

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTONOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
URACCAN

Trabajo monográfico para optar al título de
Licenciatura en Enfermería con
mención en Epidemiología

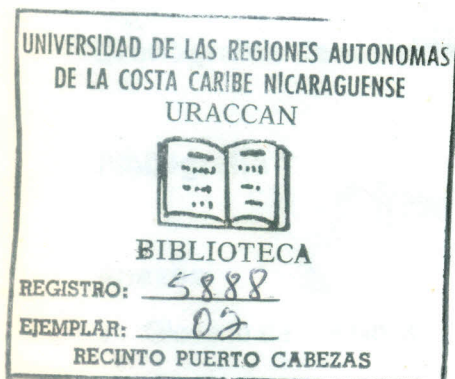
Conocimiento, uso y efectos indeseables de los métodos
Anticonceptivos en las mujeres de 15-49 años por
étnia del Barrio Sandino de Siuna,
Enero - Mayo 1999.

Autoras:

Enfermera Elba Marina Barrera Atoya
Enfermera Marisol Taylor Downs
Enfermera Silvania Zamora Garth

Tutora:

Licenciada Ana Chow Ignacio



Bilwi, Enero 1999

Registro: 373

INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Introducción	1-3
Tema	4
Planteamiento del Problema	5
Objetivos	6
Marco teórico	8-32
Diseños metodológico	33
Operacionalización de variables	34
Cronograma de actividades	36
Bibliografía	
Anexos	
• Glosario de términos	
• Encuestas	
• Cuadros	

AGRADECIMIENTO.

Nuestros más profundos agradecimientos al Dios todo poderoso por consedernos la vida y sabiduría y hacer alcanza nuestras metas y sueños.

De igual manera a URACCAN por el quien fue posible alcanzar nuestra meta con su valiosa gestión.

A nuestra tutora Lic. Ana Chow, quien nos apoyó y guió en la elaboración de esta investigación incondicionalmente.

Al proyecto MINSA- FNUAP por apoyarnos con materiales, especial al Dr. Jairo Nuñez Muñoz (Consultor de Salud Reproductiva), por su valiosa gestión y toda aquella persona que de una u otra forma apoyaron para la realización de esta investigación.

Marisol Taylor

Elba M. Barrera

Sylvania Zamora Garth.

DEDICATORIA.

A todas las mujeres que saben lo que quieren y luchan por vivir sanamente eligiendo y optando por planificar.

A mi compañero e hijos por su apoyo, comprensión y paciencia.

Sylvania Zamora Garth.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo al Dios todo poderoso por haberme dado Salud y Sabiduría.

A mi madre Carmen Taylor Downs, a mi compañero Reynaldo J. Hernandez Mendoza y de manera muy especial a mi adorado hijo Reynaldo Javier Hernandez Taylor.

Por brindarme apoyo de manera incondicional y gracias a ellos pude llegar al final de esta carrera.

Marisol Taylor Downs

DEDICATORIA:

Le dedico éste trabajo a mi Dios todo poderoso por haberme concedido la vida, la Salud y la sabiduría.-

A mis padres Julio Barrera y Daysi Atoya.

A mi esposo Frank López Downs

A mi hijo Francito López Barrera y a mi amiga Joy Martín

Por el apoyo incondicional que de parte de todos ellos recibí y que gracias a ellos pude llegar al final de ésta carrera.

Elba M. Barrera.

RESUMEN:

El presente estudio fue realizado en El municipio de Siuna y lleva por tema: Conocimiento, uso y efectos indeseables de los métodos anticonceptivos que tienen las mujeres por étnias de 15 a 49 años del Barrio Sandino de la cabecera municipal de Siuna Enero – Mayo 1999. Este estudio tiene como objetivo principal el de describir los conocimientos uso y efectos indeseables de los métodos anticonceptivos que tienen las mujeres sujetas al estudio. Es de tipo descriptivo y de corte transversal.

El tipo de muestra fue a conveniencia y correspondió a un 30% del universo que equivale a 60 mujeres de 15 a 49 años.

Las variables en estudio fueron: Edad, Estado Civil, religión, escolaridad, conocimiento sobre métodos anticonceptivos, uso de métodos anticonceptivos, efectos indeseables y étnias.

Después de la discusión y análisis llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las mujeres de 15 a 49 años de la étnia mestiza fue BUENA y en la étnia Miskita REGULAR.
2. Los metodos anticonceptivos mas conocidos por las mujeres fueron: 60, depoprovera, DIU, Condón y Est. Qx en ambas étnias.
3. Los métodos anticonceptivos mas utilizados por las mujeres de 15 a 49 años fueron: Est. Qx. 60 y depoprovera.
4. Las razones que motivaron a seleccionar el método utilizado para ambas étnias son: situación económica y paridad satisfecha.
5. El 77% de las mujeres mestizas encuestadas conocen los efectos indeseables y El 73% de las mujeres miskitas tambien los conocen pero son limitados.

Para contribuir a la solución de esto recomendamos: Capacitar al personal de enfermería para mejorar la consejería en salud reproductiva con énfasis en planificación familiar y ampliar conocimientos a las usuarias.

I. INTRODUCCIÓN

La planificación familiar permite a las parejas decidir por sí mismos el número de hijos e hijas que van a tener, así como el momento oportuno para tenerlos, para ésto se requiere que las personas y las parejas tengan la oportunidad de conocer todos los métodos anticonceptivos existentes y puedan entonces seleccionar aquél que mejor se ajuste a sus valores, a sus preferencias, a su salud, a su edad y a sus circunstancias de parejas.

El crecimiento demográfico acelerado de un país, ejerce un efecto negativo sobre su desarrollo socio-económico. Por ésta razón y debido a las elevadas tasas de crecimiento, resultado de una alta fecundidad, fue necesario crear programas de Planificación Familiar.

Se estima que anualmente ocurren en el mundo aproximadamente 500 mil muertes maternas y que tanto las madres como sus hijos e hijas hubieran podido vivir vidas sanas si las mujeres hubieran podido obtener los medios para controlar su fecundidad, ya que ésto les permitiría aplazar un embarazo hasta finalizada su adolescencia, espaciar su período intergenésico a dos años como mínimo y reducir la fecundidad en mujeres mayores que ya han procreado muchos hijos.

De acuerdo a la información brindada por la OPS/OMS refiere que en 1965 solo un país ofrecía servicios de Planificación Familiar, en 1975 un año después de la Conferencia mundial sobre población realizada en Bucarest, 17 países de América Latina brindaban éste tipo de servicios por medio de sus programas de salud y para 1983 todos los otros países apoyaban la Planificación Familiar como programa integrado a los servicios de salud materno-infantil.¹

Estudios realizados por la OPS en 1984 en varios países de América Latina revelan que un gran porcentaje de mujeres en edad fértil conocían al menos un *método anticonceptivo*, lo que contrasta con los niveles de uso de los *Métodos Anticonceptivos que es de un 50% aproximadamente*. Esto se debe, en parte a la poca disponibilidad de los mismos principalmente en el área rural.

El 27 de Agosto de 1988, se crearon las normas de Planificación Familiar en Nicaragua. A partir de esa fecha se realizaron estudios más continuos en diferentes regiones del país.

En cuanto a la situación de Planificación Familiar del país, tenemos que en 1991 en Nicaragua, solo el 30% de las mujeres en edad fértil planificaban.⁶⁴

En 1992 hubo un aumento de la población en edad fértil y un 38% de mujeres planificaron. La dirección Materno-Infantil del MINSA de Nicaragua, realizó un estudio de enfoque de riesgos que conllevan a un aumento de morbi mortalidad Materno-Infantil y encontraron que las principales causas de éste aumento son: Embarazos en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años, período intergenésicos cortos (menores de 18 meses), cuatro a más gestaciones y antecedentes de aborto.⁴

Profamilia realizó una encuesta sobre salud familiar en los años 1992-1993 en 7,150 mujeres revelando que el 97% de las mujeres encuestadas conocían un método anticonceptivo moderno (DIU, condones, G.O). El 63% no estaban usando ningún método anticonceptivo por razones relacionadas con el embarazo, ó carencia de actividades sexuales.

En 1994 en un estudio realizado por Martínez y Col. En Corn Island, Cukra Hill y RAAS acerca de conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en MEF, reveló que un 91% conocía los métodos anticonceptivos, siendo los gestágenos orales los más utilizados. La fuente de información y abastecimientos de éstos por el MINSA determina su uso. El porcentaje de abandono fue del 46.7% y se debió principalmente a reacciones adversas.⁵

En 1998 en un estudio realizado por Castro, Chow, Nuñez y Zelaya (estudiantes de Enfermería) en el Centro de Salud Carlos Centeno del Municipio de Siuna, acerca de Uso de Métdos anticonceptivos en mujeres en edad fértil, reveló que un 90.3% conocían los métodos de planificación familiar que hay en el Centro de Salud, los métodos más utilizados por las usuarias encuestadas en orden decreciente son: Gestágenos orales, depoprovera y DIU. Obtuvieron la información del uso de los métodos anticonceptivos por medio de: Enfermería (58%), médicos (27%), maestros (16.5%), padres de familia (12.6%) y otros medios (47.6%).

64 Quintana C. Gloria y Reyes J. Ricardo, Op.Cit, Página 5.

3 Sánchez M, Wendy y Matínez M. Lidieth, Op.Cit. Página 5.

4 Idiaquez M, Wendy y Matínez M. Lidieth, Op.Cit. Página 10.

5 Quintana C. Gloria y Reyes J. Ricardo, Op. Cit, Página 10.

6 Castro, Chow, Niñez y Zelaya; Tesis: Uso de métodos anticonceptivos, Siuna 1998 Página 18.

En Nicaragua, usan algún método de planificación familiar, solo el 48% de las mujeres unidas que están en edad reproductiva; ello indica que más de la mitad de las mujeres no planifican su familia y entre las que lo hacen, se evidencia también embarazos no deseados debido al mal uso de los métodos.

Por esto se hace necesario realizar estudios donde se puede determinar nivel de conocimiento, uso y efectos indeseables de los métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de 15-49 años del Barrio Sandino de la cabecera municipal de Siuna, durante el período Enero-Mayo 1999.

Lo obtenido en éste estudio nos permitirá aportar información que pueda ser utilizada para implementar medidas que permitan ampliar la cobertura en programas de planificación familiar.

TEMA

Conocimiento, uso y efectos indeseables de los métodos anticonceptivos en las mujeres de 15-49 años por étnia del Barrio Sandino de Siuna. Enero-Mayo 1999.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué conocimiento, uso y efectos indeseables de los métodos anticonceptivos tienen las mujeres de 15-49 años, por étnia del Barrio Sandino, Siuna. Enero - Mayo 1999?

IV. OBJETIVOS:

El presente estudio tiene como propósito de salud reproductiva desde se da a conocer y estar al tanto de los métodos anticonceptivos en las edades de 15-49 años de las mujeres por etnia en un vecindario diferentes tipos de cambios al que se le va a aplicar.

La familia es el primer lugar donde se prepara adecuadamente para la vida adulta. Por lo tanto, el hogar debe ser un lugar donde se fomente la formación de la familia. La familia deberá formar parte del proceso de educación de los niños y niñas, como en la escuela.

IV. Objetivos:

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en las mujeres de 15-49 años de las etnias mestizas y miskitas del Barrio Sandino de la de Siuna. Febrero - Mayo 1999.

Objetivo General:

Establecer e indagar el nivel de conocimientos, uso y efectos indeseables de los métodos anticonceptivos de las mujeres de 15-49 años de las etnias mestizas y miskitas del Barrio Sandino de la de Siuna. Febrero - Mayo 1999.

Objetivos específicos:

1. Evaluar los conocimientos que tienen las mujeres por etnia sobre los métodos anticonceptivos.
2. Conocer el número de mujeres por etnia que usan los diferentes métodos anticonceptivos.
3. Identificar las razones que las motivaron a seleccionar el método anticonceptivo utilizado.
4. Verificar si las mujeres por etnia de 15-49 años conocen los efectos indeseables de los métodos anticonceptivos.

MARCO TEÓRICO

La planificación Familiar es un componente de salud reproductiva donde se dá asistencia a todas las mujeres en edad fértil comprendidas entre las edades de 15-49 años. En cada una de las etapas se enfrentan diferentes tipos de cambios al que deben adaptarse.

La adolescencia tiene el derecho de ser preparada adecuadamente para la vida adulta. La educación en sexualidad humana y en vida familiar deberá formar parte del proceso de educación normal, tanto en el hogar como en la escuela.

La exposición precoz a la experiencia sexual no protegida y el embarazo no deseado someten la salud de la joven madre a un riesgo mayor del normal.

Debemos recordar que en la mayoría de los adolescentes, las relaciones sexuales no son planificadas; se dan circunstancialmente, lo que puede llevar a embarazos no deseados.

Luego de brindar asesoramiento en Planificación Familiar y sexualidad, es importante considerar las preferencias de los adolescentes por algunos métodos que les permitan contar con una anticoncepción eficaz y regular.

La educación de la mujer es un factor importante que determina su salud sexual y reproductiva. Se ha demostrado que la mujer que a recibido educación durante varios años tiende a:

- Casarse a mayor edad.
- Tener familias pequeñas y a usar métodos modernos de regulación de fecundidad.
- Hacer uso mas amplio de los servicios de salud.

La falta de acceso a la educación limita las posibilidades de obtener información relacionada con la Promoción y el cuidado de la salud, así como la existencia y uso de métodos para regular la fecundidad.

Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos:

En cuanto al conocimiento de los métodos anticonceptivos, según encuesta sobre Salud Familiar en Nicaragua realizada por PROFAMILIA en los años 92 - 93, demuestra que de las mujeres de 15 - 49 años de edad, las que tienen menos conocimiento sobre los métodos anticonceptivos son las adolescentes de 10 - 19 años con un promedio global de 56%.

"¿Los métodos anticonceptivos más conocidos por las/los adolescentes en orden de importancia son los siguientes:

- Pildoras, 86%
- Esterilización femenina 82.6%
- Condones 77.7%
- DIU 70.7%
- Inyecciones 62.7%
- Esterilización masculina 33.3%
- Vaginales 32.6%
- Ritmo 32%
- Retiro 14% ⁴

Métodos Anticonceptivos

Son aquellos que se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente con el fin de evitar embarazos no deseados.

Clasificación de los métodos Anticonceptivos:

I. Métodos Naturales

- a) Método del ritmo o calendario (Ogino-Knaus)
- b) Método del Moco Cervical (Bellings)
- c) Método de la temperatura basal
- e) Abstinencia
- f) Coitus interruptus

II. Métodos de Barrera

- a) Diafragma
- b) Capuchones cervicales
- c) Escudo vaginal o condón femenino
- d) Esponjas vaginales
- e) Preparados especiales (cremas, espumas, jaleas, supositorios, aerosoles, óvulos, tabletas, películas solubles)
- g) Preservativo o condón.

⁴ Mujer... Temas de salud. Ligia Altamirano. Nicaragua (s.c) 1994.

III. Métodos Hormonales

- a) Hormonales orales: Combinados (Monofásicos, bifásicos, trifásicos), progestágenos.
- b) Hormonales inyectables: Mensuales, bimensuales, trimestrales.
- c) Hormonales implantes subdérmicas: No biodegradables (Norplant), biodegradable (esferas, microcápsulas).
- d) Otros hormonales: hormonales vaginales, hormonales transdérmicos. Hormonales dispositivos intrauterinos.
- e) Gosseypol y Tripterigium
- f) Derivados de la Tetosterona.

IV. Dispositivos Intrauterinos:

- a) Asa de Lippes
- b) T de cobre

V. Métodos Permanentes:

- a. Esterilización quirúrgica femenina (Oclusión tubárica bilateral).
- b. Esterilización quirúrgica masculina (vasectomía).

I. Métodos naturales

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

Se les llama también métodos de autoconocimiento debido a que para su utilización es indispensable que los usuarios conozcan perfectamente su cuerpo y no tengan aprehensión a tocar sus genitales, conozcan los cambios periódicos que ocurren en su

sistema reproductor desde la época de la aparición de su primera menstruación hasta la desaparición de la misma y reconozcan los signos y síntomas que indican cuando los espermatozoides pueden penetrar fácilmente en el tracto genital femenino, y cuando ocurre la ovulación.

Antes que estuvieran disponibles los anticonceptivos modernos, el 25 % de las parejas usaban esos métodos, ahora solo lo usan el 5%. En Nicaragua son usados por el 12.5% de las parejas unidas o casadas que planifican con métodos temporales.

a) Métodos del Ritmo o Calendario (Ogino-Knaus):

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

La ovulación se produce de 12 a 16 días antes de la iniciación de la menstruación siguiente. Sobre la base de la duración de los ciclos anteriores se calcula el momento aproximado de la menstruación siguiente y contando retrospectivamente desde esa fecha se determina el momento aproximado de la ovulación, a lo que hay que agregar un margen que cubra el tiempo de vida del espermatozoide y del óvulo.

El promedio de vida del óvulo es de 24 horas y el promedio de vida del espermatozoide en la vagina es de 48-72 horas.

El resultado final es un grupo de días en lo que puede haber concepción si hay contacto sexual. Por un período de 6-9 meses, la pareja debe marcar en un calendario el primer día de cada menstruación.

Cálculo del Período fértil

Del primer día de la menstruación hasta finalizar el octavo día, se encuentra en la fase relativamente infértil y tiene pocas probabilidades de quedar embarazada si tiene relaciones sexuales.

Del final del octavo día hasta el número 17 del ciclo, se encuentra en la fase fértil y debe abstenerse de tener relaciones sexuales para evitar un embarazo.

Del final de día 17 hasta el primer día de la menstruación siguiente, se encuentra en la fase infértil y existen pocas probabilidades de que se produzca un embarazo al tener relaciones sexuales.

b) Método de moco cervical (Billing)

Este método reconoce los períodos pre y post ovulatorios por medio de la observación de los cambios en la calidad y cantidad del moco cervical.

En el ciclo corriente de unos 28 días, durante los días inmediatamente posteriores a la menstruación, bajo la influencia del estrógeno, el moco cervical forma un tapón grueso y viscoso que incluye el cuello del útero y hace que la vulva se note seca al tacto.

Durante el tiempo de la ovulación, por efecto de la progesterona, el moco cambia a una sustancia más líquida, muy lubricante y elástica que puede estirarse hasta 6 cms. Que fluye muy abundantemente y hace que la vulva se note húmeda al tacto.

El período fértil comienza con la aparición del flujo o con la sensación de humedad en la vagina. En este momento no se debe tener relaciones sexuales (abstenerse 4 días más).

c) Método de la Temperatura Basal

Este método identifica el período de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante un ciclo menstrual. La elevación de la temperatura significa que la mujer ha ovulado. Cuya medición se debe efectuar todas las mañanas, en la misma situación. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal.

El cambio de la temperatura del cuerpo se produce poco después de la ovulación relacionado con la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo.

El aumento es de 2 a 5 décimas y permanece en ese nivel alto hasta la siguiente menstruación de tal manera que la abstinencia sexual debe mantenerse desde el inicio del ciclo hasta que la temperatura haya permanecido elevada por 1 a 3 días.

d) Lactancia Materna

Es relativamente efectiva en los primeros 6 meses después del parto, cuando se esta amamantando de manera exclusiva y aún a la mujer no le ha bajado la menstruación. Si se reduce la frecuencia de succión, el riesgo de ovulación se incrementa en gran medida.

e) **Abstinencia**

Se basa en la abstinencia periódica durante los días fértiles, determinados mediante el control del ciclo de los doce meses anteriores. Este método es utilizado por sectas religiosas pero tiene escasa finalidad.

f) **Coitus interruptus**

Es uno de los métodos extensamente utilizados desde siglos en todo el mundo. Consiste en que el hombre retire el pene de la vagina durante el coito y lo aleja del conducto vaginal y genital externo antes de eyacular.

Es un método de emergencia que debe ser conocido por todos los varones. Se contraindica en varones con eyaculación precoz.

II. **Métodos de Barrera**

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

a. **Diafragma**

Goma con un anillo metálico flexible; se inserta en la vagina cubriendo el cuello; existen varios tamaños (hay que seleccionarlos cuidadosamente); lo inserta la propia mujer con la superficie interna cubierta de espermicida; insertarlo al menos 2 horas antes del coito y retirarlo al menos 6 horas después.

b. **Capuchones cervicales**

Dispositivos en forma de capa (un diafragma en miniatura), y son fabricados en caucho, requiere uso adicional de la espermicida para mejorar su eficacia y su función es cubrir el cervix.

c. **Escudo vaginal o condón femenino**

Consiste en un tubo de fuerte poliuretano, cerrado de un extremo, de uno 15 cms. de largo y 7 cms. de diámetro. Alrededor de su extremo abierto se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que sostiene el condón contra la vulva. El extremo tiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual. Se usa una sola vez.

d. Esponjas vaginales

Se trata de espermicidas incorporados en un vehículo de poliuretano (esponja) en forma de hongos, que se liberan al humedecerlo antes de su inserción. Se pueden colocar hasta 24 horas antes del contacto sexual y permiten el coito inmediatamente después de colocarla, se retira 6 horas después del último contacto sexual.

e. Espermicidas

Son anticonceptivos químicos de barrera que destruyen el espermatozoide e impiden su entrada al útero. Son usados por la mujer, deben colocarse antes del contacto sexual y su uso combinado con barreras mecánicas mejora su eficacia (condón, diafragma).

f. Preparados especiales

Hay numerosos ingredientes activos, recomendándose los que contienen nonoxinol 9, ya que protegen de ciertas enfermedades de transmisión sexual. Los derivados del mercurio no se recomiendan por sus efectos tóxicos; otro muy conocido es el menfegol que es el espermicida de los supositorios vaginales (neosampoon).

g. Preservativos o Condón

Funda de goma elástica y fina que cubre el pene, puede comprarse sin receta; no requiere supervisión médica.

Impide que el semen entre en la vagina. Evita la transmisión de enfermedades venéreas. Es más eficaz si la pareja utiliza diafragma. La eficacia disminuye si el condón se rompe o se desliza durante el coito.

III. Métodos hormonales

Son una combinación de sustancia esteroideas (estrógenos y progesterona) para evitar el embarazo.

a. Homonaes orales

Combinados de estrógenos y progestágenos que administrados por vía oral evitan el embarazos.

Dosificación

- 1 tableta diaria durante 21 días; 7 de descanso; al comenzar el tratamiento, la primera píldora se toma al quinto día de la menstruación.
- 1 tableta diaria durante 28 días; no se descansa ni un solo día. Se inicia a tomar el tratamiento el primer día de la menstruación.

Acción

Inhibe la ovulación por supresión de las gonadotropinas hipofisarias; estimula la producción del moco cervical hóstil a los espermatozoides, modifica el transporte tubárico del huevo; altera el endometrio y dificulta la implantación.

Seguridad/Eficacia

Eficacia del 100% si se usa adecuadamente. Las fallas se debe a falta de regularidad en la toma. Si olvida una píldora, puede "compensarlo" tomando 2 al día siguiente. La probabilidad de embarazo se aumenta aunque solo se olvide un día. Buena aceptación; método fácil de usar.

Efectos beneficiosos

Alivio de la dismenorrea en el 60 - 90% de los casos. Alivio de la tensión premenstrual, mejoría del acné en el 80 - 90% de los casos, sensación de bienestar.

Efectos secundarios

Aumento de peso, período faltante o muy escaso, manchado o sangrado intermenstrual, náuseas, turgencia o sensibilidad de los senos, cambios de humor, incluyendo depresión, cloasma, algunas mujeres experimentan una disminución en el impulso sexual, disminuye la producción de leche materna, problemas oculares y pueden acelerar problemas de la vesícula biliar.

Indicaciones

- Mujeres jóvenes y adolescentes sexualmente activas.
- Parejas que deciden espaciar los embarazos.
- Mujeres nulíparas.
- Mujeres no lactantes en el postparto.
- Parejas que desean un método reversible a corto o largo plazo.
- Mujeres en el postparto inmediato.
- Mujeres con períodos menstruales dolorosos y abundantes.
- Mujeres con quistes de ovarios funcionales.
- Mujeres en las que está contraindicado el DIU.

Contraindicaciones

- Náuseas y vómitos
- Hemorragia vaginal no filiada.
- Cáncer pélvico o de mama.
- Enfermedad Hepática
- Enfermedad cardiovascular
- Enfermedad renal.
- Enfermedad tiroidea.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Hipertensión arterial y várices.
- Migraña, jaqueca.
- Obesidad.
- Diábetes
- Debe usarse con precaución en mujeres con antecedentes de: epilepsia, esclerosis múltiple, porfiria, aterosclerosis, asma.

Conceptos erróneos sobre los gestágenos orales.

"Producen cáncer, tendrán gemelos o trillizos después de usarlos, restan años de vida, producen várices y causan infertilidad".⁶⁶

⁷ Folleto Popular, Información para Brigadistas MINSA, Nicaragua.

b. Hormonales inyectables

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

- **Anticonceptivos hormonales inyectables intramusculares combinados mensuales:**

Contienen una combinación de estrógenos y progestágenos para uso intramuscular de acción prolongada y con duración de un mes. Brinda protección anticonceptiva mayor al 99% durante un mes de uso.

- **Inyectables intramusculares bimensuales (Noristerat):**

Contienen 200 mg. de enantato de Noretisterona. Las tasas de falla son de 0.4% embarazos por cada 100 mujeres que lo usan en un año.

Se usa la primera inyección dentro de los primeros 5 días de la menstruación y después de cada 8 semanas. Producen irregularidades menstruales y ocasionalmente cefalea, mareos y vómitos.

- **Inyectables intramusculares (depoprovera):**

Es una sustancia esteroidea de progestágenos que administrados por vía IM, evita el embarazo durante 3 meses, con gran efectividad, es reversible y de uso privado.

Mecanismo de acción

Actúa a nivel del moco cervical, del endometrio y en el transporte del óvulo en las trompas de falopio. Su mayor acción es a nivel del endometrio haciéndolo más delgado hipoplástico e hipotrófico.

Además se produce una inhibición de la ovulación por disminución de FSH y LH en la hipófisis.

Ventajas

Son fáciles de usar, su uso es independiente del coito, uso prolongado, de larga duración, reversible, menor posibilidad de olvido, gran aceptabilidad y altas tasas de continuación.

Es altamente efectivo y de acción prolongada para tres meses; disminuye los cólicos, el dolor menstrual, el dolor ovulatorio y se puede utilizar durante la lactancia ya establecida.

Desventajas

Irregularidad del ciclo menstrual principalmente la amenorrea. Cuando se acaba la eficacia de la última inyección al cabo de 3 meses, la fertilidad se reanuda de 2 a 6 meses después.

Indicaciones

- Mujeres en edad fértil con vida sexual activa.
- Mujeres que tienen contraindicaciones para otros métodos.
- Mujeres que desean un método temporal de larga duración y que no quiera una esterilización quirúrgica.
- Mujeres en el postparto o poscesárea, con o sin lactancia.
- En el postaborto inmediato.
- Mujeres fumadoras de cualquier edad.
- Mujeres con dismenorrea moderada o severa.
- Mujeres que tengan anemia falciforme y no sea candidata para las píldoras.

Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Hemorragia uterina anormal de etiología desconocida.
- Contraindicaciones absolutas de hormonales orales combinados.
- Apesar de que no se contraindica en adolescentes, investigaciones reciente no recomiendan su uso por los riesgos de hipotrofia endometrial y sangrados anormales rebeldes a tratamientos.

Efectos adversos

Los efectos adversos que presentan las mujeres que utilizan el método inyectable intramuscular (depoprovera) son: ciclo menstrual irregular, cefalea, mastalgia, aumento de peso, moderado, depresión, disminución del líbido, mareos, reacciones alérgicas ocasionales, amenorrea. Pero una vez terminada la eficacia de la inyección puede optar perfectamente por otro método anticonceptivo.

c. Hormonales, implantes subdérmicos

Se trata de una sustancia esteroidea progestacional que, administrada por vía subdérmica, evita el embarazo.

Norplant: Implantes subdérmicos

Es un anticonceptivo eficaz, de larga duración, reversible y que proporciona protección anticonceptiva durante 5 años.

Consiste en 6 delgadas cápsulas cerradas, flexibles, hechas de silastic en forma de palillos de fósforos que liberan lentamente levonorgestrel.

d. Otros anticonceptivos hormonales

1. Anillos vaginales: hay dos tipos

- Combinados de estrógenos más progestágenos, es un anillo de silastic; libera levonorgestrel y estradiol, actúa inhibiendo la ovulación. Se usa por 3 semanas y se retira en la cuarta semana para permitir el sangrado.

Existen dos tipos de Progestágenos:

- Progestasert: Libera 65 mcg. de progesterona por día. Tiene duración de 1 año.
- LNG-20: Libera 20 mcg. de levonorgestrel por día. Duración 5 años.

Ambos reducen la cantidad de la menstruación siendo más potente el efecto de LNG-20, es altamente eficaz, de acción prolongada y tiene menos tasa de embarazos y menos efectos adversos.

Gossypol y Tripterigium Wilfordii: (Píldoras anticonceptivas masculina)

1. Gossypol (Derivado del aceite de la semilla de algodón):

Ha sido estudiado en la maduración del esperma y su efectividad como anticonceptivo ha sido demostrado. No altera los ciclos hormonales. Disminuye la movilidad y la concentración de los espermatozoides.

2. Tripterigium Wilfordii (la enredadera del dios del trueno)

Planta indígena china, que se usa para tratar muchas enfermedades en la medicina tradicional.

Derivados de la Testosterona:

1. Buciclato de testosterona: IM cada 3 meses, mantiene bajos niveles de testosterona circulante durante 12 a 14 semanas.
2. Enantato de Testosterona: Inyección IM semanal, inhibe la producción de espermatozoides en un 60%.
3. Análogos de la LHRH: Está bajo investigación y requerirá la administración conjunta de testosterona o una hormona similar. Los análogos de la LHRH disminuyen la libido y afectan las características sexuales secundarias.

IV. Dispositivos intrauterinos

a. DIU

Es un métodos muy conocido por las mujeres, está hecho de plástico o de acero inoxidable que se introduce en el útero impidiendo el embarazo. Se ha descontinuado en Nicaragua en el Ministerio de Salud Pública.

b. T de cobre

Son anticonceptivos de uso temporal que se colocan dentro de la cavidad uterina. La T de cobre 380 A tiene forma de la letra T se encuentran pequeñas bandas de cobre y el segmento vertical está bobinado con filamento de cobre.

Mecanismo de acción

EL mecanismo de acción exacto del DIU no se conoce. La evidencia científica obtenida a partir de una serie de estudios indican que llegan a la trompa de falopio. Provoca una reacción inflamatoria en la cavidad uterina, lo que favorece la muerte del espermatozoide.

Indicaciones

- Inmediatamente después del parto (primeros 10 minutos de expulsada la placenta).
- Transcesárea: En sala de operaciones.
- En cualquier momento del ciclo menstrual.
- En mujeres que tengan contraindicaciones de utilizar anticonceptivos hormonales.

Contraindicaciones

Absolutas

- Infecciones pélvica activa o recurrente, incluyendo gonorrea sospechosa o diagnosticada y también la inflamación vaginal activa.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Sangrado uterino anormal que debe ser corregido e investigado antes de usar el DIU.
- Existencia de cáncer cervical o uterino.

Relativa

- Factores de riesgo para la enfermedad inflamatoria pélvica (endometritis postparto, infección después del aborto ocurrido los últimos 3 meses, alto riesgo de enfermedades sexualmente transmisibles, incluyendo un compañero que tiene múltiples compañeras sexuales).
- Embarazo ectópico previo.
- Dismenorrea severa.
- Flujo menstrual abundante con anemia.

- Dificultad anatómica del útero (ya sea malformaciones uterina y/o cervicas, o miomatosis uterina, si está en contacto con la cavidad uterina).
- Alergia al cobre.

Efectos secundarios

1. Sangrado postinserción: Luego de la inserción se presenta cierto sangrado y debe explicarse a la paciente que esto es normal. Si fuera muy extenso debe pensarse en una complicación como la perforación uterina.
2. Sangrado intermenstrual: De tipo manchado o secreción serosanguinolenta entre períodos menstruales. Si es de éstas características no se indica su retiro, a menos que continúe durante más 3 meses.
3. Hipermenorrea: Los períodos menstruales después de la inserción, puede ser más abundante de lo común e incluso durar más días. Si el sangrado es severo y causa anemia debe retirarse el DIU. En general, los que tienen cobre y los que desprenden progesterona causan menos sangrado. Se han propuesto algunos tratamiento por ejemplo: Uso de anti-inflamatorio no esteroideos derivados del ergotrate, vitamina K; pero ninguno es totalmente satisfactorio.
4. Dolor postinserción: Se presenta como cólico uterino y/o dolor en bajo vientre, y se debe advertir a la usuaria de ésto. Se administran analgésicos.
5. Dismenorrea: Se tratará con inhibidores las postaglandinas. Si persisten y es muy intenso se debe retirar el DIU.

Efectos erróneos

- Si ocurre el embarazo el DIU se pega en la cabeza del feto.
- Produce esterilización.
- Se encarna y queda en la matriz.
- Le da cefalea a la mujer.
- Es abortivo.

V. METODOS PERMANENTES

La esterilización quirúrgica es un método muy seguro pero como cualquier otro método tiene su desventaja que en corto plazo puede presentar:

- Infección de la herida
- Hematoma de la herida
- Infección pélvica
- Hemorragia intraperitoneal
- Ocasionalmente lesión de órganos intra-abdominales en el trans-operatorio (vasos sanguíneos, intestino, vejiga).

Otra desventaja es que tardamente la operación puede ser un fracaso con el riesgo de embarazo que puede ser ectópico (fuera del útero). La mayoría de las mujeres después de la esterilización quirúrgica presentan secuelas psicológicas o emotivas y lamenta haberse realizado la operación, y es fundamental el papel que debe jugar el personal de salud en cuanto a las puestas en prácticas de consejería.

Además es normal pero a la vez una señal de alerta: que las post-operadas presenten fiebre después de la operación pero no es normal que presenten la temperatura mayor de 39 °c. Otras señales de alerta:

- Dolor abdominal en aumento o persistencia.
- Hemorragia o secreción de la herida quirúrgica.

Escogencia del métodos

El uso del método no invalida el uso de otro método simultaneamente por uno ó ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando se trata de uso del método de barrera, físico y químico ó de estos dos con los hormonales y dispositivos intrauterinos.

GRUPO POBLACIONAL I

Adolescentes varones o mujeres sin antecedentes de actividad sexual.

En las adolescentes mujeres:

Realizar su historia clínica obteniendo la fecha de su última menstruación e información sobre el día probable del inicio de su actividad sexual y se aconsejará reforzarlos con métodos naturales y de barrera en el varón.

Primera opción:

Píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

En ambos casos se prescribieron por lo menos desde un mes antes de la fecha de iniciación de la actividad sexual y se aconsejará reforzarlas con métodos naturales y de barrera en el varón.

GRUPO II

Adolescentes con inicio de actividad sexual.

- a. Adolescentes mujeres sin hijos.
- b. Adolescente varón sin hijos

Adolescentes mujeres sin hijos

- a. Por que nunca han estado embarazada.

Primera opción:

Píldoras que contienen solo progestágenos.

Segunda opción

Píldoras combinadas con contenidos con: Métodos de barrera, físico y químico en caso de actividad sexual espontánea o múltiples compañeros sexuales.

- b. Por que tuvo un aborto ó un parto con hijo fallecido.

Primera opción

Píldoras que contienen solo progestágeno.

Segunda opción

Píldoras combinadas con contenido bajo estrógeno.

Tercera opción

Injectables mensuales.

Cuarta opción

Insertar el dispositivo intrauterino por aborto si no tiene contraindicaciones para este procedimiento.

En todos los casos se aconsejará reforzar estas opciones con: Métodos de barrera, físico y químico, en caso de actividad sexual esporádica ó múltiples compañeros sexuales.

Métodos naturales

Adolescentes varones sin hijos

Primera opción

Método de barrera, reforzar con métodos naturales.

GRUPO III*a. Período puerperal*

- Poner especial énfasis en la anticoncepción pos parto, pos aborto y transcesárea.
- Recomendar siempre la lactancia.

b. Período intergenesico

- De manera general aplicar los mismos criterios de selección que para la mujer adulta.

La esterilización quirúrgica femenina o masculina en la adolescencia se seleccionará solamente en casos de indicación médica previa evaluación de la situación por parte de un equipo interdisciplinario designado para tal fin y con el consentimiento expreso por escrito de la/él adolescente.

Anticoncepción en la perimenopausia***Concepto***

Se entiende por mujer en período de perimenopausia a aquella que se encuentra en el grupo de mayor de 35 años, en quien la función biológica del ovario empieza a declinar.

Las mujeres en etapas de perimenopausia que abaraca mayor de 35 años no se puede excluir la anticoncepción, perfectamente pueden dar uso de la mayoría de los métodos anticonceptivos por parte de la mujer con vida sexual activa. Los dispositivos intrauterinos los pueden usar con mucha seguridad siempre y cuando no

esten en riesgo evidente de enfermedad inflamatoria pélvica o de enfermedad de transmisión sexual.

"Los dispositivos intrauterinos (las T de cobre y los liberadores de progestágenos) son altamente efectivos, no requiere de mucho seguimiento, protegen por largo tiempo inclusive durante más de 10 años por lo tanto puede ser el método de preferencia"⁶⁴

Los dispositivos intrauterinos deben retirarse hasta después de transcurrido un año de la menopausia.

Los métodos hormonales orales combinados de baja dosis pueden ser al mismo tiempo una fuente de suplemento de estrógenos durante la perimenopausia inclusive hasta un año después de la menopausia.

Los anticonceptivos hormonales orales solo de progestágenos son altamente recomendados para mujeres mayores de 35 años que desean planificar durante largo tiempo sobre todo cuando han tenido problemas usando otros métodos o no desean un método permanente pueden prescribirse con un relativo margen de seguridad. En mujeres mayores de 35 años que fuman de 20 cigarrillos al día, estos métodos solamente tienen efectos anticonceptivos y no son fuente alternativa de estrógeno en la perimenopausia.

Los anticonceptivos hormonales inyectables combinados mensual y bimensuales pueden ser al mismo tiempo una fuente de suplemento de estrógeno durante la perimenopausia no se prescribirán en mujeres de 35 años que fumen de 20 cigarrillos al día.

En cuanto al método de barrera aunque no son los mejores métodos, se deberá recomendar sobre todo en relaciones sexuales esporádicas y con diferentes parejas como refuerzo del método anticonceptivo que se esta utilizando.

Los métodos de barrera son los únicos métodos que, además de una acción anticonceptiva ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual.

Los métodos naturales no son una opción, ni segura en la menopausia.

⁶⁴ Manual de Planificación Familiar

Fuente de información

" Poco se está haciendo para ofrecer información correcta sobre anticoncepción para disipar conceptos erróneos.

Las mujeres en edad fértil recogen información de todas las fuentes disponibles, como ninguna fuente es completamente confiables compara la información de diferentes fuentes para probar su validez." ⁸

Las principales fuentes de información sobre salud reproductiva incluyen:

- a. Maestros/escuelas
- b. Padres
- c. Hermanos
- d. Amigos
- e. Novios/novias
- f. Organizaciones comunitarias de juventud
- g. Revistas y libros científicos
- h. Televisión y radio
- i. Médicos y enfermeras

a. Maestros / Escuelas

En un estudio realizado por Marie Stopes International en Nicaragua y Kenya simultáneamente bajo el tema **"Un estudio transcultural del acceso de adolescentes a la educación y a servicios de salud reproductiva y planificación familiar"** nos revela lo siguiente: La mayoría de los adolescentes identifican a los maestros y escuelas como una de sus principales fuentes de información sobre temas de salud reproductiva.

En Kenya se incluye educación sobre salud reproductiva en el curriculum de primaria y secundaria, bajo el nombre de Educación para la vida familiar. Los temas incluyen fisiología de reproducción humana, el parentesco responsable, enfermedad de transmisión sexual y SIDA.

En Nicaragua, oficialmente no hay educación sexual en las escuelas aunque los aspectos biológicos de reproducción cubren los cursos de ciencias.

⁸ Muerte... Temas de salud MINSA FNUAP, Managua 1994.

El currículum de las escuelas primarias pretende desarrollar 4 cualidades en los niños, el autorespeto, el autocontrol, la habilidad social y la responsabilidad. Los cursos de moral y cívica enfatizan la abstinencia sexual y la importancia del núcleo familiar con fuentes sesgos religiosos.

En ambos países, la opción de los (as) adolescentes sobre la información que reciben en la escuela es insuficiente, demasiado tarde y no cubre los principales temas que les interesa.

b. Padres

Desde el ordenamiento social, los padres son los primeros informantes directos e indirectos. En primer lugar en la misma vida sexual de la pareja es ya una fuente de información.

Directamente los padres son la fuente de información menos utilizada y menos satisfactoria. Los padres tienen vergüenza de abordar los temas de la sexualidad, por lo general, solamente aconsejan a sus hijos a no tener relaciones sexuales, sin explicar por que ciertos comportamientos no son correctos o son peligrosos, tampoco hablan sobre los métodos anticonceptivos.

c. Hermanos

Los hermanos mayores representan una importante y accesible fuente de información para los jóvenes y muchas veces sustituyen a los padres como fuente de información confiables y justa.

d. Amigos

Los amigos son las principales fuentes de información para todos los adolescentes para temas de relaciones con otros sexos, aunque la confiabilidad y el contenido de la información es dudosa. Muchos de ellos comparan la información de sus amigos con otras fuentes para juzgar su validez.

e. Novios / Novias

En la práctica los novios (as) son la fuente de información fundamental. Esta fuente es la más buscada.

f. Organizaciones comunitarias

Las organizaciones juveniles y las ONG's montan programas de información sobre salud reproductiva.

En Nicaragua hay varias organizaciones que constan de programas más para jóvenes (IXCHEN, Si mujer, PROFAMILIA...) que trabajan con adolescentes brindando contenidos sobre educación sexual donde está inmerso planificación familiar.

g. Revistas y libros

Las revistas y libros son fuentes claves de información sobre las prácticas y desarrollo de la sexualidad, a través de la lectura de revistas populares, libros científicos y novelas románticas con los cuales completan su información, aunque muchas veces lo hacen a escondidas de sus padres y se sienten culpables por que consideran que están robando información de adultos

h. Televisión y radio

Son importantes fuentes de información. Los programas de preguntas y respuestas, programas especializados sobre aspectos de salud reproductiva, telenovelas y películas pornográficas son utilizadas para recoger información de cómo manejar las relaciones con el otro sexo. Influye mucho en las opiniones, deseos y sistema de valores que ellos desarrollan, especialmente como nuestro país, donde los sistemas de valores tradicionales están en quiebra.

i. Médicos y enfermeras

Juegan un papel fundamental dentro de la sociedad ya que dentro de sus funciones cotidianas brindan atención directa al cliente y esto permite facilitar la información que necesita la usuaria para que la acepte y escoje el método que más le convenga.

Uso de los métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil

Los servicios de planificación familiar con frecuencia son inaccesibles para los adolescentes, ya sea por que atienden únicamente a mujeres o parejas casados, por lo tanto, los jóvenes consideran que estos son patrimonio de estos dos grupos antes mencionados; o bien, por que los (as) adolescentes mismos se sienten incapaces de usar estos servicios por temor a enfrentarse con actitudes moralizadoras y prejuiciadas. También presentan una amplia variedad de temores sobre las repercusiones que sobre su salud son inexactos y distorsionados. Además muchas veces las adolescentes no saben usar correctamente los métodos anticonceptivos.

En las ciudades y los países cubiertos por los estudios de ESRJA (Encuesta de Salud Reproductiva de Jóvenes adultos), menos del 40% de las mujeres jóvenes habían usado anticonceptivos durante su encuentro sexual prematrimonial. La razón dada con mayor frecuencia era que el intercambio sexual no había sido planeado.

" Entre los métodos anticonceptivos utilizados están los siguientes:

Píldoras	11.1%
Condomes	2.7%
DIU	2.6%
Ritmo	1.3%
Inyección	1.2%
Retiro	1.1% ²⁶

En cuanto a la fuente de obtención de los métodos anticonceptivos, las literaturas consultadas indican que la mayoría de ellos lo obtienen de la clínicas privadas y farmacias, pero también hay otras fuentes de abastecimientos como los servicios de planificación familiar de los centros de salud aunque ésta fuente no es muy utilizada por las largas filas, el temor de los (as) adolescentes por ser descubiertas por sus padres y quizás por la poca privacidad que existe en éstos servicios.

Se estima que más 270 millones de mujeres en todo el mundo utilizan anticonceptivos de los cuales dos tercios viven en países desarrollados y un tercio en países en desarrollo. La esterilización es dada en casi media de estas mujeres. Un 20% toman anticonceptivos orales, un 15% utilizan DIU, 10% dependen del uso de

²⁶ Mujer... Temas de salud MINSA-FNUAP-Nicaragua, (S.ej.1994)

condones y 20% utilizan otros métodos tales como ritmo, coito interrumpido, inyectables, implantes y métodos de barrera.

Las mujeres particularmente en países en desarrollo son insuficientemente informadas acerca de ventajas y desventajas del método a ser usado.

Prácticas tradicionales de control de natalidad en la étnia miskita.

Generalmente, los pueblos de tradición siempre han conocido el control de la natalidad a través de las plantas, raíces y cáscaras medicinales, aunque en la práctica casi nunca llegaron; para nuestros pueblos. El concepto de vida es sagrado, por lo tanto no utilizaban éstos conocimientos y recientemente con mayor prohibición por las influencias religiosas.

También en alguna forma nuestros pueblos, siempre han tenido algún conocimiento sobre reencarnación; por que cuando nace un infante simplemente dice "Es el difunto o difunta, abuela o tía, hermano, que ha vuelto, no mirás que tiene la misma nariz o la mirada, seriedad del difunto". Por esa razón los controles de natalidad no eran practicados por que cerraban el paso de algún pariente que venía, vale decir que sólo entre parientes se encarnan.

Dentro de los conocimientos, está la siguiente receta:

- El bejuco conocido como escalera de mico, es en forma de peldaño, cada peldaño se considera un año de infertilidad; combinado con guayaba silvestre, que en éste caso, es la cáscara que se utiliza entonces si uno cuenta diez peldaños se cose junto con la cáscara de guayaba y se toma al finalizar el ciclo menstrual, pues la persona pasará diez años sin concebir.
- Entre otras prácticas, la semilla de aguacate, la tiene que secar varios días, luego se raya en un rayador la vuelve a secar en el sol por dos días; luego se cuece bien fuerte y al finalizar el período menstrual se le da 7 tomas en ayuna por 7 días. Este es totalmente para no volver a concebir (7 semillas de aguacate). Las tomas son una tazita diario.

Diseño metodológico

El presente estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal que se desarrollará en el Barrio Sandino de la cabecera municipal de Siuna en Mujeres en edad fértil de 15-49 años, en el período comprendido Enero-Abril 1999.

El universo del estudio lo constituyen todas las mujeres en edad fértil de 15-49 años que habitan en el Barrio antes mencionado. (495).

La muestra corresponde a un 30% que equivale a 149 mujeres en edad fértil de 15-49 años.

El estudio se realizó en un período de tres meses, partiendo de su planificación hasta el informe final.

El proceso de recolección de información fue a través de un cuestionario previamente elaborado con preguntas estructuradas, abiertas y cerradas dirigidas a las mujeres en edad fértil que conformaron la muestra del estudio.

Información recogida directamente por las investigadores.

Los datos serán procesados utilizando la técnica de palotes, tabulados, analizados y se harán cálculos de porcentaje y medidas aritméticas. También se construirán gráficos y cuadros de aquellas variables que a juicio de las investigadoras sean más relevantes.

Las variables en estudio son:

- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Religión
- Conocimiento sobre métodos anticonceptivos para las mujeres en edad fértil.
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Efectos indeseables

Operacionalización de las variables

No.	VARIABLE	SUB-VARIABLES	INDICADOR	VALORES	CRITERIOS
1	Edad		15-25 años 26-35 años 36-49 años	Si / No " " " "	
2	Escolaridad		Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Otro Especifique	Si / No " " " " " " " "	
3	Estado civil		Soltera Casada Acompañada Viuda Divorciada	Si / No " " " " " " " "	
4	Religión		Católica Morava Evangelica Otro Especifique	Si / No " " " " " "	
5	Conocimientos que tienen las MEF de 15-49 años sobre métodos anticonceptivos.	Calidad	Bueno Regular Malo	Si / No " " " "	≥ 10 preg. 5-9 preg. < 4 preg.

No.	VARIABLE	SUB-VARIABLES	INDICADOR	VALORES	CRITERIOS
6	Uso de métodos anticonceptivos.	Tipo de métodos	Gestágenos orales Depoprovera DIU Condón Lactancia materna Ritmo Esrrerilización Qx Otro especifique	Si / No " " " " " " " " " " " " " "	
7	Efectos indeseables		Amenorrea Coasma Sangrado transvag. Cefalea Aumento de peso Disminución de peso Otro especifique	Si / No " " " " " " " " " " " "	
8	Etnia		Mestizo Miskito	Si/ No Si / No	

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El grupo etáreo que más predomina en la etnia mestiza es el de 26 a 35 años (50 %) seguido de 15 – 25 años (27 %). En la etnia miskita ocupa el primer lugar las mujeres de 15 a 25 años (50 %) y en segundo lugar de 26 a 35 años (43 %) ver cuadro No. 1

Lo importante es que todas estas mujeres independientemente del grupo etáreo al que pertenezcan tengan el mismo dominio en cuanto al conocimiento, uso y efectos de métodos anticonceptivos.

El nivel de Escolaridad en la etnia mestiza ocupa el siguiente orden:

Secundaria (43 %) ; primaria (37 %) y analfabetas (13.3 %) . En la etnia miskita el nivel de escolaridad ocupa el primer lugar la primaria con 53.3 % ; segundo lugar secundaria 23 % y en tercer lugar analfabetas con un 20 % . Las diferencias encontradas en el nivel de escolaridad entre las dos etnias es que en la etnia mestiza ocupa el primer lugar la secundaria y el tercer lugar las analfabetas, habiendo un porcentaje mayor de analfabetas en la etnia miskita. Ver cuadro No 2.

Relacionando estos resultados obtenidos en el estudio con el marco teórico dice que la educación de la mujer es un factor importante que determina su salud sexual y reproductiva. Se ha demostrado que la mujer que ha recibido mayor educación tiende a casarse a mayor edad, tener familias pequeñas y usar métodos modernos de regulación de fecundidad. La falta de acceso a educación limita las posibilidades de obtener información relacionada con la promoción y el cuidado de la salud, así como la existencia y uso de métodos para regular la fecundidad.

El estado civil de las mujeres de la etnia mestiza está distribuido de la siguiente manera : acompañadas (47 %) , solteras (30 %) y casadas (23 %) . En la etnia miskita hay variación ya que predominan las solteras (40 %) seguido de las acompañadas (37 %) y casadas (23 %) ver cuadro No 3 .

La religión que más predomina en la etnia mestiza es la católica (77%) y en la etnia miskita es la morava con un porcentaje igual a la etnia mestiza (77%) . Ver cuadro No 4

La religión morava no prohíbe el uso de métodos anticonceptivos en cambio la católica si, pero la misma necesidad de la mujer la obliga a hacer uso de métodos anticonceptivos, con esto queremos decir que la religión no es una barrera.

El nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en las mujeres de 15 a 49 años fue en su mayoría bueno (57 %) en la étnia mestiza, seguido de un nivel de conocimiento regular (43 %). En la étnia miskita la mayoría de las mujeres tuvieron un nivel de conocimiento regular (53 %), seguido de un nivel de conocimiento bueno (40 %). Ver cuadro No 5.

En las diferencias encontradas en el nivel de conocimiento entre las dos étnias se encontró que hay variación ya que hay mayor nivel de conocimiento en la étnia mestiza y consideramos que se debe a que hay mayor nivel de escolaridad y mejor dominio del idioma Español.

El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años según edades fue en su mayoría regular para los primeros dos grupos etáreos seguido de un nivel de conocimiento bueno.

Las mujeres de 15 a 25 años tienen un nivel de conocimiento regular (20 %) seguido de bueno (15 %) y malo (3.3 %). Las mujeres de 26 a 35 años tienen un nivel de conocimiento bueno 25 % y le sigue el nivel de conocimiento regular 23.3 %, observándose las mismas tendencias para las mujeres comprendidas entre las edades de 36 a 49 años. Ver cuadro No. 6

Por lo tanto consideramos que hay un mejor nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en las mujeres de 26 a 35 años. Haciendo relación con la teoría según bibliografía consultada dice que en cuanto a conocimiento de métodos anticonceptivos, según encuesta sobre salud familiar en Nicaragua realizada por PROFAMILIA en los años 92, 93 demuestra que de las mujeres de 15 a 49 años las que tienen menos conocimientos sobre los métodos anticonceptivos son las adolescentes de 10 a 19 años con un promedio global de 56 %.

A pesar de que las mujeres de 15 a 49 años encuestadas tienen un nivel de conocimiento regular también poseen conceptos erróneos sobre los métodos anticonceptivos. A continuación describiremos los tres conceptos erróneos más relevantes:

En la étnia mestiza el 80 % mujeres refieren que el DIU se encarna y produce cáncer, el 23 % dice que la T cobre se coloca en la vagina y el 17 % dice que el condón disminuye el deseo sexual; observándose de la misma manera en la étnia miskita. Ver cuadro No 7.

En conclusión las mujeres de 15 a 49 años de las etnias mestiza y miskita poseen conceptos erróneos sobre métodos anticonceptivos; en los resultados obtenidos tenemos que Dispositivos Intrauterino se encarna y produce cáncer, esto influye a disminuir su uso. Con respecto al DIU, este método casi no es utilizado por las mujeres de las dos etnias sujetas al estudio y al manejar que se encarna y produce cáncer no lo utilizarían aún más, aumentando así el riesgo de embarazos no deseados.

Existe semejanza entre las dos etnias en estudio en el manejo de conceptos erróneos y tiene relación con el marco teórico. Consideramos que es necesario brindar una buena consejería a las mujeres que nos permita reducir el máximo opiniones negativas en cuanto al uso del método anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos más conocidos por las mujeres de 15 a 49 años de las etnias mestiza y miskita se describen a continuación en orden descendente: los Gestágenos Orales en la etnia mestiza con un 100 % y en la etnia miskita con un porcentaje igual; la depo-provera con 97 % para la etnia mestiza y 93 % para la etnia miskita; el DIU el 97 % para la etnia mestiza y 83 % para la etnia miskita; la esterilización Quirúrgica Femenina con un 80 % para la etnia mestiza y 67 % para la etnia miskita, seguido por el condón con 73 % para las mestizas y un 80 % para las miskitas. Le siguen los siguientes métodos : ritmo, esterilización quirúrgica masculina y lactancia materna. Ver cuadro No 9.

Los métodos menos conocidos para las dos etnias son: moco cervical, cremas vaginales y coito interrumpido.

En conclusión, los cinco métodos anticonceptivos más conocidos por las dos etnias son: gestagenos orales, depo-provera, DIU, esterilización quirúrgica femenina y condones.

Relacionando los resultados obtenidos en el estudio con el marco teórico en cuanto los métodos anticonceptivos más conocidos, se aprecia que el orden de los métodos anticonceptivos difiere un poco ya que en el marco teórico, en los tres primeros lugares aparecen en orden de importancia: las píldoras , esterilización femenina y condones, en cambio los resultados del estudio revela en orden de importancia en los cinco primeros lugares: las píldoras, depo-provera, DIU, esterilización femenina y condones. Las esterilizaciones femenina que está en el segundo lugar en el marco teórico ocupa cuarto lugar en nuestro estudio. Los condones que están en tercer lugar en el marco teórico se encuentran en el quinto lugar en nuestro estudio, el DIU

que ocupa el cuarto lugar en el marco teórico se encuentra en tercer lugar en nuestro estudio. La Depo- provera se encuentra en el quinto lugar del marco teórico y se encuentra en el segundo lugar en nuestro estudio.

Los métodos anticonceptivos más conocido por el grupo etéreo de 15 a 25 años son : GO 38 % , Depo- provera 37 % , DIU 33 % , condón 25 % , esterilización Quirúrgica 23 % . En las mujeres de 26 a 35 años los métodos más conocidos son : GO 48 % , Depo-provera 45 % , DIU 43 % , Condón 42 % , E.Q 42 % . En las mujeres de 36 a 49 años los métodos anticonceptivos son: GO 13 % , Depo-provera 13 % , DIU 13 % , condón 10 % , E.Q. 8 % . Ver cuadro No 10.

Según los datos presentados no existen diferencia de orden de métodos anticonceptivos por las edades en estudio ya que en los grupos de edades llevan el mismo orden.

Haciendo relación con la teoría según bibliografía coinciden los métodos anticonceptivos más conocidos por las mujeres aunque no exactamente en el mismo orden ya que hay pequeñas variaciones en cuanto al orden.

En la etnia mestiza el 63 % de las mujeres de 15 a 49 años sujetas al estudio planifican y el 37 % no lo practican. En la etnia miskita el 40 % de la MEF encuestadas planifican y el 60 % no lo practica. Ver cuadro No 11.

En este cuadro podemos observar que la mestiza planifican más que las miskitas y consideramos que se debe a que tienen un mayor nivel de escolaridad y por ende un nivel de conocimiento bueno.

Los resultados de la encuesta arrojaron que el 37 % de las mujeres de 15 a 49 años de la etnia mestiza no planifican por las siguientes razones: el 10 % son solteras, 10% están embarazadas , 13 % nunca han planificado, 3 % son puerperas. En la etnia miskita el 60 % de las mujeres encuestadas no planifican por las siguientes razones: el 23 % son solteras, 10 % puérperas , 10 % embarazadas, 3 % nunca han planificado , entre otros.

De las dos etnias pudimos observar que las mujeres de 15 a 49 años que mas planifican son las que tienen un nivel de escolaridad de secundaria 30 % , seguido por el nivel de escolaridad primaria 15 % y las que no planifican llevan el mismo orden que las que planifican, seguido por las analfabetas 10% . Ver cuadro No 12. Para evitar esto se debe hacer mas promoción .

Los métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres de 15 a 49 años de la etnia mestiza está en el siguiente orden : E.Q. 37 % , GO 10 % , Depo-provera 7% , T cobre 3 % , Ritmo 3 % , Lactancia Materna 3 % . En la etnia miskita ocupa el siguiente orden: E.Q. 27 % , Depo-provera 7 % , GO 3 % , T cobre 3% . Ver cuadro No 13.

Relacionando los resultados obtenidos en el estudio con el marco teórico en cuanto a los métodos anticonceptivos mas utilizados por las mujeres de 15 a 49 años se aprecia que el orden difiere, ya que en el marco teórico en los tres primeros lugares aparecen en orden de importancia las píldoras 11.1 % , condones 2 .7% , y DIU 2.6 % . En cambio los resultados del estudio revelan el siguiente orden: en los tres primeros lugares : E.Q. 31.6 % , GO 6.6.% , Depo-provera 6.6 % .

Los métodos Anticonceptivos más utilizados en las mujeres de 15 a 49 años según edades fue en su mayoría E.Q. para los dos últimos grupos etáreos (26 a 35 y 36 a 49 años) y los menos utilizados es el Ritmo y Lactancia Materna. Ver cuadro # 14.

El 63 % de las mestizas que hacen uso de métodos anticonceptivos dicen que le método que usan nos les da ningún efecto secundario y el otro 37 % se quejan de : manchas en la cara, amenorrea, sangrados irregulares, cefalea entre otros. En la etnia miskita el 58 % de las mujeres que hacen uso de métodos anticonceptivos dicen que el método que usan no les da ningún efecto y el 42 % se queja de : aumento de peso, mareo, dolor lumbar y cefalea. Ver cuadro # 15.

El grupo etáreo de 26 a 35 años es el que más se queja de efectos secundarios causado por el uso de métodos anticonceptivos entre los mas relevantes están : dolor lumbar y mareos. Ver cuadro # 16.

El 63 % de las mestizas que hacer uso de métodos anticonceptivos dijeron que las razones que las motivaron a seleccionar ese método en orden de importancia son: por problemas de salud (21 %) , situación económica (16 %) , reacción a otros métodos (11%) , porque no le hacen daño y paridad satisfecha (11%) .

Del 40% de las miskitas que hacen uso de métodos anticonceptivos dijeron que las razones que las motivaron a seleccionar el método son las siguientes: Paridad satisfecha (25 %) , problemas de salud (25 %) , por mas fácil (25 %) , situación económica (17 %) , y por reacción a otros métodos (8%) . Ver cuadro No. 17 .

Podemos observar que las razones son similares para ambas étnias, aunque hay una pequeña variación en el orden. Con esto queremos decir que el hacer uso de método anticonceptivo no es un lujo, sino una necesidad que nos va a permitir evitar el número de embarazos no deseados y por ende a disminuir la mortalidad materna e infantil.

El 77 % de las mujeres de 15 a 49 años de la étnia mestiza conocen algunos efectos indeseables causados por los diferentes métodos anticonceptivos tales como: cefalea 40 %, náusea 40 %, sangrado irregular 33.3 %, aumento y disminución de peso 33.3% y amenorrea 27 % entre otros. El 23 % no conoce los efectos indeseables.

En la étnia miskita el 73 % de las mujeres encuestadas conocen algunos efectos indeseables. Entre los mas conocidos están : sangrado irregular 43.3 %, amenorrea 27 % , aumento y disminución de peso 23.3 % , presencia de manchas en la cara 23.3 % , y náuseas 17 %. El 27 % de las mujeres encuestadas no conocen los efectos indeseables causados por métodos anticonceptivos. Ver cuadro No 19.

En conclusión podemos decir que los resultados del estudio en cuanto a los efectos indeseables causados por los métodos anticonceptivos coinciden con los que aparecen en el marco teórico pero son limitados y consideramos se deben ampliar los conocimientos.

El grupo etáreo de 26 a 35 años de las mujeres encuestadas en ambas étnias son las que más conocen sobre los efectos indeseables causados por los diferentes métodos anticonceptivos, seguido por el grupo etáreo de 15 a 25 años. Ver cuadro No. 20.

CONCLUSIONES:

Después de analizar los resultados de la encuesta llegamos a las siguientes conclusiones:

1. El grupo etéreo que más predomina en la étnia mestiza es el de 26-35 años (50%) y en la étnia miskita ocupan el primer lugar las mujeres de 15-25 años (50%).
 - 1.1- El nivel de escolaridad en la étnia mestiza ocupa el siguiente orden: Secundaria 43%, Primaria 37% y analfabetas 13.3%. En la étnia miskita esta en primer lugar la primaria 53.3%, seguido de secundaria 23% y analfabetas con un 20%.
 - 1.2- El estado civil de las MEF de la étnia mestiza predominan las acompañadas (47%) y en la étnia miskita predominan las solteras (40%).
 - 1.3- La religión que más predomina en la étnia mestiza es la Católica (77%) y en la étnia miskita predomina la morava (77%).
2. El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil de la étnia mestiza fue BUENA y en la étnia miskita REGULAR. Según edad en su mayoría fue regular.
3. Número de mujeres por étnia que usan los diferentes métodos anticonceptivos:

Mestizas: Est Qx = 11 (37%) 60=3(10%) Depop=2(7%)
T de C=1(3%) Ritmo= 1 (3%) Lact. Materna = 1 (3%).

Miskitas : Est Qx= 8 (27%) Depop = 2 (7%) 60=1 (3%)
T de C=1(3%).

4. Las razones que motivaron a seleccionar el método anticonceptivo utilizado para ambas étnias son las de mayor importancia: Problemas de Salud (22.5%); situación económica (16.2%) y paridad satisfecha (16.2%).
5. En la étnia mestiza El 23% de las mujeres encuestadas no conocen Los efectos indeseables y El 77% conocen algunos efectos tales como cefalea (40%), nouseas (40%), sangrados irregulares (33.3%), aumento y disminución de peso (33.3%) y amenorrea (27%) entre otras.

En la étnia miskita el 27% de las mujeres encuestadas no conocen los efectos indeseables y El 73% si conocen algunos como: Sangrados irregulares (43.3%); amenorrea (27%), aumento y disminución de peso (23.3%); cloasmo (23.3%) y nauseas (17%).-

Se debe continuar con las acciones correspondientes hacer promoción y educación en la comunidad de las técnicas anticonceptivas a través de diferentes medios de comunicación social, haciendo uso del idioma local, con el fin de lograr una mayor aceptación de los métodos.

Se debe continuar con los esfuerzos para fortalecer sistemáticamente el programa de planificación familiar con los diferentes métodos anticonceptivos para que las mujeres tomen acción y elijan el método que más les guste.



RECOMENDACIONES:

1. Capacitar al personal de Enfermería que labora en Los servicios de atención Integral a la mujer para mejorar la consejería en Salud reproductiva con énfasis en planificación familiar y ampliar conocimientos a las usuarias.
2. En coordinación con instancias correspondientes hacer promoción sobre conocimiento, uso y efectos de los métodos anticonceptivos a través de los diferentes medios de comunicación social, haciendo uso del idioma Español y Miskito para mayor asimilación del oyente.
3. Que las instancias correspondientes abastezcan sistemáticamente el programa de planificación familiar con los diferentes métodos anticonceptivos para que las mujeres tengan opción a elegir el método que más les guste.



BIBLIOGRAFÍA

1. Barrera, Gutierrez Palacios
Salud Reproductiva. Apuntes para cursos básicos
(p,e) Nicaragua, 1996.
2. Castro, Chow, Nuñez, Zelaya
Tesis: Uso de métodos anticonceptivos
Siuna, Nic. 1998.
3. COIME
Acción internacional por la salud.
Boletín # 9
Marzo 1998
4. Chow, salazar
Conocimiento, uso, actitudes en adolescentes hacia los métodos
anticonceptivos.
Managua, Nic. 1996
5. Dr. Fuentes Sánchez, Gustavo
Asistencia técnica horizontal de México en Salud reproductiva.
México.
6. Ihpiego Corporation
DIU: Manual de referencia para programas de planificación familiar.
7. MINSA
Fondo población de naciones unidas.
Nicaragua.
8. MINSA
Manual de Salud reproductiva.
FNUAP, 1996.
9. MINSA
Folleto popular información para brigadistas.
(s.e) Nicaragua 1993.
10. MINSA
Folleto popular: Lo que dice de los métodos anticonceptivos.
Nicaragua

11. **Materno Infantil**
Enciclopedia de enfermería
Volumen No. 4

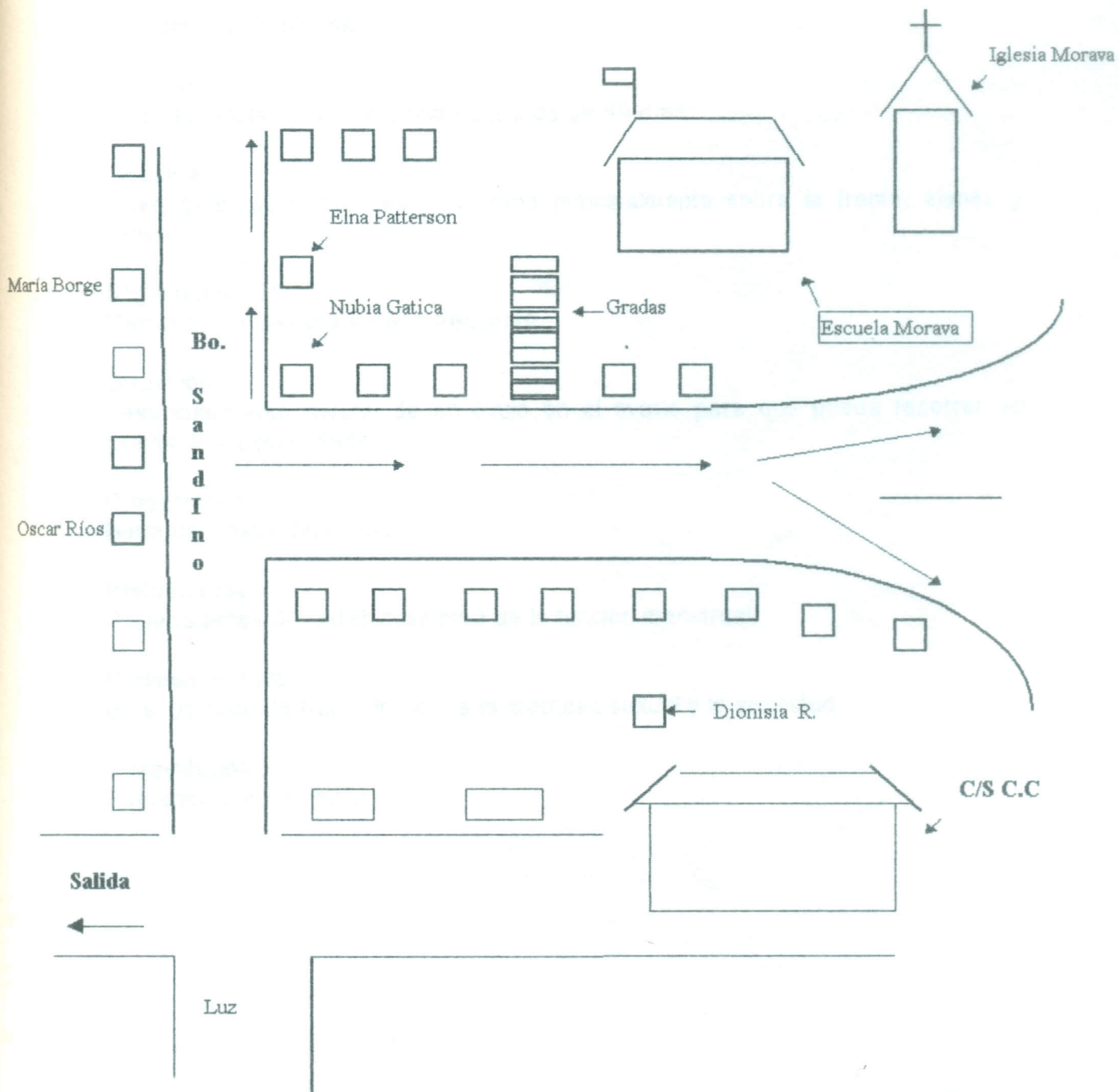
12. **MINSA**
Normas de planificación familiar
Nicaragua 1996.

13. **Pelayo I groos García Ramón**
El pequeño larouse ilustrado
Paris 1993.



ANEXOS

CROQUIS DEL BARRIO SANDINO, SIUNA



Glosario de términos

Amenorres:

Flujo, ausencia de menstruación por más de 90 días.

Cloasma:

Hiperpigmentación cutánea, localizada principalmente sobre la frente, sienes y mejillas.

Oligomenorrea:

Menstruación escasa ó poco frecuente.

Ovulación:

Desprendimiento natural de un óvulo en el ovario para que pueda recorrer su camino y ser fecundado.

Progesterona:

Hormona sexual femenina.

Premenorrea:

Período antes del establecimiento de la función menstrual.

Perimenopausia:

Es el período de transición entre la madurez sexual y la senectud.

Posovulación:

Posterior a la ovulación.

Temas: Conocimiento, uso y efectos indeseables de los métodos anticonceptivos en las mujeres por étnia del Barrio Sandino de Siuna. Enero - Mayo 1999.

Instructivo:

Querida señora el motivo de esta encuesta es con el fin de medir sus conocimientos uso y efectos indeseables de los métodos anticonceptivos pero para lograrlo necesitamos de su colaboración dando respuestas a las siguientes preguntas:

A. Datos generales

1. Edad _____
2. Escolaridad _____
3. Estado civil _____
4. Religión _____
5. Étnia _____

B. Nivel de conocimiento

Marque con una X la (s) respuestas correctas.

1. Conoce la importancia de los métodos anticonceptivos.

Si _____ No _____

2. Cuales de estos métodos anticonceptivos conoce usted.

Pastillas _____

DIU _____

Inyección _____

Condón _____

Operación _____

Otro especifique _____

3. El uso de los métodos anticonceptivos no permite:

- Decidir el número de hijos que la pareja desea tener _____
- Espaciar embarazos _____
- Tener hijos que Dios quiera _____
- Ninguno de los anteriores. _____

4. El método que usted utiliza es:

Temporal _____

Permanente _____

No planifica _____

5. Cree usted que una mujer embarazada puede tomar pastillas anticonceptivas.
Si _____ No _____ No sabe _____
7. La T de cobre es recomendable en mujeres que nunca han parido.
Si _____ No _____ No sabe _____
8. Es normal el sangrado transvaginal abundante después de introducir la T de cobre.
Si _____ No _____ No sabe _____
9. El dispositivo intrauterino se encarna y le produce cáncer uterino.
Si _____ No _____ No sabe _____
10. A las mujeres que planifican con depoprovera les baja su regla normalmente.
Si _____ No _____ No sabe _____
11. El condón disminuye el deseo sexual.
Si _____ No _____ No sabe _____
12. El condón sirve para evitar embarazos y para proteger enfermedades de transmisión sexual.
Si _____ No _____ No sabe _____
13. Las pastillas manchan la cara.
Si _____ No _____ No sabe _____

c. Uso de métodos anticonceptivos y sus efectos indeseables.
Marque con una X las respuestas correcta.

1. A que edad hizo uso del método anticonceptivo.

15-25 años _____

26-35 años _____

36-49 años _____

2. Planifica actualmente: Si _____ No _____

3. Con que método planifica

Pastillas _____

DIU _____

Condón _____

Inyección _____

Operación _____

Otro especifique _____

4. Que efectos le produce.
 Ninguno _____ le da el pecho Mencionélos _____
5. En que momento hizo uso del método anticonceptivo
 Post Menstruación _____
 Post parto _____
 Pot Cesárea _____
 Post aborto _____
 En ningún momento _____
6. Como se siente con el método que utiliza
 Segura _____ Por qué?
 Insegura _____ Por qué?
 De ninguna manera por que no planifica _____
7. Razones que la motivaron a seleccionar el método anticonceptivo utilizado.
 Más seguro _____
 Más fácil _____
 Esta lactando _____
 Por contra indicación médica a otro método _____
 Otro especifique _____
8. Los efectos indeseables que pueden produci los métodos anticonceptivos son:
 Presencia de manchas en la cara _____
 Sangrado transvaginal _____
 Amenorrea _____
 Aumento o disminución de peso corporal _____
 Cefalea _____
 Alteración de mamas _____
 Várices _____
 Nauseas _____
 Otro Especifique _____

Cuadro # 1

**Grupos etáreos de las mujeres de 15-49 años
de las étnias Mestiza y Miskita
B°. Sandino, Siuna Enero- Mayo 1,999.**

Grupos Etáreos	Mestizas		Miskitas	
	Nº	%	Nº	%
15 a 25 años	8	27	15	50
26 a 35 años	15	50	13	43
36 a 49 años	7	23	2	7
Total	30	100	30	100

Fuente: Encuesta.-

Cuadro # 2

**Nivel de escolaridad de las mujeres de 15 a 49 años,
Según étnias. B° Sandino, Siuna, Enero - Mayo 1,999.**

Nivel de escolaridad	Mestizas		Miskitas	
	Nº	%	Nº	%
Analfabetas	4	13.3	6	20
Primaria	11	37	16	53.3
Secundaria	13	43	7	23.3
Técnica	1	3.3	0	0
Universitarias	1	3.3	1	3.3
Total	30	100	30	100

Fuente: Encuesta.-

Cuadro # 3

Estado civil de las mujeres sujetas al estudio de
15 a 49 años, según étnias. B° Sandino, Siuna
Enero - Mayo 1,999.

Estado Civil.	Mestizas		Miskitas	
	Nº	%	Nº	%
Soltera	9	30	12	40
Casada	7	23	7	23
Acompañada	14	47	11	37
Total	30	100	30	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 4

Religión a la que pertenecen las mujeres de
15 a 49 años según étnias. B° Sandino, Siuna
Enero - Mayo 1,999.

Religión.	Mestizas		Miskitas	
	Nº	%	Nº	%
Católica	23	77	4	13
Morava	0	0	23	77
Evangélica	7	23	3	10
Total	30	100	30	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 5

**Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos
En mujeres de 15 a 49 años según étnias
B° Sandino Siuna Enero - Mayo 1,999.**

Nivel de Conocimiento	Mestizas		Miskitas	
	Nº	%	Nº	%
Bueno	17	57	12	40
Regular	13	43	16	53
Malo	0	0	2	7
Total	30	100	30	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 6

**Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos
en mujeres de 15 a 49 años, según edades de las
étnias Mestiza y Miskita B° Sandio, Siuna
Enero - Mayo 1,999.**

Nivel de Conocimiento	e d a d e s					
	15-25 años		26-35 años		36-49 años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bueno	9	15	15	25	5	8.3
Regular	12	20	14	23.3	3	5
Malo	2	3.3	0	0	0	0
Total	23	38.3	29	48.3	8	13.3

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 7

Conceptos erróneos sobre Métodos Anticonceptivos
en las mujeres de 15 a 49 años, según étnias.
B° Sandino, Siuna Enero - Mayo 1,999.

Conceptos Erróneos	Mestizas		Miskitas	
	Nº	%	Nº	%
El Diu se encarna y produce cáncer	24	80	17	57
La T de Cobre se coloca en la vagina	7	23	8	27
El Condón disminuye el deseo sexual	5	17	7	23
Las mujeres que planifican con depoprovera. Menstruan normalmente.	0	0	3	10
Es normal el STV abundante después de colocar una T de cobre.	1	3	1	3

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 8

Conceptos erróneos sobre Métodos Anticonceptivos
en mujeres Según edad de 15 a 49 años en ambas étnias
B° Sandino, Siuna Enero - Mayo 1,999.

Conceptos Erróneos.	E d a d e s					
	15-25 años		26-35 años		36-49 años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
El Diu se encarna y produce Cáncer	18	30	17	28	6	10
La T de cobre se coloca en la vagina	8	13	7	12	0	0
El Condón disminuye el deseo sexual	5	8	6	10	1	2
Las mujeres que planifican con depoprovera menstruan normalmente.	4	7	1	2	0	0
La T de cobre se recomienda en mujeres que nunca han parido.	0	0	3	5	0	0
Es normal el STV abundante después de colocar T de Cu.	0	0	2	3	0	0

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 9

**Métodos Anticonceptivos más conocidos por mujeres
de 15 a 49 años, según étnias. B° Sandino Siuna
Enero - Mayo 1,999.**

	Mestizas		Miskitas	
	Nº	%	Nº	%
Métodos Anticonceptivos				
Gestágenos orales	30	100	30	100
Depo-provera	29	97	28	93
Diu	29	97	25	83
Esterilización quirúrgica femenina	24	80	20	67
Condón	22	73	24	80
Ritmo	9	30	1	3
Est. Quirúrgica masculina	3	10	0	0
Lactancia Materna	3	10	1	3
Moco Cervical	1	3	0	0
Crema Vaginal	1	3	0	0
Coito interrumpido	0	0	2	7

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 10

Métodos Anticonceptivos más conocidos por mujeres de 15 a 49 años según edad de las étnias Mestiza y Miskita. B° Sandino, Siuna Enero - Mayo 1,999.

Métodos Anticonceptivos	e d a d e s					
	15-25 años		26-35 años		36-49 años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gestágenos orales	23	38	29	48	8	13
Depoprovera	22	37	27	45	8	13
Diu	20	33	26	43	8	13
Condón	15	25	25	42	6	10
Est. Quirúrgica fem.	14	23	25	42	5	8
Ritmo	1	2	7	12	2	3
Lactancia Materna	1	2	2	3	1	2
Est. Quirúrgica masculina	0	0	3	5	0	0
Moco Cervical	0	0	1	2	0	0
Crema Vaginal	0	0	1	2	0	0
Coito interrumpido	0	0	1	2	1	2

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 11

Cantidad de mujeres de 15 a 49 años según étnias que hacen uso y que no hacen uso de métodos Anticonceptivos. B° Sandino, Siuna Enero - Mayo 1,999.

	Mestizas		Miskitas	
	Nº	%	Nº	%
Planifican	19	63	12	40
No planifican	11	37	18	60
Total	30	100	30	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 12

Cantidad de mujeres de 15 a 49 años sujetas al estudio de las étnias Mestiza y Miskita que planifican y no planifican en relación a su nivel de escolaridad Bo Sandino, Siuna Enero - Mayo 1,999.

	Nivel de escolaridad					
	Primaria		Secundaria		Analfabetas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Planifican	9	15	18	30	4	7
No planifican	9	15	14	23	6	10
Total	18	30	32	53	10	17

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 13

**Métodos Anticonceptivos utilizados por mujeres de 15 a 49 años según étnias. B° Sandino Siuna
Enero - Mayo 1,999.**

Métodos Anticonceptivos	Mestizas		Miskitas	
	Nº (1)	%	Nº (2)	%
Esterilización quirúrgica	11	37	8	27
Gestágenos orales	3	10	1	3
Depoprovera	2	7	2	7
T de Cobre	1	3	1	3
Ritmo	1	3	0	0
Lactancia materna	1	3	0	0

Fuente: Encuesta.

1 % en relación a 19.

2 % en relación a 12.

Cuadro # 14

**Métodos Anticonceptivos utilizados por mujeres de 15 a 49 años según edad de las étnias Mestiza y Miskita. B° Sandino Siuna
Enero - Mayo 1,999.**

Métodos Anticonceptivos	e d a d e s					
	15-25 años		26-35 años		36-49 años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esterilización quirúrgica	1	2	13	22	5	8
Gestágenos orales	2	3	2	3	0	0
Depoprovera	1	2	3	5	0	0
T de Cobre	0	0	2	3	0	0
Ritmo	0	0	1	2	0	0
Lactancia Materna	1	2	0	0	0	0

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 15

Efectos secundarios reportados por mujeres de 15 a 49 años, según étnias que hacen uso de métodos anticonceptivos. B° Sandino, Siuna Enero - Mayo 1,999.

Efectos secundarios	Mestizas		Miskitas	
	Nº	%	Nº	%
Manchas en la Cara y amenorrea	1	5.2	0	0
Dolor bajo Vientre y Sangrados irregulares.	1	5.2	0	0
Cefalea	1	5.2	1	8.3
STV por varios días	1	5.2	0	0
Mareos, nauseas y STV irregulares	1	5.2	0	0
Dolor bajo Vientre	1	5.2	1	8.3
Aumento de peso	0	0	2	17
Mareos	1	5.2	1	8.3
Ninguno	12	63.1	7	58
Total	19	99.5	12	99.9

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 16

Efectos secundarios reportados por mujeres de 15 a 49 años según edad que hacen uso de métodos Anticonceptivos de las étnias Mestiza y Miskita. B° Sandino, Siuna Enero - Mayo 1,999.

Efectos Secundarios	e d a d e s					
	15-25 años		26-35 años		36-49 años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Manchas en la cara y amenorrea	1	3.2	0	0	0	0
Dolor bajo Viendre y Sangrados irregulares.	0	0	1	3.2	0	0
Cefalea	0	0	2	6.4	0	0
STV por varios días	0	0	1	3.2	0	0
Mareos, náuseas y STV irregulares	0	0	1	3.2	0	0
Dolor bajo Vientre	0	0	1	3.2	1	3.2
Aumento de peso	0	0	1	3.2	1	3.2
Mareos	0	0	2	6.4	0	0
Ninguno	6	19.3	10	32.2	3	10
Total	7	22.5	19	61	5	16.4

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 17

**Razones para seleccionar el método anticonceptivo
de las mujeres de 15 a 49 años por étnias.
B° Sandino, Siuna Enero - Mayo 1,999.**

Razones	Mestizas		Miskitas	
	Nº	%	Nº	%
Por problemas de Salud	4	21	3	25
Situación económica	3	16	2	17
Paridad satisfecha	2	11	3	25
Reacción a otros métodos	2	11	1	8
Por que no le hace daño	2	11	0	0
Lactando	1	5	0	0
Método disponible en U/S.	1	5	0	0
Seguro	1	5	0	0
Oposición del marido a OM.	1	5	0	0
Por edad	1	5	0	0
Contraindicación médica a OM	1	5	0	0
Fácil	0	0	3	25
Total	19	100	12	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 18

**Razones para seleccionar el método anticonceptivo de las
Mujeres de 15 a 49 años según edad de las étnias
Mestiza y Miskita. B° Sandino Siuna
Enero - Mayo 1,999.**

Razones	e d a d e s					
	15-25 años		26-35 años		36-49 años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Por problemas de Salud	1	3.2	4	13	2	6.4
Situación económica	0	0	4	13	1	3.2
Paridad satisfecha	0	0	4	13	1	3.2
Fácil	0	0	3	10	0	0
Porque no le hace daño	0	0	2	6.4	0	0
Reacción a otros métodos	2	6.4	1	3.2	0	0
Lactando	1	3.2	0	0	0	0
Método disponible en U/S.	1	3.2	0	0	0	0
Más seguro	0	0	1	3.2	0	0
Oposición del marido a OM.	0	0	1	3.2	0	0
Por edad	0	0	0	0	1	3.2
Contraindicación médica a OM	0	0	1	3.2	0	0
Total	5	16	21	68.2	5	16

Fuente: Encuesta.

Cuadro # 19

**Efectos ideseables causados por los diferentes
Métodos anticonceptivos más conocidos por
las mujeres de 15 a 49 años según étnias
B° Sandino, Siuna Enero - Mayo 1,999.**

Efectos	Mestizas		Miskitas	
	No.	%	No.	%
Náuseas	12	40	5	17
Cefalea	12	40	4	13.3
Sangrados irregulares	10	33.3	13	43.3
Aumento y disminución de peso	10	33.3	7	23.3
Amenorrea	8	27	8	27
Presencia de manchas en la cara.	6	20	7	23.3
Dolor bajo vientre	5	17	5	17
Cáncer	4	13.3	1	3.3
Vómito	2	7	1	3.3
Mareos	2	7	4	13.3
Ardor en el estómago	2	7	-	-
Várices	1	3.3	2	7
Anorexia	1	3.3	2	7
Dolor lumbar	1	3.3	-	-
Leucorrea	-	-	1	3.3
No saben	7	23.3	8	27

Fuente: Encuesta.

Cuadros # 20

**Efectos indeseables causados por los diferentes métodos
Anticonceptivos más conocidos por mujeres de
15 a 49 años según edad de las étnias Mestiza y Miskita
B° Sandino, Siuna Enero - Mayo 1,999.**

Efectos	e d a d e s					
	15-25 años		26-35 años		36-49 años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sangrados irregulares	8	13	14	23.3	1	2
Amenorrea	6	10	8	13	2	3.3
Aumento y disminución de peso	6	10	8	13	3	5
Náuseas	3	5	10	17	4	7
Cefalea	4	7	10	17	2	3.3
Presencia de manchas en la cara	4	7	8	13	1	2
Dolor bajo vientre	3	5	6	10	1	2
Cáncer	0	0	3	5	2	3.3
Vómito	1	2	1	2	2	3.3
Mareos	4	7	5	8.3	0	0
Ardor en el estómago	0	0	2	3.3	0	0
Várices	1	2	2	3.3	0	0
Anorexia	2	3	2	3.3	0	0
Dolor lumbar	0	0	1	2	0	0
Leucorrea	0	0	0	0	1	2
No saben	9	15	5	8.3	1	2

Fuente: Encuesta.

