



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Escuela de Salud Pública**



**Maestría en Salud Pública 2004 – 2006
Tesis para optar al título de Master en Salud Pública**



ASPECTOS DE LA ACCESIBILIDAD QUE INFLUYEN EN EL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL. ACHUAPA. DEPARTAMENTO DE LEÓN. NICARAGUA. PERÍODO MARZO-ABRIL 2006.

Autora: Ada Kenia Reyes Ruiz. Lic.

Tutora: Msc; Alma Lila Pastora Zeuli.

Managua, Junio 2006.

INDICE

<i>Resumen</i>	<i>i</i>
<i>Dedicatoria</i>	<i>ii</i>
<i>Agradecimiento</i>	<i>iii</i>

CAPITULOS

PÁGINAS

I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACION	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V. OBJETIVOS	7
VI. MARCO DE REFERENCIA	8
VII. DISEÑO METODOLOGICO	17
VIII. RESULTADOS	22
IX. ANALISIS DE RESULTADOS	29
X. CONCLUSIONES	32
XI. RECOMENDACIONES	33
XII. BIBLIOGRAFIA	34

ANEXOS

Dedicatoria

A mi esposo, Jørgen Hovgaard por su abnegado amor y apoyo incondicional, para que pueda lograr la meta propuesta.

A mis hijas; Isabella y Amanda por regalarme tiempo precioso de sus vidas para desarrollarme y alcanzar mis objetivos.

Mis días difíciles los he superado por que estas personas lindas a las que dedico este gran y bonito esfuerzo, son todo en mi vida y me han dado fuerza para salir adelante siempre.

A todas las personas que me han demostrado su infinito amor y aprecio.

Kenia Reyes R.

Agradecimiento

Agradezco infinitamente a mi tutora MSc Alma Lila Pastora Zeuli, por apoyarme con sus conocimientos, experiencia, y profesionalismo para lograr los objetivos propuestos en este estudio; infinitas gracias.

A todas las mujeres del municipio de Achuapa, que permitieron ser parte de este estudio y al equipo de apoyo para la realización de la encuesta.

Al MSc Juan Almendárez, por compartir conmigo sus conocimientos y darme su valioso apoyo para lograr esta meta.

A todas las personas que con mucho entusiasmo compartieron sus conocimientos y experiencias para hacer posible mi meta.

Kenia Reyes R.

Resumen

El presente estudio fue descriptivo y de corte transversal sobre los “aspectos de la accesibilidad que influyen en el uso de métodos de planificación familiar de las mujeres en edad fértil. Achuapa. Departamento de León. Nicaragua. Período marzo-abril 2006”. Para llevar a cabo el estudio, fueron seleccionadas 360 mujeres en edad fértil de las 2219 mujeres de todo el municipio. Los datos se recolectaron por medio de una encuesta aplicada a las 4 zonas del área urbana y 8 comunidades del área rural seleccionadas al azar entre las 42 comunidades del área rural; se distribuyó de forma equitativa la cantidad de mujeres por comunidad, para conseguir el tamaño de la muestra previamente calculada.

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, y solamente 10 mujeres usan otro método como ritmo y MELA o método de la lactancia materna.

De las características sociodemográficas 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.

El estado civil más frecuente fue relación estable, predominando la religión católica, frente a aquellas con prácticas religiosas en las diversas denominaciones.

De las 360 mujeres, 323 representan las mujeres que asistieron a la escuela, de éstas 94 mujeres con primaria incompleta, 74 con secundaria incompleta, 63 tienen la primaria completa, siendo que 47 de ellas tiene secundaria completa, 42 mujeres con superior incompleta y solamente 3 de ellas tienen un nivel de instrucción superior completa. Siendo que 37 mujeres no asistieron a la escuela.

Relacionado a la accesibilidad geográfica de las mujeres, 350 mujeres refieren conocer un lugar donde adquirir los métodos de planificación familiar. De estas, 138 mujeres asisten a ese lugar; siendo principalmente la unidad de salud local del municipio; 172 mujeres recorrieron más de 4 kilómetros con una distancia de menos de una hora para obtener los métodos. Refiriendo que existen carreteras en la comunidad; pero no medios de transportes.

En el estudio también se encontró que un tercio de las mujeres tarda de una a tres horas en llegar al lugar; la distancia en kilómetros y horas variaron significativamente para cada mujer. Ya que aunque existen niveles de accesibilidad geográfica, siempre existen obstáculos para el uso pleno de los métodos de planificación, en toda la población en edad fértil del municipio.

Relacionado a la accesibilidad económica, 66 mujeres incurrieron en gasto para la obtención de los métodos de planificación familiar, y de éstas la mayoría gasta menos de 20 córdobas, seguidas de una considerable cantidad que gasta de 21 a 50 córdobas.

La accesibilidad social, está relacionada a que 265 de las mujeres en estudio, revelaron que en su comunidad había existencia de personal trabajando en la promoción del uso de métodos de planificación familiar. Esta existencia fue representada principalmente por la unidad de salud local, y tiene mucha importancia en el uso de métodos de planificación familiar. Ya que el estudio revela que las mujeres que usaron métodos dependen de la existencia de este personal.

En relación a la accesibilidad cultural de las mujeres en estudio, el número de hijos que debe tener una mujer en su vida, 189 refirieron que de 3 a 4 hijos. El número de hijos que deseaba la mujer en su vida, 152 mujeres deseaban tener de 1 a 2 hijos, igualmente 152 mujeres, deseaban tener de 3 a 4 hijos.

Referente al número de hijos que deseaba tener su compañero (marido), 120 mujeres informaron no saber, 101 mujeres informaron de 1 a 2 hijos, 93 mujeres refirieron de 3 a 4 hijos y 22 dijeron lo que Dios quiera.

En relación al número de hijos que tiene la mujer actualmente, 159 tienen de 1 a 2 hijos, 71 mujeres tienen de 3 a 4 hijos y 66 mujeres refieren no tener hijos.

Sobre la ayuda para que la mujer en estudio pueda planificar, 152 mujeres refirieron que el marido solamente, 98 de ellas dijeron que el personal de salud, 55 refirieron a la familia, 50 no necesitan ayuda, 3 mujeres refieren a la partera y solamente dos mujeres a la brigadista de salud.

Según el estudio 93 de las mujeres refirieron, que es con su pareja que hablan sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva.

I. INTRODUCCION

El nivel de aceptación de los métodos anticonceptivos en Latinoamérica es muy bajo, esto ligado a los cambios de comportamiento sexual conlleva a diferentes problemas de orden poblacional (explosión demográfica asociado a embarazos no deseados, embarazos en adolescentes y en edades avanzadas de la mujer). Esto se debe, entre otras cosas a problemas de acceso y de cobertura.

La carencia de educación y falta de información orientada a la salud de la mujer, además de razones de tipo moral y cultural dificultan comprender la necesidad, la búsqueda de información, servicios y opciones, así como la adherencia a un determinado método y la falta de ofrecimiento (como sea posible) de servicios y métodos anticonceptivos por parte del sistema de salud dificultan que las personas que ya tienen vida sexual activa no identifiquen posibles opciones a sus necesidades¹.

En Nicaragua, existen altas tasas de fecundidad y natalidad, lo cual conlleva a un crecimiento demográfico acelerado afectando los planes de desarrollo socioeconómico del país. Se estima que cada mujer al final de su vida reproductiva tendrá en promedio 4.03 hijos con un crecimiento demográfico de 2,7 por mil habitantes. Este tipo de crecimiento poblacional dificulta el desarrollo del país ya que incrementa las demandas de servicios y de recursos en condiciones donde el crecimiento económico aún no se orienta adecuadamente al beneficio de la mayoría de los nicaragüenses.²

Tratar de abordar estos dos problemas es la clave para ayudar a las parejas a tomar elecciones informadas para la planificación de la familia. A medida que se disponga de un número mayor de métodos y a medida que aumente el acceso a ellos, aumentará también el número de personas que pueden encontrar los métodos que quieren. Esta alternativa debería surgir del seno de las mismas necesidades de las parejas².

La orientación sexual y familiar forman parte de la planificación de la familia, lo que refuerza los vínculos conyugales, equilibrando las relaciones de los padres entre sí y con sus hijos, dando oportunidad a las personas para que se comuniquen con su pareja y elijan libre y democráticamente el procedimiento más adecuado para controlar su fecundidad y preservar su salud reproductiva.² La opción debería ser un paquete de servicios y recursos que permitan el inicio de la paridad en edades más tardías, espaciamiento de los hijos y la reducción del número de hijos por mujer. Para ello el Ministerio de Salud en sociedad con algunas Organizaciones no gubernamentales han desarrollado programas que se orientan al cumplimiento de esos objetivos, sin embargo los alcances son muy lentos y en el municipio de Achuapa, algunos estudios realizados con fines académicos han mostrado que todavía existen dificultades¹.

¹ Silva Francisco. Factores asociados a embarazo en adolescentes en el municipio de Achuapa. Tesis monográfica para optar al título de “Doctor en Medicina y Cirugía”.

El presente estudio, se orientó a desarrollar una metodología que permita medir niveles de accesibilidad a métodos de planificación familiar, en mujeres en edad fértil residentes en el municipio de Achuapa, durante el período Marzo-Abril 2006, que permita identificar potenciales estrategias para reducir la tasa de natalidad de las mujeres del municipio y establecer una adecuada calidad de los Programas de planificación familiar.

II. ANTECEDENTES

En los países subdesarrollados la fecundidad en adolescentes es alta (140 por 1000 mujeres de 15 a 19 años) así como la mortalidad infantil (102 muertes infantiles menores de un año por cada 1000 nacidos vivos). En tanto que en los países desarrollados las cifras son de 32 y 9 respectivamente. La pobreza es un común denominador y tanto la mortalidad infantil como la alta fecundidad son consecuencias de ella.¹

En Latinoamérica ocurren unos 6 millones de abortos al año y 10 % de todos los abortos ocurren en adolescentes, según el *Alan Guttmacher Institute*. El mismo Instituto reporta que las mujeres menores de 20 años contribuyen de forma desproporcionada a los casos de complicaciones y mortalidad relacionadas con abortos notificados por los hospitales en los países en desarrollo.

En estudios realizados en Latinoamérica presentados por el *Population Reference Bureau*, 14 % de casi 40 % de las mujeres hospitalizadas por complicaciones relacionadas con el aborto tienen menos de 20 años.¹

La diferencia que existe entre los países subdesarrollados y los desarrollados radica en que los esfuerzos por promover la accesibilidad a los servicios de planificación familiar de la población son sumamente mayores en los países desarrollados. En estos países se han definido líneas de acción vinculada con un enfoque de calidad (el carácter confidencial de la atención, la gratuidad o bajo costo de los métodos, y la adecuación, franca y oportuna de la información que se brinda sobre sexualidad y métodos anticonceptivos).²

Según el estudio de accesibilidad realizado en Madrid, España por el Dr. José Carlos Redonda; se considera una accesibilidad geográfica favorable a los centros asistenciales de salud generales de área la situada por debajo de los 15 minutos de tiempo de acceso en transporte público, aceptable sería la accesibilidad comprendida entre los 15 y los 45 minutos y desfavorable toda la que supere los 45 minutos de tiempo medio de acceso en transporte público, a partir de la hora de duración de trayecto se califica de accesibilidad muy desfavorable.³

Según el Ministerio de Salud, en Nicaragua, las mujeres en edad fértil (MEF) representan el 49% del total de mujeres, 14% son analfabetas y solo un 10% alcanzó algún grado de educación superior. Una de cada 4 mujeres adolescentes, entre 15 a 19 años, de edad ya son madres o están embarazadas, representando el 18% del total de embarazos.

La tasa global de fecundidad es de 3,2 hijos por mujer, número que casi coincide con el número ideal de hijos que tienen el 60% de mujeres en el país, pero esta cifra varía por departamento y de acuerdo al acceso que tienen a la educación. El 51% de los nacimientos son un evento deseado por las mujeres en edad fértil; 21% de ellas lo querían más adelante y 27% no deseaban tener más hijos. El acceso a métodos de anticoncepción ha aumentado hasta un 69%, sin embargo

se calcula que un 15% tienen necesidades no satisfechas de planificación familiar. Este valor aumenta al 20% en adolescentes.

Cada año mueren en Nicaragua alrededor de 144 mujeres en edad reproductiva, sin incluir el alto subregistro de casos que se calcula hasta en un 50%. La mortalidad materna representa cerca del 4% de todas las causas de muerte. Las mujeres que viven en el área rural, de 20 a 34 años, con bajo nivel de educación y poco acceso a servicios de salud son el perfil humano y social de la muerte materna en el país.⁴

En Nicaragua la sociedad en su conjunto, así como el sector salud deben, en el mediano plazo, establecer estrategias adecuadas para abordar este problema, sin embargo es necesario elaborar metodologías que permitan medir los niveles de accesibilidad para poder identificar sus condicionantes y desarrollar las estrategias más adecuadas. Actualmente la información existente no es suficiente, por lo que se desarrolló el presente estudio como un primer abordaje en determinar dichos niveles de accesibilidad a métodos de planificación familiar.

III. JUSTIFICACION

Las mujeres que eligen una vida sexual activa están frecuentemente limitadas en sus opciones anticonceptivas por la influencia de sus compañeros, de sus padres, por los factores económicos, geográficos, culturales y por restricciones propias de su nivel de desarrollo por alcanzar la madurez física antes que la emocional.

La planificación de la familia en principio logra una actuación consistente y responsable en el derecho de decidir el número de hijos que se desea tener y el espaciamiento de los nacimientos, además de propiciar la salud materna infantil y la paternidad responsable.

Los métodos de planificación familiar existentes en el Ministerio de Salud de Nicaragua son Anticonceptivos orales, preservativos masculinos y femeninos, Inyecciones hormonales, dispositivo intrauterino (DIU), entre otros.

Sin embargo la población en edad reproductiva del municipio de Achuapa cuenta con una elección más limitada sobre el uso de métodos de planificación familiar.

El reto mayor de las autoridades sanitarias debería ser implementar estrategias que ayuden a disminuir la tasa de natalidad de las mujeres del municipio y establecer una adecuada calidad del Programa de Planificación Familiar existente coordinándose con organizaciones no gubernamentales el reforzamiento de actividades para una mejor distribución de los métodos de planificación familiar por parte de la población en edad fértil.

Con el presente estudio se pretende conocer los factores que están influyendo en la accesibilidad que tiene la población en edad reproductiva para obtener los diferentes métodos anticonceptivos existentes en el municipio de Achuapa.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para la realización del presente estudio se hace necesario plantearse las siguientes interrogantes:

- 1) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil del municipio de Achuapa?
- 2) ¿Cuáles son los aspectos geográficos que influyen en la accesibilidad a métodos de planificación de las mujeres en estudio?
- 3) ¿Cuáles son los aspectos económicos que influyen en la accesibilidad a métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio?
- 4) ¿Cuáles son los aspectos sociales que influyen en la accesibilidad a métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio?
- 5) ¿Cuáles son los aspectos culturales que influyen en la accesibilidad a los métodos de planificación familiar de las mujeres del lugar de estudio?

Con relación a las interrogantes anteriores se plantea la pregunta del estudio:

¿De qué forma los diferentes aspectos de la accesibilidad están influenciando el uso de métodos de planificación familiar de las mujeres de Achuapa, Departamento de León, Nicaragua, en el período de Marzo-Abril del 2006?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Valorar los diferentes aspectos de la accesibilidad que están influenciando en el uso de métodos de planificación familiar de las mujeres en edad fértil de Achuapa, Departamento de León, Nicaragua, en el período de Marzo-Abril del 2006.

5.2. Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres incluidas en el estudio.
2. Identificar los aspectos geográficos que influyen en la accesibilidad a métodos de planificación de las mujeres en estudio.
3. Analizar los aspectos económicos que influyen en la accesibilidad a métodos de planificación familiar por parte de las mujeres estudiadas.
4. Valorar los aspectos sociales que influyen en la accesibilidad a métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio.
5. Identificar los aspectos culturales que influyen en la accesibilidad a los métodos de planificación familiar de las mujeres del municipio de Achuapa.

VI. MARCO DE REFERENCIA

Accesibilidad: es la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendidos por los servicios de salud.⁵ Así es que la accesibilidad está íntimamente ligada con la disponibilidad que tienen las personas a ser atendidas y tener acceso a ello.⁶

Estudiar la accesibilidad debe considerar los límites de espacio y tiempo. Decir que algo es inaccesible es lo mismo como decir que está fuera del alcance del individuo. El cual tiene que desearlo, buscarlo y, finalmente alcanzarlo. Por lo tanto tiene sentido de hablar de accesibilidad solo cuando las funciones mencionadas, al menos en sus principales componentes, no se dejan al propio individuo, sino que más bien se delegan en cierta persona u organización.⁷

La **planificación de la familia** significa en principio lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que se desea tener y el espaciamiento de los nacimientos; además de propiciar la salud materna infantil y la paternidad responsable.⁸

Fertilidad; hace referencia a la capacidad biológica de una mujer, un hombre o una pareja de concebir un hijo. En dirección contraria se encuentran los conceptos de infertilidad o esterilidad, que corresponden a la imposibilidad de tener un hijo.⁸

El término **mujer en edad fértil**, es el período de tiempo donde está propensa a quedar embarazada. Este período se inicia con la menarquia a los 15 años y finaliza con la menopausia a los 49 años.

Obviamente este patrón no es rígido para todas las mujeres; no obstante la gran mayoría (entre un 97 y un 99%) de los nacimientos se produce a los 35 años.⁹

Los aspectos fundamentales para estudiar la accesibilidad son: Las características sociodemográficas de las mujeres, aspectos económicos, geográficos, sociales y culturales, que influyen en la accesibilidad que tienen las mujeres en edad fértil a los métodos de planificación familiar.⁵

Accesibilidad geográfica: Es la posibilidad de uso de un servicio de acuerdo a su ubicación física, cercana al demandante.⁵

La accesibilidad geográfica se relaciona con las características del recurso que facilitan u obstaculizan su utilización por consumidores eventuales (recurso demasiado alejado o elemento de la resistencia al desplazamiento).⁵

Accesibilidad económica: Es la posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos. Por lo tanto esto está en dependencia de la ocupación y del nivel de desempleo de las personas.⁵

Accesibilidad social: la estructura social de la comunidad, es un subsistema compuesto por elementos relacionados de tal forma, que si uno de ellos sufre un cambio, irremediablemente se producirá un cambio en los otros elementos del sistema.

La estructura social de la comunidad se puede estudiar desde tres perspectivas o formas de agrupar a las personas de la comunidad: la familia, redes de parentesco, las organizaciones sociales y la estratificación social de la comunidad. Estas tres perspectivas no son aisladas una de la otra. En las comunidades encontramos que las familias, sus redes de parentesco y sus vecinos forman redes sociales para resolver problemas que les son comunes. En otro nivel de complejidad, las personas se integran a organizaciones comunitarias, que a su vez forman coaliciones y movimientos sociales para satisfacer sus necesidades.¹⁰

Accesibilidad cultural: Es la posibilidad de uso de un servicio, derivada por actitudes originadas por creencias o rasgos educacionales.⁵

Si bien es cierto, toda cultura evoluciona y experimenta cambios para poder sobrevivir, también lo es que de una generación a otra se transmiten elementos de la cultura que garantizan la cohesión de la sociedad, la identidad individual y de grupo.

La familia transmite entre sus miembros, prácticas y costumbres, unas tradicionales y otras incorporadas a partir de la influencia del contexto. En la familia también se transmiten los patrones del control social, a partir del establecimiento de una jerarquía en la familia, roles y relaciones de género con marcadas diferencias, y de abuso de poder del hombre en relación de la mujer.

En la actualidad, la familia no es un agente enculturador exclusivo. La iglesia, la escuela y los medios de comunicación social tienen una influencia importante como agentes transmisores de la cultura.¹⁰

Las adolescentes, en particular, sufren las mayores limitaciones y desafíos debido a las normas socio-culturales y tabúes existentes sobre la sexualidad y a las funciones estereotipadas de género. Esto está relacionado con la preferencia de que los niños sean quienes obtienen educación, comparado con las expectativas más limitadas que se tienen respecto a las niñas y que se reducen a las funciones de madre y cuidadora; se les llega a negar información básica y apoyo sobre sus propias capacidades, cuerpos, sexualidad y derechos; y se establecen estándares dobles que tienden a castigar a las mujeres por conductas sexuales y reproductivas y sus consecuencias.¹¹

El hogar, la escuela y otros ámbitos de la comunidad generalmente no brindan ningún tipo de educación acerca de los comportamientos sexuales responsables y

no dan información clara y específica con respecto a la consecuencia de las relaciones sexuales (el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y los efectos sicosociales). Por lo tanto, la mayor parte de esta educación sexual está llegando a los adolescentes a través de los compañeros mal informados o no informados.¹¹

Las mujeres que eligen una vida sexual activa están frecuentemente limitadas en sus opciones anticonceptivas por la influencia de sus compañeros, de sus padres, por los factores económicos, culturales, políticos y por restricciones propias de su nivel de desarrollo (es decir por alcanzar la madurez física antes que la emoción).¹¹

En ausencia de un método ideal de anticoncepción que pueda adaptarse a cada persona, existe una variedad de métodos anticonceptivos, con ventajas en algunos aspectos e inconvenientes en otros, que deben ser elegidos de acuerdo a las características particulares y las necesidades de cada persona. Aspectos importantes que han de ser tenidos en cuenta incluyen la eficacia, las ventajas y la seguridad. En general, los métodos más eficaces son los que más probablemente presentan efectos secundarios y complicaciones relacionadas con su uso. Sin embargo, cuando se valoran riesgos y beneficios, los métodos más eficaces tienen mayores beneficios sobre la salud de las mujeres, protegiéndolas mejor de los riesgos de embarazos no deseados. La mayoría de los métodos tienen también efectos no anticonceptivos beneficiosos, como por ejemplo los anticonceptivos orales combinados, que proporcionan importantes grados de protección frente al cáncer de endometrio y de ovario, mastopatía benigna, enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico, así como reducen las pérdidas menstruales. Aunque los métodos de barrera tienen menor eficacia en la prevención del embarazo, su mayor ventaja es la protección que proporcionan frente a las enfermedades de transmisión sexual. El preservativo, en particular, tiene especial valor en la protección frente a la infección por VIH.¹²

Los métodos de anticoncepción y planificación familiar son usados por parejas e individuos sexualmente activos para prevenir el embarazo.

Existen algunas características de los métodos anticonceptivos.

Para juzgar la calidad de un procedimiento anticonceptivo deben tomarse en cuenta características universalmente establecidas:

Eficacia: Cumplir con el objetivo se su uso.

Inocuidad: Poco recomendable sería un procedimiento que causara graves peligros a la salud general o reproductiva de la persona usuaria.

Aceptabilidad: Además de objeciones que pueda tener la pareja, también debe considerarse si el método es molesto o desagradable, aunque no llegue a ser peligroso. En parte depende de la técnica de aplicación, de si se interrumpen o no los preparativos para el acto sexual, de que se conserve o no la ideología, la cultura y conceptos religiosos de la pareja que va a emplearlos.

Accesibilidad: Un buen método debe estar fácilmente disponible en el momento y por el tiempo que se le requiere, para asegurar la continuidad de su uso.

Facilidad de empleo: No es utilizable un procedimiento cuya complejidad de ejecución, a veces por encima del nivel cultural de la pareja, pudiera repercutir en falta de uso oportuno o abandono a corto plazo.

Costo: Debe ser el mínimo posible, por razones obvias.¹³

Existen muchos métodos diferentes de control natal y planificación familiar para ayudar a los individuos y parejas sexualmente activas a prevenir los embarazos.⁸
y¹⁴

Condón masculino

- Un condón es una envoltura delgada que se coloca en el pene y en el caso del condón femenino, se coloca en la vagina antes de la relación sexual. El semen se acumula dentro del condón, el cual debe permanecer cuidadosamente en su lugar y ser retirado después de la cópula.
- Los condones se pueden conseguir fácilmente en la mayoría de las farmacias y tiendas. Algunas clínicas de planificación familiar ofrecen los condones en forma gratuita.
- Los condones de látex ayudan a prevenir algunas infecciones de transmisión sexual (SIDA, Gonorrea, tricomonas, etc.)
- Durante un año ocurren aproximadamente 14 embarazos por cada 100 parejas en las que el hombre usa el condón y cerca de 21 embarazos en un año en casos de parejas en las que se usa el condón femenino. La efectividad de este método aumenta cuando se combina con la utilización de un espermicida.
- índice de fracaso: cerca del 10%.

Condón Femenino

El condón femenino ayuda a proteger la pareja de un embarazo, y de infecciones del sistema reproductivo, incluyendo el VIH/SIDA. Es el único aparato femenino anticonceptivo que ofrece esta protección. El condón femenino es de plástico delgado en forma de tubo, es flexible se usa adentro de la vagina. Un anillo suave al fondo del tubo cubre el cérvix y lo mantiene dentro de la vagina durante el coito. Otro anillo en la otra punta, se queda fuera de la vagina y cubre un poco la arrea de los labios. El condón femenino forma una barrera entre la pareja, para prevenir el contacto de flujo del cuerpo, como esperma, sangre, o saliva. Esto ayuda asegurar que no pasen enfermedades sexualmente transmitidas y que no ocurra el embarazo. Los condones femeninos son el 79 al 95% efectivo.

Espermicidas

- Los espermicidas están disponibles en cremas, óvulos, espumas o gelatinas, se aplican en la parte interna de la vagina y matan los espermatozoides.
- Se pueden conseguir con facilidad en la mayoría de las farmacias y tiendas.
- Índice de fracaso 20-30%, por lo tanto no debe utilizarse por si solo, ya que no es muy efectivo. Tiene una tasa de alrededor de 26 embarazos anuales por cada 100 mujeres que lo emplean como único método. Los espermicidas generalmente se combinan con otros métodos como el condón o el diafragma, como protección extra.
- Advertencia: El espermicida nonoxynol-9 puede ayudar a prevenir embarazos, pero también puede incrementar el riesgo de transmitir el VIH.

Diafragma

- Un diafragma es una goma flexible llena con crema o jalea espermicida y se coloca luego en la vagina, sobre el cuello uterino, antes de la cópula. Se debe dejar en su lugar por 6 a 8 horas después de tener una relación sexual.
- Los diafragmas deben ser prescritos por un ginecólogo, quien determina el tipo y tamaño de este dispositivo adecuado para cada mujer.
- Alrededor de 5 a 20 embarazos ocurren anualmente por cada 100 mujeres que emplean este método, dependiendo del uso apropiado.
- Un dispositivo similar se denomina capuchón cervical.

Esponja vaginal.

- Las esponjas vaginales anticonceptivas son esponjas sintéticas suaves, impregnadas con un espermicida. La esponja se humedece y se introduce en la vagina en la parte superior del cuello uterino antes de la cópula. Luego de la cópula se debe dejar la esponja en su lugar durante 6 a 8 horas.
- Este método es muy similar al diafragma (el cual se debe conseguir con un médico) como método de barrera.
- Alrededor de 18 a 28 embarazos ocurren anualmente por cada 100 mujeres que lo utilizan. La esponja puede ser más efectiva en mujeres que no hayan dado a luz a un bebé antes.
- Este método fue retirado del mercado en los Estados Unidos, pero se está planeando introducirlo de nuevo en un futuro cercano.

Píldoras anticonceptivas.

Los anticonceptivos orales, son métodos que utilizan las hormonas estrógeno y progestágeno para prevenir la ovulación. En realidad, las píldoras impiden que el óvulo madure y sea liberado del ovario. Si no hay un óvulo maduro, no puede haber fecundación y por tanto, tampoco embarazo.

Además, los anticonceptivos orales producen un espesamiento del moco cervical (líquido situado en la entrada del útero), que dificulta la penetración de los espermatozoides en las trompas de Falopio, donde normalmente ocurre la fecundación.

Debido a su mecanismo de acción, la píldora anticonceptiva oral es la forma más segura de contracepción reversible

La mayoría de las píldoras están compuestas de un estrógeno sintético y una progesterona sintética, conocida como progestágeno. Estas dos sustancias son similares a tus propias hormonas ováricas naturales.

Al ser asimiladas por tu cuerpo, causan una reducción de tus hormonas naturales, sin las cuales los óvulos no pueden desarrollarse y se evita así la ovulación.

Aunque las píldoras impiden la ovulación, proporcionan todavía una cantidad suficiente de hormonas para mantener funciones normales del organismo, incluidas la regulación de la hemorragia normal de cada mes.

Dichas píldoras deben ser recetadas por el médico y el método es altamente efectivo si la mujer recuerda tomar la píldora en forma sistemática todos los días.

Las mujeres que experimentan efectos secundarios desagradables con un tipo de píldora, por lo general se pueden adaptar en forma adecuada a otra diferente, en la actualidad alrededor de 2 a 3 embarazos ocurren anualmente por cada 100 mujeres que se toman siempre la píldora.

La mini píldora.

- La mini píldora es un tipo de anticonceptivo oral que contiene sólo progestágeno y no estrógeno.
- Es una alternativa para aquellas mujeres que son sensibles al estrógeno o no pueden tomar estrógeno por otras razones.
- La efectividad de los anticonceptivos orales de sólo progestágeno es ligeramente menor que la del tipo en que se combinan. Alrededor de 3 embarazos se presentan anualmente por cada 100 mujeres que emplean este método.

Implantes de progestágeno.

- Los implantes, como Norplant, son pequeñas barritas implantadas quirúrgicamente bajo la piel, por lo general en la parte superior del brazo. Estos tubitos liberan una dosis continua de progestágeno para prevenir la ovulación.
- Los implantes suministran protección anticonceptiva por un período de 5 años. El costo inicial generalmente es mayor que algunos otros métodos, pero el costo global puede ser realmente menor sobre el período de 5 años.
- Este método tiene una tasa de menos de un embarazo anualmente por cada 100 mujeres que lo emplean.

Inyecciones hormonales.

- Inyecciones de progestágeno, tales como el Depo-Provera, se aplican en el tejido muscular de la parte superior del brazo o en los glúteos para prevenir la ovulación.
- Una sola inyección suministra protección anticonceptiva por un período de hasta 90 días.
- Menos de un embarazo ocurre anualmente por cada 100 mujeres que emplean este método.

Parche cutáneo.

- El parche cutáneo (Ortho Evra) se coloca en los hombros, los glúteos u otro lugar conveniente. Este parche libera progestágeno y estrógenos continuamente. Como cualquier otro método hormonal, requiere prescripción médica.
- El parche suministra protección semanalmente; se aplica un parche nuevo cada semana durante 3 semanas, seguido de una semana sin el parche.
- Se presenta alrededor de 1 embarazo anual por cada 100 mujeres que utilizan este método.

Anillo vaginal.

- El anillo vaginal (NuvaRing) es un anillo flexible de alrededor de 2 pulgadas (5 cm.) de diámetro que se inserta en la vagina. Dicho anillo libera progestágeno y estrógenos. Al igual que otros métodos hormonales, requiere prescripción médica.
- La mujer se lo inserta ella misma, lo deja en la vagina durante 3 semanas y luego lo retira por una semana.
- Se presenta alrededor de 1 embarazo anual por cada 100 mujeres que utilizan este método.

Dispositivo intrauterino (DIU)

- El dispositivo intrauterino (DIU) es un pequeño dispositivo de plástico o cobre que el médico coloca dentro del útero. Se puede dejar en su lugar de 3 a 5 años en algunas pacientes.
- Su aplicación no es aconsejable en mujeres jóvenes o en aquellas que aún no han tenido su primer hijo.
- El método no se debe emplear en mujeres que tengan un antecedente de infección pélvica o embarazo ectópico.
- Alrededor de 1 a 3 embarazos ocurren anualmente por cada 100 mujeres que emplean este método.

Planificación familiar natural.

- Este método implica observar una variedad de cambios corporales en la mujer (tales como cambios del moco cervical, cambios de la temperatura basal del cuerpo) y registrarlos en un calendario para tratar de determinar cuándo ocurre la ovulación. La pareja se abstiene de tener una relación sexual sin protección durante varios días, antes y después del día en que se cree se presenta la ovulación.
- Este método requiere de educación y capacitación especial para reconocer los cambios corporales, así como también mucho compromiso y esfuerzo continuo.
- Alrededor de 15 a 20 embarazos ocurren anualmente por cada 100 mujeres que emplean este método (para aquellas mujeres a quienes se las capacita adecuadamente).

Ligadura de trompas.

- Durante la ligadura de trompas, las trompas de Falopio se cortan, se sellan o se obstruyen con una pinza especial, lo que impide que los óvulos y los espermatozoides ingresen a dichas trompas.
- La operación algunas veces puede ser reversible en caso de que la mujer desee quedar embarazada posteriormente. Sin embargo, la ligadura de trompas es mejor para mujeres y parejas que estén convencidas de que nunca más van a desear tener hijos en el futuro y se debe considerar como una forma permanente de anticoncepción.

Vasectomía.

- Una vasectomía es un procedimiento de esterilización masculina sencillo y permanente, en la cual se cortan y sellan los conductos deferentes (transportan los espermatozoides).
- La vasectomía puede ser reversible algunas veces. Sin embargo, las vasectomías son mejores para hombres y parejas que estén convencidas de que nunca más van a desear tener hijos en el futuro y es mejor considerarla como una forma permanente de anticoncepción.

El anticonceptivo de emergencia ("Píldora del día siguiente")

- La "píldora del día siguiente" consiste en dos dosis de píldoras de hormonas que se toman, tan pronto como sea posible, en las 72 horas siguientes al acto sexual sin protección.
- La píldora puede prevenir el embarazo al bloquear temporalmente la producción de óvulos, al detener la fertilización o impedir que el óvulo fertilizado se implante en el útero.

Esta píldora puede ser apropiada en casos de violación, rompimiento o deslizamiento del condón durante el acto sexual, dejar de tomar dos o más píldoras anticonceptivas en un ciclo mensual y la relación sexual no planeada.

- Se debe llamar al médico para mayor información acerca de esta píldora.

Métodos no confiables.

- *Coito interrumpido*: separación del pene de la vagina antes de la eyaculación. La cantidad de semen que escapa con frecuencia antes de la separación completa es suficiente para provocar un embarazo.
- *Ducha vaginal poscoital*: el semen puede hacer su recorrido más allá del cuello uterino en 90 segundos después de la eyaculación, por lo que este método es ineficaz y poco confiable.
- *Lactancia materna*: las mujeres que están amamantando "pueden" quedar embarazadas.

Las mujeres que eligen una vida sexual activa están frecuentemente limitadas en sus opciones anticonceptivas por la influencia de sus compañeros, de sus padres, por los factores económicos, culturales, políticos y por restricciones propias de su nivel de desarrollo (es decir por alcanzar la madurez física antes que la emoción).

El número de niños que una mujer tenga declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, por tanto la educación actúa mejorando la condición social y la autoimagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.

Es de necesidad para las mujeres la educación para evitar el fatalismo ya que las mujeres analfabetas no entienden la filosofía de la reproducción o cómo controlarla, por tanto una mujer sin educación está menos informada y dispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica.

Además muchas mujeres inician su vida sexual activa sin haber recibido información exacta acerca de la salud de su reproducción. Esta falta de información puede hacerles correr el riesgo de embarazos no planificados y de infecciones del tracto reproductor, así como del VIH/SIDA. La educación relativa a la salud sexual puede ser un medio para ayudar a las mujeres a prevenir esos problemas y mejorar su futura salud de la reproducción.¹⁴

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a) **Tipo de estudio:** Descriptivo, de corte transversal.

b) **Área de estudio:** Achuapa es un municipio ubicado a 120 kilómetros de la cabecera departamental de León y a 204 kilómetros de Managua. El municipio de Achuapa cuenta con una población total de 14,068 habitantes distribuidos en áreas urbanas y rurales de esta el 48.6 % son mujeres para un total de 6,837 y un 51.4% son hombres. Esta conformado por 42 localidades en el área rural y 4 zonas en el área urbana, Se encuentra en el segundo lugar entre los municipios más pobres del país con un índice de 91.9 % de pobreza media.

En el municipio la atención en salud que se brinda a la población es en atención primaria que abarca principalmente, promoción de la salud y prevención de las enfermedades la que se divide en educación en salud y atención en los programas prioritarios , los que son: atención integral a la mujer(control prenatal, planificación familiar, detección CACU, atención parto bajo riesgo, puerperio, inmunización) Y Atención integral al niño (vigilancia crecimiento y desarrollo, micro nutrientes, inmunización, terapia de rehidratación oral). También se brinda atención en medicina general; los casos que ameritan ser atendidos por especialistas son referidos a otro nivel de resolución mayor como es el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello León.^b

c) **Universo:** 2,219 mujeres que corresponde al total de mujeres en edad fértil, que residen en el municipio de Achuapa al momento del estudio.

d) **Muestra:** 327 mujeres en edad fértil calculada a partir del programa Statcalc del Epi-Info versión para Windows tomando como parámetros el tamaño del universo (2219) una frecuencia esperada del 50% una diferencia del 5% de variación entre los resultados y un nivel de confianza del 95%. A este cálculo se agregó un 10% por posibles faltas de respuestas, por lo tanto la muestra es de **360** mujeres en edad fértil.

$$n = n/1-(n/N)$$

$$\text{Donde, } n = (Z^2 * p * q) / d^2$$

La fórmula para calcular el tamaño de la muestra es para una población finita (<10,000 h.) donde **n** = al tamaño de la muestra, **z** = equivale a la confiabilidad (1.96), **p** = frecuencia del problema, **q** = 1-p, **N** = es el universo y **d** = es la precisión deseada.

^b Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal (INIFOM). Caracterización del municipio. Municipio de Achuapa. 2004

La selección de las mujeres para el estudio se realizó proporcional a su distribución urbano/rural correspondiendo al área urbana el 21% y rural el 79%.

Posteriormente el área urbana se dividió en cuatro zonas y se calculó la cantidad de mujeres a entrevistar en el sector urbano por conglomerados específicos, en el área rural se seleccionaron al azar 8 conglomerados de las 42 localidades que existen y se distribuyeron de forma equitativa la cantidad de mujeres por comunidad para conseguir el tamaño de la muestra previamente calculada.

Marco muestral para el estudio			
Urbano		Rural	
Zonas	No.	Comarcas	No.
1	19	Los caraos	36
2	19	La calera	36
3	19	Santa Rosa	35
4	19	El Cacao	35
		Wiquily	36
		Ojo de Agua	35
		Varela	36
		San Nicolás	35
Sub - total	76		284
Total		360 mujeres edad fértil	

Luego por cada zona y comarca respectivamente; se realizaron las encuestas por medio de la visita casa a casa en búsqueda de mujeres en edad fértil hasta completar la muestra previamente calculada.

e) Unidad de análisis: Mujeres comprendidas en edades de 15 a 49 años del municipio de Achuapa.

f) Criterios de Inclusión:

Mujeres que vivan en los conglomerados seleccionados, durante el último año.
 Mujeres con vida sexual activa o no.
 Mujeres que acepten ser encuestadas.

g) Variables de estudio:

Objetivo 1: *Características socio demográficas:*

- Procedencia.
- Años cumplidos de la mujer (edad).
- Tiempo de vivir en la localidad.
- Estado civil de las mujeres.
- Escolaridad.
- Facilidad de lectura (para las mujeres que no asistieron a la escuela).
- Religión de las mujeres.
- Ocupación de las mujeres (actividades que realiza la mayor parte del tiempo).
- Con quien vive la mujer en la casa.
- Datos obstétricos (número de embarazos, número de partos, número de cesáreas y número de abortos).

Objetivo 2: Aspectos geográficos que influyen en la accesibilidad:

- Lugar donde conseguir los métodos de planificación familiar.
- Distancia que hay desde el hogar hasta donde consiguen los métodos.
- Tiempo en horas que utiliza para llegar al lugar donde consigue los métodos.
- Existencia de carreteras en la comunidad.
- Existencia de medio de transporte de las mujeres para conseguir los métodos.
- Valoración de las mujeres encuestadas sobre la distancia (considera que es lejos).

Objetivo 3: Aspectos económicos que influyen en la accesibilidad:

- Asistencia a un lugar donde le proporcionan los métodos de planificación familiar.
- Gastos que realizan las mujeres en estudio para obtener los métodos de planificación familiar (pago de consulta, métodos, transporte, cuidado del hogar y otros gastos en que incurre).
- Consideración del gasto que hace la mujer en estudio, para conseguir los métodos.

Objetivo 4. Aspectos sociales que influyen en la accesibilidad:

- Existen personal trabajando en la promoción de la planificación familiar.
- Quienes están trabajando para que pueda planificar en su comunidad.
- Uso de métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil (que no están embarazadas y han tenido compañeros sexuales).
- Métodos que utilizan las mujeres del estudio.
- Dónde consigue el método que utiliza.
- La visitan de la unidad de salud para planificar.
- Instituciones o personas le han informado sobre la planificación familiar en su comunidad.
- Organización de las mujeres en estudio.

Objetivo 5: Aspectos culturales que influyen en la accesibilidad:

- Familia de sus padres numerosa (antecedentes familiares de número de hijos).
- Hijos que tiene su hermana mayor.
- Hijos que debe tener una mujer en su vida.
- Hijos que deseaba la mujer en su vida.
- Hijos que deseaba tener su compañero (marido).
- Hijos que tiene la mujer estudiada actualmente.
- Planificación de los hijos que la mujer desea.
- Decisiones sobre asistencia o no a la unidad de salud o farmacia.
- Ayuda para que la mujer del estudio planifique.
- Tiempo de espera de un nuevo embarazo según la mujer del estudio.
- Deseos de embarazos de las mujeres en estudio.

- Con quien hablar sobre temas de Salud Sexual y reproductiva,
- Mensaje sobre planificación familiar que ha escuchado la mujer estudiada.

h) Obtención de la información: Para la obtención de la información se diseñó un instrumento de recolección de la información y se aplicó visitando las viviendas de las mujeres seleccionadas, mediante la aplicación de una encuesta, o sea es de fuente primaria.

El instrumento fue validado mediante una prueba piloto, en una población con características similares a la población de estudio, para hacer las valoraciones de la confiabilidad del instrumento para el cumplimiento de los objetivos.

Además se elaboró una guía de consulta para conocer la existencia de métodos de planificación familiar, en los diferentes expendios del municipio y cuáles son los más adquiridos/comprados por las mujeres.

i) Procedimiento de recolección de datos:

- 1) Se hizo una reunión con algunos líderes comunitarios del municipio de Achuapa, para elegir mujeres que conocen las comunidades, para facilitar la recolección de los datos.
- 2) Se obtuvo el número de mujeres en edad fértil por comunidad mediante visita al Centro de Salud local.
- 3) Se capacitaron a 10 mujeres del municipio para la aplicación de la encuesta, para la recolección de la información.
- 4) Se organizó con las encuestadoras un cronograma de trabajo y el control de la calidad de las encuestas estuvo bajo la responsabilidad de la investigadora principal.
- 5) Las encuestadoras se ubicaron por sector, tomando en cuenta los siguientes aspectos:
 - Que la participación de las mujeres fuera voluntaria.
 - Con la debida explicación del objetivo del estudio y si ella no deseaba participar tomar la casa vecina, hasta completar la muestra.
 - Si las casas se encontraban cerradas, regresar al final de la jornada, hasta lograr entrevistar a la mujer seleccionada.
 - Aplicar la encuesta de forma individual y confidencial, para evitar alguna distracción.

j) Análisis de la información:

Los datos fueron capturados en una base de datos construida para fines del presente estudio; dichos datos fueron procesados y analizados utilizando el paquete estadístico epi Info en su versión para Windows.

Se realizó un análisis univariado de todas las variables establecidas en el estudio.

Una vez procesada y clasificada la variable accesibilidad a la planificación familiar se cruzó con las variables consideradas factores de riesgo de bajos niveles de uso de métodos de planificación familiar (análisis bivariado). Para calcular el porcentaje de uso de métodos en relación a los cruces de variables que se hagan.

Los resultados se expresan en tablas y gráficos en el Programa Word y la presentación del estudio en el programa Power Point.

k) Cruce de variables:

Objetivos específicos	Cruce de variables
Características sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad/ Uso de métodos de planificación familiar. ▪ Ocupación/ Uso de métodos de planificación familiar
Aspectos sociales que influyen en la accesibilidad a métodos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existencia de personal trabajando en la promoción de métodos/ Uso de métodos de planificación familiar.
Aspectos culturales que influyen en la accesibilidad de métodos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de hijos que deseaba tener el marido/ Uso de métodos de planificación familiar. ▪ Número de hijos que piensa la mujer en estudio debe tener en su vida/ Uso de métodos de planificación familiar. ▪ Decisiones relacionadas a la asistencia o no de la mujer a una unidad de salud a planificar/ Uso de métodos de planificación familiar. ▪ Tiempo que la mujer debe esperar para espaciar otro embarazo / Uso de métodos de planificación familiar.

VIII. RESULTADOS

Para el presente estudio se entrevistaron **360 mujeres** en edad fértil del Municipio de Achuapa, Departamento de León, durante el período de Marzo - Abril del año 2006, encontrándose los siguientes hallazgos:

Características sociodemográficas de las mujeres en estudio:

La **procedencia** refleja que el 78.9% (284), son del área rural, el resto son del área urbana.

La **edad** de dichas mujeres es en un 58.3% (210), entre las edades de 20 a 35 años; en un 26.9% (97), comprendidas entre las edades de 36 a 49 años, el resto con edades entre 15 a 19 años. *Ver en Anexos, Tabla N° 1.*

El **tiempo de vivir en la localidad** de las mujeres en estudio fue de un 91.7% (330) con más de 10 años, por lo tanto el resto tiene menos de 10 años de vivir en la localidad donde fue encuestada cada mujer. *Ver en Anexos, Tabla N° 2.*

El **estado civil** más frecuente fue de relación estable con un 72.2% (260), solas con un 14.2% (51), seguido de nunca haber tenido compañero con un 13.3% (48), solamente una de ellas expresó no mantener una relación formal de pareja.

Ver en Anexos, Tabla N° 3.

En relación a si alguna vez **asistió a las escuela** refleja que el 89.7% (323) si asistió, el resto no asistió a la escuela.

La **escolaridad** de las 323 mujeres en estudio que asistieron a la escuela, fue de 26.2% (94) con primaria incompleta, el 20.6% (74) con secundaria incompleta, seguido del 17.5% (63) de las mujeres del estudio tiene la primaria completa, siendo que el 13.1 (47) que tiene secundaria completa, el 11.7% (42) con superior incompleta, el 10.3% (37) que no estudió y solamente tres de ellas tienen un nivel de instrucción superior completa. *Ver en Anexos, Gráfico N° 1.*

La **facilidad de lectura** de las mujeres que nunca asistieron a la escuela, el 43.2% (16) para las mujeres leen con dificultad y el 43.2% (16) no saben leer del todo, y solamente el 13.6% (5) leen correctamente. *Ver en Anexos, Tabla N° 4.*

De acuerdo a la **religión** que profesan las mujeres en estudio, las católicas con 66.4% (239), predominaron frente a aquellas con prácticas religiosa en las diversas denominaciones evangélicas por 24.4% (88), y un 9.2% (33) dijo no practicar ninguna religión. *Ver en Anexos, Tabla N° 5.*

La **ocupación** de las mujeres (actividades que realiza la mayor parte del tiempo), el 78.1% (281), son amas de casa, el 8.3% (30) son estudiantes, el resto respondió que trabaja a cuenta propia; son domésticas y realizan otras actividades. *Ver en Anexos, Tabla N° 6.*

En relación al **entorno familiar** de las mujeres estudiadas, el 59.2% (213), mujeres viven con su pareja y sus hijos, seguido de 18.1% (65), viven con padres sin pareja, el 8.3% (30) viven con sus suegros y pareja, el 6.1% (22), viven con sus hijos sin pareja, el 4.7% (17), viven con padres y pareja, el 3.1% (11), viven con otros familiares y solamente dos mujeres viven solas al momento de realizar el estudio. *Ver en Anexos, Gráfico N° 2.*

En relación a los **datos obstétricos** de las mujeres del estudio se analizó: El número de **embarazos**, encontrándose que el 53.3% (192), refieren de 1 a 3 embarazos, seguido del 20.0% (72), que han tenido de 4 a 6 embarazos, el 18.1% (65) mujeres que refieren que nunca han estado embarazadas y un 8.6% (31), que han tenido 7 a más embarazos en su vida.

El **número de partos** de las mujeres que formaron parte del estudio, el 53.9 (194), refirió tener de 1 a 3 partos, 20.6% (74), expresaron no haber tenido ningún parto, el 17.8% (64), tuvieron de 4 a 6 partos y 28 mujeres refirieron haber tenido de 7 a más partos.

El **número de cesáreas** de las mujeres encuestadas, el 92.8% (334), refirió no cesáreas en su vida, el 5.0% (18), que han tenido 1 cesárea, 6 mujeres refirieron 2 cesáreas y solamente 2 mujeres refirieron 3 cesáreas en su vida.

El **número de abortos** de las mujeres que fueron encuestadas, el 86.4% (311), refirió no abortos en su vida, el 10.3% (37), han tenido 1 aborto, 7 mujeres han tenido 2 abortos y solamente 5 mujeres han tenido 3 abortos en su vida.

Ver en Anexos, Tabla N° 7.

Aspectos geográficos que influyen en la accesibilidad a los métodos de planificación familiar:

El **lugar donde conseguir los métodos de planificación familiar**, refleja que 97.2% (350), si conocen un lugar solamente 10 mujeres no conocen un lugar donde conseguir los métodos de planificación familiar. *Ver en Anexos, Tabla N° 8.*

La **distancia** que hay desde el hogar hasta donde consiguen los métodos, el 49.1% (172), es de 4 y más kilómetros, el 33.7% (118), es menos de 1 kilómetro, siendo el 17.2% (60), de 1 a 3 kilómetros para conseguir los métodos.

En relación al **tiempo** en horas que utiliza para llegar al lugar donde consigue los métodos, el 62.9% (220), tarda menos de 1 hora, el 36.9% (129), tarda de 1 a 3 horas y una mujer tarda más de cuatro horas.

La **existencia de carreteras** en la comunidad, el 86.0% (301), refiere que si existen carreteras y el resto no. La existencia de **medios de transporte** que utilizan las mujeres para conseguir los métodos, el 57.4% (201), refiere que no existe y el 42.6% (149), refiere que si existe. *Ver en Anexos, Tabla N° 9.*

El 70.6% (247), considera que no es lejos y el 29.4% (103), considera que es **lejos** el lugar para conseguir los métodos.

Aspectos económicos que influyen en la accesibilidad a los métodos de planificación familiar:

En relación a **asistir** a un lugar donde le proporcionan los métodos de planificación familiar, el 57.5% (138), refirieron que asisten a un lugar para conseguir métodos, 42.5% (102), refiere que no asisten.

Ver en Anexos, Tabla N° 10 y Gráfico No 4.

El **gasto** que realizan las mujeres para obtener los métodos de planificación familiar (consulta, costo de métodos, gasto en transporte y gasto por cuidar del hogar); El 52.1% (72), refieren no gastar para obtener los métodos, el 47.8% (66), refieren tener gastos para conseguir los métodos de planificación familiar.

De las mujeres que incurrieron en algún gasto para la obtención de los métodos de planificación familiar; el 57.5% (38), gastan menos de 20 córdobas, el 19.7% (13), gastan de 21 a 50 córdobas, el 15.2% (10), gastan más de 100 córdobas y solamente cinco mujeres gastan entre 51 y 100 córdobas. La consideración del gasto que hacen, el 46.9% (31), refirieron gastar poco, el 34.8% (23), no gasta nada, 10.6% (7), lo pueden pagar y solamente cinco mujeres refirieron que es caro. *Ver en Anexos, Tabla N° 11.*

Aspectos sociales que influyen en la accesibilidad a los métodos de planificación familiar:

Sobre la existencia de personas **trabajando** en promoción del uso de métodos de planificación familiar, el 73.6% (265), refiere que sí, el 26.4% (95), refiere que no.

En relación al personal que está trabajando en **promocionar** el uso de métodos de planificación familiar en su comunidad, el 71.7% (190), refieren es del centro de salud, el 11.7% (31) refieren que del puesto de salud, el 11.3% (30), refieren que son las promotoras comunales; el resto refiere que son de la casa base, agente comunitario, colaboradores voluntarios, consultorio privado, farmacia privada y la partera. *Ver en Anexos, Gráfico N° 3.*

Lo relacionado a la **utilización** de métodos de planificación familiar, el 71.8% (216), refieren que si usan métodos, el 28.2% (144), no usan métodos de planificación familiar. *Ver en Anexos, Tabla N° 12.*

Los **métodos** que utilizan las mujeres del estudio, el 28.24% (61), representan las mujeres que están esterilizadas quirúrgicamente, el 27.80% (60), representa a las mujeres que utilizan las inyecciones, el 26.85% (58), representa a las mujeres que utilizan la píldora como método de planificación familiar, el 6.94% (15), utilizan el condón, el 5.55% (12), utilizan el DIU, y solamente 10 mujeres usan otro método como MELA y ritmo. *Ver en Anexos, Tabla N° 13.*

En relación al **lugar** dónde las mujeres en estudio adquiere el método de planificación familiar, el 75.3% (110), responde que es en el centro de salud, el 13% (19) en el puesto de salud, el 9.6% (14), en la farmacia privada, el resto en pulperías, y otros como clínica privada y ONGs; en este grupo están excluidas las mujeres que están esterilizadas y que usan métodos naturales.

Ver en Anexos, Gráfico N° 4.

En relación a la información que el personal de salud le ha brindado sobre como cuidar su salud al planificar, el 64.7% (233), responde que si, y el 35.2% (127) respondieron que no.

En cuanto a la ayuda para **esterilizarse** la mujer, el 68.05% (245), refiere que no, y el 31.95% (115), refiere que si.

Han **hablado al marido** sobre la importancia de la planificación familiar, el 51.6% (186), refieren que no, el 29% (104), responde no saber y el 19.4% (70), refieren que si han hablado con su marido.

Si han informado al marido sobre **esterilización**, el 58.6% (211), refiere que no, y el 31.6% (114), respondió no saber si le han ofrecido ayuda y el 9.8% (35), refiere que si le han ofrecido ayuda. *Ver en anexos, Tabla N° 14.*

De las **Instituciones** que le han informado sobre la planificación familiar en la comunidad, el 81.4% (293), refiere que es el centro de salud, el 6.11% (22), refiere al brigadista de salud, el 4.44% (16), al Ministerio de Educación y en igual porcentaje refieren otras instituciones y en mínimos porcentajes se encuentra la alcaldía municipal, parteras y ONG de la comunidad. *Ver en Anexos, Gráfico N° 5.*

Al hablar de la **organización de las mujeres**, el 77.5% (279), refieren no estar organizadas, y el 22.5% (81), refieren estar organizadas.

Aspectos culturales que influyen en la accesibilidad a los métodos de planificación familiar:

Los antecedentes sobre el tamaño de la familia de número de hijos (**familia de sus padres numerosa**), el 61.7% (222), refiere que si fue numerosa y el 38.3% (138), refiere que la familia de sus padres no fue numerosa. En cuanto al número de **hijos** que tiene su hermana mayor, 39.4% (142), no tiene hermana mayor, el 20.6% (74), representa las hermanas con 1 a 2 hijos, el 17.5% (63), indica las hermanas que tienen de 3 a 4 hijos, el 9.2% (33), representa de 5 a 6 hijos, 12% (42), refiere de 7 a más hijos y solamente seis de las hermanas no tiene hijos. *Ver en Anexos, Tabla N° 15.*

Valoración de las mujeres en estudio sobre el tamaño de su familia: En relación a hijos **que debe tener** una mujer en su vida, el 52.5% (189), refieren que de 3 a 4 hijos, el 36.1% (130), dicen que de 1 a 2 hijos, el 5.9% (21), revela que de 5 a 6 hijos, el 3.5% (13), refiere lo que Dios mande de hijos, cinco mujeres no dicen cuantos hijos y dos de ellas refiere de 10 a más hijos.

Relacionado a los hijos **que deseaba** la mujer en su vida, el 42.2% (152), deseaban tener de 1 a 2 hijos, igualmente el 42.2% (152), deseaban tener de 3 a 4 hijos, el 6.7% (24), no refirió cuantos deseaba, el 4.2% (15), deseaba tener de 5 a 6 hijos, el 2.9% (10), deseaba tener de 7 a más hijos en su vida, solamente seis mujeres refieren que lo que Dios quiera y una mujer refiere que cero.

Los hijos que deseaba tener su **compañero** (marido), el 33.3% (120), no saben cuantos hijos deseaba el compañero, el 28.1% (101), de 1 a 2 hijos, el 25.8% (93), refiere que de 3 a 4 hijos, el 6.1% (22), dicen que lo que Dios quiera, el 4.1% (15), refiere que de 5 a 6 hijos, ocho mujeres dicen que de 7 a más y solamente una mujer refiere cero hijos.

Los hijos que tiene la mujer **actualmente**, 44.1% (159), tienen de 1 a 2 hijos, 19.8% (71), tienen de 3 a 4 hijos, 20.3% (66), no refiere tener hijos, el 9.2% (33), refiere tener de 5 a 6 hijos y el 6.6% (24), refieren tener de 7 a más hijos en la actualidad. *Ver en Anexos, Tabla N° 16.*

En cuanto a las decisiones relacionadas a la planificación familiar de las mujeres estudiadas: Una mujer debe **planificar** los hijos que desee, el 91.9% (331), refirieron que es bueno planificar, el 5.3% (19), refirieron que lo que Dios mande, y el 2.8% (10) depende del hombre.

Sobre las decisiones de **asistir** o no a la unidad de salud o farmacia, 72.2% (260), refiere que es una decisión compartida, el 21.9% (79), refirieron que la mujer decide, 5.0% (18), el hombre debe estar de acuerdo y solamente tres mujeres no dicen nada. Sobre la ayuda para que la mujer en estudio **pueda planificar**, el 42.2% (152), refirieron que el marido solamente, el 27.2% (98), el personal de salud, el 15.3% (55), refirieron a la familia, el 13.9% (50), no necesita ayuda, tres mujeres refieren a la partera y solamente dos mujeres a la brigadista de salud. *Ver en Anexos, Tabla N° 17.*

En cuanto tiempo de espera de un **nuevo embarazo**, el 71.9% (259), refiere que cuando el niño tenga 2 años a más, el 22.8% (82), no sabe, el 3.5% (12), refiere de 1 año a más y solamente siete mujeres dicen que cuando Dios mande.

Ver en Anexos, Tabla N° 18.

Deseos de embarazos de las mujeres estudiadas, de las 360 mujeres del estudio no está embarazada el 96.9% (349). De las que no están embarazadas (349), el 51.28% (179), desea salir embarazada más adelante, 45% (157), no desea más hijos y solamente trece mujeres desean salir embarazadas pronto.

Ver anexos, Tabla N° 19.

En cuanto a **con quien hablar** sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva según las mujeres en estudio, el 53.62% (193), refiere que con su pareja, el 18.6% (67), refiere que con la doctora mujer, el 11.1% (40), prefiere hablar con su mamá, el 6.95% (25), refiere a la enfermera, el 6.11% (22), refiere al doctor hombre, el 2.22% (8), refiere a otra persona, tres mujeres refieren a la partera y solamente 2 refiere a la brigadista de salud. *Ver Anexos, Tabla N° 20.*

Los **mensajes** sobre planificación familiar, el 55.8% (201), **no** ha escuchado mensajes sobre planificación familiar y el 44.2% (159), refieren que si han escuchado mensajes.

Edad con relación al uso de métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio, el grupo de 20 a 35 años con una tasa 78.4% tasa de **uso** de los diferentes métodos; las de 15 a 19 años, con una tasa de 68.4% de ellos mismos y las de 36 a 49 años con una tasa de 64.5% usando algún método de planificación familiar al momento del estudio. Con un valor de $p=0.0442$ y Chi cuadrado=6.2393. *Ver Anexos Tabla N° 21*

Ocupación de las mujeres en relación al **uso** de métodos de planificación familiar, la tasa de uso de métodos de las amas de casa es de 76.0%, la tasa de uso de las mujeres que trabajan a cuenta propia es de 73.3%, la tasa de uso de métodos de mujeres que tienen otras ocupaciones es de 58.3%, la tasa de uso de las mujeres domésticas es de 46.2% y la tasa de uso para las mujeres que estudian es de 00.0%. Valor de $p=0.0130$ y Chi cuadrado=12.6753. *Ver Anexos Tabla N° 22*

Existencia de personal trabajando en la promoción de métodos relacionado al cruce de **uso** de los mismos, la tasa de uso del 76.2% es relacionado a la existencia de personal trabajando en promoción, la tasa de uso al no haber personal trabajando en la promoción es de 65.9%, la tasa de uso cuando la mujer no sabe de la existencia de personal trabajando es de 42.9% y el 00.0% es la tasa de uso cuando a la mujer no le interesa la existencia de personal trabajando en promoción. Valor de $p = 0.0234$ y Chi cuadrado=9.4974. *Ver Anexos, Tabla N° 23*

Número de hijos que deseaba tener el marido de las mujeres en estudio en relación al **uso** de métodos de planificación familiar, la tasa de uso de métodos es de 84.1% en las mujeres que refieren de 0 a 3 hijos que deseaba el marido, el 78.3% en mujeres que refieren de 4 a 6 hijos que deseaba el marido y el 54.6% de uso de métodos de las que refieren dice el marido lo que Dios quiera. Valor de $p = 0.0000$ y Chi cuadrado=26.5171. *Ver Anexos, Tabla N° 24.*

Número de hijos que piensa la mujer debe tener en su vida relacionado al **uso** de métodos de planificación familiar, el 77.5% es la tasa de uso de las que creen que de 4 a 6 hijos, el 75.0% de uso de métodos de las mujeres que no saben cuanto es el número de hijos, el 72.3% de uso de las que refieren 0 a 3 hijos, el 54.5% de uso de métodos de las que refieren lo que Dios quiera y el 00.0% de uso de métodos de las mujeres que refieren de 7 a más hijos. Valor de $p = 0.0073$; Chi cuadrado=14.0042. *Ver Anexos, Tabla N° 25.*

Decisión para que la mujer asista a la unidad de salud a planificar en relación **uso** de métodos de planificación familiar, la tasa de uso de las mujeres que refieren que el marido debe estar de acuerdo es de 92.9%, la tasa de uso de métodos de las mujeres que refieren que es una decisión compartida es de 74.3% y la tasa de uso de métodos de las mujeres que refieren que ella decide es de 66.2%. Valor de $p = 0.1036$ y Chi cuadrado=4.5350. Ver Anexos, Tabla N° 26.

El tiempo que la mujer en estudio debe esperar para **espaciar un embarazo** del otro en relación al **uso** de métodos, el 85.7% de uso de métodos cuando la mujer refiere que depende del marido, la tasa de uso es de 77.8% cuando la mujer refiere otros tiempo de espera, la tasa de uso es de 71.7% cuando la mujer refiere que el niño este grande, el 71.0%, la tasa de uso de métodos cuando la mujer refiere dos años, el 66.7% es cuando Dios decide el tiempo de espera y el 60.0% es la tasa de uso de métodos cuando la mujer refiere no saber el tiempo que debe esperar para espaciar otro embarazo.

Valor de $p = 0.4664$ y Chi cuadrado=5.6253. Ver Anexos, Tabla N° 27.

Para el estudio también se investigo la existencia/disponibilidad de métodos de planificación familiar en la unidad de salud local del municipio; que es principalmente de; anticonceptivos orales, Inyecciones hormonales, condones, dispositivo intrauterino y la orientación hacia el MELA (método de la lactancia materna). Y la existencia /disponibilidad de métodos de planificación familiar en las Farmacias privadas del municipio; dos de ellas tienen condones, anticonceptivos orales y píldora de la mañana siguiente y la Farmacia privada que hay en la parroquia de la Iglesia católica tiene condones, anticonceptivos orales y las inyecciones hormonales. La Farmacia autogestionaria solamente tiene en existencia inyecciones hormonales y condones y dos pulperías refieren tener en existencia solamente condones.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

La mujer en edad fértil es el período de tiempo donde está propensa a quedar embarazada; este período se inicia con la menarquia aproximadamente a los 15 años y finaliza con la menopausia aproximadamente a los 49 años de vida de la mujer, obviamente este patrón no es rígido para todas las mujeres. La literatura Refiere que la gran mayoría de los nacimientos se produce a los 35 años.

En el presente estudio el promedio de edad de las mujeres, fue de 20 a 35 años, siendo generalmente las mujeres que más utilizan métodos de planificación familiar, existiendo asociación estadística real, entre la edad y el uso de métodos. El estado civil que predominó fue relación estable de pareja.

En la actualidad la familia no es un agente enculturador exclusivo; la iglesia, la escuela y los medios de comunicación social tiene una influencia muy importante como agentes transmisores de la cultura, en el presente estudio, más de la mitad son católicas, predominando frente a aquellas con prácticas religiosa en las diversas denominaciones y aproximadamente un tercio de las mujeres nunca asistió a la escuela. Teniendo la mayoría de las mujeres la ocupación de amas de casa, existiendo asociación estadística real, entre ésta y el uso de métodos.

La accesibilidad es la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud, no solo es necesario que los recursos existan para poder prestar los servicios, es también necesario que la población a la cual van dirigidos los conozca y puedan llegar a ellos. Estudiar la accesibilidad debe considerar los límites de espacio y tiempo.

La posibilidad de uso de un servicio de acuerdo a su ubicación física, cercana al demandante, es lo que se define como accesibilidad geográfica.

La mayoría de las mujeres en estudio conocen un lugar donde conseguir los métodos de planificación familiar. La mitad de estas mujeres tiene que recorrer de 4 a más kilómetros que hay de distancia desde el hogar hasta donde adquieren los métodos de planificación, tardando menos de una hora.

La gran mayoría de las mujeres en estudio refieren que existe carretera para llegar al lugar y por lo tanto no consideran que sea lejos. Pero la mayoría, refiere que no existen medios de transporte.

Se considera una accesibilidad geográfica favorable a los centros asistenciales de salud generales de área la situada por debajo de los 15 minutos de tiempo de acceso en transporte público, aceptable sería la accesibilidad comprendida entre los 15 y los 45 minutos y desfavorable toda la que supere los 45 minutos de tiempo medio de acceso en transporte público, a partir de la hora de duración de trayecto se califica de accesibilidad muy desfavorable.

Por lo tanto los hallazgos encontrados en el estudio, revela que aunque las mujeres consideran que no es lejos; siempre hay algunos obstáculos que dificultan este acceso, ya que las mujeres que recorren más de 3 kilómetros son las que

menos usan métodos de planificación familiar, ya que la mayoría de las mujeres en el área rural no cuentan con transporte público para trasladarse fácilmente.

El uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos, es lo que se conoce como accesibilidad económica. Por lo tanto esto está en dependencia de la ocupación y del nivel de desempleo de las personas.

Un poco más de la mitad de las mujeres en estudio refirieron que asisten a un lugar para conseguir los métodos de planificación familiar. La mitad de estas dice no incurrir en ningún gasto para adquirir dichos métodos.

Sin embargo de las mujeres que incurrieron en gastos para la obtención de los métodos; un poco más de la mitad gastaron menos de 20 córdobas, 13 mujeres gastaron de 21 a 50 córdobas. Por lo tanto la consideración del gasto que hacen casi más de la mitad de las mujeres para conseguir los métodos, es que el gasto es poco.

La estructura social de la comunidad, es un subsistema compuesto por elementos relacionados de tal forma, que si uno de ellos sufre un cambio, irremediamente se producirá un cambio en los otros elementos del sistema. Las personas se integran a organizaciones comunitarias, que a su vez forman coaliciones y movimientos sociales para satisfacer sus necesidades, esto es lo que se conoce como accesibilidad social.

Según los hallazgos del estudio esto confirma que aunque exista una estructura pública siempre es importante la organización de la comunidad y la mayoría de las mujeres del estudio no están organizadas.

Algunas de ellas dijeron que existen personal trabajando en promoción del uso de métodos de planificación familiar en su comunidad. Siendo el personal de las unidades de salud el de mayor presencia en el municipio. En el estudio se encontró que cuando hay ausencia de este personal que promociona la planificación familiar, el uso de los métodos de planificación disminuye, por lo tanto es de suma importancia la presencia de este personal en la comunidad. Existiendo asociación estadística real, entre la promoción y el uso de métodos.

De las 360 mujeres en estudio, 216 usan métodos de planificación familiar, estando en casi igual proporción, la esterilización quirúrgica, las inyecciones hormonales y los anticonceptivos orales, adquiriéndolos en las unidades de salud del municipio.

La posibilidad de uso de un servicio, deriva por actitudes originadas por creencias o rasgos educacionales, conociéndose esto como accesibilidad cultural.

Las mujeres que eligen una vida sexual activa están frecuentemente limitadas en sus opciones anticonceptivas por la influencia de sus compañeros, de sus padres, por los factores económicos, geográficos, culturales y por restricciones propias de su nivel de desarrollo por alcanzar la madurez física antes que la emocional.

Todo esto ligado a los hallazgos del estudio revela que aunque las mujeres tengan deseos del número de hijos a tener, deseos de la planificación familiar, es principalmente el marido quien tiene la última decisión, ya que es el hombre quien decide principalmente en la pareja.

En relación a hijos que debe tener una mujer en su vida, la mitad de las mujeres en estudio reflejan que es de 3 a 4 hijos; existiendo asociación estadística real, entre ésta y el uso de métodos.

Los hijos que deseaba la mujer en su vida, un poco menos de la mitad de las mujeres en estudio refirieron de 1 a 2 hijos, en igual proporción las mujeres deseaban tener de 3 a 4 hijos, un tercio de ellas no refirió cuantos hijos deseaba.

Los hijos que deseaba tener su compañero en 120 mujeres en estudio no saben cuantos hijos deseaba el compañero, 101 mujeres refirieron de 1 a 2 hijos, 93 mujeres en estudio refiere que de 3 a 4 hijos y solamente 22 mujeres dicen que lo que Dios quiera. Existiendo asociación estadística real, entre ésta y el uso de métodos.

En cuanto a las decisiones relacionadas a la planificación familiar de las mujeres en estudio. La gran mayoría de las mujeres refirieron, que es bueno planificar los hijos, 19 mujeres refirieron que lo que Dios mande y 10 de las mujeres refirieron que depende del hombre que una mujer planifique los hijos a tener; existiendo asociación estadística real, entre ésta y el uso de métodos.

Las mujeres en su totalidad refirieron que es el marido solamente el que debe ayudar para que la mujer pueda planificar.

Relacionado a, con quien hablar sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva, más de la mitad de las mujeres en estudio, refirió que con su pareja.

El estudio refleja que el uso de métodos de planificación familiar en las mujeres en estudio, dependen de los deseos de número de hijos y las creencias principalmente del marido, ya que cuando el hombre esta de acuerdo en temas de salud sexual y reproductiva, el uso de métodos de planificación familiar se ve aumentado.

X. CONCLUSIONES

1. Entre las características sociodemográficas más relevantes del presente estudio se encontró que la edad de las mujeres estuvo entre 20 a 35 años y fue el que tuvo mayor accesibilidad para obtener los métodos de planificación familiar. El estado civil que predominó fue relación estable de pareja y con ocupación de amas de casa la mayoría. Un buen número de ellas profesando la religión católica. Las mujeres en edad fértil que habían asistido a la escuela, quedaron con niveles de primaria y secundaria incompleta y a esto sumándole un tercio que nunca estudió.

2. En relación a la accesibilidad geográfica de las mujeres en estudio, la gran mayoría conoce un lugar donde obtener los métodos de planificación familiar y recorrieron un promedio de tres kilómetros. Tardando menos de una hora para llegar a dichos lugares, considerando que no es lejos. Un tercio de las mujeres tarda de una a tres horas en llegar al lugar donde obtiene los métodos, el tiempo para llegar al lugar varía para algunas mujeres del estudio. Aunque existe alguna accesibilidad geográfica, siempre existen obstáculos para el uso pleno de los métodos de planificación, entre algunos, la no existencia de medios de transporte.

3. Sobre la accesibilidad económica, la mayoría no incurrieron en gastos y de las que gastaron más de la mitad fue menos de 20 córdobas por mes, considerando que gastan poco ya que obtienen sus métodos de planificación familiar, en la unidad de salud local, tanto a nivel urbano como rural.

4. De las mujeres que planifican, la mayoría está utilizando la esterilización quirúrgica, seguido de inyecciones hormonales, píldoras y el dispositivo intrauterino (DIU). Las mujeres esterilizadas quirúrgicamente refieren que son las autoridades sanitarias quienes les ayudan a lograrlo, pero que a los maridos no les proporcionan la información de métodos de planificación; mucho menos les informan que él puede esterilizarse quirúrgicamente.

5. La mayoría de las mujeres refieren no estar organizadas en su comunidad. Y refirieron que idealmente una mujer debe tener de 3 a 4 hijos en su vida. Sin embargo, en la vida real estas mujeres ajustan este ideal; un grupo refiere de 1 a 2 hijos y otro de 3 a 4 hijos. El número de hijos que deseaban tener sus maridos, un tercio informó no saber, otro grupo contestó que su marido deseaba de 1 a 2 hijos y otro de 3 a 4 hijos y otros lo que Dios quiera. El total de hijos que ellas tenían al momento del estudio, fue de 1 a 2 hijos y de 3 a 4 hijos, en su mayoría. Ellas refirieron que es el marido quién debe ayudar para que una mujer planifique y que los temas de salud sexual y reproductiva se deben tratar principalmente con su pareja. Con los hallazgos encontrados y la relación en el uso de métodos, generalmente las decisiones de los hombre en la planificación familiar, tiene mucho peso y las mujeres están en dependencia de ellos.

XI. RECOMENDACIONES

Dirigidas a las autoridades del Ministerio de Salud del municipio:

- Reforzar las consejerías de parejas, para asegurar que el uso de los métodos de planificación esté consensuado entre ambas partes de la pareja.
- Garantizar todos los métodos de planificación familiar en el municipio para asegurar que haya accesibilidad adecuada para todas las diferentes necesidades de la población en edad fértil.
- Un sistema de información más dirigido a la captación temprana de las (los) adolescentes, para iniciar una buena preparación a la hora que éstos necesiten la planificación familiar y lograr evitar los embarazos a temprana edad.
- Desarrollar capacitaciones continuas al personal del centro de salud, en la actualización del uso de métodos de planificación familiar.
- Mejorar los sistemas de información a través de difusiones radiales y medios existentes en las localidades, sobre la importancia de la planificación familiar, garantizando que llegue a toda la población en edad fértil del municipio.
- Capacitar a los brigadistas de salud en todas las comunidades, ya que son la primera línea de contacto con la población, para que jueguen un rol importante en el trabajo informativo sobre la planificación familiar, con el propósito de crear mayor confianza en los que demandan el servicio.

Dirigida a las mujeres en edad fértil del municipio:

- Asistir a la unidad de salud más cercana para el control y seguimiento del método que usan, y en caso que sea necesario pedir mayor información.
- Integrarse en organizaciones de la comunidad, que velan por los intereses de las mujeres.
- Involucrar a los maridos en la planificación familiar, para que sea responsabilidad de los dos y puedan tomar decisiones como parejas en estos temas.
- Pedir mejor información sobre los pro y contra en la salud, al usar métodos de planificación familiar.

A las parejas de las mujeres en edad fértil del estudio:

- Buscar información sobre la planificación familiar, para tomar mayor responsabilidad conforme a sus necesidades de la planificación familiar.
- Asistir a las unidades de salud para conocer las opciones en la planificación familiar.
- Dialogar con su pareja sobre la cantidad de niños que les conviene procrear como familia.
- Apoyar a su pareja en la planificación de la familia que desean conformar.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1) Burson – Marsteller. La prevención de embarazos no planeados también mejora la salud de los niños. Revista CELSAM (Centro latinoamericano Salud y Mujer). Abril 2003. Revisado el 20/10/2005. Disponible en: <http://www.adam.com/urac/adrav.htm>
- 2) Aprenda sobre la población de Nicaragua. Guía del mundo. Revisado 10/12/2005. Disponible: www.guiadelmundo.com/paises/nicaragua/poblacion.html
- 3) Redondo José Carlos, Dr. Subdirector general de planificación sanitaria. Estudio de accesibilidad. Geosanidad. Realizado en Madrid, España. 2005. Revisado el 29/5/06. Disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad/planificacion/geo/geo15/pag1.htm>
- 4) Ministerio de Salud. Salud materna infantil en Nicaragua avances y desafíos 2005. Revisado el 30/5/06. Disponible en: <http://www.nicaragua.unfpa.org.ni/documento/Salud%20Materna%20e%20Infantil.pdf>
- 5) Hipólito Pavón Lasso. Evaluación de los servicios de salud. Universidad del valle, Facultad de salud. Páginas 74 – 85.
- 6) Labrada Prendas Marianela (et al.). Planificación familiar. Revista cubana, Medicina General Integral 1998. Municipio Santo Suárez, ciudad de la Havana 10500; Cuba Revisado: 06 de noviembre 2005. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revista/mgi/vol14>
- 7) White, Kerr L. (et al.). Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Concepto de accesibilidad. Publicación científica No. 534. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C, 1992. Páginas 931 y 932.
- 8) Brandley S. Catherine, MD. Department of Obstetrics & Gynecology, University of Pennsylvania Medical center, Philadelphia, PA. Review by VeriMed Healthcare Network. Actualizado: 1/29/2002. Revisado: 10 de noviembre 2005. Disponible en: www.adam.com/urac/edrev.htm
- 9) Marchiano Dominic, MD. Department of Obstetrics & Gynecology, University of Pennsylvania Medical center, Philadelphia, PA. Review by VeriMed Healthcare Network. Actualizado: 1/21/2002. Revisado: 10 de noviembre 2005. Disponible en <http://www.urac.com>

- 10) José Espinoza, Manuel Martínez, Msc. Salud comunitaria. 1ª edición. Acción Médica Cristiana. 2002. Páginas 315,317 y 318.
- 11) Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa 21 de noviembre de 1986 dirigida a la consecución del objetivo “salud para todos en el año 2000”
- 12) The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland, 21202, USA. Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs. Programas de planificación familiar Volumen XXIX, Número 1. Primavera de 2001. Serie J, Número 50. Revisado: 15 de noviembre 2005.
- 13) Carmen Reinoso del Grupo parlamentario interamericano sobre población y desarrollo. Desarrollo humano en adolescentes. América latina y el caribe. Diciembre, 1999. Revisado el 20/01/06. Disponible en: http://www.sexualidadjoven.cl/legislacion/leg_chile_inicio.htm
- 14) Robert A. Hatcher, MD, MPH, (et. al). Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Manual para personal clínico. Programa de información en población Johns Hopkins. Editorial popular. Capítulo 5 al 14.

Otras referencias bibliograficas consultadas:

- 15) Roberto Hernández Sampieri (et. al). Capítulo 5; Definición del alcance a investigar. Metodología de la investigación. Tercera edición, 2003. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Páginas; 113-137.
- 16) Kerr L. White. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Organización panamericana de la salud, 1992. páginas 391-396.
- 17) Conferencia centroamericana y del caribe: “Reducción de la pobreza, gobernabilidad democrática y de equidad de género”, Ministerio de Salud, Nicaragua, Agosto 2002. Revisado en Enero 2005. Disponible en: http://www.qtzgenero.org.ni/docs/3_2_4.pdf
- 18) C. Antonio, T. Pedro, M. Maria. Drs. Tesis para optar al título de Master en Salud Pública, CIES, Nicaragua. Factores socioculturales asociados al uso de métodos de contraceptivos en mujeres en edad fértil, en el SILAIS Chontales, Marzo 1996.
- 19) L. Heise, J. Pitanguy, A. Germain. Violencia en contra de la mujer. Una carga de salud escondida. Documentos de discusión del Banco Mundial. 1994. Basado en estudios (Rosas 1992) realizado en el Hospital de Maternidad de Lima.

ANEXOS

Instrumento Nº 1

Encuesta dirigida a las mujeres en edad fértil del Municipio de Achuapa. León. Marzo-Abril 2006

Influencia de los diferentes aspectos de la accesibilidad en el uso de métodos de planificación familiar por mujeres en edad fértil (15 a 49 años), Municipio de Achuapa, León, Marzo-Abril 2006

CONFIDENCIAL

La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines del estudio

I. Características sociodemográficas de las mujeres:	
1).Lugar de porcedencia: zona: _____ Comarca: _____	Encuestadora: /_/ / Ficha No. /_/ /_/ /
2) ¿Cuántos años cumplidos tiene? /_/ /	4) ¿Cual es su estado civil? <input type="checkbox"/> Tiene una relación estable (Marido o compañero) <input type="checkbox"/> Algunas veces tiene, pero no es una relación formal <input type="checkbox"/> Actualmente se encuentra sola (No tiene compañero) <input type="checkbox"/> Nunca ha tenido compañero.
3) ¿Cuántos años tiene de vivir en esta localidad? /_/ /	
5) ¿Alguna vez asistió a la escuela? <input type="checkbox"/> Si. ¿Cuántos años estudió: /_/ / <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universidad 6) Usted tiene facilidad para leer: <input type="checkbox"/> No sabe leer del todo <input type="checkbox"/> Lee con dificultad <input type="checkbox"/> Lee correctamente (hacer esta pregunta, solamente cuando la #5 es No)
7) ¿Qué religión profesa?: <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> Otra: ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	8) ¿Qué actividades realiza la mayor parte del tiempo? <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Trabaja a cuenta propia <input type="checkbox"/> Doméstica <input type="checkbox"/> Estudia <input type="checkbox"/> Otras. ¿Cuál?: _____ <input type="checkbox"/> Desempleada
9) Con vive en la casa? <input type="checkbox"/> Con su pareja y sus hijos (si tiene hijos) <input type="checkbox"/> Vive con sus hijos sin pareja <input type="checkbox"/> Vive con sus padres y su pareja <input type="checkbox"/> Vive con sus suegros y su pareja <input type="checkbox"/> Vive con sus padres sin pareja <input type="checkbox"/> Vive con otros familiares <input type="checkbox"/> Vive sola	10) ¿Cuántos embarazos ha tenido? /_/ / 11) ¿Cuántos hijos ha tenido? /_/ / 12) ¿Cuántos cesáreas ha tenido? /_/ / 13) ¿Cuántos abortos ha tenido? /_/ /

2. Aspectos geográficos	
14) ¿Conoce un lugar donde pueda conseguir un método de planificación familiar? <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> No	15) ¿A qué distancia se encuentra su casa del Centro? _____ (menciónelo en kilómetros) 16) ¿Cuántas horas tarda en llegar a esa clínica? _____ 17) ¿Considera que es muy lejos? _____
18) De su casa a la clínica, centro de salud, puesto de salud o farmacia existe una carretera que funcione todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	19) ¿De su casa a la clínica, puesto, centro de salud o farmacia tiene un medio de transporte para viajar? <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> No
3. Aspectos económicos:	
20) ¿Cuál es el promedio mensual de ingreso que usted tiene? C\$ _____ 21) Asiste de forma regular a una clínica, personal médico o farmacia para que le proporcione algún método de planificación familiar. <input type="checkbox"/> Si ¿Dónde? _____ <input type="checkbox"/> No	22) Si la respuesta anterior es "SI", hablemos un poco del gasto que hace. Cuanto paga por la consulta: C\$ _____ Cuanto paga por los métodos: C\$ _____
23) Cuando usted visita al Medico, el Puesto, el Centro de salud o la Farmacia: ¿Cuánto gasta en transporte? C\$ _____ ¿Cuánto gasta en el cuidado del hogar?: C\$ _____ ¿Qué otros gasto realiza? C\$ _____	24) Si asiste a una Clínica, Medico o Farmacia para conseguir un método de planificación familiar: ¿Como considera lo que usted invierte o gasta para conseguirlo?: (Contestar una de las siguientes aseveraciones.) <input type="checkbox"/> No gasta nada <input type="checkbox"/> El gasto es poco <input type="checkbox"/> Se gasta algo pero lo puede pagar sin problemas <input type="checkbox"/> Es muy caro
4. Aspectos sociales:	
25) ¿En la comunidad donde vive, existen personas trabajando para que usted pueda planificar su familia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No le interesa	26) ¿Quiénes están trabajando para que usted pueda planificar? (marcar la letra) 26.1. Sector público a) Centro de salud b) Puesto de salud/ P Médico 26.2. Sector comunitario c) Casa base d) Agente comunitario e) Colaborador voluntario 26.3. Sector privado f) Consultorio / médico privado g) Pulpería h) Farmacia i) Promotora de ONG j) Promotoras comunales k) Partera 26.4. Otro, ¿Cuál? _____

<p>27) ¿Actualmente usted está usando un método de planificación familiar? (marcas con una X lo que responda la mujer)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Si ¿Cuál es el método?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Condones _____ ▪ Píldoras _____ ▪ Inyecciones _____ ▪ Tiene el aparato (DIU)_____ ▪ Está operada para no tener más hijos_____ ▪ Marido operado para no tener más hijos_____ <p>Otro, ¿Cuál? _____</p>	<p>28) Si está usando algún método de planificación familiar, ¿Dónde lo consigue?:</p> <p><input type="checkbox"/> Donado en el Centro de Salud</p> <p><input type="checkbox"/> Donado en el Puesto de Salud</p> <p><input type="checkbox"/> Comprado en el puesto de salud</p> <p><input type="checkbox"/> Lo compra en farmacia privada</p> <p><input type="checkbox"/> Lo compra en las ventas</p> <p><input type="checkbox"/> La partera me las vende</p> <p>Otra, ¿Cuál? _____</p> <p>Esta pregunta no se hace si la #27 es No.</p>
<p>29) ¿El Personal de la unidad de salud le ha informado sobre los cuidados de su salud al planificar?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>30) ¿A usted le han gustado las charlas que le ha dado el personal de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>31) ¿La visitan de las unidades de salud para que usted pueda llegar a recibir los servicios de planificación familiar?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ¿Quién? _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>32) ¿Alguien se ha interesado por saber como se siente usted con el método que está usando?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ¿Quien? _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>33) De los métodos de planificación familiar que usted ha utilizado, ¿Cuál le ha dado mejores resultados?</p> <p>_____</p> <p>34) ¿Le han ofrecido cambiar el método cuando usted se ha quejado de que siente alguna incomodidad con el método que usa?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>35) ¿Le han ofrecido y prometido ayuda para que usted se pueda esterilizar?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ¿Quién? _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>36) ¿Le han informado a su marido o compañero de que existe un método para que el se pueda esterilizar?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ¿Quién? _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No Sabe</p>	<p>37) ¿Han hablado con su marido para informarle sobre la importancia de la planificación familiar y la existencia de métodos para él?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ¿Quién? _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe</p>
<p>38) ¿Que instituciones o personas le han informado sobre la planificación familiar?</p> <p><input type="checkbox"/> Ministerio de Salud (Médicos y enfermeras)</p> <p><input type="checkbox"/> Ministerio de Educación (Maestros)</p> <p><input type="checkbox"/> Alcaldía municipal</p> <p><input type="checkbox"/> Brigadistas de salud</p> <p><input type="checkbox"/> Parteras</p> <p><input type="checkbox"/> ONG en la comunidad</p> <p>Otros ¿Cuál? _____</p>	<p>39) Usted pertenece a alguna organización en la comunidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Si ¿Cuál? _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>40) ¿Cuales son las principales acciones que desarrollan en esa organización?</p> <p>_____</p>

5. Aspectos culturales:	
<p>41) ¿Considera usted que la familia de sus padres fue numerosa? Si ___ No ___ Porque? _____ _____</p> <p>42) ¿Cuántos hijos tiene usted actualmente? _____</p> <p>43) ¿Su hermana mayor, cuantos hijos tiene? _____</p>	<p>44) Qué número de hijos piensa usted que es mejor que tenga una mujer en su vida? _____</p> <p>45) Cuantos hijos deseaba tener usted en su vida? _____</p> <p>46) Cuantos hijos deseaba tener su compañero? _____</p> <p>Ponga 99 si dice: “Lo que Dios quiera”</p>
<p>47) ¿Piensa usted que una mujer debe controlar o planificar los hijos que desea? Favor conteste una de las siguientes aseveraciones:</p> <p><input type="checkbox"/> Es bueno planificar el número de hijos a tener.</p> <p><input type="checkbox"/> Depende del hombre si quiere o no planificar.</p> <p><input type="checkbox"/> Una mujer debe tener los hijos que Dios mande.</p>	<p>48) Para que una mujer pueda ir a un Médico, centro, Puesto de Salud o Farmacia. Favor conteste una de las siguientes aseveraciones:</p> <p><input type="checkbox"/> El hombre debe estar de acuerdo plenamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Es una decisión compartida entre la pareja.</p> <p><input type="checkbox"/> La mujer decide si va o no</p>
<p>49) ¿Quien puede ayudar para que una mujer decida planificar? Favor conteste una de las siguientes aseveraciones:</p> <p><input type="checkbox"/> El marido solamente</p> <p><input type="checkbox"/> La familia</p> <p><input type="checkbox"/> El personal de salud</p> <p><input type="checkbox"/> La partera</p> <p><input type="checkbox"/> El brigadista</p> <p><input type="checkbox"/> No necesita ayuda</p>	<p>50) ¿A cuanto tiempo después de que una mujer tiene un hijo puede salir nuevamente embarazada? Favor conteste una de las siguientes aseveraciones:</p> <p><input type="checkbox"/> Cuando Dios quiera.</p> <p><input type="checkbox"/> Debe esperar que el niño/a este grandecito/a.</p> <p><input type="checkbox"/> Puede esperar un año.</p> <p><input type="checkbox"/> Debe esperar dos años.</p> <p><input type="checkbox"/> Depende lo que quiera el marido.</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe.</p> <p><input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____</p>
<p>51) ¿Está usted embarazada actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe</p>	<p>52) Si no está embarazada, conteste una de las siguientes preguntas:</p> <p><input type="checkbox"/> Desea salir embarazada pronto.</p> <p><input type="checkbox"/> Desea salir embarazada más adelante.</p> <p><input type="checkbox"/> No desea tener más hijos.</p>
<p>53) ¿Con quien le gustaría hablar sobre temas de salud sexual y reproductiva?</p> <p><input type="checkbox"/> Con su pareja</p> <p><input type="checkbox"/> Con su mamá</p> <p><input type="checkbox"/> Con la partera</p> <p><input type="checkbox"/> Con el brigadista</p> <p><input type="checkbox"/> Con enfermera</p> <p><input type="checkbox"/> Con el medico (Hombre)</p> <p><input type="checkbox"/> Con la medica (mujer)</p> <p><input type="checkbox"/> Con otra persona ¿Quién?: _____</p>	<p>54) ¿Recuerda haber visto o escuchado algún mensaje sobre Planificación Familiar en los últimos seis meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ¿Dónde?: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Mencione el mensaje:</p>



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de investigaciones y estudios de la salud
Maestría en salud pública 2004-2006



Instrumento Nº 2

Estudio de Tesis: Influencia de los diferentes aspectos de la accesibilidad en el uso de métodos de planificación familiar por mujeres en edad fértil (15 a 49 años), Municipio de Achuapa, León, Marzo-Abril 2006

GUIA DE CONSULTA A LOS DIFERENTES EXPENDIOS DE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL MUNICIPIO.

El principal objetivo de esta guía es obtener información sobre la existencia/disponibilidad de métodos de planificación familiar que tienen en dicho expendio y cuales de ellos son los métodos adquiridos/comprados regularmente por las mujeres.

Fecha de recolección __/__/__

Nombre del expendio_____

1. Existencia/disponibilidad de métodos de planificación familiar:

Si_____ No_____

Tipos de métodos:

- Condomes masculinos.
- Condomes femeninos.
- Anticonceptivos orales/píldoras.
- Anticonceptivos inyectables.
- Dispositivo intrauterino (DIU).
- Espermicidas.
- Parche vaginal.
- Diafragma
- Anillo vaginal.
- Esponja vaginal.
- Píldora de la mañana siguiente.
- Otros; ¿Cuál?_____

2. Cuáles son los métodos adquiridos/comprados por las mujeres.

- Condones masculinos.
- Condones femeninos.
- Anticonceptivos orales/píldoras.
- Anticonceptivos inyectables.
- Dispositivo intrauterino (DIU).
- Espermicidas.
- Parche vaginal.
- Diafragma
- Anillo vaginal.
- Esponja vaginal.
- Píldora de la mañana siguiente.
- Otros; ¿Cuál? _____

3. ¿Quiénes son las mujeres que normalmente adquieren/compran los métodos de planificación familiar en este expendio?

- Mujeres jóvenes
- Mujeres mayores

4. En el caso de expendios institucionales (centros y puestos de salud), ¿cuál es la cobertura de métodos de planificación familiar?

Urbana _____

Rural _____

De todo el municipio _____

5. Observaciones: _____

Resultados

Tabla N° 1
Edad de las mujeres estudiadas, Achuapa Marzo-Abril 2006.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 15 a 19 años	53	14.8%
De 20 a 35 años	219	58.3%
De 36 a 49 años	97	26.9%
Total	360	100.0%

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

Tabla N° 2
Tiempo de vivir en la localidad, Achuapa Marzo-Abril 2006.

Tiempo de vivir en la localidad	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 años	4	1.1%
4 a 10 años	26	7.2%
Más de 10 años	330	91.7%
Total	360	100.0%

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

Tabla N° 3
Estado civil de las mujeres del estudio, Achuapa marzo-Abril 2006.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Relación estable	260	72.2%
Actualmente sola	51	14.2%
Nunca ha tenido compañero.	48	13.3%
No relación estable	1	0.3%
Total	360	100.0%

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

Tabla N° 4
Facilidad para leer, Achuapa Marzo – Abril 2006.

Facilidad para leer	Frecuencia	Porcentaje
Lee con dificultad	16	43.2%
No sabe leer del todo	16	43.2%
Lee correctamente	5	13.6%
Total	37	100.0%

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa. n=37

Tabla N° 5.
Religión que profesan las mujeres en estudio, Achuapa Marzo-Abril 2006.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	239	66.4%
Evangélica	88	24.4%
Ninguna	33	9.2%
Total	360	100.0%

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

Tabla N° 6.
Ocupación/oficio de las mujeres del estudio, Achuapa Marzo-Abril 2006.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	281	78.1%
Estudia	30	8.3%
A cuenta propia	19	5.3%
Doméstica	15	4.2%
Otras	15	4.2%
Total	360	100.0%

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa

Tabla N° 7.
Datos obstétricos de las mujeres en estudio, Achuapa Marzo – Abril 2006.

Embarazos	Frecuencia	Porcentaje
0 embarazos	65	18.1%
De 1 a 3	192	53.3%
De 4 a 6	72	20.0%
De 7 a más	31	8.6%
<i>Total</i>	360	100.0%
Hijos que ha tenido		
0	86	20.6%
De 1 a 3	184	53.9%
De 4 a 6	64	17.8%
De 7 a más	28	7.7%
<i>Total</i>	360	100.0%
Cesáreas		
0 (no han tenido)	334	92.8%
1	18	5.0%
2	6	1.7%
3	2	0.5%
<i>Total</i>	360	100.0%
Abortos		
0 (no han tenido)	311	86.4%
1	37	10.3%
2	7	1.9%
3	5	1.4%
<i>Total</i>	360	100.0%

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

(n = 360)

Tabla N° 8.
**Lugar donde conseguir los métodos de planificación familiar, Achuapa
 Marzo – Abril 2006.**

Conoce un lugar donde conseguir métodos.	Frecuencia	Porcentaje
Si	350	97.2%
No	10	2.8%
Total	360	100.0%

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

(n = 360)

Tabla N° 9.
**Aspectos de la accesibilidad geográfica de las mujeres en estudio, Achuapa
 Marzo – Abril 2006.**

Distancia que hay desde el hogar al lugar donde consigue el método.	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 kilómetro	118	33.7%
De 1 a 3 kilómetros	60	17.2%
De 4 Y más kilómetros	172	49.1%
<i>Total</i>	<i>350</i>	<i>100.0%</i>
Tiempo en horas.		
Menos de 1 hora	220	62.9%
De 1 a 3 horas	129	36.9%
Más de 4 horas	1	0.2%
<i>Total</i>	<i>350</i>	<i>100.0%</i>
Existencia de carretera en la comunidad.		
Si	301	86.0%
No	49	14.0%
<i>Total</i>	<i>350</i>	<i>100.0%</i>
Existencia de medios de transporte.		
Si	149	42.6%
No	201	57.4%
<i>Total</i>	<i>350</i>	<i>100.0%</i>

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

(n = 350)

Tabla N° 10.
Asiste a un lugar donde le proporcionan los métodos de planificación familiar, Achuapa, Marzo – Abril 2006.

Asiste a un lugar donde le proporcionen métodos.	Frecuencia	Porcentaje
Si	138	57.5%
No	102	42.5%
<i>Total</i>	<i>240</i>	<i>100.0%</i>

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

(n = 240)

Tabla N° 11
Gastos de las mujeres en estudio para conseguir los métodos, Achuapa, Marzo – Abril 2006.

Gastos de las mujeres para conseguir el método.	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 20 córdobas	38	57.5%
De 21 a 50 córdobas	13	19.7%
De 51 a 100 córdobas	5	7.6%
Más de 100 córdobas	10	15.2%
<i>Total</i>	<i>66</i>	<i>100.0%</i>
Consideración del gasto que hace.		
Gasta poco	31	46.9%
No gasta nada	23	34.8%
Lo puedo pagar	7	10.6%
Es caro	5	7.7%
<i>Total</i>	<i>66</i>	<i>100.0%</i>

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

(n = 66)

Tabla N° 12.
Utilización de métodos de planificación familiar, Achuapa, Marzo – Abril 2006.

Uso de métodos de planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje
Si	216	71.8%
No	85	28.2%
Total	301	100.0%

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

(n = 301)

Tabla N° 13.
Métodos que utilizan las mujeres, Achuapa, Marzo – Abril 2006.

Método que utilizan	Frecuencia	Porcentaje
Esterilización quirúrgica	61	28.24%
Anticonceptivos inyectables.	60	27.80%
Gestágenos orales (píldoras)	58	26.85%
Condomes	15	6.94%
Dispositivo intrauterino (DIU).	12	5.55%
MELA	5	2.31%
Ritmo	5	2.31%
Total	216	100.0%

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

(n = 216)

Tabla 14

Actividades de promoción sobre métodos de planificación, realizada por la unidad de salud local, Achuapa, Marzo – Abril 2006.

Información sobre cuidados de la salud al planificar.	Frecuencia	Porcentaje
Si	233	64.7%
No	127	35.3%
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>100.0%</i>
Ayuda a la mujer para esterilizarse.		
Si	115	31.95%
No	245	68.05%
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>100.0%</i>
Han informado al marido para informarle sobre la planificación familiar.		
Si	70	19.4%
No	186	51.6%
No sabe	104	29.0%
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>100.0%</i>
Han informado al marido que él puede panificar, esterilizándose.		
Si	35	9.8%
No	211	58.6%
No sabe	114	31.6%
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>100.0%</i>

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

Tabla N° 15.

Antecedentes sobre el tamaño de la familia de las mujeres en estudio, Achuapa, Marzo – Abril 2006.

Familia de sus padres numerosa.	Frecuencia	Porcentaje
Si	222	61.7%
No	138	38.3%
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>100.0%</i>
Hijos que tiene la hermana mayor de la mujer encuestada.		
0 hijos	6	1.7%
De 1 a 2 hijos	74	20.6%
De 3 a 4 hijos	63	17.5%
De 5 a 6 hijos	33	9.2%
De 7 a más	42	11.6%
No tiene hermana mayor	142	39.4%
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>100.0%</i>

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa

Tabla N° 16
**Valoración de las mujeres en estudio sobre el tamaño de su familia,
 Achupapa, Marzo – Abril 2006.**

Hijos que debe tener una mujer en su vida.	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 2 hijos	130	36.1%
De 3 a 4 hijos	189	52.5%
De 5 a 6 hijos	21	5.9%
De 10 a más hijos	2	0.6%
No dice	5	1.4%
Lo que Dios quiera	13	3.5%
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>100.0%</i>
Hijos que deseaba tener la encuestada mujer en su vida.		
0 hijos	1	0.3%
De 1 a 2 hijos	152	42.2%
De 3 a 4 hijos	152	42.2%
De 5 a 6 hijos	15	4.2%
De 7 a más hijos	10	2.9%
No dice	24	6.7%
Lo que Dios quiera	6	1.5%
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>100.0%</i>
Hijos que deseaba tener su compañero (marido).		
0 hijos	1	0.3%
De 1 a 2 hijos	101	28.1%
De 3 a 4 hijos	93	25.8%
De 5 a 6 hijos	15	4.1%
De 7 a más hijos	8	2.3%
No saben	120	33.3%
Lo que Dios quiera	22	6.1%
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>100.0%</i>
Hijos que tiene actualmente la mujer encuestada.		
0 hijos	73	20.3%
De 1 a 2 hijos	159	44.1%
De 3 a 4 hijos	71	19.8%
De 5 a 6 hijos	33	9.2%
De 7 a más hijos	24	6.6%
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>100.0%</i>

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achupapa

Tabla N° 17.

Decisiones relacionadas a la planificación familiar de las mujeres estudiada, Achuapa, Marzo – Abril 2006.

Una mujer debe planificar los hijos que desee.	Frecuencia	Porcentaje
Si, es bueno planificar	331	91.9%
Lo que Dios mande	19	5.3%
Depende del hombre	10	2.8%
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>100.0%</i>
Decisiones sobre asistir o no a la unidad de salud o farmacia.		
Decisión compartida	260	72.2%
La mujer decide	79	21.9%
El hombre debe estar de acuerdo	18	5.0%
No dice	3	0.9%
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>100.0%</i>
Ayuda para que la mujer estudiada pueda planificar.		
El marido	152	42.2%
El personal de salud	98	27.2%
La familia	55	15.3%
No necesita ayuda	50	13.9%
La partera	3	0.9%
La brigadista de salud	2	0.5%
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>100.0%</i>

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

Tabla N° 18.

Tiempo de espera de un nuevo embarazo que refieren las mujeres estudiadas, Achuapa, Marzo – Abril 2006.

Tiempo de espera para un nuevo embarazo.	Frecuencia	Porcentaje
1 año o menos	12	3.5%
2 años o más	259	71.9%
No sabe	82	22.8%
Cuando Dios mande	7	1.8%
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>100.0%</i>

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

Tabla N° 19
Deseos de embarazo la mujer estudiada, Achuapa, Marzo – Abril 2006.

Deseo de embarazo de la mujer estudiada.	Frecuencia	Porcentaje
Más adelante	179	51.28%
No desea más hijos	157	45.00%
Desea salir pronto	13	3.72%
Total	349	100.0%

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

(n = 349)

Tabla N° 20
Con quien hablar sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva, Achuapa, Marzo – Abril 2006.

Con quien hablar sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva.	Frecuencia	Porcentaje
Con su pareja	193	53.62%
La doctota (mujer)	67	18.6%
Con su mamá	40	11.1%
Enfermera	25	6.95%
El doctor (hombre)	22	6.11%
Otra persona	8	2.22%
La partera	3	0.8%
Brigadista de salud	2	0.6%
Total	360	100.0%

Fuente; encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

Tabla N° 21
Edad de las mujeres en estudio en relación al uso de métodos de planificación familiar, Achuapa Marzo-Abril 2006.

Edad	Total de mujeres por grupo de edad.	Mujeres que usan métodos.	Tasa de uso de métodos.
15 a 19	19	13	68.4%
20 a 35	176	138	78.4%
36 a 49	93	60	64.5%

Fuente; encuesta. Valor de p = 0.0442; Chi cuadrado=6.2393

n = (288)

Tabla N° 22
Ocupación en relación al uso de métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio, Achuapa Marzo-Abril 2006.

Ocupación	Total de mujeres por ocupación	Mujeres que usan métodos.	Tasa de uso de métodos.
A cuenta propia	15	11	73.3%
Ama de casa	246	187	76.0%
Doméstica	13	6	46.2%
Estudia	2	0	00.0%
Otras	12	7	58.3%

Fuente; encuesta. Valor de p = 0.0130; Chi cuadrado=12.6753.

n = (288)

Tabla N° 23
Existencia de personal trabajando en la promoción de métodos en relación Uso de métodos de planificación familiar, Achuapa Marzo-Abril 2006.

Existe personal trabajando en promoción.	Total de mujeres	Mujeres que usan métodos	Tasa de uso de métodos
No hay personal trabajando.	41	27	65.9%
No le interesa	2	0	00.0%
No sabe	14	6	42.9%
Existe personal trabajando.	231	176	76.2%

Fuente; encuesta. Valor de p = 0.0234; Chi cuadrado=9.4974.

n = (288)

Tabla N° 24
Número de hijos que deseaba tener el marido de las mujeres en estudio relacionado con el uso de métodos de planificación familiar. Achuapa Marzo-Abril 2006.

Hijos que deseaba el marido.	Total de mujeres	Mujeres que usan métodos	Tasa de uso de métodos
0 a 3 hijos	145	122	84.1%
4 a 6 hijos	46	36	78.3%
Lo que Dios quiera	97	53	54.6%

Fuente; encuesta. Valor de p = 0.0000; Chi cuadrado=26.517.

n = (288)

Tabla N° 25

Número de hijos que piensa la mujer en estudio debe tener la mujer en su vida relacionado al uso de métodos. Achuapa Marzo-Abril 2006.

Número de hijos que debe tener la mujer en su vida.	Total de mujeres	Mujeres que usan métodos	Tasa de uso de métodos
De 0 a 3 hijos	191	138	72.3%
De 4 a 6 hijos	80	62	77.5%
7 a más hijos	2	2	100.0%
Lo que Dios quiera	11	6	54.5%
No sabe	4	3	75.0%

Fuente; encuesta. Valor de $p = 0.4723$; Chi cuadrado=14.0042
 $n = (288)$

Tabla N° 26

Decisión para que la mujer asista a la unidad de salud para planificar en relación al uso de métodos de planificación. Achuapa Marzo-Abril 2006.

Para que una mujer asista a la unidad de salud	Total de mujeres	Mujeres que usan métodos	Tasa de uso de métodos
Decisión compartida	206	153	74.3%
El hombre debe estar de acuerdo	14	13	92.9%
La mujer decide	65	43	66.2%

Fuente; encuesta. Valor de $p = 0.1036$; Chi cuadrado=4.5350.
 $n = (288)$

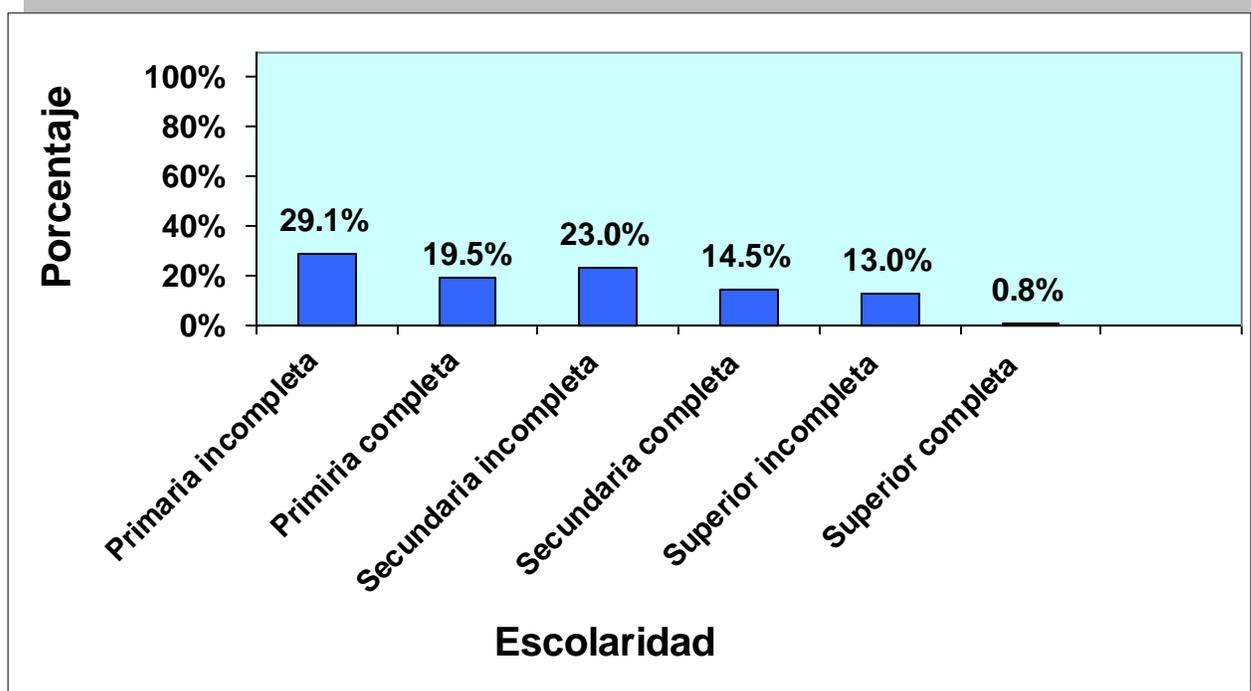
Tabla N° 27

Tiempo que la mujer en estudio debe esperar para espaciar otro embarazo en relación al uso de métodos de planificación. Achuapa Marzo-Abril 2006.

Tiempo que debe esperar para espaciar los embarazos	Total de mujeres	Mujeres que usan métodos	Tasa de uso de métodos
Depende del marido.	7	6	85.7%
Dios decide	3	2	66.7%
Dos años	62	44	71.0%
Niño grande	152	109	71.7%
No sabe	10	6	60.0%
Otras	45	35	77.8%

Fuente; encuesta. Valor de $p = 0.4664$; Chi cuadrado=5.6253
 $n = (288)$

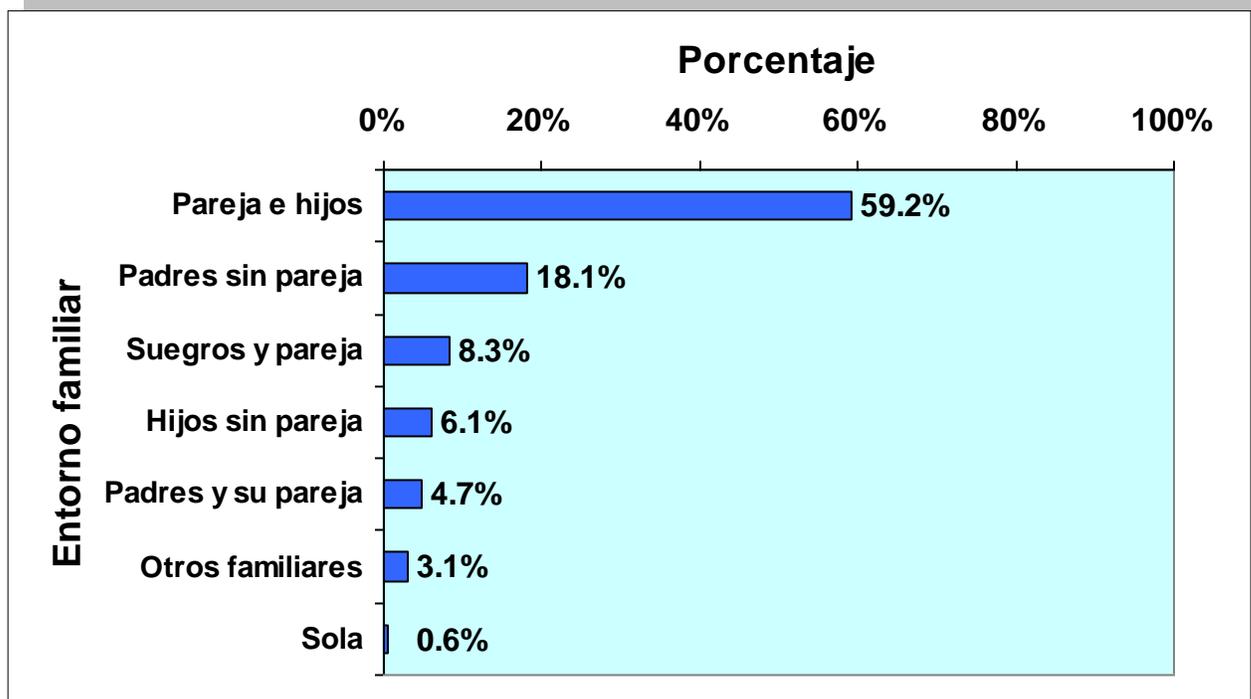
Gráfico N° 1.
Escolaridad de las mujeres en estudio, Achuapa Marzo-Abril 2006.



Fuente: Encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

(n = 323)

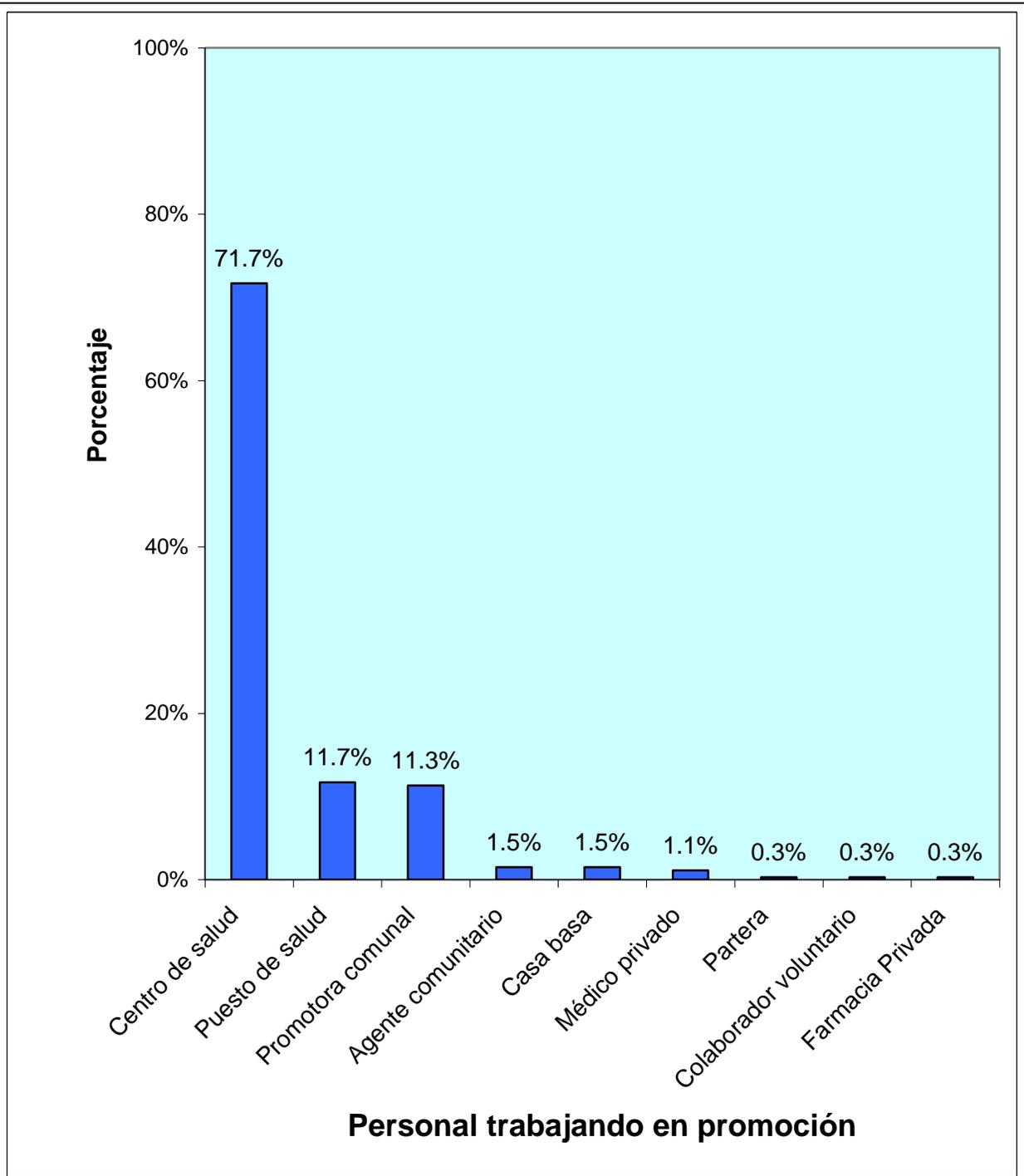
Gráfico N° 2.
Entorno familiar de las mujeres en estudio, Achuapa, Marzo – Abril, 2006.



Fuente: Encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

(n = 360)

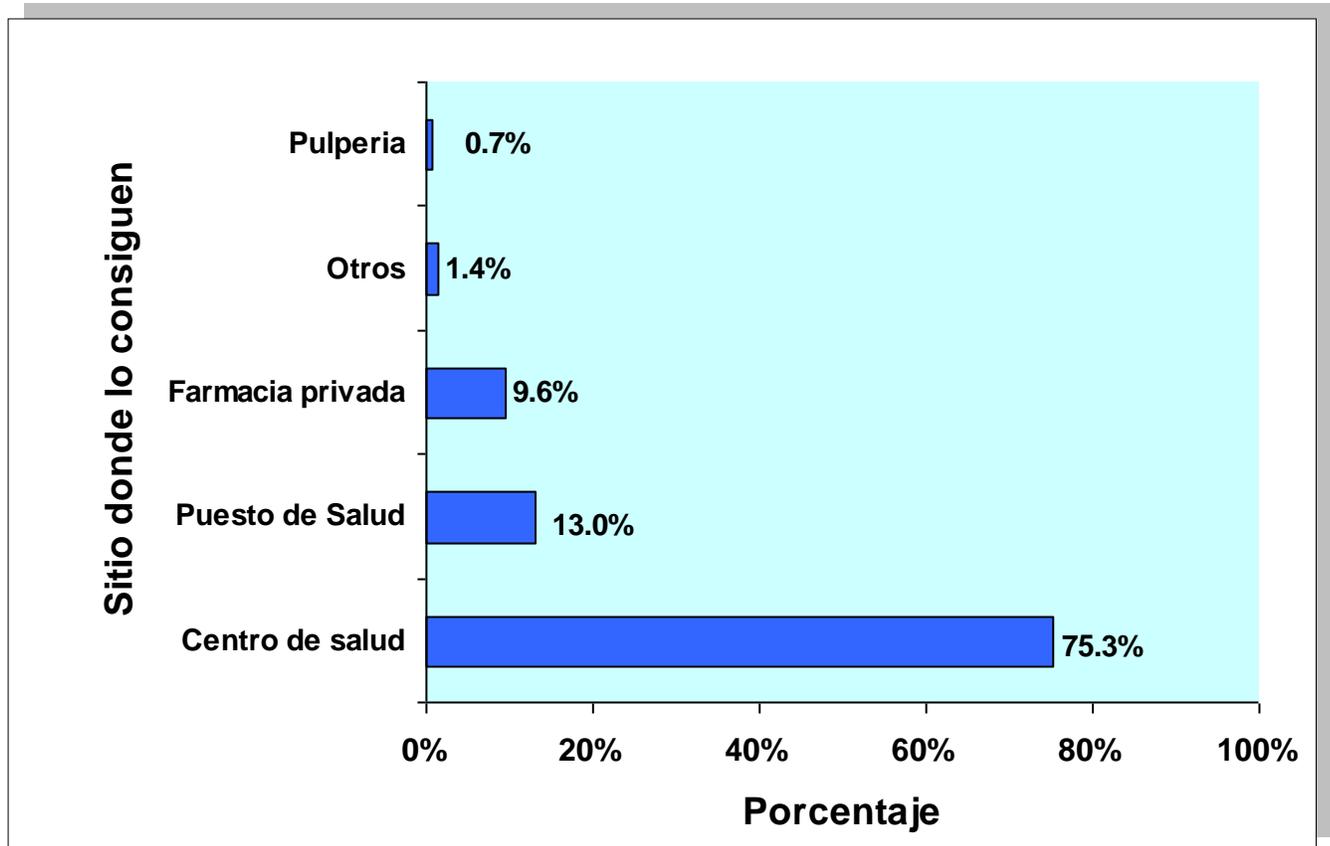
Gráfico N° 3.
Personal trabajando en promocionar el uso de métodos de planificación familiar, Achuapa, Marzo – Abril 2006.



Fuente; Encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa.

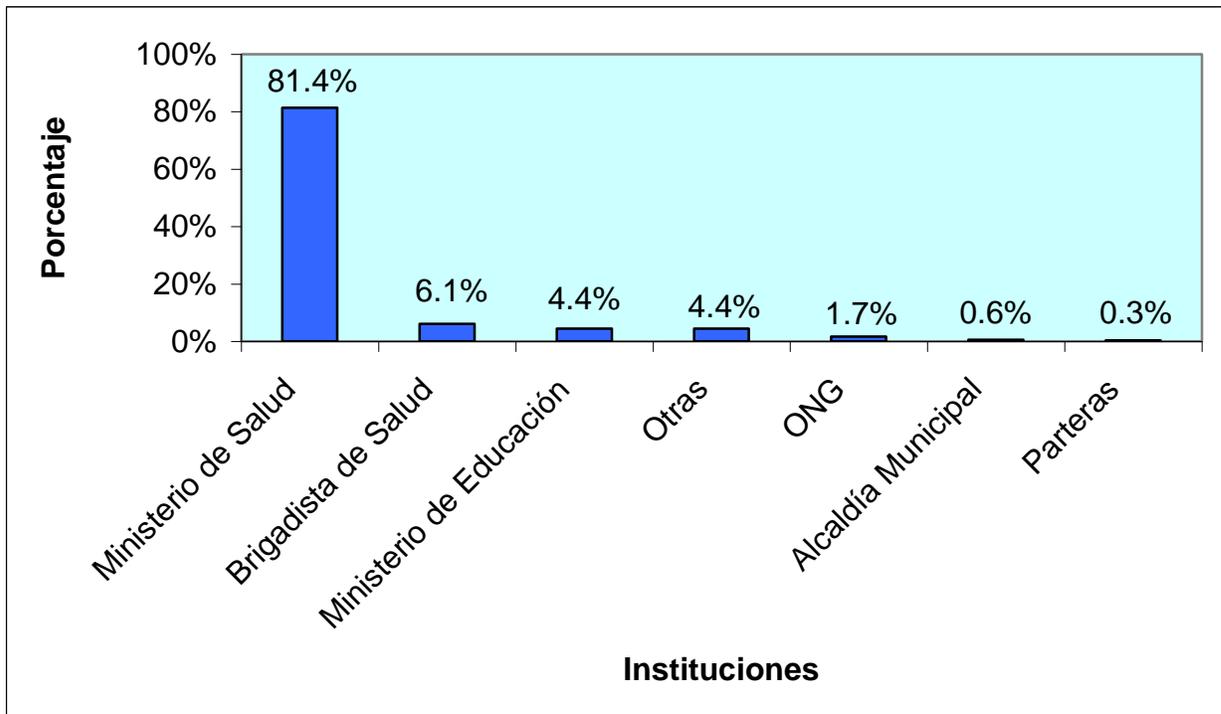
(n = 265)

Gráfico N° 4.
Lugar donde las mujeres en estudio adquieren el método de planificación familiar, Achuapa, Marzo – Abril 2006.



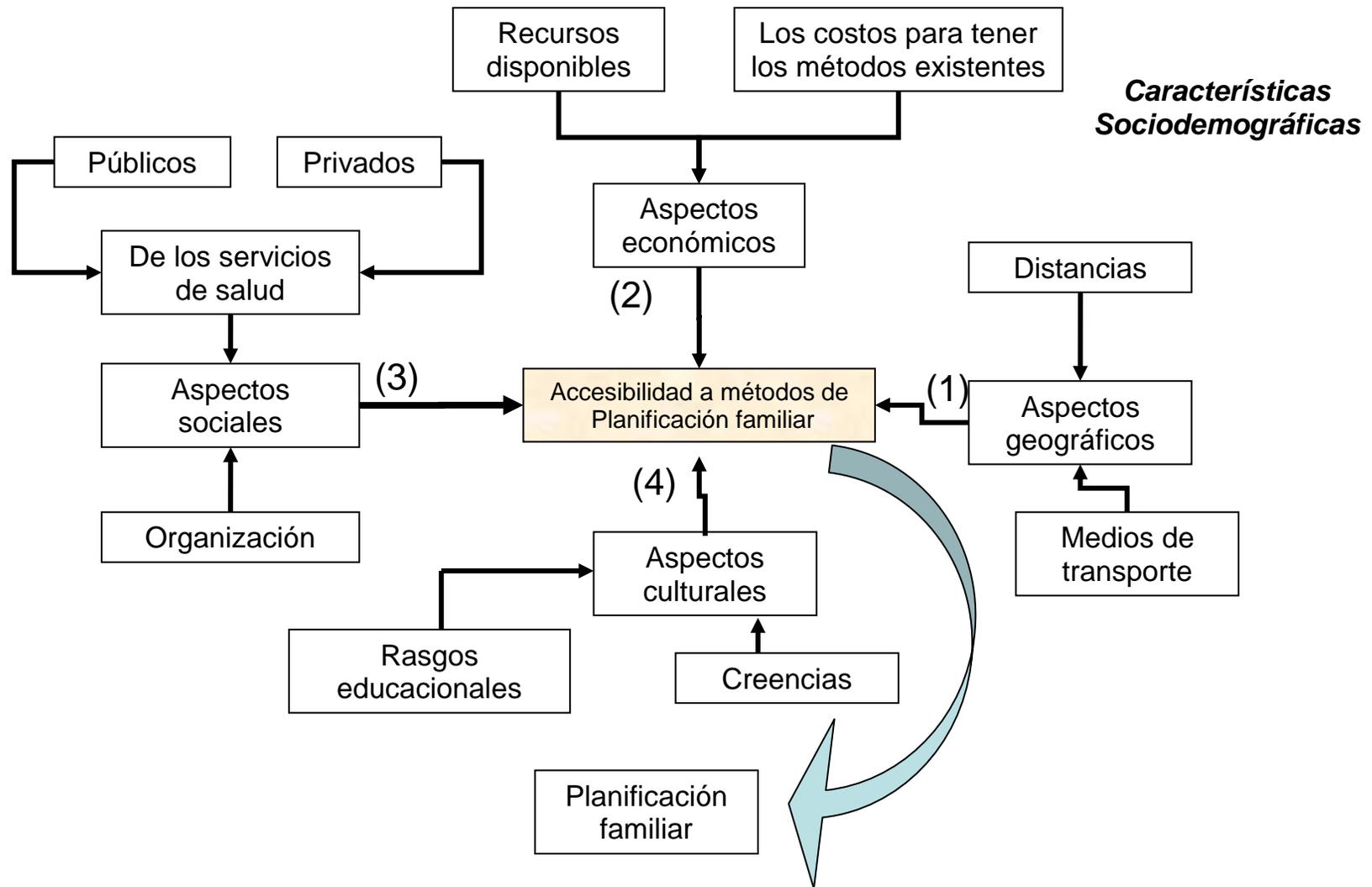
Fuente; Encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa. (n = 146)

Gráfico N° 5.
Instituciones que han informado sobre la planificación familiar en la comunidad, Achuapa, Marzo – Abril 2006.



Fuente: Encuesta realizada a la MEF del Municipio de Achuapa. (n = 360)

Modelo explicativo del acceso a métodos de planificación familiar



Operacionalización de las variables.

Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas de las mujeres en estudio.

Variables	Definición Operacional.	Indicador	Escala	Valor
Procedencia.	Lugar que residen desde hace un año.	Referencia de la mujer al momento de la encuesta.	Nominal	Urbana: Zona Rural: Comarca
Edad (años cumplidos)	Tiempo que transcurre entre el nacimiento y el momento de la encuesta realizada a la mujer	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Continua	15 a 19 años 20 a 35 años 36 a 49 años
Tiempo de vivir en su localidad.	Tiempo que ha transcurrido desde que llego a esa localidad.	Referencia de la mujer al momento de la encuesta.	Ordinal	De 1 a 3 años De 4 a 10 años Más de 10 años
Estado civil de las mujeres.	Situación de las mujeres de orden familiar o social.	Referencia de la mujer al momento de la encuesta.	Nominal	Relación estable No relación estable Nunca ha tenido compañero. Sola
Grado de escolaridad.	Años de instrucción recibido en instituciones escolares por la mujer	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Ordinal	Sin educación. Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Superior completa
Facilidad de lectura.	Lee con facilidad o solo algunas palabras.	Referencia de la mujer al momento de la encuesta.	Nominal	Lee correctamente No lee Lee con dificultad
Religión	La religión que practica actualmente las mujeres encuestadas.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	Católica Evangélica Testigo de Jehová. Protestante Bautista Ninguna Otra

Operacionalización de las variables (Cont.).

Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas de las mujeres en estudio.

Variables	Definición Operacional.	Indicador	Escala	Valor
Ocupación/oficio de las mujeres.	Situación laboral de la mujer.	Referencia de la mujer al momento de la encuesta.	Nominal	Trabaja a cuenta propia. Ama de casa Doméstica Estudia Otras
Con quien vive la mujer en la casa.	Condición domiciliar de la mujer.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	Pareja e hijos. Hijos sin pareja. Padres sin pareja. Padres y su pareja. Suegros y pareja. Sola Otros familiares.
Número de embarazos.	Periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto.	Referencia de la mujer al momento de la encuesta.	Ordinal	0 embarazos 1 a 3 embarazos 4 a 6 embarazos 7 a más embarazos
Número de partos.	Hijos que ha tenido la mujer.	Referencia de la mujer al momento de la encuesta.	Ordinal	0 partos 1 a 3 partos 4 a 6 partos 7 a más partos
Número de cesáreas.	Intervención quirúrgica, para la extracción del bebé.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Continua	0 cesáreas 1 cesárea 2 cesáreas 3 cesáreas
Número de abortos.	Terminación de un embarazo.	Referencia de la mujer al momento de la encuesta.	Continua	0 aborto 1 aborto 2 abortos 3 abortos

Operacionalización de las variables (Cont.).

Objetivo. 2: Aspectos geográficos que influyen en la accesibilidad a métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio.

Variables	Definición Operacional.	Indicador	Escala	Valor
Lugar donde conseguir los métodos de planificación familiar.	Servicios para obtener los métodos de planificación familiar.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	Si conoce No conoce
Distancia que hay desde el hogar hasta donde consiguen los métodos	Distancia en Kilómetros que hay de su casa al lugar de métodos.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta.	Ordinal	Menos de 1 Km. De 1 a 3 Km. De 4 a más Km.
Tiempo que utiliza para llegar al lugar donde consigue los métodos.	Tiempo en horas que tarde para lograr conseguir los métodos.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta.	Ordinal	Menos de 1 hora. De 1 a 3 horas. Más de 4 horas.
Existencia de carreteras en la comunidad.	Carretera con condiciones para transitar todo el año al lugar donde conseguir los métodos.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta.	Nominal	Si No
Existencia de medio de transporte de las mujeres para conseguir los métodos.	Las mujeres tienen acceso a algún medio de transporte para conseguir los métodos de planificación familiar.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta.	Nominal	Si No
Valoración de las mujeres encuestadas sobre la distancia.	Consideración de la mujer a si es lejos o no el lugar donde consiguen los métodos.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta.	Nominal	Es lejos No lejos

Operacionalización de las variables (Cont.).

Objetivo 3: Aspectos económicos que influyen en la accesibilidad a métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio:

VARIABLES	Definición Operacional.	Indicador	Escala	Valor
Asistencia a un lugar donde le proporcionan los métodos de planificación familiar.	Servicios donde la mujer obtiene los métodos de planificación familiar.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	Si No
Gastos que realizan las mujeres en estudio para obtener los métodos de planificación familiar.	Toda la inversión en córdobas que la mujer usa para la obtención de los métodos.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta.	Ordinal	No paga nada. Menos de 20. De 21 a 50. De 51 a 100. Más de 100 córdobas.
Como considera lo que invierte.	Consideración del gasto que hace la mujer en estudio para conseguir los métodos.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta.	Nominal	No gasta nada. Gasta poco. Lo puede pagar. Caro.

Operacionalización de las variables (Cont.).

Objetivo 4: Aspectos sociales que influyen en la accesibilidad a métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio.

Variables	Definición	Indicador	Escala	Valor
Promoción al uso de métodos de planificación familiar.	Personal trabajando en promoción al uso de métodos de planificación familiar.	Referencia de la mujer a al momento de la encuesta.	Nominal	Si No
Quienes trabajan en la promoción al uso de método de planificación familiar.	En la comunidad quienes están trabajando en la promoción de MPF.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	Centro de salud. Puesto de salud. Promotora comunal. Agente comunitario. Casa base. Médico privado. Partera. Colaborador voluntario. Farmacia privada.
Uso de métodos de planificación familiar.	La mujer estudiada esta planificando actualmente.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	Si No
Métodos que utilizan las mujeres del estudio.	Tipo de método de planificación familiar usa la mujer en estudio.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	Esterilización quirúrgica Anticonceptivos inyectables. Gestágenos orales (píldoras). Condomes. Dispositivo intrauterino (DIU). MELA Ritmo

Operacionalización de las variables (Cont.).

Objetivo 4: Aspectos sociales que influyen en la accesibilidad a métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio (Cont.)

Variables	Definición	Indicador	Escala	Valor
Donde adquieren las mujeres del estudio los MPF.	Lugar donde la mujer estudiada adquiere el método de planificación familiar.	Referencia de la mujer a al momento de la encuesta.	Nominal	Centro de salud. Puesto de salud. Farmacia privada. Clínica privada ONG Pulperías (ventas) Otros
Existencia de institución o persona le han informado sobre la planificación familiar en su comunidad.	En la comunidad existen instituciones/personal que le ha informado sobre la planificación familia.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	Si No
Organización de las mujeres en estudio.	La mujer estudiada pertenece a alguna organización en su comunidad.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	Si No

Operacionalización de las variables (Cont.).

Objetivo 5: Aspectos culturales que influyen en la accesibilidad a métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio.

Variables	Definición Operacional.	Indicador	Escala	Valor
Antecedentes familiares de número de hijos.	La familia de los padres de la mujer estudiada fue numerosa.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta.	Nominal	Si No
Antecedentes familiares de número de hijos.	Número de hijos que tiene su hermana mayor.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta.	Ordinal	0 hijos De 1 a 2 hijos De 3 a 4 hijos De 5 a 6 hijos De 7 a más No dice
Hijos que debe tener una mujer en su vida.	Hijos que piensa la mujer en estudio que una mujer debe tener en su vida.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta.	Ordinal	De 1 a 2 hijos De 3 a 4 hijos De 5 a 6 hijos De 10 a más hijos No dice Lo que Dios quiera
Hijos que deseaba la mujer en su vida.	Hijos que deseaba la mujer en estudio que una mujer debe tener en su vida	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta.	Ordinal	0 hijos De 1 a 2 hijos De 3 a 4 hijos De 5 a 6 hijos De 7 a más hijos No dice Lo que Dios quiera

Operacionalización de las variables (Cont.).

Objetivo 5: Aspectos culturales que influyen en la accesibilidad a métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio (Cont.).

Variables	Definición Operacional.	Indicador	Escala	Valor
Hijos que deseaba tener su compañero (marido).	Hijos que refiere la mujer en estudio que el hombre deseaba tener en su vida	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta.	Ordinal	0 hijos De 1 a 2 hijos De 3 a 4 hijos De 5 a 6 hijos De 7 a más hijos No dice Lo que Dios quiera
Hijos que tiene la mujer estudiada actualmente.	Número de hijos que tiene la mujer en estudio.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta.	Ordinal	0 hijos De 1 a 2 hijos De 3 a 4 hijos De 5 a 6 hijos De 7 a más hijos
Planificación de los hijos que la mujer desea	Que piensa la mujer encuestada sobre planificar los hijos.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	Si, es bueno planificar Lo que Dios mande Depende del hombre
Decisiones sobre asistencia o no a la unidad de salud o farmacia.	La mujer estudiada decide su asistencia a la unidad de salud para la planificación familiar.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	Decisión compartida. La mujer decide. El hombre debe estar de acuerdo. No dice
Ayuda para que la mujer del estudio planifique.	La mujer estudiada tiene ayuda para que pueda planificar su familia.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	El marido El personal de salud La familia No necesita ayuda La partera La brigadista de salud

Operacionalización de las variables (Cont.).

Objetivo 5: Aspectos culturales que influyen en la accesibilidad a métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio (Cont.).

Variables	Definición Operacional.	Indicador	Escala	Valor
Tiempo de espera de un nuevo embarazo según la mujer del estudio.	Cuanto tiempo considera la mujer del estudio para quedar embarazada nuevamente.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Ordinal	1 año o menos 2 años o más No sabe Cuando Dios mande
Deseos de embarazos de las mujeres en estudio.	Aptitud de las mujeres del estudio sobre los deseos de embarazarse.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	Desea salir pronto Más adelante No desea más hijos
Con quien hablar sobre temas de Salud Sexual y reproductiva.	Preferencia de alguna persona que tiene la mujer en estudio para hablar sobre temas de salud sexual y reproductiva.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	Con su pareja Con su mamá La partera Brigadista de salud Enfermera El doctor (hombre) La doctota (mujer) Otra persona
Mensaje sobre planificación familiar que ha escuchado la mujer estudiada.	Que la mujer mencione si ella ha escuchado algún mensaje sobre la planificación familiar en su comunidad o entorno donde se mueve.	Referencia personal de la mujer al momento de la encuesta	Nominal	Si No