



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA



MSP 2009 - 2011

Tesis Para Optar Al Grado De Maestra En Salud Pública

**“USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES DE
EDAD FERTIL. COMARCA NEJAPA- MUNICIPIO DE MANAGUA
ENERO-JUNIO 2010”.**

Autora: Helen del Rosario Cuadra Sotelo.

Tutora: Alice Pineda Whitaker

Managua, Marzo de 2012

RESUMEN

El presente estudio se realizó en la comarca Nejapa del Municipio de Managua, perteneciente al área 3-2, centro de salud Edgar Lang Sacasa, en el período comprendido al primer semestre 2010.

Es un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal en el que se investigó el uso de los métodos anticonceptivos en esta comarca, determinando: las características socio demográficas de las mujeres, el nivel de conocimientos que tenían sobre los métodos, su uso y las razones que influyeron en el cambio o abandono de los mismos.

Para definir el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística siguiente: $n = \frac{n}{1 + (n/N)}$ La muestra considerada fue de 277 mujeres en edad fértil a las cuales se les aplicó una encuesta.

Como resultado del estudio entre otras cosas, se encontró que la mitad de las entrevistadas inician su vida sexual entre los 16 y 19 años. La mayoría de ellas tienen conocimientos generales sobre los métodos anticonceptivos a través de la difusión que hay entre los diferentes medios de comunicación. En relación al uso de los mismos, La mayoría de ellas usan algún método anticonceptivo, siendo los más usados los parenterales que representan menos de la mitad de las mujeres, y los orales utilizados por la una cuarta parte de las mujeres. Estos métodos se ofertan gratuitamente en todos los establecimiento de salud pública.

Una cuarta parte de las mujeres no usan ningún método, porque desean un embarazo y las mujeres que han abandonado el uso de método anticonceptivo es por la siguientes razones : falla del método usado, falta de confianza por efectos colaterales como sangrado, embarazos no deseados.

Considerando que la edad es determinante para el momento del uso de los métodos anticonceptivos, se encontró que existe casi un tercio de las mujeres en edades de riesgo reproductivo (menores de 18 años y mayores de 35) y con alta paridad que hacen uso de estos.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico especialmente a Dios todopoderoso, porque escucho las peticiones de mi corazón y gracias a él pude cumplir mi sueño en realidad porque yo sola no lo hubiese logrado.

A mis queridos hijos:

Gerson Moisés Díaz Cuadra y Josué Nathanael Díaz Cuadra que son el tesoro más grande que Dios me ha dado, por lo que aspiro ser cada día mejor.

A mi esposo:

Dr. Oswaldo José Díaz Sánchez, por haberme ayudado a lo largo de estos años ha salir adelante.

A mis padres:

Juan José Cuadra Calero y Yadira Diamantina Sotelo Castillo Siempre confían en mí se preocupan por que sea cada día mejor y le piden a DIOS que ilumine mi camino y me dé fuerzas para seguir adelante a pesar de todas las adversidades, aunque mi mamá ya no esté aquí conmigo, yo siempre la llevo en mi corazón y sus recuerdos están siempre en mi mente.

A todas las mujeres:

que permitieron ser parte de este estudio brindando la información necesaria para el mismo.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A mi tutora:

- Alice Pineda Whitaker
Msc. Epidemiología
Msc. Desarrollo Rural Ecosostenible,
Con todo respeto y admiración, por la gentileza de toda la ayuda brindada incondicionalmente para concluir este estudio.
- Msc: .Alma Lila Pastora Zeuli, por todas las recomendaciones y enseñanzas brindadas a lo largo de estos dos años.
- A todos mis profesores que me brindaron los conocimientos a lo largo de estos dos años de estudio

COLABORADORES ESPECIALES

- Ing. Roberto Adrián Sandoval Castillo
- Lic. Ana Julia Castillo López

Por haberme ayudado y haber dado su mayor disposición en la realización del trabajo

INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
I – INTRODUCCIÓN	1 - 2
II – ANTECEDENTES	3 - 5
III – JUSTIFICACION	6
IV- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V – OBJETIVOS	8
VI - MARCO TEORICO	9 - 32
VII - DISEÑO METODOLOGICO	33 - 35
VIII – RESULTADOS	36- 43
IX - ANALISIS DE RESULTADOS	44 - 58
X – <i>CONCLUSIONES</i>	59
XI – RECOMENDACIONES	60
XII – BIBLIOGRAFIA	61 - 64
ANEXOS	

I. INTRODUCCION

La tarea de planificación familiar sigue inconclusa. A pesar de los grandes avances de las últimas décadas, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ellas no están utilizando anticoncepción. Hay muchas razones por las que no se ha resuelto esa necesidad: los servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles en todos lados, o las opciones son limitadas. El temor a efectos colaterales e inquietudes relacionadas con la salud frenan a mucha gente; otros no conocen las opciones anticonceptivas y su utilización. Estas personas necesitan ayuda ahora. (3,4)

Millones más están utilizando la planificación familiar para evitar el embarazo pero fracasan por una serie de razones. Puede que no hayan recibido instrucciones claras acerca de cómo utilizar el método de manera apropiada, que no hayan conseguido el método más adecuado a sus necesidades, que no estuvieran suficientemente preparadas para los efectos colaterales, o que se hubieran terminado los suministros. Estas personas necesitan una mejor ayuda. Además, la tarea de la planificación familiar nunca se acaba. (5)

En los próximos 5 años, cerca de 60 millones de niñas y varones alcanzarán la madurez sexual. Generación tras generación, siempre habrá gente que necesite planificación familiar y otros cuidados sanitarios. Mientras que los actuales desafíos en la salud a nivel mundial son muchos y muy serios, la necesidad de controlar la fertilidad. Es crucial para el bienestar de las personas, en particular para el de las mujeres y fundamental para su autodeterminación. (3)

Los proveedores de servicios de salud deben brindar una mejor asistencia a más gente, de una manera directa y sencilla, con orientaciones prácticas puedan atender con confianza a usuarios con necesidades muy diversas y ofrecer una amplia gama de métodos con fundamentos científicos sólidos.

El crecimiento acelerado y descontrolado de la población afecta con mayor fuerza a los países en desarrollo. Cerca del 85 % de los nacimientos, 95% de las muertes durante el primer año de vida y 99% de las muertes maternas que ocurren en el mundo tienen lugar en las naciones empobrecidas. Cada minuto muere una mujer producto de un aborto o un parto atendido en estado desfavorable. De las que no fallecen cientos quedan mutiladas total o parcialmente por complicaciones de estos procesos. La causa principal de estos fallecimientos guarda relación con los embarazos no deseados.

La anticoncepción por si sola no es una respuesta ni solución a todos los problemas de la esfera reproductora, pero ayuda a elevar la calidad de vida de la población. (1)

El uso de métodos anticonceptivos en Nicaragua es relativamente alto porque la prevalencia es de un 75% en áreas urbanas y en las áreas rurales es de un 70% (33)

Como resultado del estudio realizado en la comarca Nejapa se encontró que el 80% de las mujeres usan algún método anticonceptivo, ofertados por el Ministerio de salud.

II. ANTECEDENTES

En el Centro de Salud Edgar Lang Sacasa en el 2000, se encontró que existe un conocimiento del 100% de los diversos métodos anticonceptivos que no se ve afectado por: la edad, escolaridad, estado civil, religión, paridad y ocupación. El 96% de las mujeres ocupaban algún método anticonceptivo siendo el más utilizado: los anticonceptivos parenterales con un 41%, siendo además este método el elegido por las mujeres que cambian el anticonceptivo usado anteriormente. (23)

El trabajo realizado por el Doctor Oswaldo Díaz en el área 10-3 de salud de Managua en el 2001 encontró que existe: un 94.9% de conocimiento de los métodos anticonceptivos que no se ve afectado por la edad, escolaridad ocupación. El método más utilizado es la esterilización femenina con un 42 % y el uso actual equivalía a un 56.4 % siendo la principal razón de no uso, el desacuerdo de parejas. (24)

El trabajo realizado por el Doctor Méndez en el HBCR en 2002 concluyó que el método mas utilizado es los Géstatenos orales con un 45% encontrando una deserción de 25 % para los gestagenos orales, de 38% para el DIU 60 % para los preservativos 69 % para el ritmo y 50 % para la lactancia materna siendo los dos últimos los que brindan menos seguridad. Las razones de no uso: Oposición del cónyuge con el 40% temor a las reacciones adversas medicamentosas con el 10% y el desconocimiento de los métodos con un 50%.(25)

El trabajo realizado por los doctores Dinarte y Espinoza en el HBCR en 2003, concluyó que los métodos más utilizados eran los gestagenos orales con 50% el DIU 40 % y preservativos con el 30%(26)

El trabajo realizado por las enfermeras Corrales y Sequeira en el departamento de León en 2004 en el instituto Rubén Darío concluyó que existía un 88% de

conocimiento de los métodos anticonceptivos siendo los más utilizados los preservativos con el 20% y los anticonceptivos parenterales con un 10 %.(27)

El trabajo realizado por los Doctores García y Guerrero realizado en el HBCR en 2005 concluye que las complicaciones asociadas al DIU eran: dolor pélvico 60 % anemia 53 % enfermedad pélvica inflamatoria e hipermenorrea con 40 %(28)

El trabajo realizado por las enfermeras Calero y López realizado en 2005 en los municipios de Masaya concluyó que los factores que intervienen de forma negativa para lograr una consejería de calidad en relación a la Planificación familiar son: capacitación inadecuada, tiempo inadecuado, desabastecimiento de medicamento, ubicación inadecuada de personal capacitado. (29)

En estudio de planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes realizado en el hospital Danilo Rosales (León), entre los principales resultados encontró: 88% de las adolescentes desconocen el uso correcto de los anticonceptivos, 49% nunca recibió información sobre planificación familiar. 75% nunca han usado anticonceptivos. Las muchachas poseen fuentes adecuadas de información (padres, colegios), pero tienen conocimientos incorrectos, incompletos y sin base científica. (30)

Estudio realizado en Achuapa, departamento de León en el año 2006 aspectos de accesibilidad que influyen en el uso de métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil encontró que la mayoría de las mujeres en estudio respondieron estar utilizando métodos de planificación familiar. De los métodos que utilizan las mujeres, 61 de ellas, están esterilizadas quirúrgicamente, 60 utilizan inyecciones hormonales, 58 usan la píldora, 15 planifican con condón, 12 utilizan el DIU, solamente 10 mujeres usan otro método como ritmo y MELA o método de la lactancia materna. De las características socio demográficas de las mujeres en edad fértil de mayor relevancia se encontró que la edad, las mujeres

del grupo de 20 a 35 años son la mayoría, siendo este grupo el que refirió usar más métodos de planificación familiar. (31)

Estudio realizado sobre Conocimientos generales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva de 14 países de América Latina Aten Fam 2007; Describe los datos obtenidos acerca de los conocimientos generales y uso de métodos anticonceptivos en 14 países de América Latina, a partir de una encuesta aplicada por CELSAM a 7456 mujeres en edad reproductiva. Observó que los métodos anticonceptivos que con mayor frecuencia declararon conocer fueron los anticonceptivos orales, preservativos y dispositivo intrauterino. Las entrevistadas consideran que los métodos anticonceptivos deben ser de alta efectividad y que no produzcan daños a la salud; 30.2% de las mujeres entrevistadas no utilizaron método anticonceptivo al inicio de su vida sexual activa, 85% de las entrevistadas ignoran el contenido y efectos de los anticonceptivos orales. La edad promedio de inicio de uso de métodos anticonceptivos fue de 20.5 años, con mínimo de 12 y máximo de 49. Es necesario mejorar el nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos así como el acceso a los mismos, sobre todo en los adolescentes, para disminuir el riesgo de embarazos no planificados. (32)

III. JUSTIFICACION

Las parejas tienen el derecho básico para decidir de manera libre responsable e informada la cantidad y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad, sin importar sexo, edad, raza, condición social, política, credo o preferencias sexuales (2).

Existe una relación directa entre planificación familiar y salud materna infantil.

El poder posponer el primer nacimiento del primer hijo en la pareja permite consolidar sus vínculos conyugales, permitiendo que alcancen una vida más plena al lograr un mayor progreso personal, satisfaciendo a los hijos de todas sus necesidades básicas para que gocen de un desarrollo completo, para que tengan mayores probabilidades de sobrevivir.(2)

Actualmente en Nicaragua las mujeres en riesgo reproductivo aportan casi la mitad de todos los nacimientos del país lo cual consideramos que es inadmisibles porque estos productos tienen mayores probabilidades de morir ocasionando mayores gastos al sistema de salud por los costos que estos ameritan en su atención integral. (2)

Con el presente trabajo se analizó la situación real sobre la práctica de métodos anticonceptivos en la comarca Nejapa, Municipio de Managua en el periodo I semestre 2010, esto permitió conocer la difusión actual de los mismos y el impacto con que estos pueden incidir para que las autoridades del Ministerio de salud a nivel de SILAIS y centro de salud Edgar Lang Sacasa tomen decisiones para mejorar y fortalecer la prestación de este servicio en esta área.

IV. PLANTEAMIENTO PROBLEMA

¿Cómo es el uso de métodos anticonceptivos que tienen las mujeres en edad fértil de la comarca Nejapa del Municipio de Managua, en el I Semestre 2010?

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1 – ¿Cuáles son algunas características socio demográficas de las mujeres en estudio?

2 -¿Cuáles son los conocimientos que tienen las mujeres en estudio de los tipos de métodos anticonceptivos existentes?

3 – ¿Cómo se puede identificar el uso anterior y actual de los métodos anticonceptivos?

4 – ¿cómo agrupar las razones de no uso de los métodos anticonceptivos?

5 – ¿Como reconocer las razones de abandono de los métodos anticonceptivos?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil de la comarca Nejapa del Municipio de Managua en el periodo de Enero a Junio del 2010.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1 – Describir características socio demográficas de las mujeres en estudio.
- 2 -.Describir el conocimiento que tienen las mujeres de los métodos anticonceptivos existentes.
- 3 – Identificar el uso anterior y actual de los métodos anticonceptivos.
- 4 – Agrupar las razones de no uso de los métodos anticonceptivos.
- 5 – Identificar las razones de abandono de los métodos anticonceptivos

VI. MARCO TEORICO

Tipos de anticonceptivos

El origen del control de la natalidad y la anticoncepción es coetáneo con el descubrimiento por nuestros antepasados de la asociación entre la práctica de relaciones sexuales y la posibilidad de embarazo de mujeres fértiles. Se deseaba espaciar la reproducción, adecuarla al momento más favorable, facilitarla o impedir la dependiendo de variadas circunstancias.

Las primeras referencias escritas sobre espermicidas aparecen en papiros egipcios el año 1850 a.C. Múltiples sustancias han sido utilizadas a lo largo de la historia (carbonato sódico, vinagre, soluciones jabonosas...) En 1885 aparecen los supositorios de quinina, en 1937 le sustituirá el contraceptivo vaginal de acetato de fenilmercurio. En 1950 aparecen los surfactantes que siguen siendo el principal compuesto de los espermicidas.□

Se considera a Hipócrates (siglo IV a.C.) el precursor del dispositivo intrauterino o (DIU) ya que descubrió el efecto anticonceptivo derivado de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero de algunos animales. Pero no será hasta 1928 cuando el alemán Richard Richter inicie la anticoncepción intrauterina moderna que desde entonces ha mejorado su eficacia y duración.□

El preservativo masculino tiene antecedentes en Grecia y Roma donde se usaban membranas animales (de intestino y vejiga). En 1872 comienza la fabricación con caucho en Gran Bretaña. El primer diafragma femenino aparece en 1880. En 1993 comienza la comercialización del preservativo femenino.

La aparición de la píldora anticonceptiva en 1959 (ver Luis Ernesto Miramontes, Russel Market, Carl Djrassi, George Rosenkranz y Gregory Goodwin pincus) se considera uno de los avances más significativos en anticoncepción que transformó la vida sexual de las mujeres.□ La píldora, mejorada constantemente, sigue siendo

considerada una de las alternativas más eficaces (99,5%) y seguras entre los métodos anticonceptivos.^[1]

Desde 2002 se comercializa el anillo vaginal, similar en su efecto a la píldora pero más cómodo en su uso, con menores efectos secundarios, y con una eficacia del 99,7%.^[1]

La primera administración de estrógenos postcoitales se produce en 1960.^[1] A partir de 1975 se extiende el uso del denominado método de yuzpe (Albert yuzpe), tratamiento estándar durante 25 años que se ha ido sustituyendo desde

Finales del siglo xx por la denominada píldora del día después (levonorgestrel y mifeprestona)^[1] En el año 2009 ha comenzado la comercialización del acetato de ulipristal (píldora después de cinco días después). (6)

1-Anticonceptivos: Cualquier método o sustancia capaz de evitar la fecundación realizándose el coito. (1)

Anticoncepción o contracepción:

Comprende todos los medios fisiológicos mecánicos, químicos, hormonales y quirúrgicos cuyo uso va destinado a evitar una gestación.

Planificación familiar: Derecho que tiene todo individuo o pareja para decidir libremente acerca del número y el espaciamiento de sus hijos, de acuerdo a sus posibilidades y deseos. Todas las instituciones de salud tienen el deber de brindar información y servicios al respecto, haciendo énfasis en las ventajas desventajas y riesgos de la reproducción en determinadas circunstancias personales o familiares. (1)

Salud Reproductiva: Estado de completo bienestar; físico, Mental y social. No es meramente la ausencia de enfermedad o dolencia en todos los aspectos

relacionados con el sistema reproductivo sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de; llevar una vida sexual segura y satisfactoria, que tengan la capacidad de reproducirse, libertad de decidir con qué frecuencia procrear derecho de ser informado, tener acceso a métodos de la regulación de la fecundidad de la y el derecho de tener servicios de salud apropiados que capaciten a la mujer de tener un embarazo y parto seguro que provean a las parejas de tener mayores posibilidades para tener un hijo saludable. (1)

El Ministerio de Salud, como instancia rectora del sector salud, formulo la estrategia nacional de salud sexual y reproductiva, que constituye un instrumento normativo y orientador en la búsqueda de equidad en el sector salud, reducir las brechas de atención en salud sexual y reproductiva, sobre todo en los grupos excluidos socialmente poniendo a su disposición una gama de opciones para mejorar el nivel y calidad de su vida sexual y reproductiva en todo su ciclo de vida. (1).

Elección del método anticonceptivo:

Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro ni es totalmente seguro. Cada método tiene sus indicaciones y deberá buscarse aquel que sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual. ¹La eficacia teórica de cada método aumenta considerablemente si se usa correctamente

Factores que deben considerarse en la elección del método anticonceptivo

- estado de salud general
- frecuencia de las relaciones sexuales
- número de parejas sexuales
- si se desea tener hijos (deben descartarse los métodos irreversibles)
- eficacia de cada método en la prevención de embarazo
- Efectos secundarios
- facilidad y comodidad de uso del método elegido

La efectividad de los distintos métodos anticonceptivos se mide por número de embarazos por cada cien mujeres al año que utilizan un determinado método:

Un 100% de efectividad expresa que hay cero (0) embarazos por cada 100 mujeres al año, 99 a 99,9% expresa que se producen menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres al año y así sucesivamente:

- 100% -vasectomía.
- 99 a 99,9%-Lactancia materna, esterilización, dispositivo intrauterino (DIU), anillo vaginal, píldora anticonceptivo, parche anticonceptivo, implante hormonal, inyección hormonal.
- 98% -condón masculino.
- 95% -condón femenino.
- 94% -Diafragma.
- 91% -Esponja anticonceptiva.
- 86% -Capuchón cervical.¹
- El resto de métodos anticonceptivos suele tener una efectividad inferior a los descritos.¹

Se indica el porcentaje de embarazos por 100 mujeres al año:

Menos del 1% vasectomía, esterilización femenina, dispositivo intrauterino (DIU), implante hormonal

- Del 2 al 8% dar pecho materno, inyección hormonal, anillo vaginal, píldora anticonceptiva, parche anticonceptivo.
- Del 15 al 25% condón masculino, diafragma, condón femenino, capuchón cervical esponja anticonceptiva, método sintotermico Más del 30%:coito interruptus, espermicida (7)

Preservativo o condón:

Los preservativos son recubrimientos delgados de caucho vinilo o productos naturales que se colocan sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicida para ofrecer mayor protección. Estos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductor femenino e impiden que los microorganismos (Enfermedades de transmisión sexual -ETS-, incluyendo el VIH) pasen de un miembro de la pareja al otro (sólo los condones de látex y vinilo.

Preservativo femenino.

Los condones femeninos son un recubrimiento delgado de plástico poliuretano con aros de poliuretano en extremos opuestos. Estos se introducen en la vagina antes del coito. Al igual que los condones masculinos, los femeninos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos infecciosos de transmisión sexual-ETS-, incluyendo el VIH o sida) pasen de un miembro de la pareja al otro. (9)

El diafragma:

Es una caperuza o casquete de látex muy flexible que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo completamente el cuello del útero. Su eficacia se calcula entre un 82 y un 96 %.

Cómo funciona

Impide el paso de los espermatozoides al interior del útero, al tapar el cuello del útero que es el principal punto de paso.

El personal sanitario te indicará cuál es tu talla y asimismo te enseñará cómo colocarlo. Tiene que ir acompañado de una crema espermicida, que se extenderá sobre las dos caras y bordes del diafragma. Una vez puesto habrás de comprobar que el cuello del útero queda bien tapado. Se debe colocar antes del coito no pudiendo retirarlo hasta pasadas 6-8 horas. Si se realizan varios coitos seguidos no hay que extraerlo sino aplicar directamente la crema espermicida en la vagina. (10)

El tapón o capuchón: cervical es una cúpula pequeña generalmente de goma o plástico que cubre el cuello uterino donde termina la vagina. Es preciso que un profesional médico coloque el tapón en el cuello uterino. Dicho tapón se debe usar con espermicida y se puede usar con regularidad durante 2 años. Su función es evitar que el semen entre al cuello uterino y al útero.

El tapón cervical no protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

Si un tapón cervical se deja puesto por mucho tiempo, puede causar irritación u olor en la vagina. También puede aumentar el riesgo de desarrollar una infección urinaria. (14)

La esponja anticonceptiva: es un dispositivo de barrera que se inserta en la vagina para cubrir el cuello uterino y liberar espermicida en la vagina. La esponja no proporciona protección contra las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH. Este dispositivo anticonceptivo es eficaz hasta 24 horas y se puede usar para más de una instancia de coito o relación sexual. El momento oportuno en que se usa la esponja es importante, puesto que para prevenir el embarazo, la esponja debe quedarse en su lugar por lo menos durante seis horas después del acto sexual. No obstante, puesto que existe un bajo riesgo de que ocurra síndrome de shock tóxico, o TSS (por sus siglas en inglés), asegúrese de sacar la esponja a más tardar 30 horas después de haber tenido relaciones sexuales.(3)

Los espermicidas: son sustancias que se colocan dentro de la vagina para matar los espermatozoides. Vienen de diferentes formas: en crema, gel, espuma, capa y supositorios. Contienen una sustancia química que destruye los espermatozoides. Cuando se coloca profundamente en la cavidad vaginal, estos pueden ayudar a prevenir que el semen llegue al útero. Los espermicidas pueden comprarse sin receta médica.

Los espermicidas no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual.

Si se utiliza demasiado espermicida en la vagina, ésta puede llegar a irritarse. Algunos espermicidas pueden aumentar el riesgo de contraer una ETS o problemas al tracto urinario. (4)

Métodos hormonales y químicos

Los métodos hormonales y químicos son medicamentos anticonceptivos que impiden que el proceso de concepción pueda tener lugar. El modo de actuación es distinto según el método.

La anticoncepción hormonal se puede aplicar de diversas formas:

Anillo vaginal: único de administración vaginal mensual. Es un anillo transparente, suave y flexible que se coloca por la misma usuaria por vía vaginal, liberando diariamente dosis bajas de hormonas. No tiene interferencias con antibióticos, ni a nivel digestivo; su eficacia no se ve alterada por vómitos o diarreas. Eficacia del 99,7%.

- Un método anticonceptivo.
- Su uso una vez al mes le confiere:
 - Niveles hormonales constantes durante todo el mes
 - Niveles hormonales ultra bajos
 - Con una eficacia del 99,7%
 - Discreto Cómodo
 - Con menor posibilidad de olvidos
 - La regla cuando tu la esperas
- Es un anillo de plástico flexible, suave y transparente de 5 cm. de diámetro

Es muy fácil ponerte el anillo. Presiónalo con los dedos e introdúcelo suavemente hacia el interior de la vagina. Es más sencillo que ponerte un tampón, porque el anillo es fino y su superficie lisa hace que se deslice fácilmente. El anillo no tendrías que notarlo (la parte superior a la vagina es insensible al tacto). Si lo notas solo hay que empujar algo más hacia el interior.

La eficacia del anillo, una vez colocado en la vagina, no depende de la posición que adopte. Gracias a su elasticidad se adapta a la anatomía de la mujer.

Una vez colocado, lo dejas durante tres semanas. Las hormonas se van liberando gradualmente. Tendrás unos niveles hormonales ultra bajos y constantes durante todo el mes.

Retirar a las tres semanas y una semana de descanso.

Después de tres semanas retiras el anillo. También es muy sencillo. Al introducir el dedo lo encontrarás. Tira de el sin miedo y con suavidad.

Durante la semana de descanso aparecerá la menstruación (normalmente durante las primeras 48 horas. Si mantienes relaciones durante este tiempo no hace falta otro método, siempre y cuando hayas utilizado el anillo según las recomendaciones que encontrarás en el envase del producto (3 semanas de uso, 1 de descanso). Después de los 7 días de descanso, te pones un nuevo anillo.

Beneficios

- Sólo una vez al mes, se adapta a tu estilo de vida. No tendrás que preocuparte cada día si has tomado tu anticonceptivo o no. Al fin y al cabo, tienes mejores cosas que hacer.
- 99.7% eficacia
- Mitad de hormonas, el anillo mensual contiene la mitad de hormonas que la mayoría de las píldoras, lo que supone una reducción de la cantidad e intensidad de los posibles efectos secundarios como dolor de cabeza, vómitos o dolor en el pecho
- Discreto, sólo tú sabes que lo llevas.
- Cómodo, el uso del anillo es fácil y práctico
- La regla cuando tu la esperas, el anillo mensual tiene un control de ciclo muy bueno, mejor que la mayoría de las píldoras.
- No tiene efecto sobre el peso
- También es eficaz en caso de vómitos o diarreas. Al contrario del uso de la píldora, con el anillo no hace falta tomar precauciones extras en caso de vómitos o diarreas.

- También es eficaz en combinación con antibióticos, se ha demostrado que el anillo mensual sigue siendo eficaz en combinación con los antibióticos más usados (Amoxicilina y Doxiciclina).
- No interfiere en la espontaneidad de las relaciones sexuales, ya llevas puesta tu protección contra el embarazo no deseado, sin interrupciones

El anillo anticonceptivo mensual no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), ni el SIDA.

- Al igual que con la píldora, el anillo mensual no debe recomendarse a mujeres que presentan: cardiopatías, alteraciones de circulación o coagulación, hipertensión arterial, enfermedades hepáticas, diabetes, ni en mujeres fumadoras, o muy obesas con alteraciones en los niveles de colesterol.
- Sólo un médico puede aconsejar cuál es el método más apropiado para cada mujer o pareja en particular. Por lo tanto debes visitarlo antes de empezar con cualquier método anticonceptivo hormonal.
- Píldora sin estrógeno: píldora o estrógenos, píldora libre de estrógenos, recomendada para mujeres que no pueden o no desean tomarlos; la dosis hormonal es tan ligera que entre otras indicaciones es la única píldora recetada durante la lactancia. Eficacia del 99%.

Píldoras trifásicas.

- Píldora trifásica: método anticonceptivo altamente eficaz de dosis hormonales bajas con un balance hormonal suave y escalonado; imita el ciclo fisiológico de la mujer en forma secuencial progresiva, brindando estricto control del ciclo. Además, reduce la grasa facial, por lo que puede ser indicado para el tratamiento de acné leve a moderado.

Método de hormona inyectable: método de larga duración que se inyecta en un músculo. Contiene estrógenos y progestina: se debe aplicar en el periodo adecuado, en caso contrario es necesario usar métodos de barrera para evitar el embarazo.

- También existe la anticoncepción hormonal que suprime la regla. (3,4,5)

La píldora del día después

Recibe también en nombre de anticoncepción postcoital y se trata de un preparado hormonal a base de una hormona única (gestágeno). Este método, de emergencia, no debe utilizarse de forma habitual sino que solo es recomendable en casos inesperados en los que no se ha utilizado ningún anticonceptivo o se ha utilizado mal, como por ejemplo ante una rotura de preservativo o una agresión sexual. (18)

No es segura al 100% pero evita el 85% de los embarazos que pudieran producirse.

Su acción es diversa dependiendo del momento en que se administre. Lo más común es que actúe alterando o retrasando la ovulación, aunque a veces interfiere el proceso de anidación.

Cómo se usa: Debe tomarse lo antes posible después de haber tenido una relación sexual insuficientemente protegida y nunca después de las 72 horas. El envase contiene dos únicas pastillas que pueden tomarse las dos al mismo tiempo o separadas por un intervalo de 12 horas

Se precisa receta o la administración por parte de un profesional médico

Anticoncepción hormonal masculina:

Actualmente la anticoncepción hormonal masculina se encuentra en desarrollo. En China se ha probado con el Gosipol Se han hecho pruebas en Australia, China y en Alemania En general se trata de una dosis inyectable que se aplica cada 6 meses. (19)

- **Espermicida:** son productos químicos (por lo general, nonoxinol-9) que desactivan o matan a los espermatozoides. Están disponibles en óvulos, aerosoles (espumas), cremas, tabletas vaginales, supositorios o películas vaginales disolubles. Los espermicidas causan la ruptura de las membranas de

los espermatozoides, lo cual disminuye su movimiento (motilidad y movilidad), así como su capacidad de fecundar el óvulo.

Como funcionan:

Funcionan como un método químico local que por su acción tóxica contra el espermatozoide impide mecánicamente su movilidad y acorta su vida media.

Cómo se utilizan:

Aproximadamente 10 minutos antes de la penetración se introduce el espermicida en la vagina, para que con el calor se distribuya bien el producto.

Es necesario saber que:

Las cremas y óvulos espermicidas

- No son muy seguros si se utilizan solos. Es mejor utilizarlos junto con otros métodos ya que por sí solos tienen una eficacia bastante reducida.
- Tienen un tiempo limitado de seguridad, y si se realiza más de un coito, se deberá aplicar de nuevo el espermicida.
- Son útiles para ser utilizados en combinación con el diafragma, los preservativos y el DIU.
- Se puede adquirir en las farmacias y no requieren receta ni control médico.(14)

Métodos anticonceptivos naturales:

Los métodos naturales de conocimiento de la fertilidad se basan en la observación de síntomas asociados a los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación, y en la adaptación del acto sexual a las fases fértiles o infértiles del ciclo menstrual en función de que se desee o no una concepción, sin el uso de fármacos, procedimientos mecánicos ni quirúrgicos. Algunos métodos predictivos son aún enseñados con cierta preferencia en las escuelas ginecológicas como el método de Ogino - Knaus o método del ciclo, mientras que otras técnicas, tan ancestrales

como el *Coitus interruptus* tienen hoy en día una fiabilidad similar a la de otros métodos no quirúrgicos (15)

Otros métodos naturales están basados en la conciencia de la fertilidad, es decir, la mujer observa con atención y registra los signos de fertilidad en su cuerpo para determinar las fases fértiles o infértiles. Los síntomas específicos caen en tres categorías: cambios en temperatura basal, en el moco cervical y la posición cervical.

El registrar tanto la temperatura basal como otro signo primario, se conoce como el método *sintotermal*. Otras metodologías incluyen el monitoreo de los niveles en orina de estrógeno y LH a lo largo del ciclo menstrual. (16)

Métodos poco eficaces

Métodos de abstinencia periódica:

Cómo funcionan:

Consisten en no tener relaciones sexuales en los días considerados fértiles, es decir los días próximos a la ovulación. Para "averiguar" cuáles son estos días fértiles hay varios métodos:

OGINO (también llamado método del Ritmo o del Calendario)

Se trata de controlar los ciclos a lo largo de un año para comprobar su regularidad. Se calculan unos días a partir del primer día de regla durante los que el riesgo de ovulación es más pequeño. Supuesto el día aproximado de la ovulación, es necesario abstenerse de tener relaciones durante varios días y en casos estrictos hasta la aparición de la regla siguiente. Este método solo es útil para mujeres con ciclos menstruales muy regulares.

Temperatura basal: se sirve del aumento de la progesterona, que afecta a la temperatura corporal interna de la mujer durante la ovulación y determina, una vez diagnosticada, infertilidad postovulatoria. Para ello la mujer debe observar la temperatura corporal interna a lo largo del ciclo menstrual. El método de la temperatura basal estricto circunscribe el periodo de infertilidad exclusivamente a los días posteriores a la subida de temperatura. El método de la temperatura basal extendido define, cumplidas ciertas condiciones, 6 días de infertilidad preovulatoria. El método de la temperatura basal es altamente fiable en el periodo postovulatorio, y supone la base de la mayoría de los métodos naturales (21) Modernos. Sin embargo tiene limitaciones a la hora de determinar la infertilidad preovulatoria.

- Métodos de ovulación (método Billings y otros): se basa en la observación diaria de los cambios del moco cervical a lo largo del ciclo femenino, cambios que se asocian al aumento en los niveles de estrógenos previos al momento de la ovulación. Normalmente, las fases de infertilidad de la mujer se caracterizan por una ausencia de moco cervical visible y una sensación de sequedad vaginal. Conforme se acerca el momento de la ovulación el moco cervical se hace a lo largo de varios días y de forma progresiva, cada vez más líquido, elástico y transparente. Próximo al momento de la ovulación se produce el llamado pico de moco caracterizado por un cambio abrupto de las propiedades el moco y su posible desaparición. El moco cervical es un signo de fertilidad y por ello su observación puede ser utilizada para el control de la fertilidad. La confiabilidad es superior al 95% en varios países estudiados. Aunque, aplicado correctamente, puede ser considerado un método seguro, es inferior al método de la temperatura en fase postovulatoria. (16)

Métodos compuestos:

- Método sintotermico: combina el método de la temperatura basal, para el diagnóstico de la infertilidad posovulatoria, en combinación con otra serie de síntomas (moco cervical y cuello del útero, entre otros) y cálculos de longitud de ciclos para la determinación de la infertilidad preovulatoria.

Permite beneficiarse de la práctica infalibilidad de la temperatura basal a la hora de determinar la infertilidad posovulatoria y aumentar considerablemente la eficacia en período preovulatorio. Su eficacia es equivalente a las modernas preparaciones de anovulatorios orales y solamente inferior a la esterilización quirúrgica. Una ventaja adicional es que es un método válido e igualmente eficaz en todas las circunstancias de la vida reproductiva de la mujer (período post parto, período pos píldora, pre menopausia, etc.).

Es necesario saber que:

- Estos métodos no son válidos si tus ciclos son irregulares.
- La eficacia de estos métodos es muy difícil de determinar ya que depende fundamentalmente de la habilidad de cada persona, pero no se consideran, en general, muy seguros.(21)

Métodos que interrumpen la relación sexual

Coito interrumpido:

Se le conoce popularmente como el método de la *marcha atrás*. Consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación. Hay que saber que antes de la eyaculación se expulsan gotas cargadas de espermatozoides que pueden producir un embarazo, por lo que es necesario mantener un control extremo sobre la excitación sexual. Por lo tanto, no es seguro. (20)

Diagrama sobre vasectomía.

- Ligadura de trompa, o salpingoplastia. Consiste en ligar las trompas de Falopio con grapas a fin de impedir que el óvulo se implante en el útero o que los espermatozoides se encuentren con él.

Se puede realizar mediante varios procedimientos aunque el más frecuente es la laparoscopia: se trata de introducir un tubo por una incisión de unos 2 cm. Que lleva una fibra óptica que nos permite ver los órganos internos; mediante unas pinzas se agarra la trompa y se puede cauterizar y/o cortar.

Esterilización sin el uso de cirugía (Sistemas anticonceptivos permanentes Essure)

- Este es el primer método de esterilización sin cirugía para la mujer, y fue aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos en noviembre de 2002. Se utiliza un tubo pequeño para pasar un diminuto dispositivo con forma de resorte a través de la vagina y el útero, hasta cada trompa de Falopio. Unas espirales flexibles lo anclan temporalmente dentro de las trompas de Falopio. Un material de malla parecido al Dacron que se encuentra incrustado en las espirales, irritará el revestimiento de las trompas de Falopio para provocar el crecimiento del tejido cicatrizal y finalmente tapar las trompas de forma permanente. Este proceso puede tomar hasta tres meses, por lo que es importante utilizar otro método anticonceptivo durante este tiempo. Posteriormente deberá visitar a su médico para que le hagan una prueba y determinen si el tejido cicatrizal ha obstruido completamente las trompas. En estudios practicados después de un año en más de 600 mujeres, hasta esa fecha no se habían reportado embarazos en aquellas a quienes se les implantaron exitosamente los dispositivos Essure.

Vasectomía:

Es una operación quirúrgica para seccionar los conductos deferentes que transportan a los espermatozoides de los testículos al exterior cuando se eyacula. Una vez realizada, los espermatozoides que a diario se producen son reabsorbidos por el organismo. Puesto que el líquido seminal es elaborado en la próstata, la vasectomía no impide la eyaculación. Es un proceso reversible aunque con dificultades.

¿Qué pasa después de la vasectomía?

La intervención no influye en la capacidad sexual de los varones, por lo que las relaciones sexuales continuarán igual que antes, no modificando en absoluto ni el deseo sexual ni el proceso de eyaculación (14)

Métodos de emergencia

Con el término anticoncepción de emergencia, anticoncepción poscoital o anticoncepción preimplantacional se consideran varios métodos:

Dispositivo intrauterino: DIU cobre insertado después del coito y hasta cinco o siete días después de la relación sexual sin protección. Este método es eficaz en la prevención del embarazo en un 99.9%.

Píldora anticonceptiva de emergencia.

1. Levonorgestrel (compuesta solamente por progestina), conocida también como píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) y comúnmente llamada "píldora del día después"). No debe confundirse con la llamada "píldora abortiva" (la RU-486 o mifepristona), que provoca un aborto químico temprano (dentro de los primeros 49 días) y se utiliza siempre bajo supervisión médica. Las PAE ("píldoras del día después") actúan antes de la implantación del embrión y, por lo tanto, son consideradas médica y legalmente anticonceptivas, nunca abortivas. La píldora anticonceptiva de emergencia tiene una eficacia del 75% al 89%.
2. Acetato de ulipristal: también conocido como píldora de los cinco días después (marca ellaone)
3. Mifepristona (RU-486) en pequeñas dosis (de 25 mg a 50 mg) es considerada como anticonceptivo de emergencia por delante del levonorgestrel. En dosis de 600 mg. (junto con misoprostol 400 µg) se considera abortivo y debe administrarse bajo supervisión médica. La píldora de acción antiprogestacional RU-486 es considerada como abortiva si se utiliza durante los diez primeros días de amenorrea. Cabe señalar que el

aborto no se considera un método anticonceptivo, puesto que la concepción ya se ha producido.

Método de Yuzpe:

combinaciones de estrógenos y progestina, cada vez menos usado ante la aparición de alternativas más eficaces y con menores efectos secundarios como la píldora del día después (levonorgestrel), el acetato de ulipristal y la mifepristona. El método de Yuzpe no resulta eficaz cuando el proceso de implantación ya se ha dado.(17)

Otros métodos de bajísima eficacia:

Métodos tradicionales que no pueden considerarse métodos anticonceptivos. Nos referimos a la lactancia natural y a los lavados vaginales.

Incluso cuando no se tengan menstruaciones durante la lactancia se pueden producir ovulaciones espontáneas por lo que corres el riesgo de quedarte embarazada.

Cualquier irrigación vaginal después de la eyaculación no impide de ningún modo el ascenso de los espermatozoides hacia el interior del útero, así que nunca confíes en informaciones que no tienen ninguna base real.

Coito durante la menstruación: Otro de los mitos a cerca de la sexualidad afirma que durante la menstruación no puede haber embarazo. Esto no es del todo cierto ya que la ovulación es un proceso impredecible y no se puede saber con precisión en qué momento se está produciendo. Por eso, ni siquiera cuando se tiene la menstruación se puede tener la seguridad del cien por cien de que no se puede producir un embarazo. Este método resulta ser poco higiénico y puede producir dolor e incomodidad a la mujer.

Lavados vaginales después del coito: Consiste en limpiar la vulva y la vagina con agua después del coito para eliminar el semen que se deposita en ella tras la eyaculación.

Es un método muy poco efectivo ya que el espermatozoides puede llegar rápidamente al cuello del útero donde la irrigación no le alcanza, e incluso el chorro de agua puede facilitar "el viaje" hacia el útero. (14)

Consideraciones éticas o religiosas

Algunos métodos anticonceptivos, como el DIU, la "píldora del día después" (levonorgestrel), la píldora de los cinco días después (acetato de ulipristal) y la mifepristona, actúan impidiendo la anidación del pre embrión (ovulo ya fecundado) no implantado en el endometrio materno. Es por ello que hay personas que los consideran como métodos anticonceptivos abortivos, y los rechazan distinguiéndolos de los considerados como métodos anticonceptivos no abortivos (que evitan la concepción en un sentido estricto). Instituciones religiosas como la iglesia católica se ha mostrado especialmente contrarias a los métodos anticonceptivos no naturales, especialmente a los que ellos consideran como abortivos (21)

Asesoramiento para el uso de métodos anticonceptivos:

El suministro de información y apoyo al usuario de servicios de planificación familiar es tan importante como proveer un método anticonceptivo. El tiempo que se dedica a hablar con el usuario puede ayudar mucho en el uso correcto y su satisfacción con el método. (8)

Cada usuario de los servicios de planificación familiar tiene derecho a:

- Información; conocer las ventajas y la disponibilidad de la planificación familiar.
- Acceso: obtener los servicios, independientemente de raza, credo, estado civil o vivienda.

- Elección: tomar una decisión libre acerca de la práctica de la planificación familiar y cuál método utilizar.
- Seguridad: poder practicar la planificación familiar en forma segura y eficaz
- Privacidad: disponer de un ambiente privado para recibir asesoramiento o servicios
- Confidencialidad: estar seguro de que cualquier información personal se mantendrá en reserva
- Dignidad : recibir un trato cortés, considerado y atento
- Comodidad :sentirse cómodo cuando recibe los servicios
- Continuidad : recibir servicios y suministros anticonceptivos cuando se necesiten
- Opinión : expresar puntos de vista acerca de los servicios ofrecidos (10)

Aptitudes que necesitan los consejeros en planificación familiar

- Crear un ambiente cómodo para el usuario
- Respetar los valores y las actitudes del usuario
- Presentar claramente la información
- Propiciar la formulación de preguntas
- Escuchar y observar con atención
- Ser imparcial o neutral
- Formular preguntas en forma adecuada, para que el usuario comparta la información y sus sentimientos
- Guiar la acción recíproca consejero-usuario
- Hablar el lenguaje del usuario
- Sentir complacencia por el trabajo en planificación familiar.(11)

Asesoramiento acerca de algunos métodos específicos:

El DIU:

Si una mujer desea usar un DIU, asegúrese de que se discuten las siguientes cuestiones:

- Características de los DIU
- El riesgo actual y futuro de contraer ITS
- Eficacia y mecanismo de los DIU
- Procedimientos de inserción y extracción
- Instrucciones para el uso y las visitas de seguimiento
- Posibles efectos secundarios y complicaciones
- Signos de complicaciones posibles

Efectos secundarios comunes del DIU

- Durante la inserción: algún dolor y cólico
- En los primeros días: sangrado y cólico moderados
- En los primeros meses: sangrado menstrual más abundante, cólico leve intermenstrual, sangrado intermenstrual (8)

Los métodos de barrera

Los elementos del asesoramiento incluyen los siguientes puntos:

- Ventajas, desventajas y efectos secundarios
- Cómo usar el método en forma correcta
- Hacer hincapié en la importancia del uso sistemático
- Cómo incorporarlos en el acto sexual (cuando sea apropiado)
- Problemas comunes del uso (y soluciones)
- Dónde obtener más suministros (10)

La esterilización femenina y masculina:

- Proveer información acerca de otros métodos para asegurar elección informada del método
- Proveer la técnica de preferencia, si es posible
- Discutir cuidadosamente la decisión de terminar la fertilidad
- Si el cliente tiene dudas, es recomendable esperar más tiempo antes de someterse al procedimiento
- Informar al cliente sobre las posibles complicaciones

- Explicar la demora antes de que el método surta efecto
- Discutir la falta de protección contra ITS y VIH, y sugerir el uso de un método de barrera (11)

Inyectable sólo de progestina

El asesoramiento es un componente clave en la prestación de servicios relativos a cualquier método anticonceptivo. En el caso de DMPA (acetato de medroxiprogesterona de depósito), por ejemplo, es necesario informar a las mujeres sobre los siguientes puntos:

- Posibles cambios en el ciclo menstrual, en particular un
- sangrado prolongado o excesivo y amenorrea
- Significado de amenorrea
- Retraso en el retorno a la fertilidad
- Necesidad de inyecciones regulares y puntuales
- Falta de protección contra ITS y VIH
- Efectos secundarios
- Necesidad de hablar con los proveedores acerca de las inquietudes particulares, y necesidad de volver a la clínica si surge algún problema(8)

Los métodos anticonceptivos ¿Qué tan seguros son?

Clasificación:

“Se clasifican en método seguro, poco seguro, relativamente seguro y seguro completamente.

Otra de las clasificaciones pueden ser los métodos definitivos y los temporales.

“Dentro de los métodos muy seguros están la píldora combinada, las hormonas inyectables, las ligaduras (operación para mujer donde se cortan las Trompas de Falopio) y la vasectomía, procedimiento con el cual se esteriliza al hombre.

Dentro de los relativamente seguros aparecen el diafragma (dispositivo que se utiliza poco antes de practicar una relación sexual y se retira al finalizarla), los condones y los relacionados con los métodos naturales y temperatura corporal.

“Los pocos seguros son aquellos espermicidas como algunos a base de gel que se utilizan durante la relación sexual. Dentro de los temporales existen métodos como los naturales, de barrera y los dispositivos intrauterinos y los hormonales (7).

Características de los anticonceptivos

Existen ventajas y desventajas en cada método de anticoncepción. Aquí los detalles.

1.- Métodos definitivos (vasectomía y esterilización):

Desventaja: son irreversibles, no protegen de las ITS. Ventaja: Es 99.9% seguro, cualquiera puede ser candidato siempre y cuando esté conforme con la cantidad de hijos que tiene.

2.- Métodos temporales (naturales):

Desventaja: se basa en el método del ritmo y calendario menstrual regular, moco cervical y temperatura. No protege de las ITS. Mucha abstinencia. Ventaja: Te ayuda a conocer muy bien tu organismo, días fértiles e infértiles. Se basan en tu anatomía, no hay que comprarlos.

3.- Método de barrera (condón):

Desventaja: costo económico, acertado conocimiento sobre su uso. Ventaja: pueden ser portados por el o por ella, protege de las ITS.

4.- Método intrauterino (Dispositivo Intrauterino, DIU o T de Cobre):

Desventaja: No protege de las ITS, revisión ginecológica paulatina, salud vaginal intacta, se coloca con Papanicolaou negativo. Ventaja: es reversible, se puede retirar cuando una decida, acceso económico.

5. Métodos temporales hormonales (mini píldoras):

Desventaja: si la dejas de tomar un día se vuelve ineficaz, costo económico alto, efectos adversos, se debe tomar a la misma hora, el olvido para tomársela. Ventaja: Si se usa adecuadamente puede ser efectivo en un 95%, es irreversible.

6. Método inyectable:

Desventaja: Costo económico trimestral o semestral, no protege de las ETS.

Ventaja: es irreversible, su buen uso es efectivo en un 95%(14).

Educación sexual y planificación familiar

Uno de los modos de prevenir es informar. La información que se les brinda a los adolescentes puede ser muy interesante; sin embargo en el momento de tomar decisiones la información no alcanza, porque debe ir acompañada de la educación que van recibiendo paulatinamente de la familia y otros agentes: los medios de comunicación social, la escuela, la iglesia y los servicios de salud. Cada uno de ellos actúa de diversos modos, con influencia de distinto grado y con diferentes niveles de profundidad en la formación de la personalidad.

Para que la información tenga eficacia debe constituirse en formación. Sin duda, la información sexual es uno de los aspectos de la educación sexual, pero es necesario remarcar que también incluye la formación de actitudes hacia lo sexual. Dichas actitudes tienen como base el sistema de valores, ideales, normas, pautas e ideologías que sobre la sexualidad tiene la cultura en la que el sujeto vive. La información permanece en el nivel intelectual y la formación se inserta en la personalidad, manifestándose en la conducta. Para que esto suceda, la información tiene que motivar a los sujetos para que puedan trasladarla a sus propias vivencias, compararla con sus conocimientos previos y relacionarla con hechos actuales. La información debe producir conflictos y estar acorde con sus intereses, de manera que no permanezca sólo en el plano intelectual sino también afectivo, convirtiéndose en formación, constitutiva de la personalidad (11)

Compromisos de país a nivel internacional

La conferencia mundial de población celebrada en Bucarest en 1974 declaró que: "Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente de sus hijos".

En varias convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la planificación familiar:

En Diciembre de 1979, la asamblea general de las naciones unidas (ONU) aprobó la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

En 1984 en la ciudad de México, en la conferencia internacional sobre población; en Nairobi, en la tercera conferencia sobre la mujer;

En 1989 en Ámsterdam en el foro internacional sobre población en el siglo 21.

En 1994, La conferencia internacional sobre población y desarrollo (CIPD) Celebrada en el Cairo, constituyó un espacio de reflexión de la comunidad internacional acerca de los derechos de las personas en relación a la reproducción y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano.

Por primera vez los gobiernos reconocieron internacionalmente los derechos reproductivos contenidos en documentos internacionales sobre los derechos humanos (2)

IVII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Es un estudio descriptivo de corte transversal. Se realizó en la comarca Nejapa con una población de 3,167 habitantes ubicada en la carretera vieja a León, entre el kilómetro nueve y doce en la zona occidental área rural perteneciente al Centro de Salud Edgar Lang Sacasa área 3-2 municipio Managua.

Universo: el universo fueron todas las mujeres en edad fértil de la Comarca Nejapa de Managua, que son un total de 946.

-El nivel de confianza considerado, fue del 95 % ; el grado de precisión o error admisible es del 5% considerando una proporción o prevalencia del 50% , la fórmula estadística que relaciona los escenarios señalados es la siguiente:

Muestra: Para definir el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

d=0.02 -0.05 (grado de precisión)

z=1.96 (95 %) confianza

q=1-P

p=proporción/prevalencia (50%)

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} = \frac{3.84 * 0.25}{0.0025}$$

$n = 384$

$n_f = n/1 + n/N$

$n_f = 277$

$n_f = 384/1 + 384/1000$

$n_f = 384/1.384$

Donde n = tamaño de la muestra

para una población menor de 10,000 habitantes

La muestra considerada fue de 277 mujeres en edad fértil.

Para seleccionar a las mujeres que participaron en el estudio se definieron algunos criterios de inclusión que son:

Criterios de inclusión:

- 1 - Mujeres en edad fértil de la comarca Nejapa
- 2 - Mujeres con o sin vida sexual activa.
- 3 - Mujeres que de manera voluntaria deseen participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- 1 - Mujeres que se niegan a participar en la encuesta.
- 2 - Mujeres que no son de la Comarca Nejapa.

Unidad de análisis: Mujeres en edad fértil de la comarca Nejapa.

Fuente de información. Se utilizó una fuente primaria con un instrumento que se aplicó a las mujeres en estudio.

Para el control de Sesgos, el llenado de los instrumentos se realizó por la propia investigadora con el fin de aclarar a cada participante sobre los aspectos solicitados por el encuestador, se trabajó sobre la validez de la encuesta.

Técnica e Instrumento de recolección de la información

La técnica utilizada para la obtención de la información fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario diseñado que incluyó todas las variables en estudio.

Plan de análisis:

La información se procesó mediante el programa Epi info con todo su contenido y analizada a través de los conocimientos existentes en relación al tema de forma descriptiva, auxiliándonos de tablas de distribuciones de frecuencia y porcentajes diseñadas para tal fin. Fueron sometidos a análisis y discusión, según datos conocidos en la literatura nacional e internacional plasmados en el marco teórico. Culminando con las conclusiones y recomendaciones que derivan del estudio.

Consideraciones éticas:

La información obtenida de las encuestas fue de carácter anónimo confidencial, sin fines de lucro. Los resultados obtenidos no serán utilizados para otros fines.

Con la autorización expresa consentimiento informado y firma de las usuarias de la de los métodos anticonceptivos. Para obtener información de carácter científico y académico que permitió concluir esta investigación.

VIII. RESULTADOS

Los resultados presentados a continuación fueron obtenidos de 277 mujeres en edad fértil encuestadas de la comarca Nejapa del municipio de Managua perteneciente al área de salud 3 - 2 Centro de Salud Edgard Lang Sacasa.

Características socio demográficas de las mujeres en edad fértil

Las mujeres de 20 a 27 años (118) son las que más usan métodos anticonceptivos, para un 42.6%, la escolaridad que mas prevalece en las encuestadas es secundaria, (160 mujeres) aunque estas aun no habían concluido sus estudios para un 57.8% la religión que mas prevalecen son las católicas seguido de las evangélicas, el estado civil que presentaron las encuestadas fue la unión de hecho estable(144) para un 52 % y la ocupación que mas prevalece en estas es ama de casa (225) con un 81.2%. (Ver anexo tablas No. 1, 2, 3, 4, 5,6)

El Conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil por grupos etareos, escolaridad, ocupación, estado civil, religión y paridad:

El conocimiento en general sobre los métodos anticonceptivos es reflejado en el 100% de todas las mujeres en edad fértil encuestadas, 277 mujeres. No hay diferencias según escolaridad, religión, edad, ocupación y paridad.

El uso anterior y uso actual de los métodos anticonceptivos encontrados son:

Las mujeres encuestadas contestaron haber usado anteriormente: anticonceptivos representan el 99% (275). El uso de anticonceptivo parenteral fueron 124 mujeres con 29%, las gestagenos orales lo usaron 110 mujeres para 29%, 79 mujeres usaron preservativo masculino para 19%, 32 mujeres usaron dispositivo intrauterino para 8% y el método del ritmo con 9 %.

Uso actual: en relación al uso actual de anticonceptivos el 42% (94) de las mujeres usan anticonceptivos parenterales. Siendo este el método más usado actualmente. Un 22% (50) mujeres usan gestagenos orales, la esterilización femenina para 15% (33). (Ver anexo tabla # 24)

Distribución de las razones por las que no planifican actualmente son:

El 20%(53) de las mujeres no planifican actualmente. Las razones principales que presentaron son las siguientes: deseo de un embarazo en un 50% (32); Las mujeres que no tienen vida sexual activa para un 22% (14); mujeres que les falló el método anterior para 11% (7). Mujeres porque no les gustan para 4.5%(3), mujeres que tienen miedo a los efectos colaterales para 4.5% (3), mujeres que tienen falta de confianza en los métodos para 3% (2). (Ver anexo tabla # 23).

Distribución de las razones de abandono de los métodos anticonceptivos:

Un 61% (170) de las mujeres abandonaron el método anticonceptivo. Las razones por las que abandonaron los métodos anticonceptivos las mujeres encuestadas son las siguientes: 23% (39) cuya razón de abandono es falla del método. 21% (36) cuya razón de abandono es desean embarazo. 15% (26) cuya razón de abandono es falta de confianza. 12% (20) cuya razón de abandono es relaciones sexuales ocasionales. 8% (14) cuya razón de abandono es falta de pareja actual (Ver anexo tabla # 26).

La práctica de los métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil por grupos atareos, escolaridad, ocupación, estado civil, religión y paridad:

El grupo etareo de 20-27 años es el que mayor práctica ejerce presentando 92 mujeres que si practican para 33% seguido de 62 mujeres de 28-35 años para 22%. 41 mujeres de 16-19 años para 15%, 27 mujeres de 36-45 años para 10% los extremos de las edades de 12 – 15 años y mayores de 45 años siendo estos los grupos el menor práctica realiza por edad. La práctica en nuestro estudio se ve influenciada por la edad. (Ver tabla)

La práctica no se ve influenciada por el nivel de escolaridad que tengan las mujeres en edad fértil corresponde a 133 mujeres de secundaria que si practican para 48% siendo el grupo que presenta la mayor práctica, 55 mujeres de primaria que si practican para 20% y 10 que no practican para 3%, 9 mujeres técnicos medios que si practican para 3.2% ,21 mujeres universitarias que si practican para 7% y 11 que no practican para 4%. Las analfabetas y las técnicas medio ocupan el menor porcentaje de práctica según el nivel escolar. Ver tabla #14

Según estatus laboral 185 mujeres amas de casa para 67% que es el grupo ocupacional que mayor práctica realiza de los métodos anticonceptivos. 31 trabajadoras que si practican para 11% y 5 que no practican para 2%8 estudiantes que si practican para 2.9% y 8 que no practican para 2.9% que es la ocupación que menor práctica realiza de los métodos anticonceptivos. Ver tabla #15

La paridad no influye en el uso actual de los métodos anticonceptivos 64 bigesta que practican para 31% y 8 que no practican para 4% que es el grupo que tiene un mayor uso de los métodos anticonceptivos según el nivel de paridad, 44 primíparas que practican para 22%, 21 trigesta que practican para 10% y 6 que no practican para 3%.,y 12 que no practican para 6%.29 multíparas que si practican para 14% y 3 que no practican para 1.5%, cero nulíparas que practican para 0% y 17 que no practican para 8% que es el menor uso encontrado en las usuarias según su nivel de paridad. (Ver tabla # 16).

El uso actual de los métodos anticonceptivos de acuerdo a la edad, escolaridad, ocupación, paridad es:

92 Mujeres del grupo etareo de 20-27 años usan: 24 anticonceptivos orales, 38 anticonceptivos parenterales, 9 DIU, 12 preservativos masculinos, 1 coito interruptus, 7 esterilizaciones femeninas y 1 esterilización masculina para 41%, seguido de 62 mujeres del grupo etareo de 28-35 años con: 10 anticonceptivos orales, 25 anticonceptivos parenterales, 4 DIU, 4 preservativos masculinos, un método del ritmo natural, 2 coitos interruptus, 16 esterilizaciones femeninas para

28%, 41 del grupo etáreo de 16-19 años con: 11 anticonceptivos orales, 24 anticonceptivos parenterales, 2 DIU, 4 preservativos masculinos para 18%, 27 del grupo etáreo de 36-45 años con: 5 anticonceptivos orales, 7 anticonceptivos parenterales, 3 DIU, 1 preservativo femenino, 1 preservativo masculino, 1 método del ritmo, 9 esterilizaciones femeninas para 12%, 1 adolescente del grupo etáreo de 12-15 años con preservativo masculino para 0.4%, 1 mujer del grupo etáreo mayor de 45 años con: 1 esterilización femenina para 0.4 %. (Ver tabla # 17)

El uso de métodos anticonceptivos por nivel escolar corresponde a 133 mujeres de secundaria de las cuales 33 de ellas usan gestágenos oral, 55 anticonceptivo parenteral, 12 DIU, 15 preservativo masculino, 15 esterilización femenina, 1 esterilización masculina, 1 método del ritmo, 1 coito interruptus para 48%, 55 mujeres de primarias 13 de ellas usan gestágenos oral anticonceptivos parenteral, 4 DIU, 1 preservativo femenino, 5 preservativo , 21 universitarias de las cuales 2 de ellas usan gestágenos oral, 11 anticonceptivos parenteral, 1 DIU, 2 preservativo masculino, 4 esterilización femenina, 1 Coito Interruptus para 7%. Masculino 9 esterilización femenina, 1 método del ritmo, 1 coito interruptus para 20% 21 universitarias 2 de ellas usan gestágenos oral, 11 anticonceptivos parenteral, 1 DIU, 2 preservativo masculino, 4 esterilización femenina, 1 Coito Interruptus para 7%, 6 mujeres analfabetas 2 de ellas usan anticonceptivo parenteral, 4 esterilización femenina para 2.2%. (Ver tabla # 18).

De las 185 mujeres amas de casa: 38 usan gestágenos orales, 75 usan anticonceptivos parenteral, 18 usan dispositivo intrauterino, uno usa preservativo femenino y 19 preservativo masculino, 29 usan esterilización quirúrgica femenina, 1 con esterilización masculina, 2 métodos del ritmo, 2 coito interruptus correspondiéndole a este grupo ocupacional el porcentaje de mayor uso actual.

De las 31 mujeres trabajadoras: 8 usan gestágenos orales, 15 usan anticonceptivos parenteral, 3 usan preservativos masculinos, y 4 usan esterilización femenina siendo este grupo de ocupación el segundo en uso actual según ocupación.

De las 8 mujeres estudiantes: 4 usa gestagenos orales, 4 usan anticonceptivos parenterales, siendo el grupo ocupacional que menor uso actual hace de los mismos. La ocupación no influye en el uso actual de los métodos anticonceptivos. (Ver tabla 19)

64 mujeres bigestas 12 de ellas usan las esterilizaciones femeninas, 11 gestagenos oral, 11 dispositivo intrauterino, 15 anticonceptivo parenteral, 14 preservativo masculino, 1 coito interruptus siendo este grupo el que mayor uso actual tiene de los métodos anticonceptivos, 44 primíparas con: 12 con gestagenos oral, 31 anticonceptivo parenteral, 1 coito interruptus, 21 mujeres trigestas con: 5 gestagenos oral, 1 esterilización femenina, 1 dispositivo intrauterino, 11 anticonceptivo parenteral, 1 preservativo femenino, 1 preservativo masculino, 1 ritmo, 17 mujeres nulíparas que no practican ningún método anticonceptivo, correspondiéndole a este grupo el menor número de usos del estudio. (Ver tabla 20)

Las razones de cambio para los métodos anticonceptivos son:

Intolerancia al método: 39%(30) mujeres para gestagenos oral, 6.4% (5) mujeres para el dispositivo intrauterino, 49%(38) mujeres para anticonceptivos parenterales, 2.5%(2) mujeres para el preservativo masculino.

Miedo a los efectos colaterales: 25 mujeres para gestagenos oral, 20 anticonceptivo parenteral, 10 DIU, 6 preservativo masculino para 24%. Interferencia sexual: 8 mujeres para el preservativo masculino para 3%,

Mucho tiempo de uso: 5 mujeres para los gestagenos oral, 3 para el dispositivo intrauterino, 3 para el anticonceptivos parenterales para 4%.

Falló el método anterior: 2 mujeres para el dispositivo intrauterino, 16 con gestagenos orales, 12 con anticonceptivos parenterales y 2 con preservativo

masculino para 13%. Motivos de salud o contraindicación: 6 mujeres para gestagenos orales, 3 para anticonceptivos parenterales para 4%.

Falta de confianza en los métodos: 10 mujeres para gestagenos orales, 4 para preservativos masculinos, 4 con el ritmo, 6 anticonceptivos parenterales para 9%.

Dificultad de uso: 7 mujeres para el dispositivo intrauterino para 3%. Desacuerdo de pareja: 2 mujeres con preservativos masculinos para 0.8%. Lactancia materna: 5 mujeres para los gestagenos orales con 2%. Paridad satisfecha: 4 mujeres usan gestagenos orales 6 anticonceptivos parenterales, 4 DIU para 5.4% . Sin vida sexual: 3 anticonceptivos parenterales, 2 gestagenos orales, 1 DIU para 2%

Mala atención: 1 mujer usa anticonceptivos parenterales, 1 gestagenos orales para 0.8 %. La razón menos frecuente que motiva a las usuarias de los métodos anticonceptivos a realizar el cambio de los mismos es difícil acceso y motivos religiosos. (Ver tabla # 21)

El método anticonceptivo elegido posterior al cambio es:

Las mujeres encuestadas respondieron haber usado los siguientes anticonceptivos posterior al cambio 77 mujeres se cambiaron a los Anticonceptivos parenterales para 40% siendo este método el más preferido por las usuarias para realizar el cambio del método que utilizaban anteriormente.

Gestagenos orales con 37 elecciones para 20%. Esterilización femenina con 32 elecciones para un 17%. Preservativo masculino con 20 elecciones para un 10%. Dispositivo intrauterino con 14 elecciones para un 7%. Otros métodos con 4 elecciones para 2%. Coito interruptus 3 elecciones para 1.5%. Ritmo con 2 elecciones para un 1%. Esterilización masculina 1 elección para 0.5%. Los métodos menos preferidos por las usuarias para realizar el cambio del método que utilizaban anteriormente son: anillo anticonceptivo, parche anticonceptivo, espermicida, esponjas anticonceptivas, diafragma y tapón cervical. Los métodos

más preferidos por las usuarias son aquellos que se distribuyen con mayor facilidad en las unidades de salud estatales a excepción de la esterilización quirúrgica femenina cuyo acceso está limitado en las mismas. (Ver tabla # 22)

Distribución de los antecedentes gineco-obstétricos

Los antecedentes gineco obstétricos investigados reflejan datos similares a los del resto de la población Nicaragüense, esto incluye: inicio de vida sexual activa en edades de alto riesgo, prácticas sexuales con poca o ninguna protección, poca asistencia a los centros de salud para solicitar asesoría de los métodos de planificación familiar y control de embarazo, menarquía a tempranas edades, embarazos en edades tempranas, elevado número de compañeros sexuales.

Embarazos:

17 mujeres con cero embarazos.

96 mujeres con 1 embarazo.

84 mujeres con 2 embarazos

.40 mujeres con 3 embarazos.

40 mujeres con más de 3 embarazos.

Partos:

17 mujeres con cero partos.

56 mujeres con 1 parto.

72 mujeres con 2 partos.

27 mujeres con 3 partos.

32 mujeres con más de 3 partos.

Cesáreas:

50 mujeres con 1 cesárea

20 mujeres con 2 cesáreas 3 mujeres con 3 cesárea

Abortos:

24 mujeres con 1 aborto

1 mujer con 2 abortos

Legrados:

24 mujeres con un legrado

1 mujer con 2 legrados

IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Características socio demográficas de las mujeres en edad fértil

Las mujeres de 20 a 27 años son las que más usan métodos anticonceptivos, porque estas son las edades que las mujeres presentan mayor madurez y responsabilidad, la escolaridad que mas prevalece en las encuestadas es secundaria, aunque estas aun no habían concluido sus estudios siendo estas de bajo nivel escolar en su mayoría, la religión que mas prevalece son las católicas seguido de las evangélicas en esta área rural son las que más profesan; el estado civil que presentaron las encuestadas fue la unión de hecho estable y la ocupación que mas prevalece en estas es ama de casa con un 81.2%. Estas mujeres en su mayoría son de bajo nivel socioeconómico. (Tabla 1, 2, 3, 4,5)

Conocimiento del método anticonceptivo según edad

El total de las mujeres entrevistadas conocen los métodos anticonceptivos. Siendo superior al obtenido por otros estudios, esto es debido a que en los últimos años se ha incrementado la difusión y propaganda de los mismos, oscilando el conocimiento entre 94.9 y 100%. El conocimiento menor se encuentra en los grupos etáreos de 12-15 años y mayor de 45 años, con 0.8%, lo que no guarda significancia estadística. Casi los tres cuartos partes del conocimiento corresponden al grupo etáreo de 20 a 35 años, puesto que son las que tienen una actividad sexual más activa obligándolas a ser demandantes de estos servicios. Considerando el periodo ideal para la reproducción de la mujer entre las edades 20 y 29 años, observando un ligero incremento del riesgo reproductivo entre los 30 y 34 años. Considerando que la edad en mujeres de edad fértil no es determinante del conocimiento ya que existe la misma posibilidad del conocimiento para todo este grupo etáreo.

Conocimiento del Método Anticonceptivo según el nivel escolar

El total de las mujeres conocen la existencia de los métodos anticonceptivos. El conocimiento mayor es observado en las que no han completado su educación

media con casi el universo del estudio, siendo el conocimiento menor en los extremos de la educación con 7.2%. Los embarazos precoces afectan el proceso educativo en las jóvenes, frustrando sus proyectos de vida, además es bueno mencionar que los niveles extremos de pobreza obligan a las adolescentes a desertar del sistema educativo nacional público. El nivel escolar no es determinante para el conocimiento de los métodos anticonceptivos ya que existe la misma posibilidad de conocimiento para los diferentes niveles escolares. Esto es contrario a lo referido internacionalmente, ya que definen que entre mayor sea el nivel escolar, mayor será el conocimiento de los mismos.

Conocimiento del Método Anticonceptivo Según Ocupación

El total de las mujeres encuestadas conocen la existencia de los métodos anticonceptivos. El conocimiento mayor se observa en las amas de casa con un poco más de las tres cuartas partes del estudio.

El conocimiento menor se presenta en las estudiantes con 5.8%. La ocupación no es determinante para el conocimiento, ya que existe la misma posibilidad de conocimiento en las diferentes ocupaciones. La ocupación guarda relación directa con el nivel escolar encontrando casi la totalidad del universo de las mujeres con ocupaciones relacionadas a pobres niveles escolares.

Conocimiento del Método Según Paridad:

El total de las mujeres entrevistadas conocen la existencia de los métodos anticonceptivos. El conocimiento tiene un comportamiento ascendente en relación a la paridad siendo menor en las nulíparas con un 8% y mayor en las bigestas con un tercio. No observándose diferencias significativas en los diferentes niveles de paridad, considerando al igual que los demás estudios que el conocimiento no se ve afectado por la paridad. La menarquía más precoz, los factores

socioeconómicos y culturales, la falta de educación sexual en la sociedad y familia, el auge de la pornografía y su divulgación incluye el inicio de la vida sexual activa precoz, con el desarrollo de conductas sexuales de alto riesgo, con el incremento de las gestaciones no deseadas y el incremento de enfermedades de transmisión sexual, así como el incremento de todos los factores de riesgos reproductivos en los adolescentes.

Conocimiento del Método Según Estado Civil

El total de las mujeres entrevistadas conocen la existencia de los métodos anticonceptivos, la mitad de las mujeres que conocen son acompañadas, unión conyugal aceptada por las leyes nicaragüenses, pero carece de cierta estabilidad de pareja, ya que el hombre generalmente no quiere adquirir mayor compromiso en su relación, constituyéndose por si sola en un factor de riesgo ante un posible rompimiento de la relación, siendo la mujer la más afectada, ya que debe quedarse a cargo del mantenimiento de sus hijos en condiciones precarias. La casi mitad restante la constituyen: mujeres casadas y solteras. El conocimiento no se ve afectado por el estado civil, ya que existe la misma posibilidad de conocimiento para todos los estados civiles.

Practica de Métodos Anticonceptivos Según Edad

La mayor difusión y el conocimiento actual de la existencia de métodos anticonceptivos son alentadores, puesto que al elevarse la práctica de la planificación familiar se mejorará la calidad de vida de las parejas y sus hijos, reduciendo el número de embarazos de alto riesgo, oscilando anteriormente entre el 41% y 57% los porcentajes de uso de los mismos en estudios revisados. Los grupos etáreos de riesgos reproductivos representan la cuarta parte de las que practican, encontrándose que en las menores de 19 años solo un 4% no practican y un 1% que no practican del grupo etareo de mayores de 36 años. Al momento

de la investigación la maternidad en adolescentes entrañan elevados riesgos asociados a la edad del matrimonio, el nivel educativo, normas culturales y el papel social de la mujer. El grupo etareo de 15 a 19 años, tiene dos veces mas probabilidades de morir durante el parto, y las mayores de 35 años tienen cinco veces mas probabilidades de morir que las de 20 a 24 años.

Las mujeres en edad de adolescentes son vulnerables a complicaciones del embarazo como: pre eclampsia, ETS, amenazas de aborto, aborto en condiciones de riesgos, infecciones por el VIH, Virus del papiloma humano con tasas de mortalidad de 91/ 100,000 recién nacidos vivos en 2008.

El comportamiento de la práctica es similar a los estudios consultados donde la práctica se va incrementando por grupos etareos alcanzando su máxima entre los 20 y 35 años, correspondiendo a un poco más de la mitad de las mujeres estudiadas en este margen de edades, con prácticas activas de los métodos anticonceptivos. Luego la práctica comienza a disminuir progresivamente, donde después de los 40 años muchas mujeres se consideran así misma infecundas con opiniones tradicionales, no deseando hacer uso de métodos anticonceptivos.

La tendencia actual refiere incremento en la práctica actual de los métodos anticonceptivos en las mujeres menores de 19 años que ha pasado de 23 a 40%, en 2008. En nuestro estudio este grupo etareo representa el 16% de la práctica, concluyendo que la edad es determinante para la práctica de métodos anticonceptivos

Conocimiento del Método Según Religión

El total de las mujeres conocen la existencia de los métodos anticonceptivos. La mitad que conoce son católicas, siendo el 96% del conocimiento compartido por católicas y evangélicas, denominaciones religiosas mas practicadas en Nicaragua. El conocimiento menor se presenta en las testigos de JEHOVA con un 1.1%,

porcentaje que no es extraño, ya que nuestro país es de profundos sentimientos religiosos. El conocimiento no se ve afectado por la religión, ya que existe la misma posibilidad de conocimiento para los diferentes grupos religiosos en Nicaragua.

Practica de Métodos Anticonceptivos Según Nivel Escolar

El 80.4% de las mujeres practican los métodos anticonceptivos y el 19.1% prescinden de ellos. La práctica mayor es observada en las mujeres que no han completado su educación media con casi las tres cuartas partes, correspondiendo la práctica menor a mujeres analfabetas con un 2.2%. El Nivel Escolar no es determinante para la práctica ya que existe la misma posibilidad de práctica en los diferentes niveles escolares. Tampoco el Nivel Escolar es determinante para la no práctica. Una educación sexual orientada de forma correcta puede retrasar hasta por dos años el inicio de la vida sexual activa en las adolescentes. Se debe retomar la educación sexual para rediseñar estrategias, ya que la influencia familiar es fundamental por tener un mayor impacto que la que imparten en las escuelas, instituciones de salud o medios masivos. Esto es importante para el desarrollo pleno de las futuras generaciones. Costa Rica presenta una relación inversa entre el uso y el nivel escolar.

Practica de Métodos Anticonceptivos Según Ocupación

El 80.4% de las mujeres practican y el 19.1% prescinden. La practica mayor se observa en las mujeres amas de casa, correspondiendo la practica menor a estudiantes con 2.9%. La no practica mayor es observada en mujeres amas de casa con 14% y la menor en mujeres trabajadoras con 2%. La práctica es independiente de la ocupación ya que existe la misma posibilidad de practicar un método en las diferentes ocupaciones, igual fenómeno se observa en la no practica. La situación de la mujer se ve influenciada por la falta de empleo y

educación, por la desigualdad en sus relaciones matrimoniales, y en sus derechos en la familia, además por la desnutrición de su niñez. Luego como madre tiene un acceso limitado a los servicios de salud menoscabando su capacidad de decisión sobre su capacidad reproductiva.

Uso Actual por Método Según Paridad

El 77% practican y el 22.5% prescinden de ellos. El uso actual tiene un comportamiento ascendente en relación a la paridad, encontrando el menor uso en la nulípara con 0% y el uso mayor en las bigestas con 31%. El uso no se ve influenciado por la paridad, ya que existen las mismas posibilidades de usar un método independientemente del número de hijos.

El método preferido es la anticoncepción parenteral con casi la mitad de las usuarias. Un poco más de las tres cuartas partes del uso corresponden en orden de frecuencia a: Anticonceptivos parenterales, gestagenos orales y anticoncepción quirúrgica femenina. Estos usos varían en frecuencia de un estudio a otro pero son los métodos de mayor difusión que brindan las instituciones públicas de salud o a los que tienen acceso las clases más desprotegidas de Nicaragua.

Los métodos menos usados son: El tapón cervical, diafragma, esponja anticonceptiva, espermicidas, parches anticonceptivos, anillo anticonceptivo y otros métodos con 0%. Esto es normal y obedece a que estos métodos anticonceptivos no se encuentran a disposición de las usuarias en las unidades de salud pública en Nicaragua.

Según la paridad los anticonceptivos parenterales son usados principalmente por las primíparas no encontrando diferencias significativas en los diferentes niveles de paridad, similar comportamiento se observa con los gestagenos Orales.

La anticoncepción quirúrgica femenina se usa de forma exclusiva en las mujeres con paridad satisfecha, que desean una opción segura, permanente y sencilla.

Los preservativos masculinos son usados principalmente en las mujeres con paridad satisfecha sin significancia estadística. El grupo de mayor uso del método del ritmo son las gran multíparas con significancia estadística.

Uso Actual por método Según Ocupación

Las dos terceras partes de las mujeres que usan anticonceptivos son amas de casas y prefieren: Los Anticonceptivos parenterales, gestagenos orales, esterilización femenina, preservativos masculinos y DIU, siendo el menos preferido de los que usan la esterilización masculina y el preservativo femenino. El 11% de las mujeres son trabajadoras y prefieren: Los anticonceptivos parenterales, gestagenos orales, esterilización femenina y preservativo masculino, siendo los menos preferidos: todos los métodos que no son ofertados por el MINSA. El porcentaje restante lo constituyen las estudiantes que prefieren: Anticoncepción oral y anticonceptivos parenterales siendo los más utilizados, en el estudio no se observo que actualmente las adolescentes estén usando anticonceptivos de emergencia, aunque un 2% dijo haber usado anteriormente, quizás esto se debe a que es un área rural, El uso actual no se ve influenciado por la ocupación de las usuarias, ya que existe la misma posibilidad de uso según su ocupación. El 100% de las mujeres que usan el ritmo pertenecen a amas de casa, que pueden asociarse a un mayor nivel de paridad que permite hacer uso de este complejo método. Casi la totalidad de mujeres que usan los preservativos son amas de casa, que pueden ser influenciados por relaciones de temor en relación a su pareja ante el incremento de enfermedades de transmisión sexual incurables.

Uso Actual por método Según Edad

La práctica encontrada no es superior a los estudios consultados hasta hoy. Los grupos de riesgos reproductivos según edad, son constituidos por los embarazos antes de los 19 años y después de los 35 años que constituyen un cuarto en nuestro estudio. Es un grupo muy vulnerable sino logra controlar su fertilidad. El grupo etareo de 15 a 19 años constituye un quinto de las mujeres, siendo el método más utilizado por ellas: los anticonceptivos parenterales, seguido de los gestagenos orales y los preservativos masculinos. El menos utilizado: el DIU, método que no se recomienda a este grupo. El grupo etareo de 20 a 27 representa casi la mitad de las mujeres, siendo el método más utilizado: los anticonceptivos parenterales, seguido de los gestagenos orales, los preservativos masculinos, el DIU y la esterilización femenina, siendo el menos utilizado la esterilización masculina, no habiendo diferencia significativa con los demás métodos. El grupo etareo de 28 a 35 años constituye el cuarto de las mujeres, siendo los más utilizados: los anticonceptivos parenterales, seguido de anticonceptivos orales, el DIU, los preservativos masculinos y la anticoncepción quirúrgica femenina, no habiendo diferencia significativa con los restantes.

El grupo etareo de 36 a 45 años representa un 12% siendo los más usados por este grupo: la esterilización femenina, anticonceptivos parenterales, anticonceptivos orales y el DIU. El grupo etareo mayores de 45 años representa un 0.4%, siendo su método preferido la esterilización femenina. Los métodos más usados internacionalmente para evitar embarazos muy seguidos o en edades menores a los 19 años son: anticonceptivos orales, Condones, Espermicidas y abstención periódica. Nuestro estudio determina que esta labor corresponde a: anticonceptivos parenterales, gestagenos orales, esterilización femenina, el DIU y preservativos masculinos, por lo que aseveramos que la edad es determinante para el uso de los métodos.

Uso Actual por método según Escolaridad

Los métodos preferidos por las analfabetas son: esterilización femenina y anticonceptivos parenterales con 2.2%. Las mujeres en primaria, sus métodos preferidos son: anticonceptivos parenterales, los gestagenos orales, anticoncepción quirúrgica femenina, y el menos preferido: preservativo femenino, método del ritmo y el coito interruptus. Las mujeres de secundaria sus métodos preferidos son: anticonceptivos parenterales, gestagenos orales, esterilización femenina, preservativo masculino y el DIU y el menos preferido: esterilización masculina y el método del ritmo. Las técnicas medias prefieren: anticonceptivos parenterales y gestagenos orales. Son menos preferidos el DIU y la esterilización femenina. Las mujeres que son universitarias prefieren: anticonceptivos parenterales, esterilización femenina, preservativo masculino y gestagenos orales, siendo los menos preferidos el coito interruptus y el DIU. encontrando una distribución proporcional entre los diferentes niveles de escolaridad y el uso de los diferentes métodos por lo que la educación no influye en el uso actual.

Razones de cambio de los métodos anticonceptivos

Presentó efectos colaterales: Es la principal de todas las razones con casi un tercio: **gestagenos orales**, si las intolerancia son leves continuar el método si persiste disminuye la dosis, si aumenta retirar el método, **anticonceptivos parenterales:** si los síntomas son leves reforzar con educación, retirar el método **DIU:** igual consideraciones a las ya mencionadas . **Preservativo masculino:** la causa se debe a alergia al látex lo que obliga a su retiro.

No le gustan:

Corresponde al 3%, siendo afectada en su totalidad por el preservativo, lo que se puede deber a falta de asesoría, falta de comunicación y cooperación en la pareja. Recomendamos la incorporación del método como parte del acto sexual para superar esta razón.

Mucho tiempo de uso:

El método que más cumple esta razón es el DIU, después de haber cumplido su vida útil seguido de los gestagenos orales, pero esto denota falta de educación en relación al método, ya que es un mito que las píldoras deben alternarse con periodos de descanso, puesto que esto aumenta las probabilidades de un embarazo involuntario, estas se deben tomar todo el tiempo que consideran necesario e incluso durante toda su vida reproductiva sino existe contra indicación. Los anticonceptivos parenterales: corresponde al último método mencionado.

Falló el método anterior:

El método de mayor fracaso fue los gestagenos orales con 16, consideramos que no guarda relación con el método en sí, sino que obedece a un uso inadecuado del mismo ya que este tiene una tasa de fracaso de 3 embarazos por cada usuaria en un año. Los anticonceptivos parenterales representan un fracaso de 12 valor aproximado al aceptado internacionalmente correspondiendo al 0.2-1% de embarazo por cada 100 usuarias anuales. DIU: representa un fracaso similar al aceptado internacionalmente que es de 1% con 2 usuarias. Los preservativos masculinos: representaron un fracaso equivalente al 0.5%, similar al conocido que es menor a 1 embarazo por cada 100 usuarias anuales para una frecuencia de 2.

Motivos de salud:

Todo método anticonceptivo que tenga contraindicación para su uso no deberá usarse para no interferir en la salud reproductiva de la usuaria. Siendo los más afectados: los gestagenos orales, anticonceptivos parenterales, DIU.

Dificultad de uso:

El método que más produjo esta afección fue el DIU con una frecuencia de 4, si es muy severo y produce anemia hay que retirarlo. El que menos produjo dificultad de uso fue el anticonceptivo parenteral con una frecuencia de 1, si persiste por 3 meses hay que cambiarlo.

Falta de confianza en los métodos:

Siendo el método más inseguro según las usuarias los gestagenos orales con 10, pero esto obedece no a fallo del método, sino a la inseguridad de la misma para cumplir su método adecuadamente. Los anticonceptivos parenterales corresponden al segundo lugar mereciendo el mismo comentario. Los preservativos masculinos y el método del ritmo son los últimos en frecuencia.

Paridad Satisfecha:

Una vez alcanzado el número de hijos deseados por la pareja es lógico y normal que estas busquen un método: seguro, sencillo y permanente de anticoncepción correspondiendo a una frecuencia de 14.

Miedo a los efectos colaterales:

Esta razón es exclusiva de los DIU con una frecuencia de 35 y se presenta en forma de exudado, se considera normal en el proceso de adaptación del DIU, si acompaña a la EPI se retira y se trata a la paciente. Una vez curada hay que esperar tres meses para una segunda inserción. Ocupan un segundo lugar los anticonceptivos parenterales y los gestagenos orales.

Desacuerdo de pareja:

Es mayor con el uso del preservativo masculino con una frecuencia de 2, esto obedece principalmente al uso incorrecto y educación limitada del método usado.

Lactancia materna:

Esta es una situación que debió haber tenido una frecuencia mayor a la obtenida (5) en vista de la seguridad que existe en la contracepción de las mujeres que amamantan a sus hijos de manera exclusiva

Mala atención:

Esta razón de cambio demuestra que la asesoría que se brinda a las usuarias en el puesto de salud de la comarca en estudio es de alta calidad, ya que de 277 mujeres solamente 2 para un 0.7 expresaron inconformidad en la atención del programa de planificación familiar.

Métodos elegidos posterior al cambio.

Una vez que las usuarias deciden cambiar el método usado actualmente encontramos en orden de preferencia al: anticonceptivos parenteral como el más solicitado con casi la mitad de los cambios esto puede obedecer a sus ventajas técnicas y empíricas. Siendo accesible en los centros de salud. Anticonceptivo oral con un quinto de preferencia, ya que se ofrece en las unidades de salud de atención primaria. Ocupa en nuestro estudio el tercer lugar de preferencia actual, la esterilización femenina. El DIU con 7% es el quinto de preferencia y es el segundo método más usado a nivel internacional y en Nicaragua ocupa el tercer lugar debido a sus ventajas y su fácil acceso. El preservativo masculino corresponde al 10% de los cambios siendo las razones, de su preferencia las ya descritas. Siendo los menos preferidos: otros métodos con 2 %, el preservativo femenino con 1% y el ritmo con 1% respectivamente por ser el método con menor efectividad y de mayor compromiso de la pareja para su uso. Un alto índice de mujeres son acompañadas y sus compañeros pueden tener comportamientos sexuales no muy correctos, incidiendo negativamente en su salud sexual y reproductiva.

Comparación entre el uso anterior y actual.

Se encontró una deserción de 60 mujeres de los gestagenos orales, 14 mujeres de los DIU, 57 mujeres de los preservativos masculinos .33 mujeres de ganancia para la anticoncepción quirúrgica femenina traduciéndose en medida contraceptiva más eficaz, 7 mujeres para el método del ritmo. 30 mujeres para los anticonceptivos parenterales. 10 mujeres para los anticonceptivos de emergencia. El mayor porcentaje de deserción se presenta en el coito interruptus con 59 mujeres lo que es significativo ya que su grado de confiabilidad es menor en comparación con los otros métodos usados en Nicaragua. El mayor porcentaje de incremento se presenta en la esterilización quirúrgica femenina con 33, seguida de los preservativos femeninos y la esterilización masculina respectivamente. Es importante señalar que en los métodos donde se observo mayor incremento de deserción son los métodos ofertados por el Minsa de manera gratuita. No existe ningún porcentaje de incremento en el uso de los anticonceptivos. El promedio de deserción es de 6.85% y la deserción general es de 24 mujeres con una deserción general para los métodos de 47%

Conocimiento de las usuarias sobre métodos anticonceptivos

El DIU es el quinto método anticonceptivo más conocido con 89% y es el segundo método más usado a nivel mundial. La gestagenos orales son conocidos por el 97% de las usuarias y es el método más usado dentro de la anticoncepción hormonal. Los anticonceptivo parenterales son conocidos por el 96% de las usuarias, es el segundo método más usado dentro de la anticoncepción hormonal. Anticoncepción quirúrgica femenina es conocida por el 89% de las usuarias y es el método más usado a nivel mundial. El preservativo masculino es conocido por el 93% de las usuarias, La anticoncepción quirúrgica masculina es conocida por el 55 % de las usuarias, cuenta aproximadamente 45 millones de usuarios. El ritmo es conocido por el 41% de los usuarios, en Nicaragua su uso es

del 4% aproximadamente. El diafragma lo conocen el 1% de las usuarias. El preservativo femenino lo conoce el 42 % de las usuarias y tiene ventajas superiores al masculino pero es muy caro. La anticoncepción de emergencia es conocida por el 56% de las usuarias y el coito interruptus es conocido por el 54%. Los métodos menos conocidos en orden de frecuencia son: el parche anticonceptivo, implante subdermico, tapón cervical, otros métodos, espermicidas, esponjas anticonceptivas y el anillo anticonceptivo.

Distribución de las razones por las que las mujeres no planifican actualmente.

- 32 mujeres cuya razón fueron deseo de embarazo.
- 14 mujeres cuya razón fueron sin vida sexual activa.
- 7 mujeres cuya razón fueron fallo el método anterior.
- 3 mujeres cuya razón fueron miedo a los efectos colaterales.
- 3 mujeres cuya razón fueron no gusto a los métodos anticonceptivos.
- 2 mujeres cuya razón fueron falta de confianza en los métodos.
- 1 mujer cuya razón fue que presento efectos colaterales.
- 1 mujer cuya razón fue motivos de salud.
- 1 mujer cuya razón fue lactancia materna.

Distribución de las razones de abandono de los métodos anticonceptivos.

- 36 mujeres cuya razón fueron el deseo de embarazo para 21%
- 14 mujeres cuya razón fueron falta de pareja actual para 8 %
- 10 mujeres cuya razón fueron embarazadas actualmente para 6%
- 26 mujeres cuya razón fueron falta de confianza para 15%
- 10 mujeres cuya razón fueron enfermedad para 6%
- 20 mujeres cuya razón fueron relaciones sexuales ocasionales para 12%
- 11 mujeres cuya razón fueron mucho tiempo en uso para 6.5%
- 4 mujeres cuya razón fueron desacuerdo de pareja para 2%
- 39 mujeres cuya razón fueron falla del método para 23

X. CONCLUSIONES

1. las características socio demográficas de las mujeres en edad fértil de la comarca Nejapa, son similares al resto de la población femenina nicaragüense
2. Las mujeres en estudio presentan un nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos independiente de la edad, escolaridad, religión, estado civil y ocupación. Los métodos más conocidos son los que ofertan el sistema de salud público por casi la totalidad de las mujeres son los anticonceptivos orales, parenterales, preservativos masculinos, DIU y la esterilización femenina. Son los más accesibles a su condición económica y el sistema de salud público los oferta gratuitamente.
3. Las principales razones del no uso de métodos anticonceptivos son: el deseo de conseguir un embarazo reflejado en la mitad de las mujeres (50%) seguido por las que están sin vida sexual activa y la falla del método anterior.
4. Las principales razones de abandono del uso de métodos anticonceptivos en las entrevistadas fueron las siguientes: falla del método, falta de confianza del método, y las que tienen relaciones sexuales ocasionales.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de salud

- Coordinar con el MINED acciones que conlleven a fortalecer el programa de Consejería escolar en temas como Noviazgo, Paternidad y maternidad responsable.
- Crear club de adolescentes, para fortalecer los conocimientos acerca de la planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en edad de riesgo reproductivo.
- Impulsar un plan de orientación permanente (charlas) a todas las mujeres de la comunidad en edad fértil.
- Elevar la calidad científica del personal involucrado en la atención de usuarias demandante de los servicios de planificación familiar a través de educación permanente calificada y supervisada.
- Facilitar los medios necesarios para la realización de la anticoncepción quirúrgica femenina, en las áreas de salud de atención primaria capacitando al personal idóneo para este procedimiento.

A la población de la comunidad

- Organizarse para gestionar ante las autoridades competentes del Ministerio de Salud la construcción de un puesto de salud con las condiciones y suministros necesarios para la atención a la población
- Involucrarse en las acciones de salud impulsadas por el personal asignado a la unidad de salud.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1 –Ruoti. AM deficiones y conceptos en planificación familiar, y salud, EFACIM, Asunción, Paraguay, 1994

2– Nicaragua MINSA, Normas y protocolo de planificación familiar., 2008

3 - Lo esencial de la tecnología anticonceptivos. Manual para personal clínico. Facultad de salud pública, universidad de John Hopkins, 2008.

4- Paul F.A. Van Look, MD PhD FRCOG Director del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud y Planificación Familiar: Un Manual Mundial para Proveedores.2008

5- James D. Shelton, MD Jefe de Científico Médicos, Manual de la Oficina de Población y Salud Reproductiva Oficina Sanitaria para la Salud Mundial Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional 2008

6 - Historia de la anticoncepción, de la Sociedad Canaria de Medicina de la Familia Comunitaria, España 2006

7-↑Manual de Comparación de la efectividad de los métodos anticonceptivos, en 2009.

8 - Consejo Superior de la Pontificia Universidad Católica Argentina - Instituto para el Matrimonio y la Familia. Información sobre temas de Familia. De febrero, 2008

9 - Manual de planificación familiar para médicos .pp. 10 – 14; 25-32, ippf, Londres 2006.

10 -Gómez, Sánchez .pi. Consejería en planificación familiar, pagina 81-88, o universidad nacional de Colombia santa fe de Bogotá 2004.

11 – AVSC internacional; consejería en planificación familiar y esterilización voluntaria guía para directores de programas AVSC int new york 2005.

12 – Blum R.W .visión general de las conductas sexuales juveniles y sus consecuencias .rev sogia –chile.1-31-34.2005.

13 – Family health internacional: anticoncepción, embarazo y ets .salud y reproducción de los adultos jóvenes .fhi usa 2004.

14 - Barbará Barnett: manual de Actualización anticonceptiva: La planificación familiar natural requiere disciplina.2006

15- Evelyn L. Billings. Manual de La correlación de los eventos fisiológicos del ciclo reproductivo femenino con las observaciones hechas en la vulva., 2008.

16 –Resumen del Centro de Investigación y Referencia del Método de la Ovulación en Australia 2002. Pruebas sobre el Método de la Ovulación Billings , 2008.

17 - http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_anticonceptivo - cite ref-Trussell y Raymond 49-0 Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy, James Trussell, PhD1, Elizabeth G. Raymond, MD, MPH2, February 2010

18 – Manual de Contracepción poscoital de urgencia, B. Acosta Navas, ME. Muñoz Hiraldo., Servicio Madrileño de Salud, España, 2005

19 - Navarro Gótiiez H.* y Morera Montes J. *Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo. Tratamientos postcoitales* Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, Vol. 21 - Nº 1 - 2004.

20 - OMS - BSR- Manual de Intervenciones para la anticoncepción de emergencia 2003.

21- Pablo VI. Encíclica papal *Humanae Vitae*. 1975.

22- Piura López Julio Metodología de la investigación sexta edición Managua, Nicaragua 2008.

23 - Práctica de métodos anticonceptivos en las mujeres de edad fértil q asisten al centro de salud Edgar Lang Sacasa en el primer semestre 2000.

24 – Conocimiento, aptitud y práctica de los métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil de la comarca Apante en el periodo primer semestre 2001.

25 – Practica de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil que asisten a consulta externa del hospital Berta Calderón en el periodo Enero a Junio 2002.

26 – Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil que asisten al hospital Berta Calderón en el periodo primer semestre 2003

27 – Conocimiento de los métodos anticonceptivos que tienen los estudiantes de secundaria del colegio Rubén Darío del departamento de León en el periodo 2004.

28 - Efectos colaterales provocados por el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres que asisten al hospital Berta Calderón en el período 2005.

29 – Factores que intervienen para lograr una consejería de calidad en planificación familiar en los Municipios de Masaya en el periodo 2005.

30 – Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes en el hospital Danilo Rosales en el departamento de León en el periodo 2006.

31 – Aspectos que influyen en la accesibilidad del uso de métodos anticonceptivos en las mujeres de edad fértil de la comarca de Achuapa del departamento de León en el periodo 2006.

32 – Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad reproductivas de 14 países de América Latina en el periodo 2007.

33 – ENDESA 062007, Nicaragua.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA
SALUD



Instrumento de recolección de datos

La presente entrevista tiene como objetivo valorar el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil de la comarca Nejapa.

Es de carácter anónimo, confidencial y voluntaria sin fines de lucro, para obtener información de uso académico, para lo cual necesitamos de su autorización para incorporarla al estudio.

Fecha de realización: _____

Número: _____

1. datos generales

1.1 ¿Qué edad tiene usted?

- a) 10 – 15 años: ____
- b) 16 – 19 años: ____
- c) 20 – 27 años: ____
- d) 28 – 35 años: ____
- e) 36 – 45 años: ____
- f) Mayor de 45 años

1.2 Estado Civil

- a) Casada: _
- b) Unión estable: ____
- c) Soltera: ____

1: 3- ¿Que escolaridad tiene usted?

- a) Analfabeta: _
- b) Primaria : ____
- c) Secundaria : ____
- d) Técnico medio: ____

e) Universidad : __

1:4 - ¿Que religión profesa usted?

- a) Católica: _
- b) Evangélica: __
- c) Testigo de Jehová: __
- d) Otras. __

1.5- ¿Que ocupación tiene actualmente?

- a) Ama de casa: __
- b) Trabajadora: ____
- c) Estudiante: _____

2. Antecedentes gineco-obstetricos

2:1 Embarazos:

- a) 0: _____
- b) 1: _____
- c) 2: _____
- d) 3: _____
- e) Más de 3: _____

2.2: Paridad.

- a) 0: _____
- b) 1: _____
- c) 2: _____
- d) 3: _____
- e) Más de 3: _____

2.3 - Abortos:

- a) 0: _____
- b) 1: _____
- c) 2: _____
- d) 3: _____

2.4- Legrado:

- a) 0: _____
- b) 1: _____
- c) 2: _____

d) 3: ___

2.5- Cesárea:

a) 0: _____

b) 1: _____

c) 2: _____

d) 3: _____

2.6 – ¿A qué edad le inicio su menarquía?

a) Menor de 10 años: _____

a) 10 - 13 años: ___

b) 14 - 16 años: ___

c) Mayor de 16 años: ___

2.7 – Inicio de vida sexual activa.

a) 12 – 15 años: ___

b) 16 – 19 años: ___

c) 20 – 27 años: _____

d) Más de 27 años: _____

2.8 - Número de compañeros sexuales.

a) 0: _____

b) 1: _____

c) 2: _____

d) 3: _____

3. Biotipo morfológico

a) Obesas: _____

b) Delgadas: ___

4. Métodos anticonceptivos utilizado por la demandante

4-1 - ¿Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos? Si ___ no___

4-2 - ¿Confía usted en los métodos anticonceptivo? Si ___ no___

4.3 - ¿Desea en estos momentos un embarazo? Si ___ no___

4-4 - ¿Practica actualmente algún método anticonceptivo? Si ___ no ___

4-5 - ¿Qué métodos anticonceptivos utiliza actualmente?

- a) Anticonceptivo oral: ___
- b) Anticonceptivos parenterales: ___
- c) Anticonceptivo de emergencia: ___
- d) Dispositivo intrauterino: ___
- e) Implante subdermico: ___
- f) Preservativo femenino: _
- g) Preservativo masculino: ___
- h) Esterilización femenina: ___
- i) Esterilización Masculina: ___
- j) Tapón cervical: ___
- k) Diafragma: ___
- l) Esponja anticonceptiva: ___
- m) Espermicida: ___
- n) Parche anticonceptivo: ___
- o) Anillo anticonceptivo: ___
- p) Método de Ritmo natural: ___
- q) Coito interruptus : ___
- r) Otros métodos : ___

4.6 - ¿Desea cambiar el método que usa actualmente? Si _____ no _____

4-7 - ¿Ha usado alguno de ellos anteriormente? Si _____ no _____

4-8 - ¿cuáles de ellos ha usado anteriormente?

- a) Anticonceptivo oral: ___
- b) Anticonceptivos parenterales: ___
- c) Anticonceptivo de emergencia: ___
- d) Dispositivo intrauterino: ___
- e) Implante subdermico: ___
- f) Preservativo femenino: ___
- g) Preservativo masculino: ___
- h) Esterilización Femenina: ___
- i) Esterilización Masculina: ___
- j) Tapón cervical: ___
- k) Diafragma: ___
- l) Esponja anticonceptiva: ___
- m) Espermicida: ___
- n) Parche anticonceptivo: ___
- o) Anillo anticonceptivo: ___
- p) Método de Ritmo natural: ___
- q) Coito interruptus : ___

r) Otros métodos : ___

4.9 - ¿Hizo cambio de algún método anticonceptivo anteriormente? si___ no___

4-10 - ¿Que método anticonceptivo eligió usted posterior al cambio del método que utilizaba anteriormente?

- a) Anticonceptivo oral: ___
- b) Anticonceptivos parenterales: ___
- c) Anticonceptivo de emergencia: ___
- d) Dispositivo intrauterino: ___
- e) Implante subdermico: ___
- f) Preservativo femenino: ___
- g) Preservativo masculino: ___
- h) Esterilización femenina: ___
- i) Esterilización masculina: ___
- j) Tapón cervical: ___
- k) Diafragma: ___
- l) Esponja anticonceptiva: ___
- m) Espermicida: ___
- n) Parche anticonceptivo: ___
- o) Anillo anticonceptivo: ___
- p) Método de Ritmo natural: ___
- q) Coito interruptus : ___
- r) Otros métodos : ___

5. Razones

5.1 - ¿cuáles son las razones por las que cambio de método?

- a) Miedo a los efectos colaterales: ___
- b) Presento efectos colaterales: ___
- c) Motivos de salud: ___
- d) Lactancia materna: ___
- e) No le gustan: ___
- f) Desacuerdo de pareja : ___
- g) Sin vida sexual : ___
- h) Motivos religiosos: ___
- i) Falta de confianza en los métodos: ___
- j) Fallo el método anterior: ___
- k) Dificultad de uso.: ___
- l) Mucho tiempo de uso: ___
- m) Difícil acceso. (Le queda largo) ___

n) Mala atención. (Asesoría inadecuada)

5.2- ¿Mencione las razones por las que no planifica actualmente

- a) Miedo a los efectos colaterales: ___
- b) Deseo de embarazo: ___
- c) Presento efectos colaterales: ___
- d) Motivos de salud: ___
- e) Lactancia materna: _
- f) No le gustan: ___
- g) Desacuerdo de pareja : ___
- h) Sin vida sexual : ___
- i) Motivos religiosos: ___
- j) Falta de confianza en los métodos: ___
- k) Fallo el método anterior: ___
- l) Dificultad de uso.: ___
- m) Mucho tiempo de uso: ___
- n) Difícil acceso. (Le queda largo) ___
- o) Mala atención. (Asesoría inadecuada)

5.3 - Mencione las razones por las que nunca ha planificado

- a) Miedo a los efectos colaterales: ___
- b) Deseo de embarazo: ___
- c) Motivos de salud: ___
- d) No le gustan: ___
- e) Desacuerdo de pareja : ___
- f) Sin vida sexual : ___
- g) Motivos religiosos: ___
- h) Falta de confianza en los métodos: ___
- i) Dificultad de uso.: ___
- j) Difícil acceso. (Le queda largo) ___
- k) Mala atención. (Asesoría inadecuada)
- l) Otras: ___

5.4 _ Mencione las razones por las que abandono los métodos anticonceptivos.

- a) Deseo de embarazo: ___
- b) Falta de pareja actual: ___
- c) Embarazadas actualmente: ___
- d) Falta de confianza: ___

- e) Enfermedad: ___
- f) Relaciones sexuales ocasionales: ___
- g) Mucho tiempo de uso: ___
- h) Desacuerdo de pareja: ___
- i) Falla del método: ___

5.5 - ¿Qué métodos anticonceptivos conoce usted?

- a) Píldora anticonceptivo oral: ___
- b) Anticonceptivos parenterales: ___
- c) Anticonceptivo de emergencia: ___
- d) Dispositivo intrauterino: ___
- e) Implante: ___
- f) Preservativo femenino: ___
- g) Preservativo masculino: ___
- h) Esterilización Masculina: ___
- i) Esterilización femenina: ___
- j) Tapón cervical: ___
- k) Diafragma: ___
- l) Esponja anticonceptiva: ___
- m) Espermicida: _
- n) Parche anticonceptivo: ___
- o) Anillo anticonceptivo: ___
- p) Método de Ritmo natural: ___
- q) Coito interruptus : ___
- r) Otros métodos : ___

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	VALORES O CATEGORIAS	ESCALAS
Edad	Número de años cumplidos	Años	'Numérica
Escolaridad	Números de niveles académicos aprobados	Analfabeta primaria secundaria Técnicas medio Universitaria	Ordinal
Ocupación	Porcentaje de desempeño	Ama de casa Estudiante Trabajadora	Nominal
Paridad	Número de hijos paridos	Nulípara primípara multíparas gran multípara	Ordinal
Religion	porcentaje de credo religioso que profesan	Católica Testigo de Jehová Evangélica Otras	Nominal
Estado civil	porcentaje de las parejas según su	Casada	Nominal

VARIABLE	INDICADORES	VALORES O CATEGORIAS	ESCALAS
	estado conyugal	Union estable Soltera	
Razón de no uso		<ul style="list-style-type: none"> a) Miedo a los efectos colaterales b) Presento efectos colaterales c) Motivos de salud d) Lactancia materna e) No le gustan: f) Desacuerdo de pareja g) Sin vida sexual h) Motivos religiosos i) Falta de confianza en los métodos j) Fallo el método anterior k) Dificultad de uso l) Mucho tiempo de uso m) Difícil acceso. (Le queda largo) n) Mala atención. (Asesoría inadecuada) 	Nominal
Razón de cambio	porcentaje de mujeres que cambian el método anticonceptivo	<ul style="list-style-type: none"> a. Miedo a los efectos colaterales b. Presento efectos colaterales c. Motivos de salud d. Lactancia materna e. No le gustan: 	Nominal

VARIABLE	INDICADORES	VALORES O CATEGORIAS	ESCALAS
		<ul style="list-style-type: none"> f. Desacuerdo de pareja g. Sin vida sexual h. Motivos religiosos i. Falta de confianza en los métodos j. Fallo el método k. anterior l. Dificultad de uso m. Mucho tiempo de uso n. Difícil acceso. (Le queda largo) o. Mala atención. (Asesoría inadecuada) p. q. 	
Uso Actual	porcentaje de mujeres que hacen uso de algún método anticonceptivo	<ul style="list-style-type: none"> a) Anticonceptivo oral b) Anticonceptivos parenterales c) Anticonceptivo de emergencia d) Dispositivo intrauterino e) Implante subdermico: f) Preservativo femenino g) Preservativo masculino h) Esterilización femenina i) Esterilización Masculina j) Tapón cervical k) Diafragma l) Esponja anticonceptiva 	Nominal

VARIABLE	INDICADORES	VALORES O CATEGORIAS	ESCALAS
		<ul style="list-style-type: none"> m) Espermicida n) Parche anticonceptivo o) Anillo anticonceptivo p) Método de Ritmo natural q) Coito interruptus r) Otros métodos 	
Razon de abandono	porcentaje de mujeres que cambian el método anticonceptivo	<ul style="list-style-type: none"> a) Deseo de embarazo b) Falta de pareja actual c) Embarazadas actualmente d) Falta de confianza e) Enfermedad f) Relaciones sexuales ocasionales g) Mucho tiempo de uso h) Desacuerdo de pareja i) Falla del método 	Nominal
Conocimiento del método anticonceptivo que se usa	porcentaje de conocimiento completo que posee la usuaria acerca	<ul style="list-style-type: none"> SÍ NO 	Nominal
Biotipo	Mujeres más anchas de caderas que hombros	<ul style="list-style-type: none"> Delgadas Obesas 	Nominal

Métodos Anticonceptivo	Definición	Tipo	Tasa de fracaso por “uso típico” (porcentaje de mujeres que tienen embarazo no deliberado durante el primer año de uso típico.)
Pildora anticonceptiva	Una pastilla hormonal que se toma oralmente.	Hormona	8%
Inyeccion	Una inyección hormonal para la mujer que se administra cada 1 a 3 meses.	Hormona	3%
Anticonceptivo de emergencia	En caso de emergencia, se debe tomar una alta dosis de píldoras anticonceptivas dentro de 72 horas (tres días) de haber tenido relaciones sexuales.	Hormona	11-25%
Dispositivo intrauterino	Dispositivo plástico que se coloca dentro del útero y que contiene cobre u hormonas.		< 1%
Implante	Varilla plástica pequeña que se inserta bajo la piel de la mujer y que administra una dosis baja de hormonas.	Hormona	< 1%
Condon masculino	Tubo delgado, de látex o de poliuretano (plástico) que cubre el pene.	Barrera	15%
Condon femenino	Tubo o saco (plástico) de poliuretano que recubre las paredes de la vagina.	Barrera	21%
Tapon Cervical	Cúpula pequeña de goma o plástico que se ajusta estrechamente sobre el cuello uterino.	Barrera	16-32%
Diafragma	Cúpula redonda de goma que se inserta en la vagina para cubrir el cuello uterino.	Barrera	16%

Esponja anticonceptiva	Esponja de espuma que contiene espermicida y se coloca dentro de la vagina.	Barrera	16-32%
Espermicida	Crema, espuma, gel o supositorio que se inserta en la vagina para destruir los espermatozoides.	Barrera	29%
Parche anticonceptivo	Parche hormonal adhesivo que se coloca semanalmente sobre la piel de la mujer por 3 semanas consecutivas, (seguida de una semana sin parche).	Hormona	8%
Anillo anticonceptivo	Un anillo hormonal que se coloca en la vagina por 3 semanas consecutivas (seguida de una semana sin anillo).	Hormona	8%
Método del ritmo	Se evita tener relaciones sexuales cerca del momento de la ovulación, cuando existe más probabilidad e que ocurra un embarazo.	Otro	12-25%
Esterilizacion	Cirugía permanente que bloquea los conductos por los que pasa el óvulo o el semen.	Otro	<1%
Coito interruntus	El hombre retira el pene de la vagina justo antes de eyacular.	Otro	27%

TABLA 1: Distribución de la edad de las mujeres en estudio de la comarca Nejapa

Grupos etareos	Frecuencia	Porcentaje
10-15	1	0,4%
16-19	51	18,4%
20-27	118	42,6%
28-35	77	27,8%
36-45	29	10,5%
Mayor de 45	1	0,4%
Total	277	100,0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 2: Distribución de la escolaridad de las mujeres En estudio de la comarca Nejapa

Escolaridad:	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	10	3,6%
Primaria	65	23,5%
Secundaria	160	57,8%
Técnico Medio	10	3,6%
Universidad	32	11,6%
Total	277	100,0%

Estado civil:	Frecuencia	Porcentaje
----------------------	-------------------	-------------------

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 3: Distribución del estado civil de las mujeres en estudio de la comarca Nejapa.

Casada	94	34,1%
Soltera	39	14,1%
Unión estable	144	51,8%
Total	277	100,0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 4: Distribución de la religión de las mujeres en estudio de la comarca Nejapa

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	141	50,9%
Evangélica	126	45,5%
Otras	7	2,5%
Testigo de Jehová	3	1,1%
Total	277	100,0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 5: Distribución de la ocupación de las mujeres en estudio de la comarca Nejapa.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	225	81,2%
Estudiante	16	5,8%
Trabajadora	36	13,0%
Total	277	100,0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 6 Distribución del biotipo morfológico de las mujeres en edad fértil de la comarca Nejapa

Biotipo morfo	Frecuencia	Porcentaje
Obesas	148	53.9%
Delgadas	129	46.1%
Total	277	100,0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 7

Conocimiento de los métodos anticonceptivos por edad
En mujeres de edad fértil de la comarca Nejapa.

Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos	12 a 15 años	16 a 19 años	20 a 27 años	28 a 35 años	36 a 45 años	mayor de 45 años	total
SI	1	51	118	77	29	1	277
%	0.4%	18.4%	42.6%	27.8%	10.5%	0.4%	100
Total	1	51	118	77	29	1	277
%	0.4%	18.4%	42.6%	27.8%	10.5%	0.4%	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 8 :

Conocimiento de los métodos anticonceptivos por escolaridad
En mujeres de edad fértil de la comarca Nejapa.

Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Técnico medio	Universitaria	total
SI	10	65	160	10	32	277
%	3.6 %	23.5 %	57.8 %	3.6 %	11.6%	100
Total	10	65	160	10	32	277

	%	3.6 %	23.5 %	57.8 %	3.6 %	11.6%	100
--	---	-------	--------	--------	-------	-------	-----

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 9

Conocimiento de los métodos anticonceptivos por ocupación

En mujeres de edad fértil de la comarca Nejapa.

Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos	Ama de casa	estudiante	trabajadora	total
SI	225	16	36	277
%	81.2 %	5.8%	13.0%	100
Total	225	16	36	277
%	81.2 %	5.8%	13.0%	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 10 :

Conocimiento de los métodos anticonceptivos por paridad en mujeres de edad fértil de la comarca Nejapa.

Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos	0	1	2	3	4 0 +	Total
SI	17	56	72	27	32	204
%	8%	27%	35%	14%	16%	100
Total	17	56	72	27	32	204

	%	8%	27%	35%	14%	16%	100
--	---	----	-----	-----	-----	-----	-----

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 11

**Conocimiento de los métodos anticonceptivos por religión
En mujeres de edad fértil de la comarca Nejapa.**

Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos	Católica	Evangélica	Testigo de Jehová	Otras	Total
SI	141	126	3	7	277
%	50.9 %	45.5 %	1.1 %	2.5 %	100
Total	141	126	3	7	277
%	50.9 %	45.5 %	1.1 %	2.5 %	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 12 :

**Conocimiento de los métodos anticonceptivos por estado civil
en mujeres de edad fértil de la comarca Nejapa**

Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos	Casada	Soltera	Unión estable	total
SI	94	39	144	277
%	34%	14%	52%	100
Total	94	39	144	277
%	34%	14%	52%	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 13 :
Practica de los métodos anticonceptivos por edad en mujeres de edad fértil de la comarca Nejapa

Practica actualmente algún método anticonceptivo	12 a 15 años	16 a 19 años	20 a 27 años	28 a 35 años	36 a 45 años	mayor de 45 años	Total
SI	1	41	92	62	27	1	224
%	0.4 %	15%	33%	22%	10%	0.4 %	80.2
NO	0	10	26	15	2	0	53
%	0%	4%	9.4 %	5.4 5 %	1%	0%	19.8
Total	1	51	118	77	29	1	277
%	0.4 %	19%	42.4%	27.4 %	10%	0.4 %	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 14 :
Practica de los métodos anticonceptivos por escolaridad en mujeres de edad fértil de la comarca Nejapa

Practica actualmente algún método anticonceptivo	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Técnico medio	Universitaria	Total
SI	6	55	133	9	21	224

	%	2.2%	20%	48%	3.2 %	7%	80.4
	NO	4	10	27	1	11	53
	%	1.4 %	3%	10%	0.4 %	4%	19.1
	Total	10	65	160	10	32	277
	%	4%	23%	58%	4%	11%	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 15 :
Practica de los métodos anticonceptivos por ocupación
En mujeres de edad fértil de la comarca Nejapa.

Practica actualmente algún método anticonceptivo	Ama de casa	Estudiante	Trabajadora	total
SI	185	8	31	224
%	67%	2.9 %	11%	80.9
NO	40	8	5	53
%	14.2 %	2.9 %	2%	19.1
Total	225	16	36	277
%	81.2 %	5.8%	13%	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 16 :
Practica de los métodos anticonceptivos por paridad
En mujeres de edad fértil de la comarca Nejapa.

Practica actualmente algún método anticonceptivo	0	1	2	3	4 0 +	total
SI	0	44	64	21	29	158
%	0%	22%	31%	10%	14%	77
NO	17	12	8	6	3	46
%	8%	6%	4%	3%	1.5%	22.5
Total	17	56	72	27	32	204
%	8%	28%	35%	13%	16.5	10

TABLA # 17

Uso actual de los métodos anticonceptivos de acuerdo a la edad

En mujeres de fértil.

Métodos anticonceptivos	Edades						total
	12 a15 años	16 a 19 años	20 a 27 años	28 a 35 años	36 a 45 años	mayor de 45 años	
Anticonceptivo oral	0	11	24	10	5	0	50
Anticonceptivo parenteral	0	24	38	25	7	0	94
Anticonceptivo de emergencia	0	0	0	0	0	0	0
Dispositivo intrauterino	0	2	9	4	3	0	18
Implante su dérmico	0	0	0	0	0	0	0
Preservativo femenino	0	0	0	0	1	0	1
Preservativo masculino	1	4	12	4	1	0	22
Esterilización femenina	0	0	7	16	9	1	33
Esterilización masculina	0	0	1	0	0	0	1
Tapón cervical	0	0	0	0	0	0	0
Diafragma	0	0	0	0	0	0	0
Esponja anticonceptiva	0	0	0	0	0	0	0
Espermicida	0	0	0	0	0	0	0
Parche anticonceptivo	0	0	0	0	0	0	0

Anillo anticonceptivo	0	0	0	0	0	0	0
Método del ritmo natural o calendario	0	0	0	1	1	0	2
Coito interrumpido	0	0	1	2	0	0	3
Otros métodos	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	41	92	62	27	1	224
%	0.4	18	41	28	12	0.4	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 18

Uso actual de los métodos anticonceptivos de acuerdo a la escolaridad en mujeres de edad fértil

Escolaridad

Métodos anticonceptivos	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Técnico medio	Universitaria
Anticonceptivo oral	0	13	33	2	2
Anticonceptivo parenteral	2	21	55	5	11
Anticonceptivo de emergencia	0	0	0	0	0
Dispositivo intrauterino	0	4	12	1	1
Implante subdermico	0	0	0	0	0
Preservativo femenino	0	1	0	0	0
Preservativo masculino	0	5	15	0	2
Esterilización femenina	4	9	15	1	4
Esterilización masculina	0	0	1	0	0
Tapón cervical	0	0	0	0	0
Diafragma	0	0	0	0	0
Esponja anticonceptiva	0	0	0	0	0
Espermicida	0	0	0	0	0
Parche anticonceptivo	0	0	0	0	0
Anillo anticonceptivo	0	0	0	0	0
Método del ritmo natural	0	1	1	0	0
Coito interrumpido	0	1	1	0	1
Otros métodos	0	0	0	0	0
Total	6	55	133	9	21
%	2.2	20	48	3.2	7

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 19

Uso actual de los métodos anticonceptivos de acuerdo a la ocupación

En mujeres de fértil.

Ocupaciones

Métodos anticonceptivos	Ama de casa	Estudiante	Trabajadora	Total
Anticonceptivo oral	38	4	8	50
Anticonceptivo parenteral	75	4	15	94
Anticonceptivo de emergencia	0	0	0	0
Dispositivo intrauterino	18	0	0	18
Implante subdermico	0	0	0	0
Preservativo femenino	1	0	3	1
Preservativo masculino	19	0	4	22
Esterilización femenina	29	0	0	33
Esterilización masculina	1	0	0	1
Tapón cervical	0	0	0	0
Diafragma	0	0	0	0
Esponja anticonceptiva	0	0	0	0
Espermicida	0	0	0	0
Parche anticonceptivo		0	0	0
Anillo anticonceptivo	0	0	0	0
Método del ritmo natural o calendario	2	0	0	2
Coito interrumpido	2	0	1	3
Otros métodos	0	0	0	0
Total	185	8	31	224
%	67	2.9	11	80.9

TABLA # 20

Uso actual de los métodos anticonceptivos de acuerdo a la Paridad en mujeres de edad fértil de la comarca Nejapa

Parida						
Métodos anticonceptivos	0	1	2	3	4 o +	Total
Anticonceptivo oral	0	12	11	5	3	31
Anticonceptivo parenteral	0	31	15	11	10	67
Anticonceptivo de emergencia	0	0	0	0	0	0
Dispositivo intrauterino	0	0	11	1	6	18
Implante subdermico	0	0	0	0	0	0
Preservativo femenino	0	0	0	1	0	1
Preservativo masculino	0	0	14	1	0	15
Esterilización femenina	0	0	12	1	9	22
Esterilización masculina	0	0	0	0	0	0
Tapón cervical	0	0	0	0	0	0
Diafragma	0	0	0	0	0	0
Esponja anticonceptiva	0	0	0	0	0	0
Espermicida	0	0	0	0	0	0
Parche anticonceptivo	0	0	0	0	0	0
Anillo anticonceptivo	0	0	0	0	0	0
Método del ritmo natural o calendario	0	0	0	1	1	2
Coito interrupto	0	1	1	0	0	2
Otros métodos	0	0	0	0	0	0
Total	0	44	64	21	29	158
%	0	22	31	10	14	77

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA # 21

Distribución de las razones por las que cambiaron de método las mujeres en edad fértil de la comarca Nejapa

RAZONES DE CAMBIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Miedo a los efectos colaterales	61	24%
Presento efectos colaterales	75	29%
Motivos de salud	9	4%
Lactancia Materna	5	2%
No le gustan	8	3%
Desacuerdo de pareja	2	0.8 %
Sin vida sexual	6	2%
Motivos religiosos	0	0%
Falta de confianza en los métodos	24	9%
Fallo el método anterior	32	13%
Dificultad de uso	7	3%
Mucho tiempo de uso	11	4%
Difícil acceso	0	0%
Mala atención	2	0.2 %
Paridad satisfecha	14	5.4 %
Total	256	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 22

Distribución de los métodos anticonceptivos elegidos posterior al cambio de las mujeres en edad fértil de la comarca Nejapa

Métodos elegidos	Frecuencia	%
Anticonceptivo oral	37	20%
Anticonceptivo parenteral	77	40%
Anticonceptivo de emergencia	0	0%
Dispositivo intrauterino	14	7%
Implante subdermico	0	0.5 %
Preservativo femenino	2	1%
Preservativo masculino	20	10%
Esterilización femenina	32	17%
Esterilización masculina	1	0.5 %
Tapón cervical	0	0%
Diafragma	0	0%
Esponja anticonceptiva	0	0%
Espermicida	0	0%
Parche anticonceptivo	0	0%
Anillo anticonceptivo	0	0%
Método del ritmo natural o calendario	2	1%
Coito interrumpido	3	1.5 %
Otros métodos	4	2%
Total	192	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 23

Distribución de las razones por las que no planifican Actualmente las mujeres en edad fértil.

Razones de no uso	Frecuencia	Porcentaje
Miedo a los efectos colaterales	3	4.5 %
Presento efectos colaterales	1	1.5 %
Deseo de embarazo	32	50%
Motivos de salud	1	1.5 %
Lactancia Materna	1	1.5 %
No le gustan	3	4.5 %
Desacuerdo de pareja	0	0%
Sin vida sexual	14	22%
Motivos religiosos	0	0%
Falta de confianza en los métodos	2	3%
Fallo el método anterior	7	11%
Dificultad de uso	0	0%
Mucho tiempo de uso	0	0%
Difícil acceso	0	0%
Mala atención	0	0%
Paridad satisfecha	0	0%
Total	64	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 24

Comparación del uso actual y uso anterior de los métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil de la comarca Nejapa

Métodos anticonceptivos	Uso actual	%	Uso anterior	%
Anticonceptivo oral	50	22%	110	26%
Anticonceptivo parenteral	94	42%	124	29%
Anticonceptivo de emergencia	0	0%	10	2%
Dispositivo intrauterino	18	8%	32	8%
Implante subdermico	0	0%	0	0%
Preservativo femenino	1	0.4%	0	0%
Preservativo masculino	22	10%	79	19%
Esterilización femenina	33	15%	0	0%
Esterilización masculina	1	0.4%	0	0%
Tapón cervical	0	0%	0	0%
Diafragma	0	0%	0	0%
Esponja anticonceptiva	0	0%	0	0%
Espermicida	0	0%	0	0%
Parche anticonceptivo	0	0%	0	0%
Anillo anticonceptivo	0	0%	0	0%
Método del ritmo natural o calendario	2	0.8%	9	2%
Coito interrumpido	3	1.2%	62	14%
Otros métodos	0	0%	0	0%
Total	224	100%	426	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 25**Distribución del conocimiento de los métodos anticonceptivos por****tipo en mujeres en edad fértil de la comarca Nejapa**

Métodos anticonceptivo	Si conocen	No conocen
Anticonceptivo oral	268 = 97 %	9 = 3%
Anticonceptivo parenteral	265 = 96%	12 = 4%
Anticonceptivo de emergencia	156 = 56%	121= 44%
Dispositivo intrauterino	246 = 89%	31 = 11%
Implante subdermico	8 = 3%	269 = 97%
Preservativo femenino	116 = 42%	161 = 58%
Preservativo masculino	257 = 93%	20 = 7%
Esterilización femenina	246 = 89%	31 = 11%
Esterilización masculina	152 = 55%	125 = 45%
Tapón cervical	5 = 2%	272= 98%
Diafragma	2= 1%	275= 99%
Esponja anticonceptiva	1 =0.5	276 = 99.5%
Espermicida	2 = 1%	275= 99%
Parche anticonceptivo	10 = 4 %	267 =96 %
Anillo anticonceptivo	1= 0.5 %	276 = 99.5%
Método del ritmo natural o calendario	114= 41%	163 = 59%
Coito interrumpido	150 = 54%	127 = 46%
Otros métodos	2= 1%	275= 99%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 26

Distribución de las razones de abandono de método anticonceptivo de las mujeres en edad fértil de la comarca Nejapa

Razones de abandono	Frecuencia	Porcentaje
Deseo de embarazo	36	21%
Falta de pareja actual	14	8%
Embarazadas actualmente	10	6%
Falta de confianza	26	15%
Enfermedad	10	6%
Relaciones sexuales ocasional	20	12%
Mucho tiempo de uso	11	6.5 %
Desacuerdo de pareja	4	2%
Falla del método	39	23%
Total	170	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 27

**Distribución de los antecedentes Gineco – obstétricos
De las mujeres en estudio.**

Antecedentes gineco obstétrico	0	1	2	3	4 o +	Total
Embarazo	17	96	84	40	40	277
Parto	17	56	72	27	32	204
Cesárea	0	50	20	3	0	73
Aborto	0	24	1	0	0	25
Legrado	0	24	1	0		25
Numero de compañeros sexuales	2	165	77	30	3	277

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA # 28

**Distribución de la edad en que inicia su vida sexual activa
Las mujeres en edad fértil de la comarca Nejapa**

Inicio de su vida sexual activa	Frecuencia	Porcentaje
10-15	68	24,7%
16-19	147	53,5%
20-27	57	20,7%
Más de 27	3	1,1%
Total	275	100,0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

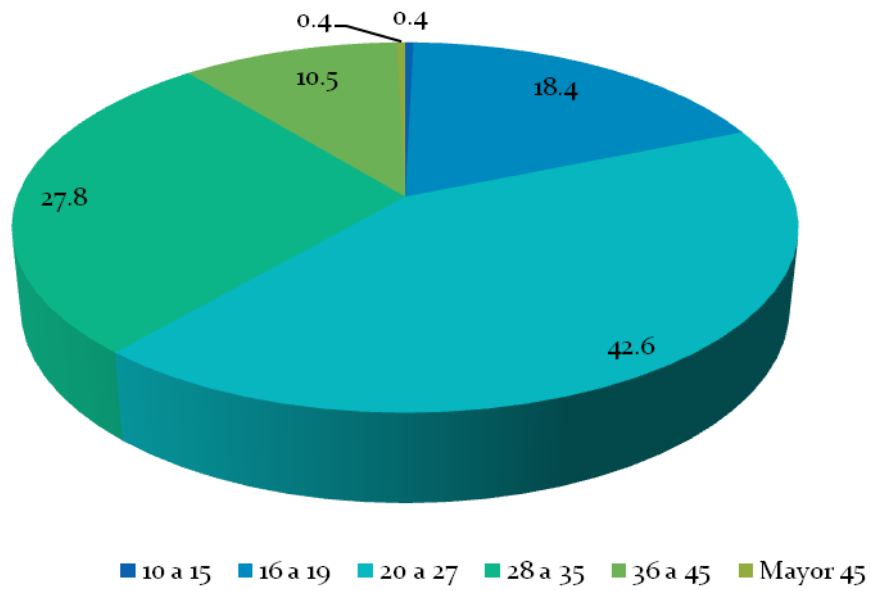
TABLA # 29

Distribución de la edad de presentación de la menarquía en Mujeres de edad fértil de la comarca Nejapa

¿A qué edad inicio su menarquía?	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 10 años	3	1,1%
10-13 años	181	65,3%
14-16 años	87	31,4%
Mayor de 16 años	6	2,2%
Total	277	100,0%

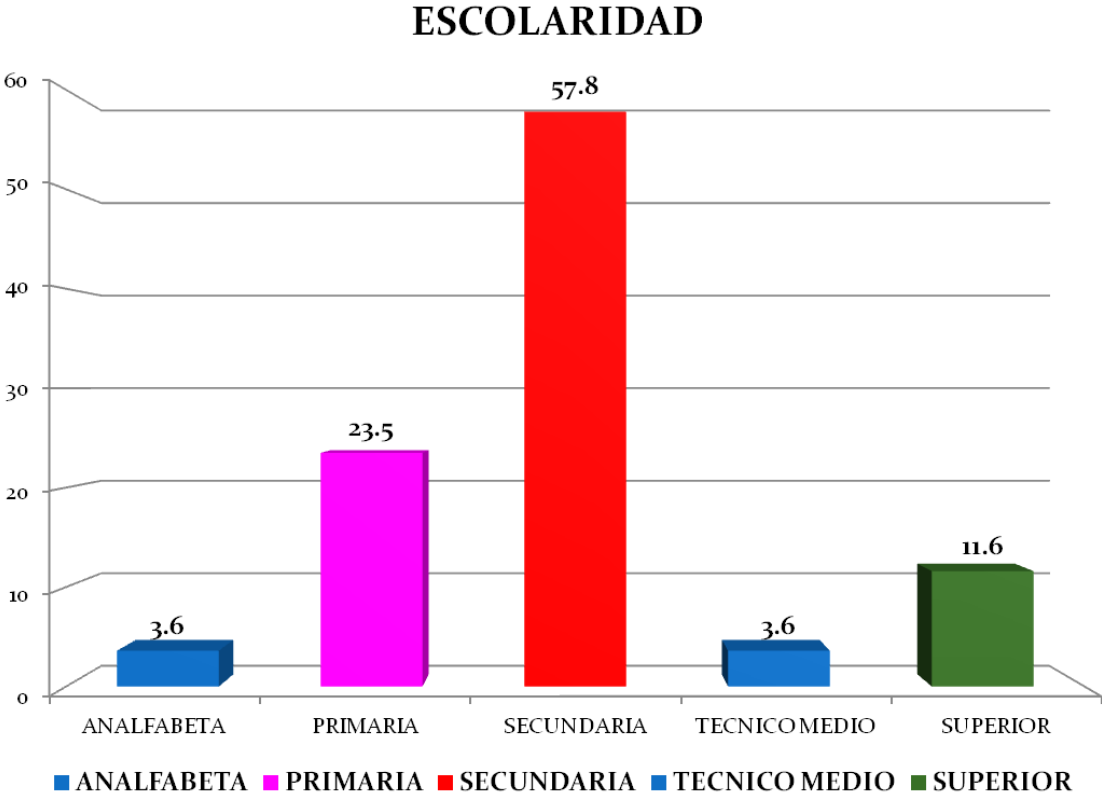
Fuente: Instrumento de recolección de datos

GRUPOS ETAREOS DE LAS MUJERES EN ESTUDIO



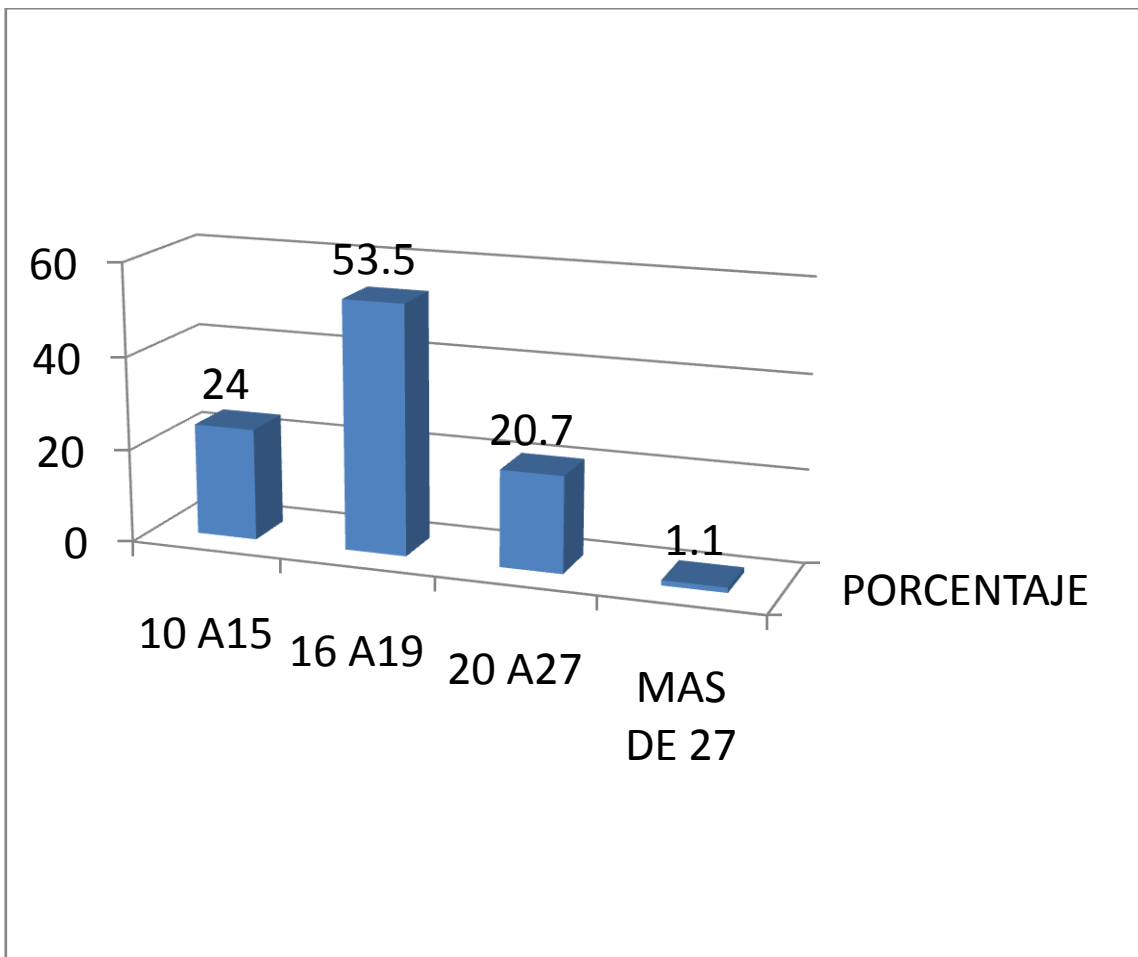
Fuente: instrumento de recolección de datos

Distribución de la Escolaridad de las mujeres en estudio



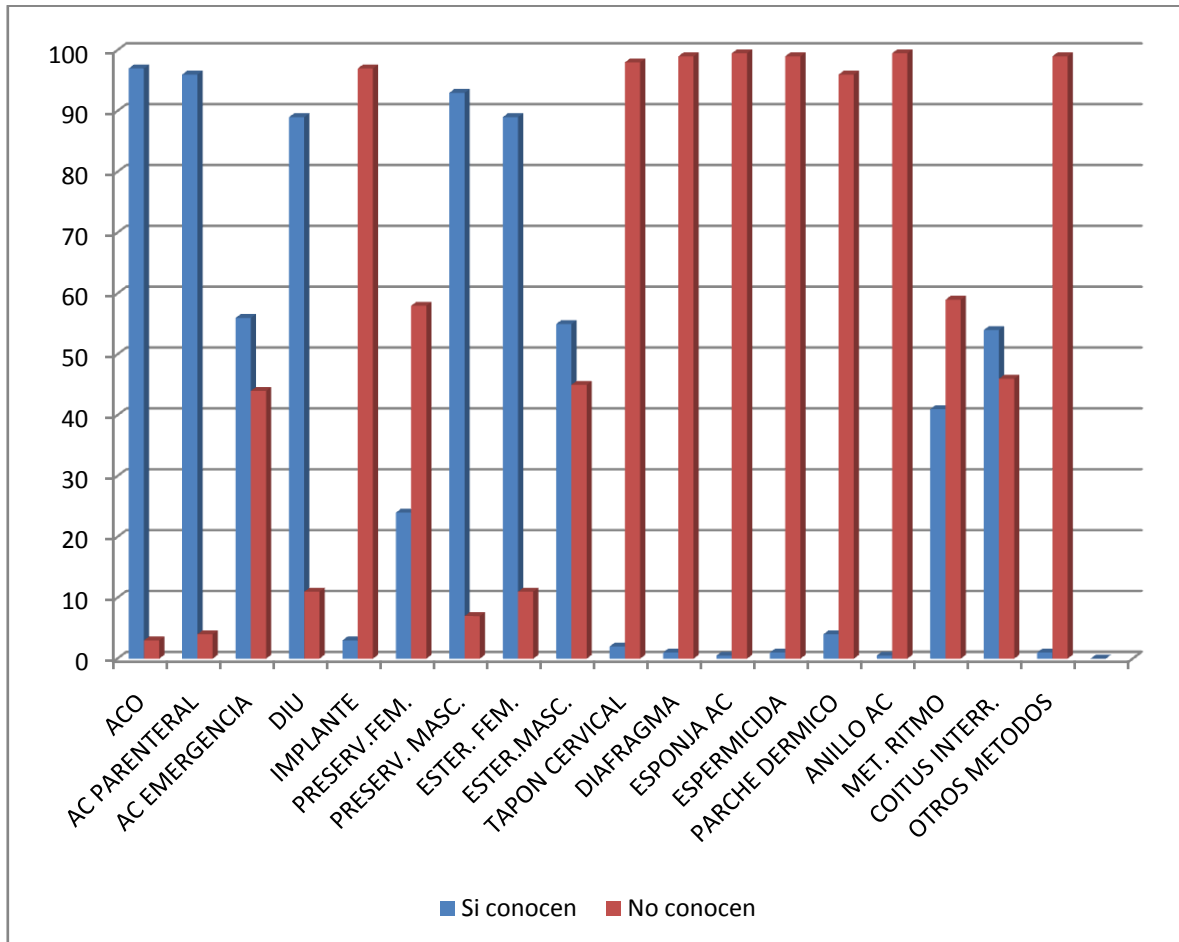
Fuente: instrumento de recolección de datos

Distribución de la edad de inicio de vida sexual activa en las mujeres en estudio



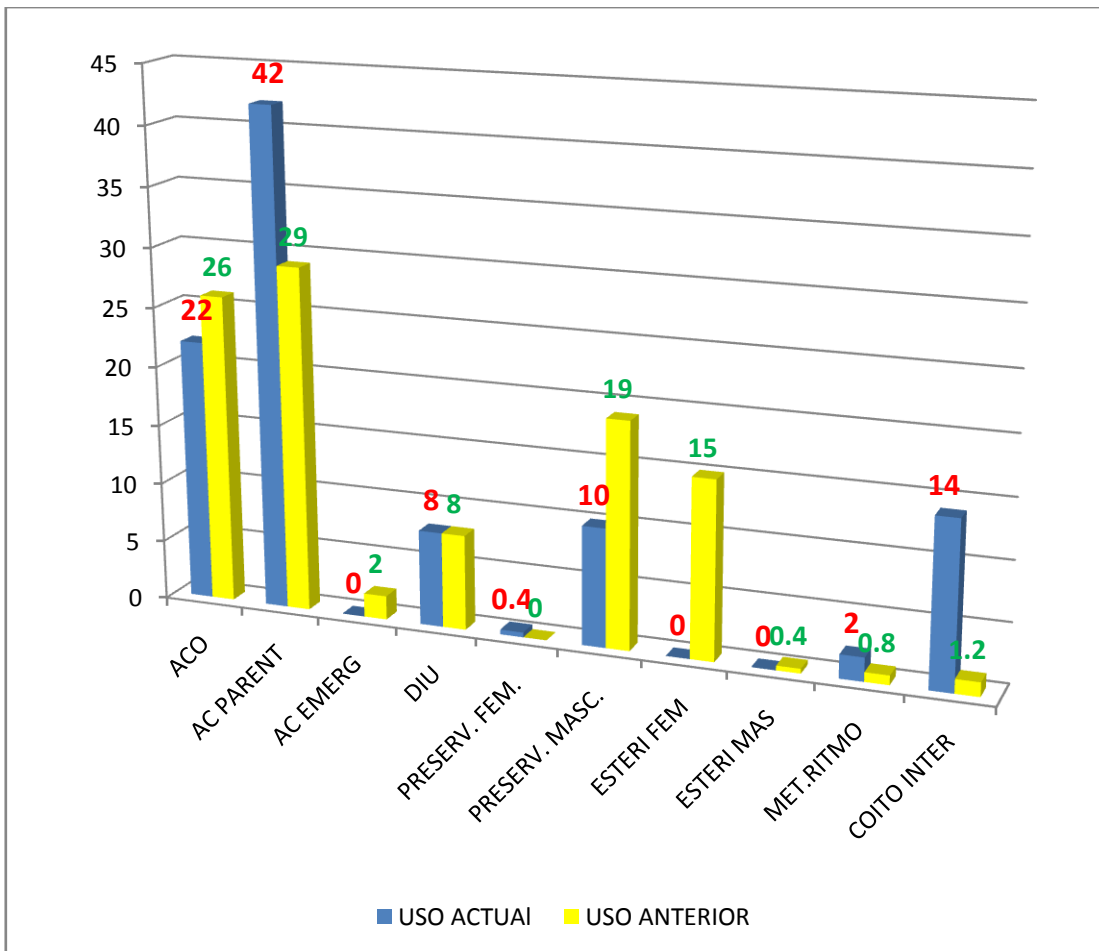
Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución de conocimiento de métodos anticonceptivos por tipo



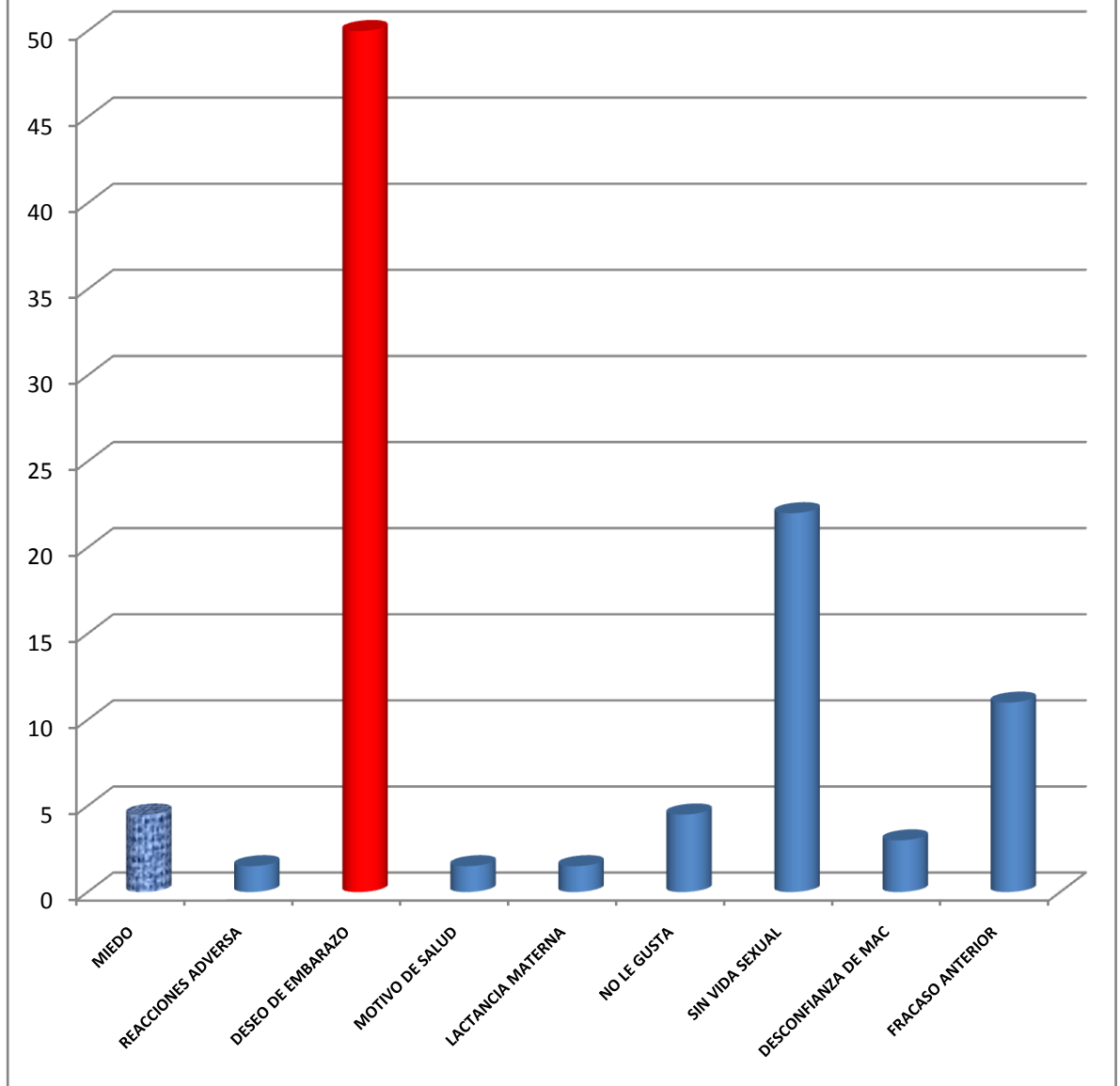
Fuente: Instrumento de recolección de datos

USO ACTUAL Y ANTERIOR DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



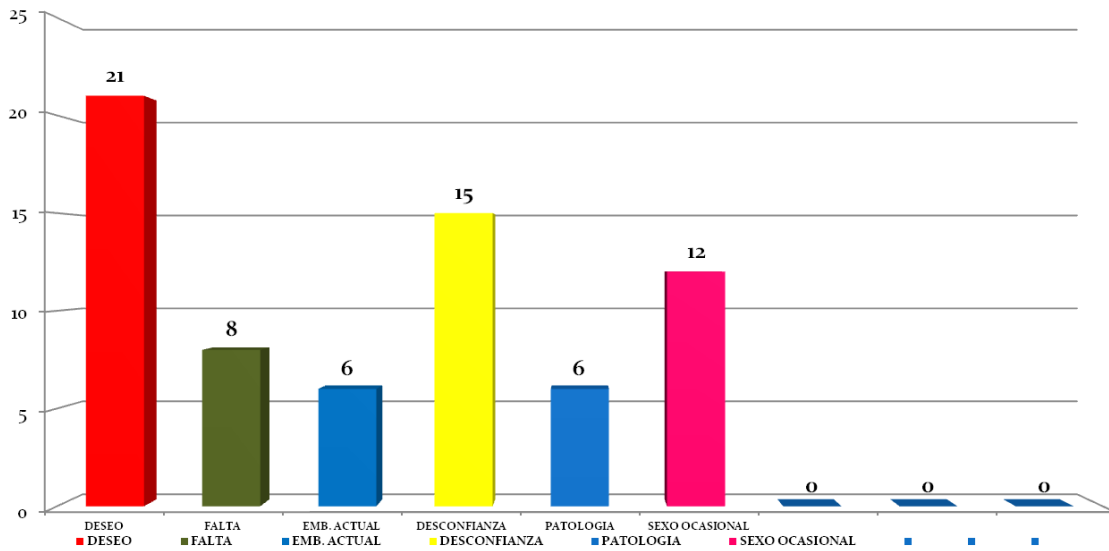
Fuente: Instrumento de recolección de datos

RAZONES DEL NO USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



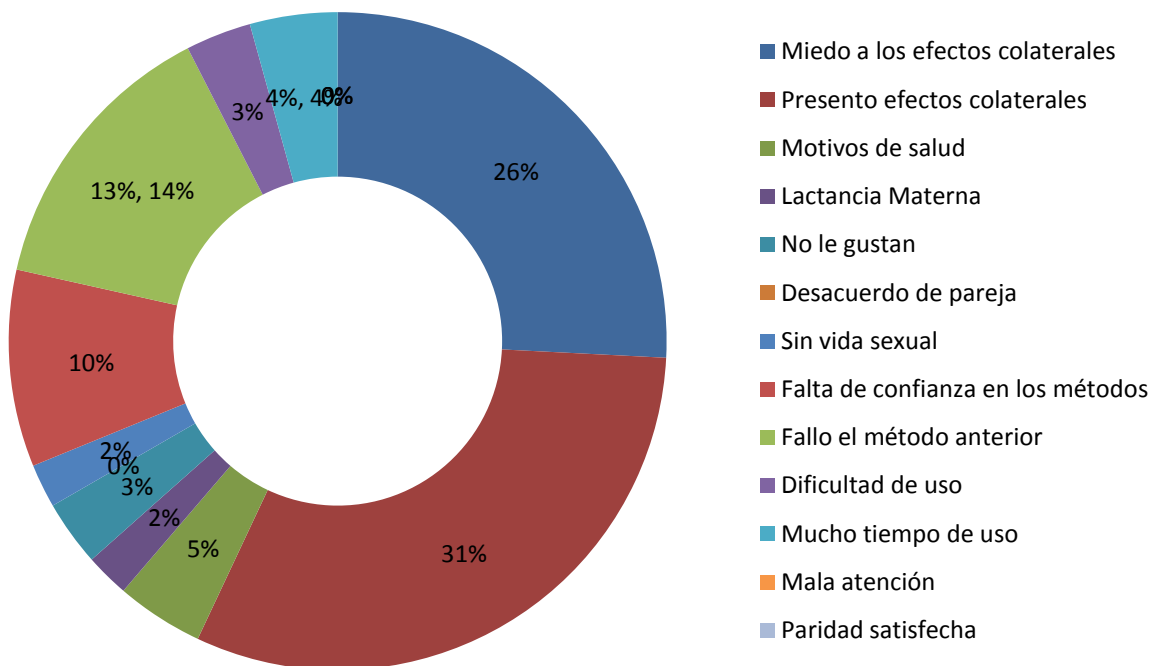
Fuente: Instrumento de recolección de datos

DISTRIBUCION DE LAS RAZONES DE ABANDONO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVO DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL DE LA COMARCA NEJAPA



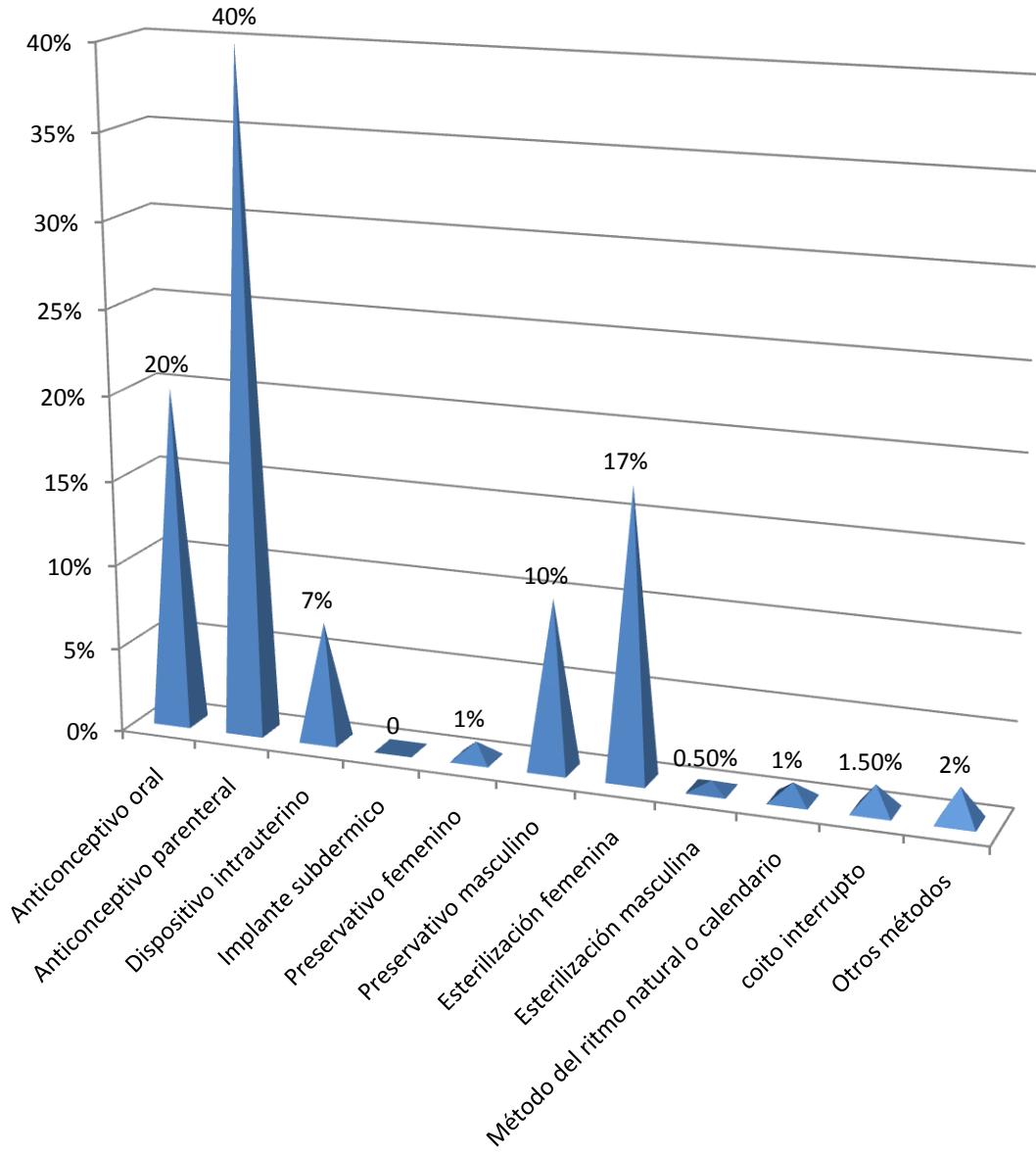
Fuente: instrumento de recolección de datos

Distribucion de razones de cambio de metodo



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Metodo elegido posterior al cambio



Fuente: Instrumento de recolección de datos