con o sin terapia anticoagulante.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Mutaciones trombogénicas conocidas como factor V de Leiden, mutación de la protrombina, deficiencia de proteína S, C o antitrombina.
- Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- Mujeres con enfermedad cardíaca isquémica (infarto del corazón) actual o pasada.
- Mujeres con ACV actual o pasado.
- Mujeres con valvulopatías complicadas.
- Mujeres con migraña con aura.
- Mujeres mayores de 35 años con migraña sin aura, para continuación del método.
- Mujeres con cáncer de mama actual.

- Mujeres con hepatitis viral aguda, para inicio del método.
- Cirrosis descompensada.
- Tumor del hígado (adenoma hepatocelular y hepatocarcinoma). (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Administración del método

Requisitos indispensables:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sólo recomienda realizar una historia clínica y control de tensión arterial para suministrar anticonceptivos orales combinados. Los antecedentes clínicos y el examen físico de la mujer podrán determinar la necesidad de solicitar algún estudio complementario.

Suspensión del método:

La mujer puede dejar de tomar los anticonceptivos orales combinados en cualquier momento que lo desee. Si desea buscar un embarazo, generalmente se recomienda esperar hasta haber tenido una menstruación normal antes de intentar concebir. (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Anticonceptivos combinados inyectables

Los anticonceptivos hormonales combinados de aplicación inyectable (ACI) actúan por mecanismo anovulatorio y son de aplicación mensual. Al igual que los ACO, son un método seguro, efectivo y reversible.

Existen dos combinaciones posibles según el tiempo de acción del derivado estrogénico y el progestágeno.

Clasificación

Estrógeno de acción breve + gestágeno de acción prolongada: hay dos presentaciones:

- Valerato de estradiol 5 mg + Enantato de noretisterona 50 mg (Mesigyna® - Ginediol®)
- Cipionato de estradiol 5 mg + Acetato de medroxiprogesterona 25 mg (Cyclofem®)
- Estrógeno de acción prolongada + gestágeno de acción breve: fueron de uso muy extendido, no en la actualidad. Se aplican entre el séptimo y el décimo día del ciclo, preferentemente el octavo o noveno. Hay una presentación:
 - Acetofénido dihidroxiprogesterona 150 mg + Enantato de estradiol 10 mg (Perlutal® - Atrimon®)

Eficacia anticonceptiva: Son muy eficaces. La eficacia depende de la puntualidad en la aplicación.

- Con el uso correcto: cuando la mujer se aplica las inyecciones en fecha, hay menos de 1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan anticonceptivos combinados inyectables en el correr del primer año (5 por 10.000 mujeres).
- Con el uso habitual: se producen cerca de 3 embarazos cada 100 mujeres que utilizan ACI en el correr del primer año, o sea 97% de eficacia.

Administración del método: se utilizan los mismos criterios que para anticonceptivos orales combinados.

Modo de administración de los anticonceptivos combinados inyectables.

Se utilizan los mismos criterios que para anticonceptivos orales combinados. Si bien se puede empezar cualquier día del ciclo, se recomienda iniciar la aplicación el 1° día de la menstruación (1° día del ciclo). En este caso no se requiere método adicional de respaldo.

Si la primera inyección se aplica en cualquier otro momento del ciclo, o ante la ausencia de menstruación, podrá aplicarse siempre y cuando exista razonable certeza de que la mujer no

está embarazada. Debe considerarse el uso de un método anticonceptivo de respaldo (método de barrera, por ejemplo) durante los primeros siete días después de la inyección.

Inyección de aplicación intramuscular mensual, cada 30 días, en la misma fecha calendario: se recomienda recordar el día en que se aplicó la primera inyección y luego, en los meses sucesivos, aplicar las siguientes inyecciones en esa misma fecha.

La inyección puede darse hasta con 3 días de adelanto o de demora de la fecha en que debía aplicarse y mantiene la eficacia anticonceptiva. Se recomienda hacerlo siempre el mismo día.

El sangrado suele presentarse entre los 15 y 20 días posteriores a la aplicación de la inyección.

El sangrado posterior a la primera aplicación, cuando ésta se realiza el primer día de menstruación, se adelantará y luego se regularizará.

Retraso en la aplicación:

Sí la usuaria se atrasó más de 3 días, deberá utilizar un método de barrera o no mantener coito vaginal hasta que reciba nuevamente la inyección.

En caso de que haya mantenido relaciones sexuales con coito vaginal sin un método adicional pasados los 3 días del margen de seguridad, administrar la anticoncepción hormonal de emergencia.

Cómo suspender el método:

Si la usuaria desea suspender el método simplemente no tiene que colocarse la siguiente aplicación. La fertilidad se recupera de inmediato.

Efectos secundarios:

- Cambios en los patrones de sangrado: en los 3 primeros meses, sangrado irregular o sangrado prolongado. Al año, ausencia de menstruación o sangrado infrecuente.
- Aumento de peso.
- Cefaleas.

- Mareos.
- Mastalgia (dolor mamario). (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Parches transdérmicos

El parche transdérmico es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, flexible, que se usa adherido a la piel, el cual, libera diariamente 20 µg EE + 150 µg norelgestromin.

Actúa al inhibir la ovulación de manera altamente efectiva, sin embargo no protege contra el VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual. Este presenta las mismas recomendaciones para su uso que los ACO

Modo de administración

Se coloca un parche nuevo cada semana durante tres semanas, seguido de una cuarta semana en la que no se usa parche. Durante esta cuarta semana de descanso la mujer tendrá su menstruación.

Ventajas

- Administración constante de la droga.
- Evita la absorción gastrointestinal.
- Evita el primer paso del metabolismo hepático.
- Mejor adherencia.
- Margen de seguridad: garantiza 2 días adicionales de protección ante un olvido.
- Baja tasa de despegue.

Desventajas

- No protege contra el VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Las tasas de embarazo pueden ser levemente más altas entre las mujeres que pesan 90 kg o más. (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Anillos vaginales

El anillo vaginal es un anillo flexible y transparente de 54 mm de diámetro externo y 4 mm de diámetro de corte, realizado de copolímero de acetato de viniletileno, libre de látex. Libera constantemente 15 µg de Etinilestradiol y 120 mg de etonogestrel. Inhibe la ovulación de manera altamente efectiva. Esta no protege contra el VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Modo de administración

Cada anillo tiene un ciclo de uso. Una vez inserto en la vagina, se mantiene colocado tres semanas. En la cuarta semana se lo retira, y la mujer tendrá sangrado por privación (sangrado menstrual). Ese anillo se descarta. Al término de 7 días libres de anillo debe insertarse otro nuevo.

Ventajas

- Es fácil de insertar y remover, lo que permite a la mujer el control de su método anticonceptivo.
- Puede removerse en cualquier momento.
- Ofrece una liberación hormonal continua, lo que evita las fluctuaciones diarias que pueden observarse con la toma de pastillas.
- Evita la absorción gastrointestinal y el pasaje por el primer paso hepático.
- No interfiere en las relaciones sexuales.

Desventajas

- Efectos adversos locales: dolor, irritación, aumento de la secreción vaginal, lesiones epiteliales, incomodidad durante el coito y expulsión.
- Incomodidad y rechazo por parte de las mujeres con poca familiaridad en la manipulación de sus genitales.

Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos.

Clasificación por mecanismo de acción y vía de administración:

No anovulatorios

Vía oral (comprimidos):

- Levonorgestrel 0,03 mg
- Linestrenol 0,5 mg

Anovulatorios:

Vía Oral:

- Desogestrel 0,075 mg (comprimidos)

Inyectable Trimestral:

- Acetato de Medroxiprogesterona de depósito 150 mg. (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Implantes subdérmicos

- Etonogestrel: 1 cápsula conteniendo en total etonogestrel 68 mg
- Levonorgestrel: 2 cápsulas conteniendo en total levonorgestrel 150 mg
- Levonorgestrel: 6 cápsulas conteniendo en total levonorgestrel 216 mg. (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Anticonceptivos orales solo prostagenos:

Son píldoras que contienen dosis muy bajas de un progestágeno similar a la hormona natural (progesterona) presente en el cuerpo de la mujer y no contienen estrógenos, por lo que se pueden utilizar durante la lactancia materna, además las pueden usar mujeres que no pueden utilizar métodos anticonceptivos con estrógenos.

Estas actúan principalmente:

- Engrosando la mucosa cervical (bloquea la llegada del espermatozoide al óvulo)

- Distorsiona el ciclo menstrual, incluyendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación)

La efectividad depende de la usuaria: Las mujeres que tienen la menstruación corren el mayor riesgo de embarazo si toman las píldoras tarde o se olvidan por completo de tomarlas.

Mujeres que amamantan: Tal como suelen usarse, durante el primer año se registra aproximadamente 1 embarazo por cada 100 usuarias de Anticonceptivos orales progestágenos. Esto quiere decir que 99 de cada 100 mujeres no se quedan embarazadas.

Cuando se toman las píldoras todos los días, durante el primer año se registra menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias de Anticonceptivos orales progestágenos (3 por cada 1.000 mujeres).

Son menos efectivas en las mujeres que no amamantan: Tal como suelen usarse, durante el primer año se registran cerca de 7 embarazos por cada 100 usuarias de Anticonceptivos orales progestágenos.

Efectos secundarios:

Algunas usuarias refieren que presentan:

- Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo:
- En las mujeres que amamantan, transcurre más tiempo hasta que se restablece la menstruación después del parto (amenorrea posparto prolongada)
- Sangrado frecuente
- Sangrado irregular
- Sangrado infrecuente
- Sangrado prolongado
- Ausencia de menstruación
- Los cambios en el sangrado son normales y no son perjudiciales.

- Si una mujer los encuentra molestos o preocupantes, el asesoramiento y el apoyo pueden ser útiles.

Indicaciones:

- Son seguras y adecuadas para casi todas las mujeres de manera segura y efectiva:
- Si están amamantando (pueden comenzar inmediatamente después de parto)
- Hayan tenido hijos o no
- Estén casadas o no.
- Cualquiera que sea su edad, incluidas las adolescentes y las mujeres mayores de 40 años.
- Si acaban de someterse a un aborto provocado o acaban de tener un aborto espontáneo o un embarazo ectópico.
- Si fuman, independientemente de la edad o de la cantidad de cigarrillos que fumen.
- Si tienen anemia o la han tenido en el pasado.
- Si tienen várices (venas varicosas).
- Si tienen infección por el VIH, reciban o no tratamiento antirretroviral. (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2019).

Gestágenos orales en dosis continuas (minipíldoras) o no anovulatorios:

Utiliza pequeñas dosis de progestágenos tomadas diariamente de forma ininterrumpida. Los preparados suelen contener 0,30-0,35 mg de Norgestrel, 0,075 de Levonorgestrel, 0,5 de Linestrenol o bien 0,5 de diacetato de dietinodol.

Se debe tomar el primer día del ciclo, el inconveniente es que hay que asociar otro método si se aplaza la toma diaria más de 3 horas. (Miranda, 2016)

Inyección de progestágenos (anovulatorios):

El más difundido contiene 150 mg de acetato de medroxiprogesterona en forma de microcristales en solución acuosa, y mantiene su eficacia anticonceptiva durante un mínimo

de 14 semanas con una tasa de fracasos de 1 embarazo por cada 100 mujeres/año al cabo de 5 años de uso. Se administra en los primeros 5 días del ciclo menstrual por inyección intramuscular que se repite cada 3 meses.

Tiene la ventaja de que no precisa de una colaboración especial de la mujer, por lo que es ideal para mujeres desorganizadas o para las que sufren algún tipo de retraso mental. Útil también en las epilépticas y durante la lactancia. También puede beneficiarse las mujeres con cardiopatía congénita, anemia falciforme, antecedentes de Tromboembolismo, fumadoras mayores de 30 años y siempre que se desee evitar el uso de estrógenos.

Entre los inconvenientes se encuentran: sangrados intermenstruales que se presentan en el 70 % de las usuarias en el primer año aunque va disminuyendo con los años, de tal forma que el 80 % son amenorreicas a los 5 años. Otros efectos son mastalgia, aumento de peso y depresión. (Miranda, 2016)

Implantes subdérmicos:

El Norplant es el más difundido y consiste en 6 cápsulas de silastic de 2,4 mm de diámetro y 34 mm de largo cada una, que contiene 36 mg de Levonorgestrel. Su actividad se mantiene durante más de 5 años de uso.

Se colocan en la grasa subcutánea de la cara interna del brazo o antebrazo a través de una incisión de 5 mm previa anestesia local. Liberan 80 mg/día de Levonorgestrel durante los primeros 6 – 12 meses, que desciende a 50 mg/día a los 9 meses y a 30 mg/día al cabo de un tiempo.

Su mecanismo de acción es múltiple, es sobre el hipotálamo y la hipófisis suprime el pico preovulatorio de LH, aunque el 30% de los ciclos permanece ovulatorio, por lo que la impermeabilización del moco cervical y la supresión de la maduración endometrial parecen ser más importantes. No interfiere en la lactancia. (Miranda, 2016).

Anticoncepción hormonal de emergencia:

La anticoncepción hormonal de emergencia es un método hormonal de progestágeno (Levonorgestrel) para ser utilizado en forma posterior a una relación sexual sin protección, o cuando falló el método que estaba usándose. Es la última alternativa anticonceptiva para evitar un embarazo. Por eso se llama anticoncepción de emergencia. Es efectiva, segura y simple de usar.

La anticoncepción hormonal de emergencia tiene dos posibles presentaciones:

- Levonorgestrel (LNG) 1,5 mg. por un comprimido
- Levonorgestrel (LNG) 0,75 mg. por dos comprimidos

Mecanismo de acción

El principal mecanismo anticonceptivo de la anticoncepción hormonal de emergencia de levonorgestrel es la anovulación. Según estudios científicos disponibles hasta el año 2010, el Levonorgestrel administrado en dosis única de 1,5 mg o en dos dosis de 0,75 mg dentro de las 12 horas, impide o retarda la ovulación mediante la inhibición del pico preovulatorio de hormona luteinizante (LH), impidiendo de esta manera la maduración y liberación del óvulo. Esta no evita el embarazo si se toma el día en que la mujer está ovulando o después de que se ha producido la ovulación: la anticoncepción de emergencia de levonorgestrel no puede impedir ni interferir con la implantación de un óvulo fecundado. Tampoco afecta significativamente el grosor del endometrio y, en caso de producirse el embarazo, no afecta el desarrollo del mismo.

Eficacia anticonceptiva:

Si se toma dentro de las primeras 12 horas, la eficacia de los anticonceptivos hormonales de emergencia es del 95%, y ésta disminuye progresivamente con los días. Cuando ya han pasado entre 49 y 72 horas de la relación sexual, la efectividad es del 58%. Puede tomarse hasta dentro de las 120 horas.

Indicaciones:

Cualquier mujer puede tomar la AHE sin riesgos, sin importar la edad, incluso las que no pueden utilizar métodos hormonales de manera constante, ya que la dosis de hormonas de la pastilla es relativamente pequeña y se utiliza por un corto tiempo. No es necesario realizar examen físico ni análisis de laboratorio previamente.

Criterios de elegibilidad de la OMS.

De acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS, no hay ninguna condición clínica en la cual los riesgos de utilizar la AHE superen los beneficios de su uso. Por ello le otorga Categoría 1, lo que significa que no hay ninguna contraindicación para su uso.

La anticoncepción hormonal de emergencia está recomendada en las siguientes situaciones:

- Ante una relación sexual sin protección.
- Ante un uso incorrecto o accidente con otro método anticonceptivo: uso incorrecto del preservativo (se salió, deslizó o rompió); sí se desplazó el diafragma; uso incorrecto de un método natural de control de la fertilidad; olvido de la toma de las pastillas anticonceptivas; el DIU se salió de sitio.
- Atraso en la colocación de la anticoncepción inyectable.
- Ante una violación, si la mujer no está usando algún método regularmente.

Administración de anticoncepción hormonal de emergencia.

Existen tres formas de administración:

- 1,5 mg de levonorgestrel en una dosis única (se recomienda esta dosis por ser la más eficaz, ya que disminuye el riesgo de olvido y tiene menos efectos secundarios).
- 2 comprimidos de levonorgestrel de 0,75 mg (un comprimido cada 12 horas o los dos comprimidos juntos).
- En caso de no disponer de AHE, también puede lograrse la dosis de levonorgestrel con la minipíldora (levonorgestrel 0,03 mg): deben tomarse 25 comprimidos cada 12 horas en dos tomas (total: 50 comprimidos), es decir, 1,5 mg de levonorgestrel

Otras formas de lograr anticoncepción de emergencia:

Método Yuzpe: Si no se cuenta con la anticoncepción hormonal de emergencia, o con la cantidad necesaria de Minipíldoras para realizarla, se puede recurrir al Método Yuzpe, que consiste en tomar pastillas anticonceptivas combinadas en una cantidad y frecuencia mayor a la utilizada para lograr el efecto anticonceptivo normal.

Efectos secundarios

- Cambios en la fecha de menstruación: la menstruación puede presentarse antes, en fecha o después de lo esperado.
- El 50% de las usuarias menstrua en la fecha prevista, 35% se adelanta y 13% presenta retraso. Puede realizarse una prueba de embarazo si el retraso se prolonga más allá de una semana.
- Náuseas y vómitos: se pueden tomar antieméticos. Si la mujer tiene vómitos dentro de las 4 horas de haber tomado las pastillas, debe repetir la dosis.
- Dolor abdominal.
- Fatiga.

- Cefalea.
- Dolor en las mamas similares a la tensión premenstrual.
- Mareos. (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Anticonceptivos de barrera

A través de un mecanismo físico, impiden el acceso de los espermatozoides evitando su unión con el óvulo. (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Preservativo o condón masculino.

Es el único método no permanente para evitar embarazos que pueden utilizar los hombres. Se conoce también como preservativos, profilácticos, gomas o forros. Tienen la función de cubrir el pené durante el acto sexual, no dejando que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina, en general se fabrican de látex. (Miranda, 2016)

Ayuda a prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. (Schwartz, et al, 2015)

La eficacia da cifras al emplear un uso correcto y sistemático de 3 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso. El uso típico produce 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso. (Miranda, 2016)

Si su uso es correcto y consistente desciende a 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 33).

Para usar correctamente el preservativo se deben seguir estas recomendaciones:

- Usar un condón en cada relación.
- Sacar el preservativo de su envoltorio con cuidado de no romperlo.
- Colocarlo cuando ocurre la erección, antes de la primera penetración, dejando un espacio en su extremo superior para contener el semen eyaculado.

- Después de la eyaculación, retirar el pene de la vagina, sosteniendo el preservativo por su base para que éste no salga, tratando de no derramar esperma al hacer esta maniobra.
- No reutilizar nunca.
- Si necesita lubricante, usar uno a base de agua ya que los de base oleosa deterioran el látex.

Previene las enfermedades de transmisión sexual entre ellas el SIDA y la hepatitis B.
(Schwartz, y otros, 2015)

Preservativo femenino

Se trata de una vaina flexible de poliuretano autolubricado que se ajusta a las paredes de la vagina. Posee dos anillos flexibles: uno interno, usado para su inserción y retención semejando un diafragma y que mantiene el preservativo femenino en posición adecuada y otro anillo externo que se ubica sobre los labios y permanece fuera de la vagina protegiendo los genitales externos durante el coito

Eficacia: 95 al 71%, aumentando con la continuidad del uso. No se han comprobado fallas del tipo rotura; la frecuente es la penetración del semen por fuera del anillo que cubre la vulva o su desplazamiento hacia el interior de la vagina. (Schwartz, y otros, 2015)

Diafragma

El diafragma es un método anticonceptivo de barrera que consiste en un capuchón de látex reutilizable que impide que el esperma penetre en el útero.

La efectividad del diafragma es de un 80%, para mejorarla, se puede combinar con otro método anticonceptivo, como los espermicidas. Debe ser retirado 6 u 8 horas después, porque de lo contrario no cumple la función de barrera.

Métodos intrauterinos

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo eficaz, duradero, fácil de usar, desvinculado del coito y reversible. Se trata de una pequeña estructura flexible, de plástico, que se ubica dentro de la cavidad uterina.

Clasificación

Actualmente hay 2 tipos en uso:

Dispositivo intrauterino (DIU) medicado con cobre

La mayoría de los DIU están formados por una estructura de plástico, con un vástago vertical que es rodeado por el hilo de cobre y una o dos ramas horizontales (rectas o curvas, según el modelo de DIU), que en algunos modelos llevan unos anillos de cobre. Toda esta estructura va inserta dentro de la cavidad uterina. El otro extremo del vástago lleva anudados uno o dos hilos. Estos hilos atraviesan el canal cervical, asoman por el orificio cervical externo y servirán como guías del DIU, para el control periódico y para su extracción.

Los DIU medicados con cobre (Cu) son los más utilizados en la actualidad. Existen diferentes modelos: T, 7, Multiload, Nova T, siendo uno de los más difundidos a nivel mundial el DIU T Cu 380. El número que acompaña al nombre del DIU se refiere a la superficie de cobre. (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Mecanismo de acción

Son múltiples las evidencias científicas que demuestran que el mecanismo de acción del DIU es similar en todos los modelos medicados con metales, y se basa en prevenir la fecundación al crear un medio intrauterino hostil que resulta espermicida. (Schwartz, y otros, 2015)

Recuperación de la fertilidad

Al retirar el DIU, la reacción inflamatoria desaparece rápidamente y la fertilidad se recupera sin demora. (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Ventajas

- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Reversible en forma inmediata. Cuando se retira, la mujer puede quedar embarazada tan rápidamente como las que no lo han usado.
- No tienen ningún efecto sobre la cantidad o calidad de la leche materna.
- Pueden insertarse inmediatamente después del parto (a excepción de los DIU que liberan hormonas) o después de un aborto (cuando no hay indicio de infección).
- Ninguna interacción con otras medicinas.

Desventajas

Efectos secundarios comunes como:

- contra enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Cambios menstruales.
- Más cólicos o dolor durante los períodos.
- No protege aconsejable en mujeres que han tenido recientemente una ETS. (Schwartz, et al, 2015)

Quienes pueden utilizar el DIU:

En general, la mayoría de las mujeres puede utilizar DIU como método anticonceptivo. Incluso, puede ser usado de manera segura y efectiva en condiciones en las que no pueden usarse otros anticonceptivos (hipertensión, tabaquismo, lactancia, migraña, trombosis), independientemente de la edad y el peso.

Dado que el DIU puede producir en algunas mujeres un aumento del sangrado menstrual, en aquellas que habitualmente tienen menstruaciones muy abundantes o tienen bajos niveles de hemoglobina es importante que se evalúen otras posibilidades. (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Técnica de inserción

Requiere capacitación y práctica por parte del profesional.

Utilizar procedimientos adecuados para la prevención de infecciones. Se insertará un DIU nuevo, que se encuentra ya esterilizado en una envoltura individual. Es preferible usar la técnica de inserción "sin tocar", que incluye:

- Colocar el DIU en el insertor mientras ambas partes aún se encuentran con la envoltura estéril.
- Limpiar el cuello uterino con un antiséptico antes de insertar el DIU.
- Tener cuidado de no tocar la pared vaginal ni las paletas del espéculo con la sonda uterina ni con el insertor en el que se ha colocado el DIU.
- Hacer pasar únicamente una vez a través del canal cervical tanto la sonda uterina como el insertor que lleva el DIU.
- Solicitar a la mujer que informe si siente dolor en cualquier momento del procedimiento. Se puede proporcionar Ibuprofen, 30 minutos antes de la inserción para reducir los cólicos o el dolor.
- Realizar un examen pélvico cuidadoso (con espéculo y bimanual) y verificar en qué posición se encuentra el útero.
- Limpiar cuidadosamente el cuello uterino y la vagina varias veces con una solución antiséptica como el yodo.
- Insertar el DIU de acuerdo a las instrucciones del fabricante, alto en la cavidad uterina, con especial cuidado de evitar la perforación.
- Después de la inserción, el proveedor preguntará a la mujer cómo se siente o si se mareo al sentarse. Si así fuera, le sugerirá recostarse 5 o 10 minutos. (Schwartz, y otros, 2015)

Controles o seguimiento

- El primer control se realizará 3 a 6 semanas después de la inserción.
- Anualmente, realizar un examen clínico ginecológico y Papanicolau.
- En cuanto al tiempo de duración o permanencia del DIU, se aconseja seguir las instrucciones del fabricante.
- Posibles problemas biológicos que pueden aparecer durante su uso:
 - Expulsión: antes de colocar un nuevo dispositivo se deberá reevaluar la indicación.
 - Perforación: cuando ocurra durante la inserción deberá suspenderse el procedimiento.
 - Translocación: deberá localizarse el dispositivo en el abdomen mediante radiografías simples, ecografía, etc. Si se dispone de laparoscopio podrá intentarse su extracción por vía endoscópica. (Schwartz, y otros, 2015)

Dispositivo intrauterino medicado con progestágeno (levonorgestrel).

Es un dispositivo en forma de T que se coloca en el interior del útero, similar a un DIU T de cobre, pero se diferencia de éste en que libera una sustancia llamada levonorgestrel, en forma constante, durante un período de 5 años.

Eficacia anticonceptiva

El efecto anticonceptivo dura 5 años. Actualmente, se llevan a cabo algunos estudios para determinar si puede utilizarse por más tiempo.

Efectos secundarios:

- Amenorrea.
- Goteo persistente.
- Tensión mamaria.
- Cambios en el humor, retención de líquido, acné: son efectos adversos muy poco frecuentes.
- Aparición de quistes foliculares ováricos. (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Anticoncepción permanente

Método anticonceptivo permanente para la mujer y para el varón. En general, no es reversible. Esta se conoce también como: ligadura de trompas, salpingectomía, esterilización tubaria, atadura de trompas y en el varón vasectomía. (Ministerio de salud y desarrollo social, 2017)

Vasectomía

Es un método quirúrgico de esterilización para hombres que están seguros de no querer tener hijos. Eficacia: 99,9 %

Ventajas:

- Es permanente.
- No tiene efectos sobre el placer sexual ni sobre el desempeño del acto sexual.
- Ningún efecto secundario conocido a largo plazo.
- Es un procedimiento simple y seguro.
- Totalmente efectivo después de al menos 20 eyaculaciones o de tres meses.
- Requiere consejería y consentimiento informado que sea apropiado.

Desventajas:

- Complicaciones infrecuentes en la cirugía: sangrado o infección en el lugar de la incisión, coágulos en el escroto.
- Requiere cirugía por parte de médico capacitado
- No es efectivo en forma inmediata.
- No protege contra ETS/SIDA (Schwartz, y otros, 2015)

Interrupción Quirúrgica Tubaria.

Eficacia: 0,5 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 200 mujeres), en el primer año después del procedimiento. En los siguientes 10 años después del procedimiento aumenta a 1,8 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 55 mujeres).

La eficacia depende parcialmente de la técnica usada para bloquear las trompas, aunque todas las tasas de embarazo son bajas.

La interrupción quirúrgica tubaria es una de las técnicas de esterilización femenina más efectiva. Provee contracepción permanente a las mujeres que no desean tener hijos definitivamente. Es un procedimiento quirúrgico simple y sin riesgos.

Ventajas:

- No necesita suministros ni controles periódicos.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No tiene efectos sobre la salud conocidos a largo plazo.

Desventajas:

- Complicaciones infrecuentes en la cirugía: infección o sangrado en el lugar de la incisión, sangrado o infección interna, riesgos de la anestesia.
- En casos raros, cuando ocurre un embarazo, es mayor la posibilidad de embarazos ectópicos.
- Requiere examen físico y cirugía realizada por médico capacitado.
- No provee protección contra ETS/SIDA.

Métodos de anticoncepción natural

Método del ritmo.

Consiste en reconocer los días fértiles e infértiles de la mujer, basada en el cálculo de la duración de los ciclos menstruales anteriores.

En cuanto a las características de su eficacia citamos: El uso correcto y sistemático da 5 a 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso. Uso típico 20 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso. (Miranda, 2016)

Método de la temperatura basal.

El método de la temperatura basal consiste en registrar en tablas la temperatura corporal a lo largo del ciclo menstrual. De este modo se advierte el desnivel de temperatura de entre 2 y 5 décimas de grado Celsius, producido por la secreción de progesterona en el ovario tras la ovulación.

Este método sólo diagnostica la fase infértil post ovulatorio. Es un método anticonceptivo, el más efectivo de los llamados naturales y cuando se añade un cálculo para determinar una fase relativamente infértil preovulatorio, al inicio del ciclo, se trata del método ciclo-térmico.

Método del moco cervical o billing.

Este método consiste en que la mujer monitorea su fertilidad, identificando cuando es fértil y cuando no lo es, en cada ciclo. El flujo de la mujer no siempre es igual, sino que cambia en cantidad y consistencia en el transcurso del ciclo, volviéndose transparente, viscoso, como clara de huevo y adquiere mayor elasticidad al aproximarse la ovulación. Por tanto, la pareja se abstendrá de practicar relaciones sexuales con penetración en cuanto la mujer note la aparición del moco cervical.

Coitus interruptus o método del retiro voluntario.

Es un método de planificación familiar que consiste en retirar el pené de la vagina antes de producirse la eyaculación.

Para ello se requiere:

Retirar todo el líquido de la punta del pené antes de penetrar en la vagina. Cuando el hombre sienta que está a punto de eyacular debe retirar el pené del interior de la vagina y eyacular

lejos de la entrada de la misma. En su eficacia se menciona que el uso típico da 5 a 25 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso. (Miranda, 2016)

Método de la lactancia materna (MELA)

Eficacia:

En los primeros 6 meses después del parto, su eficacia es del 98% (2 en cada 100). Tal eficacia aumenta cuando se usa en forma correcta y consistente, hasta 0,5 embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 6 meses después del parto (1 en cada 200).

La relación entre la duración de la lactancia y la duración de la amenorrea posparto ha sido suficientemente demostrada: a mayor duración de la lactancia, mayor duración del período de amenorrea. La duración promedio del período de amenorrea en las madres que no amamantan es de 55 a 60 días, con un rango de variación entre 20 y 120 días. La lactancia exclusiva se asocia con períodos más largos de amenorrea e infertilidad que la lactancia parcial.

El método de la Lactancia Materna o MELA consiste en utilizar la lactancia como método temporal de planificación familiar. Como método anticonceptivo, el MELA sólo es válido si:

- La lactancia es exclusiva y la madre amamanta frecuentemente, tanto de día como de noche.
- No se han reiniciado sus períodos menstruales.
- El bebé es menor de 6 meses de edad.

Mecanismo de acción:

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

Ventajas:

- Previene el embarazo en forma efectiva por lo menos durante 6 meses.
- Promueve los mejores hábitos de lactancia materna.

- Puede usarse inmediatamente después del parto.
- No hay necesidad de hacer nada en el momento del coito.
- No hay costos directos relacionados a la planificación familiar o a la alimentación del bebé.
- No se requiere ningún suministro ni procedimiento para prevenir el embarazo.
- Ningún efecto secundario.

Desventajas:

- No hay certeza de efectividad después de los 6 meses.
- La lactancia frecuente puede crear inconvenientes o dificultades para algunas madres, en particular las que trabajan.
- No brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyendo el SIDA.
- Si la madre es VIH positiva existe la posibilidad de que el VIH pase al bebé a través de la leche materna. (*Schwartz, y otros, 2015*)

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Este es un estudio descriptivo de corte transversal, ya que no se alteraron las variables en estudio y estas se estudiaron de forma simultánea y en un solo tiempo.

La característica de un estudio descriptivo, es que no llega establecer relación de causa efecto entre las variables de estudio, porque su propósito principal es obtener información acerca del estado actual de los fenómenos.

El diseño es descriptivo dado que describe los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en una población.

Área de estudio

El estudio se realizó en el caserío Cerro Colorado, el cual está ubicado en la comunidad El Guayabo, perteneciente al municipio del Sauce, departamento de León. Localizado a 18 km del centro del municipio, con una topografía rural con predominio de serranías, con una altitud de 900 mts sobre el nivel del mar. Limita al norte con Comunidad Salales, al sur con la comunidad La Jícara, al este con la comunidad el Llano y al oeste con el caserío El Ocotil. Su población general es de 487 habitantes, con 61 familias en dispensarización. De estos habitantes 322 pertenecen al grupo de personas de ambos sexos en edad fértil.

Universo

Consistió en 322 personas en edad fértil que forman parte de la población de la comunidad el Cerro Colorado en el municipio El Sauce – León y que cumplieron los criterios de inclusión para el estudio. Los cuáles fueron obtenidos de la lista de dispensarización del puesto médico de la zona.

Muestra

Tamaño de la muestra

La muestra consistió en 176 personas que representaron el 54.6% del universo, ambos sexos. Para lo cual se calculó el tamaño mínimo para una significancia estadística confiable del 95% y un margen de error del 0.3% con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N - 1) + Z^2pq}$$

Donde:

N = Población (322)

n = Muestra (176)

p = Proporción de ocurrencia del evento (31% = 0.31).

q = Complemento de p (1-p) (1 - 0.31) = 0.69

d = Precisión del estimador (p o □) = 9% = 0.09

Z = Nivel de confianza (95%)

Para definir la proporción de varones y mujeres a estudiar se calculó la muestra de la siguiente manera: 322 personas ambos sexos; 196 femeninas; 126 masculinos. Para esto se aplica una relación de hombre – mujer en $176/322 = 0.546$; resultando para $196 * 0.546 = 107$ mujeres y el cálculo de $126 * 0.546 = 69$ para varones

Tipo de muestreo

Se utilizó muestreo aleatorio estratificado, ya que la población fue dividida en determinados estratos, es decir agrupaciones de elementos homogéneos, internamente a su vez heterogéneos entre estos grupos. Se procedió a la obtención de muestras de estratos, se utilizó para ello, muestreo simple aleatorio, lo que ofrece ventajas en la exactitud en comparación con la selección aleatoria simple.

Se obtuvo la lista de dispensarización del ministerio de salud, realizando el sorteo sobre el número de varones y de mujeres. Los estratos (varones mujeres), se multiplicaron por la proporción resultante, muestra / universo

Criterios de inclusión

- Personas que aceptaron realizar la encuesta.

Criterios de exclusión

- Personas que presentaron alguna condición que disminuyera su capacidad cognoscitiva.
- Personas con discapacidad auditiva.

Técnicas y procedimientos

La técnica que se utilizó fue la encuesta, se recolectó la información a través del cuestionario elaborado, el cual se aplicó a las personas de la comunidad casa a casa, según listado de selección, por lo que la fuente de información es primaria. Se solicitó previamente consentimiento del responsable de Salud de la zona.

El cuestionario se elaboró conteniendo las variables a estudiar con preguntas sobre características sociodemográficas, conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos (MAC); siendo adaptado de las herramientas utilizadas por ENDESA en la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011-2012 y por PROFAMILIA en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia 2015. La Herramienta contó con: 25 preguntas para valorar conocimientos, 10 preguntas para valorar actitudes y 11 preguntas para valorar prácticas.

Este instrumento fue revisado por un especialista en salud sexual y reproductiva para el aval técnico; posteriormente fue aplicado mediante una prueba piloto a 10 personas de procedencia rural y se realizaron modificaciones en base a las dificultades identificadas.

Plan de tabulación y análisis

El procesamiento de la información se efectuó a través del paquete estadístico MICROSOFT EXCEL Administrativo. El análisis fue cuantitativo. Los textos se digitaron en los programas MICROSOFT WORD. Las tablas y los gráficos se elaboraron a través de MICROSOFT EXCEL.

En la primera parte del cuestionario se abordaron las variables sociodemográficas de la población en estudio.

En la segunda parte del cuestionario se refirió al conocimiento, para lo cual se aplicó un cuestionario de 25 preguntas; sobre aspectos básicos con valor de 40 puntos, beneficios de los métodos anticonceptivos (MAC) con valor de 24 puntos y uso de MAC con valor de 36 puntos; en general a cada pregunta correcta le fue asignado el valor de 4 puntos y 0 puntos las incorrectas, para un máximo de 100 puntos. El conocimiento se valoró a través de la escala estándar de evaluación utilizada por el sistema educativo de Nicaragua, en base al puntaje obtenido en los cuestionarios:

Conocimientos básicos de los MAC (40 puntos)	Conocimientos de los beneficios de los MAC (24 puntos)	Conocimientos del uso de los MAC (36 Puntos)
<25 puntos – Deficiente 25 - 30 puntos – Regular 31 - 40 puntos – Bueno	<14 puntos – Deficiente 14 - 18 puntos – Regular 19 – 24 puntos – Bueno	<21 puntos – Deficiente 22 - 28puntos – Regular 29 - 36 puntos – Bueno

En forma general el conocimiento se valoró con la siguiente escala:

0 a 59 puntos - conocimiento deficiente.

60 a 79 puntos - conocimiento regular.

80 a 100 puntos - conocimiento bueno.

La tercera parte del cuestionario abordó las actitudes relacionadas al uso y mitos sobre métodos anticonceptivos, para ello se realizaron 20 preguntas, de éstas fueron 10 para cada ítem, con opciones de respuesta: Acuerdo, Indeciso y en desacuerdo.

La escala que se obtuvo, corresponde a la escala de Likert, pero en este caso se modificó los valores en 1 – 3, asignándole un valor de 3 puntos a las respuestas de mayor positividad y 1 punto a las respuestas con mayor negatividad.

Actitudes relacionadas al uso de métodos anticonceptivos (30 puntos)	Mitos sobre métodos anticonceptivos. (30 puntos)
Favorable: 18 puntos a más. Desfavorables: menor de 18 puntos.	Favorable: 18 puntos a más. Desfavorables: menor de 18 puntos.

Para la valoración general de las actitudes sobre métodos anticonceptivos, se sumó el resultado de los dos ítems de actitudes, para un total de 60 puntos. Se tomó como favorable un puntaje igual 60% o más; luego se utilizó la siguiente escala:

Favorable: de 36 a 60 puntos

Desfavorable: menor de 36 puntos.

La cuarta parte del cuestionario se refirió a las prácticas de la población en cuanto a métodos anticonceptivos; se realizaron 14 preguntas dirigidas a describir si las personas han buscado información sobre métodos anticonceptivos, prácticas sexuales, y si están haciendo uso adecuado de estos; en los primeros 2 aspectos que se evaluaron, a cada pregunta adecuada se le asignó un puntaje de 10 puntos y 0 puntos a las inadecuadas; en la parte del cuestionario que se destinó para valorar el uso de métodos anticonceptivos se varió el puntaje a 5 puntos en las respuestas adecuadas, para un total de 100 puntos. Se tomó como mínimo el 60% del puntaje para definir las prácticas como adecuadas. Según el puntaje obtenido se aplicó la siguiente escala:

Búsqueda de información sobre MAC. Cada pregunta 10 puntos.(30 puntos)	Prácticas sexuales. Cada pregunta 10 puntos. (30 puntos)	Uso de MAC. Cada pregunta 5 puntos. (40 puntos)
<18 puntos – No Adecuadas 18 puntos a más – Adecuadas	<18 puntos – No Adecuadas 18 puntos a más – Adecuadas	<24 puntos – No Adecuadas 24 puntos a más – Adecuadas

Nota: Se tomó como adecuado los parámetros que refieran las condiciones óptimas para prácticas sexuales responsables y saludables.

En forma general las prácticas se valoraron con la siguiente escala:

Prácticas adecuadas: 60 – 100 puntos

Prácticas no adecuadas: 59 a menos puntos.

En las personas que no habían iniciado vida sexual activa, se valoró únicamente la búsqueda de información sobre métodos anticonceptivos; y no se tomó en cuenta en el procesamiento de la información sobre prácticas sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, para evitar el sesgo de la información en estos últimos puntos. El puntaje general de prácticas en estas personas se valoró en base a la búsqueda de información.

Para el análisis de la información obtenida, se realizó un resumen de las variables en tablas de frecuencia simple, distribuyéndose en números y porcentajes, de la siguiente manera:

- Características sociodemográficas
- Conocimientos sobre métodos anticonceptivos
- Actitudes adoptadas en relación al uso de métodos anticonceptivos
- Prácticas sobre métodos anticonceptivos.

Se clasificaron las respuestas según las siguientes categorías:

Cuestionario	Clasificación	Valores
Conocimientos	Deficiente. Regular Bueno	0 a 59 puntos 60 a 79 puntos 80 a 100 puntos
Actitudes	Favorables Desfavorables	De 36 a 60 puntos Menor de 36 puntos
Prácticas	Adecuadas No adecuadas	60 – 100 puntos 59 a menos puntos

Se realizó el siguiente cruce de variables:

- Características sociodemográficas vs conocimientos
- Características sociodemográficas vs actitudes
- Características sociodemográficas vs prácticas
- Conocimiento vs actitudes
- Conocimiento vs prácticas
- Actitudes vs prácticas.

Enunciado de variables por objetivos

Objetivo 1: Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.

Variabes:

- Edad
- Sexo
- Religión
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Gestaciones

Objetivo 2: Indagar el nivel conocimiento de la población en cuanto a métodos anticonceptivos.

Variables:

- Conocimientos básicos de los MAC.
- Conocimientos sobre los beneficios de los MAC
- Conocimientos del uso de los MAC.

Objetivo 3: Identificar las actitudes adoptadas por la población en relación al uso de los métodos anticonceptivos

- Actitudes sobre el uso de MAC
- Mitos sobre los MAC.

Objetivo 4: Describir las prácticas de la comunidad sobre los métodos anticonceptivos.

Variables:

- Búsqueda de información sobre MAC.
- Prácticas sexuales
- Uso de MAC.

Operacionalización de variables

Variable	Definición operativa	Indicador	Escala/valor
Edad	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual referidas por las personas	Años	15 -19 20-35 36- 49
Sexo	Características biológicas con que se identifican las personas	Fenotipo	Femenino Masculino
Religión	Conjunto de creencias, mitos o dogmas que se tributan a la divinidad	Creencias	Católico Evangélico Otros Ninguno
Estado civil	Condición de las personas con los derechos y obligaciones civiles referidas al momento de la encuesta.	Estado de pareja	Soltero Casado Unión libre

Variable	Definición operativa	Indicador	Escala/valor
Escolaridad	Nivel máximo de estudio alcanzado referido por las personas	Nivel académico	Sin escolaridad Primaria secundaria Técnico universidad
Ocupación	Acción o función que ejerce una persona para ganar el sustento económico diario.	Tipo de labor	Agricultor Obrero Ama de casa Estudiante Otros.
Gestaciones	Número de embarazos	Número	0 1 2 3 4 o más
Conocimientos básicos de los MAC	Conjunto de información que manejan las personas sobre el concepto de métodos anticonceptivos y la clasificación de estos.	Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 del cuestionario “Conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Anexos	Deficiente. Regular Bueno
Conocimientos sobre los beneficios de los MAC	Conjunto de conocimientos que tienen las personas sobre los beneficios y las desventajas de MAC.	Ítems 11, 12, 13, 14, 15 y 16 del cuestionario “Conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Anexos	Deficiente. Regular Bueno
Conocimientos del uso de los MAC.	Conjunto de conocimientos que tienen las personas sobre cómo usar MAC.	Ítems 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25 del cuestionario “Conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Anexos	Deficiente. Regular Bueno
Actitudes sobre el uso de MAC.	Organización relativamente duradera con respecto a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada	Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 del cuestionario de Actitudes sobre el uso de métodos anticonceptivo. Anexos.	Favorables Desfavorables
Mitos sobre MAC.	Conjunto de creencias sin fundamento científico, utilizadas	Ítems 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20 del	Favorables Desfavorables

Variable	Definición operativa	Indicador	Escala/valor
	para explicar fenómenos ante el desconocimiento del mismo.	cuestionario de Actitudes sobre el uso de métodos anticonceptivos. Anexos	
Búsqueda de información sobre MAC	Interés de las personas por aprender más sobre MAC	Ítems 1, 2, y 3 del cuestionario "Prácticas sobre los métodos anticonceptivos." Anexos	Adecuado No adecuado
Prácticas sexuales	Patrones de actividad sexual presentados por la población en estudio. .	Ítems 4, 5 y 6 del cuestionario "Prácticas sobre los métodos anticonceptivos." Anexos	Adecuado No adecuado
Uso de MAC	Uso de MAC por parte de las personas que tienen vida sexual activa	Ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 del cuestionario "Prácticas sobre los métodos anticonceptivos." Anexos	Adecuado No adecuado

Aspectos éticos

Los aspectos éticos de este estudio se basaron en los 4 principios éticos que toda investigación debe tener: Respeto, no maleficencia, beneficencia y justicia; dentro de lo cual se garantizará lo siguiente:

Consentimiento: Se pidió previamente consentimiento a la directora del SILAIS del municipio para realizar el estudio en la comunidad. Posteriormente se explicó a las personas en qué consistía el estudio y se hizo firmar un documento de consentimiento informado a los que aceptaron participar del mismo, aun cuando no se les solicitó datos sobre su identidad.

Anonimato: Durante el estudio se mantendrá el anonimato de los participantes, de modo que no se solicitó su identidad.

Voluntariedad: Cada participante respondió las preguntas según su propio criterio y sin influencias ajenas, con su consentimiento y voluntad propia,

Integridad de la información: se garantizó la integridad de la información obtenida en la herramienta de recolección de datos, de modo que no se alteró ninguna de las respuestas de los participantes.

Confidencialidad: Esta información tuvo un fin único y exclusivamente relacionado al proceso de investigación de este estudio; por lo tanto, solo se reflejó los resultados ya procesados del estudio y no se facilitó a terceras personas la información obtenida en las encuestas.

CAPÍTULO III: DESARROLLO

3.1.Resultados

Fueron encuestados un total de 176 personas en edad fértil, de la comunidad Cerro Colorado en la ciudad El Sauce – León, obteniendo los siguientes resultados ya procesados:

En la Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los encuestados, se encontró: que el 23.8 % (42) estaban en el grupo etáreo de 15 -19 años, 38.1% (67) en el grupo de 20 – 35 años y 38.1 % (67) en el grupo etáreo de 36 a 49 años; en cuanto al sexo 60.8 % (107) correspondió al sexo femenino y 39.2 % (69) al sexo masculino, en relación a la escolaridad resultó 4.5 % (8) sin escolaridad, 17.1 % (30) llegaron a primaria, 41.4 % (73) cursaron la secundaria, 6.8 % (12) tenían un nivel técnico y 30.1 % (53) cursaron la universidad; respecto a la religión el 58.5 % (103) católicos, 22.7 % (40) refieren ser evangélicos, 13.6 % (24) profesan otras religiones y 5.1 % (9) no profesan ninguna religión. Referente al estado civil 35.2 % (62) refieren ser casados, 42.1 % (74) solteros y 22.7 % (40) unión libre; se encontró que 32.9 % (58) son agricultores, 11.3 % (20) obreros, 26.7 % (47) ama de casa, 28.9 % (51) estudiantes; relacionado al número de embarazos en la población estudiada, se encontró que 37.5 % (66) no habían tenido embarazos, 6.2 % (11) 1 embarazo, 22.1 % (39) 2 embarazos, 19.8 % (35) 3 embarazos y 14.2 % (25) de 4 a más embarazos.

En la tabla 2 muestra los métodos anticonceptivos que conocen o han oído mencionar los encuestados, se encontró que el 52.8 % (93) conocen la esterilización femenina, 48.8 % (86) la esterilización masculina, 81.2 % (143) las píldoras anticonceptivas, 75 % (132) la T de cobre, 90.3 % (159) la inyección anticonceptiva, 31.2 % (55) los implantes anticonceptivos, 59.1 % (104) el condón femenino, 92.6 % (163) el condón masculino, 11.3 % (20) los métodos vaginales, 36.9 % (65) el método de la lactancia materna, 38.1 % (67) el método del

ritmo o calendario, 16.4 % (29) el método del retiro, 45.4 % (80) la PPMS o píldora anticonceptiva de emergencia.

En la tabla 3 aborda aspectos básicos de los métodos anticonceptivos, se observó que el 83.5 % (147) de los encuestados sabe que los métodos anticonceptivos son sustancias, medicamentos, dispositivos o métodos naturales que ayudan a evitar embarazos a consecuencia del acto sexual, 10.8 % (19) respondió que no y el 5.6 % (10) no lo sabe. El 94.3 % (196) saben que los anticonceptivos son elementos necesarios para efectuar la planificación familiar, el restante 5.6 % (10) no lo sabe. El 92.6 % (163) sabe que los métodos anticonceptivos no solo existen en pastillas, 3.9 % (7) refirió que sí y 3.4 % (6) no lo sabe. El 59.6 % (105) sabe que la esterilización quirúrgica es un método anticonceptivo, 23.8 % (42) respondió que no y 23.3 % (41) no lo sabe. El 45.4 % (80) sabe que la píldora de la mañana siguiente (PPMS) no es un método anticonceptivo de uso regular, 43.7 % (77) refirió que sí y 23.3 % (41) no lo sabe. El 86.9 % (153) sabe que la T de cobre o DIU no es un anticonceptivo que protege de las infecciones de transmisión sexual, 6.8 % (12) refirió que sí y 17.1 % (30) no lo sabe. El 30.6 % (54) sabe que la lactancia materna es un método anticonceptivo, 32.9 % (58) refirió que no y 36.4 % (64) no lo sabe. El 82.9 % (146) sabe que los anticonceptivos pueden usarse por varones y mujeres, 6.2 % (11) refirió que no y 10.8 % (19) no lo sabe.

La tabla 4 aborda los beneficios de los métodos anticonceptivos, se encontró que el 63.1 % (111) saben que los métodos anticonceptivos sirven para planear los embarazos, 40.9% (72) que sirven para tratar enfermedades ginecológicas, 77.8 % (137) que sirven para protegerse de las infecciones de transmisión sexual y 60.2 % (106) que sirven para evitar embarazos posteriores a violaciones.

En la tabla 5 aborda también los beneficios de los métodos anticonceptivos, se encontró que el 84.6 % (149) sabe que los MAC que sirven para evitar el VIH/SIDA son el condón masculino y condón femenino, 7.9 % (14) refirió que no y 7.3 % (13) no lo sabe. El 89.7 % (158) sabe que las mujeres que están seguras de ya no querer hijos pueden beneficiarse de la esterilización quirúrgica, el restante 10.2 % (18) no lo sabe. El 64.4 % (117) sabe que la T de cobre es un dispositivo anticonceptivo de uso fácil, que puede usarse por muchos años, 6.8 % (12) refirió que no y 26.7 % (47) no lo sabe. El 54.5 % (96) sabe que la lactancia materna es un método natural de anticoncepción, útil y accesible para las mujeres que acaban de dar a luz, 8.5 % (15) refirió que no y 35.2 % (62) no lo sabe. El 53.4 % (94) sabe que las píldoras no pueden ser usadas por varones y mujeres, 15.9 % (28) refirió que sí y 30.6 % (54) no lo sabe.

La tabla 6, aborda el conocimiento relacionado al uso de los métodos anticonceptivos, se obtuvo que el 98.3 % (173) sabe que no se puede usar un condón cuyo empaque este abierto, roto o alterado, mientras el restante 1.7 % (3) refirió que sí; el 64.2 % (113) sabe que las píldoras diarias no se pueden tomar a cualquier hora del día, 15.3 % (27) refirió que sí y 21 % (37) no lo sabe; el 82.9 % (146) sabe que sí se le olvida tomar una dosis de la píldora diaria, podría quedar embarazada, 2.2 % (4) refirió que no y 14.7 % (26) no lo sabe. El 88.1 % (155) sabe que los hombres también pueden operarse para ya no tener hijos, 3.9 % (7) refirió que no y 7.9 % (14) no lo sabe; el 39.2 % (69) sabe que la lactancia materna es útil como método anticonceptivo únicamente durante los 6 meses posteriores al parto, 18.1 % (32) refirió que no y 45.4 % (80) no lo sabe; el 42.1 % (74) sabe que la lactancia materna sirve como método anticonceptivo si se está alimentando al bebe única y exclusivamente con leche materna y aún no se ha presentado la primera menstruación después del parto; 14.2 % (25) refirió que no y 43.7 % (77) no lo sabe; el 47.1 % (86) sabe que la inyección trimestral

se debe aplicar cada 3 meses, evitando retrasos mayores de 2 semanas en su aplicación, 13 % (23) refirió que no y 39.7 % (70) no lo sabe; el 67.6 % (119) sabe que la T de cobre se debe revisar cada 6 meses, para valorar su funcionalidad, 3.4 % (6) refirió que no y 17.6 % (31) no lo sabe; el 52.2 % (92) sabe que la píldora de la mañana siguiente PPMS se debe tomar dentro de las 72 horas posteriores al acto sexual, 18.1 % (32) refirió que no y 29.5 % (52) no lo sabe.

En la tabla 7 aborda el conocimiento sobre aspectos básicos de métodos anticonceptivos el cual fue bueno en el 24.4 % (43), regular en el 34.6 % (61) y deficiente en el 40.9 % (72); el conocimiento sobre los beneficios de los métodos anticonceptivos fue bueno en un 35.8 % (63), regular en el 32.9 % (58) y el deficiente con 31.2 % (55); por último el conocimiento sobre uso de MAC fue bueno en 6.2 % (11), fue regular en 46.5 % (82) y fue deficiente en 47.1 % (86).

En la tabla 8 se totaliza el conocimiento, se observó que el conocimiento de la población es bueno en un 11.9 % (21), regular en un 50.5 % (89) y deficiente en el 37.5 % (66).

La tabla 9 relaciona las características sociodemográficas y el conocimiento, se obtuvo que en referencia a las personas con conocimiento bueno, el 28.5 % (6) está en las edades de 15 a 19 años, 28.5 % (6) de 20 a 35 años y 42.8 % (9) de 36 a 49 años; referente al sexo el 52.3 % (11) son del sexo femenino y el 47.6 % (10) del sexo masculino; con respecto a la escolaridad de este grupo el 23.8 % (5) cursó la primaria, 28.5 % (6) la secundaria, 4.7 % (1) carreras técnicas y 42.8 % (9) la universidad. En cuanto a la religión que profesan 71.4 % (15) profesan ser católicos, 14.2 % (3) ser evangélicos, 4.7 % (1) otras religiones y el 9.5 % (2) ninguna religión; con respecto al estado civil el 38.1 % (8) refieren ser casados, 61.9 % (13) ser solteros; en lo concerniente a la ocupación el 28.5 % (6) son de ocupación agricultor, 14.2 % (3) de obreros, 23.8 % (5) de ama de casa, 33.3 % (7) de estudiante; en cuanto a las

gestas el 42.8 % (9) refirió 0 embarazos, 4.7 % (1) 1 embarazo, 14.2 % (3) 2 embarazos, 23.8 % (5) 3 embarazos y el 14.2 % (1) 4 a más embarazos.

Referente a las personas con conocimiento regular, se encontró el 15.7 % (14) están en las edades de 15 a 19 años, 42.4 % (38) de 20 a 35 años y 41.5 % (37) de 36 a 49 años; el 65.1 % (58) son del sexo femenino y el 34.8 % (31) del sexo masculino; con respecto a la escolaridad el 6.6 % (6) sin escolaridad, 19.1 % (17) cursó la primaria, 31.4 % (28) la secundaria, 8.9 % (8) carreras técnicas y 33.7 % (13) la universidad; referente a la religión que profesan, el 61.8 % (55) son católicos, 23.6 % (21) la religión evangélica, 13.4 % (12) de otras religiones y el 1.12% (1) ninguna religión; en lo que concierne al estado civil el 37.1 % (33) refieren ser casados, 35.9 % (32) refieren ser solteros y 26.9% (24) refieren la unión libre; con respecto a la ocupación el 38.2 % (34) de agricultor, 13.4 % (12) de obreros, 26.9 % (24) de ama de casa, 21.3 % (19) de estudiante; en relación a las gestas el 30.3 % (27) refirió 0 embarazos, 8.9 % (8) 1 embarazo, 22.4 % (20) 2 embarazos, 21.3 % (19) 3 embarazos y el 16.8 % (15) 4 a más embarazos.

Referente a las personas con conocimiento deficiente, se encontró el 33.3 % (22) están en las edades de 15 a 19 años, 34.8 % (23) de 20 a 35 años y 31.8 % (21) de 36 a 49 años; el 57.5 % (38) son del sexo femenino y el 42.4 % (28) masculino; con respecto a la escolaridad de este grupo el 3.1 % (2) sin escolaridad, 12.1 % (8) la primaria, 59 % (19) secundaria, 4.5 % (3) carreras técnicas y 21.2 % (14) universidad; en cuanto a la religión que profesan 50.1 % (33) católicos, 24 % (16) evangélicos, 16.6 % (11) otras religiones y el 9.1 % (6) ninguna religión; según el estado civil el 31.8 % (21) refirió ser casado, 43.9 % (29) soltero y 24.2 % (16) unión libre; de la ocupación el 27 % (18) de agricultor, 7.5 % (5) de obreros, 27.2 % (18) de ama de casa, 37.8 % (25) de estudiante; en lo concerniente a las gestas el 45.4 %

(30) refirió 0 embarazos, 3.1 % (2) 1 embarazo, 24.2 % (16) 2 embarazos, 16.6 % (11) 3 embarazos y el 10.6 % (7) 4 a más embarazos.

En la tabla 10 aborda las actitudes de los encuestados, las cuales se clasificaron según su nivel de acuerdo, desacuerdo o indecisión, seis en dirección favorable (1-2-3) y 14 en dirección desfavorable (3-2-1). Se obtuvieron los siguientes resultados:

El 71.5 % (126) estuvo de acuerdo con que es bueno planear los embarazos, 23.3 % (41) en desacuerdo y 5.1 % (9) indecisos; el 9.6 % (17) estuvo de acuerdo que se debe ir al centro de salud para pedir información sobre métodos anticonceptivos, 21.5 % (38) en desacuerdo y 11.9 % (21) indecisos. Se les preguntó si estaban de acuerdo con recibir educación sexual y el 9.6 % (17) estuvo de acuerdo, 21.5 % (38) en desacuerdo y 11.9 % (21) indecisos. El 66.4 % (117) estuvo de acuerdo que en la relación de pareja ambos deben estar de acuerdo con el uso de MAC, 15.9 % (28) en desacuerdo y 11.9 % (21) indecisos. El 26.1 % (46) estuvo de acuerdo en que es vergonzoso solicitar métodos anticonceptivos en el centro de salud, 59.1 % (104) en desacuerdo y 14.7 % (26) indecisos. El 31.9 % (55) estaban de acuerdo en que cualquier momento de la vida es bueno para tener hijos, 55.6 % (98) en desacuerdo y 13.1 % (23) indecisos. El 63.6 % (112) consideró que tener varias parejas sexuales representa algún problema, 31.2 % (55) en desacuerdo y 16.4 % (29) indecisos. El 17.1 % (30) consideró que usar los métodos anticonceptivos va en contra de sus principios, 65.3 % (115) en desacuerdo y 17.6 % (31) indecisos. El 88.1 % (155) estuvo de acuerdo que a los hijos hay que hablarles sobre MAC para evitar que tengan relaciones sin protección, 4.5 % (8) en desacuerdo y 7.3 % (13) indecisos. El 5.1 % (9) considera que MAC solo los utilizan las mujeres indecentes, 86.3 % (152) en desacuerdo y 8.5 % (15) indecisos.

Se abordó los mitos sobre métodos anticonceptivos y se obtuvo que el 34 % (60) estaban de acuerdo en que las píldoras anticonceptivas producen cáncer en la matriz, 41.2 % (30) en desacuerdo y 42.6 % (75) indecisos. El 46.1 % (81) creen que las píldoras anticonceptivas engordan a la mujer, 32.3 % (57) en desacuerdo y 21.5 % (38) indecisos. El 37.5 % (66) consideró que las píldoras anticonceptivas producen manchas en la cara, 19.3 % (34) en desacuerdo y 43.1 % (76) indecisos. El 46 % (81) creen que a las mujeres que usan anticonceptivos se les descontrola su menstruación, 18.7 % (33) en desacuerdo y 31.2 % (55) indecisos. El 43.7 % (77) creen que los anticonceptivos dejan estériles a las mujeres, 27.2 % (48) en desacuerdo y 29.5 % (52) indecisos. El 33.5 % (59) consideró que los anticonceptivos deforman el cuerpo de la mujer, 44.8 % (79) en desacuerdo y 21.5 % (38) indecisos. El 24.4 % (43) estuvo de acuerdo en que el condón reduce el placer en las relaciones sexuales, 38 % (67) en desacuerdo y 37.5 % (66) indecisos. El 31.2 % (55) consideró que los anticonceptivos producen abortos, 24.4 % (43) en desacuerdo y 50% (88) indecisos. El 32.3 % (57) creen que la T de cobre se encarna en la matriz, 16.4 % (29) en desacuerdo y 54.5 % (96) indecisos. El 7.3 % (13) creen que el hombre que se opera pierde la potencia sexual, 39.7 % (70) en desacuerdo y 48.8 % (86) indecisos.

En la tabla 11 aborda categóricamente las actitudes, se obtuvo que 77.2 % (136) tienen actitudes favorables y 22.7 % (40) tienen actitudes desfavorables; en cuanto a los mitos el 90.9 % (160) tiene actitudes favorables y 9.1 % (16) tiene actitudes desfavorables. Al ponderar las actitudes y los mitos se obtuvo que las actitudes generales son favorables en el 84.1 % (148) y desfavorables en el 15.9 % (28).

En la tabla 12 aborda el cruce entre las variables sociodemográficas con las actitudes generales, se obtuvo que en las actitudes favorables, el 19.3 % (34) son del grupo etario de

15 a 19 años, 30.6 % (54) de 20 a 35 años y 32.9 % (58) de 36 a 49 años; referente al sexo el 82.2 % (88) son del sexo femenino y 84.1 % (58) son de sexo masculino; de la escolaridad se obtuvo que el 2.8 % (5) están sin escolaridad, 15.3 % (27) primaria, 32.3 % (57) secundaria, 5.6 % (10) algún curso técnico y 26.7 % (47) universidad; referente a la religión el 48.8 % (86) profesan la religión católica, 18.7 % (33) evangélica, 3.9 % (7) otras religiones y 11.3 % (20) ninguna religión; en cuanto al estado civil el 30.1 % (53) refieren ser casados, 34.1 % (60) ser solteros y 18.71% (33) unión libre; en relación a la ocupación el 26.7 % (47) de agricultor, 10.2 % (18) de obreros, 22.1 % (39) de ama de casa, 23.8 % (42) estudiantes; en relación al número de gestas el 30.1 % (53) no han tenido embarazos, 5.1 % (9) 1 embarazo, 20.4 % (36) 2 embarazos, 15.9 % (28) 3 embarazos y 11.3 % (20) 4 a más embarazos.

Referente a personas con actitudes desfavorables, el 2.8 % (5) son del grupo etario de 15 a 19 años, 5.1 % (9) de 20 a 35 años y 2.8 % (5) de 36 a 49 años; el 12.1 % (13) son del sexo femenino y 8.7 % (6) masculino; en cuanto a la escolaridad el 1.1 % (2) están sin escolaridad, 1.1 % (2) primaria, 6.8 % (12) secundaria y 1.7 % (3) universidad; referente a la religión el 5.1 % (9) profesan la religión católica, 3.9 % (7) evangélico, 1.7 % (3) otras religiones; en lo concerniente al estado civil el 5.1 % (9) refirió ser casados, 2.2 % (4) soltero y 3.4 % (6) unión libre; respecto a la ocupación el 3.4 % (6) refirió que su ocupación es agricultor, 1.1 % (2) obreros, 2.8 % (5) ama de casa, 3.4 % (6) estudiantes; en relación a las gestas, el 5.1 % (9) no han tenido embarazos, 1.1 % (2) 2 embarazos, 3.9 % (7) 3 embarazos y 0.5 % (1) 4 a más embarazos.

La tabla 13 aborda las prácticas referentes a la búsqueda de información sobre MAC de los encuestados, se obtuvo que el 51.7 % (91) respondió que ha visitado algún puesto médico

para informarse sobre métodos anticonceptivos y 48.3 % (85) refirió no hacerlo. El 48.8 % (86) ha buscado en internet información sobre métodos anticonceptivos y 51.1 % (90) refirió no hacerlo. Se les preguntó ¿quién le ha brindado información sobre los métodos anticonceptivos? Y el 47.7 % (80) respondió un médico, 28.9 % (51) un familiar, 16.4 % (29) su pareja, 9.1 % (16) un amigo y 18.1 % (32) no usan.

La tabla 14 aborda información sobre las prácticas sexuales, donde se les preguntó ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez? El 85.2 % (150) refirió que sí y 14.7 % (26) refirió que no. De los que respondieron que si, el 26.1 % (39) iniciaron relaciones sexuales en el grupo etáreo menor de 15 años, 40.6 % (61) de 16 a 19 años, 33.3 % (50) de 20 a 29 años. El 77.3 % (116) refirió que han tenido relaciones sexuales en el último mes y 22.6 % (34) refirió que no. El 100 % (150) de los que iniciaron vida sexual el 17.3 % (26) no tienen ninguna pareja sexual al momento de la encuesta, el 50.6 % (76) ha tenido una pareja, el 32 % (48) 2 parejas, el 12.6 % (19) 3 parejas y el 4 % (6) 4 a más parejas.

En la tabla 15 aborda el uso de métodos anticonceptivos, donde el 56.6 % (85) refirieron que han usado algún método anticonceptivo en la última relación sexual y 43.3 % (65) no haber utilizado. De los que respondieron sí, 16% (24) refirió haber utilizado píldoras anticonceptivas, el 19.3% (29) usó la inyección anticonceptiva, 16% (24) usó condón, 2.6 % (4) usó la T de cobre y 2.6% (4) se había realizado la esterilización femenina. El 38 % (57) refirió haber planeado todos sus embarazos, 41.3 % (62) refirió que no y 20.6 % (31) refirió que no tienen hijos. El 42.6 % (64) refirió haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual y 57.3 % (86) refirió que no; De los que respondieron si, 13.3 % (20) refirió haber utilizado píldoras anticonceptivas, 10.6 % (16) utilizó inyección anticonceptiva, 14.6 % (20) utilizó condón y 2 % (3) uso retiro. Referente a quien de la pareja utiliza el

método anticonceptivo en el último mes el 6.6 % (10) refirió que ambos, 20 % (30) solo su pareja y 24.6 % (37) solo ellos y 48.6 % (73) refirió no usar. El 37.3 % (56) refirió usar siempre su método anticonceptivo en todas sus relaciones sexuales, 18 % (37) algunas veces y 40 % (60) nunca. Cuando iniciaron a utilizar su método anticonceptivo el 8 % (12) refirió tener 1 hijo, el 7.3 % (11) tener 2 y el 7.3 % (11) tener de 3 a más, 8.6 % (13) no recordarlo, 53.3 % (80) no haber tenido hijos. El 50.6 % (76) adquiere su método anticonceptivo en farmacias, 2.6 % (4) en supermercado / mercado /pulpería 20 % (30) en un establecimiento de salud público y 8 % (12) en un establecimiento de salud privado. El 78 % (117) refirió que no ha tenido ninguna dificultad en la adquisición de su método anticonceptivo, 12 % (18) no tenían dinero para comprarlo, y 2 % (3) las farmacias y pulperías les quedan lejos.

En la tabla 16 aborda las prácticas sobre métodos anticonceptivos, se obtuvo que en el 51.1 % (90) hubo prácticas adecuadas y en el 48.8 % (86) las prácticas fueron inadecuadas; en lo referente a las prácticas adecuadas se obtuvo que el 11.3 % (20) se encuentra en el grupo etario de 15 a 19 años, 17.6 % (31) de 20 a 35 años y 22.1 % (39) de 36 a 49 años; siendo el 57.1 % (61) del sexo femenino y 42.1 % (29) del sexo masculino. Referente a la escolaridad el 2.8 % (5) están sin escolaridad, 10.8 % (19) primaria, 19.3 % (34) secundaria, 3.9 % (7) algún curso técnico y 14.2 % (25) universidad. En cuanto a la religión el 34.6 % (61) profesan la religión católica, 9.6 % (17) religión evangélica, 0.5 % (1) otras religiones y 6.2 % (11) ninguna religión. Con respecto al estado civil el 22.7 % (40) refirió ser casado, el 21.5 % (38) soltero y 6.8 % (12) unión libre; de la ocupación el 14.2 % (25) refirió ocupación de agricultor, 6.2 % (11) obreros, 17.1 % (30) ama de casa, 13.6 % (24) estudiante; con respecto a las gestas el 15.9 % (28) refirió que no han tenido embarazos, 3.9 % (7) refirió 1

embarazo , 13.6 % (24) 2 embarazos , 10.2 % (18) 3 embarazos y 7.3 % (13) 4 a más embarazos.

Referente a prácticas No adecuadas: El 10.5 % (22) se encuentra en el grupo etario de 15 a 19 años, 20.4 % (36) de 20 a 35 años y 15.9 % (28) de 36 a 49 años; el 42.9 % (46) son del sexo femenino y 57.9 % (40) masculino; referente a la escolaridad el 1.7 % (3) están sin escolaridad, 6.2 % (11) primaria, 22.1 % (39) secundaria, 2.8 % (5) algún curso técnico y 15.9 % (28) universidad; con respecto a la religión el 23.8 % (42) profesan la religión católica, 13.1 % (23) religión evangélica, 4.5 % (8) otras religiones y 7.3 % (13) ninguna religión; respecto al estado civil el 12.5 % (22) refirió ser casados, el 20.4 % (36) soltero y 15.9 % (28) unión libre; en cuanto a la ocupación el 18.7 % (33) refirió ocupación de agricultor, 5.1 % (9) obreros, 9.6 % (17) ama de casa, 15.3 % (27) estudiante; con respecto a las gestas el 21.5 % (38) refirió que no han tenido embarazos, 2.2 % (4) 1 embarazo, 8.5 % (15) 2 embarazos, 9.6 % (17) 3 embarazos y 6.8 % (12) 4 a más embarazos.

En la tabla 17 relaciona los conocimientos con las actitudes y las prácticas, se obtuvo que de las personas con conocimiento bueno 24.7 % (21 personas), el 90.4 % (19) tuvieron actitudes favorables y 9.5 % (2) actitudes desfavorables; de las personas con conocimiento regular 99.1 % (89), 89.8% (80) tuvieron actitudes favorables y 10.1 % (9) actitudes desfavorables; las personas con conocimiento deficiente 76.1 % (66), de los cuales el 87.8 % (58) tuvieron actitudes favorables y 12.1 % (8) actitudes desfavorables. Al cruzar las variables Conocimientos con Prácticas se encontró que de las personas con conocimiento bueno 24.7 % (21 personas), de los cuales el 100 % (21) tuvieron prácticas adecuadas; de las personas con conocimiento regular, 99.1% (89), el 100 % (89) tuvieron prácticas adecuadas; de las

personas con conocimiento deficiente 76.1 % (66), el 100 % (66) tuvieron prácticas no adecuadas.

En la tabla 18 se abordó el cruce de las variables Actitudes con Prácticas y se encontró que de las personas con actitudes favorables 89.2 % (157), el 63.1 % (99) tienen prácticas adecuadas y el 36.9 % (58) prácticas no adecuadas. De las personas con actitudes desfavorables 10.8 % (19), 57.8 % (11) tienen prácticas adecuadas y 42.1 % (8) prácticas no adecuadas.

3.2. Discusión de los resultados

El presente estudio estuvo compuesto por una muestra de 176 personas en edad fértil de la comunidad Cerro Colorado del Sauce, León; al cual se le aplicó un cuestionario previamente validado y avalado por un especialista en salud sexual y reproductiva; se determinó que la mayoría de la población se encuentra entre las edades de 20 a 35 años y de 36 a 49 años en igual proporción, con predominio del sexo femenino.

Diversas investigaciones en la región de León y según la encuesta ENDESA 2012, describen una prevalencia en la población de las edades entre 20 a 35 años, marcando inclusive por momentos una tendencia; a lo que se suma una población femenina que ha mantenido una constante prevalencia en la población general, como lo demuestran varios censos realizados en el país.

Se encontró también con la misma frecuencia al grupo etario de 36 a 49 años, lo que implica en la mujer una edad materna avanzada con mayor riesgo de complicaciones materno fetales y en el varón mayor de 45 años representa una edad paterna avanzada; lo cual se ha asociado a malformaciones congénitas dominantes.

Por otro lado y en minoría el grupo etario de 15 a 19 años, el cual representa a la población adolescente de la región, siendo también un grupo de riesgo preconcepcional o reproductivo, ya que la literatura describe que las mujeres menores de 20 años tienen alto riesgo de parto prematuro, malformaciones congénitas (gastroquiasis) y mayor morbilidad vinculada al embarazo y al parto. Al sumarse a los otros grupos etarios, se traduce que más de la mitad de la población femenina constituye un grupo de alto riesgo de morbilidad materna y fetal.

Se encontró un predominio de la escolaridad secundaria, lo cual puede obedecer al nivel de escolaridad de la comunidad, ya que según la teoría consultada el nivel de instrucción de la

mujer y del marido va estar relacionado con el nivel de escolaridad de la comunidad. Estudios realizados en Latinoamérica han constatado que existe una relación inversa entre el nivel de educación y la fecundidad, sin embargo las evidencias disponibles sugieren que tal asociación no es directa, sino que intervienen diversas variables entre las que destaca el conocimiento de los métodos anticonceptivos.

La mayoría de la población profesa la religión católica, la cual se mantiene por el efecto tradicional de los valores y la cultura misma de las familias nicaragüenses. Se ha descrito que las religiones están implicadas en la enseñanza de mitos y su influencia en las actitudes de las personas, ya que estas últimas se encuentran complementadas con la existencia de un esquema cognoscitivo que el propio sujeto recrea, el cual se encuentra conformado por la percepción que puede captarse sobre el objeto en cuestión, junto con las creencias y datos que se tienen previamente del mismo.

La mayoría de la población es soltera y tienen como ocupación principal la agricultura, lo cual probablemente obedece a las características propias de los pueblos rurales, donde predominan las actividades relacionadas al campo. Se debe tomar en cuenta que en las comunidades rurales, los varones asumen el trabajo del campo y las mujeres las actividades domésticas; la literatura describe que la ocupación representa un factor de riesgo preconcepcional, ya que la exposición a químicos como el caso de los agricultores, el trabajo por más de 10 horas y la permanencia en pie por más de 6 horas, como en el caso de las amas de casa, favorece los abortos y la morbimortalidad fetal.

El número de embarazos tuvo mayor frecuencia en el grupo de los encuestados que no habían tenido ningún hijo, lo que se asimila con los datos obtenidos por la encuesta realizada por ENDESA 2012, quienes reportan una disminución en la fecundidad; probablemente,

secundaria a un aumento en el uso de métodos anticonceptivos; se sabe que la fecundidad alta aumenta el riesgo preconcepcional de muerte fetal intraparto y de morbilidad materna por hemorragia postparto.

Durante la evaluación del conocimiento de los métodos anticonceptivos, la población conocía o había oído mencionar con mayor frecuencia el condón, seguido en frecuencia por la inyección anticonceptiva, posteriormente le siguen en orden de frecuencia las píldoras anticonceptivas y la T de cobre, lo que resulta similar a los resultados de la encuesta ENDESA 2012 la cual reporta como los de mayor frecuencia la inyección y la píldora anticonceptiva. Se observa que la totalidad de la población conoce o ha escuchado mencionar al menos 2 métodos anticonceptivos. También se observó una leve diferencia entre el conocimiento de las mujeres con relación a los varones, lo que podría responder a que existen mayor variedad de métodos anticonceptivos para mujer que para el varón; también podría deberse que la mujer es más intervenida en conocimiento, ya que la mayoría de programas de planificación familiar van dirigidos a las mujeres, sobre todo a las que han acudido a un centro de provisión de salud para atención prenatal y del parto, mientras el varón es abordado de forma indirecta.

La mayoría de la población conoce el concepto de los métodos anticonceptivos, conocen su función principal, es decir que tienen claro que usarlos les permite planear el número de hijos que desean tener, sin embargo, en cuanto a la variedad de métodos anticonceptivos disponibles se observó que a pesar que los identificaron como métodos anticonceptivos, al hacer preguntas directas sobre algunos métodos no los lograron identificar. Solo la tercera parte de la población reconoce el MELA como método anticonceptivo, similar a lo que se reportó en *ENDESA 2012*, donde más de la mitad de las mujeres desconoce el MELA.

Por consiguiente, al valorar el conocimiento sobre aspectos básicos de los métodos anticonceptivos se observó que fue predominantemente deficiente, sin embargo la suma de los conocimientos regular y bueno representan la mayoría de la población con un conocimiento aceptable, lo que concuerda con *Balladares, E. y Chavarría, K.* quienes encontraron un conocimiento alto de los conceptos generales de métodos anticonceptivos en la mayoría de su población.

Al valorar el conocimiento sobre los beneficios de los métodos anticonceptivos, se observó que la mayoría de la población logró identificar al menos una función de los métodos anticonceptivos. La población identificó con mayor frecuencia que los métodos anticonceptivos sirven para evitar infecciones de transmisión sexual, más que a su función principal de evitar los embarazos; afortunadamente la mayoría de esta población sabe que los métodos que protegen contra las infecciones de transmisión sexual son el condón femenino y el condón masculino, ya que no todos los métodos anticonceptivos protegen contra las ITS.

La mayor parte de la población conoce los métodos permanentes como la esterilización quirúrgica y los de larga duración como la T de cobre, de este último se encontró similitud con lo descrito por *Viela, A, y colaboradores*, quienes encontraron que los conocimientos sobre el DIU en la población entre los 18 a 49 años son buenos.

El conocimiento sobre los beneficios de los métodos anticonceptivos fue de predominantemente bueno, lo que deja en evidencia que la mayoría de la población tienen un conocimiento que le permita seleccionar el método en base a sus necesidades, lo que se asimiló a lo encontrado por *Balladares, E. y Chavarría, K.* donde el conocimiento sobre los ventajas de los métodos anticonceptivos fue bueno en la mayoría de su población.

Se evaluó el conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos, destacándose el hecho de que la población tiene mayor conocimiento al usar el condón y las píldoras anticonceptivas, lo que concuerda con los resultados obtenidos en la encuesta de ENDESA 2012, que reportan que la mayoría de la población tenía un buen conocimiento sobre las píldoras anticonceptivas.

El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos fue de predominio deficiente, aunque esto no denota la mayoría de la población, ya que la población con conocimiento bueno y regular suman la mayor parte de las personas encuestadas, este dato no concuerda con los hallazgos de Romero, quien describe un conocimiento deficiente relacionado al uso de métodos anticonceptivos en una población adolescente; lo cual probablemente responde a que en este estudio, aunque se incluye a los adolescentes, la población no es predominantemente adolescente.

En general el conocimiento de métodos anticonceptivos fue regular y concuerda con lo descrito por López, M. y Tenorio, V. en su estudio donde el conocimiento en la población rural estudiada fue regular.

Al relacionar las categorías de conocimiento con las variables sociodemográficas se observó que la categoría de conocimiento regular, siendo la de mayor frecuencia, tuvo un predominio de las edades entre los de 20 a 35 años e igualmente se observó en el caso del conocimiento deficiente, el cual ocupó el segundo lugar en orden de frecuencia, mientras que en el conocimiento bueno las personas entre los 36 a 49 años predominaron en frecuencia. Según la literatura el conocimiento se adquiere por la experiencia, registrando y aprendiendo la nueva información que le permite enfrentarse a situaciones semejantes en el futuro, también llamado conocimiento a posteriori, muy probablemente esto explicaría que las personas con

mayor edad sean las predominantes en el buen conocimiento con respecto a las de menos edad, ya que esto supone que han vivido más experiencias.

Se observó que en todas las categorías de conocimiento el sexo femenino predominó en frecuencia con relación al masculino probablemente por lo explicado con anterioridad en este escrito, las mujeres tienen más experiencia por la mayor variedad de métodos que pueden utilizar, además la mayor intervención en conocimiento que se les dirige durante los programas de planificación familiar.

La escolaridad que se encontró con más frecuencia fue la de universidad en las categorías de conocimiento bueno y regular, no así en la categoría de conocimiento deficiente donde la escolaridad predominante fue la secundaria, probablemente las personas tienen más facilidad de movilizarse hacia las universidades y alcanzar niveles de escolaridad más altos. Estos estudios no difieren de lo hallado por Lauro, Y. quien en su estudio en una zona rural encontró predominio de la escolaridad universitaria seguida de la secundaria.

La religión predominante en todas las categorías de conocimiento fue la católica, lo que se concuerda con resultados similares en otros estudios realizados en la zona y con los datos de las fichas municipales de la zona.

Las personas solteras tienen un mejor conocimiento en el presente estudio, lo que concuerda con otros estudios realizados en zonas rurales; como en la encuesta ENDESA 2012 donde el mayor conocimiento lo obtuvieron las solteras, seguido por las mujeres casadas.

Relacionado al conocimiento, se hace interesante observar como en el conocimiento bueno y en el deficiente se encontró mayor predominio de la ocupación estudiante y en el conocimiento regular predominó la ocupación de agricultor, lo que podría inferir que la

población es más adulta y con más experiencia, no obviando que el conocimiento bueno tuvo mayor predominio de estudiantes, sin embargo en el orden de categorías este representa la minoría de la población.

En las tres categorías de conocimiento predominaron con mayor frecuencia las personas que no habían tenido hijos. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de ENDESA 2012, donde se describe una disminución de la fecundidad en las zonas rurales, lo que ellos relacionan a un aumento en el uso de métodos anticonceptivos.

Valorando las actitudes se hicieron preguntas con opciones de respuesta usando la escala de Likert donde cada persona emitió su nivel de acuerdo; se constató que la mayoría de las personas estuvo de acuerdo con la planificación de los hijos y que se debe ir al centro de salud a pedir información sobre los métodos anticonceptivos, pero apenas una minoría de la población estuvo de acuerdo con recibir educación sexual, lo que sugiere que a pesar que saben que es bueno acudir a profesionales para informarse sobre los métodos anticonceptivos no tienen una disposición de recibir la información necesaria; también se les hizo preguntas actitudinales donde dieron respuestas que se consideran adecuadas por lo que se define que las actitudes de la población fueron favorables en la mayoría de la población.

Se indago sobre la creencia en mitos y se constató que la población tiene una actitud relacionada a los mitos favorables, a pesar de que en varias preguntas respondieron que se encontraban indecisos, si bien no suma a favor, tampoco representa una desventaja.

Sumando actitudes y mitos, se observó que las actitudes en general fueron favorables en la mayoría de la población, lo que concuerda con resultados de López, M. y Tenorio, V. y otros

estudios realizados en poblaciones rurales donde encontraron que el 66% de su población tenía actitudes favorables.

Al valorar las categorías de actitudes en relación a las características sociodemográficas se encontró que las actitudes favorables fueron más frecuentes en la población entre las edades de 36 a 49 años, lo que sugiere relación al grado de experiencia y madurez de las personas; de escolaridad secundaria que es el nivel máximo de escolaridad de la comunidad, con religión católica y estado civil soltero, además predominó la ocupación de estudiante y personas sin hijos por tratarse mayormente de personas solteras que podrían no tener relaciones estables y con poco interés en embarazarse.

Se realizaron 14 preguntas para valorar las prácticas de métodos anticonceptivos en la población; abordando en 3 aspectos que implican la búsqueda de información, las prácticas sexuales y el uso de métodos anticonceptivos.

Sobre la búsqueda de información se constató que un poco más de la mitad de la población tienen buenas prácticas de búsqueda de información, lo que difiere con la mayoría de estudios realizados en la zona donde se describen malas prácticas en la búsqueda de información, probablemente por el abordaje actual referente al tema que se le brinda a la población en los establecimientos de salud.

También se abordó las prácticas sexuales en la población, obteniendo como resultado que la mayoría de la población había iniciado vida sexual con mayor frecuencia de edad entre los 16 a 19 años, lo que se asemeja con los resultados del estudio realizado por Romero, Y. quien encontró que la mayoría de población de su estudio, había iniciado vida sexual entre los 14 y 16 años y Castro, M. y colaboradores encontraron en edad promedio los 15.21 años;

también se encontró que la mayoría de estas personas había tenido relaciones sexuales en el último mes y todas estas personas habían tenido en entre 1 a 2 parejas sexuales; lo que se asimila a los que reporta Gualán, D. en su estudio, donde el 80% de la población mantenía vida sexual activa con más de una pareja.

Sobre el uso de métodos anticonceptivos se obtuvo como resultado, que un poco más de la mitad de la población con vida sexual activa usó algún método anticonceptivo en la última relación sexual, predominando el uso la inyección anticonceptiva, seguido del condón y la píldora; lo que varió con lo descrito el estudio de Gona, M. y Binstock, G. quienes reportan como métodos más usados las píldoras y el condón, mientras se concuerda con la encuesta ENDESA 2012, que describe como método más usado la inyección anticonceptiva.

La mayoría de la población con hijos no planeó sus embarazos, la OMS reporta que el 56% de las mujeres con embarazos no planeados habían dejado de usar sus métodos anticonceptivos.

La mayoría de la población refirió haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, predominando como método anticonceptivo de mayor uso el condón, seguido de la píldora anticonceptiva, lo que se asemeja a los resultados del estudio de Romero, Y. quien describe que el método más utilizado en la primera relación sexual fue el condón seguido por las píldoras anticonceptivas.

La mayoría de la población no usa ningún método anticonceptivo y de las parejas que los utilizan solo lo implementa un miembro de la pareja. Algunos estudios describen resultados similares, pero con un contexto diferente, ya que consideran que el hecho que solo un miembro de la pareja utilice el método traduce la recarga de responsabilidad sobre la persona

que lo usa, sin embargo, cabe destacar que la mayoría de anticonceptivos son de uso exclusivo para la mujer, mientras el varón tiene menos opciones, esto va favorecer que casi siempre solo un integrante de la pareja haga uso del método anticonceptivo.

Al consultarles la frecuencia con las que usan el método anticonceptivo solo un tercio de la población usa siempre su método anticonceptivo en todas sus relaciones sexuales, la mayoría refiere que nunca los usa, esto difiere con lo encontrado por Gona, M. y Binstock, G. quienes reportan que la mayoría de su población de estudio usan siempre su método anticonceptivo, sin embargo los objetivos de su estudio y la población que estudiaron son diferentes.

La mayor parte de la población refirieron no haber tenido hijos cuando iniciaron a utilizar su método anticonceptivo, lo que difiere de los resultados obtenidos por ENDESA 2012 que dicen que el 80% de su población ya tenía 2 hijos cuando inició a tomar sus métodos anticonceptivos; probablemente esta diferencia se deba a la disminución progresiva de la fecundidad registrada y que se ha relacionado con un aumento del uso de métodos anticonceptivos descritos en esta misma encuesta.

La mitad de la población adquiere su método anticonceptivo en farmacias, seguido en frecuencia por establecimientos de salud similar, como se describe en ENDESA 2012, el sector público y el privado son las principales fuentes de suministros de anticonceptivos.

La mayor parte de la población no ha tenido ninguna dificultad en la adquisición de su método anticonceptivo, lo que deja en evidencia que las dificultades solo son encontradas en un bajo porcentaje de la población, ya que el ministerio de salud ofrece de forma gratuita métodos anticonceptivos para favorecer su disponibilidad a la población.

Las prácticas fueron predominantemente adecuadas, sin embargo se observó que hay una diferencia muy estrecha con la frecuencia de la población que tuvo prácticas no adecuadas; en la mayoría de estudios realizados en la zona se describe que la población tiene malas prácticas en el uso de métodos anticonceptivos, sin embargo estos estudios abordan únicamente la población adolescentes, además se nota una mejoría de la escolaridad de la comunidad y el avance de los programas de planificación familiar en la zona lo que puede ser la base de esta disconcordancia.

En las personas con prácticas adecuadas predominó el grupo etario de 36 a 49 años, representando la población de mayor edad, que supone mayor madurez y experiencia, lo que se asemeja a los reportes de la encuesta ENDESA 2012, donde a pesar que no se hace referencia directa de las prácticas, describen sus implicaciones sobre todo en las mujeres mayores donde reportan que estas son las que más hacen uso de los métodos anticonceptivos. Siempre predominando el sexo femenino de escolaridad secundaria y religión católica, de estado civil casado y de profesión ama de casa, lo que concuerda con sus resultados, donde la mayoría de las mujeres que se describen con buenas prácticas son casadas a las que tradicionalmente se les confiere ocupaciones domésticas; y predominó la población que no han tenido embarazos, probablemente a resultado de las buenas prácticas de esta población.

En las prácticas inadecuadas predominó con mayor frecuencia el sexo masculino, lo que deja en evidencia que el varón tiene más prácticas inadecuadas en comparación con el sexo femenino, a pesar de ser estas las más predominantes en la población general. La mayoría es de escolaridad secundaria lo que podría deberse a que las prácticas no sólo están relacionadas a conocimientos sino también a las actitudes de las personas.

Analizando la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes se observó un predominio de las actitudes favorables en todos los niveles de conocimientos y que las actitudes desfavorables aumentaron su frecuencia conforme baja el nivel de conocimiento.

Al analizar el conocimiento relacionado a las prácticas, se observó que las personas con nivel de conocimiento bueno y regular tuvieron prácticas adecuadas, no así con los que tenían conocimiento deficiente donde las prácticas fueron inadecuadas. De esto Gogna, M. y Binstock, G. describen que el conocimiento es necesario para realizar una práctica adecuada de los métodos de anticoncepción.

Las personas con actitudes favorables tienen prácticas adecuadas, mientras las personas con actitudes desfavorables a pesar de tener mayormente prácticas adecuadas, tienen un porcentaje muy cercano de prácticas no adecuadas; con esto destaca el predominio de las prácticas adecuadas en la población con actitudes favorables y como las prácticas no adecuadas se aumentan en frecuencia en las personas con actitudes desfavorables.

3.3.Conclusiones

Con respecto a las características sociodemográficas, predominan con mayor frecuencia los grupos etarios entre 20 a 35 años y 36 a 49 años en igual proporción, de sexo femenino, escolaridad secundaria, religión católica, con estado civil soltero, de ocupación estudiante y sin hijos.

Con relación al conocimiento fue regular en los aspectos básicos, los beneficios y el uso de los métodos anticonceptivos; sin embargo se les encontró debilidades en que desconocen los mecanismos de acción de los anticonceptivos y la utilidad del MELA

Referente a las actitudes de las personas, se encontró que la mayoría son favorables, las personas están de acuerdo con el uso de los MAC, consideran que es bueno visitar el centro de salud para obtener información sobre estos y planear los embarazos, además de que sus ideas no están influenciadas por mitos que exageran las reacciones adversas o estigmatizan el uso de los MAC.

Por último, concerniente a las prácticas, la mayoría de la población tiene prácticas adecuadas en la búsqueda de información y uso de MAC, sin embargo se encontró debilidades en las prácticas sexuales que fueron no adecuadas; con un inicio de vida sexual durante la adolescencia, con más de dos parejas y no han planeado ninguno de sus embarazos.

3.4.Recomendaciones

Al ministerio de Salud:

Coordinarse con el Ministerio de Educación, CNU y otras entidades educativas de la zona para brindar capacitaciones sobre el tema a los docentes, para continuar el conocimiento a la población.

Al SILAIS local:

Implementar programas de capacitación inclusiva que busquen el abordaje del varón y esclarecimiento de mitos en temas de anticoncepción.

A nivel de centro de salud:

Implementar programas de capacitación dirigidos al abordaje del varón en temas de métodos anticonceptivos durante sus visitas al centro o movilización del personal hacia la comunidad.

Capacitar y promover el MELA en las mujeres que acuden para control prenatal, atención del parto y cuidados postnatales.

A la Red Comunitaria:

Abordar mediante capacitaciones sobre métodos anticonceptivos a trabajadores varones y mujeres desde sus lugares de trabajo.

CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA

4.1. Bibliografía básica

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. (2019). *Planificación*

Familiar, un manual mundial para proveedores. Obtenido de

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y

INIDE, MINSA, UNFPA, UNICEF, & Fondo mundial. (2012). *Encuesta Nicaraguense de*

Demografía y salud. Obtenido de nicaragua.unfpa.or:

<https://nicaragua.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ENDESA-2011-12-completa.pdf>

MINSA Nicaragua. (Agosto de 2015). *normativa 002- Norma y protocolo de planificación*

familiar. Obtenido de www.minsa.gob.ni

Simons Allan, C. A. (2014). *el contacto social del cambio de la fecundidad en america*

latina.

4.2. Bibliografía de consulta

ADAM. (18 de octubre de 2017). EDAD GESTACIONAL. *ENCICLOPEDIA*

MULTIMEDIA. Obtenido de

<http://trihealth.adam.com/content.aspx?productid=118&pid=5&gid=002367>

Aleman, R., Garcia, J., & Almendarez, J. (s.f.). *conocimientos, actitudes y prácticas sobre*

Métodos de Planificación Familiar en mujeres en edad fértil del Reparto Walter

Ferreti de la ciudad de León en el período de Julio – octubre 2007. Obtenido de

2008.

Balladares, E., & Chavarria, K. (2015). *Conocimiento, actitudes y practicas sobre métodos anticonceptivos en estudiantes de cuarto y quinto año del colegio Santo Domingo de Guzmán –Rivas, II semestre 2015*. Obtenido de Core.ac.uk:
<https://core.ac.uk/reader/160741460>

Bellizi, S., Mannava, P., & Nangai, M. (2019). *Razones para la interrupción de la anticoncepción entre mujeres con un embarazo no deseado actual en 36 países de ingresos bajos y medianos*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/detail/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>

Castro, M., Palaez, J., Valerio, G., Perez, M., Serret, J., Lobovski, M., & Bermudez, R. (2017). Nivel de conocimientos de las adolescentes sobre metodos anticonceptivos de emergencia. Estudio multinacional en Latinoamerica y el Caribe. *Revista Federacion Latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecologia* , 19-50.

Chavez, M. (2011). *conocimientos, actitudes y prácticas en planificación familiar y sexualidad en escolares de tercero, cuarto y quinto de secundaria en colegios de Tintaya Marquiri, Perú*.

Conocimiento. (16 de 04 de 2020). Recuperado el 15 de 08 de 2020, de
<http://www.significados.com/conocimiento>

fronteras, M. s. (2019). *Salud sexual y Reproductiva* . Obtenido de www.msf.es/nuestra-accion/salud-sexual-y-reproductiva

Gomez Sanchez, P. I. (septiembre de 2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes de pregrado de una universidad de*

Colombia. Obtenido de Researchgate.net:

https://www.researchgate.net/publication/287200510_Conocimientos_actitudes_y_practicas_sobre_salud_sexual_y_reproductiva_en_estudiantes_de_pregrado_de_una_universidad_de_Colombia

Gualán, D. (2015). *Factores socioculturales que limitan el uso de los métodos anticonceptivos en las y los pobladores de 15 a 45 años de la comunidad La WINTZA, Centinela del Condor, periodo Marzo - Abril 2015*. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17456/1/TESES%20FACTORES%20SOCIOCULTURALES%20QUE%20LIMITAN%20EL%20USO%20DE%20M%20C3%89%20TODOS%20ANTICONCEPTIVOS%20EN%20LAS%20Y%20LOS%20POBLADO.pdf>

Gutierrez, R., Alarcon, R., Cuadra, M., Alarcon, J., & Rodriguez, N. (2019). Conocimientos, actitudes y practicas en el uso de metodos anticonceptivos en ingresantes a una universidad de Trujillo. *Revista de investigacion de Estadistica de la Universidad Nacional de Trujillo*, 34-43.

Huapaya, C., & Rodriguez, F. (Octubre- Diciembre de 2018). *Nivel de conocimiento en el uso de metodos anticonceptivos en adolescentes de educacion Secundaria en tres colegios de Lima-Peru*. Obtenido de Universidad de Norbert Wiener: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3037/TESES%20Huapaya%20Carla%20-%20Rodriguez%20Fanny.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

INIDE, MINSA, UNFPA, UNICEF, & Fondo mundial. (2012). *Encuesta Nicaraguense de Demografía y salud*. Obtenido de nicaragua.unfpa.or:

<https://nicaragua.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ENDESA-2011-12-completa.pdf>

Laurano , Y. (2018). *RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL EN BOTICA “MI DOCTOR” EN LOS OLIVOS, ENERO - ABRIL 2018.*

Obtenido de

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2145/TITULO%20-%20Yessenia%20Lauro%20Morales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Maistegui, L. C. (2006). 8. *CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y CONDUCTAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DEL HOSPITAL MATERNO PROVINCIAL DE CÓRDOBA, 2006.* Obtenido de

Universidad Nacional de Cordoba:

http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/maiztegui_laura_c.pdf

Mancha, C. L. (2018). *Salud sexua - Guia de metodos anticonceptivos.* Obtenido de www.castillalamancha.es

Maria, R. (26 de 05 de 2020). *Actitud.* Recuperado el 15 de 09 de 2020, de Concepto. de.:

<https://concepto.de/actitud/>

Mejia , L., Trujillo, J., Hernandez, P., Aguela, L., & Cardenas , J. (2019). Conocimientos y uso de metodos anticonceptivos de gestantes adolescentes y sus parejas, del municipio de Fusagasuga, Cundinamarca (Colombia). *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 4.

Mendoza, A., & Perez, J. (Marzo de 2017). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso del dispositivo intrauterino en mujeres atendidas en el programa de planificación familiar, del Centro de Salud Francisco Buitrago-Managua, durante diciembre 2016 a febrero 2017*. Obtenido de Core.ac.uk:
<https://core.ac.uk/download/pdf/132121965.pdf>

MENENDEZ., M. (JULIO - SEPT de 2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *REVISTA CUBANA DE OBSTETRICIA y GINECOLOGIA*, 38(3). Recuperado el 8 de ABRIL de 2020, de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006

ministerio de salud y desarrollo social, A. (2017). *METODOS ANTICONCEPTIVOS, guia practica para profesionales de la Salud*. Obtenido de
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000589cnt-metodos-anticonceptivos-guia-practica-profesionales-salud.pdf>

MINSA Nicaragua. (Agosto de 2015). *normativa 002- Norma y protocolo de planificacion familiar*. Obtenido de www.minsa.gob.ni

Miranda , I. M. (2016). *Nivel de conocimiento sobre metodos de planificacion familiar en puerperas adolescentes*. Obtenido de
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10033.pdf&ved

monografias, a. e. (febrero de 2004). *Lactancia materna*. Obtenido de guia para profesionales:
http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_la_lactancia_materna_AEP.pdf

- Monroy, D., & Vilchis, E. (2016). *Nivel de conocimiento sobre metodos anticonceptivos que tienen los alumnos de la secundaria Mexiquense*. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66316/TESIS%20%286%29-split-merge.pdf?sequence=3>
- Nair, M., & ML, L. (2013). *CAP en salud sexual y reproductiva con énfasis en el uso de métodos de planificación familiar en adolescentes y adultos jóvenes*.
- Neloofer, S., & Allin, S. (2012). *4. Determinants of contraceptives use amongst youth: an exploratory study with family planning service providers in Karachi Pakistan*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/212884348.pdf>
- OMS. (2020). *Salud Sexual* . Obtenido de https://www.who.int/topic/sexual_health/es/
- Perez, I., Valle, N., & Mendez, P. (2017). *Conocimiento de las adolescentes y jóvenes de 15 a 22 años que asisten al área de*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/84460568.pdf>
- Pérez, J., & Gardey, A. (2010). *Práctica*. Obtenido de definicion.de.: <https://definicion.de/practica/>
- PROFAMILIA, C. (2015). *Encuesta Nacional de demografía y salud*. Obtenido de Profamilia.org: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf>
- Puentes, E., Dominguez, B., & Rodriguez, Y. (2012). *La sexualidad en adolescentes de la secundaria básica*. Obtenido de Revista Cubana de Medician Integral: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252012000400004&lng=es&nrm=iso

- Puesto de Salud el Guayabo. (2020). *Dispenzarizacion comunitaria 2020*.
- Quintero, C., & Duarte, D. (2005). *10. Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en los y las Adolescentes del Instituto Concepción de María, del municipio de San Francisco Libre, Departamento de Managua, del 1° de Marzo al 30 de Junio del 2013*. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/3294/1/47612.pdf>
- Rios , J., & Gonzalez, J. (2019). *Conocimientos, actitudes y Practicas sobre Metodos Anticonceptivos en adolescentes del cuarto y quinto año del Instituto Nacional Publico del municipio de Palacaguina, departamento de Madriz, en el periodo del 1° de Febrero al 30 de Abril 2019*. Obtenido de Repositorio UNAN Managua : <https://repositorio.unan.edu.ni/11269/>
- Rocha, K. (2007). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en los alumnos de secundaria del instituto Cristo Rey de San Lucas, Madriz en mayo*.
- Romero, Y. (2013). *CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN, EN ESTUDIANTES DEL CENTRO ESCOLAR EPIFANÍA DE LA COMUNIDAD EL HORMIGÓN, MUNICIPIO DE GRANADA DEL 1 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE 2013*. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/1448/1/62244.pdf>
- Sanchez, M., Davila , R., & Ponce , E. (2015). conocimiento u uso de metodos anticonceptivos en adolescentes en un centro de salud de la ciudad de Mexico. *ScienceDirect*, 35-38.
- Schwarcz, R., Castro, R., Galimberti, D., Martinez, I., Garcia, O., Lomuto, C., . . . Queiruga, M. (2015). *Guia para el uso de metodos anticonceptivos*. Obtenido de

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/GUIA%20Anticoncepcion%20MSAL%20Argentina.pdf>

Sevilla, S. (2005). *conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos, en estudiantes de secundaria del Instituto Regional de Chontales.*

Simons Allan, C. A. (2014). *el contacto social del cambio de la fecundidad en america latina.*

Soledad Diaz, v. S. (2017). *¿que y cuales son los metodos anticonceptivos?* Recuperado el Agosto de 2020, de www.icmer.org

Sully, E., Biddlecom , A., Darrochi, J., Reley, T., Ashford, L., Daroche , N. L., . . . Murro, R. (2019). *Haciendo Cuentas: Invertir en salud sexual y reproductiva en paises de ingresos bajos y medianos.* New York: Guttmacher Institute.

UNFPA. (16 de noviembre de 2016). *salud sexual y reproductiva.* Obtenido de www.unfpa.org

Vargas, S. (2015). *EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES DE LA PREPARATORIA No. 2 DE LA CIUDAD DE TULANCINGO DE BRAVO, HIDALGO 2015.* Obtenido de Escuela de Salud Pública de México: <https://catalogoinsp.mx/files/tes/055185.pdf>

Vilela, A., Simao, K., DosSantos , O., Ferreira , R., Fujimori, E., & Do Amor, E. (2020). *Conocimientos e interes en el uso del dispositivo intrauterino entre mujeres usuarias de las unidades de salud . Revista Latinoamericana de Enfermagem, 1518-8345.*

CAPÍTULO V: ANEXOS.

5.1.Ficha de Recolección de datos.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

TEMA DEL ESTUDIO: “Conocimientos Actitudes y Prácticas de métodos anticonceptivos en la población de la comunidad Cerro Colorado, del municipio El Sauce- León, durante el mes octubre 2020.

AUTORES: Br. Karla Mariangel Ruiz Borge.

Br. Bany Elizabeth Saballos Rueda.

PROPOSITO DEL ESTUDIO: Determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de métodos anticonceptivos en la población en estudio, dicha información se utilizará en la realización de tesis monográfica, y podrá ser utilizada como referencia para la toma de decisiones para la elaboración de programas o campañas educativas sobre métodos anticonceptivos.

El presente cuestionario consta de una serie de preguntas, redactadas en forma sencilla, con el objetivo de determinar los conocimientos, las actitudes y las prácticas acerca del tema antes descrito. La persona puede contestar de la manera más tranquila posible dado que no se pide nombre, ni identificación alguna, por lo que se asegura privacidad del encuestado, además la información se utilizará para fines estrictamente investigativos y no se proporcionará el presente documento a terceros. Se pide al participante que lea detenidamente y conteste con el mayor interés posible, la respuesta que estime conveniente para cada pregunta.

Firma del participante._____.

Firma del investigador._____



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en la población de la comunidad Cerro Colorado, del municipio El Sauce- León, durante el mes octubre 2020.

Ficha No. _____

Fecha: _____

Características sociodemográficas

Edad en años:	sexo	Escolaridad	Religión
15 – 19 años _____	Masculino: _____	Sin escolaridad _____	Católico: _____
20 – 35 años _____	Femenino: _____	Primaria _____	Evangélico: _____
36 – 49 años _____		Secundaria _____	Otros: _____
		Técnico _____	Ninguno: _____
		Universidad _____	
Estado civil	Ocupación	Número de embarazos	
Casado _____	Agricultor _____	0 _____	
Soltero _____	Obrero _____	1 _____	
Unión libre _____	Ama de casa _____	2 _____	
	Estudiante _____	3 _____	
	Otros _____	4 o más _____	

Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos

Aspectos básicos sobre los métodos anticonceptivos

Marque con una X la casilla que considere pertinente:

1. ¿Cuáles métodos anticonceptivo conoce o ha oído mencionar?	
Esterilización femenina ____ Esterilización masculina ____ Píldoras o pastillas anticonceptivas ____ T de cobre ____ Inyección anticonceptiva ____ Implantes anticonceptivos ____ Condón femenino ____	Condón masculino ____ Métodos Vaginales ____ Método de la lactancia materna ____ Abstinencia periódica, ritmo o calendario ____ Retiro ____ PPMS ____ Otros ¿Cuáles? _____.

Marque con una X su respuesta

Preposición	Si	No	No lo sé
2. ¿Son los métodos anticonceptivos sustancias, medicamentos, dispositivos o métodos naturales que ayudan a evitar embarazos a consecuencia del acto sexual?			
3. ¿Los anticonceptivos son elementos necesarios para efectuar la planificación familiar?			
4. ¿Es verdad que los métodos anticonceptivos solo existen en pastillas?			
5. ¿Los anticonceptivos se clasifican en hormonales, de barrera, naturales y permanentes?			
6. ¿La esterilización quirúrgica es un método anticonceptivo?			
7. ¿La píldora de la mañana siguiente (PPMS) es un método anticonceptivo de uso regular?			
8. ¿La T de cobre o DIU es un anticonceptivo que protege de las infecciones de transmisión sexual?			
9. ¿La lactancia materna es un método anticonceptivo?			
10. ¿Los anticonceptivos pueden usarse por varones y mujeres?			

Beneficios de los métodos anticonceptivos

Marque con una x la casilla que considere pertinente.

11. Seleccione las utilidades de los métodos anticonceptivos que conozca.

Para planear los embarazos_____

Para tratar enfermedades ginecológicas_____

Para protegerse de las infecciones de transmisión sexual_____

Para evitar los embarazos posterior a violaciones sexuales_____

Preposición	Si	No	No lo sé
12. ¿Los métodos anticonceptivos que sirven para evitar el VIH/SIDA son el condón masculino y condón femenino?			
13. ¿Las mujeres que están seguras de ya no querer hijos pueden beneficiarse de la esterilización quirúrgica?			
14. ¿La T de cobre es un dispositivo anticonceptivo de uso fácil, que puede usarse por muchos años?			
15. ¿La lactancia materna es un método natural de anticoncepción, útil y accesible para las mujeres que acaban de dar a luz?			
16. ¿Las píldoras pueden ser usadas por varones y mujeres?			

Conocimientos sobre uso de métodos anticonceptivos

Marque con una X la casilla que considere pertinente.

Preposición	Si	No	No lo sé
17. ¿Se puede usar un condón cuyo empaque este abierto, roto o alterado?			
18. ¿Las píldoras diarias se pueden tomar a cualquier hora del día?			
19. ¿Sí me olvido tomar una dosis de mi píldora diaria, podría quedar embarazada?			
20. ¿Los hombres también pueden operarse para ya no tener hijos?			
21. ¿La lactancia materna es útil como método anticonceptivo únicamente durante los 6 meses posteriores al parto?			
22. ¿Es cierto que la lactancia materna sirve como método anticonceptivo si yo estoy alimentando al bebe única y exclusivamente con leche materna y aún no he presentado mi primera menstruación después del parto?			
23. ¿La inyección trimestral se debe aplicar cada 3 meses, evitando retrasos mayores de 2 semanas en su aplicación?			
24. ¿La T de cobre se debe revisar cada 6 meses, para valorar su funcionalidad?			
25. ¿La píldora de la mañana siguiente PPMS se debe tomar dentro de las 72 horas posteriores al acto sexual?			

Cuestionario sobre las actitudes relacionadas al uso de métodos anticonceptivos.

Marque con una X la casilla con la respuesta que considere pertinente:

Actitudes sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Preposición	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo
Es bueno planear los embarazos.			
Se debe ir al centro de salud a pedir información sobre los métodos de planificación.			
Estarías dispuesto a recibir educación sexual.			
En su relación de pareja ambos deben estar de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos			
Es vergonzoso solicitar métodos anticonceptivos en el centro de salud.			
Considero que cualquier momento de la vida es bueno para tener hijos			
Considero que el tener varias parejas sexuales representa algún problema.			
Considero que usar los métodos anticonceptivos va contra mis principios			
Considero que a los hijos hay que hablarles sobre métodos anticonceptivos para evitar que tengan relaciones sin protección			
Considera que los métodos anticonceptivos solo los utilizan las mujeres indecentes.			

Mitos sobre métodos anticonceptivos

Preposición	En desacuerdo	Indeciso	En acuerdo
¿Considera que las píldoras anticonceptivas producen cáncer en la matriz?			
¿Usted cree que las píldoras anticonceptivas engordan a la mujer?			
¿Considera que las píldoras anticonceptivas producen manchas en la cara?			
¿Cree usted que a las mujeres que se les descontrola su menstruación?			
¿Usted cree que los anticonceptivos dejan estériles a las mujeres?			
¿Considera usted que los anticonceptivos deforman el cuerpo de la mujer?			
¿Cree usted que el condón reduce el placer en las relaciones sexuales?			
¿Considera usted que los anticonceptivos producen abortos?			
¿Cree usted que la T de cobre se encarna en la matriz?			
¿Cree usted que el hombre que se opera pierde la potencia sexual?			

Cuestionario sobre prácticas relacionadas a métodos anticonceptivos:

Búsqueda de información sobre métodos anticonceptivos.

Marque con una X su respuesta:

1. ¿Ha visitado algún puesto médico para informarse sobre métodos anticonceptivos?
Sí ____ No ____
2. ¿Ha buscado en internet información sobre métodos anticonceptivos?
Sí ____ No ____
3. ¿Quién le ha brindado información sobre los métodos anticonceptivos?
Médico ____ Familiar ____ Pareja ____ Amigo ____ No uso ____

Inicio de vida sexual activa

Marque con una X su respuesta.

4. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez? (**Si su respuesta es NO por favor no continúe con las siguientes preguntas**).
Sí ____ No ____
¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
Menos de 15 años ____
16 - 19 años ____
20 - 29 años ____
30 - 40 años ____
5. ¿ha teniendo relaciones sexuales en el último mes?
Sí ____ No ____
6. ¿cuantas parejas sexuales ha tenido?
Nº de parejas ____

Uso de Métodos anticonceptivos.

Señale con una X su respuesta.

7. ¿Ha usado algún método anticonceptivo en la última relación sexual?
Sí ____ No ____

- Sí su respuesta fue positiva, especifique ¿Cuál?_____
8. ¿Sí ha estado embarazada, ha planeado todos estos embarazos?
Sí _____ No _____ No tengo hijos _____
9. ¿Utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual?
Sí _____ No _____
Sí su respuesta es “**Si**”, especifique ¿Cuál método utilizó? _____
10. ¿En su relación de pareja actual quién utiliza el método anticonceptivo en el último mes?
Ambos _____ Solo su pareja _____ Solo yo _____
No usamos _____ No aplica _____
11. ¿Utiliza su método anticonceptivo en todas sus relaciones sexuales en el último mes?
Siempre _____ Algunas veces _____ Nunca _____ No aplica _____
12. Cuando inicio a utilizar el método ¿cuántos hijos tenía?
Nº de hijos _____ No recuerdo _____ No tenía _____ No aplica _____
13. ¿En qué lugar adquiere su método anticonceptivo?
Farmacia
Supermercado / mercado / pulpería
Establecimiento de salud público
Establecimiento de salud privado
No aplica _____
14. Señale con una X ¿Qué dificultades ha presentado en la adquisición de su método anticonceptivo?
Ninguna _____
No tengo dinero para comprarlo _____
El puesto médico me queda muy lejos _____
Las farmacias y pulperías me quedan lejos _____
No aplica _____

Nota: Modificado y adaptado de las herramientas utilizadas por INIDE/MINSA en la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011-2012 y por PROFAMILIA en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia 2015

5.2.Tablas y Figuras

Tabla 1

Características sociodemográficas de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Datos sociodemográficos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad		
15 a 19 años	42	23,9
20 a 35 años	67	38,1
36 a 49 años	67	38,1
Sexo		
Masculino	69	39,2
Femenino	107	60,8
Escolaridad		
Sin escolaridad	8	4,5
Primaria	30	17,1
Secundaria	73	41,4
Técnico	12	6,8
Universidad	53	30,1
Religión		
Evangélico	40	22,7
Católicos	103	58,5
Otros	24	13,6
Ninguno	9	5,1
Estado civil		
Casado	62	35,2
Soltero	74	42,1
Unión Libre	40	22,7
Ocupación		
Agricultor	58	32,9
Obrero	20	11,3
Ama de casa	57	32,3
Estudiante	51	28,9
Otros	0	0,0
Número de embarazos		
0	66	37,5
1	11	6,2
2	39	22,1
3	35	19,8
4 a más	25	14,2

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 2

Conocimientos básicos sobre MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

¿Cuáles métodos anticonceptivos conoce o ha oído mencionar?	Frecuencia	Porcentaje
Esterilización femenina	93	52,8
Esterilización masculina	86	48,8
Píldoras o pastillas anticonceptivas	143	81,2
T de cobre	132	75
Inyección anticonceptiva	159	90,3
Implantes anticonceptivos	55	31,2
Condón femenino	104	59
Condón masculino	163	92,6
Métodos Vaginales	20	11,3
Método de la lactancia materna	65	36,9
Abstinencia periódica, ritmo o calendario	67	38,1
Retiro	29	16,4
PPMS	80	45,4
Otros	0	0
Total	176	100

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 3

Conocimientos básicos sobre MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Preposición	Si		No		No lo sé	
	No	%	No	%	No	%
¿Son los métodos anticonceptivos sustancias, medicamentos, dispositivos o métodos naturales que ayudan a evitar embarazos a consecuencia del acto sexual?	147	83,5	19	10,8	10	5,6
¿Los anticonceptivos son elementos necesarios para efectuar la planificación familiar?	166	94,3	0	0	10	5,6
¿Es verdad que los métodos anticonceptivos solo existen en pastillas?	7	3,9	163	92,6	6	3,4
¿Los anticonceptivos se clasifican en hormonales, de barrera, naturales y permanentes?	58	32,9	14	7,9	104	59,1
¿La esterilización quirúrgica es un método anticonceptivo?	105	59,6	42	23,8	41	23,3
¿La píldora de la mañana siguiente (PPMS) es un método anticonceptivo de uso regular?	77	43,7	80	45,4	41	23,3
¿La T de cobre o DIU es un anticonceptivo que protege de las infecciones de transmisión sexual?	12	6,8	153	86,9	30	17,1
¿La lactancia materna es un método anticonceptivo?	54	30,6	58	32,9	64	36,3
¿Los anticonceptivos pueden usarse por varones y mujeres?	146	82,9	11	6,2	19	10,8
Total	166	94,3	163	92,6	104	59,1

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 4

Conocimientos sobre Beneficios de los MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Selecciones las utilidades de los MAC que conozca.	Frecuencia	Porcentaje
Para planear los embarazos	111	63,1
Para tratar enfermedades ginecológicas	72	40,9
Para protegerse de las infecciones de transmisión sexual	137	77,8
Para evitar los embarazos posterior a violaciones sexuales	106	60,2

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 5

Conocimiento sobre Beneficios de los MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Preposición	Si		No		No lo se	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
¿Los métodos anticonceptivos que sirven para evitar el VIH/SIDA son el condón masculino y condón femenino?	149	84,6	14	7,9	13	7,3
¿Las mujeres que están seguras de ya no querer hijos pueden beneficiarse de la esterilización quirúrgica?	158	89,7	0	0	18	10,2
¿La T de cobre es un dispositivo anticonceptivo de uso fácil, que puede usarse por muchos años?	117	66,4	12	6,8	47	26,7
¿La lactancia materna es un método natural de anticoncepción, útil y accesible para las mujeres que acaban de dar a luz?	96	54,5	15	8,5	62	35,2
¿Las píldoras pueden ser usadas por varones y mujeres?	28	15,9	94	53,4	54	30,6

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 6

Conocimiento sobre uso de MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Preposición	Si		No		No lo se	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
17. ¿Se puede usar un condón cuyo empaque este abierto, roto o alterado?	3	1,7	173	98,3	0	0
18. ¿Las píldoras diarias se pueden tomar a cualquier hora del día?	27	15,3	113	64,2	37	21,1
19. ¿Sí me olvido tomar una dosis de mi píldora diaria, podría quedar embarazada?	146	82,9	4	2,2	26	14,7
20. ¿Los hombres también pueden operarse para ya no tener hijos?	155	88,1	7	3,9	14	7,9
21. ¿La lactancia materna es útil como método anticonceptivo únicamente durante los 6 meses posteriores al parto?	69	39,2	29	16,4	80	45,4
22. ¿Es cierto que la lactancia materna sirve como método anticonceptivo si yo estoy alimentando al bebe única y exclusivamente con leche materna y aún no he presentado mi primera menstruación después del parto?	74	42,1	25	14,2	77	43,7
23. ¿La inyección trimestral se debe aplicar cada 3 meses, evitando retrasos mayores de 2 semanas en su aplicación?	83	47,1	23	13,1	70	39,7
24. ¿La T de cobre se debe revisar cada 6 meses, para valorar su funcionalidad?	119	67,6	6	3,4	31	17,6
25. ¿La píldora de la mañana siguiente PPMS se debe tomar dentro de las 72 horas posteriores al acto sexual?	92	52,2	32	18,1	52	29,5

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 7

Conocimiento de los MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Conocimientos sobre aspectos básicos de métodos anticonceptivos		
Bueno	43	24,4
Regular	61	34,6
Deficiente	72	40,9
Conocimientos sobre beneficios de los métodos anticonceptivos		
Bueno	63	35,8
Regular	58	32,9
Deficiente	55	31,2
Conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos		
Bueno	11	6,2
Regular	82	46,5
Deficiente	83	47,1

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 8

Conocimiento de los MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	21	11,9
Regular	89	50,5
Deficiente	66	37,5
Total	176	100

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 9

Características sociodemográficas / conocimientos de MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Datos sociodemográficos	Bueno		Regular		Deficiente	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Edad						
15 a 19 años	6	28,5	14	15,7	22	33,3
20 a 35 años	6	28,5	38	42,7	23	34,8
36 a 49 años	9	42,8	37	41,5	21	31,8
Sexo						
Femenino	11	52,3	58	65,1	38	57,5
Masculino	10	47,6	31	34,8	28	42,4
Escolaridad						
Sin escolaridad	0	0	6	6,7	2	3,1
Primaria	5	23,8	17	19,1	8	12,1
Secundaria	6	28,5	28	31,4	39	59,1
Técnico	1	4,7	8	8,9	3	4,5
Universidad	9	42,8	30	33,7	14	21,2
Religión						
Evangélico	3	14,2	21	23,6	16	24,2
Católico	15	71,4	55	61,8	33	50
Otros	1	4,7	12	13,4	11	16,6
Ninguno	2	9,5	1	1,1	6	9,1
Estado civil						
Casado	8	38,1	33	37,1	21	31,8
Soltero	13	61,9	32	35,9	29	43,9
Unión Libre	0	0	24	26,9	16	24,2
Ocupación						
Agricultor	6	28,5	34	38,2	18	27,2
Obrero	3	14,2	12	13,4	5	7,5
Ama de casa	5	23,8	24	26,9	18	27,2
Estudiante	7	33,3	19	21,3	25	37,8
Otros	0	0	0	0	0	0
Número de Embarazos						
0	9	42,8	27	30,3	30	45,4
1	1	4,7	8	8,9	2	3,1
2	3	14,2	20	22,4	16	24,2
3	5	23,8	19	21,3	11	16,6
4 a más	3	14,2	15	16,8	7	10,6
Total	21	11,9	89	50,5	66	37,5

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 10

Actitudes relacionadas a MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Preposición	En desacuerdo		Indeciso		De acuerdo	
	No	%	No	%	No	%
1. Es bueno planear los embarazos.	41	23,3	9	5,1	126	71,5
2. Se debe ir al centro de salud a pedir información sobre los métodos de planificación.	27	15,3	0	0	150	85,2
3. Estarías dispuesto a recibir educación sexual.	38	21,5	21	11,9	17	9,6
4. En su relación de pareja ambos deben estar de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos.	28	15,9	21	11,9	117	66,4
5. Es vergonzoso solicitar métodos anticonceptivos en el centro de salud.	104	59,1	26	14,7	46	26,1
6. Considero que cualquier momento de la vida es bueno para tener hijos.	98	55,6	23	13,1	55	31,2
7. Considero que el tener varias parejas sexuales representa algún problema.	55	31,2	29	16,4	112	63,6
8. Considero que usar los métodos anticonceptivos va contra mis principios.	115	65,3	31	17,6	30	17,1
9. Considero que a los hijos hay que hablarles sobre métodos anticonceptivos para evitar que tengan relaciones sin protección.	8	4,5	13	7,3	155	88,1
10. Considera que los métodos anticonceptivos solo los utilizan las mujeres indecentes.	152	86,3	15	8,5	9	5,1

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 11

Mitos relacionados a MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Preposición	En desacuerdo		Indeciso		De acuerdo	
	No	%	No	%	No	%
11. ¿Considera que las píldoras anticonceptivas producen cáncer en la matriz?	41	23,3	75	42,6	60	34,1
12. ¿Usted cree que las píldoras anticonceptivas engordan a la mujer?	57	32,3	38	21,5	81	46,1
13. ¿Considera que las píldoras anticonceptivas producen manchas en la cara?	34	19,3	76	43,1	66	37,5
14. ¿Cree usted que a las mujeres que se les descontrola su menstruación?	33	18,7	55	31,2	81	46,1
15. ¿Usted cree que los anticonceptivos dejan estériles a las mujeres?	48	27,2	52	29,5	77	43,7
16. ¿Considera usted que los anticonceptivos deforman el cuerpo de la mujer?	79	44,8	38	21,5	59	33,5
17. ¿Cree usted que el condón reduce el placer en las relaciones sexuales?	67	38,1	66	37,5	43	24,4
18. ¿Considera usted que los anticonceptivos producen abortos?	43	24,4	88	50	55	31,2
19. ¿Cree usted que la T de cobre se encarna en la matriz?	29	16,4	96	54,5	57	32,3
20. ¿Cree usted que el hombre que se opera pierde la potencia sexual?	70	39,7	86	48,8	13	7,3

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 12

Actitudes generales sobre MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Actitudes generales	Favorables		Desfavorables	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Actitudes	136	77,2	40	22,7
Mitos	160	90,9	16	9,1
Total	148	84,1	28	15,9

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 13

Características sociodemográficas/Actitudes relacionadas a MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Datos sociodemográficos	Favorables		Desfavorables	
	Frec.	%	Frec.	%
Edad				
15 a 19 años	34	19,3	5	2,8
20 a 35 años	54	30,6	9	5,1
36 a 49 años	58	32,9	5	2,8
Sexo				
Femenino	88	82,2	13	12,1
Masculino	58	84,1	6	8,7
Escolaridad				
Sin escolaridad	5	2,8	2	1,1
Primaria	27	15,3	2	1,1
Secundaria	57	32,3	12	6,8
Técnico	10	5,6	0	0
Universidad	47	26,7	3	1,7
Religión				
Evangélico	33	18,7	7	3,9
Católico	86	48,8	9	5,1
Otros	7	3,9	3	1,7
Ninguno	20	11,3	0	0
Estado civil				
Casado	53	30,1	9	5,1
Soltero	60	34,1	4	2,2
Unión Libre	33	18,7	6	3,4
Ocupación				
Agricultor	47	26,7	6	3,4
Obrero	18	10,2	2	1,1
Ama de casa	39	22,1	5	2,8
Estudiante	42	23,8	6	3,4
Otros	0	0	0	0
Número de Embarazos				
0	53	30,1	9	5,1
1	9	5,1	0	0
2	36	20,4	2	1,1
3	28	15,9	7	3,9
4 a más	20	11,3	1	0,5
Total de actitudes	148	84,1	28	15,9

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 14

Búsqueda de información sobre MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Búsqueda de información	Frecuencia	Porcentaje
¿Ha visitado algún puesto médico para informarse sobre métodos anticonceptivos?		
Si	91	51,7
No	85	48,3
¿Ha buscado en internet información sobre métodos anticonceptivos?		
Si	86	48,8
No	90	51,1
¿Quién le ha brindado información sobre los métodos anticonceptivos?		
Médico	84	47,7
Familiar	51	28,9
Pareja	29	16,4
Amigo	16	9,1
No uso	32	18,1

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 15

Prácticas sexuales de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Prácticas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?		
Si	150	85,2
No	26	14,7
¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?		
Menos de 15 años	39	22,1
16 – 19 años	61	34,6
20 – 29 años	50	28,4
30 a 40 años	0	0
¿Ha teniendo relaciones sexuales en el último mes?		
Si	116	65,9
No	34	19,3
No de Parejas sexuales		
Ninguna	26	17,3
1	76	50,6
2	48	32
3	19	12,6
4 a más	6	4

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 16

Prácticas relacionadas al uso de MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Prácticas relacionadas al uso de MAC	Frecuencia	Porcentaje
¿Ha usado algún MAC en la última relación sexual?		
Si	85	48,3
No	65	36,9
Tipo de MAC usado en la última relación sexual		
Píldoras	24	13,6
Inyección	29	16,4
Condón	24	13,6
T de Cu	4	2,2
Esterilización femenina	4	2,2
¿Ha planeado sus embarazos?		
Si	57	32,3
No	62	35,2
No tiene hijos	31	17,6
Uso de MAC en su primera relación sexual		
Si	64	36,3
No	86	48,8
MAC usado en la 1era relación sexual		
Píldora	20	11,3
Inyección	16	9,1
Condón	22	12,5
Retiro	3	1,7
¿Quién de la pareja usa el MAC en el último mes?		
Ambos	10	5,6
Solo su pareja	30	17,1
Solo yo	37	21,1
No usamos	73	41,4
Uso de MAC en todas sus relaciones sexuales en el último mes		
Siempre	56	37,3
Algunas Veces	27	18
Nunca	60	40
No aplica	7	6,4
Cuando inicio a utilizar el método ¿cuántos hijos tenía?		
1	12	8
2	11	7,3
3 a más	11	7,3
No recuerdo	13	7,3
No tenía	80	45,4
No aplica	23	13,1

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 17

Prácticas relacionadas al uso de MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

<i>Prácticas relacionadas al uso de MAC</i>	Frecuencia	Porcentaje
Lugar adquiere su MAC		
Fármacia	76	43,1
Supermercado / mercado / pulpería	4	2,2
Establecimiento de Salud público	30	17,1
Establecimiento de salud privado	12	6,8
No aplica	40	22,7
Dificultades en la adquisición del MAC		
Ninguna	117	66,4
No tengo dinero para comprarlo	18	10,2
El puesto médico me queda muy lejos	0	0
Las farmacias y pulperías me quedan lejos	3	1,7
No aplica	12	6,8

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 18

Características sociodemográficas/Prácticas relacionadas a MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Datos sociodemográficos	Adecuadas		No adecuadas	
	Frec.	%	Frec.	%
Edad				
15 a 19 años	20	11,3	22	12,5
20 a 35 años	31	17,6	36	20,4
36 a 49 años	39	22,1	28	15,9
Sexo				
Femenino	61	57,1	46	42,9
Masculino	29	42,1	40	57,9
Escolaridad				
Sin escolaridad	5	2,8	3	1,7
Primaria	19	10,8	11	6,2
Secundaria	34	19,3	39	22,1
Técnico	7	3,9	5	2,8
Universidad	25	14,2	28	15,9
Religión				
Evangélico	17	9,6	23	13,1
Católico	61	34,6	42	23,8
Otros	1	0,5	8	4,5
Ninguno	11	6,2	13	7,3
Estado civil				
Casado	40	22,7	22	12,5
Soltero	38	21,5	36	20,4
Unión Libre	12	6,8	28	15,9
Ocupación				
Agricultor	25	14,2	33	18,7
Obrero	11	6,2	9	5,1
Ama de casa	30	17,1	17	9,6
Estudiante	24	13,6	27	15,3
Otros	0	0	0	0
Número de Embarazos				
0	28	15,9	38	21,5
1	7	3,9	4	2,2
2	24	13,6	15	8,5
3	18	10,2	17	9,6
4 a más	13	7,3	12	6,8
Total de Prácticas	90	51,1	86	48,8

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 19

Conocimientos/Actitudes/Prácticas relacionadas a MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

	Actitudes		Prácticas					
	Favorables		Desfavorables		Adecuadas		No Adecuadas	
Conocimiento	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Bueno	19	90,4	2	9,5	21	100	0	0
Regular	80	89,8	9	10,1	89	100	0	0
Deficiente	58	87,8	8	12,1	0	0	66	100
Total	157	89,2	19	10,8	110	62,5	66	37,5

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Tabla 20

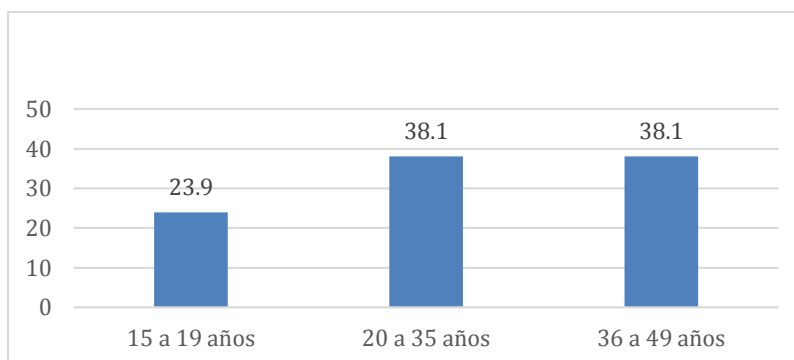
Actitudes/Prácticas relacionadas a MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Actitudes	Prácticas			
	Adecuadas		No adecuadas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Favorables	99	63,1	58	36,9
Desfavorables	11	57,8	8	42,1
Total	110	62,5	66	37,5

Fuente: Encuesta CAP de MAC en la población en edad fértil de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Figura 1

Edad en porcentajes de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

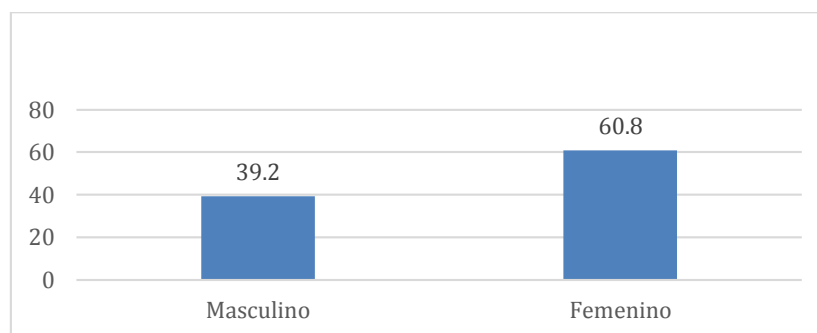


Nota. La figura muestra la variable edad distribuida en porcentaje por grupo etario.

Fuente: Tabla 1. Características sociodemográficas de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Figura 2

Sexo en porcentajes de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad Cerro Colorado, El Sauce – León, Octubre 2020

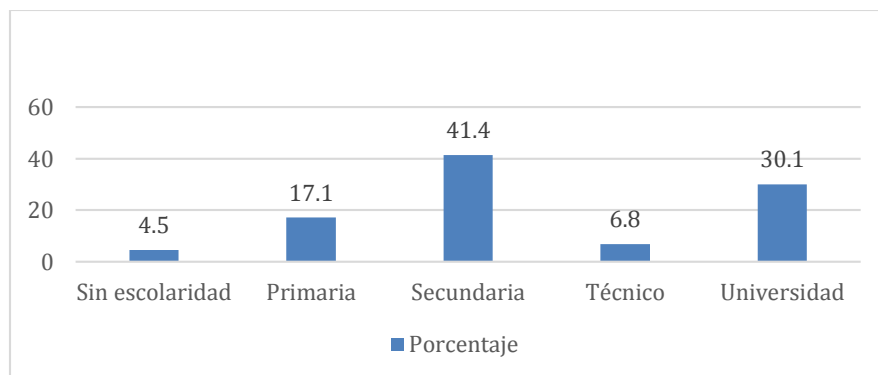


Nota. La figura muestra la variable sexo, distribuida en porcentaje según género.

Fuente: Tabla 1. Características sociodemográficas de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Figura 3

Escolaridad en porcentajes de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

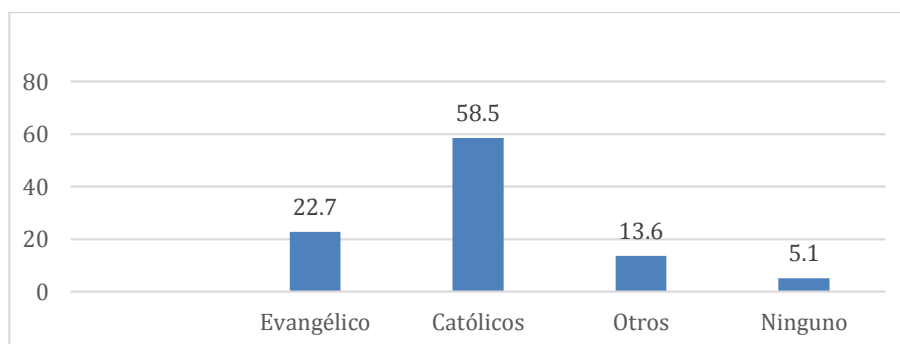


Nota. La figura presenta la variable escolaridad, distribuida en porcentajes.

Fuente: Tabla 1. Características sociodemográficas de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Figura 4

Religión en porcentajes de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

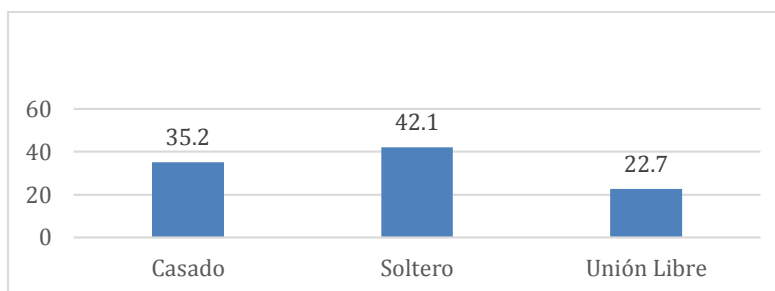


Nota. La figura presenta la variable religión distribuida en porcentajes.

Fuente: Tabla 1. Características sociodemográficas de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Figura 5

Estado civil en porcentajes de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

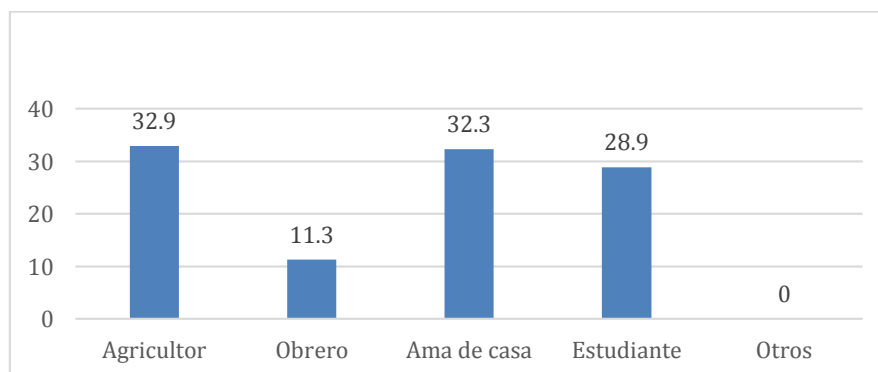


Nota. La figura presenta la variable estado civil distribuido en porcentajes.

Fuente: Tabla 1. Características sociodemográficas de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Figura 6

Ocupación por porcentajes de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

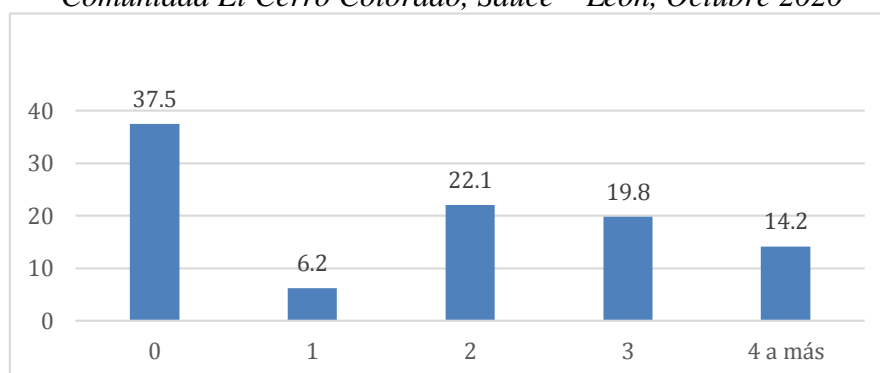


Nota. La figura presenta la variable ocupación distribuida en porcentajes.

Fuente: Tabla 1. Características sociodemográficas de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Figura 7

Número de hijos por porcentajes de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

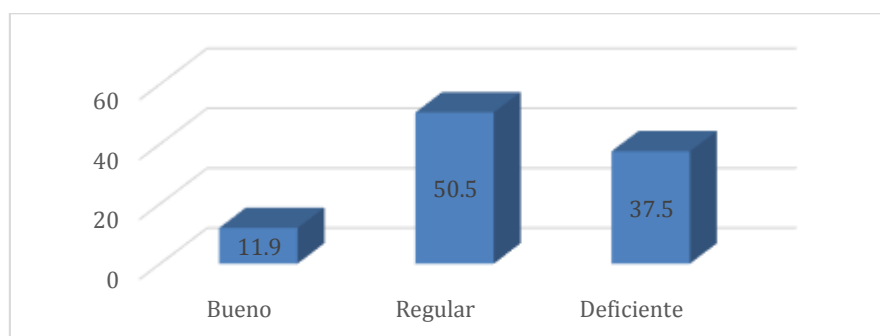


Notas. La figura presenta la variable N° de hijos distribuida en porcentajes.

Fuente: Tabla 1. Características sociodemográficas de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Figura 8

Conocimientos sobre MAC de la población en edad fértil de la comunidad Cerro Colorado, EL Sauce – León, Octubre 2020

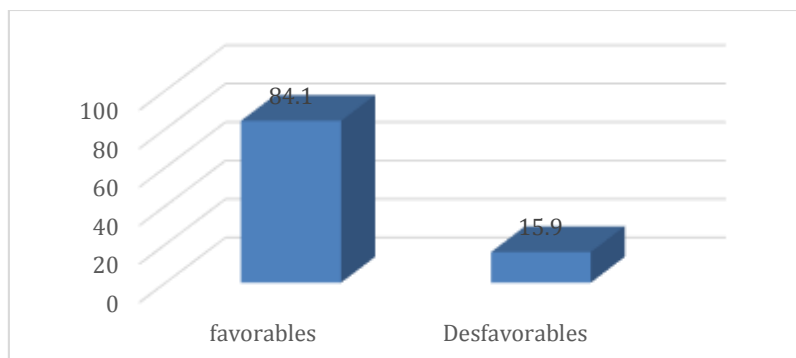


Notas. La figura presenta la variable conocimientos de MAC distribuido en porcentajes.

Fuente: Tabla 8. Conocimiento de los MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020

Figura 9

Actitudes generales sobre MAC de la población en edad Fértil de la comunidad Cerro Colorado, EL Sauce – León, Octubre 2020

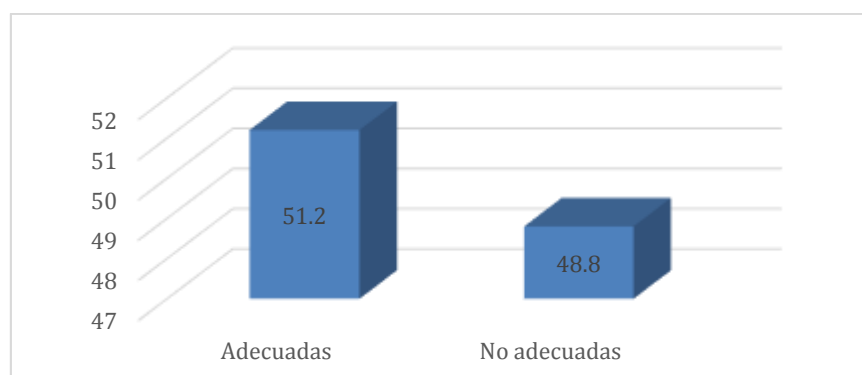


Notas. La figura presenta la variable Actitudes sobre MAC distribuidas en porcentajes.

Fuente: Tabla 12. Actitudes sobre MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Figura 10

Prácticas de MAC de la población en edad Fértil de la comunidad Cerro Colorado, EL Sauce – León, Octubre 2020

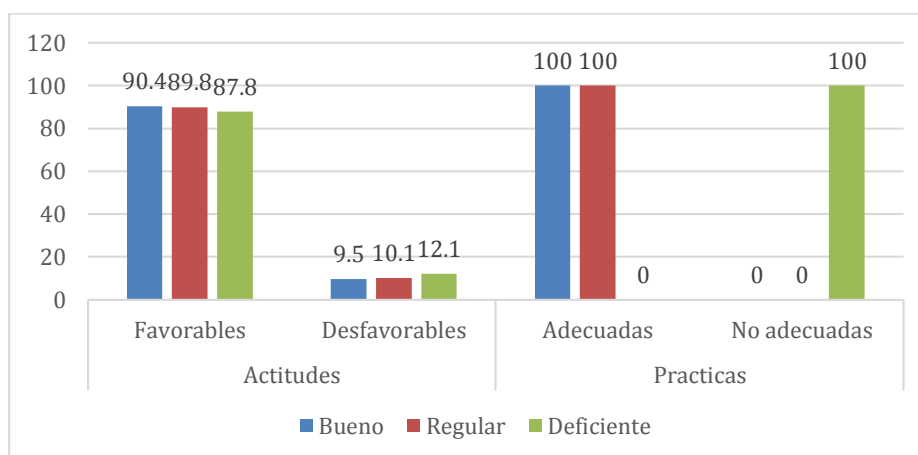


Notas. La figura presenta la variable Prácticas de MAC distribuidas en porcentajes.

Fuente: Tabla 18. Actitudes sobre MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad El Cerro Colorado, Sauce – León, Octubre 2020.

Figura 11

Conocimientos / Actitudes / Practicas de MAC de la población en edad Fértil de la comunidad Cerro Colorado, EL Sauce – León, Octubre 2020

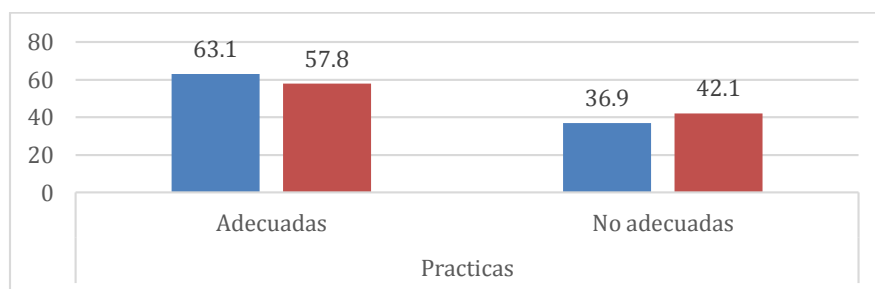


Notas. La figura presenta el cruce de variables Conocimientos / Actitudes / Practicas de MAC, distribuidos por porcentajes.

Fuente: Tabla 18. Conocimientos / Actitudes / Practicas de MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad Cerro Colorado, El Sauce – León, Octubre 2020.

Figura 12

Actitudes / Practicas de MAC de la población en edad Fértil de la comunidad Cerro Colorado, EL Sauce – León, Octubre 2020



Notas: La figura presenta el cruce de variables Actitudes / Practicas de MAC, distribuidos por porcentajes.

Fuente: Tabla 20. Actitudes / Practicas de MAC de la población en edad fértil (15 a 49 años) de la Comunidad Cerro Colorado, El Sauce – León, Octubre 2020.

5.3. Tabla de indicadores del estudio.

Variables	Indicadores
Conocimiento sobre aspectos básicos de los métodos anticonceptivos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Es correcto que, los métodos anticonceptivos son sustancias, medicamentos, dispositivos o métodos naturales que ayudan a evitar embarazos a consecuencia del acto sexual? 2. ¿Qué método anticonceptivo conoce usted o ha oído? 3. ¿Los anticonceptivos son elementos necesarios para efectuar la planificación familiar? 4. ¿Es verdad que los métodos anticonceptivos solo existen en pastillas? 5. ¿Los anticonceptivos se clasifican en hormonales, de barrera, naturales y permanentes? 6. ¿La esterilización quirúrgica es un método anticonceptivo? 7. ¿La píldora de la mañana siguiente (PPMS) es un método anticonceptivo de uso regular? 8. ¿La T de cobre o DIU es un anticonceptivo que protege de las infecciones de transmisión sexual? 9. ¿La lactancia materna es un método anticonceptivo? 10. ¿Los anticonceptivos pueden usarse por varones y mujeres?
Conocimiento sobre los beneficios de los métodos anticonceptivos	<ol style="list-style-type: none"> 11. Selecciones las utilidades de los métodos anticonceptivos que conozca. <ul style="list-style-type: none"> Para planear los embarazos Para tratar enfermedades ginecológicas Para protegerse de las infecciones de transmisión sexual Para evitar los embarazos posterior a violaciones sexuales 12. ¿Los métodos anticonceptivos que sirven para evitar el VIH/SIDA son el condón masculino y condón femenino? 13. ¿Las mujeres que están seguras de ya no querer hijos pueden beneficiarse de la esterilización quirúrgica? 14. ¿La T de cobre es un dispositivo anticonceptivo de uso fácil, que puede usarse por muchos años? 15. ¿La lactancia materna es un método natural de anticoncepción, útil y accesible para las mujeres que acaban de dar a luz? 16. ¿Las píldoras pueden ser usadas por varones y mujeres?
Conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos	<ol style="list-style-type: none"> 17. ¿Al usar el condón, es importante si el empaque viene abierto? 18. ¿Las píldoras diarias se pueden tomar a cualquier hora del día? 19. ¿Sí me salto una dosis de mi píldora diaria, podría quedar embarazada? 20. ¿Los hombres también pueden operarse para ya no tener hijos? 21. ¿La lactancia materna es útil como método anticonceptivo únicamente durante los 6 meses posteriores al parto?

Variables	Indicadores
	<p>22. ¿Es cierto que la lactancia materna sirve como método anticonceptivo si yo estoy alimentando al bebe única y exclusivamente con leche materna y aún no he presentado mi primera menstruación después del parto?</p> <p>23. ¿La inyección trimestral se debe aplicar cada 3 meses, evitando retrasos mayores de 2 semanas en su aplicación?</p> <p>24. ¿La T de cobre se debe revisar cada 6 meses, para valorar su funcionalidad?</p> <p>25. ¿La PPMS se debe tomar dentro de las 72 horas posteriores al acto sexual?</p>
Actitudes sobre uso de métodos anticonceptivos	<p>1. Es bueno planear los embarazos.</p> <p>2. Se debe ir al centro de salud a pedir información sobre los métodos de planificación.</p> <p>3. Estarías dispuesto a recibir educación sexual.</p> <p>4. En su relación de pareja ambos están de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos</p> <p>5. Es vergonzoso solicitar métodos anticonceptivos en el centro de salud.</p> <p>6. Considero que cualquier momento de la vida es bueno para tener hijos</p> <p>7. Considero que el tener varias parejas sexuales representa algún problema.</p> <p>8. Considero que usar los métodos anticonceptivos va contra mis principios</p> <p>9. Considero que a los hijos hay que hablarles sobre métodos anticonceptivos para evitar que tengan relaciones sin protección</p> <p>10. Considera que los métodos anticonceptivos solo los utilizan las mujeres indecentes.</p>
Mitos sobre métodos anticonceptivos	<p>11. ¿Considera que las píldoras anticonceptivas producen cáncer en la matriz?</p> <p>12. ¿Usted cree que las píldoras anticonceptivas engordan a la mujer?</p> <p>13. ¿Considera que las píldoras anticonceptivas producen manchas en la cara?</p> <p>14. ¿Cree usted que a las mujeres que se les descontrola su menstruación?</p> <p>15. ¿Usted cree que los anticonceptivos dejan estériles a las mujeres?</p> <p>16. ¿Considera usted que los anticonceptivos deforman el cuerpo de la mujer?</p> <p>17. ¿Cree usted que el condón reduce el placer en las relaciones?</p> <p>18. ¿Considera usted que los anticonceptivos producen abortos?</p> <p>19. ¿Cree usted que la T de cobre se encarna en la matriz?</p> <p>20. ¿Cree usted que el hombre que se opera pierde la potencia sexual?</p>

Variables	Indicadores
Búsqueda de información sobre métodos anticonceptivos	1. ¿Ha visitado algún puesto médico para informarse sobre métodos anticonceptivos? 2. ¿Ha buscado en internet información sobre métodos anticonceptivos? 3. ¿Quién le ha brindado información sobre los métodos anticonceptivos?
Prácticas sexuales	4. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez? (Si su respuesta es NO por favor no continúe con las siguientes preguntas). ¿A qué edad fue? 5. ¿Está teniendo relaciones sexuales actualmente? 6. ¿Ha tenido más de una pareja sexual?
Uso de métodos anticonceptivos	7. ¿Ha usado algún método anticonceptivo? Sí su respuesta fue positiva, especifique ¿Cuál? 8. ¿Ha planeado todos sus embarazos? 9. ¿Qué método anticonceptivo utilizó en su primera relación? 10. ¿En su relación de pareja quién utiliza el método anticonceptivo? 11. ¿Utiliza su método anticonceptivo en todas sus relaciones sexuales? 12. Cuando inicio a utilizar el método ¿cuántos hijos tenía? 13. ¿En qué lugar adquiere su método anticonceptivo? 14. ¿Qué dificultades ha presentado en la adquisición de su método anticonceptivo?