

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a knight on horseback, holding a lance and a shield. Above the knight is a crown and a cross. The seal is surrounded by Latin text: "CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEM" at the top and "CETTERAS ORBIS INTER" at the bottom.

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE
LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
EN PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO**

CLAUDIA MARIBEL RUANO SALGUERO

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Febrero 2022



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

ME.OI.69.2022

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Claudia Maribel Ruano Salguero

Registro Académico No.: 200741847

No. de CUI: 2578082641601

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO**

Que fue asesorado por: Dr. Armando Agustín Torre López, MSc.

Y revisado por: Dr. Eduardo Alberto Luna Ordoñez, MA.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **Febrero 2022**

Guatemala, 09 de Septiembre de 2021.

SEPT 13, 2021

Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.
Coordinador General de
Maestrías y Especialidades



/dlsr

Zacapa, 18 de Mayo de 2021.

Doctor
ENNIO HÉCTOR LARA CASTAÑEDA
Docente responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Zacapa
Presente.

Respetable Dr.

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **CLAUDIA MARIBEL RUANO SALGUERO** carné **200741847**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO.”**

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. **Claudia Maribel Ruano Salguero**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dr. Armando Torre
MSC GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
COL. 14359

Armando Torre
Dr. Armando Agustín Torre López
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Zacapa
ASESOR

Zacapa, 14 de Mayo de 2021.

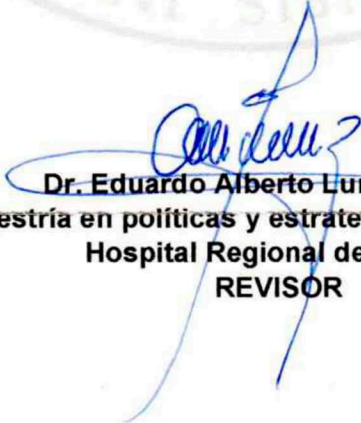
Doctor
ENNIO HÉCTOR LARA CASTAÑEDA
Docente responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Zacapa
Presente.

Respetable Dr.

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora, **CLAUDIA MARIBEL RUANO SALGUERO** carné 200741847, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO.”**

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. **Claudia Maribel Ruano Salguero** ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dr. Eduardo Alberto Luna Ordoñez
Maestría en políticas y estrategias para la salud
Hospital Regional de Zacapa
REVISOR

Eduardo Alberto Luna Ordoñez M.A.
Especialista en Políticas y Estrategias Para La Salud
Colegio de Médicos y Cirujanos
No. 1.507



DICTAMEN.UdT.EEP/159-2021
Guatemala, 07 de junio de 2021

Doctor

Ennio Héctor Lara Castañeda, MSc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional de Zacapa

Doctor Lara Castañeda:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el informe final de la médica residente:

CLAUDIA MARIBEL RUANO SALGUERO

De la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, registro académico 200741847. Por lo cual se determina Autorizar solicitud de examen privado, con el tema de investigación:

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO”

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.

Responsable

Unidad de Tesis

Escuela de Estudios de Postgrado

c.c. Archivo
LARC/karin -

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
	2.1. Conocimientos	5
	2.2. Actitudes	5
	2.3. Prácticas	6
	2.4. Puerperio.....	6
	2.5. Planificación Familiar	7
	2.5.1. Métodos de Planificación Familiar Naturales	7
	2.5.2. Métodos de Planificación Familiar Hormonal o Barrera	10
	2.5.3. T de Cobre.....	17
	2.6. Criterios médicos de elegibilidad (CME) de la Organización Mundial de la Salud	19
	2.7. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación Familiar y su integración en el programa nacional de salud Reproductiva	20
	2.8. Salario Mínimo.....	22
	2.9. Escolaridad	23
III.	OBJETIVOS.....	24
	3.1. General	24
	3.2. Específicos.....	24
IV.	MATERIAL Y MÉTODOS	25
	4.1. Tipo de estudio.....	25
	4.2. Población o Universo	25
	4.3. Tamaño de la Muestra	25
	4.4. Sujeto de estudio	26
	4.5. Criterios de inclusión.....	26
	4.6. Criterios de exclusión.....	26
	4.7. Variable estudiada	26

4.8. Operacionalización de las variables.....	26
4.9. Instrumentos a utilizar para recolectar y registrar la información.....	30
4.10. Procedimientos para la recolección de la información.....	30
4.11. Plan de análisis.....	31
4.12. Aspectos éticos.....	31
4.13. Recursos.....	32
V. RESULTADOS.....	33
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	44
6.1. CONCLUSIONES.....	48
6.2. RECOMENDACIONES.....	49
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
VIII. ANEXOS.....	54
Anexo 1.....	54
Anexo 2.....	60

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA No.1	Distribución según el número de parejas de las pacientes de Maternidad.....	35
GRÁFICA No.2	Distribución según periodo intergenésico de las pacientes de Maternidad.....	36
GRÁFICA No.3	Distribución de pacientes puérperas con planificación previa a su embarazo	37

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA No.1	Distribución de los aspectos socio-demográficos de las pacientes de Maternidad.....	33
Tabla No. 2	Distribución según lugar de residencia de las pacientes puérperas de Maternidad	34
TABLA No.3	Distribución de coitarquia en pacientes de Maternidad.....	35
TABLA No.4	Distribución según paridad de las pacientes de Maternidad	36
TABLA No.5	Distribución de los Conocimientos de los métodos de planificación familiar de las pacientes de Maternidad.....	38
TABLA No.6	Distribución de las Actitudes de los métodos de planificación familiar de las pacientes de Maternidad.....	40
TABLA No.7	Distribución de las Prácticas de los métodos de planificación de las pacientes de Maternidad.....	42

RESUMEN

Planificación familiar es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia. Como objetivo principal es identificar los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a los métodos de planificación familiar en pacientes en puerperio inmediato en el servicio de maternidad del hospital regional de Zacapa, durante el período de enero a diciembre de 2019, realizando un tipo de estudio descriptivo prospectivo de corte transversal con una muestra probabilística de 351 pacientes. Obteniendo que la edad que predomina en las pacientes puérperas es de 15-24 años, con desconocimiento de un 30% de por lo menos un método anticonceptivo además un 70% toman en cuenta la opinión de su esposo para planificar e indican que salieron embarazadas al estar planificando con anticonceptivos combinados y no tuvieron la prevención de utilizar preservativo en su última relación sexual siendo un método eficaz para la prevención del embarazo. En conclusión, las pacientes tienen un conocimiento regular en 40.74% del uso de anticonceptivos, pero con un alto porcentaje refiriendo que no tienen una adecuada actitud en 61.82% y 44.16% tienen una práctica mala de los métodos de planificación familiar. Por lo que se recomienda promocionar la consejería en pareja de los métodos anticonceptivos y proporcionar información de los métodos anticonceptivos durante su control prenatal.

Palabras clave: Métodos de planificación familiar, conocimientos, actitudes y prácticas.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) observando las altas tasas de natalidad y fecundidad y las complicaciones que se han dado, deciden crear los servicios de planificación familiar, de los 181 países que existen en el mundo, Guatemala se encuentra en el lugar número 45 con una tasa de natalidad de 25.63% y fecundidad de 3.03% en el año 2,015, la cual ha disminuido respecto a años anteriores ya que en el 2014 se presentó una natalidad de 26.00% y fecundidad 3.09%. (12)

Desde que el manual fue publicado por primera vez en el año 2007 el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS convoca a Grupos en abril de 2008 y consultas técnicas en octubre de 2008 y enero de 2010 para crear los Criterios médicos de elegibilidad (CME) y las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas. En Guatemala en el Decreto Número 87-2005 en el artículo No. 17 se crea la Comisión Nacional de Aseguramiento de anticoncepción que tendrá como objeto velar por la disponibilidad de anticonceptivos para garantizar el acceso de la población guatemalteca a los servicios de planificación familiar.

La salud materna es una de las prioridades en salud pública a nivel del mundo, las instituciones de salud dirigen sus estrategias para una adecuada atención de la mujer durante su edad fértil. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la planificación familiar postparto cumple una función importante en las estrategias para disminuir las necesidades de planificación familiar insatisfechas, contribuye a mejorar la salud, pues ayuda al individuo a regular su fecundidad con arreglo a una práctica médica aceptable, ya que la salud parece verse afectada por el número y el espaciamiento de los embarazos y nacimientos y por los momentos en que éstos ocurren en relación con la edad de la madre.

Durante el año 2017 en el Hospital de Zacapa se observa un total de 3932 puérperas de las cuáles se egresan con algún método hormonal, natural o irreversibles pero tendrían que ser adecuados según los Métodos de Elegibilidad por los factores ya mencionados, además al momento de proveer los métodos de planificación disponibles, estos no se emplean de una manera adecuada, debido a que no se ofrecen métodos de planificación natural y los métodos artificiales disponibles no se utilizan según las indicaciones que presentan las pacientes, ni se emplean durante el tiempo recomendado para disminuir sus efectos adversos, tampoco se toma en cuenta patologías concomitantes que contraindiquen su uso ya que en muchas

ocasiones acuden a otros niveles de atención donde no brindan un adecuado plan educacional sobre los métodos de planificación familiar y debido a su factor demográfico o educacional disminuye la disponibilidad y eficacia en el momento de uso a pesar que el Ministerio de Salud brinda en forma gratuita los métodos a pacientes en edad fértil.

Se han buscado los mecanismos para la evaluación y control de estas acciones con énfasis en la planificación familiar que constituye un pilar fundamental para la disminución de las muertes maternas y es reconocido como la intervención principal que salva la vida de madres e hijos.

Estas deficiencias que se observan pueden ser resultado de la falta de interés, carencia de conocimientos o influencia de sus cónyuges a no planificar; de ahí, el interés de este estudio que tiene una delimitación con fundamento epidemiológico, desarrollando un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar en pacientes en puerperio inmediato realizado en el servicio de Maternidad del Hospital Regional de Zacapa, en el período comprendido de enero a Diciembre de 2019 con una muestra probabilística de 351 pacientes.

Observando un 40.74% con conocimiento regular, 61.82% refiriendo que no tienen una adecuada actitud y 44.16% tienen prácticas malas de los métodos de planificación familiar.

Por lo que se recomienda impartir capacitaciones al personal de enfermería sobre los métodos de planificación familiar ya que ellos son los proveedores de los métodos en los centros de salud y promover consejería a cargo de los médicos de ginecología durante el control prenatal para que las pacientes durante el puerperio opten por un método de planificación familiar antes de su egreso.

II. ANTECEDENTES

En Guatemala en el Hospital Regional de Occidente se realizó un estudio descriptivo longitudinal sobre “El nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar en las puérperas adolescentes”. La fuente de donde se obtuvo la información de los métodos de planificación familiar fue; médicos 33.2%, revista 31.1% en donde se observa deficiencia de los conocimientos. Los resultados mostrados de la muestra de (425); 260 de las mismas obtuvieron un 61.2% de nivel deficiente, un 16.5% de nivel de conocimiento bueno, ninguna paciente obtuvo calificación excelente. El grupo etario de 18 – 20 años con un conocimiento deficiente de 45.41%, fue el grupo con mayor deficiencia. Los conocimientos clasificados como buenos en todos los métodos anticonceptivos no superan en general el 40%, por lo que se concluye que las adolescentes se están enfrentando a la práctica sexual con el mínimo conocimiento de los métodos anticonceptivos.

Por lo que recomendaron debido al conocimiento deficiente sobre anticoncepción en la mayoría de las puérperas adolescentes, mejorar los programas de planificación familiar, aumentando el potencial de cobertura aún no alcanzado, como también promover en los servicios de maternidad y control post-natal la importancia de la anticoncepción y así contribuir en la prevención del embarazo precoz en las adolescentes. (18)

En Lima-Perú diseñaron un estudio observacional, prospectivo transversal, sobre el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte. La muestra fue de 211 pacientes puérperas atendidas en el área de Gineco-obstetricia, obteniendo el nivel de conocimiento deficiente representando el 82% (173) del total de encuestadas. En segundo lugar, el nivel regular represento aproximadamente el 14% (30) y el nivel bueno 3,8% (8) del total de evaluadas.

El nivel de conocimiento fue predominantemente el nivel deficiente. Los métodos anticonceptivos de preferencia fueron los inyectables y los anticonceptivos orales, seguido de quienes refieren no utilizar método alguno. El deficiente nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos constituyo a su no utilización por parte de las puérperas. (26)

En Lima-Perú se realizó un estudio sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas. Se evaluó generalidades sobre planificación familiar post-parto, obteniendo los siguientes resultados: las pacientes puérperas de los servicios de Maternidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión presentan un 53.8% de nivel de conocimientos

“Deficiente”, un 35.9% de conocimientos “Regular” y solo el 10.3% obtuvo de puntaje lo correspondiente a un nivel “Bueno”; ninguna puérpera obtuvo calificación “Excelente”. El 89.7% decidió administrarse un método anticonceptivo antes de la alta médica, siendo el método más escogido el acetato de Medroxiprogesterona, en segundo y tercer lugar, la T de cobre y el bloqueo tubárico bilateral. El nivel de conocimiento que se encuentra en mayor proporción es el “Deficiente”. Aproximadamente el 90% de las encuestadas eligió un método anticonceptivo en la etapa de puerperio. Determinaron que el nivel de conocimientos no influye significativamente en la decisión de uso de un método anticonceptivo en la etapa puerperal. (22)

En Matagalpa-Nicaragua el objetivo de este estudio fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación familiar, que tienen las pacientes post-evento obstétrico (aborto, parto, cesárea), el tipo de estudio fue descriptivo de corte transversal, las muestras fueron 93 y 97 pacientes, la mayoría de pacientes tenían entre 20-34 años, urbanas, amas de casa y con baja escolaridad, tenían entre 1-3 gestas y una quinta parte tenían periodos intergenésico corto.

Los principales Métodos de Planificación Familiar elegidos después del evento post obstétrico fueron: gestágenos inyectados, seguido en menor frecuencia de DIU y condones. Aunque se observó un alto porcentaje de consejería los conocimientos sobre las reacciones adversas y complicaciones de los métodos de planificación familiar fue deficiente. Se recomienda mejorar la educación en las unidades de salud, evaluar la evidencia médica en que se basan las consejerías brindadas en los hospitales. (19)

En Managua-Nicaragua se realizó un estudio en el Hospital Bertha Calderón Roque, para describir “el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos postparto en pacientes puérperas del servicio de maternidad”, encontrándose que la falta de conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos postparto se observó en la mayoría de los aspectos específicos analizados; de manera general se identificó un tipo de actitud favorable en más de la mitad de la población estudiada pero lamentablemente el nivel de práctica continúa siendo malo y aumenta el riesgo a nuevos embarazos, muchas veces tempranos, no deseados.

Por lo que obteniendo estos resultados desea desarrollar campañas de información sobre usos de métodos anticonceptivos posparto a nivel de la población y en los servicios de salud que eliminen las barreras culturales, económicas y sociales en la población de edad fértil así como

diseñar estrategias de educación y comunicación que permitan mejorar los conocimientos actitudes y prácticas en los métodos de planificación familiar post-parto y en el comportamiento saludable y responsable de la población en general. (27)

En Managua-Nicaragua se realizó un estudio de tipo descriptivo de tiempo transversal sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos anticonceptivos en adolescentes de 14 a 19 años atendidas en Morrito - Rio San Juan, en junio 2015. Se describió el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos de las adolescentes 1 (2.2%) presentó conocimiento excelente, 10 (22.2%) muy bueno, 18 (40%) bueno, 15 (33.3%) regular y 1 (2.2%) deficiente; en las actitudes que mostraron todas las adolescentes encuestadas, 30 (66.7%) tuvieron una actitud favorable hacia los métodos anticonceptivos y 15 (33.3%) adolescentes mostraron una actitud desfavorable; 30 (66.7%) adolescente mostraron prácticas adecuadas ante los métodos anticonceptivos, y 15 (33.3%) mostraron prácticas inadecuadas ante dichos métodos anticonceptivos.

Por lo que recomiendan brindar charlas educativas en los centros escolares sobre educación sexual impartidas por un personal calificado en este tema a fin de ofrecerles a los adolescentes información real y actualizada sobre dicho tema; esto para prolongar el inicio de vida sexual o una vez iniciada sea confiable y segura. (13)

2.1. Conocimientos

Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, son representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o a través de la observación. (7)

Es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprender su mundo y realizarse como individuo. (24)

2.2. Actitudes

Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. (6)

Las actitudes constituyen un valioso aporte para examinar, prender y comparar la conducta humana, que se circunscribe en la tendencia que busca rescatar la función formadora de la

escuela en el ámbito del desarrollo moral, tanto desde el punto de vista individual como social. (28)

"Las actitudes son creencias internas que influyen en los actos personales y que reflejan características como la generosidad, la honestidad o los hábitos de vida saludables"

Escala de Likert

Se ubica dentro de los diversos tipos de instrumento de medición en la investigación cuantitativa nos permite medir actitudes, conocimientos y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le propongamos. (25)

2.3. Prácticas

Proviene del griego praxis cuyo significado indica acción, obra. Mientras que la praxis proviene del griego antiguo y hace referencia a la práctica. Se trata de un concepto que se utiliza en oposición a la teoría. El término suele usarse para denominar el proceso por el cual una teoría pasa a formar parte de la experiencia vivida. (30)

Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. (8)

2.4. Puerperio

La palabra puerperio se deriva del latín "puer", niño y "parus" dar a luz. (3)

Abarca el período transcurrido hasta los 42 días del parto. Durante el mismo ocurre la involución de las transformaciones anatómicas, metabólicas y hormonales que produjo el embarazo. El puerperio se divide en tres

Inmediato (primeras 24 horas)

Mediato (2do al 10mo día).

Alejado (11avo al 45avo día)

Tardío (45avo al 60avo día). (9)

Retorno de la ovulación durante el puerperio en mujeres no lactantes

En mujeres no lactantes, la concepción de gonadotropinas se mantiene baja durante el inicio del puerperio y vuelve a la normalidad entre la tercera y la quinta semana, cuando la concentración de prolactina vuelve a ser la inicial. Por lo que se determina que las mujeres no lactantes comienzan a ovular después de 3 semanas de puerperio y el retorno de la menstruación no puede utilizarse como indicador. (10)

Inicio de la anticoncepción oral en el período puerperal

La consulta a las 6 semanas del parto es un anacronismo. La consulta y la exploración ginecológica que se realizaba a las 6 semanas se basaban en que la involución de los cambios del embarazo durante 6 semanas sería suficiente para llevar a cabo una exploración eficaz que determinara el retorno a la normalidad de la anatomía del aparato femenino. Muchas mujeres reanudan la actividad sexual antes de la sexta semana del período puerperal y ya que es frecuente que la ovulación retorne antes de las 6 semanas la tradición de programar la consulta puerperal a las 6 semanas debería cambiar. Una consulta después de 3 semanas sería efectiva para no tener sorpresas durante el puerperio, evitando la concepción en este período al iniciarse antes de la concepción efectiva. (10)

2.5. Planificación Familiar

La planificación familiar es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia. (16)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera periodo intergenésico aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM)) del siguiente embarazo. El evento obstétrico puede ser un aborto o parto (vaginal o por cesárea).

Se ha reportado que existe elevación del riesgo materno-fetal en relación a la duración del periodo intergenésico. Sin embargo, es importante enfatizar que posterior a un nacimiento vivo, el tiempo recomendado de espera para el inicio del siguiente embarazo es de al menos 18 meses, se considera periodo intergenésico corto (PIC) aquel menor a 18 meses. (31)

2.5.1. Métodos de Planificación Familiar Naturales

2.5.1.1. Método de lactancia amenorrea (MELA)

Descripción

Producida por los efectos supresores de la lactancia en la ovulación hasta los 6 meses postparto. Es un método natural por excelencia, sustentado en la infertilidad que acompaña a la amenorrea de la lactancia, para evitar el embarazo. (20)

Mecanismo de Acción

La succión del neonato aumenta la concentración de prolactina y reduce la concentración de GnRH del hipotálamo, reduciendo la liberación LH por lo que disminuye la maduración folicular. Aunque la lactancia continúe, la ovulación aparece eventualmente. (2)

Aplicación del método

El método consiste en alimentar con lactancia materna exclusiva al recién nacido por los primeros 6 meses de vida.

La mujer debe cumplir con estos requisitos:

- No haber visto su menstruación después del parto.
- Dar lactancia materna y exclusiva a su hijo.
- Lactante menor de 6 meses. (20)

Protección

Cuando una madre cumple con los tres requisitos, se produce menos de un embarazo (0.9) por cada 100 mujeres que utilizan el MELA en los primeros 6 meses después del parto. (23)
Literaturas sugieren una tasa de fallo de 0.5% con un uso perfecto. (20)

Efectos secundarios

Ninguno (20)

2.5.1.2. EL Collar o Método de Días Fijos

Descripción

Es un método basado en el conocimiento de la fertilidad donde la mujer se da cuenta cuándo empieza y termina el período fértil de su ciclo menstrual. Utiliza un collar con perlas de diferentes colores que les sirve a las parejas para identificar los días fértiles de la mujer. (20)

Protección

Tiene una tasa de eficacia del 95% en el primer año de uso consistente y correcto del método en mujeres con la mayoría de ciclos menstruales de 26 a 32 días de duración. (20)

Aplicación del método

El Collar o Método de los Días Fijos (MDF) es un collar de perlas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer. El Collar le ayuda a saber en qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo. En esos días la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales o, si las tiene, usar condón. El Collar está formado por 32 perlas de colores, un anillo de hule negro y una flecha. Cada perla del collar representa un día del ciclo.

- La perla roja representa el primer día de menstruación o sangrado.
- Luego vienen 6 perlas café que representan días infértiles de la mujer (días del 2 al 7)
- Luego hay 12 perlas blancas que representan los días fértiles de la mujer (días del 8 al 19); en estos días la pareja no debe tener relaciones sin protección (debe abstenerse o, si tienen relaciones sexuales, deben usar condón).
- Luego hay 13 perlas café que representan días infértiles (del día 20 al 32); la pareja puede tener relaciones sexuales en esos días.
- Una perla café oscuro (día 27) marca el día a partir del cual la mujer debe tener su menstruación o regla.
- Si la mujer tiene su regla antes de la perla café oscuro o no tiene su regla en los días 27 a 32, dos veces en un lapso de 1 año, no es apta para utilizar este método.
- El marcador de hule negro se utiliza para señalar el día del ciclo menstrual en que se encuentra la mujer.
- El cilindro con una flecha no representa ningún día; únicamente indica hacia dónde debe empezar a marcar, con el hule negro, los días del ciclo. (20)

Efectos secundarios

Ninguno

2.5.1.3. La Ovulación

Descripción

Se basa en la percepción de secreción cervical o humedad vaginal de parte de la mujer. (20)

Protección

Si se utiliza de una forma correcta y sistemática, la Ovulación tiene una tasa de eficacia del 97%. (20)

Efectos secundarios

Ninguno

2.5.2. Métodos de Planificación Familiar Hormonal o Barrera

Son los métodos temporales de planificación familiar que contienen estrógenos y progestinas o sólo progestina, se usan por vía oral, intramuscular o subdérmica, con el objetivo de prevenir el embarazo. (20)

2.5.2.1. El Condón - Masculino

Descripción

Es un método temporal y de barrera para el hombre, el cual previene el paso de espermatozoides al tracto reproductivo femenino. (20)

Protección

Cuando el uso del condón es incorrecto o inconsistente tiene 85 por ciento de eficacia. Cuando el uso es correcto y sistemático tiene el 98 por ciento de eficacia. (20)

Aplicación del método

Demuestre el uso correcto del condón de la siguiente manera:

- Explique que el condón tiene una fecha de vencimiento la cual debe verificarse.
- Explique que el empaque del condón tiene una muesca por donde es más fácil abrirlo para extraer el condón. El empaque debe abrirse con los dedos, nunca con las uñas o con los dientes.
- Demuestre la colocación correcta del condón en el pene erecto del hombre. (20)

Efectos adversos

- Los condones pueden ocasionar prurito en gente que tiene alergia al látex.
- Alergia al lubricante que se utiliza en algunas marcas de condones. (20)

2.5.2.2. Anticonceptivos Orales Combinados (AOC) La Pastilla

Descripción

Los anticonceptivos orales combinados son preparados hormonales que contienen estrógeno y progestágeno. Se administran con fines anticonceptivos de carácter temporal y reversible. Se toma una pastilla cada día, durante 21 ó 28 días dependiendo de la presentación. (20)

Mecanismo de Acción:

La acción central de los anticonceptivos hormonales es impedir la ovulación.

La eficacia anticonceptiva de estos fármacos hormonales se debe a su acción conjunta sobre la función: hipotálamo-hipofisaria, la ovárica y la tubo-endometrio-vaginal. Sin embargo, el grado o la intensidad con que cada una de estas funciones resulta alterada varía con cada preparado o forma de administración. El efecto anovulatorio de los anticonceptivos hormonales combinados se debe al notable efecto bloqueante ejercido sobre la producción hipotalámica de la hormona liberadora de gonadotropina (Gn-Rh), que suele ser transitoria y revierte al suspender el tratamiento, aunque en un 10 % de las pacientes esto puede persistir más tiempo (amenorrea postpíldora) y requerir tratamiento específico.

Centrándonos en la fisiología del ciclo menstrual, al inicio de éste se encuentran elevadas las concentraciones de hormona foliculoestimulante (FSH), siendo bajas las de etinilestradiol y progestágenos. Sin embargo, dosis exógenas de etinilestradiol al inicio del ciclo menstrual provocarán una fuerte inhibición en la producción de FSH impidiendo la diferenciación y maduración del folículo dominante. La administración de etinilestradiol y progestágenos en la primera fase del ciclo inhibe el pico de estrógenos que tiene lugar a la mitad del ciclo, por lo que el estímulo necesario para que ocurra el pico de la hormona luteinizante (LH) que desencadena la ovulación desaparece (en sangre los niveles de estrógenos sintéticos están por debajo de las concentraciones necesarias para producir este efecto). Al impedir la ovulación, no se produce tampoco el cuerpo lúteo ni se segrega progesterona en la segunda mitad del ciclo. Por ende, la administración de anticonceptivos combinados inhibe el desarrollo folicular, la ovulación y la formación del cuerpo lúteo. Esta inhibición se ve reflejada en una marcada reducción de la secreción de estradiol ovárico y la ausencia de la producción de progesterona. (14) (2)

Protección

El uso correcto y consistente de este método brinda una protección del 99.7% y, con el uso típico es de 92%, en el primer año de uso. La efectividad depende de la usuaria: el riesgo de embarazo es mayor cuando una mujer comienza una caja nueva de píldoras con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más píldoras cerca del inicio o del final de una caja de píldoras. (20)

Contraindicaciones

- Mujeres en cualquier edad reproductiva.
 - Mujeres de cualquier paridad, incluyendo nulíparas.
 - Mujeres que deseen una alta protección anticonceptiva.
 - Mujeres que estén amamantando (a partir del sexto mes o más posparto).
 - Mujeres en post aborto (iniciar inmediatamente o durante los primeros siete días).
 - Mujeres que presentan anemia.
 - Mujeres con dolores menstruales severos y sangrados abundantes.
 - Mujeres con historia de embarazo ectópico.
 - Mujeres que fumen menos de 15 cigarrillos por día si son menores de 35 años de edad.
- (20)

Quién no puede usarlo

- Mujeres embarazadas (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado vaginal no diagnosticado.
- Mujeres con enfermedad hepática activa (ictericia).
- Mujeres fumadoras de más de 15 cigarrillos al día y mayores de 35 años edad.
- Mujeres con historia de enfermedad cardíaca, infarto, hipertensión arterial (>140/90), alteración de la coagulación o diabetes (de más de 20 años y con compromiso vascular)
- Mujeres con cáncer de mama.
- Mujeres que no recuerdan tomar una pastilla a diario.
- Madres dando de lactar durante los primeros 6 meses después del parto.

Aplicación del método

Cuando iniciar el método:

- Del primero al séptimo día del ciclo menstrual.
- En el post-parto: Después de 3 semanas si no está amamantando y después de los 6 meses post-parto si está amamantando.
- Post-aborto: En los primeros 7 días post-legrado o Aspirado Manual Endouterino:
- Iniciar la toma en cualquier momento entre el primero y séptimo día del ciclo menstrual.
- Se toma una pastilla cada día, de preferencia a la misma hora durante 28 días consecutivos hasta finalizar el paquete.
- Iniciar un nuevo ciclo, independientemente de haber o no presencia de sangrado, sin descansos o interrupciones. (20)

Signos de alarma para las usuarias de la Pastilla

- Dolor en el pecho y dificultad respiratoria.
- Dolores de cabeza con visión borrosa.
- Dolores fuertes en las piernas.
- Ausencia de cualquier sangrado mientras toma las pastillas de hierro o placebo.
- Ictericia.

Efectos adversos

- Náuseas (muy común en los primeros tres meses).
- Sangrado en goteo o sangrado entre períodos menstruales, especialmente si la mujer olvida tomar sus pastillas o se demora en tomarlas.
- Dolor de cabeza leve, sensibilidad en los senos, leve aumento de peso y amenorrea
- En algunas mujeres pueden ocasionar cambios de temperamento, incluyendo depresión y menor deseo sexual. (20)

Creencias o Mitos

- No se acumulan en el cuerpo de la mujer. La mujer no necesita “descansar” de tomar AOC.
- Deben tomarse todos los días, tenga o no la mujer sexo ese día.
- No hacen infértil a la mujer.
- No causan defectos de nacimiento o nacimientos múltiples.
- No modifican el comportamiento sexual de la mujer.
- No se acumulan en el estómago. Al contrario, la píldora se disuelve cada día.
- No interrumpen un embarazo en curso. (29)

2.5.2.3. *Inyectables sólo de progestágenos*

Descripción

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible, administrado por inyección intramuscular bimensual o trimestral. Contienen un progestágeno sintético de depósito. (20)

Protección

El uso correcto y sistemático de este método brinda una protección del 99.7% y el uso típico es de 97%, en el primer año de uso (Criterios de Elegibilidad (CME) OMS, 2005). La eficacia depende de que las inyecciones se apliquen puntualmente; el mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer omite una inyección. (20)

Quién puede usarla

- Mujeres en cualquier edad reproductiva, incluyendo (con algunas salvedades) adolescentes y mujeres mayores de 40 años.
- Mujeres de cualquier paridad, incluyendo nulíparas.
- Mujeres que deseen una alta protección anticonceptiva.
- Madres en período de lactancia (después de la sexta semana posparto).
- Mujeres que estén en el post-parto inmediato y que no estén amamantando.
- Mujeres en post-aborto (iniciar inmediatamente o dentro de los primeros 7 días).
- Mujeres fumadoras (independientemente de la edad y cantidad de cigarrillos que fumen al día).
- Mujeres con presión arterial alta, problemas de coagulación.
- Mujeres que no deseen o no deban usar estrógenos.
- Mujeres con problemas para recordar tomar pastillas diariamente. (20)

Quién no puede usarla

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres con sangrado vaginal no diagnosticado.
- Mujeres con antecedentes de o con cáncer de mama.
- Adolescentes de 13 a 19 años (Referencia: compañía Farmacia que la produce). La amenorrea, inducida por el uso de anticonceptivos inyectables en los primeros años después de la menarquia, aumenta el riesgo de osteoporosis más adelante en la vida en mujeres con factores de riesgo como:
 - ✓ enfermedad de los huesos.
 - ✓ anorexia nerviosa.
 - ✓ historia familiar de osteoporosis.
 - ✓ bebedoras y fumadoras.

- Mujeres durante el climaterio, ya que la disminución del calcio puede aumentar el riesgo de osteoporosis y quebraduras de huesos particularmente después de la menopausia.

Aplicación del método

Cuando iniciar

En cualquier momento:

- Del primero al séptimo día del ciclo menstrual.
- En cualquier momento del ciclo menstrual en que se pueda estar razonablemente seguro que la usuaria no está embarazada.
- **Post-parto:**
Después de las 6 semanas si está amamantando.
Inmediatamente si no sobrevive el niño o si no está amamantando.
Si está utilizando el método de lactancia amenorrea (MELA), después de 6 semanas post-parto o cuando ya no se cumpla alguno de los tres requerimientos del MELA.
- **Post- aborto:**
De inmediato o dentro de los primeros 7 días. (20)

Administraciones subsiguientes: Cada inyección de Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) se administra tres meses después de la anterior. Sin embargo, se puede aplicar 2 semanas antes o 2 semanas después de la fecha exacta.

- Cada inyección de Enantato de Noretindrona se administra 2 meses después de la anterior. (20)

Efectos adversos

Los problemas principales asociados con el uso de este método son las irregularidades menstruales, sangrado prolongado o abundante y amenorrea.

Algunas mujeres pueden presentar cefalea, mastalgia, aumento de peso, náusea, nerviosismo, cambio del estado de ánimo o del deseo sexual, mareos, distensión y molestia abdominal. El retraso en el retorno a la fertilidad puede también ser un problema en algunos casos.

Creencias o Mitos

- La mujer puede dejar de tener sangrado menstrual, pero eso no es malo.

- Es como no menstruar durante el embarazo. La sangre no se acumula en su cuerpo.
- No alteran el curso de un embarazo ya existente.
- No produce infertilidad en la mujer. (29)

2.5.2.3. Implantes Subdérmicos Jadelle

Descripción

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible, de larga duración y que brinda protección hasta por tres a cinco años. (20)

Está compuesto por dos cilindros o tubitos delgados y flexibles hechos de silicón, que contienen una hormona llamada levonorgestrel. (21)

Protección

El implante Jadelle tiene una efectividad del 99%.

Quién puede usarlo

- Mujeres en cualquier edad reproductiva.
- Mujeres con cualquier paridad, incluyendo nulíparas.
- Mujeres que quieran una protección altamente eficaz y de larga duración.
- Mujeres amamantando (después de las seis semanas post-parto).
- Mujeres en post-parto inmediato que no estén amamantando.
- Mujeres en post-aborto (iniciar de inmediato o dentro de los 7 días siguientes al aborto).
- Mujeres con presión arterial alta, con problemas de coagulación sanguínea.
- Mujeres fumadoras.
- Mujeres que no puedan o no quieran usar estrógenos.
- Mujeres obesas o delgadas. (20)

Aplicación del método

Cuando iniciar

- En cualquier momento:
- Del primero al séptimo día del ciclo menstrual.
- En cualquier momento del ciclo menstrual en que se pueda estar razonablemente seguro que la usuaria no está embarazada.

- **Post-parto:**
Después de las 6 semanas posparto, si la madre está amamantando al bebé.
Inmediatamente, si no sobrevive el niño o no está amamantando.
Si está utilizando MELA a las 6 semanas post-parto o cuando no se cumpla alguno de los tres requisitos del MELA.
- **Post-aborto:**
De inmediato o dentro de los primeros 7 días.
Si está utilizando otro método como la T de Cobre, la Depo-Provera o pastillas, puede insertarse en cualquier momento. (20)

Efectos adversos

Amenorrea (ausencia de manchas o sangrado vaginal) sangrado, manchas vaginales, expulsión de las cápsulas, infección en el sitio de la inserción.

2.5.3. T de Cobre

Descripción

La T de Cobre es un pequeño dispositivo u objeto de plástico flexible y cobre que se coloca dentro de la cavidad uterina. (20)

DIU (Dispositivo Intrauterino) produce una reacción endometrial que estimula la liberación de leucocitos y prostaglandinas, estos actúan simultáneamente sobre el cuello uterino, cavidad uterina y el oviducto, para impedir que el espermatozoide fertilice el óvulo. (1) (2)

Protección

La T de Cobre tiene una tasa de efectividad de 99.2 a 99.4% en el primer año de uso; brinda una protección anticonceptiva de 10 años.

Quién puede usarla

- Mujeres en edad reproductiva.
 - Mujeres de cualquier paridad, incluyendo nulíparas.
 - Mujeres que deseen una protección altamente eficaz.
 - Mujeres que deseen un método de larga duración y no deseen o no puedan operarse todavía.
 - Mujeres que desean cambiar de método para continuar planificando su familia.

- Mujeres que olviden tomar la pastilla cada día o presenten dificultad para asistir periódicamente a un servicio de salud a recibir un método de planificación familiar.
- Mujeres con antecedentes de enfermedad de mama incluyendo cáncer.
- Mujeres fumadoras de más de 35 años de edad.
- Mujeres que estén amamantando.
- Mujeres en el post-parto.
- Mujeres post-aborto que no presenten signos de infección pélvica (insertar inmediatamente o dentro de los primeros siete días post aborto). (20)

Quién no puede usarlo

- Mujeres con sospecha de embarazo.
- Mujeres con sangrado genital no diagnosticado.
- Mujeres con infección activa del tracto genital (vaginitis y cervicitis) incluyendo ITS, enfermedad inflamatoria pélvica activa o antecedente reciente (últimos 3 meses).
- Mujeres post-aborto o post-parto séptico.
- Mujeres con anomalías uterinas congénitas o tumores uterinos benignos (miomas) que alteren la forma de la cavidad uterina y mujeres con estenosis cervical severa (cuello de la matriz cerrado o rígido).
- Mujeres con cáncer cervical, endometrial u ovárico.

Aplicación del método

- **Intervalo**
Se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual si se tiene la certeza de ausencia de embarazo.
- **Post-parto y cesárea**
La inserción puede realizarse inmediatamente después del alumbramiento o durante la cesárea.
También puede insertarse de 4 a 6 semanas post-parto.
- **Post-aborto**
Puede insertarse inmediatamente después de un aborto sin complicaciones. El riesgo de complicaciones siguientes a la inserción post-aborto no es mayor que el relacionado con la T de Cobre de intervalo, siempre y cuando no haya infección del cérvix o de la cavidad uterina y el útero se haya evacuado totalmente. (20)

Efectos adversos

- Manchado, sangrado y hemorragia.
- Dolor, cólico e infección.

Corrección de malentendidos

- Rara vez provocan EIP.
- No aumentan el riesgo de contraer ITS, incluido el VIH.
- No aumentan el riesgo de pérdida de embarazo cuando una mujer queda embarazada después que se le retira el DIU.
- No producen infertilidad en la mujer.
- No provocan defectos de nacimiento.
- No causan cáncer.
- No se desplazan al corazón ni al cerebro.
- No causan molestias ni dolor a la mujer durante el sexo.
- Reducen sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico.

2.6. Criterios médicos de elegibilidad (CME) de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con expertos del área de la medicina y representantes de la salud reproductiva de la mujer de todo el mundo, desarrolló y revisó los criterios médicos de elegibilidad, los que proporcionan una orientación sólida respecto de la seguridad de los métodos anticonceptivos para usuarios/as de diferentes categorías. Estos criterios basados en la evidencia científica han sido diseñados para ampliar el acceso al uso de anticonceptivos por parte de los candidatos apropiados, manteniendo los niveles de seguridad exigidos.

Los criterios médicos de elegibilidad clasifican la idoneidad de los diversos métodos anticonceptivos para individuos que presentan enfermedades o afecciones de salud específicas, para aquellos de edad más avanzada, y para aquellos cuya conducta representa riesgos (por ejemplo, las mujeres que fuman y los hombres que tienen múltiples parejas sexuales). Los criterios médicos de elegibilidad pretenden garantizar un margen de seguridad adecuado con el fin de proteger a mujeres y hombres de los posibles efectos adversos de los anticonceptivos y, al mismo tiempo, asegurar que no se les están negando opciones adecuadas. (15)

Los criterios médicos de elegibilidad de la OMS clasifican los problemas de salud en cuatro categorías: (23)

Clasificación de los CME para el uso de anticonceptivos:	
Categoría 1:	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.
Categoría 2:	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.
Categoría 3:	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método.
Categoría 4:	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.

(23)

2.7. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación Familiar y su integración en el programa nacional de salud Reproductiva

Capítulo I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto. La presente Ley tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar. Además, establecer mecanismos dirigidos a la consecución de nuevas fuentes de financiamiento local, reduciendo la dependencia histórica de los servicios de planificación familiar de donantes internacionales. (4)

Artículo 2. Observancia. Las disposiciones de la presente Ley deben ser aplicadas en el ámbito nacional en todos los establecimientos de educación primaria y secundaria, y en todos los establecimientos de la red pública de salud, incluyendo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en adelante denominado (IGSS), entidades privadas y las Organizaciones

No Gubernamentales, en adelante denominadas (ONG' s), que prestan servicios básicos de salud en el primer nivel de atención. (4)

Artículo 3. Destinatarios /as. Son destinatarios de la presente Ley: la población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no tengan acceso a servicios básicos de salud, promoviéndose y asegurándose el acceso equitativo de servicios de planificación familiar. (4)

Capítulo II

Acceso de la población a servicios de planificación familiar

Artículo 4. Acceso universal. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en adelante denominado (MSPAS), el IGSS y otras entidades públicas y privadas del sector salud, deben garantizar el mantener en forma sostenible todos los métodos modernos de espaciamiento de embarazos en los establecimientos de la red pública de salud, que permita responder adecuadamente a la demanda de la población y asegure el acceso universal a dichos métodos.

Artículo 5. Necesidades no satisfechas. El MSPAS en coordinación con el IGSS y otras instituciones sectoriales que proveen servicios de planificación familiar, deberá estimar la demanda insatisfecha de la población con información proveniente de encuestas nacionales y estudios específicos realizados. Lo anterior debe permitir la definición de estrategias operativas que garanticen la oferta de servicios de planificación familiar para la población de mayor postergación.

Artículo 6. Acceso geográfico. El MSPAS debe asegurar que en los lugares de difícil acceso en donde no existan establecimientos tradicionales de salud, las Organizaciones No Gubernamentales –ONG´ s- que hayan suscrito convenios de previsión del conjunto básico de salud, sean las responsables de proveer los métodos de planificación familiar a usuarias y usuarios que vivan en el área de influencia de dichas organizaciones. Además, el Ministerio de Educación y los demás entes deben realizar actividades de información, educación y comunicación en este campo.

Artículo 7. Acceso funcional. El MSPAS, el IGSS y otras entidades públicas y privadas del sector salud, deben proveer los servicios de planificación familiar a través de la oferta de la

gama de métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de embarazos, asegurando que los y las proveedoras tengan las competencias técnicas para prestar servicios de calidad y calidez y cuenten con el equipo e insumos de acuerdo a la normativa establecida por el MSPAS.

Artículo 8. Atención integral. El MSPAS y el IGSS deben asegurar que los servicios de planificación familiar se integren a otros componentes de atención del Programa de Salud Reproductiva, tales como: atención prenatal, post-parto y puerperio, detección de cáncer cérvico uterino y de mama, pruebas para enfermedades de transmisión sexual y prevención de la osteoporosis. Esta disposición contribuirá a disminuir las oportunidades perdidas de servicios de planificación familiar, reduciendo la demanda insatisfecha de planificación familiar y contribuyendo directamente en la disminución de mortalidad materno-infantil.

Artículo 9. Estrategia especial para adolescentes. El Ministerio de Educación, el MSPAS y el IGSS, en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas, diseñarán una estrategia que asegure la provisión de servicios integrales y diferenciados para los y las adolescentes, estableciendo mecanismos que faciliten la articulación e integración con otros sectores entre ellos: el Ministerio de Educación y el Vice-Ministerio de Cultura y Deportes, promoviendo el enfoque de derechos y responsabilidades. (4)

2.8. Salario Mínimo

Cantidad mínima fijada por la administración, que debe percibir al menos cualquier persona por desempeñar un trabajo en jornada laboral completa

De conformidad con el Acuerdo Gubernativo No. 250-2020 publicado en el Diario de Centroamérica el 30 de diciembre de 2020, se establece el salario mínimo que regirá a partir del uno de enero de 2021. (17)

NO AGRÍCOLAS	Q.3,075.10
AGRÍCOLAS	Q.2,992.37
EXPORTADORA Y DE MAQUILA	Q.2,831.77

2.9. Escolaridad

Para la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), los analfabetos son aquellas personas que no saben leer ni escribir, ni comprenden un texto sencillo, ni pueden exponer de forma elemental hechos de su vida cotidiana (UNESCO 2008).

Analfabetismo absoluto es el desconocimiento de la lectoescritura y las nociones aritméticas básicas, que está vinculado a la desescolarización (OEI 2007, 2010).

La educación primaria tiene una duración de entre seis y ocho años de escolaridad a partir de la edad de cinco o seis años, aunque esto varía según los países. La educación infantil y educación primaria a nivel mundial, alrededor del 89% de los niños de seis a doce años están matriculados en la educación primaria, y esta proporción está aumentando. La transición de la educación primaria a la educación secundaria generalmente ocurre alrededor de los once o doce años de edad. (5)

III. OBJETIVOS

3.1. General

Identificar los Conocimientos, actitudes y prácticas respecto a los Métodos de Planificación Familiar en pacientes en puerperio inmediato en el servicio de Maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero a diciembre de 2019.

3.2. Específicos

- a) Describir las características socio- demográficas de las pacientes en puerperio.
- b) Identificar los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes en puerperio inmediato.
- c) Determinar el conocimiento de los métodos de planificación familiar en pacientes en puerperio inmediato.
- d) Identificar las actitudes de los métodos de planificación familiar en pacientes a estudio.
- e) Determinar la práctica de los métodos de planificación familiar en pacientes en puerperio inmediato.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo Prospectivo de corte Transversal

4.2. Población o Universo

Del total de 3,932 pacientes en puerperio inmediato del servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa, se tomó una muestra de 351 pacientes

4.3. Tamaño de la Muestra

Se realiza una muestra probabilística con muestra finita porque se conoce el universo y se utiliza una formula y por medio de selección aleatoria simple, queda como rango de 11 pacientes la elegibilidad.

Universo: 3,932: 11 pacientes

Muestra 351

ESTIMAR UNA PROPORCIÓN

Total de la población (N)	3932
---------------------------	------

(Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)

Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
---	-----

Precisión (d)	3%
---------------	----

Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	5%
--	----

(Si no tenemos dicha información $p=0.5$ que maximiza el tamaño muestral)

TAMAÑO MUESTRAL (n)	193
---------------------	-----

EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS

Proporción esperada de pérdidas (R)	45%
-------------------------------------	-----

MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	351
---------------------------------	-----

Beatriz López Calviño - Salvador Pita Fernández

4.4. Sujeto de estudio

El sujeto de investigación lo constituyen las pacientes en puerperio inmediato en el servicio de Maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero a diciembre de 2019.

4.5. Criterios de inclusión

- Pacientes en puerperio inmediato en el servicio de Maternidad del Hospital Regional de Zacapa.
- Pacientes que autoricen participar en el estudio.

4.6. Criterios de exclusión

- Pacientes en puerperio mediato.
- Pacientes que presenten alguna complicación y que sea difícil participar en el estudio.

4.7. Variable estudiada

Variable dependiente: Pacientes evaluadas en el post-parto inmediato

4.8. Operacionalización de las variables

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Unidad De Medida
Aspectos Sociodemográficos:					
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años cumplidos de la paciente al momento de la entrevista.	Cuantitativa	Intervalo	Años

Ocupación	Es el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo.	Tipo de oficio o profesión que desempeña la paciente.	Cualitativa	Nominal	Ama de Casa Agricultora Estudiante Maestra Comerciante Oficios Domésticos
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado Civil de la paciente al momento de la entrevista.	Cualitativa	Nominal	Soltera Unida Casada
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender.	Nivel de escolaridad que refiere la paciente en la entrevista.	Cualitativa	Nominal	Analfabeta Primaria Básico Diversificado Universidad
Religión	Creencias religiosas, de normas de Comportamiento y de ceremonias de oración.	Tipo de religión que profesa la paciente.	Cuantitativa	Nominal	Católica Evangélica Testigos de Jehová No profesa

Residencia	Lugar o territorio donde habita la paciente al momento de la entrevista.	Aldea o Municipio donde reside la paciente.	Cualitativa	Nominal	Municipios
Grado socio-económico	Medida económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social.	Estado socioeconómico de las pacientes en base a salario mínimo en Guatemala	Cualitativa	Ordinal	Salario Mínimo Menor 2,992.36 Mayor 2,992.36
Antecedentes Gineco-obstétricos:					
Coitarquia	Edad en que se establece la primera relación sexual.	Inicio de la vida sexual.	Cuantitativa	Razón	Años
No. De Parejas	Número de personas con quienes se ha tenido relaciones sexuales.	Cantidad de personas con quienes ha tenido relaciones sexuales.	Cuantitativa	Ordinal	Números
Paridad	Es el número total de embarazos que ha tenido una mujer.	Número de embarazos que ha tenido.	Cuantitativa	Razón	Números

Período Intergenésico Corto	Tiempo que va desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente.	Periodo en meses o años desde el nacimiento de un hijo hasta el siguiente	Cuantitativa	Ordinal	Menor de 18 meses Mayor de 18 meses No aplica
Hijo deseado	Deseo de concebir un hijo, entendido como amor y aceptación del hijo tal y como viene y es.	Ultimo embarazo esperado.	Cualitativa	Nominal	Sí No
Conocimiento	Información adquirida a través de la experiencia, educación o comprensión teórica.	Nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar.	Cuantitativa	Ordinal	Bueno Regular Malo
Actitudes	Es el comportamiento que emplea un individuo para hacer las labores.	Tipo de actitudes hacia los métodos de planificación familiar.	Cualitativa	Nominal	Favorable No Favorable
Prácticas	Actividades que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.	Tipo de prácticas sobre los métodos de planificación familiar.	Cualitativa	Nominal	Bueno Regular Malo

Fuente: Elaboración Propia

4.9. Instrumentos a utilizar para recolectar y registrar la información

Se visita el servicio de maternidad del Hospital de Zacapa donde se utiliza como instrumentos de medición una entrevista estructurada (Ver anexo 1), el cual contiene información dividida en dos partes sobre temas de los métodos de planificación familiar de donde se obtendrán los siguientes aspectos:

Primera serie: Sección No. I Firma del consentimiento informado por la paciente

Segunda serie: Sección no. II

- Sección sociodemográfica
- Sección de antecedentes gineco-obstétricos
- Sección de Conocimientos de los Métodos de Planificación Familiar
- Sección sobre Actitudes de los Métodos de Planificación Familiar
- Sección sobre las Prácticas de los Métodos de Planificación Familiar

4.10. Procedimientos para la recolección de la información

Se procede a obtener permiso al Departamento de Ginecología y Obstetricia para realizar el presente estudio.

Luego se solicita autorización a la Dirección del Hospital Regional Zacapa junto a un oficio de autorización por parte de los supervisores y asesor de tesis, para poder realizar el trabajo de campo en el servicio de maternidad (Ver Anexo 2).

Recolección de Datos:

Se capacita previamente a una persona para la realización de la entrevista estructurada y se identifica a las pacientes en su puerperio inmediato, se procede a recolectar la información a través de una entrevista para registrar la información obtenida en una boleta de recolección de información.

4.11. Plan de análisis

Para el procesamiento de la información se procede de la siguiente forma:

- a) Se califican y organizan las entrevistas con número correlativo.
- b) Se procede al ordenamiento de los datos en físico y luego se realiza la tabulación manual con el programa Epi Info, se validan los datos para la limpieza de los datos y se interpreta los resultados con el Instrumento Likert.
- c) Sección de Conocimientos sobre Métodos de Planificación Familiar: el cual cuenta con 12 preguntas, a cada ítem de la entrevista se coloca un puntaje y se califican los resultados de las pacientes, si tienen 7 preguntas correctas o menos tiene un conocimiento malo; que es menor de 60 puntos, 8 preguntas un conocimiento regular; que es entre 60-70 puntos y 9 preguntas correctas o más tiene un conocimiento bueno mayor de 70 puntos.
- d) Sección sobre Actitudes de los Métodos de Planificación Familiar: el cual cuenta con 8 preguntas, se califican los resultados de las pacientes y si tienen 5 o más preguntas buenas tiene una actitud positiva y si tiene 4 preguntas correctas o menos tienen una actitud negativa
- e) Sección sobre las Prácticas de los Métodos de Planificación Familiar: el cual cuenta con 7 preguntas, se califican los resultados de las pacientes y si tienen 4 preguntas correctas o menos tiene una mala práctica, 5 preguntas una práctica regular y 6 o más una buena práctica.

Se tabulan los datos y se proceden a realizar las tablas mediante la fórmula de Sturges y las gráficas para cada una de las variables utilizando el programa electrónico Epi Info, en base a los objetivos y variables

4.12. Aspectos éticos

Se realiza solicitud de autorización al director Médico del Hospital Regional de Zacapa para realizar una entrevista al servicio de maternidad. Esta investigación se realizó de acuerdo a los siguientes principios éticos.

- a) Respeto por las personas:

La información obtenida de cada entrevista se utiliza únicamente con fines científicos, guardando confidencialidad, por lo que cada paciente es respetada, se solicita la autorización a los jefes de la Unidad, para protección de la persona.

b) Beneficencia:

Se maximizo el beneficio y se minimizo el daño. Se protege el bienestar de los sujetos de investigación.

c) Justicia:

Cada dato recolectado en la entrevista se utiliza de acuerdo con lo que se considera correcto y apropiado.

4.13. Recursos

a) Físico:

Hospital Regional de Zacapa

Sala de Maternidad del Hospital Regional de Zacapa

b) Materiales:

Entrevista

Útiles de Escritorio

c) Humanos:

Médicos del Hospital Regional de Zacapa

Pacientes del Hospital Regional de Zacapa

V. RESULTADOS

Tabla No. 1

Aspectos socio-demográficos de las pacientes de Maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero a diciembre de 2019.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	15-19	115	32.76%
	20-24	122	34.76%
	25-29	66	18.80%
	30-34	27	7.69%
	mayor de 35	21	5.98%
Ocupación	Ama de casa	301	85.75%
	Estudiante	19	5.41%
	Comerciante	10	2.85%
	Maestra	8	2.28%
	Oficios Domésticos	6	1.71%
	Agricultora	4	1.14%
	Enfermera	3	0.85%
Estado Civil	Unida	235	66.95%
	Casada	58	16.52%
	Soltera	58	16.52%
Escolaridad	Analfabeta	22	6.27%
	Primaria Incompleta	89	25.36%
	Primaria completa	122	34.76%
	Básico	66	18.80%
	Diversificado	51	14.53%
	Universidad	1	0.28%

Religión	Evangélica	149	42.45%
	Católica	127	36.18%
	No profesa	74	21.08%
	Testigos de Jehová	1	0.28%
Grado socio-económico	Menor de 2,992	297	84.62%
	Mayor de 2,992	54	15.38%
Total		351	100.00%

Tabla No. 2

Lugar de residencia de las pacientes puérperas de Maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero a diciembre de 2019.

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Zacapa	75	21.37%
Gualán	47	13.39%
Progreso	27	7.69%
Chiquimula	22	6.27%
La Unión	22	6.27%
Teculután	22	6.27%
Amates	21	5.98%
Cabañas	21	5.98%
Huité	21	5.98%
San Jorge	17	4.84%
Río Hondo	15	4.27%
Usumatlán	15	4.27%
San Diego	14	3.99%
Estanzuela	12	3.42%
Total	351	100.00%

Tabla No. 3

Edad de coitarquia en pacientes de Maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero a diciembre de 2019.

Coitarquia	Frecuencia	Porcentaje
12 – 14	22	6.27%
15 – 17	152	43.30%
18 – 20	111	31.62%
21 – 23	41	11.68%
24 – 26	15	4.27%
27 – 29	5	1.42%
30 – 32	1	0.28%
33 - 35	4	1.14%
Total	351	100.00%

Gráfica No. 1

Número de parejas de las pacientes de Maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero a diciembre de 2019.

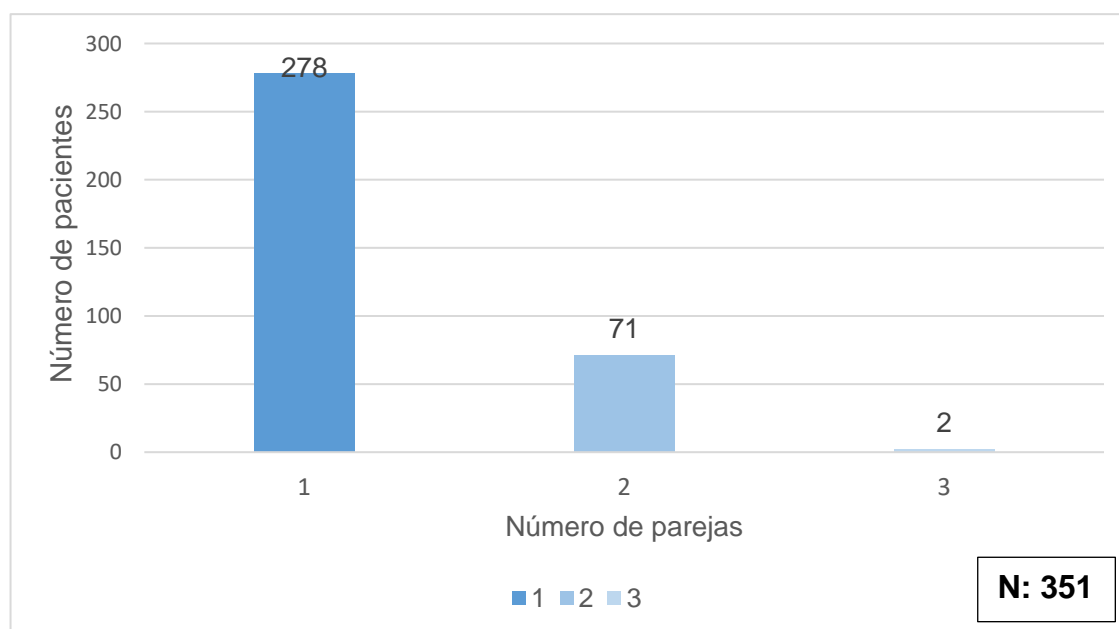


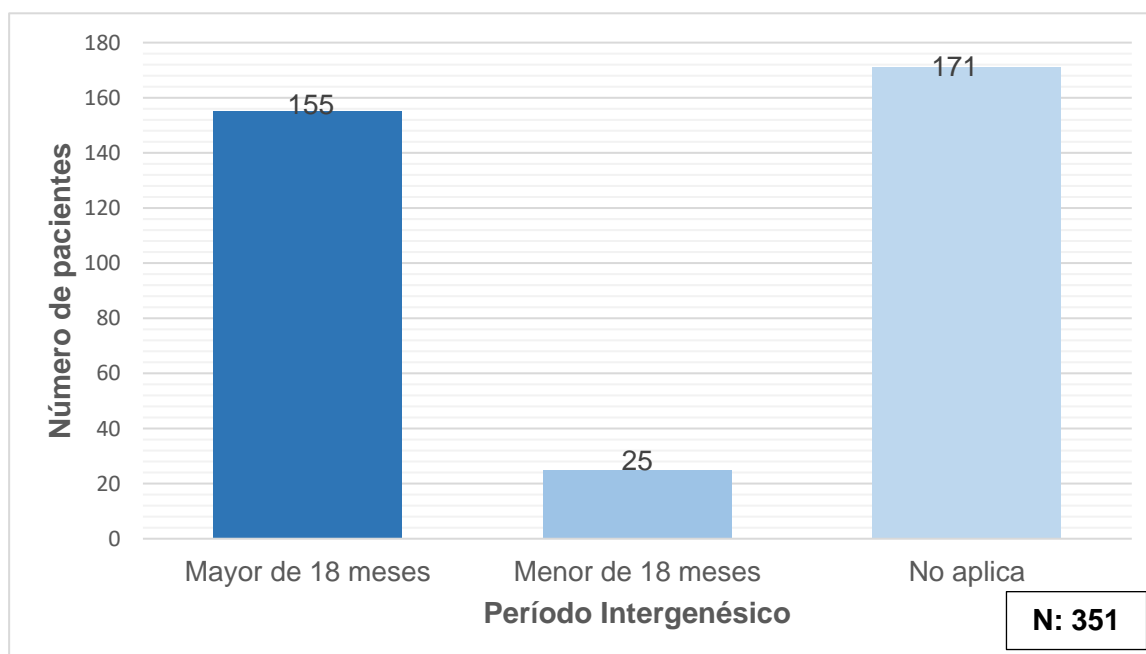
Tabla No. 4

Paridad de las pacientes de Maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero a diciembre de 2019

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
1-2	267	76.07%
3-4	60	17.09%
5-6	17	4.84%
7-8	5	1.42%
9-10	1	0.28%
11-12	1	0.28%
Total	351	100.00%

Gráfica No. 2

Período intergenésico de las pacientes de Maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero a diciembre de 2019.



Nota: Las pacientes con resultado de no aplica es debido a que es su primer parto.

Gráfica No. 3

Pacientes puérperas con planificación previa a su embarazo, durante el período de enero a diciembre de 2019.

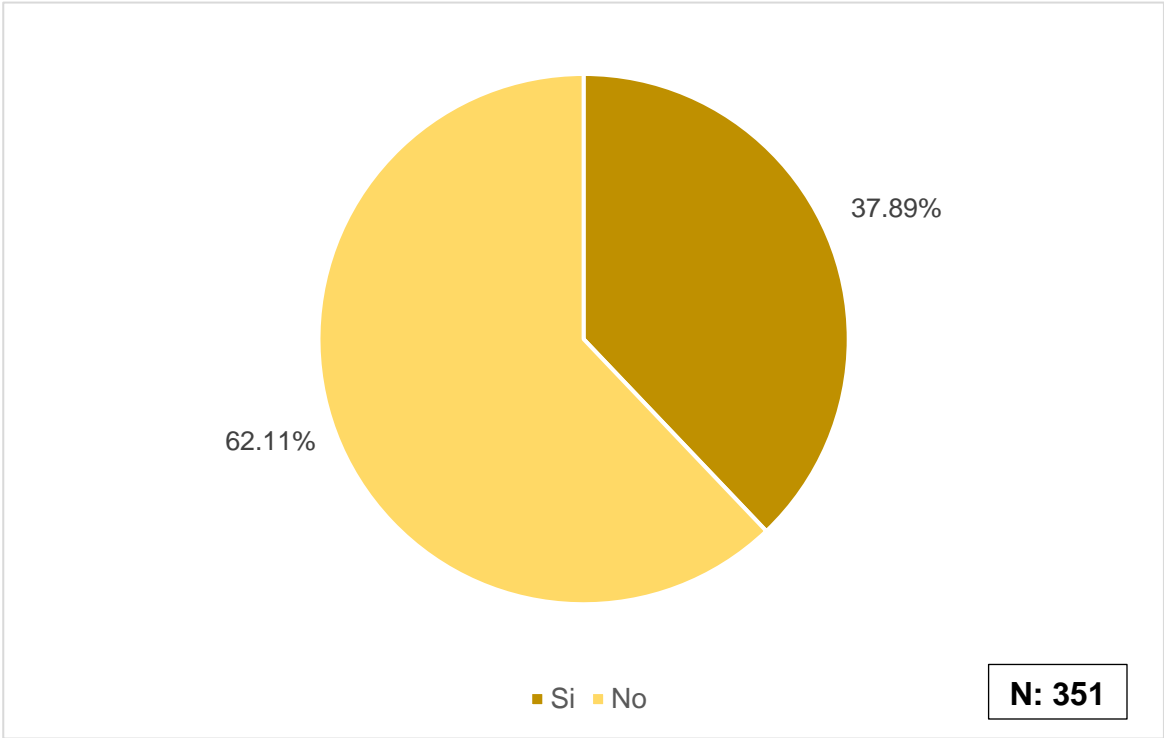
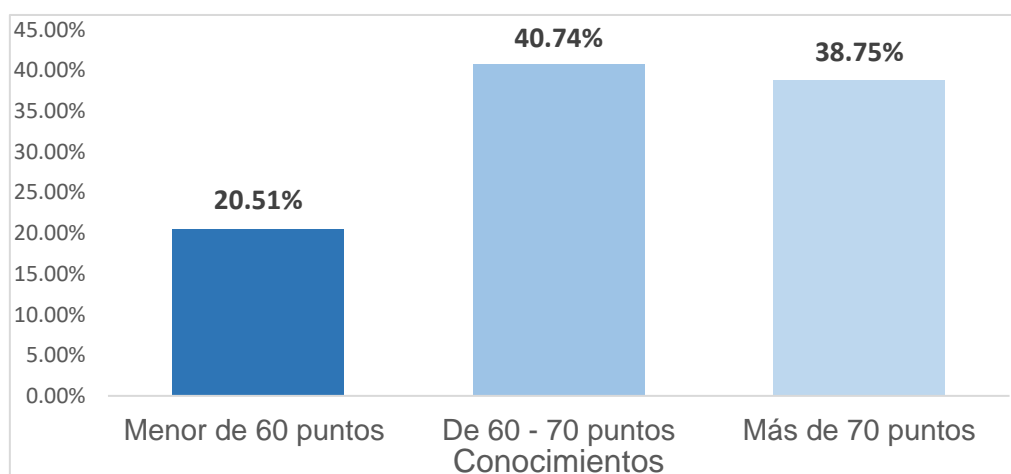


Tabla No. 5

Conocimientos de los métodos de planificación familiar en las pacientes de Maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero a diciembre de 2019.

	SI	NO	NO SE	
1. ¿Has escuchado hablar de los métodos de planificación familiar?	244 (69.51%)	107 (30.48%)		
2. ¿Conoce por lo menos un método anticonceptivo?	242 (68.94%)	109 (31.05%)		
3. ¿Los métodos de planificación familiar sirven para evitar embarazos y espaciar los mismos, al igual evita enfermedades de transmisión?	244 (69.51%)	0	107 (30.48%)	
4. ¿Qué síntomas ha tenido para no utilizar un método de planificación hemorragia, cólicos, dolor de cabeza, engorda?	20 (5.70%)	0	331 (94.30%)	
5. ¿El condón protege de las infecciones de transmisión sexual?	161 (45.87%)	166 (47.29%)	24 (6.84%)	
6. ¿El condón es un método eficaz para la prevención del embarazo?	198 (56.41%)	153 (43.59%)		
7. ¿Los métodos anticonceptivos deben ser elegidos en pareja?	253 (72.08%)	98 (27.92%)	0	
8. ¿Considera que para administrar la inyección	248 (70.65%)	0	103 (29.34%)	

trimestral después del parto hay que esperar a que aparezca su menstruación?				
9. ¿Las pastillas anticonceptivas protegen contras las infecciones de transmisión sexual?	2 (0.57%)	325 (92.59%)	24 (6.84%)	
10. Dentro de las reacciones de las pastillas anticonceptivas se encuentran: hemorragia, dolor de cabeza, aumento de peso, cólicos	183 (52.14%)	107 (30.48%)	61 (17.38%)	
11. ¿Piensas que la T de cobre se encarna?	69 (19.66%)	62 (17.66%)	220 (62.68%)	
12. ¿Acudió a personal médico o de enfermería para obtener información de los métodos anticonceptivos?	234 (66.66%)	117 (33.33%)		
				N: 351



NOTA: Los ítems de la entrevista presentan un punteo y se califica como bueno si presenta más de 70 puntos, regular entre 60 - 70 puntos y malo menor de 60 puntos.

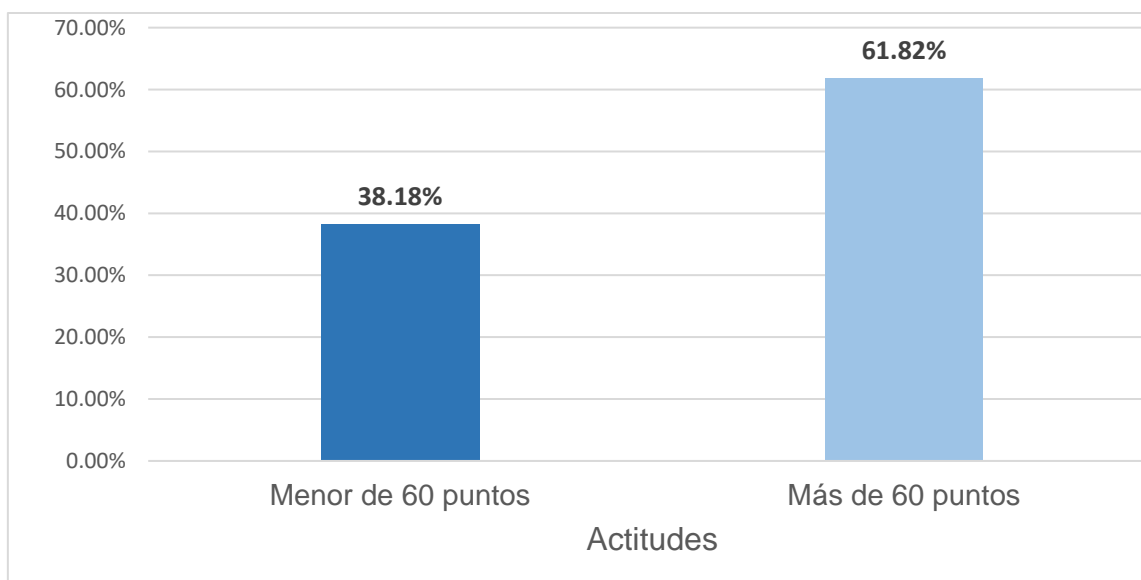
Tabla No. 6

Actitudes de los métodos de planificación familiar en las pacientes de Maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero a diciembre de 2019.

	SI	NO	NO SE
1. ¿Considera que los métodos anticonceptivos son accesibles y rápidos?	178 (50.71%)	173 (49.29%)	
2. ¿Le impide su esposo utilizar los métodos de planificación?	25 (7.12%)	326 (92.88%)	
3. ¿Te sientes presionada para utilizar un método de planificación por familiares, personal de salud?	12 (3.42%)	339 (96.58%)	
4. ¿Considera usted que utiliza el condón se disfruta menos de las relaciones sexuales?	10 (2.85%)	319 (90.88%)	22 (6.27%)
5. ¿Crees que la suficiente y adecuada información es importante para el uso de los	144 (41.02%)	138 (39.32%)	69 (19.66%)

métodos anticonceptivos?			
6. ¿Utilizaría el condón como método anticonceptivo?	61 (17.38%)	290 (82.62%)	
7. ¿Considera que tener muchos hijos es riesgoso para la mujer?	64 (18.23%)	287 (81.77%)	0
8. ¿Toma la opinión de su esposo para optar un método de planificación familiar?	253 (72.08%)	98 (27.92%)	

N: 351



NOTA: Los ítems de la entrevista presentan un puntaje y se califica como favorable si presenta más de 60 puntos y no favorable menor de 60 puntos.

Tabla No. 7

Prácticas de los métodos de planificación familiar en las pacientes de Maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero a diciembre de 2019.

1) ¿De los métodos de planificación familiar cuál ha utilizado con mayor frecuencia?

Método Hormonal: 110 (31.34%)	Método de Barrera: 13 (3.70%)	Método Natural: 1 (0.28%)	Método de Dispositivo Intrauterino (T de cobre): 2 (0.57%)	Anticoncepción Quirúrgica (Esterilización femenina): 0	Ninguno: 225 (64.10%)
---	---	-------------------------------------	--	---	------------------------------------

2) ¿Qué método anticonceptivo utilizaba antes del embarazo?

Condón masculino: 10 (2.85%)	Inyectable mensual: 34 (9.69%)	Inyectable trimestral: 50 (14.25%)	Jadelle: 9 (2.56%)	MELA: 1 (0.28%)
Método del ritmo: 2 (0.57%)	Pastillas anticonceptivas: 2 (7.12%)	T de cobre: 25 (7.12%)	T de cobre: 2 (0.57%)	Ninguno: 218 (62.11%)

3) ¿Cuál es el tiempo de utilización del método que ha utilizado antes del embarazo?

1-3 años: 107 (30.48%)	4-6 años: 17 (4.84%)	7-9 años: 8 (2.28%)	10 años: 1 (0.28%)	Ninguno: 218 (62.11%)
----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------------------	------------------------------

4) ¿Tu pareja utilizaba condón en su última relación sexual?

Si: 188 (53.56%) **No: 163 (46.43%)**

5) ¿De los métodos de planificación cuál ha fallado al utilizarlo?

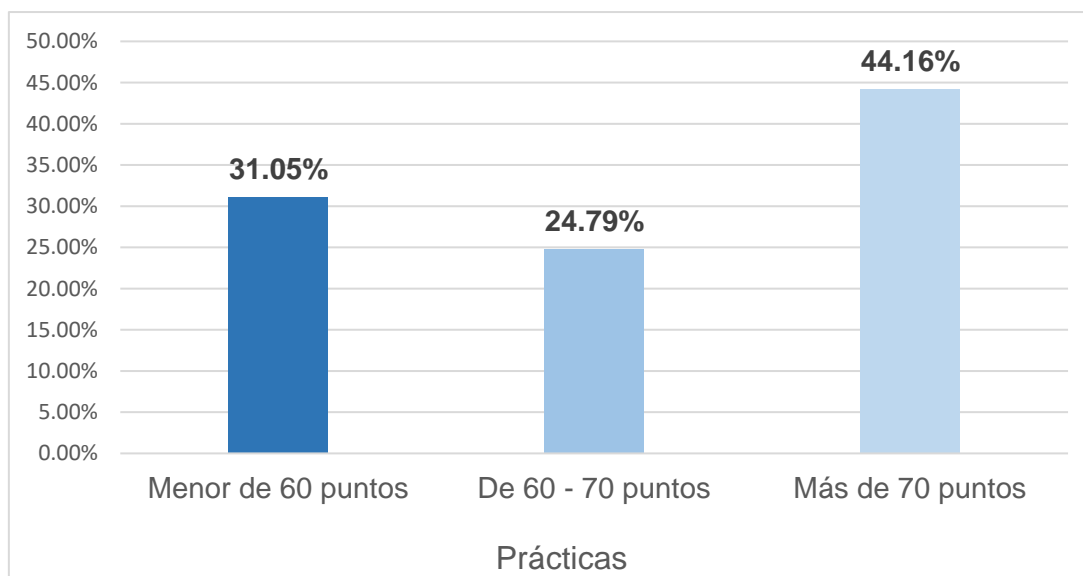
Ninguno: 319 (91.17%)	Método de Barrera: 2 (0.57%)	Método Natural: 1 (0.28%)	Método de Dispositivo Intrauterino (T de cobre): 0	Anticoncepción Quirúrgica (Esterilización femenina): 0	Método Hormonal: 29 (7.98%)
---------------------------------	--	-------------------------------------	---	---	---------------------------------------

6) ¿Qué falla hubo?

No hubo fallo: 319 (90.88%) **Salió embarazada: 32 (9.12%)**

7) ¿A qué lugar acude usted para que le brinden el método de planificación familiar?

Centro de Salud: 149 (42.45%)	Hospital: 8 (2.27%)	Otro: 87 (24.79%)	Ningún lugar: 107 (30.48%)	N: 351



NOTA: Los ítems de la entrevista presentan un punteo y se califica como bueno si presenta más de 70 puntos, regular entre 60 - 70 puntos y malo menor de 60 puntos.

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

De los hallazgos obtenidos del presente estudio por medio de una entrevista realizada a las pacientes en su puerperio inmediato durante el año del 2019, en el Hospital Regional de Zacapa en el servicio de maternidad, obtuvimos:

Que en la esfera socio-demográfica el grupo etario más prevalente era de 20-24 años 34.76% que se correlaciona con el estudio de Lima – Perú en el Hospital de Vitarte donde el grupo etario es de 20-24 años, con 67.52% entre 15-24 años considerando que nuestras pacientes se embarazan durante la etapa de la adolescencia y es probable que sean las edades de mayor proporción ya que la mayoría de culturas en nuestro país tienden a tener unión libre a edades menores de 18 años con autorización de los padres de familias y al igual pueden tener las pacientes desconocimiento sobre la adecuada utilización de los métodos anticonceptivos y por lo mismo conllevar a embarazos inesperados.

Con relación a la ocupación en el Hospital de Occidente en el año 2016 encuentran un porcentaje de 69.7% que laboran como ama de casa; con un 85.75% en nuestro estudio donde las pacientes son amas de casa ya que el nivel de escolaridad el cual se obtuvo es analfabeto en un 6.27%% y primaria incompleta en un 25.36%. El machismo en la mayoría de ocasiones hace que las pacientes no puedan salir en busca de un trabajo propio, dedicando su tiempo libre a realizar oficios domésticos dentro de su hogar y cuidar de sus hijos mientras que los esposos se dedican a sus trabajos; lográndome percatar que a pesar que hay una diferencia de 3 años entre los estudios no se ha logrado cambiar el pensamiento de los esposos para que las pacientes puedan tener oportunidad de adquirir su propio trabajo.

En cuanto al estado civil de las pacientes 66.95% se encontraron en unión libre más de la mitad de la muestra a estudio, en igual proporción que en el estudio realizado en el Hospital Gaspar García en el año 2015 con un 51.6%.

Con respecto a la escolaridad la mayoría de la población mantuvieron un nivel de analfabetismo y primaria incompleta de 31.63% al igual que en el estudio realizado en el Hospital Oscar Danilo de Matagalpa y en el Hospital de Occidente en Guatemala, ya que en Guatemala se observó que predomina un grado socioeconómico menor de lo esperado 84.62% y solo 15.38% tienen un nivel mayor de 2,992 quetzales, influyendo el mismo ya que la mayoría de padres de familia no cuentan con los recursos económicos necesarios para poder garantizar una escolaridad o vida adecuada hacia sus hijos ya que solo supe el ámbito alimenticio, al igual contribuye a que las personas mantengan un déficit intelectual menor al

de la población con diversificado completo 14.53% y menos oportunidad para adquirir un adecuado trabajo para poder sustentar a su familia.

En la población estudiada 78.63% eran de religión evangélica y católica, siendo la religión una creencia muy importante para que las pacientes puedan negarse para optar por un método de planificación familiar, ya que ocasionalmente enseña a la población de poder criar a todos los hijos que puedan concebir sin necesidad de utilizar ningún método anticonceptivo.

En cuanto al lugar de residencia las pacientes hospitalizadas eran del municipio de Zacapa 21.37%, no obstante 6.27% son del municipio de la Unión el cuál queda a 86.2km. y aunque en menor proporción, pero importante ya que son pacientes de otro departamento atendidas en el Hospital; los Amates 5.98% con distancia de 75.8km. y el Progreso en un 7.69% con distancia de 76.1km ya que acudieron al Hospital de Zacapa refiriendo que les agrada la atención que reciben.

Continuando con los antecedentes gineco-obstétricos: las pacientes iniciaron su vida sexual activa entre los 15 – 17 años con 43.30%, algo importante que se observo es que hubo 3 pacientes (0.85%) que refirieron su coitarquia a los 12 años, siendo uno de los tres nacimientos del recién nacido producto de abuso sexual; la mayoría de pacientes por voluntad propia han deseo iniciar una vida sexual activa sin saber sobre las consecuencias posteriores que conlleva.

Las pacientes en su mayoría solo han tenido una pareja sexual 79.20% y 20.23% han tenido dos parejas, influenciando este dato que al tener las pacientes una segunda pareja desea concebir sus propios hijos dificultando el mantenimiento de todos los hijos por igual, manteniéndose en relación al estudio de México en el año 2015 un 65% contaba solo con una pareja.

La mayoría de las pacientes tuvieron entre uno y dos partos 76.07% pero 0.28% han tenido 10 y 12 hijos lo que puede conllevar a morbilidad materna y fetal si no tuvieron un adecuado control prenatal en el momento adecuado.

Según el período intergenésico 44.16% presentaron un período intergenésico mayor de 18 meses son pacientes que fueron orientadas a utilizar un método de planificación ya que deseaban dejar cierto tiempo para poder concebir otro hijo, pero 7.12% no pudieron planificar sus embarazos por no optar en el momento adecuado por un método de planificación familiar y en su puerperio tardío han quedado embarazadas nuevamente, perjudicando a las pacientes ya que puede conllevar a rupturas uterinas y como tal morbilidad neonatal y materna,

observando similitud en Matagalpa en el Hospital César Amador encontrando que un 20% presentaron un periodo intergenésico corto.

De 351 pacientes en puerperio 37.89%, respondieron no haber planificado sus embarazos y encontrándose con la sorpresa de que están embarazadas.

En relación a los conocimientos de los métodos de planificación familiar en las pacientes en puerperio: 30.48% no tuvieron ningún conocimiento y en el estudio del Hospital Berta Calderón 75 pacientes indican no tener una adecuada información sobre los métodos de planificación al igual 30.48% no saben que los métodos anticonceptivos sirven para evitar embarazos y espaciar los mismos, algo preocupante ya que estas pacientes al no tener conocimiento del mismo no adquieren ningún método y tiene más probabilidad de quedar embarazadas a un corto tiempo lo cual crea un factor de riesgo para futuras complicaciones en las pacientes; 31.05% no conocieron por lo menos un método anticonceptivo. De 351 pacientes 47.29% indican que el condón no protege de las infecciones de transmisión sexual pudiendo causar infecciones vaginales en las pacientes con 43.59% que indican que el condón no es eficaz en la prevención del embarazo.

70.65%% consideraron que la depoprovera debe de administrarse hasta que aparezca su menstruación después de la atención del parto, al igual en el Hospital Gaspar García de México con 57.5%; debido a la poca orientación de los métodos anticonceptivos las pacientes quedan embarazadas durante su administración. Un 19.66% indicaron que el dispositivo intrauterino se encarna y debido a esta creencia dejan de utilizarlo siendo un anticonceptivo de larga duración.

En relación a los conocimientos de los métodos de planificación familiar en las pacientes en puerperio 40.74% es regular, en el Hospital Bertha Calderón de Nicaragua 44.33% tuvieron un conocimiento regular y en el Morrito en Nicaragua 97.7% tienen un conocimiento bueno-regular.

De las actitudes sobre los métodos anticonceptivos 49.29% refirieron que los métodos no son accesibles y rápidos, esto es debido a que hay aldeas muy lejanas que hacen un difícil acceso hacia los métodos de planificación; 39.32% consideran que la suficiente y adecuada información no es importante para el uso de los métodos anticonceptivos, provocando una inadecuada utilización lo cual puede conllevar a un embarazo inesperado; 82.62% no utilizarían el condón como método de planificación, el cual es eficaz como método anticonceptivo; ya que evita contagios contra enfermedades de transmisión sexual y VIH;

81.77% consideran que tener muchos hijos no es riesgoso para las pacientes tomando una actitud desfavorable ya que conlleva a complicaciones maternas debido a multiparidad y 72.08% toman la opinión de su esposo para optar un método anticonceptivo siendo no adecuado ya que las pacientes deben de tomar sus propias decisiones

En las actitudes de los métodos de planificación 38.18% tienen una actitud positiva y 61.82% tienen una actitud negativa, esto probablemente sea por la difícil distribución oportuna en el asesoramiento en los centros de primer y segundo nivel.

Se encontró que el 31.34% utilizaban métodos hormonales, pero si es preocupante que un 64.10% no utilizaron ningún método anticonceptivo con frecuencia, lo cual puede conllevar a embarazos inesperados durante su unión y al igual un 62.11% no utilizaron ningún método antes de su embarazo; con un 46.43% que no utilizaron un preservativo en su última relación sexual.

La mayoría de pacientes indican que el tiempo con mayor utilización es de 1 a 3 años 30.48%, pero solo 0.28% indican utilizarlo durante 10 años, esto es debido a los efectos adversos que presentan al utilizar los métodos anticonceptivos conllevando a su menos utilización; con 62.11% que indican no administrar ningún método anticonceptivo lo que provoca embarazos inesperados por no utilizar un período más largo de anticoncepción. El 7.98% de pacientes en puerperio refirieron que hubo fallo en los métodos hormonales, ya que no tienen la práctica para tomar adecuadamente el método anticonceptivo; el fallo que hubo es que salieron embarazadas indicándolo 9.12%, al igual que en el estudio en Nicaragua en el Hospital Gaspar las pacientes no indicaron ningún fallo, pero en un poco porcentaje quedaron embarazadas.

Y en las prácticas de utilización del método anticonceptivo observamos 31.05% tienen una práctica buena, 24.79% una práctica regular y 44.16% tienen una práctica mala de los métodos de planificación familiar, en el estudio CAP de Nicaragua en el Morrito se observa 66.7% con una práctica adecuada.

6.1. CONCLUSIONES

- 6.1.1.** Las principales características sociodemográficas fueron: el grupo etario que prevaleció en el estudio fue de 20-24 años con 122 pacientes (34.75%), en segundo lugar, pacientes entre 15-19 años con 32.76% y un 5.98% mayores de 35 años debido a las edades que prevalecen pueden conllevar a mayor morbilidad materna; realizando la ocupación de ama de casa 301 en un 85.75%, 2.28% son maestras y 0,85% enfermeras; 66.95% se encuentran en unión libre y en igual proporción 16.52% tienen un estado civil solteras y casadas; el analfabetismo y primaria incompleta con 111pte. (31.62%) y solo un 0.28% que había culminado la universidad, en Zacapa residía la mayoría de las pacientes que consultaron al Hospital Regional en un 21.37% con 7.69% que viven en El Progreso ya que es el Hospital al que las pacientes tienen confianza en la atención.
- 6.1.2.** Entre los antecedentes gineco-obstétricos predomina que las pacientes solo han tenido una pareja 278pte. (79.20%) con un 76.07% que han tenido entre una y dos partos; el período intergenésico ha sido mayor a 18 meses y 218pte. (62.11%) si planificaron su embarazo.
- 6.1.3.** De los conocimientos de los métodos de planificación familiar 20.51% tienen conocimiento bueno, 40.74% es regular y 38.75% tienen conocimiento malo.
- 6.1.4.** De las actitudes de las pacientes sobre los métodos de planificación familiar 61.82% tienen una actitud negativa y 38.18% tienen una actitud positiva.
- 6.1.5.** De las prácticas 31.05% tienen una práctica buena, 24.79% una práctica regular y 44.16% tienen una práctica mala de los métodos de planificación familiar.

6.2. RECOMENDACIONES

- 6.2.1.** Impartir al personal de enfermería capacitaciones sobre los métodos de planificación familiar para que dominen el tema y puedan proporcionar consejería durante su control prenatal y así ellas al momento de su puerperio por el conocimiento que tengan sea de facilidad para poder tomar una decisión.

- 6.2.2.** Promocionar la consejería en pareja de métodos anticonceptivos que ayude a evitar embarazos inesperados y a espaciar los mismos, eliminando las barreras que existe entre las parejas.

- 6.2.2.** Promocionar en los tres niveles de atención el uso de los métodos anticonceptivos ideales en las pacientes, así como sus efectos adversos que estos conllevan para un adecuado control del método aceptado.

- 6.2.3.** Incentivar la lactancia materna que es un método anticonceptivo natural y confiable en las pacientes en puerperio, a través del personal de enfermería del banco de leche y residentes del hospital de Zacapa en el servicio de maternidad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basulto Carrete, BR; Baños Zamora, M; Crespo de Quesada, JM. Dispositivos intrauterinos. Diagnostico en el personal relacionado con la contracepción. Revista Archivo Médico de Camagüey. Consultado 25 de julio de 2018. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000300003.
2. Berek, JS. 2012. Ginecología Berek y Novak. Barcelona-España. p.215, 217, 222, 226, 227.
3. Bloom, SL; Spong, CY; Leveno, KJ. 2015. Obstetricia de Williams. México D.F. p. 668.
4. CENAJOD. 2005. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala. P. 2-3.
5. Chapital Colchad, O. XII congreso nacional de investigación educativa temática 6 educación continua y otras alfabetizaciones analfabetismo p. 1. Consultado el 12 de junio de 2018. Disponible en: <http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v12/doc/1449.pdf>
6. Concepto de Actitud. Consultado el 20 de junio de 2018. Disponible en: <https://edukavital.blogspot.com/2013/01/definicion-de-actitud.html>.
7. Concepto de Conocimiento. Consultado el 20 de junio de 2018. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/conocimiento/Ex-Summ-MEC-5/es/>.
8. Concepto de Práctica. Consultado el 20 de junio de 2018. Disponible en: <https://definicion.de/practica/>.
9. Fescina, R; Schwartz, R; Duverges, C. 2016. Obstetricia. Buenos Aires, ARG. p. 571-576.

10. Fritz, M.; Speroff, L. 2012. Endocrinología Ginecológica Clínica y Esterilidad: Planificación, Esterilización y Aborto. Philadelphia. p. 1005-1006.
11. Geografía del Municipio de Zacapa. Consultado 22 de abril de 2018. Disponible en www.deguate.com › Departamentos › Zacapa › Zacapa.
12. Guatemala-Natalidad. Consultado 2 de marzo de 2018. <https://www.datosmacro.com/demografia/natalidad/guatemala>.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/failyplanning/9789241563888/es>.
13. López López, M.A; Tenorio Urbina, V.L. 2015. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes de 14 a 19 años. Tesis. Managua-Nicaragua. p. 6, 51,52.
14. Martínez, F; Faús Daver, MJ. Guía de utilización de medicamentos. Anticonceptivos Hormonales. p. 18. Consultado 25 de julio de 2018. Disponible en: https://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ANTIORMO.pdf.
15. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Consultado 16 abril 2018. Estados Unidos de América, OMS, Departamento de salud reproductiva 2009. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf
16. Métodos de Planificación Familiar. 2014. p. 1. Consultado 16 de junio de 2018. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2014/planfam/index.html>.
17. Ministerio de Trabajo. 2020. Consultado el 15 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.mintrabajo.gob.gt/index.php/dgt/salario-minimo>
18. Miranda Mazariegos, MZ. 2016. Nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar en puérperas adolescentes. Tesis. Guatemala. p. 1.
19. Molina Rodríguez, AR; Montes Montenegro, NN. 2012. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación familiar que tienen los pacientes post-evento obstétricos. Tesis. Matagalpa. p. 1.

20. Molina, DB; Morales, CR; Flores, J; Santizo, R. 2009. Recomendaciones y práctica seleccionadas para el uso del anticonceptivo: planificación familiar un manual mundial para proveedores. Guatemala, OMS. p. 45-105.
21. Montenegro-Pereira, E; Lara Ricalade, R; Velásquez Ramírez, N. Implantes Anticonceptivos. Consultado 25 de julio de 2018. Disponible en: [Http://Www.Scielo.Org.Mx/Pdf/Prh/V19n1/V19n1a5.Pdf](http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/V19n1/V19n1a5.pdf).
22. Moras Rosado, M.M. 2015. Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas. Tesis. Lima-Perú. p. 45-53.
23. Organización Mundial de la Salud. 2014. p. 3 Consultado 16 marzo de 2018. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/.
24. Ramírez, AV. 2009. Anales de la Facultad de Medicina. San Marcos, Perú. p. 218. Consultado el 21 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/379/37912410011.pdf>.
25. Reyes Roncancio, J D. 2017. Diseño de un instrumento tipo escala Likert para la descripción de las actitudes hacia la tecnología por parte de los profesores de un colegio público de Bogotá. P. 30. Consultado el 12 de junio de 2018. Disponible en: <https://repository.udistrital.edu.co/bitstream/handle/11349/6881/BedoyaLagunaCristianAlberto2017.pdf;jsessionid=34A1D7D4FBB78F0A86CC7173CAE115F0?sequence=1>
26. Salas Vásquez, RE. 2016. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en pacientes puérperas. Tesis. Lima-Perú. p. 1.
27. Sarria Arguello, H; Betancourt Osejo, D. 2014. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en pacientes puérperas. Tesis. Nicaragua. p. 1.
28. Teoría general de las Actitudes. Capítulo 2. p. 21,36. Consultado el 20 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloPartel.pdf>.

29. Ushma, U; Robert, L. 2011. Métodos de Planificación Familiar. EEUU. OMS p. 48,162.
30. Villegas, Z. 2016. Prácticas y praxis de Investigación en la Universidades. Estado de Carabobo, Venezuela. p. 352-353. Consultado el 21 de junio de 2018. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/48/art20.pdf>
31. ZavalaGarcía, A. Ortiz-Reyes, H. Salomon-Kuri, J. Padilla-Amigo, C. 2020. Artículo de Revisión Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. p. 3. Consultado el 15 de junio de 2018. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052&lng=p&nrm=iso

VIII. ANEXOS

Anexo 1



Universidad de San Carlos de Guatemala
Hospital Regional de Zacapa
Médico y Cirujano
Maestría de Ginecología y Obstetricia

SECCION I:

No. Boleta _____

_____ Del mes de _____ de 2019

Consentimiento Informado:

Soy médico residente de la Maestría de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el Hospital Regional de Zacapa, donde me encuentro realizando el proyecto de investigación titulado “**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO**”.

Para cumplir con dicho propósito se invita a las pacientes del servicio de maternidad, para obtener una evaluación de los conocimientos que muestran sobre el uso de los métodos de planificación familiar por medio de una encuesta, el cual presenta preguntas de selección múltiple luego de obtener estos datos, la información de la encuesta obtenida va a ser manejada de forma privada y confidencial, sus resultados se utilizarán exclusivamente para finalidades del trabajo de tesis. Su participación en este trabajo de investigación es totalmente voluntaria por lo que usted es libre de elegir si desea participar en el estudio. Donde los resultados servirán para realizar recomendaciones que ayuden a orientar capacitaciones dirigidas posteriormente.

Por medio de esta carta, acepto voluntariamente participar en el proyecto de investigación a estudio.

Firma del participante

Sección II

Aspectos Sociodemográficos:

Edad:

Ocupación:

Ama de Casa _____ Agricultora _____ Estudiante _____ Comerciante _____

Maestra _____ Oficios domésticos _____ Enfermera _____

Estado Civil:

Soltera _____ Unida _____ Casada _____

Escolaridad:

Analfabeta _____ Primaria _____ Básico _____ Diversificado

_____ Universitario _____

Religión

Católica _____ Evangélica _____ Testigo de Jehová _____ No profesa _____

Residencia (Municipio):

Grado-Socioeconómico:

Menor de 2,992 _____ Mayor de 2,992 _____

Antecedentes Gineco-obstétricos:

Coitarquia:

Número de parejas:

Paridad:

Período Intergenésico Corto:

Menor de 18 meses _____ Mayor de 18 meses _____ No aplica _____

Hijo deseado:

Sí _____ No _____

Conocimientos:

1) ¿Has escuchado hablar de los métodos de planificación familiar?

Si: _____ No: _____

2) ¿Conoce por lo menos un método anticonceptivo?

Si: _____ No: _____

3) ¿Los métodos de planificación familiar sirven para evitar embarazos y espaciar los mismos, al igual evita enfermedades de transmisión?

Si: _____ No: _____ No sabe: _____

4) ¿Qué síntomas ha tenido para no utilizar un método de planificación hemorragia, cólicos, dolor de cabeza, engorda?

Si: _____ No: _____ Ninguno: _____

5) ¿El condón protege de las infecciones de transmisión sexual?

Si: _____ No: _____ No sabe: _____

6) ¿El condón es un método eficaz para la prevención del embarazo?

Si: _____ No: _____

7) ¿Los métodos anticonceptivos deben ser elegidos en pareja?

Si: _____ No: _____ No se: _____

8) ¿Considera que para administrar la inyección trimestral después del parto hay que esperar a que aparezca su menstruación?

Si: _____ No: _____ No se: _____

9) ¿Las pastillas anticonceptivas protegen contras las infecciones de transmisión sexual?

Si: _____ No: _____ No se: _____

10) Dentro de las reacciones de las pastillas anticonceptivas se encuentran: hemorragia, dolor de cabeza, aumento de peso, cólicos.

Si: _____ No: _____ No se: _____

11) ¿Piensas que la T de cobre se encarna?

Si: _____ No: _____ No se: _____

12) ¿A qué personal a acudido para la información de los métodos de planificación?

Personal médico y enfermería: _____ Padres: _____

Profesor: _____ Ninguno: _____

Nota de Conocimiento: _____

Actitudes:

1) ¿Considera que los métodos anticonceptivos son accesibles y rápidos?

Si: _____ No: _____

2) ¿Le impide su esposo utilizar los métodos de planificación?

Si: _____ No: _____

3) ¿Te sientes presionada para utilizar un método de planificación por familiares, personal de salud?

Si: _____ No: _____

4) ¿Considera usted que utiliza el condón se disfruta menos de las relaciones sexuales?

Si: _____ No: _____ No se: _____

5) ¿Crees que la suficiente y adecuada información es importante para el uso de los métodos anticonceptivos?

Si: _____ No: _____ No se: _____

6) ¿Utilizaría el condón como método anticonceptivo?

Si: _____ No: _____

7) ¿Considera que tener muchos hijos es riesgoso para la mujer?

Si: _____ No: _____ No se: _____

8) ¿Toma la opinión de su esposo para optar un método de planificación familiar?

Si: _____

No: _____

Nota de Actitud: _____

Prácticas:

1) ¿De los métodos de planificación familiar cuál ha utilizado con mayor frecuencia?

Método Hormonal: _____

Método de Barrera: _____

Método Natural: _____

Método de Dispositivo Intrauterino (T de cobre): _____

Anticoncepción Quirúrgica (Esterilización femenina): _____

Ninguno: _____

2) ¿Qué método anticonceptivo utilizaba antes del embarazo?

Condón masculino: _____

Inyectable mensual: _____

Inyectable trimestral: _____

Jadelle: _____

MELA: _____

Método del ritmo: _____

Pastillas anticonceptivas: _____

T de cobre: _____

Ninguno: _____

3) ¿Cuál es el tiempo de utilización del método que ha utilizado antes del embarazo?

1-3 años: _____

4-6 años: _____

7-9 años: _____

10 años: _____

Ninguno: _____

4) ¿Tu pareja utilizaba condón en su última relación sexual?

Si: _____

No: _____

5) ¿De los métodos de planificación cuál ha fallado al utilizarlo?

Ninguno: _____

Método de Barrera: _____

Método Natural: _____

Método Hormonal: _____

Método de Dispositivo Intrauterino (T de cobre): _____

Anticoncepción Quirúrgica (Esterilización femenina): _____

6) ¿Qué falla hubo?

No hubo fallo: _____

Salió embarazada: _____

7) ¿A qué lugar acude usted para que le brinden el método de planificación familiar?

Centro de Salud: _____

Hospital: _____

Otro: _____

Ningún lugar: _____

Nota de Práctica: _____

Anexo 2



**HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA
DIRECCIÓN EJECUTIVA**



Zacapa, 21 de Noviembre de 2018.

**Señora
Claudia Maribel Ruano Salguero
Su Despacho**

Respetable Señora Ruano:

Reciba un cordial y atento saludo en nombre de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Zacapa, deseándole éxitos en sus labores diarias.

*El motivo de la presente es para informarle que esta Dirección autoriza que realicen su trabajo de investigación en este Centro Asistencial, el cual es titulado **"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO"**, ya que cumple con ser un estudio que no compromete la integridad del paciente.*

Agradeciendo la atención a la presente, sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,


**Dr. Juan Tomás García Delgadillo
Director Ejecutivo
Hospital Regional de Zacapa**



cc. Archivo

16 avenida, Barrio Cementerio Nuevo Zona 3, Zacapa, Guatemala, C.A.
Telefax 7941-3701 PBX 7931-6565 Ext. 101 Y 103.



PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.