



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NICARAGUA UNAN MANGUA

Tesis para optar al título de médico y cirujano

TITULO:

“Creencias y actitudes del uso de dispositivo intrauterino en mujeres en edad fértil del centro de salud José Napoleón García Nandasmo Masaya “

Autores:

Dra. Sofía Valeria Ramírez Ocon

Dr. Wilson Steven López Rayo

Dr. Juan Carlos Rodríguez

Asesor metodológico

Dr. Francisco Rodríguez Lara

Especialista en pediatría y neonatología

Tutor. Dra. Dayana Rodríguez

INDICE

Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Resumen	III

CAPITULO	PÁGINA
I. Introducción	5
II. Antecedentes.....	6
III. Justificación.....	9
IV. Planteamiento del problema.....	10
IX. Discusión.....	45
V. Objetivos.....	11
VI. Marco teórico.....	12
VII. Diseño Metodológico.....	32
VIII. Resultados.....	37
IX. Discusión.....	43
X. Conclusiones.....	49
XI.Recomendaciones.....	50
XII. Bibliografía.....	53
XIII. Anexos.....	55

DEDICATORIA

A Dios: Padre y Señor de la creación, fuente de vida, amor y conocimiento.

A nuestros padres: Sin ellos y su confianza en la culminación de nuestras metas y sueños no podría ser nada posible, haciendo honra con esta obra.

A nuestro asesor metodológico: Hombre abnegado instrumento de Dios que nos inspira a ser como el, ejemplo que marcará nuestras profesiones siempre.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Francisco Rodríguez Lara maestro y guía en la elaboración y culminación de nuestra tesis

A Petrona Paula Sánchez Méndez salubrista del centro de Salud José Napoleón García de Nandasma quien nos brindó apoyo incondicional y espacio en la elaboración de nuestra obra.

RESUMEN

El presente estudio creencias y actitudes del uso de dispositivo intrauterino en mujeres en edad fértil del centro de salud José Napoleón García Nandasm Masaya, tiene como propósito u objetivo principal identificar y descubrir las diferentes creencias y actitudes que tienen las mujeres en edad fértil, tomando en cuenta a pacientes que estén activas en sus controles de planificación familiar, para así conocer si estas creencias influyen o no en las actitudes que tendrán las mujeres, para el uso del dispositivo intrauterino. Por lo tanto podemos evidenciar que de la muestra de 105 participantes la edad predominante fue el grupo entre 20 a 34 años de edad con un 71%, de estas el 10.5% utilizan este método en cambio el 89.5% no lo utiliza, de esto se obtiene que según los mitos y tabúes el 5% cree que se encarna al útero, un 2% provoca dolor a la pareja al tener relaciones sexuales y provocara cáncer, con el 1% él bebe nacerá con la T de cobre adherida al cuerpo y ocasiona embarazos fuera de la matriz, esto según las que si utilizan este método, en cuanto a las que no lo portan opinaron que un 20% provoca cáncer y embarazos fuera de la matriz, un 19% se encarna en el útero y causa dolor a la pareja al tener relaciones sexuales, un 7% él bebe nace con la T de cobre adherida al cuerpo, y según sus beneficios solo el 4% de las que portan el DIU creen conocer algunos de ellos, el 9.5% de las que no lo portan creen conocer algunos beneficios. Por lo tanto, concluimos con estas evidencias en que aún existen muchas creencias erróneas y muy poco conocimiento del dispositivo intrauterino, he aquí la razón por la cual no exista una actitud positiva ante la utilización de este tipo de método anticonceptivo.

I. Introducción:

El dispositivo intrauterino (DIU) es un objeto pequeño de plástico (polietileno) flexible que mide 4cm aproximadamente que se inserta en el útero para evitar q el ovulo fecundado se implante. Existen varios tipos de DIU y los más comunes son los que contienen cobre y los que liberan hormonas progestina. ⁽¹¹⁾

El dispositivo intrauterino ofrece anticoncepción a largo plazo, segura, efectiva y reversible sin interferir en las actividades cotidianas

A nivel mundial la planificación familiar está determinada por el derecho que tienen las personas de manera libre, responsable he informada sobre el número de hijos y especialmente el espaciamiento entre embarazos, con pleno respeto a su dignidad debiéndose fomentar actitudes, conductas responsables en la población sin importar su sexo, edad, credo, condición y política para garantizar su salud sexual y reproductiva. ⁽¹¹⁾

En nuestra cultura nicaragüense, existen una serie de creencias con respecto a la sexualidad en diferentes dimensiones, sobre la planificación familiar principalmente acerca del dispositivo intrauterino. Existen creencias erróneas, mitos y temores sobre este tema que limitan su demanda, tales como efectos abortivos, embarazos ectópicos entre otros. Estas creencias determinan el comportamiento y los pensamientos de las personas por lo que pueden afectar o poner en riesgo la vivencia de la sexualidad y lo que es la planificación.

Por eso es muy importante poder identificar las creencias y actitudes para poder orientar a las mujeres en edad fértil, sobre las ventajas y desventajas de este método, así mismo orientarles a perder el miedo de aquellas creencias para cambiar la actitud que tienen o que han adquirido.

II. Antecedentes

René del Ángel de León, Lorena Lissette López Hernández, Delia Molina Leija, José Martín Torrez Benítez. Realizaron un estudio de la escuela de medicina “Dr. José Sierra Flores” en México , **factores que influyen en la aceptación del dispositivo intrauterino en el puerperio inmediato**, el grupo de estudio fue constituido por 79 pacientes de las cuales 13 pacientes (16.5%) manifestaron estar de acuerdo y aceptaron su colocación, 20 pacientes (30.3%) manifestaron que no le tenían confianza a este método y que no funciona o se sale de lugar, 17 pacientes (25.8%) referían que provocaba dolor e incomodidad, 14 pacientes (17.2%) no se les colocó el DIU pero si aceptaron su colocación solo que no había en existencia en el hospital y 12 pacientes (18.2%)refirieron que no habían pedido autorización de sus esposos para colocárselos y por tal razón no aceptaban⁽¹⁾.

Enrique Jesús Perdomo Estrada, Felipe santana Pérez, Aurelio Cruz Valdez, Rubén Padrón Duran evaluaron en una policlínica de la ciudad de la Habana sobre la **frecuencia del uso del dispositivo intrauterino (DIU) y los factores socio demográficos, reproductivos y de información** asociados a este en mujeres de 35 a 49 años de edad, de las 375 mujeres incorporadas al estudio 261 eran usuarias de anticonceptivos y 121 de ellas utilizaban el DIU (43.4%), el segundo método más utilizado fue la esterilización quirúrgica (30.7%). De acuerdo con la edad el 52.1% de las mujeres entre 35-39 años usaban el DIU, mientras que las del grupo de 44-49 años lo hacían el 27.5%. Referente a la escolaridad entre las universitarias el 53.8% usaba el DIU, así como también el 52.2% de las mujeres en actividad técnico-profesional.⁽²⁾

Kendral Fleming, Abby Sokoloff, Tina R. Raine del “Departamento de Ginecobstetricia y Ciencias Reproductivas “. Universidad de California San Francisco USA. Enero-feb 2010. Estudio realizado **“actitudes y creencias sobre el dispositivo intrauterino entre adolescentes y mujeres jóvenes”**, demostró que el conocimiento sobre el DIU es bajo entre este grupo estudiado con una muestra de 252 mujeres entre 15 a 24 años de edad, pero también demuestra que

aun dando información básica escrita sobre el DIU las pacientes en este grupo de edad también demuestran oposición para considerar el uso de este método. El hallazgo más significativo de este estudio es que haber escuchado acerca del DIU de un proveedor de atención médica está asociado con el interés en el método.⁽³⁾

Margaret Pichardo, Lia Arribas, Elina Coccio, Graciela Heredia, Sherani Jagroep, Tia Palermo “programa de salud pública, departamento de medicina preventiva, Stony Brook University NY USA. Enero – mayo 2014. “**¿DIU anticonceptivo de emergencia?: conciencia limitada y alta aceptabilidad reportada. Evidencia de Argentina**” este estudio revela que las mujeres prácticamente no tienen conocimiento del DIU como método anticonceptivo de emergencia, pero una vez proporcionando información 4 de cada 5 mujeres informaron que podrían estar dispuestas a utilizarlo si lo necesitaran como método de emergencia.⁽⁶⁾

Karen R. Katz, Laura M. Johnson, Bárbara Janowitz, José Miguel Carranza. “perspectivas internacionales en planificación familiar 2002” estudio que evalúa los **factores que inciden en el uso limitado del DIU en El Salvador**, revela que en este país existen bajos niveles de uso del DIU y se demuestra con los rumores que desalientan el uso del mismo, pero los proveedores pueden desempeñar un papel importante en disipar dichos rumores y mitos. Cuando esto ocurre hay un cambio en la actitud de las pacientes con respecto al uso del DIU y las mujeres que obtienen este método se convierten en usuarias satisfechas.⁽⁴⁾

La sociedad española de contracepción realizó una encuesta en el año 2014 sobre el uso de métodos anticonceptivos en dicho país donde incluyen que casi el 16% de las mujeres españolas mantienen relaciones sexuales sin protección alguna, la prevalencia del preservativo con un 31,3% el empleo de píldoras con un 16,2% y esta comparada con otros países europeos con alta demanda (Portugal, Francia, Alemania, Italia, etc.) quedando el DIU con un 5% y cabe destacar que este último se inicia aplicándose a partir de los 30 años de edad.⁽⁵⁾ El uso del dispositivo intrauterino varía mucho según la región, si bien en algunos países de Asia central, Vietnam y Egipto los usan más del 25% de las mujeres en edad

reproductiva. En Brasil, Nepal y en la mayoría de los países del África subsahariana menos del 1% recurren a este método.⁽¹²⁾

Se realizó un estudio transversal de 252 mujeres adolescentes y mujeres jóvenes que se presentan a las citas del centro de salud de nueva generación (NGHC) clínica de la universidad de california san francisco (UCSF) departamento de obstetricia y ginecología y ciencias reproductivas, la etnicidad de la población es diversa, 42% son latinas, 22% afroamericanas y 20% asiáticas o de las islas del pacifico y el 94% entre la edad de 15-23 años, donde se tomó una muestra de 194 para detectar una diferencia clínicamente importante en el interés del uso del DIU. Este estudio demostró q al igual que en estudios anteriores el conocimiento sobre el DIU es baja entre las adolescentes y mujeres jóvenes. Además, este estudio demuestra que sin embargo dada la información básica sobre el DIU solo un 40% demostró interés sobre el uso del dispositivo intrauterino y el resto es población que se opone a este. ⁽⁷⁾

En Nicaragua según un estudio realizado US AID (proyecto deliver) en el año 2014 “Análisis del mercado de anticonceptivos en Nicaragua “ refleja que el uso del dispositivo intrauterino muestra también un bajo uso tanto en zonas rurales como zonas urbanas pero además los datos de este último muestra que las mujeres de las zonas más pobres lo usan en un porcentaje aún menor que las mujeres de zonas más ricas, mientras que los métodos temporales como las píldoras e inyectables son más utilizados por las mujeres de zonas rurales.⁽⁸⁾

Rev. Esp. Salud Publica vol.72 no.6 Madrid nov. 1998, el estudio de Alicia Maroto de Agustín, M^a Ángeles Moreno Bueno, M^a Mar Rubio Moreno, Cristina Ortiz Valle y Francisco Escobar Rabadán. Centro de Salud Zona IV (Albacete) evalúa el **conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud** donde se contactaron 178 mujeres, de las que participaron 166 siendo las amas de casa el mayor porcentaje, no se encontraron diferencias en el conocimiento de métodos anticonceptivos según la ocupación o el nivel económico de las mujeres, así como tampoco en relación con la edad de inicio de las relaciones sexuales. ⁽⁹⁾

III. Justificación

Se hace referencia al uso del DIU tomando en cuenta que la población femenina en edad fértil, que utilizan un tipo método de planificación familiar no tienen en su mayoría como método de preferencia el DIU. Siendo este usado en un 37 % a nivel nacional, llama la atención y a la vez siendo el objeto de estudio, tratando de demostrar a través de esta investigación cuanta información se tiene acerca de dicho método, así como también saber por qué un método de suma seguridad y eficacia tiene tan poco uso, teniendo en cuenta además que no produce complicaciones que demostrasen un índice relacionado a morbilidad o infertilidad en la mujer y además de la perpetuidad de su funcionalidad por años, considerando una eficacia demostrada por distintos estudios.

IV. Planteamiento del problema

El programa de planificación familiar tiene como finalidad el control de la fecundidad de la población, esto se logra mediante el uso de métodos anticonceptivos y una atención del personal de salud quienes deberán ser los que indiquen el método correcto.

Es evidente la poca utilidad que se le da al dispositivo intrauterino (DIU), siendo un método de gran confiabilidad ya que posee grandes beneficios en cuanto a su uso se refiere, desde el simple hecho de durabilidad y seguridad del mismo, es un método con periodos de actividad de hasta 10 años, no precisa cuidados especiales y además no provoca complicaciones de gran importancia clínica, teniendo en cuenta lo anteriormente descrito se propone investigar, cuales son las actitudes y creencias que toman las mujeres en edad fértil para no elegir este método.

V. Objetivos

Objetivo general:

Conocer creencias y actitudes que tienen las mujeres en edad fértil asistentes al control de planificación familiar en relación al método anticonceptivo DIU o T de cobre en el centro de salud José Napoleón García de Nandasmo en el período enero a junio del 2016.

Objetivos específicos.

Caracterizar socio demográficamente a las mujeres en edad fértil del control de planificación familiar.

Identificar ¿cuáles son las creencias que tienen las mujeres sobre el DIU o T de cobre.

Descubrir ¿cuáles son las actitudes que tienen las mujeres en relación al DIU o T de cobre.

VI. MARCO TEÓRICO

El Dispositivo Intrauterino, también conocido como DIU, es un elemento sólido que se coloca en la cavidad endometrial, a manera de cuerpo extraño, para impedir la implantación del blastocito o el avance de los espermatozoides. Se han utilizado dos tipos de cuerpos extraños intrauterinos para impedir el embarazo: el pesario intracervical (elemento metálico colocado en el conducto cervical que obstruye la entrada de espermatozoides por el orificio externo del cuello); una variante moderna de este elemento es el diafragma, hecho con hule de látex estirado sobre un anillo flexible para cubrir el cuello uterino y el Dispositivo Intrauterino (DIU) es un artefacto de polietileno que se coloca en la cavidad endometrial. ⁽¹⁰⁾

Nota histórica

El control de la natalidad ha sido una preocupación de la humanidad desde hace muchos siglos, algunos de los métodos demográficos primarios incluían el aborto y el infanticidio, especialmente cuando el recién nacido era hijo ilegítimo o presentaba malformaciones. ⁽¹⁰⁾

En el año 407 AC. Sócrates y Platón, profesor y alumno atenienses de 63 y 20 años respectivamente, propagaban la conveniencia de que cada nueva familia tuviera un solo hijo. Nueve siglos después, hacia el año 396 de nuestra era, Aurelius Agustinus (quien luego fuera conocido como San Agustín, uno de los jerarcas de la iglesia católica), quien para entonces era el obispo de Hipona, en Argelia, condenaba la anticoncepción aún en las parejas de casados. Esta doctrina fue seguida con obediencia hasta muy avanzado el siglo XX entre muchas mujeres católicas del mundo. ⁽¹⁰⁾

El método de colocar algún dispositivo dentro del útero con el fin de evitar la gestación es milenario; se conoce que los camelleros turcos y árabes colocaban una piedra guiada por un tubo metálico, en el útero de las camellas. Era importante para esos comerciantes evitar el embarazo de estos animales durante las largas travesías por el desierto. Se acostumbraba en la antigüedad el uso de masas elaboradas principalmente con productos vegetales y animales, colocadas

en el fondo de la vagina para obstruir el paso de los espermatozoides. El papiro de Kahun, elaborado hacia el año 1800 AC, descubierto en Kahun, Egipto por FlindersPetrie en 1889, considerado el más antiguo escrito relacionado con las técnicas contraceptivas, menciona la costumbre de elaborar pesarios con estiércol de cocodrilo o con tapones fermentados de miel, goma vegetal y ramas de acacia. En el siglo II Sorano de Éfeso, el más importante ginecólogo de la antigüedad, prescribía unos 40 tipos de pesarios.⁽¹⁰⁾

En el siglo XIX aparecieron unos objetos de madera o de metal, anatómicamente ajustables al canal cervical, con el mismo propósito, a los cuales se les dio el nombre de pesarios intracervicales, para diferenciarlos de los pesarios vaginales la función de estos últimos es contener el útero y vagina de las pacientes con prolapso genital. En el siglo XI, Abu Ali al-Husáin ibnSina-e Balkhi (el más renombrado médico islámico de la época, conocido en Occidente con el nombre resumido de Avicena), elaboraba una masa a manera de pesario con pulpa, raíz de mandrágora, azufre y brea. Los pesarios entraron en desuso con la llegada de métodos modernos de planificar, a pesar de lo cual no ha desaparecido completamente su uso. Un elemento muy utilizado a través de los tiempos ha sido la rodaja de limón que, introducida en el fondo vaginal, ejerce el doble efecto de acidificar en exceso la vagina y de obstruir el orificio del cuello. Algunos reportes aún mencionan la utilización de métodos rudimentarios a base de plantas para impedir el embarazo en ciertos sectores de la población.⁽¹⁰⁾

En 1902 el médico alemán Carl Hollweg diseñó un pesario con un soporte que se introducía en el canal cervical, con el atractivo de que era aplicable por la misma paciente. Esto condujo a numerosas infecciones que produjeron el rechazo de la comunidad médica. Hacia el año 1909 el ginecólogo alemán Richard Richter fabricó el primer dispositivo intrauterino en Alemania en forma de anillo, con dos tiras trenzadas de seda, obtenida del gusano de seda (de donde se obtiene la seda para cirugía), recubiertas con celulosa.⁽¹⁰⁾

En 1930 el ginecólogo alemán Ernst Gräfenberg diseñó un DIU con plata y cobre, sin cola extra-cervical, con lo cual disminuyó notoriamente las infecciones y

disminuyó la tasa de embarazos de manera importante; sin embargo, deberían pasar otros 40 años para conocer el beneficio de los iones de cobre como potenciadores del efecto contraceptivo. En 1934 el médico japonés Tenrei Ota modificó el DIU de Gräfenberg, le dio forma de anillo y le agregó un soporte intrauterino, hecho con láminas de oro y plata. ⁽¹⁰⁾

La producción tecnificada de los dispositivos intrauterinos apareció en 1958 con el invento, por parte del médico estadounidense Lazar Margulies, del DIU con memoria que recobraba su forma al introducirse en el útero. La oposición de la Iglesia Católica en los años 60 era frontal, pues se argumentaba que el DIU era un micro abortivo que impedía el progreso del embarazo que había empezado con la fecundación. Como respuesta aparecieron diversas sentencias legales, basadas en la fisiología, que reconocían como inicio del embarazo solo al final de la implantación del blastocito; así se fundamentó el concepto técnico de que el DIU no interrumpe el embarazo pues uno de sus mecanismos de acción sería impedir el inicio de la implantación. Estas precisiones favorecieron la difusión del DIU por el mundo como un método económico y seguro de reducir el crecimiento de la población que por entonces aumentaba de manera dramática. Años después de su invención se demostró que el dispositivo también ayuda a impedir la fecundación pues obstaculiza la capacitación y el metabolismo de los espermatozoides que buscan desplazarse hacia las trompas. Desde los años 60 se empezaron a impregnar los DIU de plástico con sulfato de bario para favorecer su visibilidad a los rayos X. ⁽¹⁰⁾

En 1962 aparece el DIU diseñado por Jack Lippes, profesor de la State University of New York, en Buffalo; este dispositivo, conocido como el Asa de Lippes tuvo amplia aceptación en las siguientes décadas por su eficacia y por las comodidades para la paciente y para su compañero sexual. Fue considerado como patrón de oro para evaluar otros DIU durante los siguientes 30 años. ⁽¹⁰⁾

En 1968 Howard J. Tatum diseñó un DIU en forma de T y el mismo año Jaime Zipper Abragan, profesor de fisiología reproductiva de la Universidad de Chile creó los dispositivos con cobre al agregarle una espiral de 200 mm³ de ese metal, al

tallo o rama central de la T, pues ya conocía que la liberación de iones de cobre(Cu++) en el interior de la cavidad uterina, aumentaba la eficacia anticonceptiva del dispositivo.⁽¹⁰⁾

Por esta época apareció el primer DIU impregnado con progesterona, agregada para disminuir el sangrado menstrual. Un importante estudio de la época (TheUnitedStates-basedWomen'sHealthStudy and the Oxford FamilyPlanningAssociationContraceptiveStudy) realizado en los años 80, mostró un aumento de la frecuencia de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) entre las usuarias del DIU, aunque estadísticamente se menospreciaron algunos factores de confusión como la promiscuidad y la alta prevalencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Estos datos produjeron desconfianza entre el público y entre el cuerpo médico, pero obligaron a seleccionar a las mujeres que podían utilizar un dispositivo sin riesgo importante. Las mujeres que rechazaban el condón, la píldora o el coito interrumpido, veían en el DIU una manera satisfactoria de evitar el embarazo.⁽¹⁰⁾

Palabras claves:

Actitudes:

Los psicólogos han abordado ampliamente el problema de las actitudes, ya que tienen que ver con la conducta de las personas en relación al medio social en la que se desenvuelven. Gordon -Allport da la siguiente definición:

“Es un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta”

La actitud es una predisposición para responder a un objeto y la conducta efectiva hacia él. Por otro lado, Whitaker define la actitud como:

“Una predisposición para responder de manera predeterminada frente a un objeto específico.

Formación de las actitudes:

Las actitudes se van formando de distintas maneras; la conformidad, medio a través del comportamiento, es decir ante una práctica común por la presión social el individuo se conforman temporalmente y por la presión del grupo tendrá una conformidad permanente; la identificación, se establece cuando la persona define y responde de una manera predeterminada a partir de una persona o grupo por la experiencia lograda en una determinada situación; la internalización, es la aceptación absoluta de una actitud convirtiéndose en parte integral del individuo, se produce cuando una actitud es congruente con sus creencias y valores básicos, adoptada la nueva actitud porque piensa que es correcta o porque quiere parecerse a alguien.

Creencias:

Idea o pensamiento que se cree verdadero o seguro.

Conjunto de principios ideológicos o religiosos de un grupo.

Falsas creencias sobre el DIU

Riesgo de Infertilidad: existen creencias erróneas sobre el DIU de que el DIU no deben utilizarlo mujeres que nunca han tenido un parto o no se han quedado antes embarazadas porque produce infertilidad o esterilidad. Sin embargo, puede favorecer esta complicación cuando se asocia a una infección (endometritis, enfermedad inflamatoria pélvica) que también puede aparecer en las mujeres que ya han tenido embarazos y partos.

Diabetes y lactancia: se cree erróneamente que no pueden utilizarlo mujeres con diabetes o que han tenido previamente un embarazo ectópico. De la misma manera que existe el error de pensar que es más fácil la perforación uterina en aquellas en que se inserta durante la lactancia (poco después del parto): los DIU se pueden insertar inmediatamente después del parto y de un aborto.

DIU:

Dispositivo intrauterino método anticonceptivo basado en la colocación de un dispositivo intrauterino

Edad Fértil:

Edad de una mujer situada entre la pubertad y la menopausia, que oscila entre los 15 y los 50 años (según cada mujer). Dentro de ese período, las mejores condiciones de fertilidad se dan normalmente hasta los 35 años.

Concepto: el dispositivo intrauterino DIU es un método anticonceptivo temporal para la mujer es un pequeño aparato fabricado de plástico, muy flexible algunos con revestimiento de cobre o con hormonas que se coloca dentro del útero e interfiere en la fecundación. Es una forma de Contracepción que no interfiere en la espontaneidad sexual, no requiere atención diaria, sin embargo, después de cada menstruación se debe comprobar que sigue en su lugar.⁽¹¹⁾

Modelos.

El DIU es un pequeño objeto que se coloca en el interior del útero, sobre el endometrio, a fin de impedir el embarazo.

Los DIU pueden ser:⁽¹⁰⁾

–Inertes, inactivos o no medicados, cuando están constituidos sólo por plástico.

–Activos o medicados, cuando contienen cobre, plata o algún gestágeno.

La cantidad de cobre oscila entre 200 (baja carga) y 380 (alta carga) mm², liberándose diariamente de 40-50 µg, la mayor parte durante los primeros meses de uso y descendiendo posteriormente. Los DIU de alta carga son métodos de elevada eficacia. La incorporación al hilo de cobre de un núcleo de plata (Nova T) consiguió aumentar la duración de los DIU al darle mayor resistencia, ya que en los que están constituidos solamente de cobre ésta se mide no tanto por la

desaparición total de la carga sino por la fragmentación del hilo. En la tabla 1 se recogen diferentes modelos de DIU con cobre. Hoy en día, los más utilizados son Nova-T, Gyne-T 380 y Multiload Cu 375. Muy recientemente se han comercializado dos nuevos modelos de DIU con cobre:⁽¹⁰⁾

–Cu-Safe 300, también llamado Flexi-T o Sertalia, que destaca por ser un DIU realizado con material muy flexible, especialmente indicado, como luego veremos, en nulíparas.

–GyneFix, constituido por seis láminas de cobre sobre un vástago de plástico que se ancla en el fondo uterino. Este sistema, como luego podremos ver, reduce de modo muy importante las expulsiones de los DIU y está especialmente indicado en inserciones postaborto y posparto.

Los DIU liberadores de gestágenos tienen forma de T y disponen de un depósito que contiene el gestágeno en el vástago principal. Principalmente existen dos tipos:

–DIU liberador de progesterona (Progestasert), con 38 mg de progesterona; libera 65 µg/día, dando lugar a una depleción total en unos 12-18 meses, lo que obliga a su recambio anual. No incrementa los valores plasmáticos de gestágenos.

–DIU liberador de levonorgestrel (Mirena), que contiene en el vástago vertical 52 mg de levonorgestrel; libera 15-20 µg/día; actúa no sólo como anticonceptivo local, sino que al incrementar los valores de gestágenos plasmáticos, inhibe parcialmente la ovulación, lo que permite una elevada eficacia anticonceptiva. Se estima que cada 5 años de uso debe ser sustituido, y se ha comprobado que una vez que se desea su extracción por métodos reproductivos la vuelta a la fertilidad es extraordinariamente rápida.⁽¹⁰⁾

Mecanismo de acción

Funciona fundamentalmente provocando una modificación química que afecta al esperma y al ovulo antes de su unión. ⁽¹¹⁾

Eficacia anticonceptiva

Uno de los métodos más eficaces y perdurables: la causa más frecuente de falla del DIU y este riesgo es de hasta 1 en 20; es más común durante el primer año de inserción, particularmente durante los primeros 3 meses de uso.

La probabilidad de embarazo no deseado es menor al 1% durante el primer año de uso (6 a 8 por 1,000 mujeres).2% de probabilidad de embarazo no deseado después de 10 años de uso.

La TCu 380A funciona durante 10 años una vez insertado. La fecha de vencimiento en el sobre que contiene el DIU es la de esterilización; esto se debe tener en cuenta para ser insertado.

Beneficios de T de Cobre ⁽¹¹⁾

Este es un tipo altamente efectivo de anticoncepción.

La T de cobre no contiene hormonas o interactúa con otras medicinas.

No tienes que pensar en el control de la natalidad cada día o cada vez que tengas una relación sexual.

Si decides que quieres quedar embarazada, el DIU se puede extraer fácilmente en cualquier momento. El DIU es rápidamente reversible, lo que significa que sus efectos en tu cuerpo desaparecen tan pronto como éste es extraído y tu fertilidad regresa a lo normal.

Debido a que un DIU se puede usar por tanto tiempo, realmente es uno de los métodos anticonceptivos más baratos.

Aspectos negativos del uso de la T de cobre ⁽¹¹⁾

La T de cobre no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Debes visitar a tu proveedor de atención a la salud para que la T de cobre sea colocada y extraída.

La mayoría de las mujeres tienen más sangrado y calambres con sus menstruaciones cuando recién reciben la T de cobre, pero esto generalmente disminuye con el tiempo.

Es posible que el DIU se deslice fuera de su lugar, pero esto es raro. Esto es más probable que les ocurra a las mujeres que no han tenido bebés.

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud del DIU

Efectos secundarios	Beneficios	Riesgos conocidos para la salud
<p>Cambios en los patrones de sangrado (en especial en los primeros 3 a 6 meses), por ejemplo: la menstruación prolongada y abundante, sangrado irregular, dismenorrea.</p>	<p>Ayuda a proteger contra: riesgo de embarazo no deseado.</p> <p>Puede ayudar a proteger contra: cáncer endometrial.</p> <p>Es de acción prolongada. Una vez insertado el DIU: no tiene más costos.</p> <p>No requiere que la usuaria haga algo especial.</p>	<p>No comunes: puede aumentar la anemia en la mujer que ya presenta una baja reserva de hierro ante de la inserción y en la que el DIU produce una menstruación más abundante.</p> <p>Raro: puede aparecer enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) especialmente en los primeros 20 días, si la mujer tiene clamidia o gonorrea al momento de la inserción del DIU.</p> <p>Complicaciones (raro): perforación del útero por el DIU o un instrumento utilizado para su inserción. la perforación normalmente cicatriza sin tratamiento. ocurre en menos de 1 por cada 1,000 inserciones.</p> <p>Perdida de embarazo, parto prematuro o infección, en el raro caso de que la mujer quede embarazada mientras tiene el DIU colocado.</p>

¿Quiénes pueden utilizar el DIU de cobre? ⁽¹¹⁾

Seguro y adecuado para la mayoría de las mujeres

La mayoría de las mujeres pueden utilizar el DIU de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

Hayan tenido hijos o no.

Tengan cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres de más de 40 años.

Hayan tenido recientemente una pérdida de embarazo (si no hay evidencia de infección).

Estén amamantando.

Realicen trabajo físico intenso.

Hayan tenido un embarazo ectópico.

Hayan tenido enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

Presenten infecciones vaginales.

Tengan anemia.

Estén infectadas con VIH o estén en terapia antirretroviral y evolucionando bien.

Los exámenes de laboratorio no son un requisito para la aplicación del DIU .se realizarán exámenes según sea necesario para la condición de salud de la usuaria.

Recuerde ofertar el examen de Papanicolaou a las usuarias que aún no se lo hayan realizado o aquellas que ya les corresponda según norma

Si sospecha de ITS, diagnostique y trate según el manejo del sindromito de las mismas.

Administración del dispositivo intrauterino.

Situación de la mujer Vs cuando empezar a utilizar el DIU.

Situación de la mujer	Cuando comenzar a utilizar el DIU
Tiene ciclos menstruales	<p>En cualquier momento del mes.</p> <p>Si está dentro de los 12 días después de comenzar su menstruación, no necesita método de respaldo.</p> <p>Si tiene más de 12 días desde el comienzo de la menstruación, puede colocarse el DIU en cualquier momento si existe razonable certeza de que no esté embarazada .no necesita método de respaldo.</p>
Cambiar de otro método a DIU	<p>Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta y sistemática o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no esté embarazada.</p> <p>No necesita esperar su próxima menstruación. No necesita un método de respaldo.</p> <p>Si está cambiando de inyectables, puede colocarse el DIU cuando hubiese correspondido la siguiente inyección.</p> <p>No necesita un método de respaldo</p>
Inmediatamente o poco después del parto (APEO).	<p>En cualquier momento en el plazo de las 48 horas posteriores al parto (vagina o cesárea). El menor número de expulsiones ocurre cuando se insertan justo después de la expulsión de la placenta, en los primeros 10 minutos, o bien tras cesárea</p> <p>Si pasaron más de 48 horas del parto, posponga la colocación del DIU no menos de 4 semanas después del parto.</p>

<p>Lactancia exclusiva o casi exclusiva. Menos de 6 meses después del parto.</p>	<p>Si no se ha establecido su menstruación, puede colocársele el DIU en cualquier momento entre las 4 semanas y los 6 meses después del parto .no hay necesidad de método de respaldo. Si la menstruación se ha establecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual.</p>
<p>Lactancia exclusiva o casi exclusiva. Más de 6 meses después del parto.</p>	<p>Si no se ha restablecido su menstruación, puede colocársele el DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada .no hay necesidad de método de respaldo. Si la menstruación se ha establecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual.</p>
<p>Lactancia parcial o no amamantando. Más de 4 semanas después del parto</p>	<p>Si la menstruación no se ha restablecido, puede colocársele el DIU si es posible determinar que no esté embarazada. No necesita método de respaldo Si la menstruación se ha restablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual.</p>
<p>Sin menstruación (no vinculado con parto o lactancia)</p>	<p>En cualquier momento si es posible determinar que no está embarazada .no necesita método de respaldo.</p>
<p>Después de pérdida de embarazo(APEO).</p>	<p>Inmediatamente. Sí el DIU ES Colocado en 12 días posteriores a la pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre y no hay infección presente. No necesita método de respaldo. Si pasaron más de 12 días de la pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre y no hay infección presente, puede colocarse el DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada .no necesita método de respaldo.</p>

	<p>Si hay infección presente, trate o refiera a la paciente y ayúdele a elegir otro método. si ella aun quiere el DIU, se lo puede colocar cuando la infección haya desaparecido completamente.</p> <p>La colocación dl DIU después de la perdida de embarazo del segundo trimestre requiere entrenamiento básico. si este, posponga la colocación hasta un mínimo de 4 semanas después de la pérdida del embarazo.</p>
Para anticoncepción de emergencia	<p>En los 5 días posteriores al sexo sin protección</p> <p>Cuando pueda calcularse el momento de la ovulación, puede colocarse el DIU hasta 5 días después de la ovulación.</p> <p>algunas veces puede ser más de 5 días después de sexo sin protección</p>
Después de tomar PAE	<p>Puede colocarse el DIU el mismo día en que tomas las PAE .no necesita método de respaldo</p>

Colocación del DIU. ⁽¹¹⁾

Hable con la usuaria antes del procedimiento;

Explique el procedimiento de colocación.

Muéstrele el especulo, el tenáculo el DIU y el dispositivo de colocación del empaque.

Dígale que va a sentir alguna molestia durante el procedimiento y que eso es de esperarse.

Pídale que diga si en algún momento siente dolor o molestia.

Puede indicarle ibuprofeno (200-400mg) o acetaminofén (500-1000mg) 30 minutos antes de la colocación para ayudar a reducir los calambres y el dolor.

Hable con la usuaria durante el procedimiento:

Dígale lo que está sucediendo, paso a paso, y tranquilícela.

Alértela aun paso que pueda causarle dolor o que la pueda sorprender.

Explicación del procedimiento de colocación. ⁽¹¹⁾

Una mujer que ha elegido el DIU tiene que saber qué sucederá en el transcurso de su colocación. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle el procedimiento. aprender a colocar el DIU requiere capacitación y practica bajo supervisión directa. por lo tanto, esta descripción constituye un resumen y no instrucciones detalladas, a realizar por el proveedor.

Realiza un examen pélvico para evaluar la elegibilidad. Realiza el examen bimanual y luego introduce un especulo en la vagina para inspeccionar el cérvix
Limpiar el cérvix y la vagina con un antiséptico.

Introduce lentamente el tenáculo atreves del especulo y cierra el tenáculo solo lo suficiente para mantener fijo el cérvix y el útero.

Pasa lentamente y suavemente el histerometro atreves del cérvix para medir la profundidad y posición del útero.

Carga el DIU en el dispositivo de colocación mientras ambos están aún en sus envases estériles.

Introduce lenta y suavemente el DIU y retira el dispositivo de colocación.

Cortas los hilos del DIU, dejando que unos tres centímetros queden colgando fuera del cérvix.

Después de la colocación, la mujer descansa. permanece en la mesa ginecológica hasta que se sienta lista para vestirse.

Complicaciones. ⁽¹¹⁾

Sangrado prolongado o profuso (el doble de lo habitual de la usuaria o más de 8 días).

Es una de las causas más frecuente para solicitar el retiro del DIU.

Infórmele diciéndole que muchas mujeres que utilizan el DIU presentan sangrado profuso o prolongado. No hace daño y en general se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso.

En caso que se asocie a dolor, indique ibuprofeno(400mg) dos veces por día después de las comidas durante 5 días.

Prescriba tabletas de hierro y enfatice la importancia de ingerir alimentos con hierro.

Si el sangrado profuso o prolongado continua o aparece después de varios meses de sangrado normal o mucho tiempo después de colocado el DIU, o si sospecha que algo anda mal por alguna razón, piense en alguna patología subyacente no vinculada al uso del método.

Sangrado irregular (sangrado en momentos inesperados que molesta a la usuaria).

Aclárele que muchas mujeres que utilizan el DIU presentan sangrado irregular. No es perjudicial y en general se hace más leve o desaparece después de pocos meses de uso.

En caso que se asocie a dolor, indique ibuprofeno(400mg) 2 veces al día después de las comidas durante 5 días, comenzando cuando empiece el sangrado irregular.

Si el sangrado irregular continua o aparece después de varios meses de sangrado normal, o mucho tiempo después de colocado el DIU, o si sospecha que algo anda mal por alguna otra razón, piense en alguna otra patología subyacente no vinculada con el uso del método.

Calambres y dolor.

El dolor es una de las causas más frecuentes para solicitar el retiro del DIU.

Pueden esperarse ciertos calambres y dolor durante 1 o 2 días después de la colocación del DIU.

Explique que los calambres también son comunes en los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU, en particular durante la menstruación. En general, esto no es perjudicial y generalmente disminuye con el tiempo.

Prescriba ibuprofeno (200-400mg) o acetaminofén (500-1000mg). Evite el uso de aspirina, ya que puede aumentar el sangrado.

Si los calambres continúan y ocurren fuera de la menstruación.

Evalué buscando patologías subyacentes y trate o refiera a la usuaria.

Si no se encuentra ninguna patología subyacente y los calambres son intensos, considere la posibilidad de retirar el DIU.

Si al retirar el DIU observa que se ha alterado su aspecto, o si es difícil extraerlo, lo que sugiere que no estaba en la posición correcta, explique a la paciente que puede colocarse un nuevo DIU y que posiblemente no le va a provocar esos calambres.

Posible anemia.

Si una mujer tiene ya un nivel bajo de hierro en la sangre antes de colocarse un DIU de cobre puede aumentar la anemia al provocar menstruaciones más profusas.

Preste atención usual a usuarias con los siguientes síntomas.

Palidez del interior de los párpados o del lecho ungueal, fatiga o debilidad, mareos, irritabilidad, cefaleas, zumbidos en los oídos, ardor de lengua y uñas quebradizas.

Si puede hacer un examen de sangre, compruebe si la hemoglobina es menos de 9 g/dl o hematocrito menor de 30.

Prescríble suplementos de hierro. el hierro disponible en el MINSA: Tableta de sulfato ferroso con 60 mg de hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico. en las dosis de 100 a 200 mg/d por 4 meses.

Dígale que es importante que ingiera alimentos con hierro, como carnes aves (especialmente carne vacuna e hígado de pollo), pescado, verduras de hojas verdes y legumbres. Oriéntele de acuerdo a la disponibilidad de alimentos en el hogar.

La pareja percibe los hilos del DIU durante el sexo.

Explique que esto sucede a veces cuando los hilos han quedado un poco largos (más de 30cm sobresalen del cérvix).

Si la pareja encuentra que le molestan los hilos, describa las opciones posibles: se pueden cortar los hilos aún más, de modo que no se asomen por el canal cervical. La pareja no sentirá más hilos, pero la mujer no podrá revisar los hilos del DIU.

Si la mujer desea tener la posibilidad de revisar los hilos, puede retirarse el DIU y colocarse uno nuevo. (para evitar molestias, los hilos deberían cortarse de modo que unos 3 centímetros sobresalgan del cérvix).

Dolor intenso en el abdomen inferior (sospecha de EPI).

Algunos signos y síntomas comunes de EPI pueden aparecer también con otras patologías abdominales, como el embarazo ectópico. si logra descartar el embarazo ectópico, haga los exámenes para EPI.

Si es posible, realice examen abdominal y pélvico.

Si no es posible realizar un examen pélvico y la paciente presenta una combinación de los siguientes signos o síntomas además de dolor en el abdomen inferior, sospeche una EPI, si hay:

Secreción vaginal inusual.

Fiebre o escalofríos.

Dolor durante el sexo o al orinar.

Sangrado después del sexo o entre menstruaciones.

Náuseas y vómitos

Tumoración pélvica dolorosa.

Sensibilidad ala palpación del abdomen (dolor abdominal directo) o al soltar repentinamente después de presionar suavemente (dolor de rebote)

Trate la EPI, o refiera a la paciente inmediatamente para tratamiento:

Trate la gonorrea, clamidia y las infecciones bacterianas anaeróbicas.

Asesore a la paciente sobre el uso del condón y suminístreselo.

No hay necesidad de extraerse el DIU si ella desea seguir usándolo. Si la mujer desea que se lo extraigan, hágalo antes de empezar el tratamiento con antibióticos.

Dolor intenso en el abdomen inferior (sospecha de embarazo ectópico).

El DIU reduce considerablemente el riesgo de embarazo ectópico. Existen muchas patologías que pueden causar dolor abdominal severo. Este particularmente alerta a El DIU reduce considerablemente el riesgo de embarazo ectópico. existen muchas otros signos o síntomas de embarazo ectópico, ya que, si bien es raro y no es causado por el DIU, puede presentar riesgos de muerte.

En las etapas iniciales del embarazo ectópico los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero pueden volverse graves con el tiempo. Una combinación de estos síntomas debería hacer crecer la sospecha de embarazo ectópico:

Dolor o sensibilidad abdominal inusuales.

Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, en especial si este cambio constituye una modificación de los patrones de sangrado.

Vahídos (perdida momentánea del sentido o del conocimiento, desvanecimiento) o mareos.

En caso de sospecha de embarazo ectópico u otra afección grave, remítala para su diagnóstico y atención inmediata.

Si la paciente no presenta estos síntomas adicionales, realice los exámenes para enfermedad pélvica inflamatoria.

Sospecha de perforación uterina.

Si existe sospecha de perforación uterina en el momento de la colocación o de la utilización del histerometro, Detenga el procedimiento inmediato (y extraiga el DIU si ya lo colocó). observe a la usuaria minuciosamente:

Manténgala en reposo en cama durante la primera hora y revise sus signos vitales (presión arterial, pulso, respiración y temperatura). Cada 5 a 10 minutos.

Si después de una hora la paciente se mantiene estable, examínela si es posible, en búsqueda de sangrado intrabdominal I, por ejemplo, niveles bajos de hematocrito o hemoglobina, además de sus signos vitales. Manténgala en observación durante unas horas más .si no presenta signos ni síntomas, puede mandarla a casa, pero la paciente deberá abstenerse de sexo por 2 semana.

Si la usuaria presenta aceleración del pulso y disminución de la presión arterial, o aparición de nuevos dolores o dolor en aumento en la zona del útero, remítala a un nivel de atención superior.

Si durante las 6 semanas después de la colocación existe sospecha de perforación del uterina, o si aparece luego una sospecha y presenta síntomas, refiera a la paciente para ser evaluada por un médico con experiencia en la extracción de estos dispositivos.

Si el DIU se sale parcialmente (expulsión parcial).

Si el DIU se sale parcialmente, extráigalo. analice con la usuaria si ella quiere otro DIU o un método diferente .si quiere otro DIU, puede colocárselo en cualquier momento en que exista razonable certeza de que no está embarazada .si la usuaria no desea continuar utilizando el DIU, ayúdela a elegir otro método.

Si el DIU se sale por completo (expulsión completa).

Si se sospecha de una expulsión completa pero la usuaria no sabe si se le ha salido por completo, envíela a radiología o ecografía para examinar si el DIU

podiera haberse movido a la cavidad abdominal. Dele un método de respaldo para que utilice mientras tanto.

No están los hilos (sugiriendo un posible embarazo no deseado, perforación uterina o expulsión).

Pregúntele a la usuaria:

Si vio salirse el DIU y cuando.

Cuando noto los hilos por última vez.

Cuando tuvo su última menstruación.

Si tiene síntomas de embarazo.

Si ha utilizado un método de respaldo desde que percibió que le faltaban los hilos.

Sea suave, comience siempre con procedimientos menores y seguros. Utilizando las pinzas, busque los hilos en los pliegues del canal cervical. Cerca de la mitad de los hilos que faltan pueden encontrarse en el canal cervical.

Si no se puede ubicar los hilos en el canal cervical, es que han subido al útero que el DIU ha sido expulsado en forma inadvertida. Descarte el embarazo antes de intentar procedimientos invasivos. Refiera la paciente para su evaluación. Dele un método de respaldo para utilizar mientras tanto, por si el DIU ha salido.

Sospecha de embarazo.

Evalué en busca de embarazo, incluso embarazo ectópico.

Explique que el DIU en el útero durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro o de pérdida de embarazo, incluida la pérdida de embarazo infectada (séptica) durante el primer y segundo trimestre, lo que puede amenazar la vida.

Adviértale que es mejor extraer el DIU.

Explique los riesgos de un embarazo con el DIU colocado. La extracción temprana del DIU reduce estos riesgos, a pesar de que el procedimiento en si implica un pequeño riesgo de pérdida del embarazo.

Si no se pueden hallar los hilos del DIU en el canal cervical y no se puede recuperar el DIU con seguridad, si es posible, solicite una ecografía para determinar si el DIU aún está en el útero .si desarrolla o presenta signos de pérdida séptica de embarazo debe consultar inmediatamente.

VII. Diseño metodológico

Área de estudio.

El estudio se realizó en el centro de salud José Napoleón García del municipio de Nandasmo departamento Masaya, es un centro de salud de atención primaria, el cual se encuentra equipado por 3 consultorios médico, 2 estación de enfermería, área de ginecología que cuenta con una mesa ginecológica y el equipo necesario para realizar procedimientos ginecológicos tales como especuloscopia, toma de Papanicolaou, tactos vaginales, colocación de DIU. El personal de salud está conformado por 3 médicos, 4 licenciadas en enfermería, una camarera y el personal administrativo.

Tipo de estudio:

Cualitativo transversal.

Transversal: estudio diseñado para medir la prevalencia de una exposición o resultado en una población definida y un punto específico de tiempo.

Universo.

Toda mujer que asiste al control de planificación familiar en el centro de salud de Nandasmo en el período del primer semestre del 2016 en total son 318 mujeres en edad fértil.

Muestra.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula para calcular el tamaño de la muestra (ver anexo), en total son 105 mujeres que asisten a planificación familiar.

Muestreo.

En el centro de salud de Nandasmo acuden a diario las pacientes que se someterán al estudio mediante la entrevista, la cuales se tomará de forma aleatoria a estas mujeres previo consentimiento informado. La entrevistase aplicó a las mujeres que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de inclusión.

Mujeres en edad fértil.
Asistentes al centro de salud de Nandasmo.
Con vida sexual activa.
Con o sin hijos.
Que deseen participar en el estudio.

Criterios de exclusión.

Pacientes que no estén en el control de planificación familiar
Pacientes que no tengan conocimiento sobre el DIU.
Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Variables de estudio.

Variable dependiente: Método anticonceptivo DIU o T de cobre.

Variable independiente:

Actitud que tienen las mujeres hacia el DIU.
Creencias que tienen las mujeres hacia el DIU.

Variables.

Objetivo 1

Edad.
Estado Civil.
Escolaridad.
Número de hijos.

Gestas.

Paras

Objetivo 2

Creencias.

Religión.

Conocimiento.

Objetivo 3

Actitudes.

Rechazo.

Operacionalización de las variables

Recolección de datos

Se realizó visita a las mujeres aplicando las entrevistas a profundidad con las seleccionadas para participar en el estudio, previo consentimiento informado, explicándole el objetivo de la investigación y la importancia de dicho estudio, tanto para ellas como para la institución, se les explicara que pueden negarse a la participación de este, debido a que es voluntario, además de que los datos que proporcionen serán meramente confidenciales y manejados por el investigador.

Instrumento: se realizó una entrevista el cual constara de preguntas abiertas y dando respuesta de esta manera a los objetivos propuestos para la realización del estudio.

Forma de recolección de la información:

Se informaba a lapaciente y se le leía un consentimiento informado, que la paciente lo tiene que aprobar para participar en el estudio ya que es de forma voluntaria se realiza el estudio en la unidad de salud mientras esperan la consulta previo permiso de la directora del centro de salud.

Análisis de información: Para el procesamiento y análisis de la información se hará a través de la codificación y categorización, las cuales serán presentadas mediante el análisis de los resultados obtenidos en las entrevistas directas con las participantes utilizando gráficas.

Consideración ética.

Consentimiento Informado: Se solito previo consentimiento de las autoridades del centro de salud para poder recolectar la información, y también a las participantes, para su participación al estudio, explicándole el objetivo de la investigación, y que la información que me brinden es totalmente confidencial y solamente se utilizará para fines de estudio.

Anonimato: Se le explico a cada uno de las participantes que no es necesario revelar su nombre, simplemente se le pondrá sus iniciales a cada una de las encuestas para poder llevar un orden por parte del investigador quien será la única persona que tendrá acceso a esta.

Plan de análisis

Edad y conocimiento del DIU

Edad y cuando se debe usar

Edad e información visual

Edad y tipo de conocimiento

Edad y complicaciones

Edad y calidad del DIU

Edad y beneficios del DIU

Edad y afectación a relaciones sexuales

Edad tabúes y mitos

Edad y quien debe usarlo

Edad y por qué le gustaría usarlo

Religión y conocimiento del DIU

Religión y que momento debe usarlo

Religión y tipo de conocimiento sobre el DIU

Religión y aspectos negativos

Escolaridad y en qué momento usarlo

Escolaridad y tipo de conocimiento

Escolaridad e información visual

Pacientes con dispositivo intrauterino y sus beneficios.

Ocupación y beneficios del DIU

Ocupación y mitos y tabúes

Ocupación y complicaciones

Ocupación y calidad del DIU

VIII. Resultados

La media de edad general para la muestra es de 27.9 con una desviación estándar (DE) de 6.8, mínimo 25, máximo de 49, moda 27, mediana 75. En lo referente a los grupos de edad el que predominó fue el de 20-34 años para un 67.6 %(71), seguido del grupo de edad mayor o igual a 35 con un 19.1%(20) y el grupo menor con un 13.3%(14) que corresponde al grupo menor o igual a 19.

Con respecto al tema si han escuchado sobre el dispositivo intrauterino encontramos que las pacientes de 24 a 34 con 65.5%, mayor o igual a 35 (19%), menor o igual a 19 (12.5%), representan el 98 % de la población encuestada han escuchado sobre el DIU al contrario un 2 % desconocen este método. (Tabla 1).

La evaluación del conocimiento de las pacientes sobre el DIU acerca de cuándo debe colocarse el dispositivo refleja que el 51.4 % respondieron en cualquier momento, durante la menstruación 21,9 %, no sabe 20.9 % y sin la menstruación 5.7 % siendo el grupo de edad 20 a 34 años el mayor porcentaje con un 35.2 %, seguido de grupo de mayor o igual a 35 con 10.4% y menor o igual a 19 con 5.7%. La edad no es un determinante en el conocimiento sobre cuándo debe utilizarse el DIU. (Tabla 2).

La información visual que hay en los centros y puestos de salud no es suficiente para las pacientes que acuden a planificación familiar siendo la respuesta negativa con 50.48%, siendo el grupo de edad de 20 a 34(36.19%), mayor o igual a 35(8.57%),menor o igual a 19 (5.7%). Y el 49.5% afirma que si hay información visual. (Tabla 3).

En cuanto al conocimiento del DIU como método de planificación familiar la mayoría de las pacientes, la edad de 20 a 34(66.5%), mayor o igual a 35 (19%),menor o igual 19 (13.5%), representan el 99% de la muestra y conocen este método en contraste el 1 % lo considera un medicamento.(Ver anexo tabla 4).

El conocimiento de las complicación del DIU es factor fundamental en la actitud de las paciente, con respecto al método y responde la pareja percibe los hilos 28 %,

dolor intenso en el abdomen 25.5%, no sabe 18%, sangrado prolongado 11.5%, DIU se ha salido 9.5 % , calambre y dolor 9 %, en cuanto a la edad de las pacientes tenemos en primer lugar al grupo 20 a 34 años con 20%, los restantes grupos ya estudiados con 4% no siendo la edad un determinante en la actitud de las pacientes. (Tabla 5).

La calidad del DIU como método de planificación familiar es bueno con un 41.5%, regular 27.5%, excelente 18%, no sabe 7%, malo 6%, con mayor aceptación en la población adulto joven 20 a 34 (34%) y el 4 % para los dos grupos restantes. (Tabla 6).

Los beneficios del DIU en relación con la edad revela los resultados de que es un método económico 30.5%, no engorda ni adelgaza 26.5%, no sabe 18%, todas las anteriores 13.5%, no causa aborto, infecciones ni causa incomodidad durante las relaciones sexuales 10.5%, ninguna de las anteriores 1%. Se conoce que todos estos son beneficios del uso de la T de cobre y sólo un pequeño porcentaje respondió acertadamente (13.5%). El predominio fue que es un método económico en la edad de 20 a 34 (20%), mayor o igual a 35 (9.5%), menor igual a 19 (1%) en síntesis es aceptado por su accesibilidad. (Tabla 7).

Las relaciones sexuales no se ven afectadas por el uso del DIU en las pacientes encuestadas con un 47 % representadas por los grupos de edades 20 a 34 (29.5%), mayor o igual a 35 (11.5%), menor o igual a 19 (6%), se ven afectadas las relaciones sexuales en un 19% y el 34.5% no tiene información sobre este tema sin importar la edad. (Tabla 8).

La creencias sobre el dispositivo intrauterino han creado mitos y tabús en pacientes encuestadas, el DIU se adhiere al útero en un 24%, provoca cáncer 22%, dolor e incomodidad de la pareja durante el sexo y provoca embarazo fuera del útero con un 21%, el bebé nace con la T de cobre pegada al cuerpo 8%, no sabe el 5 % sin embargo ninguna de estas respuestas son verdaderas ya que esto no provoca ningún daño a la paciente. (Tabla 9).

Como resultado de quien debería usar el DIU se obtuvieron la siguientes respuestas toda mujer con y sin hijos con un 56%, seguido de cualquier edad con un 26%, no sabe 9%, todas las anteriores 6 %, adolescente 3 %, ninguna de las anteriores 1 % siendo estos los conocimientos de las participantes . (Tabla 10).

El dispositivo intrauterino es uno de los métodos más eficaces y perdurables con pocas reacciones adversas por lo que se les pregunto a las pacientes ¿Por qué debería usarlos? Respondiendo un gran número de que no lo utilizan 83.7%, no se debe acudir a controles mensuales 10%, efecto a largo plazo, método seguro, todas las anteriores con el 4%. Conociendo su eficacia y sus beneficios las pacientes tienen una actitud negativa ante este método representadas por las jóvenes 20 a 34 (53%), mayor o igual a 19 (14.5%), menor o igual a 19 (11.5%). (Tabla 11).

La religión que profesan las pacientes encuestadas, católicas 50.4%, seguidos por el grupo evangélicas 38.6% y mormones el 1 % del total de la muestra. El conocimiento sobre el DIU según la religión de las pacientes fue afirmativa con un 98 % a diferencia de las que no tenían conocimiento con un 2% donde en La religión católica de mayor porcentaje con el 50.5 %, evangélica 47%, mormona el 1%. (Tabla 12).

La religión influye un papel importante en las creencias, sobre en que momento debería usar el DIU y respondieron en cualquier momento con un 51%, durante la menstruación 21%,no sabe 22% sin la menstruación 5.7%, de acuerdo con lo anterior la religión que más predominó fue la evangélica 26 % en la respuesta correcta, católica 25 % y la mormona no arrojó ningún resultado.(Tabla 13).

Ratificando resultados obtenidos mediante la religión y tipo del conocimiento del DIU, se encontró, método de planificación 99%, sin embargo el 1% respondió que era un medicamento por lo tanto la mayoría conoce este método de planificación familiar predominando la religión católica 50.5%, evangélica 47.5%, mormón 1 %. (Tabla 14).

La religión no constituye una actitud frente a las complicaciones del DIU encontrándose, la pareja percibe los hilos 28%, dolor intenso en el abdomen 25%, no sabe 17.5%, sangrado prolongado 12.5%, DIU se ha salido 9.5%, calambre y dolor 8.5 %, conforme a lo que siente la pareja de la paciente siendo la católica el 15 % y la evangélica el 12.5%. (Tabla 15).

De acuerdo a la escolaridad de las pacientes se valora el conocimiento de en que momento debe utilizarse el DIU, las cuales respondieron en cualquier momento 51%, durante la menstruación 22%, no sabe 21 %, sin la menstruación 5 %.siendo la escolaridad un factor importante ya que las que terminaron la secundaria se encuentran en primer lugar con el 22%,secundaria incompleta 13%,universitarias 8%, primaria incompleta y completa 4% y analfabeta sin resultados por lo tanto entre mayor aprendizaje mayor conocimiento. (Tabla 16).

El conocimiento del DIU acerca de lo que es este método de planificación familiar con respecto al grado de escolaridad representa que un 99 % de las paciente conocen este método como planificación familiar al contrario sólo el 1 % no lo conoce predominado el grupo de secundaria incompleta 36%, secundaria completa 25%, universitarias 13.5%, primaria incompleta 12.5%, primaria completa 11,5%, analfabeta 1%. En este caso aunque la mayoría no ha terminado su secundaria tienen un conocimiento de este DIU como método no siendo muy significativo el grado de escolaridad. (Tabla 17).

La información visual del DIU con respecto al la escolaridad de las pacientes revela que el 50.48% no encuentran una información visual completa, el grupo de secundaria incompleta 18.09%, secundaria completa 13.33%, primaria incompleta 8.57%, universitaria 6.66%, primaria completa 3.8%, y en menor porcentaje su respuesta fue que si hay información visual en el centro de salud con 49.52%. La escolaridad no interviene en la información visual que hay en los centros de salud. (Tabla 18).

El estado civil de las pacientes se encontró de la siguiente manera. El 57.1%(60) Unión libre, casadas el 30.5% (32) y el 12.4% (13) representan las mujeres solteras.

Las pacientes que utilizan el dispositivo intrauterino son pocas representando solamente el 10.4% del total de las mujeres encuestadas, se evaluó el conocimiento acerca de este método de planificación familiar sobre ¿Cuáles son los beneficios que más la impulsaron a utilizar el DIU? A lo que respondieron, es económico y todas las anteriores con el 36.4%, no causa aborto, infecciones, no incomoda a la pareja durante el sexo, ningunas de las anteriores con el 9.1% por ende las pacientes conocen muy bien los beneficios de este método, motivo por el cual lo utilizan (tabla 19), también se evaluó si habían escuchado sobre mitos y tabús que giran alrededor de este tema obteniendo la siguiente respuesta, se adhiere o se encarna al útero un 45.5%, provoca cancer e incomodidad en la pareja durante el sexo 18.2%, él bebe nace con la T de cobre pegada al cuerpo y provoca embarazo fuera del útero 9.1% (tabla 20), encontrando así la necesidad de dar a conocer la realidad al hacer uso de dicho dispositivo, disipando las dudas y aclarando los mitos, tabús del conocimiento que ellas tenían.

La ocupación de las pacientes que acuden al centro de salud está distribuida de la siguiente manera; amas de casa 46.6 %, comerciante 17.1%, estudiante 12.4%, asistente del hogar 5.7%, profesional y zona franca 4.7%, panadera 2.8%, costurera, profesora, zona franca 2%, siendo las amas de casa la que ocupan el primer lugar en la población estudiada, se le hizo la interrogante acerca de las complicaciones del DIU y respondieron; la pareja percibe los hilos 27.6%, dolor intenso en abdomen 24.8%, no sabe 17.2%, sangrado abundante y prolongado 12.4%, el DIU se ha salido 9.5%, calambre y dolor 8.5% observándose que la mayor preocupación de las pacientes es la molestia que puede percibir su pareja sexual.(Tabla 21).

Los tabús y mitos que giran alrededor de este método de planificación familiar con respecto a la ocupación de las pacientes revela los siguientes resultados: se adhiere al útero 23.7%, provoca cáncer 22%, embarazo ectópico e incomodidad

de la pareja durante el sexo con un 21%, él bebe nace con el DIU pegado al cuerpo 7.6%, no sabe 4.7%, considerando que el mayor grupo lo representan las amas de casa, el mayor tabú es que produce adherencias y provoca cáncer, creencias muy arraigadas en las pacientes.(Tabla 22).

Los beneficios del DIU son conocidos por las pacientes, como primer ventaja las pacientes lo tiene que es económico en un 30.5%, no engorda ni adelgaza 26.7%, no sabe 18.1%, todas la anteriores 13.3%, no causa aborto, infecciones no incomodidad de la pareja durante las relaciones sexuales 10.4%, ninguna de las anteriores 1%, se tiene conocimiento científico de que todas las aseveraciones son beneficios pero ellas conocen poco de este método ocupando en primer lugar su accesibilidad económica, siendo las amas de casa las principales participantes, consideramos que la ocupación tiene influencia en los conocimientos de este tema (Tabla 23).

La calidad del DIU con respecto a la ocupación de las pacientes encuestadas arrojó los siguientes resultados es un buen método 42%, regular 27.6, excelente 18.1%, no saben 6.6%, malo 5.7%, por lo tanto, encontramos que el 60% considera un buen método de planificación familiar en contraste el menor porcentaje no lo acepta, obtenemos que a pesar de que la mayoría de la población es ama de casa tiene una conducta positiva frente a este método (Tabla 24).

IX. Discusión

En la presente investigación creencias y actitudes, los factores sociodemográficos como la edad no influye en el conocimiento sobre el dispositivo intrauterino como método de planificación familiar, debido a que la mayor población se encuentra en el grupo de adulto joven con más conocimiento sobre beneficios, complicaciones, ventajas, cuando y en qué momento utilizarla, por consiguiente las edades extremas de la vida tales como menor a 19 y mayor de 35 años no significaron un factor determinante como base para un conocimiento acerca de este método lo que significa que no importa la edad ya que el estudio revela que la población en general conoce acerca de este método, no obstante se demuestra lo contrario en un estudio por **Kendral Fleming** donde demostraron que si había influencia en la edad ya que a menor edad menor conocimiento de este método anticonceptivo, de una muestra de 252 participantes entre 15 a 24 años de edad donde solo el 27% había escuchado del dispositivo intrauterino proveniente de un proveedor de la atención médica. Esto realizado en la universidad de san francisco california en el 2010. ⁽³⁾

En nuestro país actualmente existe un fenómeno común, el cual es el inicio de vida sexual activa a temprana edad trayendo como consecuencia el uso de métodos anticonceptivos, en nuestra población encuestada encontramos que las pacientes tienen baja escolaridad y pocas obtienen una carrera universitaria, como ya se demostró al momento de evaluar el grado de escolaridad, por consiguiente la mayoría son amas de casa y comerciantes, se evaluó el conocimiento que tienen acerca de este método cuya complicación más frecuente es relacionada con su parejas ya que aseguran que la pareja percibe los hilos durante las relaciones sexuales y dolor intenso en el abdomen, si bien son complicaciones frecuentes pero que disminuyen en el trascurso del tiempo así mismo el corte de los hilo del DIU; esto tiene relación con los mitos y tabús que tienen las pacientes acerca de este método, como es el de adherencia al útero, provoca cáncer, dolor e incomodidad de la pareja durante las relaciones sexuales. como ya se había explicado antes, estas complicaciones se dan por infecciones

frecuentes que provocan estas complicaciones⁽¹¹⁾, aun así ellas tienen conocimiento de los beneficios del DIU, el principal de ellos es su accesibilidad económica aunque son muchas las ventajas de este método ellas conocen al menos un beneficio, también tomamos en cuenta la calidad de este método encontrando una buena aceptación de este método, más de la mitad concuerdan que es excelente y bueno pero a pesar de su postura positiva no utilizan este método debido a los mitos y tabús incluyendo el pensar de la pareja de estas pacientes por que la ocupación influye junto a estos factores para el rechazo del método.

La escolaridad influye en muchas maneras en las pacientes encuestadas, desde el momento en que asisten al centro de salud, por eso la educación es un factor importante en la sociedad, en este caso nos encontramos que estas pacientes no han alcanzado un grado de escolaridad alto pero tienen conocimientos relacionados sobre este tema principalmente las pacientes que han terminado su bachillerato conocen en qué momento se debe colocar el DIU, la población universitaria es poca pero tienen una buena base de conocimiento, mientras tanto hay un grupo seleccionado que no sabe en qué tiempo debe colocarse el DIU, en consecuencia sabemos que no se está dando la información adecuada a estas pacientes que asisten a su control de fertilidad periódicamente por parte del personal del centro de salud de Nandasmo, pero discrepamos en el estudio realizado en la Habana Cuba por Enrique Perdomo Estrada, donde se tomaron como evidencia 375 mujeres de las cuales el 54% utilizaban el dispositivo intrauterino y eran universitarias o técnicas profesionales⁽²⁾. Por lo tanto, vemos la diferencia con este país caribeño

Los mitos y tabús son creencias erróneas que poseen las personas sobre un tema determinado sin respaldo científico, en este caso lo aplicamos en la población femenina de Nandasmo mediante la encuesta obteniéndose como resultado, un gran número de creencias erróneas por parte de esta población la cual podría ser la causa del rechazo hacia este método, tendiendo como principal mito que provoca embarazos fuera de la cavidad uterina, si bien es cierto la asociación de una EPI⁽¹¹⁾ puede asociarse a una complicación como el embarazo ectópico,

recordando que el DIU no protege contra enfermedades de transmisión sexual, por lo que es necesario aclararle a la paciente que es por la asociación de enfermedades y no por la T de cobre, tal como lo describe la literatura del protocolo planificación familiar del ministerio de salud, otro de sus temores es que provoca cáncer pero no hay evidencia que respalde este mito. Otro de las falsas creencias es de que se adhiere al útero, como se explicó anteriormente es por causa de sepsis asociada, es de vital importancia explicarle que están equivocadas y brindarle la información adecuada para que elijan este método de planificación familiar. Se evaluó también si les gustaría usar este método, sin embargo conociendo que es un método seguro y eficaz no deciden usarlo debido a los mitos y tabú que ha adquirido este método a lo largo del tiempo, relacionados con el aumento de factores de riesgo tales como la promiscuidad, infidelidad, de nuestra sociedad hoy en día, tal como se encontró el estudio Kendral Fleming, AbbySokoloff, demostró que el conocimiento sobre el DIU⁽³⁾, es bajo entre este grupo estudiado pero también demuestra que aun dando información básica escrita sobre el DIU las pacientes en este grupo de edad también demuestran oposición para considerar el uso de este método. El hallazgo más significativo de este estudio es que haber escuchado acerca del DIU de un proveedor de atención medica este asociado con el interés en el método.

El conocimiento de los beneficios de este método es poco conocido por las pacientes ya que ellas tienen alguna información acerca del dispositivo que es económico, no afecta su figura corporal, no causa infecciones, a pesar de su edad la mayoría contesto esta interrogante pero de muy poca información y seguridad, por lo tanto en este grupo de pacientes no se ha dado la información adecuada por parte de los trabajadores de la salud, conociendo que la información que se debe tener en el centro de salud sobre los métodos de planificación familiar, principalmente sobre el DIU ya sea por afiches, pancartas y murales, es de vital importancia para que este método sea aceptado, al momento de realizar la encuesta encontramos que la mayor parte de la población considera que no hay suficiente información visual que respalde los beneficios de este método, en consecuencia el método no es bien aceptado por la falta de información que tiene

el centro de salud, al igual que la investigación por Karen R. Katz estudio que se llevó a cabo en el salvador en 2002⁽⁵⁾ con 69 participantes de estas solo 18 usuarias del dispositivo y 2 ex usuarias donde demuestran que a causa de los mitos y rumores de este método existen bajos niveles de uso del mismo en este país pero además demostraron que proveedores desempeñan un papel importante en disipar dichos rumores y mitos, cuando esto ocurre hay un cambio en la actitud de las pacientes con respecto al uso del DIU y las mujeres que obtienen este método se convierten en usuarias satisfechas, Por lo tanto podemos darnos cuenta de las similitudes en ambos casos de estos países centroamericanos.

Existen tantas dudas sobre las complicaciones y sus efectos adversos por parte de las pacientes estudiadas y creen que la mayor preocupación es que la pareja percibe los hilos del dispositivo, por lo que esto nos demuestra que no se les brinda una información adecuada al momento de acudir a sus citas de planificación familiar, esto sucede en un estudio de René del Ángel de León, en México , el grupo de estudio fue constituido por 79 pacientes de las cuales 49 no aceptarían colocarse el dispositivo intrauterino⁽¹⁾, ya que no les tienen confianza porque se sale de su lugar, provoca dolor e incomodidad y porque no han pedido autorización de su pareja y este último caso se observó en nuestro estudio referente a la sociedad de hoy en día, debido a que hay un gran número de parejas que conviven en unión libre, casadas, madres solteras o relaciones esporádica, por lo que hay una gran demanda de los métodos de planificación familiar, en este caso el estado civil de las mujeres encuestadas no repercute en el conocimiento de este método pero no optan por utilizarlo, la mayor preocupación de estas pacientes es la incomodidad que pueda sentir la pareja al momento de las relaciones sexuales, este es uno de los principales mitos y tabúes , aclarando que si se puede percibir por parte de su pareja pero esa molestia cesa cuando se cortan los hilos, así que debe educarse a la paciente para no continuar con este mito que involucra al cónyuge.

La indicación de la T de cobre como método de planificación familiar se puede realizar en cualquier momento del mes, asociado a quien debe usar este método conociendo que a cualquier edad puede utilizarse incluyendo a las edades extremas de la vida y cualquier otra condición sin datos de infección (protocolo), las pacientes encuestadas según su edad afirmaron este conocimiento, en caso contrario encontramos a pacientes ignoran esta indicación y el tipo de paciente que debería usar este método, lo que quiere decir que no se les ha explicado en qué momento debe utilizarse y a quienes puede colocarse este método cuando asisten a control de fertilidad, sin tomar en cuenta la edad de la paciente en contraste un estudio realizado por la sociedad española de contracepción realizó una encuesta en el año 2014⁽⁵⁾ sobre el uso de métodos anticonceptivos en dicho país donde incluyen que casi el 16% de las mujeres españolas mantienen relaciones sexuales sin protección alguna, la prevalencia del preservativo con un 31,3% el empleo de píldoras con un 16,2% y esta comparada con otros países europeos con alta demanda (Portugal, Francia, Alemania, Italia, etc.) quedando el DIU con un 5% y cabe destacar que este último se inicia aplicándose a partir de los 30 años de edad.

La calidad del DIU fue puesto a prueba, considerando su eficacia anticonceptiva, su efecto a largo plazo, beneficios, en la población encuestada encontrando; que para las pacientes es un buen método, pero a pesar de conocer sus cualidades optan por otro método anticonceptivo.

La religión es un aspecto importante a tomar en cuenta sobre el DIU, ya que en tiempos anteriores fue considerado como método abortivo en los años 60, pero se reconoció al embarazo como la implantación del blastocito, cuya función del DIU es evitar esta implantación⁽¹⁰⁾, en la actualidad ya se han aclarado estos conceptos por que la religión no interviene en la aceptación de este método anticonceptivo.

En nuestro país actualmente existe un fenómeno común, el cual es el inicio de vida sexual activa a temprana edad, trayendo como consecuencia el uso de métodos anticonceptivos, en nuestra población encuestada encontramos que las pacientes tienen baja escolaridad y pocas obtienen una carrera universitaria,

como ya se demostró al momento de evaluar el grado de escolaridad, por consiguiente la mayoría son amas de casa y comerciantes, se evaluó el conocimiento que tienen acerca de este método cuya complicación más frecuente es relacionada con su parejas ya que aseguran que la pareja percibe los hilos durante las relaciones sexuales y dolor intenso en el abdomen, si bien son complicaciones frecuentes pero que disminuyen en el transcurso del tiempo así mismo el corte de los hilo del DIU; esto tiene relación con los mitos y tabús que tienen las pacientes acerca de este método, como es el de adherencia al útero, provoca cáncer, dolor e incomodidad de la pareja durante las relaciones sexuales. como ya se había explicado antes, estas complicaciones se dan por infecciones frecuentes que provocan esta complicaciones, aun así ellas tiene conocimiento de los beneficios del DIU, el principal de ellos es su accesibilidad económica aunque son muchos las ventajas de este método ellas conocen al menos un beneficio, también tomamos en cuenta la calidad de este método encontrando una buen aceptación de este método, más de la mitad concuerdan que es excelente y bueno pero a pesar de su postura positiva no utilizan este método debido a los mitos y tabús incluyendo el pensar de la pareja de estas pacientes, en el presente estudio la ocupación de las mujeres encuestadas la ocupación no influye sobre el conocimiento del método anticonceptivo tal como lo demostró el estudio de la revista Española de salud pública vol. 17 en noviembre del 2017 en Madrid donde se incluyeron 166 mujeres de las cuales el mayor porcentaje eran las amas de casa y la ocupación no influyo en este conocimiento⁽⁹⁾.

X. CONCLUSIONES

Entre los factores sociodemográficos que influyen en las creencias y actitudes de las pacientes encuestadas no existe una influencia concluyente de estos.

Es un factor influyente la falta de información visual en el centro de salud y de información más específica de parte del personal de salud, ya que la mayoría de las creencias mitos y tabúes son ocasionados por este déficit.

Por lo tanto, las actitudes de las pacientes repercuten en la no utilización de este método de planificación familiar por la falta de conocimiento e información del método.

XI. RECOMENDACIONES

Jefe de centro de salud:

Mejorar la comunicación e instrucción al personal de salud que labora en el programa de planificación familiar para aclarar los mitos y tabúes que se tiene acerca de la T de cobre, ya que a pesar de que en gran parte hay información del mismo no es suficiente para su confiabilidad de uso.

Capacitar al personal médico y de enfermería acerca de la efectividad del método y de lo inocuo que puede ser su uso, tratando de modificar en las pacientes que acuden a planificación familiar la información que se tiene acerca de ellos.

Impulsar estrategias para mejorar el uso de los métodos anticonceptivos, ya que se ha demostrado que a pesar de que las pacientes tienen información acerca de las T de cobre creen no ser un método seguro, por ende, su uso no es de frecuencia.

A las enfermeras que laboran en el programa de planificación familiar:

Capacitar a las enfermeras, acerca del uso y colocación del método T de cobre, ya que es un método no muy usado por la poca información de las pacientes en el programa de planificación familiar, creando así confianza en su uso y variando además las opciones que se tiene en cuanto a métodos de planificación familiar.

Ofrecer en el programa de planificación familiar el uso de la T de cobre, fomentando su efectividad, haciendo énfasis además en las ventajas que este posee al lado de otros métodos de planificación, siendo la T de cobre uno de los métodos más beneficiosos.

Realizar charlas educativas a las pacientes que consultan el programa de planificación familiar, siendo las principales beneficiadas, debido a que al aumentar el conocimiento de las mismas acerca del uso de la T de cobre de esta manera, reducir los mitos y tabúes que se tiene, teniendo en cuenta la improbabilidad que sucedan cuando se usa la T de cobre.

A los médicos asistenciales:

Instruir en lo posible demostrando con bases científicas y experimentales a cerca de los beneficios del uso de T de cobre, teniendo así como resultado un personal más capacitado y con más conocimiento acerca de este método, para aumentar su frecuencia de uso, disminuyendo el conocimiento popular el cual crea dudas en el personal.

Dar a conocer al personal de cada módulo asistencial, los lineamientos que se contemplan en la normativa de planificación familiar, ya que los métodos hormonales inyectables son los de más uso y que a pesar de su efectividad el fallo del mismo está íntimamente relacionado a la inasistencia al programa de planificación, siendo este una ventaja en la T de cobre.

Mejorar la supervisión de los programas de planificación familiar, para detectar pacientes candidatas al uso de la T de cobre, ya que en casos determinados debido a la poca información que se tiene del mismo no se ofrece y solo se limita a los métodos que con frecuencia se utilizan, haciendo así un círculo vicioso en el ofrecimiento y uso de los métodos de planificación, en si se deberá buscar la eliminación de la monotonía de uso de los métodos de planificación.

Al SILAIS:

Se hace necesario dar a conocer que el uso de la de T de cobre posee grandes beneficios de tipo económico, ya que con una sola T de cobre se logra una planificación efectiva con largos periodos de tiempo, dando como resultado la disminución de inversiones en métodos inyectables, teniendo estos altos costos por su frecuencia de uso.

Aumentar el uso de medios visuales como afiches o posters en los centros y puestos asistenciales, con el objetivo de que se conozca más acerca de este método y buscar el incremento de su uso para mejorar la efectividad del programa de planificación familiar.

Capacitar al personal con especialistas del área de ginecología para que evacue las dudas y fortalezca el conocimiento que se tiene acerca de los métodos de planificación familiar.

Al ministerio de educación:

Se recomienda que incluyan en su plan de estudios sobretodo en secundaria que hablen de los métodos de planificación familiar contribuyendo así a evitar riesgos preconcepciones, como también mejor control de planificaciones familiares.

Bibliografía. XII

1. "Factores que influyen en la aceptación del DIU en el puerperio inmediato" , Rene Del Ángel De León Lorena Lizette López Hernández Delia Molina Leija José Martín Torres Benítez Enero - junio 2010
2. Enrique Jesús Perdomo Estrada, Felipe santana Pérez, Aurelio Cruz Valdez, Rubén Padrón Duran, policlínica de la Habana, "frecuencia del uso del dispositivo intrauterino (DIU) y los factores socio demográficos, reproductivos y de información".
3. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women Kendra L. Fleming, Abby Sokoloff b, Tina R. Raineb 24 February 2010
4. Factores que Inciden en el Uso Limitado Del DIU en El Salvador Por Karen R. Katz, Laura M. Johnson, Bárbara Janowitzy José Miguel Carranza 2002.
5. <http://sec.es/la-encuesta-de-anticoncepcion-sec-2014-revela-que-casi-el-16-de-las-mujeres-mantiene-relaciones-sexuales-sin-proteccion/>
6. Margaret Pichardo, Lía Arribasb, Elina Cocciob, Graciela Herediab, Sherani Jagroepc, Tía Palermod, IUDs as EC? Limited awareness and high reported acceptability: evidence from Argentina21 mayo 2014
7. Estudio transversal de mujeres adolescentes y mujeres jóvenes del centro de salud de nueva generación (NGHC) clínica de la universidad de california san francisco (UCSF) departamento de obstetricia y ginecología y ciencias reproductivas
8. En Nicaragua según un estudio realizado US AID (proyecto deliver) en el año 2014 "Análisis del mercado de anticonceptivos en Nicaragua

9. Rev. Esp. Salud Publica vol.72 no.6 Madrid Nov. 1998, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud, Alicia Maroto de Agustín, M^a Ángeles Moreno Bueno, M^a Mar Rubio Moreno, Cristina Ortiz Valle y Francisco Escobar Rabadán. Centro de Salud Zona IV (Albacete)

10. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad industrial de Santander, revision de tema “Los dispositivos intrauterinos: evolución a través de los tiempos, método de inserción, beneficios y riesgos”. Miguel Angel Alarcon Nivia.

11. Ministerio de salud normativa 002, segunda edición Norma y protocolo de planificaron familiar Managua, agosto 2015

12. Knowledge and perceptions of the intrauterine device among family planning providers in Nepal: a cross-sectional analysis by cadre and sector (2015) Nirali M Chakraborty^{1*}, Caitlin Murphy¹, Mahesh Paudel² and Sriju Sharma³

Anexos

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala
Edad	Mujeres en edad fértil	Años cumplidos	Igual o menor que 19 20-34 Mayor de 35
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Número de cursos aprobados	Analfabeta Primaria Primaria finalizada Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universitaria
Procedencia	Área geográfica de residencia habitual	Condición socioeconómica del lugar de residencia	Urbana Rural
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas, determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece cierto derechos y deberes	Condición ante la sociedad.	Casada Soltera Unión libre viuda

Religión	Actividad o creencia que práctica es persona	Condición ante la Sociedad	Católica Evangélica Mormón Testigo de Jehová
Ocupación	Es la tarea o función que desempeña una persona, y que puede estar relacionada o no con su nivel de educación.	Contexto laboral	Comerciante Estudiante Profesional Ama de casa Secretaria Profesora
Gestaciones	Cantidad de veces que la paciente ha estado embarazada	Número de embarazos	Ninguna Una vez Más de una vez Múltiples gestaciones
Paridad	Cantidad de veces que la paciente ha	Cantidad de partos	Ninguna Una vez Más de una vez Múltiples partos

	dado a luz		
Hijos	Cantidad de hijos que ha tenido la paciente	Número de hijos	Uno De 2 a 4 De 4 a 6 De 6 a mas

Asistencia a controles de planificación familiar	Asistencia de la paciente a seguimiento de método de planificación familiar en el momento del estudio.	Asistencia a su cita de seguimiento de planificación familiar.	Asistente Inasistente
Variable	Definición Ocupacional	Indicador	Escala
Antecedente aborto	Estado que presento una mujer que su producto de la concepción no llego a su término y nace antes de las 20 semanas y pesa menos de 500 gramos.	Número de veces que ha presentado esta condición o no	0 1 2 3 o más.

Periodo ínter genésico	Periodo de tiempo entre el inicio de la concepción y el ultimo parto.	Tiempo en anos y meses	Menor de 2 año 2-5 años Mayor o igual a 6 años

Fórmula para encontrar la muestra:

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

Dónde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

Tabla No 1

EDAD Y CONOCIMIENTO SOBRE EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO- CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 1016.

Edad	SI		NO		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Menores De 19	13	12.5%	1	1%	14	13%
De 20 A 34	70	66.5%	1	1%	71	68%
Mayores De 34	20	19%	0	0%	20	19%
TOTAL	102	98%	2	2%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

Tabla No 2.

EDAD Y CUANDO SE DEBE COLOCAR EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016

Edad	Durante la menstruación		En cualquier momento		No sabe		Sin la menstruación		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Menor o igual a 19	5	4.76%	6	5.71%	3	2.8%	0	0%	14	13.5%
De 20 a 34 años	12	11.42%	37	35.2%	17	16.19%	5	5.25%	71	68%
Mayor o igual a 35	6	5.71%	11	10.47%	2	1.90%	1	0.95%	19	18.5%
Total	23	21.90%	54	51.42%	22	20.95%	6	5.7%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

Tabla No 3.

EDAD E INFORMACIÓN VISUAL DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016

Edad	Si		No		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
De 20 a 34	33	31.42%	38	36.19%	71	67.61%
Mayor o igual a 35	11	10.47%	9	8.57%	20	19.05%
Menor o igual a 19	8	7.61%	6	5.71%	14	13.33
Total	52	49.52%	53	50.48%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

Tabla No 4.

EDAD Y CONOCIMIENTO SOBRE LO QUE ES EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-
CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016.

Edad	Método De Planificación		Medicamento		total	
	Frec	%	frec	%	frec	%
Menores De 19	14	13.5%	0	0%	14	13.5%
De 20 A 34	70	66.5%	1	1%	71	68%
Mayores De 34	20	19%	0	0%	20	19%
TOTAL	104	99%	1	1%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada en el centro de salud José Napoleón García

Tabla No 5.

EDAD Y COMPLICACIONES DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD
NANDASMO JUNIO 2016.

Edad	Calambre Y Dolor		Dolor Intenso En Abdomen		Diu Se Ha Salido		La Pareja Percibe Los Hilos		No Sabe		Sangrado Prolongado		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Menor De 19	1	1%	5	5%	1	1%	4	4%	2	2%	1	1%	14	13.5
De 20 A 34	7	7%	15	14.5%	5	5%	21	20%	14	13.5%	9	9%	71	68
Mayores De 34	1	1%	6	6%	4	4%	4	4%	3	3%	2	2%	20	19
Total	9	9%	26	25.5%	10	9.5%	29	28%	19	18%	12	11.5%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

Tabla No 6.

EDAD Y CALIDAD DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD
NANDASMO JUNIO 2016.

Edades	Bueno		Excelente		Regular		No Sabe		Malo		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Menores De 19	5	4%	2	2%	6	6%	0	0%	1	1%	14	13%
De 20 A 34	34	32%	11	10.5%	16	15.5%	6	6%	4	4%	71	68%
Mayores De 34	5	4%	6	6%	7	7%	1	1%	1	1%	20	19%
Total	44	41.5%	19	18%	29	27.5%	7	7%	6	6%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

Tabla No 7.

EDAD Y BENEFICIOS DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD
NANDASMO JUNIO 2016.

Edad	Es Económico		Ninguna De Las Anteriores		No Causa Aborto, Infecciones Ni Incomodidad Durante Las Relaciones Sexuales		No Engorda Ni Adelgaza		No sabe		Todas las anteriores		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
20-34	21	20%	1	1%	7	7%	23	22%	13	12.5%	6	6%	71	68%
mayor o igual a 35	10	9.5%	0	0%	2	2%	3	3%	2	2%	3	3%	20	19%
menor o igual a 19	1	1%	0	0%	2	2%	2	2%	4	4%	5	5%	14	13%
TOTAL	32	30.5%	1	1%	11	10.5%	28	26.5%	19	18%	14	13.5%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

Tabla N 8.

EDAD Y AFECTACION DE LAS RELACIONES SEXUALES CON EL USO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016.

Edad	No		Si		No Sabe		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
20-34	31	29.5%	12	11%	28	26.5%	71	68%
Mayor O Igual A 35	12	11.5%	4	4%	4	4%	20	19%
Menor O Igual A 19	6	6%	4	4%	4	4%	14	13%
Total	49	47%	20	19%	36	34.5%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

Tabla No 9.

EDAD, TABÚ Y MITOS DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD JUNIO 2016.

	Dolor e incomodidad de La pareja durante el sexo	Él bebe nace con la T De cobre pegada al cuerpo	No sabe	Provoca Cáncer	Provoca embarazos fuera de la matriz	Se adhiere (encarna) a útero matriz	Total
Edad	Frec %	Frec %	Frec %	Frec %	Frec %	Frec %	Frec %
20-34	13 12%	6 6%	4 4%	16 15%	16 15%	16 15%	71 68%
Mayor O Igual A 35	4 4%	1 1%	0 0%	5 5%	3 3%	7 7%	20 19%
Menor O Igual A 19	5 5%	1 1%	1 1%	2 2%	3 3%	2 2%	14 13%
Total	22 21%	8 8%	5 5%	23 22%	22 21%	25 24%	105 100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

Tabla No 10

EDAD Y QUIEN DEBE USAR EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD
NANDASMO JUNIO 2016.

Edad	Adolescentes	Cualquier Edad	Toda Mujer Con O Sin Hijos	No Sabe	Todas las anteriores	Ninguna de las anteriores	Total
	Frec %	Frec %	Frec %	Frec %	Frec %	Frec %	Frec %
20-34	3 3%	18 17%	38 36%	6 6%	6 6%	0 0%	71 68%
Mayor O Igual A 35	0 0%	4 4%	13 12%	2 2%	0 0%	1 1%	20 19%
Menor O Igual A 19	0 0%	5 5%	8 8%	1 1%	0 0%	0 0%	14 13%
Total	3 3%	27 26%	59 56%	9 9%	6 6%	1 1%	105 100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

Tabla No 11.
 EDAD Y POR QUE LE GUSTARÍA USAR EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO
 DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016

Edad	Efecto A Largo Plazo	Método Seguro	No La Utiliza	No Se Debe Acudir A Controles Mensuales	Todas Las Anteriores	Total
	Frec %	Frec %	Frec %	Frec %	Frec %	Frec %
20-34	3 3%	2 2%	56 53%	7 7%	3 3%	71 68%
Mayor O Igual A 35	1 1%	2 2%	15 14.5%	2 2%	0 0%	20 19%
Menor O Igual A 19	0 0%	0 0%	12 11.5%	1 1%	1 1%	14 13%
Total	4 4%	4 4%	83 79%	10 10%	4 4%	105 100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García .

Tabla No 12.
 RELIGIÓN Y CONOCIMIENTO SOBRE EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO DE
 SALUD NANDASMO JUNIO 2016.

Religión	Si		No		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Católica	53	50.5%	0	0%	53	50%
Evangélica	49	47%	2	2%	51	49%
Mormonas	1	1%	0	0%	1	1%
Total	103	98.5%	2	2%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

Tabla No 13

RELIGIÓN Y EN QUE MOMENTO SE DEBE COLOCAR EL DISPOSITIVO
INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016

Religión	Durante la menstruación		En cualquier momento		No sabe		Sin la menstruación		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Católica	13	12%	26	25%	10	9.52%	4	3.80%	53	50.4%
Evangélica	10	9%	28	26%	11	10.4%	2	1.90%	51	48.5%
Mormones	0	0%	0	0%	1	0.95%	0	0%	1	0.95%
Total	23	21%	54	51%	22	22%	6	6%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

Tabla No 14.

RELIGIÓN Y TIPO DE CONOCIMIENTO SOBRE LO QUE ES EL DISPOSITIVO
INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016.

Religión	Método De Planificación		Medicamento		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Católica	53	50.5%	0	0%	53	50.5%
Evangélica	50	47.5%	1	1%	51	48.5%
Mormones	1	1%	0	0%	1	1%
TOTAL	104	99%	1	1%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

Tabla No 15.

RELIGIÓN Y COMPLICACIONES DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016.

Religión	Calambre y dolor		Dolor Intenso en Abdomen		Diu se ha Salido		La pareja percibe los hilos		No Sabe		Sangrado Prolongado		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Católica	6	6%	15	14.5%	2	2%	16	15.5%	7	7%	7	7%	53	50%
Evangélica	3	3%	11	10.5%	8	8%	13	12.5%	10	9.5%	6	6%	51	48.5%
Mormones	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%
Total	9	8.5%	26	25%	10	9.5%	29	28%	18	17.5%	13	12.5%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

Tabla No 16.

ESCOLARIDAD Y EN QUE MOMENTO SE DEBE COLOCAR EL DISPOSITIVO
INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016.

Escolaridad	Durante la menstruación		En cualquier momento		No sabe		Sin la menstruación		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Analfabeta	0	0%	0	0%	1	0.95%	0	0%	1	0.95%
Primaria completa	2	1.9%	4	4%	7	6.66%	0	0	15	14.2%
Primaria incompleta	4	3.80%	4	4%	3	2.8%	2	2%	13	12.3%
Secundaria incompleta	6	5.7%	14	13%	5	4.76%	1	1%	26	24.7%
Secundaria completa	6	5.7%	23	22%	3	2.8%	6	5%	38	36.2%
Universitaria	5	4.7%	9	8%	0	0%	0	0%	14	13.5%
Total	23	22%	54	51%	22	20.9%	5	5%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada José Napoleón García

Tabla No 17.

ESCOLARIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 20

Escolaridad	Método De Planificación		Medicamento		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Analfabeta	1	1%	0	0%	1	1%
Primaria Completa	12	11.5%	1	1%	13	12.5
Primaria Incompleta	13	12.5%	0	0%	13	12.5
Secundaria Completa	26	25%	0	0%	26	25%
Secundaria Incompleta	38	36%	0	0%	38	36%
Universitaria	14	13.5%	0	0%	14	13.5%
TOTAL	104	99%	1	1%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

Tabla No 18.

ESCOLARIDAD E INFORMACIÓN VISUAL SOBRE EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016

Escolaridad	Si		No		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Analfabeta	1	0.95%	0	0%	1	0.95%
Primaria completa	9	8.57%	4	3.80%	13	12.5%
Primaria incompleta	4	3.80%	9	8.57%	13	12.5%
Secundaria completa	12	11.42%	14	13.33%	26	24.76%
Secundaria incompleta	19	18.09%	19	18.09%	38	36.19%
Universitaria	7	6.66%	7	6.66%	14	13.33%
Total	52	49.52%	53	50.48%	105	100%

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García.

Tabla N° 19

PACIENTES CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y SUS BENEFICIOS-CENTRO DE SALUD NANDASMOJUNIO 2016

Utilizar T de cobre	Es económico		Ninguna de las anteriores		No causa aborto, ni infección no incomoda durante las relaciones sexuales		No engorda ni adelgaza		No sabe		Todas las anteriores		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	4	36.4%	1	9.1%	1	9.1%	1	9.1%	0.0%		4	36.4%	11	100%
Total	4	36.4	1	9.1	1	9.1	1	9.1	0.0		4	36.4	11	100

Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García.

Tabla N° 20

PACIENTES CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO, MITOS Y TABUS-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016

utilizar T de cobre	Dolor e incomodidad en la pareja durante el sexo		Él bebe nace con la T de cobre pegada al cuerpo		No sabe		Provoca cancer		Provoca embarazo o fuera de la matriz		Se adhiere o se encarna a la pared del útero		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	2	18.2%	1	9.1%	0	0%	2	18.2%	1	9.1%	5	45.5%	11	100%
Total	2	18.2	1	9.1	0	0	2	18.2	1	9.1	5	45.5	11	100%

Fuente: Encuesta realizada en centro José Napoleón García.

Tabla No 21

OCUPACION Y COMPLICACIONES DEL DIU-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO
2016

Ocupacion	Calambre Y dolor		Dolor intenso en abdomen		EI DIU se ha salido		Pareja percibe los hilos		No saben		Sangrado prolongado E irregular		total	
	frec	%	frec	%	fr ec	%	fre c	%	fre c	%	frec	%	frec	%
Ama de casa	5	4.7	12	11.4	1	1	13	12.3	14	13.3	4	3.8	49	46.6
Domestica	0	0	3	2.8	1	1	1	1	0	0	1	1	6	5.7
Comerciante	1	1	3	2.8	3	2.8	8	7.6	0	0	3	2.8	18	17.1
Costurera	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
Estudiante	1	1	5	4.7	2	2	4	3.8	1	1	0	0	13	12.4
Panadera	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	3	2.8
Profesional	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	3	2.8	5	4.7
Profesora	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	2
Secretaria	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
Zona franca	1	1	1	1	0	0	1	1	2	2	0	0	5	4.7
Total	9	8.5	26	24.8	10	9.5	29	27.6	18	17.2	13	12.4	105	100

Fuente: Encuesta realizada en centro José Napoleón García.

Tabla No 22.

OCUPACION, TABUS Y MITOS DEL DIU-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO
2016

Ocupación	Dolor e incomodida d de la pareja en el sexo		Bebe nace con DIU pegada al cuerpo		No sabe		Provoca cáncer		Embarazo ectópico		Se adhiere al útero		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Ama de casa	12	11.5	4	3.8	4	3.8	7	6.6	12	11.5	10	9.5	49	46.6
Domestica	2	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	6	5.7
Comerciante	4	3.8	0	0	0	0	4	3.8	3	2.8	7	6.6	18	17.2
Costurera	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
Estudiante	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2.8	3	2.8	13	12.3
Panadera	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	3	2.8
Profesional	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	2	2	5	4.7
Profesora	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	2
Secretaria	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
Zona franca	0	0	1	1	0	0	2	2	1	1	1	1	5	4.7
Total	22	21	8	7.6	5	4.7	23	22	22	21	25	23.7	105	100

Fuente: Encuesta realizada en centro José Napoleón García.

Tabla No 23.

OCUPACION Y BENEFICIOS DEL DIU-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016

Ocupación	Económico		Anteriores ninguna		No causa Aborto Infecciones Incomodidad en el sexo		No Engorda Ni adelgaza		N0 sabe		Todas las anteriores		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	Frec	%
Ama de casa Domestica	13	12.3	1	1	4	3.8	11	10.4	12	11.4	8	7.6	49	46.6
Comerciante	7	6.6	0	0	2	2	5	4.7	2	2	2	2	18	17.1
Costurera	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Estudiante	4	3.8	0	0	1	1	4	3.8	3	2.8	1	1	13	12.4
Panadera	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	3	2.8
Profesional	2	2	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	5	4.7
Profesora	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
Secretaria	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	2
Zona franca	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4.7
Total	32	30.5	1	1	11	10.4	28	26.7	19	18.1	14	13.3	105	100

Fuente: Encuesta realizada en centro José Napoleón García.

Tabla 24

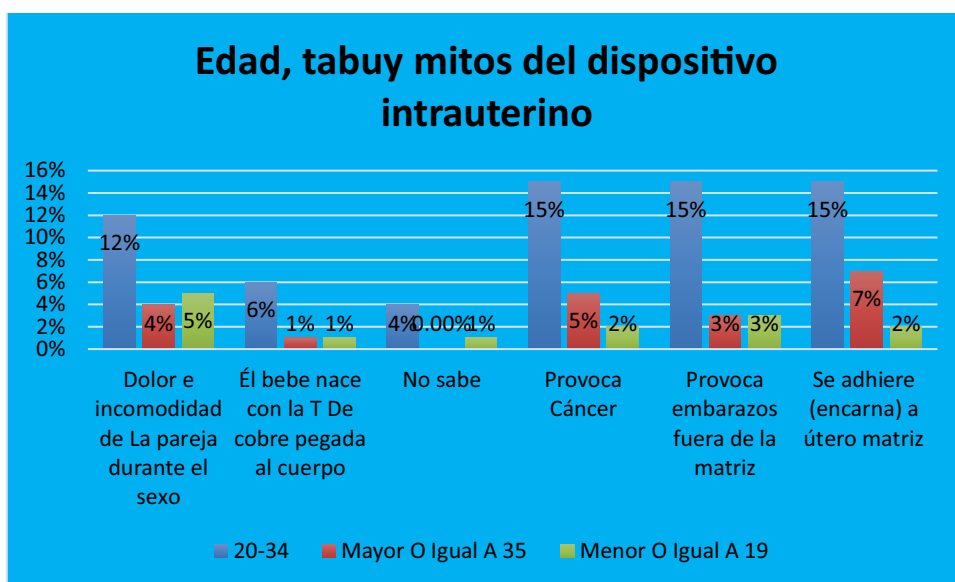
OCUPACION Y CALIDAD DEL DIU-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO
2016

ocupación	bueno		excelente		malo		No sabe		regular		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Ama de casa	15	14.2	7	6.6	4	3.8	5	4.7	18	17.1	49	46.6
Domestica	3	2.8	1	1	0	0	0	0	2	2	6	5.7
Comerciante	8	7.6	5	4.7	1	1	0	0	4	3.8	18	17.1
Costurera	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
Estudiante	8	7.6	0	0	0	0	1	1	4	3.8	13	12.4
Panadera	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	3	2.8
Profesional	4	3.8	0	0	1	1	0	0	0	0	5	4.7
Profesora	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
Secretaria	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2
Zona franca	2	2	2	2	0	0	0	0	1	1	5	4.7
Total	44	42	19	18.1	6	5.7	7	6.6	29	27.6	105	100

Fuente: Encuesta realizada en centro José Napoleón García

GRAFICO Nº 9

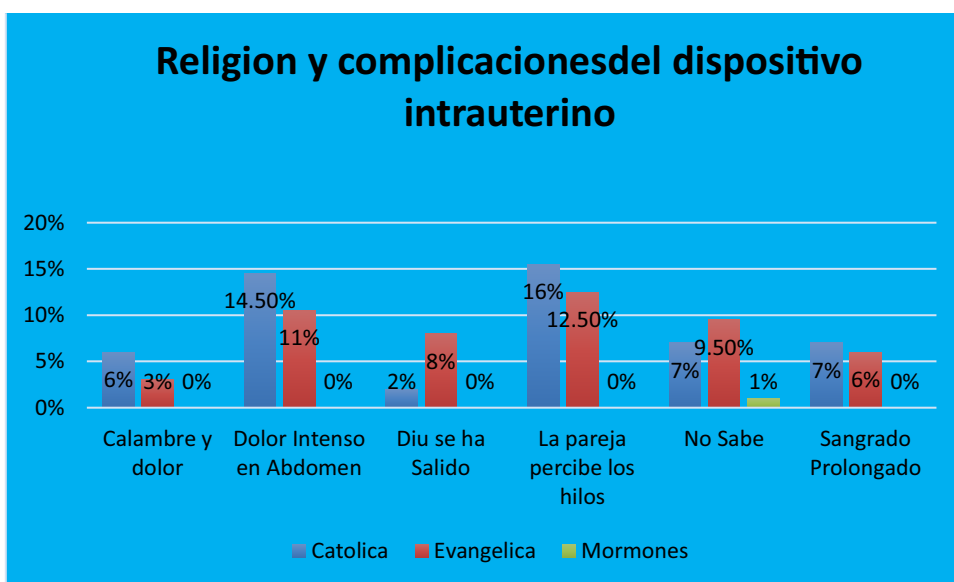
EDAD, TABÚ Y MITOS DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD JUNIO 2016



Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

GRAFICO Nº 15

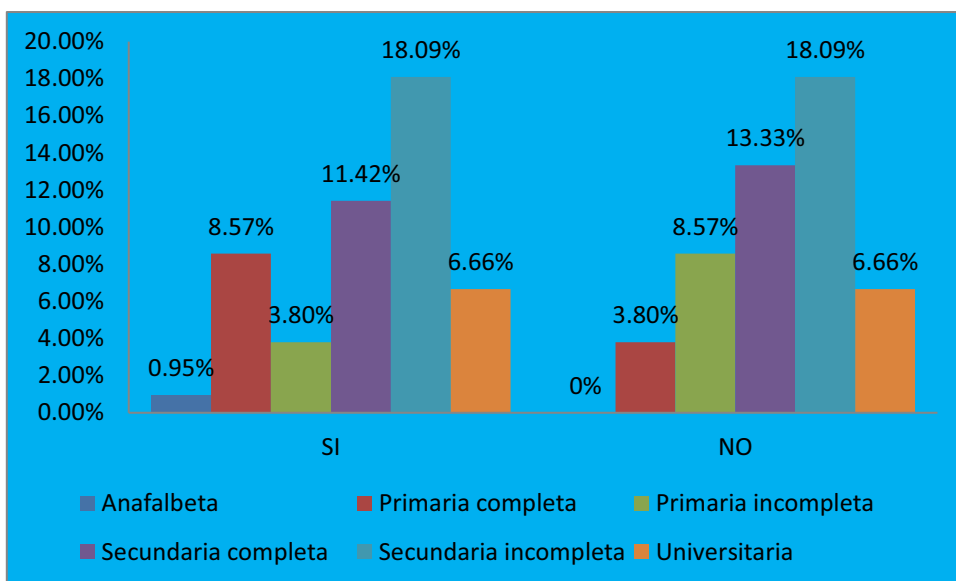
RELIGIÓN Y COMPLICACIONES DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016.



Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

GRAFICO Nº 18

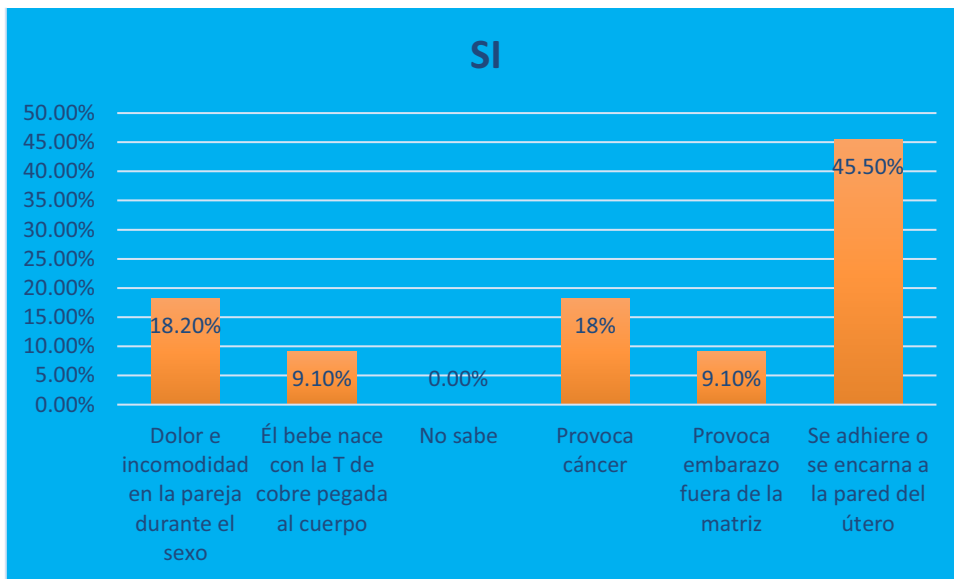
**ESCOLARIDAD E INFORMACIÓN VISUAL SOBRE EL DISPOSITIVO
INTRAUTERINO-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016**



Fuente: Encuesta realizada en centro de salud José Napoleón García

GRAFICO Nº 20

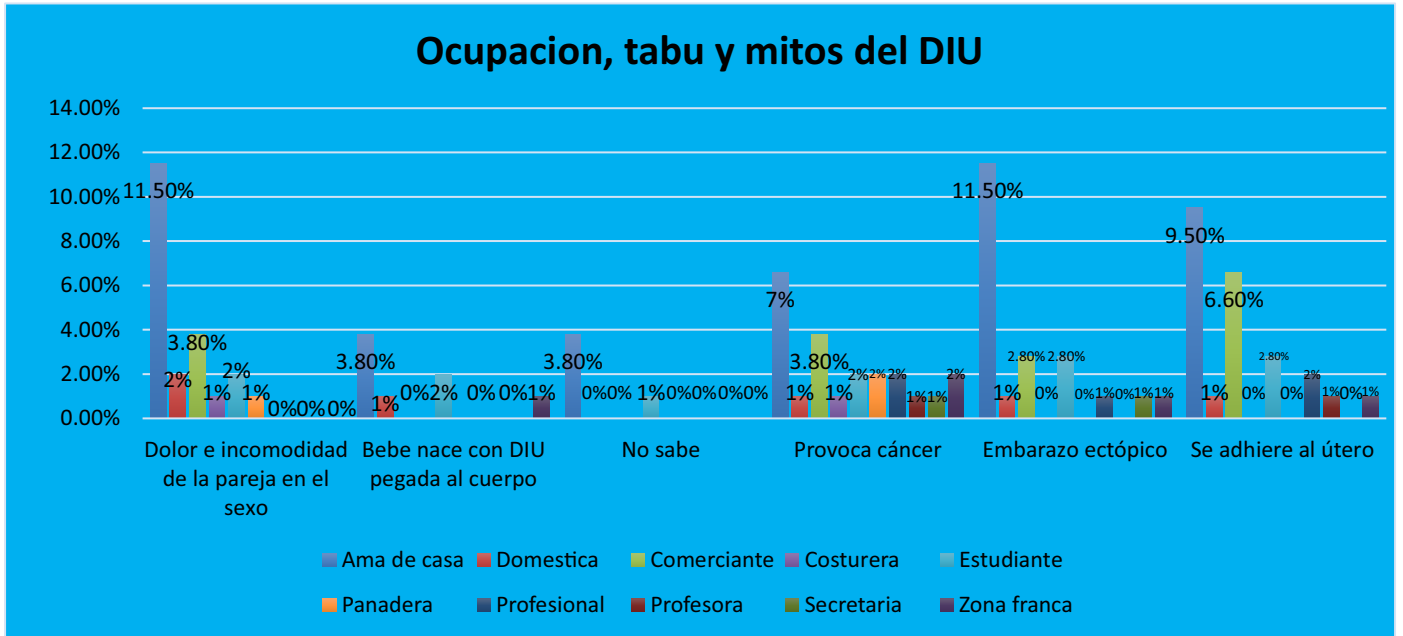
PACIENTES CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO, MITOS Y TABUS-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016



Fuente: Encuesta realizada en centro José Napoleón García.

GRAFICO Nº 22

OCUPACION, TABUS Y MITOS DEL DIU-CENTRO DE SALUD NANDASMO JUNIO 2016



Fuente: Encuesta realizada en centro José Napoleón García.