



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**“FACTORES ASOCIADOS AL USO DE ANTICONCEPCIÓN POST PARTO
DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN EL PERÍODO DE JULIO –
AGOSTO 2019”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

Presentado por:

**CARBAJAL MAGALLANES, DINA JAFIA
MORANTE ROCA, ABIGAIL INGRID**

ASESORA

Dra. Ana María Sanz Ramírez

LIMA – PERU

2019

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a todas las personas que pusieron su confianza en mí, a mis padres, a mis hermanos, a mi esposo, a mi hijo, que no dejaron que me rinda y pueda seguir adelante.

- A ti mi Dios, ya que siempre estas a mi lado iluminándome, mostrándome el camino y dándome todas las fuerzas.
- A ti papá, porque siempre estuviste dándome tu apoyo incondicional en mi formación profesional. Agradecerte por tu paciencia infinita y por ser esa persona que tome como pilar y perseverar en mi meta.
- A ti mamá, educarme y cuidarme, la que me enseñó a nunca rendirme y que todo lo que deseara lo conseguiría, tú eres y serás el pilar de mi vida.
- A mis hermanos: Chavely, Melina y Daniels; ya que juntos hemos pasados buenos y malos momentos pero nos hemos mantenido unidos. Por ustedes perseverar y cumplir con mi meta para ser su claro ejemplo.
- A mi esposo Denilson por su paciencia y gran amor brindado hacia mi persona, y por darme la dicha de ser madre.
- A mi hijo Liam Sebastián, por su amor infinito.

Agradecerles a ustedes cuyas personas son muy importante para mí, que con cada uno de sus ejemplos e incondicional apoyo he logrado y lograré a convertirme en la profesional que me propuse en un instante.

Bachiller Obstetra Dina Jafía, Carbajal Magallanes

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a los pilares de mi vida, que gracias a su apoyo he llegado a culminar mi profesión.

- A Dios que me dio la vida y esta digna vocación, guiándome por el buen camino y fortaleciéndome para superar los obstáculos que se me presente en el transcurso de mi profesión.

- Con todo mi amor y cariño a mi Padre Limbanio Morante y a mi madre Carmen Roca, por brindarme los recursos necesarios a lo largo de mi carrera, por apoyarme en todo momento y por confiar en mí.

- A mi Hija Valeshka Pariona, ya que es mi musa, que día a día me motiva a crecer como persona y luchar por todos los obstáculos que me depare el destino.

- A mis hermanos por estar siempre presentes y acompañándome día a día.

Dedico a todas las personas que me brindaron su tiempo y me aconsejaron en mi etapa profesional.

Bachiller Obstetra Abigail Ingrid, Morante Roca

AGRADECIMIENTO

La presente tesis es fruto del gran desempeño. Ante ello mi más cordial gratitud es para nuestras familias, siendo los que nos brindan todo su apoyo incondicional, ya sea económicamente o sentimentalmente.

A todas las personas que cooperan con las valiosas sugerencias o críticas que nos ayuden a mejorar nuestra tesis

Asimismo, nuestros principales agradecimientos están dirigidos hacia nuestra asesora de tesis, Dra. Ana María Sanz Ramírez por su paciencia, afecto y buena disposición, y por toda la dedicación que nos brindó para poder culminar de manera exitosa nuestro trabajo.

A todos los docentes quienes nos apoyaron con toda su dedicación y nos facilitaron todos los conocimientos para realizar nuestra tesis satisfactoriamente.

A todos ellos, infinitas gracias.

ASESORA DE TESIS

Dra. Ana María Sanz Ramírez

JURADO DE TESIS

PRESIDENTE:

Dra. Sabrina Ynés Morales Alvarado

SECRETARIO:

Dr. Juan Torres Osorio

VOCAL:

Mg. Adriana Josefina Barbaggelata Huaraca

ÍNDICE

	Pág.
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Justificación	14
1.4. Objetivos	
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2. Objetivos específicos	15
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	16
2.2. Base teórica	23
2.3. Terminología básica	43
2.4. Hipótesis	44
2.5. Variables e Indicadores	44
2.6. Definición operacional de términos	45
3. CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo de investigación	47
3.2. Población y muestra	47
3.3. Técnica e instrumentos de recolección de datos	48
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	49
3.5. Aspectos éticos	50
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	53
4.2. Discusión	60
5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	71
5.2. Recomendaciones	72
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
7. ANEXOS	
Anexo N° 1 Matriz de consistencia	
Anexo N°2 Consentimiento Informado	
Anexo N° 3 Encuesta	
Anexo N° 4 Constancia	
Anexo N° 5 Informe Turnitin	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 ¿Ha decidido usar algún método anticonceptivo?	53
Tabla N°2 Tipo de método anticonceptivo	54
Tabla N°3 Factores sociodemográficos	55
Tabla N°4 Factores gineco – obstetricos	56
Tabla N°5 Factores Culturales	58

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados al uso de anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Julio - Agosto 2019.

Materiales y Métodos: Estudio cuantitativo, prospectivo y de corte transversal, con un nivel relacional, con una muestra de 192 puérperas del Hospital María Auxiliadora en el período de Julio – Agosto 2019. El instrumento utilizado fue una encuesta de 26 preguntas, dividida en 3 partes: factores sociodemográficos, factores gineco obstetricos y factores culturales. Para el análisis inferencial se tuvo en cuenta la prueba Chi cuadrado, con una significancia de p menor a 0.05.

Resultados: Los factores sociodemográficos y gineco obstetricos no mostraron evidencia estadísticamente significativa, sin embargo, se encontró asociación estadísticamente significativa entre: conocimiento de los MAC ($p=0.018$), profesional encargado de brindarle información ($p=0.027$), el centro de salud fue el lugar donde recibieron mayor información sobre los MAC ($p=0.000$), y el período en el que recibió la información sobre los MAC ($p=0.001$).

Conclusión: Existe relación significativa entre el conocimiento de MAC, el encargado de brindarle dicha información, el lugar y el tiempo en que fue informada en las puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo de Julio – Agosto 2019.

Palabras claves: Factores asociados, puérperas, anticoncepción post parto

SUMMARY

Objective: To determine the factors associated with postpartum contraception of the María Auxiliadora Hospital in the period July - August 2019.

Materials and Methods: Quantitative, prospective and cross-sectional study, with a relational level, with a sample of 192 postpartum women from the María Auxiliadora Hospital in the period July - August 2019. The instrument used was a 26-question survey, divided into 3 parts: sociodemographic factors, obstetric gynecological factors and cultural factors. For the inferential analysis, the Chi-square test was taken into account, with a significance of p less than 0.05.

Results: The sociodemographic and obstetric gynecological factors did not show statistically significant evidence, however, a statistically significant association was found between: knowledge of the MAC ($p = 0.018$), a professional in charge of providing information ($p = 0.027$), the health center was the place where they received more information about the MAC ($p = 0.000$), and the period in which they received the information about the MAC ($p = 0.001$).

Conclusion: There is a significant relationship between the MAC knowledge, the one in charge of providing said information, the place and the time in which it was informed in the postpartum nurses in the María Auxiliadora Hospital during the period of July - August 2019.

Keywords: Associated factors, postpartum, postpartum contraception.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La salud sexual y reproductiva es un derecho que tiene un gran impacto en el desarrollo de todas las edades tanto en hombres y mujeres ⁽¹⁾. Es decir que las personas puedan decidir cuándo reproducirse y así llevar una vida sexual satisfactoria ⁽²⁾. En el Perú, muchas mujeres, jóvenes y adolescentes aún no cuentan con todas las facilidades para acceder a información y servicios que les permitan hacer ejercicio de este derecho ⁽¹⁾.

La planificación familiar comprende la educación, orientación, y la prescripción de los métodos anticonceptivos. Por tanto, es de suma importancia para las personas en edad fértil ya que gracias a ello, las parejas deciden si quieren o no tener hijos ⁽²⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que la planificación familiar post parto se define como la prevención de embarazos no deseados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto ⁽³⁾.

En América Latina y el Caribe, el 65% de las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) desean evitar un embarazo. 24 millones de mujeres tienen una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos y 18 millones no utilizan ningún método. Se estima que el 66% de los embarazos no intencionales provienen de mujeres con necesidades insatisfechas de anticoncepción. A pesar de que se estima que el uso de métodos anticonceptivos modernos se ha duplicado a nivel mundial, al pasar de un 36% en 1970 a un 64 % en el 2016, aún resta mucho por hacer para garantizar que todas las mujeres puedan disfrutar de su derecho a decidir si se embarazan, en qué momento hacerlo y el espaciamiento de sus embarazos ⁽⁴⁾.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud (MINSA), sostiene que la anticoncepción post parto se realiza dentro de las 48 horas después del parto vaginal o cesárea. Lo cual permite posponer un nuevo embarazo o finalizar definitivamente su vida reproductiva, siendo así la mujer pueda elegir en usar un método moderno, bien sea temporal o permanente ⁽⁵⁾.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el transcurso de 31 años desde 1986 al 2017 la fecundidad ha disminuido en 44,2%, de 4,3 hijas y/o hijos por mujer a 2,4 (menos de 1,9 hijas y/o hijos). Cabe señalar que la edad mediana al nacimiento de la primera hija/o, de las mujeres es de 25 a 49 años ⁽⁶⁾.

El uso de métodos anticonceptivos ha ido incrementándose con el paso de los años, en el año 1986 un 45,8 % usaba algún método anticonceptivo, en 1996 un 64,1% a 73,2% en el 2009 y continuo hasta en el 2017, un 75,4 % de mujeres casadas y/o convivientes usan algún método anticonceptivo, en donde el 54,5% usan algún método moderno y el 20.9% alguno tradicional ⁽⁷⁾.

Así mismo un estudio realizado en Perú, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé; presentó que los factores sociodemográficos, obstétricos y pareja no mostraron evidencia estadísticamente significativa, sin embargo, encontraron una asociación estadísticamente significativa entre el factor consejería post parto y elección de método anticonceptivo. En donde ella menciona que las puérperas las cuales no reciben consejería durante el post parto inmediato presentan 4 veces más el riesgo de no elegir un método anticonceptivo que aquellas que si reciben consejería durante el post parto inmediato ⁽⁸⁾.

Por otro lado, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, la anticoncepción con métodos modernos al alta del servicio de puerperio es de 34.59% condón, 15.48% inyectables, 2.78% bloqueo tubárico, 1.27% píldoras y 0.78% DIU; sin embargo, el 12.31% elige el método de lactancia amenorrea (MELA) y el 29.33% no escoge ningún método anticonceptivo ⁽⁹⁾.

El Hospital María Auxiliadora, único hospital referencial Nivel III-I del cono Sur de Lima metropolitana, tiene una potencial demanda de una población de más de 2 millones que habitan en esta área geográfica. En donde en el año 2017 realizaron 3351 cesáreas y 1482 partos eutócicos, obteniendo un total de 4833 puérperas anuales, con respecto al uso de los métodos anticonceptivos en las puérperas no existen datos estadísticos actuales, no obstante en el año 2000 realizaron un estudio de investigación en puérperas en donde un 51.2% acepta un método de planificación; un 19.8% aceptaron inyectable, DIU 12.2%, bloqueo tubárico 8.0%, condón 6.0%, espermicida 2.8% y píldora 2.3% ⁽¹⁰⁾.

Por todo lo mencionado anteriormente, se formuló la siguiente pregunta de investigación.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores asociados al uso de anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora en el periodo de julio - agosto 2019?

1.3. Justificación

Una buena salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Es por ello la importancia de la planificación familiar ya que es fundamental para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, en donde la mujer puede decidir cuantos hijos desea tener y es un factor clave para reducir la pobreza⁽¹⁾.

La planificación familiar es considerada como una estrategia sanitaria siendo una de las medidas más seguras para reducir la morbilidad materna e infantil. Es por ello nuestro interés en el tema en cuanto la prevención de embarazos no planificados que contribuye a salvar la vida de la mujer en edad fértil y al nuevo ser en camino.

El resultado de la investigación nos permitirá conocer los factores asociados a la anticoncepción post parto; a pesar que la oferta anticonceptiva es variada en este período, las puérperas no acceden a los métodos anticonceptivos, lo que favorece índices altos de pobreza, abortos provocados, entre otros.

Así mismo, los datos serán una muestra objetiva que puede extrapolarse para comparar con la realidad de otras instituciones; igualmente la información podrá servir de base para futuras investigaciones, que estará al alcance de la comunidad científica.

Limitación:

En nuestra investigación la limitación que más resaltó es el tiempo de respuesta en cuanto a los procesos administrativos por parte del hospital donde se realizó la tesis; por otro lado no hay inversión para investigar, por ende el presente trabajo de investigación fue asumido en su totalidad por las investigadoras.

1.4. Objetivo**1.4.1. Objetivo General**

Determinar los factores asociados al uso de anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora en el periodo de julio - agosto 2019.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar los factores sociodemográficos que se asocian a la anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora.
2. Establecer los factores gíneco - obstetricos que se asocian a la anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora.
3. Reconocer los factores culturales que se asocian a la anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes nacionales

Coras, E. (2018) en Lima – Perú, elaboró la investigación llamada “Nivel de conocimiento y actitudes para la elección del implante sub dérmico en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital de Vitarte, 2017”. Con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y actitudes para la elección del implante sub dérmico en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, 2017, cuyo estudio fue observacional, descriptivo de corte transversal y prospectivo con una muestra de 186 usuarias. Se concluye que existe un nivel de conocimiento regular sobre el implante sub dérmico; sin embargo, se presentó un alto nivel de conocimiento para cada una de sus dimensiones. Las actitudes hacia el implante sub dérmico mostradas por las usuarias fueron favorables casi en su totalidad, siendo así también para cada uno de sus componentes; cognitivo, afectivo y conductual ⁽¹¹⁾.

Huillca, M. (2018) en Lima – Perú, elaboro una investigación titulada “Nivel de conocimiento del uso de métodos anticonceptivos en puérperas del Hospital Nacional Sergio Bernales - Diciembre 2017”. Cuyo objetivo fue establecer el nivel de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en las puérperas del Hospital Nacional Sergio Bernales - Diciembre del 2017. Fue un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. La muestra lo conformaron 52 puérperas. En donde cuya conclusión fue que no se encontró ningún resultado deficiente lo que indica que las puérperas encuestadas tienen un nivel de conocimiento regular ⁽¹²⁾.

Lumbre Y. y Mantilla S. en Lima- Perú, elaboró una investigación titulada “Efectos adversos que manifiestan usuarias del implante subdérmico que acuden a consultorio de planificación familiar del hospital María Auxiliadora durante junio 2016- febrero 2017”, cuyo objetivo fue determinar los Efectos Adversos que manifiestan usuarias del Implante Subdérmico que acuden a consultorio de Planificación Familiar del Hospital María Auxiliadora durante Junio 2016- Febrero 2017. Fue un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, cuya muestra fueron 128 historias clínicas. En cual concluyeron que los efectos adversos que más se registraron fueron: alteraciones en el peso, cefalea y alteraciones del patrón menstrual encontrándose en mayor porcentaje la amenorrea ⁽¹³⁾.

Salas, R. (2017) en Lima – Perú, realizo un estudio titulado “Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en pacientes puérperas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Vitarte - octubre 2016”. Cuyo objetivo fue determinar la asociación entre el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte. Siendo un estudio observacional, analítico, prospectivo; la estuvo compuesta por 211 puérperas. Lográndose encontrar que el nivel de conocimiento en las puérperas fue deficiente, los métodos anticonceptivos de preferencia fueron los inyectables y los anticonceptivos orales, seguido de quienes refieren no usar algún método ⁽¹⁴⁾.

Ponce, R. (2017) en Lima – Perú, desarrollo un estudio titulado “Barreras percibidas por las puérperas para el uso de métodos anticonceptivos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017”, cuyo objetivo fue identificar las barreras percibidas por las puérperas para el uso de métodos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, marzo – abril 2017. De tipo cualitativo de carácter exploratorio. La muestra estuvo conformada por 23 puérperas que

nunca antes hayan utilizado métodos modernos, en conclusión, las barreras para el uso de los métodos modernos fue el bajo grado de instrucción, la influencia de la pareja y los prejuicios ⁽⁹⁾.

Huanacuni, S. (2015) en Tacna – Perú, realizó un estudio titulado “Factores asociados al uso del anticonceptivo implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima 2014” cuyo objetivo fue determinar los factores asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima – 2014, de tipo analítico, prospectivo y de corte transversal, cuya muestra fue de 196 casos. Los resultados muestran que los factores son: la edad de 25 a 30 años, convivencia, secundaria, trabajo independiente, religión católica, menarquia de 10 a 12 años la primera relación sexual de 20 a 24 años, con una gestación, con un hijo vivo, lo usan porque es más fácil de usar. En la Medroxiprogesterona se usó anteriormente el preservativo (4,6%); el efecto colateral fue aumento de peso (8,2%). En el Etonogestrel se usó anteriormente el inyectable (19,9%), el efecto colateral fue la alteración menstrual (5,1%). En conclusión los factores asociados fueron: la edad de 25 a 30 años, conviviente, secundaria, religión, número de gestaciones, al número de hijos, al método anticonceptivo usado anteriormente, alteración menstrual y los usa porque es más fácil de usar ⁽¹⁵⁾.

Moras, M. (2015) en Lima – Perú, desarrollo un estudio titulado “Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del hospital nacional Daniel Alcides Carrión - enero 2015”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en las pacientes de puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en enero del 2015, de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, cuya

muestra fue de 156 puérperas. Los resultados muestran que el nivel de conocimiento de mayor proporción fue deficiente, en donde aproximadamente el 90% de la población eligió un método anticonceptivo en la etapa del puerperio, en conclusión, el nivel de conocimiento no influye significativamente en la decisión de uso de un método anticonceptivo en la etapa puerperal ⁽¹⁶⁾.

Tello, A. (2015) en Lima – Perú, elaboró una investigación titulada “Factores asociados a la elección del implante subdérmico (implanon) como método anticonceptivo en usuarias del servicio de planificación familiar del instituto nacional materno perinatal, noviembre-diciembre 2014”. Cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la elección del implante subdérmico (Implanon) como método anticonceptivo en usuarias del servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Fue un estudio de corte transversal, prospectivo, teniendo una muestra de 112 usuarias. En conclusión, se evidencio como factores a mayor grupo etáreo, la mayor motivación, la no interferencia de la decisión de algún familiar, por último, la forma de conocer el implanon y una información adecuada del proveedor de salud ⁽¹⁷⁾.

Antecedentes internacionales

Celi, M. (2018) en Loja – Ecuador, En su investigación titulada “Nivel de conocimientos y prácticas sobre la planificación familiar en las mujeres indígenas de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarim del cantón Saraguro provincia de Loja”. Se obtuvo como resultado que el 62% conocen poco sobre la planificación familiar, el 20% nada y el 18% bastante. Se concluye que es necesario la información oportuna sobre el tema; para intervenir con un plan educativo sobre salud sexual y reproductiva, mediante la implementación de una guía, como una herramienta de aprendizaje sobre planificación familiar y como un aporte importante de la Universidad Nacional de Loja ⁽¹⁸⁾.

Tordoya, J. (2016) en La paz – Bolivia, En su investigación titulada “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos modernos de las mujeres indígenas”. Se obtuvo como resultados que el 90 % no usaría métodos anticonceptivos modernos, no obstante de los condicionamientos y de las propias recomendaciones del médico o la partera. Según las respuestas vertidas, el 10% únicamente usaría si le prescribiera el médico, la partera o si le pide el marido. Se concluye que el uso de métodos anticonceptivos modernos guarda estrecha relación con la planificación familiar ⁽¹⁹⁾.

Miranda, I (2016) en Guatemala, En su investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre métodos de Planificación Familiar en puérpera adolescentes, Hospital Regional de Occidente 2013”. Tuvo como resultados que del total de las pacientes encuestadas (425), 260 de las mismas obtuvieron un 61.2% de nivel deficiente, contra un 16.5% de nivel de conocimiento bueno, ninguna encuestada obtuvo calificación excelente. Se concluye que estos hallazgos nos demuestran que existe un conocimiento deficiente sobre anticoncepción en la mayoría de las puérperas adolescentes, por lo que se recomienda mejorar los programas de planificación familiar, aumentando el potencial de cobertura aún no alcanzado, como también promover en los servicios de maternidad y control post natal la importancia de la anticoncepción y así contribuir en la prevención del embarazo precoz en las adolescentes ⁽²⁰⁾.

Sánchez, L. (2015) en Ambato – Ecuador, En su investigación titulada “Factores que impiden el uso de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en pacientes Adolescentes atendidas en el Hospital General Docente Ambato durante el periodo septiembre 2014 enero 2015”. Se obtuvo como resultado que el grupo etario más numeroso fueron las adolescentes con edades entre 17 a 19 años con un 60,63%, del total de las pacientes el 87,4% tienen conocimiento de anticonceptivos y el 86,61% recibieron información por parte de fuentes confiables, el 51,18% refiere haber usado métodos anticonceptivos alguna vez. Se concluye los factores más relevantes que influyen en el uso de anticonceptivos se encuentran los intrapersonales, pues varios de ellos al ser analizados resultan ser estadísticamente significativos ⁽²¹⁾.

Sarria, H. y Betancourt, D. (2014) en Managua – Nicaragua, En su investigación titulada “Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en pacientes puérperas del servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Enero a Marzo 2014.” Encontrándose que la falta de conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos postparto. Se recomienda entonces Desarrollar campañas de información sobre usos de métodos anticonceptivos posparto a nivel de la población y en los servicios de salud que eliminen las barreras culturales, económicas y sociales en la población de edad fértil así como diseñar estrategias de educación y comunicación que permitan mejorar los conocimientos actitudes y prácticas en los métodos de planificación familiar posparto y en el comportamiento saludable y responsable de la población en general⁽²²⁾.

2.2. Base teórica

2.2.1. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Los criterios de elegibilidad médica propuestos aspiran a proporcionar un adecuado margen de seguridad para proteger a la mujer de los potenciales efectos secundarios posibles de los anticonceptivos asegurando también que esto no impida la selección de los métodos apropiados ⁽²³⁾.

2.2.1.1. Criterios:

Las categorías 1 y 4 son recomendaciones claramente definidas. Para las categorías 2 y 3, puede requerirse un mayor criterio clínico y un atento seguimiento. Si el criterio clínico es limitado, las categorías 1 y 2 significan que el método puede utilizarse, y las categorías 3 y 4 significan que el método no debe utilizarse ⁽²³⁾.

- **Categoría 1:** Use el método en cualquier circunstancia ⁽²³⁾.
- **Categoría 2:** En general, use el método ⁽²³⁾.
- **Categoría 3:** El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados ⁽²³⁾.
- **Categoría 4:** No se debe usar el método ⁽²³⁾.

2.2.2. Planificación Familiar

La planificación familiar es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos

anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia ⁽²⁴⁾.

La anticoncepción contribuye a reducir el número de embarazos riesgosos, permitiendo particularmente a las mujeres de postergar el embarazo hasta encontrarse en mejores condiciones de salud⁽²⁴⁾.

2.2.2.1. Planificación familiar post parto:

Se define como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto ⁽³⁾.

2.2.3. Métodos Anticonceptivos

Procedimiento que previene o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. En lo posible, los métodos anticonceptivos deben cumplir con requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida ⁽²⁾.

2.2.4. Anticoncepción postparto

El embarazo y el período postparto ofrecen una buena oportunidad para enseñar a las mujeres y hombres sobre la importancia del espaciamiento de los hijos, la nutrición materna, la lactancia materna y los métodos de anticoncepción ⁽²⁾.

Es por ello la importancia de brindar una buena consejería a las puérperas sobre los métodos anticonceptivos y sobre todo el uso de la lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA) ⁽²⁾.

En cuanto a la elección del método anticonceptivo, es de suma importancia evaluar los métodos que no afecte de manera desfavorable el éxito de la lactancia o la salud del bebe. También se debe advertir a las puérperas que la fertilidad puede reiniciarse en un plazo de tres semanas después del parto ⁽²⁾.

2.2.4.1. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y AMENORREA (MELA)

Único método natural, basado en la infertilidad temporal de la mujer durante la lactancia ⁽²⁾.

Mecanismo de acción

Supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia de la lactancia materna exclusiva ⁽²⁾.

Características

- Criterios básicos: La usuaria de este método debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones: ⁽²⁾
 - Lactancia exclusiva a libre demanda o sea un promedio de amamantar 10 a 12 veces durante el día y la noche, con un intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche.

- Que la usuaria se mantenga en amenorrea, es decir que no haya sangrado después de los 42 días post parto.
 - Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses post parto.
- Fácil de aplicar.
 - Eficaz si se cumple con los criterios básicos.
 - No interfiere con el coito.
 - No requiere supervisión por personal de salud.
 - No requiere insumos anticonceptivos.
 - No tiene efectos secundarios.
 - Reduce el sangrado post parto.
 - La lactancia materna es la mejor fuente de nutrición para el niño en los primeros meses.
 - No previene las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), ni el VIH/SIDA, ni HTVL1.
 - Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1.

Condiciones que contraindican su uso

- Mujeres que tengan contraindicaciones para dar de lactar a su hijo ⁽²⁾
- Mujeres portadoras de VIH SIDA, HTVL.1 ⁽²⁾
- Mujeres que no cumplen los tres requisitos para el MELA ⁽²⁾

Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 1 embarazo por 100 mujeres, en los primeros seis meses post parto ^{(2) (25) (26)}.
- Falla de uso o uso típico 2 embarazos por 100 mujeres, en los primeros seis meses post parto ^{(2) (25) (26)}.

Programación de Seguimiento

- Las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.
- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los cuarenta y cinco días postparto y luego según lo requiera.
- Se considera pareja protegida a la que recibe la segunda atención en MELA a los 6 meses, en todos los niveles de atención ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.
- Asegurarse que al cumplir los seis meses de post parto y/o abandono de la lactancia materna exclusiva y/o aparición de la menstruación, reciba la orientación/consejería para la elección de un método alternativo ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.
- Informar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que lo consideren necesario.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.

2.2.4.2. MÉTODOS DE BARRERA

Basados en colocar una barrera física, que impide la unión del espermatozoide con el óvulo. Se incluyen: Condón masculino, condón femenino ⁽²⁾.

2.2.4.2.1. CONDÓN MASCULINO

Funda delgada de látex, lubricada, sin nonoxinol 9, que se coloca en el pene antes de iniciar la relación sexual ⁽²⁾.

Mecanismo de Acción

Impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino ⁽²⁾.

Características

- Es un método eficaz, si se usa correctamente.
- Es de bajo costo.
- Aviva la responsabilidad del hombre en la anticoncepción.
- EL uso correcto ofrece dos beneficios: protección de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual.
- No debe ser usado simultáneamente con el condón femenino.
- Condiciones de almacenaje:
 - El ambiente debe ser seco.
 - Evadir fuentes directas de calor o luz solar.
 - Certificar que se encuentren dentro de los cinco años de la fecha de fabricación o manufactura (MFD) ⁽²⁾

Condiciones que contraindican su uso

- Alergia o hipersensibilidad al látex ⁽²⁾

Tasa de Falla

- Falla teórica o de uso perfecto 2 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso ⁽²⁾.

Forma de uso

- Asegurarse de la integridad del envase (ver si está deteriorado o roto o con pérdida de turgencia del mismo) ⁽²⁾.
- Comprobar la fecha de producción en el sobre, no debe ser mayor de cinco años ⁽²⁾.
- El condón se usa solo una vez en cada relación sexual y se coloca desde la erección ⁽²⁾.
- El condón se retira antes que el pene pierda la erección, envolviéndolo en papel higiénico sin amarrarlo y se debe eliminar en depósitos que eviten que las personas tengan contacto con el mismo ⁽²⁾.

Programación de Seguimiento

- En la primera visita se entregará 10 condones, luego se cita al usuario al primer mes para evaluar el uso adecuado, en donde se entrega 30 condones para los siguientes tres meses ⁽²⁾.
- Consecutivamente deberá acudir al establecimiento cada tres meses para la entrega de 30 condones ⁽²⁾.
- Se considera pareja protegida cuando recibe 100 condones en el año en 4 atenciones ⁽²⁾.
- Se informa al usuario que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que lo considere necesario ⁽²⁾.

2.2.4.2.2. CONDÓN FEMENINO

El Condón Femenino es una funda amplia y delgada de polímero de nitrilo que se coloca en la vagina antes de una relación sexual⁽²⁾.

Mecanismo de Acción

Impide el pasaje de los espermatozoides al tracto reproductor femenino ⁽²⁾.

Características

- Tiene un anillo blando y flexible en cada extremo.
- El anillo interno sirve para colocarlo en la vagina y mantenerlo en el lugar, y el anillo externo permanece fuera de la vagina y cubre parte de los genitales externos ^{(2) (26)}.
- Puede ser colocado antes del coito, evitando interrupciones durante la relación sexual ^{(2) (26)}.
- La lubricación del condón femenino puede ayudar a las mujeres con sequedad vaginal a sentir más comodidad y placer ^{(2) (26)}.
- Ofrece doble protección: protege de embarazos no planificados y del riesgo de adquirir infecciones de Transmisión Sexual /VIH y SIDA ^{(2) (26)}.
- No debe ser usado simultáneamente con el condón masculino.

Condiciones que contraindican el uso de condones femeninos

- Todas las mujeres pueden utilizar condones femeninos.
- No hay ninguna patología médica que contraindique el uso de este método ⁽²⁾.

Tasa de Falla

- Falla teórica o de uso perfecto 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso ⁽²⁾.
- Falla de uso o uso típico 21 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso ⁽²⁾.

Forma de uso

- Por cada acto sexual se debe usar un nuevo condón femenino, por tanto, se explica a la usuaria: ⁽²⁾
 - Que examine el paquete del condón, no debe estar dañado ni roto.
 - Realizar el lavado de manos con un jabón neutro.
 - Antes de abrir el sobre, frotar juntos los lados del condón femenino para distribuir bien el lubricante e introducirlo antes del coito en una posición cómoda para la inserción.
 - Sostener el condón con el extremo abierto colocando hacia abajo, luego con la ayuda de una mano separar los labios de la vagina.
 - Colocar el condón en la entrada del canal vaginal y soltarlo.
 - Asegurar que el pene entre en el condón y se mantenga en su interior.
 - Después del coito, sostener el aro externo del condón, girar para sellar dentro los fluidos y retirarlo cuidadosamente.
 - Debe arrojarse a la basura y no al inodoro.
 - Utilizar un condón nuevo con cada relación sexual.

Programación de Seguimiento

- En la primera visita se entregará 10 condones, luego se cita al usuario al primer mes para evaluar el uso adecuado, en donde se entrega 30 condones para los siguientes tres meses ⁽²⁾.
- Consecutivamente deberá acudir al establecimiento cada tres meses para la entrega de 30 condones ⁽²⁾.
- Se considera pareja protegida cuando recibe 100 condones en el año en 4 atenciones ⁽²⁾.
- Se informa al usuario que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que lo considere necesario ⁽²⁾.

2.2.4.3. Anticonceptivos Hormonales

2.2.4.3.1. INYECTABLE DE PROGESTINA

ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE DEPÓSITO (AMPD) Y ENANTATO DE NORETISTERONA (EN-NET) ⁽²⁾

Son aquellos que contienen sólo progestágeno:

- Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD) 150 mg. X 1 ml. Para uso intramuscular
- Acetato de Medroxiprogesterona 104 mg. X 0.65 ml. Para uso subcutáneo
- Enantato de Noretisterona (EN-NET) X 200mg. Para uso intramuscular.

Mecanismos de acción

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides ⁽²⁾.
- Supresión de la ovulación en un 50% ⁽²⁾.

Características

- Altamente efectiva y de efecto rápido ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad, se debe usar con cautela los dos primeros años después de la menarquia
- No requiere un examen pélvico previo a su uso.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Las usuarias pueden desarrollar amenorrea total, 50% en un año y 80% en 3 años. También se asocia a menstruación irregular.
- El uso prolongado de 2 años produciría disminución de la densidad ósea ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.
- Se reportan aumento de peso (1.5 a 2 kg el primer año de uso), cefalea y mareos ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.
- Los beneficios no anticonceptivos logrados con estos fármacos incluyen: mejoramiento de la anemia, prevención de cáncer de endometrio, protección relativa contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), miomas uterinos y endometriosis. En caso de epilepsia puede ayudar a disminuir la frecuencia de convulsiones.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual.
- La fertilidad puede demorar en retornar entre cuatro meses a un año, en caso de usuarias por tiempo prolongado ⁽²⁾ ⁽²⁵⁾.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA, ni el HTVL1 ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.

Condiciones que contraindican el uso de Inyectables anticonceptivos de depósito hormonales solo de progestinas

- Enfermedad hepática activa grave (ictericia, hepatitis activa, cirrosis severa, tumor hepático) ⁽²⁾.
- Diabetes durante más de 20 años, o lesión provocada por diabetes en arterias, visión, riñones, o sistema nervioso ⁽²⁾.
- Infarto de miocardio, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, o accidente CV ⁽²⁾.

- Sangrado vaginal inexplicado que pueda sugerir embarazo o alguna patología subyacente ⁽²⁾.
- Antecedente de cáncer de mama.
- Afección que pueda aumentar la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente cerebro vascular (ACV), tales como hipertensión o diabetes ⁽²⁾.

Tasa de falla

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año ⁽²⁾.
- Falla de uso típico 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año ⁽²⁾.

Forma de uso

Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg. X 1 ml. administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea utilizando la técnica de la Z y sin realizar masaje post aplicación ⁽²⁾.

- Primera dosis:
 - Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación. En caso de iniciarse en cualquier otro momento, diferente a los cinco primeros días del ciclo debe usarse un método de respaldo durante los primeros 7 días ⁽²⁾.
 - Se puede iniciar en el post parto inmediato, no interrumpe la lactancia ⁽²⁾.
 - En los primeros cinco días post aborto.
- Siguiendo dosis:
 - En el caso del acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas ⁽²⁾
 - En el caso de enantato de noretisterona (EN-NET) administrar cada dos meses pudiendo adelantarse hasta dos semanas o,

en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas
(2)

Programación de Seguimiento

- Se cita a la usuaria cada tres meses, para el suministro y evaluación del método (2).
- La usuaria puede asistir al establecimiento en cualquier momento que ella lo requiera (2).
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva (2).

2.2.4.3.2. IMPLANTES SOLO DE PROGESTINA

Los implantes son pequeños cilindros o cápsulas delgadas, flexibles, no biodegradables, que se colocan debajo de la piel de la parte superior interna del brazo. Brinda protección contra el embarazo a largo plazo y dependiendo del implante es eficaz por 3 a 5 años. No contienen estrógenos. Requiere de un proveedor entrenado para insertarlo y retirarlo. Las alteraciones del sangrado son comunes pero no perjudiciales (2).

Mecanismo de acción

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides, (es el más importante) (2).
- Supresión de la ovulación (2).
- Reducción del transporte de los óvulos en las Trompas de Falopio (2).

Características

- Eficaz y de larga duración (2).
- No interfiere con el sexo (2).
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad.
- Brinda protección de tres a cinco años (2).
- Permite un rápido retorno a la fecundidad al ser extraído.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso.

- No afecta la lactancia ⁽²⁾.
- Puede disminuir el flujo menstrual (puede mejorar la anemia ferropénica) ⁽²⁾.
- Puede disminuir los cólicos menstruales.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria ⁽²⁾.
- Ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (amenorrea/sangrado/goteo irregular) ⁽²⁾.
- Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución) ⁽²⁾.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA, ni el HTVL1 ⁽²⁾.

Contraindicaciones

- Sangrado vaginal inexplicado antes de evaluación ⁽²⁾.
- Trombosis en venas profundas de miembros o pulmones ⁽²⁾.
- Cáncer de mama ⁽²⁾.
- Hepatopatía severa, infección o tumor de hígado.
- Estar recibiendo barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoina, primidona, topiramato, o rifampicina. Debe usar un método de respaldo porque estos fármacos reducen la eficacia de los implantes ⁽²⁾

Tasa de falla

Es uno de los métodos más eficaces y de mayor duración.

- 0.05% falla teórica y en el uso típico (1 en 100 mujeres) ⁽²⁾

Forma de uso

- Antes de la colocación del método, se debe firmar el consentimiento informado ⁽²⁾.
- Se puede insertar preferentemente entre el primer al quinto día del ciclo menstrual o cualquier día del ciclo menstrual, siempre en cuanto se esté seguro que no existe un embarazo. En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe usarse un método de respaldo durante los primeros 5 días. Cuyos métodos de

respaldo incluyen la abstinencia, los condones masculinos y femeninos ⁽²⁾.

- Se puede insertar en mujeres que dan de lactar inmediatamente post parto y también en el post aborto ⁽²⁾.

Programación de Seguimiento

- Es necesario citar a la usuaria a los tres días para examinar el lugar de la inserción, al mes, a los tres meses y luego anualmente ⁽²⁾.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario ⁽²⁾.
- Posteriormente brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva ⁽²⁾.

2.2.4.3.3. Dispositivo Intrauterino (DIU)

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre. En los establecimientos públicos de salud se dispone de la T de Cobre 380 A que tiene una duración de hasta 12 años ⁽²⁾

Mecanismo de acción

- Afectan la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina ya sea inmovilizándolos o destruyéndolos.
- Interfieren en el proceso reproductor antes que ocurra la fertilización ⁽²⁾

Características

- Es muy eficaz durante 12 años, no interfiere en el sexo.
- Se coloca por el profesional de salud especializado, previo examen pélvico para la detección de infecciones antes de la inserción ⁽²⁾.
- En los primeros tres meses es frecuente ver cambio en el sangrado, por lo general más profuso y prolongado ⁽²⁾.
- Puede tener un efecto protector contra el cáncer de endometrio.

- Es una buena opción para las mujeres con contraindicaciones para la anticoncepción hormonal ⁽²⁾.
- Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.
- No protegen contra las ITS o el VIH ⁽²⁾.

Contraindicaciones

- Está contraindicado en el embarazo, post parto de 48 horas a cuatro semanas, sepsis puerperal, post aborto del primer o segundo trimestre séptico ⁽²⁾.
- Sangrado vaginal inexplicable antes de la evaluación.
- Fibromas uterinos con distorsión de la cavidad.
- Enfermedad del trofoblasto ⁽²⁾.
- Cáncer cervical o de endometrio.
- Enfermedad inflamatoria pélvica actual.
- Tuberculosis pélvica ⁽²⁾.
- Infección de transmisión sexual por cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonorrea.
- SIDA, si no está en tratamiento con antirretrovirales ⁽²⁾.

Tasa de falla

- Falla teórica de 0.6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año ⁽²⁾.
- Falla de uso típico 0.8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año ⁽²⁾.
- Tasa promedio acumulada de falla en 12 años de 2.2% ⁽²⁾

Forma de uso

- Se puede insertar: ⁽²⁾
 - Al quinto día después de haber iniciado la menstruación, también se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual, siempre y cuando exista la certeza que la mujer no está embarazada.
 - En el post parto inmediato hasta 48 horas.
 - Durante la operación cesárea.
 - En el puerperio a partir de la cuarta semana.
 - En el post aborto inmediato.
- Previa inserción del método se firmará el consentimiento informado.
- Siempre debe ser insertado y extraído por personal profesional de salud calificado.
- Se inserta el dispositivo intrauterino con la “Técnica de No Tocar”

Programación de Seguimiento

- El primer control es a la semana, luego al mes y finalmente cada año ⁽²⁾.
- La usuaria puede acudir al establecimiento cuando ella crea necesario ⁽²⁾.
- Se considera pareja protegida cuando se ha colocado el DIU y ha tenido 3 atenciones en el año ⁽²⁾.

Consecutivamente, se realizará una atención cada seis a doce meses para promover una atención integral de la salud sexual y reproductiva.

2.2.4.4. Métodos Definitivo

Son métodos anticonceptivos permanentes, que se realizan mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia ⁽²⁾ ⁽²³⁾.

ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA

Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es impedir la unión de espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa con el fin de evitar la fertilización ⁽²⁾ ⁽²³⁾

Mecanismo de acción

Es la oclusión y sección de las trompas de Falopio para impedir la unión del espermatozoide con el óvulo ⁽²⁶⁾.

Características

- Las mujeres que cumplen con los criterios de elegibilidad pueden someterse a la anticoncepción quirúrgica femenina
- Eficacia alta, inmediata y permanente ⁽²⁶⁾.
- Puede ser realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios ⁽²⁶⁾.
- Requiere, previamente, dos sesiones de orientación/consejería especializada y evaluación médica ⁽²³⁾.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible ⁽²⁶⁾.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado⁽²⁶⁾.
- No previene las ITS, VIH/ SIDA, ni el HTVL1. Es recomendable el uso del preservativo para mayor protección ⁽²⁶⁾.

Contraindicaciones

- Consideraciones psicosociales: ⁽²⁶⁾
 - Usuaris presionadas por el cónyuge o por alguna persona, que han tomado su decisión bajo presión, con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
 - Usuaris con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
 - Mujeres con enfermedades psiquiátricas o en estado de depresión severa.

- Adolescentes.
- Consideraciones médicas: Si presenta alguna de las siguientes patologías se recomienda cautela, postergación, manejo especial y realizar con precaución:
 - Cautela: Utilizar con prudencia o precaución:
 - Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica.
 - Cáncer de mama.
 - Miomas uterinos.
 - Antecedentes de cirugía abdominal o pélvica.
 - Hipertensión arterial leve, antecedentes de ACV o de cardiopatías sin complicaciones, epilepsia, hipotiroidismo, tumores hepáticos, nefropatías, hernia diafragmática y obesidad.
 - Postergación o demora:
 - Embarazo.
 - Puérpera post preeclampsia severa o eclampsia.
 - Complicaciones post parto: anemia severa, infección.
 - Aborto complicado (hemorragia, infección).
 - Sangrado uterino anormal.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica dentro de los últimos 3 meses.
 - Cervicitis purulenta.
 - Cáncer ginecológico.
 - Enfermedad trofoblástica maligna.
 - Hepatitis viral activa, bronquitis o neumonía.
 - Infección cutánea abdominal.
 - Manejo especial en:
 - VIH/SIDA.
 - Útero fijo a causa de cirugías o infecciones previas.
 - Endometriosis.
 - Hernia de pared abdominal o umbilical.
 - Rotura uterina o perforación post parto o aborto complicado.

- Conjunción de varios factores de riesgo: edad, tabaquismo, hipertensión Moderada o severa.
- Diabetes de más de 20 años.
- Valvulopatía complicada.
- Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Tuberculosis pélvica.
- Patología pulmonar crónica.
- Cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, trombosis venosa profunda de miembros inferiores o pulmones. (requieren otros especialistas).
- Hipertensión severa.
- Realizar con precaución en:
 - Usuaria joven (menor de 25 años).
 - Usuaria sin hijos vivos.
 - Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
 - Unión de pareja inestable.

Tasa de falla

- Falla teórica 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.
- Falla de uso típico 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.

Forma de uso

- La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será supra púbica para el periodo de intervalo, infraumbilical para el post parto ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.
- Otra alternativa sería la vía laparoscópica ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.
- Tipos de anestesia: local con sedo analgesia, epidural y general ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.
- No se recomienda la minilaparotomía en casos de usuarias con: ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾

- Antecedentes de cirugía pélvica previa.
- Enfermedad pélvica inflamatoria reciente.
- Retroflexión uterina fija.
- Obesidad.
- Problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración.
- En caso de alergias al anestésico local usar anestésico general.
- Momento de la intervención: ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾
 - Post parto hasta las 48 horas.
 - En seis semanas o más post parto, siempre que no exista gestación.
 - Post aborto no complicado.
 - De intervalo, en cualquier momento, de preferencia en la primera mitad del ciclo.
 - Transcesárea.

Programación de Seguimiento

- El primer control es al tercer día post operatorio y el segundo control al séptimo día ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.
- Se deberá realizar la visita domiciliaria en caso la usuaria no asusta a su control ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.
- La usuaria puede asistir al establecimiento en cualquier momento que ella crea necesario ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾.
- Se debe enseñar a la usuaria que acuda de inmediato al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes signos y/o síntomas: ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾
 - Sintomatología urinaria.
 - Dolor pélvico o abdominal severo.
 - Sangrado por la herida operatoria.
 - Fiebre y dolor local en la herida operatoria.
 - Mareos o dolor de cabeza.

Posteriormente serán citadas cada año para una evaluación integral de la salud sexual y reproductiva.

2.2.5. Puerperio

Comienza después de la salida de la placenta. Durante esa fase se producen transformaciones progresivas de orden anatómicas y funcionales, que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se manifiesta por un proceso de involución hasta casi regresar al estado de no embarazo, a excepción de la glándula mamaria, puesto que alcanza gran desarrollo para responder a la lactancia ⁽²⁴⁾.

2.2.5.1. Puerperio Inmediato: Comprende las primeras 24 horas post parto, las que transcurren generalmente durante la internación ⁽²⁷⁾.

2.2.5.2. Puerperio Mediato: Comprende desde las 24 horas hasta los primeros 10 días después del parto ⁽²⁷⁾.

2.2.5.3. Puerperio alejado: que se extiende desde el día 11° hasta los 42 días, fecha considerada clásicamente como la finalización del puerperio ⁽²⁷⁾.

2.2.5.4. Puerperio Tardío: que corresponde al periodo que comienza al finalizar el puerperio alejado o sea después de los 42 días del parto y se extiende hasta los 364 días cumplidos ⁽²⁷⁾.

2.3. Terminología básica

- 2.3.1. **Factores asociados:** Son todos los elementos que pueden condicionar una situación a dar un resultado.
- 2.3.2. **Métodos anticonceptivos:** Es aquel que evita o reduce significativamente la posibilidad de un embarazo no deseado.
- 2.3.3. **Planificación familiar:** Es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos.
- 2.3.4. **Puerperio:** Inicia a la salida de la placenta y se extiende hasta los 42 días.
- 2.3.5. **Factores sociodemográficos:** Son las características personales como edad, estado civil, grado de instrucción, religión, ocupación, nacionalidad y procedencia.
- 2.3.6. **Factores gineco obstétricos:** Características de las mujeres que abarca toda la etapa reproductiva.
- 2.3.7. **Factores culturales:** Medio de información brindado por el profesional sobre los métodos anticonceptivos.

2.4. Hipótesis

H₁: Existen factores asociados al uso de anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Julio- Agosto 2019.

H₀: No existen factores asociados al uso de anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Julio- Agosto 2019.

2.5. Variables e indicadores

a) Factores asociados

- Factores socio demográficos
- Factores gíneco obstetricos
- Factores culturales

b) Anticoncepción post parto

- Métodos anticonceptivos

2.6. Definición operacional de términos

Variable	Dimensión Operacional	Dimensiones	Tipo de Variables	Escala de medición	Indicadores	Codificaciones	Instrumento de Medición
Variable Dependiente							
Métodos Anticonceptivos	Procedimiento que evita o reduce significativamente la posibilidad de un embarazo no deseado.	Natural	Cualitativa	Ordinal	Inyectable Trimestral	I Trimestral (1)	Encuesta
		De Barrera			Implante	Implante (2)	
					Dispositivo Intrauterino	DIU (3)	
		Hormonal			Ligadura de Trompas	LTB (4)	
					Condomes	Preservativo (5)	
					Píldoras sólo progestágeno	Píldoras (6)	
					Ninguno	Ninguno (7)	
Variable Independiente							
Factores	Rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	Factores Sociodemográficos	Cualitativa	Nominal	Edad	13-18 años (1) 19- 24 años (2) 25-30 años (3) 31-36 años (4) 37-43 años (5)	Encuesta
					Estado civil	Soltera (1) Casada (2) Conviviente (3) Divorciada (4) Viuda (5)	
					Grado de Instrucción	Educación básica (1) Educación superior (2)	
					Religión	Católica (1) Otro (2)	
					Ocupación	Remunerado (1) No Remunerado (2)	
					Nacionalidad	Peruana (1) Otro (2)	
					Procedencia	Costa (1) Sierra (2) Selva (3)	
		Factores Gineco - Obstetricos	Cualitativa	Nominal	Menarquía	Menor de 10 años (1) 10-12 años (2) Mayor de 12 años (3)	
					Inicio de relaciones sexuales	<19 años (1) >19 años (2)	

					Número de hijos vivos	Uno (1) Dos (2) Tres (3) >3 hijos (4)
					Período internatal	0 años (1) 1 año (2) 2 años (3) 3 años (4) Más de 3 años (5)
					Embarazo deseado	Sí (1) No (2)
					Tipo de parto	Vaginal (1) Abdominal (2)
					Controles Prenatales	Si (1) No (2)
					Centro de salud	María Auxiliadora (1) Manuel Barreto (2) San Juan de Miraflores (3) Otro centro de salud (4)
					Motivo de transferencia al hospital	Presión alta (1) Feto macrosómico (2) Atención de parto (3) Cesareada anterior (4) Adolescente (5) Otras patologías (6)
		Factores Culturales	Cualitativa	Nominal	¿Conoce los métodos anticonceptivos?	Sí (1) No (2)
					¿Durante su estancia hospitalaria fue informada de los Métodos Anticonceptivos?	Sí (1) No (2)
					¿Quién fue el encargado (a) de brindarle dicha información?	Profesional (1) No Profesional (2)
					¿En qué lugar fue informada sobre los métodos anticonceptivos?	Hospital (1) Centro de salud (2) Otro lugar (3)
					¿En qué tiempo fue informada sobre los métodos anticonceptivos?	Antes del embarazo (1) Durante el embarazo (2) Después del embarazo (3)
					Tipo de método anticonceptivo usado antes del embarazo	Ninguno(1) Hormonal (2) No Hormonal (3)
					¿De qué manera influye su pareja en la elección del método anticonceptivo?	Imponiendo el método (1) Prohíbe su uso (2) Acuerdo mutuo (3) No ayuda en la elección (4)
					¿Ha decidido usar algún método anticonceptivo?	Sí (1) No (2)

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Según Hernández Sampieri y col, el estudio fue de enfoque cuantitativo debido a que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías; además es prospectivo debido a que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el futuro ⁽²⁸⁾.

Así mismo el estudio es de corte transversal, pues se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Por otro lado es correlacional ya que tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular ⁽²⁸⁾.

3.2. Población y muestra

La población estuvo constituida por 403 puérperas del Hospital María Auxiliadora en el mes de Julio - Agosto.

La muestra se realizó tomando en cuenta la fórmula de población finita.

El tipo de muestreo corresponde a un no probabilístico y por conveniencia.

$$n_c = \frac{Z^2 \cdot p(1 - p)}{\alpha^2}$$

Donde:
n_c: Muestra calculada
Z: 1,96
P: Prevalencia estimada
(1-p): Complemento
α: Máximo error, precisión deseada

$$P = 0,4 \text{ (40\%)}$$

$$\alpha = 0.05$$

$$n_c = \frac{(1.96)^2 0.4(1 - 0.4)}{(0.05)^2} = \frac{3.8416 (0.4)(0.6)}{0.0025} = 368.7936$$

Factor de ajuste:

$$n_f = \frac{n_c}{1 + \frac{n_c}{n_t}} = \frac{368.7936}{1 + \frac{368.7936}{402.75}} = \frac{368.7936}{1.92661708} = 192.5122862790904$$

La muestra estuvo constituida por la totalidad de 192 puérperas que acudieron al Hospital María Auxiliadora en el mes de Julio - Agosto 2019, que cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios de selección.

a) Criterios de inclusión

1. Puérperas que recibieron atención de parto vaginal o cesárea del Hospital María Auxiliadora.

b) Criterios de exclusión

1. Puérperas de parto extrahospitalario.
2. Puérperas con morbilidad extrema.
3. Puérperas con óbito fetal.
4. Puérperas con discapacidad mental.
5. Puérperas con agresión sexual.

Unidad de análisis

Puérpera cuyo parto fue atendido en el hospital María Auxiliadora en el periodo de Julio – Agosto 2019.

3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.3.1. Técnica

En la investigación se utilizó como técnica de recolección de datos directamente con las puérperas del Hospital María Auxiliadora en el mes de Julio – Agosto 2019.

Se realizó la investigación siguiendo los siguientes pasos:

a) Autorizaciones:

Inicialmente se procedió a solicitar autorización de la Directora General del Hospital de Apoyo María Auxiliadora, Dra. Susana Oshiro Kanashiro de Oha para que nos proporcione el ingreso y la facilidad de la recolección de datos por el servicio de estadística del establecimiento.

b) Proceso de Selección:

Se realizó la obtención de datos mediante la encuesta realizada a las puérperas del Hospital María Auxiliadora en el mes de Julio - Agosto 2019.

c) Recolección de Datos:

Se realizó las encuestas a las puérperas que cumplieron con el criterio de inclusión.

3.3.2. Instrumentos de recolección de datos

En la investigación se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos.

En la investigación se utilizó como instrumento la encuesta, contando con 26 preguntas, la cual se divide en 3 partes:

a) Parte I, Factores Sociodemográficos con 7 ITEMS: Edad, estado civil, grado de instrucción, religión, ocupación, nacionalidad, procedencia.

b) Parte II, Factores Gineco- Obstétricos con 10 ITEMS: Menarquía, inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, número de gestaciones, número de hijos vivos, período internatal, embarazo deseado, Tipo de parto, ¿De qué centro de salud viene?, ¿Motivo de transferencia al hospital?.

c) Parte III, Factores Culturales con 7 ITEMS: ¿Conoce los métodos anticonceptivos?, ¿Durante su estancia hospitalaria fue informada sobre los métodos anticonceptivos?, ¿Quién fue el encargado(a) de brindarle dicha información?, ¿En qué lugar

fue informada sobre los métodos anticonceptivos?, ¿En qué tiempo fue informada sobre los métodos anticonceptivos?, Tipo de método anticonceptivo usado antes del embarazo, ¿De qué manera influye su pareja en la elección del método anticonceptivo?

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadísticos

En el plan de procesamiento y análisis de datos, se utilizó una estadística descriptiva, además del análisis inferencial. El análisis e interpretación de la información obtenida se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 25; para las variables cualitativas se utilizaron las medidas frecuencia absolutas (N) y frecuencias relativas (%). Se llevó a cabo la introducción de datos recolectados. Para la presentación de los datos se realizó gráficos de tablas y frecuencias en el programa Microsoft Excel. Para el análisis inferencial se obtuvo en cuenta la prueba estadística Chi cuadrado o test exacto de Fisher, considerando significativo cuando el valor de p es menor a 0.05.

3.5. Aspectos éticos

Se tuvo en consideración los aspectos éticos durante el proceso de la investigación.

Autonomía: Se le explicó de manera clara y concisa, a las púerperas aclarando que la participación en esta investigación es voluntaria, se respetó su decisión y las opiniones que cada una de ellas, utilizando para ello el consentimiento informado, donde se describe el título del estudio de investigación, los alcances y los beneficios para este grupo.

Justicia: Trato con equidad sin distinción a todas las puérperas participantes del estudio.

No maleficencia: En esta investigación se actuó evitando daño alguno a las puérperas, no existirá daño debido a que se obtendrán datos mediante el cuestionario, no afecto su integridad física, emocional, ni social.

Beneficencia: No se transgredió ni se puso en riesgo la integridad de las puérperas través de los resultados se promoverá la elaboración de estrategias para identificar los factores de riesgo.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla N° 1:

Estudio sobre factores asociados al uso de anticoncepción post parto del hospital María Auxiliadora en el período de julio – agosto 2019.

¿Ha decidido usar algún método anticonceptivo?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	171	89,1
No	21	10,9
Total	192	100,0



Interpretación:

De Tabla N°1 se observa que el 89.1% (n=171) sí decidieron utilizar algún método anticonceptivo.

Tabla N° 2

Estudio sobre factores asociados al uso de anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora en el período de julio – agosto 2019

	Tipo de Método anticonceptivo					
	Si	%	No	%	Total	%
Acetato de Medroxiprogesterona	107	55.7%	0	0%	107	55.7
Etonogestrel	19	9.9%	0	0%	19	9.9
Dispositivo Intrauterino	23	12.0%	0	0%	23	11.9
Bloqueo tubárico bilateral	13	6.8%	0	0%	13	6.8
Condomes	6	3.1%	0	0%	6	3.1
Anticonceptivo oral	3	1.6%	0	0%	3	1.6
Ninguno	0	0%	21	10.9%	21	10.9
Total	171	89.1%	21	10.9%	192	100%

Interpretación:

En la Tabla N°2 se observa que el 55.7% (n=107) corresponde al acetato de medroxiprogesterona (AMP), lo cual es el método más usado y un 1.6% (n=3) corresponde al anticonceptivo oral, en donde es el método anticonceptivo menos usado por las puérperas.

Tabla N°3: Factores sociodemográficos

		Factores Sociodemográficos						Valor p $\alpha = 0.05$
		Si	%	No	%	Total	%	
Edad	13-18 años	21	0.5%	2	1.0%	23	11.9%	0,950
	19-24 años	65	33.8%	7	3.6%	72	37.6%	
	25-30 años	56	29.1%	8	4.1%	64	33.3%	
	31-36 años	18	9.4%	3	1.5%	21	10.9%	
	37- 43 años	11	5.7%	1	0.5%	12	6.3%	
Estado civil	Soltera	23	12.0%	2	1.0%	25	13.0%	0,221
	Casada	31	16.1%	1	0.5%	32	16.7%	
	Conviviente	117	60.9%	18	9.4%	135	70.3%	
Instrucción	Educación Básica	114	59.4%	11	5.7%	125	65.1	0,195
	Educación Superior	57	29.7%	10	5.2%	67	34.9	
Religión	Católica	134	69.8%	13	6.8%	147	76.6	0,093
	Otro	37	19.3%	8	4.2%	45	23.4	
Ocupación	Remunerada	35	18.2%	3	1.6%	38	19.8	0,502
	No remunerada	136	70.8%	18	9.4%	154	80.2	
Nacionalidad	Peruana	140	72.9%	17	8.9%	157	81.8	0,918
	Otro	31	16.1%	4	2.1%	35	18.2	
Procedencia	Costa	126	65.6%	14	7.3%	140	72.9	0,092
	Sierra	29	15.1%	7	3.6%	36	18.7	
	Selva	16	8.3%	0	0.0%	16	8.3	
Total		171	89.0	21	11.0	192	100%	

Fuente propia de las Investigadoras

Interpretación:

En la Tabla N°3 se observa que las púerperas que sí decidieron utilizar algún método anticonceptivo se encontraban en el rango de edad de 19-24 años equivalente al 33.8% (n=65), de estado civil conviviente con 60.9% (n=117). El grado de instrucción fue la educación básica con el 59.4% (n=114), de religión católica con el 69.8% (n=134), de ocupación no remunerada equivalente al 70.8% (n=136). La nacionalidad que resaltó fue la peruana con el 72.9% (n=140) de procedencia costeña con el 65.6% (n=126).

Tabla N°4: Factores Gineco Obstétricos

		Factores Gineco Obstétricos						Valor p $\alpha = 0.05$
		Si	%	No	%	Total	%	
Menarquía	Menor de 10 años	1	0.5%	0	0	1	0.5%	0.554
	10-12 años	93	48.4%	9	4.7	102	53.2%	
	Mayor a 12 años	77	40.1%	12	6.3	89	46.4%	
Inicio de relaciones sexuales	<19 años	122	63.5%	17	8.9%	139	72.4%	0.353
	>19 años	49	25.5%	4	2.1%	53	27.6%	
Número de parejas sexuales	1 pareja sexual	70	36.5%	7	3.6%	77	40.1%	0.375
	2 parejas sexuales	60	31.3%	6	3.1%	66	34.4%	
	3 a más parejas sexuales	41	21.3%	8	4.1%	49	25.5%	
Número de gestaciones	1ra gestación	59	30.7%	10	5.2%	69	35.9%	0,319
	2da gestación	64	33.3%	9	4.7%	73	38%	
	3ra gestación	26	13.5%	1	0.5%	27	14%	
	Más de 3 gestaciones	22	11.4%	1	0.5%	23	11.9%	
Número de hijos	1 hijo	79	41.1%	11	5.7%	90	46.8%	0,362
	2 hijos	57	29.6%	9	4.7%	66	34.4%	
	3 hijos	26	13.5%	1	0.5%	27	14.0%	
	>3 hijos	9	4.7%	0	0.0%	9	4.7%	
Período intergenésico	0 años	60	31.3%	10	5.2%	70	36.5%	0,102
	1 año	19	9.8%	0	0%	19	9.9%	
	2 años	31	16.1%	2	1.0%	33	17.1%	
	3 años	16	8.3%	0	0%	16	8.3%	
	Más de 3 años	45	23.4%	9	4.7%	54	28.1%	
Embarazo deseado	Si	97	50.5%	13	6.8%	110	57.3%	0,651
	No	74	38.5%	8	4.2%	82	42.7%	
Tipo de parto	Vaginal	96	50.0%	13	6.8%	108	56.8%	0,615
	Abdominal	75	39.0%	8	4.1%	83	43.1%	
Centro de salud	María Auxiliadora	13	6.7%	4	2.0 %	17	8.7%	0,563
	Manuel Barreto	15	7.8%	2	1.0 %	17	8.8%	
	San Juan de Miraflores	13	6.7%	5	2.6%	18	9.3%	

	Otro centro de salud	130	67.7%	10	5.2%	140	72.9%	
Motivo de transferencia	Cesareada anterior	32	16.6%	2	1.0%	34	17.8%	
	Feto macrosómico	20	10.4%	1	0.5%	21	10.9%	
	Atención de parto	21	10.9%	6	3.1%	27	14.0 %	0,651
	Adolescente	10	5.2%	1	0.5%	11	5.7%	
	Otras patologías	88	45.8%	11	5.7%	99	51.6%	
Total		171	89.1%	21	10.9%	192	100%	

Fuente propia de las Investigadoras

Interpretación

En la Tabla N° 4 se observa los factores gineco obstétricos en donde la menarquia fue entre 10 y 12 años con el 48.4% (n=93), así mismo iniciaron sus relaciones sexuales antes que cumplieran los 19 años, un 63.5% (n=122), por otro lado tienen una pareja sexual, el 36.5% (n=70), siendo su 2 da gestación el 33.3% (n=64), con 1 hijo el 41.1% (n=11), además el periodo intergenésico de las puérperas es de 0 años , el 31.2% (n=60), con un embarazo deseado de 50.5% (n=97), quienes tuvieron un parto por vía vaginal con el 50.0% (n=96), del mismo modo la mayor parte de las puérperas procede del centro de salud Manuel Barreto, el 7.8% (n=15), cuyo motivo resaltante fue de cesareada anterior 16.6% (n=32).

Tabla N°5 Factores Culturales

Factores Culturales

		SI	%	NO	%	Total	%	P valor
¿Conoce los métodos anticonceptivos?	Si	162	84.3%	17	8.9%	179	93.2%	0,018
	No	9	4.7%	4	2.1%	13	6.8%	
¿Durante su estancia hospitalaria fue informada sobre los métodos anticonceptivos?	Sí	143	74.5%	16	8.3%	159	82.8%	0,616
	No	27	14.1%	5	2.6%	32	16.7%	
¿Quién fue el encargado(a) de brindarle dicha información?	Profesional	165	85.9%	18	9.4%	183	95.3 %	0,027
	No profesional	6	3.1%	3	1.6%	9	4.7%	
¿En qué lugar fue informada sobre los métodos anticonceptivos?	Hospital	69	35.9%	15	7.8%	84	43.8%	0,000
	Centro de salud	98	51.0%	3	1.6%	101	52.6%	
	Otro	4	2.1%	3	1.6%	7	3.6%	
¿En qué tiempo fue informada sobre los métodos anticonceptivos?	Durante el embarazo	127	66.1%	8	4.2%	135	70.3%	0,001
	Después del embarazo	44	22.9%	13	6.8%	57	29.7%	
Tipo de método anticonceptivo usado antes del embarazo	Ninguno	56	29.2%	10	5.2%	66	34.3 %	0,233
	Hormonal	87	45.3%	10	5.2%	97	50.6%	
	No hormonal	28	14.6%	1	0.5%	29	15.1%	
Influye su pareja en la elección de métodos anticonceptivos	Si	38	19.8%	6	3.1%	44	22.9%	0,514
	No	133	69.3%	15	7.8%	148	77.1%	
Total		171	89.1%	21	10.9%	192	100%	

Fuente propia de las Investigadoras

Interpretación

En la Tabla N° 5 se observa los factores culturales en donde las puérperas si conocen los métodos anticonceptivos siendo el 84.4% (n=162), también si fueron informadas sobre los métodos anticonceptivos el 74.5% (n=143), el encargado de brindarle dicha información fue un profesional, 85.9% (n=165), así mismo la información brindada fue en el centro de salud un 51.0% (n=98), Por otro lado el tiempo que le informaron fue durante el embarazo el 66.1% (n=127), seguidamente usaron un método hormonal antes del embarazo, el 45.3% (n=87), finalmente no influye su pareja en la elección del método anticonceptivo 69.3% (n=133).

4.1. Discusión

La anticoncepción posparto es la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo (MAC) ya sea temporal o permanente, siendo una de las razones principales, por la que se realizó el presente estudio.

En nuestra investigación se entrevistó a 192 puérperas del hospital María Auxiliadora, de las cuales el 89.1% (n=171), si decidieron utilizar algún MAC, inferimos que hoy en día la gran mayoría de las puérperas optan por el uso de un método moderno, que garantice una eficacia anticonceptiva; siendo así beneficioso para su salud; evitando un embarazo no deseado en su período de recuperación postparto, gracias a la planificación familiar podemos reducir los índices de morbimortalidad materna e infantil. Lo que refleja que la mujer de hoy cuida su salud y planifica el tamaño de su familia y el tiempo entre embarazos; para dedicarle a su nuevo hijo los cuidados y protección que necesita para crecer y desarrollarse; así como para su desarrollo personal y profesional, y posterga la maternidad de forma segura. Según MINSA ⁽²⁹⁾ la psicoprofilaxis obstétrica es una gran oportunidad de brindar a la gestante la consejería sobre los métodos de planificación familiar. Revisando estudios a nivel nacional e internacional, encontramos al autor Segura, A. ⁽³⁰⁾ encontró a 106 puérperas equivalente al 95.1% que sí decidieron utilizar un método anticonceptivo, lo que coincide con nuestra investigación.

Así mismo, el MAC más usado por las puérperas es el Acetato de Medroxiprogesterona de depósito 150 mg IM (AMP) con el 55.7% (n=107), deducimos que, a pesar de la amplia gama anticonceptiva, el Acetato de Medroxiprogesterona sigue siendo el método de elección post parto, lo que concuerda con ENDES ⁽⁶⁾, en donde menciona que el 76.3% usan algún MAC, de las cuales el 55.0% usa algún MAC moderno. Revisando estudios a nivel nacional e internacional, encontramos al autor Segura, A. ⁽³⁰⁾ encontró que el método anticonceptivo de elección es el Acetato de Medroxiprogesterona con un 64.6% (n=106), seguido del Bloqueo Tubárico Bilateral (BTB), con un 14% (n=23). De igual manera concuerda con el autor Moras, M. ⁽¹⁶⁾ quien encontró

que el método anticonceptivo que resaltó fue la ampolla trimestral con el 66.7% (n=104). Estudio que discrepa fue el del autor Ponce, R.⁽⁹⁾ en el Instituto Nacional Materno Perinatal en donde menciona que el MAC más usado por las puérperas es el condón con un 34.59%, seguidamente los inyectables con el 15.48%, por consiguiente el 2.78% opta por el Bloqueo Tubárico Bilateral, un 1.27% píldoras y el 0.78% opta por el dispositivo intrauterino, finalmente menciona que el 12.31% elige el método de la lactancia amenorrea y el 29.33% no escoge ningún Método Anticonceptivo. El AMP, es un método moderno y de depósito de corta duración, seguidamente del etonogestrel que es un método de larga duración, y la menor parte de las puérperas optan por los anticonceptivos orales; en este grupo se encuentran probablemente las que no van a lactar a sus neonatos por diferentes razones; por otro lado, las puérperas que se encuentran entre los 37 y 43 años optan por la ligadura de trompas que es un método definitivo que nos indica la preferencia de este método en este grupo etario que pone fin a la etapa reproductiva de la mujer. Lo cual las puérperas a esa edad tienen entre 3 y 4 hijos, es por ello que optan por un método definitivo. Lo que sí llama la atención es la poca aceptabilidad hacia el DIU y esto se relacionaría con los mitos y creencias alrededor de este método. Es ahí donde tenemos que poner más énfasis ya que DIU es un método de larga duración y muy eficaz, posponiendo un embarazo hasta 12 años, no obstante, puede tener un efecto protector contra el cáncer de endometrio.

Evaluando los Factores Sociodemográficos, se observa que el grupo etario de las puérperas que decidieron utilizar algún método anticonceptivo se encontraban en el rango de 19 a 24 años equivalente al 33.8% (n=65). En donde no hay relación significativa con la edad ($p=0.950$), al evidenciar estudios nacionales e internacionales encontramos que para Lumbre Y, Mantilla S.⁽¹³⁾ en su investigación realizado en el Hospital María Auxiliadora (HAMA), encontraron que el rango de edad resaltante fue el de 20-24 años, en donde equivalente al 28.1% (n=36), en donde inferimos que la población del HAMA se encuentra en este rango de edad, probablemente por ser un hospital referencial Nivel III. Así mismo para la autora Miranda, I.⁽²⁰⁾ en su estudio encontró que el rango de edad fue entre 18-20 años, dado a que el estudio mencionado abarco una población de puérperas adolescentes, para el autor Huanacuni, S.⁽¹⁵⁾ quien menciona que

predominó el rango de edad de 25 – 30 años de edad, lo cual menciona la asociación del implante subdérmico con el acetato de medroxiprogesterona, es por ello que encontramos este rango de edad ya que las mujeres adultas de 25 – 30 años optan por un método de larga duración, estudio que no coincide con nuestra investigación. De esto podemos concluir que hoy en día las puérperas jóvenes deciden por un método de corta duración y las puérperas adultas optan por un método de larga duración con la finalidad de posponer un nuevo embarazo; porque son mujeres que probablemente no sólo se dediquen a su hogar, sino que realizan actividades laborales. Así mismo, debemos enfocarnos que la edad es un factor que ejerce una influencia positiva sobre la decisión de usar un método anticonceptivo o no.

Según estudios revisados a nivel nacional e internacional, para el autor Ponce, R. ⁽⁹⁾ en su estudio encontró que al estado civil conviviente equivalente al 60.9% de las puérperas, estudio que se realizó en el Instituto Materno Perinatal. En el estudio de Sarria H, Betancourt D. ⁽²²⁾ autores que encontraron el estado civil predominante fue el conviviente con un 38.6%. Estudios que coinciden con nuestra investigación encontrando el estado civil resaltante el conviviente con el 60.9%. Para el autor Huanacuni, S. ⁽¹⁵⁾ menciona que el estado civil casada predominó con un 40.3% en su investigación, así mismo para la autora Miranda, I. ⁽²⁰⁾ quien refiere al estado civil casada el 16.3%, estudios que discrepan nuestra investigación. Por otro lado, el 12.0% de las puérperas tenían un estado civil solteras, muchas de ellas mostraron cierta incomodidad ya que por el momento no se encontraban en una situación estable emocional, lo cual consideremos que es suma importancia el aporte de la pareja en esta nueva etapa en las puérperas, es por ello que la pregunta resultó un poco incomoda. Inferimos que hoy en día las puérperas deciden primero convivir antes de casarse, puesto que mencionan que el estar casados es sólo un papel firmado, además las puérperas convivientes planifican y determinan junto a su pareja el número de hijos para su familia.

Según estudios revisados a nivel nacional e internacional para el autor Coras, E. ⁽¹¹⁾ en su investigación encontró que el 30.61% son de nivel secundario, así mismo el estudio de Miranda, I. ⁽²⁰⁾ el 25.9% fue el nivel secundario, para el autor Salas, R. ⁽¹⁴⁾ evidenció que el 93.4% (n=197), tienen una educación básica,

estudios que concuerdan con nuestra investigación en el cual predominó la educación básica con el 59.4% (n=114). En nuestro estudio no se encontró relación significativa con el grado de instrucción ($p=0.195$). Podemos concluir que las puérperas alcanzan una educación básica mayoritariamente, ya que no acceden a la educación universitaria o técnica, debido a que la población que accede al hospital son de bajos recursos económicos, población desplazada, con subempleo y altos índices de pobreza y pobreza extrema. No obstante teniendo una educación básica la mayoría de puérperas deciden utilizar un método anticonceptivo. Lo que llama la atención en nuestra investigación es que un 5.2% de las puérperas con educación superior no desean utilizar algún método anticonceptivo, esto puede deberse que a pesar de tener una educación superior tienen un bajo conocimiento de los diversos métodos anticonceptivos que brinda el HAMA.

Revisando estudios a nivel nacional e internacional para los autores Sarria H, Betancourt D. ⁽²²⁾ encontraron que el 29% (n=87) son de religión católica, de igual manera para el autor Ponce, R. ⁽⁹⁾ encontró que la religión católica prevaleció en un 69.57% (n=16), estudios que coinciden con nuestra investigación, encontrando la religión católica con el 69.8% (n=134), no se obtuvo relación significativamente ($p=0.093$). Es evidente que el mayor número de puérperas es de religión católica, posiblemente por el efecto tradicional de los valores y la cultura misma de las familias, lo que de alguna forma se manifiesta en la educación brindada por los padres. A pesar del dogma católico las mujeres usan métodos modernos y efectivos. No obstante encontramos un 4.2 % de puérperas de otras religiones que no desean utilizar algún método.

Se encontró a la ocupación no remunerado equivalente al 70.8% (n=136), el cual concuerda con los estudios revisados a nivel nacional e internacional, para el autor Cueva, N. ⁽²⁵⁾ encontró a la ocupación no remunerada equivalente al 54.5% (n=18) que resaltaba. De igual manera para el autor Olano, X. ⁽³¹⁾ manifestó que predominó la ocupación ama de casa con el 42.6% equivalente a 62 personas. Así mismo para el autor Ponce, R. ⁽⁹⁾ encontró el 43.48% (n=10) eran amas de casa. Dentro de la ocupación no remunerada nos referimos a las amas de casa, lo cual inferimos que las puérperas postergan el ámbito laboral, para dedicarse plenamente al cuidado los hijos. Pero esto también podría justificarse en la

dependencia económica de la pareja y a pesar que esto es causa de violencia por relaciones de poder, la mujer opta por el uso de un método anticonceptivo. De las cuales un 9.4% de las púerperas no optan por el uso del método anticonceptivo.

Acerca del lugar de procedencia de las entrevistadas, predominó la nacionalidad peruana con el 72.9% (n=140) con respecto a los demás países y de procedencia costeña con un 80% (n=126). Para el autor Cueva, N. ⁽²⁵⁾ refiere que predominó la procedencia costeña con el 80% (n=16), estudio que coincide con nuestra investigación. En nuestra investigación no se encontró relación significativa. Deducimos que a pesar que en nuestro país ha incrementado el número de habitantes extranjeros no obstante en los establecimientos de salud existe un mayor porcentaje de peruanas. Además, encontramos un 15.1% de púerperas procedente de la sierra que desean utilizar algún método anticonceptivo, lo que es beneficio para su salud en donde probablemente se ha dejado de lado los mitos y tradiciones sobre las secuelas del uso de los métodos anticonceptivos.

En cuanto a los Factores Gineco Obstetricos se puede observar que la menarquia fue entre 10 a 12 años equivalente al 48.4% (n=93), no se encontró relación significativa (p=0.554). Revisando estudios a nivel nacional e internacional, para el autor Huanacuni, S. ⁽¹⁵⁾ encontró que la menarquía de las púerperas comprende entre los 10 a 12 años en un 46.4%. Según la OMS ⁽³⁾, señala que entre los 10 y 19 años suceden diversos cambios hormonales en el ser humano. Lo que concuerda con nuestra investigación. Inferimos que la menarquia en la mayoría de casos se da entre los 10 y 12 años, siendo una edad adecuada según la OMS. No obstante encontramos que algunas púerperas tuvieron la menarquia mayor a los 12 años, posiblemente debido a los diversos cambios hormonales que ocurre a esa edad.

Revisando estudios a nivel nacional e internacional, para los autores Sarria H, Betancourt D. ⁽²²⁾ encontraron que el inicio de las relaciones sexuales fue en el rango de 15 – 16 años, equivalente al 23%. Estudios que coinciden con nuestra investigación ya que evidenciamos que el inicio de relaciones sexuales fue antes que cumplieran los 19 años, un 63.5% (n=122). Estudio que discrepa es la del autor Huanacuni, S. ⁽¹⁵⁾ quien refiere que el inicio de las relaciones sexuales fue

entre los 20 y 24 años el 45.4% de la población. En nuestra investigación no existe relación significativa ($p=0.353$). Hoy en día observamos que el inicio de relaciones sexuales comienza a una temprana edad durante la adolescencia, lo que conlleva a otro tipo de riesgos, hecho que podemos vincular con los medios de comunicación puesto que se trasmite de manera abierta sin tapujos.

Por otro lado, dentro de nuestro estudio se evidencia que las puérperas han tenido una pareja sexual, siendo el 36.5% ($n=70$). Revisando estudios a nivel nacional e internacional para la autora Miranda, I. y para el autor Vega, L. ⁽²⁶⁾ encontraron en sus estudios que las puérperas han tenido una pareja sexual equivalente al 14.5% ($n=50$) y 57.4% ($n=31$) respectivamente, no se encontró estudio que refutara lo ya mencionado. En nuestra investigación no se mostró evidencia significativa ($p=0.375$). Seguidamente encontramos a un 4.1% de las puérperas que tienen de 3 a más parejas sexuales no decidir por ningún método anticonceptivo, lo que es preocupante.

Revisando estudios a nivel nacional e internacional, para la autora Huillca, M. ⁽¹²⁾ el 44.2% se encontraban en su segunda gestación, de igual manera para las autoras Sarria H, Betancourt D. ⁽²²⁾ encontraron que el 86.3% eran puérperas multigestas, estudios que coinciden con nuestra investigación, en donde encontramos que la población estudiada ya se encontraba en su segunda gestación el 33.3% equivalente al 64. Para el autor Huanacuni, S. ⁽¹⁵⁾ menciona que el 37.2 % se encontraba en su primera gestación, el cual discrepa con nuestra investigación. No se encontró evidencia significativa ($p=0.319$), deducimos que uso del método anticonceptivo ha sido favorable puesto que algunas pacientes mencionan que han tenido a su hijo en un periodo de tiempo adecuado utilizando el Inyectable trimestral y el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo.

Para los autores Huanacuni, S. ⁽¹⁵⁾ y Cueva, N. ⁽²⁵⁾ encontraron en su población estudiada tenía al menos un hijo el 37.2% y el 69.7% respectivamente, estudios que coinciden con nuestra investigación realizada ya que predominó el tener un hijo equivalente al 41.1% ($n=11$), en donde no se encontró evidencia significativa ($p=0.362$). Durante la recolección de datos a las usuarias observamos que las puérperas eran primigestas, puesto a que en algunos casos tuvieron un mal uso

del método anticonceptivo al elegir en este caso los preservativos u píldoras puesto que no tenían una buena información de los mismos.

En cuanto al periodo intergenésico evidenciamos que del total de puérperas encuestadas el 31.2% (n=60) cursaban su primer embarazo, revisando estudios a nivel nacional e internacional discrepa por el autor Huillca, M. ⁽¹²⁾ quien encontró que el 44.2% tienen un periodo intergenésico de tres a cuatro años. En nuestra investigación no se encontró evidencia significativa ($p=0.102$). Para la OMS ⁽³⁾, es el tiempo entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo, y es importante porque se relaciona con la elevación del riesgo materno-fetal en relación a la duración del periodo intergenésico. Además, luego de un nacimiento vivo, el tiempo recomendado de espera para el inicio del siguiente embarazo es de al menos 18 meses (Según la OMS, el tiempo óptimo es de 18-27 meses) y no mayor a 60 meses, para reducir el riesgo de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales; por la hipótesis de depleción materna y la hipótesis de depleción fisiológica que respaldan estos eventos adversos.

En comparación con estudios revisados a nivel nacional e internacional, para la autora Miranda, I. ⁽²⁰⁾ encontró que el 60.5% (n=257), sí desearon su gestación, así mismo para el autor Moras, M. ⁽¹⁶⁾ mencionó que el 52.6% (n=82), de las puérperas si desearon su embarazo. Estudios que coinciden con nuestra investigación encontrando que el mayor número de puérperas refiere que su embarazo fue deseado con el 50.5% (n=97), no se mostró evidencia estadísticamente significativa ($p=0.651$). Por lo que podemos deducir que los embarazos fueron planificados y que en conjunto con su pareja determinaron el tamaño de su familia. En donde llama mucho la atención el 38.5% de puérperas que si decidieron utilizar algún MAC no desearon su embarazo, esto puede deberse probablemente a la tasa de falla de los métodos anticonceptivos o el descuido de sí mismo.

En cuanto al tipo de parto, predominó el parto vaginal con el 50.0% (n=96), en donde no se encontró evidencia relativamente significativa ($p=0.615$). Lo cual concuerda con la OMS ⁽³⁾, quien refiere que la mejor opción es el parto vaginal, ya que la cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria.

Consideramos que el parto vaginal es la mejor vía ya que así podemos evitar diversas complicaciones que se puede presentar en una cesárea. Seguidamente encontramos un 4.1% cuyo parto fue abdominal y no decidieron utilizar un MAC, lo cual es preocupante ya que el periodo mínimo para tener otro embarazo es de 3 años y al no utilizar algún método anticonceptivo aumenta las probabilidades de tener otro embarazo lo cual pondría en riesgo la salud de la madre.

Respecto al centro de salud de procedencia de las puérperas, resaltó el centro de salud Manuel Barreto, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, el 7.8% (n=15) y otros centros de salud el 67.7% (n=130). Cuyo motivo de transferencia resaltante fue de cesareada anterior 16.6% (n=32), seguidamente de feto macrosómico con el 10.4% (n=20). En donde no se evidencio relación significativa. Podemos inferir que el mayor número de ingresos de gestantes a Centro Obstétrico, provienen del centro de salud Manuel Barreto, según las normas de atención las pacientes deben ser referidas con anticipación para determinar la mejor vía del parto; son las cesareadas anteriores las que deben atenderse en un centro de salud de mayor complejidad ya que presentan riesgos que puede aumentar riesgos para su salud y la de su hijo, como trabajo de parto disfuncional, ruptura uterina, acretismo placentario, placenta previa entre otras patologías; y es que el María Auxiliadora un hospital de tipo III, en donde se atienden las referencia del cono sur de Lima.

Finalmente se evaluó los Factores Culturales, se encontró asociación estadísticamente significativa en el factor que si conocen los métodos anticonceptivos el 84.4%(n=162) (p=0.018). Revisando estudios a nivel nacional e internacional para el autor Ponce, R. ⁽⁹⁾ el 86.96 % (n=20), conocen los métodos anticonceptivos. Lo cual discrepa con la autora Huillca, M. ⁽¹²⁾ y el autor Moras, M. ⁽¹⁶⁾ quienes encontraron que un 57.7% (n=30) tienen un conocimiento regular y 53.8% (n=84) tienen un conocimiento deficiente respectivamente. Consideramos que el conocer algún MAC es un factor muy importante para el uso del mismo. Para que así sea eficaz la utilización del MAC. No obstante, encontramos un 8.9% que, si conocen los métodos anticonceptivos, pero sin embargo no desean utilizarlo, probablemente por los mitos y creencias que

tienen algunas puérperas. Y es ahí donde debemos poner más énfasis y brindar una buena consejería de MAC.

Por otro lado, se evaluó, durante su estancia hospitalaria fue informada sobre los métodos anticonceptivos, se encontró que si el 74.5% (n=143), en donde no fue relativamente significativo ($p=0.616$). Inferimos que en el HAMA se informa al mayor número de puérperas sobre los MAC, a pesar de ser un hospital Nivel III, en donde la demanda de pacientes es alta, trabajo arduo realizado por Obstetras. Seguidamente encontramos un 14.1% que durante su estadía no fue informada sobre los métodos anticonceptivos, pero sin embargo optan por uno, lo que quiere decir que probablemente fueron informadas en el centro de salud de procedencia, lo cual es favorable para su salud, y así planificar cuantos hijos tener y en qué tiempo. No obstante en este mismo grupo encontramos un 2.6% que no fue informada sobre los MAC, por diversos motivos no desearon utilizar algún MAC, lo que quiere decir que este grupo de puérperas están expuestas a tener otro embarazo a corto tiempo, siendo perjudicial para su salud.

Seguidamente el encargado de brindarle información sobre los MAC es el profesional, con el 85.9% (n=165), en donde se encontró asociación significativamente ($p=0.027$). Lo que discrepa con el estudio revisado a nivel nacional e internacional, para la autora Miranda, I. ⁽²⁰⁾ encontró que el 18.9% (n=25) fueron informadas por una revista / periódico sobre los métodos anticonceptivos. No obstante, tenemos un 3.1% que fueron informadas por un no profesional, lo que quiere decir que adquirieron información por familiares, amigos o revistas. Consideramos que los profesionales obstetras son los especializados en brindar dicha información para planificar un futuro y así no adquirir información errónea. Ya que existen diversos mitos en la utilización del MAC.

De igual manera se evidencio una asociación significativamente con el factor, en qué lugar fue informada sobre los MAC, siendo en el centro de salud el 51.0% (n=98) ($p=0.000$). Inferimos que las sesiones de psicoprofilaxis realizadas en los centros de salud, así mismo en el Hospital María Auxiliadora es muy importante puesto que la PPO disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal ⁽³³⁾. Por otro lado, deducimos que en el centro de

salud es el mejor momento de recibir información sobre los métodos anticonceptivos ya que el HAMA es un hospital de nivel III en donde reciben varias transferencias de diferentes centros de salud y en la mayoría de los casos se atiende el parto y la estadía del puerperio inmediato para luego derivarlas a su centro de salud de origen, lo que quiere decir que la estadía de las mujeres es corta, no obstante se brinda consejería en el puerperio. Y durante el embarazo se brindó dicha información con el 66.1% (n=127) (p=0.001). Por lo que podemos afirmar que durante el embarazo es el momento ideal para adquirir todos los conocimientos y planificar la familia. Cabe resaltar que nosotras como profesionales de la carrera de Obstetricia estamos capacitadas para brindar, educar e instruir a nuestras gestantes sobre los beneficios maternos y perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica ya que es una herramienta de atención integral y tiene impacto en las madres gestante y sus bebés ⁽³⁴⁾. Siendo así de suma importancia brindar consejería en el embarazo y así decidir cuantos hijos tener. Ya que en el embarazo la mujer se siente cómoda sin molestias, como sucede al momento del parto y puerperio, lo cual sería incomodo elegir un método anticonceptivo y más aún en las mujeres que no tienen conocimiento del mismo. No obstante si la gestante no recibe consejería en el embarazo, puede adquirirlo en el puerperio, porque nunca es tarde para planificar su futuro.

El tipo de método anticonceptivo usado antes del embarazo, el que más predominó fue hormonal con un 45.3% (n=87), no se mostró evidencia estadísticamente significativa (p=0.233). Según ENDES (2018), señala que un 76.3% usan algún método y el 55.0% de las mujeres optan por un método moderno. De hecho, el uso del método moderno ha ido incrementándose ya que en el 2013 solo un 51.3% optaban por dicho método. Siendo un gran avance para nuestro país el decidir cuantos hijos tener y en qué momentos tenerlo. No obstante, encontramos un 29.2% que no utilizaron ningún método anticonceptivo antes del embarazo, probablemente planificaron su embarazo y es por ello que no decidieron utilizar algún MAC. Sin embargo, encontramos un 14.6% de las púerperas que utilizando un método no hormonal quedaron embarazadas, lo que quiere decir que su embarazo no fue planificado, esto puede deberse a la baja eficacia de los métodos no hormonales y es ahí donde debemos poner más

énfasis de acuerdo a la eficacia de los MAC, para así evitar los embarazos no deseados. En donde las mujeres deben optar los MAC modernos y de alta eficacia.

Acerca de si su pareja influye en la elección del MAC, predominó el no, siendo un 69.3% (n=133), no se mostró evidencia estadísticamente significativa (p=0.514). En comparación con estudios nacionales e internacionales encontramos que para la autora Huillca, M. ⁽¹²⁾ encontró que el 59.6% (n=31), no participa su pareja en la elección del MAC, lo que discrepa con la autora Miranda, I. ⁽²⁰⁾ quien encontró el 16% (n=46) ambos deciden en la elección del método anticonceptivo. Así mismo para el autor Sánchez, L. ⁽²¹⁾ evidenció que el 35.43% (n=45) influye la pareja en la elección del método anticonceptivo. No obstante, encontramos un 3.1% que si influye su pareja en la elección del MAC lo cual no optaron por un método, lo que refleja que aún existen mujeres que no son libres de decidir poniendo en riesgo su salud, Por otro lado encontramos un mayor grupo de puérperas que la pareja no influye en la elección del MAC, lo que quiere decir que hoy en día hay la igualdad de género, es decir las mujeres son empoderadas y libre de decidir no solo como derecho humano, sino también como la vía para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio y el desarrollo sostenible.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. Existe una relación significativa en las puérperas que si conocen los MAC ($p=0.018$), el profesional fue el encargado de brindarle dicha información ($p=0.027$), el lugar donde recibieron mayor información de los MAC fue en el centro de salud ($p=0.000$), el tiempo en que fue informada sobre los MAC fue durante el embarazo ($p=0.001$).
2. No se mostró evidencia estadísticamente significativa en los factores sociodemográficos.
3. No se mostró evidencia estadísticamente significativa en los factores Gineco Obstétricos.
4. Se encontró asociación estadísticamente significativa en los factores culturales, en cuanto si conocen los métodos anticonceptivos, el profesional encargado de brindarle información sobre el mismo, el lugar y momento donde se recibió la información sobre los MAC durante el embarazo.

5.2. Recomendaciones

1. Reforzar la orientación y consejería sobre planificación familiar, no solo en el momento del postparto, sino también durante las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica ya que así se prepara a la puérpera física, psicológica y socialmente a través de las actividades educativas para lograr en ella conocimientos y actitudes adecuadas que permitan su participación efectiva con tranquilidad y seguridad, además de prevenir período intergenésico cortos para así evitar la muerte materna fetal.
2. Realizar seguimiento continuo a las usuarias cuyo método anticonceptivo fue la administración de la Medroxiprogesterona (Inyectable Trimestral), para saber si continúa asistiendo al consultorio de Planificación familiar para su administración del mismo.
3. Brindar información adecuada en planificación familiar de acuerdo a los criterios de elegibilidad ya que debe ser adecuada y clara sobre los métodos anticonceptivos, incluyendo sus beneficios y riesgos para evitar el abandono del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud sexual y reproductiva. Perú. (UNFPA), 2017. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/temas/salud-sexual-y-reproductiva-5>
2. Norma técnica de salud de planificación familiar / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima: Ministerio de Salud; 2017. 130 p.; illus. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf> [Visto 04 de Noviembre 2019]
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategias para la programación de la planificación familiar post parto. (OMS), 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112766/9789243506494_spa.pdf?sequence=1
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Planificación familiar. América Latina y el Caribe. (UNFPA), 2016. Disponible en : <https://lac.unfpa.org/es/news/planificaci%C3%B3n-familiar-clave-para-el-desarrollo-sostenible-1>
5. Encuesta demográfica y de salud familiar. Capítulo III: Fecundidad. Perú. (ENDES), 2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
6. Encuesta demográfica y de salud familiar. Capítulo IV: Planificación familiar. Perú. (ENDES), 2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html

7. Minsalud. La salud es de todos. Anticoncepción pos evento obstétrico. Colombia, 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Anticoncepcion-pos-evento-obstetrico.aspx>
8. Abarca N. Factores que influyen en la anticoncepción postparto de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el periodo setiembre-diciembre 2017. [Licenciatura en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2018.
9. Ponce R. Barreras percibidas por las puérperas para el uso de métodos anticonceptivos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017. [Licenciatura en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2018.
10. Alarcón R. et al. Compendio Estadístico 2017. Unidad de Procesamiento de datos. 2017; 206: 105 – 106. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/pdf/publicaciones/29.pdf>
11. Coras E. Nivel de conocimiento y actitudes para la elección del implante sub dérmico en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital de Vitarte, 2017. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2018.
12. Huillca M. Nivel de conocimiento del uso de métodos anticonceptivos en puérperas del Hospital Nacional Sergio Bernales, diciembre 2017. [Tesis de medicina]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Medicina; 2018.
13. Lumbre Y, Mantilla S. Efectos adversos que manifiestan usuarias del implante subdérmico que acuden al consultorio de planificación familiar del hospital María Auxiliadora durante junio 2016 – febrero 2017. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2017.

14. Salas R. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en pacientes puérperas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Vitarte, octubre 2016. [Tesis de medicina]. Lima: Universidad Privada Ricardo Palma. Facultad de Medicina; 2017.
15. Huanacuni S. Factores asociados al uso del anticonceptivo Implante subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) en relación al Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el hospital María Auxiliadora, Lima 2014. [Tesis de Licenciatura]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2015.
16. Moras M. Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del hospital nacional Daniel Alcides Carrión, enero 2015. [Tesis de medicina]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015.
17. Tello A. Factores asociados a la elección del implante subdérmico (implanon) como método anticonceptivo en usuarias del servicio de planificación familiar del instituto nacional materno perinatal, noviembre diciembre 2014 [Licenciatura en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Obstetricia; 2015.
18. Celi M. Nivel de conocimientos y prácticas sobre la planificación familiar en las mujeres indígenas de las Lagunas, Quisquinchiy y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja. [Tesis de Licenciatura]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2018.
19. Tordoya J. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos modernos de las mujeres indígenas. [Tesis de Licenciatura]. Bolivia: Universidad Nacional de Loja; 2016.

20. Miranda I. Nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar en puérperas adolescentes. [Tesis de Licenciatura]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2016.
21. Sánchez L. Factores que impiden el uso de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en pacientes Adolescentes atendidas en el Hospital General Docente Ambato durante el periodo septiembre 2014 enero 2015. [Tesis de Licenciatura]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2015.
22. Sarria H, Betancourt D. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en pacientes puérperas del servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Enero a Marzo 2014. [Tesis de Licenciatura]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2014.
23. Organización Mundial de la Salud. Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos. (OMS), 2015. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249592/9789243549255-spa.pdf?sequence=1>
24. Ministerio de salud del Perú. Planificación Familiar. (MINSA). [Citado el: 30 de agosto de 2014.] <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/planfam/index.html>
25. Cueva N. Factores asociados al consumo de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración en adolescentes usuarias de planificación familiar del hospital Sergio E. Bernales, noviembre 2016. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Privada San Martín de Porres; 2016.
26. Vega L. Efectos colaterales del implante subdérmico de etonogestrel de 68 mg. (Implanon ®/ Nexplanon ®) de las usuarias atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue. 2016. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Privada San Martín de Porres; 2017.

27. Schwarcz R. et al. Obstetricia. 6ta. edición. Argentina: el ateneo; 2009
28. Hernández S. et al. Metodología de la Investigación. 5ta Edición. 2010.
Disponible en:
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
29. Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas -- Lima: Ministerio de Salud; 2012. 91 p.; ilustr. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4172.pdf>.
30. Segura A. Nivel de conocimientos y actitudes que tienen las puérperas multíparas sobre los métodos anticonceptivos en el hospital San Juan de Lurigancho, Enero 2018. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2018.
31. Olano X, Vásquez K. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las pacientes de 20 a 30 años en el servicio de puerperio del hospital María Auxiliadora y el hospital nacional Sergio E. Bernales. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2016.
32. Morales S, Guibovich A, Yábar M. Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. Horiz. Med. vol.14 no.4 Lima oct./dic. 2014.
Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n4/a10v14n4.pdf>
33. Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica ASPPO. Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica. 4ª Edición. Lima. ASPPO. 2016.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACION	HIPÓTESIS	VARIABLES	TIPO DE INVESTIGACIÓN	TÉCNICA E INSTRUMENTO	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
“FACTORES ASOCIADOS AL USO DE ANTICONCEPCIÓN POST PARTO DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADOR A EN EL PERIODO DE JULIO - AGOSTO 2019”	<p>GENERAL: ¿Cuáles son los factores asociados a la anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Julio - Agosto 2019?</p> <p>ESPECIFICOS: ¿Cuáles son los factores socio demográficos que se asocian a la anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora? ¿Cuáles son los factores gineco obstétricos que se asocian a la anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora? ¿Cuáles son los factores culturales que se asocian a la anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora?</p>	<p>GENERAL: Determinar los factores asociados a la anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Julio - Agosto 2019.</p> <p>ESPECIFICOS: Identificar los factores socio demográfico que se asocian a la anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora. Establecer los factores gineco obstétricos que se asocian a la anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora. Reconocer los factores culturales que se asocian a la anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora.</p>	<p>La anticoncepción post parto se centra en la prevención del embarazo no planificado y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto. Cabe resaltar que la madre debe tener los conocimientos necesarios para ayudarlas a decidir sobre el método anticonceptivo que deseen usar, iniciarlo y seguir usándolo durante dos años o más, según cuales sean sus intenciones de acuerdo a la reproducción.</p>	<p>Existe asociación significativa entre los factores y la anticoncepción en puérperas del Hospital María Auxiliadora en el período de Julio - Agosto 2019</p>	<p>VARIABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factores de riesgo - Anticoncepción post parto 	<p>Tipo de Investigación Analítico, prospectivo y de corte transversal.</p> <p>Nivel de investigación: asociativo</p> <p>Población Estuvo constituido por un total de 403 puérperas del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Julio - Agosto 2019.</p>	<p>La técnica que se utilizará fue la ficha de recolección de datos directamente con las Puérperas del Hospital María Auxiliadora. Inicialmente se solicitó permiso al Director General del Hospital.</p> <p>El instrumento será la encuesta formado por 3 ítems: factores sociodemográficos, gineco obstétricos y de factores culturales.</p>	<p>Para el plan de procesamiento y análisis de datos, se utilizó la estadística descriptiva, además del análisis inferencial. El análisis e interpretación de la información obtenida se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 25; para las variables cuantitativas se utilizó las medidas de tendencia central, media, mediana y moda. Se llevó a cabo la introducción de datos recolectados. Para la presentación de los datos se realizó gráficos de tablas y frecuencias. Para el análisis inferencial se tuvo en cuenta la prueba estadística Chi cuadrado o test exacto de Fisher, considerando significativo cuando el valor de p es menor a 0.05</p>

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

“FACTORES ASOCIADOS AL USO DE ANTICONCEPCIÓN POST PARTO DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN EL PERIODO DE JULIO - AGOSTO 2019”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a la participante una clara explicación de la investigación, así como de su rol en ella como participantes. El objetivo principal es determinar los factores asociados a la anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Julio - Agosto 2019.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder el cuestionario conformado por 26 preguntas dividido en tres partes, lo cual nos permitirá relacionar los factores con el uso de métodos anticonceptivos del Hospital María Auxiliadora en el período de julio – agosto 2019.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradecemos su participación.

Entiendo que mi firma en este documento significa que he decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 3: ENCUESTA

FACTORES ASOCIADOS AL USO DE ANTICONCEPCIÓN POST PARTO DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN EL PERIODO DE JULIO – AGOSTO 2019.

La presente investigación tiene como objetivo principal determinar los factores asociados a la anticoncepción post parto del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Julio - Agosto 2019. Desde ya se agradece responder a todas las preguntas establecidas con total sinceridad, la presente encuesta es anónima.

1. ¿Ha decidido usar algún método anticonceptivo?

Sí (1) ¿Cuál?

No (2)

Parte I: Factores Sociodemográficos

2. Edad:

Adulta joven 20 - 24 años (1) Adulta 25 - 29 años (2)

3. Estado civil:

Soltera (1) Casada (2) Conviviente (3) Divorciada (4)
Viuda (5)

4. Grado de Instrucción

Educación Básica (Primaria – secundaria)(1)
Educación Superior (Técnico – universitario) (2)

5. Religión

Católica (1) Otro (2)

6. Ocupación

Remunerada (1) No Remunerado (2)

7. Nacionalidad

Peruana (1) Otra (2)

8. Procedencia

Costa (1) Sierra (2) Selva (3)

Parte II: Factores Gíneco - Obstetricos

9. Menarquía años
10. Inicio de Relaciones Sexuales
>19 años (1) <19 años (2)
11. Número de parejas sexuales.....
12. Número de Gestaciones
1 Gestación (1) 2 Gestación (2) 3 Gestación (3) > 3 Gestaciones (4)
13. Número de hijos vivos
Uno (1) Dos (2) Tres (3) > 3 hijos (4)
14. Fecha del embarazo anterior:
15. Embarazo deseado
Sí (1) No (2)
16. Vía de parto actual
Vaginal (1) Abdominal (2)
17. ¿Cuenta con controles prenatales?
Sí (1) ¿Cuántas?
No (2)
18. ¿De qué centro de salud viene?
19. ¿Motivo de transferencia al hospital?

Parte III: Factores Culturales

20. ¿Conoce los métodos anticonceptivos?
Sí (1) No (2)
21. ¿Durante su estancia hospitalaria fue informada de los Métodos Anticonceptivos?
Sí (1) No (2)
22. ¿Quién fue el encargado (a) de brindarle dicha información?
Profesional (1) No Profesional (2)
23. ¿En qué lugar fue informada sobre los métodos anticonceptivos?
Hospital (1) Centro de Salud (2)
Otro lugar (3)
24. ¿En qué tiempo fue informada sobre los métodos anticonceptivos?
Durante el embarazo (1)
Después del parto (2)

25. Tipo de método anticonceptivo usado antes del embarazo

Hormonal⁽¹⁾ ¿Cuál?

No hormonal ⁽²⁾ ¿Cuál?

26. ¿Influye su pareja en la elección del método anticonceptivo?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽¹⁾

¿Cómo?

Gracias por su colaboración

JUICIO DE EXPERTO

Datos de calificación:

CRITERIOS	JUECES			VALOR P
	Metodólogo	Obstetra	Obstetra	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
TOTAL				

- | |
|--|
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio. |
| 3. La estructura del instrumento es adecuado. |
| 4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable. |
| 5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. |
| 6. Los ítems son claros y entendibles. |
| 7. El número de ítems es adecuado para su aplicación. |

Grado de Concordancia Significativa

b: $\frac{21}{21 + 0} \times 100 = 1.0$

Según Herrera

Confiabilidad del instrumento

VALIDEZ PERFECTA



0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

PROCESAMIENTO:
 Ta: N° TOTAL DE ACUERDO DE JUECES
 Td: N° TOTAL DE DESACUERDO DE JUECES

Prueba de Concordancia entre los Jueces:

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		<i>parte III. No tiene preguntas sobre lo psicológico.</i>
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

Mejorar el título ya que niyo está relacionado con psicología puede ser solo "factores" o "características"

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

[Firma]
 Dr. Carlos Rodríguez Chavez
 MÉDICO - CIRUJANO
 GINECÓLOGO - OBSTETRA
 DOCTOR EN MEDICINA
 ECOGRAFISTA
 CMP- 13538 - R.N.E: 4662

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



 Dra. Nelly Irene Moreno Gutiérrez
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 Alto Riesgo y Emergencias Obstetricas
 COP: 1820 - RNE: 204 - FO
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	/		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	/		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	/		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	/		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	/		
6. Los ítems son claros y entendibles.	/		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	/		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

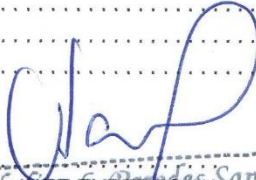
.....

.....

.....

.....

.....


 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO(A) Santos
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 MONITOREO FETAL
 COP 8641 RNE: 2427 - E.02.1



Departamento de Ginecología y Obstetricia

San Juan de Miraflores, 18 de Julio del 2019

OFICIO N° 254-2019- HMA-DGO

Señorita:

**CARBAJAL MAGALLANES DINA JAFIA
MORANTE ROCA ABIGAIL INGRID**
ALUMNA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER
Presente.-

De mi consideración:

Tengo a bien dirigirme a ustedes muy cordialmente y en vista a la solicitud de autorización para realizar encuestas en el Departamento de Gineco Obstetricia, para desarrollar la tesis: "FACTORES ASOCIADOS AL USO DE ANTICONCEPTIVOS POST PARTO DEL DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EN EL PERIODO DE JULIO – AGOSTO 2019". esta Jefatura no tiene ningún inconveniente de aceptar su solicitud.

Es propicia la oportunidad para reiterar mis sentimientos y estima personal.

Atentamente,



Ana M. Cajas Rojas

CMP 13121 RNE 4752

Hospital Maria Auxiliadora

Dpto. Gineco Obstetricia

MÉDICO JEFE

AMCR/bds
c.c. Archivo

CONSTANCIA

El que suscribe, el **Presidente del Comité Institucional de Ética en la Investigación** del **Hospital María Auxiliadora**, **CERTIFICA** que el **PROYECTO DE TESIS**, Versión del **12 de julio del presente**; **Titulado: "FACTORES ASOCIADOS AL USO DE ANTICONCEPCIÓN POST PARTO DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EN EL PERIODO DE JULIO 2019"**; con Código Único de Inscripción: **HMA/CIEI/052/19**, presentado por las Investigadoras: **Dina Jafia CARBAJAL MAGALLANES** y **Abigail Ingrid MORANTE ROCA**; ha sido **REVISADA**.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **17 de octubre del 2020**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 18 de Octubre de 2019.

Atentamente.


M.C. Alberto Emilio Zolezzi Francis.
Presidente

Comité Institucional de Ética en Investigación
Hospital María Auxiliadora

AEZF/mags.
c.c. Investigadoras.
c.c. Archivo.

1 de 1

www.hma.gob.pe

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Av. Miguel Iglesias N° 968
Telf. (511) (01) 2171818 - 3112
Fax.: (511) (01) 2171828

morante.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

infanciaymedios.org.pe

Fuente de Internet

8%

2

Submitted to Universidad Catolica Los Angeles
de Chimbote

Trabajo del estudiante

2%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 2%

Excluir bibliografía

Activo