

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA EN SALUD MATERNO INFANTIL**



“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL POSTPARTO EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL 'SANTA TERESA' DE ZACATECOLUCA. JUNIO DE 2023.”

PRESENTADO POR:

**ANA MARCELA ARÉVALO ESCOBAR
MÓNICA SOFÍA LÓPEZ NAVARRO
ANA ESTEFANY PINEDA MARTÍNEZ**

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADAS EN SALUD MATERNO INFANTIL

DOCENTE ASESORA:

LICDA. CLAUDIA LIZETH RENDEROS DE PINEDA

CIUDAD UNIVERSITARIA “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, EL SALVADOR, FEBRERO, 2024.

AUTORIDADES UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

RECTOR

Dra. Evelyn Farfán

VICERRECTORA ACADÉMICA

M.Sc. Roger Armando Arias Alvarado

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

SECRETARIO GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Dr. Saúl Díaz Peña

DECANO

Lic. Franklin Arnulfo Méndez Durán

VICE DECANO

M.sc. Roberto Carlos Hernández

SECRETARIO

M.sc. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.sc. Rocío Elena Linares de Trujillo.

DIRECTORA DE CARRERA SALUD MATERNO INFANTIL

AGRADECIMIENTOS

A la memoria de mi padre.

Con mucho trabajo y esfuerzo llegué a la culminación de este gran desafío. Comenzó como un sueño y se convirtió en mi realidad.

Agradezco principalmente a Dios por darme fortaleza, guía, sabiduría y sobre todo por siempre estar a mi lado en cada una de las dificultades que se presentaron, a María santísima por cubrirnos con su manto y por interceder ante nuestro padre celestial.

A mi padre **Juan Fernando Arévalo** que estuvo apoyándome, escuchándome y aunque estuvimos a la distancia siempre lo lleve en mi corazón, ahora sé que desde el cielo está orgulloso del logro más grande que su hija menor ha realizado. A mi madre agradecerle el apoyo incondicional, la paciencia, las madrugadas y desveladas a mi lado para salir adelante con mi estudio y por darme la fuerza y la valentía para seguir siempre adelante a pesar de las circunstancias.

Agradezco a mis hermanas por el apoyo incondicional que me han dado y por brindarme la ayuda necesaria para lograr cada uno de mis objetivos, también agradecer a mis amigas/os, gracias por estar a mi lado en este camino, por su cariño, apoyo, paciencia, por las aventuras (alegrías, tristezas, angustias etc.) y cada momento que compartimos en el transcurso de todo este proceso.

Por último, agradecer a mi asesora de Trabajo de Grado Licda. Claudia Renderos, por su compromiso, su dedicación, su apoyo para el logro de este trabajo.

Al fin podemos decir **“Lo Logramos”**

Ana Marcela Arévalo Escobar

Agradezco a Dios primeramente por ayudarme durante todos estos años, en el transcurso de mi carrera de principio a fin en mi formación como Licenciada en Salud Materno Infantil, por ser mi fortaleza y ser mi guía en momentos de dificultad por sus bendiciones infinitas que me mostraron que nunca estuve sola.

A toda mi familia por apoyarme, principalmente a mi Madre Elizabeth Navarro y a mi padre José López por creer en mí, por sus sacrificios por querer sacarme adelante y ser un apoyo emocional y motivarme a seguir adelante y nunca rendirme, también a mis hermanos que me apoyaron en mi formación.

A mi Tío José Luis Navarro y esposa Evelyn Ponce por ser parte fundamental en mi formación, ya que aun estando fuera del país siempre me apoyaron emocional y económicamente durante mi etapa como estudiante.

A mi abuela María Navarro por siempre apoyarme, creer en mí, por sus enseñanzas desde niña, su fe, sus consejos y sobre todo su legado de amor; a mi tía y familia por ser parte fundamental durante todo este proceso.

A mis mejores amigas Carolina Rojas y Abigaíl Mejía, que de alguna manera me apoyaron, motivaron y acompañaron en los mejores y peores momentos de este largo recorrido.

A mi docente asesora Licda. Claudia Lizeth Renderos de Pineda y compañeras de Trabajo de Grado Marcela Arévalo y Ana Pineda, que emprendieron la travesía, a pesar de las dificultades que se presentaron a lo largo de este proceso, lo culminamos exitosamente y en equipo.

Mónica Sofía López Navarro

Al haber llegado hasta este punto de nuestra vida académica solo puede reflejar el extenso camino que hemos recorrido, mis compañeras y yo a lo largo de nuestra carrera universitaria y solo nos queda decir ¡gracias!

Por mi parte agradezco primero y profundamente a Dios por haberme dado la fuerza necesaria para salir adelante a pesar de los obstáculos que me tocó enfrentar, seguido, pero no menos importante, infinitas gracias a mi madre por sostener mi mano y brindarme amor y comprensión a lo largo de este proceso, es un paso más para llegar a ser la mujer que quieres que sea.

Jamás lo hubiera logrado sin el apoyo de mi familia y especialmente mi tío Alberto Martínez que estuvo apoyándome en los momentos difíciles. A mis hermanos gracias por sus consejos y amor, Henry eres una inspiración para mí y Kathie espero ser un buen ejemplo para ti, nada de esto hubiera sido posible sin ustedes.

Agradezco a mi grupo de Trabajo de Grado Marcela Arévalo y Sofía López por todo su apoyo y por haber mostrado paciencia, solidaridad, responsabilidad, y sobre todo empatía en todo este proceso académico.

A mi asesora de Trabajo de Grado Licda. Claudia Renderos, por su paciencia compromiso y sus conocimientos compartidos para la elaboración del presente trabajo.

Ana Estefany Pineda Martínez

CONTENIDO

AUTORIDADES UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR	ii
AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	1
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	7
1.3 OBJETIVOS	7
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	7
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.4 JUSTIFICACIÓN	8
1.5 LIMITACIÓN DEL ESTUDIO	9
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL.....	10
2.1 MARCO HISTÓRICO	10
2.1.1. HISTORIA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	10
2.1.2. USO ACTUAL DE LA ANTICONCEPCIÓN.....	14
2.2 MARCO TEÓRICO	15
2.2.1 GENERALIDADES DEL PUERPERIO.....	15
2.2.2 GENERALIDADES DE LA ANTICONCEPCIÓN.....	16
2.3 MARCO LEGAL.....	41
2.3.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR	41
2.3.2 CÓDIGO DE SALUD.....	41
2.3.3 POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	42

2.4 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN.	44
CAPÍTULO III: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO	48
4.1 TIPO DE ESTUDIO	48
4.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	48
4.3 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO	50
4.4 ELEMENTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	51
4.5. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	52
4.6. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS	52
4.7. PLAN DE ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	52
4.8 PLAN DE SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	53
CAPÍTULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
5.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	54
5.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	87
CONCLUSIONES.....	92
RECOMENDACIONES	94
FUENTES DE INFORMACIÓN	95
ANEXOS.....	99
ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	100
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO/ASENTIMIENTO INFORMADO	106
ANEXO 3: MATRIZ DE CRITERIOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO	110
ANEXO 4: AVAL COMITÉ DE ÉTICA HOSPITAL DE ZACATECOLUCA.....	113
ANEXO 5: CRONOGRAMA	114
ANEXO 6: PRESUPUESTO.....	115

RESUMEN

El puerperio es un período que transcurre desde que finaliza el parto, hasta pasado cuarenta y dos días después del parto, etapa donde se presentan cambios importantes para la mujer no solo físicos, sino también psicológicos, familiares y sociales; mismo período donde surge la necesidad de la elección de un Método Anticonceptivo seguro y eficaz. Estos métodos contribuyen de manera sustancial a la salud Materno-Infantil, evitando embarazos no deseados o planificados, disminuyendo morbilidad materna y neonatal; pero las condiciones especiales de este período como es la lactancia hacen que exista cierta limitación para el uso de algunos de ellos.

La presente investigación nace del interés por identificar el “Conocimiento y práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos en el postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional 'Santa Teresa' de Zacatecoluca. Junio de 2023.” Su diseño perteneció a un estudio de campo, descriptivo y transversal; en el que se utilizó la técnica de la entrevista, realizada a 53 mujeres puérperas que se encontraban ingresadas en el servicio de ginecología. Los resultados sociodemográficos demuestran que la mayoría oscila entre las edades de 20 a 30 años, con una educación Básica o Media, un estado familiar de unión libre, procedentes del área rural y con un antecedente obstétrico de 1 o 2 hijos-as vivos-as al momento de la entrevista.

En cuanto a los métodos a utilizarse por las mujeres entrevistadas se encuentra: Esterilización Femenina, Inyectables sólo de progestágeno o combinado e Implante Subdérmico. Además, se encontró que las mujeres que no utilizaban ningún métodos anticonceptivos asistirían a una Unidad Comunitaria de Salud Familiar para la provisión de este, sin embargo, las mujeres que optarían por una esterilización femenina asistirían al Hospital o clínica privada y en última instancia asistirían a una farmacia.

Palabras claves: Postparto, Puerperio, Métodos Anticonceptivos, anticoncepción, planificación familiar.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años El Salvador ha avanzado significativamente en cuanto a la utilización de métodos anti fecundativos disminuyendo así la tasa global de fecundidad en el transcurso de 50 años en el país, iniciando la historia de planificación familiar como una preocupación por el rápido crecimiento poblacional del país y por los abortos clandestinos realizados por embarazos no deseados o no planificados, los primeros esfuerzos por promocionar los métodos anticonceptivos fueron hechos por la Asociación Demográfica Salvadoreña.

Los métodos anticonceptivos modernos y la oferta de éstos como parte de la atención proporcionada durante los nacimientos aumentan el uso de anticonceptivos postparto y probablemente, reduce tanto los embarazos no planeados como los embarazos poco espaciados. Los embarazos no planeados y los no espaciados suficientemente suponen una cuestión de salud pública ya que se asocian con un aumento en la mortalidad y morbilidad materna-neonatal y de niños y niñas.

Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos aún existen franjas del país en donde el conocimiento y práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos específicamente en el período postparto no son muy altos, concretamente en zonas rurales pertenecientes al municipio de Zacatecoluca, es así como radica la importancia de la presente investigación denominada “Conocimiento y práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos en el postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional 'Santa Teresa' de Zacatecoluca. Junio de 2023.”

El presente estudio tuvo como finalidad responder a la siguiente interrogante ¿Cuál es el conocimiento y práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023, considerando como variable el conocimiento y la práctica teniendo como sus respectivas dimensiones las: las características demográficas, antecedentes gineco obstétricos de estas mujeres así como los métodos anticonceptivos de

primera, segunda y tercera opción, y como último punto pero no menos importante el acceso a los métodos anticonceptivos.

Cabe destacar que para el abordaje de la investigación se consideraron datos relevantes de la historia evolutiva de los métodos anticonceptivos en el país, así mismo, se expone algunas características sociodemográficas de las mujeres en El Salvador en relación al presente estudio; conjuntamente, se plasmaron los anticonceptivos que se pueden ofertar en el período del postparto según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Lineamientos Técnicos de país, así como, el marco legal nacional que respalda el derecho del uso de anticonceptivos y diversas definiciones que abonan teóricamente al presente estudio. Dichos aspectos, se utilizaron para la descripción ordenada de la información de campo que se recolectó de la muestra en estudio.

Con respecto a la obtención de la muestra el grupo de investigadoras utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, contando con un total de 53 mujeres ingresadas en dicha institución, utilizando como instrumento válido una guía de entrevista conformada por 28 preguntas estructuradas de opción múltiple, el cual se dividió en tres componentes, siendo el primero: Características demográficas y antecedentes gineco obstétricos; el segundo: Conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en el postparto; y el tercer componente: Prácticas de anticoncepción en el postparto.

Para la tabulación de los datos se utilizó la estadística descriptiva usando tablas de frecuencia y gráficos de porcentaje, y a partir de ello, nace la discusión de resultados; entre los resultados más destacados se encuentran el rango de edad en el que se encuentran las puérperas entrevistadas, el cual es entre 20 a 30 años con un porcentaje del 47%, edades en las que se registran menos complicaciones obstétricas. Por otro lado, el 53% de las mujeres entrevistadas tienen un nivel educativo básico lo que puede repercutir en el conocimiento y práctica ante la toma de decisiones relacionadas a la reproducción.

En cuanto a el conocimiento sobre métodos anticonceptivos de primera opción se encontró por medio de los datos recabados que el 60% de la muestra estudiada no conoce los requisitos a

cumplir para utilizar el Método de Lactancia y Amenorrea (MELA). Ahora bien, con respecto a los métodos anticonceptivos de segunda opción relacionados con la lactancia materna se encontró, que el 49% de las mujeres entrevistadas conoce que los métodos sólo de progestágenos como las inyecciones bimensuales y trimestrales o el implante subdérmico, no afecta o interfiere con la producción de la leche materna, evidenciando que las inyecciones son uno de los métodos más utilizados durante el puerperio y que mayor demanda registra en la provisión de métodos después del parto. Finalmente, con respecto al conocimiento de los métodos anticonceptivos de tercera opción, un 32 % si conoce la contraindicación de anticonceptivos hormonales combinados como las pastillas e inyecciones mensuales ya que interfieren con la producción de la leche materna y por lo tanto se afectaría la práctica de lactancia materna exclusiva.

En lo que concierne a la práctica del uso de métodos anticonceptivos los resultados demuestra que el 36% de la muestra si utilizó un MAC en su primera relación sexo-coital, además el 40% de las usuarias entrevistadas recibieron un método Anticonceptivo de personal de salud y el 79% de las entrevistadas están o desean utilizar un método anticonceptivo, mientras que el 11% no está utilizando o no desea utilizar ningún método anticonceptivo.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La OMS, en su guía para la planificación familiar en el puerperio considera al postparto como el período en el que se ofrece múltiples oportunidades a los proveedores de salud para asistir a las mujeres en la decisión de adoptar algún método de planificación familiar. (1)

En los países en desarrollo en general existe una pobre información acerca de planificación familiar, especialmente como resultado de una serie de tabúes sociales que generan en las mujeres un rechazo al uso de algún método anticonceptivo. Esto es mucho más notorio aún en el grupo de adolescentes quienes en su mayoría inician sus relaciones sexuales como juego o simple curiosidad, sin planificación, y que terminan produciendo consecuencias negativas tanto sobre su salud como en la de su hijo/a. (2)

Es conocido que después de un nacimiento con vida, se recomienda un intervalo de al menos 24 meses antes de otro embarazo, sin embargo, la mayoría de las mujeres que se encuentran en el periodo del postparto desean retrasar un futuro embarazo o evitarlo, pero muchas de ellas no utilizan un método anticonceptivo. (20)

La OMS menciona que, en todo el mundo, más de tres mujeres y bebés de cada 10 no reciben actualmente atención posnatal en los primeros días tras el nacimiento. El acceso a cuidados maternos de calidad podría prevenir el 54% de esas muertes y el acceso a la planificación familiar podría prevenir un 29% adicional de defunciones maternas. (20)

Según la OMS se calcula que en 2019 había 1900 millones de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) en el mundo, de las cuales 1112 millones precisan planificación familiar. De ellas, 842 millones utilizan métodos anticonceptivos y 270 millones tienen necesidades desatendidas en materia de anticoncepción. Cabe mencionar que el 61% de las mujeres entre 15 y 49 años, casadas o con pareja, usan algún tipo de protección contraceptiva. En las regiones

más desarrolladas, el 69% de las mujeres en ese rango de edad practica la planificación familiar, mientras que en las menos desarrolladas sólo el 59% lo hace. (3)

El porcentaje de mujeres en edad reproductiva con las necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos (que corresponde al indicador 3.7.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [ODS]) era del 75,7% a nivel mundial en 2019, pero en África central y occidental esta cifra no llegaba al 50%. (3)

Del mismo modo se pretende garantizar que todas las personas tengan acceso a sus métodos anticonceptivos preferidos y a la vez reforzar varios derechos humanos, incluidos el derecho a la vida y a la libertad; la libertad de opinión y expresión, y el derecho al trabajo y a la educación, además de reportar importantes beneficios para la salud y de otros tipos. El uso de anticonceptivos previene en las mujeres los riesgos para la salud relacionados con el embarazo, sobre todo en las adolescentes. Además, cuando el intervalo entre nacimientos es inferior a dos años, la tasa de mortalidad infantil es un 45% mayor que cuando este intervalo es de 2 a 3 años, y un 60% mayor que si es de cuatro años o más. También brinda una serie de beneficios potenciales no relacionados con la salud que incluyen mayores oportunidades de educación y más autonomía para las mujeres, así como crecimiento demográfico y desarrollo económico sostenibles para los países. (3)

Entre los años 2000 y 2019, la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos en mujeres en edad reproductiva casadas aumentó a nivel mundial 2,1 puntos porcentuales: del 55,0% al 57,1%. Entre los motivos de este lento aumento figuran la escasa oferta de métodos; el acceso limitado a los servicios de planificación familiar, sobre todo por parte de las personas jóvenes, con menos recursos y solteras; el miedo a las reacciones adversas, que a veces se han sufrido con anterioridad; la oposición por razones culturales o religiosas; la mala calidad de los servicios disponibles; los prejuicios de usuarios y profesionales contra algunos métodos, y los obstáculos por razón de género para acceder a los servicios. (3)

La oferta de servicios de métodos anticoncepción modernos como parte de la atención proporcionada durante los nacimientos aumenta el uso de anticonceptivos postparto y, probablemente, reduce tanto los embarazos no planeados como los embarazos poco espaciados.

Los embarazos no planeados y los no espaciados suficientemente suponen una cuestión de salud pública ya que se asocian con un aumento en la mortalidad y morbilidad materna, de niños y neonatos. Después de un nacimiento con vida, se recomienda un intervalo de al menos 24 meses antes de tratar de volver a quedar embarazada, en base a una investigación realizada por la OMS, con el objetivo de reducir el riesgo de un resultado negativo prenatal ya sea para el niño o la madre. A pesar de esta evidencia, el 61 % de las mujeres no utilizan ningún método efectivo de anticoncepción, en los 24 meses postparto, para evitar un embarazo no planeado. (4)

A nivel mundial, 4 de cada 5 partos se llevan a cabo con la ayuda de profesionales médicos, y estos partos tienen lugar, cada vez más, en centros de salud. Por ejemplo, en Bangladés, las prestaciones en centros de salud aumentaron de un 17 % a un 37 % entre 2007 y 2014. Durante un marco de tiempo semejante, las prestaciones en centros aumentaron de un 39 % a un 72 % en Burkina Faso y de un 43 % a un 64 % en Kenia. A medida que los países sigan mejorando la atención en centros de salud, esto supondrá una situación favorable para llegar a las mujeres y sus parejas en lo relacionado a servicios de planificación familiar. (4)

Las instituciones que demostraron destacadas mejoras en la aceptación de métodos anticonceptivos postparto, las consiguieron gracias a expandir un abanico de métodos y centrarse en la adopción del método durante el período anterior a la alta médica. Por ejemplo, en Honduras, la gama de métodos disponible se expandió desde los DIU y la esterilización femenina hasta incluir preservativos y anticonceptivos orales de solo progestina. El resultado supuso un aumento de cinco veces el porcentaje de las mujeres que después del parto dejan el hospital con un método elegido por ellas, es decir del 9,2 % en diciembre de 1990 al 46 % en febrero de 1992. Un estudio en Egipto demostró que la orientación y el suministro por adelantado de anticonceptivos de urgencia con píldoras para usuarios del MELA, en el caso de un retraso en la transición desde el MELA hasta otro método, disminuyó marcadamente la incidencia de embarazos no planeados y aumentó la transición oportuna a otro método. (4)

En todo el mundo, se reconoce que la planificación familiar postparto (en donde inmerso se incluyen el uso de los métodos anticonceptivos) es uno de los principales medios para salvar la vida de madres e hijos/as. La planificación familiar puede evitar más del 30% de la mortalidad

materna y del 10% de la mortalidad infantil si las parejas logran espaciar los embarazos con intervalos de más de 2 años. (21)

En la región de América Latina y el Caribe, la proporción de mujeres de 15 a 49 años, casadas o que viven en relación de pareja, con necesidades de planificación familiar insatisfechas es de 10% para América Latina y 17% para el Caribe. La tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos de cualquier tipo es de 74% para América Latina y de 61% para el Caribe. El uso de anticonceptivos modernos es de 67%. (5).

Para 2018, se estimó que, en los países en desarrollo, 214 millones de mujeres en edad reproductiva deseaban posponer el embarazo después de un evento obstétrico; sin embargo, no utilizaron ningún método anticonceptivo. (5)

Haití es el país con la prevalencia más baja de uso de anticonceptivos modernos (31,3%), seguido de Bolivia (34,6%); mientras que Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Paraguay cuentan con una prevalencia de uso del 70%. El uso de anticonceptivos de larga duración reversibles fue por debajo del 10% en 17 de los países, solo Cuba, Colombia, México, Ecuador, Paraguay y Trinidad Tobago tienen un porcentaje mayor del 10% en este tipo de método. En ese sentido, las mujeres de mayores ingresos tienen una mayor frecuencia del uso de anticoncepción permanente y métodos reversibles de larga duración. (7)

Ahondando en la disponibilidad de los dispositivos intrauterinos (DIU), los autores observan que esta es alta generalmente en el sector privado, pero limitada en el sector público, en el que las mujeres más vulnerables reciben atención. Asimismo, enfatizan que en la Región la inserción del DIU postparto no es una práctica universal. (7)

En muchas situaciones, la elección de anticonceptivos depende de los proveedores de salud y de las políticas públicas. Es por ese motivo que se sostiene que los países deben poner a disposición de los proveedores de la salud de los programas de planificación de una canasta de anticonceptivos una amplia variedad de métodos. Con la opción de anticonceptivos de corta y larga duración y la información necesaria, las mujeres tendrán entonces la posibilidad de tomar

sus propias elecciones informadas, adoptando los métodos que mejor se ajustan a su necesidad y situación como lo es posterior a un evento obstétrico. (7)

El uso de métodos anticonceptivos disminuye desde 2018 en El Salvador.

Según el Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de El Salvador y datos del Ministerio de Salud (MINSAL), el uso de los anticonceptivos ha disminuido desde el 2018 al 2020 posiblemente, porque mucha población debe comprar los anticonceptivos de su propio bolsillo y no los adquiere mediante la red hospitalaria pública.

En El Salvador, la utilización de métodos anticonceptivos es casi de uso exclusivo para las mujeres, delegando la responsabilidad de la salud sexual y reproductiva, así como también la reproducción. Según datos del MINSAL, desde el año 2018 al año 2020 se marca la tendencia sobre la cual al menos el 99.93% de los métodos anticonceptivos brindados por el MINSAL fueron proporcionados a mujeres.

En El Salvador, los datos proporcionados por el Ministerio de Salud (MINSAL) revelaron un descenso de 12.8 % en el número de usuarias activas de métodos anticonceptivos entre el primer trimestre de los años 2022 (46,059) y 2023 (40,145). En números totales la reducción fue de 5,914 usuarias.

La reducción es notable en todos los grupos de edad. Se destaca el grupo de adolescentes de 15 a 19 años con una variación porcentual de menos 16.7 %, equivalente a 888 personas. El grupo de 20 a 29 años disminuyó en 12.3 %, 5002 usuarias menos. (5)

Según la Oficina de Información Pública del Ministerio de Salud (MINSAL), en El Salvador, los métodos anticonceptivos mayormente usados en el Sistema Nacional de Salud son los inyectables, orales, métodos de barrera, DIU, métodos naturales, Intradérmicos y otros. También es importante destacar que, dentro de la población usuaria, se ubican niñas y niños desde los 10 años, dato que proporciona indicios de violencia sexual.

Según la misma información proporcionada por el MINSAL, los departamentos que mayor registro de usuarias activas tienen son La Libertad y San Salvador. Siendo Morazán y La Unión los departamentos con menos usuarias. Estas cifras están relacionadas con la densidad poblacional de estos departamentos.

El acceso a métodos anticonceptivos es un derecho humano e igualmente está relacionado con otros derechos sexuales y reproductivos, entre ellos el derecho a la vida, al placer, a espaciar o decidir el intervalo de hijos e hijas, a la libertad sexual; libertad de opinión y expresión, y el derecho al trabajo y a la educación, además de reportar importantes beneficios para el autocuidado y la salud física y emocional (6)

El Plan Estratégico 2014 - 2019 del MINSAL, la mortalidad materna presenta una importante reducción pasando de 110 X 100,000 en 1990 (línea de base de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)), a 71.2 X 100,000. en 2005 (línea de base mortalidad materna en El Salvador/ método RAMOS. Junio 2005-mayo 2006), a 52.6 x 100,000. En el 2014. Además, el 65% de las muertes maternas ocurridas en 2014, se concentró en el grupo de mujeres de 15 a 29 años; y el 70% de los casos se clasificaron como prevenibles durante las auditorías; el Plan Estratégico señala que las muertes maternas son más frecuentes en mujeres del área rural.

Los prestadores de servicios de salud aseguran que las mujeres reciben información para garantizar su consentimiento libre y consciente a métodos anticonceptivos, incluida la esterilización, a través de consejería personalizada sobre los diferentes métodos de planificación familiar. El MINSAL generalmente ofrece en el ámbito local: condones de látex, femeninos y masculinos, inyectables de un mes y tres meses (DepoProvera), Orales (Microgynon), DIU, Esterilización y vasectomía a nivel hospitalario. Para adolescentes, la oferta es la inyección mensual y condones.

Entre la lista de métodos anticonceptivos que ofrece el establecimiento de salud a la población local, mencionaron: pastillas (Zacatecoluca, Olocuilta) e inyecciones (Zacatecoluca, Olocuilta) el Dispositivo Intrauterino (DIU) o aparato (Olocuilta); el preservativo o condón (Olocuilta y El Rosario, Santiago Nonualco). Sin embargo, el grupo de sociedad civil consultado en

Olocuilta conoce los métodos, pero no porque sean proporcionados por la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) sino por organizaciones de la sociedad civil. (7) En la actualidad, dentro del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca, no existen estudios relacionados al tema sobre la elección o no elección de la anticoncepción post evento obstétrico, sin embargo, es importante destacar la escasez de datos en cuanto a la elección o uso de métodos anticonceptivos en las mujeres postparto a nivel nacional. Existen muchas razones por las cuales las mujeres no utilizan un método anticonceptivo efectivo durante el período postparto, ya sean de tipo sociocultural o debido a las normas de género que regulan las prácticas postnatales, el período de vuelta a la actividad sexual, las prácticas de lactancia materna y las ideas erróneas de lo que supone la amenorrea de la lactancia, además de una carencia en el acceso a servicios de orientación anticonceptiva.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el conocimiento y práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca, en el mes de junio de 2023?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el conocimiento y práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca, en el mes de junio de 2023.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer las características demográficas y ginecobstétricas de las mujeres en la etapa de postparto.
- Establecer el nivel de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en el postparto que poseen las mujeres en la etapa de puerperio.
- Determinar las prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos en la etapa de postparto.

1.4 JUSTIFICACIÓN

En el mundo, la planificación familiar se reconoce como la intervención principal que salva la vida de madres e hijos (OMS 2012). La planificación familiar postparto (PFPP) cumple una función importante en las estrategias para disminuir las necesidades insatisfechas. (19) Las puérperas tienen la mayor cantidad de necesidades de planificación familiar insatisfechas. No obstante, en general no reciben los servicios que necesitan para lograr intervalos intergenésicos más prolongados o para disminuir los embarazos no planificados y sus consecuencias.

En El Salvador el crecimiento poblacional cada día es mayor, lo cual profundizará problemáticas socioeconómicas preexistentes en la región como el incremento en la pobreza extrema, incremento en desempleo e incremento en la desigualdad social, de tal forma el MINSAL trata de garantizar el mayor bienestar para la mujer, como ejemplo el modelo de maternidad de Ley Nacer con Cariño promueve la seguridad de la atención de la mujer y de su hijo/a, durante la etapa preconcepcional, embarazo, parto y puerperio, tal medida inciden en la posibilidad que la mujer en etapa de postparto reciba una educación oportuna y tenga el acceso seguro y eficaz de un método anticonceptivo.

De esta misma forma el documento de mejores prácticas del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos modificado para la (PPFP) de Pakistán, comenta que, en todo el mundo, 9 de cada 10 mujeres quieren evitar el embarazo durante 2 años después de haber tenido un bebé, sin embargo, 1 de cada 7 de ellas no está usando anticonceptivos; esto mismo demuestra el propósito de esta investigación. (19)

De manera que, esta investigación pretendió evidenciar los conocimientos y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos en el periodo postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca. Este estudio buscó beneficiar principalmente a las mujeres en periodo de puerperio, así mismo se favorece a futuros investigadores que contaran con un documento en el cual se refleja la realidad del conocimiento y la práctica de las usuarias acerca de los métodos anticonceptivos en

el periodo postparto. ya que, hasta el momento no se han encontrado estudios realizados sobre el tema dentro del área hospitalaria.

Esta investigación fue viable porque se habilito el acceso al lugar de la investigación, lo que permitió estar en contacto directo con las usuarias que se encontraron en los servicios de ginecología del Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca. Así mismo, fue factible ya que se contó con la disponibilidad de tiempo, los recursos humanos y materiales para poder llevar a cabo y realizarla con éxito en el periodo establecido.

Además, es de suma importancia ya que pueden llegar a ser usados como insumo para el diseño, e implementación de estrategias que motiven el uso informado en el postparto que direccionen la educación y promoción hacia la utilización de los métodos anticonceptivos y hacia la educación con un enfoque de derecho reproductivo.

1.5 LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

- ✓ No acceso o disponibilidad de información de El Salvador sobre la práctica de las de métodos anticonceptivos en el postparto.
- ✓ Nula información actualizada con relación a datos estadísticos de El Salvador respecto a los métodos anticonceptivos en el postparto.
- ✓ Poca afluencia en el número de mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO HISTÓRICO

2.1.1. HISTORIA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

La sexualidad es el reclamo específico y poderoso que ha diseñado la naturaleza para la reproducción, proceso asociado a placer. La especie humana ha tratado desde que relacionó el coito con la gestación, de disociar ambos buscando solo el placer. Se describen los métodos y prácticas utilizados, desde hace unos 5.000 años, incluyendo los más actuales. Pero la contracepción, o control de la natalidad, siempre se ha sometido a unas normas éticas controladas por las distintas religiones. En el caso de los países cristianos, se llegó a considerarlas ilegales hasta fechas recientes, concretamente en 1958 en el Reino Unido, dos años después en Estados Unidos y en 1978 en España. De una forma o de otra, la introducción de la píldora anticonceptiva y del DIU en la década de los años 1960, consiguió la libertad sexual en la mujer, al dejar de asociarlas con las cargas del embarazo. Esto ha traído la libertad y emancipación total del sexo femenino, con cambios radicales en las estructuras de la familia y de la sociedad. (8)

Desde épocas primitivas se usaba hierbas y extractos de plantas considerados con propiedades anticonceptivas. Las duchas vaginales de zumo de limón y extracto de vaina de caoba eran de uso común y se sabe hoy día que esta combinación es fuertemente espermicida.

En las civilizaciones más antiguas se han encontrado rastros de la regulación de la fertilidad. En el siglo XVI A.C., en el papiro egipcio de Ebers, se encuentra la descripción de una especie de tapón vaginal conteniendo goma arábiga, que por medio de fermentación producía ácido láctico, sustancia con cierto poder espermicida que hasta la fecha se sigue utilizando.

Aristóteles, quien fue el primero en mencionar la anticoncepción, consideraba que el aceite de cedro, por su suavidad al ser untado en la matriz que tuvo contacto con el semen, impedía la concepción. Hoy se sabe que realmente el aceite reduce la movilidad de los espermatozoides.

Los antiguos griegos empleaban una diversidad de pastas y aplicaciones locales que incluían aceite, miel, goma de cedro, aceite de mirto, corteza de pino, granada pulverizada y tampones de lana impregnados con vinos y otros extractos. Dioscórides, que ejerció con posterioridad a la época de Aristóteles, ofrecía una lista de hierbas mezcladas con miel.

Hipócrates describía la inserción de sustancias a través del cuello uterino utilizando tubos de plomo huecos, mientras que los romanos empleaban plumas de patos con propósitos similares. Para los antiguos hebreos la anticoncepción se practicaba con la continencia sexual y la utilización de pesarios de barrera como el tampón de algodón llamado Mokh, aunque parece que tenían conocimiento acerca de la época fértil del ciclo sexual de la mujer, ya que Moisés señalaba un lapso de siete días desde el final de la menstruación hasta el período de fertilidad.

Sin embargo, la anticoncepción no fue considerada como necesidad para la humanidad hasta que el balance entre muertes y nacimientos no fue demasiado lejano a cero. Tampoco la migración pudo aliviar los excesos en el crecimiento poblacional mediante la ocupación de amplias tierras inhabitadas. La situación cambió en el último siglo, cuando la reducción en la tasa de mortalidad condujo a presiones demográficas tanto para familias, como para ciudades, países y el mundo en general. Mientras la tasa de crecimiento poblacional alcanzaba su cumbre, nuevas formas de regulación de la fertilidad llegaron a ser técnicamente accesibles y culturalmente aceptadas en muchos países. La anticoncepción hormonal se volvió una realidad práctica hacia finales de los años cincuenta, y en 1959 la publicación de resultados obtenidos durante décadas de experiencia silenciosa con dispositivos intrauterinos (DIU), abrió el campo a esta forma de anticoncepción. De 1960 a la fecha se han presentado grandes avances en el conocimiento de la anticoncepción.

A continuación, delineamos brevemente la historia y evolución de los principales métodos anticonceptivos:

La píldora:

Cuando la píldora fue ofrecida por vez primera como una opción anticonceptiva para la población mundial, se le vio no sólo como una solución para la regulación individual de la fertilidad, sino también como una valiosa herramienta para el control poblacional. Gran parte

de la producción de la píldora se desarrolló en México, gracias a que el químico R.E. Marker utilizó una planta llamada Dioscórea barbasco, que florece en la cuenca de los ríos de Orizaba y Córdoba en el Estado mexicano de Veracruz. Pero, es el biólogo Gregory Pincus el cual se encarga de coordinar estudios clínicos logrando un total de 8,133 ciclos de anovulación; con lo que, en 1959, la FDA de los Estados Unidos, otorga la patente a ENOVID 10, como agente anticonceptivo. Es así como se hace oficial el nacimiento de la píldora, desde entonces, decenas de millones de mujeres alrededor del mundo han confiado en este sistema por ser el método reversible más eficaz (99.7% de eficacia y seguridad) para evitar el embarazo, siempre que se use correctamente.

El condón:

Desde épocas de la civilización griega, se utilizaba el intestino de animales para evitar el paso del semen a la cavidad uterina. Se cuenta también con la descripción de Falopio, médico italiano del siglo XVI, que en aquel entonces quería evitar la propagación de las enfermedades venéreas. En 1872 se utilizó el caucho para la fabricación de los preservativos, llegándose a producir en Gran Bretaña 1, 200,000 unidades. En 1958, en los Estados Unidos, se produjeron 600 millones de condones. Actualmente, se estima que, en Inglaterra, aproximadamente el 31% de las parejas previenen la concepción con el uso del condón. En Japón, la cantidad asciende al 70% (la píldora se introdujo en el mercado japonés a partir de 1999).

El dispositivo intrauterino (DIU):

En el siglo IV A.C., Hipócrates descubrió el efecto anticonceptivo que se derivaba de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero. Aunque durante siglos se intentó el empleo de fragmentos de madera o de hueso como dispositivos intracervicales, la anticoncepción intrauterina se inicia en 1929 con la presentación realizada por Richter de un auténtico dispositivo intrauterino que consistía en un lazo de hilo de seda. Más tarde, en 1929, Ernest Grafeberg fabricó un dispositivo con aleación de cobre y plata, con gran aceptación en Alemania y otros países. En la década de los 50's, Oppenheimer en Israel notificó buenos resultados con estos dispositivos. En el año de 1970 se inició la fabricación de DIU medicados

o bioactivos, con iones de cobre y plata o con hormonas, incrementándose la eficacia anticonceptiva y reduciéndose los efectos secundarios. (9)

Esterilización quirúrgica femenina:

Las técnicas quirúrgicas aplicadas a la mujer, como lo es la ligadura tubárica, se comenzaron a indicar a finales del siglo XIX, generalmente como complemento de la cesárea. Su auge se produjo en la década de los 60 del siglo pasado, al ser solicitada por las numerosas mujeres que no deseaban tener más hijos. Se accedía a las trompas por vía abdominal, cesáreas o mini laparotomías, o a través de la vagina por colpotomías, hasta que la laparoscopia prácticamente ha desplazado a ambas vías. Para cerrar la luz tubárica se utilizan varias técnicas. En las laparotomías y colpotomías se suelen suturar y seccionar ambos órganos, y en las laparoscopias se puede usar la electrocoagulación uni o bipolar, o clampar las trompas con anillos o agrafes, como es el célebre clip de Filshie. En el año 2.002 la Food and Drog de USA aprobó el uso de unos tapones con los que se ocluían los orificios tubáricos a través de una simple histeroscopia. La técnica más conocida es la comercialmente llamada Essure y durante estos últimos años se ha impuesto a las técnicas antedichas. Pero los efectos secundarios, especialmente el dolor pélvico, han sido tan importantes, que en la actualidad se está revisando su aplicación en toda Europa, y la ligadura Tubárica sigue siendo para muchos, el método de elección para la esterilización definitiva.

Todos los métodos descritos han contribuido en conseguir la libertad sexual, y con ello también de la liberación de la mujer. Ante este enorme progreso, las leyes morales y civiles se han ido modificando, dejando al descubierto unos cambios profundos en la sociedad, una verdadera revolución económico-social que está teniendo repercusión en la estructura familiar convencional. Pero con ello se ha hecho realidad el pensamiento de Freud cuando en 1898 dijo: “Teóricamente sería uno de los mayores triunfos de la humanidad, si el acto responsable de la procreación pudiera ser elevado al nivel de una conducta voluntaria e impersonal, y de esta manera separarla del imperativo de satisfacer un impulso natural”. (8)

2.1.2. USO ACTUAL DE LA ANTICONCEPCIÓN.

Con base en los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018 (ENADID) realizada en México, se presenta información sobre el acceso a la información y al uso de métodos anticonceptivos. Conocimiento de métodos anticonceptivos:

- El 70.3% de las mujeres de 15 a 49 años ha escuchado o visto información sobre métodos anticonceptivos en la radio o televisión, 52.2% en periódicos y revistas, 53.9% en carteles, folletos o trípticos, 52.1% en pláticas recibidas en centros de salud, hospitales o consultorios y 14.6% en otro lugar. Entre las hablantes de lenguas indígenas, los porcentajes son: 48.2%, 22.1%, 33.9%, 62.7% y 7.5%.
- El 1.4% de las mujeres de 15 a 49 años no conocen ningún tipo de método anticonceptivo. En la misma situación se encuentran el 9.6% de las mujeres hablantes de lenguas indígenas y 2.7% de las habitantes de localidades con menos de 15 mil habitantes.
- El porcentaje de conocimiento de los métodos anticonceptivos entre el total de mujeres de 15 a 49 años y en las hablantes de lenguas indígenas, se muestra a continuación:
 - ✓ La operación femenina, ligadura de trompas u OTB (Oclusión Tubárica Bilateral): 86.7% del total y 73.7% de las mujeres hablantes de lenguas indígenas.
 - ✓ Vasectomía: 82.6% y 57.3%, respectivamente.
 - ✓ Métodos hormonales: 98.5% y 93.5%; incluye pastillas o píldora, inyectables, implantes subdérmicos, parches corporales, píldora de emergencia, dispositivo intrauterino con hormonas y anillo vaginal.
 - ✓ Métodos no hormonales: 98.6% y 90.8%, respectivamente; incluye DIU de cobre, condón masculino, condón femenino, espermicidas y diafragma.
 - ✓ Métodos tradicionales: 64.1% y 32.4%, respectivamente; incluye el ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica, retiro o coito interrumpido y método de amenorrea de la lactancia (MELA).

- ✓ Los métodos anticonceptivos con menor nivel de conocimiento entre las mujeres adolescentes (15 a 19 años) son los tradicionales (52.5%), la vasectomía (65.3%) y la OTB (68.0%), tanto en los hormonales como en los no hormonales el conocimiento se encuentra en alrededor del 99% (10)

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 GENERALIDADES DEL PUERPERIO

DEFINICIÓN Y PERÍODOS DEL PUERPERIO.

El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno. (11)

Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos:

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas postparto.
- Puerperio temprano: incluye el segundo al décimo día postparto.
- Puerperio tardío: abarca del día 11 hasta 42 días postparto. (12)

CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN.

Con el objetivo de impedir la gravidez o espaciar el número de hijos de manera voluntaria, libre y razonada, los servicios de anticoncepción utilizan métodos temporales o definitivos. Existen numerosos métodos modernos y temporales como por ejemplo el parche, anillo, píldora e inyectable, los dispositivos intrauterinos y métodos tradicionales y la administración de métodos definitivos como la esterilización femenina y masculina. (13)

Los servicios de anticoncepción deben brindar una atención de calidad, esto para ampliar la cobertura de usuarios y usuarias y atender sus necesidades, además, incluye facilitar el acceso a

los servicios, ampliar la oferta de métodos anticonceptivos y asegurar la continuidad de los mismos, lo que generalmente conduce a su mayor uso. (13)

La calidad se incrementa al proporcionar asesoramiento, consejería apropiada y provisión del método específico, pues esto permite la elección libre e informada, la satisfacción y adherencia al anticonceptivo elegido. En la prestación de servicios de anticoncepción se desarrolla la consejería como un proceso de diálogo interpersonal, entre el prestador del servicio de salud, las y los usuarios, mediante el cual se analizan los elementos claves para la toma de decisiones de forma informada, consciente y voluntaria acerca de la anti concepción como un derecho individual pero que afecta a la pareja y familia de manera general, por medio del cual conoce sobre los diferentes métodos anticonceptivos de acuerdo a sus necesidades. (13)

Todo lo mencionado en el marco de una elección libre e informada que busca una decisión hecha por la usuaria o el usuario con la información completa implica que las personas usuarias tengan información científica sobre el método elegido, es decir, mecanismo de acción, uso correcto, beneficios, efectos secundarios, complicaciones posibles, signos de alarma, contraindicaciones, efectividad, retorno a la fertilidad. (13)

2.2.2 GENERALIDADES DE LA ANTICONCEPCIÓN

Los servicios de anticoncepción, como parte de la salud reproductiva; permiten a hombres y mujeres decidir libremente y con base a información completa y confiable, sobre la conveniencia de utilizar métodos anticonceptivos modernos. (13)

La anticoncepción contribuye a mejorar las condiciones de vida de las personas, al permitirles decidir libremente tener o no tener hijos; así como el número de hijas e hijos que desean, como parte de sus derechos sexuales y reproductivos. Constituye un pilar esencial para lograr una maternidad segura y para disminuir las tasas de morbimortalidad materna e infantil. (13)

Con el propósito de fomentar el autocuidado de la salud de la mujer y con enfoque en el cumplimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, se deben brindar intervenciones educativas a la mujer en etapa prenatal y el puerperio sobre anticoncepción abordando la

importancia del espaciamiento intergenésico, métodos anticonceptivos, esterilización quirúrgica masculina o femenina, previo consentimiento informado. Además de aclarar dudas según necesidad de la usuaria, su pareja o su familia a través de consejería. (12)

La provisión de servicios de anticoncepción toma en cuenta lo siguiente:

Inscripción: Es la primera atención para la adopción de un método anticonceptivo y puede ser brindada por personal médico, enfermera capacitada o tecnólogo/licenciada materno–infantil. Se debe registrar según la elección del método anticonceptivo por parte de la usuaria; sea temporal o permanente y debe ser resultado de la consejería, según disponibilidad del método en el servicio de salud aplicando los criterios de elegibilidad médica de OMS. (13)

En el caso de usuarias o usuarios que ya están inscritas en otra institución y solicitan atención en un establecimiento del MINSAL, debe ser inscrita el día que se le proporcione la atención.

No se considera inscripción: 1. Usuaria que está inscrita en cualquier establecimiento de una institución y solicita servicios a otro establecimiento de la misma institución. 2. Cuando la usuaria cambia de método 3. Cuando habiendo sido inscrita, suspenda el uso del método, independientemente del tiempo y posteriormente reinicie el uso de un método. 4. Cuando el método anticonceptivo se entrega para tratamiento de patología ginecológica y usos terapéuticos. 5. El uso de métodos de barrera no amerita inscripción, únicamente se registra como abastecimiento y usuaria o usuario activos; excepto que la pareja lo use sistemática y consistentemente. (13)

Controles subsecuentes: Son todas las atenciones que se les brindan posteriores a la consulta de inscripción. Se deben clasificar como: normal, por morbilidad o por falla del método y se registran según método adoptado dentro de los temporales o permanentes. Si es primera vez que se atiende en el año en curso, se debe tabular, además, en el rubro Usuaria Activa del año. Para fines de registro, el cambio voluntario o por indicación médica del método debe considerarse un control subsecuente; con excepción de los casos de cambio de un método temporal a permanente, en el que la esterilización se registrara como inscripción el día de la cirugía. (13)

Primera entrega: Corresponde a la primera vez que se entrega un método anticonceptivo. Esta entrega podrá ser a nivel del establecimiento o realizada por promotor de salud, partera o colaborador de salud capacitado, en tales casos deberá referirse para su inscripción en el establecimiento de salud correspondiente. Debe acompañarse de consejería sobre aspectos como: efectos secundarios, forma de uso, olvido del método, entre otros. (13)

Abastecimiento: Se considera aquella atención en la que se hace entrega de algún método anticonceptivo a una usuaria o usuario, posterior a su inscripción, la cual debe acompañarse de consejería sobre aspectos como: efectos secundarios, forma de uso, olvido del método, etc. El abastecimiento además de ofrecerse en el establecimiento de salud puede ser realizado en la comunidad por el promotor de salud, partera o colaborador de salud capacitado, lo que se registrara únicamente en el tabulador respectivo del personal referido. Cuando se realiza en el establecimiento, se debe registrar en la casilla de abastecimiento del tabulador diario de actividades, y si es primera vez que asiste en el año, se tabulara también en el rubro de usuaria activa. (13)

Usuaria activa: Es la persona que asiste al establecimiento de salud por primera vez en el año, ya sea por inscripción, control subsecuente o abastecimiento de productos anticonceptivos. En el caso de métodos permanentes deberá registrarse al momento de la cirugía y activarse anualmente en esta categoría hasta que finalice su periodo de fertilidad a los 49 años. Cuando una persona que se esteriliza ha sido usuaria de método temporal y ya ha sido activada en el año en curso, solo se considerará como inscripción y será activada en los años siguientes. (13)

2.2.3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR POSTPARTO

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. (14)

En el mundo, la planificación familiar se reconoce como la intervención principal que salva la vida de madres e hijos. La planificación familiar postparto cumple una función importante en las estrategias para disminuir las necesidades de planificación familiar ya que las puérperas

tienen la mayor cantidad de necesidades de planificación familiar insatisfechas. No obstante, en general no reciben los servicios que necesitan para lograr intervalos intergenésicos más prolongados o para disminuir los embarazos no planificados y sus consecuencias. (14)

La PFPP atiende las necesidades de quienes desean tener hijos en el futuro (es decir, quienes buscan "espaciamiento") y de quienes hayan alcanzado la composición familiar deseada y quieran evitar embarazos en el futuro (es decir, quienes buscan "limitación"). 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. (14)

DERECHOS REPRODUCTIVOS EN EL PUERPERIO.

Los derechos reproductivos son parte integral de los derechos de las mujeres, un hecho que se defiende en los acuerdos internacionales y se refleja en la legislación en diferentes partes del mundo.

Para poder ejercer sus derechos humanos y tomar decisiones esenciales, las mujeres necesitan poder decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre ellos y tener acceso a información, educación y servicios.

La capacidad de las mujeres de controlar lo que ocurre con sus propios cuerpos también está asociada a los papeles que pueden desempeñar en la sociedad, tanto como miembros de una familia, de la fuerza laboral o del gobierno.

El derecho a la vida: Si bien es cierto que hace algunas décadas se interpretaba este derecho de manera demasiado restrictiva como la prohibición de la privación arbitraria de la vida, hoy en día se entiende que entraña, entre otras, la obligación estatal de crear y garantizar las condiciones necesarias para que los seres humanos no mueran por causas evitables. Esto quiere decir que el derecho a la vida incluye el derecho que tienen todas las mujeres a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo.

A pesar de ser un derecho tan fundamental, este derecho es violado cada minuto a las mujeres. De acuerdo con UNFPA, UNICEF Y UNIFEM, por cada minuto que pasa, una mujer muere durante el embarazo o el alumbramiento, situación que sigue prácticamente inalterable desde 1990. Mientras que una mujer que da a luz en un país en desarrollo corre el riesgo de morir en una de cada 13 ocasiones, en los países industrializados este riesgo disminuye a 1 entre 4,100. Se calcula que más de 515,000 mujeres mueren todos los años a causa del embarazo y el alumbramiento. Más de un 90% de estas muertes se producen en el mundo llamado “en desarrollo”.

El derecho a la salud: Este derecho humano incluye el derecho a la salud reproductiva. definida en el Programa de Acción del Cairo como: “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 y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”.

El derecho a decidir el número e intervalo de hijos: Este derecho, conocido como el derecho a la autonomía reproductiva, está explícitamente reconocido en el artículo 16 de la CEDAW, que dice que todas las mujeres tienen el derecho: “a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”, el derecho a decidir el número de hijos está directamente relacionado con la capacidad de decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales. Muchas mujeres aún no tienen esta capacidad. La intimidación, la coacción, el incesto, la prostitución forzada, la explotación, la violación sexual y todo ejercicio de poder para conseguir el dominio sexual son algunas de las circunstancias que inciden en la imposibilidad de la mujer para decidir sobre cuándo quedar embarazada.

El derecho a la intimidad: Este derecho incluye el derecho de toda mujer a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas. En el contexto de los derechos reproductivos, este derecho es violado cuando el estado o los particulares interfieren en el derecho de la mujer a tomar decisiones sobre su cuerpo y su capacidad reproductiva. Otro ámbito en que puede ocurrir que los estados no respeten la vida privada de la mujer guarda relación con sus funciones reproductivas, como ocurre, por ejemplo, cuando se exige que el marido dé su autorización para tomar una decisión respecto de la esterilización, cuando se imponen requisitos generales para la esterilización de la mujer, como tener cierto número de hijos o cierta edad.

El derecho al matrimonio y a fundar una familia: Este derecho incluye el derecho de las mujeres a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora en igualdad y sin discriminación, así como a su derecho a contraer o no matrimonio. De acuerdo con las normas de derechos humanos, el derecho al matrimonio implica el derecho a contraerlo libremente y a fundar una familia, a disolverlo y a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento. Las obligaciones de la mujer de tener hijos y criarlos afectan a su derecho a la educación, al empleo y a otras actividades referentes a su desarrollo personal, además de imponerle una carga de trabajo injusta. El número y espaciamiento de los hijos repercuten de forma análoga en su vida y también afectan su salud física y mental, así como la de sus hijos. Por estas razones, la mujer tiene derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos que tiene. La decisión de tener hijos, si bien de preferencia debe adoptarse en consulta con el cónyuge y el compañero, no debe, sin embargo, estar limitada por el cónyuge, el padre, el compañero o el gobierno.

El derecho a la educación: Este derecho incluye el derecho a la educación sexual y reproductiva, así como el derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho. El acceso de las mujeres a la educación básica contribuye a su empoderamiento dentro de su familia y en su comunidad; contribuye a que la mujer tome conciencia de sus derechos y le permite acceder en condiciones de mayor competitividad al mercado laboral. Así mismo, como el derecho a la educación incluye el derecho a recibir educación sobre salud sexual y reproductiva, ésta debería incluir, entre otros, información sobre los derechos reproductivos, sobre el fomento de factores protectores y de prevención y control de factores de riesgo para una sexualidad y una reproducción sanas, seguras y responsables. Además, la educación sexual

y reproductiva debería estar enmarcada de forma tal que se eduque a las mujeres a ejercer su derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijos de manera libre y responsable y a los hombres a ejercer su sexualidad y paternidad de manera responsable. Es decir, la educación sexual y reproductiva no debe estar centrada solamente en la mujer o en aumentar el uso del condón y la vasectomía por parte de los hombres.

Involucrar a los varones en la salud sexual y reproductiva no se reduce al uso de medios anticonceptivos. El propósito es promover una conciencia de igualdad de género en todos los ámbitos y animar a los hombres para que asuman responsablemente sus roles sexuales, reproductivos, sociales y familiares.

El derecho a la información adecuada y oportuna: Este derecho incluye el derecho de toda persona a que se le de información clara sobre su estado de salud, sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular.

CLASIFICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

El postparto es una etapa en la vida de la mujer con características psicológicas, biológicas y sociales muy peculiares, por lo que es un período con requerimientos especiales en materia de salud reproductiva. La oferta de la utilización de métodos anticonceptivos que se realizó con la usuaria y/o su pareja en la atención prenatal, deberá retomarse en el postparto en el momento oportuno de acuerdo al método seleccionado por la usuaria a fin de brindarle la consejería correspondiente.

El momento para introducir la anticoncepción depende de si la usuaria decide amamantar o no, de las circunstancias personales, del tipo de método anticonceptivo elegido, así como de ciertos aspectos programáticos, tales como la posibilidad de que la mujer no retorne al establecimiento de salud después del parto o después de la primera visita postparto.

DIAGRAMA: ANTICONCEPCIÓN POSTPARTO



Fuente: Elaboración propia guiada por "Lineamientos Técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción, 2016".

ANTICONCEPCIÓN POSTPARTO EN LA MUJER QUE NO LACTA.

Bajo esta condición las usuarias tienen una amplia gama de opciones anticonceptivas excepto el MELA; pero existen diferencias en cuanto al momento de inicio de los mismos.

Retorno de la fertilidad:

- ✓ En las mujeres que no amamantan en el postparto, la fertilidad puede retornar incluso a las cuatro semanas después del parto.

Tiempo de inicio del método:

- ✓ DIU: Inmediatamente después del parto (< 48 h) o después de 4 semanas.
- ✓ Condón: en cualquier momento.
- ✓ Anticoncepción natural: después de que este menstruando regularmente
- ✓ Esterilización femenina: postparto inmediato y de intervalo
- ✓ Esterilización masculina: en cualquier momento.
- ✓ Métodos hormonales sólo de progestágeno: en cualquier momento.
- ✓ Métodos hormonales combinados: de 3 semanas en adelante.

ANTICONCEPCIÓN POSTPARTO EN LA MUJER QUE LACTA.

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 anticoncepción (si es temporal o permanente).
- ✓ La condición en la que se encuentra la usuaria.

Retorno de la fertilidad:

- ✓ En las mujeres que amamantan, el retorno de la fertilidad se puede posponer hasta seis meses que dependerá de la intensidad y frecuencia del amamantamiento.

MÉTODOS DE PRIMERA OPCIÓN (MÉTODOS NO HORMONALES):

a) **Método de Lactancia Amenorrea (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.
- ✓ Dentro de los primeros 6 meses postparto.

Mecanismo de acción: La succión efectuada por el lactante inhibe la producción de las hormonas que se requieren para la ovulación.

Duración del efecto anticonceptivo: El MELA proporciona una protección anticonceptiva durante los primeros 6 meses después del parto, siempre y cuando se cumplan los 3 criterios mencionados.

Efectividad del MELA: Es sumamente efectivo, la tasa de embarazo accidental es del 2%. La extracción de la leche puede ser algo menos efectiva para prevenir el embarazo que el pecho directo y la tasa de embarazo en ese caso es del 5%.

Criterios de elegibilidad médica:

- ✓ No existen condiciones médicas en las cuales el MELA esté restringido y no existe ninguna evidencia documentada de un impacto negativo en la salud materna.
- ✓ En mujeres con ciertas enfermedades crónicas, el elevado rango de tasas de fracaso a estos métodos puede exponer a la usuaria a un riesgo inaceptable de embarazo no deseado.
- ✓ Las principales indicaciones de la lactancia materna siguen siendo la necesidad de proporcionar al niño un alimento ideal y protegerlo contra las enfermedades.
- ✓ Sin embargo, ciertas condiciones u obstáculos que afectan la lactancia materna también pueden afectar la duración de la amenorrea haciéndola menos útil como una elección

con fines de planificación familiar. Estas incluyen: Infecciones tales como hepatitis viral activa, lesiones sifilíticas en la mama, portador del VIH.

Modo de uso e inicio:

- Iniciar la lactancia inmediatamente después del parto.
- Amamantar cada vez que el lactante lo pide y sin horario fijo.
- Evitar el uso de biberones y chupetes.
- No dejar transcurrir largos períodos entre un amamantamiento y otro (no más de 4 horas durante el día y no más de 6 horas durante la noche).
- No introducir alimentación suplementaria durante los primeros 6 meses. Se puede amamantar incluso cuando la madre o el bebé estén enfermos.

Seguimiento de la usuaria: Aprovechar cualquier contacto de la usuaria con el establecimiento, para asegurar el uso correcto del método y la satisfacción de este.

b) **Métodos de barrera (condón masculino y femenino):**

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

Mecanismo de acción: Impiden el paso de los espermatozoides hacia el sistema reproductor femenino por acción de una barrera física.

Condomes:

Condón masculino: Es una bolsa delgada generalmente hecha de poliuretano o látex, lubricado con sustancias inertes, tiene la función de cubrir el pene durante el acto sexual no dejando que el semen entre en contacto con la vagina. Algunos contienen espermaticidas.

Condón femenino: Consiste en un tubo de poliuretano fuerte, lubricado, cerrado en un extremo, de unos 15 cm. de largo y 7 cm de diámetro. Alrededor de su extremo abierto, se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que sostiene el condón contra la vulva.

El otro extremo tiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual.

Duración del efecto anticonceptivo: La duración del efecto se limita al tiempo de utilización correcta del método.

Efectividad del condón: Con uso correcto y sistemático la tasa de embarazo accidental es del 3% (tasa teórica). En condiciones habituales de uso el condón masculino tiene tasa de embarazo accidental del 15% (tasa típica). En el caso del condón femenino estos porcentajes son de 5% para la tasa teórica y 21% para la tasa típica.

Criterios de elegibilidad: No existe ninguna condición médica para limitar su uso, excepto cuando haya alergia al látex o al espermaticida. El uso de lubricantes con base de aceite, crema vaginal de clindamicina y crema vaginal de antimicóticos, pueden dañar el condón de látex.

Beneficios: Es el único método que protege contra ITS, incluyendo VIH así como del embarazo (método de doble protección).

Efectos secundarios: En muy raras ocasiones puede presentarse reacción alérgica al látex o al espermaticida, en cuyo caso se debe reforzar la consejería para orientar la elección de otro método. La alergia al látex puede manifestarse por enrojecimiento, escozor o hinchazón después de usar el condón.

Uso del método condón masculino: debe usarse en cada relación sexual y debe colocarse desde el inicio del coito, con el pene erecto, antes de la penetración debe retirarse el pene de la vagina cuando aún esta erecto para evitar salida del semen. Para quitarse el condón, se toma de la base y se desliza suavemente desde la misma.

Uso del método condón femenino: El condón femenino debe colocarse antes de la penetración. Está diseñado para usarse una sola vez. La mujer debe colocarlo introduciendo

el extremo cerrado de la funda en el fondo de la vagina y dejar el extremo abierto fuera de la vagina. Debe cuidarse que el pene penetre dentro del condón y no lateral a este; para quitarse el condón se toma del extremo visible con el cuidado de no derramar el semen.

c) **Esterilización:**

Son aquellos que 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 (ligadura de trompas) y la esterilización masculina (vasectomía).

Esterilización quirúrgica femenina (ligadura de trompas):

Es un método permanente que evita la fertilidad en la mujer. Es un procedimiento quirúrgico en el que las trompas de Falopio, que transportan el óvulo desde el ovario hasta el útero, se bloquean (se atan y se cortan, se cauterizan o se cierran con un anillo o grapa).

La esterilización quirúrgica femenina puede clasificarse según:

Momento de realización:

- ✓ Postparto
- ✓ Intervalo

Por la vía de acceso utilizada:

- ✓ Mini laparotomía
- ✓ Laparoscopia
- ✓ Laparotomía

Mecanismo de acción: El bloqueo de las trompas de Falopio evita que los espermatozoides se unan con el óvulo, evitando así la fecundación.

Duración del efecto anticonceptivo: La esterilización femenina brinda protección inmediata y es de carácter permanente.

Efectividad: La tasa de falla durante el primer año de uso es de 0.2% al 0.5% durante el primer año de uso. La probabilidad acumulada de una mujer a embarazarse hasta los 10 años después de la esterilización es estimada en 0.8% para las esterilizaciones postparto y 0.2% para las de intervalo. En general, mujeres esterilizadas en edades jóvenes tienen tasa de falla mayor que las esterilizadas a mayor edad.

Beneficios:

- ✓ Ayuda a proteger contra los riesgos del embarazo
- ✓ Protege contra la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)
- ✓ Protege contra cáncer de ovario

Signos de alarma post procedimiento quirúrgico

- ✓ Fiebre
- ✓ Dolor severo en región abdominal
- ✓ Distensión abdominal
- ✓ Sangrado
- ✓ Cambios de color en herida operatoria

Efectos secundarios posibles No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento, ya sea anestésico o quirúrgico.

Inicio del método intervalo. La esterilización femenina se puede realizar en cualquier momento que se esté razonablemente seguro que la usuaria no está embarazada. En Postparto la esterilización puede ser realizada entre los primeros 7 días postparto, preferentemente dentro de las primeras 48 horas, o después de los 42 días. Si el útero está completamente involucionado puede realizarse en un período anterior a los 42 días.

e) **Dispositivos intrauterinos (DIU):**

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

Los DIU son pequeños dispositivos fabricados de polietileno flexible con hilos que facilitan su colocación y extracción. Existen los no medicados como los de cobre, y los medicados o liberadores de hormonas (levonorgestrel) estos últimos liberan constantemente pequeñas cantidades de hormona esteroidea en el útero.

Los DIU más utilizados actualmente en el país son los no medicados, de los cuales el más usado es el de polietileno en forma de T recubierto de cobre (TCu380A).

Mecanismos de acción del TCu380A:

- ✓ El cobre contenido en el dispositivo afecta la viabilidad y la motilidad de los espermatozoides impidiendo la fecundación, por lo tanto, interfiere con el proceso reproductor antes que el óvulo llegue a la trompa de Falopio.
- ✓ Estimula en el endometrio, el cuello uterino y los oviductos una reacción de cuerpo extraño, liberándose glóbulos blancos, enzimas y prostaglandinas que impide que los espermatozoides lleguen a las trompas de Falopio.
- ✓ Libera iones de cobre en los líquidos del útero y de las trompas, bloqueando los sistemas enzimáticos sensibles a la relación Cobre – Zinc originando alteraciones bioquímicas, tales como la modificación del PH vaginal, efecto que debilita e inmoviliza los espermatozoides.
- ✓ Acelera los movimientos de las trompas de falopio, impidiendo el transporte o desplazamiento del óvulo y su fecundación.

Duración del efecto anticonceptivo La protección anticonceptiva se inicia inmediatamente después de su inserción y el efecto de la TCu-380A dura hasta 10 años.

Retorno de la fertilidad: Es inmediato al retiro del dispositivo.

Beneficios:

- ✓ Protege contra riesgo de embarazo
- ✓ Puede proteger contra cáncer endometrial

Signos de alarma:

- ✓ Dolor abdominal severo con o sin fiebre
- ✓ Secreción vaginal purulenta
- ✓ Hemorragia vaginal
- ✓ Amenorrea de 6 semanas o más
- ✓ Hilos no visibles, ni palpables.

Efectos secundarios posibles: El DIU en general es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuente, generalmente limitados a los primeros 3 meses posteriores a la inserción y pueden manifestarse de la siguiente manera:

- ✓ Dolor pélvico durante el período menstrual
- ✓ Aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual
- ✓ Sangrado intermensual.

Uso del método: La inserción del DIU solamente debe ser realizado por personal de salud debidamente entrenado:

- ✓ Inicio en el postparto: La inserción pos-placenta debe realizarse preferentemente dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto vaginal o durante una cesárea.
- ✓ También se puede hacer la colocación del DIU antes de que la usuaria sea dada de alta dentro de las 48 horas postparto inmediato (requiere capacitación específica).
- ✓ Inmediatamente o durante los primeros siete días después del legrado por aborto incompleto no séptico. A partir de la cuarta y sexta semana postparto y post-cesárea respectivamente.

MÉTODOS DE SEGUNDA OPCIÓN (MÉTODOS HORMONALES SÓLO DE PROGESTÁGENO)

a) **Anticonceptivos inyectables sólo de progestina:**

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos que contienen solamente una progestina sintética (no contienen estrógeno). Son de larga duración, que se aplican cada 2 ó 3 meses, según el tipo de inyectable.

Descripción o tipo existen 3 formulaciones diferentes, todas contienen una progestina sintética esterificada:

- ✓ 200 mg. de Enantato de noretisterona (NET-EN) en ampollas de 1 ml. de solución oleosa.
Nombre comercial = Noristerat
- ✓ 150 mg. de Acetato de Medroxiprogesterona microcristalina (DMPA) en ampollas de 3 ml. de suspensión acuosa. Nombre comercial = Depoprovera.
- ✓ 104 mg de Acetato de medroxiprogesterona subcutánea. Aprobada por la FDA en diciembre 2004 con el nombre comercial= Depo-subQprovera 104. (aun no disponible en el país).

Mecanismo de acción: Inhibición de la ovulación, espesamiento del moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides

Duración del efecto anticonceptivo: La protección anticonceptiva conferida por el Enantato de Noretisterona (NET-EN) se extiende por lo menos a 60 días después de su aplicación. La protección anticonceptiva conferida por el Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) se extiende hasta por lo menos 90 días después de su aplicación.

Retorno a la fertilidad: El retorno de la fertilidad es más tardío que con los otros métodos hormonales. La posibilidad de embarazo durante el primer año de discontinuación de uso del método es menor entre usuarias de DMPA que entre usuarias de otros métodos. Aproximadamente a los 14 meses de descontinuado el método, las tasas de embarazo ya son

semejantes a las de mujeres que no han usado métodos anticonceptivos. Este retraso parece ser independiente del número de inyecciones aplicadas y de la edad de la usuaria. No se han reportado casos de infertilidad permanente aducible al método.

Beneficios AMPD:

- ✓ Ayuda a prevenir contra el riesgo de embarazo
- ✓ Previene contra el cáncer de endometrio
- ✓ Reviene contra fibromas uterinos
- ✓ Puede ayudar a proteger de Enfermedad pélvica inflamatoria
- ✓ Anemia por deficiencia de hierro (También NET- EN)

Efectos secundarios posibles: Los problemas principales asociados con el uso de este método son las irregularidades menstruales, sangrado prolongado o abundante y amenorrea. Algunas mujeres pueden presentar cefalea, mastalgia, aumento de peso, náusea, nerviosismo, cambio del estado de ánimo o del deseo sexual, mareos, distensión y molestia abdominal. El retraso en el retorno a la fertilidad puede también ser un problema en algunos casos.

Uso del método inicio: Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina pueden iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual en que se esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada, preferentemente durante los primeros 7 días del ciclo menstrual. Si el método se inicia después del día 7 del ciclo, debe usarse un método de respaldo, como condones o abstinencia durante 7 días. En el postparto, en mujeres lactantes, se debe iniciar después de la sexta semana. En mujeres no lactantes y en el postaborto se pueden iniciar inmediatamente después del evento.

Procedimientos requeridos para su inicio: Realizar un breve interrogatorio que permita evaluar los criterios de elegibilidad. Se debe realizar una consejería adecuada por las personas proveedoras del servicio.

b) Anticonceptivo subdérmico sólo de progestina:

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, de aplicación subdérmica y que contiene una progestina sintética (no contiene estrógeno) la cual es liberada a dosis diarias muy pequeña en forma controlada para alcanzar el efecto anticonceptivo deseado.

Descripción: Los implantes de que se usan en la actualidad son:

- ✓ Norplant consiste en 5 cápsulas delgadas de Dimetilpolisiloxano, conteniendo cada una 36 mg. de levonorgestrel, liberando un promedio de 30 mcg. de Levonorgestrel por día.
- ✓ El Jadelle consta de dos cilindros de silastic (hule de silicón) de 75 mg. de Levonorgestrel.
- ✓ El Implanon consiste en un cilindro de 68 mg de Etonorgestrel. (Aun no disponible en el país).

Mecanismo de acción: Espesamiento del moco cervical dificultando la penetración de los espermatozoides, inhiben la ovulación en cerca de la mitad de los ciclos menstruales y posibles cambios en el endometrio

Duración del efecto anticonceptivo: El efecto anticonceptivo con la utilización de Norplant es 5 a 7 años y comienza inmediatamente después de su aplicación. Jadelle tiene una eficacia de 5 años e Implanon de 3 años. En mujeres que pesan 80 kg. o más, Jadelle y Norplant pierden eficacia después de cuatro años de uso.

Retorno a la fertilidad: La fertilidad se restablece casi inmediatamente después que los implantes son retirados.

Beneficios:

- ✓ Ayuda a proteger contra el riesgo de embarazo.
- ✓ Protege contra enfermedad pélvica inflamatoria sintomática.
- ✓ Protege contra la anemia ferropénica.

Signos de alarma:

- ✓ Dolor intenso en el pecho con dificultad para respirar
- ✓ Cefalea severa, recurrente, incluida migraña con síntomas neurológicos focales
- ✓ Pueden existir pequeñas complicaciones relacionadas con el procedimiento como hematomas, infección local o dolor, muy rara vez la expulsión del implante.

Efectos secundarios posibles:

- ✓ Alteración del patrón de sangrado menstrual
- ✓ Aumento del peso corporal
- ✓ Acné
- ✓ Cambios de humor
- ✓ Cefalea no migrañosa
- ✓ Náuseas y mareos
- ✓ Sensibilidad mamaria anormal

Uso del método: Los implantes pueden colocarse en cualquier momento del ciclo menstrual, en que se esté razonablemente seguro/a que la mujer no está embarazada, preferiblemente durante los primeros 7 días del ciclo menstrual. Si el método se inicia después del séptimo día debe usarse un método anticonceptivo de respaldo, durante los 7 días siguientes. Si la usuaria está en amenorrea puede insertarse el implante en cualquier momento, si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

En el postparto: en mujeres lactantes, se deben iniciar después de la sexta semana. En mujeres no lactantes y en el postaborto se puede iniciar inmediatamente después del evento y no necesita un método anticonceptivo de respaldo.

MÉTODOS DE TERCERA OPCIÓN

a) **Píldoras orales combinadas:**

Son pastillas que contienen estrógeno y progestina en diferentes dosis, que previenen temporalmente el embarazo.

Descripción o tipo:

- ✓ Sobre o paquete con 21 pastillas que contienen hormonas.
- ✓ Sobre o paquete con 28 pastillas: 21 pastillas que contienen hormonas y 7 pastillas sin contenido hormonal.
- ✓ Sobre o paquete con 28 pastillas: 24 que contienen hormonas y cuatro sin contenido hormonal.

Mecanismo de acción: Principalmente inhiben la ovulación y en forma secundaria espesan el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides. No actúan interrumpiendo la gestación.

Duración del efecto anticonceptivo: La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se ingieren las pastillas o píldoras en forma correcta y sistemática.

Retorno de la fertilidad: El retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

Beneficios:

- ✓ Ayuda a proteger contra el riesgo de embarazo.
- ✓ Previene contra el cáncer endometrial.
- ✓ Previene contra el cáncer de ovario.
- ✓ Previene contra enfermedad pélvica inflamatoria sintomática.
- ✓ Puede ayudar a proteger contra quistes ováricos y anemia por deficiencia de hierro.

Signos de alarma:

- ✓ Dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar

- ✓ Visión borrosa
- ✓ Cefalea intensa con síntomas neurológicos focales
- ✓ Dolor intenso en las piernas o el abdomen.

Efectos secundarios posibles: Algunas mujeres pueden presentar:

- ✓ Cefalea
- ✓ Náusea y vómitos
- ✓ Mareo
- ✓ Sensibilidad mamaria anormal
- ✓ Irregularidades menstruales
- ✓ Cambios del estado de ánimo

Según los lineamientos nacionales el uso del método: Una mujer puede empezar a utilizar el método en cualquier momento que lo desee si existe una certeza razonable de que no está embarazada. También si cumple los siguientes criterios 1. Ha estado usando el MELA. 2. No ha tenido relaciones sexo coitales, desde el último periodo menstrual. 3. Tiene menos de 30 días posparto. 4. Sí ha visto regla cinco días antes. 5. Ha tenido un aborto en los últimos siete días. 6. Ha estado usando correctamente otro método anticonceptivo. Si cumple las anteriores condiciones puede iniciar los AOC y no utilizar un método de respaldo. Si no se cumplen deberá utilizar condón durante los primeros siete días del uso. Tomar las pastillas todos los días hasta terminarlas y de preferencia a la misma hora tenga o no tenga relaciones sexuales.

Administración del método: En presentación de 21 pastillas se ingiere 1 cada día, de preferencia a la misma hora, seguida de 7 días de descanso. Los ciclos siguientes deben iniciarse después del período de 7 días de descanso, sin ingesta de pastillas, independientemente del sangrado menstrual. En las presentaciones de 28 pastillas se ingieren 1 de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguido de 7 días durante los cuales se ingiere a diario 1 pastilla que puede contener hierro o sólo placebo, debe comenzar el nuevo paquete al día siguiente de terminar el paquete anterior (es decir sin interrupciones).

b) Inyectables mensuales:

Los anticonceptivos inyectables combinados son compuestos de estrógenos sintéticos, que se metabolizan a nivel hepático y liberan un estrógeno natural y progestinas sintéticas, que se usan por vía intramuscular con el objetivo de prevenir temporalmente el embarazo.

Descripción o tipo:

- ✓ 5 mg. de Valerato de Estradiol más 50 mg de Enantato de noretisterona. Nombre comercial: Mesigyna, Norigynon, Mesigest.
- ✓ 5 mg. de Cipionato de estradiol más 25 mg. de Acetato de medroxiprogesterona. Nombre comercial: Ciclofem, Ciclofemina.
- ✓ 10 mg. de Enantato de estradiol más 150 mg. Acetofénido de Dihidroprogesterona. Nombre comercial: Nomagest, Deproxone, Novular, Topasel.

Mecanismo de acción: Principalmente inhibe la ovulación y en forma secundaria espesa el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

Duración del efecto anticonceptivo: La protección anticonceptiva es por un período de 30 días.

Retorno de la fertilidad: El retorno de la fertilidad es inmediato una vez terminados los 30 días de protección anticonceptiva. Aproximadamente un mes más que con la mayoría de los otros métodos.

Beneficios: Los mismos que para los anticonceptivos orales combinados.

Signos de alarma:

- ✓ Visión borrosa
- ✓ Cefalea intensa con síntomas neurológicos focales
- ✓ Dolor intenso en las piernas o en el abdomen
- ✓ Dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar

Efectos secundarios posibles:

- ✓ Cefalea
- ✓ Aumento de peso
- ✓ Náuseas
- ✓ Sensibilidad mamaria anormal
- ✓ Irregularidades menstruales
- ✓ Amenorrea
- ✓ Cambios del estado de ánimo

Uso del método: En cualquier momento del ciclo, en que la persona proveedora esté razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada. Se recomienda iniciar dentro del primer al séptimo día del ciclo menstrual, dependiendo de la presentación escogida. Sí se inicia después de este período utilizar un método de barrera o abstinencia por 7 días. Cuando se utiliza la composición de 5 mg. de Valerato de estradiol más 50 mg de Enantato de Noretisterona, debe iniciarse de preferencia el primer día de regla y no mas tarde del tercer día. En mujeres postparto que no se encuentren amamantando, pueden iniciarse a partir de la tercera semana.

Administración del método: Se aplican una vez al mes por vía intramuscular profunda y sin masaje, en el sitio de preferencia de la usuaria.

MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN NATURAL (ABSTINENCIA PERIÓDICA).

Son métodos que se basan en evitar tener relaciones sexuales durante el período fértil de la mujer. El período fértil de una mujer se puede reconocer mediante la observación, el registro y la interpretación de signos y síntomas naturales que se relacionan con la ovulación.

Basados en el calendario:

- ✓ Método del calendario (ritmo)
- ✓ Método de los días fijos o de días standard (collar)

Basados en síntomas:

- ✓ Método del moco cervical (Billings) y método de dos días
- ✓ Método de la temperatura corporal basal
- ✓ Método sintotérmico
- ✓ Método del retiro voluntario (coito interrumpido)

Mecanismo de acción: Impiden que los espermatozoides se unan con un óvulo al evitarse el acto sexual alrededor del período en que ocurre la ovulación o al retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.

Criterios para su uso: No existen condiciones clínicas que restrinjan el uso de estos métodos. Uso del método Para utilizar estos métodos se debe tener en cuenta el registro del ciclo menstrual, el cual se basa en la observación de los cambios fisiológicos que se presentan durante los mismos. Su efectividad está determinada por el uso correcto y sistemático de la pareja. Estos métodos pueden ser usados por todas las mujeres en su vida reproductiva y sexualmente activa, pero no son recomendados para aquellas que presentan períodos de amenorrea, ciclos irregulares o si no hay colaboración de la pareja.

En cuanto al método de los días fijos para evitar o espaciar los embarazos, pueden tener relaciones sexuales sin protección durante cualquier día de su ciclo menstrual, excepto entre los días 8 al 19. Las mujeres deben llevar la cuenta de los días de sus ciclos menstruales utilizando un instrumento mnemotécnico 44 especial (un collar de cuentas). Cada cuenta representa un día del ciclo, con cuentas de diferentes colores para indicar los días fértiles e infértiles. La mujer mueve un anillo de hule sobre una cuenta cada día, a fin de marcar en que parte su ciclo menstrual se encuentra. Es requisito indispensable que los ciclos menstruales sean de 26 a 32 días.

Para los métodos basados en Billings y de dos días si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el moco cervical el método puede que sea difícil de usarlo.

2.3 MARCO LEGAL

La salud de las personas es responsabilidad del estado a través del Ministerio de Salud Pública de El Salvador, que es el ente principal de prestar estos servicios a la población salvadoreña a través de sus diferentes niveles de atención.

2.3.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR

Art.1.- El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. Asimismo, reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción. En consecuencia, es obligación del estado asegurar a los habitantes de la república, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social. (15)

Capítulo II Sección Primera: Familia

Art. 32. La familia es la base fundamental de la sociedad y tendrá la protección del estado, quien dictará la legislación necesaria y creará los organismos y servicios apropiados para su integración, bienestar y desarrollo social, cultural y económico.

Sección cuarta salud pública y asistencia social

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

Art. 69.- El estado proveerá los recursos necesarios e indispensables para el control permanente de la calidad de los productos químicos, farmacéuticos y veterinarios, por medio de organismos de vigilancia.

2.3.2 CÓDIGO DE SALUD

Art. 1. El presente código tiene por objeto desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la república y las normas para la organización, funcionamiento y facultades del consejo superior de salud pública

y asistencia social y demás organismos del estado, servicios de salud privados y las relaciones de estas entre sí en el ejercicio de las profesiones relativas a la salud del pueblo. (16)

Art. 42. El ministerio por medio de la Dirección General de Salud como Organismo Técnico, será el encargado de ejecutar las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes, así como las complementarias pertinentes en todo el territorio de la república, a través de sus dependencias regionales y locales de acuerdo a las disposiciones de este código y reglamentos sobre la materia.

Sección 1: Promoción para la Salud

Art. 44. La educación para la salud será acción básica del Ministerio, que tendrá como propósito desarrollar los hábitos, costumbres, actitudes de la comunidad, en el campo de la salud. Para ello determinara las dependencias encargadas de elaborar los programas para la obtención de estos objetivos.

2.3.3 POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción:

Objetivo 1: Promover el ejercicio de la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos y sus determinantes en el ciclo de vida.

Estrategia: información, educación, comunicación de acuerdo al ciclo de vida en salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos: (17)

Objetivo 5: Potenciar la participación y la corresponsabilidad social y ciudadana, en la promoción de la salud sexual y reproductiva, de acuerdo con necesidades específicas, según la etapa del ciclo de vida.

Estrategia promoción de la participación ciudadana y la contraloría social.

Líneas de acción:

1. Fortalecer redes organizativas, comités comunitarios, comités de salud, ADESCOS, grupos de mujeres y hombres y de población en general, para la implementación de acciones de promoción en SSR por ciclo de vida.
2. Promover la organización de grupos de apoyo y autoayuda de personas con cáncer del aparato reproductor, VIH/Sida, sobrevivientes de violencia, trata de personas.
3. Promover el empoderamiento y defensa de los derechos a través de grupos organizados de la población históricamente excluida.
4. Promover grupos tendientes a la deconstrucción de la identidad de género masculino y femenino tradicional que afectan directamente la SSR.
5. Promover la participación ciudadana y la contraloría social a través del Foro Nacional de Salud y otras organizaciones de la sociedad civil organizadas sobre la SSR y el cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos considerando: Edad, género, discapacidad, diversidad sexual-orientación sexual, etnicidad, personas con VIH, personas trabajadoras del sexo.

Objetivo 6: Impulsar la intersectorialidad, para contribuir en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y de la atención en salud sexual y reproductiva.

Estrategia: generar espacios de intersectorialidad para garantizar los derechos sexuales y reproductivos y el abordaje de la salud sexual y reproductiva.

Líneas de acción:

1. Promover la coordinación intersectorial, interinstitucional y multidisciplinaria para la salud sexual y reproductiva y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a nivel local, municipal y departamental.

2. Coordinación entre MINSAL y MINED para la incorporación de la salud sexual y reproductiva en la currícula educativa en los diferentes niveles y en la formación de docentes con la visión de un estado laico.
3. Coordinar acciones con las redes sociales e institucionales para el abordaje de la salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia y desastres por ciclo de vida.
4. Establecer alianzas estratégicas para el diseño de acciones conjuntas y coordinadas en torno a la salud sexual y reproductiva, con énfasis en adolescentes.
5. Fortalecer acciones intersectoriales para el abordaje integral de la respuesta al VIH/Sida.
8. Coordinar esfuerzos entre MINED y MINSAL y organizaciones de la sociedad civil para incrementar conocimientos en SSR de población no escolarizada, adolescente y joven.

2.4 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Amenorrea: Ausencia de menstruación por un período mayor al normal del ciclo menstrual.

Conocimiento: Es la relación que existe entre un sujeto cognoscente y un objeto cognoscible, donde el sujeto cognoscente se dirige intencionalmente a aprehender las cualidades esenciales del objeto cognoscible para luego formarse una representación.

Derechos Reproductivos: Se refieren a la libertad de las personas para decidir si tener o no hijos, la cantidad y el espaciamiento entre ellos, el tipo de familia que se quiere formar, acceder a información y planificación para hacerlo, a métodos anticonceptivos y al aborto legal y seguro, así como a los servicios adecuados sobre fertilización asistida y servicios de salud pre y post embarazo. (13)

DIU: Dispositivo Intra Uterino, es un método temporal de planificación familiar que consiste en insertar un dispositivo dentro de la cavidad uterina.

Efectividad anticonceptiva: Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar el embarazo durante un año de uso.

Efectos secundarios posibles: Signos y síntomas contrarios a los normales que se presentan por corto o largo tiempo, durante la utilización de algún fármaco.

Enfermedad pélvica inflamatoria: Inflamación del tracto genital superior que incluye 2 o más de las siguientes afecciones: Cervicitis, Endometritis, salpingitis, pelviperitonitis, absceso tubo ovárico.

Espacio intergenésico: Periodo que habrá entre el último nacimiento (u otro evento obstétrico) y el inicio del siguiente embarazo. Se recomienda un intervalo no menor de tres años para la salud y supervivencia de madre e hijo o hija.

Inscripción: Es la primera atención para la adopción de un método anticonceptivo y puede ser brindada por personal médico, enfermera capacitada o tecnólogo/licenciada materno–infantil.

Mecanismo de acción: Forma principal de actuar de los medicamentos o métodos de planificación familiar.

MELA: El método de amenorrea de la lactancia (MELA) es un método anticonceptivo en el que se informa a la madre y se la apoya para que utilice la lactancia como método anticonceptivo.

Métodos anticonceptivos: Cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo.

Método permanente: Método de planificación familiar que limita la fecundidad en forma definitiva.

Método temporal: Método de planificación familiar que limita la fecundidad por un tiempo determinado.

Planificación familiar: Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá o si no los tendrá; así como a recibir información sobre el tema y los servicios necesarios.

Puerperio: Corresponde al período que comprende desde el alumbramiento hasta las seis semanas postparto o cuarenta y dos días, durante el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelve a adquirir las características anteriores a la gestación, a excepción de las glándulas mamarias.

Retorno a la fertilidad: Tiempo que demora en volver la fertilidad.

Riesgo reproductivo: Probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

Salud reproductiva: Estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. Implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia.

Tasa teórica: Es la proporción de embarazos ocurridos durante un año de uso de un método anticonceptivo en forma correcta. (13)

CAPÍTULO III: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Conocimiento y prácticas de anticoncepción en el postparto.	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje que ponen en práctica sobre la anticoncepción las mujeres postparto.	Son los saberes y acciones relacionadas a los métodos anticonceptivos que poseen las mujeres que se encuentran en la etapa del puerperio, considerando sus características demográficas y gineco obstétricas, información y uso de anticoncepción.	Características demográficas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Estado civil ✓ Área Geográfica ✓ Grado Educativo
			Antecedentes Gineco obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio de las relaciones sexo coitales. ✓ Paridad ✓ Espacio intergenésico ✓ Lactancia materna exclusiva en el postparto.
			Conocimiento sobre MAC de primera opción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MELA ✓ Condón masculino y femenino ✓ Esterilización Femenina ✓ Dispositivo intrauterino
			Conocimiento sobre MAC de segunda opción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inyectables sólo de Progestágenos ✓ Implante subdérmico
			Conocimiento sobre MAC de tercera opción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ AOC ✓ Inyectable mensual ✓ Métodos de anticoncepción natural.
			Prácticas de uso de métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso de métodos anticonceptivos. ✓ Frecuencia del uso de los métodos anticonceptivos. ✓ Lugar de provisión de MAC. ✓ Motivos de suspensión de MAC. ✓ Uso de métodos anticonceptivos post evento obstétrico. ✓ Fuentes de información

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

4.1.1 Según el período y secuencia del estudio:

Es de tipo **transversal** porque se estudió la variable simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. En este caso, el tiempo es independiente en relación con la forma en que se dan los fenómenos.

4.1.2 Según el análisis y alcance de los resultados:

Es de tipo **descriptivo** porque la investigación estudió simultáneamente la variable de conocimiento y la práctica de anticoncepción en el postparto, siempre referido a un momento concreto, sobre todo limitándose a describir la información que manejan las participantes en el estudio comparado con las prácticas que realizan de anticoncepción en el postparto, sin intención de establecer relaciones causales con otros factores distintos a la variable estudiada.

4.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 Universo:

Todas las mujeres en edad reproductiva en etapa de postparto de El Salvador.

4.2.2 Población:

Todas las mujeres en período de postparto ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional 'Santa Teresa' de Zacatecoluca, siendo un total de 197 partos registrados en el año 2022.

4.2.3 Muestra:

Para establecer el **tamaño muestral** se utilizó la siguiente fórmula para su determinación en población conocida: $n = Z^2 * (p) * (1-p) / c^2$

Donde:

n = Tamaño de muestra

Z = Nivel de confianza del 95%

p = Variabilidad del 0.5

c = Margen de error del 12%

El tamaño de la muestra que representó la población de este estudio fueron 53 mujeres que se encontraban ingresadas en los servicios de ginecología en el mes de junio del año 2023.

Se utilizó el **tipo de muestreo** no probabilístico con aplicación de criterios de inclusión y exclusión, que se detallan a continuación:

Criterios de inclusión:

1. Mujeres entre las edades de 15 a 49 años.
2. Mujeres en el período postparto.
3. Mujeres que deseen participar.
4. Mujeres ingresadas los viernes y sábados en los servicios de ginecología del HST.
5. Mujeres que hayan verificado parto pretérmino, de término o postérmino.
6. Mujeres que hayan verificado parto vía vaginal o abdominal (CBT)

Criterios de exclusión:

1. Mujeres menores de 15 años y mayores de 49 años.
2. Mujeres que no deseen participar.
3. Mujeres que se encuentren ingresadas en otro servicio del Hospital Nacional 'Santa Teresa' de Zacatecoluca.
4. Mujeres que se encuentren en el área de recuperación en periodo de postparto inmediato.

4.3 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

4.3.1 Método:

El tipo de método que se utilizó fue el método deductivo ya que la investigación se realizó a partir de lo general a lo particular, el cual sirvió para identificar el conocimiento y la práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en periodo de postparto.

4.3.2 Técnica:

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista, la cual se realizó de forma presencial por las investigadoras, teniendo un número igualitario de participantes a quienes se entrevistó.

4.3.3 Instrumento:

El instrumento que se utilizó fue una guía de entrevista, creada por las investigadoras. Dicho instrumento estaba conformado por 28 preguntas estructuradas de opción múltiple, la cual se dividió en tres componentes el primero “Características demográficas” que contiene: edad, estado civil, grado educativo, área de residencia, de igual manera se encuentra los antecedentes gineco obstétricos en el que encontramos inicio de las relaciones sexo coitales, paridad, espacio intergenésico y lactancia materna exclusiva en el postparto. El segundo componente de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en el postparto y el tercero sobre las prácticas de anticoncepción en el postparto.

4.3.4. Plan de prueba piloto:

Para validar el instrumento de recolección de datos, este se administró a cinco mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión de una población con características similares a la población puesta en estudio en este caso mujeres residentes de municipios aledaños del departamento de La Paz que han tenido al menos un parto, en el Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca, dicho instrumento se compartió por medio de un enlace Google Form, de igual manera este instrumento de recolección de datos se envió para previa autorización al comité de ética del Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca en el cual emitieron

observación de la eliminación de una interrogante y el cambio de un ítem, esto permitiendo una mejora en la comprensión y redacción del mismo.

4.4 ELEMENTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para cumplir con los elementos éticos de la investigación se consideró un juicio sobre la importancia social, científica y clínica, además se planteó una intervención que condujera a mejoras en las condiciones de vida o el bienestar de la población en estudio. A continuación, se describe los principios éticos utilizados en la investigación:

1. Autonomía: Respetar la capacidad de la persona a tomar decisiones sin intervención externa, es la acción que apoya el derecho a decidir sobre su propia vida y salud.

2. Beneficencia: Significa una obligación a no hacer daño (no maleficencia), minimización del daño y maximización de beneficios. Fue obligación de las investigadoras informar a las participantes que la investigación será de beneficio de ellas mismas y de otros/as, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios.

3. No maleficencia: No causar daños, discapacidad o muerte, socavar la reputación, propiedad o seguridad de la persona. La información recolectada no será utilizada para realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros/as.

4. Confidencialidad: La información recolectada será utilizada únicamente para el logro del objetivo académico de la investigación y será de manera anónima. Es un derecho que se garantizó a las mujeres en cuanto al respeto de su intimidad y se cumplimiento del secreto profesional.

5. Justicia: Se trató a cada mujer, sin distinción de ninguna índole con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad.

6. Honestidad: En la presentación real de los resultados obtenidos.

7. Consentimiento informado: Es un documento que se utilizó en la investigación orientado a solicitar la autorización además de explicación a las puérperas participantes de que trata el presente informe, en donde las puérperas entienden en qué consiste el estudio y quiere participar en él.

4.5. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Se realizó coordinación con la dirección de la institución para realizar la visita del servicio de ginecología del Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca compartiendo una calendarización y así llevar a cabo la recolección de la información en el período de junio del 2023 los viernes y sábado en horario de 9 a 1 pm.

4.6. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS

Con base a los datos que se obtuvieron de la muestra, y para responder a los objetivos planteados, se utilizó tablas de frecuencia simple, así mismo se diseñaron gráficos de barra para la presentación de los resultados obtenidos, según el ítem, por medio de las herramientas informáticas de Excel y Word.

4.7. PLAN DE ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Según los datos que se recolectaron de la muestra, se contrastó la teoría con los resultados obtenidos acerca del conocimiento y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos en el periodo de postparto, se designó criterios de categorización con rangos establecidos para indicar el nivel de conocimiento que la población estudiada tuvo sobre dicha temática es decir, se estableció un rango entre los cuales encontramos: nivel de conocimiento alto (10-8), nivel de conocimiento medio (7-5) y como último rango nivel de conocimiento bajo (4-0), esto con el fin de facilitar el plan de análisis y así establecer el nivel de conocimiento en dicha área estudiada.

Para la aplicación de los puntos en cada uno de los niveles de conocimiento se estableció la puntuación por cada uno de los ítems de conocimiento teniendo como base 10 preguntas de dicho componente y colocando una ponderación de 1 punto para cada respuesta correcta brindada por

las mujeres entrevistadas, de igual manera se estableció un rango imprescindible para establecer el nivel de conocimiento obtenido, por lo que se tomó en cuenta que para obtener la nota de conocimiento alto tendrían que obtener de 10 a 8 ítems correctos, para el nivel de conocimiento medio de 7 a 5 ítems correctos y como último rango se estableció el nivel de conocimiento bajo teniendo de 4 a 0 ítems correctos.

4.8 PLAN DE SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

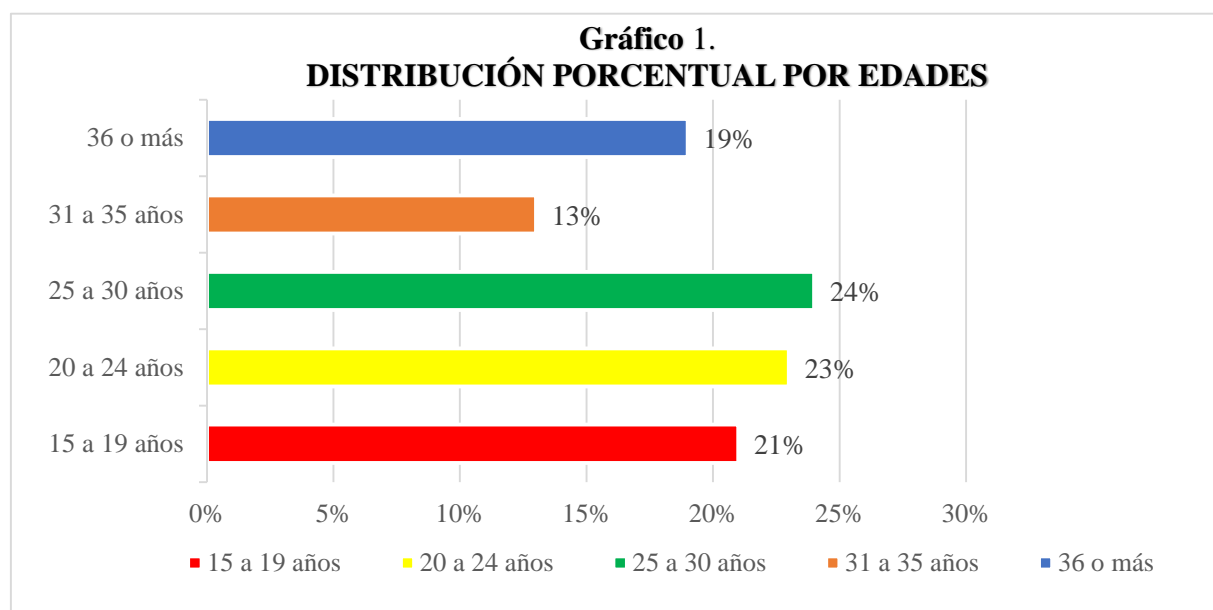
La socialización de resultados de investigación se realizó de forma virtual en la plataforma Google meet, el día 9 de febrero de 2024 en horario de 2:00 pm a 5:00 pm, frente a un Tribunal Calificador del Proceso de Grado, conformado por docentes de la carrera, además, dicha socialización se realizó, haciendo uso de una presentación power point que demuestra los resultados de la investigación, la cual fue analizada e interpretada para comprender la situación en cuanto al conocimiento y práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos en el postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca y de esta manera dar respuesta a la pregunta de investigación y cumplimiento de los objetivos planteados.

CAPÍTULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se muestra sistemáticamente los resultados obtenidos en la investigación sobre “Conocimiento y Práctica sobre el Uso de Métodos Anticonceptivos en el Postparto en Mujeres en Edad Reproductiva Ingresadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional 'Santa Teresa' de Zacatecoluca”, a partir de los datos recopilados durante la aplicación del instrumento de la investigación.

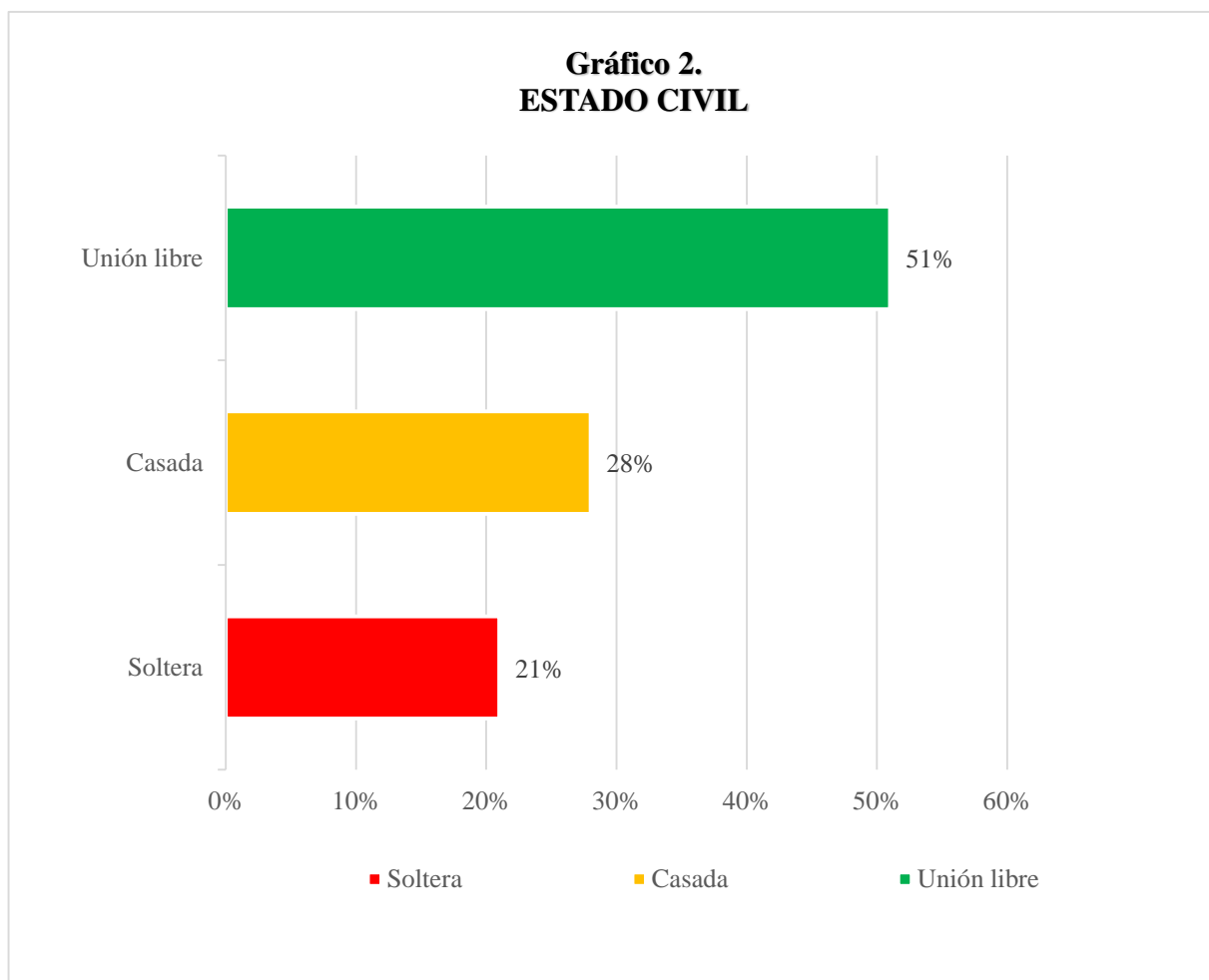
A) DATOS DEMOGRÁFICOS



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

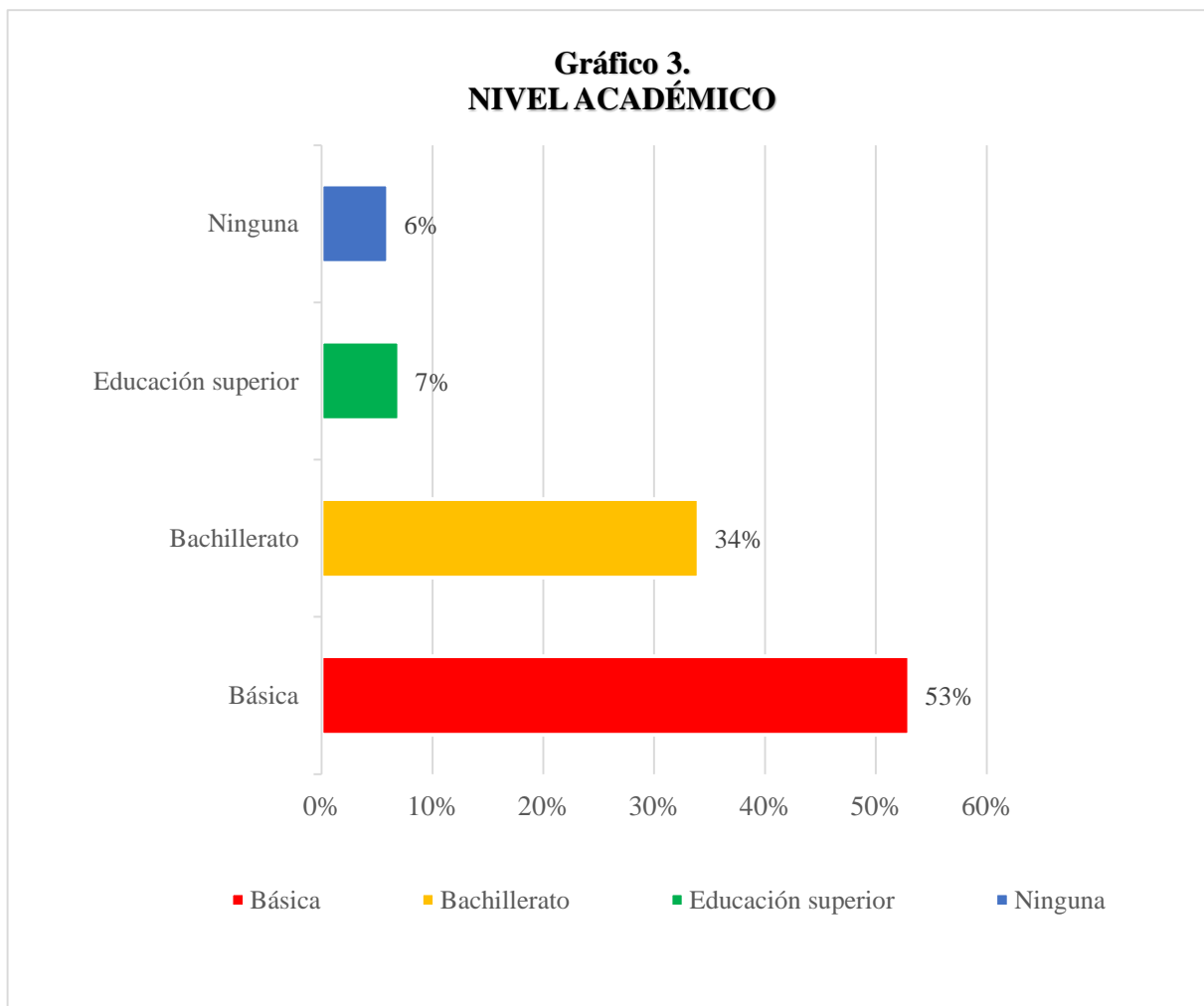
De acuerdo con los datos obtenidos, el 24% de las mujeres entrevistadas ronda las edades entre 25 a 30 años, seguido del 23% cuya edad oscila entre los 20 a 24 años, sin embargo, se encontró que el 21% tiene edades entre los 15 a 19 años y en el 19% de mujeres su edad es de 36 años a más.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

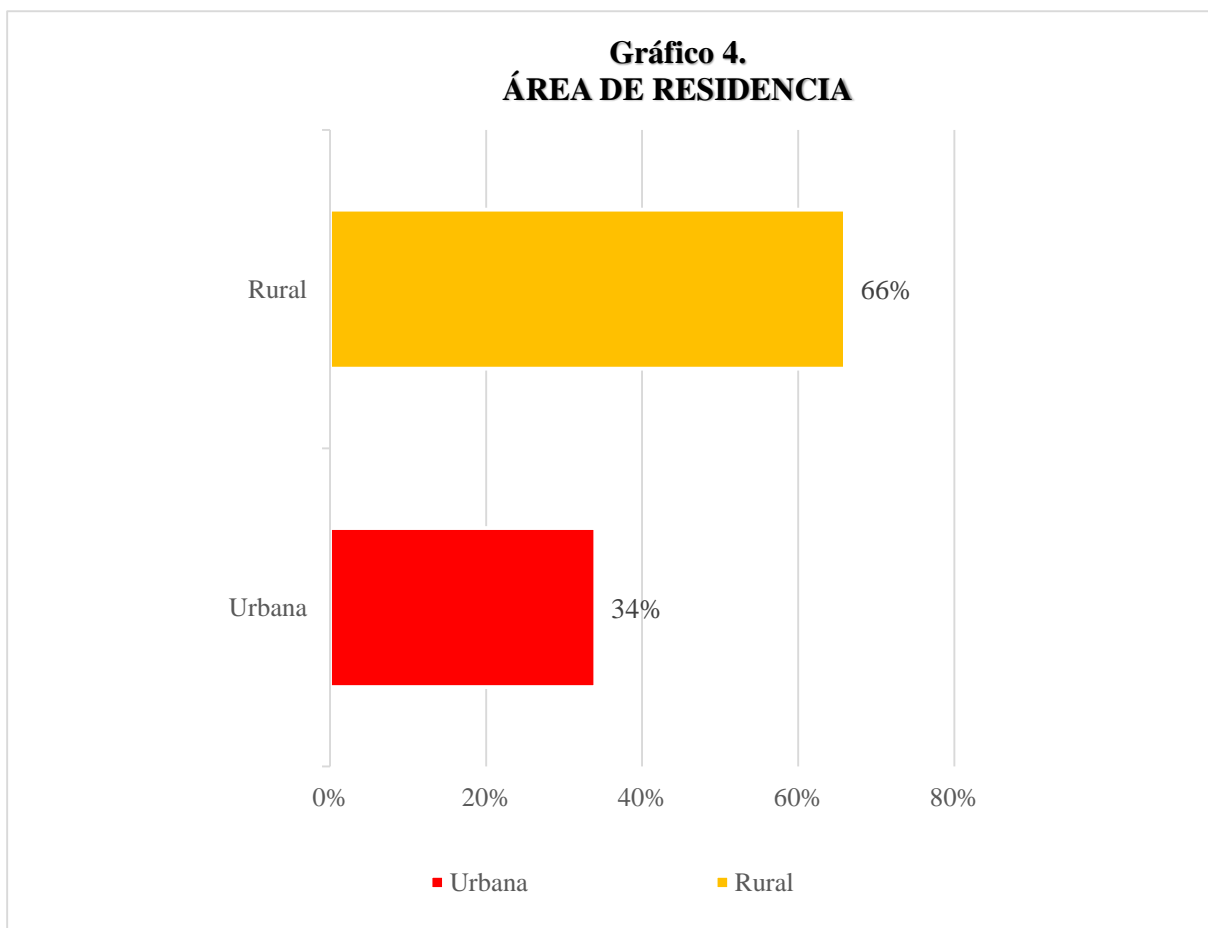
El gráfico anterior refleja que el 51% de las mujeres entrevistada vive en unión libre, mientras que el 28% es casada y el 21% es soltera.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

El 53% de las entrevistadas tiene educación básica, seguido del 34% que ha realizada el bachillerato y sólo el 7% ha estudiado en educación superior, mientras que el 6% no tiene ningún nivel educativo.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

Según el gráfico anterior más de la mitad de la muestra tomada reside en el área rural, representando un 66% de las mujeres entrevistadas, seguido de un 34% que reside en áreas urbanas.

Tabla 1.
DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO EN EL QUE RESIDEN

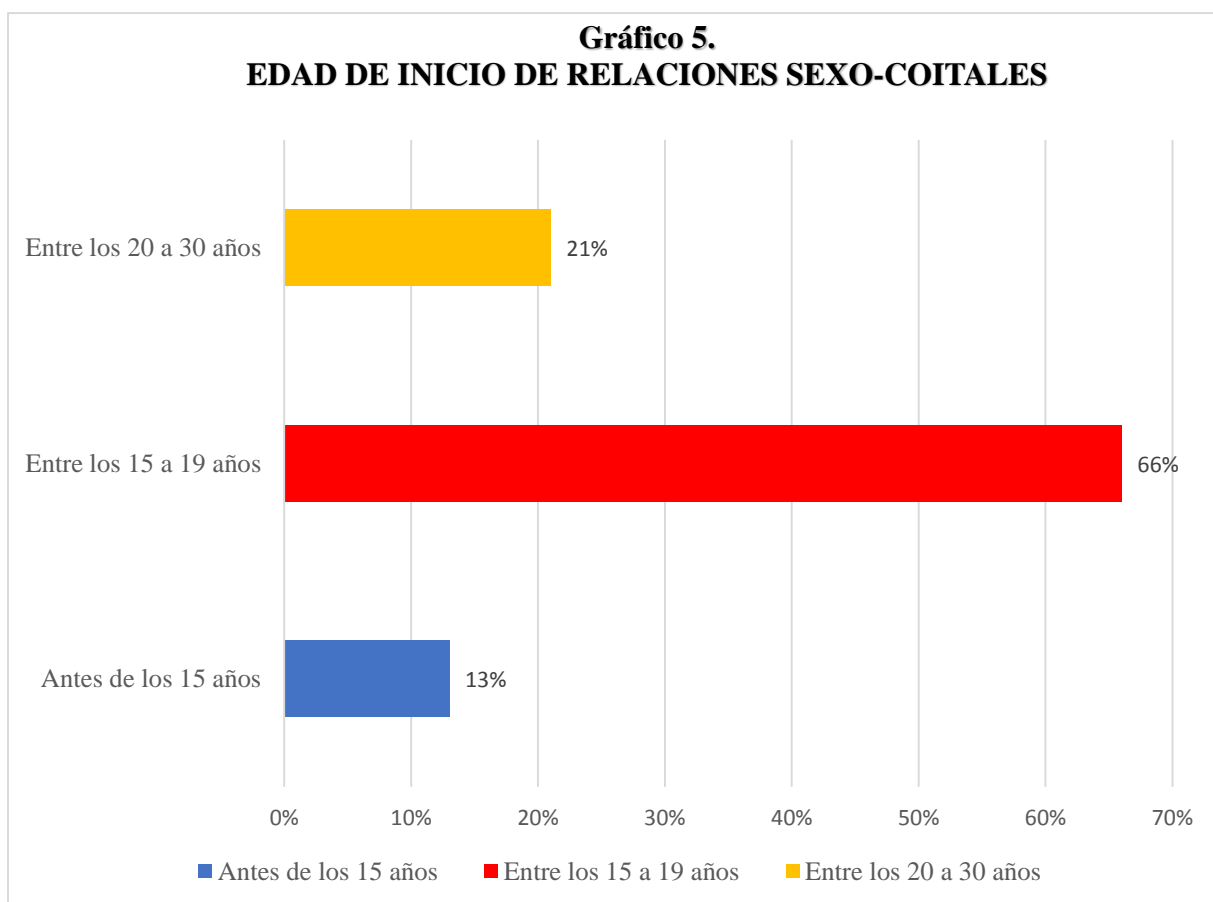
Departamento	Municipio	%
La Paz	Zacatecoluca	15%
	San Luis la Herradura	13%
	Santiago Nonualco	19%
	San Pedro Masahuat	17%
	San Luis Talpa	9%
	Olocuilta	8%
	Rosario	6%
	San Juan Nonualco	3%
	San Pedro Nonualco	2%
	San Rafael Obrajuelo	2%
	Tapalhuaca	2%
San Vicente	Tecoluca	4%
Total		100%

Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

Con respecto al municipio de procedencia de las mujeres entrevistadas se encontró que el 19% procede de Santiago Nonualco, el 17% de San Pedro Masahuat, seguido del 15% de Zacatecoluca y el 13% de San Luis la Herradura.

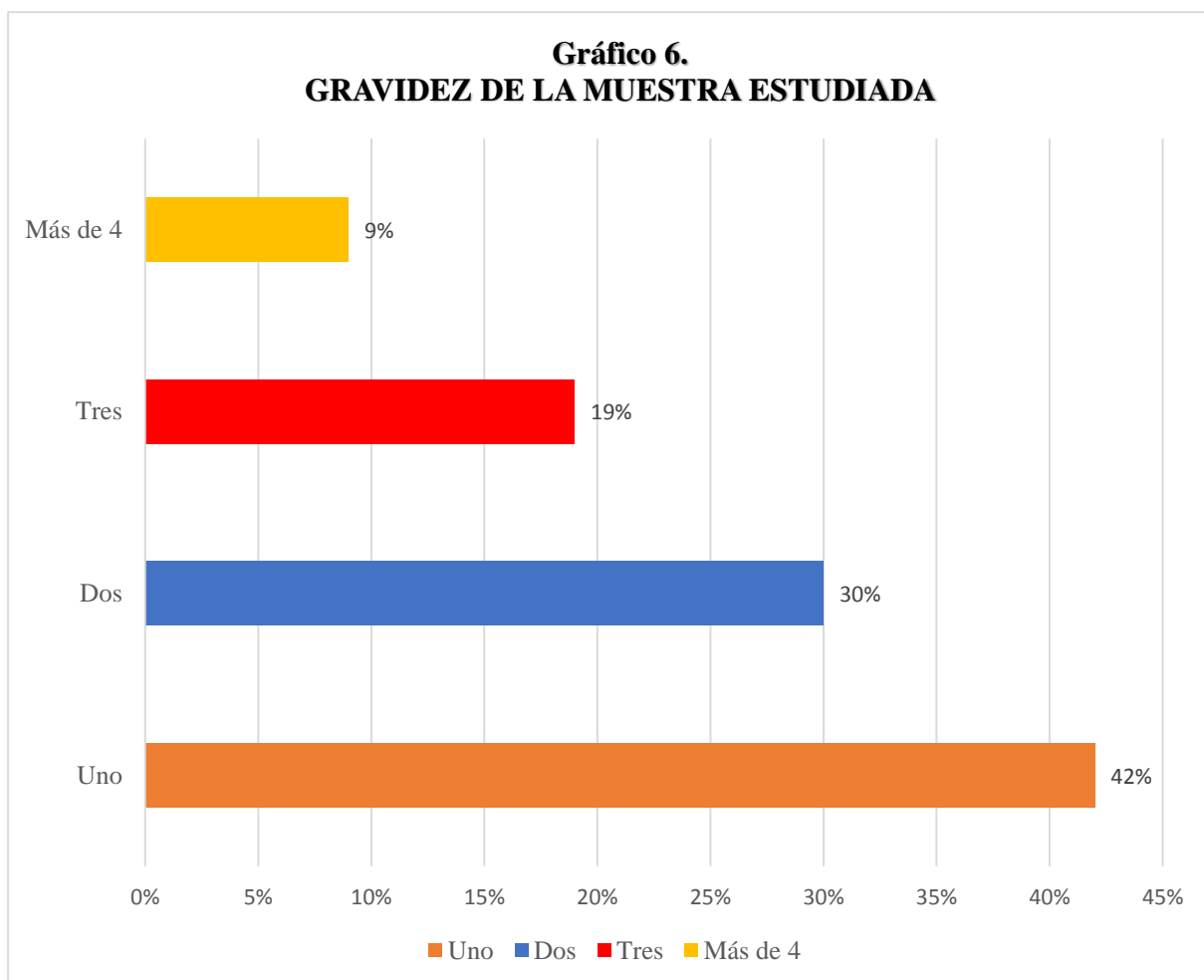
B) ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

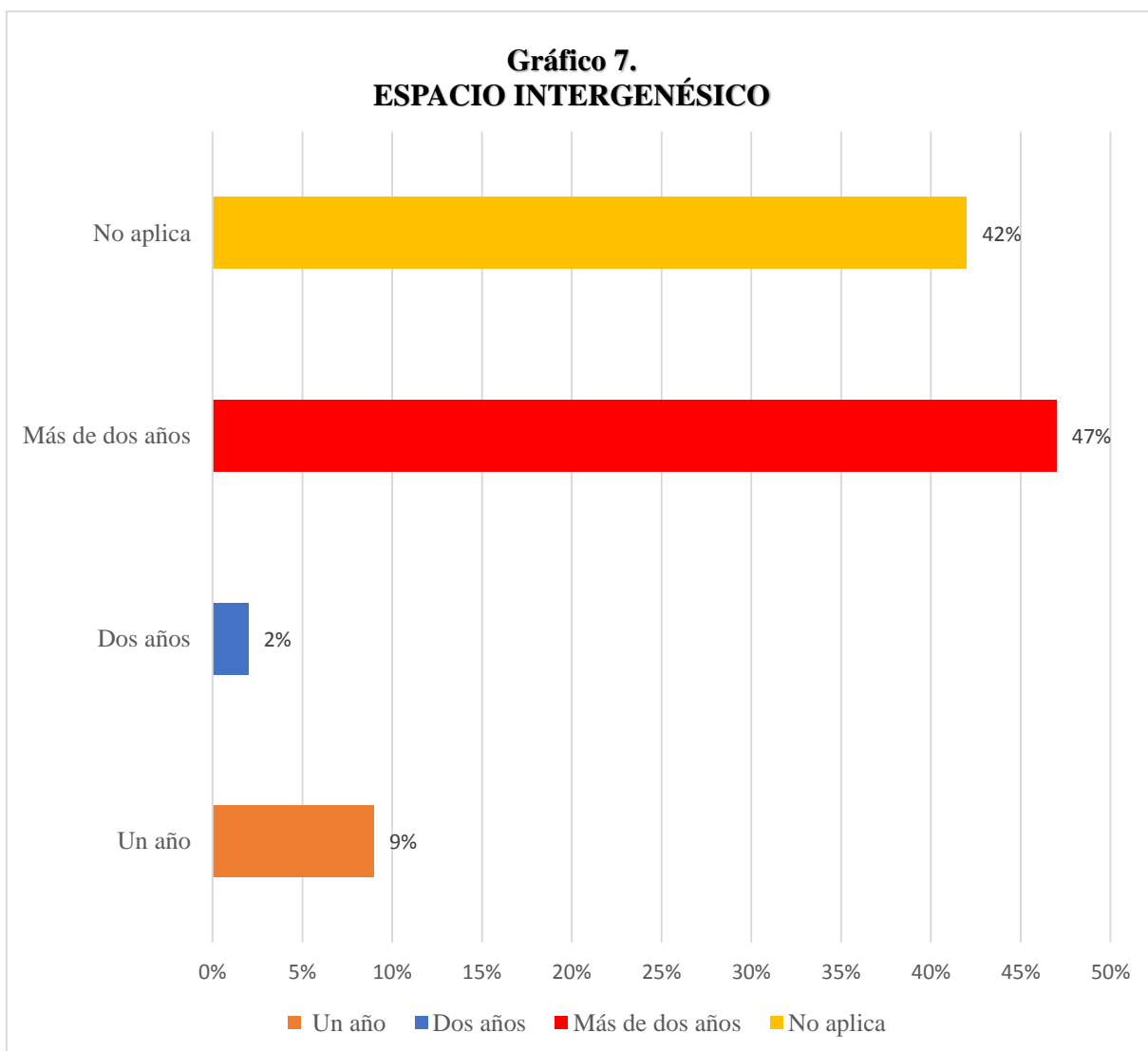
El gráfico anterior demuestra que el 66% de las mujeres entrevistadas iniciaron las relaciones sexo-coitales entre los 15 a 19 años, seguido de un 21% que iniciaron su actividad sexo-coital entre las edades de 20 a 30 años. En cambio, un 13% respondió que fue antes de los 15 años.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

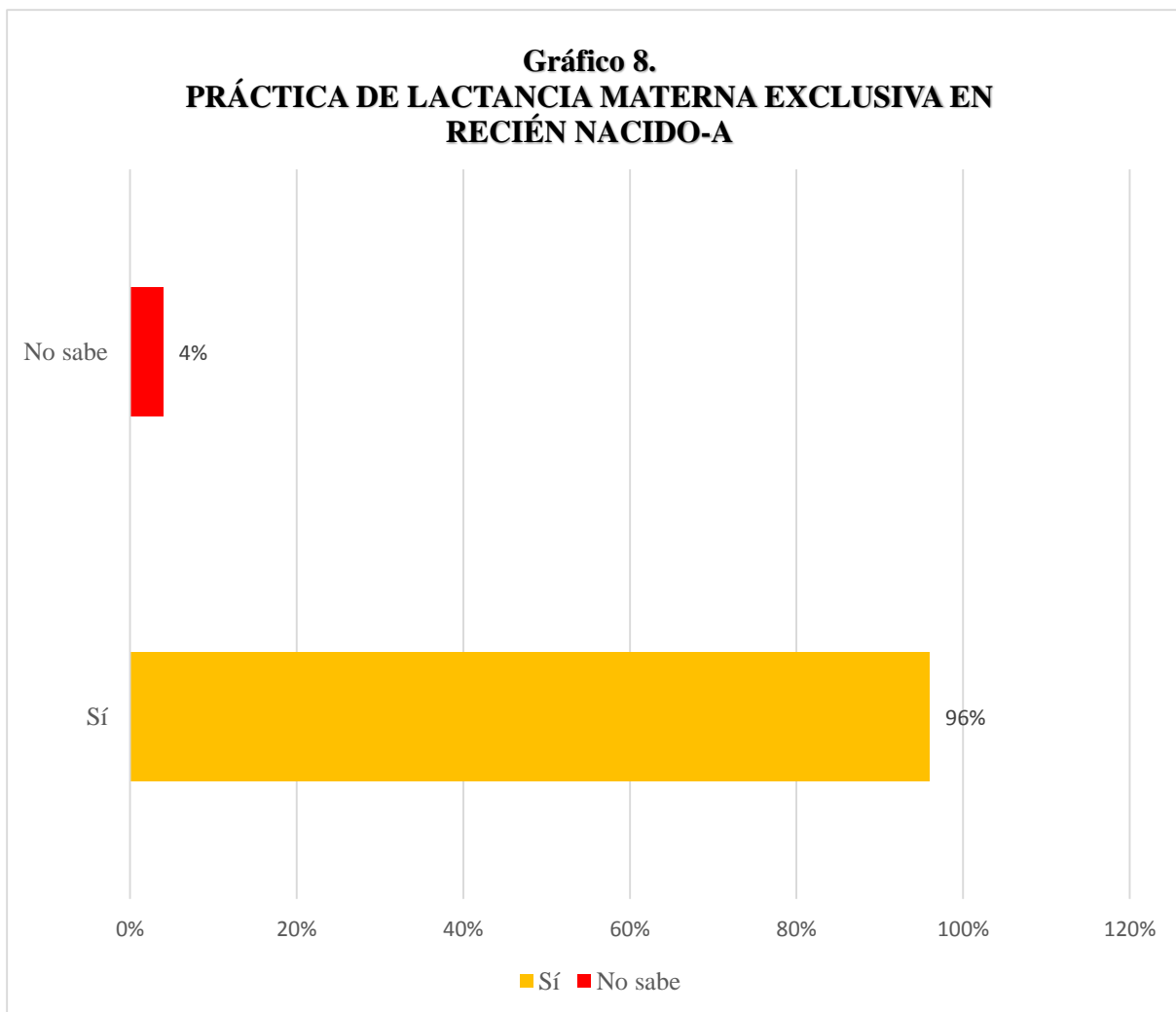
Según los datos obtenidos de las mujeres entrevistadas el 42% son primigestas, mientras que el 30% ha estado embarazada 2 veces, seguido de un 19% que ha registrado 3 embarazos y el 9% de las mujeres ha tenido más de 4 embarazos.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

De los datos obtenidos de las mujeres que han registrado más de un parto se encontró que el 47% ha tenido un espacio intergenésico de más de 2 años, mientras que el 9% ha tenido un espacio intergenésico corto de un año.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

El gráfico anterior demuestra que el 96% de las mujeres entrevistadas si ha brindado o piensa brindar lactancia materna exclusiva a hija/o recién nacido/a, mientras que un 4% no sabe si ofertara lactancia materna exclusiva a su bebé.

C) CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE PRIMERA OPCIÓN

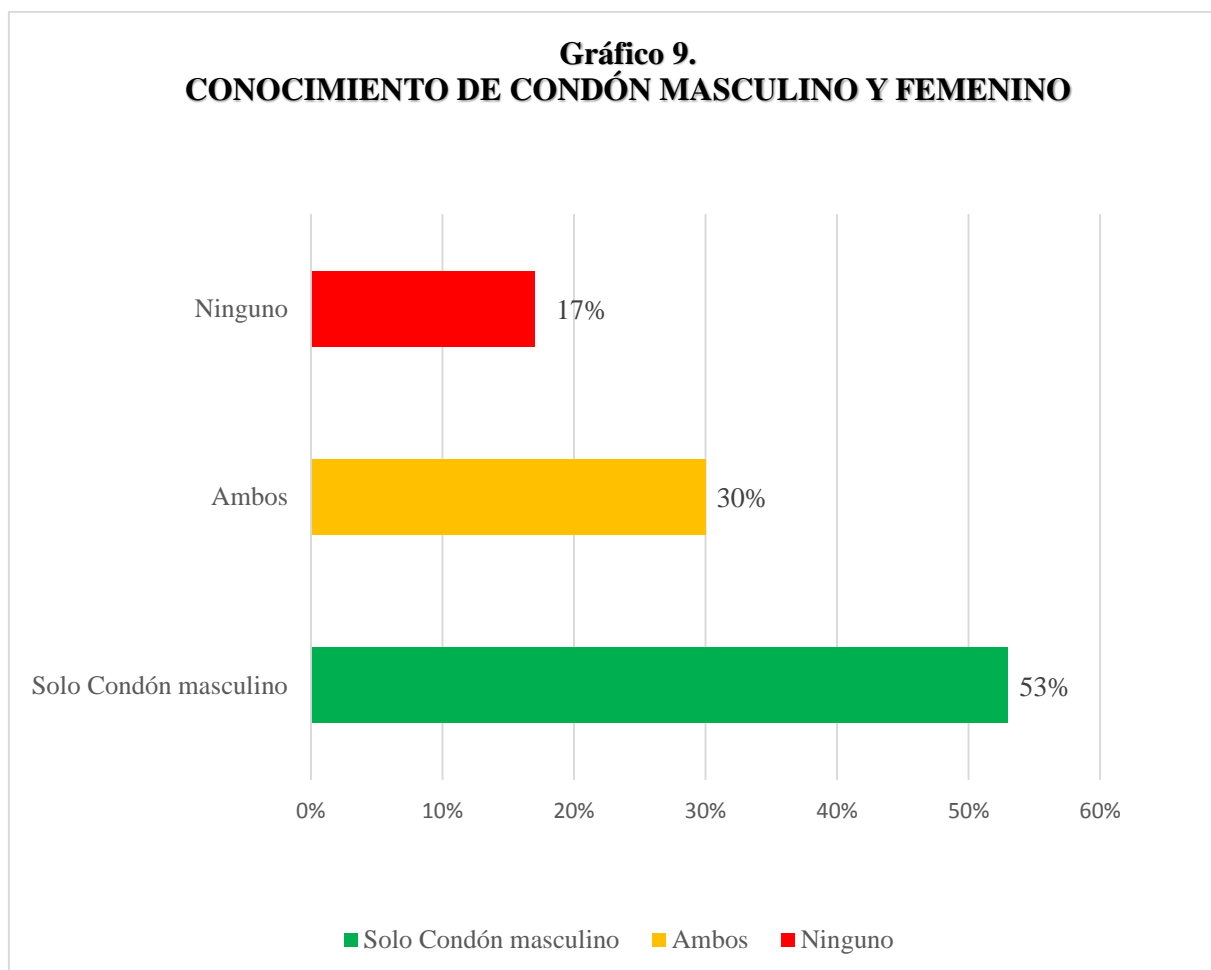
Tabla 2.
REQUISITOS PARA UTILIZAR MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA)

Requisitos para uso de MELA	Fr	Porcentaje
Ausencia de regla, dando lactancia materna exclusiva y estar dentro de los primeros 6 meses postparto.	5	10%
Lactancia materna exclusiva y estar dentro de los primeros 6 meses postparto.	9	17%
Ausencia de regla y estar dentro de los primeros 6 meses postparto.	7	13%
No conoce	32	60%
Total	53	100%

Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

La tabla anterior demuestra que el 60% de las entrevistadas no conocen los requisitos para utilizar el MELA y sólo el 10% reconoce los tres requisitos a cumplir para utilizar correctamente este método natural antifecundativo.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

Los datos presentados en el gráfico anterior demuestran que el 53% conoce el condón masculino y el 30% conoce tanto el condón masculino como el femenino. En cambio, el 17% de la muestra respondió no conocer ninguno de los dos condones.

Tabla 3.
CONOCIMIENTO SOBRE LA VERACIDAD DE LA PREVENCIÓN DE
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZOS USANDO CONDÓN.

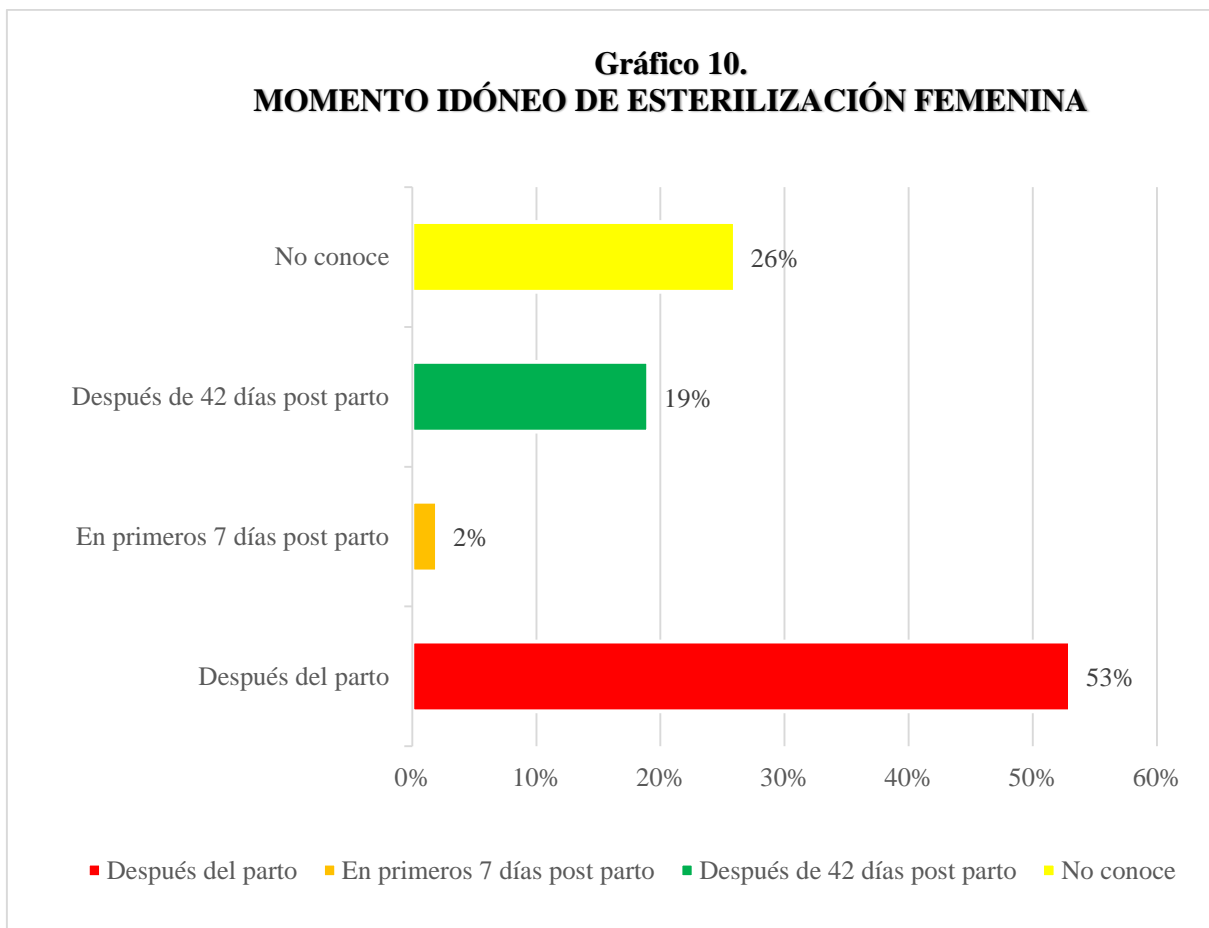
Uso de condón previene ITS y embarazos	Fr	Porcentaje
Falso	3	6%
Verdadero	45	85%
No conoce	5	9%
Total:	53	100%

Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

Según la tabla anterior el 85% de la muestra considera verdadero la aseveración que el condón “previene las infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados”. Por otro lado, un 9% desconoce los beneficios de este y un 6% respondió que esos beneficios son falsos.

Gráfico 10.
MOMENTO IDÓNEO DE ESTERILIZACIÓN FEMENINA



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

El gráfico anterior muestra que el 53% de las mujeres entrevistadas contestaron que el momento idóneo de la esterilización femenina es inmediatamente después del parto, mientras que un 19% expuso que después de los 42 días postparto, y un 26% de las mujeres entrevistadas desconocen totalmente sobre el método anti fecundativo permanente ya mencionado.

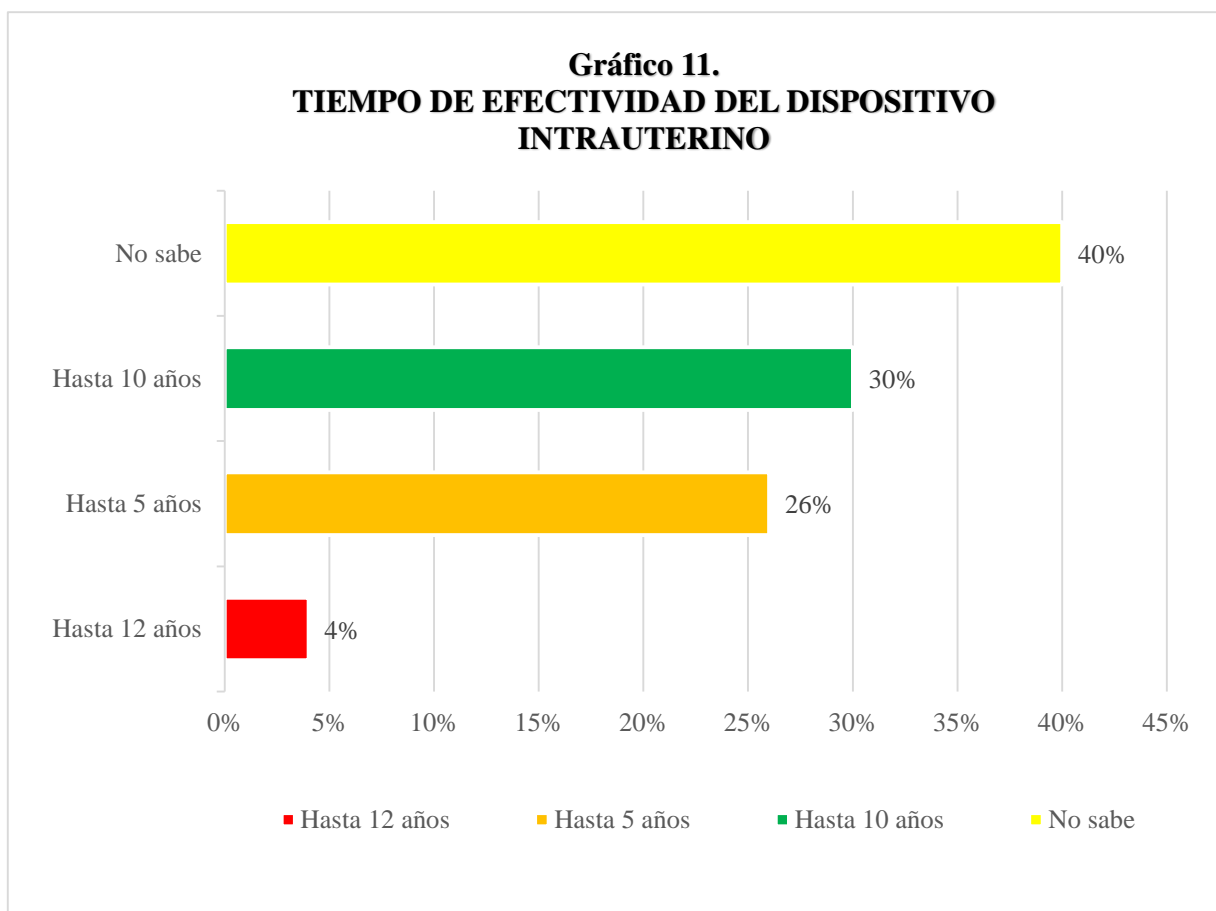
Tabla 4.
MOMENTO DE USO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) T DE COBRE EN EL POSTPARTO.

Momento	Fr	Porcentaje
Después del parto en el hospital	15	28%
No debe usarse, sino hasta los 40 días postparto	8	15%
Después de 1 o más años postparto	1	2%
No conoce	29	55%
Total	53	100%

Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

Según los datos presentados en la tabla anterior se refleja que el 55% de las mujeres entrevistadas no conocen el momento de uso del Dispositivo Intrauterino T de cobre después del postparto y solamente un 28% de la muestra conoce que el DUI puede utilizarse inmediatamente después del parto.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

En el gráfico anterior se refleja que el 40% no conoce sobre el tiempo de efectividad del DIU, mientras que sólo un 30% manifestó que la efectividad es de hasta 10 años y un 26% respondió hasta 5 años o 12 años con un 4%.

D) CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE SEGUNDA OPCIÓN.

Tabla 5.
CONOCIMIENTO DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE INYECTABLES SOLO DE PROGESTINA E IMPLANTE SUBDÉRMICO EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

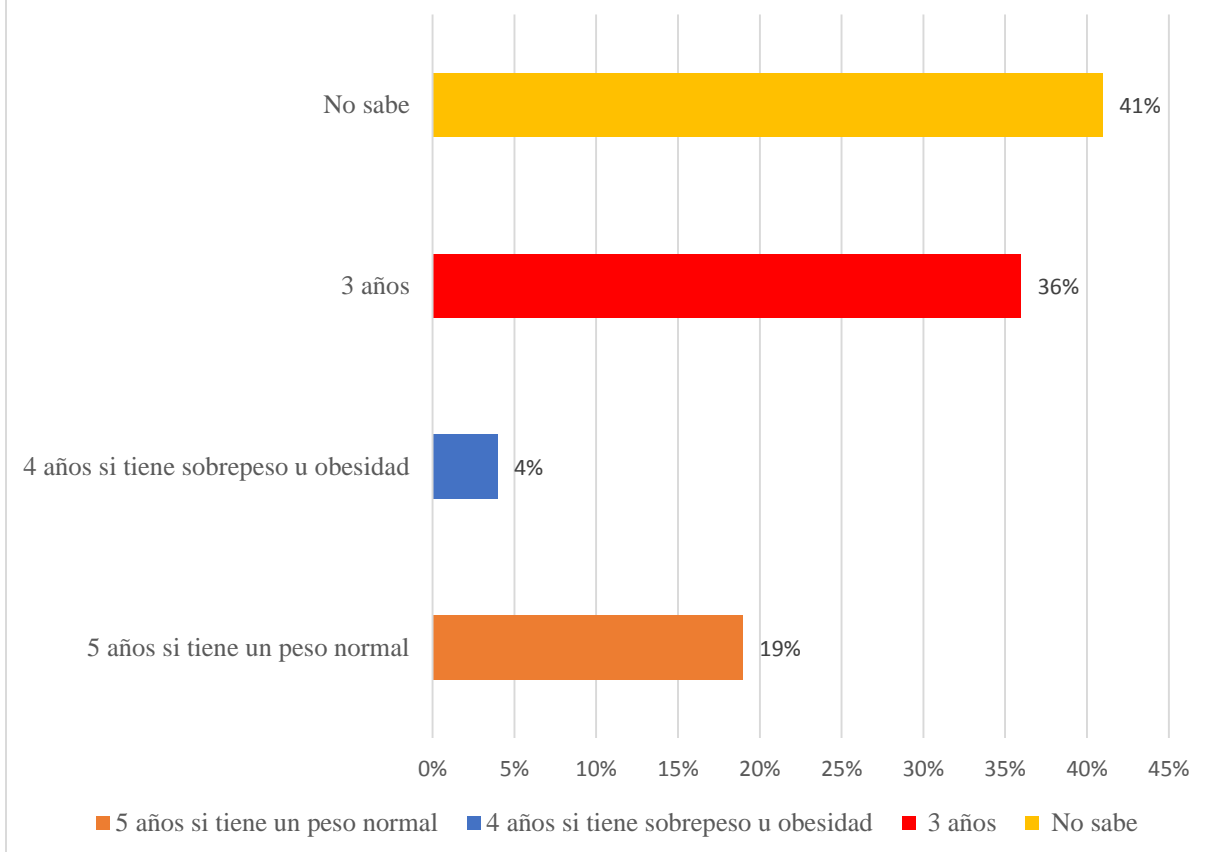
Uso de MAC solo de progestina interfiere con LME.	Fr	Porcentaje.
Falso	26	49%
Verdadero	12	23%
No conoce	15	28%
Total:	53	100%

Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

La tabla anterior demuestra que el 49% de las mujeres entrevistadas tienen un conocimiento correcto ya que consideran falsa la aseveración, en cambio el 28% refirió no conocer si los métodos sólo de progestina interfieren con la lactancia materna y un 23% considera verdadera la aseveración, lo cual es incorrecto.

Gráfico 12.
CONOCIMIENTO SOBRE EL TIEMPO DEL EFECTO
ANTICONCEPTIVO DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

Según los datos presentados en el gráfico, se puede observar que el 19% de las mujeres entrevistadas tiene conocimiento sobre la duración del efecto anticonceptivo del implante subdérmico de la misma manera el 4% tiene conocimiento sobre la duración del método si presenta sobrepeso u obesidad. No obstante, el 41% no conoce sobre el tiempo del efecto anticonceptivo del método.

Tabla 6.
CONOCIMIENTO SOBRE AMENORREA COMO EFECTO SECUNDARIO POR
USO DE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES DE PROGESTÁGENO.

Amenorrea efecto secundario de inyectable de progestina.	Fr	Porcentaje
Falso	3	6%
Verdadero	42	79%
No conoce	8	15%
Total:	53	100%

Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

Según los datos presentados en la tabla se puede observar que el 79% de la muestra entrevistada tiene conocimiento sobre la amenorrea como efecto secundario por el uso de inyectables bimensuales o trimestrales, mientras que el 15% desconoce si es un efecto del método antifecondativo.

E). CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE TERCERA OPCIÓN.

Tabla 7.
CONOCIMIENTO DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ORALES E INYECTABLE COMBINADOS EN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

Uso de MAC combinados contraindicados en LME.	Fr	Porcentaje
Falso	21	40%
Verdadero	17	32%
No conoce	15	28%
Total:	53	100%

Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

Según los datos presentados en la tabla se observa que sólo el 32% de las mujeres entrevistadas si conoce la contraindicación de uso de métodos anticonceptivos orales e inyectable combinados en una mujer que brinda LME, en cambio el 40% desconoce ya que respondieron como falsa la aseveración, seguido de un 28% que refirió no conocer la contraindicación.

Tabla 8.
CONOCIMIENTO SOBRE LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA POR EL USO
DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Síntomas/Signos de alarma	Fr	Porcentaje
Irregularidades menstruales, dolor de cabeza, vómitos.	7	13%
Sangrado vaginal anormal, dolor de cabeza acompañado de visión borrosa, sensibilidad a la luz y a los ruidos fuertes, dificultad para respirar.	21	38%
Diarrea, vómitos, aumento de peso.	5	11%
No conoce	20	38%
Total:	53	100%

Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

Según los datos presentados en la tabla anterior refleja que el 38% de las mujeres entrevistadas conocen los signos y síntomas de alarma por uso de métodos antifecundativos, sin embargo, se encontró que otro 38% de las mujeres no conocen o dieron una respuesta errónea sobre los signos y síntomas de alarma por el uso de métodos antifecundativos.

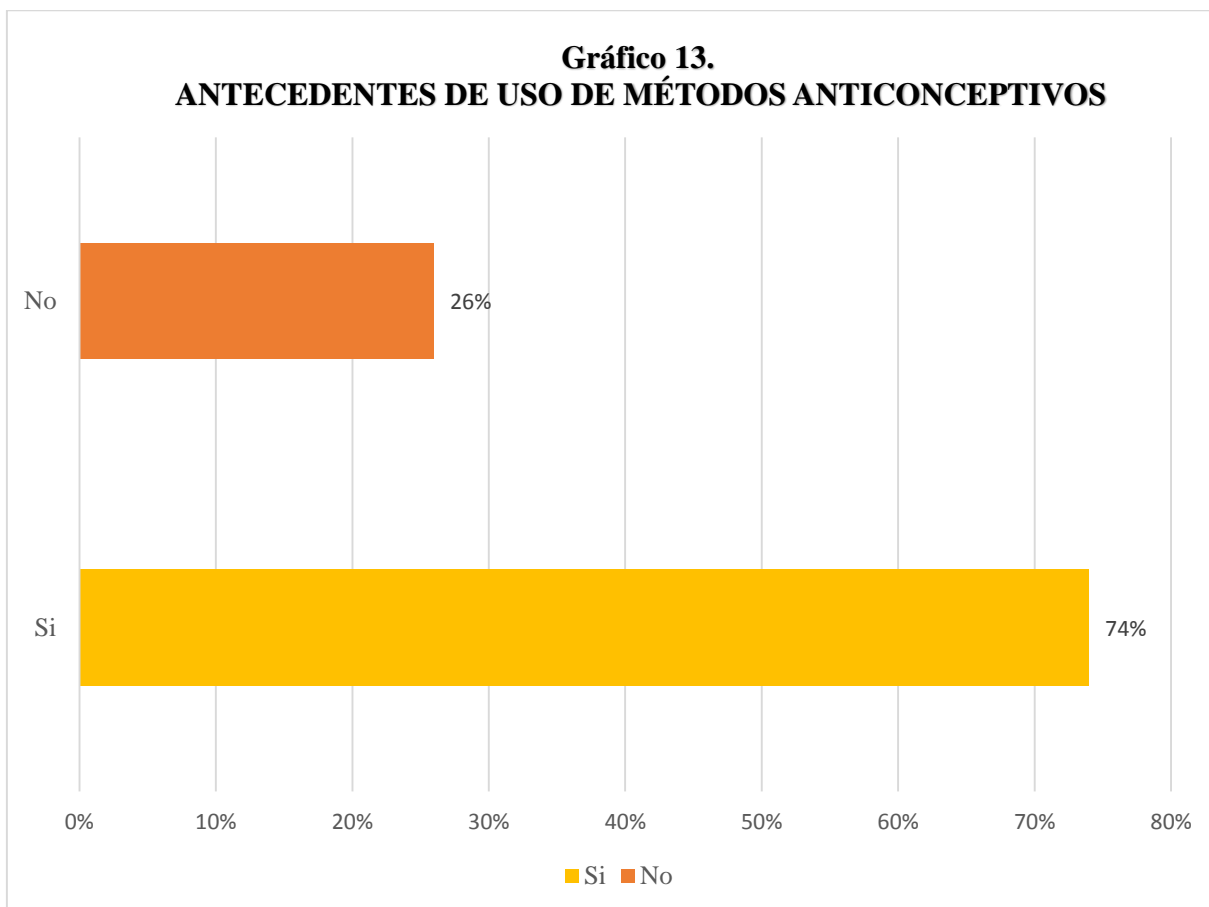
Tabla 9.
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL POSTPARTO.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Alto (8-10)	1	1.90%
Medio (7-5)	25	47.16%
Bajo (4-0)	27	50.94%
Total	53	100%

Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

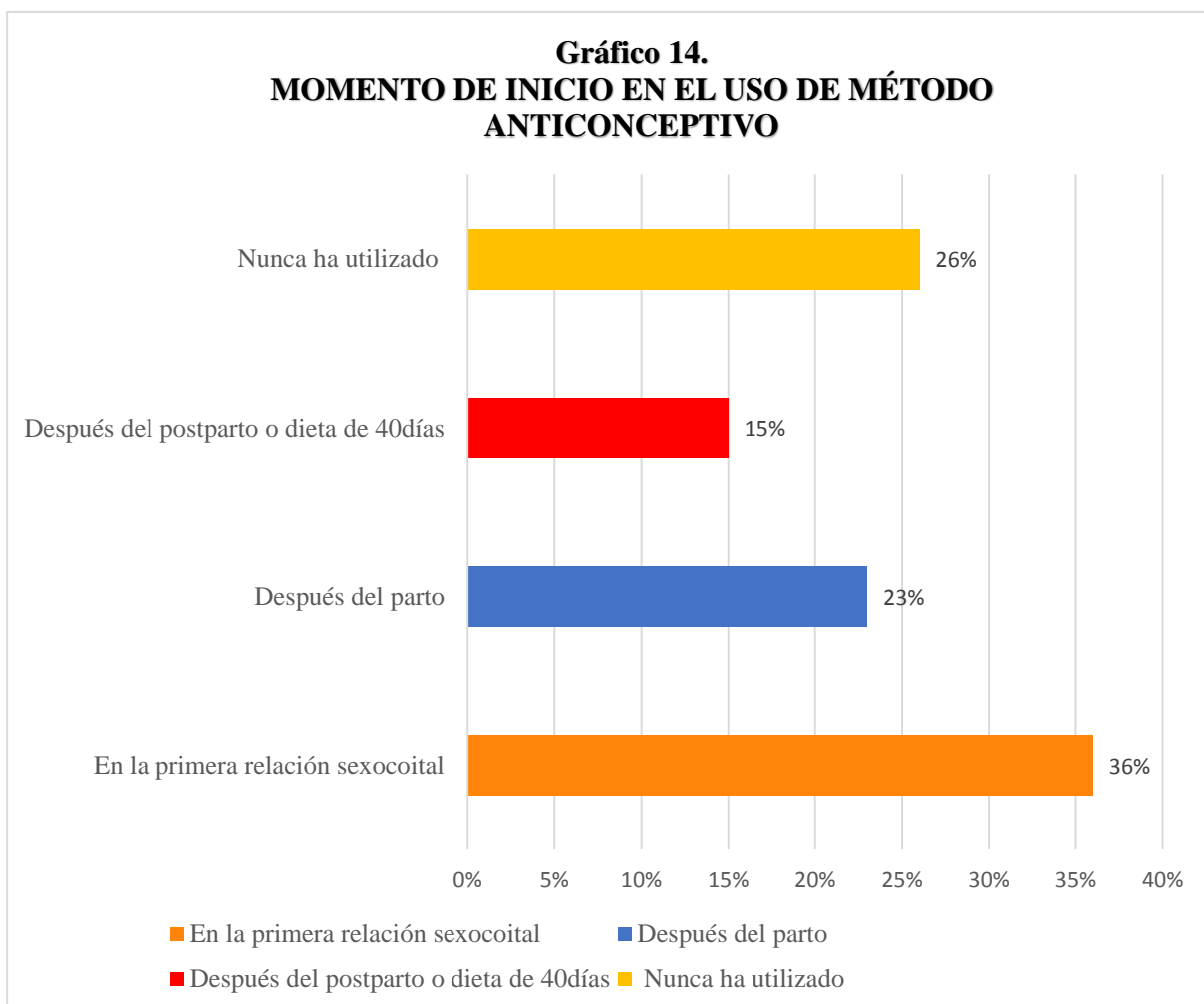
Según los datos presentados en la tabla se puede observar que el 50.94% de las mujeres entrevistadas posee un conocimiento bajo sobre los métodos anticonceptivos en el postparto, mientras que el 47.16% tiene un conocimiento medio y sólo el 1.90% de la muestra posee un conocimiento alto. Esta categorización se estableció basado en la calificación del apartado de conocimiento en una escala del 1 al 10 como puntaje máximo.

F). PRÁCTICA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

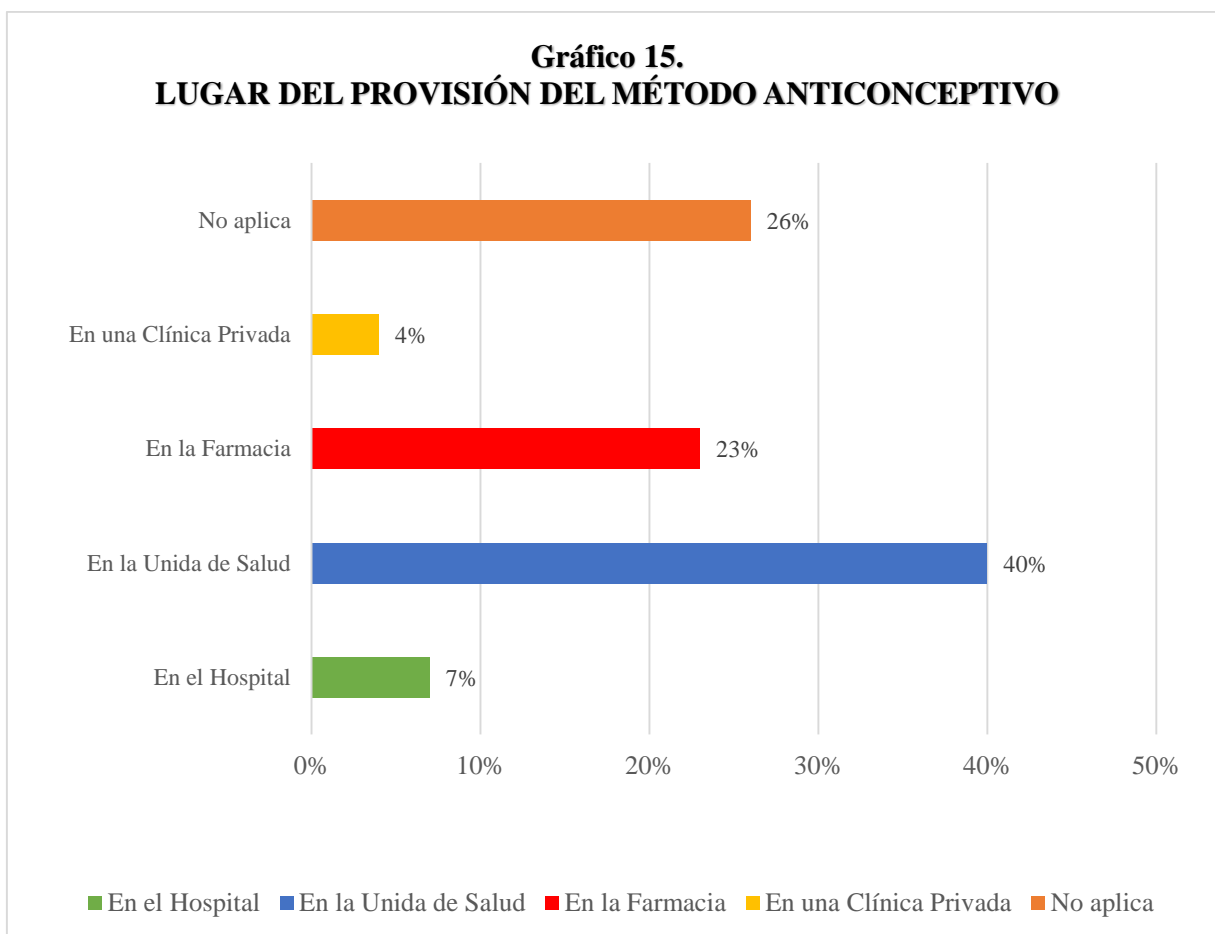
Según los datos obtenidos de la muestra entrevistada se registró que el 74% si ha utilizado algún método anticonceptivo, mientras que un 26% no tiene antecedentes de utilización de un MAC.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

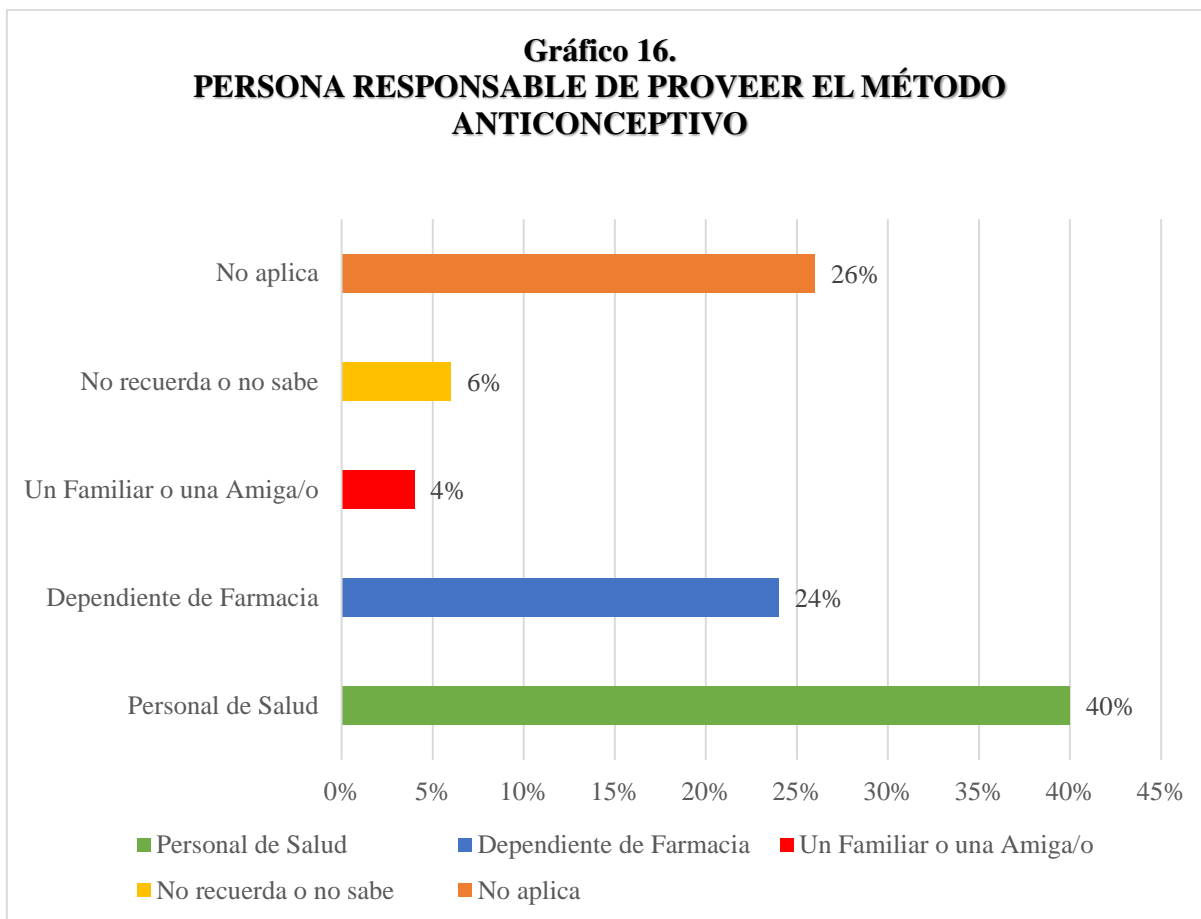
Según los datos obtenidos el 36% de la muestra si utilizó un MAC en su primera relación sexocoidal, sin embargo un 26% no tiene antecedentes de uso de métodos antifecundativos y un 23% lo utilizó después del parto o al finalizar el puerperio, siendo este último dato representado por el 15% de las mujeres entrevistadas.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

La gráfica anterior demuestra que el lugar de provisión del método anticonceptivo fue en el 40% de las mujeres en la Unidad de Salud, seguido por el 23% que lo obtuvo en la Farmacia, el 7% en el Hospital y clínica privada en el 4%; sin embargo, se encontró un 26% no aplica debido a que no han utilizado ningún método anticonceptivo.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

Según los datos obtenidos se puede observar en el gráfico que el 40% de las usuarias entrevistadas recibieron un método Anticonceptivo por parte del personal de salud, el 24% lo ha obtenido por un dependiente de farmacia. Sin embargo, se encontró un 26% no aplica debido a que no han utilizado ningún método anticonceptivo.

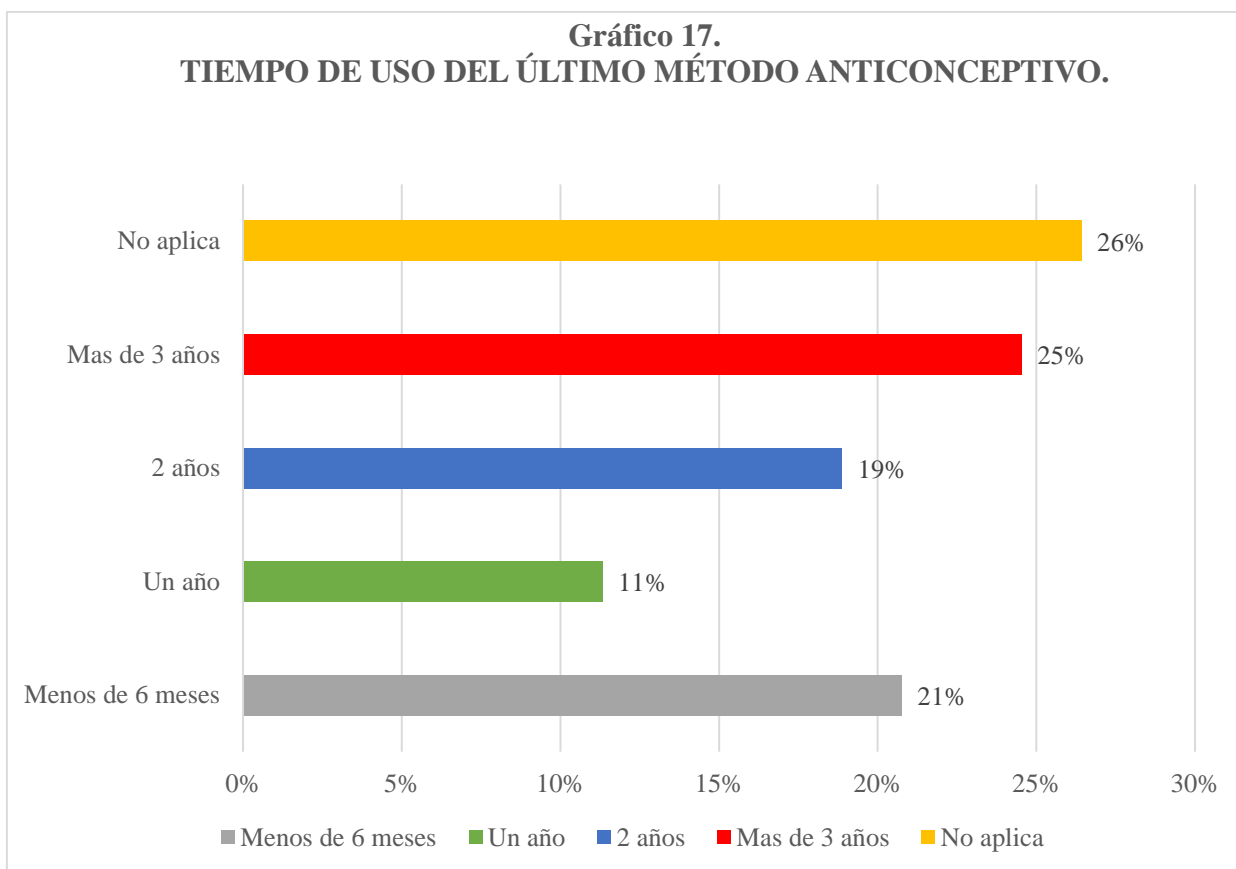
Tabla 10.
MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

Método anticonceptivo utilizado.	Fr	Porcentaje
Anticonceptivos orales	3	6%
Inyectable Mensual	14	26%
Inyectable de 2 ó 3 meses	20	38%
Implante Subdérmico	5	9%
DIU	2	4%
Condón Masculino o Femenino	5	9%
Métodos Naturales.	2	4%
No aplica/no ha utilizado	14	26%

Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla se muestra que un 30% de las mujeres entrevistadas han utilizado inyectable solo de progestina, seguido un 21% que ha utilizado inyectable mensual, mientras que solo un 8% ha utilizado implante subdérmico. sin embargo, se encontró un 26% no aplica debido a que no han utilizado ningún método anticonceptivo.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

El presente gráfico muestra que el 25% de las mujeres ha utilizado por más de 3 años un método anticonceptivo, mientras que un 21% lo uso por menos de 6 meses, seguido de un 19% que lo utilizó por 2 años, sin embargo, se encontró un 26% no aplica debido a que no han utilizado ningún método anticonceptivo.

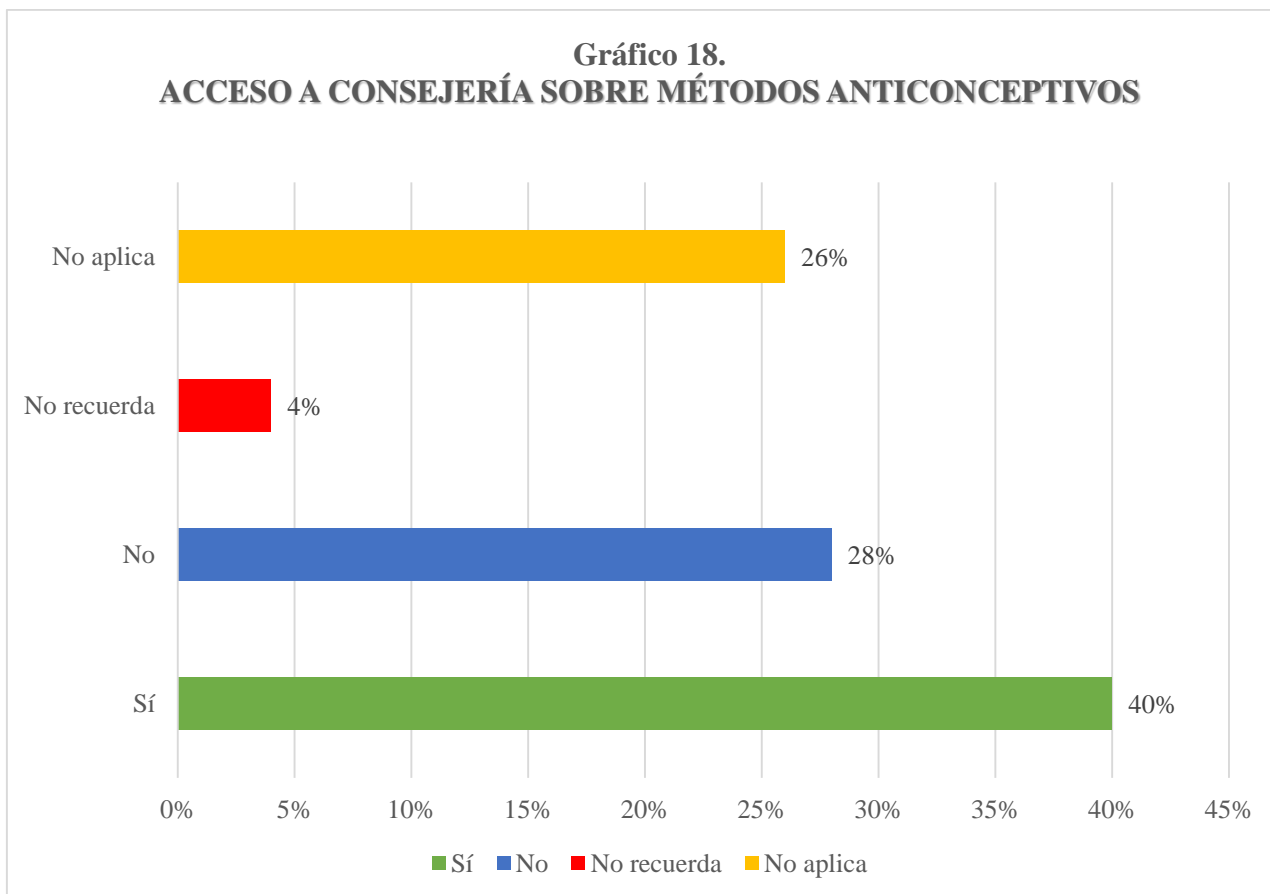
Tabla 11.
MOTIVO DE SUSPENSIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO.

Motivo de suspensión	Fr	Porcentaje
Deseaba un embarazo	13	25%
Inactividad Sexo-coital	5	9%
Por indicación médica o presencia de signos de alarma	1	2%
Por deseo de su pareja	3	6%
No le agrada el método anticonceptivo	6	11%
Por efectos secundarios no tolerados	7	13%
Por embarazo (falla de método)	3	6%
Por desabastecimiento del método anticonceptivo en el lugar de provisión	1	2%
No aplica	14	26%
Total	53	100%

Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

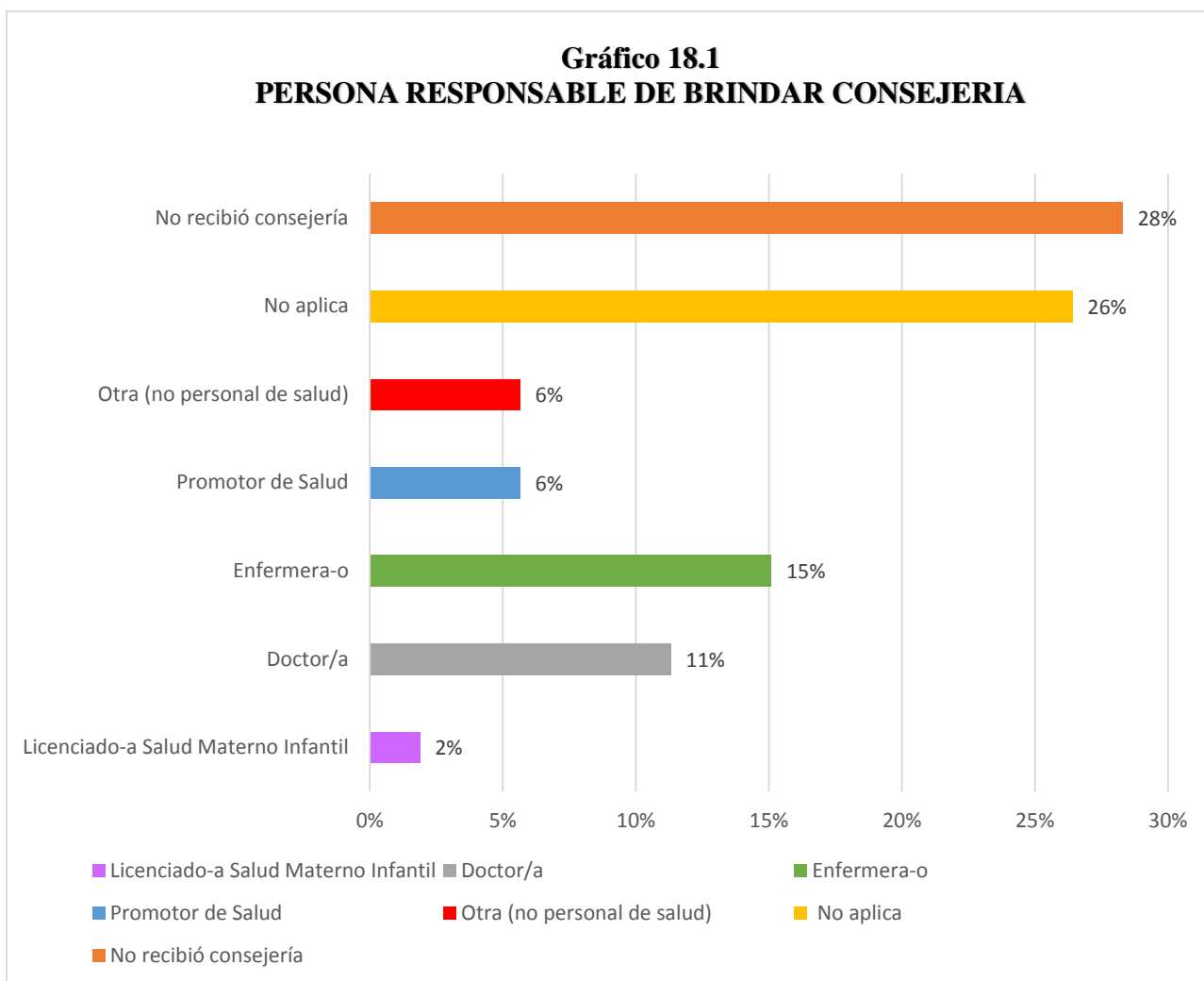
Según los datos presentados en la tabla se puede observar que un 25 % de las mujeres entrevistadas suspendió el método anticonceptivo por deseo de embarazo, un 13% lo dejó de utilizar por efectos secundarios no tolerados, mientras que el 11% lo suspendió, porque no le agrada el método anticonceptivo y un 9% por inactividad sexo-coital, sin embargo, se encontró un 26% no aplica debido a que no han utilizado ningún método anticonceptivo.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

En el presente gráfico se muestra a un 40% de mujeres si recibieron consejería durante el uso de métodos anticonceptivos, sin embargo, el 28% menciona no haber recibido ningún tipo de información sobre el MAC, sin embargo, se encontró un 26% no aplica debido a que no han utilizado ningún método anticonceptivo.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

Según los datos obtenidos el 15% recibió consejería de una/o enfermera/o, el 11% recibió información de un/a doctor/a, un 2% recibió información por parte de una Licenciada en Salud Materno infantil, mientras que un 28% a pesar de haber utilizado un método anticonceptivo no recibió consejería, sin embargo, se encontró un 26% no aplica debido a que no han utilizado ningún método anticonceptivo.

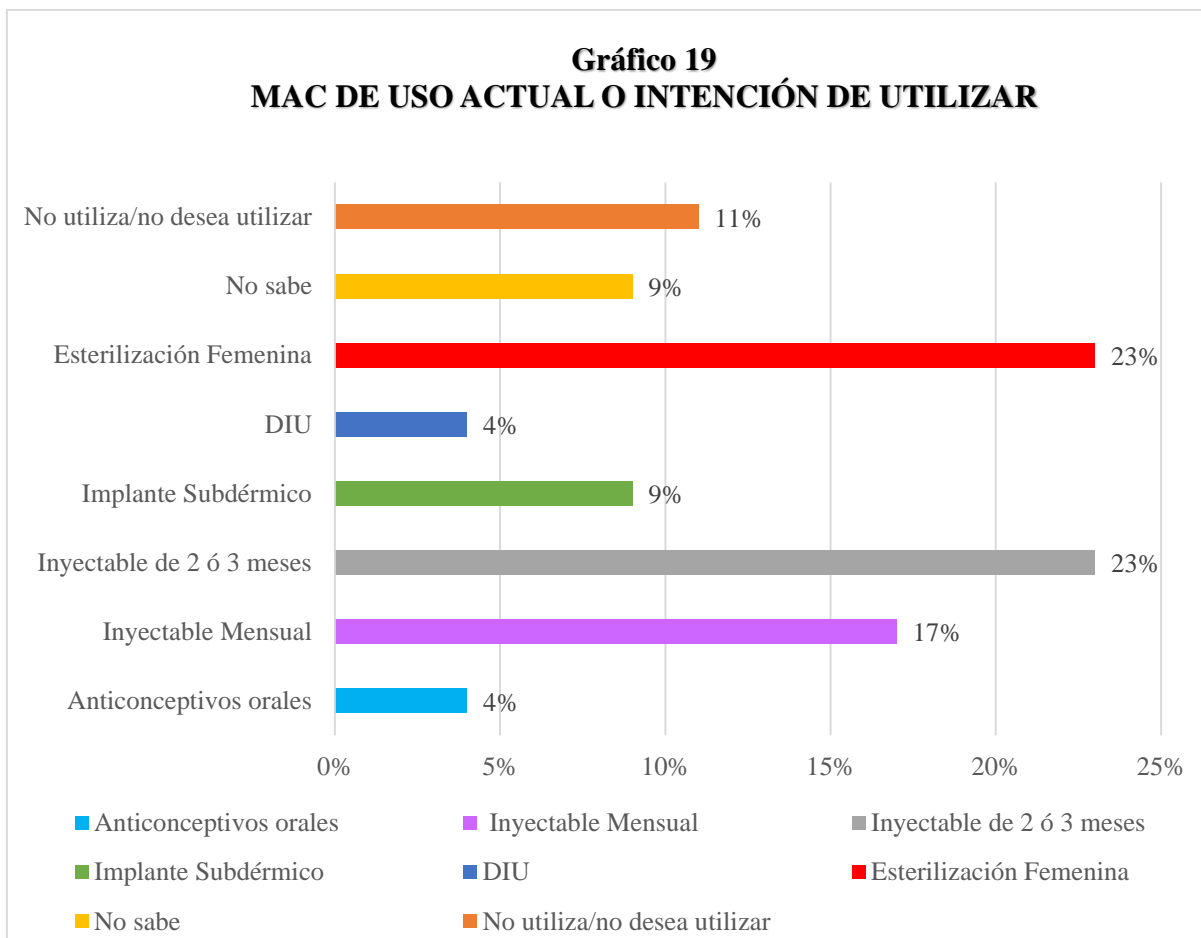
Tabla 12.
INFORMACIÓN RECIBIDA EN LA CONSEJERÍA SOBRE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS.

Información	Fr	Porcentaje
Mecanismo de acción	7	13%
Efectos secundarios	12	23%
Efectividad y duración del MAC	4	8%
Signos de peligro por el MAC	7	13%
Beneficios del MAC	2	4%
Control y seguimiento	5	9%
Todas las anteriores	7	13%
Otros no especificados	2	4%
No recibió información	15	28%
No aplica	14	26%

Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

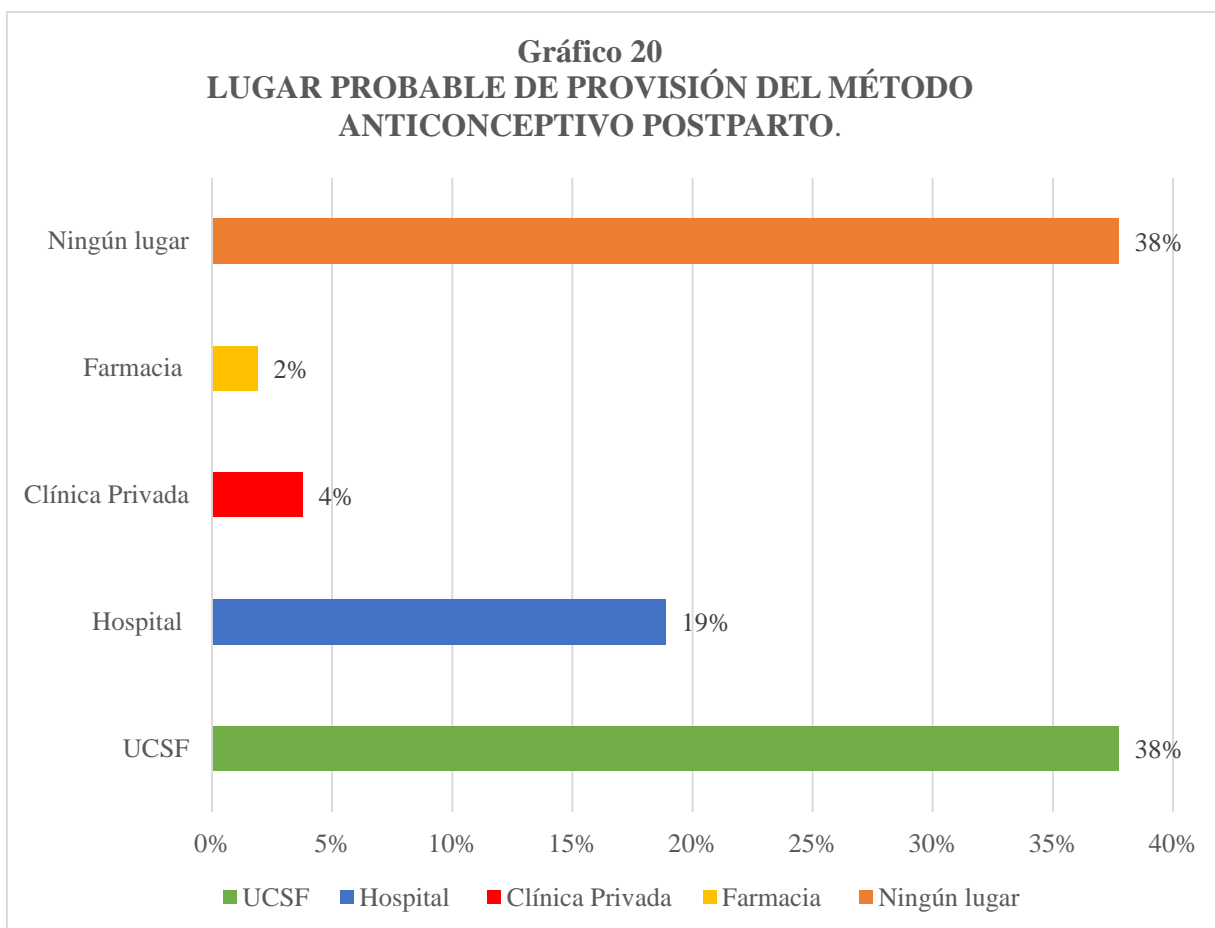
En la presente tabla se muestra que un 23% de las mujeres ha recibido información sobre efectos secundarios, un 13% sobre los signos y síntoma de alarma o mecanismo de acción y sólo el 9% le orientaron sobre el control y seguimiento del MAC por otro lado un 13% recibió la información completa que debe darse en una consejería o sea contestaron el “Todas las anteriores”; un 15% no recibió ningún tipo de información, sin embargo, se encontró un 26% no aplica debido a que no han utilizado ningún método anticonceptivo.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

En el presente gráfico se muestra que durante el puerperio un 23% de las usuarias entrevistadas que tienen el deseo de realizarse la esterilización femenina, seguido de un 23% que desea utilizar Inyectable solo de progestina, y un 17% que refirió el deseo de usar el inyectable mensual, sin embargo, se encontró un 20% de la muestra que no desea un MAC o esta indecisa en la utilización de uno de estos.



Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

DESCRIPCIÓN:

Según los resultados obtenidos, se muestra en el gráfico que un 38% de la muestra podría asistir a una UCSF para la provisión del MAC, un 19% asistirá al Hospital y un 38% refirió que no acudirá a ningún lugar, tomando en cuenta los datos del grafico anterior donde algunas usuarias manifestaron que no tienen deseos de utilizar ningún MAC o están indecisas sobre el uso de estos.

5.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En los resultados de la investigación se evidencia que, en más de la mitad de las mujeres entrevistadas, la edad no representa mayor riesgo obstétrico, pues se encuentran entre las edades de 20 a 30 años, edades en las que se registra menos complicaciones en las etapas obstétricas. No obstante, en un poco menos de la mitad, la edad si representa un riesgo reproductivo, debido a que se encuentra en los extremos de la edad reproductiva, que registra mayores complicaciones maternas y neonatales.

En cuanto al estado civil o familiar la mayoría de las mujeres vive en unión libre o está casada, lo que podría representar el apoyo de la pareja, sin embargo, existe menos de una cuarta parte de las mujeres entrevistadas que son solteras y este dato demuestra que los roles o estereotipos de género aún están presentes, debido a que la mujer es la única que asume la responsabilidad de la maternidad. Por otro lado, al indagar sobre el nivel académico de las mujeres entrevistadas, un poco más de la mitad de la muestra tiene un nivel educativo básico lo que puede repercutir en sus conocimientos y prácticas con respecto a la reproducción, mientras que, una pequeña parte de las mujeres entrevistadas no tienen ningún nivel educativo, factor que influye negativamente en la gravidez de las mujeres ya que a menor nivel educativo mayor número de embarazos.

Con respecto al área de residencia, más de la mitad de la muestra reside en el área rural, hecho que podrían representar un riesgo en los cuidados puerperales y neonatales por factores culturales como costumbres y creencias que se encuentra vigentes en esta área geográfica. En cambio, más de una cuarta parte de la muestra reside en áreas urbanas, donde hay mayor acceso a centros de salud para la búsqueda oportuna de atención ante una necesidad, problema o complicación de estas etapas.

De acuerdo con las características demográficas que se obtuvieron en el estudio podemos relacionar tanto la edad de las mujeres entrevistadas con el periodo reproductivo, ya que según estudios demuestran que el período reproductivo ideal de la mujer es entre los 20 y antes de los 35 años, antes o después de dichas edades representa un peligro. Por lo tanto, la muestra

estudiada se encuentra en un rango de edad apto para un evento obstétrico porque cumplen con las edades estimadas para poder prevenir un posible riesgo reproductivo.

Es importante destacar que los resultados demuestran que más de la mitad de las mujeres inició relaciones sexo-coitales entre las edades de 15 a 19 años, también se observa que un poco menos de la mitad son mujeres primigestas y la mayoría ha registrado 2 o más embarazos. Por otra parte, el período intergenésico encontrado en la minoría fue el adecuado ya que refirieron tener un espacio entre un embarazo y otro de 2 años, no obstante la mayor parte manifestó haber tenido un intervalo de menos de un año o de más de 2 años, lo cual demuestra que este antecedente obstétrico representa mayor riesgo reproductivo, así como el inicio precoz de las relaciones sexo-coitales y a esto se le suma la paridad que aumenta en las mujeres de mayor edad, en la mayoría de los casos.

Cabe recalcar que existe elevación del riesgo materno-fetal en relación con la duración del periodo intergenésico. Sin embargo, es importante enfatizar que posterior a un nacimiento vivo, el tiempo recomendado de espera para el inicio del siguiente embarazo es de al menos 18 meses (Según la OMS, el tiempo óptimo es de 18-27 meses) y no mayor a 60 meses, para reducir el riesgo de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales. Retomando lo antes mencionado se puede observar en los resultados obtenido como la mayor parte de la muestra tuvo un inicio precoz en las relaciones sexo-coitales, sumando a esto el nivel educativo, y el hecho de que estas mujeres ya se encontraban casadas o en unión libre con su pareja sentimental, además se importante enfatizar una posible vulneración de sus derechos reproductivos por parte de la pareja, en cuanto al deseo de tener más hijos o no, o el no poder decidir sobre el uso de un método anticonceptivo.

Con respecto a la práctica de la lactancia materna la mayoría ha brindado o piensa brindar este tipo de alimentación al recién nacido, sin embargo, no podrían utilizar MELA como anticoncepción natural ya que la mayoría desconoce los requisitos para este método.

En relación a los conocimientos que poseen las usuarias entrevistadas, se realizó una evaluación por medio de 10 preguntas que se encuentran incluidas dentro del instrumento de recolección

de datos, dando como resultado mayor porcentaje de conocimiento en la aseveración de los beneficios del uso del condón masculino o femenino es la prevención de ITS y embarazos, donde más de la mitad de las usuarias respondieron de forma correcta; mientras que el ítem con menor porcentaje en conocimiento fue sobre los requisitos para que una mujer pueda utilizar el Método de Lactancia y Amenorrea, en el cual la mayoría de las usuarias entrevistadas marcaron la respuesta incorrecta. Estos resultados podrían estar íntimamente relacionados con el nivel educativo que poseen las usuarias entrevistadas; ya que, al indagar, se encontró que un poco más de la mitad de la muestra tiene un nivel educativo básico lo que puede repercutir en sus conocimientos y prácticas con respecto a la reproducción, mientras que, una pequeña parte de las mujeres entrevistadas no tienen ningún nivel educativo.

En cuanto a el conocimiento sobre métodos anticonceptivos de primera opción se encontró por medio de los datos recabados que la mayor parte de la muestra estudiada no conoce los requisitos a cumplir para utilizar el Método de Lactancia y Amenorrea (MELA), lo cual puede repercutir en fallos en la aplicación del método y como resultado presentarse embarazos no planificados, en caso se utilizara este método natural.

Otro dato importante en este estudio demuestra que la mayoría conoce el condón masculino, una tercera parte el condón femenino y una minoría refirió conocer ambos condones, sin embargo, existe una parte de la muestra estudiada que no posee conocimientos sobre estos métodos de barrera, lo podría representar un riesgo para la exposición y transmisión de ITS, incluyendo el VIH, así como embarazos no planificados.

Con respecto al conocimiento del Dispositivo Intrauterino (DIU) la mayoría de las mujeres entrevistadas desconocen el momento en que se puede iniciar el uso de este método mecánico, así como el tiempo de efectividad del DIU, lo que podría estar relacionado a que este método no está siendo ofertado, por lo tanto, es uno de los métodos con menos cobertura en los establecimientos de salud.

Ahora bien, cuando se investigó sobre los métodos anticonceptivos de segunda opción relacionados con la lactancia materna se encontró, que la mayor parte de las mujeres

entrevistadas conoce que los métodos sólo de progestágenos como las inyecciones bimensuales y trimestrales o el implante subdérmico, no afecta o interfiere con la producción de la leche materna, evidenciando que las inyecciones son los métodos más utilizados durante el puerperio y que mayor demanda registra en la provisión de métodos después del parto. Sin embargo, al indagar sobre el tiempo del efecto anticonceptivo del implante subdérmico, la mayoría no conoce el tiempo de protección de este, probablemente se deba a que, para la provisión del implante se requiere capacitación y acreditación por parte del personal de salud para la colocación del método o porque en algunos establecimientos públicos no estaría disponible por desabastecimiento o sólo se tiene la opción de provisión del método en un establecimiento privado, lo que generaría un alto costo para utilizar este MAC por las mujeres. Cabe destacar que la mayoría de las mujeres entrevistadas conoce que la amenorrea es un posible efecto secundario por uso de anticonceptivos sólo de progestágeno, lo que reafirma que es uno de los métodos más conocidos.

En cuando al conocimiento de los métodos anticonceptivos de tercera opción, la mayoría de las mujeres entrevistadas desconoce que los anticonceptivos hormonales combinados como las pastillas e inyecciones mensuales interfieren con la producción de la leche materna, lo que podría interrumpir la práctica de la lactancia materna exclusiva e iniciar la alimentación del niño o niña con leche de fórmula.

Finalmente, según los datos recabados en la investigación se refleja que un tercio de la muestra estudiada tiene conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma más frecuentes de los métodos anticonceptivos como lo son: sangrado vaginal anormal, dolor de cabeza acompañado de visión borrosa, sensibilidad a la luz y a los ruidos fuertes y dificultad para respirar. Se puede afirmar que la minoría de las mujeres conoce al menos un signo o síntoma de peligro o no conoce ninguno de estos, lo que generaría un riesgo a la salud ya que al presentar un signo o síntoma de alarma no lo identificaría y por lo tanto no consultaría oportunamente.

Los datos evidencian que las mujeres han utilizado un método anticonceptivo en los últimos 2 años, sin embargo, se encontró que una cuarta parte de la muestra no utilizó un MAC, por lo tanto, se puede intuir que el parto registrado no fue planificado. En cuanto al inicio del método

anticonceptivo sólo un tercio lo utilizó en la primera relación sexo-coital. No obstante, podemos mencionar que existe otro cuarto de la muestra que no tiene antecedentes de uso de métodos antifecundativos lo cual puede incursionar a un posible riesgo reproductivo. Por otra parte, la mayoría de las mujeres han utilizado un método, siendo los más frecuentes de uso los inyectables trimestrales y mensuales que son los métodos más disponibles y ofertados en los diferentes establecimientos de salud ya que los resultados demuestran que la mayor parte lo ha obtenido en algún centro de salud público o privado y una minoría lo obtiene en la farmacia, lo que indica que no existe la información adecuada sobre el uso correcto del método.

De las mujeres que han utilizado algún método anticonceptivo un poco menos de la mitad si recibió consejería por parte del personal de salud, sin embargo, sólo reconocen uno o dos tópicos de la consejería, obteniendo parte de la información importante para el uso consistente y correcto del anticonceptivo.

Al indagar sobre el tiempo de uso de los MAC se encontró que una cuarta parte de la muestra ha utilizado por más de 3 años un MAC, sin embargo también se encontraron datos en los cuales las mujeres estudiadas han utilizado menos de 6 meses algún método. Los motivos de suspensión del método anticonceptivo un cuarta parte deseaba un embarazo y una minoría interrumpió el uso por efectos secundarios no tolerados, por indicación médica, falla del método o deseo de la pareja, este último demuestra que aún existe dominio de la pareja en cuanto a la reproductividad de la mujer, violentando sus derechos sexuales y reproductivos.

Es relevante mencionar que la mayoría si desea utilizar un Método Anticonceptivo, siendo el de preferencia la esterilización femenina o inyectable sólo de progestágeno, lo primero demuestra que existe una paridad completa por algunas las mujeres y la segunda opción evidencia que no tienen en sus planes futuros un embarazo a corto plazo, por lo que refirieron que asistiría a un centro de salud público o privado para la provisión del método. No obstante, una minoría tiene incertidumbre en utilizar un anticonceptivo lo que podría resultar en un espacio intergenésico corto.

CONCLUSIONES

A lo largo de la investigación se puede concluir que:

- EL 21% de las mujeres entrevistadas se encuentran en el rango de edad entre los 20 y 30 años, edades donde menor riesgo obstétricos se registran, por otro lado un poco más de la mitad vive en unión libre y tiene un nivel educativo básico, situación que se refleja como un riesgo reproductivo ya que repercute en el conocimiento y práctica con respecto a la sexualidad y reproducción, además, un poco más de la mitad de las mujeres entrevistadas viven en zona rural, distribuido en los diferentes municipios aledaños a Zacatecoluca. Por otra parte, en cuanto a la gravidez de las mujeres entrevistadas un poco menos de la mitad son primigestas o han tenido dos embarazos a lo largo de su vida y el periodo intergenésico en la minoría fue el inadecuado ya que manifestaron un periodo de 2 años, no obstante, la mayoría mencionó tener un espacio intergenésico de 1 o más de 2 años lo cual demuestra que este antecedente obstétrico representa mayor riesgo reproductivo.
- EL 50.94% de las mujeres entrevistadas posee un conocimiento bajo sobre los métodos anticonceptivos en el postparto, lo que representa un riesgo para la salud sexual y reproductiva de las mujeres ya que podrían estar expuestas a un embarazo no planificado, así como a infecciones de transmisión sexual.
- En relación con la práctica sobre el uso de MAC, el 38% de las mujeres entrevistadas ya han utilizado un Método Anticonceptivo después del parto o dentro de los 40 días postparto, sin embargo, existe una cuarta parte de las mujeres primíparas que nunca ha utilizado o tiene dudas en utilizar un método anticonceptivo, convirtiéndose este dato en posible riesgo reproductivo, debido a que estaría expuesta a espacios intergenésicos cortos que se asociados al aumento de la morbimortalidad materna y neonatal.

- La mayoría de las mujeres entrevistadas expresaron el deseo de utilizar un método anticonceptivo durante el puerperio, manifestaron el deseo o intención de utilizar: inyectables sólo de progestina, inyectable combinado (mensual), implante subdérmico, DIU y anticonceptivos orales combinados. Sin embargo, se encontró un porcentaje significativo de las mujeres que no tienen la intención o están indecisas con la utilización de un método antifecondativo, lo que podría resultar en un riesgo reproductivo como el espacio intergenésico corto o la multiparidad.

RECOMENDACIONES

AL HOSPITAL

- Desarrollar jornadas educativas sobre métodos anticonceptivos más adecuados para la etapa del postparto según lineamientos nacionales en el primer nivel de atención en los municipios aledaños al municipio de Zacatecoluca.
- Promocionar el uso de los métodos anticonceptivos y la planificación familiar en los diversos servicios hospitalarios de atención de la mujer.
- Reforzar la consejería sobre los métodos anticonceptivos para la toma de decisiones libres e informadas en las mujeres en edad reproductiva.
- Facilitar el acceso y disponibilidad de los métodos anticonceptivos a nivel hospitalario en las mujeres que hayan experimentado un evento obstétrico.
- Coordinar con Instituciones de Educación Superior Jornadas Educativas relacionadas a los métodos anticonceptivos más adecuados para la etapa del postparto para así aumentar el conocimiento en las usuarias del hospital.

A LA CARRERA EN SALUD MATERNO INFANTIL

- Realizar nuevas investigaciones o diagnósticos, tomando como punto de partida el presente estudio, sobre métodos anticonceptivos en el postparto para la planificación y ejecución de proyectos educativos con enfoque de derechos dirigido a la población de mujeres en etapa de puerperio que asisten al hospital.
- Gestionar y Coordinar con autoridades hospitalarias la asignación de un espacio físico para brindar consejerías sobre métodos anticonceptivos en el postparto dirigidas a mujeres en etapa de puerperio que asisten a dicho establecimiento de salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Contracepción. FED. Uso de métodos anticonceptivos durante el puerperio. [Online].; 2017 [cited 2022 09 09. Available from: http://hosting.sec.es/Memorias_Master/Metodos_Anticonceptivos/MACAYO_asturias.pdf.
2. Universidad Privada Sergio Bernal FdO. Factores que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en púerperas. [Online].; 2019 [cited 2022 09 09. Available from: http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/183/1/REYES_M_TESIS.pdf#:~:text=A%20nivel%20nacional%2C%20un%20estudio%20de%20investigaci%C3%B3n%2C%20el,anticonceptivos%20hormonales%20orales%20y%20la%20lactancia%20materna%20exclusiva.
3. Salud. OMDI. Planificación Familiar. [Online].; 2020 [cited 2022 09 09. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
4. Instituto de Salud Reproductiva IFdPF. Planificación Familiar inmediatamente después del parto. [Online].; 2017 [cited 2022 09 09. Available from: http://www.fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2019/09/PAI_Planificaci%C3%B3n-familiar-inmediatamente-posparto.pdf.
5. Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos. [Online]. [cited 2022 septiembre 8. Available from: <https://observadsdr.org/wp-content/uploads/2021/07/Anticonceptivos-2018-2020.pdf>.

6. Mapeo de políticas, prácticas y demandas comunitarias en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Barreras para la utilización y provisión de servicios. [Online]. [Cited 2023 April 29 Available from: <https://ormusa.org/wp-content/uploads/2019/11/Mapeo.pdf>
7. Humanos IIdD. Los derechos reproductivos son derechos humanos. [Online].; 2008 [cited 2022 septiembre 26. Available from: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/24841.pdf>.
8. España RANdMd. Historia evolutiva de la anticoncepción. Anales Ranm. 2018;(135).
9. Salvador UdE. Conocimientos, actitudes y practicas de métodos anticonceptivos en las adolescente de 10 a 19 años. tesis. San Salvador: Universidad de El Salvador, Salud Materno Infantil; 2015.
10. INMUJERES. [Online].; 2020 [cited 2023 Marzo Sabado 5. Available from: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Uso_anticonceptivos.pdf.
11. Alan H. DeCherney. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos, 11e. Editorial.: McGraw-Hill; 2013. p. Capítulo 10.
12. MINSAL GOES. Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicio en SSR para atención de emergencias o desastres. [Online].; 2021 [cited 2022 09 24. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf
13. Metodos Anticonceptivos. Lineamientos Tecnicos para la provisión de servivios de anticoncepción. [Online].; Ministerio de Salud; 2016 [cited 2022 09 24]. Available from: <http://>.

- http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/Lineamientos_tecnicos_para_la_provision_de_servicios_de_anticoncepcion.pdf
14. WHO U. Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. [Online].; 2014 [cited 2022 09 24. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112766?locale-attribute=es&>
 15. Gobierno de El Salvador. Constitución de la República [Internet]. 1st ed. Art.1, Art. 32, Art. 65, Art. 69; [15/12/1983;20/02/2023]; Disponible en: https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117_07285707_4_archivo_documento_legislativo.pdf
 16. Gobierno de El Salvador. Código de Salud [Internet]; 1st ed. Art. 1, Art. 42, Art. 44; [31/01/1931; 20/02/2023]; Disponible en: https://elsalvador.law.pro/Leyes1/codigos%20de%20el%20salvador/Codigo_de_Salud_El_Salvador.pdf
 17. Ministerio de salud pública y asistencia social. Política de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]; 1st ed. Objetivo 1,5,6; [Agosto 2012; Febrero 2023] Disponible en: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/policy/SLV-CC-37-04-POLICY-2012-esp-Politica-de-Salud-Sexual-y-Reproductiva.pdf>
 18. ONU MUJERES. [Online].; 2022 [cited 2022 septiembre 26. Available from: <https://lac.unwomen.org/es/stories/declaracion/2022/06/los-derechos-reproductivos-son-derechos-de-las-mujeres-y-derechos-humanos>.
 19. Best practice paper of royal college of obstetricians and gynecologists modified for Pakistan postpartum family planning (PPFP) in Pakistan [Online]. Sogp.org. [cited 2023

- octubre 29]. Disponible en:
http://sogp.org/assets/frontend/uploads/guidelines/1.final_best_practice_draft.pdf
20. Prácticas de alto impacto en la planificación familiar. Planificación familiar inmediatamente postparto: Un aspect clave en los cuidados tras el nacimiento. Washington, [Online]. Sogp.org. [cited 2024 enero 22]. Disponible en:
http://www.fphighimpactpractices.org/wpcontent/uploads/2019/09/PAI_Planificaci%C3%B3n-familiar-inmediatamente-posparto.pdf
21. OMS. Atención de Calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto [Online]. Sogp.org. [cited 2024 enero 22]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-forwomen-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirt>

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Ciencias de la Salud
Carrera Licenciatura en Salud Materno Infantil
Proceso de Grado-2023



Guía de entrevista “Conocimiento y práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos en el postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca. Junio de 2023.”

Objetivo general: Identificar el conocimiento y práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca, en el mes de junio de 2023.

Indicaciones

- La siguiente guía de entrevista es de carácter confidencial con fines educativos.
- Marque la respuesta brindada por la persona entrevistada.
- El cuestionario consta de 28 preguntas.

Fecha: _____

Hora: _____

Entrevistadora: _____

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Edad a) 15 a 19 años b) 20 a 24 años c) 25 a 30 años d) 31 a 35 años e) 36 o más	Estado civil a) Soltera b) Casada c) En unión libre d) Divorciada e) Viuda
Grado Educativo a) Parvularia b) Básica c) Bachillerato d) Educación superior e) Ninguna	Área de residencia a) Urbana b) Rural

Municipio: _____

Departamento: _____

II. ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

1. **¿A qué edad tuvo su primera relación sexocoyal?**
 - a) Antes de los 15 años
 - b) Entre los 15 a 19 años
 - c) Entre los 20 a 30 años
 - d) Después de los 31 años

2. **¿Cuántas veces ha estado embarazada?**
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) Más de 4 veces

3. **Si ha tenido más de un embarazo, ¿Cuánto tiempo pasó desde el último parto con el parto actual?**
 - a) Menos de un año
 - b) Un año
 - c) Dos años
 - d) Más de dos años.
 - e) No aplica

4. **¿Ha brindado o piensa brindar lactancia materna a su bebé recién nacido-a?**
 - a) Sí
 - b) No
 - c) No sabe

III. CONOCIMIENTO SOBRE MAC PRIMERA OPCIÓN

5. **¿Cuáles son los requisitos para que una mujer pueda utilizar el Método de Lactancia y Amenorrea (MELA)?**
 - a) Ausencia de regla, dando lactancia materna exclusiva y estar dentro de los primeros 6 meses postparto.
 - b) Lactancia materna exclusiva y estar dentro de los primeros 6 meses postparto.
 - b. Ausencia de regla y estar dentro de los primeros 6 meses postparto.
 - c. No conoce.

6. **¿Conoce el condón femenino y masculino?**
 - a) Solo el condón masculino
 - b) Solo el condón femenino
 - c) Sí, ambos
 - d) Ninguno

- 7. Uno de los beneficios del uso del condón masculino o femenino es la prevención de ITS y embarazos.**
- a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No conoce
- 8. ¿En qué momento se puede realizar la esterilización femenina?**
- a) Debe realizarse después del parto.
 - b) En los primeros 7 días postparto.
 - c) Después de la dieta (42 días postparto).
 - d) No conoce
- 9. ¿En qué momento se puede iniciar el uso del Dispositivo Intrauterino (DIU) T de cobre después del parto?**
- a. Después del parto en el hospital
 - b. Recomendablemente antes de los dos días postparto o un mes posterior al parto.
 - c. No debe usarse, sino hasta los 40 días postparto.
 - d. Debe usarse después de 1 o más años postparto
 - e. No conoce.
- 10. ¿Por cuánto tiempo protege de un embarazo el dispositivo uterino (DIU) T de cobre?**
- a) Hasta 12 años.
 - b) Hasta 5 años.
 - c) Hasta 10 años.
 - d) No sabe

MAC DE SEGUNDA OPCIÓN

- 11. Si una mujer está brindando únicamente lactancia materna, no puede utilizar inyecciones de 2 o 3 meses o implante subdérmico ya que esto puede afectar la producción de leche.**
- a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No conoce
- 12. ¿Cuánto es el tiempo de protección del Implante subdérmico de 2 barritas?**
- a) 5 años si tiene un peso normal
 - b) 4 años si la mujer tiene sobrepeso u obesidad.
 - c) 3 años
 - d) No sabe

13. Uno de los efectos esperados por el uso de inyectables de 2 ó 3 meses puede ser la ausencia de la menstruación.

- a) Verdadero
- b) Falso
- c) No sabe

MAC DE TERCERA OPCIÓN

14. Las pastillas o inyección mensual de planificación no se recomiendan usar en mujeres que brindan LM ya que estas interfieren con la producción de la leche materna.

- a) Verdadero
- b) Falso
- c) No sabe

15. ¿Cuáles son los síntomas y signos de alarma por el uso de MAC, por los cuales debe consultar inmediatamente?

- a) Irregularidades menstruales, dolor de cabeza, vómitos.
- b) Sangrado vaginal anormal, dolor de cabeza acompañado de visión borrosa, sensibilidad a la luz y a los ruidos fuertes, dificultad para respirar.
- c) Diarrea, vómitos, aumento de peso.
- d) No conoce.

IV. PRÁCTICA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

ACCESO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

16. ¿Usted ha utilizado alguna vez un método anticonceptivo?

- a) Sí
- b) No

17. ¿Cuándo fue la primera vez que utilizó un método anticonceptivo?

- a) En la primera relación sexocital
- b) Después del parto
- c) Después del postparto o dieta de 40 días
- d) Después de un aborto
- e) Nunca ha utilizado ningún MAC

18. ¿Cuál fue el lugar, dónde obtuvo el método anticonceptivo?

- a) En el Hospital
- b) En la Unidad de Salud
- c) En la Farmacia
- d) En una clínica privada
- e) No aplica.

19. ¿Quién fue la persona responsable de proveer este MAC?

- a) Personal de Salud
- b) Dependiente de Farmacia
- c) Un familiar o una amiga-o
- d) No recuerda o no sabe

20. ¿Cuál o cuáles MAC ha utilizado en los últimos 2 años?

- a) AOC
- b) Inyectable Mensual
- c) Inyectable de 2 ó 3 meses
- d) Implante Subdérmico
- e) DIU
- f) Condón Masculino o Femenino
- g) MELA
- h) Métodos Naturales
- i) Esterilización Femenina
- j) No aplica/no ha utilizado

21. ¿Por cuánto tiempo utilizó este último MAC?

- a) Menos de 6 meses
- b) Un año
- c) 2 años
- d) Más de 3 años
- e) No aplica

22. ¿Por qué motivo dejó de utilizar el último MAC?

- a) Deseaba un embarazo
- b) Inactividad Sexocoital
- c) Por indicación médica o presencia de signos de alarma
- d) Por deseo de su pareja
- e) No le agrada el método anticonceptivo
- f) Por efectos secundarios no tolerados
- g) Por embarazo (falla de MAC)
- h) Por desabastecimiento del MAC en el lugar de provisión

23. Durante el uso de MAC, ¿recibió consejería?

- a) Si
- b) No
- c) No recuerda

24. Si su respuesta es sí, ¿quién fue la persona responsable de brindar la consejería?

- a) LSMI
- b) Doctor/doctora
- c) Enfermera-o

- d) Promotor de Salud
- e) Otra (no personal de salud)

25. ¿Qué tipo de información recibió durante la consejería sobre el uso de MAC?

- a) Mecanismo de acción
- b) Efectos secundarios
- c) Efectividad y Duración del MAC
- d) Signos de peligro por el MAC
- e) Beneficios del MAC
- f) Control y Seguimiento
- g) Otros no especificados

26. Actualmente, ¿Ya está utilizando un MAC o tiene la intención de utilizar alguno de estos, después de este parto?

- a) Sí
- b) No
- c) No sabe

27. Si su respuesta es sí, ¿Cuál MAC está utilizando o desearía utilizar?

- a) AOC
- b) Inyectable Mensual
- c) Inyectable de 2 ó 3 meses
- d) Implante Subdérmico
- e) DIU
- f) Condón Masculino o Femenino
- g) MELA
- h) Métodos Naturales
- i) Esterilización Femenina
- j) No aplica/no ha utilizado

28. ¿A qué lugar asistirá para la provisión del MAC?

- a) UCSF
- b) Hospital
- c) Clínica Privada
- d) Farmacia
- e) Ningún lugar.

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO/ASENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
FACULTAD DE MEDICINA.
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD.
CARRERA LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO / ASENTIMIENTO INFORMADO /
ASENTIMIENTO INFORMADO PARENTAL / CONSENTIMIENTO ADICIONAL EN
CASO DE ALMACENAMIENTO Y USO FUTURO DE MUESTRAS.**

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

**“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN EL POSTPARTO EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL
HOSPITAL NACIONAL ‘SANTA TERESA’ DE ZACATECOLUCA. JUNIO DE 2023”**

INVESTIGADORAS:

**ANA MARCELA ARÉVALO ESCOBAR.
MÓNICA SOFÍA LÓPEZ NAVARRO
ANA ESTEFANY PINEDA MARTÍNEZ**

DOCENTE ASESORA:

LICDA. CLAUDIA RENDEROS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Documento de consentimiento informado para mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca, en el mes de junio de 2023.”

Investigadoras: Ana Marcela Arévalo Escobar, Mónica Sofía López Navarro y Ana Estefany Pineda Martínez.

Estudiantes de la Universidad de El Salvador de la Facultad de Medicina, Carrera Salud Materno Infantil.

Investigación “Conocimiento y práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos en el postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca. Junio de 2023.”

Nosotras estudiantes de la Universidad de El Salvador, de la Carrera Salud Materno Infantil, solicitamos su consentimiento para participar en esta la Investigación “conocimiento y práctica sobre métodos anticonceptivos en el postparto”, aclarándole que usted. Puede tener la seguridad de que el presente estudio es completamente anónimo y sus respuestas serán utilizadas con fines de estudios académicos.

Como investigadoras hemos establecido como propósito de la investigación la identificación del “Conocimiento y práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos en el postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca. Junio de 2023.”

Para obtener la información en esta investigación se realizará por medio de una entrevista directa o dirigida la cual se refiere a un tipo de encuentro en el cual el entrevistador efectúa una sucesión de preguntas muy específicas, que ya han sido determinadas con anterioridad. Para ello se hará uso de una guía de entrevista, conformado por 28 preguntas

estructuradas de opción múltiple, el cual se dividirá en tres componentes el primero características demográficas, el segundo es el componente de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en el postparto y el tercero sobre las prácticas de anticoncepción en el postparto. Cada investigadora hará uso de la guía de entrevista que estará de manera digital en formato de Google Form, para una mayor accesibilidad. Las investigadoras tendrán un número igualitario de participantes a quienes entrevistar, además, estarán capacitadas para resolver dudas de las usuarias que se presenten al momento de la entrevista.

El estudio se realizará con mujeres que cumplan los criterios de inclusión entre los cuales tenemos:

Mujeres entre las edades de 15 a 49 años, mujeres en el período postparto, mujeres que deseen participar, mujeres ingresadas en los servicios de ginecología del Hospital Nacional ‘Santa Teresa’ de Zacatecoluca, mujeres que hayan verificado parto pretérmino, de término o posttérmino, mujeres que hayan verificado parto vía vaginal o abdominal (CBT) y mujeres que hayan verificado algún tipo de aborto.

Su participación es voluntaria, no está obligada a participar, si no lo desea. Si decide ser parte del estudio, puede dejar de participar en cualquier momento de la entrevista. No hay ningún problema.

La entrevista tendrá una duración de alrededor de 25 minutos y será administrada por una de las investigadoras, quien marcará la respuesta que usted exprese a la pregunta realizada.

Es importante destacar que no existe ningún efecto secundario o riesgo al formar parte de la investigación. Sin embargo, los resultados de la investigación servirán de insumo para la formulación de recomendaciones que mejoren la provisión de métodos anticonceptivos por parte del personal de salud y de esta forma contribuir a la mejora de la salud de la mujer.

Cabe destacar, que la información recolectada será utilizada con fines académicos, por lo que las investigadoras garantizarán la confidencialidad de esta y bajo ninguna circunstancia revelará datos o información personal que represente un daño para las personas participantes.

Los resultados obtenidos de la investigación serán presentados y compartidos de forma oral y escrita como parte del proceso de grado a personal docente y administrativo de la Universidad de El Salvador.

En caso de que otra entidad solicite los resultados, estos serán compartidos con previa autorización de las personas participantes, a quienes se les respetara siempre la confidencialidad, por lo que los resultados se presentaran de forma general sin revelar identidades personales.

Recuerde que su participación es voluntaria y que tiene el derecho a negarse o retirarse en cualquier momento de la entrevista y la información obtenida será eliminada y no se tomará en cuenta en la investigación.

Por lo anterior:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de alguna manera.

Estoy de acuerdo _____

Estoy en desacuerdo _____

ANEXO 3: MATRIZ DE CRITERIOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO

A continuación se presentan los puntos obtenidos por cada puérpera según el apartado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en el postparto, en la que cada respuesta correcta es un punto sumado, se designaron criterios de categorización con rangos establecidos para indicar el nivel de conocimiento que la población estudiada tuvo sobre dicha temática es decir, se estableció un rango entre los cuales encontramos: nivel de conocimiento alto (10-8), nivel de conocimiento medio (7-5) y como último rango nivel de conocimiento bajo (4-0), se puede evidenciar que el 50.94% de las mujeres entrevistadas posee un conocimiento bajo sobre los métodos anticonceptivos en el postparto, mientras que el 47.16% tiene un conocimiento medio y sólo el 1.90% de la muestra posee un conocimiento alto.

CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL POSTPARTO.											
	Puntaje ganado según número de pregunta de conocimiento										
Puérpera	P1	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	Total de puntos
1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	6
2	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	5
3	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3
4	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
5	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
6	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	6
7	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	4
8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
9	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	4
10	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	7
11	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	5
12	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3
13	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	3
14	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
15	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8
16	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	3
17	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	7
18	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	7
19	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	4

CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL POSTPARTO.											
	Puntaje ganado según número de pregunta de conocimiento										
Puérpera	P1	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	Total de puntos
20	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	6
21	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4
22	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	6
23	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	5
24	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3
25	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	6
26	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	7
27	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	5
28	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	6
29	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	4
30	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	3
31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	4
35	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	4
36	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	4
37	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
38	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3
39	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	5
40	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	4
41	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	7
42	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
43	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	6
44	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	7
45	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	5
46	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3
47	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	6
48	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	7
49	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	7
50	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	7
51	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	7
52	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3
53	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	6

Fuente: Elaboración propia con resultados de guía de entrevista “Conocimiento y Práctica sobre el uso de métodos anticonceptivos postparto en mujeres en edad reproductiva ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional “Santa Teresa” de Zacatecoluca en el mes de junio de 2023”

Nivel de conocimiento	Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto	8-10	1	1.90%
Medio	7-5	25	47.16%
Bajo	4-0	27	50.94%
Total		53	100%

ANEXO 4: AVAL COMITÉ DE ÉTICA HOSPITAL DE ZACATECOLUCA



MINISTERIO
DE SALUD

Zacatecoluca, 24 de Mayo del 2023

Dr. William Antonio Fernández
Director del Hospital Nacional Santa Teresa.
Presente.

Deseándole muchos éxitos en sus funciones, los miembros del Comité de Ética de la Investigación de nuestro centro en reunión extraordinaria realizada este día, revisamos la nota marginada enviada por Msc. Rocío Elena Linares de Trujillo, Directora de Carrera Salud Materno Infantil de la UES, en la cual se hace de su conocimiento que los alumnos de la carrera Licenciatura Salud Materno Infantil: Ana Arévalo, Mónica López y Ana Pineda desean autorización para realizar el trabajo de investigación: "CONOCIMIENTO Y PRACTICA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL POST PARTO EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA INGRESADAS EN EL SERVICIO DE PUERPERIO Y CIRUGÍA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA EN EL MES DE JUNIO DE 2023", a lo que este comité después de revisar y analizar el protocolo e instrumentos de recolección de datos que se nos presentó, no encontramos impedimento ético para la realización de dicho estudio. únicamente solicitamos que se modifique en todo el protocolo el nombre del servicio CIRUGIA OBSTERTRICA, pues no contamos con dicho servicio en nuestro hospital, pudiendo ser cambiado por PUERPERIO O GINECOLOGIA, además sugerimos que se revisen las respuestas a la pregunta 5 del instrumento de recolección de información pues por su complejidad puede ser motivo de confusión.

Dra. Clara Elizabeth Rogel Rodríguez
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 8835

Dra. Clara Rogel



Arlette Esmeralda Parada de Carballo
LICENCIADA EN ENFERMERIA
J.V.P.E. No. A- 1958

Lic. Arlette Parada

Dr. Luis Alberto Paredes Molina
DOCTOR EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 8022

Dr. Luis Paredes



RECIBIDO

Alicia Ascencio

Fecha: 24/05/23 Hora: 1:12 p.m.



ANEXO 5: CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Año 2023											Año 2024	
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Elaboración de protocolo													
Entrega de protocolo de investigación													
Recolección de información													
Elaboración de informe final de investigación													
Entrega de informe final de investigación													
Defensa de informe final de investigación													

ANEXO 6: PRESUPUESTO

INSUMOS REQUERIDOS	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL POR INSUMO
1. MATERIALES			
Papelería	\$0.05	200	\$10.00
Lapiceros	\$0.25	12	\$3.00
Lápices	\$0.15	12	\$1.80
Folder	\$0.15	2	\$0.30
Fastener	\$0.15	2	\$0.30
Impresión de protocolo	\$8.00	3	\$24.00
Ejemplar digital grabada en CD del Informe final	\$5.00	1	\$5.00
Impresión de Informe final	\$10.00	3	\$30.00
Empastado	\$7.00	3	\$21.00
SUB TOTAL DE MATERIALES:			\$95.40
2. EQUIPAMIENTO			
Laptop/ computadora	\$300	3	\$900.00
Celulares	\$150	3	\$450.00
Internet	\$30	3	\$90.00
SUB TOTAL DE EQUIPAMIENTO:			\$1440
3. TRANSPORTE	\$0.35	15	\$5.25
SUB TOTAL DE SERVICIOS:			\$5.25
4. IMPREVISTOS			
	1540.65	10%	154.065
SUB TOTAL:			\$1540.65
COSTO FINAL:			\$1694.71