

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**Factores relacionados al nivel conocimiento y elección de métodos
anticonceptivos en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud
Maritza Campos Díaz Arequipa, Julio - Setiembre 2025.**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Flores Ramos, Sarita

ORCID: 0009-0001-3365-089X

Pinto Apaza, Wendy Juliet

ORCID: 0009-0006-6067-1115

para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

Asesora:

Dra. Cardenas Núñez, Yenhny Margareth

ORCID: 0000-0003-2278-9383

Arequipa - Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 13 de Noviembre del 2025

Dictamen: 017164-C-EPOYP-2025

Visto el borrador del expediente 017164, presentado por:

2012203642 - PINTO APAZA WENDY JULIET

2020895082 - FLORES RAMOS SARITA

Titulado:

**FACTORES RELACIONADOS AL NIVEL CONOCIMIENTO Y ELECCIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ AREQUIPA, JULIO - SETIEMBRE 2025.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**29203672 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIA
DICTAMINADOR**



**29541138 - RODRIGUEZ MEZA GIOVANNA ROCIO
DICTAMINADOR**



**29677873 - HERRERA CARDENAS MARCOS ERVETH
DICTAMINADOR**



Factores relacionados al nivel conocimiento y elección de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Arequipa, Julio - Setiembre 2025.

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%	5%	2%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María	2%
	Trabajo del estudiante	
2	repositorio.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.continental.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	hdl.handle.net	1%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.unc.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	< 1%
Excluir bibliografía	Apagado		

DEDICATORIA

A “Dios” por darme la fortaleza, sabiduría, fuerza para seguir adelante y culminar mi carrera profesional.

A los seres maravillosos que me dieron la vida, mis queridos padres por su inmenso sacrificio y esfuerzo por brindarme su comprensión, darme palabras de aliento en momentos de dificultad.

Sarita Flores Ramos

A mi madre, mi única inspiración y mi mayor ejemplo a seguir. Gracias por tu amor incondicional, por ser mi fuerza en los momentos difíciles y por motivarme a seguir adelante sin rendirme. Cada paso logrado en mi vida es reflejo de tu sacrificio y de tu amor inmenso.

A mi padre, quien me enseñó el valor de la fortaleza, la perseverancia y la disciplina.

Wendy Juliet Pinto Apaza

AGRADECIMIENTOS

A Dios, mi gratitud eterna por ser mi roca en tiempos de incertidumbre, mi refugio en momentos de debilidad, mi guía en este camino, iluminando cada paso hacia a la culminación de esta etapa.

A mi padre Andrés Flores y mi adorada madre Ricardina Ramos por la confianza, apoyo incondicional, por formarme con valores éticos y morales, por el inmenso amor y cariño que siempre me dan, y ser la razón de mis esfuerzos.

A mis hermanos, quienes me brindaron su apoyo incondicional en todo momento.

Sarita Flores Ramos

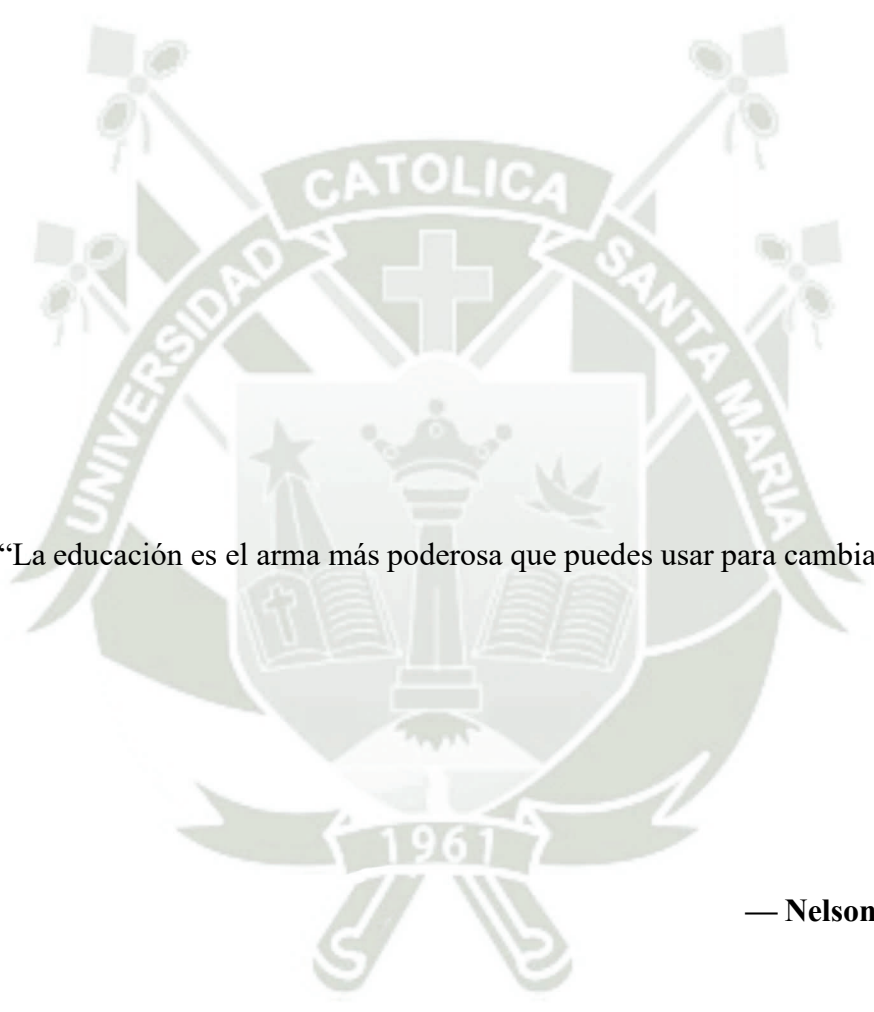
A Dios, por darme la vida, la sabiduría y la fortaleza para culminar esta etapa tan importante.

A la Universidad Católica de Santa María, por brindarme la oportunidad de formarme profesional y personalmente.

A mi tío Víctor, un segundo padre para mí, por su apoyo constante y sus sabios consejos.

A mis hermanos, por estar siempre a mi lado brindándome su cariño y motivación. Y a mis abuelos, a quienes amo profundamente, por su amor incondicional y sus enseñanzas llenas de sabiduría.

Wendy Juliet Pinto Apaza



“La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo.”

— Nelson Mandela

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados al nivel de conocimiento y a la elección de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas atendidas en el centro de salud Maritza Campos Díaz (Arequipa), entre julio y setiembre de 2025.

Material y método: Estudio de campo, transversal y prospectivo, de nivel descriptivo–relacional. Se aplicaron fichas de recolección de datos y un cuestionario de 10 ítems a 150 puérperas. El análisis se realizó con SPSS 27 y la prueba chi cuadrado, con $p < 0.05$.

Resultados: En los factores personales, predominó el grupo de 30–59 años (58%), instrucción secundaria (66%), convivencia (84%) y ocupación ama de casa (83.3%). En el ámbito obstétrico, el 71.3% tuvo ≤ 5 controles prenatales, el 100% parto vaginal y lactancia materna exclusiva, y el 54% reportó tres o más partos. En los factores socioculturales, el 75.3% declaró religión católica, el 86.7% no contó con aceptación de su pareja y el 65.3% refirió influencia materna. El 70.7% presentó nivel de conocimiento medio. En la elección anticonceptiva, el 52% no eligió ningún método y entre quienes sí optaron por uno, el 61.1% eligió preservativo masculino.

Conclusiones: Se identificó relación significativa entre nivel de conocimiento medio y factores personales (edad 30–59, instrucción secundaria, convivencia, ocupación ama de casa), obstétricos (≤ 5 controles prenatales, paridad ≥ 3 , no uso previo de métodos) y socioculturales (no aceptación de pareja, influencia materna). Estos mismos factores también se asociaron significativamente con la no elección de métodos anticonceptivos.

Palabras clave: Conocimiento, elección, métodos anticonceptivos.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors associated with the level of knowledge and the choice of contraceptive methods among immediate postpartum women attended at the Maritza Campos Díaz Health Center (Arequipa) between July and September 2025.

Material and Method: A field-based, cross-sectional, and prospective study with a descriptive–relational design. Data collection forms and a 10-item questionnaire were applied to 150 postpartum women. The analysis was performed using SPSS 27 and the chi-square test, with $p < 0.05$.

Results: Among personal factors, most participants were 30–59 years old (58%), had a secondary education (66%), lived with a partner (84%), and were homemakers (83.3%). Regarding obstetric factors, 71.3% had ≤ 5 prenatal checkups, all had vaginal births, all reported exclusive breastfeeding, and 54% had three or more deliveries. In sociocultural factors, 75.3% identified as Catholic, 86.7% did not have their partner's support, and 65.3% reported maternal family influence. A total of 70.7% showed a medium level of knowledge. Concerning contraceptive choice, 52% did not choose any method, and among those who did, 61.1% selected male condoms.

Conclusions: A significant relationship was found between medium knowledge levels and personal factors (age 30–59, secondary education, cohabitation, homemaker status), obstetric factors (≤ 5 prenatal checkups, parity ≥ 3 , no previous contraceptive use), and sociocultural factors (lack of partner acceptance, maternal influence). These same factors were also significantly associated with not choosing any contraceptive method.

Keywords: Knowledge, choice, contraceptive methods.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

EPÍGRAFE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....3

1. Problema de investigación4

1.1. Enunciado del problema.....4

1.2. Descripción del problema.....4

1.2.1. Área de conocimiento4

1.2.2. Análisis u operacionalización de variables.....4

1.2.3. Interrogantes básicas6

1.2.4. Tipo de investigación6

1.2.5. Nivel de investigación.....6

1.3. Justificación.....7

1.3.1. Relevancia social.....7

1.3.2. Factibilidad.....9

1.3.3. Contribución académica y profesional10

2. Objetivos11

3. Marco teórico12

3.1. Marco conceptual12

3.1.1. Factores12

3.1.2. Factores relacionados13

3.1.3. Factores personales.....13

3.1.4.	Factores obstétricos	18
3.1.5.	Factores socioculturales	29
3.1.6.	Nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.....	33
3.1.7.	Elección de métodos anticonceptivos	38
3.1.8.	Planificación familiar	39
3.1.9.	Métodos anticonceptivos	39
3.1.9.1.	Anticonceptivos de barrera	40
3.1.9.2.	Anticonceptivos hormonales	46
3.1.9.3.	Dispositivo intrauterino liberador de cobre TCu 380 A.....	58
3.1.9.4.	Método anticonceptivo naturales	63
3.2.	Puerperio	69
3.2.1.	Etapas del puerperio	70
3.3.	Análisis de antecedentes investigativos	73
3.3.1.	Antecedentes internacionales	73
3.3.2.	Antecedentes nacionales	75
3.3.3.	Antecedentes locales.....	79
4.	Hipótesis.....	82
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		83
1.	Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	84
1.1.	Técnicas.....	84
1.2.	Instrumento	84
1.3.	Materiales de verificación.....	85
2.	Campo de verificación	85
2.1.	Ubicación espacial.....	85
2.1.1.	Precisión del lugar.....	85
2.2.	Ubicación temporal.....	85

2.3.	Unidades de estudio.....	86
2.3.1.	Universo	86
2.3.2.	Muestra.....	86
2.3.3.	Criterios de inclusión.....	86
2.3.4.	Criterios de exclusión.....	86
3.	Estrategia de recolección de datos	86
3.1.	Organización	86
3.2.	Recursos	87
3.2.1.	Recursos humanos	87
3.2.2.	Recursos físicos	87
3.2.3.	Recursos financieros.....	87
3.2.4.	Recursos institucionales	87
3.3.	Validación de instrumento	88
3.4.	Consideraciones éticas.....	88
4.	Estrategia para manejar los resultados.....	89
4.1.	Procesamiento	89
4.2.	Análisis de datos.....	89
4.3.	Control de calidad de datos.....	90
CAPÍTULO III RESULTADOS		91
DISCUSIÓN		107
CONCLUSIONES		111
RECOMENDACIONES		112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		113

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Análisis u operacionalización de variables.....	4
Tabla 2 Instrumentos.....	84
Tabla 3 Factores personales de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz.....	92
Tabla 4 Factores obstétricos de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz.....	93
Tabla 5 Factores socioculturales de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz.....	94
Tabla 6 Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz	95
Tabla 7 Elección de métodos anticonceptivos de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro De Salud Maritza Campos Diaz	96
Tabla 8 Factores personales relacionados al nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz	97
Tabla 9 Factores obstétricos relacionados al nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz	99
Tabla 10 Factores socioculturales relacionados al nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz	101
Tabla 11 Factores personales relacionados a la elección de métodos anticonceptivos de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz	102
Tabla 12 Factores obstétricos relacionados a la elección de métodos anticonceptivos de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz	104

Tabla 13 Factores socioculturales relacionados a la elección de métodos anticonceptivos de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz..... 106



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Delimitación grafica del lugar.....	121
Anexo 2 Autorización	122
Anexo 3 Consentimiento informado.....	123
Anexo 4 Ficha de recolección de datos sobre factores.	125
Anexo 5 Cuestionario	127
Anexo 6 Ficha de recolección de datos sobre elección de método anticonceptivo	130
Anexo 7 Matriz de datos	131



INTRODUCCIÓN

La planificación familiar constituye un pilar fundamental para garantizar una vida sexual y reproductiva saludable, informada y satisfactoria. Su relevancia trasciende la esfera individual, ya que representa una herramienta clave para disminuir la mortalidad materna evitable y promover procesos sostenibles de desarrollo social. La posibilidad de decidir de manera libre y responsable cuándo y cuántos hijos tener influye directamente en el ejercicio pleno de las potencialidades personales, especialmente en las mujeres, quienes pueden cumplir sus metas educativas, profesionales y personales cuando no se ven limitadas por patrones reproductivos impuestos. De este modo, la planificación familiar contribuye a romper con estereotipos tradicionales y estructuras sociales que restringen la participación femenina y su capacidad productiva, lo cual impide que la sociedad en su conjunto se beneficie del aporte derivado del bono demográfico femenino (1).

Las razones por las cuales algunas personas no utilizan métodos anticonceptivos, aun cuando no desean un embarazo, son diversas e involucran aspectos sociales, culturales y políticos. En muchos casos, persiste la influencia de grupos religiosos o la falta de sensibilidad de quienes elaboran políticas públicas, quienes no siempre comprenden la trascendencia real de la planificación familiar como derecho y como herramienta de salud pública. A ello se suman factores estrictamente individuales, como la falta de información adecuada, la circulación de mitos y la persistencia de creencias erróneas sobre los métodos anticonceptivos. Estas barreras terminan condicionando las decisiones reproductivas y dificultando el acceso a un uso adecuado de los métodos disponibles (2).

Durante nuestro internado en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz pudimos observar, de manera directa, las dificultades que enfrentan muchas puérperas al momento de decidir sobre su anticoncepción. Se evidenció que, en numerosos casos, las mujeres no tomaban decisiones de manera autónoma debido a presiones familiares o influencias del entorno cercano. Varias de ellas manifestaban preferir recibir consejería únicamente cuando se encontraban a solas, con el fin de aclarar dudas, desmontar mitos y resolver inquietudes que habían surgido por comentarios o creencias transmitidas en su entorno social. Estas experiencias evidenciaron que, para muchas mujeres, el proceso de decisión anticonceptiva se encuentra profundamente

atravesado por factores culturales y relacionales que condicionan su libertad reproductiva.

Asimismo, se constató que el puerperio inmediato constituye un momento especialmente propicio para brindar orientación sobre métodos anticonceptivos. En esta etapa, las mujeres se encuentran más receptivas, motivadas y dispuestas a considerar opciones de planificación, influenciadas tanto por la experiencia reciente del parto como por el deseo de evitar un nuevo embarazo en el corto plazo. Esta ventana de oportunidad permite que la consejería resulte más efectiva y que las decisiones sean tomadas con mayor claridad y seguridad.

En este contexto, el presente trabajo tiene como finalidad identificar los factores relacionados con el nivel de conocimiento y con la elección de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz. Además, busca aportar evidencia que contribuya a fortalecer las estrategias de consejería en planificación familiar, promoviendo decisiones informadas y un acompañamiento integral durante el puerperio inmediato. De este modo, se aspira a mejorar la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva, ajustándola a las necesidades reales de esta población.

El trabajo está estructurado en tres capítulos. El primer capítulo, denominado Planteamiento teórico, aborda los antecedentes, las bases conceptuales y los fundamentos que sustentan la investigación. El segundo capítulo, correspondiente al Planteamiento operacional, describe el tipo y diseño del estudio, la población y muestra seleccionada, así como los instrumentos utilizados para la recolección de información. Finalmente, el tercer capítulo expone los resultados, discusión y conclusiones, donde se analizan los hallazgos obtenidos, se formulan conclusiones sólidas y se proponen recomendaciones orientadas a la mejora continua de la consejería y la atención en planificación familiar.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

“Factores relacionados al nivel de conocimiento y elección de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Arequipa, julio – setiembre 2025.”

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área de conocimiento

- Área general : Ciencias de la salud.
- Área Específica : Salud Sexual y Reproductiva.
- Línea : Planificación familiar.

1.2.2. Análisis u operacionalización de variables

Tabla 1

Análisis u operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores relacionados	Factores Personales.	Edad.	• Adolescente (12-17 años). • Joven (18-29 años). • Adulto (30-59 años).
		Grado de instrucción.	• Analfabeta. • Primaria. • Secundaria. • Superior
		Estado civil.	• Soltera. • Casada. • Conviviente. • Otros.
		Ocupación.	• Estudiante • Ama de casa. • Otros

	Factores Obstétricos.	Atención prenatal.	• $\leq$ a 5 controles. • $\geq$ a 6 controles.
		Tipo de parto.	• Vaginal.
		Lactancia materna.	• Exclusiva. • Combinada. • Artificial.
		Paridad.	• Primípara. • Segundípara • Multípara.
		Uso previo de MAC.	• Sí. • No.
	Factores Socioculturales.	Religión.	• Católica. • Otros.
		Influencia de la pareja	• Sí.
		Influencia familiar.	• No.
VARIABLE DEPENDIENTE Nivel de conocimiento sobre MAC.	• Generalidades. • Modo de uso. • Clasificación.	- Alto -Medio -Bajo	
VARIABLE DEPENDIENTE Elección de métodos anticonceptivos.	Anticonceptivos de barrera.	Preservativo Masculino.	• Sí. • No.
	Anticonceptivos hormonales.	Inyectable Trimestral.	• Sí. • No.
		Implante subdérmico.	
	DIU.	T de cobre.	
	MELA.	Lactancia materna exclusiva.	

Nota: Elaboración propia

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son los factores personales, Obstétricos y socioculturales en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, julio - setiembre 2025?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, julio – setiembre 2025?
- ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos elegidos por las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, julio – setiembre 2025?"
- ¿Cuáles son los factores personales, Obstétricos y socioculturales relacionados al nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, julio - setiembre 2025?
- ¿Cuáles son los factores personales, Obstétricos y socioculturales relacionados a la elección de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, julio - setiembre 2025?

1.2.4. Tipo de investigación

Estudio de campo.

1.2.5. Nivel de investigación

Estudio descriptivo – relacional

1.3. Justificación.

1.3.1. Relevancia social

Dado que las mujeres gestantes son clasificadas como una población particularmente vulnerable desde el punto de vista sanitario, las instituciones del Estado han priorizado la creación, el fortalecimiento y la implementación de diversos programas de planificación familiar, para lo cual se han destinado recursos económicos significativos y sostenidos en el tiempo. Esta inversión responde al reconocimiento de que la maternidad constituye un periodo de especial sensibilidad física, emocional y social, lo que exige una atención integral que permita prevenir riesgos y garantizar condiciones óptimas de salud. No obstante, pese a la magnitud de estos esfuerzos institucionales y a la considerable inversión pública orientada a mejorar los indicadores reproductivos, los resultados obtenidos no siempre se reflejan con claridad en las encuestas sociodemográficas. Esta situación sugiere la existencia de brechas persistentes entre las políticas diseñadas y el impacto real que generan en la población objetivo, lo que plantea la necesidad de evaluar no solo la cobertura, sino también la efectividad y pertinencia de las intervenciones en planificación familiar. En el contexto nacional, las estrategias dirigidas a incrementar la aceptación de métodos anticonceptivos durante el periodo posparto han priorizado, fundamentalmente, la integración de los servicios de planificación familiar dentro de la atención materna. Este enfoque implica fortalecer la consejería desde las primeras etapas del embarazo, asegurando su continuidad durante el puerperio inmediato y mediano, con el propósito de proporcionar información oportuna, accesible y comprensible para todas las mujeres. La intención es que, a través de un acompañamiento adecuado, las puérperas reciban herramientas que les permitan tomar decisiones razonadas y coherentes con sus necesidades reproductivas. Sin embargo, a pesar de estas iniciativas, persisten diversas barreras de naturaleza cultural, social y personal que dificultan la aceptación e incluso el uso apropiado e informado de los métodos anticonceptivos disponibles. Estas limitaciones se expresan en creencias arraigadas, presiones familiares, falta de información adecuada, temores infundados y desigualdades estructurales que influyen

directamente en la conducta reproductiva de las mujeres. Como consecuencia de ello, un número considerable de ellas continúa experimentando embarazos no planificados, así como complicaciones que pueden comprometer su salud, generar riesgos adicionales durante el puerperio e incluso afectar el bienestar de sus hijos recién nacidos. Ante este panorama, se hace evidente la necesidad de profundizar en el análisis de los factores que influyen en el nivel de conocimiento y en la elección de métodos anticonceptivos en las puérperas. Contar con información actualizada, rigurosa y contextualizada permitiría no solo evaluar la eficacia de las estrategias actualmente aplicadas, sino también adaptarlas a las necesidades reales y cambiantes de esta población. El estudio de estos factores constituye, por tanto, una herramienta indispensable para optimizar la planificación familiar posparto y garantizar que las intervenciones respondan a los desafíos socioculturales, personales y sanitarios que enfrentan las mujeres en esta etapa. En consonancia con estas necesidades, el presente proyecto de investigación busca resaltar la importancia de fortalecer la consejería en planificación familiar mediante la intervención de personal debidamente capacitado y sensibilizado. La calidad de la consejería constituye un elemento central, puesto que permite no solo transmitir información técnica correcta, sino también generar un espacio de confianza en el que las puérperas puedan expresar dudas, derribar mitos persistentes y resolver inquietudes relacionadas con su salud reproductiva. Al asegurar un acompañamiento profesional adecuado, se contribuiría significativamente a reducir los costos que genera el tratamiento de complicaciones obstétricas, las cuales representan una carga considerable para el sistema de salud. Asimismo, se favorecería la ampliación del nivel de conocimiento de las mujeres, potenciando su capacidad para tomar decisiones libres e informadas. De este modo, cada puérpera tendría la posibilidad de seleccionar el método anticonceptivo que mejor se ajuste a sus condiciones personales, expectativas reproductivas y necesidades específicas, lo que fortalecería su autonomía y contribuiría a su bienestar integral. Fortalecer la toma de decisiones informada no solo tiene impacto en la salud individual, sino que también repercute en el desarrollo familiar y comunitario, consolidando un entorno social más equitativo y saludable. En síntesis,

abordar estas brechas mediante investigación, consejería de calidad y estrategias ajustadas a la realidad de las puérperas constituye un paso fundamental hacia la mejora continua de la salud sexual y reproductiva en el país.

1.3.2. Factibilidad

Durante nuestro periodo de internado en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, contamos con la oportunidad de acceder a información directa, confiable y altamente pertinente para el desarrollo tanto de nuestras actividades formativas como de nuestro trabajo de investigación. Este acceso fue posible gracias a la autorización formal otorgada por el director del establecimiento, quien evaluó minuciosamente la relevancia y la viabilidad del estudio antes de conceder su aprobación. Su intervención no solo garantizó que la investigación se ajustara a los lineamientos institucionales, sino también que cumpliera con los estándares éticos y administrativos establecidos para este tipo de procedimientos. Paralelamente, cada una de las puérperas inmediatas que participaron en el estudio otorgó su consentimiento previo e informado, lo cual reafirmó el compromiso con el respeto a su autonomía, dignidad y derechos como usuarias de los servicios de salud. Este proceso de consentimiento permitió además establecer una relación de confianza y apertura, indispensable para obtener información precisa, completa y acorde con la realidad de cada una de las participantes. El reconocimiento de sus inquietudes, así como la claridad en la explicación de los objetivos y procedimientos, favoreció un ambiente de colaboración genuina durante la recolección de datos. La combinación entre la autorización institucional y la participación voluntaria de las puérperas generó un entorno óptimo para la ejecución ordenada y ética del proceso investigativo. Gracias a ello, fue posible llevar a cabo una recolección de datos rigurosa, cuidadosamente documentada y respetuosa de las condiciones individuales de las participantes. Este enfoque permitió realizar una evaluación integral que consideró tanto las particularidades de las mujeres atendidas como las dinámicas propias del servicio de salud en el que fueron asistidas, asegurando que la información recopilada fuera válida, pertinente y útil para el análisis posterior. Asimismo, esta

experiencia contribuyó de manera significativa a reforzar nuestra comprensión sobre la importancia de la ética en la investigación sanitaria, poniendo en valor la responsabilidad profesional, la adecuada comunicación y el respeto hacia las personas que voluntariamente participan en estudios clínicos. En conjunto, todo este proceso no solo enriqueció el rigor metodológico del trabajo, sino que también fortaleció nuestra formación en la producción de conocimiento dentro del ámbito de la salud pública y materno-infantil.

1.3.3. Contribución académica y profesional

Al recopilar cuidadosamente la información y proceder a un análisis detallado y sistemático de los resultados obtenidos en este proyecto de investigación, se hará posible identificar con mayor precisión una serie de aspectos vinculados a los factores que influyen en el nivel de conocimiento que poseen las puérperas inmediatas respecto de los métodos anticonceptivos. Este proceso permitirá no solo reconocer qué elementos facilitan o limitan la comprensión adecuada sobre la anticoncepción, sino también evaluar en qué medida estos factores condicionan la capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas durante el periodo posparto inmediato. De esta forma, se podrá determinar cómo interactúan las características personales, sociales, culturales y asistenciales en la elección de los diferentes métodos disponibles, así como su impacto en la aceptación o rechazo de dichas alternativas. Los hallazgos obtenidos a partir de este estudio proporcionarán una visión más amplia y profunda sobre la realidad actual en torno al conocimiento y las preferencias anticonceptivas de esta población específica. Dichos resultados constituirán un insumo valioso para la elaboración de futuras guías académicas, protocolos y materiales de apoyo a nivel local, orientados a mejorar la educación en salud sexual y reproductiva. La información sistematizada permitirá desarrollar estrategias más precisas, contextualizadas y sensibles a las necesidades reales de las mujeres en etapa puerperal, lo que contribuirá a elevar la pertinencia y efectividad de las intervenciones educativas. De igual manera, los resultados del estudio servirán para fortalecer la calidad de la atención brindada por el personal de salud, ya que ofrecerán elementos para perfeccionar los

procesos de consejería, optimizar la comunicación con las usuarias y diseñar acciones pedagógicas más eficientes. Esta evidencia facilitará la creación de intervenciones mejor fundamentadas, capaces de abordar dudas frecuentes, desmontar mitos persistentes y promover decisiones anticonceptivas responsables, informadas y adaptadas a las condiciones individuales de cada mujer. En conjunto, estos aportes permitirán avanzar hacia una atención más integral y centrada en las necesidades reales de las puérperas, favoreciendo un proceso de toma de decisiones más consciente, seguro y acorde con las expectativas y circunstancias particulares de cada paciente.

2. Objetivos

- Identificar los factores personales, obstétricos y socioculturales en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, julio - setiembre 2025.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, julio – setiembre 2025.
- Establecer los métodos anticonceptivos elegidos por las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, julio – setiembre 2025.
- Determinar cuáles son los factores personales, obstétricos y socioculturales relacionados al nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, julio - setiembre 2025.
- Determinar cuáles son los factores personales, obstétricos y socioculturales relacionados a la elección de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, julio - setiembre 2025.

3. Marco teórico

3.1. Marco conceptual

3.1.1. Factores

Se entiende por factor a cualquier elemento capaz de ejercer influencia sobre un hecho, proceso o situación determinada. Desde esta perspectiva, los factores comprenden un conjunto amplio de aspectos, condiciones o circunstancias que intervienen en un fenómeno específico, orientando, modificando o condicionando la forma en que este se manifiesta y el resultado que finalmente adquiere. En este sentido, pueden actuar como causas que impactan de manera directa o indirecta en un acontecimiento, generando posteriormente un efecto observable y susceptible de análisis. No obstante, esta relación entre causa y efecto no debe interpretarse como un vínculo rígido, lineal o estrictamente matemático, ya que la realidad social y biológica en la que se presentan los fenómenos es, por lo general, dinámica y multifactorial. Más bien, se trata de una interacción compleja en la que el grado de influencia de cada factor puede variar considerablemente: en ciertos casos, puede ser decisivo y determinante, mientras que en otros solo ejerce una influencia parcial o limitada. Esto implica reconocer que, aunque los factores contribuyen al desarrollo, modificación o aparición de una situación, no poseen por sí solos la capacidad de definirla por completo, pues suelen coexistir y actuar simultáneamente con múltiples elementos adicionales que también intervienen en la configuración del resultado final. De esta manera, el análisis de los factores exige una mirada integral que considere la interacción conjunta de diversas condiciones que, en combinación, moldean la realidad estudiada. Adoptar esta perspectiva permite comprender con mayor profundidad la complejidad de los fenómenos y evita interpretaciones simplistas, favoreciendo aproximaciones más rigurosas y acordes con la naturaleza multidimensional de los procesos investigados (3).

3.1.2. Factores relacionados

Se utiliza en aquellos estudios que se llevan a cabo de manera paralela a la aplicación de pruebas estandarizadas, pues permite obtener información complementaria que enriquece de forma significativa el análisis central. Este tipo de enfoque investigativo suele apoyarse en diversos instrumentos estructurados — como cuestionarios, encuestas o formularios diseñados específicamente— que facilitan la recopilación de datos más detallados, precisos y relacionados con aspectos particulares del tema en estudio. A través de estos mecanismos es posible explorar dimensiones que las pruebas estandarizadas, por su naturaleza rígida y cuantitativa, no logran captar con profundidad. El propósito fundamental de este tipo de procedimiento es ampliar y contextualizar los resultados obtenidos en las evaluaciones principales, integrando elementos que permitan comprender de manera más completa las percepciones, actitudes, experiencias subjetivas o características específicas de los participantes. Al incorporar esta información adicional, el proceso investigativo trasciende la simple interpretación de valores numéricos o indicadores estadísticos, ofreciendo una perspectiva más amplia y enriquecida del fenómeno analizado. Lejos de limitarse a los datos cuantitativos derivados de las pruebas estandarizadas, esta estrategia integra información cualitativa y contextual que actúa como un complemento interpretativo, proporcionando una visión más profunda, matizada y coherente de la realidad estudiada. Gracias a ello, se favorece la elaboración de conclusiones más sólidas, mejor fundamentadas y alineadas con la complejidad del fenómeno investigado. En conjunto, este tipo de investigación contribuye a construir un análisis más integral, permitiendo comprender de manera más precisa la interacción entre diversos factores y la forma en que estos influyen en los resultados finales (4).

3.1.3. Factores personales

Constituyen un conjunto de características, predisposiciones y actitudes que forman parte integral de cada individuo, ya sea porque se encuentran presentes desde el nacimiento o porque se desarrollan de manera

progresiva a lo largo de su vida en estrecha interacción con el entorno social. Esta perspectiva parte del reconocimiento de que el ser humano no se desarrolla en aislamiento, sino que se encuentra inmerso en un contexto sociocultural que influye de forma permanente y significativa en su existencia. Dicho entorno, compuesto por la familia, la comunidad, las instituciones y las experiencias cotidianas, ejerce un papel determinante en la formación de la personalidad y en la configuración de los comportamientos. En este sentido, los elementos presentes en el ambiente inmediato y en el contexto más amplio en el que la persona se desenvuelve inciden de manera notable en su conducta, en la forma en que establece relaciones interpersonales y en su estado general de salud física, emocional y social. Cada vivencia, circunstancia y condición del entorno —desde las experiencias tempranas de socialización hasta las influencias culturales, educativas y económicas— contribuye, en mayor o menor medida, a moldear su identidad. Estos factores orientan sus comportamientos, modulan sus decisiones y condicionan su modo de actuar frente a distintas situaciones, configurando así un conjunto dinámico y complejo de respuestas que refleja la interacción constante entre el individuo y el mundo que lo rodea (5).

3.1.3.1. Edad

Hace referencia al período transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta un momento determinado de su vida. En otras palabras, constituye la dimensión temporal que permite identificar cuánto tiempo ha vivido un individuo y cómo ha avanzado en su proceso de desarrollo desde el inicio de su existencia hasta el punto en que se lleva a cabo la observación o valoración correspondiente. Esta medida no solo indica el tiempo vivido, sino que también se convierte en un referente esencial para interpretar la etapa vital en la que se encuentra la persona, ya que cada tramo del ciclo de vida está asociado a características físicas, emocionales, cognitivas y sociales propias. Así, conocer la edad permite contextualizar comportamientos, capacidades, necesidades y riesgos particulares, convirtiéndose en un indicador clave para la comprensión integral del individuo y su situación en un momento específico (6).

3.1.3.2. Grado de instrucción

Corresponde a nivel de Instrucción de una persona, es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. En este sentido, representa el nivel máximo alcanzado dentro de su trayectoria educativa en el momento en que se lleva a cabo la evaluación, constituyéndose en un indicador importante del progreso y la amplitud de su formación formal. Esta información permite, además, comprender el nivel de competencias, conocimientos y habilidades que el individuo ha tenido la oportunidad de desarrollar a lo largo de su proceso educativo, así como contextualizar su situación académica y socioeconómica en relación con su acceso a oportunidades formativas. De esta manera, el grado de instrucción no solo señala un punto alcanzado dentro del sistema educativo, sino que también refleja parte del camino recorrido y las posibilidades de desarrollo que derivan de dicha formación(7).

3.1.3.2.1. Analfabeta

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), una persona analfabeta es aquella que no cuenta con la capacidad de leer ni escribir una frase sencilla vinculada a situaciones de su vida cotidiana. Esta definición establece un umbral básico para evaluar el acceso a habilidades fundamentales de lectoescritura, competencias consideradas esenciales para la participación plena, autónoma y consciente dentro de la sociedad contemporánea. De esta forma, el alfabetismo se reconoce no solo como un indicador educativo, sino también como un elemento clave para el desarrollo personal, social y económico. En relación con los niveles educativos, el sistema distingue varias categorías que permiten clasificar el grado de formación alcanzado por un individuo (8).

- Primaria: Incluye tanto la educación primaria concluida como aquella que quedó inconclusa. Este nivel puede estructurarse por grados o por años, y su enseñanza puede orientarse a niños,

adolescentes o personas adultas, conforme a las disposiciones del sistema educativo vigente. Representa la base del proceso formativo, ya que proporciona los aprendizajes esenciales — lectoescritura, razonamiento lógico, formación en valores y competencias básicas— que permitirán transitar hacia niveles escolares posteriores y desarrollar habilidades para la vida diaria.

- Secundaria: Comprende la educación secundaria completa o incompleta. Este nivel se organiza usualmente por años y puede ofrecerse en modalidades dirigidas tanto a menores como a adultos, acorde con la normativa educativa del país. La educación secundaria constituye una etapa clave para el fortalecimiento de competencias cognitivas, sociales y técnicas que facilitan la continuidad hacia estudios superiores o la inserción en el ámbito laboral, funcionando como un puente entre la formación básica y las oportunidades académicas o profesionales futuras.
- Superior: Abarca la formación brindada por universidades e institutos pedagógicos nacionales. Se considera que una persona posee educación superior completa cuando ha culminado satisfactoriamente el último año o nivel del programa académico correspondiente; de no ser así, se clasifica como educación superior incompleta. Este nivel se caracteriza por ofrecer una preparación especializada, con mayor profundidad teórica y práctica, orientada a la adquisición de competencias profesionales y al desarrollo de capacidades analíticas propias de cada disciplina (9).

3.1.3.3. Estado civil

El matrimonio entre la madre y el hombre al que se le atribuye la paternidad establece el estado de hijo matrimonial, dado que este reconocimiento requiere necesariamente la existencia de un vínculo matrimonial previo entre ambos padres. La condición de hijo

matrimonial, por tanto, surge del marco legal que regula la filiación dentro del matrimonio y otorga un estatus jurídico específico que se deriva de dicha unión (10).

- Soltera: Se considera soltera a la persona que no ha constituido ningún vínculo matrimonial. Este estado civil se entiende como la condición natural de los individuos, en la cual mantienen únicamente relaciones de filiación con su familia de origen, sin haber establecido una unión legal o formal con otra persona. La soltería implica, además, la ausencia de responsabilidades legales derivadas de un matrimonio, situando a la persona en una posición de autonomía respecto a decisiones familiares y patrimoniales.
- Casada: El estado civil de casada se refiere a la situación en la que dos personas deciden unirse de manera voluntaria, tanto en el ámbito familiar como en el patrimonial, con la finalidad de construir una vida en común. Esta unión puede implicar la posibilidad de procrear, aunque no es un requisito indispensable. El vínculo matrimonial adquiere validez jurídica mediante la celebración del matrimonio civil, acto formal a través del cual se reconocen derechos y deberes recíprocos que estructuran la vida conyugal y familiar (11).
- Conviviente: Se denomina conviviente a la pareja conformada por un hombre y una mujer que comparten un hogar y mantienen una vida en común de manera pública, evidenciando ante la sociedad una relación con características propias de un matrimonio, aunque sin haber formalizado la unión mediante un acto civil o religioso. Esta modalidad de convivencia implica un reconocimiento social de la relación y refleja un compromiso afectivo y cotidiano, pero carece de la formalidad jurídica y de las implicancias legales que otorga el matrimonio formalmente constituido (12).

3.1.3.4. Ocupación

Alude a la actividad que una persona realiza de manera habitual, ya sea un empleo formal, un trabajo independiente, una ocupación específica o una profesión ejercida de manera continua. En términos generales, se refiere al rol o función que el individuo desempeña en su vida cotidiana y que demanda una inversión constante de tiempo, energía y habilidades. Esta actividad configura parte esencial de su rutina diaria y contribuye a su integración dentro del entorno laboral, económico o social en el que se desenvuelve. Además, la ocupación habitual no solo implica un compromiso sostenido, sino que también influye en la identidad personal, en la manera en que el individuo se relaciona con los demás y en la forma en que organiza su vida, dado que constituye un componente central de su participación activa en la sociedad (7).

3.1.4. Factores obstétricos

Los factores de riesgo obstétricos comprenden un conjunto de condiciones, características o circunstancias que incrementan la posibilidad de que ocurran enfermedades, complicaciones o incluso situaciones que pongan en riesgo la vida durante el embarazo, el trabajo de parto o el puerperio. Estos elementos adquieren una especial relevancia debido a que pueden modificar de manera significativa el curso normal del proceso reproductivo, alterando su evolución fisiológica y generando eventos que requieren un seguimiento más riguroso, así como intervenciones médicas oportunas. La presencia de estos factores implica que la gestación deja de considerarse de bajo riesgo y pasa a demandar una atención más especializada y cuidadosa. Asimismo, estos factores no solo repercuten en la salud y seguridad de la gestante, sino que también pueden comprometer el bienestar, la adaptación y la supervivencia del recién nacido. Cuando dichos factores están presentes, aumenta la vulnerabilidad tanto materna como neonatal, ya que existe una mayor probabilidad de que se produzcan complicaciones que, de no ser identificadas y tratadas a tiempo, podrían derivar en consecuencias graves. Entre estas complicaciones se

incluyen no solo eventos clínicos inmediatos, sino también repercusiones a mediano y largo plazo que pueden afectar la calidad de vida de la madre y del bebé. Por ello, la identificación temprana, la valoración correcta y el manejo adecuado de estos factores resultan fundamentales para garantizar un embarazo más seguro. Reconocerlos a tiempo permite implementar medidas preventivas, ajustar los cuidados prenatales y adoptar decisiones clínicas que contribuyan a disminuir el riesgo de resultados adversos. En conjunto, este enfoque preventivo fortalece la atención obstétrica y constituye una estrategia esencial para mejorar los indicadores de salud materna y neonatal (13).

3.1.4.1. Atención prenatal

La atención prenatal reenfocada se concibe como un conjunto de intervenciones orientadas a brindar un seguimiento continuo y una evaluación integral tanto de la mujer gestante como del desarrollo fetal, con el propósito de asegurar que el nacimiento ocurra en las mejores condiciones posibles de salud. Este tipo de atención debe ofrecerse de manera sistemática en todos los establecimientos de salud, a cargo de profesionales capacitados —como médicos y obstetras— y respaldada por un equipo multidisciplinario que contribuya a una vigilancia exhaustiva y oportuna del embarazo. El enfoque plantea, de manera fundamental, la necesidad de realizar al menos seis controles prenatales, recomendándose que el inicio de estos se produzca durante el primer trimestre, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, a fin de garantizar una supervisión temprana y eficaz. El cumplimiento adecuado de estas consultas resulta esencial para detectar factores de riesgo de manera oportuna, orientar adecuadamente a la gestante y monitorear el bienestar fetal durante todo el proceso (14).

- ≤ 5 controles: Se considera que una gestante ha recibido un control prenatal deficiente cuando el seguimiento de su embarazo se ha limitado a cinco controles o menos. Esta insuficiencia disminuye la capacidad de identificar complicaciones a tiempo y reduce la

eficacia de intervenciones preventivas que podrían contribuir a evitar resultados adversos. La falta de controles adecuados compromete la vigilancia del desarrollo fetal y limita la detección temprana de riesgos que podrían manejarse eficazmente con una atención regular.

- ≥ 6 controles: Se clasifica como adecuado el control prenatal cuando la gestante cumple con un mínimo de seis consultas, distribuidas de acuerdo con las recomendaciones clínicas establecidas: la primera y la segunda antes de la semana 22, la tercera entre las semanas 22 y 24, la cuarta entre las 27 y 29, la quinta entre las 33 y 35 y la sexta entre la semana 37 y el final del embarazo. Esta secuencia permite un seguimiento sistemático, ordenado y preventivo de la evolución del embarazo, optimizando la detección de riesgos, la educación materna y el acompañamiento profesional. De este modo, la atención prenatal se convierte en una herramienta indispensable para promover embarazos saludables y prevenir complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido (15).

3.1.4.2. Tipo de parto

Consiste en un conjunto de contracciones uterinas rítmicas que pueden manifestarse de manera espontánea o ser inducidas mediante el empleo de sustancias médicas, y que permiten llevar a cabo el borramiento —entendido como el adelgazamiento y acortamiento progresivo— y la dilatación del cuello uterino. Ambos procesos son indispensables para que el trabajo de parto progrese adecuadamente y para que el feto pueda descender por el canal del parto. Estas contracciones representan un fenómeno fisiológico esencial que marca el inicio del proceso de nacimiento y constituyen uno de los eventos más importantes en el ciclo reproductivo humano. En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una definición de lo que constituye un nacimiento normal, formulando criterios específicos que permiten identificar cuándo este proceso se desarrolla sin intervenciones

innecesarias y bajo condiciones de bajo riesgo para la madre y el recién nacido. Según dicha definición:

- El trabajo de parto debe comenzar de manera espontánea y el embarazo debe considerarse de bajo riesgo al inicio del proceso, manteniendo esta condición a lo largo de todo el trabajo de parto y el parto.
- El nacimiento debe producirse de manera espontánea, con el feto en presentación de vértice, entre las 37 y 42 semanas de gestación, lo cual corresponde al periodo considerado como término.
- Tanto la madre como el recién nacido deben encontrarse en buenas condiciones generales después del nacimiento, sin complicaciones que requieran intervenciones adicionales.

Aunque los mecanismos fisiológicos exactos que desencadenan el inicio del trabajo de parto aún no han sido completamente esclarecidos, se reconoce que ciertas maniobras, como la manipulación digital o el estiramiento del cuello uterino durante un examen clínico, pueden incrementar la actividad contráctil del útero. Este efecto se debe, probablemente, a la estimulación de la liberación de oxitocina por parte de la hipófisis posterior, hormona fundamental en la regulación de la contractilidad uterina. En el caso de embarazos a término sin complicaciones, el inicio del trabajo de parto suele ocurrir dentro de un intervalo aproximado de dos semanas antes o después de la fecha estimada de parto, lo que refleja la variabilidad fisiológica normal. Asimismo, en mujeres que experimentan su primer embarazo, la duración promedio del trabajo de parto oscila entre 12 y 18 horas, debido a que los tejidos aún no han sido expuestos previamente a este proceso. En cambio, en embarazos posteriores, este tiempo tiende a ser considerablemente más corto, promediando entre 6 y 8 horas, ya que el cuello uterino y el útero muestran una mayor capacidad de respuesta y adaptación como resultado de gestaciones previas (16).

3.1.4.3. Parto vaginal (parto eutócico)

Es un proceso que se inicia y progresa de manera completamente natural, siguiendo un ritmo considerado adecuado para el desarrollo fisiológico del trabajo de parto. A lo largo de este periodo, los distintos factores que intervienen —como la actividad contráctil del útero, la dilatación gradual del cuello uterino, la modificación de los tejidos maternos y el adecuado descenso y encajamiento fetal— actúan de forma armónica, coordinada y secuencial. Esta interacción equilibrada permite que el organismo materno responda de manera eficiente a las demandas del parto, manteniendo la estabilidad del proceso y favoreciendo su evolución normal sin la necesidad de intervenciones externas. La sincronía entre los elementos biológicos, hormonales y mecánicos constituye un componente esencial para que el trabajo de parto avance sin complicaciones, garantizando que se respeten los tiempos fisiológicos propios de cada etapa. El proceso culmina con la expulsión vaginal de un único producto de la concepción que se encuentra en presentación cefálica de vértex, es decir, con la cabeza orientada hacia la salida del canal del parto, posición considerada la más segura y favorable para el nacimiento. Asimismo, este evento final incluye la expulsión de los anexos fetales —la placenta, las membranas ovulares y el cordón umbilical— que completan el proceso reproductivo y marcan la finalización del parto. En su conjunto, este curso fisiológico refleja el funcionamiento adecuado y eficiente del sistema reproductor materno y constituye la manera más habitual, natural y esperada de culminación del embarazo cuando no existen factores de riesgo que alteren su evolución. De esta forma, el desarrollo normal del trabajo de parto se entiende como una manifestación plena de la capacidad biológica de la mujer para llevar a término la gestación y facilitar el nacimiento de su hijo bajo condiciones óptimas de salud (17).

3.1.4.4. Lactancia materna durante el alojamiento conjunto

Se denomina alojamiento conjunto a la permanencia continua de la

madre y su recién nacido en una misma habitación, práctica que busca favorecer un contacto estrecho e ininterrumpido desde las primeras horas posteriores al nacimiento. Esta cercanía facilita no solo el fortalecimiento del vínculo afectivo, sino también el reconocimiento oportuno de las necesidades del bebé, lo que permite que la madre responda de manera inmediata a sus señales, promoviendo una interacción más sensible y adecuada. Asimismo, este modelo de cuidado contribuye de manera decisiva al inicio temprano y a la correcta instauración de la lactancia materna exclusiva, ya que posibilita una mayor frecuencia de tomas y un acompañamiento más cercano por parte del personal de salud durante los primeros intentos de amamantamiento. El alojamiento conjunto se extiende desde el nacimiento del recién nacido hasta el momento en que ambos son dados de alta, periodo durante el cual se garantiza una supervisión continua orientada a promover el bienestar físico, emocional y nutricional de la díada madre-hijo. Además, esta modalidad permite reforzar la educación en cuidados básicos del recién nacido, fortalecer la confianza materna y facilitar la detección precoz de cualquier signo de alarma, convirtiéndose así en una estrategia integral que contribuye a un mejor comienzo de la vida extrauterina (18).

3.1.4.4.1. Lactancia materna exclusiva

La lactancia materna exclusiva constituye un proceso biológico propio de la mujer durante la gestación y el posparto, cuyo objetivo esencial es garantizar la adecuada nutrición y protección del recién nacido desde el nacimiento hasta los primeros seis meses de vida. Este mecanismo natural, perfeccionado a lo largo de la evolución humana, proporciona al bebé una alimentación óptima, completamente adaptada a sus necesidades fisiológicas, inmunológicas y metabólicas durante esta etapa inicial. La evidencia científica acumulada a lo largo de las últimas décadas ha consolidado de manera firme los múltiples beneficios de la lactancia materna exclusiva (LME), lo que ha favorecido su reconocimiento como una práctica indispensable para promover la salud infantil. Uno de los aportes más destacados es su capacidad para

disminuir significativamente la mortalidad infantil, debido a que la leche materna contiene nutrientes esenciales y una amplia variedad de anticuerpos y factores inmunológicos que fortalecen el sistema defensivo del recién nacido (19).

3.1.4.4.2. Lactancia materna artificial

Las fórmulas infantiles constituyen una alternativa de alimentación diseñada para evitar la desnutrición del lactante en situaciones en las que, por motivos de fuerza mayor, la madre no puede ofrecer leche materna o cuando el recién nacido presenta alguna condición que dificulta o impide su succión, digestión o tolerancia adecuada a la leche materna. Bajo estas circunstancias, su uso resulta indispensable, ya que permiten cubrir las necesidades nutricionales mínimas para mantener un crecimiento y desarrollo adecuados durante los primeros meses de vida. Sin embargo, cuando tanto la madre como el lactante se encuentran en buen estado de salud, el empleo de fórmulas infantiles no es aconsejable. Esto se debe a que, si bien están diseñadas para aproximarse a la composición nutritiva de la leche materna, no logran igualar la complejidad de sus componentes inmunológicos, protectores y bioactivos, los cuales desempeñan un papel crucial en la maduración del sistema inmunitario y en la prevención de diversas enfermedades durante la primera infancia. Además, el uso inadecuado de estas fórmulas —ya sea por una preparación incorrecta, una dilución inexacta, problemas de higiene o almacenamiento inapropiado— puede exponer al bebé a riesgos como infecciones gastrointestinales, desequilibrios nutricionales o dificultades en el aumento de peso.

Por estas razones, en condiciones normales, las fórmulas infantiles no sustituyen de manera equivalente a la leche materna. Su utilización debe limitarse a los casos en los que exista una indicación médica o social debidamente justificada, garantizando que su preparación y administración sigan las recomendaciones técnicas necesarias para salvaguardar la salud y el bienestar del lactante (20).

3.1.4.4.3. Lactancia materna combinada

Hace referencia a un tipo de alimentación en la que la leche materna continúa siendo el componente principal de la dieta del lactante, pero se complementa con otros productos que buscan cubrir las necesidades nutricionales que van surgiendo conforme el niño crece. Esta suplementación puede incluir fórmula infantil, alimentos especialmente formulados para bebés e incluso pequeñas cantidades de agua, según la edad y los requerimientos propios de cada etapa del desarrollo. Este esquema de alimentación combinada responde a la necesidad de asegurar un aporte adecuado de energía, vitaminas, minerales y demás nutrientes esenciales en momentos en los que la leche materna, por sí sola, deja de ser suficiente para mantener un crecimiento óptimo. Así, la alimentación mixta permite acompañar de manera gradual la transición del lactante hacia una dieta más variada, sin dejar de lado los beneficios biológicos, inmunológicos y afectivos que ofrece la leche materna como base fundamental de su nutrición (21).

3.1.4.5. Paridad

Se refiere al número total de partos que una mujer ha experimentado a lo largo de su vida, sin distinguir entre aquellos que ocurrieron de manera espontánea y sin complicaciones — partos eutócicos — y aquellos que requirieron asistencia especializada o presentaron dificultades — partos distócicos —. Para que cada uno de estos eventos sea considerado dentro de este recuento, es imprescindible que el recién nacido haya cumplido al menos uno de los siguientes criterios clínicos: alcanzar un peso igual o superior a 500 gramos, medir 25 centímetros o más de longitud, o haber llegado a una edad gestacional superior a las 20 semanas. Estos parámetros permiten estandarizar la evaluación del historial obstétrico, proporcionando una base objetiva y comparable para el análisis reproductivo de la mujer. A partir de este registro, es posible valorar con mayor precisión los antecedentes maternos, identificar posibles riesgos en futuras gestaciones y orientar

adecuadamente las intervenciones clínicas destinadas a proteger la salud de la madre y del recién nacido (22).

3.1.4.5.1. Nulípara

Se refiere a una mujer que nunca ha dado a luz o que no ha logrado superar las 20 semanas de gestación en ninguno de sus embarazos previos. Dentro de esta categoría se incluyen tanto aquellas que jamás han cursado un embarazo como aquellas que, habiéndolo iniciado, presentaron una interrupción temprana por diferentes causas, entre las que se encuentran el aborto espontáneo, el aborto electivo o la presencia de un embarazo ectópico. En todos estos escenarios, la gestación no alcanzó el umbral clínico que permite clasificar el evento como un parto, razón por la cual la mujer es ubicada dentro de esta condición. Esta clasificación resulta relevante en el ámbito obstétrico, ya que permite comprender mejor los antecedentes reproductivos de la paciente y orientar adecuadamente la atención y el asesoramiento en futuras gestaciones (23).

3.1.4.5.2. Primípara

Se describe a una mujer que ha dado a luz en una única ocasión, independientemente de que el recién nacido —o los recién nacidos, en el caso de embarazos múltiples— haya sobrevivido o no, siempre que la gestación haya alcanzado al menos las 20 semanas. Este límite gestacional funciona como un parámetro clínico que permite diferenciar un parto de una pérdida temprana, ofreciendo así un criterio uniforme para clasificar los antecedentes obstétricos. En el pasado, la definición de parto incluía también el peso del recién nacido, estableciendo un mínimo de 500 gramos para distinguir un nacimiento de un aborto. Este criterio sigue siendo empleado en algunos países, como Estados Unidos, para diferenciar un mortinato de una pérdida gestacional temprana. Sin embargo, los avances en tecnología médica y en el cuidado neonatal han ampliado las posibilidades de supervivencia de recién nacidos con pesos considerablemente menores, lo que ha llevado a replantear los

parámetros tradicionales. Como consecuencia, la edad gestacional se ha consolidado como el indicador más relevante y preciso para clasificar los eventos obstétricos en la práctica clínica contemporánea, ya que refleja de manera más adecuada las condiciones reales del desarrollo fetal y las capacidades actuales de la atención neonatal (23).

3.1.4.5.3. Segundípara

Corresponde a la mujer que ha experimentado dos partos a lo largo de su vida, sin importar si estos ocurrieron de manera eutócica, es decir, con un desarrollo normal o distócica, cuando el proceso requirió intervenciones o presentó complicaciones. Para que ambos eventos sean incluidos en el registro obstétrico, es necesario que cada recién nacido haya cumplido al menos uno de los criterios clínicos establecidos: un peso igual o superior a 500 gramos, una longitud mínima de 25 centímetros o una edad gestacional mayor a 20 semanas. Estos parámetros permiten estandarizar la clasificación y asegurar que se contabilicen únicamente aquellos partos que alcanzaron un nivel de desarrollo suficiente para ser considerados clínicamente como tales. De este modo, se obtiene un historial obstétrico más preciso y coherente, útil tanto para la valoración actual de la paciente como para la toma de decisiones en embarazos futuros (22).

3.1.4.5.4. Multípara

Se denomina a la mujer que ha experimentado más de dos partos a lo largo de su vida, sin distinguir si estos ocurrieron de forma eutócica cuando el trabajo de parto transcurrió con normalidad o distócica, es decir, cuando se presentaron complicaciones que requirieron intervenciones médicas. Para que cada uno de estos eventos sea registrado dentro del recuento obstétrico, es indispensable que el recién nacido haya cumplido al menos uno de los criterios clínicos establecidos: alcanzar un peso igual o superior a 500 gramos, medir 25 centímetros o más, o haber superado las 20 semanas de edad gestacional. La utilización de estos parámetros permite diferenciar

con claridad los partos de otras pérdidas gestacionales tempranas, lo que contribuye a mantener un historial obstétrico más exacto y clínicamente útil. Asimismo, estos criterios aseguran que solo se consideren como partos aquellos eventos en los que el desarrollo fetal ha alcanzado un nivel suficiente para ser reconocido dentro de las clasificaciones obstétricas formales. Esto resulta esencial para una adecuada evaluación del estado reproductivo de la mujer, así como para la planificación y el seguimiento de futuros embarazos, el número de partos previos constituye un indicador relevante en la práctica clínica (22).

3.1.4.6. Uso previo de métodos anticonceptivos

El uso previo de métodos anticonceptivos alude a la experiencia inicial de emplear distintos recursos destinados a evitar o reducir la probabilidad de embarazos no planificados, tanto por parte de mujeres como de hombres. Estos métodos pueden adquirirse en una variedad de espacios, como centros de salud, farmacias, servicios comunitarios o programas de atención pública, lo que facilita su accesibilidad y adapta su distribución a las necesidades de la población. La decisión de utilizarlos implica un acto consciente y deliberado, orientado a ejercer control sobre la fertilidad y a planificar de manera más responsable el momento y las circunstancias en que se desea tener hijos. En este sentido, el uso previo de anticonceptivos forma parte esencial del ejercicio pleno de la salud sexual y reproductiva, ya que refleja un proceso de autonomía, información y toma de decisiones que contribuye a la prevención de embarazos no deseados y a la promoción del bienestar integral de quienes los emplean (24).

3.1.4.7. Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos constituyen un conjunto de recursos destinados a prevenir o disminuir la probabilidad de un embarazo no planificado, y pueden ser utilizados tanto por mujeres como por hombres, dependiendo de sus características y de las indicaciones específicas de cada opción. Estos métodos se agrupan en diversas

categorías, entre las que destacan los hormonales, los no hormonales, los naturales y los de barrera, cada una con mecanismos de acción particulares orientados a regular la fertilidad de forma temporal y reversible. Los métodos hormonales actúan mediante la administración de hormonas sintéticas que inhiben la ovulación, espesan el moco cervical o generan cambios en el endometrio, dificultando la fecundación o la implantación. En contraste, los métodos no hormonales incluyen dispositivos o procedimientos que no interfieren directamente con el sistema endocrino, como los dispositivos intrauterinos de cobre, cuya acción se basa en crear un ambiente hostil para los espermatozoides. Los métodos naturales, por su parte, se apoyan en la identificación del ciclo menstrual y de los periodos fértiles, lo que permite evitar relaciones sexuales o utilizar un método complementario en los días de mayor probabilidad de concepción. Finalmente, los métodos de barrera impiden físicamente el contacto entre los espermatozoides y el óvulo, como ocurre con los condones o los diafragmas. En conjunto, estas alternativas proporcionan un abanico de opciones que permite a cada persona seleccionar la forma más adecuada y segura de planificar su vida reproductiva de acuerdo con sus necesidades, preferencias personales y condiciones de salud, favoreciendo así una toma de decisiones informada y responsable (24).

3.1.4.8. Factores socioculturales

Se entiende como un conjunto amplio y dinámico de elementos que integra tanto factores internos —como las creencias personales, las habilidades cognitivas y emocionales, las experiencias previas y la manera en que cada individuo interpreta, organiza y da sentido a su propia realidad— como factores externos, entre los que destacan la educación formal e informal recibida, las normas sociales, los mensajes transmitidos por la comunidad y el acceso a información dentro de un determinado contexto cultural. Estos componentes no actúan de manera aislada; por el contrario, interactúan de forma permanente y se influyen mutuamente, dando lugar a un entramado complejo que orienta la conducta, condiciona la toma de decisiones y moldea las actitudes

frente a diferentes situaciones de la vida cotidiana. De esta interacción surgen patrones de comportamiento que reflejan no solo las características personales de cada individuo, sino también las influencias socioculturales que lo rodean. Así, este conjunto de elementos contribuye a comprender por qué las personas actúan de una u otra manera, y cómo factores internos y externos se combinan para dar forma a las decisiones que adoptan en diversos ámbitos de su vida (25).

3.1.4.9. Religión

Se concibe como un sistema estructurado de creencias, normas y prácticas que orientan la vida espiritual de las personas hacia lo sagrado, entendido como aquello que posee un valor trascendente y que se manifiesta a través de símbolos, rituales y experiencias consideradas significativas dentro de una comunidad. Esta comunidad moral organizada, denominada iglesia, está integrada por individuos que comparten dichos principios y los incorporan de manera constante en su vida cotidiana, otorgándoles un sentido ético y espiritual. La religión, en este sentido, no solo cumple una función devocional, sino que también actúa como un marco orientador que regula comportamientos, define valores y establece pautas de convivencia social. En el presente trabajo se analizan distintos aspectos que permiten comprender cómo las principales tradiciones religiosas de carácter monoteísta —entre ellas el catolicismo, el cristianismo y otras corrientes afines— han ejercido una influencia profunda y sostenida sobre las decisiones relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos. A través de su doctrina moral, sus principios éticos y sus enseñanzas históricas, estas religiones han moldeado durante décadas las percepciones, actitudes y prácticas de numerosos creyentes en torno a la planificación familiar y la regulación de la fertilidad. Su influencia se expresa tanto en la aprobación o rechazo de determinados métodos como en la manera en que las personas conciben la maternidad, la responsabilidad reproductiva y el papel de la familia dentro de su proyecto de vida. De esta forma, la religión continúa desempeñando un

papel relevante en la construcción de criterios y comportamientos vinculados a la salud sexual y reproductiva, evidenciando que las creencias espirituales siguen siendo un componente decisivo en la toma de decisiones reproductivas (26).

3.1.4.10. Influencia de la pareja en la elección en el uso de métodos anticonceptivo

Castelló señala que tanto en el trastorno de personalidad por dependencia como en la dependencia emocional se manifiestan una serie de rasgos característicos que comparten un mismo eje: la necesidad intensa y continua de mantener un vínculo estrecho con la persona de la cual se depende. Entre estos rasgos destacan la búsqueda constante de cercanía física o emocional, el temor profundo y persistente ante la posibilidad de separación o abandono, la adopción de conductas sumisas que buscan preservar la relación a toda costa, así como el malestar significativo que genera la soledad. A esto se suma la tendencia a establecer rápidamente un nuevo vínculo —generalmente una relación de pareja— tras una ruptura, con el propósito de trasladar a esta nueva figura la dependencia afectiva previa. No obstante, Castelló precisa que, a pesar de estas similitudes conductuales y emocionales, ambas condiciones presentan diferencias sustanciales en cuanto a la naturaleza y el origen de la dependencia. En el trastorno de personalidad por dependencia, la necesidad de apoyarse en otro surge de una percepción persistente de vulnerabilidad y desprotección. La persona experimenta una marcada dificultad para tomar decisiones por sí misma, lo que la impulsa a buscar figuras de apoyo que le proporcionen seguridad, guía y contención. En este caso, la dependencia no se limita únicamente a una relación de pareja: puede extenderse a familiares, amigos u otras personas significativas que el individuo considera indispensables para desenvolverse en la vida diaria. Esta búsqueda constante de apoyo externo refleja una baja autonomía personal y una escasa confianza en las propias capacidades, elementos centrales en la configuración de este trastorno.

3.1.4.11. Influencia familiar en la elección del método anticonceptivo

La familia constituye, igualmente, un factor decisivo en las decisiones que toma la puérpera, ya que actúa como el núcleo central de la vida social y el primer entorno en el que cada individuo adquiere valores, normas, creencias y pautas de comportamiento. Es dentro de este espacio donde se desarrollan las primeras experiencias afectivas y se consolidan aprendizajes sociales que influyen de manera directa en la interpretación que la mujer hace de su realidad y en la forma en que enfrenta los retos propios del periodo posparto. En este sentido, las opiniones expresadas por los miembros de la familia, el apoyo emocional que brindan y las creencias que transmiten pueden desempeñar un papel determinante al orientar, reforzar o incluso modificar las decisiones que la puérpera adopta en relación con su autocuidado, el manejo de su salud y el bienestar de su recién nacido. La influencia familiar puede manifestarse tanto de manera positiva como negativa. En algunos casos, se convierte en un soporte esencial que favorece la toma de decisiones informadas, proporcionando acompañamiento, confianza y una red de apoyo que facilita la adaptación a los cambios físicos y emocionales propios del puerperio. Sin embargo, en otras situaciones, las creencias arraigadas, las presiones sociales o las expectativas tradicionales pueden limitar la autonomía de la mujer, condicionando su percepción sobre lo que considera adecuado o necesario durante esta etapa. Así, la familia no solo contribuye a moldear el proceso de toma de decisiones, sino que también puede influir en la capacidad de la puérpera para ejercer plenamente su autonomía y adoptar prácticas de cuidado acordes con sus necesidades y preferencias (27).

3.1.5. Nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos

Constituye un factor determinante que ejerce una influencia profunda en la forma en que las personas regulan, interpretan y orientan sus prácticas y conductas sexuales. Este tipo de conocimiento integra diversos componentes que van desde la comprensión básica sobre la necesidad de emplear métodos anticonceptivos hasta la capacidad de reconocer los riesgos que implica su uso inadecuado, los beneficios que aportan para la salud sexual y reproductiva y las posibles limitaciones o efectos secundarios que pueden presentarse según el método elegido. Esta información no solo actúa como un recurso cognitivo, sino también como una herramienta que guía la toma de decisiones cotidianas en el ámbito sexual. En conjunto, este saber favorece que las personas adopten decisiones más informadas, responsables y acordes con sus circunstancias personales, promoviendo comportamientos que resguarden su bienestar físico, emocional y reproductivo. Asimismo, el conocimiento adecuado contribuye a disminuir la probabilidad de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual y otras consecuencias asociadas a la falta de información o a la presencia de creencias erróneas. De este modo, se convierte en un elemento clave para fortalecer la autonomía y la capacidad de las personas para gestionar su salud sexual de manera consciente y preventiva (28).

3.1.5.1. Uso y elección

Corresponde al nivel de comprensión que posee la paciente respecto a la naturaleza y finalidad de los métodos anticonceptivos, así como a su capacidad para reconocer y diferenciar las distintas categorías existentes, entre las que se incluyen los métodos naturales, hormonales, de barrera y quirúrgicos. Este conocimiento no se limita únicamente a identificar cada opción, sino que abarca también la habilidad de analizar sus características, ventajas, limitaciones y requisitos de uso. De esta manera, implica un proceso de reflexión que permite a la paciente evaluar cuál de estos métodos se adapta mejor a sus preferencias personales, a sus expectativas reproductivas, a su estado de salud y a las circunstancias particulares que atraviesa. Gracias a ello, puede tomar

decisiones informadas orientadas a prevenir un embarazo no planificado y, en determinados casos, a reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual. En conjunto, este nivel de comprensión constituye un componente esencial para promover una elección responsable, consciente y acorde con las necesidades reales de cada mujer (28).

3.1.5.2. Clasificación

Se refiere a la capacidad de la paciente para reconocer, diferenciar y clasificar adecuadamente los métodos anticonceptivos que menciona, asignándolos a la categoría que les corresponde, ya sea métodos naturales, hormonales, de barrera física, de barrera química o quirúrgicos. Este proceso de identificación y organización no solo demuestra que la paciente está familiarizada con la existencia de diversas alternativas anticonceptivas, sino que también revela un nivel de comprensión más profundo sobre las particularidades que distinguen a cada grupo, como su mecanismo de acción, su forma de uso y el objetivo específico que cumplen dentro de la planificación familiar. El hecho de que la paciente pueda clasificar correctamente estos métodos indica que posee una estructura cognitiva ordenada en relación con la anticoncepción, lo cual es fundamental para la toma de decisiones informadas. Además, esta habilidad facilita que pueda valorar con mayor claridad las ventajas y limitaciones de cada categoría, contribuyendo así a una elección más consciente y acorde con sus necesidades, condiciones de salud y expectativas reproductivas (28).

3.1.5.3. Forma de uso

Hace referencia al grado de comprensión que posee la paciente respecto a la forma adecuada de utilizar cada uno de los métodos anticonceptivos que menciona. Esto implica no solo reconocer el método en sí, sino también dominar los pasos específicos que garantizan su correcta aplicación, la frecuencia con la que debe emplearse y las condiciones necesarias para asegurar su máxima eficacia. En este sentido, la paciente debe conocer, por ejemplo, cómo se coloca adecuadamente un método de barrera, cada cuánto tiempo debe administrarse un anticonceptivo hormonal, o cuáles son las pautas que deben respetarse para que un

método natural resulte confiable. Esta comprensión abarca, además, la capacidad de diferenciar entre un uso correcto y uno inadecuado, así como de identificar errores comunes que podrían disminuir la efectividad del método seleccionado. De este modo, el conocimiento sobre la forma correcta de uso se convierte en un componente clave para la prevención de embarazos no planificados y, en ciertos casos, para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual. En conjunto, este nivel de entendimiento permite a la paciente asumir un rol más activo y responsable en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, fortaleciendo su autonomía y mejorando la toma de decisiones en relación con la planificación familiar (28).

3.1.5.4. Tasa de falla

Alude a la comprensión que posee la paciente respecto a que ningún método anticonceptivo garantiza una protección absoluta. Esto implica que la mujer reconoce que todos los métodos, sin excepción, presentan un margen de fallo inherente, por más reducido que este sea. Comprender esta realidad supone aceptar que la eficacia nunca alcanza el cien por ciento y que, en consecuencia, siempre existe una posibilidad —aunque sea mínima— de que el método no funcione exactamente como se espera. Este entendimiento constituye un componente fundamental dentro del proceso de toma de decisiones informadas, ya que permite a la paciente tener una expectativa realista sobre la efectividad de cada alternativa anticonceptiva. Asimismo, favorece que adopte una postura responsable frente a su salud sexual y reproductiva, considerando tanto las ventajas como las limitaciones de los métodos disponibles. Reconocer la existencia de este margen de error también contribuye a que la paciente evalúe con mayor claridad si requiere medidas complementarias o estrategias adicionales para reducir el riesgo de un embarazo no planificado, según sus necesidades y circunstancias personales (28).

3.1.5.5. Efectos secundarios

Hace referencia al nivel de comprensión que tiene la paciente sobre los efectos secundarios más frecuentes asociados a los métodos

anticonceptivos que menciona. Esto implica no solo conocer que estos métodos pueden generar determinadas reacciones o molestias, sino también identificar cuáles de ellas son esperables según el tipo de anticonceptivo utilizado. En este sentido, la paciente debe ser capaz de reconocer cambios como alteraciones en el ciclo menstrual, variaciones en el peso, cefaleas, náuseas u otras manifestaciones comunes, comprendiendo que forman parte del funcionamiento propio del método y que, en la mayoría de los casos, no representan un riesgo grave para su salud. Asimismo, este conocimiento le permite anticipar y manejar adecuadamente dichas reacciones, interpretándolas dentro de un marco de normalidad y diferenciándolas de señales que podrían indicar una complicación que amerite consulta médica. De esta manera, la paciente adquiere una visión más completa sobre lo que implica el uso de un método anticonceptivo, lo que favorece una elección más consciente y reduce la posibilidad de abandono prematuro por desconocimiento o miedo. En conjunto, este nivel de comprensión fortalece su autonomía y contribuye a un uso más seguro, adecuado y sostenido de los métodos de planificación familiar (28).

3.1.5.6. Conocimiento alto

Se evidencia un funcionamiento cognitivo adecuado, condición que permite que las intervenciones dirigidas a la persona sean pertinentes, oportunas y efectivas. Este nivel de desempeño se manifiesta a través de una capacidad sólida para conceptualizar ideas, estructurar un pensamiento ordenado y sostener razonamientos coherentes. A ello se suma una comunicación clara, precisa y bien fundamentada, que refleja no solo dominio del contenido, sino también la habilidad para expresarlo de manera comprensible. Asimismo, la persona demuestra competencia para identificar la información relevante dentro de un conjunto de datos, organizarla siguiendo una secuencia lógica y aplicarla adecuadamente para cumplir con el objetivo planteado. Esta capacidad de selección, estructuración y utilización de la información evidencia un procesamiento cognitivo eficiente, en el que intervienen procesos como la atención, la comprensión, la memoria y el

razonamiento analítico. De este modo, la persona no solo comprende la información, sino que la emplea de manera funcional, lo que se traduce en decisiones acertadas y en un desempeño favorable en las actividades que requieren análisis y resolución de problemas (29).

3.1.5.7. Conocimiento medio

También denominado funcionamiento regular, se caracteriza por una integración parcial de las ideas y por una coherencia que, aunque está presente, no siempre se sostiene de manera continua o plenamente articulada. En este nivel, la persona es capaz de expresar los conceptos esenciales relacionados con la situación o tarea que enfrenta, mostrando una comprensión básica y funcional del contenido. Asimismo, demuestra la capacidad de identificar la información relevante, organizarla de forma general y emplearla para responder o actuar ante una demanda específica. No obstante, este proceso cognitivo se desarrolla con menor fluidez, precisión o eficacia en comparación con un funcionamiento considerado óptimo. Es posible observar ciertas dificultades en la articulación de ideas, ligeras inconsistencias en el razonamiento o una menor claridad en la exposición, lo que puede requerir un esfuerzo adicional para lograr una expresión coherente. A pesar de estas limitaciones, el individuo consigue alcanzar los objetivos propuestos, aunque el proceso demande un mayor gasto cognitivo o presente algún grado de imprecisión en la elaboración de sus planteamientos. En conjunto, este perfil refleja un desempeño suficientemente adecuado, pero con un margen de mejora notable en términos de organización, coherencia y exactitud conceptual (29).

3.1.5.8. Conocimiento bajo

capacidad cognitiva limitada, situación que se refleja de manera directa en una expresión imprecisa y poco clara de los conceptos fundamentales que deberían ser comunicados. Los términos utilizados carecen de la precisión, relevancia y coherencia necesarias para transmitir adecuadamente las ideas, lo que indica dificultades en los procesos de selección y estructuración del contenido. Del mismo modo,

la persona no logra identificar la información pertinente, ni organizarla de manera lógica, ni emplearla de forma correcta para dar respuesta a las demandas cognitivas o comunicativas del contexto. En conjunto, estas dificultades evidencian un funcionamiento cognitivo deficiente que impacta tanto en la calidad de la comunicación como en la comprensión del contenido por parte de quienes lo reciben (29).

3.1.5.9. Elección de métodos anticonceptivos

Cada persona debe elegir el método anticonceptivo (MAC) que mejor se adapte a su propia realidad, considerando una serie de aspectos personales y contextuales que influyen de manera directa en esta decisión. Entre estos factores se encuentran su estilo de vida, la dinámica que mantienen en sus relaciones sexuales, el número de hijos que desean tener a lo largo de su vida reproductiva, la cantidad de parejas con las que mantienen actividad sexual, así como sus valores personales y las posibilidades económicas con las que cuentan. Estos elementos permiten delinear un panorama más claro sobre sus necesidades y expectativas, lo que facilita una elección más coherente y sostenible en el tiempo. De forma paralela, es fundamental examinar las características específicas de cada método anticonceptivo y valorar cuáles de ellos se ajustan de mejor manera a las preferencias y requerimientos individuales. Esto involucra analizar aspectos como la duración del efecto, la frecuencia de uso, el nivel de eficacia, los posibles efectos secundarios y el grado de independencia o participación que requiere de la usuaria o la pareja. Asimismo, la decisión debe contemplar las condiciones de salud que podrían verse afectadas por el empleo de determinados métodos, tales como la hipertensión arterial, el hábito de fumar, la presencia de enfermedades cardiovasculares o la existencia de infecciones en el tracto reproductivo. Al integrar todos estos elementos —las características personales, el contexto relacional, las condiciones de salud y las particularidades de cada método—, la selección del MAC se convierte en un proceso consciente y plenamente informado. Esto permite que cada mujer pueda optar por la alternativa que le proporcione mayor

seguridad, comodidad y bienestar, fortaleciendo así su autonomía en materia de salud sexual y reproductiva y garantizando una planificación más acorde con sus objetivos y circunstancias de vida (30).

3.1.6. Planificación familiar

La planificación familiar constituye un derecho fundamental que asegura a cada persona la posibilidad de decidir, de manera libre, voluntaria y responsable, cuántos hijos desea tener y en qué momento quiere hacerlo. Este derecho no se limita únicamente a la facultad de elegir, sino que también implica el acceso a información clara, comprensible y oportuna, así como a servicios de salud adecuados que permitan ejercer estas decisiones en condiciones de seguridad y dignidad. De esta manera, la planificación familiar se reconoce como un componente esencial del bienestar individual y colectivo, al promover una reproducción consciente y alineada con las aspiraciones y circunstancias de cada individuo. Además, este derecho posee un carácter universal, es decir, no depende del sexo, la orientación sexual, la edad, la situación socioeconómica ni el estatus legal de las personas. Todos los individuos, sin excepción, deben contar con la oportunidad de tomar decisiones informadas respecto a su vida reproductiva, en un entorno que favorezca la autonomía, el respeto y la protección de sus derechos. En concordancia, el acceso equitativo a servicios y consejería en planificación familiar representa un elemento clave para garantizar que cada persona pueda ejercer este derecho de manera efectiva, fortaleciendo así su capacidad para construir un proyecto de vida acorde con sus necesidades, deseos y posibilidades (31).

3.1.7. Métodos anticonceptivos

Es una sustancia de origen artificial utilizada con el propósito de impedir la unión entre el óvulo y el espermatozoide. En términos prácticos, actúa como un método anticonceptivo de carácter temporal que busca evitar la fecundación mediante un mecanismo químico que altera el ambiente reproductivo, reduciendo así la posibilidad de que ocurra un embarazo. Su efectividad depende en gran medida de un uso constante, adecuado y ajustado a las indicaciones establecidas, ya que

cualquier variación en su aplicación puede disminuir su capacidad de protección. Asimismo, es importante considerar que su empleo puede generar ciertos efectos secundarios, los cuales deben ser tomados en cuenta al momento de decidir su utilización. Estas reacciones forman parte de los elementos que influyen en la elección informada del método, pues permiten a la persona valorar no solo su eficacia, sino también la tolerancia individual y el impacto que podría tener en su bienestar general. De este modo, comprender su funcionamiento, su correcta aplicación y sus posibles efectos resulta fundamental para una decisión responsable y acorde con las necesidades de cada usuario (32).

3.1.7.1. Anticonceptivos de barrera

Se fundamentan en la creación de una barrera física que imposibilita el encuentro entre el espermatozoide y el óvulo, evitando así que se produzca la fecundación. Este mecanismo preventivo actúa de manera directa sobre el proceso reproductivo, bloqueando el paso de los espermatozoides hacia el interior del tracto genital femenino. Dentro de este grupo se incluyen métodos como el condón masculino, el condón femenino y los espermicidas, cada uno con características específicas que determinan su forma de uso, su nivel de eficacia y las condiciones necesarias para garantizar su correcto funcionamiento. El condón masculino y el femenino actúan como recubrimientos que impiden el ingreso de los espermatozoides, mientras que los espermicidas, aunque no constituyen una barrera física como tal, complementan este efecto al inmovilizar o destruir a los espermatozoides, reforzando el bloqueo. Cuando estos métodos se utilizan de manera adecuada, constante y siguiendo las indicaciones establecidas, pueden ofrecer una protección efectiva frente a embarazos no planificados. Su correcta implementación, por tanto, resulta esencial para asegurar su desempeño óptimo y garantizar que cumplan plenamente su función dentro de la planificación familiar (33).

3.1.7.1.1. Preservativo masculino

Es una funda delgada, elaborada por lo general de látex, que se encuentra previamente lubricada y cuyo diseño excluye la presencia de

nonoxinol. Su uso implica colocarla sobre el pene antes de que ocurra cualquier tipo de contacto sexual, con el propósito de crear una barrera física que impida el paso de los espermatozoides hacia el tracto reproductor femenino. Gracias a este mecanismo, el preservativo masculino contribuye de manera efectiva tanto a la prevención de embarazos no planificados como a la disminución del riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Para que cumpla adecuadamente su función, es indispensable que se utilice correctamente y desde el inicio mismo de la relación sexual, ya que una colocación tardía o un uso inadecuado reduce significativamente su eficacia (33).

3.1.7.1.1.1. Mecanismo de acción

Actúa como un método de barrera cuya función principal es impedir que los espermatozoides ingresen al tracto reproductor femenino. Al bloquear físicamente su paso, evita que estos alcancen el óvulo, reduciendo así la posibilidad de que ocurra la fecundación. Esta acción preventiva resulta efectiva siempre que el método se utilice de manera correcta y constante durante toda la relación sexual.

3.1.7.1.1.2. Condiciones que contraindican su uso

Se refiere a la reacción adversa que presenta una persona cuando su organismo identifica el látex como una sustancia potencialmente dañina, desencadenando una respuesta de alergia o hipersensibilidad. Esta reacción puede expresarse mediante irritación local, picazón, enrojecimiento, inflamación o molestias en la piel, especialmente en la zona de contacto. En situaciones más graves, la respuesta del organismo puede progresar hacia manifestaciones respiratorias, como dificultad para respirar o congestión, e incluso hacia reacciones sistémicas que requieren atención médica inmediata. Este tipo de hipersensibilidad debe ser reconocido oportunamente para evitar complicaciones y para orientar la elección de métodos anticonceptivos que no contengan látex.

3.1.7.1.1.3. Características

- Es un método anticonceptivo altamente eficaz cuando se emplea de manera correcta y constante, garantizando una protección

adecuada frente a embarazos no planificados.

- Presenta pocos efectos secundarios, siendo la alergia al látex la reacción adversa más común entre los usuarios.
- Se caracteriza por ser un método de fácil acceso para la población, con un costo reducido y disponible sin cumplir requisitos adicionales.
- No requiere la realización de exámenes previos ni la obtención de una prescripción médica, lo que facilita su uso inmediato y autónomo.
- Favorece la participación activa del varón en la prevención de embarazos, promoviendo la corresponsabilidad dentro de la pareja.
- Cuando se utiliza de manera adecuada, ofrece una doble protección: disminuye el riesgo de embarazos no deseados y, simultáneamente, reduce la probabilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual.
- Su incorporación dentro del juego sexual puede contribuir a enriquecer la experiencia íntima, al integrarlo como parte del proceso previo a la relación.
- No debe emplearse de forma simultánea con el condón femenino, ya que la fricción entre ambos dispositivos puede comprometer su integridad y aumentar la posibilidad de fallas en su funcionamiento.

3.1.7.1.1.4. Condiciones de almacenaje

- ✓ El lugar de almacenamiento debe mantenerse en un ambiente seco, ya que la humedad puede deteriorar el material y comprometer su eficacia.
- ✓ Se debe evitar la exposición directa a fuentes de calor o a la luz solar, puesto que estas condiciones aceleran la degradación del látex y disminuyen la calidad del producto.

- ✓ Es fundamental comprobar que los condones se encuentren dentro de un periodo máximo de cinco años desde su fecha de fabricación, dado que superar este límite puede afectar su resistencia y seguridad.
- ✓ Antes de ser distribuidos, el proveedor tiene la responsabilidad de revisar que el empaque esté íntegro y verificar que conserve la característica “almohadilla de aire”, la cual indica que el envoltorio no ha sido perforado ni manipulado y que el producto se mantiene en óptimas condiciones (33).

3.1.7.1.1.5. Tasa de falla

- ✓ Tasa de falla teórica o en condiciones de uso perfecto: Cuando el método se emplea de manera correcta y constante en cada relación sexual, se registran aproximadamente 2 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso. Esta cifra representa el nivel máximo de eficacia bajo condiciones ideales, en las que no ocurren errores en su manipulación ni fallas en su colocación.
- ✓ Tasa de falla en el uso típico: En situaciones de uso cotidiano, donde pueden presentarse errores en la colocación, uso inconsistente o condiciones menos controladas, la tasa de falla asciende a 15 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso. Este valor refleja la efectividad en escenarios reales y muestra la importancia de una utilización adecuada para optimizar su eficacia.

3.1.7.1.1.6. Posibles efectos secundarios y su tratamiento

Puede producirse irritación en el pene o en la vagina como resultado de una reacción alérgica, generalmente relacionada con el material del método anticonceptivo empleado. Esta molestia puede expresarse a través de enrojecimiento, picazón, sensación de ardor o inflamación en la zona genital, lo que suele generar incomodidad durante o después del contacto sexual.

- Tratamiento: Se recomienda mantener una higiene cuidadosa de la región vulvoperineal, utilizando únicamente agua y jabones neutros para evitar un mayor grado de irritación. También es aconsejable aplicar una crema calmante que disminuya la picazón y la inflamación, siempre siguiendo las indicaciones de un profesional de salud. Si estas molestias reaparecen en contactos posteriores, es importante valorar el cambio del método anticonceptivo, con el fin de prevenir nuevas reacciones alérgicas y asegurar un uso adecuado, seguro y confortable.

3.1.7.1.1.7. Forma de uso

- ✓ Verificar el estado del envase: Antes de su uso, es fundamental revisar que el empaque del condón se encuentre en buenas condiciones, asegurándose de que no esté deteriorado, roto ni haya perdido su turgencia. La presencia de aire en el envoltorio indica que este no ha sido perforado ni manipulado.
- ✓ Revisar la fecha de fabricación: Es necesario comprobar que la fecha de fabricación registrada en el empaque no supere los cinco años, ya que el material puede degradarse con el tiempo y disminuir su eficacia.
- ✓ Utilizar un condón nuevo en cada relación sexual: Debe emplearse un preservativo completamente nuevo en cada acto sexual y colocarlo desde el momento de la erección, antes de cualquier tipo de penetración, para garantizar su función protectora.
- ✓ Uso único del condón: Cada condón está diseñado para un solo uso. Si se mantiene otra relación sexual inmediatamente después, se debe utilizar un preservativo nuevo.
- ✓ Lubricantes adecuados: En caso de ser necesario, pueden emplearse lubricantes a base de agua. No deben utilizarse lubricantes oleosos, ya que estos deterioran el látex y aumentan el riesgo de ruptura.

- ✓ Retiro adecuado del condón: Se recomienda retirarlo antes de que el pene pierda la erección. Debe envolverse en papel higiénico sin realizar nudos que puedan generar presión o rupturas antes de desecharlo.
- ✓ Eliminación correcta: El condón debe ser desechado en un depósito que impida el contacto con otras personas, garantizando medidas básicas de higiene y seguridad.

3.1.7.1.1.8. Programación de seguimiento

- ✓ Entrega inicial: En la primera consulta, el usuario recibe un total de 10 condones, lo que permite iniciar el uso del método y familiarizarse con su correcta manipulación.
- ✓ Seguimiento durante el primer mes: Se debe programar una cita dentro del primer mes con el fin de evaluar si el usuario está aplicando el método de manera adecuada. En esta visita se le entrega un suministro adicional de 30 condones, destinados a cubrir sus necesidades durante los siguientes tres meses.
- ✓ Control periódico: Después de esta evaluación inicial, el usuario debe acudir al establecimiento de salud o al proveedor cada tres meses para recibir una nueva dotación de 30 condones, asegurando así la continuidad del método.
- ✓ Cobertura anual: Se considera que una pareja se encuentra protegida cuando recibe un total de 100 condones al año, distribuidos en cuatro entregas trimestrales. Esta cantidad garantiza un abastecimiento suficiente y contribuye a una protección adecuada.
- ✓ Atención integral: Además del suministro regular del método, debe brindarse una atención integral en salud sexual y reproductiva al menos una vez al año, con el fin de reforzar conocimientos, resolver dudas y evaluar posibles necesidades adicionales.

- ✓ Acceso abierto al servicio: Se debe informar al usuario que tiene la posibilidad de acudir al establecimiento de salud en cualquier momento que lo requiera, ya sea para solicitar apoyo, resolver inquietudes o recibir orientación adicional (33).

3.1.7.2. Anticonceptivos hormonales

Los anticonceptivos hormonales comprenden el empleo de métodos diseñados para prevenir un embarazo a través de la administración de hormonas sintéticas que modifican el ciclo reproductivo femenino. Dentro de este grupo se incluyen diversas presentaciones, como los anticonceptivos inyectables, los implantes subdérmicos y las píldoras orales, cada una con características propias en cuanto a duración, vía de administración y esquema de uso. En términos generales, su mecanismo de acción se basa en la inhibición de la ovulación, aunque también pueden espesar el moco cervical o alterar el endometrio, dificultando así la fecundación. La elección entre estas alternativas depende de las necesidades particulares de la mujer, sus preferencias personales, su estilo de vida y las condiciones de salud que puedan influir en la seguridad y eficacia del método (34).

3.1.7.2.1. Inyectables solo de progestina

- Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD) 150 mg en 1 ml, para uso intramuscular: Se trata de una formulación hormonal administrada mediante inyección intramuscular. Su efecto anticonceptivo prolongado se basa en la liberación sostenida de progesterona sintética, lo que inhibe la ovulación y modifica el ambiente uterino para prevenir el embarazo.
- Acetato de Medroxiprogesterona 104 mg en 0.65 ml, para uso subcutáneo: Esta presentación contiene la misma hormona, pero en una dosis y volumen adaptados para su aplicación subcutánea. Su mecanismo de acción es similar, aunque su administración resulta menos invasiva, lo que puede favorecer la comodidad y adherencia de la usuaria.
- Enantato de Noretisterona (EN-NET) 200 mg, para uso

intramuscular: Corresponde a un anticonceptivo inyectable basado en una progestina sintética de acción prolongada. Su administración intramuscular garantiza una liberación gradual de la hormona, contribuyendo a inhibir la ovulación y a generar cambios cervicales y endometriales que impiden la fecundación.

3.1.7.2.1.1. Mecanismos de acción

- **Espesamiento del moco cervical:** La acción hormonal provoca un aumento notable en la densidad y viscosidad del moco ubicado en el cuello uterino. Este cambio convierte al moco en una barrera física más compacta y difícil de atravesar, lo que limita el desplazamiento de los espermatozoides hacia las porciones internas del tracto reproductor femenino. Como consecuencia, se reduce de forma significativa la posibilidad de que estos alcancen el óvulo, constituyendo así un mecanismo altamente efectivo para disminuir el riesgo de fecundación.
- **Supresión parcial de la ovulación, aproximadamente en un 50%:** Además de generar modificaciones en el moco cervical, estos métodos actúan directamente sobre la regulación hormonal del ciclo menstrual. En particular, interfieren en la liberación del óvulo, logrando inhibir la ovulación en cerca de la mitad de los ciclos. Aunque este bloqueo no es absoluto, la reducción sustancial de la ovulación representa un aporte determinante a la eficacia anticonceptiva, ya que disminuye las oportunidades de que ocurra un embarazo durante el uso del método.

3.1.7.2.1.2. Condiciones que contraindican

- **Enfermedad hepática activa grave:** Cuando existe una alteración severa del hígado en curso, el uso de anticonceptivos hormonales está contraindicado, ya que este órgano es el responsable de metabolizar las hormonas sintéticas. Si su función está comprometida, se incrementa el riesgo de efectos adversos y complicaciones que pueden impactar de forma importante en la salud de la usuaria.

- Diabetes con más de 20 años de evolución o con daño en órganos y sistemas: En los casos de diabetes de larga duración o cuando ya existe afectación en órganos como vasos sanguíneos, retina, riñones o sistema nervioso, los anticonceptivos hormonales pueden aumentar el riesgo de descompensaciones o eventos vasculares. Por ello, su uso está desaconsejado en estas condiciones.
- Antecedentes de infarto de miocardio, cardiopatía por obstrucción o estenosis arterial, o accidente cerebrovascular: Las personas que han experimentado previamente algún evento cardiovascular presentan un riesgo elevado de recurrencia. El empleo de hormonas puede favorecer fenómenos trombóticos o alteraciones hemodinámicas, lo que convierte a estos antecedentes en una contraindicación importante.
- Sangrado vaginal sin causa identificada: Antes de iniciar cualquier método hormonal, es indispensable determinar el origen del sangrado anormal, ya que podría estar asociado a patologías que requieren un manejo específico. Hasta que no se esclarezca el diagnóstico, el uso de hormonas debe evitarse.
- Antecedente de cáncer de mama: Dado que ciertos tumores mamarios pueden ser sensibles a las hormonas, su administración podría estimular la proliferación celular o favorecer recurrencias. Por este motivo, los anticonceptivos hormonales están contraindicados en personas con este antecedente.
- Condiciones que aumenten la probabilidad de cardiopatía o accidente cerebrovascular: Factores como la hipertensión arterial y la diabetes elevan la susceptibilidad del organismo a sufrir eventos cardiovasculares. En presencia de estas condiciones, los métodos hormonales pueden aumentar aún más dicho riesgo, lo que obliga a considerar alternativas anticonceptivas más seguras para la paciente (35).

3.1.7.2.1.3. Características

- Altamente efectiva y de acción rápida: Los anticonceptivos hormonales inyectables se caracterizan por ofrecer un nivel de eficacia elevado desde las primeras aplicaciones, lo que los convierte en una opción confiable y segura para la prevención del embarazo en un corto plazo.
- Aptos para mujeres de cualquier edad y paridad: Pueden ser utilizados por adolescentes, mujeres jóvenes y adultas, independientemente de si han tenido hijos o no. No obstante, se sugiere emplearlos con especial cautela durante los dos primeros años posteriores a la menarquia, dado que en esta etapa el eje hormonal aún se encuentra en proceso de maduración.
- No requieren examen pélvico previo: Su administración no demanda una evaluación ginecológica interna antes del inicio del método, lo cual simplifica su acceso y favorece su uso en consultas de atención primaria.
- No interfieren con las relaciones sexuales: Al no requerir manipulación durante el coito, permiten mantener la espontaneidad y continuidad de la actividad sexual sin interrupciones ni condicionamientos.
- Posible aparición de amenorrea o alteraciones menstruales: Con el uso prolongado, hasta un 50% de las mujeres puede presentar amenorrea después de un año, y hasta un 80% tras tres años. También es habitual la presencia de ciclos irregulares o cambios en el patrón menstrual, lo cual constituye uno de los efectos más frecuentes del método.
- Persistencia del efecto tras la suspensión: Una vez interrumpido el anticonceptivo, su acción puede mantenerse durante varios meses. En este sentido, aproximadamente el 70% de las usuarias logra un embarazo dentro del primer año posterior a la suspensión, y cerca del 90% alcanza la concepción antes de los dos años.

- Posible disminución de la densidad ósea con uso prolongado: El empleo continuo por más de dos años podría asociarse a una reducción en la densidad mineral ósea, lo que requiere vigilancia adecuada, especialmente en mujeres jóvenes.
- Efectos secundarios reportados: Entre los más comunes se describen el aumento de peso, que suele oscilar entre 1.5 y 2 kilogramos durante el primer año de uso, así como la aparición de cefaleas, mareos u otras molestias leves.
- No brindan protección contra infecciones de transmisión sexual: Por este motivo, en parejas con riesgo de exposición a ITS se recomienda complementar su uso con el condón, con el fin de asegurar una protección integral que abarque tanto la prevención del embarazo como la reducción del riesgo de contagio.

3.1.7.2.1.4. Beneficios no anticonceptivos

- Puede contribuir a la mejoría de la anemia: Al reducir la frecuencia y el volumen de los sangrados menstruales, este método puede favorecer un incremento progresivo de los niveles de hemoglobina, lo que resulta beneficioso para mujeres con anemia previa o riesgo de desarrollarla.
- Disminuye la incidencia de crisis en mujeres con anemia falciforme: Se ha observado que su uso puede atenuar la frecuencia de los episodios dolorosos característicos de esta enfermedad, lo cual representa una ventaja clínica relevante.
- Prevención del cáncer de endometrio: El efecto hormonal que produce sobre el endometrio reduce el riesgo de desarrollar este tipo de cáncer, brindando un beneficio adicional más allá de la anticoncepción.
- Ofrece una protección relativa frente a otras condiciones ginecológicas: Entre ellas se encuentra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), los miomas uterinos y la endometriosis, ya

que el ambiente hormonal que genera puede disminuir la probabilidad de aparición o progresión de estas afecciones.

- En casos de epilepsia, puede ayudar a reducir la frecuencia de convulsiones: Algunas usuarias, especialmente aquellas con epilepsia, pueden experimentar cierta disminución en la recurrencia de sus crisis, posiblemente por la estabilidad hormonal que proporciona.
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio: Este beneficio, ya mencionado anteriormente, reafirma la importancia protectora que ejerce sobre el tejido endometrial gracias a su acción reguladora.

3.1.7.2.1.5. Tasa de falla

- Falla teórica: condiciones de uso perfecto, es decir, cuando el método se administra de manera correcta y constante en cada aplicación la tasa de falla es de aproximadamente 0.3 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año.
- Falla en el uso típico: En situaciones reales, donde pueden ocurrir olvidos, variaciones en el horario o errores en la administración, la eficacia disminuye ligeramente. se estima una tasa de 3 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso.

3.1.7.2.1.6. Forma de uso

- Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg en 1 ml: Debe administrarse por vía intramuscular profunda, preferentemente en la región glútea o deltoidea. Se recomienda utilizar la técnica en “Z” para minimizar el reflujo del medicamento y evitar que este salga hacia la superficie. Además, no debe realizarse masaje posterior a la aplicación.
- Acetato de Medroxiprogesterona 104 mg en 0.65 ml: indicado para administración por vía subcutánea, alternativa menos invasiva y con igual eficacia cuando se aplica correctamente.

- Enantato de Noretisterona 200 mg en 1 ml: Su administración se realiza por vía intramuscular y zonas de adecuado volumen muscular para garantizar la liberación progresiva de la hormona.

Primera dosis:

Debe aplicarse entre el primer y el quinto día del ciclo menstrual, o durante el periodo posparto, siempre que exista certeza de que la mujer no está embarazada.

- Si el inicio ocurre fuera de los primeros cinco días del ciclo, es indispensable utilizar un método anticonceptivo de respaldo durante los primeros siete días.
- Puede iniciarse en el posparto inmediato, ya que no interfiere con la lactancia materna.
- También puede administrarse dentro de los primeros cinco días posteriores a un aborto

▪ Siguientes dosis:

- Para AMPD: Debe administrarse cada tres meses. Se permite adelantar la aplicación hasta dos semanas antes de la fecha prevista o, en caso de olvido, aplicarla con un retraso máximo de dos semanas.
- Para EN-NET: La dosis se aplica cada dos meses, pudiendo también adelantarse hasta dos semanas o, en caso de retraso, administrarse con una demora adicional de dos semanas como límite seguro.

3.1.7.2.1.7. Programación de seguimiento

- Es fundamental programar una cita cada tres meses para que la usuaria acuda al establecimiento de salud.
- Es igualmente importante informar a la usuaria que puede presentarse en el establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo consideren necesario, ya sea para resolver dudas,

solicitar orientación adicional o comunicar cualquier situación relacionada con el método anticonceptivo (35).

3.1.7.2.2. Implante solo de progestina

Los implantes subdérmicos son pequeños cilindros delgados, flexibles y no biodegradables que se insertan bajo la piel, generalmente en la porción interna y superior del brazo. Estos dispositivos liberan de manera continua una hormona que inhibe la ovulación y espesa el moco cervical, creando así condiciones que dificultan el paso de los espermatozoides y reducen significativamente la posibilidad de fecundación. Su efecto anticonceptivo se mantiene durante un periodo prolongado, que puede oscilar entre 3 y 5 años, dependiendo del tipo de implante empleado. Además, representan una opción especialmente favorable para mujeres que no pueden o prefieren no utilizar métodos que contengan estrógenos, ya que su formulación está libre de esta hormona, lo que amplía su seguridad y accesibilidad en diversos contextos clínicos (35).

3.1.7.2.2.1. Tipos de implantes

- Implante de un solo cilindro con 68 mg de etonogestrel: Este dispositivo consta de una varilla delgada que contiene etonogestrel como principio activo. Tras su inserción en el tejido subdérmico, libera la hormona de forma continua y controlada, asegurando una protección anticonceptiva eficaz durante un periodo de tres años. Su carácter de larga duración, junto con la ausencia de requerimientos de mantenimiento regular, lo convierte en una alternativa especialmente conveniente para mujeres que desean un método seguro y discreto.
- Implante de dos cilindros que contienen levonorgestrel: Está compuesto por dos varillas flexibles que liberan levonorgestrel de manera sostenida. Su eficacia anticonceptiva alcanza hasta cinco años en mujeres con un peso corporal menor a 60

kilogramos. Sin embargo, en aquellas que superan este peso, la duración del efecto se reduce a cuatro años, dado que las diferencias en el metabolismo y la distribución de la hormona influyen en la concentración del fármaco en el organismo y, por ende, en el tiempo de protección efectiva (35).

3.1.7.2.3. Mecanismo de acción

- **Espesamiento del moco cervical:** El implante genera un incremento considerable en la densidad y viscosidad del moco presente en el cuello uterino. Este cambio transforma el moco en una barrera física altamente eficaz, haciendo que el paso de los espermatozoides hacia el interior del tracto reproductor femenino sea mucho más difícil. Al impedir su ascenso hacia las vías superiores, disminuye de manera significativa la probabilidad de que ocurra la fecundación.
- **Supresión de la ovulación:** Además de modificar las características del moco cervical, el implante actúa sobre el eje hormonal que regula el ciclo menstrual, inhibiendo la liberación del óvulo. Al evitar que se produzca la ovulación, se elimina la condición esencial para que un embarazo sea posible, convirtiéndose este en uno de los mecanismos más determinantes del efecto anticonceptivo.
- **Reducción del transporte de los óvulos en las Trompas de Falopio:** Los efectos hormonales del implante también repercuten en la motilidad de las Trompas de Falopio. Esto se manifiesta en una disminución de la velocidad con la que el óvulo se desplaza a través de ellas, lo que dificulta aún más el encuentro entre el óvulo y los espermatozoides. Este retraso en el transporte ovular complementa los mecanismos anteriores y refuerza la eficacia global del método (35).

3.1.7.2.3.1. Condiciones que contraindican el uso de implantes

- **Sangrado vaginal inexplicado previo a la evaluación:** La aparición de un sangrado vaginal cuya causa aún no ha sido

determinada constituye una contraindicación importante para el uso del implante anticonceptivo. Antes de colocarlo, es imprescindible investigar a fondo el origen de dicho sangrado.

- Trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar: Cuando existe un antecedente confirmado o una presencia actual de coágulos en las venas profundas de las extremidades o en la circulación pulmonar, el implante se considera contraindicado. Esto se debe a que los componentes hormonales podrían incrementar el riesgo de agravar el proceso trombótico o favorecer la recurrencia de estos eventos, que representan una condición clínica potencialmente grave y que exige precauciones estrictas.
- Cáncer de mama: La presencia de cáncer de mama, o incluso la sospecha diagnóstica de esta enfermedad, excluye el uso del implante. Los tejidos mamarios suelen responder de manera sensible a variaciones hormonales, por lo que la administración de hormonas exógenas podría tener efectos indeseables.
- Hepatopatía severa, infección hepática o tumores en el hígado: El empleo simultáneo de barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina o fenitoína puede reducir de manera significativa la eficacia del implante. Estos fármacos inducen enzimas hepáticas que aceleran el metabolismo de las hormonas del dispositivo, disminuyendo su concentración en el organismo y comprometiendo su efectividad como método anticonceptivo. Debido a esta interacción farmacológica, no se aconseja combinar ambos tratamientos.
- Uso concomitante de ciertos medicamentos anticonvulsivos: El empleo simultáneo de barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina o fenitoína puede reducir de manera significativa la eficacia del implante. Estos fármacos inducen enzimas hepáticas que aceleran el metabolismo de las hormonas del dispositivo, disminuyendo su concentración en el organismo y comprometiendo su efectividad como método anticonceptivo.

Debido a esta interacción farmacológica, no se aconseja combinar ambos tratamientos (35).

3.1.7.2.3.2. Características

- Eficacia elevada y de larga duración: Los implantes anticonceptivos ofrecen una protección altamente efectiva durante varios años, lo que los convierte en una alternativa confiable para quienes desean un método de acción prolongada sin necesidad de un uso cotidiano.
- No interfieren con la actividad sexual: Al estar colocados debajo de la piel y no requerir manipulación durante las relaciones sexuales, no afectan la espontaneidad ni el desarrollo de la vida íntima.
- Pueden indicarse a mujeres de cualquier edad o paridad, incluidas las nulíparas: Son adecuados tanto para adolescentes como para mujeres adultas, así como para quienes no han tenido hijos, ya que no dependen de antecedentes obstétricos para su uso seguro.
- Permiten un retorno rápido a la fertilidad luego de su extracción: Una vez retirado el implante, la capacidad reproductiva se restablece rápidamente, lo que favorece a quienes desean planificar embarazos futuros sin largos periodos de espera.
- No requieren un examen pélvico previo: Su colocación no demanda una evaluación interna del aparato reproductor, facilitando el acceso al método y reduciendo barreras para las usuarias.
- No afectan la lactancia materna: Pueden utilizarse sin riesgo durante el periodo de lactancia, ya que no interfieren en la producción ni en la calidad de la leche materna.
- Pueden disminuir el flujo menstrual: Algunas usuarias experimentan reducción en la cantidad de sangrado, lo cual puede resultar beneficioso en casos de menstruaciones abundantes.
- Pueden reducir los cólicos menstruales: Los cambios hormonales que producen pueden atenuar el dolor asociado al ciclo menstrual.

- Ofrecen cierta protección frente a la enfermedad pélvica inflamatoria: Aunque no son un método preventivo directo, su acción hormonal puede disminuir el riesgo de infecciones ascendentes.
- Generan cambios en el patrón de sangrado menstrual: Es frecuente observar modificaciones en la regularidad, duración o intensidad del sangrado, especialmente durante los primeros meses de uso.
- Pueden producir cambios en el peso corporal: Algunas usuarias presentan variaciones de peso, generalmente incrementos leves vinculados a la acción hormonal del método.
- No protegen contra infecciones de transmisión sexual: Dado que no actúan como barrera, deben complementarse con condón en caso de riesgo de exposición a ITS (35).

3.1.7.2.3.3. Tasa de falla

Es considerado uno de los métodos anticonceptivos más eficaces y de mayor duración disponibles en la actualidad, lo que lo posiciona como una alternativa particularmente confiable para la prevención del embarazo. Su tasa de falla teórica es de apenas 0.05%, un porcentaje que prácticamente no varía cuando se analiza su uso en condiciones reales o “uso típico”. En términos prácticos, esto implica que solo 1 de cada 100 mujeres que emplean este método podría llegar a presentar un embarazo durante el primer año de utilización, incluso contemplando posibles variaciones en su manejo cotidiano. Esta elevada eficacia se explica por su mecanismo de acción continuo, que libera de manera sostenida la hormona activa a lo largo del tiempo, manteniendo niveles adecuados sin fluctuaciones significativas. Además, a diferencia de otros métodos que requieren un seguimiento diario, semanal o mensual, el implante no depende de la adherencia constante por parte de la usuaria. Esta característica reduce considerablemente los errores asociados al

olvido o al uso incorrecto, factores que suelen disminuir la efectividad de métodos anticonceptivos dependientes del comportamiento individual (33).

3.1.7.3. Dispositivo intrauterino liberador de cobre TCu 380 A.

Los dispositivos intrauterinos de cobre son métodos anticonceptivos que se colocan directamente en la cavidad uterina y cuya acción se basa en la liberación continua de pequeñas cantidades de cobre. Este metal modifica el microambiente uterino y genera condiciones desfavorables para la supervivencia y el desplazamiento de los espermatozoides. Como consecuencia, se dificulta su capacidad de ascender y mantener una movilidad adecuada, lo que reduce de manera significativa la posibilidad de que ocurra la fecundación. En la red de servicios públicos de salud, el modelo más utilizado es la T de Cobre 380 A, un dispositivo ampliamente reconocido por su alto nivel de seguridad y por su prolongada vida útil. Este tipo de DIU puede mantener su efectividad hasta por 12 años, lo que lo sitúa entre los métodos anticonceptivos reversibles de mayor duración disponibles en la actualidad. Su combinación de eficacia prolongada, independencia del uso cotidiano y carácter reversible lo convierte en una opción especialmente valiosa para mujeres que buscan un método confiable sin necesidad de una administración frecuente (35).

3.1.7.3.1.1. Mecanismo de Acción

- Afectan la capacidad de los espermatozoides para atravesar la cavidad uterina: El cobre liberado de forma continua por el dispositivo intrauterino modifica tanto el ambiente del útero como el de las trompas de Falopio, creando un medio biológicamente adverso para los espermatozoides. Esta alteración afecta su movilidad y disminuye su viabilidad, haciendo que su avance sea mucho más difícil. En muchos casos, el medio cobre-dependiente puede incluso provocar la destrucción de los espermatozoides, lo que limita por completo su posibilidad de llegar al óvulo. En conjunto, estos efectos reducen significativamente la capacidad del gameto masculino para

atravesar el tracto reproductor y participar en la fecundación.

- Interfieren en el proceso reproductivo antes de que ocurra la fertilización: La acción principal del DIU de cobre se manifiesta en una fase temprana del proceso reproductivo, actuando antes de que tenga lugar el encuentro entre el óvulo y los espermatozoides. Al impedir que estos gametos se encuentren, el dispositivo interrumpe la secuencia inicial necesaria para que se inicie un embarazo. Por esta razón, se considera un método anticonceptivo altamente eficaz, ya que bloquea la fecundación desde su etapa más temprana y evita que el proceso reproductivo avance hacia la formación de un embrión (32).

3.1.7.3.1.2. Condiciones que contraindican el uso del Dispositivo Intrauterino T de Cobre: 380 A.

- Embarazo: La presencia de un embarazo en curso constituye una contraindicación absoluta, ya que la colocación del dispositivo puede generar complicaciones graves.
- Periodo posparto entre las 48 horas y las cuatro semanas: Durante esta etapa el útero aún se encuentra en proceso de involución, lo cual incrementa el riesgo de expulsión, perforación o infección, por lo que no se recomienda la inserción del DIU.
- Sepsis puerperal: Ante una infección sistémica posterior al parto, la colocación del dispositivo está contraindicada debido al riesgo de agravar la infección o favorecer la diseminación bacteriana.
- Post aborto del primer o segundo trimestre séptico o complicado: En casos de aborto acompañado de infección o complicaciones, el DIU no debe insertarse hasta que la condición esté completamente resuelta, para evitar infecciones ascendentes o perforaciones.
- Sangrado vaginal inexplicado previo a la evaluación: Es indispensable identificar la causa del sangrado antes de considerar este método, ya que podría deberse a patologías

subyacentes que contraindiquen su uso.

- Fibromas uterinos que distorsionan la cavidad uterina: Cuando los miomas modifican la forma interna del útero, se dificulta la colocación adecuada del dispositivo, disminuye su eficacia y aumenta el riesgo de complicaciones.
- Enfermedad del trofoblasto: Cualquier alteración relacionada con el tejido trofoblástico impide la inserción del DIU hasta que la condición haya sido tratada completamente.
- Cáncer cervical o de endometrio: La presencia de estas neoplasias contraindica de manera absoluta la colocación del DIU, ya que implica riesgo de diseminación tumoral o interferencia con el tratamiento oncológico.
- Enfermedad inflamatoria pélvica activa: En el contexto de infección del tracto reproductivo superior, el DIU podría empeorar la inflamación e incrementar el riesgo de complicaciones severas.
- Tuberculosis pélvica: Dado que afecta directamente la cavidad uterina y estructuras anexas, su presencia hace insegura la inserción del dispositivo.
- Infección de transmisión sexual activa, ya sea cervicitis purulenta, clamidia o gonorrea:
- La colocación del DIU podría agravar la infección o facilitar su ascenso hacia el útero y las trompas, por lo que debe posponerse hasta completar el tratamiento.
- SIDA sin tratamiento antirretroviral: En ausencia de terapia antirretroviral, el sistema inmunológico se encuentra severamente comprometido, aumentando el riesgo de infecciones asociadas al dispositivo (35).

3.1.7.3.1.3. Características

- Altamente eficaz durante 12 años, sin interferir en el coito e inmediatamente reversible: El DIU de cobre ha demostrado una eficacia notable a lo largo de un periodo de hasta doce años, lo que lo convierte en uno de los métodos anticonceptivos reversibles más duraderos. Además, al no requerir ninguna acción durante la relación sexual, no afecta la espontaneidad ni la dinámica íntima. Una vez retirado, la fertilidad retorna de forma inmediata, permitiendo a la mujer planificar un embarazo sin periodos prolongados de espera.
- Debe ser colocado por un proveedor capacitado y con evaluación previa: Su inserción exige la intervención de un profesional entrenado, acompañado de un examen pélvico previo para identificar posibles infecciones o condiciones que contraindiquen su colocación. Esta evaluación es esencial para reducir riesgos y asegurar una colocación segura y adecuada.
- Cambios frecuentes en el patrón de sangrado menstrual: Es común que, durante los primeros meses, el sangrado menstrual sea más abundante y prolongado. También pueden presentarse calambres o dolor durante la menstruación, especialmente durante los tres primeros ciclos posteriores a la inserción, debido a la adaptación del organismo al dispositivo.
- Posible efecto protector contra el cáncer de endometrio: Diversos estudios señalan que el uso del DIU de cobre puede contribuir a reducir el riesgo de cáncer endometrial, lo que añade un beneficio adicional a su función anticonceptiva.
- Alternativa para mujeres con contraindicaciones para anticoncepción hormonal: Dado que no contiene hormonas, es una opción segura para quienes no pueden utilizar métodos hormonales por motivos de salud o preferencia personal.
- Expulsión espontánea en un 1 a 2% de los casos: Un pequeño

porcentaje de mujeres puede experimentar la expulsión involuntaria del dispositivo, generalmente dentro de los primeros meses de uso. Por ello, es importante realizar revisiones periódicas para verificar su correcta posición.

- No brinda protección contra ITS ni VIH: El DIU de cobre no actúa como método de barrera, por lo que no previene infecciones de transmisión sexual. Ante riesgo de exposición, se recomienda el uso complementario de preservativo.
- Contraindicado en mujeres con alto riesgo de gonorrea o clamidia: Si la usuaria presenta una probabilidad elevada de exposición a estas infecciones, no se recomienda iniciar el uso del DIU debido al riesgo de que una infección ascendente pueda complicarse (35).

3.1.7.3.1.4. Tasa de falla

- Falla teórica: En condiciones de uso perfecto, es decir, cuando el dispositivo ha sido colocado de manera correcta y permanece en su posición sin desplazamientos ni interferencias, la tasa de falla registrada es de 0.6 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso. Esta cifra representa el nivel máximo de eficacia alcanzable bajo circunstancias ideales, donde no intervienen factores externos que puedan alterar el funcionamiento del dispositivo. Refleja, por tanto, el rendimiento óptimo del método anticonceptivo cuando se cumplen rigurosamente todas las condiciones técnicas de su inserción y mantenimiento.
- Falla en el uso típico: Cuando se evalúa su efectividad en condiciones reales, donde pueden presentarse situaciones como expulsiones no advertidas, controles de seguimiento realizados con retraso o variaciones propias del uso cotidiano, la tasa de falla se incrementa ligeramente a 0.8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año. A pesar de estas variaciones inherentes a

la práctica clínica y al comportamiento habitual de las usuarias, el método mantiene una eficacia notable, posicionándose como uno de los anticonceptivos reversibles más confiables disponibles.

- Tasa acumulada de falla a 12 años: Al analizar su desempeño a largo plazo, se observa que, durante un periodo extendido de doce años, la probabilidad acumulada de falla alcanza un 2.2%. Esta cifra confirma que, incluso con un uso prolongado, el dispositivo conserva un nivel de efectividad elevado y estable, lo que respalda su valor como opción anticonceptiva segura y duradera (35).

3.1.7.4. Método anticonceptivo naturales

Los métodos naturales de regulación de la fertilidad se fundamentan en la observación cuidadosa y en la interpretación sistemática de las manifestaciones fisiológicas que señalan el momento aproximado de la ovulación. A partir de estos indicadores, se ajusta la actividad sexual según las fases fértiles y no fértiles del ciclo menstrual, permitiendo así evitar o lograr un embarazo sin recurrir a medicamentos, dispositivos médicos o intervenciones quirúrgicas. Este enfoque descansa por completo en la capacidad de identificar los cambios corporales que se producen a lo largo del ciclo, tales como variaciones en el moco cervical, en la temperatura basal o en otros signos que reflejan el funcionamiento hormonal. La efectividad de estos métodos depende, por tanto, de la constancia en el registro de estas señales y de la correcta interpretación de las fluctuaciones que se presentan de manera natural. Gracias a esta información, las personas pueden orientar sus decisiones reproductivas de manera consciente, basándose en el conocimiento directo de su propia fisiología (36).

3.1.7.4.1. Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA)

Es el único método natural que se fundamenta en la infertilidad temporal que experimenta la mujer durante el periodo de lactancia. Su eficacia deriva de los cambios hormonales característicos de esta

etapa, particularmente aquellos asociados a la producción de prolactina, que actúan inhibiendo el proceso de ovulación. Como consecuencia, la probabilidad de embarazo disminuye de manera notable mientras se mantengan ciertas condiciones propias de la lactancia materna. Este método aprovecha, por tanto, un estado fisiológico natural en el que el organismo prioriza la producción de leche y prolonga la ausencia de ovulación. Sin embargo, su efectividad depende directamente del cumplimiento riguroso de los criterios establecidos para que los cambios hormonales se mantengan en el nivel necesario para impedir la liberación del óvulo. De esta forma, se constituye como una estrategia anticonceptiva que no requiere intervenciones externas y que se basa exclusivamente en la respuesta biológica del cuerpo durante esta etapa reproductiva (33).

3.1.7.4.1.1. Mecanismo de acción

Consiste en la inhibición de la ovulación, un proceso que se desencadena por el aumento de los niveles de prolactina, hormona que se eleva como consecuencia de la lactancia materna exclusiva. Este incremento hormonal altera el funcionamiento normal del ciclo ovárico, interfiriendo directamente en los mecanismos que regulan la maduración y liberación del óvulo. Como resultado, se bloquea la ovulación y se establece un periodo de infertilidad temporal mientras se mantengan las condiciones necesarias para que el método conserve su efectividad. Este fenómeno representa una respuesta fisiológica natural del organismo durante la etapa de lactancia, en la cual la producción de leche materna se prioriza sobre los procesos reproductivos. De esta manera, el cuerpo prolonga de forma espontánea la ausencia de ovulación, siempre que la estimulación hormonal generada por la succión sea frecuente y constante. Bajo estas condiciones, el método actúa como una estrategia anticonceptiva basada exclusivamente en los cambios hormonales propios de la maternidad reciente (33).

3.1.7.4.1.2. Condiciones que contraindican su uso

Mujeres con contraindicaciones para la lactancia materna: Las

mujeres que, por motivos médicos o por condiciones particulares, no pueden amamantar a su hijo quedan automáticamente excluidas del uso del MELA. Esto se debe a que el método se basa por completo en los efectos hormonales generados por la lactancia materna exclusiva. Si la mujer no puede llevar a cabo la lactancia, no se producen los niveles de prolactina necesarios para inhibir la ovulación, por lo que el mecanismo anticonceptivo pierde su fundamento. En consecuencia, este método no resulta una alternativa viable para quienes tienen restricciones clínicas que impiden la lactancia.

- Mujeres portadoras de VIH/SIDA: En mujeres que viven con VIH, la lactancia materna puede estar contraindicada en varios contextos debido al riesgo de transmisión del virus al recién nacido. Dado que el MELA depende íntegramente de la lactancia como condición indispensable para su eficacia, este método no puede aplicarse en este grupo. La necesidad de proteger al lactante frente al contagio limita la posibilidad de utilizar estrategias anticonceptivas basadas en la lactancia exclusiva, por lo que deben considerarse opciones alternativas que no impliquen riesgos para la salud del bebé.
- Mujeres que no cumplen los tres requisitos fundamentales del MELA: El método solo mantiene su eficacia cuando se cumplen rigurosamente tres criterios esenciales: lactancia materna exclusiva o casi exclusiva, amenorrea posparto y un bebé menor de seis meses. Cada uno de estos elementos es indispensable para que los niveles hormonales se mantengan en el rango que permite inhibir la ovulación. Si alguno de estos requisitos no está presente —por ejemplo, si el bebé recibe suplementos, si la mujer ha retomado su menstruación o si el lactante supera los seis meses— la eficacia anticonceptiva desciende de manera marcada. En esos casos, el MELA deja de ser un método adecuado y se recomienda optar por otra alternativa anticonceptiva (33).

3.1.7.4.2. Características.

- Fácil de aplicar: El método resulta sencillo de implementar, ya que se basa en prácticas de lactancia que la mayoría de las mujeres realizan de manera natural durante el posparto. No requiere procedimientos adicionales ni instrucciones complejas, lo que facilita su comprensión y utilización.
- Eficaz si se cumple con los criterios básicos: Cuando se respetan estrictamente las condiciones esenciales que garantizan la inhibición de la ovulación, el método ofrece un nivel de eficacia elevado. Su rendimiento depende enteramente del cumplimiento riguroso de estos criterios, sin los cuales su efectividad se reduce de forma considerable.
- No interfiere con el coito: Una de sus ventajas es que no afecta la actividad sexual de la pareja, ya que no requiere interrupciones, dispositivos ni acciones previas al coito. Esto contribuye a que pueda integrarse con naturalidad en la vida cotidiana.
- No requiere supervisión por personal de salud: La usuaria puede aplicar el método por sí misma, siempre que conozca y respete los criterios fundamentales. No es necesario acudir periódicamente a controles especializados, lo que facilita su uso en diversos contextos.
- No requiere insumos anticonceptivos: Al basarse únicamente en la fisiología natural de la lactancia materna, el método no necesita dispositivos, hormonas ni materiales adicionales. Esto lo convierte en una opción accesible y de bajo costo.
- No tiene efectos secundarios: Debido a que no introduce sustancias externas ni implica intervenciones médicas, no se asocian efectos adversos derivados de su uso. Su acción depende exclusivamente de los procesos hormonales posparto.
- Reduce el sangrado posparto: La lactancia frecuente contribuye a disminuir el sangrado durante el periodo posparto, el efecto de la succión sobre la liberación de oxitocina y la contracción uterina.

- No previene las infecciones de transmisión sexual (ITS) ni el VIH/SIDA: Debe considerarse que el método no ofrece protección frente a infecciones de transmisión sexual. Su acción se limita exclusivamente a la regulación de la fertilidad.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS o VIH/SIDA: Para las mujeres o parejas con riesgo de adquirir ITS o VIH, se aconseja complementar el método con el uso de preservativo, dado que este sí proporciona una barrera efectiva contra dichas infecciones.
- Criterios básicos: Para que el método sea efectivo, la usuaria debe cumplir estrictamente estas tres condiciones fundamentales:
 - Lactancia materna exclusiva a libre demanda: Esto implica amamantar entre 10 y 12 veces a lo largo del día y la noche, manteniendo intervalos no mayores de 4 horas durante el día ni superiores a 6 horas por la noche.
 - Amenorrea posparto: La mujer debe permanecer sin menstruación, es decir, no presentar sangrado más allá de los 42 días posteriores al parto.
 - Un periodo posparto menor de 6 meses: El método solo mantiene su eficacia dentro de los primeros seis meses después del nacimiento del bebé (36).

3.1.7.4.2.1. Tasa de falla

- Falla teórica o en condiciones de uso perfecto: Cuando los requisitos del método se cumplen de manera estricta —es decir, cuando la lactancia materna es exclusiva o casi exclusiva, la mujer permanece en amenorrea y el bebé tiene menos de seis meses—, la tasa de falla registrada es de 1 embarazo por cada 100 mujeres durante los primeros seis meses posparto. Esta cifra representa la eficacia máxima del MELA, ya que refleja su desempeño en un escenario en el que no existen desviaciones respecto a las condiciones necesarias para mantener la inhibición de la ovulación. Bajo estas circunstancias ideales, el método actúa de

forma consistente al aprovechar los efectos hormonales propios de la lactancia intensiva.

- Falla de uso o en condiciones de uso típico: En la práctica cotidiana, es común que ocurran variaciones en la frecuencia de las tomas, en la exclusividad de la lactancia o en el seguimiento preciso de los criterios esenciales. Estas variaciones pueden modificar los niveles hormonales que sostienen la infertilidad posparto y, en consecuencia, la eficacia del método. Por esta razón, la tasa de falla en condiciones de uso típico aumenta ligeramente a 2 embarazos por cada 100 mujeres durante los primeros seis meses posteriores al parto. A pesar de este incremento, el MELA continúa siendo un método natural con un nivel de eficacia relativamente alto cuando se emplea de manera adecuada y con una comprensión clara de sus requisitos fundamentales (33).

3.1.7.4.2.2. Programación de seguimiento

- Las parejas o mujeres que emplean este método no requieren insumos adicionales: El MELA es un método completamente natural, por lo que no demanda el uso de dispositivos, medicamentos u otros recursos materiales. Su eficacia depende exclusivamente del cumplimiento adecuado de las condiciones de lactancia y amenorrea.
- Importancia de asistir al primer control a los 45 días posparto: Se recomienda que la mujer acuda a una evaluación a los cuarenta y cinco días después del parto, y posteriormente según lo ameriten la suspensión de la lactancia materna exclusiva o la reaparición de la menstruación. Estas consultas permiten verificar que todavía se cumplen los criterios necesarios para la eficacia del MELA y brindan la oportunidad de dar orientación oportuna.
- Se considera pareja protegida a aquella que recibe la segunda atención en MELA a los seis meses: Para todos los niveles de atención, una pareja se clasifica como protegida cuando acude a

la evaluación correspondiente a los seis meses posparto, siempre que continúen cumpliendo los requisitos del método.

- Orientación oportuna al cumplirse los seis meses posparto: Es esencial asegurar que, al llegar a los seis meses después del parto —o si se interrumpe la lactancia materna exclusiva o aparece la menstruación— la usuaria reciba consejería para seleccionar un método anticonceptivo alternativo, ya que el MELA deja de ser eficaz una vez que alguno de estos criterios deja de cumplirse.
- Acceso libre a los servicios de salud: La usuaria debe ser informada de que puede acudir al establecimiento en cualquier momento en que lo considere necesario, ya sea para resolver dudas, solicitar apoyo o recibir orientación adicional.
- Atención integral anual en salud sexual y reproductiva: Además del seguimiento específico del MELA, se debe brindar una atención integral en salud sexual y reproductiva al menos una vez al año, con el fin de reforzar conocimientos, identificar necesidades y garantizar un cuidado continuo y completo (33).

3.2. Puerperio

Es la etapa que sigue inmediatamente al parto y durante la cual el organismo materno inicia un proceso gradual de recuperación destinado a restablecer las condiciones fisiológicas existentes antes del embarazo. A lo largo de este periodo, los diversos cambios anatómicos y funcionales que se produjeron durante la gestación comienzan a revertirse de manera progresiva, permitiendo que el cuerpo retorne paulatinamente a su estado basal. Esta readaptación incluye la normalización del sistema cardiovascular, la involución del útero, el reajuste del volumen sanguíneo y la estabilización del entorno hormonal que había sido modificado profundamente para sostener el desarrollo fetal. Sin embargo, dentro de este proceso de retorno a la normalidad fisiológica, existe una excepción significativa: la glándula mamaria. A diferencia de otros sistemas del organismo, las mamas no regresan de inmediato a su situación previa al embarazo. Por el contrario, en esta fase alcanzan su mayor grado de desarrollo estructural y funcional, pues se preparan para iniciar y mantener la producción de leche materna. Este órgano continúa experimentando

transformaciones específicas que responden a las necesidades de la lactancia, por lo que su actividad se intensifica al mismo tiempo que el resto del cuerpo avanza hacia la recuperación posgestacional. De este modo, mientras la mayoría de los sistemas corporales se normalizan de forma paulatina, las mamas permanecen en un proceso activo de adaptación, cumpliendo un papel fundamental en la nutrición del recién nacido.

3.2.1. Etapas del puerperio

3.2.1.1. Puerperio inmediato

Este periodo abarca las primeras 24 horas posteriores a la expulsión de la placenta y constituye una fase especialmente crítica dentro de la vigilancia inmediata de la puérpera. Durante este intervalo temprano, la mujer presenta un mayor riesgo de complicaciones, por lo que la supervisión clínica debe ser continua y minuciosa. Uno de los aspectos fundamentales es garantizar que las vías aéreas se mantengan permeables, ya que la estabilidad respiratoria es esencial para la adecuada recuperación tras el trabajo de parto. Asimismo, es indispensable evaluar periódicamente los signos vitales: pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria para confirmar que permanecen dentro de parámetros fisiológicos normales. Cualquier variación significativa en estos indicadores puede señalar la presencia de una complicación temprana, como hemorragia, infección o alteraciones hemodinámicas, por lo que su monitoreo oportuno permite actuar con rapidez. De igual manera, es necesario vigilar de forma constante el sangrado genital, identificando tanto la cantidad como las características del loquío, y palpar el útero para verificar que se mantenga firme y adecuadamente contraído. Esta contracción uterina es un elemento clave en la prevención de la hemorragia posparto, una de las complicaciones más frecuentes y potencialmente graves en esta fase. En las mujeres que han requerido episiorrafia, resulta imprescindible realizar una inspección cuidadosa del área suturada. Esta revisión permite detectar tempranamente la aparición de hematomas, edema, signos de infección o cualquier alteración del proceso de cicatrización,

lo cual es esencial para evitar la progresión de complicaciones locales y favorecer una recuperación adecuada. En conjunto, estas medidas de vigilancia permiten garantizar un posparto inmediato seguro, identificando de manera precoz cualquier condición que pueda comprometer el bienestar materno.

3.2.1.2. Puerperio mediato

Este periodo abarca desde el segundo día posterior al nacimiento hasta el séptimo día, y constituye una fase en la que la mujer comienza a alcanzar una adaptación más estable frente a los cambios físicos, hormonales y emocionales del posparto. Aunque el riesgo inmediato de complicaciones disminuye en comparación con las primeras 24 horas, sigue siendo un intervalo clave para el acompañamiento y la educación en salud, pues la puérpera continúa en un proceso de recuperación activa. Durante esta etapa, resulta esencial ofrecer una orientación clara y oportuna, especialmente en lo relacionado con las prácticas adecuadas de amamantamiento. La mujer debe recibir explicaciones detalladas sobre las posiciones correctas para la lactancia, la técnica de agarre del bebé, la frecuencia recomendada de las tomas y las señales que indican una alimentación eficaz. Una guía adecuada en estos aspectos contribuye a prevenir dificultades como ingurgitación mamaria, grietas en los pezones o una producción insuficiente de leche. Al mismo tiempo, es necesario brindarle información sobre los cuidados específicos que requiere su organismo, incluyendo higiene personal, vigilancia de los loquios, reconocimiento de signos de alarma y recomendaciones sobre el descanso y la alimentación. Estos cuidados favorecen una recuperación más segura y ayudan a la mujer a identificar de forma temprana cualquier alteración que pueda requerir atención médica. Otro elemento fundamental en esta fase es la orientación respecto al esquema de vacunación del recién nacido. La madre debe comprender la importancia de las inmunizaciones tempranas, así como las fechas y características de las vacunas que su hijo debe recibir, con el fin de asegurar una protección adecuada desde los primeros días de vida. Finalmente, durante este periodo también se debe incluir la

consejería en planificación familiar, abordando las opciones de métodos anticonceptivos disponibles y valorando cuál de ellos se adapta mejor a su situación, necesidades y estado de salud. Esta orientación permite a la puérpera tomar decisiones informadas, considerando tanto su bienestar como el espaciamiento adecuado de los embarazos. En conjunto, esta fase del posparto mediano se caracteriza por una combinación de recuperación física, adaptación emocional y fortalecimiento del acompañamiento educativo, elementos esenciales para favorecer el bienestar integral de la madre y del recién nacido (37).

3.2.1.3. Puerperio alejado

Esta etapa se extiende aproximadamente hasta los 45 días posteriores al parto, periodo durante el cual el organismo materno continúa un proceso progresivo de recuperación y de estabilización de los cambios que comenzaron a manifestarse en las fases previas del puerperio. Aunque muchos ajustes fisiológicos ya se encuentran encaminados, durante este intervalo aún persisten transformaciones importantes en diversos sistemas del cuerpo, que requieren tiempo para retornar de manera completa a las condiciones previas al embarazo. A lo largo de estos días, el equilibrio hormonal va restableciéndose de forma gradual, y los órganos reproductores continúan involucionando hasta alcanzar nuevamente sus dimensiones y funciones habituales. Entre los indicadores más relevantes de este retorno a la normalidad se encuentra la reaparición de la menstruación, un signo fisiológico que marca de forma clara el final del puerperio tardío. Este evento señala que el ciclo reproductivo está comenzando a restablecerse y que los mecanismos hormonales reguladores recuperan poco a poco su funcionamiento regular. De esta manera, el fin de esta etapa representa no solo la culminación del periodo de recuperación postgestacional, sino también el inicio de una nueva fase en la vida reproductiva de la mujer (37).

3.2.1.4. Puerperio tardío

Abarca el periodo comprendido entre el octavo día y el día 42 después del parto, intervalo en el cual la mujer continúa atravesando una serie

de cambios fisiológicos, hormonales y emocionales característicos del proceso de recuperación posparto. Aunque el riesgo de complicaciones graves disminuye respecto a las primeras jornadas tras el nacimiento, este sigue siendo un tiempo en el que el organismo materno se encuentra en plena reorganización, por lo que requiere vigilancia y acompañamiento adecuados. Durante esta etapa, la atención de la puérpera debe proporcionarse a través de consulta externa, modalidad que permite evaluar de forma periódica la evolución de su salud. Este seguimiento facilita detectar de manera temprana cualquier alteración, como infecciones, dificultades en la cicatrización, trastornos emocionales o anomalías en la involución uterina, lo que posibilita brindar intervenciones oportunas. Asimismo, es un momento propicio para abordar temas de planificación familiar, de manera que la mujer reciba información clara sobre las opciones anticonceptivas disponibles y pueda elegir la alternativa más adecuada según sus condiciones de salud, su etapa posparto y sus expectativas reproductivas. En conjunto, este periodo constituye una fase esencial para consolidar la recuperación integral de la puérpera, asegurando que tanto ella como su bebé reciban el apoyo y la orientación necesarios durante las primeras semanas de vida (37).

3.3. Análisis de antecedentes investigativos

3.3.1. Antecedentes internacionales

- **Título:** “Factores asociados al rechazo de contracepción posparto en un Hospital Público Venezuela 2024”. Autor: Mariela Austragilda Gadea-Rivera, Verónica Antoinette Arnao-Degollar, Yuly Santos-Rosales. Resumen: **Objetivo:** El estudio tuvo como finalidad identificar los factores relacionados con el rechazo de la anticoncepción posparto en un hospital público durante el año 2021. **Métodos:** Se desarrolló una investigación de tipo observacional, analítico y de corte transversal, realizada en una muestra de 251 puérperas inmediatas atendidas entre mayo y junio de 2021. La variable principal fue el rechazo de la anticoncepción posparto, analizándose su relación con diversos factores

sociodemográficos, obstétricos, personales–culturales e institucionales. Para la obtención de los datos se aplicó un cuestionario validado y confiable, y en el análisis estadístico se emplearon la prueba Chi cuadrado de Pearson y la regresión de Poisson para estimar razones de prevalencia ajustadas. **Resultados:** El 16,7 % de las participantes rechazó el uso de métodos anticonceptivos modernos. Se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre el rechazo y diversas variables: bajo nivel educativo ($p < 0,011$; RPa: 4,51; IC: 1,42–14,35), percepción de mala situación económica ($p = 0,001$; RPa: 3,65; IC: 1,72–7,76), complicaciones durante el trabajo de parto y las primeras dos horas posparto ($p = 0,041$; RPa: 8,16; IC: 1,09–61,19), embarazo planificado ($p = 0,002$; RPa: 2,51; IC: 1,38–4,55), experiencias previas negativas con métodos anticonceptivos ($p = 0,000$; RPa: 11,26; IC: 5,85–21,66) y actitud desfavorable de la pareja ($p = 0,006$; RPa: 4,90; IC: 1,57–15,31). En contraste, la percepción de conocimiento insuficiente sobre anticoncepción se asoció con una menor probabilidad de rechazo ($p = 0,049$; RPa: 0,53; IC: 0,28–0,996). **Conclusión:** El rechazo de la anticoncepción posparto se vincula principalmente con factores como el bajo nivel educativo, la percepción de una economía desfavorable, la presencia de complicaciones durante el parto, el embarazo planificado, experiencias previas negativas con métodos anticonceptivos y la actitud negativa de la pareja. De manera inversa, percibir insuficiente conocimiento sobre anticoncepción se relaciona con una disminución en la probabilidad de presentar rechazo (38).

- **Título:** “Factores relacionados a la aceptación de métodos anticonceptivos post evento obstétrico en usuarias atendidas en el H.G ISSSTE Pachuca México, 2023.”. **Autor:** García, Raquel. **Resumen:** **Objetivo:** Identificar los factores asociados a la aceptación de métodos anticonceptivos en mujeres usuarias después de un evento obstétrico, analizando tanto la perspectiva de la demanda (características y decisiones de la usuaria) como la de la oferta (intervención y orientación brindada por los servicios de salud). **Material y Métodos:** Estudio de tipo transversal en una población derechohabiente atendida posterior a un evento obstétrico en el Hospital

General ISSSTE Pachuca de Hidalgo. Para la recolección de información se diseñó y aplicó un cuestionario semiestructurado, que abarcó variables sociodemográficas, culturales, de conocimiento, creencias y antecedentes ginecoobstétricos, integrando simultáneamente la perspectiva de la oferta y la demanda. El instrumento fue aplicado de manera individual mediante un formulario digital en la plataforma Google Forms. Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar a la población y un análisis bivariado para evaluar la relación entre la aceptación del método anticonceptivo y las características incluidas en ambas perspectivas. **Resultados:** La prevalencia de aceptación de un método anticonceptivo posparto obstétrico fue de 75.1 % entre las usuarias puérperas. Se observó que las cotizantes mostraron mayor aceptación que las afiliadas, con un 55.96 %. En el análisis desde la oferta, destacaron diferencias estadísticamente significativas, especialmente en la intervención del personal de enfermería, que registró un 52.94 % de aceptación tras la consejería brindada. En relación con las características de la usuaria, se identificó que a mayor edad promedio, la aceptabilidad disminuyó (36.83 ± 3.43 vs. 31.27 ± 5.14). Asimismo, las mujeres con estado civil casado presentaron mayor aceptación (55.96 %). Además, un mayor número de embarazos previos se asoció con una mayor aprobación del uso de un método anticonceptivo (1.8 ± 0.46 vs. 1.66 ± 0.75). **Conclusión:** La aceptación de métodos anticonceptivos fue mayor en las usuarias cotizantes que en las afiliadas. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas tanto en los factores que forman parte de la demanda, como en aquellos vinculados con la oferta de los servicios de salud, destacando la influencia del personal sanitario en la decisión final de las mujeres (39).

3.3.2. Antecedentes nacionales

- **Título:** “Relación entre el nivel de conocimiento y elección de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas Trujillo Perú. 2023”. **Autor:** Encarnación, Mariela. **Objetivo:** Evaluar la relación entre el nivel de conocimiento y la elección de métodos anticonceptivos (MAC) en puérperas inmediatas atendidas en un hospital público de Trujillo, La

Libertad. **Métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal analítico en un hospital de referencia regional. Se incluyeron mujeres entre 15 y 49 años, hospitalizadas durante el puerperio inmediato y cuyo parto se desarrolló sin complicaciones. Las participantes fueron seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de información se administró una encuesta mediante entrevista directa, diseñada para evaluar tanto el nivel de conocimientos sobre MAC como la elección del método durante el puerperio. Se aplicó estadística descriptiva para caracterizar a la muestra y se utilizó el test exacto de Fisher para determinar la asociación entre las variables de estudio. **Resultados:** El estudio incluyó un total de 128 puérperas, con una mediana de edad de 31 años. La mayoría procedía de un ámbito urbano (72.66 %) y tenía nivel educativo secundario (39.06 %). Más de la mitad refirió haber tenido un embarazo no deseado (57.03 %). Asimismo, el 88.28 % había utilizado algún MAC antes del embarazo actual y el 84.38 % aceptó el uso de un método anticonceptivo durante el puerperio inmediato. Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre MAC y la elección o uso del método en el puerperio ($p = 0.765$). **Conclusión:** No se evidenció una relación entre el nivel de conocimientos y el uso de métodos anticonceptivos en las puérperas evaluadas. A pesar de ello, se recomienda desarrollar estudios con muestras más amplias e incorporar posibles variables confusoras, con el fin de profundizar en la comprensión de los factores que influyen en la elección anticonceptiva durante el puerperio (40).

- **Título:** “Conocimiento y actitudes sobre el uso de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas. Hospital Simón Bolívar, Cajamarca Perú, 2024.”. **Autor:** Rafael, Nataly. **Resumen:** La presente investigación tuvo como **objetivo:** determinar la relación existente entre el nivel de conocimiento y las actitudes respecto a los métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, durante el año 2024. El estudio se desarrolló bajo un diseño no experimental, descriptivo, correlacional y de corte transversal, y contó con

una muestra conformada por 123 puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia. Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento sometido a validación por juicio de expertos y a una prueba piloto, obteniéndose una confiabilidad adecuada, evidenciada a través de los valores del Alfa de Cronbach: 0,818 para el cuestionario de conocimientos y 0,819 para la escala de actitudes. Los **resultados** mostraron que, dentro de las características sociodemográficas, el 34,1 % de las puérperas tenía entre 18 y 23 años; el 82,1 % se encontraba en condición de conviviente; el 43,1 % contaba con educación secundaria; el 56,1 % profesaba la religión católica; el 70,7 % se dedicaba a labores del hogar y el 61 % residía en zona urbana. En cuanto a las características reproductivas, el 79,7 % culminó su último embarazo mediante parto vaginal; el 50,4 % fue primípara; el 48,8 % no presentó periodo intergenésico previo y el 53,7 % había utilizado métodos anticonceptivos antes del embarazo reciente. Respecto a la relación entre características sociodemográficas y nivel de conocimiento, se halló asociación significativa con el nivel de instrucción ($p = 0,000$), la ocupación ($p = 0,011$) y la zona de residencia ($p = 0,012$). la relación entre características sociodemográficas y actitudes evidenció asociaciones significativas con la edad ($p = 0,001$), el nivel de instrucción ($p = 0,000$) y la zona de residencia ($p = 0,002$). En cuanto a las características reproductivas, únicamente el uso previo de métodos anticonceptivos mostró relación significativa con el nivel de conocimiento ($p = 0,043$), mientras que no se observó asociación entre actitudes y dichas características. En relación con las variables principales del estudio, el nivel de conocimiento deficiente fue el que predominó (41,5 %), mientras que la actitud favorable hacia los métodos anticonceptivos alcanzó el mayor porcentaje (49,6 %). **Conclusión:** se estableció una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia los métodos anticonceptivos ($p = 0,000$) en las puérperas evaluadas (40).

- Título:** “Nivel de conocimiento y su relación con el uso de métodos anticonceptivos en puérperas del Centro de Salud Materno Infantil José Carlos Mariátegui, Lima 2023”. **Autor:** Felix Moran, Megan Cristina.

Resumen: El **objetivo** del estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Centro de Salud Materno “José Carlos Mariátegui” durante el año 2023. **Metodología:** Se desarrolló una investigación de tipo básico, con enfoque cuantitativo, de carácter analítico, prospectivo, relacional, con un diseño no experimental y de corte transversal. La población estuvo conformada por 120 puérperas, constituyendo una muestra censal. A todas las participantes se les aplicó un cuestionario de 21 ítems, elaborado para evaluar tanto el nivel de conocimientos como el uso de métodos anticonceptivos. Para el análisis estadístico se empleó la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia del 0,05; en los casos donde las frecuencias esperadas fueron menores al 20% se utilizó el test exacto de Fisher. **Resultados:** La edad promedio de las participantes fue de 28,30 años. Más de la mitad (53,3 %) presentó un nivel medio de conocimientos sobre métodos anticonceptivos. En cuanto al uso de métodos, el 90,8 % de las puérperas adoptó alguna alternativa anticonceptiva durante el puerperio. El método más utilizado fue el implante subdérmico (37,5 %), seguido de la ampolla trimestral (30,8 %). El análisis estadístico no evidenció una relación significativa entre el nivel de conocimientos y el uso de métodos anticonceptivos ($p = 0,268$). Sin embargo, se observó que alrededor de la mitad de las mujeres que eligieron un método de larga duración —en especial el implante— tenían un nivel alto de conocimiento. **Conclusiones:** No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y el uso de métodos anticonceptivos en las puérperas estudiadas. No obstante, se identificó que una proporción considerable de quienes optaron por un método de larga duración presentó niveles elevados de conocimiento, lo cual podría explorarse en estudios posteriores (41).

3.3.3. Antecedentes locales

- **Título:** “Factores que influyen en la elección de un método anticonceptivo en puérperas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, octubre- diciembre, Arequipa 2022.” **Autor:** Nima, Xiomara; Pinto, Mishell. **Resumen:** Objetivos: Determinar cuáles son los factores personales, gineco - obstétricos y socioculturales que influyen en la elección de un método anticonceptivo en puérperas del centro de salud Maritza Campos Díaz, Octubre-Diciembre, Arequipa-2022. **Materiales y métodos:** La investigación se desarrolló bajo un diseño de campo, correlacional y prospectivo, con un enfoque de corte transversal. Para la recolección de datos se empleó un cuestionario. La muestra estuvo integrada por 67 puérperas por cada mes del periodo de estudio, acumulando un total de 201 participantes que cumplieron los criterios de selección establecidos. En el análisis inferencial se aplicó la prueba de chi-cuadrado, considerando un nivel de significancia del 5%. **Resultados.** Entre los factores personales identificados, se observó que el 59,2% de las puérperas tenía entre 24 y 29 años; respecto al nivel educativo, el mismo porcentaje contaba con educación secundaria. En cuanto al estado civil, el 72,6% eran convivientes y, en términos de ocupación, el 50,8% se dedicaba a las labores del hogar. En relación con los factores gineco-obstétricos, el 59,7% tenía un solo hijo y el 58,2% había tenido un único parto. Además, el 82,1% recibió orientación y consejería en planificación familiar. En los factores socioculturales, se encontró que el 89% profesaba la religión católica. Asimismo, el 81,6% de las parejas mostró aceptación hacia el uso de algún método anticonceptivo. En cuanto a la influencia familiar, el 34,3% indicó que la madre desempeñaba un papel determinante en la elección del método anticonceptivo. Respecto a los métodos seleccionados, el 40,8% optó por el acetato de medroxiprogesterona, el 30,3% por el preservativo masculino, el 27,4% no eligió ninguno, el 0,5% escogió etonogestrel, mientras que no se registraron elecciones en AQV ni en el método de lactancia materna exclusiva. **Conclusión.** En los factores personales asociados a la elección de un método anticonceptivo se identificaron la edad, el estado civil y la

ocupación. En los factores gineco-obstétricos influyeron principalmente el número de hijos vivos y el número de partos. Finalmente, en el ámbito sociocultural destacaron la orientación en planificación familiar, la religión, la influencia familiar y la figura específica del miembro de la familia que interviene en la decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos (27).

- **Título:** “Factores que influyen en la elección de un método anticonceptivo en puérperas mediatas del Hospital III Goyeneche, Arequipa, mayo - junio 2022” **Autor:** Bedregal Butron, Nicoll Madeleine. Vizcarra Guizado, Linda Alicia. **Resumen:** **objetivos** identificar los factores sociodemográficos, familiares, institucionales y cognitivos que influyen en la elección de un método anticonceptivo, así como determinar cuál es el método seleccionado con mayor frecuencia por las puérperas mediatas del Hospital III Goyeneche. **Material y método:** Se desarrolló una investigación de campo, descriptiva-relacional, prospectiva y de corte transversal en una población de 305 puérperas mediatas atendidas durante los meses de mayo y junio, todas cumpliendo los criterios de inclusión. **Resultados:** En los factores sociodemográficos, el 31,5% tenía entre 24 y 29 años, el 99,7% profesaba la religión católica, el 83,3% era conviviente, el 44,6% se dedicaba a labores del hogar y el 63,6% poseía instrucción secundaria. En los factores familiares se identificó que el 97,7% de las parejas participaba en la elección del método anticonceptivo, aunque la mayoría no refirió intervención de otros miembros de la familia. En el ámbito institucional, el 100% recibió consejería, el 85,6% obtuvo un método anticonceptivo durante su estancia hospitalaria, el 78% manifestó no haber experimentado presión por parte del proveedor y el 89,5% calificó el trato recibido como bueno. Respecto a los factores cognitivos, el 100% presentó un nivel alto de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y el 95,7% mostró un nivel medio de creencias. El método de mayor elección fue el inyectable trimestral, con un 43% de preferencias. **Conclusiones:** Existe una relación estadísticamente significativa entre la elección del método anticonceptivo y diversos factores: dentro de los

sociodemográficos influyeron el estado civil y la ocupación; en los familiares, la participación de la pareja; en los institucionales, la consejería, la disponibilidad de métodos y la ausencia de presión del proveedor; y en los cognitivos, el nivel de conocimiento (42).

- **Título:** “Factores que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Regional del Cusco abril – julio del 2021.” **Autor:** Jesed Danna Ramírez Lligua. **Resumen:** Diseño no experimental, de enfoque cuantitativo y corte transversal, cuyo objetivo fue conocer los factores personales, gineco–obstétricos y socioculturales que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Regional del Cusco, durante los meses de abril a julio del 2021. Hipótesis: existen factores que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en las puérperas atendidas en dicho hospital. Muestra: el perfil poblacional estuvo conformado por 251 puérperas inmediatas y mediatas que cumplieron los criterios de selección. **Resultados:** en los factores personales se identificó que las mujeres de 20 a 35 años, así como aquellas procedentes de zonas urbanas, aceptan con mayor frecuencia los métodos anticonceptivos, siendo ambos considerados factores influyentes. En los factores gineco–obstétricos se encontró que las puérperas con un hijo tienden a no aceptar un método anticonceptivo, aunque sí reciben consejería durante el embarazo (CPN), constituyendo también factores influyentes. En el factor sociocultural, la toma de decisiones recae principalmente en la puérpera, y se observó que la pareja acepta el uso de un método anticonceptivo, siendo este el factor de mayor influencia. El método anticonceptivo elegido con mayor frecuencia fue el inyectable. **Conclusión:** se identifican diversos factores que influyen de manera significativa en la aceptación de los métodos anticonceptivos (43).

4. Hipótesis

Dado que, la planificación familiar es una estrategia fundamental en salud pública que permite a las mujeres tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, favoreciendo el espaciamiento intergenésico, reduciendo embarazos no deseados y contribuyendo al bienestar familiar y social.

Es probable que, existan factores personales, obstétricos y socioculturales que influyan de manera negativa, en el nivel de conocimiento y elección de método anticonceptivo en púérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, julio – setiembre 2025.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas

Se empleó la técnica de entrevista.

1.2. Instrumento

- Para la variable independiente se utilizó una ficha de recolección de datos.
- Para la variable nivel de conocimiento se empleó un cuestionario.
- Para la variable elección de método anticonceptivo se empleó una ficha de recolección de datos.

Tabla 2
Instrumentos

Variable	Indicadores	Técnica	Instrumento
Variable independiente: Factores relacionados.	Factores personales.	Entrevista	Ficha de recolección de datos. (Anexo 4)
	Factores obstétricos.		
	Factores Socioculturales.		
Variable dependiente: Nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.	• Uso y elección. • Clasificación. • Forma de uso. • Tasa de falla.		Cuestionario. (Anexo 5)
Variable dependiente: Elección de métodos anticonceptivos.	Anticonceptivo de barrera.		Ficha de recolección de datos. (Anexo 6)
	Anticonceptivo hormonal.		
	DIU.		
	MELA.		

Nota: Elaboración propia.

1.3. Materiales de verificación

- Ficha de recolección de datos.
- Laptop con sistema operativo Lenovo.
- Impresora Epson.
- Lapiceros.
- Hojas bond.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

2.1.1. Precisión del lugar

- **País:** Perú.
- **Departamento:** Arequipa.
- **Provincia:** Arequipa.
- **Distrito:** Cerro Colorado.
- **Ámbito específico:** Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Servicio de Obstetricia, área de puerperio.
- **Dirección:** Esquina Yavarí con, Marañón S/N, Cerro Colorado 04017.
(Anexo 1)

2.2. Ubicación temporal

- **Cronología:** El estudio se realizó desde julio a setiembre 2025.
- **Visión temporal:** Prospectivo.
- **Corte temporal:** Transversal.

2.3. Unidades de estudio.

2.3.1. Universo

El universo del presente estudio estuvo conformado por 150 puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz en los meses de julio a setiembre del 2025.

2.3.2. Muestra

Dado que la población no fue grande, se incluyó al total del universo o población de puérperas inmediatas atendidas en el “Centro de Salud Maritza Campos Díaz”

2.3.3. Criterios de inclusión.

- Pacientes en la etapa de puerperio inmediato atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz en los meses de julio a setiembre del 2025.
- Pacientes que hayan aceptado participar en el estudio, firmando el consentimiento informado.
- Pacientes que permanezcan en el área de puerperio, alojamiento conjunto.

2.3.4. Criterios de exclusión.

- Puérperas inmediatas que no hayan aceptado participar en la investigación.
- Pacientes que no puedan usar métodos anticonceptivos por enfermedades concomitantes.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

- Se solicitó la autorización al jefe del Centro de Salud Maritza Campos Díaz para realizar el estudio.
- Se coordinó con el jefe del servicio de Obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz para aplicar el instrumento en las pacientes puérperas inmediatas.

- El estudio se realizó en el área de puerperio del Centro de Salud Maritza Campos Díaz.
- El estudio se realizó mediante la entrega del consentimiento informado y posteriormente aplicando el instrumento para el respectivo estudio en las pacientes puérperas inmediatas que cumplieron con los criterios de inclusión.
- Se recabó información y los datos obtenidos mediante el cuestionario y se plasmó en una matriz de datos.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos humanos

- Asesor(a) de investigación:
Dra. Cárdenas Nuñez, Yenhny Margareth.
- Investigadoras:
Flores Ramos, Sarita.
Pinto Apaza, Wendy Juliet.

3.2.2. Recursos físicos

3.2.2.1. Disponibilidad de infraestructura

Micro Red Arequipa - Caylloma, Centro de Salud Maritza Campos Díaz “Zamacola”.

3.2.2.2. Disponibilidad de ambiente

Área de puerperio del centro de salud.

3.2.3. Recursos financieros

Autofinanciado.

3.2.4. Recursos institucionales

Se utilizaron las instalaciones del Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

3.3. Validación de instrumento

El instrumento empleado para evaluar los factores relacionados correspondió a una ficha de recolección de datos, cuya confiabilidad fue estimada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, alcanzándose un valor de 0.816. Este resultado, reportado por Centon Luna, Gutiérrez Miranda en la tesis titulada “Factores relacionados con la elección de métodos anticonceptivos en púerperas atendidas en el Hospital Ilo, enero – marzo 2024”, confirmó que el formulario poseía una adecuada consistencia interna pertinente para su uso en la población estudiada (44).

Asimismo, el instrumento destinado a medir el nivel de conocimiento y la elección de métodos anticonceptivos en púerperas fue sometido a un proceso de validación por juicio de expertos, conformado por seis profesionales con especialización en salud sexual y reproductiva. Estos evaluaron cada ítem considerando criterios de claridad, pertinencia y coherencia, determinándose que el cuestionario cumplía con los estándares requeridos para su aplicación en mujeres en etapa puerperal. Dicho instrumento fue elaborado originalmente por Luza, Lorena en su tesis “Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en púerperas primíparas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, febrero 2020. La confiabilidad del cuestionario se estableció utilizando el software SPSS, obteniéndose un Alfa de Cronbach de 1.000, valor que evidencia una confiabilidad máxima en la medición. Para la evaluación del nivel de conocimiento, se asignó 1 punto por cada respuesta correcta y 0 puntos por cada respuesta incorrecta, estableciéndose la siguiente escala de valoración según el puntaje obtenido:

- **Alto:** 8 a 10 puntos
- **Medio:** 4 a 7 puntos
- **Bajo:** 0 a 3 puntos (45).

3.4. Consideraciones éticas

- A las púerperas inmediatas, se les informó de manera clara y comprensible sobre la naturaleza, objetivos y finalidad de la investigación.

- La participación de las puérperas inmediatas fue completamente voluntaria, solicitando su consentimiento informado antes de la aplicación de la encuesta (Anexo 3).
- Se garantizó el respeto a la intimidad, confidencialidad y anonimato de la información brindada por cada participante.
- Las respuestas y opiniones de las puérperas inmediatas fueron respetadas, sin ejercer presión ni emitir juicios de valor durante la aplicación del instrumento.
- La participación o no en el estudio, no condicionó ni afectó en la calidad de atención que recibieron las pacientes puérperas en el establecimiento de salud.

4. Estrategia para manejar los resultados

4.1. Procesamiento

La información recolectada fue registrada manualmente y posteriormente ingresada en una laptop utilizando el programa Microsoft Excel 2021 para Windows, donde se procedió a la codificación de cada una de las respuestas obtenidas. Una vez completado este proceso inicial, se elaboró una base de datos que posteriormente fue exportada al software estadístico IBM SPSS versión 27, con el fin de aplicar los procedimientos estadísticos correspondientes.

4.2. Análisis de datos

Para el análisis se emplearon técnicas estadísticas no paramétricas, específicamente la prueba de chi cuadrado, con el propósito de evaluar la relación existente entre las variables cualitativas vinculadas a los factores relacionados con el conocimiento y la elección de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas. En este proceso se elaboraron tablas estadísticas simples y, una vez obtenidos los resultados, se procedió a su interpretación a partir de la información previamente procesada. Este análisis permitió confirmar la hipótesis planteada en la investigación.

4.3. Control de calidad de datos

El control de calidad estuvo determinado por el instrumento utilizado durante la recolección de la información. Su confiabilidad fue verificada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach aplicado a los ítems del cuestionario, complementado con la evaluación por juicio de expertos, lo que garantizó la consistencia y validez del instrumento empleado.





CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 3
Factores personales de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud
Maritza Campos Díaz

FACTORES PERSONALES		Nº	%
Edad (años)	Adolescentes 12-17	9	6.0
	Jóvenes 18-29	54	36.0
	Adultos 30-59	87	58.0
	Total	150	100
Grado de Instrucción	Analfabeta	3	2.0
	Primaria	42	28.0
	Secundaria	99	66.0
	Superior no universitario	4	2.7
	Superior universitario	2	1.3
	Total	150	100
Estado Civil	Soltero	10	6.7
	Casada	14	9.3
	Conviviente	126	84.0
	Total	150	100
Ocupación	Estudiante	6	4.0
	Ama de casa	125	83.3
	Trabajadora independiente	10	6.7
	Trabajadora dependiente	9	6.0
	Total	150	100

Nota: Elaboración propia.

La tabla N° 3 Muestra que el 58.0% de las puérperas inmediatas tienen entre 30 y 59 años, el 66.0% grado de instrucción secundaria, el 84.0% convivientes y el 83.3% son amas de casa.

Tabla 4
Factores obstétricos de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud
Maritza Campos Diaz

FACTORES OBSTÉTRICOS		Nº	%
Atención Prenatal	≤5	107	71.3
	≥6	43	28.7
	Total	150	100
Tipo de Parto	Vaginal	150	100
	Total	150	100
Lactancia Materna	Solo pecho	150	100
	Pecho y formula	0	0.0
	Total	150	100
Paridad	Uno	10	6.7
	Dos	59	39.3
	Tres a más	81	54.0
	Total	150	100
Uso previo de MAC	Si	12	8.0
	No	138	92.0
	Total	150	100

Nota: Elaboración propia.

La Tabla N° 4 Muestra que el 71.3% de las puérperas inmediatas tuvieron ≤ a 5 controles prenatales, el 100% de ellas tuvo parto vaginal, el 100% manifestó haber brindado lactancia materna exclusiva, asimismo el 54.0% presentó haber tenido tres a más partos, y el 92.0% de ellas no utilizaron ningún método anticonceptivo previo a la última gestación.

Tabla 5
Factores socioculturales de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz

FACTORES SOCIOCULTURALES		Nº	%
Religión	Católica	113	75.3
	Evangélica	28	18.7
	Israelita	9	6.0
	Total	150	100
Aceptación de la Pareja	Si	20	13.3
	No	130	86.7
	Total	150	100
Influencia Familiar	Suegra	14	9.3
	Mamá	98	65.3
	Tía	3	2.0
	Hermana	6	4.0
	Otros	29	19.3
	Total	150	100

Nota: Elaboración propia.

La Tabla N° 5. Muestra que el 75.3% de las puérperas inmediatas manifestaron ser de religión católica, asimismo el 86.7% de ellas no tuvieron la aceptación de su pareja y el 65.3% manifestaron tener influencia familiar de su mamá.

Tabla 6

**Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las puérperas inmediatas
atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Nº	%
Bajo	19	12.7
Medio	106	70.7
Alto	25	16.7
Total	150	100

Nota: Elaboración propia.

La tabla N° 6 Muestra que el 70.7% de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz presentaron un nivel de conocimiento medio y el 12.7% de ellas manifestaron un nivel conocimiento bajo.

Tabla 7

**Elección de métodos anticonceptivos de las puérperas inmediatas atendidas en el
Centro De Salud Maritza Campos Diaz**

ELECCION DE METODO ANTICONCEPTIVO		Nº	%
Elección de método	Si	72	48.0
	No	78	52.0
Total		150	100
Método Elegido	Preservativo masculino	44	61.1
	Inyectable trimestral	22	30.6
	Implante	6	8.3
	Total	72	100

Nota: Elaboración propia.

La tabla N° 7 Muestra que el 52.0 % de las puérperas inmediatas no eligieron ningún tipo de método anticonceptivo, se observa que el 48% si eligieron un método anticonceptivo de las cuales el 61.1 % eligió el preservativo masculino.

Tabla 8

Factores personales relacionados al nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz

FACTORES PERSONALES		NIVEL DE CONOCIMIENTO						ESTADÍSTICA
		Alto		Medio		Bajo		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad	Adolescentes 12-17	3	2.0	6	4.0	0	0.0	X²=44.451
	Jóvenes 18-29	16	10.7	38	25.3	0	0.0	P=0.000
	Adultos 30- 59	0	0.0	62	41.3	25	16.7	P<0.05
Grado de Instrucción	Analfabeta	0	0.0	0	0.0	3	2.0	X²=117.183
	Primaria	0	0.0	20	13.3	22	14.7	P=0.000
	Secundaria	13	8.7	86	57.3	0	0.0	P<0.05
	Superior no universitario	4	2.7	0	0.0	0	0.0	
	Superior universitario	2	1.3	0	0.0	0	0.0	
Estado civil	Soltero	0	0.0	0	0.0	10	6.7	X²=113.016
	Casada	11	7.3	3	2.0	0	0.0	P=0.000
	Conviviente	8	5.3	103	68.7	15	10.0	P<0.05
Ocupación	Estudiante	6	4.0	0	0.0	0	0.0	X²=107.445
	Ama de casa	1	0.7	99	66.0	25	16.7	P=0.000
	Trabajadora independiente	8	5.3	2	1.3	0	0.0	P<0.05
	Trabajadora dependiente	4	2.7	5	3.3	0	0.0	
	Total	19	12.7	106	70.7	25	16.7	

Nota: Elaboración propia.

La tabla N° 8 según la prueba de chi cuadrado muestra que la edad, el grado de instrucción, estado civil y la ocupación presentaron relación estadística significativa con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos ($P < 0.05$).

Asimismo, el 41.3 % de las púerperas inmediatas con un nivel de conocimiento medio tienen entre 30 a 59 años, 53.7% presentan grado de instrucción secundaria, 68.7% son convivientes y 66.0% son amas de casa.



Tabla 9

Factores obstétricos relacionados al nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos de las púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz

FACTORES OBSTÉTRICOS		NIVEL DE CONOCIMIENTO						ESTADÍSTICA
		Alto		Medio		Bajo		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Atención prenatal								X²=59.208
	≤5	0	0.0	82	54.7	25	16.7	P=0.000
	≥6	19	12.7	24	16.0	0	0.0	P<0.05
Tipo de Parto	Vaginal	19	12.7	106	70.7	25	16.7	No Aplica
Lactancia Materna	Exclusiva	19	12.7	106	70.7	25	16.7	
	Combinada	0	0.0	0	0.0	0	0.0	No Aplica
	Artificial	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Paridad	Uno	8	5.3	2	1.3	0	0.0	X²=66.397
	Dos	11	7.3	46	30.7	2	1.3	P=0.000
	Tres a más	0	0.0	58	38.7	23	15.3	P<0.05
Uso Previo de Métodos Anticonceptivos	Si	9	6.0	3	2.0	0	0.0	X²=46.033
	No	10	6.7	103	68.7	25	16.7	P=0.000
	Total	19	12.7	106	70.7	25	16.7	P<0.05

Nota: Elaboración propia.

La tabla N° 9 según la prueba de chi cuadrado muestra que la atención prenatal, la paridad y el no uso previo de métodos anticonceptivos presentaron relación estadística significativa con el

nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos ($P < 0.05$). Asimismo, el 54.7% de las puérperas con un nivel de conocimiento medio tuvieron $\leq$ a 5 controles prenatales, el 38.7% de ellas con este mismo nivel de conocimiento tuvieron tres a más partos y el 68.7% no utilizó ningún método anticonceptivo antes de la gestación. Las variables tipo de parto y lactancia materna, no fueron sometidas a la prueba estadística de chi- cuadrado debido a que todas las puérperas inmediatas presentaron parto vaginal y brindaron lactancia materna exclusiva, por lo que ambas variables fueron constantes.



Tabla 10

Factores socioculturales relacionados al nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos de las púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz

FACTORES SOCIOCULTURALES		NIVEL DE CONOCIMIENTO						ESTADÍSTICA
		Alto		Medio		Bajo		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Religión	Católica	19	12.7	75	50.0	19	12.7	X²=7.653
	Evangélica	0	0.0	23	15.3	5	3.3	P=0.105
	Israelita	0	0.0	8	5.3	1	1	P>0.05
Aceptación de la pareja	Si	14	9.3	6	4.0	0	0.0	X²=69.133
	No	5	3.3	100	66.7	25	16.7	P=0.000
								P<0.05
Influencia familiar	Suegra	4	2.7	10	6.7	0	0.0	X²=64.039
	Mamá	1	0.7	73	48.7	24	16.0	P=0.000
	Tía	2	1.3	0	0.0	1	0.7	P<0.05
	Hermana	5	3.3	1	0.7	0	0.0	
	Otros	7	4.7	22	14.7	0	0.0	
Total		19	12.7	106	70.7	25	16.7	

Nota: Elaboración propia.

La tabla N° 10 según la prueba de chi cuadrado muestra que la no aceptación de pareja y la influencia familiar presentaron relación estadística significativa con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos ($P<0.05$). Asimismo, el 66.7% de las púerperas inmediatas con un nivel de conocimiento medio no tuvieron la aceptación de su pareja y el 48.7% de ellas con el mismo nivel de conocimiento tuvieron influencia familiar por parte de su mamá.

Tabla 11

Factores personales relacionados a la elección de métodos anticonceptivos de las púérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz

FACTORES PERSONALES		ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				ESTADÍSTICA
		Si		No		
		Nº	%	Nº	%	
Edad	Adolescentes 12-17	9	6.0	0	0.0	X²=117.672
	Jóvenes 18-29	54	36.0	0	0.0	P=0.000
	Adultos 30-59	9	6.0	78	52.0	P<0.05
Grado de Instrucción	Analfabeta	0	0.0	3	2.0	X²=61.859
	Primaria	0	0.0	42	28.0	P=0.000
	Secundaria	66	44.0	33	22.0	P<0.05
	Superior no universitario	4	2.7	0	0.0	
	Superior universitario	2	1.3	0	0.0	
Estado civil	Soltero	0	0.0	10	6.7	X²=24.593
	Casada	14	9.3	0	0.0	P=0.000
	Conviviente	58	38.7	68	45.3	P<0.05
Ocupación	Estudiante	6	4.0	0	0.0	X²=32.500
	Ama de casa	47	31.3	78	52.0	P=0.000
	Trabajadora independiente	10	6.7	0	0.0	P<0.05
	Trabajadora dependiente	9	6.0	0	0.0	
	Total	72	48.0	78	52.0	

Nota: Elaboración propia.

La tabla N° 11 según la prueba de chi cuadrado muestra que la edad, el grado de instrucción, estado civil y la ocupación presentaron relación estadística significativa con la elección de métodos anticonceptivos ($P < 0.05$). Asimismo, el 52.0 % de las puérperas inmediatas que no eligieron ningún método anticonceptivo tienen entre 30 a 59 años.

El 44% de las puérperas que eligieron método anticonceptivo tienen grado de instrucción secundaria

El 45.3% de las puérperas que no eligieron método anticonceptivo son convivientes y el 52.0% son amas de casa

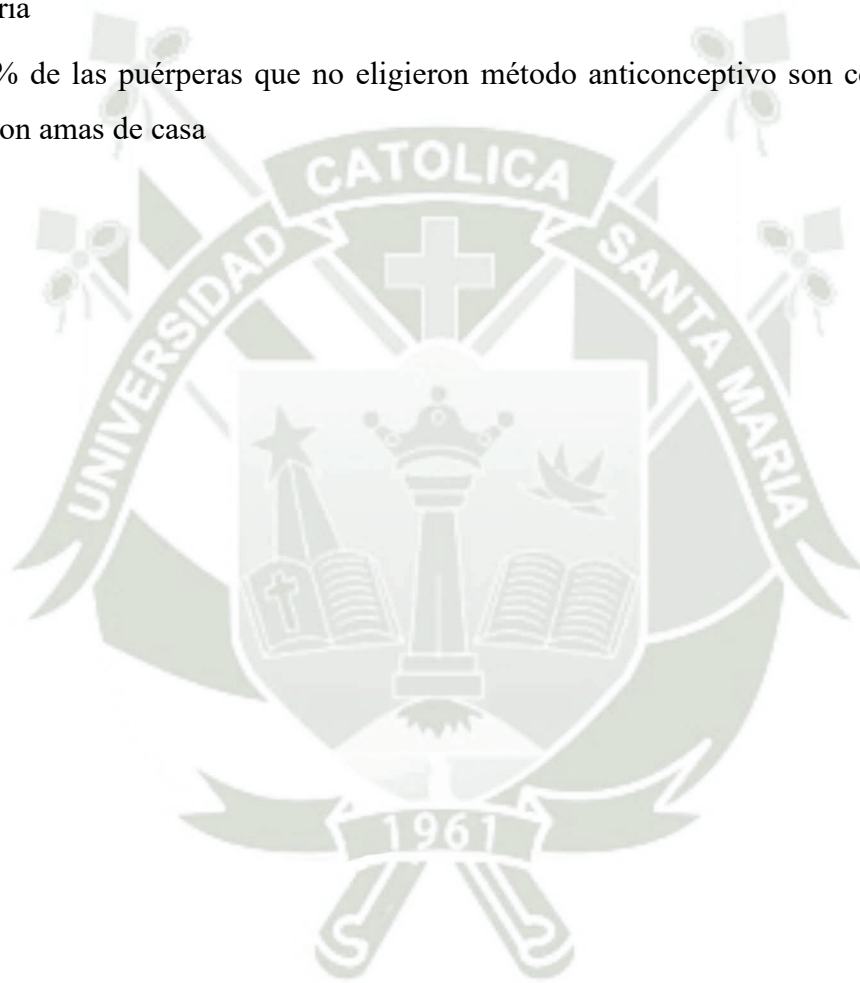


Tabla 12

Factores obstétricos relacionados a la elección de métodos anticonceptivos de las púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz

ELECCIÓN DE MÉTODOS						
ANTINCONCEPTIVOS						
FACTORES OBSTÉTRICOS		ESTADÍSTICA				
		Si		No		
		Nº	%	Nº	%	
Atención prenatal						X2=65.304
	≤5	29	19.3	78	52.0	P=0.000
	≥6	43	28.7	0	0.0	P<0.05
Tipo de Parto	Vaginal	78	52.0	72	48.0	No Aplica
Lactancia Materna	Exclusiva	78	52.0	72	48.0	No Aplica
	Combinada	0	0.0	0	0.0	
	Artificial	0	0.0	0	0.0	
Paridad	Uno	10	6.7	0	0.0	X2=109.440
	Dos	55	36.7	4	2.7	P=0.000
	Tres a más	7	4.7	74	49.3	P<0.05
Uso previo de Métodos	Si	12	8.0	0	0.0	X2=14.130
Anticonceptivos	No	60	40.0	78	52.0	P=0.000
Total		72	48.0	78	52.0	P<0.05

Nota: Elaboración propia.

La tabla N° 12 según la prueba de chi cuadrado muestra que la atención prenatal, la paridad y el no uso previo de métodos anticonceptivos presentaron relación estadística significativa con la elección de métodos anticonceptivos (P<0.05).

Asimismo, el 52.0% de las púerperas inmediatas que no eligieron ningún método

anticonceptivo, acudieron a ≤ 5 controles prenatales, El 49.3% de ellas con el mismo tipo de elección manifestaron haber tenido tres a más partos. El 52.0% de las puérperas inmediatas con la no elección de métodos anticonceptivos no utilizó ningún método anticonceptivo previo a la última gestación. Las variables tipo de parto y lactancia materna, no fueron sometidas a la prueba estadística de chi- cuadrado debido a que todas las puérperas inmediatas presentaron parto vaginal y brindaron lactancia materna exclusiva, por lo que ambas variables fueron constantes.



Tabla 13
Factores socioculturales relacionados a la elección de métodos anticonceptivos de las púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz

FACTORES SOCIOCULTURALES		ELECCIÓN DE METODOS ANTINCONCEPTIVOS				ESTADÍSTICA
		Si		No		
		Nº	%	Nº	%	
Religión	Católica	72	48.0	41	27.3	X2=45.337
	Evangélica	0	0.0	28	18.7	P=0.105
	Israelita	0	0.0	9	6.0	P>0.05
Aceptación de la pareja	Si	20	13.3	0	0.0	X2=25.000
	No	52	34.7	78	52.0	P=0.000
						P<0.05
Influencia familiar	Suegra	14	9.3	0	0.0	
	Mamá	21	14.0	77	51.3	X2=81.223
	Tía	2	1.3	1	0.7	P=0.000
	Hermana	6	4.0	0	0.0	P<0.05
	Otros	29	19.3	0	0.0	
	Total	72	48.0	78	52.0	

Nota: Elaboración propia.

La tabla N° 13 según la prueba de chi cuadrado muestra que la no aceptación de pareja y la influencia familiar presentaron relación estadística significativa en la elección de métodos anticonceptivos ($P<0.05$). Asimismo, el 48% de las púerperas inmediatas que eligieron métodos anticonceptivos son de religión católica. El 52.0 % que no eligió método no tuvieron aceptación de su pareja y el 51.3% tuvieron influencia familiar por parte de su mamá.

DISCUSIÓN

La planificación familiar constituye un componente fundamental de la salud sexual y reproductiva, ya que garantiza a hombres y mujeres la posibilidad de decidir de manera autónoma y responsable cuántos hijos desean tener, así como determinar el momento y el intervalo entre cada embarazo. Este enfoque también implica el derecho a acceder a información veraz y a recibir orientación profesional, de modo que las personas puedan seleccionar el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus necesidades y condiciones. Con ello, se favorece la toma de decisiones informadas, se incrementa la satisfacción con el método elegido y se contribuye a la prevención de embarazos no planificados.

En el presente estudio se encontró que los factores personales (Tabla N° 3) el 58.0% de las puérperas inmediatas tuvieron entre 30 y 59 años, el 66.0% de ellas grado de instrucción secundaria, el 84.0% manifestaron ser convivientes y el 83.3% amas de casa. Hallazgos similares fueron encontrados por Méndez A.(2024) en el Hospital III Suarez Angamos, donde la mayoría de las puérperas se encontraban en un rango de 36 a 42 años (46). Asimismo, en la investigación de Barrientos Y. (2022) en el Centro Materno Infantil Rímac-Lima, predominando el nivel educativo secundario, en su mayoría convivientes y dedicadas al hogar (47).

En cuanto a los factores obstétricos (Tabla N° 4) se encontró que el 71.3% de las puérperas inmediatas tuvieron menor o igual a cinco controles prenatales, el 100% de ellas tuvo parto vaginal, respecto a la alimentación del recién nacido, el 100% manifestó haber brindado lactancia materna exclusiva. Asimismo, el 54.0% presentó haber tenido tres a más partos y el 92.0% de ellas no utilizaron ningún método anticonceptivo previo a la última gestación. Resultados similares fueron encontrados en la investigación de Sarazú L (2022) realizada en el Hospital La Caleta, Chimbote, donde se halló que el 74% de las puérperas fueron multíparas, el 55.6% culminaron en parto vaginal, a diferencia del 55.1% que tuvieron más de seis controles prenatales (3). Estos resultados muestran coincidencias en cuanto a la alta proporción de multíparas y partos vaginales, aunque difieren en el número de controles prenatales. Hallazgos diferentes se encontraron en la investigación de Méndez A. (2024) en el Hospital III Suarez Angamos, donde la mayoría de las puérperas utilizaron previamente algún método anticonceptivo (46).

En cuanto a los factores socioculturales (Tabla N° 5) se determinó que el 75.3% de las puérperas inmediatas fueron de religión católica, el 86.7% no tuvieron la aceptación de su pareja y el 65.3% tuvo influencia familiar por parte de su mamá. De forma similar, la investigación de Bedregal y Vizcarra (2022) realizada en el Hospital III Goyeneche de Arequipa, evidenció (42). que la religión, la opinión de la pareja y la participación de la familia puede limitar la autonomía de la mujer en la elección anticonceptiva

En el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos (Tabla N° 6) se determinó que el 70.7% de las puérperas inmediatas presentaron un nivel de conocimiento medio y el 12.7% de ellas manifestaron un nivel conocimiento bajo. De manera similar, en la investigación de Huamani J. (2023) realizada en la Microrred de Salud Chilca, Huancayo, se encontró que el 65.5 % de las puérperas tuvieron un nivel de conocimiento medio y el 28.3 % un nivel bajo. Ambas investigaciones coinciden en que la mayoría de las puérperas poseen conocimientos intermedios (48).

En la elección de métodos anticonceptivos (Tabla N° 7) se observó que el 52.0 % de las puérperas inmediatas no eligieron ningún tipo de método anticonceptivo y de las puérperas que sí eligieron un método anticonceptivo, el 61.1 % optaron por el preservativo masculino. Estos resultados difieren de los reportados por Sánchez V. (2022) realizado en el Centro de Salud Tupac Amaru, donde se reportó que el 78.3% sí eligió un tipo de método anticonceptivo (49). Hallazgos similares se encontraron en la investigación de Cuba N. y Machaca R. (2023) realizada en el Hospital Central de Majes, donde se reportó que el preservativo masculino fue también el método más utilizado, con un 50.0%. Estos hallazgos muestran coincidencia en la preferencia por el preservativo (50).

La investigación también muestra la relación de los factores personales (Tabla N° 8) donde la edad, el grado de instrucción, el estado civil y la ocupación presentaron una relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento ($p < 0.05$). En este estudio, el 41.3% de las puérperas con conocimiento medio tenían entre 30 y 59 años, el 53.7% con grado de instrucción secundaria, el 68.7% eran convivientes y el 66.0% amas de casa. Hallazgos similares fueron descritos por Mendoza K. y Juipa M. (2024) quienes reportaron que el 45.6% de las puérperas con conocimiento medio, tenía grado de instrucción secundaria y el 61.2% eran convivientes, evidenciando que la edad y el nivel educativo influyen en la comprensión de los métodos anticonceptivos (51).

En cuanto a la relación de los factores obstétricos (tabla N° 9) se determinó que la atención prenatal, la paridad y el no uso previo de métodos anticonceptivos presentaron una relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento ($p < 0.05$). A diferencia de las variables tipo de parto y lactancia materna, no se realizó análisis estadísticos debido a la uniformidad. Se evidenció que el 54.7% de las púerperas con conocimiento medio tuvieron menor o igual a cinco controles prenatales, el 38.7% tres o más partos y el 68.7% no utilizó métodos anticonceptivos previos. Hallazgos similares fueron encontrados por Mendoza K. y Juipa M. (2024) quienes observaron que las púerperas presentaron controles prenatales insuficientes y el 62.5% no habían usado anticonceptivos antes de la gestación, a diferencia del 57.3% que presentaron bajo nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos (51). Asimismo, en la investigación de Méndez A. (2024) en el Hospital III Suarez Angamos, encontró una relación significativa entre la paridad y el nivel de conocimiento (46).

Finalmente, en cuanto a la relación de los factores socioculturales (tabla N° 10) según la prueba de χ^2 cuadrado, muestra que la no aceptación de la pareja y la influencia familiar presentaron relación estadística significativa con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos ($P < 0.05$). A diferencia de la religión, que no presentó relación significativa. Se encontró que el 66.7% de las púerperas con conocimiento medio no contaron con aceptación de su pareja y el 48.7% refirió influencia materna. Estos resultados se asemejan a lo encontrado por Mendoza K. y Juipa M. (2024) donde el 59.8% de las mujeres no tuvo apoyo de la pareja ni familiar (51).

En cuanto a la relación de los factores personales (Tablas N° 11) según la prueba de χ^2 cuadrado, muestra que la edad, el grado de instrucción, el estado civil y la ocupación presentaron una relación estadísticamente significativa con la elección de métodos anticonceptivos ($p < 0.05$). Donde el 52.0% de las púerperas que no eligieron método tenían entre 30 y 59 años, el 44.0% con instrucción secundaria sí optaron por uno, el 45.3% de convivientes no eligieron y el 52.0% de amas de casa tampoco eligieron ningún método anticonceptivo. Hallazgos similares fueron descritos por Cueva, L. (2025), quien encontró que el 51.7% de las púerperas con grado de instrucción secundaria sí accedieron a un método anticonceptivo, evidenciando que la edad, la ocupación y el nivel educativo influyen directamente en la toma de decisiones sobre planificación familiar (52). Asimismo, en la investigación de Lindo A. (2024)

en el Hospital de San Juan de Lurigancho, las puérperas con estado civil conviviente (72,9%) mostraron los porcentajes más altos de rechazo al uso de métodos anticonceptivos (53).

En relación con los factores obstétricos (tabla N° 12) según la prueba de chi cuadrado, muestra que la atención prenatal, la paridad y el no uso previo de métodos anticonceptivos presentaron relación estadística significativa con la elección de métodos anticonceptivos ($P < 0.05$). A diferencia del tipo de parto y lactancia materna, no se analizaron por ser variables constantes. Se observó que el 52.0% de las puérperas que no eligieron método, tuvieron menor o igual a cinco controles prenatales, el 49.3% eran multíparas y no utilizaron anticonceptivos previos. De manera semejante, Cueva L. (2025) reportó que el 47.2% de las multíparas y el 43.8% de las que tuvieron controles prenatales insuficientes, presentaron baja elección anticonceptiva (52).

Respecto a la relación de los factores socioculturales (tabla N° 13) según la prueba de chi cuadrado, muestra que la no aceptación de la pareja y la influencia familiar presentaron relación estadística significativa en la elección de métodos anticonceptivos ($P < 0.05$). A diferencia de la religión que no tuvo una relación significativa. Se evidenció que el 52.0% de las puérperas que no eligieron ningún método no contaron con la aceptación de su pareja y el 51.3% manifestaron haber recibido influencia familiar, principalmente materna. De manera similar, Cueva L. (2025) halló que el 49.0% de las mujeres que presentaron presión familiar y el 46.8% sin apoyo de pareja desistieron de elegir un método anticonceptivo, a diferencia de la religión que no tuvo relación con la elección (52).

CONCLUSIONES

PRIMERA: En los factores personales predominaron puérperas de 30 a 59 años, con instrucción secundaria, convivientes y amas de casa, en los factores obstétricos, destacaron la atención prenatal menor o igual a cinco controles, la multiparidad, el no uso previo de métodos anticonceptivos, el parto vaginal y la lactancia materna exclusiva, mientras que, en el ámbito sociocultural, prevaleció la religión católica, la influencia materna y la falta de aceptación de la pareja.

SEGUNDA: Se determinó que la mayoría de las puérperas inmediatas presentaron un nivel de conocimiento medio.

TERCERA: Más de la mitad de las puérperas inmediatas no eligió ningún método anticonceptivo, entre quienes, sí lo hicieron, predominó el preservativo masculino.

CUARTA: En los factores personales como: la edad 30 a 59 años, grado de instrucción secundaria, estado civil convivientes y la ocupación amas de casa. En los factores obstétricos: la atención prenatal menor o igual a cinco controles, multíparas, el no uso previo de métodos anticonceptivos. En los factores socioculturales: la no aceptación de la pareja y la influencia familiar por parte de la madre presentaron una relación estadística significativa con el nivel de conocimiento medio y la no elección de métodos anticonceptivos.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Se sugiere a la micro red Zamacola se priorice fortalecer el trabajo en equipo, especialmente en el servicio de obstetricia en el área de materno perinatal debido a que la gran mayoría de las gestantes son referidas para la atención de parto al centro de salud Maritza campos Díaz.
- SEGUNDA:** Se recomienda al servicio de obstetricia del centro de salud Maritza campos Díaz fortalecer la consejería en salud sexual y reproductiva y planificación familiar, especialmente en mujeres con factores de riesgo obstétrico.
- TERCERA:** Se recomienda realizar una investigación que incluya consejería sobre métodos anticonceptivos (MAC) durante las primeras horas del puerperio inmediato, aprovechando que las puérperas se encuentran más receptivas tras la experiencia del parto. Posteriormente, se sugiere aplicar encuestas para evaluar su nivel de conocimiento y elección del método anticonceptivo.
- CUARTA:** Para futuros investigadores se recomienda realizar estudios similares en otros centros de salud de la misma categoría que se encuentren en la ciudad de Arequipa y tomar los resultados obtenidos para hacer una comparación. Esta información permitirá generar evidencias útiles para el planteamiento de nuevas estrategias en planificación familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNFPA Perú. Planificación familiar, por un mundo con iguales oportunidades [Internet]. 2021 [citado el 8 de enero de 2025]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/planificaci%C3%B3n-familiar-por-un-mundo-con-iguales-oportunidades>
2. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2013 [citado el 8 de enero de 2025];30(3):465–70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Sarazú Montani, Lorena Isabel VVRM. Factores relacionados a la elección de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el hospital la caleta, chimbote - 2022. Universidad Autónoma de Ica [Internet]. 2023 [citado el 8 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2489>
4. Coz Rojas FDM, Flores Orellana DL, Quincho Coronel GE. Factores asociados a las competencias de investigación en los estudiantes de carreras de Ciencias de la Salud en una universidad privada de Huancayo, 2023. Universidad Continental [Internet]. 2024 [citado el 8 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/14983>
5. López Tello GS, Contreras Serafin ST, Arévalo Cachique CJ. Factores personales, familiares y bullying en estudiantes de secundaria de la institución educativa Teniente Manuel Clavero Muga, Punchana 2017. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana [Internet]. 2018 [citado el 11 de enero de 2025]; Disponible en: <https://api-repositorio.unapiquitos.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3a2d38e1-1ffe-4024-84e3-0df7fd74bf46/content>
6. Ayala Gómez A, Garzón Rodríguez C. Repercusión de los tipos de edades en el envejecimiento. ¿A qué edad empezamos a envejecer? Medicina Estética [Internet]. 2025 [citado el 11 de enero de 2025];84(84):15–22. Disponible en: <https://www.seme.org/revista/articulos/repercusion-de-los-tipos-de-edades-en-el-envejecimiento-a-que-edad-empezamos-a-envejecer>
7. Infantes Hirasaki NA. Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor del A.H. Ramiro Priale_chimbote, 2022. Universidad Católica los ángeles Chimbote. Universidad Católica los ángeles Chimbote [Internet]. 2022 [citado el 11 de enero de 2025]; Disponible en: https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/32070/ESTILO_VIDA_INFANTES_HIRASAKI_NERY.pdf?sequence=3
8. Lesgate A. Analfabetismo y alfabización. Unesco [Internet]. 1982 [citado el 11 de enero de 2025];31. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000133942>

9. Cule Ccapali L. Relación entre el grado de instrucción concluida de las madres de los niños y niñas de 5 años y el nivel de logro de los aprendizajes de sus hijos e hijas en el área de matemática en una institución educativa inicial piloto del distrito de Puquio – Ayacucho. Universidad Antonio Ruiz de Montoya; [Internet]. 2025 [citado el 7 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12833/2781>
10. Varsi-Rospigliosi E. Tratado de derecho de familia: La nueva teoría institucional y jurídica de la familia. Universidad de Lima [Internet]. 2011 [citado el 7 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/5230>
11. Sotomayor Saavedra LE. La obsolescencia del estado civil de divorciado y la violación al derecho fundamental a la intimidad y el libre desarrollo de la personalidad [Internet]. Universidad Católica de Santa María; 2019 [citado el 7 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/8578>
12. Velarde Delgado LE. Regulación jurídica de unión de hecho como estado civil antes de los dos años y su efecto en el ámbito jurídico social Moquegua 2020. Universidad José Carlos Mariátegui [Internet]. 2021 [citado el 7 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1226>
13. Yagual Cochea KE. Factores de riesgo obstétrico y su influencia en complicaciones maternas. Centro de Salud San Antonio.2021. Universidad Estatal Península de Santa Elena [Internet]. 2021 [citado el 19 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/server/api/core/bitstreams/80794ab1-c1d0-4256-aba2-e40d55321e74/content>
14. Ministerio de Salud. Minsa - Gob.pe. Embarazadas deben recibir como mínimo 6 atenciones durante la gestación. [Internet] 2014 [citado el 19 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/31002-embarazadas-deben-recibir-como-minimo-6-atenciones-durante-la-gestacion>
15. Minaya Valladares CA. Factores maternos asociados a bajo peso al nacer en el recién nacidos a término, Hospital Regional de Huacho, 2018-2021; Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión [Internet]. 2022 [citado el 19 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/6553/TESIS%20MINAYA%20VALLADARES%20CARLOS%20ADOLFO.pdf?sequence=1>
16. Moldenhauer JS. Manejo del trabajo de parto normal - Ginecología y obstetricia. Manual MSD Versión para profesionales. [Internet] 2025 [citado el 19 de marzo de 2025] Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto/manejo-del-trabajo-de-parto-normal>
17. Ministerio de Salud. Guía técnica: Guías de práctica clínica para la atención de

- emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Minsa - Gob.pe. [Internet] 2007 [citado el 19 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352824-guia-tecnica-guias-de-practica-clinica-para-la-atencion-de-emergencias-obstetricas-segun-nivel-de-capacidad-resolutiva>
18. Guadalupe Borja EB, Moposita Tenelema MA. Riesgos y beneficios del alojamiento conjunto temprano madre - hijo en el hospital Enrique Garcés, en el período comprendido de enero a agosto 2010". Universidad Nacional de Chimborazo [Internet]. 2010 [citado el 22 de marzo de 2025]; Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/41/1/UNACH-EC-MEDI-2010-0006.pdf.pdf>
 19. Villarreal Verde C, Placencia Medina MD, Nolberto Sifuentes VA. Lactancia materna exclusiva y factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de Lima Centro. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]. el 1 de junio de 2020 [citado el 22 de marzo de 2025];20(2):287–94. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000200287&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 20. Pilatasig Tandalla DS, Llangari Zurita MI. El abandono de la lactancia materna exclusiva y el uso de fórmulas lácteas. [Internet]. 2024 [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9822/14479>
 21. Salcedo Yábar ND. Nivel de conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 1 año que asisten al consultorio de Cred del Puesto de Salud Rafael Belaunde Arequipa, 2015. Universidad Católica de Santa María [Internet]. 2016 [citado el 4 de abril de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/2b7a9b5e-c1c1-4da8-acda-eb1efbbc55f1/content>
 22. Carpio Valdivia CA. Paridad y su relación con el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en el recién nacido de las puérperas hospitalizadas en alojamiento conjunto en el mes de noviembre en el Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2020. Universidad Católica de Santa María; [Internet]. 2021 [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10889>
 23. Chanca Martínez MG. Características maternas y obstétricas en las gestantes atendidas en la IPRESS Condorhuachana, Huancavelica 2020. Universidad Nacional de Huancavelica; [Internet]. 2021 [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14597/3726>
 24. Pacotaype Cayllahua N, Paredes Arce YM. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. 2020 [citado el 4 de abril de 2025]. "Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia - UNSCH. Junio - octubre 2019". Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/items/f2ed2ff2-a20a-410f-beb6-3a16da881148>
 25. Arce Vilca JV. Factores socioculturales y percepción del cuidado humanizado de

- enfermería de las madres de pacientes Hospitalizados en UCIP, 2023. Universidad Peruana Cayetano Heredia [Internet]. 2023 [citado el 13 de mayo de 2025]; Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/14762/Factores_ArceVilca_Johana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Maza Aldana LM. Influencia de los factores socioculturales en la salud reproductiva de la mujer, Centro Poblado Querpon-Olmos. Universidad César Vallejo [Internet]. 2021 [citado el 13 de mayo de 2025]; Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/128823/Maza_ALM-SD.pdf?sequence=5&isAllowed=y
 27. Alvarez N, Geraldine X, Torres P, Alexandra M. Factores que influyen en la elección de un método anticonceptivo en púerperas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, octubre-diciembre, Arequipa 2022. Universidad Católica de Santa María; [Internet]. 2023 [citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12644>
 28. Rosas Ale LR. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y salud sexual en estudiantes de obstetricia de una universidad pública de Tacna, 2023. Universidad Privada de Tacna [Internet]. 2024 [citado el 13 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/3995/Rosas-Ale-Leslie.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 29. Pareja Vidal EA, Sanchez Alvarado AK. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 17 años de la institución educativa secundaria 19 de abril de chupaca periodo 2016; [Internet]. 2016 [citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/645483480/TESIS-OBSTETRICIA>
 30. Mendoza Cabanillas CA. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de estudiantes de 5to año de secundaria de la Institución Educativa 10797 Micaela Bastidas del distrito de Jose Leonardo Ortiz Lambayeque 2015. Universidad Alas Peruanas [Internet]. 2018; [citado el 13 de mayo de 2025]; Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/3980/Tesis_Metodos_Anticonceptivos.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 31. IMSS. Planificación familiar. Gobierno de Mexico. [Internet]. 2015 [citado el 3 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar>
 32. Ávila Palacios JC. Métodos anticonceptivos y su uso en la población femenina del Ecuador, 2005-2020. Universidad Católica de Cuenca [Internet]. 2020 [citado el 13 de diciembre de 2025]; Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/e737e0c6-ec4f-48fc-8e45-8602c1c1566a/content>
 33. Minsa. Norma técnica de salud de planificación familiar. Minsa - Gob.pe. [Internet]. 2017 [citado el 3 de junio de 2025]. Disponible en:

- <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280860-norma-tecnica-de-salud-de-planificacion-familiar>
34. Serna Cuya FE. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos hormonales y de barrera en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. semestre 2020 I. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. [Internet]. 2021 [citado el 3 de junio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/items/b9bad6e2-0bc6-4157-b4ea-e3ca1a43ba0d>
 35. Minsa. Normas Técnicas – Norma técnica de salud de planificación familiar. Minsa - Gob.pe. [Internet]. 2016 [citado el 3 de junio de 2025]. Disponible en: <https://colegiodeobstetras.pe/normas-tecnicas/>
 36. García Rivas D. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes del asentamiento humano Madre de Calcuta, Castilla - Piura, 2024. Universidad Católica los Ángeles Chimbote [Internet]. 2024 [citado el 3 de junio de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/37268>
 37. Toralva Aylas YS. Factores influyentes en la elección de métodos anticonceptivos en púrpas del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020. Universidad Nacional Federico Villarreal [Internet]. 2020 [citado el 5 de junio de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4468>
 38. Gadea-Rivera MA, Arnao-Degollar VA, Santos-Rosales Y. Factores asociados al rechazo de contracepción posparto en un Hospital Público. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2024 [citado el 5 de junio de 2025];84(3):307–15. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322024000300307&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 39. García Manzanarez R. Factores relacionados a la aceptación de métodos anticonceptivos post evento obstétrico en usuarias atendidas en el H.G. ISSSTE Pachuca durante el 2023. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo [Internet]. el 3 de mayo de 2024 [citado el 10 de junio de 2025]; Disponible en: <http://200.57.56.70:8080/xmlui/handle/231104/4958>
 40. Encarnación Montalvo MIF. Relación entre el nivel de conocimiento y elección de métodos anticonceptivos en púrpas inmediatas. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2023 [citado el 10 de junio de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/131870>
 41. Rafael Jordán NM. Conocimiento y actitudes sobre el uso de métodos anticonceptivos en púrpas inmediatas. Hospital Simón Bolívar, Cajamarca - 2024. Universidad Nacional de Cajamarca [Internet]. el 17 de octubre de 2024 [citado el 10 de junio de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/7207>
 42. Felix Moran MCM. Nivel de conocimiento y su relación con el uso de métodos anticonceptivos en púrpas del Centro de Salud Materno Infantil José Carlos Mariátegui, 2023. Repositorio Académico USMP [Internet]. el 12 de junio de 2024 [citado el 14 de diciembre de 2025]; Disponible en:

- <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/14145>
43. Bedregal Butron NM, Vizcarra Guizado LA. Factores que influyen en la elección de un método anticonceptivo en puérperas mediatas del Hospital III Goyeneche, Arequipa, mayo - junio 2022. Universidad Católica de Santa María [Internet]; 2022 [citado el 10 de junio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/11980>
 43. Ramírez Lligua JD. Factores que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Regional del Cusco abril – julio del 2021. Universidad Andina de Cusco [Internet]. el 17 de noviembre de 2022; [citado el 18 de junio de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uandina.edu.pe/item/4b1ff806-6dc9-4ec3-bc97-55f5f5d4a94c>
 44. Centon Luna KH, Gutierrez Miranda M. Factores relacionados con la elección de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Ilo, enero – marzo 2024. Universidad Autónoma de Ica.[Internet]. 2025 [citado el 3 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2981>
 45. Luza Herhuay LA. Nivel de conocimiento y uso de metodos anticonceptivos en puerperas primiparas atendidas en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Maria Auxiliadora, febrero 2020. Universidad Nacional Federico Villarreal [Internet]. 2020 [citado el 3 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4538>
 46. Mendez Flores AF. Nivel de conocimiento del uso de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital III Suarez Angamos 2024. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2024 [citado el 3 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/1e5179ec-a9e6-4941-bb63-d90202d94a5f>
 47. Barrientos Rosas YEA. Factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Centro Materno Infantil Rímac - Lima 2021. Universidad Nacional Federico Villarreal [Internet]. 2022 [citado el 3 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6229>
 48. Huamani Salazar J. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en la Microrred de Salud Chilca, Huancayo, 2023. Universidad Continental [Internet]. 2025 [citado el 3 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/16692>
 49. Sánchez Díaz SD. Conocimiento y elección de métodos anticonceptivos posparto en puérperas mediatas del Centro de Salud Túpac Amaru, agosto – setiembre 2022. Universidad Privada del Norte [Internet]. el 22 de marzo de 2023 [citado el 3 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/33306>

50. Espejo C, Kristel N, Ramos M, Milagros R. Factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas en el Hospital Central de Majes, Julio – Agosto 2023. Universidad Católica de Santa María; [Internet] 2024 [citado el 14 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12920/14617>
51. Mendoza Valdivia K, Juipa Lorenzo M. Conocimiento sobre planificación familiar y decisión de uso de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas del Centro de Salud Potracancha del 2023. Universidad Nacional Hermilio Valdizán [Internet]. 2024 [citado el 9 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12920/14617>
52. Cueva Villanueva LK. Prevalencia y factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en el posparto. Hospital de Apoyo Cajabamba - 2023. Universidad Nacional de Cajamarca [Internet]. el 13 de enero de 2025 [citado el 9 de octubre de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/7652>
53. De la Cruz Arguedas DM, Lindo Amado AG. Determinantes asociados al rechazo de métodos anticonceptivos durante el puerperio en el Hospital de San Juan de Lurigancho. marzo 2024. Universidad de San Martín de Porres [Internet]. 2025 [citado el 9 de octubre de 2025]; Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/16998/de%20la%20cruz_adm_lindo_aag.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 1

Delimitación grafica del lugar



Fuente: Google maps

Anexo 2

Autorización



"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD

MEMORANDUM N° 1215 -2025-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OA-J-PERS-CAP y SERUMS.

A : CIR. DENT. JUAN ROSENDO ALARCON ARENAS
JEFE DE LA MICRORED DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ - ZAMACOLA

ASUNTO : TRABAJO DE INVESTIGACION

REFERENCIA : DOC. N° 8562022, EXP. N° 5230350

FECHA : AREQUIPA, 12 DE AGOSTO DEL 2025

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en mérito al documento de la referencia me permito presentar a **SARITA FLORES RAMOS Y WENDY JULIET PINTO APAZA**, egresadas de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la **Universidad Católica de Santa María**, quien realizara su trabajo de investigación titulado " **FACTORES RELACIONADOS AL NIVEL CONOCIMIENTO Y ELECCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ AREQUIPA, JULIO –SEPTIEMBRE 2025.**" en el Maritza Campos Díaz Zamácola de la Microred de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola, de la Red de Salud Arequipa Caylloma, durante el mes de agosto y setiembre 2025, debiendo coordinar con el responsable de Personal, sobre los horarios para la realización de las mismas.

Así mismo al culminar la aplicación del instrumento se deberá realizar la entrega de la constancia de aplicación del instrumento por el establecimiento en el que se aplicó.

Sin otro particular, agradeceré brindarle las facilidades del caso.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

Dr. Christian J. Gamero Rendón
CMP 37568
Director Ejecutivo

CICR/MCM/JAEV/EWDR/abc.
Se adjunta Doc. N°
SISGEDO Reg. Doc: 8595276 Reg. Expediente: 5230350
Fólio : (01)

AREQUIPA SOMOS TODOS

Av. Independencia con Pausarpata, Edificio
Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424
T. 054-200823 - 206777 - 202279

Anexo 3

Consentimiento informado

Título del estudio: Factores relacionados al nivel de conocimiento y elección de métodos anticonceptivos en púerperas inmediatas atendidas en el Centro De Salud Maritza Campos Díaz Arequipa, 2025.

Investigadores : Sarita Flores Ramos, Wendy Juliet Pinto Apaza.

Propósito del estudio: Estimado participante, nos gustaría invitarle a formar parte de un estudio realizado en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz. El propósito del estudio es identificar el conocimiento y la elección de métodos anticonceptivos postparto entre las madres atendidas en este centro. Este estudio se lleva a cabo con fines de titulación profesional.

Procedimientos: Si decide participar, deberá:

1. Confirmar su consentimiento informado marcando la opción "Acepto participar" y firmando en las líneas correspondientes.
2. Completar un cuestionario anónimo de 10 preguntas, lo cual le tomará aproximadamente 15 minutos y se realizará de manera individual y privada.

Beneficios:

1. Una vez completado el cuestionario, podrá pedir orientación, información y referencias sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos de manera individual.
2. La nueva evidencia científica recopilada puede ser utilizada para desarrollar acciones en los servicios de salud materna y en la universidad, beneficiando a las mujeres, sus familias y comunidades.

Costos y compensación:

Los investigadores asumirán todos los costos, por lo que su participación no implicará

ningún gasto. No se proporcionará compensación económica ni de otro tipo.

Confidencialidad: La información será almacenada en una plataforma segura con códigos a los que solo los investigadores podrán acceder. Si se publican los resultados, no se revelará ninguna información que pueda identificar a los participantes.

Derechos del participante: Puede abandonar el estudio en cualquier momento. Si tiene alguna pregunta, consulte con las encuestadoras del estudio.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO Doy mi consentimiento voluntario para participar en este estudio, comprendo las actividades en las que me involucraré y sé que tengo la libertad de no participar y retirarme en cualquier momento.

Acepto participar en el estudio (☐). No acepto participar en el estudio (☐).

Firma del participante.

Anexo 4**Ficha de recolección de datos sobre factores personales, obstétricos y socioculturales.**

Instrucción: A continuación, se le realizarán preguntas destinadas a evaluar los factores relacionados con la elección de métodos anticonceptivos. Por ello, pedimos su colaboración respondiendo con toda sinceridad los siguientes ítems que se plantean a continuación. De antemano se agradece su participación.

I. Características personales:**a. Edad:**

- a 17 años
- 18 a 29 años
- 30 a 59 años

b. Grado de instrucción:

- Analfabeta.
- Primaria.
- Secundaria.
- Superior.

c. Estado civil:

- Soltera.
- Casada.
- Conviviente.
- Otros.

d. Ocupación:

- Estudiante.
- Ama de casa.
- Trabajadora independiente.
- Trabajadora dependiente.
- Otros.

II. Factores obstétricos:**a. Atención prenatal:**

- ≤ 5 .
- ≥ 6 .

b. Tipo de parto:

- Vaginal.

c. Lactancia materna durante el alojamiento:

- Exclusiva.
- Combinada.
- Artificial.

d. Paridad:

- Uno.
- Dos.
- Tres a más.

e. Uso previo de métodos anticonceptivos:

- Sí.
- No.

III. Factores socioculturales:

a. Religión:

- Católica.
- Evangélica.
- Israelita.
- Ninguna.

b. Aceptación de la pareja en la elección y uso de método anticonceptivo:

- Sí.
- No.

c. Influencia de un miembro de la familia en la elección del método anticonceptivo:

- Suegra.
- Mamá.
- Tía.
- Hermana.
- Cuñada.
- Otros.

Nota: Centon; Gutierrez, (44).

Anexo 5

Cuestionario

INSTRUCCIONES:

- I. El siguiente cuestionario es de carácter PERSONAL Y ANONIMO
- II. En las siguientes preguntas responda con un (X) a la alternativa que usted crea correcta.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. ¿Para qué sirven los métodos anticonceptivos?

- a) Para que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tendrán.
- b) Para evitar los embarazos no deseados.
- c) Para tener los hijos en el momento más adecuado.
- d) Todas son correctas

2. La elección del método anticonceptivo para una mujer depende:

- a) De la información que reciba la mujer
- b) De la decisión que tome la pareja
- c) De la elección que tome el médico
- d) De la opinión de su amiga

3. La planificación familiar después del parto permite:

- a) Evita que vaya a un lejano centro de salud después del parto
- b) Iniciar las relaciones sexuales con seguridad en los 40 días después del parto.
- c) Protección contra el embarazo por largo tiempo
- d) Menos dolor y sangrado luego de la colocación del dispositivo intrauterino (por ejemplo, la T de cobre)
- e) Todas las alternativas anteriores son ciertas

4. Son métodos naturales:

- a) El método del ritmo
- b) Método del collar
- c) Método de la lactancia materna

d) Todas son correctas

5. Son métodos hormonales, excepto:

- a) Las píldoras
- b) Las inyecciones
- c) Los implantes
- d) T de cobre

6. ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son considerados definitivos?

- a) Preservativo, pastillas anticonceptivas
- b) Preservativo, ligadura de trompas
- c) Ligaduras de trompas, vasectomía
- d) Todas las anteriores

7. ¿Quiénes pueden utilizar un método anticonceptivo?

- a) Las adolescentes no pueden utilizarlos
- b) Solo las mujeres que tienen hijos
- c) Las madres lactantes no pueden utilizarlos
- d) Cualquier mujer que no desee quedar embarazada

8. Es cierto que el condón

- a) No se debe utilizar más de una vez
- b) Es recomendable su uso en toda relación sexual
- c) Sirven para prevenir enfermedades venéreas y el Sida
- d) Todas las alternativas anteriores son ciertas

9. Respecto a la lactancia materna, es cierto:

- a) No deben utilizar ningún método ya que no es posible el embarazo
- b) Pueden tomar cualquier píldora anticonceptiva
- c) No deben tener relaciones sexuales
- d) Pueden utilizar inyectable trimestral

10. Sobre los métodos anticonceptivos, es cierto:

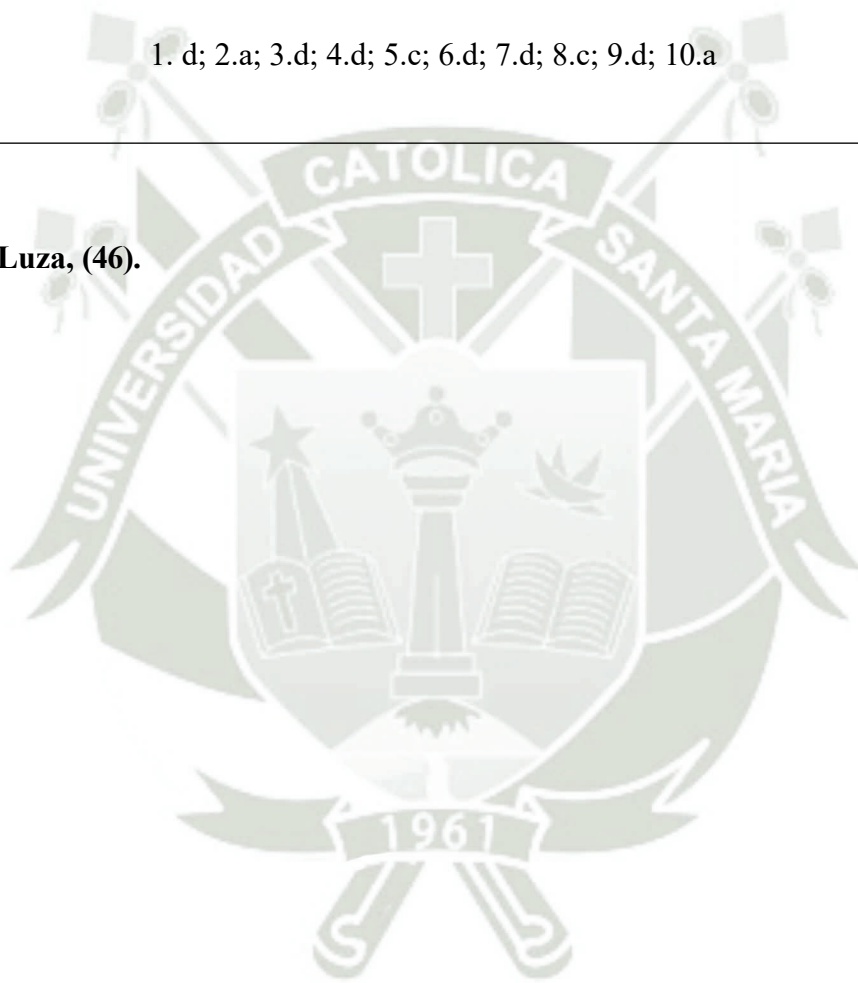
- a) Ninguno es seguro al 100%
- b) Todos son seguros al 100%
- c) Puede provocar infertilidad
- d) Algunos pueden provocar cáncer

- Alto: 8 a 10 puntos
- Medio: 4 a 8 puntos
- Bajo: 0 a 4 puntos

RESPUESTAS DE LAS PREGUNTAS

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

Nota: Luza, (46).



Anexo 6

Ficha de recolección de datos sobre elección de método anticonceptivo

1. Después de dar a luz, ¿ eligió algún método anticonceptivo?:

- a. Sí.
- b. No.

2. Qué método anticonceptivo eligió

- a. Preservativo masculino ☐ Sí ☐ No
- b. Inyectable trimestral ☐ Sí ☐ No
- c. Implante ☐ Sí ☐ No
- d. T de cobre ☐ Sí ☐ No
- e. Método de la lactancia materna exclusiva ☐ Sí ☐ No

Nota: Luza, (46).

Anexo 7

Matriz de datos

N°	E d a d	Grado de instrucció n	Esta do civil	Ocu paci on	Atenció n prenatal	Tipo de parto	LM durante el parto	Par ida d	Uso previo de MAC	Rel igio n	Aceptacio n de la pareja	Influenci a familiar		N.cono cimien to	Ele cci on	Que metodo anticonceptivo eligio
1	1	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	1		2	1	1
2	2	3	3	3	2	1	1	2	2	1	2	6		1	1	2
3	3	2	3	2	1	1	1	3	2	3	2	2		2	2	0
4	3	3	3	2	2	1	1	3	2	1	2	2		2	1	1
5	1	3	3	4	2	1	1	2	2	1	2	2		2	1	2
6	3	2	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		3	2	0
7	2	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	6		1	1	2
8	3	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
9	3	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	1		2	1	1
10	3	2	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
11	1	3	2	3	2	1	1	2	1	1	1	1		2	1	2
12	3	2	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
13	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
14	2	5	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3		1	1	4
15	3	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
16	3	3	3	2	2	1	1	3	2	1	2	6		2	1	1

1 7	3	2	3	2	1	1	1	3	2	3	2	2		2	2	0
1 8	2	3	3	4	2	1	1	2	2	1	2	6		1	1	2
1 9	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
2 0	3	1	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
2 1	3	2	3	2	1	1	1	3	2	3	2	2		2	2	0
2 2	3	3	3	2	2	1	1	3	2	1	2	2		2	1	1
2 3	1	3	2	2	2	1	1	2	1	1	1	6		2	1	2
2 4	3	2	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
2 5	2	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	6		2	1	1
2 6	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
2 7	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
2 8	2	3	3	3	2	1	1	2	2	1	1	6		1	1	2
2 9	3	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
3 0	3	2	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
3 1	3	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
3 2	3	2	3	2	1	1	1	3	2	3	2	2		2	2	0
3 3	2	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	4		1	1	4

3 4	2	3	3	2	2	1	1	3	2	1	2	6		2	1	1
3 5	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
3 6	1	3	2	4	2	1	1	2	1	1	1	1		1	1	2
3 7	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
3 8	3	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	6		2	1	1
3 9	2	3	3	3	2	1	1	2	2	1	2	4		2	1	2
4 0	3	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
4 1	3	2	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
4 2	3	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	1		2	1	1
4 3	3	2	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
4 4	2	3	2	4	2	1	1	2	1	1	1	6		1	1	2
4 5	3	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
4 6	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
4 7	2	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
4 8	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
4 9	2	5	2	1	2	1	1	1	1	1	1	4		1	1	4
5 0	3	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0

5 ₁	3	3	3	2	1	1	1	3	2	3	2	2		2	2	0
5 ₂	3	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	6		2	1	1
5 ₃	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
5 ₄	2	3	2	3	2	1	1	2	2	1	2	6		1	1	2
5 ₅	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	6		2	1	1
5 ₆	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
5 ₇	3	2	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
5 ₈	3	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	1		2	1	1
5 ₉	3	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
6 ₀	2	3	3	4	2	1	1	2	2	1	1	6		2	1	2
6 ₁	3	2	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
6 ₂	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	6		2	1	1
6 ₃	2	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
6 ₄	3	1	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
6 ₅	3	2	3	2	1	1	1	3	2	3	2	2		2	2	0
6 ₆	2	3	3	3	2	1	1	2	2	1	1	1		1	1	2
6 ₇	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0

6 8	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	6		2	1	1
6 9	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
7 0	2	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3		1	1	4
7 1	3	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
7 2	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	6		2	1	1
7 3	2	3	2	4	2	1	1	2	2	1	1	6		2	1	2
7 4	3	2	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		3	2	0
7 5	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
7 6	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
7 7	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	1		2	1	1
7 8	2	3	3	3	2	1	1	2	2	1	1	4		1	1	2
7 9	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
8 0	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
8 1	2	3	3	4	2	1	1	2	2	1	2	6		2	1	2
8 2	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
8 3	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
8 4	3	1	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0

85	2	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	1		2	1	1
86	3	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
87	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
88	2	3	3	3	2	1	1	1	2	1	1	2		1	1	2
89	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	6		2	1	1
90	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
91	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
92	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
93	2	3	3	4	2	1	1	2	2	1	2	6		2	1	2
94	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
95	3	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
96	3	2	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		3	2	0
97	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
98	3	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
99	2	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	4		1	1	4
100	2	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
1	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0

0 1																
1 0 2	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
1 0 3	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
1 0 4	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
1 0 5	1	3	3	3	2	1	1	2	2	1	2	6		1	1	2
1 0 6	3	2	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
1 0 7	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	1		2	1	1
1 0 8	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
1 0 9	2	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
1 1 0	3	2	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
1 1 1	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
1 1 2	2	3	3	2	2	1	1	1	2	1	1	6		2	1	2

1 1 3	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	1		2	1	1
1 1 4	3	2	3	2	1	1	1	3	2	3	2	2		2	2	0
1 1 5	3	2	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		3	2	0
1 1 6	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
1 1 7	1	3	2	4	2	1	1	2	1	1	1	1		1	1	2
1 1 8	3	2	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
1 1 9	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
1 2 0	3	3	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
1 2 1	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
1 2 2	2	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	6		2	1	1
1 2 3	3	3	3	2	1	1	1	3	2	3	2	2		2	2	0
1 2	3	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	3		3	2	0

4																
1 2 5	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
1 2 6	3	2	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
1 2 7	1	3	3	2	1	1	1	2	1	1	2	2		2	1	1
1 2 8	3	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2		2	2	0
1 2 9	1	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	6		2	1	1
1 3 0	3	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2		2	2	0
1 3 1	3	2	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
1 3 2	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
1 3 3	2	3	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1		1	1	2
1 3 4	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	6		2	1	1
1 3 5	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0

1 3 6	3	2	3	2	1	1	1	2	2	3	2	2		3	2	0
1 3 7	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	1		2	1	1
1 3 8	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
1 3 9	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		2	2	0
1 4 0	2	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
1 4 1	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
1 4 2	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	6		2	1	1
1 4 3	3	2	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0
1 4 4	2	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	4		1	1	4
1 4 5	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
1 4 6	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	6		2	1	1
1 4	3	2	3	2	1	1	1	3	2	1	2	2		3	2	0

7																
148	2	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2		2	1	1
149	3	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	2		2	2	0
150	3	3	3	2	1	1	1	1	2	1	1	6		2	1	1

