

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN:

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MUJERES POSPARTO SOBRE LA ELECCIÓN DE UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL PUERPERIO USUARIAS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR BÁSICA LAS CHARCAS SAN BUENAVENTURA E INTERMEDIAS SANTA ROSA DE LIMA Y “ENFERMERA ZOILA ESPERANZA TURCIOS DE JIMENEZ”, LA UNION, AÑO 2017.

PRESENTADO POR:

MIRIAN LISSETH CALDERON VENTURA

JUAN ANTONIO GARCIA SEGOVIA

SINDY MARGARITA ZELAYA ARANIVA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

Dra. ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

NOVIEMBRE DE 2017,

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DOCTOR MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO

VICERRECTOR ACADÉMICO

MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PÉNA MARÍN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

INGENIERO JOAQUIN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICEDECANO

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACION

ASESORES

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA METODOLÓGICA

TRIBUNAL CALIFICADOR

PRESIDENTE

SECRETARIO

Dra. ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO.

VOCAL

DEDICATORIA.

Agradecimiento a Dios todopoderoso, por siempre fortalecer mis días, por las infinitas bendiciones, por la sabiduría, inteligencia, discernimiento en cada etapa de mi vida, e innumerables detalles, resaltando un pilar importante que es mi familia a quienes prosigo agradecer.

A mi padre Raúl Calderón Manzano, por ser un padre ejemplar, una imagen de amor, de respeto, disciplina, inteligencia, responsabilidad con su esposa, hijas y personas que le rodean. Entre muchas cosas más.

A mi madre Reina Mirian Ventura de Calderón por ser esa persona llena de amor, inteligente, perseverante y constante en sus metas y objetivos, entregada a su familia.

Ambos por siempre tener las palabras adecuadas para hacerme seguir adelante, para impulsarme a cumplir mis metas, animándome, apoyándome en todas mis decisiones, brindándome todo lo necesario para poder lograrlo, depositando su confianza en mí en las buenas y en las malas. Y lo más importante amándome como solo ellos lo saben hacer, cuidándome y haciéndome ver que la excelencia no consiste en no equivocarse nunca, si no en realizar las cosas de la mejor manera posible, haciendo uso de nuestras mejores virtudes y cualidades. Fortaleciendo en mí persona la humildad, el amor a Dios, el amor a la familia y a las personas a nuestro alrededor.

A mis hermanas Reina Elizabeth Calderón, Griselda Vásquez Calderón, Lidia Elena Calderón, por siempre amarme, cuidarme, apoyarme y ser un ejemplo.

A nuestros asesores: Dra. Ana Judith Guatemala de Castro por su orientación en el desarrollo de esta investigación; Maestra Elba Margarita Berrios Castillo por su responsabilidad, guía y conocimientos brindados para culminar este seminario de grado.

Al resto de mi familia, mis amigos y todas aquellas personas que de una u otra manera forman parte de mi vida, por su confianza, consejos, oraciones y mejores deseos.

A las personas que estuvieron involucrados de manera directa e indirecta en mi formación académica desde su inicio hasta la actual fecha.

MIRIAN LISSETH CALDERON VENTURA

DEDICATORIA.

A DIOS: En primer lugar por darnos la fortaleza, la guía sobre el buen camino y la sabiduría para actuar correctamente.

A MIS PADRES: Por su guía y apoyo durante el camino, por ser incondicionales y siempre buenos.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR: Especialmente la Facultad Multidisciplinaria Oriental por brindarnos la oportunidad de comenzar y así mismo culminar mi preparación académica.

A NUESTROS DOCENTES: cada uno de ellos por compartir sus sabios conocimientos y ser parte activa de nuestra formación.

A NUESTROS ASESORES: Dra. Ana Judith Guatemala de Castro por su orientación en el desarrollo de esta investigación; Maestra Elba Margarita Berrios Castillo por su responsabilidad, guía y conocimientos brindados para culminar este seminario de grado.

A CADA UNA DE LAS PERSONAS: Que de una u otra manera han contribuido en mi formación, han contribuido dando orientación y colaborando directamente a enriquecer esta investigación.

JUAN ANTONIO GARCIA SEGOVIA.

DEDICATORIA.

Agradezco a Dios, por su infinita bondad en disponer cada uno de los dones que han hecho de mí la persona que hoy soy, principalmente por los regalos maravillosos que ha brindado en cada etapa de mi vida, esperando en sus manos poder obrar en bien con mis conocimientos.

A mi padre, Carlos Ulises Zelaya mi modelo de fortaleza, de abnegación, sobre todo, de humildad, por ser un padre amoroso, protector y por guiarme con su nobleza de corazón durante todos estos años, por su sacrificio y entereza, por formar en mi carácter y sencillez.

A mi madre, Iris Yanira Araniva de Zelaya, que con su calidez, dulzura y apoyo incondicional ha sido para mí la imagen pura del amor y la bendición más grande en mi vivir. Por sus primorosos cuidados, por ser mi fortaleza, mi refugio, la luz de mis ojos. A mi hermana, Iris Gabriela Zelaya Araniva, mi mayor tesoro, la chispa y el motor que cada día anima mi vivir con su sonrisa y su transparencia. A mi abuela Rosa Cándida Lazo, que, con su ejemplo de mujer emprendedora, forjo en mí el ímpetu de superación, y sé que desde el cielo guarda mis pasos. A mi familia, el pilar más sólido en mi vida, ustedes, son mi todo.

A la Universidad de El Salvador, nuestra alma mater, por ser parte desde el inicio de este arduo y gratificante camino, por abrirme sus puertas y hacer de mí una futura profesional, apta e íntegra para el ámbito en que me desenvolveré. Así mismo, agradezco a cada uno de los docentes, que, a lo largo de mi formación, han reforzado valores como carácter, responsabilidad y amor por estudio.

A mis amigos más cercanos, por todo su cariño, comprensión, por sus palabras de ánimo y su compañía en todo momento, por ser parte de lo que soy.

SINDY MARGARITA ZELAYA ARANIVA

TABLA DE CONTENIDOS	PAG
LISTA DE TABLAS	ix
LISTA DE GRÁFICOS	x
LISTA DE ANEXOS	xi
RESUMEN	xii
INTRODUCCION	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 Antecedentes del Problema	2
1.2 Enunciado del Problema	4
1.3 Justificación	4
2. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo General	5
2.2 Objetivos Específicos	6
3- MARCO TEORICO	6
4- SISTEMA DE HIPÓTESIS	26
5. METODOLOGIA	28
6. RESULTADOS	32
7. DISCUSIÓN	52
8. CONCLUSIONES	54
9. RECOMENDACIONES	55
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57

LISTA DE TABLAS

PAG

Tabla 1. operacionalizacion de Variables.....	27
Tabla 2. poblacion de cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar.....	28
Tabla 3. Edad de las puérperas según Unidad de Salud.....	32
Tabla 4. Estado familiar por Unidad de Salud.....	33
Tabla 5. Procedencia de las puérperas en las Unidades de Salud.....	34
Tabla 6. Nivel académico de las puérperas en las Unidades de Salud.....	35
Tabla 7. Ocupación de las puérperas en las Unidades de Salud.....	36
Tabla 8. Religión de las puérperas en las Unidades de Salud.....	37
Tabla 9. Método de planificación familiar que está usando.....	38
Tabla 10. Método de planificación familiar a elegir.....	39
Tabla 11. Método de planificación a elegir a pesar de prohibirlo el hombre.....	41
Tabla 12. Método de planificación a elegir versus haber usado alguna vez.....	42
Tabla 13. Le han hablado en la Unidad de Salud y conocimiento de algún método.....	43
Tabla 14. Considerar importante elegir método a partir de la consejería recibida.....	44
Tabla 15. Medio por el que se informó la puérpera de los MPF.....	45
Tabla 16. Conocimiento de las puérperas para la elección de métodos.....	46
Tabla 17. Conocimiento por Unidad de Salud.....	47
Tabla 18. Conocimiento de las parejas de las puérperas sobre el mpf.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

PAG

Gráfico 1. Distribución de edad de las puérperas en las Unidades de Salud.	32
Gráfico 2. Distribución del estado familiar en las Unidades de Salud.	33
Gráfico 3. Procedencia de las puérperas en las Unidades de Salud.	34
Gráfico 4. El nivel académico de las puérperas en las Unidades de Salud.	35
Gráfico 5. Ocupación de las puérperas.	37
Gráfico 6. Religión de las puérperas en las Unidades de Salud.	38
Gráfico 7. Método de planificación familiar que está usando.	39
Gráfico 8. Método de planificación familiar a elegir.	40
Gráfico 9. Método de planificación a elegir a pesar de prohibirlo el hombre.	41
Gráfico 10. Método de planificación a elegir versus haber usado alguna vez.	43
Gráfico 11. Le han hablado en la Unidad de Salud y conocimiento de método	44
Gráfico 12. Considerar importante elegir método a partir de la consejería recibida.	45
Gráfico 13. Medio por el que se informó la puérpera	46
Gráfico 14. Conocimiento de las puérperas para la elección de métodos	47
Gráfico 15. Conocimiento por Unidad de Salud.	48
Gráfico 16. Conocimiento de las parejas de las puérperas sobre el MPF.	49

LISTA DE ANEXOS

PAG

ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	58
ANEXO N° 2: CUESTIONARIO	59
ANEXO N° 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACION CICLO I Y II AÑO 2017 DE LA CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA.....	63
ANEXO N° 4: PRESUPUESTO	64
ANEXO N° 5: TABLA DE DISTRIBUCION NORMAL TIPIFICADA.....	65
ANEXO N° 6: LISTA DE SIGLAS.	66
ANEXO N°7: GLOSARIO	67

RESUMEN.

Es claro que la planificación familiar contribuye en medida sustancial a la salud materno-infantil. El interés de este estudio es por tanto exponer de una forma más específica el conocimiento de las mujeres posparto para elegir un método de planificación familiar. **Objetivo:** Se consideró valorar de una manera más concisa el conocimiento de las mujeres posparto que eligen un método de planificación familiar, y en caso contrario, los factores que influyen en que estas no elijan ningún método. **Metodología:** la investigación tendrá un enfoque cuantitativo, en la cual se contará con 230 mujeres posparto como población en estudio, que hayan elegido un método de planificación familiar y que hayan sido inscritas en dicho programa en los establecimientos de salud de donde se tomó la muestra poblacional. La técnica para la recolección de datos será una entrevista detallada de 20 minutos de duración, la cual solo será brindada a las mujeres que den su consentimiento para tal actividad. **Conclusiones:** en base a la investigación se presentan elementos claves del conocimiento que poseen las puérperas sobre los métodos de planificación en la etapa del puerperio, la mayoría de mujeres en esta etapa no utilizan ningún método de planificación familiar, enlazando determinantes como nivel de escolaridad nula o baja, ocupación a la que se dedican, ama de casa, o vendedoras, lo cual les da una inestabilidad económica evidente, con una deficiente atención y cuidados básicos a sus hijos. Las mujeres que se encuentran utilizando un método de planificación eligieron inyectable y el DIU. Pocas puérperas poseen conocimiento aceptable acerca de la diversidad de métodos, en relación a su conocimiento una minoría elige con seguridad y confianza el método de planificación familiar a utilizar, aunado al conocimiento deficiente de sus parejas.

Palabras clave: conocimiento, puerperio, métodos de planificación familiar.

INTRODUCCION.

El presente trabajo de investigación explica que son los métodos de planificación familiar, su clasificación y mecanismos de acción, así como sus respectivas tasas de efectividad con el fin de poder otorgar una idea clara sobre los métodos de los que se dispone y con ello poder estudiar los diferentes tipos de métodos de planificación elegidos por la población participante, así mismo como parte primordial, se explica la base legal en el marco de las políticas de salud sexual y reproductiva que engloba la presente investigación.

Es claro que la planificación familiar contribuye en medida sustancial a la salud materno-infantil. Esto implica que muchos de los recursos humanos deban ser destinados a la solución de problemas previsible en detrimento de las acciones programadas de salud que constituyen el objetivo esencial en cuanto a la calidad de vida y acceso a la salud orientado a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil.

Aunque en el actual sistema de salud se cuenta con una política que dispone de un programa de planificación familiar se consideró valorar de una manera más concisa el conocimiento de las mujeres posparto que eligen un método de planificación familiar, y en caso contrario, los factores que influyen en que estas no elijan ningún método.

El trabajo de investigación pues, está compuesto por el planteamiento de la misma, en donde se construye la justificación para dar a conocer el porqué de este trabajo y por consiguiente, los objetivos que enmarcan la misma. Se encuentran además como parte del marco referencial, los antecedentes tanto históricos, internacionales, nacionales y locales, que se utilizaron de cimiento para construir la base teórica en la que se fundamenta este trabajo, enlistando a su vez el aspecto legal que ampara cada concepto detallado y que a su vez, expone de manera clara los derechos y deberes de la población en estudio. Se enumeran en el marco teórico, cada aspecto conceptual y farmacológico que se tomó en cuenta para el desarrollo técnico del trabajo.

Se describen además las posibles respuestas al planteamiento que enmarca esta investigación, así como el tipo de población en estudio, y los criterios en los que se basó la inclusión de la misma, así mismo los métodos que se utilizaron para recolectar y medir la información y como esta se llevó a cabo previo a la validación académico-administrativa tanto del nombre que denomina este trabajo, como del instrumento utilizado para recabar información y los demás aspectos afines. Se incluyen, además, las consideraciones éticas y los anexos, en los cuales se encuentra implícito el consentimiento informado y el instrumento (en este caso, encuesta) usado. Por último se encuentran las referencias bibliográficas en las que se encuentra el cimiento y el respaldo científico que ampara este trabajo.

El interés de este estudio es por tanto exponer de una forma más específica el conocimiento de las mujeres posparto para elegir un método de planificación familiar inscritas en dicho programa en las unidades de salud en estudio, además de identificar el tipo de método más elegible, y si las púerperas tuvieron o no acceso a información antes, durante o después del parto para elegir un método de planificación familiar.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Antecedentes del Problema

La Historia de la anticoncepción se remonta a miles de años, pues está demostrado que la necesidad de practicarla ha existido toda la vida. En un principio se llevó a cabo siempre con fines personales de evitar un embarazo fuera de una pareja. Posteriormente también surgieron algunas indicaciones médicas, cuando existía peligro para la madre en el parto, o cuando había la posibilidad de transmitir a la prole enfermedades.

Las primeras prácticas anticonceptivas pese a su dudosa eficacia, perduraron por milenios, puesto que no existió ninguna divulgación acerca de en qué consistían y sobre todo su poca efectividad. Desde siempre han existido métodos anticonceptivos falaces, irracionales o relacionados con rituales mágicos. Se tienen referencias fehacientes de prácticas anticonceptivas desde miles de años antes de nuestra era, en algunos papiros egipcios como el “kahum”, escrito 1850 a. de C. y descubierto en 1889. En él se señalaban como anticonceptivos, una sustancia pegajosa como la miel con la que se cubría la vagina.

Otros papiros algo más recientes, 1550 años a. de C., como los de “Ebers”, “Berlin”, etc. Reafirman el uso de métodos que intentaban buscar la anticoncepción. Quizá el método más difundido desde los tiempos primitivos ha sido el coito interrumpido; sin embargo no aparecen registros de él, hasta hace unos dos mil años, encontrándose clara referencia en la Biblia en el Génesis. Por su parte los griegos, desde el siglo IV a de C. en forma de escrituras o de textos médicos, ya se ocupaban de la anticoncepción.

Todo esto derivó en Europa provocando inquietudes que derivaron en los métodos anticonceptivos que se popularizaron en los siglos XVII y XIX e incluso los primeros años del presente, aunque mucha o casi toda la información llegó a través de fuentes islámicas principalmente de la India y de China. El muy famoso Avicena (980-1027), médico y filósofo árabe relata varios procedimientos utilizados todavía hoy en día. Aunque la preocupación por evitar el embarazo siempre ha estado presente como se indicaba anteriormente no fue solo hasta hace doscientos años que empezaron a difundirse los procedimientos anticonceptivos con los que se contaba presentando un verdadero avance, apenas hace 25 a 30 años atrás en el que los factores sociales han inducido a desarrollar técnicas as efectivas para el control de la fertilidad.

En la Actualidad fue alrededor de 1970 cuando la OMS empezó a crear los primeros conceptos de planificación familiar. Actualmente esta forma parte del componente de Salud Sexual y Reproductiva toda ella dentro del marco de los avances científicos y tecnológicos de los últimos años, durante los cuales se elaboraron diferentes componentes en los cuales se incorpora las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), revisadas en el año 2001; con el fin de que sean incorporadas a las prácticas regulares de los proveedores gubernamentales y no gubernamentales que permitan brindar una atención de calidad y calidez, facilitando el acceso a utilización de los diferentes métodos de planificación familiar. Más Recientemente la OMS ha elaborado múltiples guías basadas en su evidencia los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (OMS, 2009) y las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos

(OMS 2008). Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica un manual que los proveedores de servicios de planificación familiar pueden consultar, cuyo título es Planificación familiar: un manual mundial para proveedores (OMS 2011).

En El Salvador, la Encuesta de Salud Familiar de (FESAL 2002/03) reporta una tasa Global de Fecundidad de 2.97 hijos por cada mujer; con amplias variaciones según residencia. Las mujeres que viven en el área rural, tienen en promedio 4 hijos. Igualmente, reporta una tasa global de uso de métodos de planificación familiar del 67.3% en mujeres casada o unidas; siendo menor en el área rural (60.1%); datos según los cuales se ha modificado los referentes nacionales y la toma de decisiones que engloban la salud de las mujeres en edad reproductiva que ya están reconocidos en las leyes nacionales, documentos internacionales y otros aprobados por consenso.

El Ministerio de Salud en el marco de la Maternidad Segura para la Planificación Familiar de Calidad, considerando el ejercicio de los derechos reproductivos, así como la elección libre e informada y voluntaria para los diferentes métodos de planificación familiar. Según la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2002-2003, un 30.7% de mujeres tienen espacios entre nacimientos de menos de 3 años. La consejería juega un papel importante para facilitar la información y apoyo para que las mujeres espacien sus embarazos. Es necesaria la implementación de estrategias adecuadas que garanticen un fácil acceso de las usuarias a este servicio para contribuir a la reducción de morbi-mortalidad en el embarazo.

Actualmente la provisión de educación anticonceptiva se considera un componente estándar de la atención posparto. Con frecuencia la educación se proporciona como parte de la planificación del alta o bien durante los controles posparto, pero para muchas mujeres la discusión es superficial y forma parte de una lista de control de temas, actualmente se conoce más acerca de los métodos anticonceptivos apropiados para las puérperas, que acerca de qué pudiera ser útil para ayudar a las puérperas a elegir un anticonceptivo.

La actual normativa de Planificación Familiar define y estandariza los procedimientos, técnicas y bases conceptuales para la provisión de estos servicios, en el marco de los avances científicos y tecnológicos de los últimos años, así como las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud actualizadas para contribuir al ejercicio de los derechos reproductivos y equidad de género, con enfoque de salud familiar, que faciliten las acciones para prevenir riesgos de salud, especialmente de la mujer, así como brindar estos servicios de acuerdo al entorno y necesidades individuales.

En la zona, el Oriental de El Salvador no existen estudios relacionados con el tema, sin embargo basta con revisar las estadísticas para darnos cuenta de lo grande de la problemática, no existe un dato real de cuantas mujeres tienen periodos intergenésicos cortos, cuántas mujeres asisten a sus controles de puerperio, cuantas utilizan un método anticonceptivo; pero la alta densidad poblacional, la cual según el último censo de población (2007) en el oriente de El Salvador habitan 1,190,881 personas de las cuales 631,891 son mujeres, es decir un 53.06 % del total, así como el alto número de mujeres en edad fértil hace importante la realización de programas relacionados con la planificación familiar.

Solo en la UCSFI Santa Rosa de Lima en el año 2016 se produjeron 580 nacimientos de los cuales solo 391 de estas madres llevaron un control puerperal, es decir el aproximado de un tercio de las mujeres no acudió a sus controles ni le fue llevado un seguimiento de su fertilidad lo cual contribuye directamente a la morbimortalidad de nuestra región. Tampoco existe información estadística de cuantas de ellas decidieron elegir un método de planificación como control de su fertilidad.

1.2 Enunciado del Problema

¿Cuál es el conocimiento que tienen las mujeres posparto sobre la elección de un método de planificación familiar durante el puerperio en usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar Básica las Charcas San Buenaventura e intermedias Santa Rosa de Lima y “Enfermera Zoila Esperanza Turcios de Jiménez”, La Unión, año 2017?

1.3 Justificación.

La investigación pretende determinar el conocimiento que tienen las mujeres pos parto en la elección de un método de planificación familiar en la etapa del puerperio que consultan la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Santa Rosa de Lima, La Unión, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Enfermera Zoila Esperanza Turcios de Jiménez, La Unión, La Unión y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Las Charcas, San Buenaventura, Usulután, investigando que cierto porcentaje de la población aun conociendo de los métodos de planificación, no optan por su utilización, para planificar futuros embarazos y reducir al mínimo posible los riesgos obstétricos identificados por el profesional de la salud para que la paciente y su producto desarrolle un embarazo en las mejores condiciones posibles, por consecuente disminuir muerte maternas e infantiles.

La participación activa de la población usuaria es primordial en el ejercicio de los derechos y en la prestación de los servicios de salud y especialmente en la planificación de la familia, implica una necesidad de mayor o menor cuidado de la mujer en su salud reproductiva y planificación familiar, de acuerdo a su riesgo, lo cual se hará tomando en cuenta los recursos existentes y en los niveles y grados de complejidad que la atención requiera. 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 de planificación familiar (OMS), teniendo en cuenta que la planificación familiar refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos, además previene la muerte de madres y niños, evitando así embarazos no deseados.

El 95% de las mujeres que cursan del periodo de 0 a 12 meses posparto desean evitar el embarazo en los 24 meses siguientes, pero el 70% de ellas no usa métodos de planificación familiar. La cual puede evitar más del 30% de la mortalidad materna y 10% de la mortalidad infantil, si las parejas logran espaciar los embarazos con intervalos mayo de 2 años. Los embarazos separados por intervalos cortos dentro del primer año después del parto son los que presentan mayor riesgo para la madre y el recién nacido, y conllevan mayores riesgos de resultados adversos, como nacimiento prematuros, bajo peso al nacer y neonatos pequeños para la edad gestacional.

En el ámbito demográfico que se llevara a cabo la investigación, se ha observado en común en las pacientes en la etapa del puerperio que consultan las unidades de salud ya mencionadas, estas pacientes, la mayoría tiene baja o nula escolaridad y se dedican principalmente a las actividades domésticas desde muy temprana edad, siendo esta una determinante para el conocimiento e importancia de los diversos métodos ofrecidos. En este marco es trascendental la anticoncepción durante el posparto, pues 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

Así mismo, la información brindada sobre métodos de planificación familiar, no está dirigida únicamente a la mujer, sino a la pareja. Sin embargo, en nuestro medio es evidente la falta de interés por parte del compañero de vida para involucrarse directamente en el conocimiento y elección de métodos de planificación familiar, conducta que probablemente se deba al machismo que aún persiste en nuestra sociedad actual.

Al brindar la información adecuada de los métodos de planificación familiar adecuados a utilizar en el puerperio, se le provee un conocimiento general a la paciente para prevenir de manera oportuna embarazos con periodos intergenésicos menores a un año, o un posible embarazo que ponga en peligro la vida de la paciente o su producto en un futuro, disminuyendo así los costos y sobrepoblación. En nuestro país la atención de un parto sin complicaciones cuesta aproximadamente \$325 en El Hospital de La Mujer, que incluye la atención del parto y 36 horas de estancia hospitalaria, así como materiales y medicamentos básicos, en cambio la atención de una paciente que presente complicaciones requiere de aproximadamente \$1000 por cada día de hospitalización en unidad de cuidados intensivos (Diario1.com 24/febrero 2015), por lo que se puede evidenciar habría una reducción en los costos del Ministerio de Salud. El momento de su introducción y la intención de planificación familiar es espaciar o limitar los nacimientos, todo lo anterior engloba una estrategia de salud que conlleva un cambio individual, familiar, social y cultural, acordes con los derechos reproductivos de las personas.

Estas premisas deben utilizarse para la aplicación de las medidas que corresponden a la mejora en la calidad de atención de las mujeres posparto a fin de discernir de una forma más completa los cuidados de la mujer en su salud reproductiva y planificación familiar, de acuerdo a su riesgo, y conservación de un adecuado estado de salud.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General.

Determinar el conocimiento que tienen las mujeres posparto sobre la elección de un método de planificación familiar durante el puerperio que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Santa Rosa de Lima, La Unión, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Enfermera Zoila Esperanza Turcios de Jiménez, La Unión, La Unión y

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Las Charcas, San Buenaventura, Usulután en el periodo de enero – julio 2017.

2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar el tipo de método de planificación familiar elegido por la mayoría de las mujeres puérperas.
2. Conocer si las puérperas tuvieron accesibilidad a información sobre los métodos de planificación familiar durante el periodo del embarazo.
3. Medir el conocimiento que las puérperas y sus parejas tienen sobre los métodos de planificación familiar y su elección durante el puerperio.

3. MARCO TEORICO

3.1 Marco Legal

De acuerdo al acuerdo no. 1181. San salvador, 9 de agosto de 2012. El órgano ejecutivo en el ramo de salud.

La salud sexual y reproductiva está definida como el estado completo de bienestar físico, mental y social de la población, en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos con la visión de la salud sexual y reproductiva, más allá de la reproducción, incorporando el marco ético de los derechos humanos y las desigualdades de género, integralidad que sobrepasa los aspectos reproductivos y la visión patriarcal exclusiva de una sexualidad heterosexual y reproductiva. Los derechos sexuales y reproductivos están inmersos dentro de los derechos humanos, se basan en el reconocimiento de la autonomía y libertad de las personas a tomar decisiones voluntarias, libres e informadas, respecto a la sexualidad y la reproducción, a fin de garantizar el desarrollo libre, sano, seguro y satisfactorio de la vida sexual y reproductiva, sin discriminación, riesgo, coacción y violencia.

La promoción y consolidación de una sexualidad sana inicia desde la infancia, trasciende en la adolescencia, madura en la adultez y permanece en la vejez. El proceso reproductivo está íntimamente relacionado a la construcción de la sexualidad e incide en el momento de iniciar las relaciones coitales, la voluntad o no de embarazarse y la forma en que acceden o no a una maternidad segura. Todo el proceso está vinculado directamente a las determinantes sociales.

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o de enfermedad o de ambas. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen". (OMS/OPS y Asociación Mundial de Sexología 2000). De estos conceptos surge el doble enlace existente entre salud y sexualidad. No se concibe el

logro de la salud integral de las personas sin el desarrollo pleno y armónico de su sexualidad. Tampoco es posible su ejercicio pleno y satisfactorio, si existen situaciones que afectan la salud de las personas en el plano somático, psicológico y social.

Salud reproductiva.

"La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia..."(conferencia internacional de población y desarrollo, Cairo 1994). El concepto de la salud sexual y reproductiva va más allá de la reproducción y la sexualidad, incorpora el marco ético de los derechos humanos y las desigualdades de género.

Derechos sexuales y reproductivos.

En el marco de los derechos humanos, los derechos sexuales, incluyen los derechos de todas las personas a: decidir de manera libre y responsable sobre todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo el promover y proteger su salud sexual; libres de discriminación, coacción o violencia en su vida sexual y en todas sus decisiones sexuales, esperar, exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales. Los derechos reproductivos incluyen los derechos individuales y de las parejas a: decidir libre y responsablemente el procrear o no, el número de hijos/as, el momento de tenerlos, a que intervalo hacerlo, con quien y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia. Tener la información, educación para alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva.

3.1.1 Derechos Reproductivos.

En la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, Cairo, Egipto, 1994, se planteó el enfoque de derechos, en el que todos los seres humanos nacen con vida propia, dignidad, libres e iguales con capacidad y libertad para ir construyendo su existencia en un proceso social continuo, con necesidades particulares en cada etapa de su desarrollo.

En el Salvador, la salud es un derecho humano inalienable, elevado a la categoría de bien público, según el artículo 65, de la Constitución de la República. En el marco de estos derechos están incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que ya están reconocidos en las leyes nacionales, documentos internacionales y otros aprobados por consenso.

Los derechos reproductivos incluyen:

1. A la vida
2. Al más alto nivel posible de salud
3. A la libertad, seguridad e integridad personal

4. A recibir e impartir información y a la libertad de pensamiento
5. A la planificación familiar
6. A la intimidad
7. A la igualdad y a la no discriminación
8. A contraer matrimonio y fundar una familia
9. Al empleo y a la seguridad social
10. A la educación
11. A la no discriminación por razones de edad, sexo, raza o etnia, etcetc.
12. A la vida privada y a la vida en familia
13. A disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimento científico.

3.1.2 Enfoque de Género.

El concepto de género se fundamenta en los roles de los hombres y las mujeres, de los niños y las niñas, contruidos socialmente, en torno a las diferencias sexuales. Significa, igual tratamiento de las mujeres y los hombres ante la ley y las políticas y el acceso a recursos y servicios, tomando en cuenta las necesidades específicas de cada persona de acuerdo a su edad, dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general. La Equidad de Género significa imparcialidad y justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres y requiere de proyectos y programas para poner fin a las desigualdades existentes.

3.1.3 Salud Reproductiva.

La definición de la Salud Reproductiva se enmarca en “el estado completo de bienestar físico, mental y social de la población salvadoreña incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear con la libertad de hacerlo o no, cuando y con qué frecuencia”, y no solo la ausencia de enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Implícito en estas condiciones se encuentra el derecho de la mujer y del hombre a ser informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, efectivos, accesibles, aceptables y que sean de su elección.

3.1.4 Riesgo Reproductivo.

Es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo, de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo. Puede estar presente por:

- Situaciones familiares y sociales.
- Factores biológicos
- Comportamientos sexuales de riesgo.
- Aplicado en la salud reproductiva de la mujer, considera la probabilidad de sufrir algún daño en su salud, ante la presencia de condiciones como: embarazo en edades extremas de la vida reproductiva, la concurrencia de enfermedades crónicas degenerativas, alteraciones físicas, así como de factores sociales y psicológicos que contribuyen a incrementar la morbi-mortalidad materna y perinatal.
- La atención en salud con enfoque de riesgo, implica una necesidad de mayor o menor cuidado de la mujer en su salud reproductiva y planificación familiar, de acuerdo a su riesgo, lo cual se hará tomando en cuenta los recursos y tecnologías existentes y en los niveles y grados de complejidad que la atención requiera.

3.1.5 Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.

Es el proceso que permite fortalecer los conocimientos, prácticas y actitudes de las personas para facilitar co-responsablemente el cuidado de la salud, optar por estilos de vida saludables, el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo; mediante actividades de participación social, comunicación y educación para la salud con un enfoque de derechos humanos y de equidad de género.

Se define la promoción de la salud como una acción motivacional, informativa, persuasiva y educativa orientada a fomentar el conocimiento de salud sexual y reproductiva y la preferencia por comportamientos humanos saludables.

3.1.6 Elección Libre e Informada.

Es el derecho de cada persona a decidir cuándo y cuantos hijos tener, en planificación familiar es la decisión hecha por la usuaria/o con la información sobre la gama de métodos y de acuerdo a sus necesidades. Lo anterior implica que la usuaria tenga información completa sobre el método elegido: su mecanismo de acción, uso correcto, beneficios, efectos secundarios, complicaciones posibles, signos de alarma, contraindicaciones y efectividad.

La elección libre e informada estimula el uso continuado de anticonceptivos, Las personas tienden a usar por más tiempo un método de planificación familiar si lo han elegido ellas mismas. La elección libre e informada es un aspecto clave de la planificación familiar de buena calidad.

3.1.7 Consejería.

Es el proceso de comunicación interpersonal, entre el prestador del servicio de salud y las/os usuarios, mediante el cual se proporcionan elementos para apoyar su decisión voluntaria, consciente e informada acerca de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento según sea el caso.

Fases de la Consejería. Se identificaron tres fases, o metas, para dar una consejería adecuada:

- 1) Pre-elección
- 2) Elección
- 3) Post-elección

En la fase pre-elección, la/el usuaria/o es recibida cálidamente y se le formulan preguntas para identificar sus necesidades, condición o problema de salud, estilo de vida, comportamientos que favorecen la salud o la ponen en riesgo

En la fase de elección, el proveedor responde a las necesidades de la/el usuaria/o, ofreciéndole información adecuada y comprensible para ayudarla a escoger un método.

En la fase de post-elección, el proveedor debe esperar a que la/el usuaria/o elija un método para examinar contraindicaciones de uso. Si el método está contraindicado para ella, o la/el usuaria/o rechaza el método al conocer mayores detalles, puede regresar a un paso anterior y escoger un método alternativo. El proveedor debe asegurarse que la/el usuaria/o ha comprendido las instrucciones.

3.1.8 Derechos de las personas usuarias de planificación Familiar.

- Derecho a la Información. Todas las personas tienen derecho a recibir información completa sobre la planificación familiar para ellos y sus familias.
- Derecho al acceso a servicios. Todas las personas tienen derecho a recibir servicios de planificación familiar de calidad, sin importar estatus social, situación económica, religión, creencia política, origen étnico, estado familiar, ubicación geográfica o cualquier otra característica que pueda colocar a las personas en determinados grupos. Incluye el derecho a obtener el método seleccionado.
- Derecho a Escoger el método anticonceptivo. Todas las personas tienen derecho a decidir de manera libre e informada si quieren planificar su familia o no, escoger el método anticonceptivo y cuando usarlo. Incluye las decisiones de las personas usuarias de discontinuar un método o cambiarlo, y a optar por el proveedor de servicios con el que se sientan más cómodos.

- Derecho a la Seguridad en la utilización de anticoncepción eficaz. Las personas usuarias tienen derecho a la seguridad en la utilización de la planificación familiar. Esto implica que tienen derecho a una anticoncepción eficaz y a ser protegidos de posibles efectos secundarios del método seleccionado, así como a otros riesgos que se deriven de la idoneidad del lugar en donde se presta el servicio y la competencia técnica de los proveedores. Además incluye el tratamiento oportuno y adecuado de cualquier complicación o efecto secundario posible del método.

- Derecho a la Privacidad. Toda persona tiene derecho a discutir sus necesidades o preocupaciones y a que se le realicen exámenes físico, de laboratorio y otros, en un ambiente en que se sienta cómodo, sin ser escuchado y/u observado por otras personas.

- Derecho a la Confidencialidad. Debe asegurarse a la persona usuaria que cualquier información que proporcione o los detalles de los servicios que recibe, no serán comunicados a terceros sin su consentimiento.

- Derecho a la Dignidad. Las personas usuarias tienen derecho a ser tratados con cortesía, consideración, atención y respeto a su dignidad, sin importar su nivel educativo, estatus social, género o cualquier otra característica que los distinga o que los pueda hacer sujetos de abusos.

- Derecho a la comodidad. Las personas usuarias tienen derecho a sentirse cómodos mientras reciben los servicios, acordes a sus valores culturales y a permanecer el tiempo que sea razonablemente requerido.

- Derecho a la continuidad. Las personas usuarias tienen derechos a recibir servicios e insumos anticonceptivos durante el tiempo que lo necesiten, es decir no deben ser discontinuados a menos que sea decidido la persona usuaria y la que provee.

- Derecho a opinar. Las personas usuarias tienen derecho a expresar sus opiniones sobre los servicios que reciban y a opinar e involucrarse en los programas de planificación familiar.

3.2 Conocimiento

Conocimiento: es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

Conocimiento de Anticoncepción en el puerperio. Se describe la anticoncepción al finalizar el embarazo como la estrategia que le permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante la utilización de un método de planificación familiar temporal o permanente, inmediatamente después de un parto, cesárea o aborto y

antes de abandonar la unidad de salud donde fue atendida o como parte de las acciones que se brindan durante la atención domiciliar ya sea para su atención o referencia.

Toda decisión respecto a este tema debe tomarse y realizarse con el total consentimiento de la pareja y educando sobre los diferentes Métodos Anticonceptivos, para regular la reproducción y mantener la Salud Sexual y la Salud Reproductiva eligiendo lo mejor para la familia.

3.2.1-Métodos de Planificación Familiar.

El concepto de planificación familiar fue definido por un Comité de Expertos de la OMS en 1970: *“La planificación de la familia se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirá la familia”*. Para estos fines se necesita educación y asesoramiento en sexualidad y medicina preventiva y servicios que proporcionen métodos anticonceptivos y realicen asistencia sanitaria en tratamiento de infertilidad, asesoramiento genético y detección precoz de patologías que puedan repercutir en la fecundidad.

En la actualidad la planificación familiar queda englobada en el concepto de salud reproductiva, que viene definida por la OMS (2002) como un” estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos”. La salud reproductiva se centra en desarrollar el potencial de cada persona en reducir riesgos, en potenciar la maternidad consciente y responsable tratando de evitar los embarazos no deseados o peligrosos.

En este sentido el método anticonceptivo es la protección necesaria contra los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, al momento de tener relaciones sexuales.

Los seres humanos, nos reproducimos de forma natural mediante el acto sexual una vez que hemos logrado la capacidad biológica para engendrar hijos. Esta reproducción se controla mediante el uso de método anticonceptivo, lo cual permite decidir a la pareja el momento adecuado para concebir los hijos que ha planificado.

La elección más adecuada de un método anticonceptivo estará condicionada invariablemente por la situación, etapa evolutiva y/o personalidad de la pareja o persona que decide protegerse. Es una decisión personal, cada tipo de anticonceptivo tiene sus ventajas e inconvenientes. Se recomienda que un médico ayude a decidir cuál es mejor para la persona.

3.2.2 Tipos de Métodos Anticonceptivos

Se han realizado numerosas clasificaciones de los métodos anticonceptivos en base a diversos puntos de vista: su reversibilidad, eficacia, nivel de acción, etc. Por su aspecto práctico utilizaremos la basada en el nivel de acción, aunque cualquiera puede ser válida.

Los métodos anticonceptivos se clasifican en:

- Dispositivos Intrauterinos
- Anticonceptivos hormonales
 - Anticonceptivos hormonales combinados orales.
 - Anticonceptivos sólo de progesterona o minipíldora.
 - Anticonceptivo de emergencia o píldoras postcoitales.
 - Inyectables mensuales.
 - Progestágenos de depósito.
- Anticonceptivos de barrera
 - Preservativo
 - Preservativo femenino
 - Diafragma
- Anticonceptivos químicos
 - Cremas
 - Jaleas
 - Espumas
 - Tabletas
 - Óvulos vaginales
 - Esponjas
- Método de la lactancia (MELA)
- Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer
 - Calendario
 - Moco cervical
 - Temperatura basal

- Sintotérmico.
- Métodos de esterilización
- Esterilización Femenina
- Esterilización Masculina (Vasectomía)

3.2.3-Mecanismos de Acción.

Dispositivo Intrauterino

El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre es un pequeño armazón de plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre. Un proveedor con capacitación específica lo inserta en el útero de la mujer por vía vaginal, atravesando el cuello uterino o cérvix. Casi todos los tipos de DIU llevan atados uno o dos hilos, o hebras. Los hilos atraviesan el cérvix y quedan colgando en la vagina. Funcionan fundamentalmente provocando una modificación química que daña al espermatozoide y al óvulo antes de su unión.

Anticonceptivos Hormonales.

Anticonceptivos Orales Combinados

Píldoras que contienen dosis bajas de 2 hormonas un progestágeno y un estrógeno iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer.

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son también conocidos como “la píldora”, píldoras combinadas de baja dosis, PAO y AO. Ante todo, funcionan impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

Anticonceptivos Solo de Progestágenos.

Son píldoras que contienen dosis muy bajas de un progestágeno igual que la progesterona natural presente en la mujer. No contienen estrógeno y por tanto, se pueden utilizar durante la lactancia y son aptas para mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.

Las píldoras que sólo contienen progestágeno también se conocen como “minipíldoras” y anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP).

En principio funciona haciendo lo siguiente:

- Engrosando la mucosa cervical (bloquea la llegada del espermatozoide al óvulo)
- Distorsiona el ciclo menstrual, incluyendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación)

Anticonceptivos de Emergencia

Píldoras que contienen progestágeno solo, o una combinación de progestágeno y estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno presentes en el organismo de la mujer.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) a veces reciben el nombre de píldoras “del día después”, “de la mañana siguiente” o anticonceptivos postcoitales.

Funcionan fundamentalmente evitando o retrasando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación). No son eficaces si la mujer ya se encuentra embarazada.

Inyectables Mensuales.

Los inyectables mensuales contienen 2 hormonas un progestágeno y un estrógeno iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno que produce el cuerpo de la mujer. (Los anticonceptivos orales combinados también tienen estos 2 tipos de hormonas.) También reciben el nombre de anticonceptivos inyectables combinados, AIC, o “la inyección”. Funcionan fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

Progestágenos de Depósito.

Cada uno de los anticonceptivos inyectables, acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y enantato de noretisterona (NET-EN) contiene un progestágeno igual a la hormona natural progesterona producida en el cuerpo de la mujer. (En cambio, los inyectables mensuales contienen tanto estrógeno como progestágeno.

No contienen estrógeno, por lo que pueden ser utilizados por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.

AMPD, el inyectable de progestágeno solo de mayor uso es conocido también como “the shot,” “the jab,” la inyección, Depo, Depo-Provera. Se administra mediante inyección en el músculo (inyección intramuscular). La hormona se libera entonces lentamente en el flujo sanguíneo. Hay otra formulación de AMPD que puede inyectarse justo debajo de la piel (inyección subcutánea).

Funcionan fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

Anticonceptivos de Barrera

Preservativo Masculino

Son fundas, o forros, que se adaptan a la forma del pene erecto. Reciben también el nombre de preservativos, condones, “forros” y profilácticos.

La mayoría está hecha de una fina goma de látex. Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren en la vagina, evitando así el embarazo. También impiden que las infecciones en el semen, en el pene, o en la vagina infecten a la pareja.

Preservativo Femenino.

Se trata de revestimientos que se adaptan a la vagina de la mujer y quedan medio flojos y están hechos de una película delgada de plástico suave y transparente.

Posee dos anillos: Uno interno, usado para su inserción y retención semejando un diafragma y que mantiene el preservativo femenino en posición adecuada y otro anillo externo que se ubica sobre los labios y permanece fuera de la vagina protegiendo los genitales externos durante el coito

Diafragma.

Es un capuchón de látex blando que cubre el cérvix. También hay diafragmas de plástico y silicona disponibles.

El borde contiene un resorte firme y flexible que mantiene el diafragma en su lugar. Se utiliza con crema, gel o espuma espermicida para mejorar su eficacia.

Viene en distintos tamaños y un proveedor con capacitación específica tiene que ajustarlo. Funciona impidiendo la entrada del esperma al cérvix; el espermicida mata o inutiliza el esperma. Ambos impiden que el esperma entre en contacto con el óvulo.

Anticonceptivos Químicos.

Espermicidas.

Son sustancias que se introducen profundamente en la vagina, próximo al cérvix, antes del sexo, que matan el esperma.

Funcionan rompiendo la membrana de las células del esperma, matándolas o enlenteciendo su movimiento. Esto evita el contacto del espermatozoide con un óvulo.

Método de Amenorrea de la Lactancia (MELA).

Un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad (“lactancia” significa que está relacionado a amamantar. “Amenorrea” significa no tener menstruación.)

El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) requiere 3 condiciones. Las 3 condiciones deben cumplirse:

1. La madre no ha vuelto a menstruar
2. El bebé está siendo alimentado con lactancia exclusiva o casi exclusiva y con frecuencia, durante el día y la noche
3. El bebé tiene menos de 6 meses de edad

“*Lactancia exclusiva*” incluye tanto la alimentación sólo en base a pecho (el bebé no recibe ningún otro tipo de líquido o alimento, ni siquiera agua, aparte de la leche materna) como la lactancia casi exclusiva (el bebé recibe ocasionalmente vitaminas, agua, jugo de fruta u otros nutrientes, además de la leche materna).

“*Lactancia casi exclusiva*” significa que el bebé recibe algo de líquido o alimento además de la leche materna, pero la mayoría de las ingestas (más de tres cuartas partes de todas las ingestas) son de leche materna.

Detiene la ovulación, ya que la lactancia materna produce cambios en la velocidad a la que se liberan las hormonas naturales. Funciona básicamente al impedir que los ovarios liberen óvulos (ovulación). La lactancia frecuente impide que se liberen las hormonas Naturales que estimulan la ovulación temporalmente.

Métodos Basados en El Conocimiento de La Fertilidad De La Mujer.

“Conocimiento de la fertilidad” significa que la mujer sabe darse cuenta cuándo empieza y termina el período fértil de su ciclo menstrual. (El período fértil es cuando ella puede quedar embarazada.)

Algunas veces recibe el nombre de abstinencia periódica o planificación familiar natural.

La mujer puede usar varias maneras, solas o combinadas, para decir cuándo comienza y termina su período fértil.

Los métodos basados en el calendario implican llevar la cuenta de los días del ciclo menstrual a fin de identificar el comienzo y la finalización del período fértil.

– Ejemplos: Método de días fijos y método del ritmo de calendario.

Los métodos basados en los síntomas dependen de la observación de los signos de fertilidad.

– *Secreciones cervicales*: Cuando la mujer ve o percibe secreciones cervicales, podría encontrarse fértil. Puede que perciba solamente cierta leve humedad vaginal.

– *Temperatura corporal basal (TCB)*: La temperatura del cuerpo de la mujer en descanso se eleva levemente después de la liberación de un óvulo (ovulación), cuando puede quedar embarazada. Su temperatura se mantiene elevada hasta el comienzo de su siguiente menstruación.

– Ejemplos: Método de dos días, método TCB, método de la ovulación (también conocido como método Billings o método de la mucosa cervical) y el método de síntomas y temperatura.

Funcionan, en primer término, ayudando a la mujer a saber cuándo puede quedar embarazada. La pareja previene el embarazo evitando el sexo vaginal sin protección durante esos días fértiles.

Métodos De Esterilización.

Esterilización Femenina.

Anticoncepción permanente para mujeres que no quieren tener más hijos.

Los 2 abordajes quirúrgicos de más frecuente utilización son:

- La mini laparotomía supone la realización de una pequeña incisión en el abdomen. Se traen las trompas de Falopio a la incisión, para cortarlas o bloquearlas.
- La laparoscopia supone la inserción en el abdomen de un tubo largo y fino con una lente, a través de una pequeña incisión. Este laparoscopio le permite al médico ver y bloquear o cortar las trompas en el abdomen.

También llamada esterilización tubaria, ligadura de trompas, anticoncepción quirúrgica voluntaria, salpingectomía, atadura de trompas, mini laparotomía y “la operación.”

Funciona porque se cortan o bloquean las trompas. Los óvulos liberados por los ovarios no pueden moverse por las trompas y, por lo tanto, no entran en contacto con el espermatozoide.

Esterilización Masculina (VASECTOMIA).

Es un método de anticoncepción masculina permanente para aquellos hombres que no quieren más hijos.

A través de una punción o una pequeña incisión en el escroto, el proveedor ubica ambos conductos que transportan el espermatozoide al pene (conductos deferentes) y los secciona o bloquea mediante ligadura o aplicando calor o electricidad (cauterización).

También llamada esterilización masculina y anticoncepción quirúrgica masculina.

Actúa cerrando el paso a través de ambos conductos deferentes, impidiendo el pasaje de los espermatozoides del semen. Se eyacula el semen, pero no puede generar embarazo.

3.2.4-Efectividad de los Métodos Anticonceptivos.

Dispositivo Intrauterino (DIU)

Uno de los métodos más eficaces y perdurables: Menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU en el correr del primer año (6 a 8 por 1000 mujeres). Esto significa que 992 a 994 de cada 1000 mujeres que usan DIU no quedarán embarazadas.

Se mantiene un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y mientras la mujer siga utilizando el DIU. Más de 10 años de uso del DIU: Aproximadamente 2 embarazos por 100 mujeres.

Anticonceptivos Orales Combinados.

Tal como se usan comúnmente, se producen cerca de 8 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan AOC en el correr del primer año. Esto significa que 92 de cada 100 mujeres que usan AOC no quedarán embarazadas.

Cuando no se cometen errores al tomar la píldora, hay menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOC en el correr del primer año (3 por 1000 mujeres).

Anticonceptivos Solo de Progestágeno.

Mujeres que amamantan: Tal como se utilizan habitualmente, se produce aproximadamente 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año. Quiere decir que 99 de cada 100 mujeres no se embarazan.

Cuando se toma las píldoras todos los días, se ve menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año (3 por cada 1000 mujeres).

Menos eficaz para mujeres que no están amamantando: Tal como se utilizan habitualmente, se producen aproximadamente 3 a 10 embarazos por 100 mujeres que usan AOP en el primer año. Quiere decir que de 90 a 97 de cada 100 mujeres no se embarazan.

Al tomar la píldora todos los días a la misma hora hay menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año (9 por cada 1000 mujeres).

Anticonceptivos de Emergencia.

Si 100 mujeres tuvieran sexo una vez durante la segunda o tercera semana del ciclo menstrual sin usar anticoncepción, probablemente 8 queden embarazadas.

Si esas 100 mujeres utilizaran PAE de progestágeno solo, probablemente una quede embarazada.

Si esas 100 mujeres utilizaran PAE que contienen estrógeno, probablemente 2 queden embarazadas.

Inyectables Mensuales.

La eficacia depende de la puntualidad: El mayor riesgo de embarazo es cuando la mujer se atrasa en su inyección o la omite.

Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 3 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año. Esto significa que 97 de cada 100 mujeres que usan inyectables mensuales no quedarán embarazadas.

Cuando la mujer recibe las inyecciones en fecha, se produce menos de 1 embarazo en cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año (5 por 10.000 mujeres).

Progestágenos de Deposito.

La eficacia depende de que las inyecciones se reciban con regularidad: El riesgo mayor de embarazo se da cuando la mujer omite una inyección.

Tal como se utilizan comúnmente, se producen aproximadamente 3 embarazos en cada 100 mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo durante el primer año.

Cuando la mujer recibe sus inyecciones a tiempo, se produce menos de 1 embarazo en cada 100 mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo durante el primer año (3 por cada 1000 mujeres).

Preservativo Masculino.

La eficacia depende del usuario: El riesgo de embarazo o de infección de transmisión sexual (ITS) es mayor cuando no se utilizan los condones en cada acto sexual. Son muy pocos los casos de embarazos o infecciones que ocurren por el uso incorrecto del condón, o porque se salga o se rompa.

Protección contra embarazos: Tal como se utilizan comúnmente, hay alrededor de 15 embarazos por 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos durante el primer año. Esto significa que 85 de cada 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos no quedarán embarazadas.

Cuando se usan correctamente, con cada acto sexual, hay alrededor de 2 embarazos por cada 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos en el primer año.

Preservativo Femenino.

La eficacia depende de la usuaria: El mayor riesgo de embarazo o de infección de transmisión sexual (ITS) se presenta cuando no se utiliza el condón femenino en cada acto sexual. Son pocos los casos de embarazo o infección debidos a uso incorrecto, salida o roturas.

Protección contra el embarazo: Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 21 embarazos por cada 100 mujeres que usan condones femeninos en el correr del primer año. Esto significa que 79 de cada 100 mujeres que utilizan condones femeninos no quedarán embarazadas.

Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, hay cerca de 5 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan condones femeninos en el correr del primer año.

Diafragma.

La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo aumenta cuando no se utilizan espermicidas en cada acto sexual.

Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 16 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan diafragma con espermicidas en el primer año. Quiere decir que 84 de cada 100 mujeres que usan el diafragma no se embarazan.

Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, se producen cerca de 6 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el diafragma con espermicida en el correr del primer año.

Espermicidas.

Uno de los métodos de planificación familiar menos eficaces. Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 29 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan espermicidas en el correr del primer año. Esto significa que 71 de cada 100 mujeres que usan espermicidas no quedarán embarazadas.

Cuando son utilizados de manera correcta en cada acto sexual, se producen cerca de 18 embarazos por cada 100 mujeres que usan espermicidas en el correr del primer año.

Método de Amenorrea de la Lactancia (MELA).

Su eficacia depende de la usuaria: El mayor riesgo de embarazo se da cuando la mujer no puede alimentar a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva.

Tal como se utiliza comúnmente, se producen en los primeros 6 meses después del parto unos 2 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el MELA. Esto significa que 98 de cada 100 mujeres que dependen del MELA no quedarán embarazadas.

Cuando es utilizado correctamente, se produce menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan el MELA en los primeros 6 meses después del parto.

Métodos Basados en El Conocimiento de La Fertilidad de La Mujer.

Tal como se utiliza el método comúnmente, en el primer año se producen cerca de 25 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica. (No se sabe cómo identificaron estas mujeres su período fértil. No hay disponibles tasas de embarazo para la mayoría de los métodos específicos basados en el conocimiento de la fertilidad, tal como se utilizan comúnmente.)

Esto significa que 75 de cada 100 mujeres que confían en la abstinencia periódica no quedarán embarazadas. Algunos métodos más nuevos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden ser más fáciles de utilizar y, por tanto, más eficaces.

Esterilización Femenina.

Es uno de los métodos más eficaces, pero supone un cierto riesgo de falla: Menos de 1 embarazo por 100 mujeres durante el primer año después del procedimiento de esterilización (5 por 1000). Significa que 995 de cada 1000 mujeres que confían en la esterilización femenina no se embarazan.

Sigue habiendo un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y hasta que la mujer alcance la menopausia.

– Más de 10 años de uso: Aproximadamente 2 embarazos por 100 mujeres (18 a 19 por 1000 mujeres).

Su eficacia varía ligeramente dependiendo de la forma de bloquear las trompas, pero las tasas de embarazo son bajas para todas las técnicas. Una de las técnicas más eficaces es cortar y atar los extremos cortados de las trompas de Falopio después del parto (ligadura de trompas posparto).

Esterilización Masculina (VASECTOMÍA)

En los casos en los que el hombre no se puede hacer el examen de semen 3 meses después del procedimiento para ver si todavía contiene espermatozoides, las tasas de embarazo son alrededor de 2 a 3 por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía de su pareja. Esto significa que de 97 a 98 de 100 mujeres cuyas parejas se hayan hecho una vasectomía no van a quedar embarazadas. En los casos en los que el hombre se puede hacer el examen de semen después de la vasectomía, hay menos de 1 embarazo por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía de su pareja (2 por 1000). Esto significa que 998 de cada 1000 mujeres cuyas parejas se han hecho vasectomías no quedarán embarazadas.

La vasectomía no es totalmente eficaz hasta 3 meses después del procedimiento.

En el correr del primer año ocurren algunos embarazos porque la pareja no usa condones u otro método eficaz sistemática y correctamente en los primeros 3 meses, antes de que la vasectomía sea plenamente eficaz.

Sigue manteniéndose un riesgo de embarazo más allá del primer año después de la vasectomía y hasta que la pareja del hombre alcance la menopausia.

3.3 Uso de Métodos Anticonceptivos como prevención del Embarazo durante el puerperio.

3.3.1 Puerperio

La palabra puerperio se deriva del latín puer, niño, y parus, dar a luz. La cual es también un sinónimo de posparto y ambos términos son aceptados internacionalmente. 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.

Etapas del Puerperio. Cronológicamente se divide en:

Puerperio inmediato: primeras 24 horas posparto.

Puerperio mediato: desde el segundo hasta el décimo día posparto.

Puerperio tardío: desde el día 11 hasta el día 42 posparto.

Cambios Fisiológicos: Los cambios fisiológicos de los órganos reproductivos. Útero y su involución tras la expulsión de la placenta, el útero, con un peso de 1.000 g en este momento, se contrae rápidamente como mecanismo hemostático para comprimir los vasos miometriales, y se sitúa a la altura del ombligo.

Endometrio: hacia los días 2-3 posparto la decidua se diferencia en dos capas, una superficial, que se necrosa y desprende como parte de los loquios, y otra profunda, a partir de la cual se produce la regeneración del nuevo endometrio, excepto en el sitio de implantación placentaria, cuya regeneración se completa hacia la tercera semana

Loquios: inicialmente se produce una gran cantidad de secreción constituida de sangre, decidua y restos epiteliales (“loquios rojos”) que progresivamente va disminuyendo, en pocos días cambia a color café claro por su mayor contenido de agua (“loquios serosos”), durante la segunda semana cambian a un aspecto más espeso de tipo exudativo, con predominio de leucocitos y células deciduales degeneradas, con una apariencia blanco-amarillenta y en mucha menor cantidad (“loquios blancos”).

Cérvix y vagina: Después del parto vaginal el cérvix, aunque puede permanecer 2-3 cm dilatado, recupera su consistencia a los dos o tres días siguientes al parto. La vagina permanece edematosa, hipervascularizada y friable durante aproximadamente tres semanas después del parto

Ovarios: La reaparición de la ovulación, y posteriormente de la menstruación, es muy variable y depende en gran medida de la lactancia. Las madres que no lactan experimentan la ovulación en un promedio de 45 días y la menstruación 7 a 9 semanas después del parto.

La vejiga tiene acrecentada su capacidad y disminuida la sensibilidad al volumen, lo que ocasiona retención urinaria transitoria, principalmente en las pacientes con infusión aumentada de líquidos y oxitocina durante el parto.

Pérdida de peso. Además de la pérdida de aproximadamente 5 a 6 kg por la evacuación uterina, otros 2 a 3 kg se pierden a través de la diuresis, aumentada en las primeras semanas del puerperio. La mayoría de las mujeres retornan muy cerca de su peso habitual 6 meses después del parto, quedando con un promedio de 1,5 kg de exceso.

Cuidados Posparto. En las primeras 2 horas después del parto es cuando se presentan la mayoría de las complicaciones hemorrágicas, por lo cual se recomienda que durante este periodo las pacientes permanezcan en sala de observación donde sea fácil monitorear cada 15 minutos la tensión arterial, el pulso, la cantidad de sangrado genital y palpar el fondo del útero para evaluar su tono.

En caso de evolución satisfactoria y ausencia de factores de riesgo, se recomienda un egreso temprano cuando hayan transcurrido al menos 12 a 24 horas del parto

La gestante debe egresar con una cita de control dentro de los primeros 7 días del parto.

Complicaciones en el posparto. Las complicaciones puerperales incluyen muchas de las que ocurren durante el embarazo, sin embargo también hay otras que son más frecuentes en este periodo. La más típica es la infección pélvica puerperal, un asesino conocido de las mujeres en esta etapa.

Es fundamental detectar tempranamente complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.

Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio o en área perineal, vómito, diarrea. En caso de presentarse alguno de ellos, debe regresar a la institución.

3.3.2- Métodos de Planificación durante el puerperio.

La planificación familiar posparto (PFPP) se define como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto (OMS 2009). Mientras que la planificación familiar es importante en toda la vida reproductiva de una persona o pareja, la PFPP se centra en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto.

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. Además 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 y el tratamiento de la esterilidad.

El objetivo de la PFPP es ayudar a las mujeres a decidir sobre el método anticonceptivo que desean usar, iniciarlo y seguir usándolo durante dos años o más, según cuáles sean sus intenciones o las de la pareja en cuanto a la reproducción.

Se deben considerar 3 elementos cuando se va a evaluar la adecuación de un anticonceptivo para uso durante la lactancia:

- El contenido hormonal del método
- La intención de la planificación familiar (si es temporal o permanente) .
- La condición en la que se encuentra la usuaria.

De acuerdo con estos indicadores, los métodos de planificación familiar disponibles se han colocado en el siguiente orden de preferencia:

Métodos de primera opción (métodos no hormonales)

- MELA
- Métodos de barrera (condón, diafragma, espermicidas).
- Métodos de planificación familiar natural (abstinencia periódica).
- Esterilización:

Masculina (vasectomía)

Femenina (ligadura de trompas).

Dispositivos intrauterinos (DIU).

Todos de segunda opción (métodos hormonales sólo es progestágeno)

Píldoras orales sólo de progestágeno.

Inyectables.

Implantes hormonales.

Métodos de tercera opción (métodos hormonales combinados)

- Píldoras orales combinadas.
- Inyectables mensuales.

4- SISTEMA DE HIPÓTESIS.

4.1 Hipótesis de Trabajo.

Hi: El conocimiento de las mujeres puérperas para la elección métodos de planificación familiar utilizado en la etapa posparto, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar básica Las Charcas San Buena Ventura e intermedias Enfermera Zoila Esperanza Turcios de Jiménez, La Unión y Santa Rosa de Lima, año 2017, es Aceptable.

4.2 Hipótesis Nula.

H0: El conocimiento de las mujeres puérperas para la elección de un método de planificación familiar utilizado en la etapa posparto, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar básicas Las Charcas San Buena Ventura e intermedias Enfermera Zoila Esperanza Turcios de Jiménez, La Unión y Santa Rosa de Lima, año 2017, No es aceptable.

4.3 Variables.

V1: nivel de conocimiento de la puérpera: es el nivel de conocimiento (aceptable, deficiente o ningún) de las mujeres posparto sobre la elección de un método de planificación familiar.

4.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Tabla N°1 operacionalizacion de Variables.

Hipótesis	VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
<p>Hi: El conocimiento de las mujeres puérperas para la elección métodos de planificación familiar utilizado en la etapa posparto, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar básica Las Charcas San Buena Ventura e intermedias Enfermera Zoila Esperanza Turcios de Jiménez, La Unión y Santa Rosa de Lima, año 2017, es Aceptable.</p>	<p>V1 El nivel de conocimiento de las puérperas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento: conjunto de información almacenada por aprendizaje o experiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Medido o evaluado a través de la aplicación de entrevista que contenga ítems referentes a la elección del método por la puérpera. 	<ul style="list-style-type: none"> Caracterización sociodemográfica. Conocimiento de Mujeres puérperas y sus parejas sobre los métodos de planificación familiar. Métodos de planificación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> Edad Estado familiar Escolaridad Estado civil Religión Decisión para elegir método. Tipos de Métodos Mecanismo de Acción. Beneficios Consejería previa Importancia de planificar Prohibición de la pareja Uso actual de un método

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudio

Este estudio por su contenido y por las características de la investigación fue de tipo **Cuantitativo**: ya que los resultados se presentan mediante tablas y gráficos y su análisis e interpretación alrededor de los mismos.

5.2 Diseño del estudio

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio fue: **Prospectivo**: ya que la información se recolecto según se detectaron los casos en el período comprendido de enero-junio 2017.

Según el periodo de tiempo y secuencia del estudio fue **longitudinal** pues el estudio trato de relacionar el conocimiento que tenían las púerperas y el conocimiento de las mismas sobre la elección de un método de planificación familiar, es decir se analizaron las variables en un periodo determinado (mujeres posparto registradas en cada UCSF de enero-junio de 2017).

Según el análisis y alcance de los resultados es **descriptivo** pues se trataba de determinar si la población en estudio tenia algún conocimiento para elegir un método de planificación familiar en el periodo posparto.

5.3 Población.

La población estuvo conformada por las mujeres en periodo posparto que siguieron sus controles en las respectivas unidades de salud y que fueron abordadas previo a consentimiento informado (anexo1), mediante una cedula de entrevista (anexo 2).

Tabla N2: población de cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

UNIDAD DE SALUD.	POBLACION.
UCSF LAS CHARCAS	10
UCSI “ENFERMERA ZOILA ESPERANZA TURCIOS DE JIMENEZ”	90
UCSFI Santa Rosa de Lima	120
TOTAL	220

Fuente: Libro de seguimiento de púerperas Enero- Junio 2017.

5.4 Censo.

Estuvo conformada por la totalidad de las pacientes en periodo posparto cuya información se recolectó del libro de puérperas de cada establecimiento de salud.

5.5 Criterios para establecer la Muestra.

5.5.1 Criterios de Inclusión.

- Mujeres que se encontraban inscritas en el programa de planificación familiar en las UCSF Las Charcas y UCSFI Santa Rosa de Lima, UCSI “Enfermera Zoila Esperanza Turcios de Jiménez”.

5.5.2 Criterios de Exclusión.

- Mujeres en periodo posparto que no eligieron un método de planificación familiar.
- Mujeres en periodo posparto que tuvieron alguna contraindicación para usar un método de planificación familiar.
- Mujeres en periodo posparto que fueron dadas de alta usando ya un método de planificación familiar (inscritas en hospital donde verifican parto).
- Mujeres en periodo posparto que usaban un método de planificación familiar previo.

5.6 Muestreo.

No probabilístico: la población es estudio ya estaba establecida.

Por conveniencia: se encontraba definida la población que se incluiría en la investigación. 76

5.7 Técnica de Recolección de Datos.

A- Técnicas documentales

Documental bibliográfico: se realizó una revisión de diferentes libros especializados en donde se encuentran las puérperas y los controles de las mismas en cada UCSF (libro de puérperas). Además del registro de los métodos de planificación familiar usados por la población en estudio (libro de planificación familiar)

B- Técnicas de trabajo de campo:

Se realizó una entrevista para recolectar datos de interés para la investigación y poder conocer el impacto de la elección de un método de planificación familiar durante el posparto y los factores que influyen en esta decisiva situación en la población en general.

5.8 Instrumento.

El instrumento usado fue una encuesta que constaba de un total de 27 preguntas de tipo abiertas y cerradas, divididas en 3 partes, en la primera se recolectaron datos demográficos y sociales de los encuestados e que se consideran importantes para la investigación como su edad, sexo, religión, estudio, domicilio, en la segunda parte tomamos como importante la influencia del compañero de vida en la decisión a través de preguntas como el acompañamiento a los controles, si ha habido prohibición para el uso de métodos y si considera o no importante el uso de estos, por último se preguntó sobre elementos que intervienen en el conocimiento de ellas para poder hacer el tipo de elección más adecuada así como el tipo de información sobre estos, que están estrictamente relacionados con el tema de investigación como si sabe de los tipos de métodos, su función, usos e importancia de la aplicación de ellos en etapa de puerperio. Además el total de ellas que están actualmente planificando, con el fin de obtener detalles del conocimiento de las personas encuestadas sobre el tema en investigación.

5.9 Procedimiento.

5.9.1 Planificación de la investigación

Iniciando el mes de febrero nuestro grupo se reunió con el docente asesor y la coordinadora de grupo junto con los cuales se seleccionó el tema de la investigación y así enviar el mismo a junta directiva para que fuera aprobado. Posterior a la selección del tema en los meses de marzo y abril se identificaron y analizaron las fuentes de información que fuesen confiables y seguras con adecuado respaldo científico dentro de los cuales se encuentran libros médicos, artículos médicos, documentos de la OMS, la normativa legal vigente de nuestro país y toda información pertinente que brindara orientación necesaria para el estudio, además fueron definidos los objetivos.

Esta investigación fue de tipo prospectiva, longitudinal y descriptiva pues se realizó en un periodo de tiempo establecido para el estudio de las variables investigadas

El objeto de esta investigación fueron las mujeres en el periodo posparto que realizaron inscripción en las unidades de salud en cuestión de las cuales se tomó la muestra para estudio.

5.9.2 Ejecución de la Investigación.

La población estudiada fue de 220 mujeres en etapa de puerperio, distribuidas de la siguiente manera: 120 pacientes consultantes en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Santa Rosa de Lima, 90 pacientes de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Enfermera Zoila Esperanza Turcios de Jiménez” de la Unión y 10 pacientes consultantes en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica de cantón Las Charcas, San Buenaventura, Usulután.

Previo a la ejecución de la investigación se realizó la validación del instrumento en las dos Unidades Comunitarias de Salud Familiar, donde se pasó el instrumento a 20 pacientes púerperas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas para posteriormente modificarla de acuerdo a los resultados obtenidos.

La recolección de datos se realizó durante la consulta médica que se brindaba a las pacientes en las inscripciones de puerperio y sus posteriores controles, donde se les explicó a las participantes en qué consistía el estudio y si estaba de acuerdo en participar en él, posteriormente se llenó el formato de consentimiento informado y se procedió a leer la guía de entrevista elaborada, a la vez se realizaba la respuesta a cada una de las interrogantes hechas a las pacientes.

5.9.2.1- Validación del Instrumento.

En la prueba piloto se aplicó la guía de entrevista a 20 mujeres en etapa de puerperio que consultaban en las unidades comunitarias en salud familiar de Santa Rosa de Lima, “Enfermera Zoila Esperanza de Jiménez” La Unión y cantón Las Charcas San Buenaventura, Usulután y se determinó que no se tuvo ningún inconveniente por parte de las participantes en el entendimiento de las preguntas.

Se encuestó a 20 mujeres en etapa de puerperio durante la consulta médica de inscripción y controles puerperales, distribuidas de la siguiente manera: 8 pacientes encuestadas en UCSFI Santa Rosa de Lima, 8 en la UCSFI “Zoila Esperanza Turcios de Jiménez” y 4 pacientes encuestadas en UCSFB Las Charcas, San Buenaventura, Usulután, durante la aplicación de la guía de entrevista no se presentó dificultad por parte de las participantes en la comprensión de cada pregunta de la guía de entrevista.

5.9.2.2 Recolección de Datos.

La Recolección de los datos se hizo mediante el instrumento que se aplicó en cada una de las Unidades Comunitaria de Salud, Durante los meses de Junio y Julio del presente año.

5.10 Plan de Análisis.

Para poder determinar o darle respuesta a los resultados de la investigación; con respecto a El conocimiento que tienen las mujeres posparto sobre la elección de un método de planificación Familiar. Se realizó la tabulación de datos utilizando el programa: IBM SPSS Statistics 23.0 (software procesador de datos estadísticos versión 23). De esta manera se realizaron tablas y gráficos que permitieron el análisis e interpretación de los resultados de cada una de las respuestas, a través de los métodos de frecuencia y porcentaje simple.

6. RESULTADOS

A continuación se presenta sistemáticamente los resultados correspondientes a los datos recopilados durante la aplicación de los instrumentos de nuestro estudio. Se organizan en dos partes, la primera a las tablas y gráficos que es donde se encuentran los datos descriptivos, y la segunda, se trata de la prueba de hipótesis.

6.1 DATOS DESCRIPTIVOS

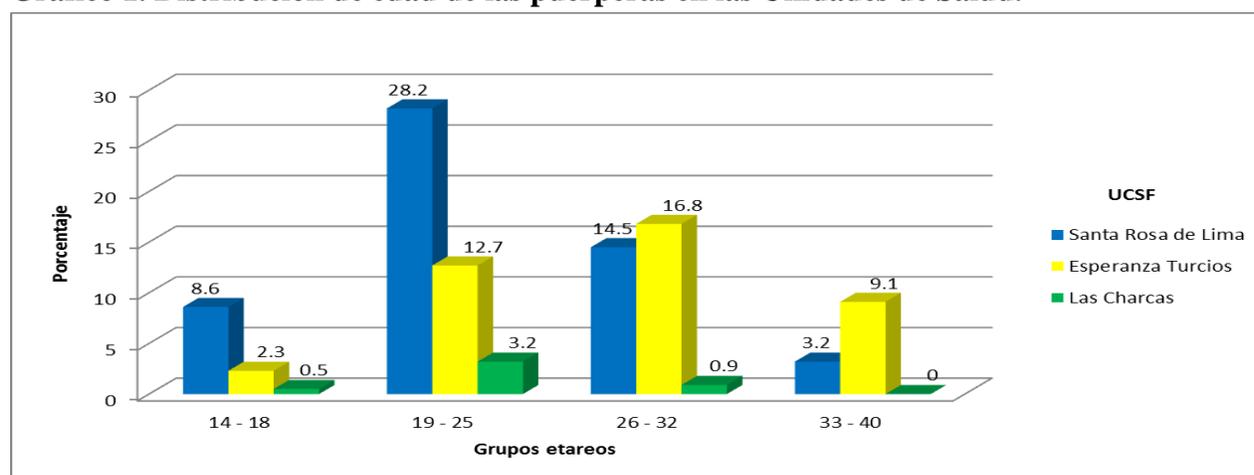
Tabla 3. Edad de las puérperas según Unidad de Salud.

Grupos etareos	Ucsf							
	Santa Rosa de Lima		Esperanza Turcios		Las Charcas		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
14 – 18	19	8.6	5	2.3	1	0.5	25	11.4
19 – 25	62	28.2	28	12.7	7	3.2	97	44.1
26 – 32	32	14.5	37	16.8	2	0.9	71	32.3
33 – 40	7	3.2	20	9.1	0	0.0	27	12.3
Total	120	54.5	90	40.9	10	4.5	220	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: La tabla número uno muestra los resultados correspondientes al comportamiento de la edad de las puérperas de cada unidad de salud en estudio, donde se tiene que el 11.4 por ciento son madres que pertenecen al primer grupo de riesgo biológico en la reproducción por falta de desarrollo según el MINSAL cuya edad oscila entre 14 y 18 años, y de igual forma para las que se encuentran en edad de 33 a 40 años por su poca flexibilidad muscular en sus órganos reproductivos entre otros inconvenientes, que es 12.3; pero existe en este estudio un 76.4 por ciento que se encuentra en las mejores condiciones para la reproducción, por lo tanto la fecundación es propensa a darse en el momento menos esperado.

Gráfico 1. Distribución de edad de las puérperas en las Unidades de Salud.



Fuente: Tabla 3.

Interpretación: El gráfico 1, señala que para cada una de las unidades de salud que forman parte de este estudio, las edades para las que se recolectaron datos son en general de las púerperas de 19 hasta 32 años las cuales se encuentran justo en la edad recomendada por el Ministerio de salud para que la mujer pueda reproducir, y es en este porcentaje que se debe cuidar las mujeres eligiendo un método de planificación familiar porque de lo contrario es posible queden embarazadas quizá en el periodo del puerperio. De igual forma para los dos grupos etarios extremos de la gráfica con el fin de prevenir los embarazos tempranos y poderlos planificar, así como también otros inconvenientes.

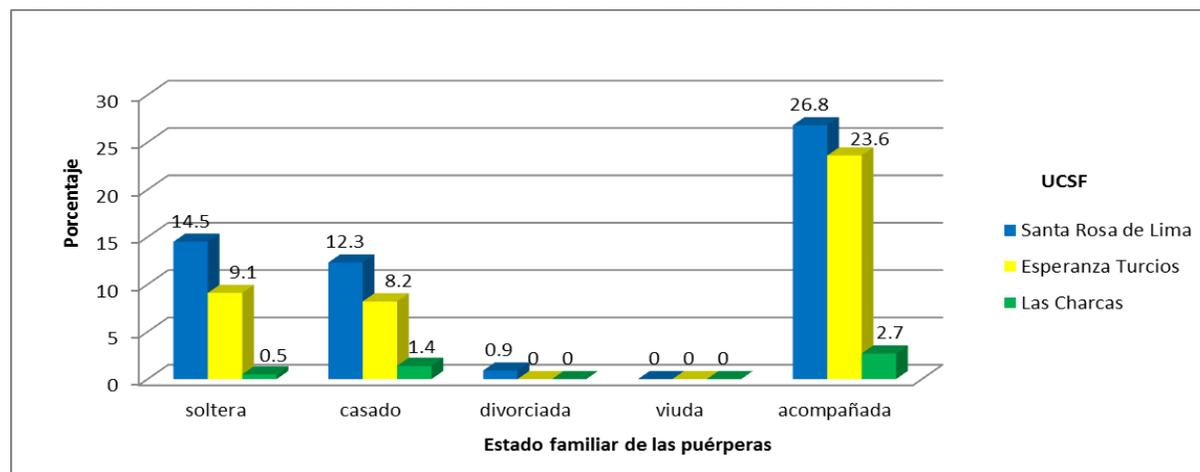
Tabla 4. Estado familiar por Unidad de Salud.

Estado familiar	Ucsf							
	Santa Rosa de Lima		Esperanza Turcios		Las Charcas		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Soltera	32	14.5	20	9.1	1	0.5	53	24.1
Casada	27	12.3	18	8.2	3	1.4	48	21.8
divorciada	2	0.9	0	0.0	0	0.0	2	0.9
Viuda	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
acompañada	59	26.8	52	23.6	6	2.7	117	53.2
Total	120	54.5	90	40.9	10	4.5	220	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: Los datos que se observan en la tabla anterior nos indican que en las tres unidades participantes en el estudio el estado familiar prevalece de la siguiente forma: las acompañadas con un 53.2%, las madres solteras que son el 24.1%, en tercer lugar las casadas que se representa por el 21.8% y por ultimo las divorciadas que son el 0.9%. estos datos reflejan que internamente en cada unidad de salud la tendencia es similar. Haciendo una reflexión interna en cada modalidad familiar las madres solteras son las que deberían tenerle más relevancia a los métodos de planificación familiar.

Gráfico 2. Distribución del estado familiar en las Unidades de Salud.



Fuente: Tabla 4.

Interpretación: En el grafico que se observa, se ve la manera en que se distribuye cada estado familiar en las unidades de salud en estudio, esto es, es más abundante las puérperas acompañadas, luego las solteras, sigue las casadas y por ultimo las divorciadas. Y al relacionarlo con los resultados del grafico uno se tiene que, se encuentran propiamente en la edad reproductiva y con poca estabilidad familiar, los programas de salud familiar preferentemente el de planificación debe ser puesto muy en práctica para que en estas familias se pueda dar un espacio de fecundación entre sus hijos.

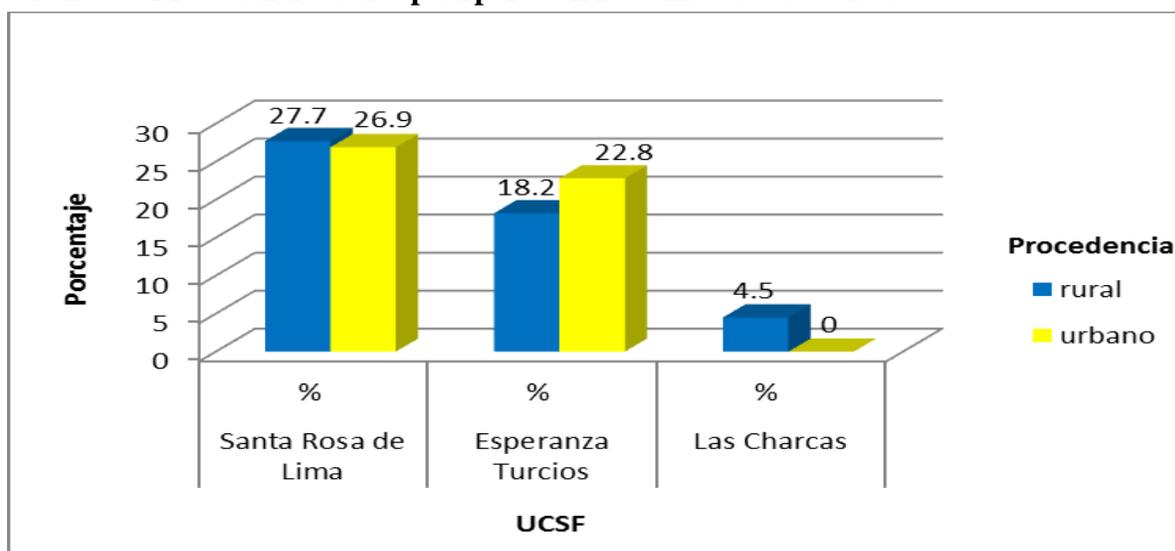
Tabla 5. Procedencia de las puérperas en las Unidades de Salud.

Procedencia	Ucsf							
	Santa Rosa de Lima		Esperanza Turcios		Las Charcas		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
rural	61	27.7	40	18.2	10	4.5	111	50.5
urbano	59	26.9	50	22.8	0	0.0	109	48.6
Total	120	54.5	90	40.9	10	4.5	220	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: A continuación se detalla lo observado en la tabla tres, la cual se refiere a la procedencia de las puérperas en cada una de las unidades de salud en estudio, y vemos que en Santa Rosa de Lima la Unidad Esperanza Turcios provienen de forma similar entre lo urbano y rural; a diferencia de Las Charcas solo son del área rural. Al revisar cada grupo entre rural y urbano tenemos 50.5 y 48.6 respectivamente, lo cual son porcentajes muy próximos entre sí. Por lo que esta característica sociodemográfica no es diferenciadora entre el estado en que se encuentran las puérperas respecto al conocimiento en la elección de un método de planificación familiar.

Gráfico 3. Procedencia de las puérperas en las Unidades de Salud.



Fuente: Tabla 5.

Interpretación: Esta grafica es simple pero muy señaladora de la procedencia de las púérperas en cada unidad de salud en estudio; y vemos que en la unidad de Santa Rosa de Lima y la de Esperanza Turcios los porcentajes de procedencia entre urbana y rural son muy similares internamente, a diferencia de Las Charcas que solo proceden de área rural dada la ubicación de dicha unidad de salud.

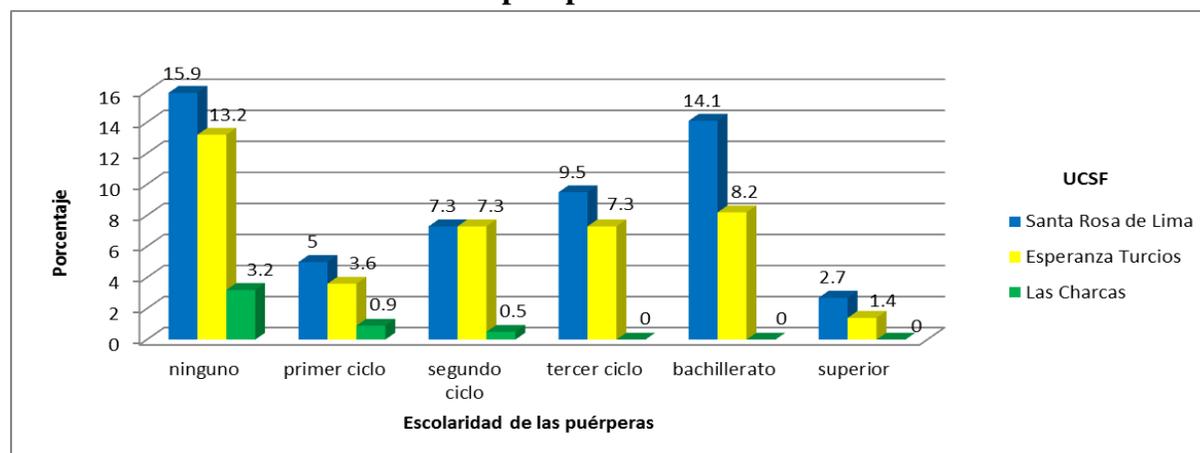
Tabla 6. Nivel académico de las púérperas en las Unidades de Salud.

Escolaridad	Ucsf							
	Santa Rosa de Lima		Esperanza Turcios		Las Charcas		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
ninguno	35	15.9	29	13.2	7	3.2	71	32.3
primer ciclo	11	5.0	8	3.6	2	0.9	21	9.5
segundo ciclo	16	7.3	16	7.3	1	0.5	33	15.0
tercer ciclo	21	9.5	16	7.3	0	0.0	37	16.8
bachillerato	31	14.1	18	8.2	0	0.0	49	22.3
superior	6	2.7	3	1.4	0	0.0	9	4.1
Total	120	54.5	90	40.9	10	4.5	220	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: Referente al nivel académico de las púérperas de este estudio se tiene que, hay un gran trabajo para los responsables en las unidades de salud en estudio en promover el programa de orientación hacia la planificación familiar, ya que el 32.3% de estas púérperas no tienen ningún nivel educativo lo cual indica que hay que orientarles en el lenguaje más sencillo y comprensible, seguido del básico que lo integran primero, segundo y tercer ciclo con porcentajes 9.5, 15.0 y 16.8 respectivamente; los cual hacen un total de 41.3%. Lo cual significa que en el 73.6% de la muestra en estudio habrá muchas limitantes para comprender lo que se diga en las charlas o consejerías y además los patrones culturales posiblemente también intervienen y dificultan el ver las orientaciones muy educativamente.

Gráfico 4. El nivel académico de las púérperas en las Unidades de Salud.



Fuente: Tabla 6.

Interpretación: En el gráfico cuatro se tiene que el nivel educativo no es un elemento que favorezca la comprensión de las ideas y orientaciones proporcionadas en la consejería, ya que en la mayoría de púerperas el nivel educativo es ninguno o muy bajo en las tres unidades de salud en estudio, y aún más deficiente en la unidad Las Charcas. Lo cual posiblemente presente cierto efecto al determinar el conocimiento para la *elección del método de planificación de las púerperas*, así como su visión de importancia y beneficios que tiene el hecho de distanciar la fecundación de hijos entre sí; y hacer un poco diferente el dicho “*los que Dios me dé y cuando quiera*”. Indicando que es necesario mucha dedicación al momento de realizar la consejería tanto de forma individual (solo a la púerpera) como en pareja (la púerpera y su pareja), y más si se realiza en general.

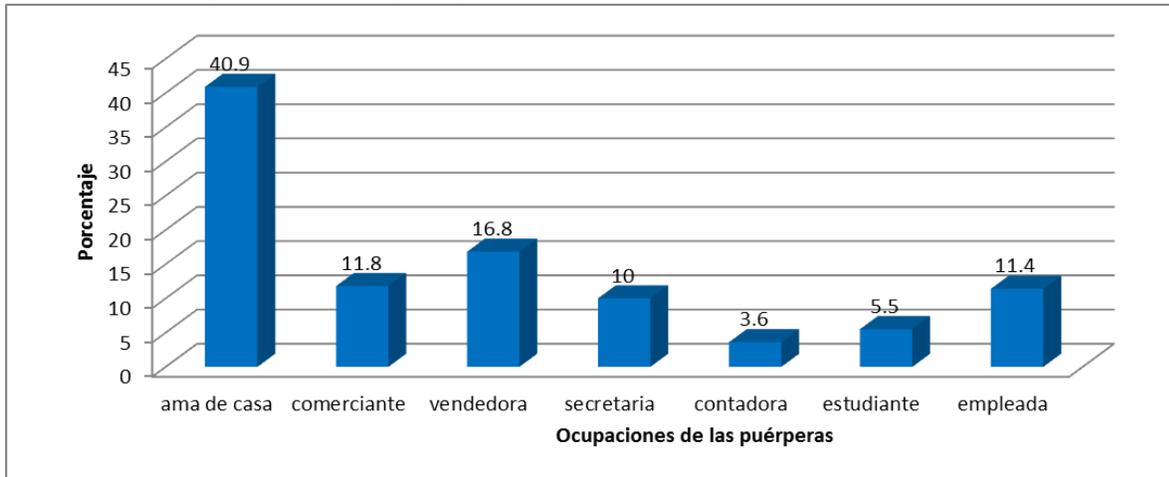
Tabla 7. Ocupación de las púerperas en las Unidades de Salud.

Ocupación	ucsf							
	Santa Rosa de Lima		Esperanza Turcios		Las Charcas		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
ama de casa	59	26.8	24	10.9	7	3.2	90	40.9
comerciante	13	5.9	10	4.5	3	1.4	26	11.8
vendedora	16	7.3	21	9.5	0	0.0	37	16.8
secretaria	12	5.5	10	4.5	0	0.0	22	10.0
contadora	6	2.7	2	0.9	0	0.0	8	3.6
estudiante	7	3.2	5	2.3	0	0.0	12	5.5
empleada	7	3.2	18	8.2	0	0.0	25	11.4
Total	120	54.5	90	40.9	10	4.5	220	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: en esta tabla se observan datos muy variados referente a las variables ocupación de las púerperas según unidad de salud, pero de ellas las más comunes son las amas de casa que están representadas por el 40.9%, las vendedoras que son el 16.8%, las comerciantes con 11.8%, en cuarto lugar las empleadas (púerperas que trabajan en otra casa, en comerciales, entre otros lugares) indicadas por el 11.4%, luego las secretarias que son el 10.0%, las estudiantes con 5.5% y finalizando con la opción de ser contadoras quienes corresponden al 3.6%. Esto se observa de forma similar en el interior de cada.

Grafico 5. Ocupación de las puérperas.



Fuente: Tabla 7.

Interpretación: Para el grafico cinco se presentan las ocupaciones en general de las puérperas, en donde se interpreta que los empleos como ama de casa, vendedora, empleada, comerciante son aquellos que son los que más se realizan y es en donde son dependencia directa y con mayor inestabilidad de ellas, sin dejar a un lado las secretarias, las estudiantes y contadoras pero de alguna forma hay más apoyo de los patrones y de las familias. Sin embargo es pertinente que en ambos casos sean conscientes de lo importante del programa de panificación familiar, para poder programarse futuros embarazos y no se den sorpresas que conlleven a mayores riesgos de alimentación, salud, entre otros. Y como ya se reflejó en la tabla correspondiente a este grafico se ve lo mismo en las tres unidades de salud en estudio, y si implicamos la modalidad familiar y la edad biológica que indica que se encuentran puntualmente en el periodo de fertilidad, esto indica que tienen varios aspectos que les pueden afectar mucho en su bienestar y en el de sus bebés.

Tabla 8. Religión de las puérperas en las Unidades de Salud.

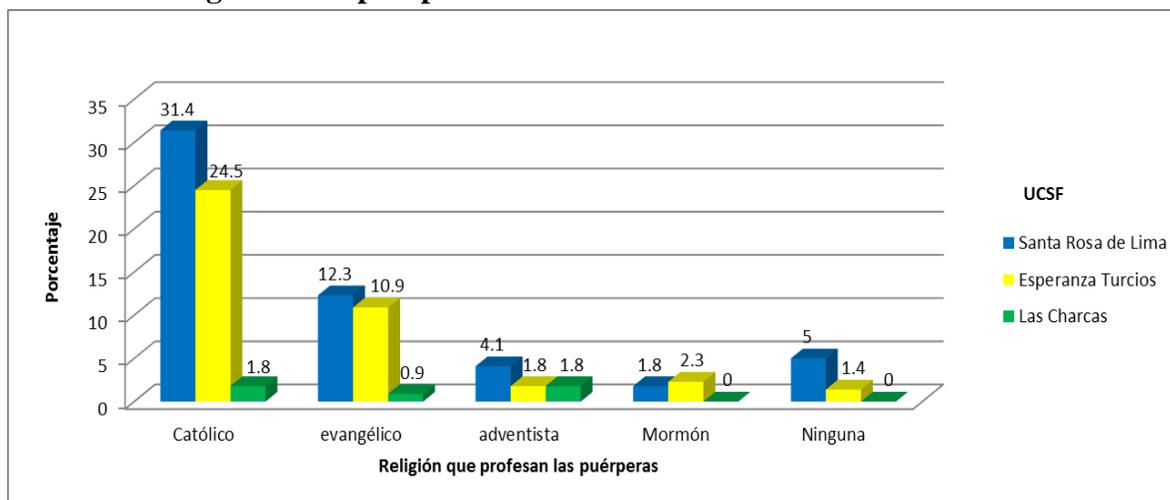
Religión	Ucsf							
	Santa Rosa de Lima		Esperanza Turcios		Las Charcas		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Católico	69	31.4	54	24.5	4	1.8	127	57.7
evangélico	27	12.3	24	10.9	2	0.9	53	24.1
adventista	9	4.1	4	1.8	4	1.8	17	7.7
Mormón	4	1.8	5	2.3	0	0.0	9	4.1
Ninguna	11	5.0	3	1.4	0	0.0	14	6.4
Total	120	54.5	90	40.9	10	4.5	220	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: La tabla seis contiene datos que describen el comportamiento del credo religioso en la muestra en estudio, y vemos que el más común es el de la religión católica con 57.7% de

representación, seguido del evangélico que es el 24.1%, hasta llegar al 6.4% que manifestaron no profesar ninguna.

Gráfico 6. Religión de las puérperas en las Unidades de Salud.



Fuente: Tabla 8.

Interpretación: Es evidente que en este gráfico se observa que la práctica religiosa más común es el catolicismo a diferencia de unidad de salud Las Charcas que se mantiene similar entre el catolicismo y la adventista; y le sigue la evangélica que hace un 24 por ciento entre las tres unidades, y también algunas mujeres que no profesan ninguna; esto puede indicarnos que la religión como actor de formación espiritual y por consecuencia social y cultural tendrá cierto efecto en el uso y conocimiento de las puérperas y sus parejas hacia los métodos de planificación familiar.

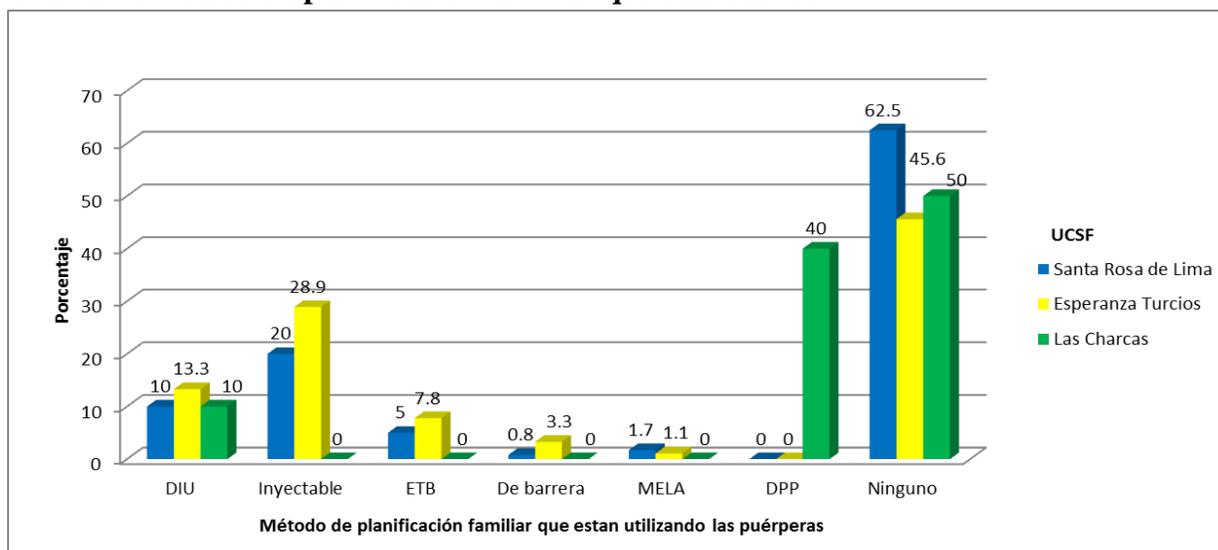
Tabla 9. Método de planificación familiar que está usando.

Método que usa actualmente	ucsf							
	Santa Rosa de Lima		Esperanza Turcios		Las Charcas		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
DIU	12	10.0	12	13.3	1	10.0	25	11.4
Inyectable	24	20.0	26	28.9	0	0.0	50	22.7
ETB	6	5.0	7	7.8	0	0.0	13	5.9
De barrera	1	0.8	3	3.3	0	0.0	4	1.8
MELA	2	1.7	1	1.1	0	0.0	3	1.4
DPP	0	0.0	0	0.0	4	40.0	4	1.8
Ninguno	75	62.5	41	45.6	5	50.0	121	55.0
Total	120	100.0	90	100.0	10	100.0	220	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: Con el fin de conocer el método de planificación familiar que se está utilizando actualmente por las púerperas se obtuvo la tabla 7, la cual nos muestra que el tipo de método más utilizados son los inyectables representados por el 22.7%, seguido del DIU, 11.4%, y los ETB con 5.9%, y algunos otros en menor proporción. Pero todos estos métodos solo son utilizados por una minoría de las púerperas quienes hacen un total del 45.0% ya que el 55.0% no utilizan ninguno de ellos lo que significa la posibilidad de una gran abundancia de embarazos durante periodos muy cercanos y algún riesgo para los bebés existentes en este grupo en estudio.

Grafico 7. Método de planificación familiar que está usando.



Fuente: Tabla 9.

Interpretación: Es relevante cuando se observa que una gran mayoría de púerperas no están haciendo uso de algún método de planificación familiar en las tres unidades de salud en estudio, y que de alguna forma se difiere en los métodos utilizados en cada una de ellas, por ejemplo en Las Charcas solamente se utiliza el DIU y en una mayoría el DPP, en cambio en Santa Rosa de Lima y en la Esperanza Turcios es el DIU y los inyectables los cuales son *métodos de primer y segunda opción a elegir según la condición* de la púerpera.

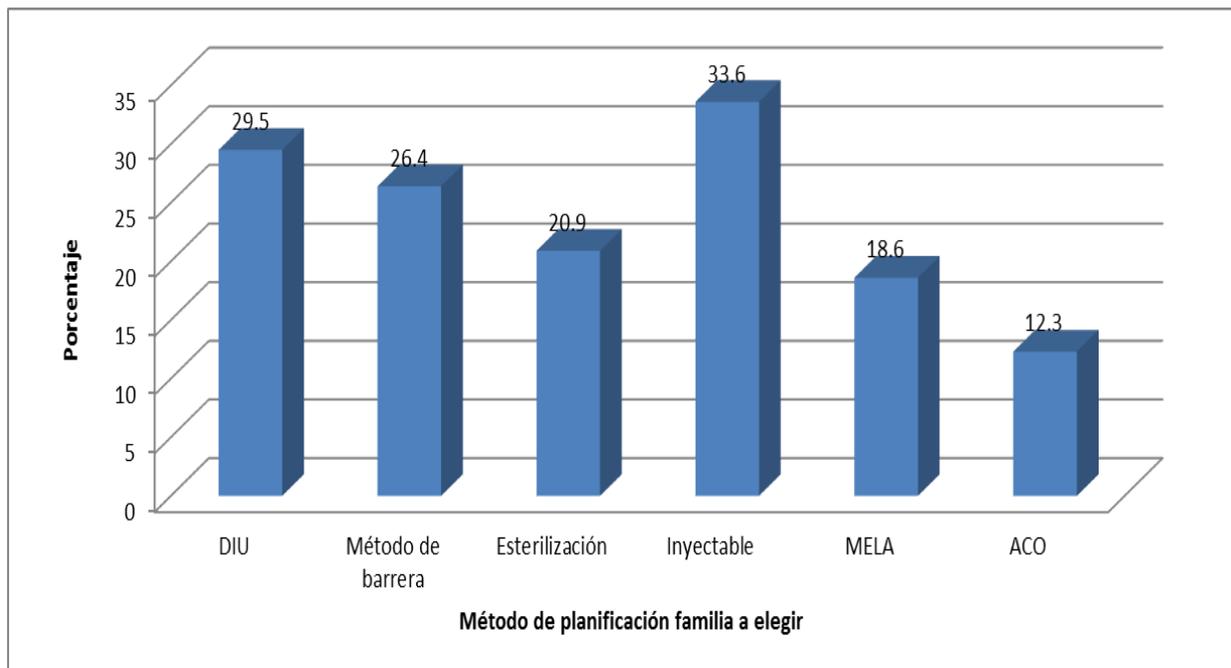
Tabla 10. Método de planificación familiar a elegir.

Método a elegir	si		no		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
DIU	65	29.5	155	70.4	220	100.0
Método de barrera	58	26.4	162	73.6	220	100.0
Esterilización	46	20.9	174	79.1	220	100.0
Inyectable	74	33.6	146	66.4	220	100.0
MELA	41	18.6	179	81.4	220	100.0
ACO	27	12.3	193	87.7	220	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: Este resultado expresa el método de planificación a elegir, es decir, cuál será el próximo a utilizar, donde vemos que prevalecerán en el siguiente orden: inyectables el 33.6%, el DIU para un 29.5%, el de barrera con 26.4%, de esterilización el 20.9%, el método de lactancia amenorrea el 18.6% y los anticonceptivos orales combinados (ACO) solamente el 12.3%. Manifestándose mayor variedad en la elección.

Gráfico 8. Método de planificación familiar a elegir.



Fuente: Tabla 10.

Interpretación: En este gráfico se detalla la frecuencia de elección de cada uno de los tipos de métodos que indicaron las púerperas que van a elegir, teniéndose que la elección es diversa y en diferentes porcentajes de preferencia. Pero se observa un posible inconveniente, y es el hecho de que la minoría (menos del 50% de las púerperas en estudio) es la que dijo utilizará alguno. Por lo que el programa de consejería deberá realizar gran tarea de concientización para aumentar el uso de estos métodos y así disminuir la posibilidad de embarazos a corto plazo.

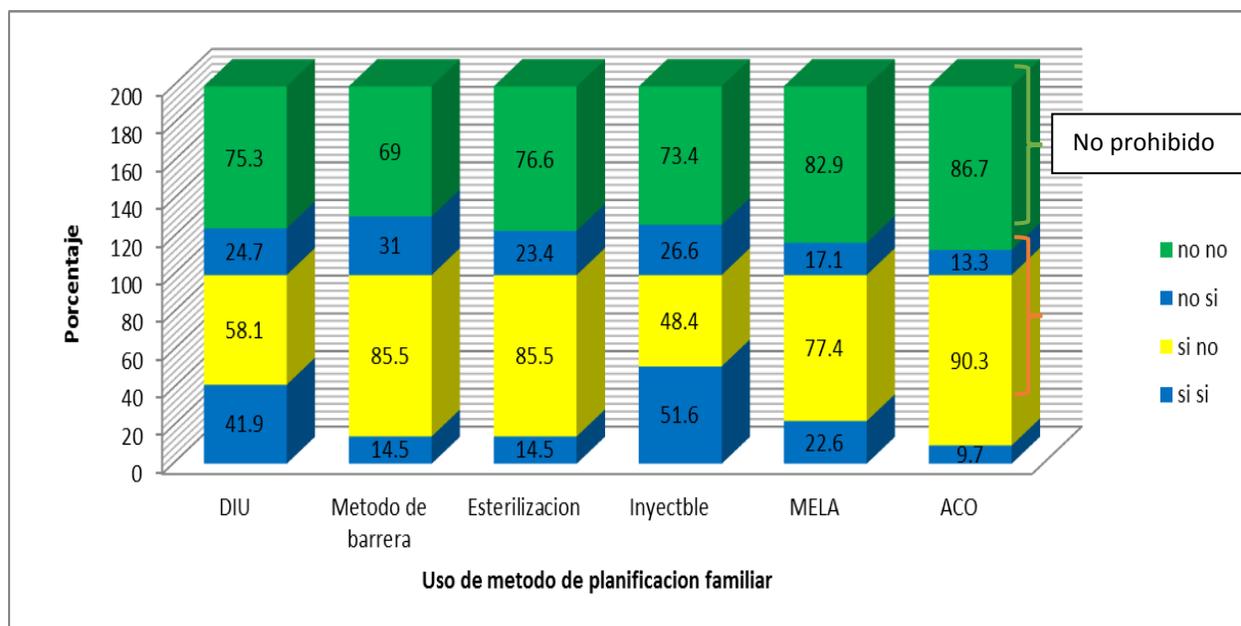
Tabla 11. Método de planificación a elegir a pesar de prohibirlo el hombre.

Método a elegir	Prohibir método											
	si						No					
	si		no		Total		si		no		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
DIU	26	41.9	36	58.1	62	100.0	39	24.7	119	75.3	158	100.0
Método de barrera	9	14.5	53	85.5	62	100.0	49	31.0	109	69.0	158	100.0
Esterilización	9	14.5	53	85.5	62	100.0	37	23.4	121	76.6	158	100.0
Inyectable	32	51.6	30	48.4	62	100.0	42	26.6	116	73.4	158	100.0
MELA	14	22.6	48	77.4	62	100.0	27	17.1	131	82.9	158	100.0
ACO	6	9.7	56	90.3	62	100.0	21	13.3	137	86.7	158	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: Este resultado corresponde a la elección de un método de planificación familiar por parte de la puérpera a pesar de tener el inconveniente de que hombre le prohíba utilizarlo; y se tiene que a 62 puérperas se les ha prohibido: de estas los tres métodos más elegidos son los inyectables con un 51.6%, el DIU para el 41.9% y los MELA como tercer lugar en un 22.6%. En cambio para el resto de porcentajes de cada uno de estos y de los demás respecto a las 60 mujeres parece que muestran obediencia o temor y por lo tanto no usan ninguno. De igual forma para las 158 a las que indicaron no se les ha prohibido el método a utilizar con mayor frecuencia es el de barrera indicado por el 31.0%, seguido de los inyectables, el DIU y los demás con menor intención de elección.

Grafico 9. Método de planificación a elegir a pesar de prohibirlo el hombre.



Fuente: Tabla 11.

Interpretación: En este gráfico se detallan los resultados porcentuales de uso de los métodos de planificación familiar en relación a si la pareja de la puerpera lo ha prohibido (señalado por la llave color rojo) o no (señalado por la llave color naranja) en donde tenemos que: cuando se ha prohibido la mayoría de mujeres no utilizan ningún método lo que aparentemente significa una obediencia o sumisión por parte de la mujer; y un porcentaje bastante mínimo se arriesgan a caer en controversia por utilizarlo, manifestándose mayor consciencia en la prevención de embarazos y se usan mas aquellos métodos que no son observables de forma inmediata, es decir es posible que ellas lo oculten al hombre. De forma contraria en aquellos casos donde no hay prohibición que se utilizan otros métodos como los métodos de barrera, los inyectables, el DIU, la esterilización, y así sucesivamente; pero manteniendo siempre frecuencias de uso bastante bajas.

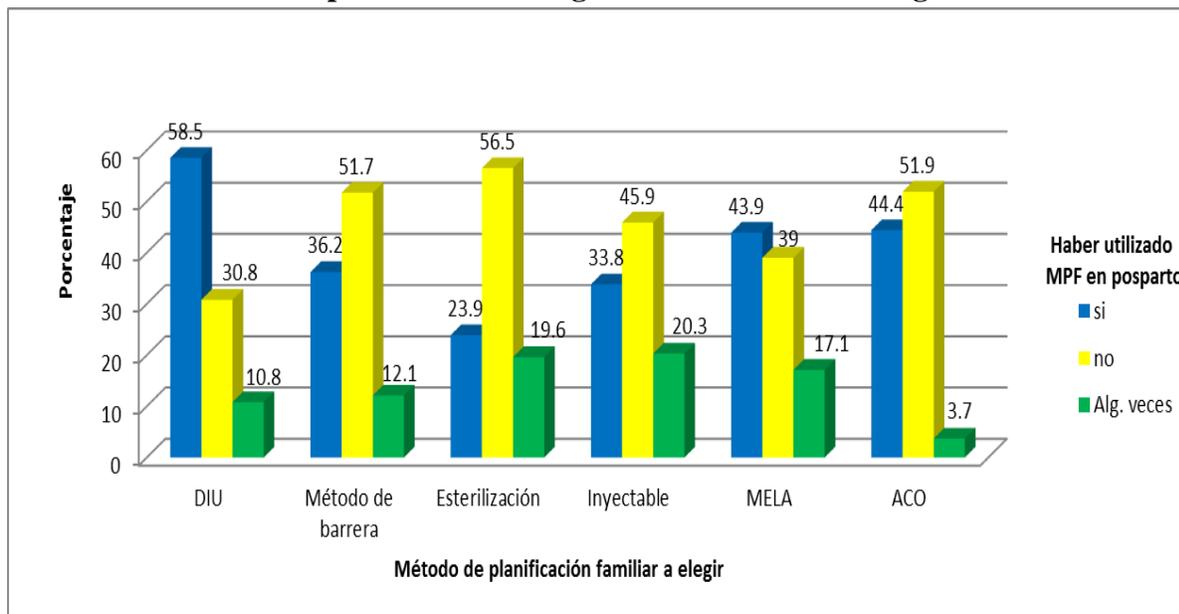
Tabla 12. Método de planificación a elegir versus haber usado alguna vez.

Método a elegir		ha utilizado mpf en etapa posparto							
		si		no		Alg. veces		Total	
		Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
DIU	si	38	58.5	20	30.8	7	10.8	65	100.0
	no	41	26.5	87	56.1	27	17.4	155	100.0
	Total	79	35.9	107	48.6	34	15.5	220	100.0
Método de barrera	si	21	36.2	30	51.7	7	12.1	58	100.0
	no	58	35.8	77	47.5	27	16.7	162	100.0
	Total	79	35.9	107	48.6	34	15.5	220	100.0
Esterilización	si	11	23.9	26	56.5	9	19.6	46	100.0
	no	68	39.1	81	46.6	25	14.4	174	100.0
	Total	79	35.9	107	48.6	34	15.5	220	100.0
Inyectable	si	25	33.8	34	45.9	15	20.3	74	100.0
	no	54	37.0	73	50.0	19	13.0	146	100.0
	Total	79	35.9	107	48.6	34	15.5	220	100.0
MELA	si	18	43.9	16	39.0	7	17.1	41	100.0
	no	61	34.1	91	50.8	27	15.1	179	100.0
	Total	79	35.9	107	48.6	34	15.5	220	100.0
ACO	si	12	44.4	14	51.9	1	3.7	27	100.0
	no	67	34.7	93	48.2	33	17.1	193	100.0
	Total	79	35.9	107	48.6	34	15.5	220	100.0

Fuente: Encuesta de este estudio

Análisis: La manifestación, detallada en este gráfico, de haber utilizado algún método en donde la información relevante esta en las opciones *si* y *algunas veces utilizado* y el método que elegirá aun ya teniendo alguna experiencia en su uso es el DIU con un 58.5%, luego el ACO con el 44.4, el MELA en 43.9, los inyectables el 33.8% y la esterilización el 23.9%; manteniendo elementos similares para aquellas que indicaron haberlo utilizado a veces. Pero el punto más importante es que aquellas que no los han utilizado hay porcentajes bastante altos que manifestaron que no lo utilizaran, por lo que hacer consciencia en las consejerías es fundamental con el fin de evitar riesgos futuros en los embarazos no deseados durante el puerperio.

Grafico 10. Método de planificación a elegir versus haber usado alguna vez.



Fuente: Tabla 12.

Interpretación: En este grafico número 10, se observa que los datos relacionados con el método de planificación familiar a elegir a partir de una experiencia anterior son más comúnmente en forma descendente: el DIU, los MELA, los ACO, los de barrera, los inyectables, los inyectables y el de esterilización. Y para las que no han tenido experiencia previa la esterilización, el ACO, el de barrera, los inyectables y el DIU en último lugar. De alguna forma cambia la preferencia de elección, por lo cual una excelente consejería permitirá a las mujeres ser más conscientes de lo que eligen donde se expliquen sus efectos adversos y sus condiciones de unos.

Tabla 13. Le han hablado en la Unidad de Salud y conocimiento de algún método

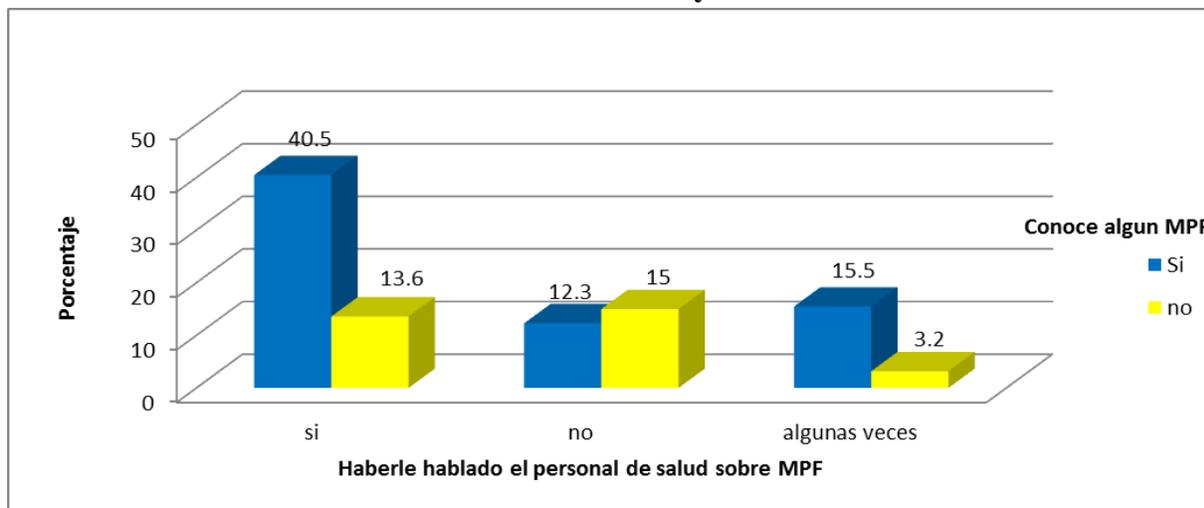
El personal ha hablado de métodos	conoce algún método					
	Si		No		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
si	89	40.5	30	13.6	119	54.1
no	27	12.3	33	15.0	60	27.3
algunas veces	34	15.5	7	3.2	41	18.6
Total	150	68.2	70	31.8	220	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: Al revisar si le ha hablado el personal de salud sobre los métodos de planificación familiar y su opinión si conoce de algún método se tiene lo siguiente: que el 68.2% indicó tener

conocimiento de alguno, mientras que el 31.8% de la muestra en estudio no. De estas mujeres solamente el 54.1% manifestó con certeza que se les ha hablado y el 18.6 dijo que algunas veces, haciendo un total de 72.7% que tiene ideas sobre los métodos; y de entre ellas el 16.8% (obtenido de 13.6+3.2) dijo no conocer un método. Por lo que no se está comprendiendo en cómo se da la consejería.

Grafico 11. Le han hablado en la Unidad de Salud y conocimiento de método



Fuente: Tabla 13.

Interpretación: En relación conocer sobre algún método de planificación familiar a pesar de que el personal de salud le ha hablado de lo los métodos se tiene que, cierto porcentaje manifiesta conocer aun cuando le hayan hablado siempre, algunas veces o nunca en la unidad de salud pero el 68.3 manifiesta conocer (40.5+12.3+15.5), en cambio la otra parte bajo las mismas condiciones considera no saber. En el primer grupo quizá las que realmente saben es el 40.5% al que le ha orientado las consejeras de las unidades por lo que es necesario hacer una exploración con mayor detalles alrededor de este conocimiento manifestado.

Tabla 14. Considerar importante elegir método a partir de la consejería recibida

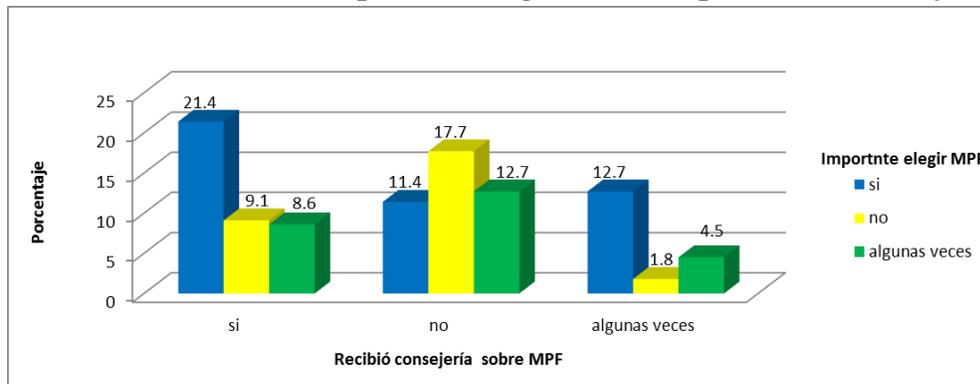
Recibió consejería	importancia de la elección							
	si		no		algunas veces		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
si	47	21.4	20	9.1	19	8.6	86	39.1
no	25	11.4	39	17.7	28	12.7	92	41.8
algunas veces	28	12.7	4	1.8	10	4.5	42	19.1
Total	100	45.5	63	28.6	57	25.9	220	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: Los datos contenidos en la tabla 12 se refieren al hecho de darle importancia a utilizar los métodos de planificación familiar a partir de la consejería recibida, en donde tenemos que del

total del estudio solamente el 45.0% manifestó considerarlos importantes y el 25.9 que algunas veces; haciendo un total de 70.9%. Si se observa los que recibieron consejería hay un 39.1% que manifestó si y el 19.1% algunas veces, totalizando 58.2% de puérperas con alguna orientación, significa que hay algunas personas que por experiencias de la vida, sociales o de otros medios de información hay sentido la necesidad de auxiliarse de algún método. Y también a los porcentajes que aún no se han aconsejado (el 41.8%) y no le dan la importancia necesaria (el 28.6%) necesitan se orientados con mayor dedicación.

Grafico 12. Considerar importante elegir método a partir de la consejería recibida



Fuente: Tabla 14.

Interpretación: En este grafico se analiza que en la medida en que se aconseja se va despertando la importancia en las puérperas hacia el uso de los métodos de planificación familiar, pero existe un buen porcentaje que aun recibéndola no son tan conscientes de su importancia 17.7% (sumando 9.1% y 8.1%), y otras que aun sin recibirla saben que es importante la planificación familiar. Pero más de la mitad de la muestra en estudio no han recibido consejería ni tampoco valoran la importancia y por tanto hay quizás tantos embarazos no deseados y con complicaciones porque hay descuido e irresponsabilidad en la reproducción y más en esta muestra en estudio que la mayoría está en edad fértil y con poco nivel educativo y además teniendo ocupaciones que no son tan estables económicamente.

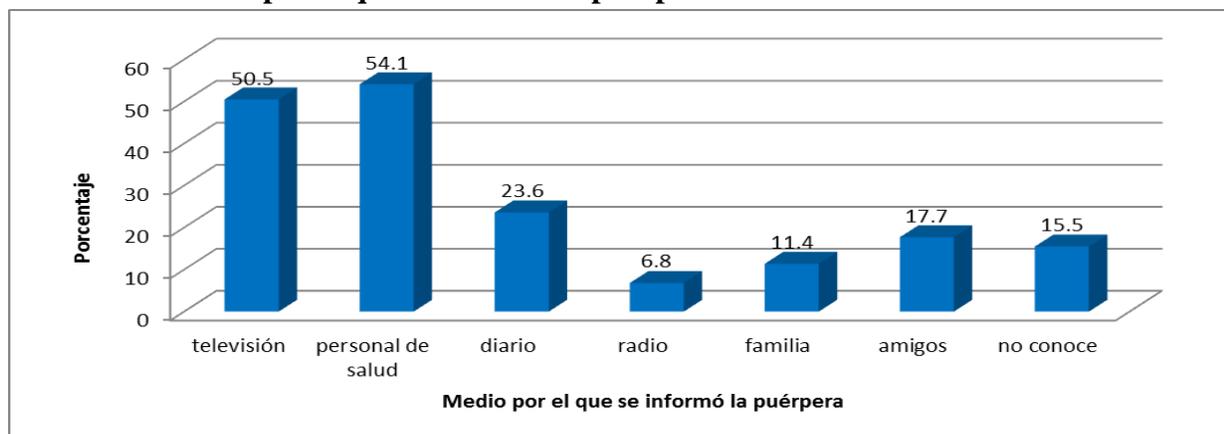
Tabla 15. Medio por el que se informó la puérpera de los MPF

Medio de información	si		No		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
televisión	111	50.5	109	49.5	220	100.0
personal de salud	119	54.1	101	45.9	220	100.0
diario	52	23.6	168	76.4	220	100.0
radio	15	6.8	205	93.2	220	100.0
Familia	25	11.4	195	88.6	220	100.0
Amigos	39	17.7	181	82.3	220	100.0
Otros medios	34	15.5	186	84.6	220	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: Los datos referentes a los medios por lo que se ha informado la puérpera indican que 54.1% es mediante el personal de salud, el 50.5% por la televisión, el 23.6% por el diario, el 17.7% por los amigos, el 15.5% por otros medios, el 11.4% por la familia y el 6.8% por la radio. Esto refleja que las puérperas tienen otros medios que pueden estar haciendo dos funciones *fortaleciéndoles más su conocimiento o haciéndoles perder su interés por las orientaciones en las unidades de salud ya que ahí talvez se avergüenzan porque las ve la vecina o amiga*, lo cual indica mucha seriedad de parte de la consejería.

Gráfico 13. Medio por el que se informó la puérpera



Fuente: Tabla 15.

Interpretación: En el gráfico se describen los medios por los cuales las puérperas que formaron parte del estudio son informadas de los métodos de planificación familiar (MPF), en donde vemos que el personal es el principal informante y formador de estas madres por lo que debe tratar de que el mensaje sea comprendido y que la puérpera llegue a hacer consciente de que el uso de los MPF es necesario, *“no es de voy a ver y nunca ve”* ya que a pesar de sus deficiencias académicas pueden mal entender el mensaje que recibe por los demás medios; y como vemos la televisión está casi a la misma frecuencia, seguido de los demás.

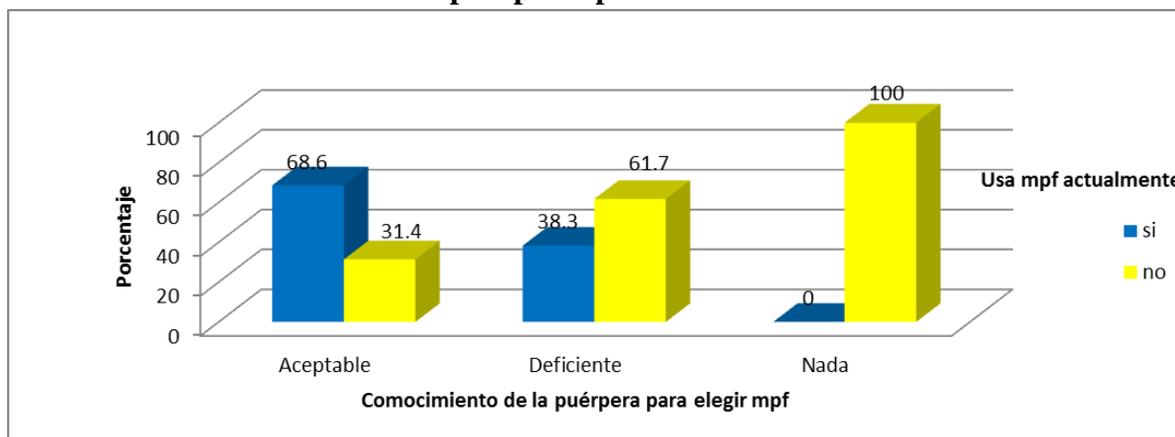
Tabla 16. Conocimiento de las puérperas para la elección de métodos

Nivel de conocimiento de ella	Usa algún método actualmente					
	si		no		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Aceptable	35	68.6	16	31.4	51	100.0
Deficiente	64	38.3	103	61.7	167	100.0
Nada	0	0.0	2	100.0	2	100.0
Total	99	45.0	121	55.0	220	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: En el gráfico se analiza el conocimiento de las puérperas en relación a la elección del método de planificación familiar, y se tiene en la tabla catorce que para cada nivel de conocimiento obtenido existe lo siguiente: de las que tienen conocimiento aceptable el 68.6% está usando un método, para las de conocimiento deficiente (saben poco de lo que necesitan saber según el programa) el 38.3% usa alguno, mientras que de las que no saben ninguna usa MPF. Lo cual significa que entre menos saben hay menos uso de ellos.

Gráfico 14. Conocimiento de las puérperas para la elección de métodos



Fuente: Tabla 16.

Interpretación: Al valorar el uso de método de planificación familiar respecto al conocimiento que tienen las puérperas para elegirlo, se concluye que en la medida que conocimiento es menor también no hay utilización de los métodos, por lo que formar a estas madres mediante una consejería adecuada es importante teniendo en cuenta en ellas las precondiciones de interpretación del mensaje.

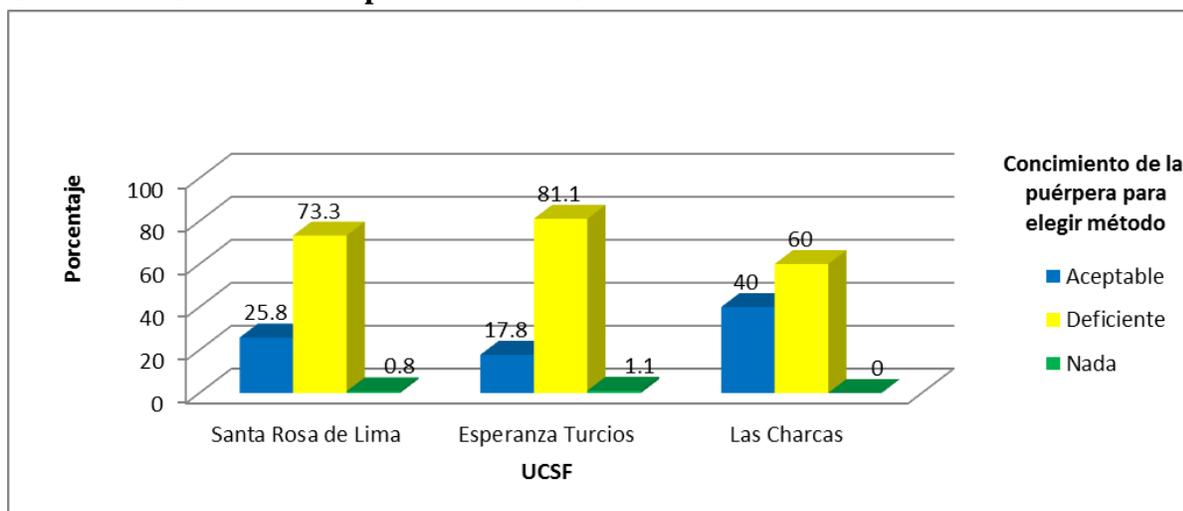
Tabla 17. Conocimiento por Unidad de Salud.

Nivel de conocimiento de ella	ucsf							
	Santa Rosa de Lima		Esperanza Turcios		Las Charcas		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Aceptable	31	25.8	16	17.8	4	40.0	51	23.2
Deficiente	88	73.3	73	81.1	6	60.0	167	75.9
Nada	1	0.8	1	1.1	0	0.0	2	0.9
Total	120	100.0	90	100.0	10	100.0	220	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: Al valorar el conocimiento de las púerperas por unidad de salud se observa que solamente el 23.2% de todo el estudio posee conocimiento aceptable, el 75.9% tiene conocimiento deficiente, es decir, tiene ideas de los métodos de planificación familiar, y prácticamente un 1% no sabe al respecto. Y el conocimiento que prevalece será el deficiente con porcentajes de 73.3% para Santa Rosa de Lima, 81.1% para la unidad Esperanza Turcios y el 60.0% para Las Charcas, por lo que los elementos considerados en la caracterización de la muestra en estudio están de alguna forma ejerciendo efecto en la seriedad con que estas mujeres consideran el trabajo del programa de planificación familiar.

Grafico 15. Conocimiento por Unidad de Salud.



Fuente: Tabla 15.

Interpretación: El grafico 15 indica que hay poco conocimiento aceptable respecto a los MPF y por tanto hacia su elección en las tres unidades de salud en estudio. Lo que si prevalece es el conocimiento deficiente el cual significa que la púerpera tiene ideas pero que no o por lo menos ha oído el nombre y quizá no su efectividad, beneficios e importancia entre otros elementos importantes.

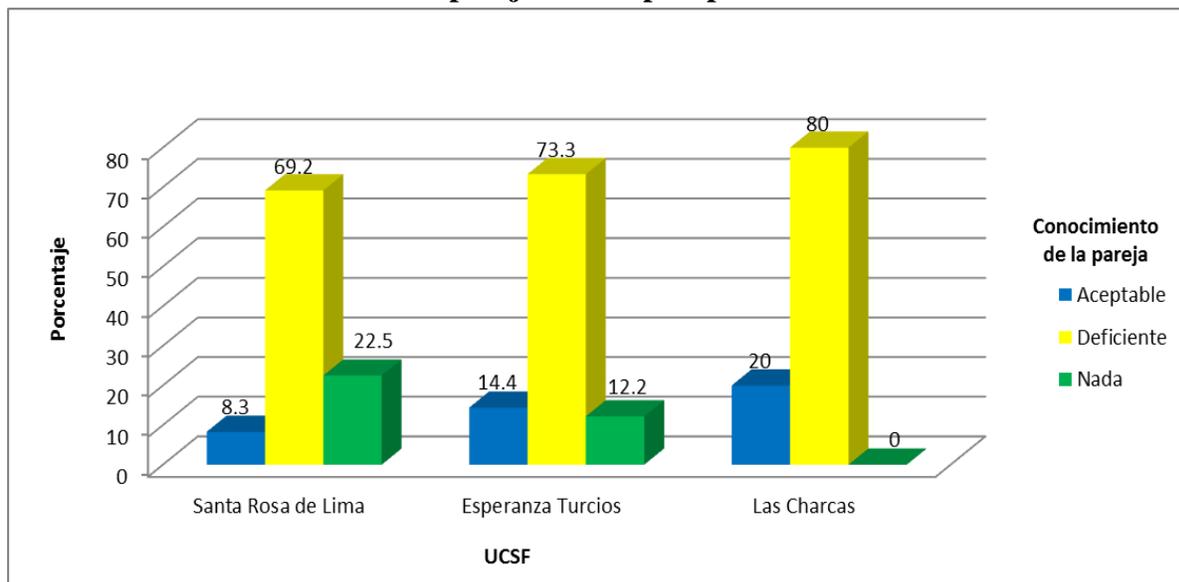
Tabla 18. Conocimiento de las parejas de las púerperas sobre el mpf.

Nivel de conocimiento de la pareja	Ucsf							
	Santa Rosa de Lima		Esperanza Turcios		Las Charcas		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Aceptable	10	8.3	13	14.4	2	20.0	25	11.4
Deficiente	83	69.2	66	73.3	8	80.0	157	71.4
Nada	27	22.5	11	12.2	0	0.0	38	17.3
Total	120	100.0	90	100.0	10	100.0	220	100.0

Fuente: encuesta de este estudio

Análisis: En cuanto al bosquejo de conocimiento que se realizó para determinar el conocimiento de las parejas de las puérperas, la tabla proporciona que en general el conocimiento aceptable es poco, solamente el 11.4%, y el deficiente lo representa el 71.4%, donde también nada que representa ningún saber se valora en el 17.3%.

Grafico 16. Conocimiento de las parejas de las puérperas sobre el MPF.



Fuente: Tabla 18.

Interpretación: En estos resultados se encuentra alguna variación con respecto al conocimiento que presentan las puérperas, pero si es similar el hecho que la mayoría corresponde a deficiente, y con bastante presencia nada en dos unidades en estudio.

6.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

En este caso se realiza la prueba de hipótesis mediante proporciones con aproximación a la distribución normal, dado que, para determinar el porcentaje de puérperas del estudio con conocimiento aceptable, se hizo mediante medición de frecuencias. Además, el tamaño de muestra n es mayor que 30, en este caso 220. Y a pesar de que el muestreo no es aleatorio (la población estaba establecida) se realiza la prueba de hipótesis a una confianza del 95% (lo que significa que no se puede generalizar a otras poblaciones, solamente la población que cumplía criterios de inclusión).

Para ello, se realizan los siguientes pasos:

Paso 1. ESTABLECIMIENTO DE HIPÓTESIS.

Según el enunciado de las hipótesis su planteamiento queda así (donde P es el porcentaje de puérperas con conocimiento aceptable para la elección de un método de planificación familiar en el posparto, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar básicas Las Charcas San Buena Ventura e intermedias Enfermera Zoila Esperanza Turcios de Jiménez, La Unión y Santa Rosa de Lima, año 2017, que formaron parte del estudio):

H_1 : $P > 50\%$.

H_0 : $P \leq 50\%$.

Paso 2. NIVEL DE CONFIANZA.

Para la prueba se utiliza el nivel de confianza del 95% lo cual genera un valor estándar (crítico) o de decisión de 1.65 por la razón de que la hipótesis de trabajo es unilateral derecha. Este valor es encontrado en la tabla de distribución normal, este es llamado valor Z de tabla, Z_t (ver anexo #).

Paso 3. CALCULO DEL VALOR DE Z.

Para calcular el valor de Z (Z_c) se hace el uso de la siguiente ecuación:

$$Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} \text{ Donde } \sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}. \text{ Significado:}$$

\hat{p} es el porcentaje de puérperas con conocimiento aceptable para la elección de un método de planificación familiar en el posparto.

P es el porcentaje de puérperas con conocimiento aceptable para la elección de un método de planificación familiar en el posparto que se estima existen en la muestra en estudio.

$\sigma_{\hat{p}}$ se refiere al error estandarizado que se comete al realizar la prueba con este tamaño de muestra.

n es el tamaño de muestra de este estudio.

Con $P = 0.50$, $n = 220$ y $\hat{p} = 0.232$ (según la siguiente tabla obtenida del spss)

Nivel de conocimiento de ella para elegir mpf	Frec	%
Aceptable	51	23.2
Deficiente	167	75.9
Nada	2	0.9
Total	220	100.0

Entonces sustituyendo tenemos que: $\sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{0.50(1-0.50)}{220}} = 0.034$

Por lo que, $Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} = \frac{0.232-0.50}{0.034} = \frac{-0.268}{0.034} = -7.88$.

Así: $Z_c = -7.88$

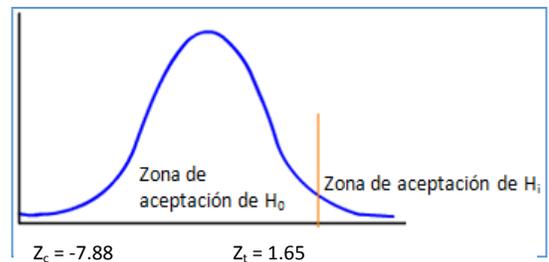
Paso 4. REGLAS DE DECISIÓN.

Si Z_c es mayor que Z_t , entonces se acepta H_i .

Si Z_c es menor que Z_t , entonces se acepta H_o .

Paso 5. DECISIÓN ESTADÍSTICA.

Dado que el valor Z calculado con los datos muestrales es de -7.88 el cual es menor al valor Z de tabla que es 1.65 , entonces se acepta la hipótesis nula, la cual dice de la siguiente manera: El conocimiento de las mujeres sobre los métodos de planificación familiar utilizados en la etapa posparto determina la elección de un método de planificación familiar en el posparto, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar básicas Las Charcas San Buena Ventura e intermedias Enfermera Zoila Esperanza Turcios de Jiménez, La Unión y Santa Rosa de Lima, año 2017, no es aceptable.



Conclusión general de la prueba de hipótesis:

A partir de la información obtenida y organizada tanto en la parte de procesamiento descriptivo como de la prueba de hipótesis sobre las púérperas con conocimiento aceptable para la elección de un método de planificación familiar en el posparto indica un porcentaje muy bajo, por lo que, vale la pena tener las precauciones y atención necesaria para que no caigan en riesgos mayores referente a los embarazos no deseados por falta de educación sexual y valoración adecuada hacia la reproducción responsable.

7. DISCUSIÓN

Después de finalizados los apartados anteriores, integramos los elementos pertinentes entre los antecedentes, el marco teórico y los resultados de este estudio sobre el conocimiento de las puérperas en relación al conocimiento que poseen para la elección del método de planificación familiar que deseen y el más adecuado. Lo cual se reflexiona sobre los siguientes aspectos: caracterización de la muestra en estudio, el uso anterior y actual de los métodos de planificación familiar (MPF), la tenencia de acceso a la información de los MPF por parte de las puérperas, y, al conocimiento de las puérperas y de sus parejas respecto a los MPF. Así tenemos que:

Al describir la caracterización de la muestra en estudio, se ve que en nuestro estudio tiene diversidad de elementos que las cualifican las puérperas de las unidades de salud así:

- Edad: de 19 – 31 años el 76.4%
- Estado familiar: solteras 24.1% y acompañadas el 53.2%
- Procedencia: rural el 50.5%
- Nivel académico: ninguno el 32.3%, básico el 41.3%
- Ocupación: ama de casa 40.9%, vendedora el 16.8%, comerciante el 11.8% y empleada el 11.4%.
- Religión: católica el 57.7%, evangélica el 24.1% y ninguna 6.4%.

Con tales características se pueden establecer parámetros que confirman los criterios elegidos para la población en estudio, pues coincide en que debe estar en la edad fértil adecuada para reproducir, y que deben saber interpretar la sección correspondiente a los derechos, reglas, importancia y beneficios para elegir sus métodos, pero en nuestro caso tienen dificultades ya que su nivel académico es muy bajo en el 73.6%.

En esta sección es preciso que la muestra en estudio posee muchas circunstancias que por lo general no les favorecen a que su actuar sea el mejor como puérperas.

Continuando con la socialización que relaciona el uso anterior y actual de los métodos de planificación familiar (MPF), que corresponden en nuestro al objetivo específico uno, y tenemos que:

- Actualmente están usando los métodos (similar en las unidades): Ninguno el 55.0% el 45.0% si, inyectable el 22.7% y DIU el 11.4%.

- Método a elegir en el futuro:

Inyectable el 33.6%, DIU el 29.5%, de barrera el 26.4% y la esterilización el 20.9%

- MPF a elegir ante la prohibición del esposo:

a) cuando le ha prohibido; Inyectable el 51.6%, DIU el 41.9% y MELA el 22.6%.

b) cuando no le ha prohibido; De barrera el 31.0%, inyectable el 26.6%, DIU el 24.7% y la esterilización el 23.4%.

- Método a elegir a partir de una experiencia: Inyectable el 33.4%, DIU el 29.5%, de barrera el 26.3%, la esterilización el 20.9%, MELA el 18.6% y ACO el 12.3%.

Comparando con datos de estudios globales En El Salvador, la Encuesta de Salud Familiar de (FESAL 2002/03) reporta una tasa Global de uso de métodos de planificación familiar del 67.3% en mujeres casada o unidas; siendo menor en el área rural (60.1%).

Se tienen pues, ciertas coincidencias ya que a nivel del país se dice que usa métodos el 67.3% y en este estudio solamente el 45.0% está usándolos actualmente, además el método de planificación lo debe decidir la pareja, aspecto que en este estudio describe que hay púerperas que manifestaron que sus parejas les prohíben su uso y otras que no, y de hecho hay una elección diferente de los métodos de planificación a utilizar. También se apoya entre los fundamentos teóricos y los resultados de esta investigación que las mujeres que ya han utilizado algún método deciden continuar usando el mismo u otro método de planificación familiar.

Es relevante visualizar que sobre la tenencia de acceso a la información de los MPF por parte de las púerperas el marco teórico señala los siguientes derechos: *Derecho a la Información, Derecho al acceso a servicios, Derecho a Escoger el método anticonceptivo, Derecho a la Privacidad, entre otros*. Y en nuestro estudio se valoró lo siguiente: el personal de salud le habló de los MPF al 54.1% y manifestó conocer de alguno el 68.2%; ha recibido consejería sobre ellos el 39.1% y que los valora importantes elegirlos el 45.5% de las púerperas; además que los medios principales mediante los que se han informado son *el personal de la unidad de salud y la televisión* indicaron. En los antecedentes no encontramos nada al respecto.

Referente al conocimiento de las púerperas y de sus parejas respecto a los MPF para realizar la elección, se obtuvo:

Conocimiento de ellas medido en porcentajes: Aceptable el 23.2%, deficiente 75.9% y nada o ninguno 0.90 %.

Conocimiento de él: Aceptable 11.4% deficiente 71.4% y nada o ninguno 17.3%

Que hay cierta diferencia entre los diferentes niveles, pero en general tenemos que saber o tiene más ideas sobre los métodos de planificación familiar la púerpera.

Otro aspecto valorado es el porcentaje de uso de método actualmente a partir de su conocimiento:

Conocimiento de ella versus uso de método

Aceptable de las cuales usan un método el 15.9%

Deficiente de las cuales solo usan método un 29.1%

Mientras que las que definitivamente no tienen ningún tipo de conocimiento no utilizan algún método.

A pesar del conocimiento valorado se observa que se usan poco los métodos de planificación familiar. El conocimiento, se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirá la familia.

Todo lo reflexionado anteriormente se indica que la hipótesis manifestó que las puérperas no tienen conocimiento aceptable ya que su mayoría lo tiene deficiente, y vale la pena indicar que las consejerías son importantes para promover el objetivo de la PFPP el cual es ayudar a las mujeres a decidir sobre el método anticonceptivo que desean usar, iniciarlo y seguir usándolo durante dos años o más, según cuáles sean sus intenciones o las de la pareja en cuanto a la reproducción.

8. CONCLUSIONES

Habiendo realizado el trabajo donde se presentan elementos sobre el conocimiento de las puérperas en relación al método de planificación familiar a elegir en la unidad de salud de Santa Rosa de Lima, Esperanza Turcios y Las Charcas se plantean las siguientes conclusiones:

Las madres participantes en este estudio son en su mayoría puérperas que se encuentran en la edad fértil indicada para la reproducción (el 76.4%) y su complemento en grupos extremos de riesgo; las cuales poseen un estado familiar con bastante inestabilidad familiar como lo es las solteras y acompañadas, que hacen el 77.3%; y que su procedencia entre urbana y rural es casi similar próximas en ambos casos al 50%.

Estas poseen los siguientes niveles académicos: ninguno el 32.3% y básico el 41.3% haciendo entre ambos grupos el 73.6%, lo cual también tiene coincidencias con la ocupación que poseen, siendo ama de casa el 40.9%, vendedora el 16.8%, comerciante el 11.8% y empleada de casa el 11.4%, conformando el 80.9% en total, las cuales también son ocupaciones de mucha inestabilidad económica, y sus principios religiosos que son católicas 57.7%, evangélicas 24.1% y de ninguna el 6.4%, en las cuales se desconoce su formación de principios y de fé.

Que el 45.0% de las madres que se encuentran utilizando algún método actualmente, tienen de preferencia los siguientes: Inyectables 22.7% y el DIU en 11.4%, mientras que el 55.0% no usa. Y que estas que usan realizarán la elección próxima así: Inyectable el 33.4%, DIU el 29.5%, de barrera el 26.3%, la esterilización el 20.9%, MELA el 18.6% y ACO el 12.3%, los cuales coinciden con algunos ya usados.

Que las parejas de las puérperas les han prohibido el uso a algunas puérperas mientras que a otras no, pero que ellas basándose en esa condición seleccionan métodos bastante diferenciados como se muestra *a) cuando le ha prohibido su elección es*; Inyectable el 51.6%, DIU el 41.9% y MELA el 22.6%. *b) cuando no le ha prohibido*; De barrera el 31.0%, inyectable el 26.6%, DIU el 24.7% y la esterilización el 23.4%. y cuando ellas reciben la consejería manifestaron elegir en el futuro: Inyectable el 33.6%, DIU el 29.5%, de barrera el 26.4% y la esterilización el 20.9%. Aquí se observa que están siendo más conscientes en cuidar de su salud y la de sus hijos.

Que el porcentaje de las puérperas que manifestaron conocer de los MPF (es el 68.2%) es mayor que las que manifestaron les habían hablado de ellos, que es el 54.1%. Y que solamente el 39.1% considera que han recibido consejería pero que de igual forma opina que es importante elegir alguno el 45.5%. Además que los medios de información y formación sobre el programa de planificación familiar más comunes son el personal de la unidad de salud y la televisión según las puérperas y con porcentajes próximos como lo es 54.1% y el 50.5% respectivamente.

Que pocas puérperas poseen conocimiento aceptable, solo el 23.2%, y que la mayoría posee conocimiento deficiente “solo ideas prácticamente” el cual está representado por el 75.9%. Y que de las parejas se obtuvo más problemas de conocimiento: el aceptable es 11.4%, del deficiente 71.4% y los que ningún o nada 17.3%.

Que las puérperas en relación a su conocimiento usan los métodos en el siguiente porcentaje: aceptable solo usa método el 15.9% y deficiente el 29.1, haciendo el total de 45.0% que usan métodos.

Al probar la hipótesis a una confianza del 95% se obtuvo que la mayoría de puérperas posee deficientes conocimientos para elegir un método de planificación familiar.

9. RECOMENDACIONES

Después de haber ordenado los hallazgos del estudio sobre el conocimiento de las puérperas de los métodos de planificación familiar para hacer posible su elección se procede a formular algunas recomendaciones:

Al ministerio de Salud promocionar más los métodos de planificación familiar a través de los medios de comunicación, establecimientos o redes relacionados con el sistema de salud, en esta etapa del posparto.

A nivel nacional que el MINSAL haga una mayor inversión en los diversos métodos de planificación familiar, para abastecer las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, brindando a la población múltiples opciones, con personal capacitado para sobre su uso y aplicación.

Establecer programas específicos, múltiples, comprensibles para la población, para que puedan adquirir conocimientos concretos y de mayor beneficio.

Que el personal médico dedique tiempo específico en la consulta de controles puerperales en la consejería sobre los métodos de planificación y la importancia de elegir uno en esta etapa.

Diseñar estrategias de educación para brindar información por parte del personal de salud capacitado de forma clara, entendible y de fácil acceso.

Dar orientación a las madres para hacer consciencia sobre lo que significa ser una madre con edad fértil propensa a quedar embarazada en cualquier momento cuando se tenga una vida sexualmente activa. Orientarles a como tener una vida reproductiva responsable.

Resaltar la importancia del uso de algún método de planificación para poder evitar así morbilidad o embarazos en periodos muy cortos entre ellos en cada madre, y además indicarle cuales son los más adecuados a utilizar.

Promover mayor cobertura con el fin de dar más conocimiento, comprensión y generar más consciencia en las mujeres en lo importante que es el uso adecuado de los métodos de planificación familiar para evitar cualquier embarazo así como también evitar otros riesgos. Se trata de promover una cultura de educación sexual y preventiva.

Indicar a las puérperas que se deben considerar 3 elementos cuando se va a evaluar la adecuación de un anticonceptivo para uso durante la lactancia: *El contenido hormonal del método*, *La intención de la planificación familiar (si es temporal o permanente)*, y *La condición en la que se encuentra la usuaria*. *Porque de lo contrario*: pueden darse embarazos donde los intervalos de separación sean cortos dentro del primer año después del parto y son los que presentan mayor riesgo para la madre y el recién nacido, y conllevan mayores riesgos de resultados adversos, como nacimiento prematuros, bajo peso al nacer y neonatos pequeños para la edad gestacional; y que, de preferencia 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.

Enseñarles también a los hombres para que apoyen a las puérperas en la planificación familiar con apoyo y acuerdo de los dos, ya que el conocimiento y la necesidad de prevención de ambos esta deficiente en estas unidades de salud a partir de un conocimiento deficiente ante los métodos.

Responsabilizar a las parejas de las puérperas en el uso de métodos ya que las puérperas como se observa están haciendo un gran esfuerzo por usarlos aun cuando ellos les hayan prohibido y de hecho usan métodos que no son identificables fácilmente. Debiendo promover en las parejas el uso de los mismos ya no solo en uno de los dos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield. Williams. Obstetricia, 24e, Editorial: McGraw-Hill, 2015.
- Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador, Diciembre de 2008.
- Planificación Familiar, Un manual para proveedores, Actualización modificada en 2011, Organización Mundial de La Salud, 2011
- Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL, San Salvador, 2008.
- Bárbaro W. Regulación de la fertilidad y salud sexual y reproductiva. La salud del niño y la planificación familiar. En Manual de planificación familiar y métodos anticonceptivos. Módulo 3. Editora UNR. 2001: 127-134.
- Sebastián M. Obstáculos reales e imaginarios en planificación familiar. Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva. AASSER. 2000; 6: 8-9.
- Bataglia Doldán V.M. Marco conceptual de la Salud Reproductiva post-Cairo. Salud sexual y reproductiva. Editora litocolor. 2º Congreso Latinoamericano y Paraguayo de Salud sexual y Reproductiva. 2002: 34-35.
- Spandau E.P. Filosofía y acción, comentarios acerca de los objetivos de la asociación. Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva. AASSER. 199;1: 2-4.
- Spandau E.P. Aceptabilidad de los métodos anticonceptivos. Aspectos psicológicos. Salud sexual y reproductiva. Editora litocolor. 2º Congreso Latinoamericano y Paraguayo de Salud sexual y Reproductiva. 2002: 63-74.
- Spandau E.P. Atención primaria de salud y planificación familiar. El suministro de métodos anticonceptivos. Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva. AASSER. 2000; 5: 7-9.
- Sisa CM. Salud reproductiva. La mujer pregunta...el ginecólogo responde. Editora litocolor. 3ª edición. 1998:187-200
- Blumel J.E., Tacla X., Binfa L. Mamani L. Un esquema de anticonceptivos combinados orales para las mujeres mayores de 40 años. Salud sexual y reproductiva. Editora litocolor. 2º Congreso Latinoamericano y Paraguayo de Salud sexual y Reproductiva. 2002: 164-172.
- Bárbaro W. Regulación de la fertilidad y salud sexual y reproductiva. Información y educación en planificación familiar. En Manual de planificación familiar y métodos anticonceptivos. Módulo 3. editora UNR. 2001:142-146.
- “Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Facultad de Ciencias Médicas, Dr. Faustino Pérez Hernández, 2008”. cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4067/1/Moras_rm.pdf.
- Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. Organización Mundial de la Salud, 2014.

11- LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo he sido elegida para participar en la investigación llamada:

Conocimiento que tienen las mujeres posparto sobre la elección de un método de planificación familiar durante el puerperio usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar básica las charcas san buenaventura e intermedias “Enfermera Zoila Esperanza Turcios de Jiménez”, La Unión y Santa Rosa de Lima, año 2017.

Se me ha explicado en que consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecha con las respuestas brindadas por los investigadores, consiento voluntariamente participar en este estudio.

Nombre y firma del participante.

Fecha.

ANEXO N° 2: CUESTIONARIO

Encuesta dirigida a la población en estudio.

Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria Oriental
Departamento de Medicina.

Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Número: _____

Objetivo: recopilar información sobre el conocimiento de las mujeres sobre los métodos de planificación familiar en la etapa posparto y la forma que este influye para la elección de un método en esta etapa.

Indicaciones: A continuación, se presenta un cuestionario de 20 preguntas, responda de manera sincera y según usted crea conveniente.

I. Características Demográficas.

1. Edad: _____
2. Estado familiar:
Soltero Casado Divorciado
Viuda Acompañada Otro
3. Procedencia: _____

II. Factores Sociales

4. Sabe leer:
Si No
5. Cuál ha sido su último grado de estudio: _____
6. Cuál es su ocupación: _____

III. Factores Culturales

7. Grupo religioso al que pertenece:

Católico Evangélico Otros
Especifique: _____

8. ¿Su compañero de vida la acompañó durante sus controles prenatales?:

Si No

Porque: _____

9. ¿Su compañero de vida tiene algún conocimiento sobre los métodos de planificación familiar?:

Si No

Porque: _____

10. Alguna vez su compañero de vida la ha prohibido utilizar algún tipo de método de planificación familiar?:

Si No

11. Considera que ¿es necesario asistir a la unidad de salud para conocer sobre los métodos de planificación familiar cuando usted no desea un embarazo?

Si No Algunas veces

12. Considera usted que su compañero de vida debe conocer de los métodos de planificación familiar que se utilizan en el puerperio?

Si No

13. En el establecimiento de salud, ¿el personal le ha hablado sobre los métodos de planificación familiar que puede utilizar?

Si No Algunas veces

14. ¿conoce algún tipo de método anticonceptivo?

Si No

15. De donde obtuvo la información:

Televisión Personal de salud El diario La radio
Familia Amigos Otros No sabe sobre el programa

16. ¿Recibió consejería previa sobre métodos de planificación familiar durante sus controles prenatales?

Si No Algunas veces

17. Conoce ¿en qué consiste la función de los métodos de planificación familiar?

Si No Algunas veces

18. Que método de planificación familiar elegiría en la etapa posparto?

DIU

Método de barrera

Esterilización

Inyectable

Método Exclusivo de la Lactancia Materna

Anticonceptivos orales

19. ¿Considera usted importante la implementación de los métodos de planificación familiar?

Si No Algunas veces

20. ¿Conoce los beneficios de los métodos de planificación familiar en el puerperio?

Si No

21. ¿Conoce su compañero de vida la importancia de los métodos de planificación familiar en el posparto?

Si No

22. ¿Conoce la importancia de la lactancia materna como método de planificación familiar?

Si No Algunas veces

23. ¿Ha utilizado alguna vez método de planificación familiar en la etapa posparto?

Si No Algunas veces

24. ¿Existe algún motivo que le impida el uso de métodos de planificación familiar?

Si

No

25. ¿Está utilizando actualmente un método de planificación?

Si

No

¿Cuál? _____

26. ¿Conoce usted la probabilidad de quedar embarazada en el periodo posparto?

Si

No

Algunas veces

27. ¿Considera importante la elección de un método de planificación familiar en el puerperio?

Si

No

Algunas veces

**ANEXO N° 4: PRESUPUESTO
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.**

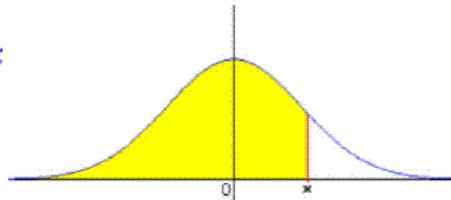
RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
RECURSOS HUMANOS			
3 estudiantes egresados de Medicina en servicio social	3	0	0
MATERIALES Y SUMINISTRO DE OFICINA			
Resma papel bond t/carta	10	\$ 3.50	\$ 35.00
Bolígrafo color negro	20	\$ 0.12	\$ 2.40
Calculadora	3	\$ 10.00	\$ 30.00
Libros de Ginecología y Obstetricia	1	\$150.00	\$150.00
Fotocopias blanco y negro	1200	\$ 0.05	\$ 60.00
Impresiones	600	\$ 0.15	\$ 90.00
Anillados plastificado	6	\$ 3.50	\$ 21.00
Empastado	5	\$ 15.00	\$ 75.00
Folder t/carta	30	\$ 0.05	\$ 1.50
MATERIALES Y SUMINISTROS INFORMATICOS			
Computadoras Laptop	2	\$400.00	\$ 800.00
Memoria USB	2	\$ 30.00	\$ 60.00
Internet	150 horas	\$ 1.00	\$ 150.00
10% de imprevistos		\$147.49	\$1474.90
	GRAN TOTAL		\$1622.39

El Costo total de la investigación será absorbido por el grupo de investigación

ANEXO N° 5: TABLA DE DISTRIBUCION NORMAL TIPIFICADA

TABLA DE DISTRIBUCIÓN NORMAL TIPIFICADA N(0,1)

$$F(x) = P(X \leq x) = \int_{-\infty}^x \frac{1}{\sqrt{2\pi}} e^{-\frac{x^2}{2}} dx$$



	.00	.01	.02	.03	.04	.05	.06	.07	.08	.09
0,0	0.5000	0.5040	0.5080	0.5120	0.5160	0.5199	0.5239	0.5279	0.5319	0.5359
0,1	0.5398	0.5438	0.5478	0.5517	0.5557	0.5596	0.5636	0.5675	0.5714	0.5753
0,2	0.5793	0.5832	0.5871	0.5910	0.5948	0.5987	0.6026	0.6064	0.6103	0.6141
0,3	0.6179	0.6217	0.6255	0.6293	0.6331	0.6368	0.6406	0.6443	0.6480	0.6517
0,4	0.6554	0.6591	0.6628	0.6664	0.6700	0.6736	0.6772	0.6808	0.6844	0.6879
0,5	0.6915	0.6950	0.6985	0.7019	0.7054	0.7088	0.7123	0.7157	0.7190	0.7224
0,6	0.7257	0.7291	0.7324	0.7357	0.7389	0.7422	0.7454	0.7486	0.7517	0.7549
0,7	0.7580	0.7611	0.7642	0.7673	0.7704	0.7734	0.7764	0.7794	0.7823	0.7852
0,8	0.7881	0.7910	0.7939	0.7967	0.7995	0.8023	0.8051	0.8079	0.8106	0.8133
0,9	0.8159	0.8186	0.8212	0.8238	0.8264	0.8289	0.8315	0.8340	0.8365	0.8389
1,0	0.8413	0.8438	0.8461	0.8485	0.8508	0.8531	0.8554	0.8577	0.8599	0.8621
1,1	0.8643	0.8665	0.8686	0.8708	0.8729	0.8749	0.8770	0.8790	0.8810	0.8830
1,2	0.8849	0.8869	0.8888	0.8907	0.8925	0.8944	0.8962	0.8980	0.8997	0.9015
1,3	0.9032	0.9049	0.9066	0.9082	0.9099	0.9115	0.9131	0.9147	0.9162	0.9177
1,4	0.9192	0.9207	0.9222	0.9236	0.9251	0.9265	0.9279	0.9292	0.9306	0.9319
1,5	0.9332	0.9345	0.9357	0.9370	0.9382	0.9394	0.9406	0.9418	0.9429	0.9441
1,6	0.9452	0.9463	0.9474	0.9484	0.9495	0.9505	0.9515	0.9525	0.9535	0.9545
1,7	0.9554	0.9564	0.9573	0.9582	0.9591	0.9599	0.9608	0.9616	0.9625	0.9633
1,8	0.9641	0.9649	0.9656	0.9664	0.9671	0.9678	0.9686	0.9693	0.9699	0.9706
1,9	0.9713	0.9719	0.9726	0.9732	0.9738	0.9744	0.9750	0.9756	0.9761	0.9767
2,0	0.9772	0.9778	0.9783	0.9788	0.9793	0.9798	0.9803	0.9808	0.9812	0.9817
2,1	0.9821	0.9826	0.9830	0.9834	0.9838	0.9842	0.9846	0.9850	0.9854	0.9857
2,2	0.9861	0.9864	0.9868	0.9871	0.9875	0.9878	0.9881	0.9884	0.9887	0.9890
2,3	0.9893	0.9896	0.9898	0.9901	0.9904	0.9906	0.9909	0.9911	0.9913	0.9916
2,4	0.9918	0.9920	0.9922	0.9925	0.9927	0.9929	0.9931	0.9932	0.9934	0.9936
2,5	0.9938	0.9940	0.9941	0.9943	0.9945	0.9946	0.9948	0.9949	0.9951	0.9952
2,6	0.9953	0.9955	0.9956	0.9957	0.9959	0.9960	0.9961	0.9962	0.9963	0.9964
2,7	0.9965	0.9966	0.9967	0.9968	0.9969	0.9970	0.9971	0.9972	0.9973	0.9974
2,8	0.9974	0.9975	0.9976	0.9977	0.9977	0.9978	0.9979	0.9979	0.9980	0.9981
2,9	0.9981	0.9982	0.9982	0.9983	0.9984	0.9984	0.9985	0.9985	0.9986	0.9986
3,0	0.9987	0.9987	0.9987	0.9988	0.9988	0.9989	0.9989	0.9989	0.9990	0.9990

ANEXO N° 6: LISTA DE SIGLAS.

A de C: Antes de Cristo

FESAL: Encuesta Nacional de Salud Familiar

OMS: Organización Mundial de Salud

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar

UCSFB: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica

UCSFI: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia

OPS: Organización Panamericana de la Salud

MELA: Método Exclusivo de la Lactancia Materna

DIU: Dispositivos intrauterino.

AOC: Anticonceptivos Orales Combinados.

AO: Anticonceptivos Orales.

AOP: Anticonceptivos Orales de Progestágeno.

PAE: Píldoras Anticonceptivas de Emergencia

AIC: anticonceptivos inyectables combinados

AMPD: acetato de medroxiprogesterona de depósito

NET-EN: enantato de noretisterona

TCB: Temperatura corporal basal

ITS: infección de transmisión sexual

PFPP: planificación familiar posparto

SPSS: software procesador de datos estadísticos

MINSAL: Ministerio de Salud

MPF: Método de Planificación Familiar

ANEXO N°7: GLOSARIO

Anticonceptivos de barrera: Son métodos temporales que impiden la unión del espermatozoide con el óvulo (fecundación).

Anticonceptivos hormonales: Son los métodos temporales de planificación familiar que contienen estrógenos y progestinas o sólo progestina, se usan por vía oral, intramuscular o subdérmica, con el objetivo de prevenir el embarazo

Conocimiento: un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).

Consejería: Es el proceso de comunicación interpersonal, entre el prestador del servicio de salud y las/os usuarios, mediante el cual se proporcionan elementos para apoyar su decisión.

Criterio de exclusión: Son un conjunto de propiedades cuyo cumplimiento identifica a un individuo que por sus características podría generar sesgo en la estimación de la relación entre variables, aumento de la varianza de las mismas o presentar un riesgo en su salud por su participación en el estudio. Su objetivo es reducir los sesgos, aumentar la seguridad de los pacientes y la eficiencia en la estimación.

Criterio de inclusión: Son un conjunto de propiedades cuyo cumplimiento identifica a un individuo que pertenece a la población en estudio. Su objetivo es delimitar a la Población o universo de discurso.

Dispositivos Intrauterinos: Es un método temporal de planificación familiar que consiste en insertar un dispositivo dentro de la cavidad uterina.

Efectividad: Es el equilibrio entre eficacia y eficiencia, es decir, se es efectivo si se es eficaz y eficiente.

Eficacia: Capacidad para producir el efecto deseado o de ir bien para determinada cosa

Efecto adverso: Cualquier respuesta a un fármaco que es nociva, no intencionada y que se produce a dosis habituales para la profilaxis, diagnóstico, o tratamiento, incluidos los efectos idiosincrásicos, que se producen durante su uso.

Elección libre e informada: Es el derecho de cada persona a decidir cuándo y cuantos hijos tener, en planificación familiar es la decisión hecha por la usuaria/o con la información sobre la gama de métodos y de acuerdo a sus necesidades

Factor sociocultural: hace referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad.

Gravidez: El crecimiento de una vida (o más) dentro de alguien u otro animal. Sinónimos: embarazo, gestación, preñez.

MELA: es un método anticonceptivo que se basa en la infertilidad natural postparto cuando se cumplan los 3 criterios siguientes: Amenorrea, lactancia exclusiva o casi

exclusiva, requiere amamantar con frecuencia durante el día y la noche y los primeros 6 meses postparto.

Métodos de planificación familiar: Estrategia que le permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante la utilización de un método de planificación familiar temporal o permanente, inmediatamente después de un parto, cesárea o aborto.

Métodos permanentes de planificación familiar: Evitan de manera definitiva el embarazo y son recomendados para las personas que ya no desean tener más hijos; estos se efectúan de dos formas: la esterilización femenina y la esterilización masculina.

Métodos temporales de planificación familiar: métodos que brindan protección anticonceptiva únicamente mientras la pareja los utiliza.

Promoción de salud sexual y reproductiva: Es el proceso que permite fortalecer los conocimientos, prácticas y actitudes de las personas para facilitar co-responsablemente el cuidado de la salud,

Puerperio: sinónimo postparto; 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.

Riesgo reproductivo: Es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo, de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo.

Salud sexual y reproductiva: es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Subinvolucion uterina: Es el proceso mediante el cual el útero vuelve a su tamaño después del parto.

Loquios: Flujo sanguinolento que sale del aparato genital de la mujer en las dos primeras semanas después del parto y puede durar hasta un mes