

Prácticas modernas de planificación familiar, participación masculina y necesidades de fertilidad no satisfechas entre mujeres nigerianas rurales y urbanas: hallazgos de un estudio de metodología mixta

Ifeoma P. Okafor, Mobolale R. Balogun, Adekemi O. Sekoni, Duro C. Dolapo

Introducción

Alrededor de un tercio de la enorme población de Nigeria está formada por mujeres en edad fértil.¹ Dada su alta tasa de natalidad,² la población sólo puede continuar aumentando astronómicamente. De hecho, Nigeria es el único país africano que figura al lado de los cinco países indios y asiáticos (Bangladesh, China, India, Indonesia y Pakistán) que más contribuyen a los nacimientos anuales.³ Nuestra tasa de mortalidad materna (TMM) también es muy alta.⁴ Siguiendo tendencias similares a otros países subsaharianos, la muerte relacionada con el aborto es también alta.^{6,7,8}

Se estima que desde 2008 el uso de anticonceptivos ha evitado 44% de muertes maternas. Si se abordaran las necesidades no

cubiertas de planificación familiar (PF), habría un 29% de reducción en las muertes maternas.⁹ Desafortunadamente, el aborto inseguro está en aumento en los países en desarrollo.¹⁰ Es común entre los habitantes rurales y urbanos, en su mayoría son operados ilegalmente, y muchas mujeres son hospitalizadas o mueren por complicaciones.^{11,12,13}

Varios países africanos están haciendo esfuerzos por cambiar las leyes a fin de reducir la mortalidad materna perinatal.¹⁴ Los médicos y los responsables de formular política pública en Nigeria preferirían promover la abstinencia prematrimonial y el uso de anticonceptivos como medios efectivos para reducirla.^{15,16} Otros países, como Cambodia, la han abatido significativamente mediante la reducción de la pobreza y la mejora de la educación primaria, especialmente para las niñas. No obstante, la falta de acceso a la PF sigue siendo un gran desafío.¹⁷ Esto refuerza aún más su importancia.

Existe una relación entre el uso de anticonceptivos, la tasa de fertilidad total y el aborto.^{18,19} El primero es clave para controlar el aumento de la población, especialmente en países y con altas tasas de crecimiento. El uso de anticonceptivos modernos también impacta sobre las tasas de mortalidad infantil, ya que ayuda a las mujeres a espaciar adecuadamente los intervalos de nacimiento. La PF no sólo previene las muertes maternas, también mejora la calidad de vida de las mujeres. Entonces,

Ifeoma P. Okafor. MBBS MPH. Departamento de Salud Comunitaria y Atención Primaria, Facultad de Medicina, Universidad de Lagos, Lagos, Nigeria. Correo-e: ipokafor@cmul.edu.ng

Mobolanle Rasheedat Balogun. MBBS, MPH, Departamento de Salud Comunitaria y Atención Primaria, Facultad de Medicina, Universidad de Lagos, Lagos, Nigeria. Correo-e: mbalongun@cmul.edu.ng

Adekemi O. Sekoni. MBChB, MPH, PGDHM, MSc (Epid). Departamento de Salud Comunitaria y Atención Primaria, Facultad de Medicina, Universidad de Lagos, Lagos, Nigeria.

Duro C. Dolapo. MBBS, MPH. Consultor Leverage, Ltd, Road 425, Zone 6, Territorio de la Capital Federal, Abuja, Nigeria. Correo-e: durodolapo@gmail.com

resulta obvio que estas deberían de tener acceso a métodos anticonceptivos y usarlos.

La División de Población de las Naciones Unidas (UNPD) estimó en 2007 que el 61.7% de las mujeres casadas o en cohabitación en los países en desarrollo utilizó algún método anticonceptivo. Sin embargo, el 11.2% de las casadas tenían identificada una necesidad insatisfecha de planificación familiar: el 22,2% en África y el 24,2% en África subsahariana.²⁰

La población nigeriana se está volviendo cada vez más urbana (50,3%),² lo que sugiere un mejor acceso a la atención médica. La Tasa de Fertilidad Total (TFT) sigue siendo alta (5.5) y las áreas rurales tienen un TFT más alta que las áreas urbanas.²¹ En una encuesta nacional reciente, el 13% de las mujeres y el 18% de los hombres usaban algún método de PF; pero en relación a métodos modernos, (barrera, métodos hormonales, dispositivos intrauterinos, esterilización), la proporción fue del 10% para las mujeres y del 16% para los hombres.²² Un análisis más detallado de los resultados de la encuesta mostró marcadas variaciones regionales e interestatales, así como disparidades entre zonas rurales y urbanas.²³ Otros países africanos reportaron un mayor uso de PF en áreas rurales, en contraste con las urbanas.^{24,25}

Varios factores, como el área de residencia rural vs. urbano, la edad, la educación, la ocupación, la paridad y la aprobación del cónyuge, se han encontrado para influir en el uso de anticonceptivos.^{25,26,27} Por lo general, existe una diferencia entre el número deseado y el real de niños (necesidades de fertilidad no resueltas)^{28,29} con cifras más altas en las zonas rurales.²⁹ La preferencia por hijos varones, salud y razones religiosas, así como factores socioeconómicos, son razones que se han ofrecido para dar cuenta del número deseado y real de hijos.^{30,31}

Los hombres en los países menos desarrollados generalmente están en contra de la PF.^{32,33} Sin embargo, incluirlos en programas de PF tiene efectos positivos en la mejora de la salud materna.³⁴ Los hombres, generalmente desean más hijos y, además, su origen social, cultural y religioso puede fomentar su falta de involucramiento en los programas de PF.^{35,36} La

participación masculina puede venir en forma de estímulo o acompañando a sus esposas al centro de PFM, especialmente a aquellos que tienen algún conocimiento sobre éstas realmente tienen interés en limitar el tamaño de la familia.³⁷ La cobertura gratuita de salud materna de Nigeria para la atención primaria de salud cubre ahora servicios de PF y productos básicos. El Plan Nacional de Seguro de Salud ha sido revisado para incluir productos de planificación familiar. Estas y otras iniciativas en curso están dirigidas a mejorar la adopción de métodos PFM como un medio para mejorar la salud materna y una herramienta para la construcción de la nación.

Este estudio se realizó para examinar los factores predictivos respecto al uso moderno de PFM entre mujeres rurales y urbanas en el estado de Lagos, Nigeria, en el contexto de variables sociales, demográficas y otras. También nos propusimos examinar el papel de los hombres en ésta, como comparar las necesidades de fertilidad no resueltas en ambas áreas.

Metodología

Área de estudio y ambientación

Este estudio comparativo, transversal y basado en la comunidad, se realizó en Lagos, un estado densamente poblado con una población de más de 10 millones. Las mujeres en edad fértil constituyen casi un tercio de esta población.¹ Hay 20 Áreas de Gobierno Local estado de Lagos (AGLs), 16 urbanas y 4 rurales. El estudio se realizó en un AGL urbana (Surulere) y una rural (Ibeju-Lekki). AGL urbana seleccionada tenía seis centros de atención primaria en salud (CAP), una institución secundaria en salud y numerosos centros privados, algunos de los cuales ofrecen servicios de PFM. La AGL rural tenía 13 CAP, siete puestos de salud, una institución secundaria de salud y unos 20 establecimientos privados. Asistentes de parto tradicionales (parteras), así como otros proveedores de atención médica alternativos, también están presentes en ambas áreas.

Muestreo

El estudio se realizó en mujeres en edad fértil (entre 15-45 años) que residían en las áreas de estudio y cuyo último parto fue no más de dos años

antes de la entrevista. Se calculó un tamaño de muestra inicial de 554 para una potencia de 80% y un nivel de significación del 5%. La cifra se incrementó en aproximadamente un 10% por las que no respondieron y se redondeó a 600; 300 urbanas y 300 rurales. El cuestionario se probó previamente en mujeres similares en diferentes AGL. Se utilizó una técnica de muestreo en varias etapas para seleccionar a los encuestados para el estudio. En la primera etapa se utilizó un método de muestreo aleatorio simple (boleta) para seleccionar una AGL urbana y una rural. En la 2ª etapa, se seleccionaron cinco de los 23 distritos urbanos y cinco de los 20 rurales. En la etapa 3ª, se eligió una calle de cada barrio mediante una simple votación. Posteriormente (4ª etapa), se usó una técnica de muestreo aleatorio simple para determinar la primera casa que se visitaría en la calle y luego las casas consecutivas. Si había más de un hogar elegible se usó una boleta simple para seleccionar el hogar que se incluirá en el estudio. La etapa final incluyó la selección de las encuestadas. Sólo una entrevistada elegible fue entrevistada en cada casa. Si había más de una, se realizó la votación para seleccionar. Luego se escogieron más calles mediante votación hasta que se alcanzó el tamaño de muestra deseada.

Además de la encuesta casa por casa, se llevaron a cabo seis discusiones de grupos focales (DGF) entre mujeres seleccionadas en forma deliberada en edad de procrear, tanto en entornos rurales como urbanos. Los participantes de los DGF fueron seleccionadas con la asistencia de mujeres líderes de la comunidad (utilizando los criterios para el estudio cuantitativo) e invitadas a la DGF.

Recopilación de datos

La recolección de datos cuantitativos se realizó mediante una entrevista cara a cara utilizando los cuestionarios previamente probados. Fueron administrados por entrevistadoras capacitadas, con al menos educación post secundaria. Las DGF se realizaron con ayuda de una guía para entrevistas semiestructuradas. Cada DGF comprendía entre siete y nueve participantes, investigadores principales y tomadores de notas. Cada sesión duró aproximadamente una hora, y se llevaron a cabo, principalmente para explorar posibles elementos determinantes y disuasorios del uso moderno de la

PFM, así como cuestiones como el tamaño de la familia o la participación masculina en la planificación familiar. Las discusiones fueron grabadas en cinta, además de las notas tomadas durante la discusión.

Análisis de los datos

Los datos cuantitativos se analizaron con Epi-info 2008 versión 3.5.1. Se realizó estadística descriptiva e inferencial. Las variables estadísticamente significativas en el análisis bivariado se introdujeron en el modelo de regresión logística multivariable para el modelo final. Los datos cualitativos se tradujeron al inglés, según fue necesario, y se transcribieron. Se empleó el análisis de contenido y los principales temas que surgieron formaron la base de los informes.

Consideraciones éticas

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética e Investigación en Salud del Hospital Universitario de Lagos (LUTH). Se obtuvo el consentimiento formal de cada participante del estudio.

Resultados

La edad media fue de 30.9 ± 5.9 años en el área rural y de 31.4 ± 6.1 años en la urbana (estadística de Student = 1.08, $p = 0.280$). La mayoría de las mujeres en ambas áreas estaban casadas o cohabitando. Las rurales tenían más hijos que las urbanas. Sólo unas pocas mujeres en ambos grupos no tenían educación formal, pero las mujeres urbanas tenían significativamente más educación ($p = 0,001$). Sesenta y cinco (21.7%) de las rurales estaban desempleadas, frente a 76 (32.0%) de urbanas.

La mayoría de los cónyuges en ambas áreas tenían alguna educación formal. El 84% de las mujeres en el área rural y el 86% de ellas en el área urbana estaban al tanto de los métodos PFM. El conocimiento de sus métodos PFM fue similar en ambas áreas. El método moderno más común mencionado por las mujeres urbanas fue el inyectable 192 (64.0%), mientras que las tabletas de anticonceptivos 181 (60.33%) y las inyectables 180 (60.0%) fueron las más mencionadas por las rurales. También se registraron altas tasas de aborto ilegal en ambos grupos; más de una cuarta

Tabla 1
Historia del último embarazo

Variable	Rural (%)	Urbano (%)	χ^2	p
Último embarazo deseado				
Sí	256 (85.3)	260 (86.7)	0.22	0.638
No	44 (14.6)	40 (13.3)		
Total	300 (100)	300 (100)		
Embarazo llevado a término				
Sí	276 (92.0)	290 (96.7)	6.11	0.013*
No	24 (8.0)	10 (3.3)		
Total	300 (100)	300 (100)		
Razón para no llevar el embarazo a término				
	n = 24	n = 10		
Tuvo aborto involuntario	5 (20.8)	2 (20.0)	1.99	0.370
Tenía TOP por razones médicas	4 (16.7)	0 (0.0)		
Decisión personal de rescindir	15 (62.5)	8 (80.0)		
Total	24 (100)	10 (100)		
Persona que realizó TOP				
	n = 15	n = 8		
Enfermera / Partera	4 (26.7)	2 (25.0)	4.26	0.248†
Médico	7 (46.7)	5 (62.5)	0.34	
Traficante de patentes	4 (26.7)	0 (0.0)	4.03	
Mí mismo	0 (0.0)	1 (12.5)	1.00	
Total	15 (100)	8 (100)		

Fuente: elaboración propia †P de Fisher, *significativo

Tabla 2
Deseo de un mayor número de hijos y métodos de planificación familiar por parte las parejas

Variable (n=300)	Rural (%)	Urbano (%)	χ^2	p
Deseo más hijos				
Sí	167 (55.7)	219 (73.0)	19.64	<0.001*
No	133 (44.3)	81 (27.0)		
Actualmente utilizando la PF método				
Sí	154 (51.3)	147 (49.0)	0.33	0.568
No	146 (48.7)	153 (51.0)		
Total	300 (100)	300 (100)		
Cónyuge actualmente usando PF				
Sí	36 (12.0)	69 (23.0)	12.57	<0.001*
No	264 (88.0)	231 (77.0)		
Total	300 (100)	300 (100)		
Actualmente utilizando PFM				
Sí	145 (48.3)	122 (40.7)	3.24	0.059
No	155 (51.7)	178 (59.3)		
Total	300 (100)	300 (100)		
Cónyuge aprueba del uso de PFM				
	n=145	n=122		
Sí	98 (67.6)	106 (86.9)	12.64	<0.001*
No	47 (32.4)	16 (13.1)		
Total	145 (100)	122 (100)		
Cónyuge actualmente usa PFM				
Sí	21 (7.0)	53 (17.7)	15.78	<0.001*
No	279 (93.0)	247 (82.3)		
Total	300 (100)	300 (100)		
PFM utilizada por el cónyuge				
Condón	21 (100)	53 (100)		
Total	21 (100)	53 (100)		
Quién tomó la decisión sobre el uso de PF				
Por sí misma	39 (25.7)	30 (23.1)	1.94	0.380
Pareja	6 (3.9)	10 (7.7)		
Decisión conjunta	107 (70.3)	90 (69.2)		
Total	152 (100)	130 (100)		

Fuente: elaboración propia, *significativo

parte de éstos (26,7%) fueron realizados por distribuidores de medicamentos de patente en el medio rural, (Tabla 1). Se les conoce como "vendedores de medicamentos patentados" o "químicos" en estas áreas. Son expendedores de medicamentos que normalmente operan dentro de la comunidad.

Proporciones similares de mujeres en cada grupo eran usuarias actuales de métodos modernos de PF, pero una proporción significativamente mayor de parejas urbanas lo aprobaban. (Tabla 2) La prevalencia de la utilización de PFM moderna por parte de las parejas (encuestada y cónyuge combinados) fue del 52% rural y del 56.3% urbano, sin una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 1,13$, $p = 0,287$), (Figura 1).

Una proporción significativamente mayor de parejas urbanas usaba condones. La decisión de utilizar PF moderna en la mayoría de los casos se tomó conjuntamente. (Tabla 2) El método de PF moderno más común utilizado por ambos grupos fue el anticonceptivo inyectable. (Tabla 2)

La proporción más alta tanto de zonas rurales (62.2%) como urbanas (44.1%), no tuvo razón para no usar PFM. En el área urbana, tanto como el 17.6% temían a los efectos secundarios, mientras que en el área rural, el 12.2% sentía que no lo necesitaban. Una de cada diez mujeres urbanas y aproximadamente una de cada nueve rurales mencionaron la no aprobación por parte del cónyuge / pareja como su razón para no usar la PFM.

Tabla 3
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. AFECTANDO Y EL USO DE MÉTODOS MODERNOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Variable	Uso de PF moderna (%)					
	Rural (n = 300)			Urbano (n = 300)		
	Sí	No	Total	Si	No	Total
Por Edad						
16 – 20	6 (37.5)	10 (62.5)	16	4 (40.0)	6 (60)	10
21 – 25	11 (32.4)	23 (67.6)	34	20 (51.3)	19 (48.7)	39
26 – 30	42 (44.7)	52 (55.3)	94	59 (57.8)	43 (42.2)	102
31 – 35	59 (71.1)	24 (28.9)	83	46 (63.0)	27 (37)	73
36 – 40	33 (50)	33 (50)	66	31 (59.6)	21 (40.4)	52
41 – 45	5 (71.4)	2 (28.6)	7	9 (37.5)	15 (62.5)	24
	$\chi^2 = 21.9$ df= 5 p=0.001†*			$\chi^2 = 6.60$ df= 5 p=0.256†		
Estado civil						
Soltero	4 (33.3)	8 (66.7)	12	2 (50.0)	2 (50.0)	4
Casado	112 (52.8)	100 (47.2)	212	150 (58.1)	108 (41.9)	258
Co-habitación	18 (42.9)	24 (57.1)	42	15 (57.7)	11 (42.3)	26
Separado	12 (66.7)	6 (33.3)	18	0 (0)	6 (100)	6
Viudo	10 (62.5)	6 (37.5)	16	2 (3.3)	4 (66.7)	6
	$\chi^2 = 5.40$ df= 4 p=0.249			$\chi^2 = 9.46$ df= 4 p=0.035†		
Religión						
Cristiano	97 (57.4)	72 (42.6)	169	96 (57.5)	71 (42.5)	167
Islam	56 (44.4)	70 (55.6)	126	72 (55.8)	57 (44.2)	129
Otras	3 (60.0)	2 (40.0)	5	1 (25.0)	3 (75.0)	4
	$\chi^2 = 4.98$ df= 2 p=0.083			$\chi^2 = 1.70$ df= 2 p=0.464†		
Número de niños						
1	11 (25.6)	32 (74.4)	43	14 (33.3)	28 (66.7)	42
2	44 (52.4)	40 (47.6)	84	66 (57.4)	49 (42.6)	115
3	33 (55.0)	27 (45.0)	60	55 (72.4)	21 (27.6)	76
4	37 (56.1)	29 (43.9)	66	31 (57.4)	23 (42.6)	54
≥ 5	31 (66.0)	16 (34.0)	47	3 (23.1)	10 (76.9)	13
	$\chi^2 = 16.35$ df= 4 p=0.003*			$\chi^2 = 22.90$ df= 4 p<0.001*		

Fuente: elaboración propia P de Fisher, *significativo

Tabla 4
Variables socioeconómicas que afectan el uso de métodos modernos de planificación familiar.

Variable	Uso de la FP moderna (%)					
	Rural (n = 300)			Urbano (n = 300)		
	Si	No	Total	Si	No	Total
Educación						
No formal	11 (45.8)	13 (54.2)	24	4 (30.8)	9 (69.2)	13
Primario	31 (38.8)	49 (61.3)	80	27 (58.7)	19 (41.3)	46
Secundario	82 (56.6)	63 (43.4)	145	103 (58.9)	72 (41.1)	175
Post secundario	32 (62.7)	19 (37.3)	51	35 (53)	31 (47)	66
	$\chi^2 = 9.56$ df= 5 p=0.023*			$\chi^2 = 4.30$ df= 6 p=0.231		
Ocupación						
Desempleados	23 (35.4)	42 (64.6)	65	42 (55.3)	34 (44.7)	76
No capacitado	16 (69.6)	7 (30.4)	23	10 (52.6)	9 (47.4)	19
Semi calificada	56 (51.4)	53 (48.6)	109	52 (54.2)	44 (45.8)	96
Experto manual	36 (65.5)	19 (34.5)	55	37 (57.8)	27 (42.2)	64
Experto no manual	16 (48.5)	17 (51.5)	33	25 (71.4)	10 (28.6)	35
Intermedio	9 (90.0)	6 (40.0)	15	3 (33.3)	6 (66.7)	9
Profesional	0	0	0	0 (0)	1 (100)	1
	$\chi^2 = 14.59$ df= 5 p=0.012*			$\chi^2 = 6.85$ df= 6 p=0.323†		
Educación del cónyuge						
No formal	3(18.8)	13 (81.3)	16	1(25.0)	3 (75.0)	4
Primario	28(60.9)	18 (39.1)	46	10 (43.5)	13 (56.5)	23
Secundario	70(51.5)	66 (48.5)	136	98 (60.5)	64 (39.5)	162
Post secundario	55 (53.9)	47 (46.1)	102	60 (54.1)	51 (45.9)	111
	$\chi^2 = 8.70$ df=3 p= 0.034*			$\chi^2 = 4.52$ df=3 p= 0.213†		
Ocupación del cónyuge						
Desempleados	1(33.3)	2 (66.7)	3	3 (42.9)	4 (57.1)	7
No capacitado	8 (47.1)	9(52.9)	17	7 (50.0)	7 (50.0)	14
Semi calificado	68 (59.1)	47 (40.9)	115	77(63.6)	44(36.4)	121
Experto manual	32 (41.6)	45 (58.4)	77	35(50.0)	35 (50.0)	70
Experto no manual	18 (50.0)	18 (50.0)	36	29 (69)	13 (31.0)	42
Intermedio	17 (44.7)	21 (55.3)	38	14 (51.9)	13 (48.1)	27
Profesional	12 (85.7)	2 (14.3)	14	4 (21.1)	15 (78.9)	19
	$\chi^2 = 13.53$ df=6 p= 0.026*			$\chi^2 = 17.11$ df=6 p= 0.008†*		

Fuente: elaboración propia; p de Fisher; *significativo

En el área rural, la asociación entre la edad materna y el uso de PF fue significativa. Las mujeres entre 41 y 45 años tuvieron la tasa más alta de uso mientras que las que tenían entre 21 y 25 años tuvieron la tasa más baja, (Tabla 3).

Las mujeres casadas tuvieron la mayor tasa de uso (58.1%). En el área rural, las que se representaban mayor paridad tuvieron tasas significativamente más altas de utilización (p = 0.003). En el área urbana, las mujeres con tres hijos constituían la mayor proporción de usuarias (72,4%), (Tabla 3).

Entre las mujeres rurales, el mayor nivel de educación formal aumentó el uso de los métodos modernos de PFM con una diferencia significativa (p = 0.023). En el área urbana, las mujeres sin educación formal tuvieron la tasa más baja de utilización de los métodos modernos de PFM (30.8%), sin diferencias significativas. (Tabla 4)

En el área rural, la proporción más baja de las que usaban métodos modernos de PF fue entre las desempleadas (35.4%), con una diferencia significativa. En el área urbana, no hubo una

asociación significativa entre la ocupación materna y el uso de métodos modernos de PF, pero las desempleadas también tuvieron la tasa más baja de uso (Tabla 4).

En el área rural, las mujeres cuyos cónyuges no tenían educación formal representa la proporción más baja de uso de PF moderna (18.8%), con una diferencia significativa. En el área rural, la menor proporción de usuarias modernas de PF fue entre los cónyuges desempleados con una diferencia significativa (Tabla 4).

Entre la población rural, los factores predictivos del uso de la PF moderna fueron ser cristianos, empleados, cónyuges con educación formal y un mayor número de hijos. Los musulmanes tienen las probabilidades de uso de PF moderna más bajas, 2 veces más bajas que los cristianos (O = 0.57, IC

95% = 0.33-0.97). Los trabajadores no calificados tuvieron 5 veces más probabilidades de usar la PFM que los desempleados (OR = 5.03, IC 95% = 1.63-15.51). Al usar 'educación no formal' como categoría de referencia, los encuestados con cónyuges con educación primaria, tenían 8 veces más probabilidades de usar la PFM que aquéllos sin educación formal (OR = 8.22, IC del 95% = 1.86 a 36.31). A medida que el número de niños aumentó en uno, los encuestados presentaron 1,4 veces más probabilidades de usar PFM (OR = 1.43, IC 95% = 1.16-1.76) (Tabla 5).

En la población urbana, el factor predictivo del uso de la PFM era tener más hijos. Al usar 1 niño como categoría de referencia, las mujeres con 4 hijos tienen las probabilidades de un mejor uso de la PFM, tres veces más que aquéllas con un hijo (OR = 2.70, IC 95% = 1.17-6.23) (Tabla 5).

Tabla 5
Predictores del uso de PF moderna por parejas en áreas rurales y urbanas

Variable	OR	95% CI		β	SE	Z
		Inferior	Superior			
Rural						
Constante	-	-	-	-2.8577	0.9424	-3.0324
Edad por años	0.9877	0.9372	1.0410	-0.0124	0.0268	-0.4612
Religión (Islam / Cristiana)	0.5674*	0.3329	0.9671	-0.5666	0.2720	-2.0830
Ocupación (no calificada / desempleada)	5.0257*	1.6285	15.5102	1.6146	0.5750	2.8081
Ocupación (semi-habilidad / desempleado)	2.4970*	1.2142	5.1353	0.9151	0.3679	2.4875
Ocupación (habilidad manual / desempleado)	4.6901*	2.0400	10.7827	1.5455	0.4247	3.6385
Educación del cónyuge (primaria / ninguna)	8.2210*	1.8612	36.3119	2.1067	0.7579	2.7797
Educación del cónyuge (secundaria / ninguna)	4.4717*	1.1204	17.8466	1.4978	0.7062	2.1210
Educación del cónyuge (post-secundaria/ninguna)	5.2412*	1.2208	22.5017	1.6566	0.7434	2.2283
Número de niños	1.4275*	1.1604	1.7561	0.3560	0.1057	3.3677
Urbano						
Constante	-	-	-	-0.6931	0.3273	-2.1176
Número de niños (2/1)	2.6939*	1.2848	5.6484	0.9910	0.3778	2.6233
Número de niños (3/1)	5.2381*	2.3184	11.8347	1.6560	0.4159	3.9820
Número de niños (4/1)	2.6957*	1.1659	6.2327	0.9916	0.4276	2.3188
Número de niños (≥5/1)	0.6000	0.1420	2.5347	-0.5108	0.7352	-0.6948

Fuente: elaboración propia; *Significativo

Haber utilizado alguna vez la PFM mejoró significativamente sus usos actuales en áreas rurales y urbanas. Las rurales que no deseaban tener más hijos tenían una probabilidad significativamente mayor de ser usuarias actuales PFM ($p < 0,001$).

Resultados de las DGF

En el área rural, 25 participantes de entre 20 y 42 años participaron en las DGF y alrededor del 30% de ellos no tenían educación formal. En el área urbana, hubo un total de 23 participantes de 23 a 45 años, alrededor del 35% de ellos no tenía educación formal.

Tamaño de la familia

El tamaño ideal de la familia tanto para las mujeres rurales como para las urbanas, resultó rebasar su propio número deseado de hijos. En el área urbana, el ideal sería 4, pero las más deseaban 3 niños. En el área rural, la mayoría de las mujeres consideraron que lo ideal deberían ser 5 o 6 niños, algunos de ellos sentían que 10 niños no son demasiados para una familia. En cuanto a sus elecciones personales, la mayoría de ellos se conformarán con 4 hijos, sólo unos pocos mencionaron 3 o 2 niños. La principal razón citada por la mayoría de éstos en las dos áreas es la mala situación económica en el país, especialmente el alto costo de la educación.

Sorprendentemente, una de las mujeres urbanas preferiría tener muchos hijos, cuanto más, mejor.

Idealmente, una familia debería tener 4 hijos, no es ni demasiado grande ni demasiado pequeño. Yo quiero mucho más que eso, como 7 u 8 niños. Esto se debe a soy de una familia numerosa, que tienden a ser más felices, hacemos cosas juntos, y la vida es más divertida. Nuestros padres nos disfrutan (32 años urbano).

La preferencia por un sexo en particular también determina el tamaño de la familia. Pocas mujeres en el área rural revelaron que tendrían más bebés de lo que deseaban si todavía no tenían uno de un sexo en particular (por lo general, hombres), pero una mujer hizo lo contrario;

A mí, me gustaría tener 5 hijos para poder instruirlos de buena manera y tener suficiente dinero para enviarlos a la escuela; ya tengo 4 niños y estoy buscando una niña. Dios me conceda tener una niña que va a ser mi 5ª quinto bebé (37 años rural).

Conocimiento y uso de la planificación familiar

El método de PFM más comúnmente mencionado para las mujeres rurales fueron contraceptivo inyectable seguido de cerca por el 'anillo' (usado en el dedo) y 'aseje' (un preparado tradicional). Tabletas anticonceptivas y DIU también fueron mencionados comúnmente. En el área urbana, el método de PFM más comúnmente mencionado fue el condón, seguido de tabletas anticonceptivas, inyectables y DIU. Sólo muy pocos en cada área no conocían de ningún método de PFM. En el área rural, el "anillo" y el "aseje" se obtienen de la partera y se cree que son altamente efectivos para las mujeres "altamente fértiles".

Pocas de las mujeres urbanas que usan la PFM moderna la usan para espaciar a sus hijos, mientras que muchas de ellas lo usan para limitar el tamaño de su familia. Para el espaciado, confían en los métodos naturales. La razón comúnmente citada para no usarlos es el temor a los efectos secundarios: como sangrado, aumento de peso y, lo que es más importante, la posibilidad de fracaso para lograr el embarazo cuando se desea. En la zona rural, se hizo la misma observación. Aunque muchas mujeres utilizaban métodos modernos de PFM, otras no eran usuarias debido al temor a los efectos secundarios. Según una de las mujeres urbanas:

En mi comunidad, las mujeres tienen miedo de los métodos modernos de PFM. Creen que si usas PFM moderna, no podrás quedar embarazada de nuevo. Optan por ello cuando han terminado de tener a todos sus hijos. Si lo usan para espaciarlos, es posible que no se tenga la suerte de quedar embarazada nuevamente. (26 años urbano).

Las mujeres en el área rural se quejaron de que los métodos como los inyectables hacen 'trabajo innecesario', a algunas de ellas no les gustan las inyecciones y si toman tabletas, algunos esposos sospechan que quieren cometer un aborto. Los

efectos secundarios comúnmente citados fueron sangrado y menstruación irregular. Uno de ellos informó:

El no utilizar PFM depende de cada individuo. Cada mujer usa lo que le conviene (26 años rural).

Para aquéllos que usan los métodos tradicionales es fácil para ellos, simplemente usan el anillo y no quedan embarazadas. Si se trata del 'Ibile' (brebaje preparado), una mujer que lo come, no quedará embarazada, a menos que se quiten el anillo o dejen de tomar los brebajes (32 años, zona rural).

Muchas de ambas áreas concordaron con que a la mayoría de los hombres no les gusta ningún método de PFM. Algunos le gusta que sus esposas usen PFM porque quieren una gran cantidad de niños. Sin embargo, algunos otros apoyan a sus esposas:

Aquellas que la usan (es decir, PFM), sus esposos las apoyan porque a la mayoría de los hombres no les gusta usar condón, por lo que permiten que sus esposas usen anticoncepción. Algunos hombres no apoyan el que sus esposas que la usen (34 años, zona urbana)

Algunos hombres llevan personalmente a sus esposas al centro de salud para una PFM moderna y evitar un embarazo no planificado. Muchas de las mujeres rurales opinaron que, en general, los hombres muestran su apoyo dándole dinero a sus esposas para tal fin. No quieren muchos hijos para poder atender a los que ya tienen, una de las participantes hizo una observación contraria;

La mayoría de los hombres no apoyan a sus esposas para hacer PFM. Las mujeres que lo hacen, lo hacen en secreto. A los hombres no les importa que sus esposas queden embarazadas cada año, por lo que las mujeres lo usan en secreto (26 años rural).

Pocas mujeres compartieron esta opinión, informaron que son las mujeres las que concluyen que han tenido suficientes hijos y, por lo tanto, deciden recurrir a la PFM.

El nivel educativo del cónyuge fue otro factor importante mencionado como un factor

determinante en el uso o no PFM en el área urbana. Algunos hombres sólo estarán de acuerdo con el uso de métodos naturales.

Con los hombres educados, si la pareja discute el uso de la PFM, es muy probable que el hombre lo apruebe porque él es educado, pero si no está educado, no lo entenderá. Él le dirá a la esposa que continúe dando a luz, que Dios cuidará de los niños (32 años, zona urbana).

Discusión

La conciencia de las encuestadoras sobre los métodos de PFM en áreas tanto rurales y urbanas fue alta y su uso mucho más alto que el promedio nacional. Otros estudios similares realizados en comunidades rurales en Nigeria y otras partes de África también informaron altos niveles de conciencia.^{38,39,49,41} En concordancia, otros autores señalaron que la mayoría de las mujeres estaban al tanto de los anticonceptivos modernos, pero las tasas de adopción eran bajas.^{42,43,44,45}

La mayoría de las mujeres conocía al menos un método de PFM, lo que refleja la mejora en el conocimiento que se ha observado a lo largo de los años en Nigeria, pero su uso ha aumentado sólo en dos puntos porcentuales entre las mujeres casadas en la última década.²¹ El escaso conocimiento de la ligadura de trompas en ambos grupos puede reflejar una aversión por los métodos anticonceptivos terminales.^{42,48,49,50,51,52}

La prevalencia rural y urbana obtenida en este estudio es mucho más alta que las cifras del NDHS 2008, tanto en la Región Nacional, como en la Región Suroeste. Sin embargo, es lo mismo con las tasas de prevalencia de NDHS en el estado de Lagos (41% urbano y 48% rural).²³ Cuando se combinaron con el uso de condones por parte de los cónyuges / parejas de las encuestadoras, las cifras aumentaron a 56% en zonas urbanas y 52% en rurales. La prevalencia rural es similar a las cifras obtenidas en una población similar en Zambia (54%).⁴⁶ Este patrón de reducción de la diferencia rural-urbana también se observó en la zona de Dawro, en Etiopía.²⁴

Estas cifras superan la meta de Nigeria de una tasa de prevalencia de anticonceptivos del 36% para

2018⁵³ y destacan aún más las variaciones a nivel estatal. El Gobierno federal se da cuenta del papel vital de la PFM en el desarrollo nacional y está tomando medidas para lograr la necesidad insatisfecha ésta en el país. En la cumbre de Londres sobre tema, declaró un incremento del 300% en la provisión financiera para la adquisición de anticonceptivos durante un período de cuatro años.⁵⁴

El Ministerio Federal de Salud organizó su primera Conferencia Nacional sobre Planificación Familiar en 2010, que pronto fue seguida por otra en 2012. También ha lanzado la campaña *Saving One Million Lives*.⁵⁴ Se espera que estas intervenciones faciliten en gran medida la adopción de PFM en Nigeria para lograr los objetivos de salud, población y desarrollo de la nación.

La prevalencia significativamente mayor de implantes entre las mujeres urbanas puede deberse al costo y la experiencia requerida para la inserción. Esto puede ser un reflejo de la distribución desigual de los recursos de salud que debe abordarse.

La brecha entre la prevalencia de uso y uso actual indica un abandono. El miedo a los efectos secundarios se ha citado en algunos estudios como la razón de la interrupción del uso.^{56,57} En la DGF, las mujeres del área rural se quejaron de que métodos como los inyectables causaban efectos secundarios innecesarios. La aversión al uso de métodos terminales puede estar relacionada con los antecedentes culturales y la naturaleza no antinatalista de la política nacional de PFM, pero en lugares como la India rural, el uso de métodos terminales es común.⁵⁹

Este temor a los efectos secundarios también tiene otras implicaciones negativas para la utilización de PFM. Tanto los datos cuantitativos como los cualitativos mostraron que las mujeres en ambas áreas preferirían usar anticonceptivos modernos sólo para limitar el tamaño de la familia y no para espaciarlos, principalmente debido a su temor percibido de los efectos secundarios. Es posible que muchas hayan obtenido información incorrecta de fuentes no confiables. Ésta es un área que los educadores de salud deberían apuntar para disipar

los mitos. Investigadores en otras partes de África han hecho observaciones similares.⁴²

Es sorprendente que las mujeres casadas en el área urbana tuvieran la menor proporción de uso moderno de PFM con una diferencia significativa. Esto contradice el patrón nacional.²¹ Es posible que sus cónyuges no aprobaran o temieran los efectos secundarios. En Etiopía, una mayor proporción de mujeres casadas urbanas eran usuarias y también tenían más probabilidades de decidir sobre el uso de anticonceptivos modernos, que las mujeres rurales.²⁴ Similar a este estudio, un estudio en Mpwapwa, Tanzania, encontró que el número actual de niños vivos era un factor que estaba significativamente asociado con el uso actual de anticonceptivos modernos.⁴² La mayoría expresaron deseos de fertilidad no satisfechos especialmente en las áreas rurales. La preferencia por un mayor número de niños por parte de las familias rurales también se informó en otras partes de África.^{60,61,62,63,64}

El análisis de los datos agrupados de varios NDHS mostró que más de dos tercios de la muestra albergan deseos de fertilidad no satisfechos; más de la mitad (52,4%) tenía menos hijos de los deseados, mientras que sólo el 18,1% más de los deseados.

El análisis multivariado mostró que los bajos niveles de educación, los hogares pobres, la residencia rural y muerte infantil anterior aumentaban el riesgo de deseos de fecundidad no satisfechos.²⁸ En las zonas rurales del norte de Nigeria, la incertidumbre sobre la supervivencia infantil y la preferencia masculina influyen en las decisiones sobre el tamaño de la familia.⁶⁵ Esta

tendencia de deseos de fertilidad insatisfechos obviamente tiene implicaciones para el control de la población. Se necesita más educación sobre la importancia de tener familias más pequeñas para aumentar el uso de anticonceptivos.^{42,58,62,63,64,66,67}

Además, ninguno de los participantes mencionó las razones de salud como la causa de las necesidades no satisfechas de fertilidad. Esto expone una brecha de conocimiento entre las mujeres. Tener muchos hijos, especialmente en sucesiones rápidas, probablemente afectará tanto a

la madre como al niño, y nuestras Tasa de salud materno e infantil, que ya son pobres, no verán mejoras. Por otro lado, parece que tanto las mujeres rurales como las urbanas aprecian la importancia de la educación formal. Casi todos ellos mencionaron las malas condiciones económicas, lo que limita su capacidad para brindar educación formal a sus hijos como la principal razón para reducir el tamaño de la familia.

La importancia del empoderamiento femenino y la educación se muestra en este estudio. Esto se compara con otras investigaciones rurales donde una asociación significativa entre un nivel de educación superior y el uso de métodos de PFM planificación familiar.⁵⁶ Algunos autores han argumentado que la educación proporciona una nueva perspectiva y libertad de las tradiciones y, además, que las mujeres altamente educadas tienen más poder de decisión dentro del matrimonio, incluidas relacionadas con su salud reproductiva.^{42,68,69,70,71,72}

Otros investigadores en Nigeria y otras partes de África han encontrado que la aprobación y decisiones masculinas son muy importantes en la utilización de los servicios de PFM.^{42,55,56,73,74} En este caso, la aprobación por parte del cónyuge sobre uso fue significativamente mayor en el área urbana en comparación con la rural, pero esto no se reflejó en el uso de métodos de PFM por parte de los propios cónyuges. Esto indica que la aprobación por parte del cónyuge no necesariamente se traduce al uso de métodos de PFM por parte del mismo.^{42,70,75,76,77,78,79,80}

Más aún, con las mujeres utilizando PFM moderna, es posible que los hombres no necesite usarla. En 2009, la Organización Mundial de la Salud destacó la no participación de los hombres en las intervenciones de PFM como un obstáculo para el éxito de dichas actividades⁸¹ y el no consentimiento de los esposos al uso de las mujeres de métodos de PFM fue clasificado junto a las preocupaciones en torno a la infertilidad como barreras para el uso⁵⁸

Uno de los narradores urbanos notó que a los hombres no les gustaba usar condones y, por lo tanto, aceptaron voluntariamente el uso de

anticonceptivos artificiales por parte de sus esposas, con lo que muestran alguna participación en el tema.

Se ha sugerido que es necesario llevar a los hombres a las campañas de PFM y educarlos sobre temas de salud reproductiva lo antes posible en sus años de formación.⁸²

A pesar de los riesgos de salud que conlleva, el recurso al aborto provocado que se observa entre las encuestadoras expone las necesidades insatisfechas de PFM. Incluso es posible que algunas de ellos utilicen el aborto como medio de PF, como se encontró en Ibadan, en el suroeste de Nigeria.⁸³ Éste es en el contexto de una alta prevalencia de abortos inseguros en Nigeria, donde es ilegal.

Conclusiones

La prevalencia de PFM es similar en áreas urbanas y rurales y mucho más alta que el promedio nacional y regional. Los factores sociodemográficos y económicos de los encuestados, así como sus creencias, determinan la utilización que se hace de la PFM.

En el área rural, los factores que se asociaron significativamente con una mayor tasa de uso fueron una edad menor, menor paridad, tener empleo y cónyuge con empleo. Los pronosticadores del uso de PFM moderna en el área rural fueron: cristianos, empleados, cónyuges con educación formal, mientras que en el área urbana: tener menos hijos. Tanto para las mujeres rurales como para las urbanas, su tamaño ideal de familia era mayor que su número deseado de hijos. A la mayoría de los hombres en ambas áreas no les gusta ningún método de PFM, pero algunos de ellos apoyan a sus esposas en su uso. La aprobación del cónyuge para el uso femenino de PFM fue significativamente mayor en las áreas urbanas.

Se deben implementar programas rurales para impulsar el empoderamiento femenino y la educación formal en los hombres. Programas de educación en PFM para hombres deben ser implementados en ambas áreas con el fin mejorar la participación masculina. También, una

Comunicación de Cambio de Comportamiento (BCC, por sus siglas en inglés) bien diseñada debe ser también dirigida a mujeres que no tienen razón para no usarla, para convencerlas sobre los beneficios para el individuo, la comunidad y la nación. Se necesita más investigación para comprender mejor las diferentes dimensiones del uso de anticonceptivos en Nigeria.

Referencias

1. National Population Commission (NPC) Nigeria and ICF Macro. Nigeria Demographic and Health Survey 2008. Abuja, Nigeria: National Population Commission and ICF Macro, 2009.
2. United Nations, The Department of Economic and Social Affairs. World Statistics Pocketbook 2013;V(37):144. New York, United Nations; 2013 http://www.un.org/ru/publications/pdfs/world%20statistics%20pocketbook%202011_en.pdf. Accessed April 6, 2014.
3. International Institute for Sustainable Development (IISD). A summary report of the Third Session of the World Urban Forum. World Urban Forum Bulletin 2006;125(6):1-16.
4. Nigeria Millennium Development Goals 2013 Report. <http://nphcda.org/wp-content/uploads/2014/03/NIGERIA-MDG-2013-REPORT.pdf> Accessed July 23, 2014.
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tuncap O, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic review. *Lancet Glob Health* 2014;2(6):e323-e333.
6. Dinyain A, Omoniyi-Esan GO, Olaofe O, Sabageh D, Komolafe A, Ojo SO. Autopsy-certified maternal mortality at Ile-Ife Nigeria. *Int J Womens Health* 2014;6:41-6.
7. Akinola OI, Fabamwo AO, Tayo AO, Alokha M, Oshodi YA, Osinubi B. Unsafe abortion and post abortion care: patients profile and perceptions in Lagos, Nigeria. *Research Journal of Medical Sciences* 2010;4(3):170-4.
8. Ezegwui HU, Onoh RC, Ikeako LC, Onyebuchi A, umeora OIJ, Ezeonu P, et al. Investigating maternal mortality in a public teaching hospital, Abakaliki, Ebonyi State, Nigeria. *Ann Med Health Sci Res* 2013;3(1):75-80.
9. Ahmed S, Li Q, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet* 2012;380(9837):111-25.
10. World Health Organization. Unsafe abortion global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/ WHO, 2011. Accessed July 22, 2014.
11. Lema VM, Rogo KO, Kamau RK. Induced abortion in Kenya: its determinants and associated factors. *East Afr Med J* 1996;73(3):164-8.
12. Geelhoed DW, Nayembil D, Asare K, van Leeuwen JH, Schagen vRJ. Contraception and induced abortion in rural Ghana. *Trop Med Int Health* 2002;7(8):708-16.
13. Bankole A, Sedgh G, Oye-Adeniran BA, Adewole IF, Hussain R, Singh S. Abortion seeking behaviour among Nigerian women. *J Biosoc Sci* 2008;40(2):247-68.
14. Brookman-Amisssah E, Moyo JB. Abortion law reform in sub-Saharan Africa: no turning back. *Reprod Health Matters* 2004;12(24 Suppl):227-34.
15. Okonta PI, Ebeigbe PN, Sunday-Adeoye I. Liberalization of abortion and reduction of abortion related morbidity and mortality in Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89(8):1087-90.
16. Okonofua FE, Hamed A, Nzeribe E, Saidu B, Abass T, Adeboye G, et al. Perceptions of policy makers in Nigeria towards unsafe abortion and maternal mortality. *Perspect Sex Reprod Health* 2009;35(4):194-202.
17. Liljestrand J, Sambath MR. Socio-economic improvements and health system strengthening of maternity care are contributing to maternal mortality reduction in Cambodia. *Reprod Health Matters* 2012;20(39):62-72.
18. Requena M. Abortion in Latin America. In: Hall RE, editor. *Abortion in a changing world*. New York: Columbia University Press; 1970.
19. Streatfield PK. Role of abortion in fertility control. *J Health Popul Nutr.* 2002;19(4):265-7.
20. United Nations Population Division DoEaSA. *World contraceptive use 2007 (wallchart)*. New York: United Nations; 2009.
21. National Population Commission [Nigeria] and ICF International. *Nigeria Demographic and Health*

- Survey 2013. Rockville, Maryland, USA: National Population Commission and ICF International 2014.
22. Federal Ministry of Health. National HIV/AIDS & reproductive health survey (NARHS Plus) 2007. FMOH, Abuja, Nigeria; 2008.
 23. UNFPA Nigeria. Family planning analysis: selected demographic and socio-economic variables. UNFPA Nigeria, Abuja; 2010.
 24. Bogale B, Wondafrash M, Tilahun T, Girma E. Married women's decision making power on modern contraceptive use in urban and rural southern Ethiopia. *BMC Public Health* 2011;11:342.
 25. White JS, Speizer IS. Can family planning bridge the urban-rural divide in Zambia? *BMC Health Serv Res* 2007;7:143.
 26. Ejembi CL, Alti-Muazu M, Chirdan O, Ezeh HO, Sheidu S, Dahiru T. Utilization of maternal health services by rural women in Zaria environs, northern Nigeria: has primary health care made a difference? *Journal of Community Medicine and Primary Health Care* 2004;16(2):47-54.
 27. Subramanian L, McGrath N, Ndiovu H, Gafos M. Family planning methods among women in a vaginal microbicide feasibility study in rural Kwazulu-Natal, South Africa. *Afr J Reprod Health* 2008;12(2):45-63.
 28. Ibisomi L, Gyimah S, Muindi K, Adjei J. Ideal versus actual: the contradiction in number of children born to Nigerian women. *J Biosoc Sci* 2011;43(2):233-45.
 29. Matsumoto Y, Yamabe S. Family size preference and factors affecting the fertility rate in Hyogo Japan. *Reprod Health* 2013;10(6).
 30. Haider S, Todd C, Ahmadzai M, Rahimi S, Azfar P, Morris JL, et al. Childbearing and contraceptive decision making among Afgan men and women: a qualitative analysis. *Health Care Women Int* 2009;30(10):935-53.
 31. Ibisomi LDG. Fertility transition in Nigeria: exploring the role of desired number of children. *African Population Studies* 2008;23(2):207-22.
 32. Istik S, Nacar M, Mazicioglu M, Cetinkaya F. Married men's opinions and involvement regarding family planning in rural areas. *Contraception* 2003;67(2):133-7.
 33. Adongo PB, Phillips JF, Baynes CD. Addressing men's concerns about reproductive health services and fertility regulation in a rural sahelian setting in northern Ghana: the "Zurugelu Approach". In: Kulczycki I, editor. *Critical issues in reproductive health*. New York: Springer Books; 2013.
 34. Karra MV, Stark NN, Wolf J. Male involvement in family planning: a study spanning five generations of Southern India family. *Stud Fam Plann* 1997;10(1):24-34.
 35. Adongo PB, Phillips JF, Binka FN. The influence of traditional religion on fertility regulation among the Kassena-Nankana of northern Ghana. *Stud Fam Plann* 1998;10(1):23-40.
 36. Matlala SF. Knowledge, attitudes and practices of rural men towards the use of contraceptives in Gasekororo, Limpopo Province, South Africa. *Prof Nurs Today* 2010;10(2):39-44.
 37. Adongo PB, Tapsoba P, Phillips JF, Philip T-NT, Stone A, Kuffour E, et al. The role of community-based health planning and services strategy in involving males in the provision of family planning services: a qualitative study in Southern Ghana. *Reprod Health* 2013;10(36).
 38. Ndiaye CA, Delaunay V, Adjamagbo A. Knowledge and Use of Contraceptive Methods in Rural Sereer, Senegal. *Sante* 2003;13(1):31-7.
 39. Barret J, Buckley C. Constrained Contraceptive Choice: IUD Prevalence in Uzbekistan. *Fam Plann Perspect* 2007;33(2):50-7.
 40. Nwankwu I, Obasi OO. Use of Modern Birth Control Methods Among Rural Communities in Imo State, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2008;12(1):101-8.
 41. Moronkola OA, Ojediran MM, Amosun A. Reproductive Health Knowledge Beliefs and Determinants of Contraceptive Use Among Women Attending Family Planning Clinics in Ibadan, Nigeria. *Afr Health Sci* 2006;6(3):155-9.
 42. Lwelamira J, Mnyamagola G, Msaki MN. Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Towards Modern Contraceptives Among Married Women of Reproductive Age in Mpwapwa District, Central Tanzania. *Current Research Journal of Social Sciences* 2012;4(3):235-45.
 43. Aryeetey RR, Kotoh AA, Hindin MJ. Knowledge, perceptions and Ever Use of Modern Contraception Among Women in Ga East District Ghana. *African Journal of Reproductive Health* 2010;14(4):27-32.

44. Opoku B, Kwaununu F. Knowledge and Practices of Emergency Contraception Among Ghanaian Women. *African Journal of Reproductive Health* 2011;15(2):147-52.
45. Mathe JK, Kasonia KK, Maliro AK. Barriers to Adoption of Family Planning Among Women in Eastern Democratic Republic of Congo. *Afr J Reprod Health* 2011;15(1):69-77.
46. Mubita-Ngoma C, Kadantu CM. Knowledge and Use of Modern Family Planning Methods by Rural Women in Zambia. *Curationis* 2010; 33(1):17-22.
47. Oyefara JL. Women Age at First Birth and Knowledge of Family Planning Methods in Yoruba Society, Nigeria. *Journal of Sociological Research* 2012;3(2):249-71.
48. Mahadeen AI, Khalil AO, Hamdan-Mansour AM, Sato T, Imoto A. Knowledge, Attitudes and Practices Towards Family Planning Among Women in the Rural Southern Region of Jordan. *East Mediterr Health J.* 2012;18(6):567-72.
49. Marchant T, Mushi AK, Nathan R, Mukasa O, Abdulla S, Lengeler C, et al. Planning a Family: Priorities and Concerns in Rural Tanzania. *Afr J Reprod Health* 2004;8(2):111-24.
50. Mqhayi M, Smit J, McFadyen M, Beksinka M, Conolly C, Zuma K, et al. Missed Opportunities: Emergency Contraception Utilization by Young South African Women. *Afr J Reprod Health* 2004;8(2):137-44.
51. Fantahun M. Quality of Family Planning Sources in Northwest Ethiopia. *Ethiopian J Health Dev* 2005;19(3):195-202.
52. Kebede Y. Contraceptive Prevalence in Dembia District, NorthWest Ethiopia. *Ethiopian J Health Dev* 2006;20(1):32-8.
53. Nigeria's announcement at the London summit on family planning 2013. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67328/london-summit-family-planning-commitments.pdf. Accessed July 23, 2014.
54. SOML FRN. Nigeria's saving one million lives initiative (2012-2013). <http://www.everywomaneverychild.org/component/content/article/1-about/437-nigeria-launches-qsaving-one-million-livesq-initiative>. Accessed July 23, 2014.
55. Olugbenga-Bello AI, Abodunrin OL, Adeoni AA. Contraceptive Practices Among Women in Rural Communities in South-Western Nigeria. *Global Journal of Medical Research* 2011 Jul;11(2).
56. Aninyei IR, Onyesom I, Ukuhor HO, Uzuegbu UE, Ofili MI, Anyanwu EB. Knowledge, Attitude to Modern Family Planning Methods in Abraka Communities, Delta State, Nigeria. *East Afr J Public Health* 2008;5(1):10-2.
57. Yoder PS, Mouhamadou G, Momadou K. The Use of Family Planning Methods in Mali. *The How and Why of Taking Action*. ICF Macro 2011.
58. Adeleye OA, Akoria OA, Shuaib ZO, Ogholoh OD. Barriers and Knowledge of Benefits Regarding Family Planning Methods Among Women Attending Antenatal Clinics in a Southern Nigerian Community. *Asian j. med. sci.* 2010;2(4):190-4.
59. Nirmalya M, Gandhari B. Contraceptive methods in rural areas of West Bengal, India. *Sudanese Journal of Public Health* 2011;6(4):164-9.
60. Eyayou Y, Berhane Y, Zerihun L. Socio-Cultural Factors in Decisions Related to Fertility in Remotely Located Communities: The Case of the Suri Ethnic Group. *Ethiopian J Health Dev* 2004;18(3):171-4.
61. Keele JJ, Forste R, Flake DF. Hearing Native Voices: Contraceptive Use in Matemwe Village, East Africa. *Afr J Reprod Health* 2005;9(1):32-41.
62. Duze M, Mohamed ZI. Male Knowledge, Attitudes and Family Planning Practices in Northern Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2006;10(3): 53-65.
63. Chipeta eK, Chinweaza W, Kalilani-Phiri. Contraceptive Knowledge, Beliefs and Attitudes in Rural Malawi: Misinformation, Misbelieves and Misperceptions. *Malawi Med J* 2010;22(2):38-41.
64. Avidime SL, Aku-Akai, Mohamed AZ, Adaji S, Shittu O, Ejembi C. Fertility Intentions, Contraceptive Awareness and Contraceptive Use Among Women in Three Communities in Northern Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2010;14(3):65-70.
65. Kahansim ML, Hadeejia IS, Sambo MN. A comparative study of factors influencing decisions on desired family size among married men and women in Bokkos, a rural Local Government Area in Plateau State. *Afr J Reprod Health* 2013;17(1):149-57.
66. Diababa Y. Factors Influencing Women's Intention to Limit Child Bearing in Oromia Ethiopia. *Ethiopian J Health Dev* 2008;22(3):28-33.

67. Adiri F, Ibrahim HI, Ajayi V, Sulayman HU, Yajeh MM, Ejembi C. Fertility Behaviour of Men and Women in Three Communities in Kaduna State, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2011;14(3):97-105.
68. Oye-Adeniran BA, Adewole IF, Augustine V, Oladokun UA, Gbadegesin A, Ekanem EE, et al. Community-Based Study of Contraceptive Behaviour in Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2006;10(2):90-104.
69. Nwankwo BO, Ogueri E. Influence of Husband's Decision on the Use of Modern Contraceptives Among Rural and Urban Married Women in Imo State Nigeria. *Int J Trop Med* 2006;1(4):140-4.
70. Khan S, Bradley S, Fishel J, Mishra V. Unmet Need and the Demand for Family Planning in Uganda: Further Analysis of the Uganda Demographic and Health Surveys, 1995-2006. Macro International M D 2008.
71. Adanu RMK, Seffah JD, Hill AG, Darko R, Duda RB, Anarfi JK. Contraceptive Use by Women in Accra, Ghana: Results from the 2003 Accra Women's Health Survey. *Afr J Reprod Health* 2009;13(1):123-33.
72. Mturi A, Joshua K. Falling Fertility and Increase in Use of Contraception in Zimbabwe. *Afr J Reprod Health* 2011;15(2):31.
73. Shah N, Aftab NN, Qadri MH. Awareness and Pattern of Utilizing Family Planning Services Among Women Attending Urban Health Care Centre Azizabad Sukkur. *PaK J Med Sci*. 2008;24(4):550-5.
74. Shahin HA, Shahin HG. Reasons for not Using Family Planning Methods in Eastern Turkey. *Eur J Contracept reprod Health Care* 2003;8:11-6.
75. Dabral S, Malik SL. Demographic Study of Gujjars of Delhi: IV. KAP of Family Planning. *J Hum Ecol* 2004;16(4):231-7.
76. Matthew Z, Brookes M, Stones R, Hossain M. Autonomy and Maternal health Seeking Among Slum Population of Mumbai. Focus on Gender: Collected Papers on Gender Using DHS Data. Calverton, M.D.: Macro International Inc; 2005.
77. Amaha H, Fikre E. Influence of Women's Autonomy on Couple's Contraception Use in Jimma Town, Ethiopia. *Ethiopian J Health Dev* 2006;20(3):145-51.
78. Stephenson R, Baschieri A, Clements S, Hennink M, Madise N. Contextual Influences on Modern Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa. *Am J Publ Health* 2007;97(7):1-7.
79. Shaikh B, Haran D, Hatcher J. Women's Social Position and Health Seeking Behaviours: Is the Health System Accessible and Responsive in Pakistan? *Health Care Women Int* 2008;29(945):1059.
80. Ndaruhuye D, Broekhuis A, Hooimeijer P. Demand and Unmet Need for Means of Family Limitation in Rwanda. *Int Pers Sex Reprod Health* 2009;35(3):122-30.
81. Huber D, Saeedi N, Samadi AK. Achieving Success with family planning in rural Afghanistan. *Bulletin of The World Health Organization* 2010;88:227-31.
82. Adeleye OA, Okonkwo CA. Ideal Child Gender Preference in Men's Worldview and Their Knowledge of Related Maternal Mortality Indices in Ekiadolor, Southern Nigeria. *Asian Journal of Medical Sciences* 2010;2(3):146-51.
83. Owonikoko KM, Okunlola MA, Adeleke AO, Akinboade AF. Fertility regulation among women of reproductive age in Ibadan, South-West Nigeria: Contraception, abortion or both. *Niger Postgrad Med J* 2012;19(1):25-9

Recibido: 28 de noviembre de 2016

Aceptado: 7 de abril de 2018

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos