

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN LA COMUNIDAD DEL BARRIO LA CHURRIA. PEREIRA 2002

LUZ AMERICA GIL CASTAÑO
DIANA CAROLINA FRANCO TOBON
LINA MARCELA RENDON TORO

UNIVERDIDAD LIBRE
FACULTAD DE ENFERMERIA
PEREIRA, 2003

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN LA COMUNIDAD DEL BARRIO LA CHURRIA. PEREIRA 2002

LUZ AMERICA GIL CASTAÑO

DIANA CAROLINA FRANCO TOBON

LINA MARCELA RENDON TORO

Trabajo presentado como requisito para la finalización del Plan de Estudios del
Programa de Pregrado en Enfermería

Asesor metodológico:

JULIA INÉS ESCOBAR MONTOYA

Asesor temático:

JUDITH PATRICIA MORALES

UNIVERSIDAD LIBRE

FACULTAD DE ENFERMERIA

PEREIRA, 2003

TABLA DE CONTENIDO

	PAG
INTRODUCCION	1
1. EL PROBLEMA	2
1.1 PLANTEAMIENTO	2
2 JUSTIFICACIÓN	5
3 OBJETIVOS	6
3.1 OBJETIVOS GENERAL	6
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
4 MARCO TEORICO	7
4.1 EVOLUCION DEL CONTROL NATAL	7
4.2 PLANIFICACION FAMILIAR	9
4.3 ANTICONCEPCION	9
4.3.1 TIPOS DE METODOS	11
4.3.1.1 Métodos tradicionales	11
4.3.1.2 Métodos modernos	14
4.3.1.3 Métodos hormonales	14
4.3.1.4 Métodos de barrera	16
4.3.1.5 Métodos definitivos	18

4.4. Conocimiento de métodos por mujeres en Colombia	20
4.5 factores importantes en la selección de un método anticonceptivo	22
4.6 Normatividad en Colombia	23
4.7 ASPECTOS DEMOGRAFICOS DE LA FECUNDIDAD A NIVEL MUNDIAL	26
4.7.1 Transición demográfica	26
4.7.2 Fecundidad en Colombia	29
4.8 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PLANIFICACION FAMILIAR	30
4.8.1 La anticoncepción influye en la calidad de vida	30
4.8.2 Influencia educativa en la anticoncepción	31
4.8.3 Los padres frente a la planificación familiar	35
4.8.4 Contracepción y planes de población	36
4.8.5 Controversia religiosa	38
4.9 INVESTIGACION REALIZADA EN COLOMBIA	39
5. DISEÑO METODOLOGICO	42
5.1 Tipo de estudio	42
5.2 Población	42
5.3 Diseño muestral	42
5.4 Variables de estudio	43
5.5 Fuentes de información	45

5.6 Plan de recolección de datos	45
5.7 Prueba piloto	46
5.8 Sesgos de información	46
5.9 Análisis de resultados	47
6. RESULTADOS	49
6.1. descripción de la muestra estudiada	49
6.2. conocimiento sobre planificación familiar	52
6.3. uso actual de métodos	57
7. DISCUSION DE RESULTADOS	61
8. CONCLUSIONES	66
9. RECOMENDACIONES	68

BIBLIOGRAFIA

Anexo A. ENCUESTA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR
EN EL BARRIO LA CHURRIA DE PEREIRA

INTRODUCCIÓN

En el diagnóstico comunitario realizado en la comunidad de barrio La Churria del municipio de Pereira, en el primer periodo del año 2.000 se observaron jóvenes sexualmente activas a edades tempranas, mujeres cabeza de hogar con gran número de hijos, sin oportunidades de educación y empleo, las cuales no tenían apoyo por parte de su familia y pareja para ofrecerle buenas condiciones de vida a sus hijos. Lo anterior indujo a pensar cuál era la frecuencia de planificación familiar en estas familias y cuales factores influían en la falta de uso de anticonceptivos por parte de mujeres y hombres en esta comunidad, para elaborar programas encaminados a concientizar las mujeres sobre las ventajas de la planificación.

La utilidad de este estudio descriptivo es permitir un acercamiento a los factores que influyen en la ausencia de planificación familiar en estratos bajos de la población, facultando al profesional de enfermería para el desarrollo de programas enfocados al campo de la familia, la salud sexual y reproductiva; y poder desempeñarse en acciones de promoción y prevención.

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO

La planificación familiar es el derecho de hombres y mujeres a decidir libremente cuando y cuantos hijos desean tener, determinando así el tamaño de su familia y pudiendo disfrutar de su sexualidad sin tener como consecuencia un embarazo no deseado.¹

Los seres humanos al tener una relación sexual heterogénea deben ser conscientes y responsables de las consecuencias que conlleva un embarazo no deseado. Sin embargo se observa que a pesar de existir métodos disponibles y conocidos de planificación las personas en muchas ocasiones no los utilizan.

Existen factores como: la drogadicción, el alcoholismo, desinformación sobre su sexualidad y su salud sexual, iniciación de la vida sexual a edades tempranas, aspectos culturales como el machismo, la religión o el nivel educativo, que inciden en la decisión de planificar; otros pueden ser, el temor a

¹ Profamilia. Planificación familiar y métodos anticonceptivos. Cuadernillo estudiantil. Santafé de Bogotá, DC- Colombia 1-7 pag.

los efectos secundarios, miedo a la esterilidad, falta de acceso a los servicios, falta de información acerca de los métodos disponibles y sus efectos, oposición del esposo y falta de diálogo entre las parejas acerca del control de la natalidad. Además las normas culturales como preferir una familia numerosa, el hecho de valorar mas a un hijo varón que a una hija, la categoría que da ser madre y el control que ejerce el hombre en el comportamiento de la mujer, pueden influir en el comienzo del uso de los anticonceptivos.²

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000 realizado, por Profamilia. “ En Colombia la totalidad de las mujeres en edad fértil, sin importar su estado civil conoce por lo menos un método anticonceptivo lo que indica que todas ellas están conscientes de que la fecundidad puede regularse y existe un conocimiento universal, por lo menos básico o elemental, con relación a la planificación familiar”.

Con el presente proyecto y basados en la investigación³ realizada en el año 2000 por el grupo de estudiantes de tercer semestre de Enfermería de la Universidad Libre en el Barrio La Churria y que arrojó un total de 49.6% de la población perteneciente al sexo femenino del cual un 90% en edad fértil, observando la necesidad de conocer e indagar sobre los factores sociales y culturales que influyen en la no utilización de métodos anticonceptivos en la

comunidad ya que se encontraron familias numerosas a pesar de las precarias condiciones económicas.

Por tal razón se dio como prioridad conocer los factores que influyen en la falta de planificación familiar cuyo objetivo es impedir la concepción de hijos no deseados lo cual generalmente trae como consecuencia una vida poco placentera sin buenas condiciones materiales, psicológicas, de armonía en la pareja y situación económica que permita una buena calidad de vida.

Lo anterior conlleva al siguiente interrogante de investigación.

¿Cuáles son los factores que influyen en el poco uso de métodos de planificación familiar por parte de las mujeres del barrio la Churria del municipio de Pereira?

² Profamilia. Informe especial. Los jóvenes tienen la palabra. Planificación, población y desarrollo. Volumen 13, N° 26 de 1995. 44 pag.

³ Diagnostico Comunitario Barrio La Churria primer semestre del 2000. Prereira, Rda.

2. JUSTIFICACIÓN

Los medios de comunicación en muchas ocasiones nos proyectan la sexualidad como algo excitante, superficial y libre de consecuencias. No obstante los adolescentes se sienten culpables respecto a sus niveles de actividad sexual, pero esto no indica que prevenga el tener relaciones sexuales.

Su incapacidad de reconocer dicha actividad los lleva a rechazar los métodos de planificación, pues en la mayoría de los casos la premeditación o planificación les produce gran ansiedad. Se añade a lo anterior las creencias y mitos tejidas frente a este tema y que se transmiten por generaciones. Como algunos métodos de planificación son causantes de enfermedades o daños irreversibles, por ésto prefieren los métodos naturales que han sido buenos para sus madres o abuelas. Todos estos factores inciden en la cantidad de nacimientos, abortos y embarazos no deseados de las mujeres de este sector.

Consideramos que este estudio aportara al profesional de enfermería herramientas para el desarrollo de programas enfocados a la familia, a la salud sexual y reproductiva, donde la enfermera se desempeñe como persona en pro

del trabajo social, identificando las necesidades de la comunidad, lo cual ayudara a diseñar estrategias educativas y asesoramiento a la población.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Identificar la frecuencia de la planificación familiar y los factores que la condicionan en las mujeres en edad fértil del Barrio la Churria de Pereira para diseñar estrategias educativas en el cuidado de enfermería, tendientes a mejorar los conocimientos y prácticas de planificación familiar en el año 2003.

3.2 ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia del uso actual de métodos anticonceptivos en mujeres de la comunidad.

- Identificar el grado de conocimiento que tiene la comunidad sobre planificación familiar.

- Identificar los factores sociales y culturales que intervienen en la no planificación.

4. MARCO TEORICO

4.1 EVOLUCION DEL CONTROL NATAL

La primera revolución del control natal fue llevada a cabo por los hombres en el siglo XVIII y consistió en la utilización masculina del coito interrumpido. En siglos pasados (siglo XIV), se argumentaba contra el, que era una práctica insana. Dentro del matrimonio era escaso debido al valor otorgado al número de hijos y a su asociación con prácticas extramatrimoniales y a la prostitución.

La segunda revolución del control natal protagonizada principalmente por las mujeres fue la introducción del uso de la píldora y la legalización del aborto (mitad del siglo XX). Las mujeres han sido las protagonistas principales en la historia de la anticoncepción ya que la fertilidad no tiene el mismo significado en hombres que en mujeres. El coito interrumpido es mencionado en la época grecorromana, pero referido a la mujer; consistía en que la mujer aprendía a conocer el momento de la emisión

masculina, retenía su respiración y se retiraba ligeramente para que el semen no se introdujera demasiado en el útero. Luego se ponía de rodillas, estornudaba y lavaba su vagina.⁴

En pleno siglo XX, hacia 1930, quedaba claro que el aborto dentro de los tres primeros meses, gracias a los antibióticos, era seguro y por tal razón era considerado como un derecho. Para muchas mujeres trabajadoras el aborto era el primer método de control de la natalidad, y lo consideraban legítimo hasta el momento en que el feto comenzaba a patear. A partir de entonces comenzó un largo proceso de reconocimiento y legalización.

En 1951 Pincus probó la posibilidad de controlar la anticoncepción mediante medios químicos, abriéndose así una nueva época en el control técnico y fácil de la natalidad, ofreciendo a las mujeres posibilidades nunca gozadas hasta entonces. Su uso ha pasado por cambios, como los ocurridos en 1970, cuando los problemas y las contraindicaciones de la píldora orientaron al uso de los anticonceptivos de barrera. El proceso que ha llevado a este desarrollo tecnológico ha sido lento y sinuoso. Una parte de los métodos anticonceptivos más antiguos se basaban en supuestos y creencias mágicas que atribuían virtudes milagrosas a pócimas y brebajes extraños; junto a estos existían otros más racionales, consistentes en la creación de diversos tipos de barreras, físicas y químicas

⁴ Haveman, Ernest y los redactores de Life. Control de la natalidad. Impreso en países bajos, Esp. 1967, Nerdeland, N.V. p 111,112.

tendientes a impedir el embarazo, como cáscaras, taponos de raíces o de hierbas marinas, esponjas empapadas en aceite o en productos cítricos etc.

Mientras que en el siglo XIX los movimientos feministas veían con recelo la anticoncepción, temerosas de que la mujer perdiera su estatuto social de madre y se convirtiera en muñeca de placeres para el hombre, el siglo XX ha asistido a la reivindicación de los derechos de la mujer en las decisiones sobre su propio cuerpo.

4.2 PLANIFICACION FAMILIAR Y ANTICONCEPCION

La planificación familiar es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos.⁵

⁵ Disponible en Internet: www.saludcolombia.com. Norma técnica para la atención en planificación familiar de hombres y mujeres en Colombia, febrero del 2000.

La anticoncepción es la técnica para evitar el embarazo por métodos farmacológicos, instrumentales o que alteran o bloquean uno o más de los procesos reproductivos, de manera que la unión sexual no tenga como consecuencia la fecundación.⁶

Son tipos de anticoncepción: los anticonceptivos orales, el capuchón cervical, el condón, el diafragma, el dispositivo intrauterino, los espermicidas, la esterilización y los métodos naturales. Los métodos anticonceptivos se dividen en tradicionales y modernos.⁷

4.3.1 METODOS ANTICONCEPTIVOS

4.3.1.1 Métodos tradicionales.

Son métodos que nacen de tradiciones populares y no tiene una base científica, también se incluyen los que se pueden controlar durante el ciclo menstrual mediante las manifestaciones físicas, hormonales o durante la relación sexual. Entre estos están:⁸

- **Ritmo.**

La pareja no debe mantener relaciones sexuales durante el ciclo reproductivo femenino en el cual el óvulo fecundable se encuentra en la trompa de Falopio. Se trata por tanto, de una abstinencia periódica en las relaciones sexuales.

Desde el punto de vista de la eficacia tiene sus problemas:

⁶Gispert Carlos. Diccionario de medicina Océano Mosby, 4 edición. Barcelona, España. P, 84

⁷ Ibid. , p 150

- a. El espermatozoide puede sobrevivir en el moco cervical unas cuarenta y ocho horas y en el caso de realizarse el acto sexual hasta dos días antes del momento de la ovulación, bien podría quedar la mujer embarazada.
- b. Después de la ovulación el óvulo puede ser fecundado durante unas 24 horas, extendiendo el período de peligro por espacio de un día más.
- c. Es muy difícil determinar cuando exactamente se produce la ovulación, ya que circunstancias emocionales o biológicas pueden alterar el ciclo.⁹

- **Moco cervical.**

Consiste en reconocer el flujo que produce el cuello uterino en los días previos a la ovulación. Este flujo es transparente y muy elástico. Este método es más certero, pero requiere un entrenamiento en el reconocimiento de los flujos vaginales y una motivación y aceptación del cuerpo.¹⁰

- **Temperatura basal.**

Se apoya en el aumento leve de temperatura que sucede en la ovulación y permanece hasta la aparición de la menstruación. Esta se relaciona con los cambios hormonales. Para llevar este método se requiere de por lo menos 6 meses de toma diaria de la

⁸ Profamilia. Planificación familiar y métodos anticonceptivos. Cuadernillo estudiantil. Santafé de Bogotá, DC- Colombia 1-7 p.

⁹ González Illing, Guillermo. Comportamiento y salud 2. Décima edición, Medellín –Colombia, Bedout SA1985. P, 201, 207, 208.

temperatura bajo condiciones específicas, un registro de las lecturas y su análisis, esto será un indicador aproximado del período de ovulación.

- **Coito interrumpido.**

Consiste en extraer el pene cuando el hombre sienta que va a eyacular para que el semen se deposite afuera. Puede darse el caso de que una mínima parte de espermatozoides penetren en la vagina, o que el pene tenga algún espermatozoide vivo, si antes del coito ha tenido lugar una eyaculación reciente. El hombre siente la satisfacción del orgasmo, pero en condiciones anfiológicas; en la mujer, las consecuencias son negativas, debido a que en el momento de máxima excitación queda insatisfecha.¹¹

- **Amenorrea por lactancia después del parto.**

Este método es usado en mujeres que no han menstruado después de seis meses de pasado el parto y están lactando exclusivamente. Tiene la ventaja de disminuir la posibilidad de hemorragia postparto y no interferir con las relaciones sexuales; pero su eficacia disminuye cuando la mujer comienza a menstruar.

¹⁰ Gispert, Op. Cit; p 200

¹¹ González, Op. Cit; p 201, 207, 208

4.3.1.2 Métodos modernos.

Pueden ser químicos o mecánicos. Actúan interfiriendo en el encuentro del espermatozoide con el óvulo. Se utilizan en el momento de la relación sexual.

- **Métodos hormonales.**

Son aquellos que influyen sobre los procesos hormonales que ocurren en el cuerpo femenino, incluyen la píldora, la inyección, los implantes subdérmicos. Estos métodos contienen una o dos hormonas, estrógenos y progesterona, que inhiben la ovulación y alteran el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides. Las parejas que usan estos métodos en forma correcta y sistemática obtienen alta protección anticonceptiva, con ventajas adicionales tales como alivio de la dismenorrea, regulación del ciclo menstrual, reducción del riesgo de cáncer de endometrio y de ovario, entre otras. Las desventajas están asociadas a efectos cardiovasculares y a modificaciones del peso.

- **Dispositivo intrauterino (DIU).**

Es un dispositivo que se inserta en el útero impidiendo que el esperma llegue a la cavidad uterina y a las trompas de Falopio, El DIU de cobre es uno de los más efectivos. Las ventajas principales son la reversibilidad y la ausencia de interferencia con las relaciones sexuales. Los efectos secundarios tales como dolor, menstruación irregular e infecciones, pueden desmotivar su uso.

- **Preservativo.**

Es una vaina de caucho natural de látex, plástico sintético o poliuretano, que forma una barrera física impidiendo que el semen entre en contacto con la vagina o pase al útero. Tiene la ventaja de proteger contra infecciones de transmisión sexual.

- **Espermicidas vaginales.**

Son sustancias químicas que al introducirlas en la vagina antes del coito pueden destruir los espermatozoides y quizás también algunos virus y bacterias patógenos. En esta categoría existen: espumas, jales, tabletas vaginales, películas y cremas. La mujer coloca una tableta en su vagina, lo mas profundo posible, unos diez minutos antes del coito para que se disuelva. Se debe usar una tableta por cada coito.

- **Métodos definitivos.**

Son aquellos que utilizan un procedimiento quirúrgico que impide el proceso de fecundación, mediante el corte de los conductos deferentes en el hombre y las trompas de Falopio en la mujer. El primero es conocido como vasectomía, en las mujeres se denomina pomey.

Las ventajas de estos métodos son el bajo costo, los escasos efectos secundarios y la alta eficacia anticonceptiva, que explican que en todo el mundo 162 millones de mujeres en edad fértil y 44 millones de hombres hayan decidido usarlos.¹²

¹² Eric R. Miller, Barbara Shane y Elane Murphy. Seguridad de los métodos anticonceptivos. Segunda edición. Ed. Sara Adkins Blanch. Diciembre 1998.

4.4 LA PLANIFICACION FAMILIAR EN COLOMBIA

4.4.1 Aspectos Demográficos

La transición demográfica es la disminución del crecimiento de la población, lo que se debe al temprano descenso de la mortalidad, seguido de una baja más intensa de la fecundidad. Esta transición parece guardar cierta relación con la evolución social y económica de la región y, en ella, con la especificidad histórica de cada sociedad.

A partir del decenio de 1950 los países de América Latina han experimentado importantes transformaciones sociales y económicas, que algunos investigadores trataron de explicar con la teoría de la modernización. Esta teoría es útil para describir los cambios sociales que ocurrieron en los decenios de 1960 y 1970. El crecimiento económico fuerte y sostenido que logró la mayoría de los países de la región por lo menos hasta fines de los años 70, fue el origen de los cambios de las estructuras sociales que se plasmaron en la terciarización de la mano de obra, en los aumentos de la productividad, en la mejor capacitación de la fuerza trabajadora, en el mejoramiento de la cobertura del sistema educativo y en una movilidad geográfica causante de un proceso de urbanización creciente. Con base en estos indicadores, La Cepal (1989) clasificó a Colombia dentro del grupo de países con baja natalidad y mortalidad moderada y baja, es decir, con un crecimiento natural bajo, del orden del 1%.

El proceso de modernización ha estado ligado al cambio de conducta reproductiva de la población. De esta forma se explica la decisión de postergar nacimientos, motivada por la necesidad de las mujeres de trabajar para amortiguar el descenso de los horarios reales y el mayor desempleo de los jefes de hogar.

Estos cambios en los componentes demográficos, sobretodo de la fecundidad, han modificado la composición por edades y otros aspectos relacionados, como los perfiles epidemiológicos, la relación de dependencia, así como la estructura de la demanda de los servicios básicos.¹³

4.4.2 Fecundidad en Colombia

La fecundidad en Colombia se relaciona con todos los procesos que tienen que ver con el nacimiento de un niño, incluyendo los eventos que conducen al embarazo y al parto; así como la capacidad reproductiva o fisiológica de la pareja.

Entre los adolescentes la tasa de fecundidad ha ido en aumento, explicada por razones semejantes a las de otros países en desarrollo: el descenso en la edad de la menarquia, el aumento de número de adolescentes con sexualidad activa mas tempranamente, al igual

¹³ Cepal. Situación y tendencias Demográficas. Población, equidad y transformación productiva. Chile 1993.

que el bajo nivel socioeconómico y bajo grado de escolaridad tanto de ellos, como de sus padres.

En Colombia la Tasa Bruta de Natalidad¹⁴ ha sufrido importantes modificaciones. En la primera mitad del siglo pasado se estimó la Tasa Bruta de Natalidad muy cercana al 45 por mil habitantes, pero a partir de 1965 se percibe un cambio significativo en los patrones reproductivos del país, pasando de 41.3 niños por mil habitantes en 1968, a 28.0 niños por mil habitantes en 1995, a 23 nacimientos por mil habitantes en el 2000.

En la encuesta de fecundidad desarrollada en 1969, Elkins estimó que durante el periodo de 1960 a 1965 las mujeres tenían en promedio 7 hijos vivos al término de su vida reproductiva. Posteriormente, los Censos de 1985 y 1993 encontraron que el promedio de hijos por mujer era de 3.2 y 3.0 respectivamente. Finalmente, la Encuesta de Demografía y Salud del 2000 arrojó una tasa total de fecundidad (TTF) de 2.6 por mujer.

En términos muy generales, se puede decir que la fecundidad en Colombia presenta los descensos más importantes antes de 1975, pero a pesar de la desaceleración en el ritmo de la disminución, la fecundidad continúa bajando tanto en las zonas rurales como urbanas y en las diferentes regiones del país.

¹⁴ Encuesta Nacional de Demografía en Salud, primera edición. Bogotá (Colombia), octubre del 2000.

Además, los datos preliminares muestran que existe una relación inversa entre fecundidad educación, a mayor educación menor fecundidad. Para el total del país la TTF es de 4.8 hijos cuando la educación es de menos de 5 años y de 2.4 cuando las mujeres han alcanzado ocho y más años de educación.¹⁵

4.4.3 Anticoncepción en Colombia

Desde 1990 cada cinco años se realiza en Colombia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)¹⁶ la cual es dirigida por la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA) y otras entidades que la auspician; con cobertura a todo el país lo que permite reconocer comportamientos, costumbres, fortalezas, debilidades, carencias y necesidades insatisfechas de la población en el campo de la familia y la salud sexual y reproductiva. Su objetivo es ofrecer información actualizada, real y oportuna acerca de la población del país especialmente de las mujeres y las adolescentes.

La encuesta reveló que en Colombia, el uso actual de los métodos anticonceptivos está generalizando cada vez mas: el 77% de las mujeres en unión están actualmente usando

¹⁵ Ibid; p 160

¹⁶Ibid; p 170.

algún método de planificación familiar. El nivel de uso asciende al 84% entre las mujeres que no están en unión pero que son sexualmente activas.

Asimismo, Los resultados mostraron que los factores que influyen en la ausencia de planificación familiar son¹⁷:

- **Áreas de residencia.**

En el año 2000 existía en Colombia una diferencia de 3 puntos porcentuales entre la zona rural y la urbana con relación al uso de métodos anticonceptivos (75 y 78%).

- **Nivel educativo.**

Se encontraron cambios importantes en cuanto al nivel educativo. En las mujeres sin ninguna educación la tasa de uso de anticonceptivos se incrementó en 20 puntos porcentuales al pasar de 53% al 73% entre 1990 y el año 2000. El incremento entre las mujeres con educación primaria fue de 14 puntos porcentuales al pasar de 63% al 77%, y de las que tienen educación secundaria de 9 puntos al pasar de 69% a 78%. El uso entre las mujeres con educación universitaria presentó un leve descenso de 2 puntos en el mismo periodo, al pasar de del 77% al 75%. El análisis del nivel educativo demuestra que la planificación familiar ha dejado de ser una característica de las mujeres de los estratos socioeconómicos altos, como era cuando se iniciaron los programas de planificación familiar en Colombia.

¹⁷ Ibid; p, 52

- **Compañero permanente.**

El 77% de las mujeres casadas o unidas están usando actualmente un método de planificación familiar. El nivel de uso asciende al 84% entre las mujeres que no están en unión pero que son sexualmente activas. En el uso de métodos tradicionales el porcentaje es mas alto en las mujeres sexualmente activas sin compañero permanente.

- **Edad**

La edad define el uso o no de métodos anticonceptivos y el grado de exposición de una mujer al riesgo de embarazo. El 53% de las mujeres entre la edad de 15 y 49 años están usando cualquier método y el 47.2% de ellas no lo están usando actualmente.

Por otra parte, el método mas utilizado es el pomey recientemente prestado como servicio con la vasectomía, por el sistema de seguridad social y por los servicios de medicina prepagada; antes no los reconocían seguramente mas por razones religiosas, que por razones económicas, pero el costo social y económico de los abortos y embarazos no deseados, replanteo dicha posición. Los anovulatorios orales son el segundo método anticonceptivo en frecuencia de uso, pero aunque en la teoría son de obligatorio suministro según la ley 100 de seguridad social, en el 69.8% de los casos, se obtienen privadamente, y solo en el 29.4% de los casos, los suministra el sector público dando cuenta de la falta de compromiso estatal.

4.4.4 Conocimiento de los métodos de planificación familiar en Colombia

En cuanto al conocimiento de métodos de planificación familiar, la encuesta de Demografía y salud encontró que la totalidad de las mujeres en edad fértil, sin importar su estado civil, conoce por lo menos un método anticonceptivo, lo que indica que todas ellas están conscientes de que la fecundidad puede regularse y existe un conocimiento universal, por lo menos básico o elemental, con relación a la planificación familiar.

En el ámbito nacional, los métodos modernos mas conocidos son el condón, la píldora, la esterilización femenina, la inyección y el DIU, con un rango de conocimiento que descende de 99% para el condón a 95% para el DIU. El nivel de conocimiento para los métodos vaginales (espumas, jaleas y óvulos.) Es del 81%. Los métodos modernos menos conocidos son la esterilización masculina (76%), nortplan (73%), la amenorrea por lactancia (52%) y la anticoncepción de emergencia (22%). Estos dos últimos métodos fueron incluidos por primera vez en la ENDS 2000.

Por otra parte, si bien, los niveles de conocimiento en general son relativamente altos, el nivel encontrado en las mujeres sin experiencia sexual es menor que el de las mujeres solteras sexualmente activas y las mujeres unidas. Como era de esperarse, específicamente en métodos tales como el DIU, la esterilización masculina, la amenorrea por lactancia y los métodos tradicionales. Tal como lo especifica el Cuadro N° 1. ¹⁸

¹⁸ Encuesta Nacional de Demografía en Salud, Op. Cit, p 51-52.

Cuadro N° 1. Porcentaje de mujeres que conocen algún método anticonceptivo, por estado Civil y nivel de exposición, según métodos específicos, Colombia 2000.

METODO ANTICONCEPTIVO	NIVEL DE EXPOSICION			
	Todas las mujeres	Actualmente unidas	Solteras sexualmente activas	Sin experiencia sexual
Cualquier método	100	100	100	100
Cualquier método moderno	99,8	99,9	100	99,4
Píldora	99	99,3	99,8	97,1
DIU	94,5	97,6	96,5	81,5
Inyección	95,9	9,8	98	88,6
Espuma, jalea, óvulo	81	83,2	88,5	67,1
Condón	99,1	99,2	99,9	98,2
Esterilización femenina	96,6	98,4	96,7	90,5
Esterilización masculina	77,7	80,4	84,2	65,3
Nortplant	73,2	77,9	82,1	53,4
Anticoncepción de emergencia	22,2	18,5	33,1	24,7
Amenorrea por lactancia	52,3	62,3	46,5	28,5
Cualquier método tradicional	92,6	95,2	98	81
Abstinencia periódica	86,1	82,2	91,8	74,8
Retiro	81,5	85,5	93,6	59,9
Cualquier método folclórico	99,7	99,8	99,9	99,7
Cualquier método tradicional o folclórico	100	100	99,9	100
Promedio métodos conocidos	11	11	11	9
Numero de mujeres	11585000	593500	1023	2026

Algunas de las conclusiones más importantes fueron: Si los programas de planificación desean ser más efectivos, deben conocer las probabilidades de discontinuación de todos y cada una de los métodos que ofrecen y las razones por las cuales las mujeres dejan de

usarlo. Estos son elementos básicos para la toma de decisiones con el fin de llevar mejores servicios a la población que los necesita.

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los métodos de planificación familiar mas conocidos, por los adolescentes son el condón (94%), la píldora (77%), y los óvulos (60%). El ritmo es uno de los métodos menos conocidos (42%), lo cual es acorde con su bajo nivel de conocimiento del ciclo menstrual (Profamilia, 1995).

Profamilia (1995) refiere que: el 17% de las mujeres de 15 a 19 años eran madres o estaban embarazadas en ese momento. El 33.6% no habían planificado por considerarse no fecundas a su edad, 10% de ellas y 2.8% de sus compañeros se oponen al uso de métodos de planificación familiar; el 3.1% no conocían los métodos, y el 7.9% le temían a los efectos colaterales. Esto evidencia desconocimiento, los mitos, la falta de información adecuada, o el no asumir la responsabilidad a pesar de conocer los riesgos.

4.4.5 Normatividad para la Planificación Familiar en Colombia.

En Colombia la Planificación Familiar aparece consagrada en la Constitución Política Colombiana de 1991¹⁹ como un derecho el individuo y un deber del Estado. Así, el

¹⁹ Constitución Política de Colombia 1991.

artículo 42 plantea: “La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores e impedidos” y el Artículo 43 dice: “El Estado apoyará a la mujer cabeza de familia”.

Este marco legal y la necesidad de acogerse a políticas internacionales orientadas a disminuir la alta tasa de gestaciones no deseadas y disminuir la mortalidad materna y perinatal, motivó al Ministerio de Salud a promulgar en el año 2000 las Normas Técnico Administrativas y Guías de Atención en Salud, que incluye una guía para atención en planificación familiar a hombres y mujeres, cuyo objetivo es “brindar a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias”²⁰.

La norma define claramente actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas mínimas que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención en planificación familiar, las cuales deben tener capacidad resolutive y un equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad garantizando la información, educación, consejería y oferta anticonceptiva a libre elección informada al hombre, mujer o pareja, así como su seguimiento.

²⁰ Ministerio de Salud. Resolución 0412 del 2000. Colombia. Norma Técnica y Guías de Atención en Salud. . Guía de Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres.

Las actividades descritas incluyen consulta de consejería y seguimiento realizada por el médico o enfermera altamente capacitados en la cual se debe informar sobre los diferentes métodos, mecanismos de acción, ventajas, desventajas, riesgos, signos de alarma y consecuencia del uso. Responder a las dudas que tengan las usuarias en un lenguaje sencillo, realizar anamnesis completa haciendo énfasis en salud sexual reproductiva, condiciones de salud, hábitos y uso de métodos; examen general y del aparato reproductivo, selección del método, así como educar sobre la importancia de los controles y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

4.5. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PLANIFICACION FAMILIAR

La comunicación con los padres

Los padres de familia por su cercanía y relación con los niños y jóvenes, han sido siempre educadores sexuales pero, generalmente lo han hecho sin pensarlo, sin analizar si son las formas y los contenidos adecuados. Los padres e hijos actúan muchas veces con la mejor intención, pero desde posiciones extremas conllevando a que los jóvenes se quejen de no poder comunicarse con sus ellos o de que los mayores no los comprenden²¹.

²¹ Palacio, Marta Lucia. Sexo y Vida: el adolescente y sus padres, fascículo N° 9. septiembre del 1999. P, 91.

La única forma de ir logrando que se entiendan estas posiciones es conversando ampliamente sobre inquietudes, dudas sobre su sexualidad, además de reafirmar los valores y actitudes que tienen que ver, con la sexualidad y el comportamiento sexual derivarán entonces, en gran medida, de lo que los niños y jóvenes vean y experimenten en su relación con los adultos.

En conclusión²² los padres deben vigilar y tratar el tema de la planificación familiar con sus hijos en el momento preciso, ni demasiado pronto para no impresionarlos ni demasiado tarde para evitar embarazos indeseados a edades tempranas y el rechazo por parte de los padres y de la sociedad

Por esta razón, los padres deben estimular una información sana, sobre los métodos de planificación familiar disponible para sus hijos, sabiendo que un día u otro tendrán vida sexual.

El concepto personal de calidad de vida

Según las investigaciones realizadas por el Proyecto de Estudios de la mujer en 10 países²³, la planificación familiar puede influir en casi todos esos aspectos de la calidad de vida. Sin embargo, la planificación familiar a menudo depende de las creencias y las

²² Cohen, Jean. Los padres frente a la contracepción. Enciclopedia de la vida sexual adultos. Háchete Jeunesse, París 1984. P, 210,211.

²³ Proyecto de estudios de la mujer de FHI (wsp). La anticoncepción influye en la calidad de vida. Network en español. Vol. 18, N° 4 verano de 1998.

prácticas que definen las funciones de género, las normas religiosas que pueden desalentar el uso de anticonceptivos y las condiciones económicas y políticas.

Así, las decisiones de la mujer dependen del contexto y de los conceptos que tenga de su calidad de vida. De esta forma una mujer cuyos suegros desean tener muchos nietos y cuyo esposo tiene otras mujeres que tienen otros hijos de él puede decir que la buena vida para ella es tener muchos hijos. En cambio, otra mujer puede pensar que la buena calidad de la vida significa tener uno o solo dos hijos para lograr que reciban buena alimentación y educación y otra puede darle valor al tiempo que dedique a lograr metas profesionales o de educación.

El nivel educativo

Muchos gobiernos prestan su apoyo a la educación de la mujer para promover las familias más pequeñas, aumentar el uso de anticonceptivos modernos y mejorar la salud infantil.²⁴

Las Naciones Unidas, la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos, el Population Council y otros organismos han estudiado los vínculos que hay entre la educación y la procreación. Se ha determinado que en los países menos desarrollados, la

²⁴ ¿Es la educación el mejor anticonceptivo?. Disponible en Internet: www.measurecommunication.org.boletinnormativo

mujer sin educación tiene casi el doble de hijos que la mujer con 10 o más años de instrucción escolar, mientras que la mujer con mas educación normalmente realiza una transición más tardía y saludable a la etapa adulta de su vida. Tiene sus primeras relaciones sexuales mas tarde, se casa mas tarde, quiere tener una familia más pequeña y es más probable que use anticonceptivos que las demás mujeres menos instruidas.

Un estudio realizado en 1995²⁵ determinó que en algunos países menos desarrollados, la mujer que tenía unos pocos años de instrucción escolar tenía casi el mismo número de hijos, o más, que la mujer sin educación alguna. Este estudio concluyó que en los países que están más desarrollados y que tienen mayor índice de alfabetismo entre las mujeres, un mayor grado de educación se asocia constantemente con menor fecundidad. Pero en los países de menos recursos, un poco de educación puede tener poco efecto sobre los niveles de fecundidad. Indican que cuanto menor es el desarrollo de un país, mas años de educación son necesarios para afectar los niveles de fecundidad y los indicadores relacionados, tales como la edad en que se contrae matrimonio y el uso de anticonceptivos.

Además, sugieren los investigadores que son varios los aspectos del contexto nacional que tienen una importancia especial como la exposición a los medios de comunicación masiva. Pues los investigadores creen que es probable que una serie de factores, incluso

²⁵ Ibid.

la exposición a la radio y a la televisión cumplan parte de la función que la educación universal tenía antes.

Además la mujer instruida tendrá dificultad para limitar la cantidad de hijos que tenga, si los servicios que necesita, incluso información, orientación y suministro no están disponibles. En aquellos países cuyo programa de planificación familiar es deficiente, la tasa de fecundidad de las mujeres casadas, con unos pocos años de instrucción es a menudo mas alta que la de las mujeres sin educación. Los efectos de la educación sobre la mujer permiten la implementación de políticas orientadas a: Promover la educación universal y la instrucción a nivel secundario, además ampliar los programas de comunicación masiva y de educación en temas de educación; Mejorar los niveles de alfabetismo; fortalecer actividad de planificación familiar; proporcionar oportunidades de empleo e ingresos a las mujeres que tengan instrucción básica.

En el momento de seleccionar un método anticonceptivo existen algunos factores importantes como²⁶: Hacer una valoración del estado de salud; saber si se desean más niños para el futuro; Explicar las características del método a elegir (tasa de eficacia, reacciones secundarias, facilidad de uso); que exista disposición del paciente para seguir el método; y que sea accesible tanto económicamente como a los servicios de salud.

²⁶ Eric R. Miller, Shane, Barbara y Murphy, Elaine. Seguridad de los métodos anticonceptivos. Segunda Edición Ed. Sara Adkinns-Blanch. Diciembre 1998.

Factores socioculturales.

En cuanto a los factores sociales y culturales²⁷ el grado de influencia que ejercen en la Planificación familiar a menudo depende de las creencias y las practicas que defienden las funciones de genero, las normas religiosas que pueden desalentar el uso de anticonceptivos y las condiciones económicas y políticas.

La influencia social puede ejercer en personas que tienen poder sobre otras y las presiones que hacen que la gente se ajuste a las normas sociales.

Por otra parte los esposos o los familiares pueden prohibir la anticoncepción o es posible que las normas comunitarias amenacen con excluir de la sociedad a toda mujer que use el control de la natalidad.

Otra presión social que limita el uso de la anticoncepción es la opinión de que las adolescentes no deben tener relaciones sexuales, además, las mujeres solteras que usan anticoncepción son vistas con inmoralidad y promiscuidad

Las conversaciones entre marido y mujer y el apoyo social influyen en el uso de anticoncepción mas que el nivel de educación, el tipo de matrimonio o el numero de hijos.

²⁷ Elisabeth, T. Robinson. Los nuevos usuarios tienen diversas necesidades. Los contactos sociales influyen en el método. Network en Español. Vol. 19. verano de 1999. P 4,5,6,12,14,15.

Para muchas mujeres, el uso de anticonceptivos sin la aprobación del esposo o el apoyo de la comunidad es una decisión difícil y peligrosa que puede hacer que sea excluida de la comunidad o que los esposos la hagan objeto de violencia, las abandonen o se divorcien de ellas. También algunas mujeres creen que la falta de aprobación por parte del esposo es por que desea tener el mayor numero de hijos posible, creen que la Planificación Familiar va en contra de la religión o temen que la anticoncepción va hacer que la esposa se vuelva promiscua, se enferme o quede estéril.

El tema de la planificación familiar mantiene dos bandos muy divididos, el de una iglesia católica que se resiste al control natal y el del resto de las iglesias que muestran una apertura en este sentido. Y si hay que ser equitativos, debe reconocerse que aun dentro de la iglesia católica hay sacerdotes que aceptan la planificación muy por encima de los mandatos de Roma²⁸.

²⁸ Controversia religiosa. 3 capitulo: Planificación con extremos duros de superar. Disponible en Internet: www.laprensahn.com/reportajes.

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se aplicó un estudio descriptivo porque se estableció la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos y los factores que influían en la planificación familiar, de acuerdo con las diferentes categorías de cada una de las variables estudiadas.

5.2 POBLACIÓN

Mujeres en edad fértil de 12 – 49 años, que habitaban en el barrio La Churria del municipio de Pereira durante el 2002.

5.3 DISEÑO MUESTRAL

La población del Barrio la Churria estaba conformada por 485 personas de las cuales 269 eran mujeres. Se eligió una muestra del 50%.

Para la selección de la muestra se eligió una casa de por medio en forma sistemática.

5.4 Variables de estudio

Variable	Nivel de medición	Categoría	Código
numero de años	Razón	Nº de años	
numero de hijos	Razón	Nº de hijos	
Uso anterior	Nominal	si	1
		No	2
Uso Actual	Nominal	Si	1
		No	2
Edad inicio métodos de PF	Razon	Nº años	
Grado de conocimiento:	Ordinal	Excelente: responde 9 o 10 preguntas	1
		Sobresaliente: responde 7u 8 preguntas	2
		Aceptable: responde 5 o 6 preguntas	3
		Insuficiente: responde 2 O 4 preguntas	4
		Deficiente: menos de 2	5
Ocupación	Nominal	trabaja	1
		Ama de casa	2
		Desocupado	3
		1 y 2	4
Educación	Nominal	Si	1
		no	2
Nivel educativo	Ordinal	Primaria incompleta	1
		Primaria completa	2

		Secundaria incompleta	3
		Secundaria completa	4
		Universitaria incompleta	5
		Universitaria completa	6
Compañero permanente	Nominal	Si	1

.....Continuación
5.4 Variables de estudio

Variable	Nivel de medición	Categoría	Código
		No	2
Situación económica	Nominal	Si	1
		no	2
Decisión de planificar	Nominal	Mujer	1
		Hombre	2
		Ambos	3
Impedimento de la pareja para PF	Nominal	Si	1
		No	2
Esterilización	Nominal	Si	1
		No	2
Influencia familiar	Nominal	Si	1
		No	2
Influencia religiosa	Nominal	Si	1
		No	2
Rechazo esposo	Nominal	Si	1
		No	2
Factores que impiden la PF	Nominal	No tiene relaciones sexuales	1
		Sexo poco frecuente	2
		Menopausia	3
		Histerectomía	4
		Infertilidad	5
		Postparto lactancia	6
		Desea mas hijos	7
		Embarazada	8
		Marido se opone	9
		Su familia se opone	10

	Prohibición religiosa	11
	Falta de conocimiento	12
	Problemas de salud	13
	Efectos secundarios	14

.....Continuación
5.4 Variables de estudio

Variable	Nivel de medición	Categoría	Código
		Falta de acceso	15
		Muy costoso	16
		Amenorrea postparto	17
		Otros	18
Información por primera vez	Nominal	Abierta	-
Fuentes de información	Nominal	Profamilia	1
		Puesto de salud de boston	2
		La cruz roja	3
		El sacerdote	4
		La familia	5
		Los amigos	6
		Los vecinos	7
		Estudiantes	8

5.5 FUENTES DE INFORMACIÓN.

Se diseño una encuesta para la recolección de las variables de estudio.

(AnexoA)

5.6 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS.

A través de la facultad de enfermería se hicieron los contactos con los líderes comunitarios para que autorizaran el acceso a las familias con el fin de aplicar la encuesta.

La encuesta fue aplicada por las mismas investigadoras, por lo cual no se requirió capacitación previa, pero si se unificaron criterios entre ellas para garantizar la confiabilidad de la información obtenida.

Al obtener la información se revisó y se tuvo en cuenta que las encuestas hubieran sido contestadas en su totalidad y que fueran legibles.

El plan de visitas se realizó de acuerdo a los días que la universidad estimó para esa actividad.

5.7 PRUEBA PILOTO.

Se realizó una prueba piloto para identificar posibles errores en la encuesta.

Esta se realizó a 25 mujeres del barrio La Churria. Se realizaron los ajustes correspondientes.

5.8 SESGOS DE INFORMACIÓN.

Se tuvieron en cuenta los siguientes sesgos:

- Que las preguntas de la encuesta estuvieran bien elaboradas de acuerdo al nivel educativo de la población objeto, lo cual se controló mediante la prueba piloto.
- Se unificaron criterios entre las investigadoras previamente a la aplicación de la encuesta para evitar errores de interpretación.
- Para que las personas no se cohibieran o mintieran al responder las preguntas realizadas, se estableció una relación previa con la persona antes de encuestarla para motivarla y explicarle la importancia del estudio y que se conservaba el anonimato y la confidencialidad de las respuestas.

5.9 ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Los datos recolectados se digitaron, tabularon y analizaron en el programa Epi-info Versión 6.04.

Para controlar la calidad de la digitación se hizo una selección sistemática de las encuestas para compararlas con las encuestas digitadas.

Para el análisis, se realizó inicialmente un análisis univariado de todas las variables contempladas en la encuesta utilizando el comando "FREQ".

Posteriormente se realizó el análisis bivariado relacionando las siguientes variables:

Uso actual – edad

Numero de hijos - edad

Compañero permante – uso actual

Conocimiento de métodos – edad

Conocimiento de la planificación familiar – edad

Nivel educativo – edad

Numero de embarazos – edad

Para las preguntas sobre conocimientos fueron calificadas y se asignaron a una escala entre deficiente y excelente, según fuera el porcentaje de respuestas incorrectas.

6. RESULTADOS

6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA ESTUDIADA

- En total se encuestaron 100 mujeres cuyas edades oscilaron entre 12 y 49 años con una media de 26.1 y desviación estándar de 10.2. El mayor porcentaje de mujeres se presentó en el grupo de 10-19 años (36%), seguido por el de 20-29 años (27%). (tabla 1)

Tabla 1. MUJERES ENCUESTADAS EN EL BARRIO LA CHURRIA SEGÚN GRUPOS DE EDAD

GRUPO EDAD	FRECUENCIA	%
10-19	36	36.0
20-29	27	27.0
30-39	22	22.0
> 40	15	15.0

- En cuanto al nivel educativo, se observa un porcentaje más alto en mayores de 20 años en la primaria bien sea completa e incompleta (40.6%) y en las menores (30.5%); en cuanto a la secundaria las menores de 20 años tienen un porcentaje mayor (66.6%), con respecto a las mayores que tienen un (56.3%), mientras que en la educación universitaria sea completa o incompleta el porcentaje es similar en ambos grupos de edad. Se resalta

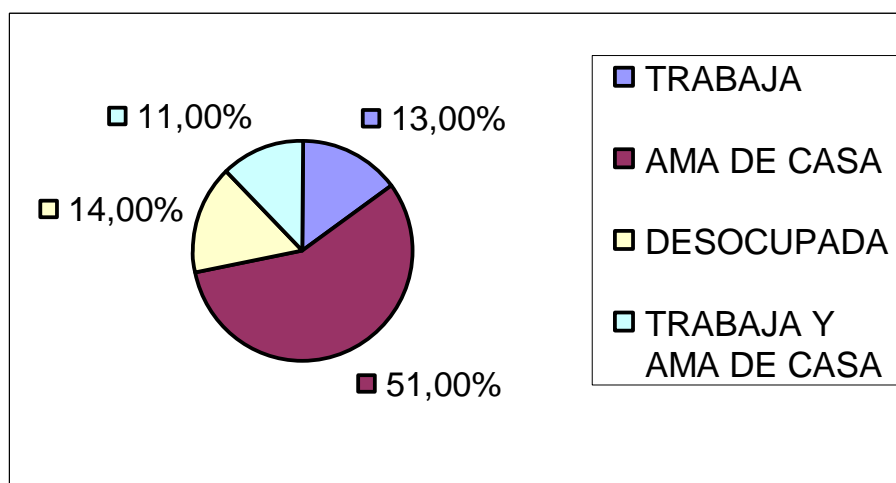
que el nivel educativo es mejor en el grupo de adolescentes aunque no con el grado que pudiese esperarse. Tabla 2.

Tabla 2. NIVEL EDUCATIVO SEGÚN GRUPOS DE EDAD

NIVEL EDUCATIVO	EDAD	
	<20 años	>20 años
PRIMARIA	30,5%	40,6%
SECUNDARIA	66,6%	56,3%
UNIVERSITARIA	2,7%	1,5%
NINGUNO	0.0%	1,5%

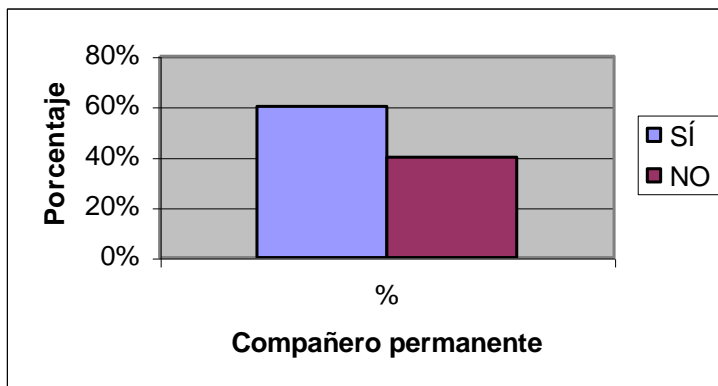
- En el gráfico 1 se pudo observar que la mayoría de las mujeres son amas de casa con un porcentaje del 51.0%, el 14.0% se encuentra desempleadas, y el 24.0% trabajan.

Gráfico 1. OCUPACION DE LAS MUJERES ENCUESTADAS



- En el gráfico 2 se pudo observar que la mayoría de las mujeres tienen compañero permanente (60.0%) y el 40.0% no tienen.

Gráfico 2. DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN SU SITUACION MARITAL



- En la tabla 3 se pudo observar que las mujeres mas jóvenes, menores de 30 años tienen un número igual o menor a tres hijos (43.2%), mientras que las mayores en un (51.3%) tienen un numero igual o mayor de tres hijos, porcentaje que se considera elevado teniendo en cuenta que la mayoría de estas mujeres no sobrepasan los 40 años.
- Se pudo observar que las mujeres mas jóvenes, menores de 30 años tienen un numero igual o menor a tres embarazos 44.5%, mientras que las mayores en un 50.4% tienen un numero igual o mayor de tres embarazos. (Tabla 4)

Tabla 3. NUMERO DE HIJOS EN MAYORES Y MENORES DE 30 AÑOS.

NUMERO HIJOS	< 30 Años	>=30 Años
NINGUNO	34,00%	5,90%
1 HIJO	27,00%	14,70%
2 HIJOS	12,40%	26,50%
3 HIJOS	4,50%	11,80%
4 HIJOS	1,50%	20,60%
5 HIJOS	1,50%	14,70%
6 HIJOS	1,50%	5,90%

Tabla 4. NUMERO DE EMBARAZOS EN MAYORES Y MENORES DE 30 AÑOS.

NUMERO DE EMBARAZOS	< 30 años	> 30 años
NINGUNO	47,6%	2,7%
1	23,8%	13,5%
2	17,5%	24,3%
3	3,2%	18,9%
4	6,3%	13,5%
5	0,0%	13,5%
6	1,6%	10,8%
7	0,0%	2,7%

6.2 CONOCIMIENTOS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- Frente a los conocimientos sobre planificación familiar se interrogo a estas mujeres sobre el significado real del término, encontrándose que un porcentaje del 65.7% respondieron incorrectamente. Sólo un 12% aportó la respuesta correcta y el 31% no sabían. (tabla 5)

Tabla 5. QUE ES LA PLANIFICACION FAMILIAR

Respuesta	Porcentaje
Correcta	12.0%
Incorrecta	65.7%
No sabe	31.0%

- Solo el 6% conocían el significado de anticoncepción, el 16% respondieron incorrectamente. El término era totalmente desconocido para estas mujeres en un 78%. (tabla 6)

Tabla 6. RESPUESTAS DE LAS MUJERES A LA PREGUNTA “QUE ES LA ANTICONCEPCION”

Respuesta	Porcentaje
Correcta	6%
Incorrecta	16%
No sabe	78%

- Se encontró que del total de 36 mujeres menores de 20 años el 16.6% no conocen ningún método de planificación familiar y en las mayores de 20 años el 3.1%. El método más conocido por ambos grupos de edad son las píldoras, seguido por el condón; se presenta una diferencia en el conocimiento del DIU ya que el 59.3% de las mujeres mayores de 20 años lo conocen y en las menores de 20 años solo lo conocen el 25.0%. El método menos conocido por ambos grupos de edad es la ligadura de trompas. (Tabla 7).

Tabla 7. CONOCIMIENTO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MAYORES Y MENORES DE 20 AÑOS

METODOS ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	EDAD < 20 AÑOS	FRECUENCIA	EDAD >20 AÑOS
PILDORA	28	77.7%	56	87.5%
DIU	9	25.0%	38	59.3%
INYECTABLES	11	30.5%	28	43.7%
LIGADURA DE TROMPAS	5	13.8%	21	32.8%
CONDON	24	66.6%	42	65.6%
NINGUNO	6	16.6%	2	3.1%
TOTAL MUJERES	36	36%	64	64%

- En la tabla numero 8 se compilaron las diferentes preguntas realizadas con respecto al conocimiento sobre algunos métodos de planificación familiar, encontrándose lo siguiente:

El 52.0% de las mujeres consideran que las píldoras pueden ser usadas por cualquier mujer en edad fértil, sin tener en cuenta una valoración por el personal de salud y unos factores de riesgo para no usarlas. Solo el 17% respondieron correctamente. Un 31.0% no tienen ningún conocimiento sobre este aspecto.

El 53.0% de la población no conoce los efectos adversos de las píldoras. Es importante anotar que las mujeres que conocían los efectos adversos (47.0%) eran aquellas que habían usado o usaban este método anticonceptivo. Solo el 10% de las mujeres conocen los efectos adversos de los inyectables, el 60% no

conocen el DIU y el 36.0% respondieron incorrectamente o no saben en cuanto al uso del preservativo.

El 60.0% desconocen sobre los métodos definitivos y el 78% de las mujeres no conocen los espermicidas y lo asocian con tratamientos de enfermedades vaginales.

Tabla 8. CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

METODO	CORRECTO	INCORRECTO	NO SABE
Quienes pueden usar las píldoras	17.0%	52.0%	31.0%
Efectos adversos de las píldoras	47,00%	51,00%	2,00%
Efectos adversos de los inyectables	10.0%	4.0%	86.0%
Que es el DIU	40.0%	2.0%	58.0%
Para que sirve el Condón	64.0%	23.0%	13.0%
Que es la esterilización	22.0%	19.0%	69.0%
Que métodos de esterilización existen	21.0%	19.0%	60.0%
Como se utilizan los Espermicidas	19.0%	13.0%	78.0%

- En una calificación final asignada al grado de conocimiento en planificación de estas mujeres se pudo apreciar que el mayor porcentaje se encuentra en el nivel deficiente el cual es similar en ambos grupos de edad. (tabla 9).

Tabla 9. GRADO DE CONOCIMIENTO EN MENORES Y MAYORES DE 20 AÑOS

CALIFICACION	EDAD	
	< 20 años	> 20 años
DEFICIENTE	22,0%	20,0%
INSUFICIENTE	12,0%	27,0%
ACEPTABLE	1,0%	12,0%
SOBRESALIENTE	1,0%	5,0%
EXCELENTE	0,0%	0,0%

- En la tabla 10 se encontró que el 20% de las mujeres recibieron información por primera vez en el puesto de salud, seguido del colegio con un porcentaje del 18.0%.

Cabe resaltar que la información recibida en el puesto de salud fue posterior a su primer hijo y que el porcentaje de la información recibida en el corresponde a las mujeres menores de 20 años.

Tabla 10. INFORMACION RECIBIDA POR PRIMERA VEZ

INFORMACION RECIBIDA POR PRIMERA VEZ	%
PUESTO DE SALUD	22,0%
COLEGIO	18,0%
MAMA	15,0%
FAMILIA	13,0%
AMIGOS	12,0%
VECINOS	4,0%
PROFAMILIA	4,0%
TELEVISION	2,0%
LIBROS	2,0%

6.3 USO ACTUAL DE METODOS

- Se observan porcentajes similares entre las mayores y menores de 20 años frente al uso de métodos de planificación familiar cuando tienen o no compañero permanente. (Tabla 11)

Tabla 11. COMPAÑERO PERMANENTE Y USO ACTUAL DE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MENORES Y MAYORES DE 20 AÑOS

COMPAÑERO	USO ACTUAL	
	< 20 años	> 20 años
PERMANENTE	58,70%	52,40%
NO PERMANENTE	40,00%	42,10%

- En la tabla 12 se aprecia que un alto porcentaje de las mujeres menores de 20 años no ha usado ningún método (58.3%), si bien debe tenerse en cuenta que de estas mujeres el 41.6% no han tenido relaciones sexuales. El 41.6% de estas mujeres inició su uso entre los 10-19 años y un alto porcentaje de las mujeres mayores de 20 años inicio el uso de los métodos en la misma edad (48.4%). Esto nos indica que hay un gran porcentaje de inicio de los métodos en ambos grupos, en la etapa de la adolescencia, que puede estar asociada al inicio temprano de relaciones sexuales o a que conforman una vida de pareja a muy temprana edad.

Tabla 12. EDAD DE INICIO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

Edad de inicio de métodos	<20 años	>20 años
10 a 19	41.6%	48.4%
20 a 29	0.0%	40.6%
30 a 39	0.0%	4.6%
No ha usado	58.3%	6.2%

- Se encontró que en las mujeres menores de 20 años el 72.2% no usan los métodos de planificación familiar, aunque se debe tener en cuenta el porcentaje de 41.6% que no tienen relaciones sexuales. El método que más usan son las pastas en un 11.1%. En las mujeres mayores de 20 años el método de planificación familiar más usado es la ligadura de trompas en un 20.3%. Las cifras en general nos indican que un mayor uso de los métodos se da en las mayores de 20 años. (Tabla N° 13).

Tabla 13. USO ACTUAL DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

METODOS ANTICONCEPTIVOS	EDAD	
	< 20 AÑOS	> 20 AÑOS
PASTAS	11.1%	18.7%
DIU	2.7%	7.8%
INYECTABLES	0%	6.2%
LIGADURA DE TROMPAS	0%	20.3%
CONDON	8.3%	6.2%

6.4 FACTORES SOCIALES Y CULTURALES

En cuanto a los factores sociales y culturales que influyen en la decisión de planificar por parte de estas mujeres pudo apreciarse que un 60% creen que esta decisión corresponde solo a la mujer. También se piensa en un 27% que planificar conlleva a la esterilización en algunos casos y existe impedimento por parte de la pareja en un 10% de las entrevistadas.

Es importante también denotar que solo el 17% manifestaron que el factor económico se constituía en un impedimento para poder planificar. (Tabla 14, tabla 15).

Tabla 14. RESPUESTAS DE LAS MUJERES ENCUESTADAS RELACIONADAS CON FACTORES SOCIALES Y CULTURALES EN PLANIFICACION FAMILIAR.

PREGUNTA	SI	NO
PLANIFICAR CONLLEVA A LA ESTERILIZACION	27,0%	73,0%
SU PAREJA LE IMPIDE PLANIFICAR	10%	90,0%
INFLUENCIA ECONOMICA EN LA DECISION DE PLANIFICAR	17%	83,0%

Tabla 15. RESPUESTAS DE LAS ENCUESTADAS FRENTE A LA PREGUNTA: “PLANIFICAR CONLLEVA A LA ESTERILIZACION”.

DECISION DE PLANIFICAR	%
MUJER	60%
HOMBRE	4%
AMBOS	36%

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio permiten aportar las siguientes consideraciones:

El nivel educativo de las mujeres influye directamente en su comportamiento, desarrollo sexual y reproductivo, además en el tamaño de la familia y la planificación familiar, pues se observa que la mayoría de estas mujeres tiene en un alto porcentaje solo educación primaria y muy escaso número nivel universitario. Lo anterior muy probablemente puede relacionarse con el alto grado de desconocimiento en planificación familiar detectado en este estudio.

Por otra parte el estudio deja ver que la adolescencia es la etapa de la vida en la que las mujeres del barrio la Churría inician su vida sexual, puesto que el inicio de los métodos de planificación familiar se registra en mayor medida en esta edad.

El inicio de relaciones en la adolescencia cuando no tienen un conocimiento y la capacidad de decidir de forma adecuada conlleva a la maternidad a temprana edad; parece ser que la maternidad temprana es un patrón cultural en algunos grupos sociales de Colombia, sin embargo ante la falta de un conocimiento y unas condiciones sociales y de atención en salud adecuadas ocasiona grandes riesgos para la mujer y su hijo. En la mayoría de los casos son embarazos no

deseados que pueden terminar en el abandono de la madre y del hijo o en abortos mal practicados.

Los métodos mas utilizados en esta comunidad son las pastas en un mayor porcentaje, que por las respuestas de las mujeres, parece influir la comodidad, bajo costo y fácil accesibilidad.

En las mujeres mayores de 20 años las píldoras parecen ser también una buena opción, aunque es importante la utilización de métodos definitivos. Es necesario anotar que éstos son conocidos en mayor medida por las mujeres que habían utilizado esta alternativa pues el desconocimiento frente a este tipo de métodos fue alto en el resto de mujeres interrogadas.

La fecundidad es alta en esta comunidad ya que las mujeres menores de 30 años tienen entre uno y dos hijos esperándose una tendencia al aumento teniendo en cuenta que las mujeres mayores de 30 años tiene entre dos y cuatro hijos; puede ser que por su nivel socioeconómico la expectativa de vida de estas mujeres sea formar un hogar y tener hijos a una edad temprana.

Es importante tener en cuenta que las adolescentes de menor edad fueron las que presentaron un mayor desconocimiento sobre planificación lo que hace cuestionar el momento en que se inicia la educación sobre estos aspectos en

las instituciones educativas, máxime cuando el inicio de las relaciones sexuales se esta dando cada día a más temprana edad. Es llamativo por ejemplo el hecho, que la gran mayoría de estas niñas desconocían el término planificación.

En cuanto a los métodos mas conocidos están los anticonceptivos orales, seguido del preservativo debido probablemente a la información masiva de los medios de comunicación ante el alto índice de infecciones de transmisión sexual.

En cuanto a los factores de tipo cultural, todavía existen creencias que el uso temprano y prolongado de un método conlleva a la esterilización, además se confunde este termino con infertilidad.

También es importante el hecho de que aun exista la creencia de que la mujer es quien decide la planificación, lo que agrava la situación de estas mujeres debido a que se ven sometidas a situaciones de desigualdad extrema y asunción de responsabilidades que corresponden a ambos conyugues.

Por otra parte, se puede afirmar que la participación de las instituciones de salud en la educación se da principalmente cuando la mujer acude teniendo ya su primer hijo, pues son captadas en el momento que asisten a los controles prenatales y al parto. Es aquí donde la enfermera juega un papel muy

importante pues es ésta la encargada de orientar a estas mujeres en la elección de un método de planificación familiar adecuado a su edad, estado de salud y situación económica.

Sin embargo, los resultados muestran como la enfermera debe intervenir en etapas previas a la vida reproductiva de la mujer, ya que es allí donde se debe brindar educación oportuna y eficaz, tanto a las mujeres en edad fértil como a sus familias, creando una conciencia frente a las relaciones sexuales y a la importancia de los métodos de planificación familiar que permiten elegir el momento adecuado para la llegada de los hijos. Es importante que esta información se propague de generación en generación con lo que se evita una información errada por parte de personas que desconocen el tema.

La actividad extramural es una forma de captar el mayor número de mujeres en edad fértil que no usan o no conocen ningún método de planificación logrando con éste que todas las parejas elijan el método de planificación familiar más cómodo, más accesible económica, culturalmente y más adecuado a sus circunstancias personales.

La participación de enfermería en las instituciones educativas es de gran importancia teniendo en cuenta que es allí donde se debe iniciar la educación adecuada y oportuna en cuanto a la planificación familiar, puesto que es en

edades tempranas donde se da el inicio de relaciones sexuales siendo éste un factor de riesgo para embarazos no deseados, madresolterismo y abortos que comprometen la vida maternofoetal, aumenta las consultas y los costos hospitalarios.

Otra forma de llegar a la comunidad son los medios masivos de comunicación, utilizando un lenguaje claro y sencillo que le permita a la comunidad conocer la importancia de la planificación familiar y la anticoncepción.

8. CONCLUSIONES

- El conocimiento sobre planificación familiar puede catalogarse como deficiente en las mujeres del Barrio La Churria, lo que probablemente es un importante factor que incide en el elevado número de hijos en esta comunidad y por consiguiente en la baja frecuencia de uso de métodos anticonceptivos detectado en este estudio.
- Existe poca información frente a la planificación familiar por parte de las instituciones educativas, pues las adolescentes, en un alto número escolarizadas, carecen de los conocimientos básicos sobre planificación familiar.
- En cuanto a los factores sociales y culturales que influyen en la Planificación familiar se encontró:

El nivel socioeconómico de las mujeres influye en el no uso de los métodos de planificación familiar pues parece ser que su expectativa de vida es la de formar un hogar y tener hijos, debido a la poca oportunidad de acceso a los centros educativos.

Un gran porcentaje de mujeres considera que la decisión de planificar es solo de ellas, inhibiendo la responsabilidad de la pareja y conllevando a una sexualidad no responsable.

Aun existen algunos hombres que no dejan planificar a sus compañeras debido a la cultura machista pues consideran que estas pueden prostituirse o desean una familia numerosa.

En resumen, el escaso nivel educativo, sumado a una información tardía sobre planificación familiar y el bagaje cultural de una comunidad de mujeres sin mas expectativa de vida que la de tener hijos, impide el uso adecuado de métodos de planificación familiar en el Barrio La Churria de Pereira.

9. RECOMENDACIONES

- La orientación de enfermería debería enfatizar la Promoción y la Prevención a nivel de las instituciones educativas en cuanto a Planificación Familiar comenzando desde la niñez y antes del inicio de la vida sexual.
- Debe fortalecerse la labor educativa de enfermería en el programa de atención al joven, incluyendo el programa de planificación familiar, captando a los usuarios al terminar el control de crecimiento y desarrollo, evitando con esto embarazos a edades tempranas y las consecuencias que esto conlleva.
- Fortalecer la actividad extramural de enfermería en Planificación familiar en las instituciones de salud mediante la visita domiciliaria, medios de comunicación y contacto con organizaciones no gubernamentales.
- Intensificar el uso masivo de los medios de comunicación pues como pudo verse pueden generar impacto en el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar.

- Es importante que la educación sobre planificación familiar sea enfocada hacia los padres de familia, puesto que son ellos los encargados de guiar a sus hijos para el ejercicio de una sexualidad responsable, lo cual conlleva igualmente a una maternidad y paternidad madura, además de la prevención de infecciones de transmisión sexual.

- La educación sobre Planificación Familiar debe ser impartida por enfermeras capacitadas en el tema, evitando con esto que la información sea errada.

- Por otra parte es importante implementar la consejería en planificación familiar mediante un proceso de comunicación interpersonal en el cual una persona ayuda a otra a tomar una decisión libre y responsable para actuar en consecuencia.²⁹

- En los programas de planificación familiar es necesario establecer modelos de comunicación centrada en el cliente; en las entidades de salud incorporar esos modelos en la capacitación de los profesionales de enfermería.

- La capacitación de los profesionales de enfermería en la atención en salud debe hacer hincapié en la importancia de tratar a los clientes bien, hacerlos participar en la toma de decisiones y tratarlos como seres humanos completos que tienen necesidades físicas, emocionales y sociales.

- Vincular a los jóvenes en programas de salud reproductiva puede hacer aumentar la credibilidad, la visibilidad y la publicidad del programa de planificación familiar.

- Establecer un comité de salud para mejorar la colaboración entre los servicios sociales y de salud para las mujeres.

- Ejecutar la educación sexual en las escuelas.

- Promover los derechos de salud reproductiva mediante una red de trabajadores comunitarios de salud, maestros de escuelas primarias, grupo de mujeres y personas.

- Educar a los padres para ayudarles a comunicarse con sus hijos en materia de salud sexual y reproductiva.

- Para aumentar los niveles de aceptación de los anticonceptivos, los enfermeros deben seguir informando a los hombres acerca de la planificación familiar.

²⁹ disponible en internet: www.metabase.net

- Los profesionales de enfermería deben orientar las dinámicas de organización del trabajo para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal durante todas las etapas y los procesos de la vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Profamilia. Planificación familiar y métodos anticonceptivos, Santafé de Bogotá. DC Colombia.
2. Profamilia. Informe especial, los jóvenes tienen la palabra. Planificación, población y desarrollo. Vol. 13 N° 26 de 1995.
3. Proyecto de estudios de la mujer de FHI (wsp). Planificación familiar como influye en la mujer. Network en español.2000
4. Ojeda Gabriel, Ordoñez Myriam y Ochoa Luis H. Fecundidad, planificación familiar: Fecundidad, Conocimiento y uso de métodos y las Preferencias de Fecundidad y la demanda de planificación familiar. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, primera edición Bogotá (Colombia), octubre del 2000
5. Santos castillo, Hernando.. El libro de la sexualidad, el Tiempo. Uruguay X-press, fascículo 12 y 13.la evolución del método. Pág 142, 143.

6. Norma técnica para la atención en planificación familiar hombres y mujeres.
Disponible en Internet: [www.salud colombia.com](http://www.saludcolombia.com).
7. Gispert Carlos. Diccionario de medicina Oceano mosby. 4 edición Barcelona España.
8. González Illing, Guillermo. Comportamiento y salud tomo 2. Décima edición, Medellín- Colombia, Bedout SA 1985. 201, 207, 208 pág.
9. Eric r. Miller, barbara Shane y Elaine Murphy. Seguridad de los métodos anticonceptivos. Segunda edición ed. Sara Adkinns-blanch. Diciembre 1998.
10. CEPAL. Situaciones y Tendencias Demográficas. Población, equidad y transformación productiva. Chile 1993.
11. Proyecto de Estudios de la Mujer de FHI(wsp). La anticoncepción influye en la calidad de la vida. Network en español. Vol.18, N^o4 verano de1998.
12. ¿es la educación el mejor anticonceptivo. Disponible en Internet:
[www.Measure communication.org](http://www.Measurecommunication.org). Boletín normativo

13. Cohen, Jean. Los padres frente a la contracepción. Enciclopedia de la vida sexual adultos. Hachete Jeunesse, parís 1984. Pág 210, 211.
14. Contracepción, aborto y planes de población. Disponible en Internet: www.google.com. penagos M, Gloria s.
15. Controversia religiosa. III capitulo: planificación con extremos duros de superar. Disponible en Internet: www.laprensahn.com/reportajes.
16. SANTOS CASTILLO, Hernando. El tiempo. El libro de la sexualidad, el Tiempo. Uruguay, X-Press, fascículo 12 y 13.
17. VARGA, Andrew. C. Bioetica principales problemas
18. PROFAMILIA. Planificación familiar y métodos anticonceptivos. Cuadernillo estudiantil. Santafé de Bogotá, D.C – Colombia, 1-7 pag.
19. HAVEMAN, Ernest y los redactores de Life. Control de la natalidad. Impreso en países bajos, sep. 1967, Nerderland N.V. 111, 112 pag.
20. PROYECTO DE ESTUDIOS DE LA MUJER DE FHI (wsp). La anticoncepción influye en la calidad de la vida. Network en español. Vol. 18, N° 4 verano de 1998.

21. PROYECTO DE ESTUDIOS DE LA MUJER DE FHI (wsp). Planificación familiar como influye en la mujer. Network en español 2000.
22. PROFAMILIA. Planificación, población y desarrollo. Santafé de Bogotá, D.C- Colombia de 1995. Volumen 13, nº 26, 44p.
23. GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Comportamiento y salud tomo 2. Décima edición, Medellín – Colombia, Bedout S.A, 1985. 201, 207, 208p.
24. Encuesta Nacional de demografía y salud en Colombia del 2000.
25. ERIC R. MILLER, BARBARA SHANE Y ELANE MURPHY. Seguridad de los métodos anticonceptivos. Segunda edición. Ed. Sara Adkins Blanch. Diciembre 1998.
26. CARLOS OISPERT. Manual de la enfermera. Oceana centrum Barcelona España.
27. Robinson Elizabeth T. NETWORK en español. Investigacion Cualitativa, volumen 22 numero2, 2002

ANEXO A

ENCUESTA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL BARRIO LA CHURRIA DE PEREIRA.

1. IDENTIFICACIÓN:

- Encuesta N°: ____
- fecha: día: __ mes: __ año: ____
- Edad:

- N° de hijos:

- N° de embarazos:

2. USO DE METODOS SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

METODO	CONOCE	USO ACTUAL
1. Ritmo		
2. Pastas anticonceptivas.		
3. Dispositivo intrauterino		
4. Anticonceptivos inyectables		
5. Moco cervical		
6. Coito interrumpido		
7. Implante subdermico nortplant		
8. Espermicidas vaginales		
9. Diafragma		
10. Vasectomía		
11. Ligadura de trompas		
12. Condón		
13. Amenorrea por lactancia		
14. Ninguno		
15. Otro		

¿Cuál?. _____

2.1.2 ¿Edad de inicio de métodos de PF? ___

3. GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. (

Marque con una X las respuestas que considere correcta)

3.1 ¿ Qué es la planificación familiar?

- a. Uso de métodos anticonceptivos.
- b. Decisiones de la mujer de tener un hijo.
- c. No tener hijos
- d. Derecho de hombres y mujeres de decidir libremente cuando y cuantos hijos desean tener.
- e. No sabe

3.2 ¿ Qué es la anticoncepción?

- a. No tener hijos
- b. Decisión de la mujer de tener un hijo
- c. Prevención contra Infecciones de Transmisión Sexual
- d. Técnica para evitar el embarazo por métodos farmacológicos, instrumentales o que alteran o bloquean uno o más de los procesos reproductivos.
- e. No sabe

3.3 ¿ Quienes pueden utilizar las pastas?

- a. No sabe
- b. Mujeres embarazadas
- c. Todas las mujeres en edad fértil
- d. Hombres mayores de 20 años
- e. Mujeres que el personal de salud considere que pueden tomarlas

3.4 ¿Cuáles son las molestias que pueden presentar las pastas anticonceptivas?

- a. Dolor de cabeza, aumento de peso, irritabilidad.
- b. Desordenes menstruales, mareo.
- c. Somnolencia.
- d. No sabe

3.5 ¿ Cuáles son las molestias que puede presentar el uso de anticonceptivos inyectables?

- a. Dolor de cabeza, aumento de peso, irritabilidad, desordenes menstruales
- b. Visión borrosa.
- c. Cansancio
- d. No sabe

3.6 ¿ Qué es el Dispositivo intrauterino?

- a. Son pastas anticonceptivas
- b. Aparato que se inserta en el útero impidiendo el embarazo
- c. Es una inyección
- d. No sabe

3.7 ¿Para qué sirve el condón?

- a. Para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual y embarazos
- b. Previene contra embarazos mas no para Infecciones de Transmisión Sexual
- c. Previene contra Infecciones de Transmisión Sexual y no contra embarazos
- d. No sabe

3.8 ¿ Qué es la esterilización?

- a. Es un método de planificación familiar temporal
- b. Dispositivo que se inserta en el útero para impedir el embarazo
- c. Son aquellos que se realizan mediante una cirugía tanto en el hombre como en la mujer evitando permanentemente la fecundación.
- d. No sabe
- e. Son aquellos que se realizan mediante una cirugía en la mujer evitando permanentemente la fecundación.

3.9 ¿Cuáles son los métodos de esterilización que existen?

- a. Vasectomía
- b. Ligadura de trompas y vasectomía
- c. Dispositivo intrauterino
- d. No sabe
- e. Ligadura de trompas
- f. Otro. ¿Cuál? _____

3.10 ¿ Cómo se utilizan los espermicidas?

- a. Se toman con agua
- b. Tabletas, óvulos que se introducen en la vagina
- c. Se coloca en el pene
- d. No sabe

4 FACTORES SOCIALES (Marque con una X las respuestas correctas)

4.1 Ocupación:

- a. Trabaja
- b. Ama de casa
- c. Desocupado
- d. Trabaja y ama de casa

4.2 Educación: ¿Actualmente esta estudiando?

- a. Sí
- b. No

4.3 Nivel educativo

1. Primaria incompleta	
2. Primaria completa	
3. Secundaria incompleta	
4. Secundaria completa	
5. Universitaria incompleta	
6. universitaria completa	
7. Ninguno	

4.3 Compañero permanente:

- a. Sí
- b. No

4.4 ¿ la situación económica ha influido en que usted no utilice métodos de planificar?

- 1. Sí
- 2. No

4.5 ¿Independiente de la situación económica cuantos hijos le gustaría o le hubiera gustado tener? _____

4.6 ¿ Ha su esposo? _____

5. FACTORES CULTURALES (Marque con una X).

5.1 En su relación de pareja quien decide planificar?

1.Mujer

2. Hombre

3.Ambos

5.2 En algún momento su pareja le ha impedido planificar?

1.Si ¿Por qué? _____

2.No

5.3 En algún momento su familia a intervenido en su decisión de planificar?

1.Si ¿ En que forma? _____

2. No

5.4 Cree usted que el planificar hace que sea rechazada por su esposo y familia?

1.Si ¿ En qué forma? _____

2.No

5.5 Cree usted que sus creencias religiosas influyen en la decisión de planificar?

1.Si ¿ En qué forma?

2.No

5.6 Cree usted que planificar conlleva a la esterilización?

1.Si

2.No

6. FUENTES DE INFORMACIÓN (Marque con una X las repuestas correctas)

6.1 ¿Quien le proporcione información sobre planificación familiar por primera vez? _____

6.2 ¿ Quienes o quien le ha proporcionado esa información sobre Planificación Familiar?

1.Profamilia	
2.Puesto de salud de Boston	
3.La Cruz Roja	
4.El sacerdote	
5.La familia	
6.Los amigos	
7.Los vecinos	
8.Los estudiantes	
9. No ha recibido información	
10. Otro	

¿Cuál? _____