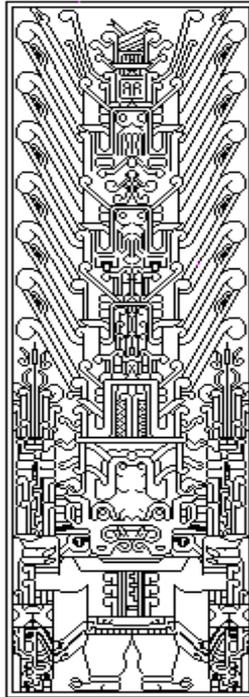


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA "HIPOLITO UNANUE"
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



"NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES QUE TIENEN LAS PUÉRPERAS
MULTÍPARAS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL HOSPITAL SAN
JUAN DE LURIGANCHO. ENERO 2018"

"LEVEL OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES THAT HAVE THE MULTIPLE
MUTORS ON CONTRACEPTIVE METHODS IN SAN JUAN DE LURIGANCHO
HOSPITAL. JANUARY 2018"

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

AUTORA: SEGURA ROMAN, ADRIANA LEYLA

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mis padres Carmen y Gustavo

Por su comprensión y apoyo incondicional,

Moral y económico que me brindaron, estuvieron guiando mis pasos

Para mi formación personal y profesional.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitudes que tienen las puérperas multíparas sobre métodos anticonceptivos en el Hospital San Juan de Lurigancho. Periodo enero 2018. Se realizó el estudio descriptivo, simple de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 164 puérperas multíparas de entre los 18 a 41 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para medir el nivel de conocimiento se aplicó una encuesta con respuestas mutuamente excluyentes de 10 ítems; y para medir las actitudes se utiliza un test de Likert modificado.

Los resultados abordados fueron los siguientes: el 37,8% de las puérperas multíparas se ubican en el grupo etario de 30 a 35 años; el 42,7% posee secundaria completa; el 86% es conviviente; el 50% posee de 2 a 4 partos (vaginales y/o cesáreas); el 75% inicio sus relaciones sexuales entre los 16 a 18 años; el 62,8% ha tenido entre 3 a 4 parejas sexuales; el 75,6% no deseaba el embarazo cuando se presentó; el 95,1% de las puérperas decidió utilizar un método anticonceptivos después del parto, del cual la medroxiprogesterona fue el método de mayor acogida con un 64,6%.

Así mismo, el nivel de conocimiento de las puérperas multíparas sobre métodos anticonceptivos es medio con un 56,1%.

En lo referido a las actitudes de las puérperas multíparas sobre los métodos anticonceptivos se encontró que el 57,3% posee actitudes No Precisa.

Palabras claves: actitudes, conocimientos, multípara, anticonceptivos.

ABSTRAC

The objective of the present studies was to determine the level of knowledge and attitudes of multiparous postpartum women on contraceptive methods at the San Juan de Lurigancho Hospital. Period January 2018. A descriptive, simple cross-sectional study was carried out. The sample consisted of 164 multiparous women from 18 to 41 years of age who met the inclusion and exclusion criteria. To measure the level of knowledge, a survey was applied with mutually exclusive answers of 10 items; and to measure attitudes a modified Likert test is used.

The results were the following: 37.8% of the multiparous women are in the age group of 30 to 35 years; 42.7% have full secondary education; 86% live together; 50% have 2 to 4 deliveries (vaginal and / or caesarean sections); 75% started their sexual relations between 16 and 18 years; 62.8% had between 3 to 4 sexual partners; 75.6% did not want pregnancy when it occurred; 95.1% of the puerperal women decided to use a contraceptive method after delivery, of which medroxyprogesterone was the most popular method with 64.6%.

Likewise, the level of knowledge of multiparous postpartum women on contraceptive methods is medium with 56.1%.

Regarding the attitudes of the multiparous women in the contraceptive methods, it was found that 57.3% have Non-Accurate attitudes.

Keywords: attitudes, knowledge, multipara, contraceptives.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCION | 7 |
| CAPITULO I..... | 8 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 8 |
| 1.1 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA | 8 |
| 1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA | 9 |
| 1.3 JUSTIFICACION | 9 |
| CAPITULO II | 11 |
| OBJETIVOS..... | 11 |
| CAPITULO III..... | 12 |
| MARCO TEORICO | 12 |
| 3.1. ANTECEDENTES | 12 |
| 3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES..... | 12 |
| 3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES | 17 |
| 3.2. BASE TEORICA..... | 22 |
| 3.2.1. CONOCIMIENTO | 22 |
| 3.2.2. ACTITUD | 24 |
| 3.2.3. PUERPERIO | 27 |
| 3.2.4. PARIDAD | 28 |
| 3.2.5. METODOS ANTICONCEPTIVOS..... | 28 |
| DEFINICION DE TERMINOS | 65 |
| 3.4. HIPOTESIS | 65 |
| CAPITULO IV | 66 |
| DISEÑO METODOLOGICO..... | 66 |
| 4.1. TIPO DE INVESTIGACION..... | 66 |
| 4.2. DISEÑO DE INVESTIGACION | 66 |
| 4.3. POBLACION..... | 66 |
| 4.4. MUESTRA | 66 |
| 4.5. PROCESAMIENTO Y TECNICAS..... | 68 |

| | |
|--|-----------|
| 4.6. PLAN DE ANALISIS..... | 70 |
| RESULTADOS | 71 |
| DISCUSIÓN | 82 |
| CONCLUSIONES..... | 84 |
| RECOMENDACIONES..... | 85 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 86 |
| ANEXOS..... | 90 |
| MATRIZ DE COHERENCIA | 90 |
| MATRIZ: CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES | 91 |

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos dictamina que todo hombre y mujer tiene derecho de tener relaciones sexuales satisfactorias, sin presiones ni temor de contraer una infección ni de embarazos no deseados, el poder regular la tasa de fertilidad sin riesgos de los efectos secundarios que pueden tener o de los peligros, el acceder a un embarazo y parto seguro y tener descendencia saludable.

“Una manera de pensar y de vivir, adoptada voluntariamente por los individuos y las parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, a fin de promover la salud, el bienestar de la familia y la comunidad”, es la definición que brinda la Organización Mundial de la Salud a la planificación familiar.

La planificación familiar debe de estar desde el inicio de la primera relación coital, tanto para prevenir los embarazos no planificados y las infecciones de transmisión sexual.

Perú no es ajeno a la ignorancia de la utilización de los métodos anticonceptivos no solo para prevenir embarazos no planificados, si no también, para evitar las muertes maternas o las complicaciones que un embarazo de alto riesgo contrae, nuestro país mantiene un porcentaje aun alto, algo que la planificación puede ayudar a controlar.

El Banco Mundial, menciona que la planificación familiar es clave para ayudar a elevar el nivel económico, político y social de un país.

En tiempos remotos, era común que las mujeres tengan muchos hijos, siendo la muerte materna por complicaciones durante el embarazo y/o el parto algo muy elevado y común, por lo que los métodos anticonceptivos llegaron para cambiar estas estadísticas.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

No todos los embarazos son causa de felicidad, Son muchas las mujeres que desean quedarse embarazadas, y se estima que cada año unos 123 millones lo logran. Pero a esta cifra hay que sumar un elevado número de mujeres – alrededor de 87 millones – que se quedan encintas involuntariamente. Para algunas mujeres y sus parejas esto puede ser una agradable sorpresa, pero para otras el embarazo puede coincidir con un mal momento o simplemente no ser deseado. Pese a la gran cantidad de embarazos involuntarios, el número de mujeres que controlan su vida reproductiva espaciando más los embarazos o limitándolos es mayor que nunca. En los países en desarrollo, la frecuencia del uso de anticonceptivos ha aumentado de alrededor del 10% a principios de los años sesenta al 59% al final del milenio. A pesar de la disminución del apoyo financiero internacional, se ha registrado durante los últimos 10 años en términos mundiales un aumento anual del 1% en la frecuencia del uso de anticonceptivos. Esto ha traído consigo una disminución de las tasas mundiales de fecundidad: actualmente el número medio de hijos por mujer se sitúa en 2,69, mientras que a principios de los años sesenta ascendía a 4,9. No obstante, en estos momentos en que el número de mujeres que alcanzan la edad reproductiva es mayor que nunca, hay millones de personas que, aunque no desean tener un hijo o quieren posponer el siguiente embarazo, no utilizan método anticonceptivo alguno. (OMS, cap.3, 2015)

Se calcula que en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno. La planificación familiar refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos. La planificación familiar y el uso de

anticonceptivos previenen la muerte de madres y niños, al evitar los embarazos no deseados.
(OMS, pag.1, 2016)

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

Ante lo expuesto anteriormente se formula el problema de investigación de la siguiente manera: ¿Cuáles son los conocimientos y actitudes que tienen las puérperas multíparas sobre métodos anticonceptivos en el Hospital de San Juan de Lurigancho, enero 2018?

1.3 JUSTIFICACION

Razones para proponer el proyecto

La realización de este trabajo de investigación pretende dar a conocer los aspectos desatendidos de las políticas de salud pública que corresponde a la demanda y necesidad de la población en edad reproductiva, como eje central y de estudio las mujeres multíparas. Muchas mujeres al quedar embarazadas de un segundo hijo, las obliga a acortar brechas económicas y psicosociales, más aun si el embarazo no estuvo planeado por desconocimiento de los métodos anticonceptivos.

Contribución científica

Poder conocer mejor a la población de mujeres en edad fértil, y determinar su manera de pensar y cuanto conocen acerca de los métodos de planificación familiar, de esa manera poder reenfocar la manera en la que se lleva a cabo el programa de planificación familiar.

Contribución social

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos.

Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. (OMS, pág.1, 2016)

Como dice Melinda Gates “Si las mujeres pueden planificar sus familias, es más probable que espacien sus embarazos. Si espacian sus embarazos, es más probable que tengan niños sanos. Si sus niños nacen sanos, es más probable que crezcan como niños sanos.” (Estrategia mundial mujer, niño, adolescente 2016-2030, pág. 53, 2015).

CAPITULO II

OBJETIVOS

2.1.- OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el nivel de conocimiento y actitudes de las puérperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho acerca de los métodos anticonceptivos, enero de 2018.

2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar el nivel de conocimiento de las puérperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho acerca de los métodos anticonceptivos, enero de 2018.
- Identificar las actitudes de las puérperas multíparas del Hospital de San Juan de Lurigancho sobre los métodos anticonceptivos.
- Identificar la relación entre el conocimiento y actitudes que tienen las puérperas multíparas sobre los métodos anticonceptivos.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES

3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Gueseloff, Michelle, en su trabajo **titulado** “Conocimientos y uso de los métodos anticonceptivos”, Rosario, Argentina, 2011, con el **objetivo:** Indagar sobre el conocimiento y el uso de los métodos anticonceptivos en personas entre los 16 y 35 años que concurren al Centro de Salud, Jean Henry Dunant de la ciudad de Rosario. **Material y método:** La población estudiada (n=150) está comprendida entre los 16 y los 35 años, la cual fue estratificada por edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y ocupación. Los resultados se tabularon en una base de datos, se les aplicó medidas de resumen de tendencia central, así como también medidas descriptivas (distribución de frecuencia y porcentajes). El Instrumento de recolección de datos fue una encuesta, de carácter anónimo, elaborado para tal fin con preguntas abiertas y cerradas (dicotómicas y de opción múltiple). **Resultados:** Los tres métodos anticonceptivos más conocidos son el preservativo masculino (99%), seguido del anticonceptivo oral (80%) y en tercer lugar el DIU con cobre (63%). El 57% ha utilizado un método anticonceptivo en su primera relación sexual, mientras que el 40% no ha utilizado ningún método anticonceptivo y solo un 3% no lo recuerda. La edad de inicio de la actividad sexual indica que en su mayoría corresponde al rango etario entre los 15 y 17 años. Los métodos anticonceptivos más utilizados son el anticonceptivo oral en un 46% y el preservativo en un 38%. La mayoría (44%) recibió información de los métodos anticonceptivos a través de un médico, seguido de amigos (23%) y de su pareja (14%). Con respecto al motivo de elección del método anticonceptivo, un 31% elige por seguridad anticonceptiva y un 25% por consejo médico. El 70% indica que utiliza un método

anticonceptivo con regularidad y un 30% solo a veces. **Conclusiones:** Los métodos anticonceptivos en su mayoría fueron conocidos, siendo los que mayor porcentaje presentaron el ACO (99%) y el preservativo masculino (80%) que coincidentemente son los dos métodos más utilizados con un 46% y 38% respectivamente. (Gueseloff, 2011)

Costales Sánchez, Freddy Agustín; Valle Ramos, Juan Ignacio; en su trabajo titulado "Relación entre variables socio-económicas con conocimiento y preferencia sobre métodos anticonceptivos en mujeres postparto. Hospital Enrique Garcés 2013, Quito, Ecuador", El presente es un estudio transversal, descriptivo, en el que se determinará la relación entre variables socio-económicas con el nivel de conocimientos y preferencias sobre métodos anticonceptivos de las mujeres en el puerperio inmediato ingresadas en el Hospital Enrique Garcés. Para el estudio se recolectó información de 211 pacientes mediante el uso de una encuesta sobre condiciones socio-económicas y preferencias sobre métodos anticonceptivos y un cuestionario para medir el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos, tomado del estudio "Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en mujeres en puerperio de los servicio de maternidad del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda Abril – Diciembre 2000. Barquicineto. Venezuela" y adaptado a nuestro medio cultural. Después de realizadas las encuestas y analizar los datos se pudo observar que la población prevalente son los adultos jóvenes, predominando un conocimiento deficiente (77,7%); la principal fuente de información fueron los Profesionales de la salud seguido por Medios de comunicación, sin embargo, esta no está relacionada con el nivel de conocimiento. Las pacientes con mayor nivel de instrucción y cuyos ingresos mensuales eran mayores que la canasta básica tuvieron mejores resultados que el resto de pacientes. El uso previo al embarazo de métodos anticonceptivos influyo positivamente sobre el conocimiento de los mismos. Entre los anticonceptivos más usados se encuentran los hormonales orales seguidos de los preservativos, interviniendo la pareja en la elección de los mismos en el 61,1% de los casos.

Se concluyó que el nivel de conocimiento de anticonceptivos es deficiente y que existen varios factores que influyen positivamente en el mismo tales como, la ocupación, instrucción, estado socio económico, y a pesar de que la principal fuente de información fueron profesionales de salud, esto no tuvo impacto sobre el nivel de conocimiento. (Costales & Valle, 2013)

Miranda Mazariegos Imelda Magdalena, en su trabajo titulado "Nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar en puérpera adolescentes, Hospital Regional De Occidente 2013, Guatemala, Guatemala", con el **objetivo**: Determinar el nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar en las puérperas adolescentes del Hospital Regional de Occidente **Material Y Métodos**: El tipo de estudio realizado fue descriptivo longitudinal. La muestra estuvo representada por 425 puérperas adolescentes a las que se les aplicó un instrumento compuesto por 20 preguntas, que evalúan diferentes generalidades, características, ventajas y falsos conceptos sobre la anticoncepción; encuesta de las cuales se obtuvo previa autorización de sus representantes. **Resultados**: Los resultados mostraron que del total de la 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. Fue mayoritario el grupo etario de 18 – 20 años con un conocimiento deficiente de 45.41%. Así también, los conocimientos clasificados como Buenos en todos los métodos anticonceptivos no superan en general el 40%, por lo tanto las adolescentes se está enfrentando a la práctica sexual con el mínimo conocimiento de los métodos anticonceptivos. La fuente de información más frecuente fue la del médico en un 33.2% seguido de la revista y/o periódicos que representan el 31.1% en ambos casos el nivel de conocimientos fue deficiente en un 55.4%. **Conclusiones**: 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. (Mirando, 2013)

Heaysell Sarria Arguello; Dennis Betancourt Osejo; en su trabajo titulado "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, Managua, Nicaragua". La anticoncepción durante el posparto adquiere una dimensión especial si se tiene en cuenta que el método seleccionado debe garantizar el mantenimiento de la lactancia y la salud del binomio madre-hijo. Además de la importancia de un adecuado espaciamiento de los embarazos, como primera medida para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-infantil. Se realizó un estudio en el Hospital Bertha Calderón Roque, para describir el nivel de conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos anticonceptivos postparto en pacientes puérperas del servicio de maternidad de Enero a Marzo del 2014. Encontrándose que la falta de conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos postparto se observó en la mayoría de los aspectos específicos analizados; de manera general se identificó un tipo de actitud favorable en más de la mitad de la población estudiada pero lamentablemente el nivel de practica continua siendo malo y aumenta el riesgo a nuevos embarazos, muchas veces tempranos, no deseados y con periodos intergenésicos cortos, lo que aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas y mortalidad materno fetal en la población de nuestro país. En las razones de uso de anticonceptivos posparto predomina el deseo de no tener más hijos, la cultura machista que predomina en Latinoamérica y en nuestro país pone de manifiesto las razones de no uso de métodos anticonceptivos en el posparto refiriendo no usar algún método por decisión propia y por complacer a la pareja. 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. (Sarria & Betancourt, 2013)

Paúl Andrés Espinoza Martínez, en su trabajo titulado "Conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos en mujeres postparto en el Hospital Jose Felix Valdivieso, Enero – Junio 2017, Cuenca, Ecuador". **Objetivo:** conocer el nivel de conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos en mujeres postparto en el hospital José Félix Valdivieso, enero junio 2017. Material y métodos: estudio analítico, epidemiológico, transversal con usuarias en puerperio atendidas en el Hospital José Félix Valdivieso durante el periodo enero junio de 2017. Los datos fueron recolectados por un cuestionario que contenía datos sociodemográficos y preguntas sobre conocimientos en anticoncepción. El análisis estadístico aplicó frecuencias y porcentajes. La información se recolectó directamente con las usuarias en la unidad operativa implicada en el presente estudio y analizada por el programa SPSS 15. **Resultados:** participaron 156 púerperas, la edad entre 25 a 29 años fueron las de mayor frecuencia con un 35,3%, el 72,4% eran de áreas rurales, 64,1% se dedicaban a quehaceres domésticos y con instrucción secundaria en un 59,6%. El nivel de conocimiento sobre anticoncepción fue bueno en un 41%, un 39,7% regular y un 16% excelente. Los anticonceptivos orales fueron los más utilizados antes de la gestación con un 50%. Todas las pacientes durante el puerperio eligieron algún método de planificación familiar así: los anticonceptivos orales con un 30,8%, inyectables con un 30,1% y los implantes subdérmicos con 30,8%. **Conclusiones:** la mayoría de usuarias tuvieron nivel bueno y regular en conocimientos sobre anticoncepción. (Espinoza, 2017)

3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Olano Calle, Xymena Paola, Vásquez Larco, Karla Zuguey, en su trabajo titulado "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, Lima, Peru". **Objetivo.** Determinar el 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", durante el mes de enero 2016. **Tipo y diseño de estudio.** La Investigación es de tipo cuantitativa, el diseño es descriptivo transversal; la muestra total es de 98 pacientes: 44 pacientes del Hospital Sergio E. Bernales y 54 del Hospital María Auxiliadora. Se utilizó una encuesta que consta de 16 preguntas sobre nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos. Con la información obtenida se realizó un control de calidad, que luego se ingresó a una base de datos en el programa de Microsoft Office Excel 2010, los resultados fueron analizados con el programa SPSS, con lo cual se obtuvo frecuencias y porcentajes. **Resultados.** Se encontró que el nivel de conocimiento de las 44 pacientes puérperas del Hospital Sergio E. Bernales, el 10.20%(n=10) se encuentra en un nivel alto, mientras que el 17.35%(n=17) en nivel medio; y el 17.35% (n=17) en un nivel bajo; el nivel de conocimiento de las 54 pacientes puérperas del Hospital María Auxiliadora, el 23.47% (n =23) tuvieron un nivel alto, 25.51%(n=25) un nivel medio y el 6.12% (n=6) un nivel bajo. **Conclusión.** Se determinó que las puérperas del Hospital María Auxiliadora tienen un nivel de conocimiento medio, y los pacientes del Hospital Sergio E. Bernales tienen mayormente un nivel medio y bajo.

Salas Vasquez Ricardo Ernesto, en su trabajo titulado "Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en pacientes puérperas atendidas en el servicio de GinecoObstetricia del Hospital de Vitarte - octubre 2016" con el **objetivo**: Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte. **Materiales y métodos**: Se diseñó un **estudio** observacional, analítico, prospectivo transversal. La muestra estuvo representada por 211 pacientes puérperas atendidas en el área de Gineco-obstetricia, a quienes se les realizó una encuesta de 20 preguntas referidas a conocimientos sobre métodos anticonceptivos con valor de 1 punto cada pregunta. **Resultados**: El nivel de conocimiento más frecuente acerca de los métodos anticonceptivos encontrado en las puérperas fue la categoría de deficiente representando el 82% (173) del total de encuestadas. En segundo lugar, el nivel regular representó aproximadamente el 14% (30) y el nivel bueno 3,8% (8) del total de evaluadas. Se realizó el análisis bivariado con el objetivo de demostrar fuerza de asociación obteniéndose un OR: 9,009 con un intervalo de confianza al 95% de 2,097 a 38,7 concluyéndose que el deficiente nivel de conocimiento predispone 9 veces más al no uso de métodos anticonceptivos siendo los resultados estadísticamente significativos. **Conclusiones**: El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte fue predominantemente de nivel deficiente. Los métodos anticonceptivos de preferencia fueron los inyectables y los anticonceptivos orales, seguido de quienes refieren no utilizar método alguno, sin embargo, en las que se encontró deficiente nivel de conocimiento tuvieron como preferencia los inyectables como método anticonceptivo. El deficiente nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos constituyó a su no utilización por parte de las puérperas. (Salas, 2016)

Moras Rosado, María Melissa, en su trabajo con **título** "Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del hospital nacional Daniel

Alcides Carrión. Lima, Perú, enero 2015." **Objetivo** de 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. **Material y método:** Se aplicó una sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes púerperas. Se evaluó generalidades sobre planificación familiar postparto (pregunta 1 a la 3); métodos anticonceptivos (4 a la 9); modalidades y características de cada uno de los métodos (10 a la 16); y falsos conceptos sobre métodos anticonceptivos. Se buscó la relación entre conocimientos y uso mediante la prueba estadística de Chi Cuadrado, con un nivel de significancia de 0.05. La **población** de estudio está conformada por todas las pacientes en puerperio de las Salas de Maternidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao; tanto la Sala "Santa Rosa", como las Sala "San Jorge", durante el mes de enero del 2015. **Muestra:** Se llegó a realizar encuesta a 156 púerperas. **Resultados** Las pacientes púerperas de los servicios de Maternidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión presentan un 53.8% de nivel de conocimientos "Deficiente", un 35.9% de conocimientos "Regular" y solo el 10.3% obtuvo de puntaje lo correspondiente a un nivel "Bueno"; ninguna púerpera obtuvo calificación "Excelente". El 89.7% decidió administrarse un método anticonceptivo antes de que se efectivice el alta médica, siendo el método más escogido el acetato de Medroxiprogesterona, en segundo y tercer lugar, la T de cobre y el bloqueo tubárico bilateral. No se observó una relación entre las variables uso y nivel de conocimiento. Conclusiones el nivel de conocimiento que se encuentra en mayor proporción es el "Deficiente". Aproximadamente el 90% de las encuestadas eligió un método anticonceptivo en la etapa de puerperio. El nivel de conocimientos no influye significativamente en la decisión de uso de un método anticonceptivo en la etapa puerperal. (Moras, 2015)

Ticona Chacon, Lidia Verónica, en su trabajo **titulado** "Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en púerperas del instituto nacional materno perinatal. Lima, Perú,

2016." Tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento de las puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Hallar si existe asociación entre las variables demográficas obstétricas y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Hallar el porcentaje de respuestas indicadas en la encuesta por las puérperas. **Resultados:** El nivel de conocimiento se midió a través de una encuesta de 21 preguntas con 5 alternativas y de respuesta única. Se halló que el 53,8% de las puérperas tuvo un nivel de conocimiento deficiente; el 26,3% tuvo un nivel de conocimiento regular; el 18,8%, el nivel de conocimiento bueno; y el 1,3%, nivel de conocimiento excelente. Existe relación entre grado de instrucción y el nivel de conocimiento ya que al realizar la prueba exacta de Fisher el valor de p fue de 0.006 ($0.006 < 0.05$) con lo que rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, se concluye que existe asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero 2016. **Conclusiones:** El 53,8% de las puérperas tuvo un nivel de conocimiento deficiente, y existe asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Existe asociación significativamente estadística entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos. (Ticona, 2016)

Milagros Cinthia Huilca Ramirez, en su trabajo titulado "Nivel de conocimiento del uso de métodos anticonceptivos en puérperas del Hospital Nacional Sergio Bernales - diciembre 2017". Objetivo establecer el nivel de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en las puérperas del Hospital Nacional Sergio Bernales -Diciembre del 2017. Metodología: Se realizó un estudio tipo descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. Resultados: el nivel de conocimiento se obtuvo a través de una encuesta de 21 preguntas, realizada a 52 puérperas del Hospital Nacional Sergio Bernales. En donde se halló que el 1,9% de las puérperas obtuvo un nivel de conocimiento excelente; el 40,4% obtuvo un nivel de conocimiento

bueno; el 57,7%, el nivel de conocimiento regular; no se halló ningún porcentaje deficiente de nivel de conocimiento. Conclusiones: no se encontró ningún resultado deficiente lo que indica y guarda relación que las personas encuestadas tienen un nivel de conocimiento regular. (Huillca, 2018)

3.2. BASE TEORICA

3.2.1. CONOCIMIENTO

La Real Academia de la Lengua española nos proporciona múltiples significados teóricos de la palabra conocimiento, pero el que más resalta para esta investigación es "Noción, saber o noticia elemental de algo".

NIVEL DE CONOCIMIENTOS: El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes etapas y, al mismo tiempo, por medio de tres diferentes niveles íntimamente vinculados:

- **El conocimiento descriptivo:** Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. (Huamanchumo, 2014, pág. 36)
- **Conocimiento conceptual:** También llamado empírico, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra empirismo se ha utilizado hasta para hablar de hallazgos a prueba de ensayo y error. En este nivel no hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento descriptivo: Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra conceptual se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición. (Huamanchumo, 2014, pág. 36)
- **Conocimiento teórico:** Consiste en representaciones invisibles, inmateriales pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel descriptivo y el teórico reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento descriptivo es singular y el teórico universal.

Por ejemplo, puedo ver y mantener la imagen de mi madre; esto es conocimiento descriptivo, singular. Pero, además, puedo tener el concepto de madre, que abarca a todas las madres; es universal. El concepto de madre ya no tiene color o dimensiones; es abstracto. La imagen de madre es singular, y representa a una persona con dimensiones y figura concretas. En cambio, el concepto de madre es universal (madre es el ser que da vida a otro ser). La imagen de madre sólo se aplica al que tengo en frente. En cambio, el concepto de madre se aplica a todas las madres. Por esto último puedo concluir y sostener que la imagen es singular y el concepto es universal. (Huamanchumo, 2014, pág. 36)

Para medir el nivel de conocimientos en este estudio se aplicó una escala de calificación que consto de tres criterios: ALTO, MEDIO, BAJO. Para ello, se halló el promedio aritmético de los puntajes totales y la desviación estándar para la aplicación de la escala de Stanones, usando una constante 0.75 y hallar los límites de los intervalos agrupados lo cual permitió categorizar el nivel de conocimientos en tres: bueno, regular y malo. (Huamanchumo, 2014, pág. 37)

- **Nivel de conocimientos alto:** calificación más que bueno cuando se obtuvo una puntuación de: 15 – 20 puntos.
- **Nivel de conocimientos medio:** calificación más que regular, cuando se obtuvo una puntuación de: 10 - 14 puntos.
- **Nivel de conocimientos bajo:** similar a la nota desaprobatoria, cuando se obtuvo una puntuación de: 0 - 9puntos.

3.2.2. ACTITUD

La Real Academia de la Lengua española lo define de estas dos maneras, como "Postura del cuerpo, especialmente cuando expresa un estado de ánimo" y "Disposición de ánimo manifestada de algún modo".

Una definición clásica de actitud es la establecida por Allport, que la consideraba 'un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones' (Ayala, 2015, pág. 15).

La Medición de las Actitudes: Tipos de Medidas Entre los diversos procedimientos existentes para medir las actitudes se pueden destacar los autoinformes, la observación de conductas, las reacciones ante estímulos estructurados, el rendimiento objetivo del sujeto y las respuestas fisiológicas. Sin embargo, las medidas dominantes son los autoinformes y, dentro de éstas, caben señalar las siguientes escalas: (Ubillos & Mayordomo & Paez, 2004, cap. 10, pág. 3)

- **La escala de Thurstone:** Ésta suele estar formada por unas 20 afirmaciones que intentan representar la dimensión actitudinal a intervalos iguales. El siguiente cuadro ejemplifica una escala de Thurstone: (Ubillos & Mayordomo & Paez, 2004, cap. 10, pág. 3)

Cuadro 1. Escala de Thurstone de Roles Sexuales

| | | | Valor |
|-----------------|---|---|-------|
| Menos favorable | A | Las mujeres deberían preocuparse únicamente de ser buenas esposas y madres. | 1.0 |
| | B | Está bien que una mujer siga una carrera, con tal que no abandone a su marido y familia. | 2.5 |
| | C | Una mujer tiene tanto derecho como un hombre a una carrera profesional. | 4.0 |
| Más favorable | D | Dado que la sociedad le ha negado posibilidades laborales a las mujeres durante muchos años, se les debería compensar adoptando medidas que den un tratamiento privilegiado a la fuerza laboral femenina cualificada. | 5.5 |

Fuente: Páez, 1995

El proceso de construcción y valoración de los resultados sería el siguiente: a) reunidas las afirmaciones relacionadas con la actitud de estudio, se pide a diferentes jueces que sitúen cada afirmación en una categoría de respuesta -de menos a más favorable-; b) se eliminan aquellas en las que hay dispersión de opinión interjueces; c) las respuestas convergentes se utilizan para determinar el valor de la afirmación -la mediana obtenida se utiliza con este fin-; d) se seleccionan los ítems que están en un intervalo igual a lo largo de la actitud; e) se presentan las afirmaciones a los sujetos aleatorizadamente; f) éstos eligen las afirmaciones con las que están de acuerdo; y, g) se obtiene la estimación de la actitud de cada sujeto a partir de la mediana de las afirmaciones elegidas por éste. (Ubillos & Mayordomo & Paez, 2004, cap. 10, pág. 4)

- **La escala de Guttman:** Aunque su elaboración es sencilla, suele ser de uso y utilidad limitada. Con ella se busca obtener una escala con un orden explícito. Así, esta escala se basa en el porcentaje de aceptación de una respuesta de tipo A hasta E. Por ejemplo, se pide a los sujetos que evalúen si aceptarían a miembros de diferentes grupos étnicos en distintos grados: A) los expulsarían del país; B) visitantes de su país; C) inmigrantes o ciudadanos de su país; D) compañeros de trabajo; y, E) vecinos. En este caso, se presupone que los sujetos que aceptan la opción A -expulsarlos- no aceptarían la B -visitantes-. Por tanto, la distribución de aceptación en una sociedad tradicional debería seguir una escala porcentual: el 80% aceptaría la opción B, el 60% la C y el 40% la D. Teniendo en cuenta esto, se considerarían como errores los casos en los que los sujetos aceptaran las opciones C y D sin aceptar la B. (Ubillos & Mayordomo & Paez, 2004, cap. 10, pág. 4)
- **La escala de Likert:** A diferencia de la escala Thurstone, la escala de Likert no presupone que haya un intervalo igual entre los niveles de respuesta. Sencillamente se

pide a los sujetos que indiquen su grado de acuerdo-desacuerdo con una serie de afirmaciones que abarcan todo el espectro de la actitud -p. e., en una escala de 5 puntos, donde 1 es total desacuerdo y 5 total acuerdo-. Estas escalas presuponen que cada afirmación de la escala es una función lineal de la misma dimensión actitudinal, es decir, que todos los ítems que componen la escala deberán estar correlacionados entre sí y que existirá una correlación positiva entre cada ítem y la puntuación total de la escala (Perloff, 1993). Por ello, se suman todas las puntuaciones de cada afirmación para formar la puntuación total. A continuación, se presenta un ejemplo de este tipo de escala: (Ubillos & Mayordomo & Paez, 2004, cap. 10, pág. 4)

Cuadro 2. Escala Likert para Evaluar la Actitud hacia el Preservativo

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones acerca de los preservativos. Señale su opinión teniendo en cuenta que: 1= Totalmente en desacuerdo; 2 = Algo en desacuerdo; 3 =Ni acuerdo, ni desacuerdo; 4= Algo de acuerdo; y, 5 = Totalmente de acuerdo.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Son engorrosos, incómodos, complicados de usar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Tranquilizan y dan seguridad en la relación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Las personas que utilizan preservativo en sus relaciones son responsables. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Su colocación es un juego erótico más. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Interrumpen el acto sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Los ítems 1 y 5 al estar formulados de forma ‘negativa’, deberán ‘recodificarse’ para poder sumar la puntuación de todos los ítems y obtener así un indicador global de la actitud. De este modo, una alta puntuación (cercana a 25) reflejará una actitud muy positiva hacia el preservativo y una baja puntuación (cercana a 5) una actitud negativa.

Fuente: Adaptación propia de la escala de Ubillos (1995)

- **El diferencial Semántico:** El diferencial semántico de Osgood se ha aplicado a la medición de la dimensión afectiva o evaluativa de la actitud. Éste consiste en una serie de escalas bipolares que vienen definidas por diferentes adjetivos antónimos (Clemente y Fernández, 1992). En uno de los extremos de la escala se encuentra uno de los adjetivos -p. e., bueno-, mientras que en el otro se sitúa su adjetivo antónimo -p. e., malo-. Los sujetos deben evaluar el objeto de actitud en cuestión según una escala de, normalmente, 5 o 7 posiciones para cada par de adjetivos (Igartua, 1996).

Osgood et al. (1957) encontraron que las personas utilizan principalmente tres dimensiones semánticas a la hora de evaluar los conceptos: la 'evaluación', la 'potencia' y la 'actividad'. Además, plantearon que estas dimensiones eran universales y que la más importante era la evaluativa. En castellano, los adjetivos bipolares con mayor peso en las tres dimensiones del diferencial semántico son los siguientes: a) Evaluación: bueno-malo, amable-odioso, admirable-despreciable, simpático-antipático; b) Potencia: gigante-enano, mayor-menor, grande-pequeño, inmenso-diminuto; y, c) Actividad: divertido-aburrido, activo-pasivo, rápido-lento, joven-viejo (Bechini, 1986). (Ubillos & Mayordomo & Paez, 2004, cap. 10, pág. 5)

3.2.3. PUERPERIO

La palabra puerperio se deriva del latín "puer", niño, y "parus", dar a luz. En la actualidad define al intervalo después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado basal antes de la gravidez. En consecuencia, su duración es poco precisa, pero se le considera de cuatro a seis semanas. A pesar de ser mucho menos complejo que el embarazo, el puerperio tiene una serie de cambios apreciables, algunos de los cuales son molestos o preocupantes para la nueva madre. Es importante señalar que en ocasiones aparecen complicaciones, algunas de las cuales llegan a ser graves. (Williams, 2015, pág. 668)

El puerperio puede ser un momento de intensa ansiedad para muchas mujeres. Algunas pacientes pueden sentir cierto desamparo después del parto, dado que ahora la atención se concentra en el lactante. Kanotra et al. (2007) analizaron datos para valorar los retos que enfrentaban las mujeres dos a nueve meses después del parto. De estas madres, 33% sintió la necesidad de apoyo social y 25% mostró inquietudes sobre la alimentación al seno materno. (Williams, 2015, pág. 668)

Se divide en:

- **Puerperio inmediato:** las primeras 24 horas.
- **Puerperio mediato:** Después de las primeras 24 horas, hasta los siguientes 10 días.
- **Puerperio alejado:** A partir del día once, hasta el día 42.
- **Puerperio alejado:** 45 días hasta un límite impreciso. (Schwarcz, & Sala & Duvergues, 2009, pág. 530)

3.2.4. PARIDAD

Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.

- **Primiparidad precoz:** se considera así cuando el primer parto ocurre antes de los 17 años.
- **Primiparidad tardía:** es cuando la mujer tiene su primer parto después de los 30 años.
- **Múltipara:** mujer que tiene de dos a más partos, sean vaginales o abdominales

3.2.5. METODOS ANTICONCEPTIVOS

La planificación familiar, permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos. (OMS nota descriptiva, 2018, pág.1)

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y

2015. En África pasó de 23,6% a 28,5%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60,9% a un 61,8%, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7%. (OMS nota descriptiva, 2018, pág.1)

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía). (OMS nota descriptiva, 2018, pág.1)

Beneficios de la planificación familiar y de la anticoncepción

La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. (OMS nota descriptiva, 2018, pág.1)

Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos. (OMS nota descriptiva, 2018, pág.1)

Reducción de la mortalidad infantil:

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar. (OMS nota descriptiva, 2018, pág.1)

Prevención de la infección por el VIH y el SIDA

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH. (OMS nota descriptiva, 2018, pág.1)

Poder de decisión y una mejor educación

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos. (OMS nota descriptiva, 2018, pág.1)

Disminución del embarazo de adolescentes

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la

escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad. (OMS nota descriptiva, 2018, pág.1)

Menor crecimiento de la población

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo. (OMS nota descriptiva, 2018, pág.1)

Los tipos de métodos anticonceptivos según la GUÍA NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – MINSA 2004, el MODULO VII PLANIFICACION FAMILIAR son los siguientes:

3.2.5.1. METODOS NATURALES

3.2.5.1.1 ABSTINENCIA PERIÓDICA

Definición: Abstención de relaciones sexuales por un período de tiempo del ciclo menstrual para evitar un embarazo. Método del ritmo. Método del moco cervical (de Billings). Método de los días fijos o método del Collar. (pág. 2)

Mecanismo de acción: La mujer solo es fértil durante algunos días de su ciclo menstrual (los cinco días anteriores de la ovulación y el día que sigue a la ovulación), por lo que el mecanismo de acción de estos métodos consiste en evitar las relaciones sexuales durante este periodo. (pág. 2)

Características comunes:

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Apropiado para parejas que por diferentes razones no desean usar otros métodos.
- Para su uso requiere de alta motivación e instrucción en el método a la pareja.

- La efectividad de estos métodos depende de la pareja y requiere de una motivación constante.
- No requieren de insumos anticonceptivos.
- Su eficacia es afectada por diversos factores que alteren el ciclo menstrual (estrés, viajes, etc.). (pág. 2)

No se recomienda su uso a: Mujeres con ciclos irregulares, para aquellas que desean usar el método del ritmo, Mujeres con dificultad para reconocer: las características de su ciclo menstrual como los cambios en el moco cervical, en la temperatura, los regímenes catameniales y otros. (pág. 3)

3.2.5.1.2 METODO DE BILLINGS, DE LA OVULACION O DEL MOCO CERVICAL

Definición: Consiste en reconocer la fase fértil del ciclo menstrual, por la presencia del moco cervical, la lubricación o sensación de humedad mediante la observación diaria de sus genitales. La fase fértil comprende desde el día de inicio de la sensación de humedad o presencia de moco hasta tres días después de haber identificado el día fértil (día de máxima humedad, moco filante), momento en el cual el moco vuelve a ser pegajoso o hay sensación de sequedad. (pág. 3)

Tasa de falla: De 2 (teórica) a 20(Real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. (pág. 3)

Características particulares: Puede ser usado por cualquier mujer en edad reproductiva. Recomendar el uso con precaución a: Mujeres con flujo persistente o que estén dando de amamantar, mujeres en quienes se les haya realizado procedimientos cervicales como: conización, electrocauterización. (pág. 3)

Forma de uso: Se requiere cuatro pasos: 1. Aprender a observar los signos y síntomas de fertilidad. 2. Registrar estos signos y síntomas en una gráfica o cartilla. 3. Interpretar adecuadamente lo registrado: Menstruación es el inicio del ciclo, sequedad es la infertilidad temprana, fase fértil desde el cambio de sensaciones o presencia de mucosidad que va en aumento en cantidad, filancia y transparencia, la determinación precisa del día pico (último día de moco elástico, transparente y sensación lubricada) + 3 días fértiles postpico, fase seca postovulatoria (infertilidad tardía). Respetar las reglas del método: no relaciones durante la menstruación, relaciones en la fase infértil temprana, sólo en las noches y no dos noches seguidas, no relaciones en la fase fértil y relaciones sexuales durante la fase infértil tardía en cualquier momento día o noche. (pág. 3)

3.2.5.1.3 METODO DEL RITMO, OGINO-KNAUS, DE LA REGLA O DEL CALENDARIO

Definición: Es un método de abstinencia periódica.

Forma de uso: En las mujeres con ciclos entre 27 y 30 días, instruir a la pareja que debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el noveno y décimo noveno día del ciclo menstrual. (pág. 4)

Tasa de Falla: De 9 (teórica) a 20 (real) embarazos por cada 100 mujeres que usen el método durante el primer año. (pág. 4)

Características particulares para el uso:

- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad con ciclos regulares.
- La mujer debe registrar la duración de los ciclos menstruales por lo menos durante 6 meses; idealmente entre 10 a 12 meses (historia menstrual). De no tenerla, podría

iniciar con este método usando “ciclos referenciales” de 23 días como el ciclo más corto y de 33 como el día más largo.

- De la historia menstrual, seleccionar el ciclo más corto y el más largo.
- Se calcula el número de días del período menstrual a partir del primer día de sangrado hasta el anterior de la siguiente menstruación. (pág. 4)

No se recomienda en mujeres con ciclos irregulares (en cuanto a duración y características). (pág. 4)

3.2.5.1.4 MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS (MDF) O DEL COLLAR

Definición: Método de abstinencia periódica que señala los días 8-19 del ciclo menstrual como fértiles. Se apoya en el Collar del Ciclo, que representa el ciclo menstrual de la mujer y está formado por perlas de colores (marrón, blanco y rojo). (pág. 5)

Mecanismo de acción: Evita el embarazo al reducir la probabilidad alta de fecundación debida a la abstinencia desde el día 8 al día 19 del ciclo para mujeres en quienes la mayoría de los ciclos duran entre 26 y 32 días. (pág. 5)

Tasa de falla: Alrededor de 5 embarazos por cada 100 mujeres que usan el método correctamente durante un año La probabilidad de embarazo es alta en quienes tienen relaciones sin protección durante los días fértiles (días del ciclo 8-19). (pág. 5)

Características:

- Efectivo.
- Tiempo de aprendizaje corto.
- El uso del “Collar” como ayuda visual facilita el aprendizaje y la utilización del método.

- No hay efectos secundarios
- Fácil de enseñar y aprender.
- Alrededor del 70% de los ciclos duran entre 26 y 32 días. (pág. 5)

Forma de uso: Se determina por historia si la mujer suele tener ciclos entre 26 y 32 días y se indaga sobre la aceptación de su pareja en no tener relaciones sin protección durante los días fértiles. Asimismo, se chequean algunos criterios de selección establecidos. Se explica el método y se ofrece como ayuda visual el “Collar,” que consiste en: 32 perlas: de colores que representan los días del ciclo, y un anillo movable para marcar en qué día de su ciclo está la mujer. Perla roja (1): primer día de menstruación. - Perlas marrón: (6) Días no fértiles o de muy baja probabilidad de embarazo. - Perlas blancas (12): Días fértiles o de alta probabilidad de embarazo. - Perlas marrón: (13) Días no fértiles o de muy baja probabilidad de embarazo. (pág. 5)

3.2.5.1.5 MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)

Definición: Método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia. Mecanismo de acción: Supresión de la ovulación ocasionada por cambios hormonales, producto del amamantamiento, siendo la principal modificación el incremento de la prolactina. (pág. 6)

Tasa de falla: 2 embarazos por 100 mujeres (teórica), en los primeros seis meses postparto. (pág. 6)

Criterios básicos. Debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones:

- Lactancia exclusiva (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 tenga amenorrea.
- Hasta los 6 meses postparto. (pág. 6)

Características:

- Fácil de usar.
- Muy eficaz, si cumple con los criterios básicos.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No requiere insumos anticonceptivos.
- No tiene efectos secundarios.
- Depende de la usuaria: circunstancias sociales, laborales, voluntad, costumbres, dificultan el cumplimiento de las instrucciones. (pág. 6)

3.2.5.2 METODOS DE BARRERA

3.2.5.2.1 PRESERVATIVO

Definición: Funda delgada de caucho (látex). Lubricada, sin nonoxinol - 9.

Mecanismo de Acción: Impiden que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino. (pág. 7)

Tasa de Falla: Falla teórica o de uso perfecto 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Falla de uso o uso típico 21 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. (pág. 7)

Características:

- Es un método eficaz, si se usa correctamente.

- Pocos efectos negativos (alergia al látex o al lubricante).
- De fácil obtención y bajo costo.
- No requiere examen ni prescripción médica.
- Fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción.
- Su uso correcto reduce la transmisión de las ITS, VIH - SIDA y del HTVL1.
- Depende del usuario, requiere una motivación constante.
- Está relacionado con el coito.
- Puede mejorar la relación sexual cuando su colocación es parte del juego sexual.

(pág.7)

Contraindicaciones:

- Alergia o hipersensibilidad al látex.
- Alergia o hipersensibilidad al lubricante.
- Personas con disfunciones sexuales. (pág. 7)

Forma de uso:

- Asegurarse de la integridad del envase (ver si está deteriorado o roto o con pérdida de turgencia de este).
- Verificar la fecha de manufactura en el sobre, la cual no deberá ser mayor de cinco años.
- Usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo antes de la penetración (coito).

- Cada condón se usa una sola vez.
- Si tuviera otra relación sexual use otro condón.
- Se debe retirar antes que el pene pierda la erección.
- Eliminar el condón en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en contacto con el mismo. (pág. 8)

3.2.5.2.2 ESPERMICIDA

Según la NORMA TECNICA DE PLANIFICACION FAMILIAR MINSA 2017.

Definición: Productos químicos que se presentan en forma de óvulos vaginales, crema, jalea, gel y espuma que destruyen los espermatozoides, estos contienen el nonoxinol.9. (pág. 56)

Mecanismo de acción: Inactivan o destruyen los espermatozoides en la vagina. (pág. 56)

Tasa de falla: Falla teórica o de uso perfecto 18 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Falla de uso o uso típico de 29 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. (pág. 56)

Características:

- Eficacia inmediata si se usa correctamente.
- No tiene efectos secundarios sistémicos.
- No requiere examen médico previo.
- No requiere prescripción médica.
- Algunos aumentan la lubricación durante el coito.
- Depende de la usuaria.

- Requiere una motivación constante.
 - Está relacionado con el coito.
 - Puede producir irritación del pene y vagina.
 - No previenen las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.
 - Para mayor protección de la pareja es recomendable el uso de condón.
 - No debe recomendarse su uso en mujeres expuestas al riesgo de ITS, HIV-SIDA.
- (pág. 56)

Contraindicaciones: Personas que presenten hipersensibilidad a algunos de los componentes de los espermicidas. (pág. 56)

Forma de uso:

- Colocar el óvulo, tableta vaginal o gel en la vagina lo más profundo posible, 15 o 20 minutos antes de cada relación sexual.
- Debe quedarse acostada durante estos 15 o 20 primeros minutos para que el óvulo o tableta vaginal se disuelva.
- El efecto espermicida del óvulo, tableta vaginal o gel, dura sólo hasta una hora después de colocado. Si pasa más de una hora y no se ha tenido una relación sexual, debe colocarse otro.
- La usuaria no debe hacerse duchas vaginales o lavados internos luego de tener la relación sexual.
- Para cada relación sexual debe colocarse un nuevo óvulo, tableta vaginal o gel.
- No usar después de su fecha de vencimiento.

- Guardarse en un lugar fresco y seco. (pág. 56)

3.2.5.3 METODOS HORMONALES

Continuando con la GUÍA NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – MINSA 2004, el MODULO VII PLANIFICACION FAMILIAR.

3.2.5.3.1 ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)

Definición: Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno. (pág. 8)

Mecanismos de acción: Supresión de la ovulación, Espesamiento del moco cervical. Espesamiento del moco cervical, imposibilitando el movimiento de los espermatozoides hasta el ovulo. (pág. 8)

Tasa de falla: Falla teórica o de uso perfecto 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Falla de uso o uso típico 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. (pág. 9)

Características:

- Muy eficaz.
- Método dependiente de la usuaria.
- Requiere una motivación continúa y uso diario.
- No requiere examen pélvico de rutina para el inicio del método (Sólo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente).
- Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.

- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad. Disminuye el flujo menstrual (podría mejorar la anemia) y los cólicos menstruales.
 - Regulariza los ciclos menstruales.
 - Protege contra el cáncer de ovario y de endometrio.
 - Disminuye la patología benigna de mamas.
 - Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
 - La eficacia puede disminuir cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina en la tuberculosis, griseofulvina para micosis y los antiepilépticos excepto el ácido valproico.
 - Es posible que en mujeres mayores de 35 años y fumadoras (más de 10 cigarrillos diarios) exista la probabilidad o riesgo de problemas tromboembólicos causen efectos secundarios graves como: infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolias.
 - En mujeres con enfermedades crónicas preexistentes se requiere una evaluación médica por personal calificado.
 - No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH - SIDA, ni el HTVL1.
- (pág. 9)

Forma de uso: Es de ingesta diaria y preferentemente a la misma hora. El método se debe de iniciar entre el primer y quinto día de menstruación, de igual manera en el post aborto, después de la evacuación completa. Se aplicará en el post parto a partir de la sexta semana si no se está amamantando. En el caso que se utilice el paquete de 21 tomas, iniciar uno nuevo

después de siete días de haber terminado el ciclo anterior. En el caso de la toma de 28 días, continuar inmediatamente con el siguiente blíster una vez terminado el anterior. (pág. 9)

Contraindicaciones: Mujeres que estén embarazadas (embarazo posible o confirmado). Mujeres con sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe). Mujeres que estén dando de lactar, antes de los seis meses del post parto. Mujeres con una hepatopatía activa (ej. Hepatitis viral aguda, tumor hepático). Mujeres que toman anticonvulsivos, excepto ácido valproico. Mujeres que estén tomando rifampicina o griseofulvina. Mujeres fumadoras (mayor de 10 cigarrillos por día) y tengan más de 35 años. Mujeres con antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial (mayor de 160/100) o y/o cualquier enfermedad con evidencia de daño vascular. Mujeres con cáncer de mama o de endometrio. Mujeres programadas para cirugía electiva en el siguiente mes o inmediatamente después del evento que la obligue a estar postrada en cama. (pág. 10)

3.2.5.3.2 ANTICONCEPTIVOS ORALES DE SOLO PROGESTÁGENOS

Según la NORMA TECNICA DE PLANIFICACION FAMILIAR MINSA 2017.

Definición: Son aquellos que poseen sólo progestágeno. (pág. 63)

Mecanismo de acción: Espesamiento del moco cervical, imposibilitando la penetración de los espermatozoides en el ovulo, suprime parcialmente la ovulación. (pág. 63)

Tasa de falla: Falla teórica es 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año y la falla de uso típico es 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. (pág. 63)

Características:

- Eficaz y de efecto rápido, dependiente de la usuaria.
- Se puede utilizar en el post parto inmediato.

- No modifica significativamente la composición ni el volumen de leche materna.
- Método alternativo en mujeres con intolerancia de preparados que contienen estrógenos.
- Requiere una motivación continua y uso diario.
- Rápido retorno a la fecundidad al suspenderse su uso.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Provoca cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de las mujeres (sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH - SIDA, ni el HTVL1. (pág. 64)

Forma de uso: Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas).

Inicio: Idealmente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual, si se inicia en otro día del ciclo menstrual o en el post parto, se debe estar razonablemente seguro de que no existe una gestación. En caso de iniciarse después del quinto día, debe usarse un método de respaldo durante los primeros siete días (preferentemente un método de barrera como el condón femenino o el masculino). En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo, podría ser utilizado en caso de: No tener otra opción anticonceptiva, que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea, como estrategia en

el caso de no tener un seguimiento continuo de la usuaria. En los primeros cinco días del post aborto. (pág. 65)

Contraindicaciones:

- Mujeres que estén embarazadas.
- Hepatitis viral aguda, tumor hepático, cirrosis severa.
- Mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe).
- Mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Mujeres que estén tomando o vayan a recibir medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis.
- Mujeres que estén tomando anticonvulsivos, excepto ácido valproico.
- Múltiples factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular arterial, antecedentes de ACV, antecedente de isquemia cardiaca, diabetes, hipertensión, enfermedad vascular, embolismo pulmonar.
- Mujeres diabetes mellitus y nefropatía.
- Mujeres que estén en tratamiento o hayan recibido rifampicina.
- Mujeres que estén tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato. (pág. 64)

Continuando con la GUÍA NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – MINSA 2004, el MODULO VII PLANIFICACION FAMILIAR

3.2.5.3.3 INYECTABLE DE SOLO PROGESTÁGENO

Definición: Son aquellos que poseen sólo progestágeno (medroxiprogesterona de 150mg).
(pág. 16)

Mecanismos de acción:

- Supresión de la ovulación, y espesamiento del moco cervical.
- Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio.
- Cambios en el endometrio. (pág. 16)

Tasa de falla: Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Falla de uso típico 0,4 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

Características:

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia. El efecto a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No interfiere con las relaciones sexuales. Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio y de ovarios.

- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (amenorrea, sangrado/goteos irregulares).
- Puede producir aumento de peso.
- El retorno de la fecundidad puede demorar entre 6 meses a un año, en el caso de usuarias por tiempo prolongado.
- Puede mejorar la anemia. (pág. 17)

Forma de uso: Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.

- Primera dosis: Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en el post aborto, siempre que se esté razonablemente seguro de 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 siete días. En el post parto puede ser utilizado inmediatamente en el caso de: No tener otra opción anticonceptiva. Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea. En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el post parto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo. (pág. 17)
- Siguiendo dosis: Administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora no mayor de dos semanas, en el mismo sitio de aplicación anteriormente mencionado. (pág. 17)

Contraindicaciones:

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalúe).
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Las mujeres con hepatopatía activa (ej.: hepatitis). (pág. 18)

3.2.5.3.4 INYECTABLE COMBINADO

Definición: Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno. Existen dos composiciones: 5 mg de valerato de estradiol en solución oleosa y 50 mg de enantato de noretisterona, 5 mg de cipionato de estradiol en solución acuosa y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona. (pág. 12)

Mecanismos de acción: Supresión de la ovulación. Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

Tasa de falla: Falla teórica 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Falla de uso típico 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. (MINSa, 2017, pág. 60)

Características:

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No interfiere en las relaciones sexuales.

- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteos irregulares).
- Puede producir aumento de peso.
- El retorno de la fecundidad es inmediato.
- Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH - SIDA, ni el HTVL1.
(MINSA, 2004, pág. 12)

Forma de uso: Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación. (pág. 12)

- Primera dosis: Entre el primer o quinto día del ciclo menstrual. La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la tercera semana. En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses. En el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post intervención.
- Sigüientes dosis: Administrar cada 30 días, con un rango de tres días antes o después de la fecha indicada. (pág. 12)

Contraindicaciones:

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalúe).
- Mujeres que estén amamantando, hasta los seis meses del postparto.
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Las mujeres con hepatopatía activa, fumadoras. (pág. 12)

3.2.5.3.5 IMPLANTES DE SOLO PROGESTERONA

Según la NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACION FAMILIAR 2017, dictamina lo siguiente:

Definición: Son pequeñas varillas delgadas y flexibles que se colocan debajo de la piel, en la parte superior e interna del brazo, no biodegradables. No contienen estrógenos. Dependiendo del tipo de implante varía el tiempo de uso: El implante que contiene 68mg de etonogestrel, es de un solo implante, con una duración de 3 años. El que contiene levonorgestrel, son de dos varillas con un tiempo de duración de cinco años. (pág. 69).

Mecanismo de acción:

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación.
- Reducción de la motricidad de las trompas para transportar los óvulos.
- Cambios en el endometrio. (pág. 69)

Tasa de falla: es uno de los métodos con menor tasa de falla, con el 0,05 como falla teórica y en el uso típico de 1 en 100 mujeres, durante el primer año de uso. (pág. 69)

Características:

- Eficacia elevada, no interfiere con el coito.
- Brinda protección por tres años, y un rápido retorno a la fecundidad al ser extraído.
- No requiere de un examen pélvico para su uso.
- No afecta la lactancia.
- Puede disminuir el flujo menstrual (puede mejorar la anemia).

- Puede disminuir los cólicos menstruales.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de las mujeres (sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH - SIDA, ni el HTVL1.
(pág. 69)

Forma de uso: La usuaria que desee este tipo de método, debe de firmar su consentimiento informado.

- Se puede insertar preferentemente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual (o cualquier día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro de que no existe gestación). En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe usarse un método de respaldo durante los primeros 5 días.
- Se puede insertar en mujeres que dan de lactar inmediatamente después del parto.
- Se puede colocar en el post aborto, durante los primeros cinco días después de su evacuación. Si es insertado posteriormente, se necesita un método de respaldo.
- Debe ser colocado por profesional de salud adecuadamente capacitado. (pág. 71)

Contraindicaciones:

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe).

- Las mujeres que estén tomando algunos medicamentos, barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepinam, fenitoina, primidona, topiramato, o rifampicina. Debe usar un método de respaldo porque estos fármacos reducen la eficacia de los implantes. (pág.71)

3.2.5.4 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

3.2.5.4.1 DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE COBRE

Definición: Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan iones de cobre. El único que el Ministerio de Salud dispone es la T de Cobre 380-A que tiene una duración de máximo 12 años. (pág. 71)

Mecanismos 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. (pág. 71)

Tasa de falla: Falla teórica 0.6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Falla de uso típico 0.8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Tasa promedio acumulada de falla en 12 años de 2.2%. (pág. 72)

Características:

- Eficacia elevada e inmediata. No interfiere con el coito. Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.
- Requiere examen pélvico previo, recomendándose la detección clínica de infecciones del tracto genital (ITG) antes de la inserción.
- Es una opción muy recomendada para mujeres con contraindicación de métodos hormonales.

- En algunas mujeres puede incrementar los espasmos y el sangrado menstrual sobre todo durante los primeros tres meses de uso.
- Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.
- No es recomendado para mujeres que tenga altas probabilidades de contraer gonorrea o clamidia, o que estén expuestas a contraer alguna ITS. (pág. 72)

Forma de uso: Siguiendo la normativa de la GUÍA NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – MINSA 2004, el MODULO VII PLANIFICACION FAMILIAR, es la siguiente:

- Siempre debe ser insertado y extraído por personal profesional capacitado (Médico u obstetra).
- En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo, siempre que se tenga la certeza de que la usuaria no esté gestando.
- En el post parto inmediato hasta 48 horas.
- Durante la operación cesárea.
- En el puerperio tardío a partir de la sexta semana.
- En el post aborto inmediato o en los primeros 7 días post aborto no complicado. (pág.19)

Contraindicaciones:

- Mujeres con embarazo (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital anormal no investigado.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón.

- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales, que no usen condón.
- Mujeres con infección activa del tracto genital, ejemplo: cervicitis aguda mucopurulenta o vaginitis severa, la cervicitis crónica no es contraindicación. Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ITS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.
- Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses).
- Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con cáncer genital. (pág. 19)

3.2.5.4.2 DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE PROGESTAGENO

Según la NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACION FAMILIAR 2017, registra lo siguiente:

Definición: Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan levonorgestrel y tiene una duración de 5 años, contiene 52mg de levonorgestrel. (pág. 76)

Mecanismos de Acción:

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación. (pág. 76)

Tasa de falla: Falla teórica 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Falla de uso típico 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. (pág. 76)

Características:

- Eficacia elevada e inmediata.
- No interfiere con el coito.
- Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.
- Requiere examen pélvico previo, recomendándose la detección clínica de infecciones del tracto genital (ITG) antes de la inserción.
- En algunas mujeres puede producir amenorrea.
- Mejoran la anemia.
- Previenen los embarazos ectópicos, en comparación a otros tipos de dispositivos intrauterinos.
- En promedio del 2 al 10% de usuarias expulsan el dispositivo espontáneamente.
- No previene las ITS, VIH - SIDA, ni el HTVL1. (pág. 77)

Forma de uso: Siguiendo la normativa de la GUÍA NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – MINSA 2004, el MODULO VII PLANIFICACION FAMILIAR, es la siguiente:

- Siempre debe ser insertado y extraído por personal profesional capacitado (Médico u obstetra).
- En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo, siempre que se tenga la certeza de que la usuaria no esté gestando.
- En el post parto inmediato hasta 48 horas.

- Durante la operación cesárea.
- En el puerperio tardío a partir de la sexta semana.
- En el post aborto inmediato o en los primeros 7 días post aborto no complicado.
(pág.19)

Contraindicaciones:

- Mujeres con embarazo (posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital anormal no investigado.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales, que no usen condón.
- Mujeres con infección activa del tracto genital, ejemplo: cervicitis aguda muco purulenta o vaginitis severa. Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ITS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.
- Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses).
- Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con cáncer genital. (Minsa, 2004, pág. 19)

3.2.5.5 METODOS DEFINITIVOS

3.2.5.5.1 ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA

Definición: Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio. (pág. 25)

Mecanismo de acción: Impedir la unión del espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa uterina, con el fin de evitar la fertilización. (pág. 25)

Tasa de falla: Falla teórica 0.2 a 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. (pág.25)

Características:

- Para que una mujer pueda someterse a la intervención, debe de cumplir los criterios de elegibilidad.
- Es definitiva, de alta eficacia y debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.
- No interfiere con el mecanismo de producción hormonal de los ovarios y no interfiere con el deseo sexual.
- Requiere condiciones de infraestructura y equipamiento, por lo que los establecimientos donde se realice deben estar calificados.
- Durante la intervención el establecimiento debe contar con médico anestesiólogo o médico con entrenamiento en anestesiología.
- No previene las ITS, VIH - SIDA, ni el HTVL1. (MINSA, 2017, pág. 79)

Procedimiento: Al ser un procedimiento quirúrgico, los tipos de procedimiento se van mejorando por lo que la NORMA TECNICA DE SALUD DE PLANIFICACION FAMILIAR MINSA 2017 explica el procedimiento:

- La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será suprapúbica para el periodo internatal, umbilical para el post parto y la transcesarea.
- La vía laparoscópica también es otra alternativa.
- El tipo de anestesia: la local con sedo anestesia, epidural y general. (pág. 80)

Momento de la intervención:

- Post parto hasta las 48 horas, post parto en seis semanas o más, siempre que no exista gestación.
- Luego de la atención del aborto no complicado.
- De intervalo, en cualquier momento, siempre que se esté razonablemente seguro de que no existe una gestación.
- Transcesárea. (pág. 80)

Consideraciones previas a la Intervención: Este procedimiento puede ser realizado en aquellas usuarias que deseen un método permanente, por lo que se requiere que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que la usuaria solicite el método voluntariamente.

- Que la usuaria sea mayor de edad, sin embargo, no se recomienda operar a usuarias menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo, por el riesgo alto de arrepentimiento.
- Que haya completado el número de hijos deseado.
- Que la usuaria haya recibido las dos sesiones de consejería previa.
- Que haya entendido el significado del consentimiento informado y firmado.
- Que haya firmado la solicitud para la intervención.
- Que haya entendido el tipo de intervención a que será sometida, que haya firmado la solicitud para la intervención respetando el periodo de reflexión, que rige desde la toma de decisión previa orientación/consejería y la intervención misma, el cual no será menor de setenta y dos (72) horas.
- Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico.
- El bloqueo tubárico debe efectuarse por personal calificado en el procedimiento.
- El bloqueo tubárico debe efectuarse en PES calificado para AQV.
- El procedimiento puede realizarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se está razonablemente seguro de que no hay embarazo. (Minsa, 2017, pág. 81)

Contraindicaciones:

- Usuaris presionadas por el cónyuge o por alguna persona.
- Usuaris que han tomado su decisión bajo presión desusada.
- Usuaris con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.

- Usuarías con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad. (MINSA, 2004, pág. 26)

3.2.5.5.2 ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA MASCULINA

Definición: Método anticonceptivo permanente. La vasectomía es una intervención quirúrgica electiva, considerada cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el hombre. (pág. 85)

Mecanismo de acción: La oclusión de los conductos deferentes impide la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo. (pág.85)

Tasa de falla: Falla teórica 0.15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Falla de uso 0.15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. (pág. 86)

Características:

- Es definitiva, de alta eficacia y debe ser considerada irreversible.
- No interfiere con el coito.
- Se realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo, la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos.
- Requiere, previamente, consejería especializada y evaluación médica.
- La eficacia es garantizada después de 3 meses después de la cirugía, por lo que debe indicársele un método adicional a la pareja. Se debe proveer de métodos de barrera (30 condones) para 3 meses al usuario.

- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado. Requiere instrumental especial.
- No previene las ITS, VIH SIDA, ni el HTVL1. (pág. 86)

Forma de uso: La vasectomía puede ser realizada, en cualquier momento, mediante dos técnicas: la convencional, en la que se realiza una o dos incisiones en el escroto, y la sin bisturí, en la que se punza con una pinza especial la piel del escroto, para aislar el conducto deferente. La más recomendada es la técnica sin bisturí. (pág. 86)

Contraindicaciones: No existe ninguna contraindicación absoluta, pero se debe diferir la intervención hasta que se corrijan las siguientes condiciones:

- Consideraciones psicosociales.
- Consideraciones médicas. (pág. 85)

Consideraciones previas a la Intervención: Este procedimiento puede ser realizado en aquellos usuarios que deseen un método permanente, por lo que en particular requiere que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que el usuario solicite el método.
- Que el usuario sea mayor de edad (Sin embargo, no se recomienda operar a usuarios menores de 25 años, por el riesgo alto de arrepentimiento).
- Que haya completado el número de hijos deseado.
- Que el usuario haya recibido las dos sesiones de consejería previa.
- Que haya entendido el significado del consentimiento informado y firmado la Solicitud para la intervención.

- Que haya entendido el tipo de intervención a que será sometido. (MINSAs, 2004, pág.30)

Contraindicaciones: No existen ninguna contraindicación absoluta. Las contraindicaciones relativas son las siguientes, las cuales deben de ser subsanadas antes del procedimiento:

- Hidrocele grande
- Hernia inguinal
- Masa escrotal
- Anemia severa sintomática
- Cardiopatía sintomática
- Diabetes mellitus descompensada
- Trastornos hemorrágicos
- Infecciones cutáneas en la región inguinoescrotal
- Infecciones del aparato genital
- Usuarios presionados por su cónyuge o por alguna persona.
- Usuarios que han tomado su decisión bajo presión desusada.
- Usuarios con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
- Usuarios con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad. (MINSAs, 2004, pág. 30)

3.2.5.5 ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

Según la NORMA TECNICA DE SALUD DE PLANIFICACION FAMILIAR 2017.

Definición: Son todos los métodos hormonales que se usan como emergencia, luego de una relación sexual sin protección, para evitar un embarazo no deseado. Existen las tabletas de levonorgestrel, dos píldoras de 0.75 mg cada una, una tableta de 1.5 mg de levonorgestrel y el método YUZPE usando las píldoras de la anticoncepción oral combinada. (pág. 89) Cabe resaltar que este tipo de método, no se considera como método anticonceptivo como tal, ya que su uso es exclusivamente en caso de emergencia.

Mecanismo de acción: Inhibe la ovulación. Espesa el moco cervical. (pag.89)

Tasa de eficacia:

- Cuando más temprano sea el empleo mayor probabilidad de eficacia.
- Las de solo progestágeno (levonorgestrel) hasta 95%.
- Las anticonceptivas combinadas (Método de Yuzpe) hasta 75%. (pág. 90)

Indicaciones:

- Violación.
- Violencia sexual familiar.
- Relación sexual sin protección.
- No usa regularmente un método anticonceptivo.
- Se rompió o se deslizo el condón.
- Se le olvido de tomar más de dos de la píldora de uso regular.
- No se aplicó el inyectable en su fecha.
- Se expulsó la T de cobre.

- Usaron el coito interrumpido, mal uso del método del ritmo. (pág. 89)

Características:

- No es un método para uso regular, debe de ser considerada como una alternativa de uso excepcional.
- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad.
- Eficaz si se usa lo más rápido dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- Método dependiente de la usuaria, de la rapidez para tomar las pastillas
- No requiere un examen pélvico previo a su uso.
- No brinda protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH - SIDA, ni el HTVL1.
- No se ha reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos, en caso de falla del método. (pág. 89)

Modo de uso:

- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas).
- Inicio: La primera dosis dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección. La segunda y última dosis 12 horas después de la primera dosis.

Método de sólo progestágeno:

- Levonorgestrel una tableta de 0.75 mg, por dos dosis.
- Levonorgestrel, 1,5mg dosis única.

Método de Yuzpe o de píldoras anticonceptivas combinadas, hay que verificar la cantidad de etinil estradiol y calcular cuantas píldoras suman 100 o más microgramos, de esas se tomaran dos dosis. Las disponibles en el Ministerio es el etinil estradiol de 30 ug se tomarán cuatro píldoras en cada dosis. Para las de 50 ug se tomarán dos dosis de dos píldoras cada una. (pág. 90)

DEFINICION DE TERMINOS

Conocimiento: "Acción o efecto de conocer". (RAE, 2014)

Actitud: Según la RAE, la definición es “disposición de ánimo manifestada de algún modo.”, de esta manera podemos aplicarlo a como las puérperas enfrentan la utilización de los métodos anticonceptivo. (RAE, 2014)

Métodos anticonceptivos: Aquellos mecanismos que se aplican a la mujer y al varón para evitar un embarazo no planificado.

Múltipara: “Dicho de una mujer que ha tenido más de un parto.” (RAE, 2014)

3.4. HIPOTESIS

3.4.1 HIPOTESIS POSITIVA: las puérperas múltiparas del Hospital De San Juan De Lurigancho que poseen un alto conocimiento tendrán buena actitud hacia los métodos anticonceptivos.

3.4.2 HIPOTESIS NEGATIVA: las puérperas múltiparas del Hospital De San Juan De Lurigancho que poseen un bajo conocimiento tendrán mala actitud hacia los métodos anticonceptivo.

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLOGICO

4.1. TIPO DE INVESTIGACION

- Cuantitativo
- Aplicada
- Prospectiva
- Corte longitudinal
- Exploratoria.

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACION

- No experimental, transversal.

4.3. POBLACION

- Constituida por 380 puérperas multíparas atendidas y hospitalizadas en el hospital San Juan de Lurigancho durante enero de 2018.

4.4. MUESTRA

La muestra es de tipo probabilística y lo constituyeron 164 puérperas, que fueron atendidas y que se encontraban hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho.

Calculo del tamaño de la muestra

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) \times Z^2 \times p \times q}$$

En donde:

n: tamaño de la muestra

N: total de la población

Z: 1.96 (nivel de confianza 95%)

p: probabilidad esperada de que ocurra el evento en estudio.

q: (1- pe) probabilidad esperada de que NO ocurra el evento.

d: precisión o error 5%=0.05

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Reemplazando lo valores:

$$n = \frac{286 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (286 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 164$$

UNIDAD DE MUESTRA

Puérpera múltipara hospitalizada en el servicio de gineco obstetricia en el Hospital San Juan de Lurigancho.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSION

- Puérperas múltiparas hospitalizadas.
- Pacientes con dos o más partos.
- Pacientes que deseen participar de la investigación.
- Puérperas adolescentes con el permiso de sus padres.

EXCLUSION

- Puérperas primíparas.
- Puérperas adolescentes sin permiso de sus padres.
- Puérperas que no acepten ser evaluadas.
- Pacientes que por sus condiciones de salud no puedan responder la encuesta.

MUESTREO

Tipo de muestreo: sistemático.

4.5. PROCESAMIENTO Y TECNICAS

TÉCNICA E INSTRUMENTO

Se utilizará la técnica de la entrevista la cual permitirá recolectar información a través del instrumento el cuestionario, que será dirigido a puérperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho, enero 2018; el cual va hacer sometido de contenido y constructo mediante el juicio de expertos.

En la presente investigación para la recolección de información se elaboró un cuestionario, el mismo que está compuesto por:

- Primera parte: datos generales, edad, estado civil, religión, grado de instrucción, paridad, andría, edad de inicio de relaciones sexuales, embarazo planificado.
- Segunda parte "Conocimientos sobre métodos anticonceptivos": esta sección de preguntas es para determinar el nivel de conocimiento de la puérpera, que está determinado por 10 preguntas.

El nivel de conocimiento se determinó según el número de respuestas correctas de las puérperas de acuerdo al siguiente patrón de corrección: 1.d; 2.c; 3.e; 4.c; 5.b; 6.e; 7.b; 8.d; 9.d; 10.b.

La calificación de la prueba de conocimiento está basada en la siguiente escala:

- Alto: de 15 a 20 puntos
- Medio: 10 a 14 puntos
- Bajo: 0 a 9 puntos.

En la sección de actitudes está dividido de la siguiente manera:

- Tercera parte "Actitudes hacia los métodos anticonceptivos": esta sección de preguntas es para determinar las opiniones, sentir y actitud de las puérperas hacia los métodos anticonceptivos, utilizando una escala tipo Likert, considerando cinco alternativas:
 - De acuerdo.
 - No precisa.
 - En desacuerdo.

DISEÑO DE INSTRUMENTO

La presente investigación para la recolección de datos de información se elabora un cuestionario, el mismo que está compuesto por 20 preguntas, 10 de respuestas cerradas para medir el nivel de conocimiento, y 10 para medir el nivel de actitudes, las cuales pretenden dar solución al problema planteado en esta investigación para obtener la información.

PROCEDIMIENTO

- Se socializará el proyecto a los directivos del hospital mediante un oficio emitido por el director de la escuela de obstetricia, así mismo se solicitará autorización para la realización de las encuestas dentro del servicio de gineco-obstetricia de la institución.
- Se identificará a la población de puérperas multíparas que se encuentran hospitalizadas en el Hospital San Juan de Lurigancho.
- Se explicará minuciosamente las instrucciones a las puérperas multíparas que colaboraran con la realización del cuestionario.
- Una vez recogida la información se tabulará y se analizarán los datos.

4.6. PLAN DE ANALISIS

PROCESAMIENTO DE DATOS

Para el análisis de los datos y obtención de los resultados se utilizó el programa estadístico IBM SPSS versión 24.0 para la obtención de los resultados. Para el procesamiento de los datos se vaciaron los resultados en un a base de datos Excel 2016.

ASPECTOS ETICOS

De acuerdo a los principios éticos contenidos en el Reporte de Belmont, la Declaración de Helsinki y el Código de Núremberg en relación a la confidencialidad, la información no será revelada. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará información alguna que permita la identificación de las participantes en este estudio. Derechos del paciente. Las participantes podrán retirarse en cualquier momento de la investigación, o no participar en una parte del estudio sin ser perjudicadas.

RESULTADOS

En el estudio participaron 164 púérperas de parto vaginal y cesarea de los servicios de puerperio inmediato, puerperio normal, puerperio patológico y alto riesgo obstétrico en el mes de enero de 2018.

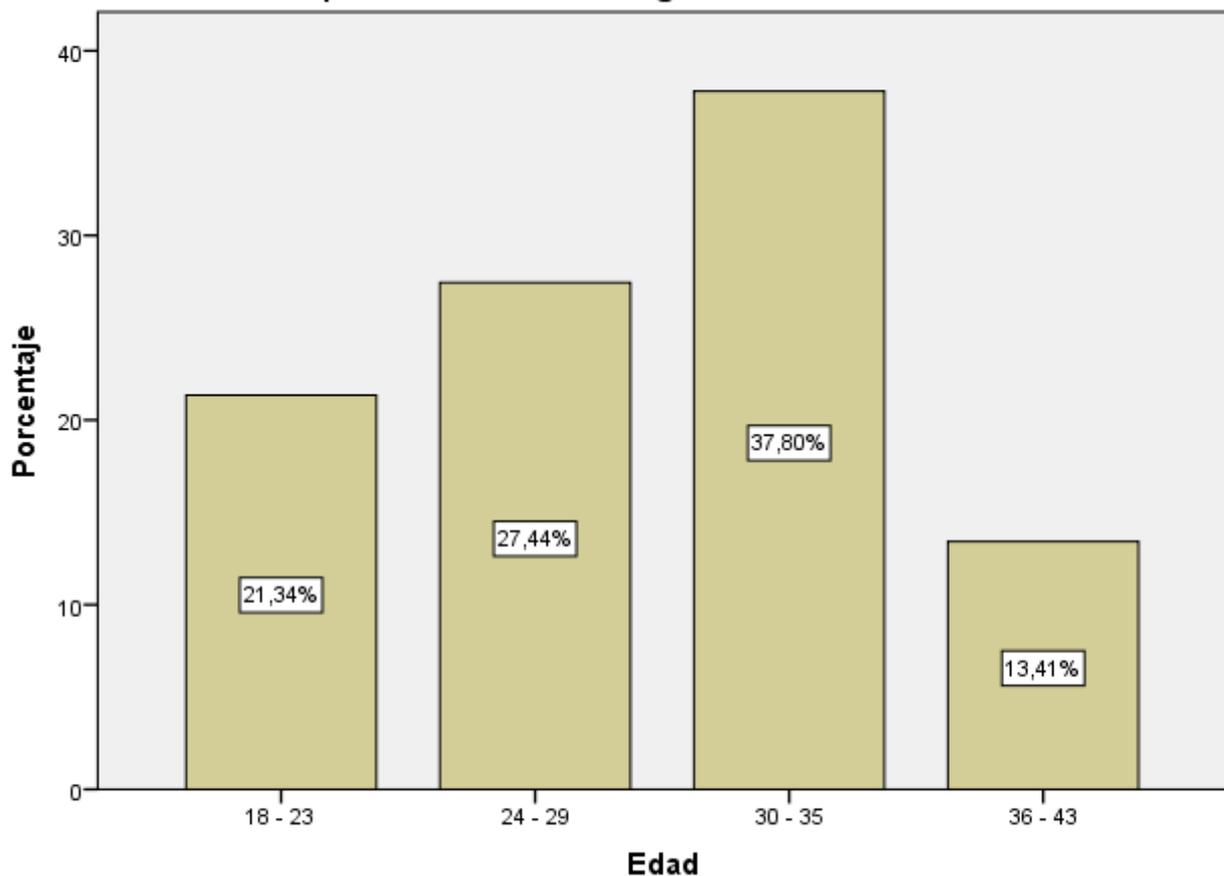
Frecuencia y porcentajes de las variables demográficas y obstétricas

Tabla N°1. Frecuencia y porcentaje de las edades en 6 categorías de las púérperas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Edad | 18 - 23 | 35 | 21,3 | 21,3 |
| | 24 - 29 | 45 | 27,4 | 48,8 |
| | 30 - 35 | 62 | 37,8 | 86,6 |
| | 36 - 43 | 22 | 13,4 | 100,0 |
| | Total | 164 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

Gráfica N°1. Porcentaje de las edades en 4 categorías de las púérperas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018



Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

INTERPRETACION

La tabla y el gráfico N° 1 se observa el rango de las edades de los 18 años a los 43 años. Para un mejor análisis, se dividió en 4 categorías. La primera categoría con el grupo etario de 18 a 23 años con el 21,3%. En la segunda, con el 27,4% entre 24 a 29 años. La tercera, con el 37,8% entre los 30 a 35 años. La cuarta, con el 13,4% entre los 36 a 43 años.

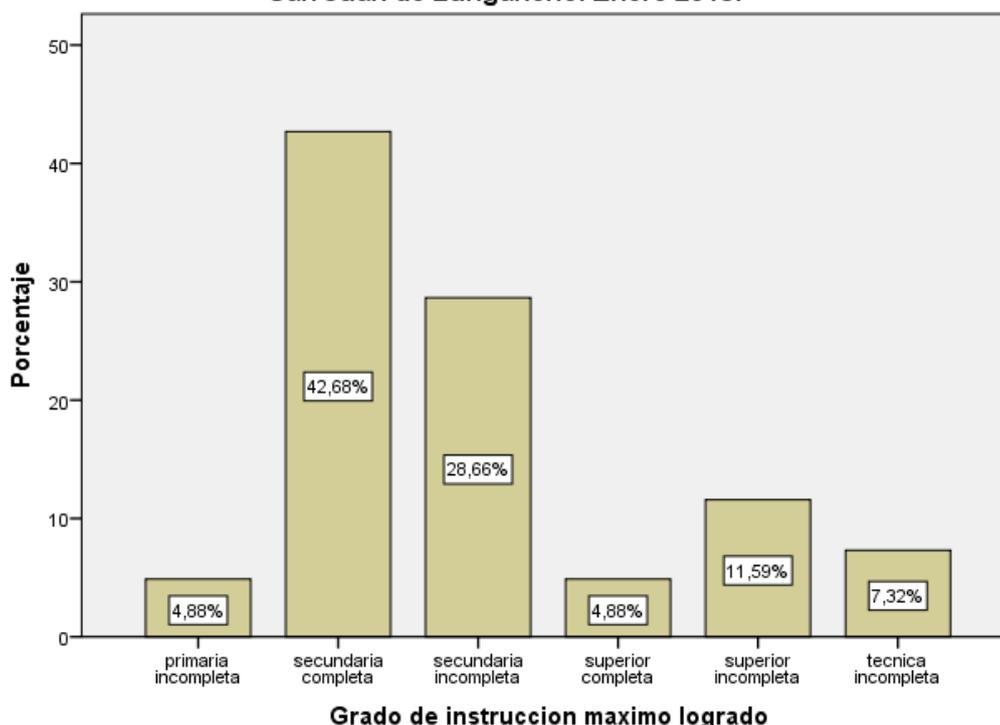
5.2 Grado de instrucción

Tabla N°2. Frecuencia y porcentaje del grado de instrucción de las púerperas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| primaria incompleta | 8 | 4,9 | 4,9 | 4,9 |
| secundaria completa | 70 | 42,7 | 42,7 | 47,6 |
| secundaria incompleta | 47 | 28,7 | 28,7 | 76,2 |
| superior completa | 8 | 4,9 | 4,9 | 81,1 |
| superior incompleto | 19 | 11,6 | 11,6 | 92,7 |
| técnica incompleta | 12 | 7,3 | 7,3 | 100,0 |
| Total | 164 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

Grafico N°2. Porcentaje del grado de instrucción de las púerperas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018.



Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

INTERPRETACION

En la tabla y el gráfico N° 2: se halló el grado de instrucción desde primaria incompleta hasta superior técnica incompleta. El 42,7% de las puérperas multíparas tuvo grado de secundaria completa, seguido de secundaria incompleta con un 28,7%, el grado superior incompleta con un 11,6%, el técnico incompleto con 7,3%, y 4,9% tuvo primaria incompleta y superior completa.

5.3 Estado Civil

Tabla N°3. Frecuencia y porcentaje del estado civil de las puérperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| casada | 16 | 9,8 | 9,8 | 9,8 |
| soltera | 4 | 2,4 | 2,4 | 12,2 |
| convivientes | 141 | 86,0 | 86,0 | 98,2 |
| divorciada | 3 | 1,8 | 1,8 | 100,0 |
| Total | 164 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

INTERPRETACION

Tabla N° 3: El mayor porcentaje lo obtuvo el estado civil conviviente con el 86%. El estado civil de casada obtuvo el 9,8%, el estado civil de soltera el 2,4% y divorciada obtuvo el 1,8%.

5.4 Paridad

Tabla N°4. Frecuencia y porcentaje de la paridad de las puérperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 2-4 | 82 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| 5-7 | 78 | 47,6 | 47,6 | 97,6 |
| 8-mas | 4 | 2,4 | 2,4 | 100,0 |
| Total | 164 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

INTERPRETACION

Tabla N° 4: el 50% tuvo de 2 a 4 partos, el 47,6% tiene de 5 a 7 partos, y solo el 2,4% tiene de 8 a más parto. (Se tomó la cantidad de partos, tanto vaginales como cesáreas, de las puérperas multíparas).

5.5 Edad inicio de relaciones sexuales

Tabla N°5. Frecuencia y porcentaje de la edad de inicio de las puérperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 12-15 | 15 | 9,1 | 9,1 | 9,1 |
| 16-18 | 123 | 75,0 | 75,0 | 84,1 |
| 19-21 | 22 | 13,4 | 13,4 | 97,6 |
| 22-24 | 4 | 2,4 | 2,4 | 100,0 |
| Total | 164 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

INTERPRETACION

Tabla N° 5: El 75% inicio entre las edades de 16 a 18 años, el 13,4% inicio entre los 19 a 21 años, el 9,1% inicio entre los 12 a 15 años, y el menor porcentaje de 2,4% entre los 22 a 24 años.

5.6 Número de parejas sexuales

Tabla N°6. Frecuencia y porcentaje del número de parejas sexuales de las puérperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 1-2 | 38 | 23,2 | 23,2 | 23,2 |
| 3-4 | 103 | 62,8 | 62,8 | 86,0 |
| 4-5 | 23 | 14,0 | 14,0 | 100,0 |
| Total | 164 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

INTERPRETACION

Tabla N° 6: Se halla que el número de andria de las puérperas multíparas encuestadas el mayor porcentaje que es el de 62,8% equivale de 3 a 4 parejas, seguido del 23,2% que tuvo entre 1 a 2 parejas, y por último el 14% que obtuvo de 4 a 5 parejas.

5.7 Embarazo deseado

Tabla N°7. Frecuencia y porcentaje del número de parejas sexuales de las puérperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho.

Enero 2018

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Si | 40 | 24,4 | 24,4 | 24,4 |
| No | 124 | 75,6 | 75,6 | 100,0 |
| Total | 164 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

INTERPRETACION

El 75,6% de las puérperas multíparas no deseaba un embarazo, y el 24,4% si busco la gestación. (Tabla N°7).

5.8 Utilización de método anticonceptivo

Tabla N°8. Frecuencia y porcentaje del número de puérperas multíparas que han decidido utilizar un método anticonceptivo del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Si | 156 | 95,1 | 95,1 | 95,1 |
| No | 8 | 4,9 | 4,9 | 100,0 |
| Total | 164 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

INTERPRETACION

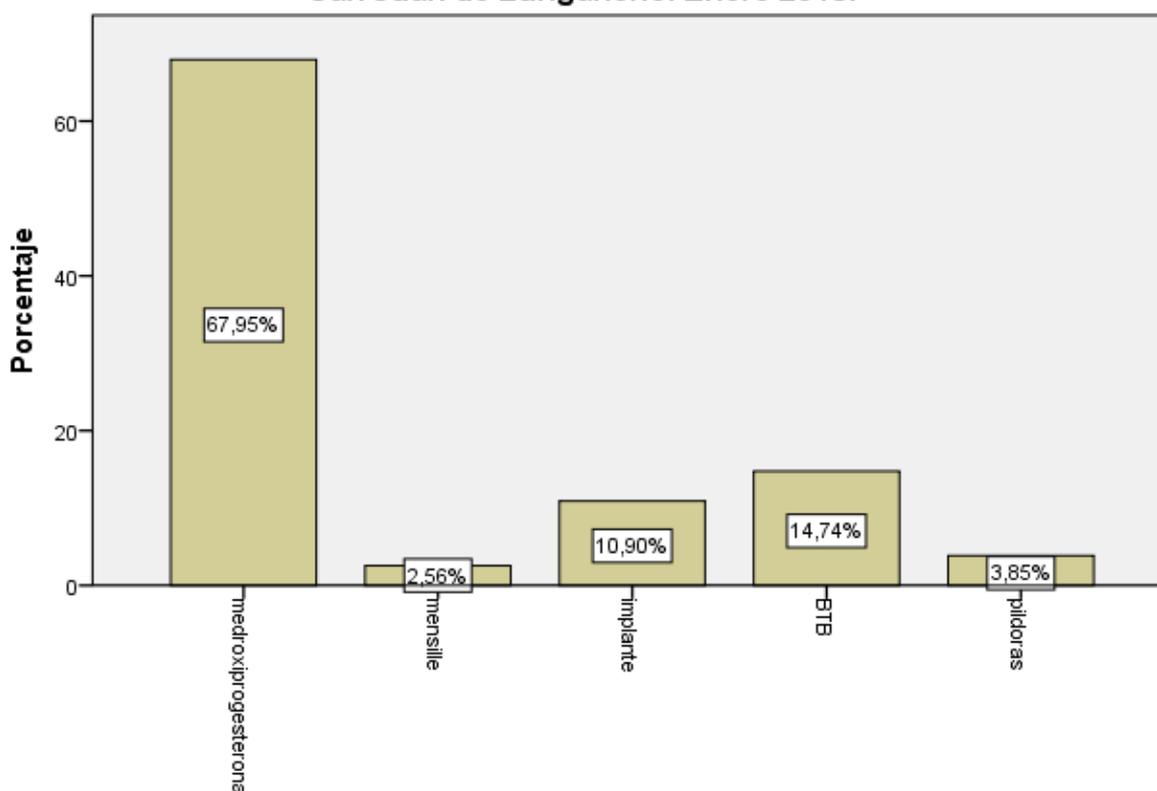
El 95,1% de las puérperas multíparas decidió utilizar un método anticonceptivo (156 puérperas), mientras que el 4,9% decidió que no utilizaría método anticonceptivo (8 puérperas. (Tabla N°9).

Tabla N°9. Frecuencia y porcentaje del método anticonceptivo escogido por las púerperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| medroxiprogesterona | 106 | 64,6 | 67,9 | 67,9 |
| mensille | 4 | 2,4 | 2,6 | 70,5 |
| implante | 17 | 10,4 | 10,9 | 81,4 |
| BTB | 23 | 14,0 | 14,7 | 96,2 |
| pildoras | 6 | 3,7 | 3,8 | 100,0 |
| Total | 156 | 95,1 | 100,0 | |
| Perdidos Sistema | 8 | 4,9 | | |
| Total | 164 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

Gráfico N°3. Porcentaje del grado de instrucción de las púerperas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018.



Que metodo anticonceptivo ha decidido utilizar

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

INTERPRETACION

Tabla N° 9 y el gráfico N° 10: De las puérperas que decidieron utilizar un método anticonceptivo el mayor porcentaje obtenido fue el 67,9% con el método de medroxiprogesterona, el 14,7% decidió por el bloqueo tubarico bilateral (BTB), el 10,9% eligió el método del implante subdermico, el 3,8% escogieron las píldoras (etinilestradio y levonorgestrel), y el menor porcentaje fue de 2,6% que lo obtuvo la inyección intramuscular mensual.

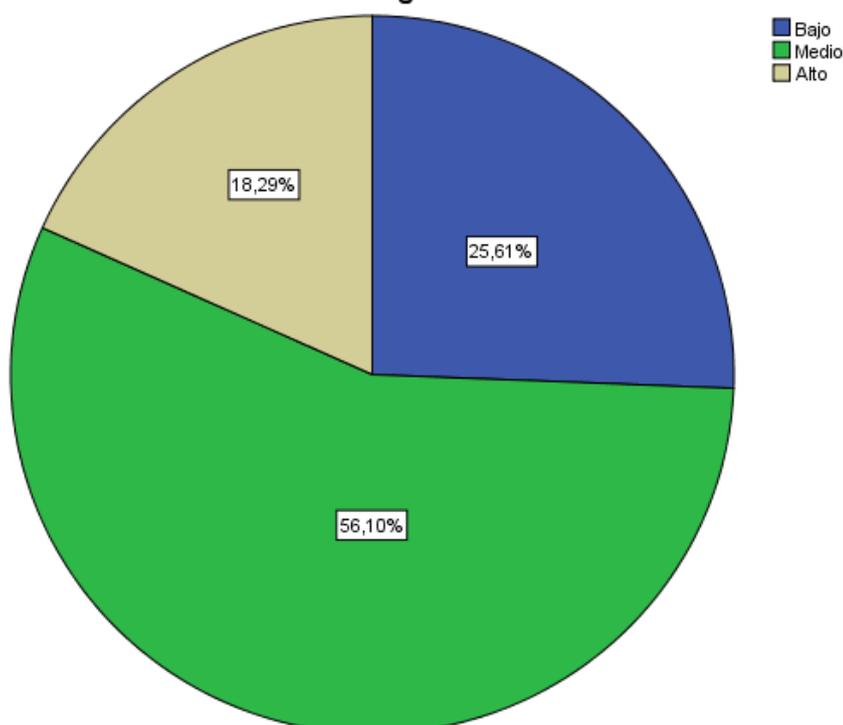
5.9 Nivel de conocimiento

Tabla N°10. Frecuencia y porcentaje del nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las puérperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Bajo | 42 | 25,6 | 25,6 | 25,6 |
| Medio | 92 | 56,1 | 56,1 | 81,7 |
| Alto | 30 | 18,3 | 18,3 | 100,0 |
| Total | 164 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

Gráfico N°4. Porcentaje del nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las puérperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018



Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

INTERPRETACION

El nivel de conocimiento se midió a través de la sumatoria de respuestas correctas de las 10 preguntas, con un valor de 2 la respuesta correcta y de 0 la respuesta incorrecta, de la encuesta. Se halló que el 56,1% tuvo un nivel de conocimiento medio. El 25,6% tuvo un nivel de conocimiento bajo. El 18,2% conocimiento alto. (Tabla N°10 y grafico N°4).

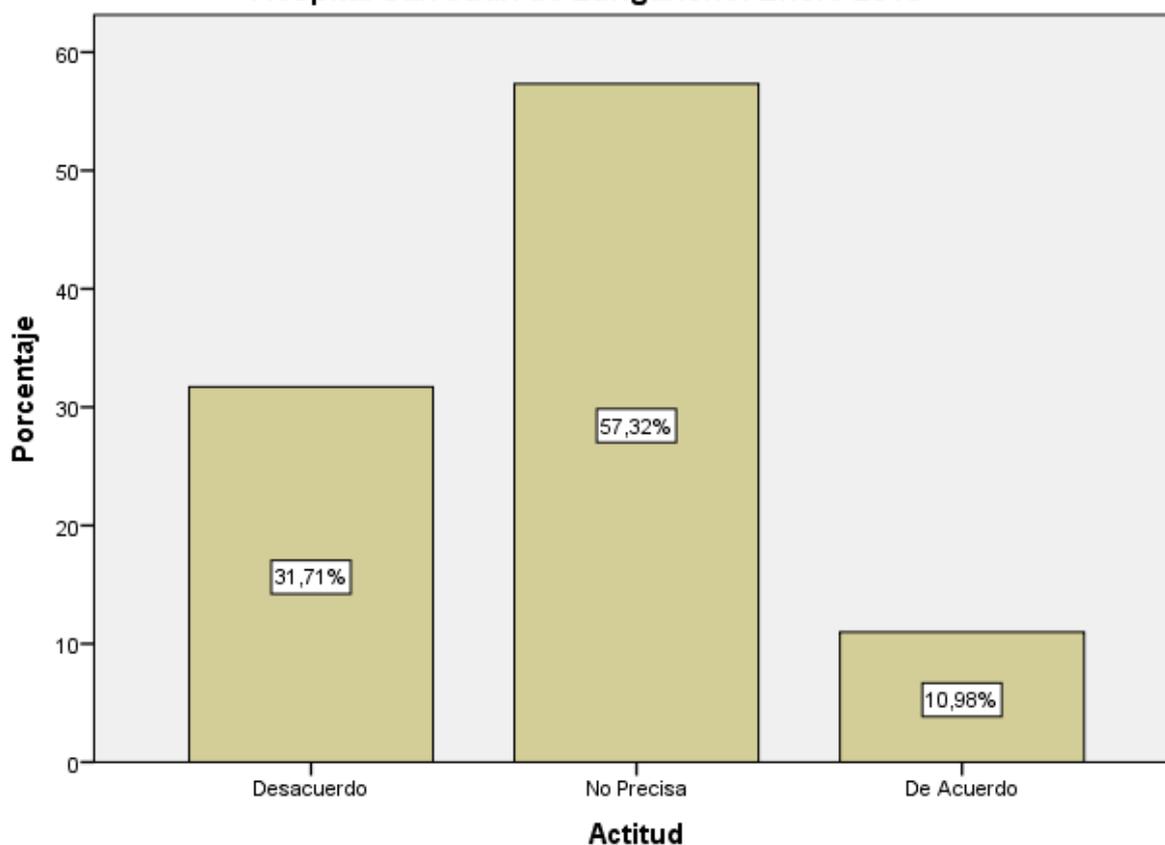
5.9 Actitudes

Tabla N°11. Frecuencia y porcentaje de las actitudes de las puérperas múltiples del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Desacuerdo | 52 | 31,7 | 31,7 | 31,7 |
| No Precisa | 94 | 57,3 | 57,3 | 89,0 |
| De Acuerdo | 18 | 11,0 | 11,0 | 100,0 |
| Total | 164 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

Grafico N°5. Porcentaje del nivel de actitudes de las puérperas múltiples del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018



Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

INTREPRETACION

El nivel de actitudes se midió a través de una escala tipo Licker, del cual se puede observar que el 57,3% de las puérperas tiene una actitud de No Precisa, el 11% De acuerdo y el 31,7% una actitud Desacuerdo.

5.10 Relación entre el nivel de conocimiento y edad:

Tabla N°12. Relación entre la edad y el nivel de conocimiento de las puérperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018

| | | Nivel de Conocimiento | | | Total | |
|------|---------|-----------------------------|-------|-------|-------|--------|
| | | Bajo | Medio | Alto | | |
| Edad | 18 - 23 | Recuento | 12 | 12 | 11 | 35 |
| | | % dentro de edad (Agrupada) | 34,3% | 34,3% | 31,4% | 100,0% |
| | 24 - 29 | Recuento | 7 | 27 | 11 | 45 |
| | | % dentro de edad (Agrupada) | 15,6% | 60,0% | 24,4% | 100,0% |
| | 30 - 35 | Recuento | 19 | 35 | 8 | 62 |
| | | % dentro de edad (Agrupada) | 30,6% | 56,5% | 12,9% | 100,0% |
| | 36 - 43 | Recuento | 4 | 18 | 0 | 22 |
| | | % dentro de edad (Agrupada) | 18,2% | 81,8% | 0,0% | 100,0% |
| | Total | Recuento | 42 | 92 | 30 | 164 |
| | | % dentro de edad (Agrupada) | 25,6% | 56,1% | 18,3% | 100,0% |

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

INTERPRETACION

En la siguiente tabla se observa que el mayor resultado porcentual sobre conocimiento de los métodos anticonceptivos lo obtuvieron las puérperas del grupo etario de 18 a 23 años, en nivel de conocimiento Alto con un 31,4%, el mayor porcentaje del nivel Medio lo obtuvo el grupo etario de 36 a 43 años con un 81,8%, y por último el mayor porcentaje del nivel de conocimiento Bajo lo obtuvo el grupo etario de 18 a 23 años con un 34,3%.

5.11 Relación entre la actitud y la edad:

Tabla N°13. Relación entre la edad y el nivel de actitud de las puérperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018

| | | Actitud | | | Total | |
|------|---------|-----------------------------|------------|------------|-------|--------|
| | | Desacuerdo | No Precisa | De Acuerdo | | |
| Edad | 18 - 23 | Recuento | 12 | 23 | 0 | 35 |
| | | % dentro de edad (Agrupada) | 34,3% | 65,7% | 0,0% | 100,0% |
| | 24 - 29 | Recuento | 8 | 25 | 12 | 45 |
| | | % dentro de edad (Agrupada) | 17,8% | 55,6% | 26,7% | 100,0% |
| | 30 - 35 | Recuento | 32 | 27 | 3 | 62 |
| | | % dentro de edad (Agrupada) | 51,6% | 43,5% | 4,8% | 100,0% |
| | 36 - 43 | Recuento | 0 | 19 | 3 | 22 |
| | | % dentro de edad (Agrupada) | 0,0% | 86,4% | 13,6% | 100,0% |
| | Total | Recuento | 52 | 94 | 18 | 164 |
| | | % dentro de edad (Agrupada) | 31,7% | 57,3% | 11,0% | 100,0% |

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

INTERPRETACION

En la siguiente tabla se observa que el mayor resultado porcentual sobre la actitud de las puérperas hacia los métodos anticonceptivos que están en Desacuerdo es del 51,6% y son del grupo etario de 30 a 35 años. El mayor resultado sobre la actitud de No Precisa es del 86,4% en el grupo etario de 36 a 43 años, el mayor resultado sobre la actitud De Acuerdo alcanzó el 26,7% en el grupo etario de 24 a 29 años.

5.12 Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud

Tabla N°14. Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de las puérperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2018

| | | | Actitud | | | Total |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|------------|------------|------------|--------|
| | | | Desacuerdo | No Precisa | De Acuerdo | |
| Conocimiento | Bajo | Recuento | 4 | 35 | 3 | 42 |
| | | % dentro de Nota (Agrupada) | 9,5% | 83,3% | 7,1% | 100,0% |
| | Medio | Recuento | 28 | 52 | 12 | 92 |
| | | % dentro de Nota (Agrupada) | 30,4% | 56,5% | 13,0% | 100,0% |
| | Alto | Recuento | 20 | 7 | 3 | 30 |
| | | % dentro de Nota (Agrupada) | 66,7% | 23,3% | 10,0% | 100,0% |
| Total | Recuento | 52 | 94 | 18 | 164 | |
| | % dentro de Nota (Agrupada) | 31,7% | 57,3% | 11,0% | 100,0% | |

Fuente: Elaboración propia. Enero 2018

INTERPRETACION

En la tabla se aprecia que el mayor porcentaje entre el nivel de conocimiento Bajo y la actitud de No Precisa es de 83,3%, el nivel de conocimiento Medio con la actitud De Acuerdo es de 13% y el nivel de conocimiento Alto con la actitud de Desacuerdo es de 66,7%.

DISCUSIÓN

Luego de finalizar el Estudio de Investigación se concluye que las edades de las puérperas, en el que se encontró un porcentaje de 37,8%, que comprende el rango etario de 30 a 35 años. Porcentaje similar se relaciona con el trabajo de Heaysell Sarria Arguello y Dennis Betancourt Osejo, se encontró que su población de 20 a 34 años son 36,6%. (Sarria & Betancourt, 2014, pág.65)

Durante el estudio se encontró que el 42,7% de las puérperas multíparas encuestadas tiene como grado de estudio la secundaria completa. Este resultado se relaciona con el estudio realizado por Paúl Andrés Espinoza Martínez, en el que afirma que el mayor porcentaje lo obtuvieron las puérperas con grado de instrucción de secundaria 59,6%. (Espinoza, 2017, pág. 1)

Continuando tenemos el estado civil de las puérperas multíparas, encontrándose que el 86% de encuestadas son convivientes, datos similares con el trabajo de Xymena Paola Olano Calle y Karla Zugey Vásquez Larco, donde se observa que este tipo de unión es del 86,9%. (Olano & Vásquez, 2016, pág. 36)

Se observó que el 50% de las puérperas multíparas han tenido entre 2 a 4 partos, un rango similar se formuló en el trabajo de Milagros Huillca Ramirez, en donde se aprecia que el mayor porcentaje lo obtuvieron las que tuvieron 2 partos con un 44,2%. (Huillca, 2017, pág. 25)

Encontramos también que el 75% inicio sus relaciones sexuales entre los 16 a 18 años, rango que todavía pertenece a la adolescencia. Similar resultado encontramos en el estudio realizado por Michelle Gueseloff en la cual, la edad de inicio de la actividad sexual indica que en su mayoría corresponde al rango etaria entre los 15 y 17 años. (Gueseloff, 2011, pág.3)

Se observa que en el estudio el 75,6% de puérperas multíparas no deseaba una gestación, algo contradictorio se encontró en el trabajo de María Moras, en el cual se aprecia que el 47,4% no deseaba el porcentaje, esto puede deberse a diferencias psicosociales. (Moras, 2015, pág. 46)

Siguiendo con el trabajo de María Moras, en su investigación se encontró que el 89,7% de puérperas Sí han escogido un método anticonceptivo, situación similar con el presente estudio donde se encontró que el 95,1% escogió un método anticonceptivo antes del alta. De acuerdo con el tipo de método anticonceptivo, en la presente investigación se halla que el método anticonceptivo inyectable trimestral (medroxiprogesterona) tiene un porcentaje de 64,4%, resultado similar al de María Moras con un 66,7%. (Moras, 2015, pág. 47)

Se observó que el nivel de conocimiento de las puérperas de mayor porcentaje es Medio con un 56,1%, resultado similar se encontró en el trabajo de Heaysell Sarria Arguello y Dennis Betancourt Osejo, con un 44,3%. (Sarria & Betancourt, 2014, pág.67)

De acuerdo con el nivel de actitudes se encontró que el 31,7% de puérperas muestran una actitud Desacuerdo, porcentaje que se asemeja al del trabajo de Heaysell Sarria Arguello y Dennis Betancourt Osejo, donde se halló que actitud Desfavorable es de 45,6% (Sarria & Betancourt, 2014, pág. 69)

CONCLUSIONES

- Se pudo determinar que el nivel de conocimiento de las puérperas multíparas sobre métodos anticonceptivos es de nivel Medio.
- Las actitudes de las puérperas multíparas hacia los métodos anticonceptivos es de No precisa.
- En relación al conocimiento y la actitud de la puérpera hacia los métodos anticonceptivos se observa que poseen conocimientos Alto, pero su actitud es de desacuerdo, esto puede deberse al mal uso del método anticonceptivo que les genera rechazo hacia estos.

RECOMENDACIONES

Realizar actividades de información y educación en métodos anticonceptivos para los adolescentes y adultos, incluyendo los varones.

Realizar actividades preventivas en educación sexual, salud mental y estilos de vida saludable, enfocado en la planificación familiar dentro de las instituciones educativas, con el fin de captar a los padres y cambiar la mentalidad de esta población, y por consiguiente evitar los embarazos adolescentes.

Capacitar a los proveedores de salud que brindan la consejería en planificación familiar para que estos den información verídica y actualizada sobre los métodos anticonceptivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Gueseloff, Michelle, "*Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos*" (tesis de pregrado), Rosario, Argentina, 2011.

Valle Ramos, Juan Ignacio; "*Relación entre variables socio-económicas con Conocimiento y preferencia sobre métodos Anticonceptivos en mujeres postparto. Hospital Enrique Garcés 2013*" (tesis de pregrado), Quito, Ecuador, 2013.

Miranda Mazariegos, Imelda Magdalena, "*Nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar en puérperas adolescentes*" (tesis de maestría), Guatemala, Guatemala, 2016.

Sarria Arguello, Heaysell; Betancourt Osejo, Dennis, "*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 para doctorado), Managua, Nicaragua.

Espinoza Martínez, Paúl Andrés, "*Conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos en mujeres postparto en el Hospital Jose Felix Valdivieso, enero – junio 2017*" (tesis pregrado), Cuenca, Ecuador, 2017.

Olano Calle, Xymena Paola, Vásquez Larco, Karla Zugey "*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 pregrado), Lima Peru, 2016.

Salas Vasquez, Ricardo Ernesto; "*Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en pacientes puérperas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte - octubre 2016, Lima, Perú, 2017.*"

- Moras Rosado, María Melissa; *Relación Entre El Conocimiento Y Uso De Métodos Anticonceptivos En Las Pacientes Puérperas Del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión* - Enero 2015. Lima, Perú 2015.
- Ticona Chacón, Lidia Verónica; *Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal*. Enero 2016. Lima, Perú, 2016.
- Huillca Ramirez, Milagros Cinthia "*NIVEL de conocimiento del uso de métodos anticonceptivos en puérperas del Hospital Nacional Sergio Bernales - diciembre 2017*" (tesis de pregrado), Lima, Perú, 2018
- Norma Técnica De Salud De Planificación Familiar RM N°652-2016 MINSA [versión resumida] 2017.
- Granero Pardo, José Luis; *Puerperio, La Inmaculada de Huercal Overa*, Marzo 2004
- Zegarra, Tula; *Mitos y Metodos anticonceptivos*, Primera Edicion, Marzo 2011, Lima, Peru.
- Planificación familiar, OMS, Nota descriptiva, Enero 2018.
- Instituto Nacional de Estadística e informática. Peru Encuesta demográfica y de salud familiar 2014. Planificación Familiar. Uso de métodos. Perú 2015.
- Silvia Ubillos, Sonia Mayordomo, Dario Paez, Cctitudes: definición y medición componentes de la actitud. modelo de la acción razonada y acción planificada, cap. X.
- Dorina Vereau, Adolfo Pinedo, Luis Tavana; Conocimientos y actitudes sobre el embarazo y anticonceptivos en puérperas adolescentes, revista de Ginecología y obstetricia 1995; 41 (1): 20-30.
- Miguel Aignerren, Tecnicas de medición por medio de escalas, universidad de Antioquia, 2008.

Ricardo Leopoldo Schwarcz Fescina y Carlos Duverges. *Obstetricia*. Sexta edición. Buenos Aires, Argentina, 2009.

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.

Huamanchumo Jimenez, Y. E., 2014. *Influencia del Taller de Educación Sexual y Reproductiva, en el nivel de conocimientos, de Alumnos del Tercer Grado de Educación Secundaria del Centro Educativo TÚPAC AMARU II - Distrito Florencia de Mora: Marzo-Julio 2014* (tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Peru.

Ayala Garrido, C. L., 2015, *actitudes hacia la diabetes del personal de salud médico tratante y pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana – Perú, enero 2015*(tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

Fernández Sedano,I., Ubillos Landa, S., Zubieta,E., Páez Rovira, D. (2004). *Psicología social, cultura y educación*. España. Pearson Educación.

OMS, *Planificación Familiar*, nota descriptiva, enero 2016, disponible en

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

OMS, *Mortalidad Materna*, nota descriptiva, setiembre 2016, disponible en

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

OMS, *Informe sobre la salud en el mundo*, capítulo III No todos los embarazos son causa de alegría, 2005, disponible en <http://www.who.int/whr/2005/chapter3/es/index3.html>

ONU, *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*, 2015.

Real Academia Española (23^a ed.). (2014), *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*, Barcelona, España. Espasa.

ANEXOS

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos y actitudes que tienen las puérperas multíparas sobre métodos anticonceptivos en el Hospital de San Juan de Lurigancho de noviembre a diciembre de 2017?

MATRIZ DE COHERENCIA

| OBJETIVOS | HIPOTESIS | VARIABLES |
|---|---|---|
| <p>GENERAL: Determinar el nivel de conocimiento y actitudes de las puérperas multíparas del Hospital San Juan de Lurigancho acerca de los métodos anticonceptivos.</p> <p>ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar las actitudes de las puérperas multíparas del Hospital de San Juan de Lurigancho sobre los métodos anticonceptivos.• Identificar la relación entre el conocimiento y actitudes que tienen las puérperas multíparas sobre los métodos anticonceptivos. | <p>HIPÓTESIS POSITIVA: Las puérperas multíparas del Hospital de San Juan de Lurigancho poseen un alto conocimiento y buena actitud hacia los métodos anticonceptivos.</p> <p>HIPÓTESIS NEGATIVA: Las puérperas multíparas del Hospital de San Juan de Lurigancho poseen un bajo conocimiento y mala actitud hacia los métodos anticonceptivo.</p> | <p>DEPENDIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none">- Actitudes y conocimiento <p>INDEPENDIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none">- Puérperas multíparas |

MATRIZ: CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | INDICADORES | | ESCALA DE MEDICION |
|---|---|--|--|--|--------------------|
| <p>Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en púerperas multíparas.</p> | <p>Referido como el conjunto de información de la púerpera sobre los métodos anticonceptivos.</p> | <p>1. Conocimientos sobre Planificación familiar.</p> <p>2. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.</p> <p>1. Falsos conceptos sobre métodos anticonceptivos.</p> | <p>1. Recibió instrucción sobre lo que es la planificación familiar</p> <p>2. Sabe lo que es la planificación familiar.</p> <p>3. Sabe cuáles son los métodos anticonceptivos modernos y tradicionales.</p> <p>4. Sabe cómo se utilizan los métodos anticonceptivos.</p> <p>5. Conoces los falsos conceptos acerca de los métodos anticonceptivos.</p> | <p>1. La planificación familiar se utiliza:</p> <p>a. Para planear la cantidad de hijos y cuando tenerlos.</p> <p>b. Prevenir los embarazos no planeados.</p> <p>c. Para conocer e informarse sobre métodos anticonceptivos.</p> <p>d. Todas las anteriores.</p> <p>e. No sé.</p> <p>2. Los métodos anticonceptivos se utilizan para:</p> <p>a. Tener mayor frecuencia de relaciones sexuales.</p> <p>b. Para poder tener un embarazo.</p> <p>c. Para impedir un embarazo no planeado.</p> <p>d. No sé.</p> <p>3. Los tipos de métodos anticonceptivos son:</p> <p>a. De barrera.</p> <p>b. Hormonales.</p> <p>c. Definitivos.</p> <p>d. Naturales.</p> <p>e. Todos los anteriores.</p> <p>f. Ninguno de los anteriores.</p> <p>4. Los métodos anticonceptivos deben de ser:</p> <p>a. El que me diga mi amiga.</p> <p>b. Lo que decida mi pareja.</p> <p>c. El que yo decida junta con la</p> | <p>Nominal</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>obstetra/medico.</p> <p>d. El que me den en la farmacia.</p> <p>e. No sé.</p> <p>5. Los métodos anticonceptivos después del parto:</p> <p>a. No se deben de usar.</p> <p>b. Solo se pueden usar algunos métodos.</p> <p>c. Le hacen daño a mi bebe.</p> <p>d. Le hacen daño a mi cuerpo.</p> <p>e. No sé.</p> <p>6. Señale lo correcto:</p> <p>a. La T de cobre produce cáncer.</p> <p>b. Los métodos anticonceptivos se usan en cualquier momento.</p> <p>c. Los métodos anticonceptivos producen infertilidad.</p> <p>d. Todas las anteriores.</p> <p>e. Ninguna de las anteriores.</p> <p>7. Sobre el implante subdérmico, es falso que:</p> <p>a. Es un cilindro, pequeño, flexible que va debajo de la piel del brazo.</p> <p>b. Producen cáncer de mama.</p> <p>c. Tiene una efectividad del 99%.</p> <p>d. Es un método anticonceptivo hormonal.</p> <p>8. La planificación familiar después del parto permite:</p> <p>a. Evitar trasladarse a un centro de salud distante después del parto.</p> <p>b. Iniciar las relaciones sexuales antes de los 40 días después del parto con seguridad.</p> <p>c. Protección para prevenir otro embarazo</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>por un largo tiempo.</p> <p>d. Todas son ciertas.</p> <p>9. Sobre el preservativo, es falso que:</p> <p>a. Sirve para protegernos contra las enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>b. Se utiliza un preservativo por relación sexual.</p> <p>c. Su uso es durante toda la relación sexual</p> <p>d. No se debe de utilizar más de una vez</p> <p>e. Todas las anteriores.</p> <p>10. Sobre la ligadura de trompas es cierto:</p> <p>a. Produce muchos efectos en la mujer como: vómitos, pérdida de la memoria, cambios de personalidad, etc.</p> <p>b. Es un método con el 99% de efectividad.</p> <p>c. Solo se puede realizar después del parto.</p> <p>d. Este método anticonceptivo produce cáncer.</p> <p>e. No sé.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | INDICADORES | | ESCALA DE MEDICION |
|--|--|---|---|--|--------------------|
| Actitudes sobre métodos anticonceptivos en puérperas multíparas. | Se define como el conjunto de conductas, sentimientos y opiniones que poseen las puérperas multíparas hacia los métodos anticonceptivos. | Actitudes tomadas al momento de utilizar los métodos anticonceptivos. | <ol style="list-style-type: none"> 1.Utiliza algún tipo de método anticonceptivo. 2.Está de acuerdo con la utilización de métodos anticonceptivos. 3.Que opiniones tienen acerca de la utilización de los métodos anticonceptivos. 4.Autonomía para la elección de los métodos anticonceptivos. 5.Consideraciones positivas y negativas acerca de los métodos anticonceptivos. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Creo que debería de haber más información sobre los métodos anticonceptivos. 2. La elección de un método anticonceptivo debe de ser junto con la orientación de la obstetra o médico. 3. Utilizar un método anticonceptivo me da seguridad de no quedar embarazada. 4. Creo que utilizar un método anticonceptivo es fácil. 5. Creo que deberían de proporcionar métodos anticonceptivos a los adolescentes. 6. Creo que utilizar un método anticonceptivo solo depende de mí. 7. Creo que solo la mujer debe de utilizar los métodos anticonceptivos. 8. Creo que los métodos anticonceptivos inyectables son más seguros que las píldoras. 9. Creo que el preservativo es el método anticonceptivo más fácil de conseguir. 10. Creo que después del parto se debe de dar anticonceptivos a la mujer. | Ordinal |

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS PUERPERAS MULTIPARAS SOBRE
METODOS ANTICONCEPTIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO.
ENERO 2018**

Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento y actitudes SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS de las pacientes múltiparas.

Instrucciones

1. El siguiente cuestionario es de carácter PERSONAL Y ANONIMO.
2. Es las siguientes preguntas responda en una solo alternativa.
3. Si tiene alguna duda puede preguntar al encuestador.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad:

2. Grado de instrucción: Primaria Secundaria Superior Técnica

Completa Incompleta

3. Estado Civil: Casada Soltera Conviviente Divorciada
Viuda

4. Paridad:

5. Edad de inicio de las relaciones sexuales:

6. Número de parejas sexuales:

7. Embarazo deseado: Sí No

8. ¿ha decidido utilizar algún método anticonceptivo? Sí No

a. En caso su respuesta es Sí, ¿Qué método ha escogido?: _____

b. En caso su respuesta sea No, ¿Cuál es su motivo para no utilizar un método anticonceptivo?:

Por favor lea atentamente cada pregunta, valore y elija una sola alternativa, marque con un aspa (X) la que considere correcta.

CONOCIMIENTOS EN METODOS ANTICONCEPTIVOS

1. La planificación familiar se utiliza:

- a. Para planificar la cantidad de hijos y cuando tenerlos.
- b. Prevenir los embarazos no planeados.
- c. Para conocer e informarse sobre métodos anticonceptivos.
- d. Todas las anteriores.
- e. Ninguna de las anteriores.

2. Los métodos anticonceptivos se utilizan para:

- a. Tener mayor frecuencia de relaciones sexuales.
- b. Para poder tener un embarazo.
- c. Para postergar un embarazo no planeado.
- d. Ninguna de las anteriores.

3. Los tipos de métodos anticonceptivos son:

- a. De barrera.
- b. Hormonales.
- c. Definitivos.
- d. Naturales.
- e. Todos los anteriores.
- f. Ninguno de los anteriores.

4. Los métodos anticonceptivos deben de ser:

- a. El que me diga mi amiga.
- b. Lo que decida mi pareja.
- c. El que yo decida junta con la obstetra/medico.
- d. El que me den en la farmacia.
- e. Ninguna de las anteriores.

5. Los métodos anticonceptivos después del parto:

- a. No se deben de usar.
- b. Se pueden usar métodos anticonceptivos.
- c. Le hacen daño a mi bebe.
- d. Le hacen daño a mi cuerpo.
- e. Ninguna de las anteriores.

6. Señale lo correcto:

- a. La T de cobre produce cáncer.
- b. Los métodos anticonceptivos se usan en cualquier momento.
- c. Los métodos anticonceptivos producen infertilidad.
- d. Todas las anteriores.
- e. Ninguna de las anteriores.

7. Sobre el implante subdérmico, es falso que:

- a. Es un cilindro, pequeño, flexible que va debajo de la piel del brazo.
- b. Producen cáncer de mama.
- c. Tiene una efectividad del 99%.
- d. Es un método anticonceptivo hormonal.
- e. Ninguna de las anteriores.

8. La planificación familiar después del parto permite:

- a. Evitar trasladarse a un centro de salud distante después del parto.
- b. Iniciar las relaciones sexuales antes de los 40 días después del parto con seguridad.
- c. Protección para prevenir otro embarazo por un largo tiempo.
- d. Todas son ciertas.

9. Sobre el preservativo, es falso que:

- a. Sirve para protegernos contra las enfermedades de transmisión sexual.
- b. Se utiliza un preservativo por relación sexual.
- c. Su uso es durante toda la relación sexual
- d. Se debe de utilizar más de una vez
- e. Todas las anteriores.

10. Sobre la ligadura de trompas es cierto:

- a. Produce muchos efectos en la mujer como: vómitos, pérdida de la memoria, cambios de personalidad, etc.
- b. Es un método con el 99% de efectividad.
- c. Solo se puede realizar después del parto.
- d. Este método anticonceptivo produce cáncer.
- e. Ninguna de las anteriores.

RESPUESTAS DE LAS PREGUNTAS

1. d; 2. c; 3. e; 4. c; 5. b; 6. e; 7. b; 8. d; 9. d; 10. b.

ACTITUDES SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

| N° | ENUNCIADOS | De Acuerdo | No Precisa | En Desacuerdo |
|----|---|------------|------------|---------------|
| 1 | Creo que debería de haber más información sobre los métodos anticonceptivos. | | | |
| 2 | La elección de un método anticonceptivo debe de ser junto con la orientación de la obstetra o médico. | | | |
| 3 | Utilizar un método anticonceptivo me da seguridad de no quedar embarazada. | | | |
| 4 | Creo que utilizar un método anticonceptivo es fácil. | | | |
| 5 | Creo que deberían de proporcionar métodos anticonceptivos a los adolescentes. | | | |
| 6 | Creo que utilizar un método anticonceptivo solo depende de mí. | | | |
| 7 | Creo que solo la mujer debe de utilizar los métodos anticonceptivos. | | | |
| 8 | Creo que los métodos anticonceptivos inyectables son más seguros que las píldoras. | | | |
| 9 | Creo que el preservativo es el método anticonceptivo más fácil de conseguir. | | | |
| 10 | Creo que después del parto se debe de dar anticonceptivos a la mujer. | | | |

Por su cooperación con esta encuesta ¡Muchas Gracias!