UNIVERSIDAD DE HUANUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

TESIS

“Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud de Panao - 2024”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Gonzales Orbezo, Gemili Deni

ASESORA: Marcelo Armas, Maricela Luz

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional( )
- Trabajo de Investigación ( )
- Trabajo Académico ( )

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ( )
- Fondos Concursables ( )

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 47906682

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 04049506

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0001-8585-1426

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacios Zevallos, Julia Marina	Doctora en ciencias de la salud	22407304	0000-0002-1160-4032
2	Santana Javier, Trinidad Dominica	Obstetriz	22411246	0000-0002-7545-386X
3	Castro Quiroz, Teogenes Alfonso	Obstetra	22404179	0000-0001-5235-2284

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **nueve horas** de la fecha **veintisiete** del mes de **junio** del año **dos mil veinticinco**, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, se reunió el jurado calificador integrado por los docentes:

- Dra. Julia Marina Palacios Zevallos — **Presidente**
- Obstetra Tinidad Dominica Santana Javier — **Secretaria**
- Obstetra Teogenes Alfonso Castro Quiroz — **Vocal**

Nombrados mediante **RESOLUCION 2013-2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **"PREFERENCIAS Y CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA RECIBIDA POR PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD DE PANAO – 2024"**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la **Sra. Gemili Deni GONZALES ORBEZO,** para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de BUENO.

Siendo las, 10.00 horas del día **veintisiete** del mes de **junio** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

DRA. JULIA MARINA PALACIOS ZEVALLOS
DNI: 22407304
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-1160-4032

OBSTETRA TINIDAD DOMINICA SANTANA
DNI: 22411246
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-7545-386X

OBSTETRA TEOGENES A. CASTRO QUIROZ
DNI: 22404179
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-5235-2284

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: GÉMILI DENI GONZALES ORBEZO, de la investigación titulada "Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud de Panao - 2024", con asesor(a) MARICELA LUZ MARCELO ARMAS, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1634-2024 -D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 24 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 16 de mayo de 2025

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
RESPONSABLE DE INTEGRIDAD CIENTÍFICA
HUÁNUCO - PERÚ

RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
RESPONSABLE DE TURNITIN
HUÁNUCO - PERÚ

MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

74. Gonzales Orbezo, Gémili Deni.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%	24%	5%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	5%
2	hosting.sec.es Fuente de Internet	4%
3	core.ac.uk Fuente de Internet	3%
4	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	2%

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
RESPONSABLE DE INTEGRIDAD CIENTÍFICA
HUÁNUCO - PERÚ

RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
RESPONSABLE DE TURNITIN
HUÁNUCO - PERÚ

MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A Dios, fuente inagotable de fortaleza y guía, por iluminar cada paso de este camino y brindarme la sabiduría necesaria para alcanzar esta meta. A mi madre, ejemplo de amor, entrega y valentía, cuyo esfuerzo incondicional ha sido mi mayor inspiración para no rendirme. A mi hija, motor de mis sueños, por darme la fuerza necesaria para seguir adelante incluso en los momentos más difíciles. Y a mis hermanos, por su compañía silenciosa, su apoyo constante y por creer en mí sin condiciones. A cada uno de ustedes, les dedico con profundo amor y gratitud este logro, que también es suyo.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la culminación de este proyecto. A Dios, por acompañarme con su luz y darme el temple necesario para enfrentar cada etapa de este proceso. A mi madre, por su firme apoyo, su constancia inquebrantable y por ser ejemplo de esfuerzo diario. A mi hija, cuya existencia me impulsa a seguir creciendo y superando obstáculos con esperanza. A mis hermanos, por su cercanía, su aliento en los momentos clave y por estar presentes, incluso en silencio. A mi asesora de tesis, por su orientación paciente, su compromiso y sus valiosos aportes a lo largo de esta investigación. A las autoridades y personal del Centro de Salud de Panao, por su disposición y colaboración durante el desarrollo del estudio. Finalmente, a todos quienes me brindaron su ayuda, confianza y palabras de ánimo, mi más profunda gratitud.

ÍNDICE

DEDICATORIA II
AGRADECIMIENTO III
ÍNDICE IV
ÍNDICE DE TABLAS VII
ÍNDICE DE FIGURAS IX
RESUMEN X
ABSTRACT XI
INTRODUCCIÓN XII
CAPÍTULO I 14
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 14
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 17
1.2.1. PROBLEMA GENERAL 17
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS 17
1.3. OBJETIVOS 17
1.3.1. OBJETIVO GENERAL 17
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 18
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 18
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA 18
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA 19
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA 19
1.4.4. JUSTIFICACIÓN TEÓRICO-CIENTÍFICA 19
1.4.5. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA 20
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN 20
1.6. VIABILIDADES DE LA INVESTIGACIÓN 20
CAPÍTULO II 22
MARCO TEÓRICO 22
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 22
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES 22
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES 28
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES 33
2.2. BASES TEÓRICAS 33

2.2.1. PREFERENCIA ANTICONCEPTIVA 33
2.2.2. CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA 35
2.2.3. PERIODO PUERPERAL 45
2.2.4. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES EN EL PUERPERIO 53
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES 63
2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS 64
2.5. SISTEMA DE VARIABLES 65
2.5.1. VARIABLE DE INTERÉS 65
2.5.2. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN 65
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 66
CAPÍTULO III 74
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 74
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN 74
3.1.1. ENFOQUE 74
3.1.2. ALCANCE O NIVEL 74
3.1.3. DISEÑO 75
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA 75
3.2.1. POBLACIÓN 75
3.2.2. MUESTRA 76
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 77
3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 77
3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 77
3.3.3. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO 80
3.3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 80
3.3.5. ASPECTOS ÉTICOS 81
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 81
3.4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS 81
3.4.2. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS 82
3.4.3. CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS 82
3.4.4. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN 82
CAPÍTULO IV 83
RESULTADOS 83

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS 83
4.1.1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS 83
4.1.2. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS .. 88
4.1.3. DESCRIPCIÓN DE LAS PREFERENCIAS RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES 92
4.1.4. DESCRIPCIÓN DE LAS PREFERENCIAS RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS 96
4.1.5. DESCRIPCIÓN DE LA CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA 100
CAPÍTULO V 104
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 104
5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS 104
CONCLUSIONES 107
RECOMENDACIONES 109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 111
ANEXOS 123

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de la edad en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 83
Tabla 2. Frecuencia del estado civil de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 84
Tabla 3. Frecuencia del grado de instrucción de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 85
Tabla 4. Frecuencia de la ocupación en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 86
Tabla 5. Frecuencia de la religión en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 87
Tabla 6. Frecuencia de la edad de inicio de relaciones sexuales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 88
Tabla 7. Frecuencia del número de parejas sexuales de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 89
Tabla 8. Frecuencia del número de partos de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024.....90
Tabla 9. Frecuencia del número de atenciones prenatales de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 91
Tabla 10. Descripción de la escala de Likert para la variable preferencias respecto a los métodos anticonceptivos temporales, en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 92
Tabla 11. Clasificación de las preferencias respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 94
Tabla 12. Descripción de la escala de Likert para la variable preferencias respecto a los métodos anticonceptivos definitivos, en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 96

Tabla 13. Clasificación de las preferencias respecto a los métodos anticonceptivos definitivos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 98
Tabla 14. Descripción de la escala de Likert para la variable consejería anticonceptiva sobre los métodos anticonceptivos definitivos, en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 100
Tabla 15. Clasificación de la consejería anticonceptiva en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Frecuencia de la edad en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 83
Figura 2. Frecuencia del estado civil de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 84
Figura 3. Frecuencia del grado de instrucción de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 85
Figura 4. Frecuencia de la ocupación en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 86
Figura 5. Frecuencia de la religión en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 87
Figura 6. Frecuencia de la edad de inicio de relaciones sexuales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 88
Figura 7. Frecuencia del número de parejas sexuales de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 89
Figura 8. Frecuencia del número de partos de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024.....90
Figura 9. Frecuencia del número de atenciones prenatales de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 91
Figura 10. Clasificación de las preferencias respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 95
Figura 11. Clasificación de las preferencias respecto a los métodos anticonceptivos definitivos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 99
Figura 12. Clasificación de la consejería anticonceptiva en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024 103

RESUMEN

Objetivo. Identificar las preferencias y consejería anticonceptiva recibida en puérperas del Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024. **Método.** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, se seleccionaron 80 puérperas atendidas en el centro de salud. Se utilizó un cuestionario para las variables demográficas y obstétricas, y una escala Likert para evaluar las preferencias anticonceptivas y la calidad de la consejería. **Resultados.** En cuanto a las características demográficas, el estudio reveló que las puérperas, predominantemente jóvenes adultas de 22-30 años (n=34, 42.5%), viven en unión libre (n=58, 72.5%) y poseen educación primaria (n=36, 45.0%), desempeñando mayormente empleos a medio tiempo (n=31, 38.8%) y con afiliación evangélica (n=44, 55.0%). Respecto a las características obstétricas, el inicio sexual es temprano, entre 14-21 años (n=77, 96.3%) y con 2-5 parejas sexuales (n=43, 53.8%). La paridad se distribuye equitativamente entre primíparas (n=37, 46.3%) y secundíparas (n=34, 42.5%), aunque la adherencia a controles prenatales es baja, con 1-2 sesiones (n=41, 51.3%). En relación con las preferencias anticonceptivas temporales, se encontró preferencia moderada (n=41, 51.3%), alta (n=21, 26.3%) y baja (n=18, 22.5%). Para las preferencias anticonceptivas definitivas, se observó preferencia moderada (n=45, 56.3%), baja (n=34, 42.5%) y alta (n=1, 1.3%). Finalmente, la calidad de la consejería fue percibida como inadecuada por la mayoría (n=49, 61.3%), mientras que una minoría la consideró adecuada (n=31, 38.8%). **Conclusiones.** Se evidenció preferencias moderadas en anticonceptivos y consejería mayormente inadecuada.

Palabras clave. Preferencia, consejería, anticonceptivos, medroxiprogesterona, puerperio.

ABSTRACT

Objective. To identify the preferences and contraceptive counseling received by postpartum women at the Panao Health Center in Huánuco, 2024. **Method.** An observational, prospective, quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted. Through simple random probabilistic sampling, 80 postpartum women attended at the health center were selected. A questionnaire was used for demographic and obstetric variables, and a Likert scale to evaluate contraceptive preferences and the quality of counseling. **Results.** Regarding demographic characteristics, the study revealed that the postpartum women, predominantly young adults aged 22-30 years (n=34, 42.5%), live in consensual unions (n=58, 72.5%) and have primary education (n=36, 45.0%), mostly engaged in part-time employment (n=31, 38.8%) and with evangelical affiliation (n=44, 55.0%). Regarding obstetric characteristics, sexual initiation is early, between 14-21 years (n=77, 96.3%) and with 2-5 sexual partners (n=43, 53.8%). Parity is evenly distributed between primiparous (n=37, 46.3%) and secundiparous (n=34, 42.5%), although adherence to prenatal check-ups is low, with 1-2 sessions (n=41, 51.3%). Regarding temporary contraceptive preferences, moderate preference was found (n=41, 51.3%), high (n=21, 26.3%) and low (n=18, 22.5%). For definitive contraceptive preferences, moderate preference was observed (n=45, 56.3%), low (n=34, 42.5%) and high (n=1, 1.3%). Finally, the quality of counseling was perceived as inadequate by the majority (n=49, 61.3%), while a minority considered it adequate (n=31, 38.8%). **Conclusions.** Moderate preferences in contraceptives and mostly inadequate counseling were evidenced.

Keywords. Preference, counseling, contraceptives, medroxyprogesterone, postpartum.

INTRODUCCIÓN

El puerperio, esa etapa de transformación profunda que sigue al parto, marca el inicio de un viaje de readaptación física y emocional para la mujer. Este periodo, que se extiende mucho más allá de los tradicionales cuarenta días, es crucial para el bienestar tanto de la madre como del recién nacido. Sin embargo, millones de mujeres en todo el mundo enfrentan barreras para acceder a la planificación familiar, un derecho fundamental que les permite decidir sobre su futuro reproductivo. Esta realidad, que se agudiza en países de ingresos bajos e intermedios, impacta directamente en su capacidad para construir un futuro mejor para ellas y sus familias.

En este contexto, la planificación familiar postparto (PPFF) emerge como una estrategia esencial para prevenir embarazos no deseados y reducir la mortalidad materna. La consejería anticonceptiva, en particular, juega un papel vital al empoderar a las mujeres y fortalecer su autonomía. No obstante, la efectividad de estos servicios depende en gran medida de su calidad y accesibilidad, factores que pueden ser limitados en ciertos contextos. En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 revela una baja prevalencia en el uso de anticonceptivos modernos, lo que subraya la necesidad de intervenciones específicas y adaptadas a las necesidades de cada comunidad.

Ante este panorama, surge una pregunta fundamental: ¿Cómo son las preferencias y la consejería anticonceptiva recibida por las puérperas del Centro de Salud de Panao de Huánuco en 2024? Esta investigación se justifica teóricamente por su contribución al conocimiento sobre la toma de decisiones reproductivas y los factores que influyen en la adopción de métodos anticonceptivos en el posparto. Además, se ha desarrollado un marco conceptual que permite identificar los elementos clave de una consejería anticonceptiva efectiva, lo que puede tener implicaciones importantes para la formulación de políticas públicas de salud.

El objetivo general de este estudio es, por lo tanto, identificar las preferencias y la consejería anticonceptiva recibida por las puérperas del Centro de Salud de Panao de Huánuco en 2024. Para ello, se ha adoptado un

enfoque observacional, prospectivo, cuantitativo y descriptivo de corte transversal. Se ha seleccionado una muestra de 80 puérperas mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, y se han utilizado cuestionarios para recopilar datos demográficos y obstétricos, así como una escala Likert para evaluar las preferencias anticonceptivas y la calidad de la consejería. Las fuentes de información incluyen revistas académicas, artículos científicos y libros en línea, lo que garantiza la solidez y actualidad de los datos utilizados.

Sin embargo, esta investigación no ha estado exenta de desafíos. Se han encontrado limitaciones relacionadas con la disponibilidad y precisión de los datos en los registros del centro de salud, así como con la disposición de las puérperas a participar en el estudio, dada la sensibilidad del periodo posparto. La documentación incompleta de la consejería por el personal de salud y la variabilidad en la comprensión de la información también han sido factores a considerar.

A pesar de estas limitaciones, este estudio busca proporcionar información valiosa para mejorar la consejería y la planificación familiar en el contexto postparto, contribuyendo así a la salud y el bienestar de las mujeres en Panao. Se espera que los resultados obtenidos puedan servir de base para el desarrollo de intervenciones más efectivas y personalizadas, que respondan a las necesidades específicas de esta comunidad y promuevan una maternidad más segura y saludable.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

También conocido como posparto, el puerperio es un periodo que comienza inmediatamente después del parto y se define por el retorno progresivo del cuerpo de la mujer al estado en que se encontraba antes de quedar embarazada. Esta fase puede prolongarse durante muchos meses o incluso hasta un año, dependiendo de la mujer. Aunque normalmente se espera que dure unos cuarenta días, este periodo puede prolongarse durante mucho más tiempo [(1) (2)].

Visto desde otra perspectiva, el puerperio se define como el periodo de tiempo inmediatamente posterior al parto, durante el cual el organismo femenino, en particular el aparato reproductor, inicia un proceso de adaptación para volver progresivamente al estado en que se encontraba antes del embarazo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define este periodo como las primeras seis a ocho semanas tras el parto. Es un momento crítico para garantizar el bienestar tanto de la madre como del recién nacido [(3) (4)]. En este entorno, es de suma necesidad prestar los cuidados adecuados, y una de las funciones más importantes que desempeña el asesoramiento para la planificación familiar.

Por otra parte, unos 257 millones de mujeres interesadas en utilizar métodos de planificación familiar que sean seguros y eficaces no pueden hacerlo porque no tienen acceso a la información, los servicios o el apoyo de sus parejas o comunidades. En consecuencia, esto supone un riesgo para su capacidad de construir un futuro mejor para ellas mismas, sus familias y las comunidades en las que viven [(5)].

Desde este punto de vista, la planificación familiar puede describirse como la capacidad de las personas y las parejas para prever y lograr el número deseado de hijos y el espaciamiento de los nacimientos mediante el uso de técnicas anticonceptivas seguras y eficaces [(6)]. Además de prevenir embarazos no planificados, disminuir las tasas de mortalidad materna e

infantil y contribuir al empoderamiento de las mujeres y al bienestar de las familias, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones sanitarias subrayan la importancia de tener acceso a técnicas de planificación familiar [7].

Por lo tanto, el puerperio es una etapa ideal de intervención para reducir la creciente necesidad de prevenir un futuro embarazo [8]. Además, es esencial promover la planificación familiar posparto (PFPP) para prevenir un posible embarazo durante los veinticuatro meses que siguen al parto. Esto se hace para reducir la mortalidad materna y la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos (MAC). El asesoramiento en materia de anticoncepción confiere a las mujeres más capacidad de acción y refuerza su autonomía a la hora de determinar el número de hijos que desean tener (9). Es posible colmar las lagunas de conocimientos sobre la eficacia, los beneficios y el uso correcto de los MAC proporcionando información anticonceptiva de calidad que adopte un enfoque de las necesidades anticonceptivas centrado en el paciente. Este enfoque también ayuda a crear y reforzar la confianza entre proveedores y pacientes, a eliminar ideas erróneas sobre los riesgos y los posibles efectos secundarios de los anticonceptivos y, en última instancia, a aumentar la prevalencia del uso de anticonceptivos en las mujeres [10] [11].

Para el año 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba que de los 1.900 millones de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) de todo el mundo, aproximadamente 1.100 millones necesitaban algún tipo de planificación familiar. Dentro de este total, 874 millones utilizaban métodos anticonceptivos actuales, mientras que 164 millones tenían una necesidad de anticoncepción que no estaba siendo satisfecha. La proporción de mujeres de todo el mundo cuyas necesidades de planificación familiar se satisfacen con técnicas contemporáneas se ha mantenido relativamente igual entre los años 2015 y 2022, permaneciendo en torno al 77% en el transcurso de este periodo de tiempo. Por otro lado, durante el mismo periodo de tiempo, se produjo un aumento de la frecuencia de esta cobertura en el África subsahariana, que pasó del 52% al 58%. Teniendo en cuenta todos los métodos anticonceptivos, se preveía que la prevalencia de la anticoncepción alcanzaría el 65% en todo

el planeta en el año 2022. Más concretamente, el uso de las técnicas contemporáneas alcanzó el 58,7% entre las mujeres casadas o en unión libre [12].

Los anticonceptivos orales, los dispositivos intrauterinos (DIU) y los preservativos son ejemplos de técnicas modernas que constituyen los métodos anticonceptivos más utilizados a nivel mundial. En cuanto a procedimientos concretos, los métodos más utilizados son los métodos contemporáneos. Por ejemplo, alrededor del catorce por ciento de las mujeres en edad fértil de países como Estados Unidos utilizan anticonceptivos orales. Por otro lado, los dispositivos intrauterinos (DIU) son más utilizados en Europa, con un diez por ciento de mujeres en edad reproductiva que los usan [13]. Con una frecuencia del 29%, la esterilización femenina es el procedimiento que más se utiliza en Asia, sobre todo en China [14].

En los países con ingresos bajos e intermedios, la disponibilidad del asesoramiento anticonceptivo y la calidad de dicho asesoramiento pueden ser limitadas. Esto puede llevar a una menor prevalencia de uso de anticonceptivos efectivos y a mayores tasas de embarazos no deseados [15, 16, 17].

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 indican que el porcentaje de personas en el Perú que usan anticonceptivos menstruales contemporáneos es bastante bajo, llegando sólo al 56.6%. A modo de ejemplo, la prevalencia de uso de MAC es aún menor en otras localidades, como en Puno, donde es menor al 33%, Huancavelica, Arequipa y Cusco, donde es menor al cincuenta por ciento [18]. Estudios que se realizaron en algunas zonas, como Lambayeque, revelaron que el 54,7% de las puérperas consintió en tomar MAC, de las cuales el 26,7% optó por el inyectable trimestral [19]. Asimismo, la investigación realizada en Lima encontró que el 85,5% de las mujeres que recibieron consejería en PF durante su control prenatal no rechazaron utilizar ninguna técnica durante el puerperio [20].

Es vital realizar planificación familiar durante el puerperio temprano para evitar embarazos no deseados y permitir un intervalo intergestacional aceptable, ambos cruciales para la salud de la madre y del recién nacido. El

asesoramiento en anticoncepción durante este período debe ser integral e individualizado para atender a las necesidades específicas de cada mujer, teniendo en cuenta aspectos como la lactancia materna y los múltiples problemas médicos que se presentan en la actualidad [15] [21], por lo que traigo a colación la siguiente inquietud.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cómo es la preferencia y consejería anticonceptiva recibida en puérperas del Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- **P_1:** ¿Cuál es el nivel de preferencia respecto los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024?
- **P_2:** ¿Cuál es el nivel de preferencia respecto los métodos anticonceptivos definitivos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024?
- **P_3:** ¿Cómo perciben la calidad de la consejería sobre métodos anticonceptivos las puérperas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, en 2024?
- **P_4:** ¿Cuáles son las características demográficas de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024?
- **P_5:** ¿Cuáles son las características obstétricas de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las preferencias y consejería anticonceptiva recibida en puérperas del Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **O_1:** Identificar el nivel de preferencia respecto los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024
- **O_2:** Identificar el nivel de preferencia respecto los métodos anticonceptivos definitivos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024
- **O_3:** Identificar como perciben la calidad de la consejería sobre métodos anticonceptivos las puérperas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, en 2024
- **O_4:** Describir las características demográficas de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024
- **O_5:** Describir las características obstétricas de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Se justifica teóricamente por su relevancia al contribuir al cuerpo de conocimiento existente sobre las preferencias y la consejería anticonceptiva en puérperas. Este estudio profundiza en las teorías sobre la toma de decisiones reproductivas y los factores que influyen en la adopción de métodos anticonceptivos en el contexto posparto. Los resultados obtenidos aportan a la comprensión de cómo las condiciones culturales, sociales, y económicas afectan la elección de métodos anticonceptivos en mujeres puérperas. Asimismo, la investigación desarrolló un marco conceptual que permitió identificar los elementos clave de la consejería anticonceptiva efectiva, apoyando así la formulación de políticas públicas de salud que promuevan prácticas más eficientes y personalizadas.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Proporcionó evidencia empírica sobre las preferencias y la calidad de la consejería anticonceptiva en el Centro de Salud de Panao, esperando que los resultados de este estudio sirvan como base para mejorar los programas de planificación familiar, facilitando a los profesionales de salud la identificación de áreas de mejora en la comunicación y el manejo de la consejería. Además, estos hallazgos permitieron a los responsables de salud diseñar intervenciones más adecuadas, que respondieron a las necesidades reales de las puérperas, promoviendo una mayor adherencia a los métodos anticonceptivos y mejorando, en consecuencia, los indicadores de salud reproductiva a nivel local.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Empleó un diseño observacional descriptivo, prospectivo y de corte transversal, lo que permitió la recopilación de datos significativos en tiempo real, reflejando la situación actual de las puérperas en el Centro de Salud de Panao. Este enfoque metodológico facilitó la obtención de una visión comprensiva de las preferencias y la consejería anticonceptiva recibida, posibilitando el análisis de relaciones y patrones sin intervenir en el comportamiento de las participantes. La elección de esta metodología contribuye a la validez externa del estudio, haciendo que los resultados sean representativos, lo que podría guiar futuras investigaciones en otros contextos similares.

1.4.4. JUSTIFICACIÓN TEÓRICO-CIENTÍFICA

Al abordar un tema crítico en la salud reproductiva: la calidad de la consejería anticonceptiva en el período posparto. Este estudio buscó llenar vacíos existentes en la literatura científica actual, proporcionando datos actualizados sobre la efectividad de las estrategias de consejería empleadas en centros de salud rurales como el de Panao. Al generar evidencia empírica relevante, esta investigación contribuyo a validar teorías y modelos relacionados con la educación y la comunicación en

salud reproductiva, fortaleciendo así las bases científicas para la implementación de mejores prácticas en el asesoramiento anticonceptivo.

1.4.5. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

Radica en su capacidad para enriquecer el campo de estudio de la salud reproductiva, especialmente en áreas de planificación familiar y consejería anticonceptiva. Este trabajo de investigación permite a los estudiantes y profesionales de la salud desarrollar un entendimiento más profundo y actualizado de las prácticas y preferencias anticonceptivas en puérperas. Además, se proyecta que los hallazgos se integren en la enseñanza de programas académicos relacionados con la salud pública, proporcionando un caso de estudio real y relevante que fomente la reflexión crítica y el aprendizaje basado en evidencia.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación enfrentó limitaciones relacionadas con la disponibilidad y precisión de los datos en los registros del centro de salud, así como con la disposición de las puérperas a participar en el estudio debido a factores, considerando que la etapa posparto pudo ser un periodo de alta sensibilidad. Asimismo, el acceso a información completa se vió restringido si el personal de salud no documenta adecuadamente los aspectos de la consejería brindada. Además, la variabilidad en los niveles de comprensión y retención de información por parte de las participantes influyó en la calidad de las respuestas obtenidas durante la recolección de datos.

1.6. VIABILIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

A pesar de las limitaciones, la investigación resultó viable por la delimitación geográfica y temporal que facilitó la recopilación de datos en un entorno controlado como el Centro de Salud de Panao durante 2024. Además, la accesibilidad al grupo objetivo, compuesto por puérperas que ya forman parte del sistema de salud, aseguró una población disponible y relevante para el estudio. La temática abordó un problema de salud pública prioritario, lo que

incrementó la posibilidad de apoyo institucional y la pertinencia de los hallazgos para diseñar políticas de planificación familiar ajustadas a las necesidades locales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Estados Unidos, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad de Carolina del Norte (2020), Gouldin et al, [22] **"Asesoramiento de proveedores y decisiones de planificación familiar de las mujeres en el período posparto"**, indica que un estudio encontró que el asesoramiento de los proveedores influye en las decisiones de planificación familiar posparto. A través de una encuesta online a puérperas, se evaluó cómo la cantidad de temas abordados en el asesoramiento se relaciona con el uso de anticonceptivos y el espaciamiento de embarazos, usando regresión logística multivariable. Los resultados indican que entre enero y mayo de 2016, un total de 2.850 mujeres respondieron a la encuesta y cumplieron los criterios de inclusión. Una proporción significativa de este grupo estaba formada por individuos de raza blanca (93%), que tenían al menos 30 años (63%) y que habían alcanzado un título universitario o superior (74%). La mayoría de los encuestados (21%) utilizaba un método anticonceptivo muy eficaz, clasificado como anticonceptivo reversible de acción prolongada o esterilización. Además, aproximadamente la mitad de las encuestadas (49%) solicitó un intervalo entre embarazos (IPI) superior a dos años. En los modelos de regresión, «más asesoramiento» se definió como asesoramiento sobre tres a seis temas diferentes de planificación familiar. La mayoría de las mujeres, el 56%, había recibido asesoramiento sobre estos temas. Se demostró que las mujeres que recibieron más asesoramiento tenían una mayor probabilidad de utilizar un tipo de anticonceptivo muy eficaz (odds ratio ajustada [AOR] 1,33; intervalo de confianza [IC 95%] 1,09-1,62), pero no tenían una mayor probabilidad de desear anticoncepción intrauterina durante más de dos años (odds ratio ajustada [AOR] 0,96; IC 95%) 1,14).

Sin embargo, esto no se observó entre las que deseaban un IPI más corto (AOR 1,05; IC 95%: 0,73-1,49). La asociación entre el asesoramiento del proveedor y la anticoncepción se vio modificada por el IPI deseado (p = 0,06 para la interacción). En concreto, entre quienes deseaban un IPI superior a dos años, un mayor asesoramiento se asoció con la utilización de un método anticonceptivo de alta eficacia (AOR 1,58; IC 95%: 1,23-2,03). Conclusión. La elección de un método anticonceptivo depende no sólo del consejo del médico, sino también de los objetivos de la paciente.

Nepal, Centro de Investigación sobre Medio Ambiente, Salud y Actividades Poblacionales (CREHPA) (2020), Huber et al, [23] **"El efecto del asesoramiento prenatal y los servicios de inserción de dispositivos intrauterinos sobre el uso de anticonceptivos posparto en Nepal: resultados de un ensayo controlado aleatorio escalonado"** describen que en Nepal se investigó el efecto del asesoramiento anticonceptivo y la inserción del DIU posparto (DIUPP) sobre el uso de anticonceptivos. Se utilizó un diseño de conglomerados en cuña escalonada con dos grupos de seis hospitales cada uno. Participaron 75,893 mujeres encuestadas tras el parto (2015–2017), antes del alta. Se aplicaron encuestas de seguimiento al año (n=19,298) y a los dos años (n=19,248). Se usaron modelos de probabilidad lineal ponderada para estimar el efecto en proporción de intención de tratar, y variables instrumentales para ajustar el impacto del asesoramiento prenatal. Los resultados incluían mediciones del uso contemporáneo de anticonceptivos y de la combinación de técnicas uno y dos años después del parto. Mediante el uso de metodologías bootstrap y ponderaciones de probabilidad inversa, pudimos inferir con precisión relaciones causales a pesar del número limitado de seis grupos. Esto nos permitió tener en cuenta el seguimiento incompleto. Al año del parto, la intervención produjo un aumento del uso de anticonceptivos contemporáneos de 3,8 puntos porcentuales (intervalo de confianza del 95%: -0,1 a 9,5), mientras que, a los dos años, el aumento fue de sólo 0,3 puntos porcentuales (intervalo de confianza del 95%: -3,7 a 4,1). Al

año y a los dos años del parto, la intervención produjo un gran aumento en el uso de DIU-PP, mientras que se produjo un descenso en el uso de la esterilización. Durante el periodo de intervención, sólo el 42% de las mujeres recibieron terapia en algún momento. Cuando se compararon con los efectos de la intención de tratar, los efectos ajustados al cumplimiento del asesoramiento prenatal fueron cuatro veces más significativos. Conclusión. La provisión de asesoramiento durante el periodo prenatal y de servicios de IUPIP en los hospitales condujo a un aumento del uso de IUPIP durante el periodo de uno y dos años después del parto, así como a un cambio en la combinación de métodos anticonceptivos.

Etiopía - Escuela de Salud Poblacional, Universidad de Curtin (2022), Mruts et al, [24] **"El papel del asesoramiento en planificación familiar durante los servicios de salud materno infantil en la adopción de anticonceptivos modernos posparto en Etiopía: un estudio longitudinal nacional"**, explica que en Etiopía se evaluó el impacto del asesoramiento integrado en el uso de anticonceptivos contemporáneos posparto. Utilizando datos de la encuesta PMA, con un estudio de cohortes prospectivo basado en la comunidad, se hizo seguimiento a embarazadas seleccionadas aleatoriamente a las 6 semanas y 6 meses del parto. Se aplicó un modelo lineal generalizado ponderado, con distribución de Poisson y enlace logarítmico, para estimar el riesgo relativo ajustado (RRa) e intervalo de confianza (IC) del 95%. Las tasas de cobertura para la prestación de asesoramiento sobre planificación familiar durante la atención prenatal, antes del alta y la vacunación de los niños fueron, respectivamente, del veinte por ciento, el veintisiete por ciento y el veintitrés por ciento. A las seis semanas y a los seis meses del parto, el porcentaje de mujeres que utilizaban métodos anticonceptivos contemporáneos era del 18% y el 36%, respectivamente. Una mayor tasa de uso de anticonceptivos contemporáneos a las seis semanas (riesgo relativo ajustado 1,25; intervalo de confianza del 95%: 0,94; 1,65), así como a los seis meses después del parto (riesgo relativo ajustado 1,07; intervalo de confianza

del 95%: 0,90; 1,27), se relacionó con el asesoramiento sobre planificación familiar antes del alta del centro. La odds ratio para las mujeres que recibieron asesoramiento sobre planificación familiar durante la vacunación infantil fue de 1,35, con un intervalo de confianza del 95% que oscilaba entre 1,12 y 1,62. Esto indica que estas mujeres tenían un 35% más de probabilidades de utilizar métodos anticonceptivos contemporáneos seis meses después del parto. El estudio halló que el asesoramiento durante la atención prenatal no se relacionó con el uso de anticonceptivos contemporáneos a las seis semanas ni a los seis meses posparto. Sin embargo, el asesoramiento antes del alta y durante la inmunización infantil sí mostró un aumento en su uso. Aun así, no se encontraron pruebas suficientes para afirmar que el asesoramiento prenatal influya directamente en la adopción de anticonceptivos posparto.

Nepal (2022), Guo et al, [25] pertenecientes a la Escuela de Salud Pública TH Chan de Harvard, en su investigación **"El efecto del asesoramiento sobre planificación familiar en los incidentes de embarazo en Nepal"**, se menciona una intervención que se implementó en Nepal entre los años 2015 y 2019 con el propósito de institucionalizar los servicios de dispositivos intrauterinos posparto (DIUP). Para evaluar la eficacia de la intervención, se llevó a cabo un estudio por etapas, aleatorizado por conglomerados. Durante este ensayo, se obtuvieron datos de las mujeres inmediatamente después del parto, así como en cada primer y segundo parto. Se realizaron seguimientos al cabo de un año. De toda la muestra, había 19.155 mujeres. Se utilizaron el análisis por intención de tratar (ITT) y el modelo de ecuaciones estructurales (SEM) para recabar información sobre el impacto de la intervención en la incidencia de un nuevo embarazo, también conocido como embarazo incidente. Según los resultados del análisis ITT, las mujeres que formaban parte del grupo de intervención tenían una menor probabilidad de tener un nuevo embarazo, que era de -0,7 puntos porcentuales (intervalo de confianza del 95 por ciento: -3,0, 1,4). Esto fue en comparación con las mujeres que formaban parte del grupo de control.

Tanto el asesoramiento prenatal sobre planificación familiar como el asesoramiento específico sobre PPIUD aumentaron 22,2 puntos porcentuales (intervalo de confianza del 95 por ciento: 20,0, 24,4) y 26,5 puntos porcentuales (intervalo de confianza del 95 por ciento: 24,8, 28,3), respectivamente, como resultado de la intervención, según los resultados del estudio de modelización de ecuaciones estructurales (SEM). Hubo un impacto indirecto imprevisto de la intervención, que fue aumentar la probabilidad de obtener asesoramiento postnatal sobre planificación familiar en 11,4 puntos porcentuales (con un intervalo de confianza del 95 por ciento que osciló entre 7,3 y 15,5). Mediante el uso de modelos de ecuaciones estructurales (SEM), descubrimos que se preveía que la intervención tuviera una mayor influencia sobre el asesoramiento y efectos inducidos sobre la iniciación en el uso de anticonceptivos, lo que se tradujo en una reducción de la probabilidad de incidencia de embarazo de 0,3 puntos porcentuales (intervalo de confianza del 95 por ciento: -0,5, -0,1).

Australia (2023), Freeman et al, [26] de la Universidad Monash, y Universidad de Sydney, en su investigación **"Comprender las opiniones y preferencias de las mujeres para acceder a la anticoncepción posparto: una síntesis de evidencia cualitativa"**, afirma como fondo que más de la mitad de las mujeres presentan embarazos no deseados, lo que se asocia a riesgos físicos y psicológicos maternos. Durante el primer año posparto, muchos embarazos tampoco son deseados, lo que agrava estos riesgos. Se realizó una síntesis de evidencia cualitativa para evaluar las perspectivas y preferencias de las mujeres sobre el acceso a anticoncepción posparto en países de ingresos altos. Se revisaron cinco bases de datos y se incluyeron estudios centrados en mujeres en edad reproductiva. Los resultados revelaron que, de los 1.854 documentos encontrados, se evaluaron 28 estudios de texto completo y se incluyeron 19 en el análisis. Estos fueron sometidos a una evaluación crítica mediante el GRADE - CERQual, que significa Qualitative Research Review Evidence Confidence, y luego sometidos a un análisis de síntesis temática. Según

las investigaciones examinadas, la mayoría de las mujeres desean utilizar métodos anticonceptivos después del parto, pero se enfrentan a una serie de obstáculos, entre los que se incluyen obstáculos individuales, financieros y del sistema sanitario. Las mujeres mostraron interés en la anticoncepción posparto y el espaciamiento de embarazos, aunque muchas desconocían el intervalo óptimo entre embarazos (IPI) y el uso adecuado del DIU. Prefirieron recibir asesoramiento antes y después del parto, especialmente en el periodo posparto temprano, antes del alta. Solían acudir al obstetra o médico de familia, aunque valoraban también la participación de matronas. Los hallazgos destacan la necesidad de mayor educación y apoyo sobre anticoncepción desde distintos profesionales de salud materna.

Tanzania (2024), Rohr et al, [27] desarrollado en 5 hospitales, cuya investigación **"Impacto de una intervención de planificación familiar posparto sobre la anticoncepción y la fertilidad en Tanzania: seguimiento de dos años de un ensayo controlado aleatorio por grupos"**, En Tanzania, se evaluó el impacto de una intervención que incluía asesoramiento prenatal y posparto, junto con servicios de DIU posparto (PPIUD). Se aplicó un diseño aleatorio por conglomerados de diferencias en diferencias, con aleatorización a nivel hospitalario, en cinco hospitales. Se recolectaron datos de 6,410 mujeres en una encuesta de seguimiento dos años después del parto. Se analizaron el uso de anticonceptivos, tipo de método y ocurrencia de embarazos, mediante regresión lineal bajo el método de intención de tratar (ITT) y el análisis de impacto causal medio (CACE) entre quienes recibieron asesoramiento. Dentro de los resultados, la intervención sustituyó a otras técnicas contemporáneas, lo que se tradujo en un aumento de 5,8 puntos porcentuales (intervalo de confianza del 95%: 0,7-11,2%) en el uso de PPIUD a largo plazo. La prevalencia general de los anticonceptivos contemporáneos y el número de embarazos no se vieron afectados en modo alguno. Se descubrió que sólo el 29% de las mujeres han recibido terapia para el PPIUD. Al tener esto en cuenta en el estudio CACE, se descubrió que había un efecto mayor, con un aumento del

25,7% de puntos porcentuales en el uso de PPIUD (intervalo de confianza del 95%: 22,7-28,6%).

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Ayacucho (2020), Escriba y Gamboa, [28] en su investigación aplicada, relacional, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo **"Relación entre el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las puérperas del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno julio - setiembre del 2019"**, dentro del procedimiento se elaboró un registro de códigos para cada uno de los ítems del cuestionario con el fin de tener un adecuado control durante el proceso de tabulación. El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos en mujeres puérperas que se encontraban recibiendo atención en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno entre los meses de julio y septiembre de 2019. Para el registro de la base de datos se utilizó la herramienta Excel que viene con Microsoft Office. Los datos fueron analizados mediante la aplicación estadística IBM SPSS versión 22, lo que dio como resultado la elaboración de tablas y gráficos que relacionaron las variables principalmente importantes. Con el fin de determinar si las variables principales investigadas son o no dependientes entre sí, se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado. Entre los hallazgos se encontró que el 39,2% de las mujeres que acababan de dar a luz en el Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno tenían un grado de conocimiento inadecuado. Además, el 69,6% de las mujeres que acababan de dar a luz no utilizaban ningún tipo de anticonceptivo. Existe una correlación entre la edad y el grado de conocimiento y uso de técnicas anticonceptivas. Concretamente, en el intervalo de edad de 25 a 34 años, el 51,9% de las personas tienen un nivel regular de conocimientos y utilizan métodos anticonceptivos. Existe una correlación entre la cantidad de conocimientos y el uso de técnicas anticonceptivas y la paridad. Concretamente, el 54,4% de las multíparas postparto tienen un nivel regular de conocimientos, pero no utilizan ningún medio anticonceptivo. Existe una correlación entre el grado de estudios y el nivel de

conocimientos y el uso de técnicas anticonceptivas; el 15,2% de las que tienen estudios universitarios superiores tienen un buen nivel de conocimientos y sí utilizan métodos anticonceptivos. Existe una correlación entre el uso de técnicas anticonceptivas y el estado civil de la paciente, ya que el 84,9% de las pacientes puérperas que cohabitan se abstienen de utilizar métodos anticonceptivos. Conclusión. El grado de conocimiento de las técnicas anticonceptivas incide sustancialmente en el uso de métodos anticonceptivos entre las puérperas pacientes del Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno. Esto se sustenta en que el nivel de conocimiento resultó ser muy significativo ($p < 0,01$).

Huancavelica (2020), Chambi y Matos, [29] en su investigación tipo observacional, descriptivo retrospectivo de corte transversal **"Uso de métodos anticonceptivos de las puérperas atendidas en el centro de salud la Libertad Huancayo 2020"**, Con la finalidad de determinar el uso de métodos anticonceptivos en las puérperas que acudieron al Centro de Salud La Libertad Huancayo 2020, cuya metodología utilizó una técnica de análisis documental con un instrumento de formulario de recolección de datos, la población estuvo constituida por 618 puérperas que acudieron, y la muestra por 300 puérperas que aceptaron utilizar un método anticonceptivo posparto. Según los hallazgos, del total de 618 puérperas que acudieron al Centro de Salud La Libertad en el año 2020, el 51,5% de ellas no aceptó utilizar un método anticonceptivo, mientras que el 48,5% de ellas aceptó utilizar un método anticonceptivo. El 4% de las puérperas que acudieron al Centro de Salud La Libertad y aceptaron un método anticonceptivo eran menores de 19 años, el 85% tenían entre 19 y 34 años y el 11% eran mayores de 35 años. El cuatro por ciento de las puérperas tenía un hijo, el treinta y tres por ciento tenía dos hijos, el veintisiete por ciento tenía tres hijos y el siete por ciento tenía más de tres hijos. El cincuenta y cuatro por ciento de las puérperas había dedicado su vida a la práctica de la anticoncepción. El porcentaje de puérperas que trabajaban en casa era del 3%, el 32,3% eran agricultoras, el 8,4% estudiantes y el 5,0% empleadas públicas; el 11,3% de las puérperas eran solteras, el 34,0% casadas y el 54,7% convivían;

el 65,3% de las puérperas procedían de zonas rurales y el 34,7% de zonas urbanas; el 35,3% de las puérperas tenían estudios y el 34,7% no tenían estudios. Entre las mujeres que habían dado a luz recientemente, el 35,3% había completado la escuela primaria, el 55,3% había completado la escuela secundaria y el 9,4% había completado la educación técnica superior. El 6,3% de las puérperas se inclinaba por el método de barrera del preservativo, el 63,3 por el método hormonal parenteral (trimestral), el treinta y uno coma cero por ciento por el método de implante/ortoplastia y el uno coma cuatro por ciento por el método Tde Cu 380A. Conclusión. El porcentaje de mujeres posparto que aceptaron un método anticonceptivo posparto fue de cuarenta y ocho punto cinco por ciento, y el método que prefirieron fue el método hormonal parenteral, seguido del método Implante/Norplant y el Tde Cu 380A.

Loreto (2021), Alvites, [30] en su investigación no experimental, descriptiva, de corte transversal y retrospectivo **"Método anticonceptivo de elección en puérperas atendidas en el hospital Iquitos Cesar Garayar García, enero a marzo 2021"**, El propósito de este estudio es determinar la forma de anticoncepción que más prefieren las mujeres puérperas que fueron atendidas en el Hospital César Garayar García de Iquitos durante los meses de enero y marzo del año 2021. La población estuvo constituida por 810 mujeres que acababan de dar a luz. Veintidós mujeres que acababan de dar a luz conformaron la muestra. Se encontró que el 67,0% de los individuos tenían entre 20 y 35 años de edad, el 70,0% contaban con secundaria completa, el 97,5% eran convivientes y el 76,0% provenían de regiones urbanas. Estas son las características sociodemográficas que se encontraron entre los hallazgos. En cuanto a las características obstétricas, setenta por ciento de las puérperas que seleccionaron un método anticonceptivo eran multíparas, cincuenta y cinco por ciento tuvieron menos de seis consultas prenatales y sesenta y cinco por ciento tuvieron un parto vaginal. Para el 49,5% de las puérperas, la técnica inyectable (Depo - Provera) es el método de elección. Le sigue el método de barrera,

elegido por el 23,5% de las mujeres. Entre estos métodos, la opción más común es el preservativo, utilizado por el 23% de las mujeres. Por último, el 18,5% de las mujeres optan por la ligadura de trompas. En el estudio que investigó la asociación entre los factores sociodemográficos y la técnica anticonceptiva, se descubrió que existía una relación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de estudios, con valores de P=0,0000 y P=0,0001 respectivamente. Tanto la vía del parto como la paridad mostraron una asociación significativa, con un valor de P=0,0472 para la primera y de P=0,0000 para la segunda. En resumen, las mujeres que padecen síndrome puerperal eligen un método anticonceptivo.

Lima (2022), Sánchez, [31] en su investigación de enfoque cuantitativo, con diseño transversal descriptivo correlacional **"Conocimiento y elección de métodos anticonceptivos posparto en puérperas mediatas del Centro de Salud Túpac Amaru agosto – setiembre 2022"**, Con la finalidad de determinar la asociación entre el conocimiento y la elección de métodos anticonceptivos posparto en mujeres que acababan de dar a luz y asistían al Centro de Salud Túpac Amaru durante los meses de agosto y septiembre de 2022, el propósito de este estudio es determinar la relación. Se administró un cuestionario ad hoc a 92 mujeres puérperas, que fueron seleccionadas al azar y se les pidió que respondieran. El cuestionario se centraba en el conocimiento y la elección de métodos anticonceptivos por parte de las encuestadas. Todas las instancias incluyeron la obtención del consentimiento informado. El estudio estadístico se realizó mediante el estadístico Chi-cuadrado (p<.05), y se utilizó la V de Cramer para conocer la magnitud de la correlación. Según los resultados, el 59,8% de las puérperas tenían un nivel medio de conocimientos, el 28,2% un nivel bajo y el 12% un grado alto. Durante el posparto, el 78,3% de las mujeres utilizaba algún tipo de anticonceptivo, mientras que el 21,7% no utilizaba ninguno. Además, se encontró una correlación estadísticamente significativa (p=0,049) de menor magnitud (V=0,256) entre la elección de un método anticonceptivo por parte del 51,1% de las puérperas con un

nivel alto de conocimientos y la elección de ningún método anticonceptivo por parte del 10,9% de las puérperas con un nivel bajo de conocimientos durante el puerperio. En este punto, se ha demostrado que la elección de estas técnicas está relacionada con un mejor nivel de conocimiento de los distintos métodos anticonceptivos que pueden utilizarse durante el puerperio.

Lima (2023), Alvarado, [32] en su investigación de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal **"Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud Materno Infantil Dr. Enrique Martin Altuna, 2023"**, describe las preferencias de las puérperas y el consejo anticonceptivo que recibieron en el Centro de Salud Materno Infantil Dr. Enrique Martín Altuna de Lima, Perú, en el año 2023. La investigación se realizó durante los meses de noviembre y diciembre del año 2023. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario verificado por especialistas. Por último, para examinar las variables categóricas, se calcularon frecuencias y porcentajes como parte del análisis descriptivo. Para ello se tuvo en cuenta una muestra típica de 103 mujeres puérperas. Según los resultados de la investigación, el 36,9% de las mujeres que han dado a luz recientemente tienen entre 19 y 29 años. Además, el 71,9% de ellas tienen entre uno y dos hijos, y el 73,8% viven juntas. La mayoría de estas mujeres han terminado el bachillerato y son amas de casa. La mayoría de estas mujeres elige la modalidad presencial (87,4%), el 48,5% prefiere información precisa y accesible, y el 52,4% prefiere sesiones que duren entre diez y veinte minutos, idealmente con una persona (55,3% de ellas), y con información sobre todos los tipos de anticoncepción (72,8% de ellas). Como dato adicional, la mayoría de las mujeres desearía estar acompañada por su pareja y recibir información sobre anticonceptivos durante todo el prenatal. Existe una preferencia entre las puérperas para que el asesoramiento sea ofrecido por obstetras en un ambiente exclusivo y agradable, con el uso de material didáctico. Esta preferencia alcanza al 93,2% de la población. Existe una correlación entre las preferencias de las puérperas y el asesoramiento que reciben.

Las preferencias son más marcadas en determinados aspectos, como el respeto mostrado por el personal sanitario y la comodidad del entorno, mientras que las preferencias son menos marcadas en el uso de material didáctico y la exclusividad del lugar donde se presta el asesoramiento.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron antecedentes locales actualizados a mencionar en esta investigación.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. PREFERENCIA ANTICONCEPTIVA

Se refiere a la inclinación o elección prioritaria que una usuaria manifiesta hacia un método anticonceptivo en particular, frente a otros, motivada por diversas razones. Se ha demostrado que la preferencia en el uso de métodos anticonceptivos varía a lo largo del tiempo; no obstante, los métodos hormonales suelen ocupar una posición predominante, aunque esta tendencia puede cambiar según ciertos factores o condiciones específicas de las usuarias. Entender esta inclinación facilita una mejor planificación de programas y políticas orientadas a la población y la salud. Conocer el nivel de uso y los tipos de métodos seleccionados permite identificar a los grupos con acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva, como la planificación familiar [33].

2.2.1.1. INTENCIONES DE USO

Es la decisión del usuario de optar en el futuro cercano por determinados métodos hacia los cuales siente alguna preferencia. Se ha demostrado que esta intención puede aumentar de forma considerable cuando se proporciona información precisa sobre los servicios de planificación familiar, mediante un proceso de comunicación que incluya asesoramiento personalizado, garantizando la privacidad y el respeto. No obstante, a pesar del incremento en esta intención, el proceso se ve obstaculizado por

diversas limitaciones y deficiencias presentes en la estrategia de planificación familiar, que van desde la planificación y ejecución hasta los recursos humanos y la accesibilidad, entre otros, para ello es necesario analizar sus necesidades, expectativas y factores que influyen en sus decisiones [34].

Un estudio realizado en Italia reveló que el 45.5% de las mujeres puérperas recibieron información adecuada sobre anticoncepción durante el embarazo y el puerperio. Sin embargo, solo el 64.3% de estas mujeres tenía la intención de usar anticonceptivos para evitar embarazos o espaciar futuros nacimientos, a pesar de no siempre tener un conocimiento adecuado sobre la fertilidad y el uso de métodos anticonceptivos en esta etapa [34].

En ese sentido, las preferencias de métodos anticonceptivos varían entre las mujeres puérperas. En un estudio realizado en un hospital universitario, se encontró que el 54% de las mujeres tenía la intención de usar anticonceptivos después del parto, siendo los condones (38.3%) y el dispositivo intrauterino (DIU) (11.5%) los métodos más preferidos. Por otro lado, los espermicidas fueron los menos preferidos (0.4%) [35]. Otro estudio en un Hospital Universitario de Uberaba, Brasil, mostró que el 98.8% de las mujeres deseaba usar algún método anticonceptivo después del parto, con las píldoras anticonceptivas orales, las inyecciones hormonales y la ligadura de trompas como los métodos más mencionados [36].

2.2.1.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS

Diversos factores influyen en la elección de métodos anticonceptivos en el puerperio. La edad avanzada y la alta paridad se asociaron significativamente con la intención de usar anticonceptivos. Además, un alto nivel de educación y la consejería en planificación familiar por parte del personal médico aumentaron

la intención de usar anticonceptivos en el puerperio. No obstante, la experiencia previa con métodos anticonceptivos también juega un papel importante en la decisión de las mujeres [35] [37].

La lactancia materna es un factor crucial a considerar al elegir un método anticonceptivo en el puerperio. Los anticonceptivos orales combinados no se recomiendan durante la lactancia, pero la píldora de progestágeno solo puede ser una opción satisfactoria, cambiando a métodos más rutinarios cuando comienza la menstruación [37]. Un estudio sobre el uso de enantato de noretisterona (NET-EN) como anticonceptivo inyectable en mujeres puérperas mostró que este método es efectivo y no inhibe la lactancia, con una transferencia mínima del fármaco al recién nacido a través de la leche materna [38].

2.2.2. CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA

Las consejerías anticonceptivas son esenciales para educar a las mujeres sobre las opciones disponibles y ayudarlas a tomar decisiones informadas. Según un estudio, casi dos tercios de las mujeres en su primer año posparto tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar. La consejería puede ser proporcionada tanto durante el embarazo como después del parto, y las decisiones tomadas inmediatamente después de la consejería pueden diferir significativamente del uso real de anticonceptivos en el período posparto [39].

2.2.2.1. ESTRATEGIAS DE CONSEJERÍA

A. CONSEJERÍA PRENATAL Y POSPARTO

La consejería anticonceptiva puede ser efectiva cuando se proporciona tanto en el período prenatal como en el posparto. Un estudio encontró que las mujeres que recibieron consejería en ambos períodos tenían mayores probabilidades de usar métodos anticonceptivos efectivos en comparación con aquellas que no recibieron consejería. Además, las mujeres con seguro de salud o

sin seguro antes del embarazo se beneficiaron más de la consejería proporcionada en ambos períodos [40].

B. INTERVENCIONES EDUCATIVAS

Las intervenciones educativas también han mostrado ser efectivas. Un estudio en Nepal demostró que las mujeres que recibieron una sesión educativa inmediatamente después del parto eran más propensas a usar anticonceptivos a los seis meses en comparación con aquellas que recibieron la sesión más tarde o no la recibieron. Otro estudio en Australia encontró que las adolescentes en un programa estructurado de visitas domiciliarias tenían más probabilidades de usar anticonceptivos efectivos a los seis meses que aquellas que recibieron visitas domiciliarias estándar [41].

C. CONSEJERÍA Y SERVICIOS DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

La provisión de servicios de inserción de DIU junto con la consejería también ha mostrado resultados positivos. Un estudio en Nepal encontró que la intervención aumentó el uso de DIU posparto a uno y dos años después del parto. Sin embargo, solo el 42% de las mujeres fueron asesoradas durante el período de intervención, lo que sugiere la necesidad de mejorar la cobertura de la consejería [23].

Desde una misma perspectiva, la orientación y el asesoramiento implican un proceso de comunicación en el que se establece una conexión directa y cercana entre el proveedor de servicios y el usuario. Sin embargo, el MINSA enfatiza que no se trata únicamente de compartir información correcta y necesaria, sino de asegurar que esta facilite que las personas tomen decisiones de manera consciente y voluntaria [42].

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, este proceso sitúa al personal de salud ante individuos que deben tomar decisiones relacionadas con un aspecto íntimo, delicado y

complejo, como es la sexualidad. La prestación de atención en esta área requiere una comprensión profunda del contexto, lo que implica la necesidad de aplicar estrategias y herramientas variadas, más allá del conocimiento de métodos anticonceptivos [42].

La orientación y consejería en anticoncepción, como una estrategia fundamental para promover la planificación familiar, debe reunir ciertas características, que incluyen:

- Conducir el proceso considerando los elementos esenciales de la comunicación.
- Demostrar habilidades y conocimientos para influir positivamente en la modificación de hábitos.
- Ser capaz de ofrecer atención tanto a nivel individual como grupal.
- Contar con un profesional que facilite la toma de conciencia, decisiones informadas y acciones del usuario.
- Utilizar una comunicación transversal que se enfoque de manera continua y prioritaria en el usuario.
- Emplear una comunicación afectiva que promueva el desarrollo de conductas saludables y fomente cambios positivos en los hábitos [42].

2.2.2.2. PASOS DE LA ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA

A. MODELO DE LOS CINCO PASOS

Este proceso consta de cinco etapas fundamentales, diseñadas para abordar y satisfacer las necesidades particulares de cada usuario. A continuación, se detallan estos pasos:

- Primera etapa: Establecer una relación amistosa mediante el uso de estrategias de comunicación apropiadas, ajustadas a los diversos contextos de los usuarios [43].

- Segunda etapa: Detectar todas las necesidades tanto del usuario como de su pareja, lo cual se considera crucial para lograr los objetivos de este proceso.
- Tercera etapa: Responder a las demandas del usuario proporcionando información clara y precisa sobre los temas de interés y asociados a sus requerimientos [43].
- Cuarta etapa: Confirmar que el usuario ha comprendido la información proporcionada. Es fundamental verificar que los datos entregados y sus implicaciones sean claros, permitiendo así una toma de decisiones acertada.
- Quinta etapa: Mantener una relación positiva con el usuario para garantizar el seguimiento continuo y el monitoreo posterior a la finalización del servicio brindado [43].

2.2.2.3. COMPONENTES DE LA ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA

El objetivo del asesoramiento anticonceptivo es aumentar y mejorar el acceso a la información, los servicios especializados proporcionados por profesionales altamente capacitados y la oferta de métodos anticonceptivos. Para lograr esto, es necesario llevar a cabo un proceso de planificación y ejecución de actividades tanto dentro como fuera de las instituciones de salud. A partir del análisis y revisión de diversas propuestas y experiencias internacionales, se identifican tres componentes clave [44] [45], se reconoce que existen tres componentes relevantes:

- Difusión de información desde la perspectiva de promoción de la salud: Involucra la creación de plataformas digitales accesibles para la divulgación de información, así como la distribución de folletos y la implementación de campañas comunitarias. Este componente está estrechamente vinculado al trabajo intersectorial coordinado por diversos actores sociales, como

instituciones educativas, gobiernos locales y organizaciones comunitarias [46].

- Atención personalizada y confidencial en centros de consejería: Se refiere a espacios dedicados exclusivamente a proporcionar asesoramiento, donde se prioriza la escucha activa al usuario y se asegura la privacidad y la confidencialidad durante todo el proceso [46].

- Oportunidad durante la atención en otros temas: Permite alcanzar a personas que, en muchos casos, no buscan servicios de salud sexual y reproductiva. Facilita una atención integral, privada y personalizada, así como un seguimiento individualizado apropiado [46].

La orientación y consejería anticonceptiva son elementos esenciales en la atención de la salud reproductiva. A continuación, se detallan otros componentes clave indispensable para una buena consejería:

- Modelos de consejería mejorados: Los estudios han demostrado que los modelos de consejería mejorados, en comparación con la atención estándar, tienen un impacto positivo significativo en los resultados de salud reproductiva. Estos modelos incluyen intervenciones personalizadas y enfoques centrados en el paciente que consideran las preferencias y valores individuales [44, 47, 48].

- Enfoque centrado en el paciente: La consejería anticonceptiva debe ser una interacción centrada en el paciente, donde se soliciten y respeten los valores, preferencias y perspectivas del individuo. El uso de un modelo de toma de decisiones compartida y un marco de justicia reproductiva son recomendados para proporcionar una consejería de apoyo que ayude a los pacientes a alcanzar sus objetivos reproductivos [49] [45].

- Educación y acceso a métodos anticonceptivos: Es crucial proporcionar información precisa y accesible sobre los métodos

anticonceptivos más efectivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia. Además, se debe trabajar para aumentar el acceso a estos métodos, especialmente entre adolescentes y poblaciones vulnerables [50] [51].

- Relación de confianza y comunicación eficaz: Desarrollar una relación de confianza con los pacientes y utilizar una comunicación orientada a tareas puede mejorar la experiencia de la consejería anticonceptiva. Esto incluye discutir los efectos secundarios y utilizar estrategias para promover la continuidad y adherencia al método anticonceptivo elegido [45] [52].
- Evaluación de riesgos y condiciones médicas: En mujeres con enfermedades autoinmunes o condiciones médicas crónicas, la consejería debe incluir una evaluación detallada de los riesgos y la compatibilidad de los métodos anticonceptivos con su estado de salud. Por ejemplo, las mujeres con anticuerpos anti fosfolípidos no deben recibir anticonceptivos que contengan estrógenos debido al riesgo aumentado de trombosis [53].
- Documentación y evaluación de intervenciones: La documentación detallada de los contenidos y procesos de la consejería, así como la evaluación de la implementación y fidelidad de las intervenciones, son esenciales para fortalecer la base de evidencia y mejorar la efectividad de la consejería anticonceptiva [44] [48].
- Consejería en diferentes contextos clínicos: La consejería anticonceptiva debe ser integrada en diversos contextos clínicos, incluyendo la atención postparto y postaborto, para asegurar que las mujeres reciban la información y los recursos necesarios en momentos críticos [11].

2.2.2.4. LÍNEAS DE ACCIÓN

Para contextualizar estas estrategias, es fundamental identificar los objetivos específicos de este proceso, que incluyen

proporcionar información actualizada, relevante y clara, realizar la divulgación y derivación a los servicios disponibles en la comunidad, ofrecer apoyo para que los individuos reflexionen sobre sus comportamientos, fomentar la autonomía en la toma de decisiones, promover el empoderamiento para llevar una vida sexual saludable, responsable y libre, y suministrar métodos anticonceptivos de acuerdo con las necesidades individuales [46] [54].

Estos objetivos se concretan a través de cinco líneas de acción interrelacionadas, que se implementan y adaptan según el entorno en el que se lleva a cabo el asesoramiento.

A. ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA INTRAMURAL

La atención intramural se organiza mediante la integración de las actividades de los servicios disponibles en los centros de salud, ajustadas a las necesidades específicas de los usuarios. Los espacios destinados a la prestación intramural de la consejería incluyen consultorios y áreas de hospitalización, los cuales deben garantizar la privacidad y un entorno adecuado que facilite la presencia de la pareja durante la atención [54].

- Consultorio o centro de consejería: Son lugares dedicados a ofrecer información y atención personalizada, con horarios establecidos y dirigidos por profesionales capacitados para promover decisiones autónomas. Estos espacios permiten explorar en profundidad las necesidades individuales y abordar aspectos psicosociales y culturales relevantes en la vida sexual y reproductiva [54].
- Oportunidad en la atención: Las consultas relacionadas con otros temas representan una excelente ocasión para proporcionar consejería en salud sexual, particularmente en contextos como el embarazo, control ginecológico, postaborto, posparto, casos de violencia sexual o visitas de control para los

hijos, entre otros. En estos momentos, se debe incluir la provisión de métodos anticonceptivos, lo que requiere capacitaciones específicas para el personal de los centros de salud y hospitales, con el fin de integrar la Consejería Integral en Salud Sexual como una parte integral del proceso de atención a mujeres en edad reproductiva [54].

B. ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA EXTRAMURAL

Las actividades extramurales están diseñadas para abordar las necesidades en áreas de acceso limitado, proporcionando información, orientación, consejería, y servicios de salud reproductiva, así como métodos anticonceptivos temporales. Además, incluyen el seguimiento continuo de aquellas personas que lo requieren [54].

- Producción y difusión de materiales: Este componente abarca la creación y distribución de materiales audiovisuales, que pueden ser físicos o digitales, como los contenidos en redes sociales. Estos materiales pueden ser elaborados por equipos comunitarios, profesionales de la salud o proporcionados por programas gubernamentales dedicados a la salud sexual y reproductiva [55].
- Promoción y formación en derechos y salud: Consiste en realizar actividades educativas dirigidas a diferentes grupos desde un enfoque de educación comunitaria. Este esfuerzo se realiza en colaboración con otros actores clave del territorio, como instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil o entidades del sector privado [55].
- Visitas domiciliarias: Esta estrategia implica visitar los hogares de los miembros de una comunidad para identificar y abordar, en la medida de lo posible, sus necesidades de salud [55].
- Durante estas visitas, el profesional o promotor de salud tiene la oportunidad de demostrar interés en el bienestar de la familia,

informar sobre los servicios disponibles en los centros de salud, recopilar datos relevantes sobre la población en edad fértil o que no utiliza métodos anticonceptivos, realizar un seguimiento de los usuarios de anticonceptivos y motivar a las personas a mantener una buena salud reproductiva [56].

C. CATEGORÍAS COMUNICATIVAS EN LA ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA

- Comunicación relacional: Este tipo de comunicación interpersonal facilita la creación de una relación positiva entre el proveedor de servicios y el usuario. Una comunicación efectiva y positiva está asociada con mejores resultados en salud y una mayor satisfacción de los usuarios en sus experiencias de planificación familiar, quienes también tienen una mayor probabilidad de utilizar métodos anticonceptivos [15] [57].
- Comunicación orientada a tareas: Se refiere a la transmisión de información crucial sobre las opciones disponibles y los planes de diagnóstico y tratamiento, adaptados a las necesidades de los usuarios. Dentro del asesoramiento anticonceptivo, se destacan algunos principios clave, como proporcionar una orientación adecuada sobre los efectos secundarios y riesgos, informar sobre la eficacia de los métodos anticonceptivos, anticipar y abordar las barreras para el uso correcto y constante de anticonceptivos, corregir percepciones erróneas durante el embarazo, ofrecer asesoramiento sobre protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS), identificar posibles coacciones reproductivas y proponer estrategias para la reducción de daños [15] [45].

D. PROVEEDOR DE SALUD EN EL PROCESO DE ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA

Para ofrecer una consejería integral en salud sexual y reproductiva, es esencial que los proveedores adquieran y desarrollen las siguientes competencias:

- Habilidades de comunicación y escucha: Estas deben transformar la consejería en un espacio de apoyo y guía, permitiendo una interacción eficaz y empática.
- Capacidad para examinar propios prejuicios: Los proveedores deben estar dispuestos a reflexionar y cuestionar sus propias creencias y prejuicios personales para proporcionar un asesoramiento más objetivo y libre de sesgos.
- Capacidad para capacitar y sensibilizar a otros: Los profesionales deben tener la habilidad para formar y sensibilizar a otros miembros de la comunidad, promoviendo un enfoque más amplio y accesible hacia la salud sexual y reproductiva.
- Atención a inquietudes y temores: Es crucial que los proveedores puedan acoger y abordar las preocupaciones, dudas, deseos y temores de los usuarios de manera comprensiva y respetuosa.
- Acompañamiento y educación para la salud: Los proveedores deben implementar estrategias educativas que fomenten la autonomía de los usuarios y promuevan la conciencia sobre sus derechos sexuales y reproductivos, apoyando así una mayor autogestión y empoderamiento en la toma de decisiones [45, 57, 58].

E. IMPACTO DE LA ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La orientación y consejería en anticoncepción cumple dos roles esenciales: promover la autonomía y los derechos del usuario, y facilitar la toma de decisiones informadas y satisfactorias. Sin embargo, los usuarios valoran cada vez más este proceso, teniendo en cuenta factores como la privacidad, el trato recibido por el profesional, los efectos secundarios, entre otros. Se argumenta que, si los proveedores de salud son capaces de evaluar y entender las circunstancias particulares de cada usuario, se puede contribuir a la promoción de la equidad, mejorar la calidad de la atención y

reducir las disparidades. Esto, a su vez, favorece una toma de decisiones más acertada en cuanto a salud sexual y reproductiva, especialmente en la elección de métodos anticonceptivos [57] [59].

2.2.3. PERIODO PUERPERAL

Se refiere al período que sigue al parto, durante el cual el cuerpo de la mujer experimenta una serie de transformaciones anatómicas y funcionales mientras se recupera de los cambios ocasionados por el embarazo. Esta fase de recuperación es esencial, ya que el cuerpo de la mujer comienza a restaurar gradualmente las modificaciones sufridas. Desde una perspectiva psicológica, el posparto puede intensificar los temores, el desconocimiento sobre el nuevo rol de madre, y las vulnerabilidades psicoemocionales, lo cual puede representar factores de riesgo tanto para el desarrollo del recién nacido como para la salud materna, incluso conduciendo a la muerte materna en casos graves [60].

Entre los cambios fisiológicos más frecuentes durante el puerperio se encuentran: la pérdida de peso en las primeras 4 a 7 horas después del parto; variaciones en la temperatura corporal debido al esfuerzo físico o deshidratación, que en algunos casos puede predisponer a infecciones; alteraciones cardiovasculares resultantes de la pérdida de sangre durante el parto, ya sea por cesárea o parto vaginal; alteraciones en el sistema urinario debido a la sobre distensión de la vejiga tras el parto; modificaciones en el sistema musculo-esquelético debido al estiramiento abdominal durante el embarazo y el crecimiento del feto; transformaciones en las mamas por el incremento de estrógenos, lo que favorece la producción de leche y aumenta el volumen mamario; y cambios emocionales, ya que la madre puede ser especialmente sensible y vulnerable a las fluctuaciones del entorno, lo que frecuentemente lleva a la depresión posparto en respuesta al nuevo rol asumido [60].

Desde una perspectiva alternativa, el puerperio es el intervalo que comienza con el parto y concluye con la recuperación completa de los órganos reproductivos que participaron en el embarazo, así como con la

reaparición de la menstruación, excluyendo las mamas, donde se intensifica la producción de leche. Este período se divide en tres fases: inmediata, mediata y tardía, cada una caracterizada por una alta probabilidad de complicaciones en la salud materna. Es durante esta etapa cuando se presentan con mayor frecuencia las causas de morbilidad y mortalidad materna, y también se manifiestan problemas relacionados con la lactancia. En la fase inmediata, las hemorragias son los eventos más prevalentes, mientras que la sepsis es la segunda complicación que afecta con mayor frecuencia a las mujeres en el posparto [61].

El puerperio es la fase de la vida de la mujer que sigue al parto, comenzando tras la expulsión de la placenta y extendiéndose hasta que la mujer alcanza una recuperación anatómica y fisiológica completa. Este período de transición dura aproximadamente de 6 a 8 semanas y es cuando comienzan y se desarrollan los procesos complejos de la lactancia, así como la adaptación entre la madre, el bebé y el entorno que los rodea [61].

Desde un punto de vista clínico, el puerperio puede desglosarse en tres fases sucesivas:

- Puerperio inmediato: Comprende las primeras 24 horas después del parto.
- Puerperio temprano: Se extiende a lo largo de la primera semana posterior al parto.
- Puerperio tardío: Incluye el período necesario para la completa regresión de los órganos reproductivos y el regreso de la mujer a su estado previo al embarazo [62].

I. CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS

A lo largo del puerperio, los órganos y sistemas de la madre, que experimentaron alteraciones durante el embarazo y el parto, muestran cambios que los devuelven o los hacen regresar significativamente a sus condiciones previas al embarazo [63] [64].

1) MODIFICACIONES DE LOS ÓRGANOS GENITALES

A. ÚTERO

Tras la expulsión de la placenta, las contracciones uterinas continúan, a menudo con gran intensidad. Estas contracciones son cruciales para lograr la hemostasia, ya que comprimen los vasos sanguíneos en el sitio placentario, facilitando su cierre.

Durante el puerperio, se pueden distinguir tres tipos principales de contracciones uterinas:

- Contracción continua o retracción uterina: Este tipo ocurre en las primeras horas del puerperio inmediato. Clínicamente, se puede identificar al palpar el útero en el hipogastrio, que presenta una consistencia dura y firme.
- Contracciones rítmicas espontáneas: También conocidas como entuertos, estas contracciones se superponen a la contracción continua y se presentan durante el puerperio inmediato y los primeros días del puerperio temprano. En las primeras 24 horas después del parto, son regulares y coordinadas, pero su intensidad y frecuencia disminuyen con el tiempo. Son más prominentes en mujeres que han tenido varios partos en comparación con las primíparas.
- Contracciones inducidas: Estas contracciones se generan durante la lactancia como respuesta al reflejo mama-hipotálamo-hipófisis, debido a la liberación de oxitocina por la hipófisis posterior. Estas contracciones se producen durante todo el puerperio mientras la lactancia continúe [63] [64].

Estas contracciones fisiológicas contribuyen a la reducción del peso y tamaño del útero, así como a la disminución de su masa muscular. El útero pesa aproximadamente entre 1.000 y 1.200 gramos después del parto, disminuyendo rápidamente a 500 gramos al séptimo día postparto y a menos de 100 gramos al concluir la involución entre la sexta y octava semana postparto. Esta pérdida de peso y volumen se debe a la reducción en el tamaño de las células miometriales, no a una disminución en su número.

El endometrio se regenera rápidamente, excepto en el área del lecho placentario. Al séptimo día, ya se observa una superficie epitelial bien definida y el estroma muestra características previas al embarazo. Para el día 16 postparto, el endometrio está en fase proliferativa, similar al de una mujer no embarazada. El lecho placentario requiere entre 6 a 8 semanas para su completa restauración, disminuyendo de 9 cm^2 tras el parto a 4 cm^2 al octavo día, y recubriéndose con nuevo endometrio alrededor de la sexta semana [(63) (64)].

El cuello uterino se reduce rápidamente a una dilatación de 2 a 3 centímetros en las primeras horas postparto y mantiene esta dimensión durante la primera semana del puerperio antes de disminuir a 1 cm. El orificio cervical externo adopta una disposición transversal, a diferencia del aspecto circular en mujeres nulíparas. Histológicamente, la hiperplasia e hipertrofia glandular disminuyen progresivamente, aunque el edema puede persistir más allá de la sexta semana [(63) (64)].

B. LOQUIOS

El término loquios se refiere al flujo de fluidos normales expulsados por el útero durante su proceso de involución y la cicatrización de la superficie que quedó expuesta tras la separación de la placenta. Estos fluidos no presentan un olor desagradable y su cantidad y características varían a lo largo del puerperio. Durante los primeros tres días, los loquios contienen una mezcla de sangre fresca y tejido decidual necrótico, conocidos como loquia rubra. Posteriormente, el contenido sanguíneo disminuye y el flujo se vuelve más claro, transformándose en loquia serosa. Al alcanzar la segunda semana, el líquido se aclara aún más, adquiriendo un color blanco amarillento, denominado loquia alba. La pérdida de loquios generalmente dura entre 4 a 6 semanas, coincidiendo con el final del proceso de involución uterina [(63) (64)].

C. VAGINA

Inmediatamente después del parto, tras la sutura de una episiotomía, la vagina se encuentra edematosa, con una superficie lisa y relativamente flácida. A las tres semanas, comienzan a aparecer los

pliegues característicos de la vagina a medida que el edema disminuye, y para las seis semanas, las paredes vaginales y el introito se encuentran completamente reparados. En esta etapa, es posible obtener resultados normales en una citología exfoliativa [63] [64].

D. TROMPAS DE FALOPIO

Los cambios puerperales en las trompas de Falopio son principalmente histológicos. Las células secretoras disminuyen en número y tamaño, y hacia la sexta semana, los cilios han recuperado su estructura, devolviendo a las trompas su patrón epitelial característico de la fase folicular [63] [64].

E. MAMAS

Durante el embarazo, las mamas se preparan para la lactancia. Con la expulsión de la placenta, se produce un descenso brusco de los esteroides y lactógeno placentario, eliminando así la inhibición sobre la prolactina en el epitelio mamario, lo que inicia la síntesis de leche. Las células presecretoras se convierten en secretoras. Entre el segundo y cuarto día postparto, las mamas se inflaman, se ven aumentadas de volumen y tensas debido a un aumento en la vascularización sanguínea y linfática, y se observa una intensificación en la pigmentación de la areola y el pezón. Durante este periodo, el flujo sanguíneo en las mamas es de 500 - 700 mL por minuto, aproximadamente 400 a 500 veces el volumen de leche secretada. El tejido mamario de la madre representa cerca del 3% de su peso corporal. Histológicamente, se observa una notable hiperplasia de los lóbulos y lobulillos, similar a una adenosis mamaria, donde los alvéolos y conductos están en estrecho contacto y dilatados, con una abundante secreción en su interior [63] [64].

2) MODIFICACIONES DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR Y HEMATOLÓGICO

En los primeros días postparto, el volumen sanguíneo se reduce en aproximadamente un 16%, continuando con una disminución gradual que alcanza hasta el 40% al cabo de seis semanas. El gasto cardíaco experimenta un aumento del 13% inmediatamente después del parto,

manteniéndose en este nivel durante una semana antes de descender gradualmente. Para la sexta semana postparto, el gasto cardíaco ha disminuido en un 40%. Estos cambios facilitan el retorno de la frecuencia cardíaca y la presión arterial a los niveles previos al embarazo [63] [64].

Desde una perspectiva hematológica, se observa un incremento en la masa eritrocítica, que aumenta en un 15% durante la primera semana postparto, normalizándose a los valores habituales entre los tres y cuatro meses siguientes. En cuanto a la serie blanca, se presenta leucocitosis con un aumento de los granulocitos durante la primera semana postparto. Las plaquetas también experimentan un aumento notable en la primera semana después del parto.

Los factores de coagulación sufren modificaciones, con un aumento en los niveles de fibrinógeno y el factor VIII a partir del segundo día, que permanecen elevados durante la primera semana postparto, mientras que otros factores de coagulación disminuyen desde el primer día. La actividad fibrinolítica del plasma materno se incrementa rápidamente tras el parto, regresando a sus niveles normales y ayudando a mantener el equilibrio del sistema de coagulación [63] [64].

3) AGUA Y ELECTROLITOS

Durante el embarazo, el incremento total del agua corporal es de aproximadamente 8.5 litros, de los cuales 6.5 litros corresponden al espacio extracelular. De estos, dos tercios se distribuyen en los tejidos maternos y un tercio en el contenido intrauterino.

En el puerperio, el balance hídrico muestra una pérdida de 2 litros en la primera semana, seguida de una pérdida adicional de 1.5 litros por semana durante las cinco semanas siguientes, principalmente del líquido extracelular.

Los niveles de electrolitos plasmáticos también experimentan alteraciones. Con la disminución de los niveles de progesterona, se reduce el antagonismo con la aldosterona, lo que lleva a un aumento en la reabsorción de sodio [63] [64].

4) APARATO DIGESTIVO

Después del parto, la reducción del tamaño uterino y la disminución de la presión intra - abdominal provocan la reubicación de las vísceras del tracto gastrointestinal. En la primera semana postparto, se puede observar una ligera atonía intestinal debido a la persistencia de la acción relajante de la progesterona sobre la musculatura lisa intestinal. Con el tiempo, la motilidad intestinal aumenta, acelerando el vaciamiento gástrico y eliminando el reflujo gastroesofágico y la pirosis. El metabolismo hepático regresa a sus funciones pregestacionales aproximadamente a partir de la tercera semana postparto [(63) (64)].

5) TRACTO URINARIO

Las modificaciones morfológicas del tracto urinario durante el embarazo pueden persistir en el puerperio hasta alrededor de la cuarta a sexta semana postparto. Durante los primeros días, los riñones siguen agrandados, y los uréteres, especialmente el derecho, permanecen significativamente dilatados durante el primer mes. La función renal vuelve a su estado pregestacional en las primeras semanas del puerperio [(63) (64)].

II. SIGNOS CLÍNICOS FISIOLÓGICOS DEL PUERPERIO

1. Pérdida de peso: Tras el parto, con la expulsión del bebé y la placenta, la eliminación del líquido amniótico y la pérdida insensible de líquidos, se produce una reducción inicial del peso corporal de aproximadamente 5 a 6 kg. Posteriormente, debido a los cambios en el balance de líquidos, la mujer experimenta una pérdida adicional de alrededor de 2 kg durante el puerperio temprano y una reducción de aproximadamente 1.5 kg por semana en las semanas siguientes.

2. Involución uterina: En las primeras 24 horas postparto, el útero puede palparse a la altura del ombligo. Durante los siguientes 10 días, desciende clínicamente alrededor de un dedo por día. El 5º día del puerperio, el útero se palpa a medio camino entre el ombligo y la sínfisis púbica. Al décimo día, se encuentra a nivel de la sínfisis púbica o 1-2 dedos por encima de esta. Más adelante, el útero no debería ser

palpable a través del examen abdominal. El retorno del útero a su tamaño normal suele ocurrir entre 5 y 6 semanas después del parto. El signo clínico más relevante de la involución uterina es el descenso progresivo del fondo uterino día a día. Es importante considerar el estado de llenado de la vejiga durante el examen, ya que una vejiga llena puede elevar el fondo uterino, lo que puede alterar la evaluación [63] [64].

3. Micción: Durante el puerperio temprano, se observa un aumento en la diuresis debido a la reducción del volumen del compartimiento extracelular. Es crucial monitorear la evacuación urinaria durante este período, ya que pueden surgir varios problemas:

   - Hematuria: Puede ser visible en las primeras horas después del parto debido al traumatismo vesical asociado con el proceso de parto.
   - Retención urinaria: El trauma vésico-uretral que ocurre durante el parto puede causar edema en el cuello vesical y la uretra, lo que dificulta la evacuación de la orina. Además, las anestesias de conducción pueden provocar hipotonía de la vejiga, resultando en retención urinaria. En algunos casos, puede ser necesario realizar una cateterización vesical continua o intermitente para manejar este problema.
   - Infección urinaria: Comúnmente ocurre como consecuencia de la retención urinaria y las maniobras de cateterización. Cualquier procedimiento de cateterización debe ir acompañado de un cultivo de orina para detectar posibles infecciones.

4. Evacuación del intestino: En los primeros días del puerperio, la constipación es común, en parte debido a los factores previamente mencionados y también a las molestias perineales derivadas de la sutura de la episiotomía [63] [64].

El puerperio es un periodo crítico para la salud reproductiva de las mujeres, ya que es un momento en el que se pueden implementar

estrategias efectivas de planificación familiar para prevenir embarazos no deseados y mejorar los resultados de salud materna e infantil.

2.2.4. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES EN EL PUERPERIO

Los métodos anticonceptivos comprenden un conjunto de técnicas diseñadas para impedir o disminuir considerablemente las probabilidades de embarazo [65]. Estas estrategias buscan interrumpir el proceso de concepción a través de diversos mecanismos que pueden actuar en diferentes etapas del ciclo menstrual femenino y en el proceso reproductivo en general.

Hasta la fecha, no se ha desarrollado un anticonceptivo que cumpla con todos los atributos deseados para ser considerado ideal. Las características que aún se buscan incluyen:

- Aceptabilidad universal: Debe ser aceptado y utilizándose ampliamente sin resistencia significativa.
- Seguridad y eficacia: Debe ofrecer un alto grado de seguridad, fiabilidad y efectividad.
- Protección contra enfermedades: Idealmente, también debería proporcionar protección contra infecciones de transmisión sexual.
- Reversibilidad total: Debe permitir que la fertilidad se recupere completamente tras la interrupción del uso.
- Ausencia de efectos adversos: Debe estar libre de efectos secundarios negativos.
- Costo asequible: Debe ser accesible económicamente para la mayoría de las personas [66].

En este contexto, la anticoncepción post-evento obstétrico se enfoca en evitar embarazos no deseados y períodos de intervalo corto entre embarazos durante los primeros 12 meses después del parto. Esto incluye la anticoncepción inmediata post-evento obstétrico, que se refiere a la provisión de métodos anticonceptivos a la mujer durante el

período posparto, antes del alta hospitalaria [67]. Dentro de las opciones de métodos anticonceptivos, se incluyen:

1) METODOS INTRAUTERINOS

A. DIU DE COBRE

Mujeres en el puerperio (con y sin lactancia materna, incluido el parto por cesárea)

- Durante las primeras 48 horas postparto: El DIU-Cu puede ser insertado, incluso inmediatamente después de la expulsión de la placenta. En el caso de una cesárea, se puede insertar el DIU-Cu después de la expulsión de la placenta y antes del cierre del útero.
- De 48 horas a menos de cuatro semanas postparto: El uso del DIU-Cu generalmente no se recomienda a menos que no haya otras opciones más adecuadas disponibles o aceptables (Categoría 3 de CME) [67].
- Cuatro semanas o más postparto y con amenorrea:
  - En mujeres lactantes, se puede insertar el DIU-Cu si se tiene una certeza razonable de que no están embarazadas, sin necesidad de protección anticonceptiva adicional.
  - En mujeres no lactantes, también se puede insertar el DIU-Cu si se confirma que no están embarazadas, sin requerir medidas anticonceptivas adicionales.
- Cuatro semanas o más postparto y con retorno de ciclos menstruales: Se puede insertar el DIU-Cu siguiendo las recomendaciones aplicables a mujeres con ciclos menstruales normales.
- Contraindicaciones: No se debe insertar un DIU-Cu en mujeres que presenten sepsis puerperal (Categoría 4 de CME) [67].

B. DIU CON LEVONORGESTREL

Mujeres en el puerperio (con y sin lactancia materna, incluido el parto por cesárea)

- Durante las primeras 48 horas postparto: El DIU-LNG puede ser insertado, incluso inmediatamente después de la expulsión de la placenta. En una cesárea, el DIU-LNG puede ser colocado después de la expulsión de la placenta y antes del cierre del útero.
- De 48 horas a menos de cuatro semanas postparto: Generalmente, no se recomienda el uso del DIU-LNG a menos que no existan opciones más adecuadas (Categoría 3 de CME) [67].
- Cuatro semanas o más postparto y con amenorrea:
  - En mujeres lactantes, el DIU-LNG puede ser insertado si se está razonablemente seguro de que no están embarazadas, sin necesidad de protección anticonceptiva adicional.
  - En mujeres no lactantes, se puede insertar el DIU-LNG si se confirma que no están embarazadas, sin requerir medidas anticonceptivas adicionales.
- Cuatro semanas o más postparto y con retorno de los ciclos menstruales: El DIU-LNG puede ser insertado conforme a las recomendaciones para mujeres con ciclos menstruales regulares.
- Contraindicaciones: El DIU-LNG no debe ser colocado en mujeres con sepsis puerperal (Categoría 4 de CME) [67].

2) IMPLANTES

A. PUERPERIO (CON LACTANCIA MATERNA)

Durante los primeros seis semanas postparto, la inserción de un implante anticonceptivo suele ser aceptable (Categoría 2 de CME). Entre seis semanas y seis meses después del parto, con amenorrea presente, la colocación de un implante sigue siendo una opción válida. Si la mujer está amamantando de manera exclusiva o casi total, no se requiere añadir métodos anticonceptivos adicionales. Pasadas seis semanas del parto y con el retorno de los ciclos menstruales, la colocación del implante puede realizarse siguiendo las mismas pautas que se aplican a mujeres con ciclos menstruales regulares [67].

B. PUERPERIO (SIN LACTANCIA MATERNA)

En las primeras tres semanas postparto, la colocación de un implante anticonceptivo es posible (Categoría 1 de CME). Durante este período, no es necesario aplicar métodos anticonceptivos adicionales, dado que es altamente improbable que ocurra ovulación y, por ende, riesgo de embarazo. Sin embargo, por razones programáticas, es decir, conforme a los protocolos de programas nacionales, regionales o locales, algunos anticonceptivos pueden ser proporcionados durante estas primeras tres semanas [67].

Si han transcurrido 21 días o más desde el parto y no se ha producido el retorno de los ciclos menstruales, se puede insertar un implante si se tiene una certeza razonable de que la mujer no está embarazada. En este caso, se recomienda abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los primeros siete días tras la colocación del implante. En el caso de que los ciclos menstruales hayan regresado, se puede proceder con la colocación del implante de acuerdo con las recomendaciones para mujeres con ciclos menstruales regulares [67].

De manera general, los métodos anticonceptivos de larga duración, como los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes anticonceptivos, son altamente efectivos y reversibles. La inserción inmediata de estos métodos después del parto puede mejorar significativamente la tasa de inicio y uso de anticonceptivos, reduciendo así los intervalos cortos entre embarazos y los embarazos no deseados [68] [69].

3) INYECTABLES

A. PUERPERIO (CON LACTANCIA MATERNA)

Durante las primeras seis semanas postparto, el uso de inyecciones de progestágenos (AIPS) generalmente no se recomienda a menos que no se disponga de métodos más adecuados o aceptables (Categoría 3 de CME). Entre seis semanas y seis meses postparto, y en presencia de amenorrea, se puede administrar la primera inyección de AIPS. Si la mujer está amamantando de manera exclusiva o casi total,

no se requiere utilizar métodos anticonceptivos adicionales. Después de seis semanas del parto y con el retorno de los ciclos menstruales, se puede aplicar la primera inyección conforme a las recomendaciones para mujeres con ciclos menstruales regulares [42] [67].

B. PUERPERIO (SIN LACTANCIA MATERNA)

En las primeras tres semanas postparto, se puede administrar la primera inyección de AIPS sin necesidad de añadir métodos anticonceptivos adicionales. Es muy improbable que se produzca ovulación y, por lo tanto, riesgo de embarazo en estos primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones de programación, de acuerdo con los protocolos de programas nacionales, regionales o locales, algunos métodos anticonceptivos pueden ser suministrados durante este período inicial.

Si han pasado 21 días o más desde el parto y no se ha reanudado el ciclo menstrual, la primera inyección puede administrarse siempre que se tenga una certeza razonable de que la mujer no está embarazada. En este caso, se recomienda abstenerse de mantener relaciones sexuales o emplear métodos anticonceptivos adicionales durante los primeros siete días después de la inyección. Si el ciclo menstrual ha regresado, la primera inyección puede administrarse siguiendo las recomendaciones habituales para mujeres con ciclos menstruales regulares [42] [67].

4) ANTICONCEPTIVOS ORALES CON PROGESTÁGENO SOLO

A. PUERPERIO (CON LACTANCIA MATERNA)

Durante las primeras seis semanas postparto, es generalmente aceptable comenzar el uso de AOPS (Anticonceptivos Orales Progestágenos) (Categoría 2 de CME). Si la mujer está amamantando de manera exclusiva o casi exclusiva, no es necesario añadir métodos anticonceptivos adicionales. Entre seis semanas y seis meses después del parto, y en presencia de amenorrea, también se puede iniciar el uso de AOPS. En el caso de que la mujer esté amamantando de manera exclusiva o casi exclusiva, no es necesario emplear métodos anticonceptivos adicionales. Pasadas seis semanas del parto y con el

retorno de los ciclos menstruales, se puede comenzar a usar AOPS siguiendo las mismas recomendaciones que se aplican a mujeres con ciclos menstruales regulares (Categoría 1 de CME) [42] [67].

B. PUERPERIO (SIN LACTANCIA MATERNA)

Durante los primeros 21 días postparto, es posible comenzar a usar AOPS. En este período, no es necesario recurrir a métodos anticonceptivos adicionales. Dado que la probabilidad de ovulación y, por ende, el riesgo de embarazo es muy baja en estos primeros 21 días, se consideran seguros los AOPS. Sin embargo, debido a consideraciones programáticas (es decir, basadas en los protocolos de programas nacionales, regionales o locales), algunos anticonceptivos pueden ser ofrecidos durante este tiempo.

Si han pasado 21 días o más desde el parto y no se ha reanudado el ciclo menstrual, se puede iniciar el uso de AOPS si se tiene una certeza razonable de que la mujer no está embarazada. En este caso, se recomienda abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar métodos anticonceptivos adicionales durante los siguientes dos días. En caso de que los ciclos menstruales hayan regresado, se puede comenzar el uso de AOPS de acuerdo con las pautas establecidas para mujeres con ciclos menstruales regulares [42] [67].

5) ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS

A. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOCS), EL PARCHE ANTICONCEPTIVO COMBINADO Y EL ANILLO VAGINAL ANTICONCEPTIVO COMBINADO (AVC)

➢ PUERPERIO (CON LACTANCIA MATERNA)

Durante las primeras seis semanas después del parto y cuando la mujer está principalmente amamantando, no se recomienda el uso de Anticonceptivos Orales Combinados (AOCs), el parche ni el Anillo Vaginal Conjunto (AVC) (Categoría 4 de CME). Entre seis semanas y seis meses postparto y en el caso de que la mujer esté principalmente amamantando, el uso de AOCs, el parche y el AVC, generalmente, no está recomendado a menos que no haya otros métodos más adecuados

disponibles o que estos no sean aceptables (Categoría 3 de CME) [42] [67].

Tras más de seis meses de puerperio y con amenorrea, se puede iniciar el uso de AOCs, del parche y del AVC siguiendo las recomendaciones para otras mujeres con amenorrea. Si han pasado más de seis meses desde el parto y se han reanudado los ciclos menstruales, se puede comenzar el uso de AOCs, el parche y el AVC siguiendo las indicaciones para mujeres con ciclos menstruales regulares.

- PUERPERIO (SIN LACTANCIA MATERNA)

En el caso de mujeres con menos de 21 días postparto, el uso de AOCs, del parche y del AVC generalmente no está recomendado, salvo que no se disponga de otros métodos más adecuados o estos no sean aceptables (Categoría 3 de CME). Durante los primeros 21 días postparto, es poco probable que la mujer ovule y esté en riesgo de embarazo. Sin embargo, por motivos programáticos (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden ser proporcionados durante este período. Pasados 21 días o más desde el parto, en mujeres que no presentan otros factores de riesgo de tromboembolia venosa, se puede iniciar el uso de AOCs, del parche y del AVC (Categoría 2 de CME) [42] [67].

En mujeres que cumplen con los requisitos médicos y no han reanudado los ciclos menstruales, se puede comenzar el uso de AOCs, del parche y del AVC de inmediato si se tiene una certeza razonable de que no están embarazadas. En este caso, se recomienda abstenerse de mantener relaciones sexuales o usar métodos anticonceptivos adicionales durante los siete días siguientes. En mujeres con retorno de los ciclos menstruales, se puede iniciar el uso de AOCs, del parche y del AVC siguiendo las recomendaciones para mujeres con ciclos menstruales regulares [42] [67].

B. ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AICs)

➢ PUERPERIO (CON LACTANCIA MATERNA)

Durante las primeras seis semanas postparto y cuando la mujer está principalmente amamantando, no se deben utilizar AICs (Categoría 4 de CME). Entre seis semanas y seis meses postparto y si la mujer está amamantando principalmente, el uso de AICs generalmente no se recomienda (Categoría 3 de CME), salvo en situaciones donde otros métodos más apropiados no estén disponibles o resulten inaceptables. Pasados seis meses de puerperio y con amenorrea, se puede administrar la primera inyección de AICs siguiendo las recomendaciones para mujeres con amenorrea. En mujeres con más de seis meses de puerperio y con el retorno de los ciclos menstruales, la primera inyección de AICs puede administrarse conforme a las pautas para mujeres con ciclos menstruales regulares [(42) (67)].

➢ PUERPERIO (SIN LACTANCIA MATERNA)

Durante los primeros 21 días postparto, el uso de AICs generalmente no se recomienda, salvo que otros métodos más adecuados no estén disponibles o resulten inaceptables. Es muy poco probable que la mujer ovule y esté en riesgo de embarazo en estos primeros 21 días. Sin embargo, por razones programáticas (es decir, basadas en los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden ser ofrecidos durante este período. Si han pasado 21 días o más desde el parto y la mujer no ha reanudado los ciclos menstruales, se puede administrar la primera inyección de AICs de inmediato si se tiene una certeza razonable de que no está embarazada.

En este caso, se debe abstenerse de tener relaciones sexuales o usar métodos anticonceptivos adicionales durante los siete días siguientes. En mujeres con el retorno de los ciclos menstruales, se puede iniciar la administración de la primera inyección de AICs siguiendo las recomendaciones para mujeres con ciclos menstruales regulares [(42) (67)].

6) MÉTODO DE AMENORREA DE LA LACTANCIA

Justo después del parto y durante un período de hasta seis meses postparto, una mujer que practica lactancia exclusiva puede optar por el Método de Amenorrea de Lactancia (MELA), el cual tiene una eficacia anticonceptiva aproximada del 98%. Este método se basa en el efecto fisiológico de la lactancia para suprimir la ovulación, sirviendo como alternativa para aquellas mujeres que eligen no utilizar anticonceptivos hormonales durante este tiempo. Si una mujer decide utilizar el MELA, debe recibir la información adecuada para poder optar por otro método anticonceptivo moderno cuando el bebé tenga seis meses, o antes si no se cumplen los criterios para el MELA, que incluyen lactancia exclusiva o casi exclusiva (sin introducción de otros alimentos), con intervalos cortos entre las tomas diurnas y nocturnas (al menos cada cuatro horas durante el día y cada seis horas por la noche) y permanecer en amenorrea durante este período [(42) (67)].

7) MÉTODOS QUIRURGICOS

La esterilización quirúrgica femenina implica la oclusión bilateral de las trompas de Falopio mediante ligadura, corte, sección, cauterización, o mediante la colocación de anillos, clips o grapas. Dado que este procedimiento es permanente, es crucial proporcionar orientación y obtener el consentimiento informado. Las oportunidades para realizar la esterilización postparto son:

- Post cesárea: En el momento de finalizar la histerorrafia y después de controlar el sangrado.
- Post parto: Inmediatamente o dentro de los primeros siete días postparto, ya que cuando el fondo uterino está cerca del ombligo, una pequeña incisión sub-umbilical de 2 cm permite un acceso fácil a las trompas. Este procedimiento es muy seguro y efectivo. Si no se realiza durante este período, se debe esperar al menos hasta la sexta semana [(42) (67)].

8) METODOS DE BARRERA

Todas las mujeres, independientemente de si amamantan o no, pueden comenzar a usar condones inmediatamente después del parto. El uso del diafragma o del capuchón cervical es posible después de seis semanas postparto, y se debe considerar una nueva consulta para ajustar el tamaño si es necesario.

9) ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA

Los métodos de anticoncepción de emergencia pueden ser utilizados después de cuatro semanas postparto [42] [67].

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

A. FACTORES DEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS

La elección de métodos anticonceptivos en el puerperio está influenciada por factores demográficos y económicos, como la edad, el nivel de educación, el entorno de vida y la riqueza. Las mujeres con mayor nivel educativo y acceso a recursos económicos tienden a optar por métodos más efectivos [70].

B. ELEMENTOS CLÍNICOS

La paridad, la evolución del embarazo y el parto, y el uso previo de anticonceptivos también juegan un papel crucial en la decisión de las mujeres sobre qué método anticonceptivo utilizar en el puerperio [70].

C. ATENCIÓN SANITARIA

La calidad de la atención sanitaria, incluyendo la consejería sobre anticoncepción durante el embarazo y el puerperio, influye significativamente en la elección y uso de métodos anticonceptivos. Las mujeres que reciben consejería adecuada son más propensas a utilizar métodos anticonceptivos efectivos [23] [71].

D. FACTORES SOCIOCULTURALES

Las creencias y conocimientos sobre la anticoncepción, la influencia de la familia y la sociedad, y las normas religiosas son factores

importantes que afectan la decisión de las mujeres sobre el uso de anticonceptivos en el puerperio [70].

BARRERAS PARA EL ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

A. BARRERAS FINANCIERAS

El costo de los métodos anticonceptivos puede ser una barrera significativa para muchas mujeres, especialmente en países de ingresos bajos y medios. La provisión de anticonceptivos gratuitos o subvencionados puede aumentar significativamente su uso [72].

B. BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS

La falta de acceso a servicios de salud adecuados y la necesidad de múltiples visitas para la inserción de métodos como los DIU pueden disuadir a las mujeres de utilizar estos métodos. La inserción inmediata de LARC antes del alta hospitalaria puede mitigar estas barreras [68] [73].

C. BARRERAS DE CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN

Las percepciones erróneas sobre los riesgos de embarazo durante la lactancia y la amenorrea posparto, así como el miedo a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, son barreras comunes que impiden a las mujeres utilizar métodos anticonceptivos efectivos [74] [75].

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Preferencia anticonceptiva, se refiere a la elección de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres, influenciada por factores como la consejería recibida, la accesibilidad a los métodos y las necesidades personales de planificación familiar [76].

Consejería, en el contexto de la planificación familiar implica proporcionar información y apoyo a las mujeres sobre las opciones anticonceptivas disponibles, ayudándolas a tomar decisiones informadas sobre su uso [77].

Planificación familiar, es el proceso mediante el cual las mujeres y las parejas deciden el número y el espaciamiento de sus hijos, utilizando métodos

anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados y mejorar la salud materna e infantil [78].

Puerperio, es el período inmediatamente posterior al parto, durante el cual el cuerpo de la mujer se recupera y vuelve a su estado pregestacional. Este período es crucial para la implementación de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados [79].

Involución uterina, es el proceso mediante el cual el útero vuelve a su tamaño y condición normales después del parto. Este proceso es una parte natural del puerperio y puede influir en la elección y el momento de la inserción de dispositivos intrauterinos (DIU) [80].

Progesterona, es una hormona que juega un papel crucial en el ciclo menstrual y el embarazo. En el contexto de la anticoncepción, se utiliza en varios métodos hormonales, como las píldoras anticonceptivas, los implantes y las inyecciones, para prevenir la ovulación y, por lo tanto, el embarazo [81].

2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

- **Hi_1:** El nivel de preferencia es alto respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024
- **Ha_1:** El nivel de preferencia es moderado respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024
- **Ho_1:** El nivel de preferencia es bajo respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024
- **Hi_2:** El nivel de preferencia es alto respecto a los métodos anticonceptivos definitivos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024
- **Ha_2:** El nivel de preferencia es moderado respecto a los métodos anticonceptivos definitivos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024

- **Ho_2:** El nivel de preferencia es bajo respecto a los métodos anticonceptivos definitivos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024
- **Hi_3:** La calidad de la consejería es adecuada sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024
- **Ho_3:** La calidad de la consejería es inadecuada sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024

2.5. SISTEMA DE VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DE INTERÉS

Preferencia y consejería anticonceptiva

2.5.2. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

- Características demográficas (edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, religión)
- Características obstétricas (edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, paridad, número de atenciones prenatales)

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TRANSFORMACIÓN DE VARIABLES EN INDICADORES MEDIBLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	ÍTEMS	VALOR FINAL	ESCALA	INSTRUMENTO
VARIABLE DE INTERÉS							
Preferencia y consejería anticonceptiva	**Preferencia anticonceptiva** se refiere a la elección personal de un método anticonceptivo específico. **Consejería anticonceptiva** es la orientación proporcionada por un profesional de la salud para ayudar a tomar decisiones informadas sobre métodos anticonceptivos adecuados, según necesidades y condiciones individuales.	Su observación tuvo una consistencia interna de 15 ítems, que luego fue evaluada mediante la escala de Likert, luego clasificada en tres niveles.	**Preferencias respecto a los métodos anticonceptivos temporales**	1. Considero que los métodos anticonceptivos temporales son efectivos para prevenir embarazos no deseados. 2. Prefiero métodos anticonceptivos temporales debido a su facilidad de uso. 3. Estoy conforme con la variedad de métodos anticonceptivos temporales disponibles en el mercado. 4. Creo que los métodos anticonceptivos temporales tienen menos efectos secundarios en comparación con los definitivos. 5. Siento que los métodos anticonceptivos temporales me ofrecen la libertad de planificar mi futuro reproductivo. 6. Percibo que los métodos temporales se adaptan mejor a mis necesidades de salud actuales. 7. Considero que los métodos anticonceptivos temporales	Cada dimensión contiene 15 ítems valorados y evaluados mediante escala de Likert: • Totalmente en desacuerdo = 1 punto • En desacuerdo = 2 puntos • Indiferente = 3 puntos • De acuerdo = 4 puntos • Totalmente de acuerdo = 5 puntos Clasificándolo de la siguiente manera: • Preferencia baja (De 60 a 66 puntos)	Ordinal	Escala de evaluación (cuestionario)

		requieren un menor compromiso a largo plazo. 8. Estoy satisfecha con la información recibida sobre los métodos anticonceptivos temporales. 9. Prefiero métodos anticonceptivos temporales porque permiten suspender su uso en cualquier momento. 10. Considero que los métodos anticonceptivos temporales son más accesibles económicamente. 11. Me siento segura usando métodos anticonceptivos temporales recomendados por mi profesional de salud. 12. Creo que los métodos anticonceptivos temporales son adecuados para mujeres de todas las edades. 13. Prefiero métodos anticonceptivos temporales debido a su disponibilidad en centros de salud. 14. Estoy de acuerdo en que los métodos temporales pueden ser fácilmente adaptados según mi estilo de vida. 15. Considero que los métodos anticonceptivos temporales	• Preferencia moderada (67 puntos) • Preferencia alta (68 puntos)	

			son menos invasivos que los definitivos.	
Se evaluó la consistencia interna de una observación compuesta por 15 ítems, utilizando una escala de Likert y categorizando los resultados en tres niveles.	**Preferencias respecto a los métodos anticonceptivos definitivos**	1. Creo que los métodos anticonceptivos definitivos son una opción adecuada para quienes no desean más hijos. 2. Estoy de acuerdo en que los métodos anticonceptivos definitivos ofrecen mayor seguridad a largo plazo. 3. Considero que los métodos definitivos eliminan la preocupación constante por el uso de anticonceptivos. 4. Prefiero los métodos anticonceptivos definitivos debido a su efectividad permanente. 5. Siento que los métodos anticonceptivos definitivos requieren una menor intervención médica continua. 6. Estoy satisfecha con la información proporcionada sobre los métodos anticonceptivos definitivos. 7. Considero que los métodos definitivos reducen el riesgo de efectos adversos relacionados con el uso prolongado de métodos temporales.	Se clasificó de la siguiente manera: • Preferencia baja (De 61 a 67 puntos) • Preferencia moderada (68 puntos) • Preferencia alta (69 puntos)	

	8. Percibo que los métodos definitivos son una inversión económica a largo plazo. 9. Prefiero métodos anticonceptivos definitivos porque no requieren mantenimiento constante. 10. Me siento más tranquila sabiendo que no hay riesgo de embarazo con métodos anticonceptivos definitivos. 11. Estoy de acuerdo en que los métodos definitivos son adecuados para mujeres en ciertas etapas de la vida. 12. Considero que los métodos definitivos respetan mi autonomía reproductiva. 13. Creo que los métodos definitivos pueden ser una solución definitiva a las preocupaciones de planificación familiar. 14. Estoy de acuerdo en que los métodos anticonceptivos definitivos deben ser discutidos ampliamente antes de su elección. 15. Prefiero los métodos anticonceptivos definitivos debido a su efectividad comprobada.	

	La observación, integrada por 20 ítems, fue sometida a una evaluación de consistencia interna, empleando una escala de Likert y clasificando los datos en dos niveles.	**Consejería**	1. La consejería anticonceptiva recibida fue clara y comprensible. 2. Se abordaron adecuadamente mis preocupaciones durante la sesión de consejería. 3. Considero que la información proporcionada fue suficiente para tomar una decisión informada. 4. Percibí un enfoque personalizado en la consejería anticonceptiva que recibí. 5. La orientación brindada facilitó mi comprensión de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles. 6. Me sentí apoyada en la elección del método anticonceptivo más adecuado para mí. 7. La consejería incluyó una explicación detallada de los posibles efectos secundarios de cada método. 8. Recibí suficiente información sobre la efectividad de cada método anticonceptivo. 9. La consejería se realizó en un ambiente confidencial y seguro.	Para la medición de la consejería, se hará uso de la escala de medición no comparativa de Likert: • Totalmente en desacuerdo = 1 punto • En desacuerdo = 2 puntos • Indiferente = 3 puntos • De acuerdo = 4 puntos • Totalmente de acuerdo = 5 puntos Clasificándolo de la siguiente manera: • Consejería inadecuada (De 80 a 90 puntos) • Consejería adecuada (91 puntos)	Ordinal	Escala de evaluación

	10. La comunicación durante la consejería fue empática y sin juicios. 11. Me ofrecieron alternativas adecuadas según mi situación personal y de salud. 12. La duración de la consejería fue suficiente para resolver todas mis dudas. 13. La consejería incluyó información actualizada y basada en evidencia científica. 14. Se me informó sobre la posibilidad de cambiar de método si presentaba inconvenientes. 15. Me sentí respetada en mis decisiones y elecciones durante la consejería. 16. La consejería fomentó una toma de decisiones autónoma e informada. 17. Recibí material de apoyo que facilitó mi comprensión de los métodos anticonceptivos. 18. Se me ofrecieron recursos adicionales para ampliar mi conocimiento sobre anticoncepción. 19. La consejería abordó aspectos emocionales y	

				psicológicos asociados con la anticoncepción. 20. Considero que la consejería anticonceptiva fue útil para planificar mi salud reproductiva a largo plazo.			
VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN							
Características generales	Son todos los datos que describen la composición de una población en términos de atributos específicos.	La información demográfica se obtuvo mediante variables específicas incluidas en el cuestionario de datos	Demográfica	Edad	a) De 14 a 21 años b) De 22 a 30 años c) De 31 a 37 años d) De 38 a 44 años e) Mayor o igual de 45 años	Continua	Cuestionario de recolección de datos
				Estado civil	a) Soltera b) Casada c) Conviviente d) Divorciada	Nominal	
				Grado de instrucción	a) Sin instrucción b) Primaria c) Secundaria d) Superior no universitario e) Superior universitario	Ordinal	
				Ocupación	a) Empleada tiempo completo b) Empleada medio tiempo c) Desempleada	Nominal	

				d) Ama de casa e) Estudiante		
			Religión	a) Evangélica b) Católica c) Mormón d) Otros	Nominal	
	La medición de los datos obstétricos se realizó utilizando variables precisas extraídas del cuestionario	Obstétrica	Edad de inicio de las relaciones sexuales	a) De 14 a 21 años b) De 22 a 30 años c) De 31 a 37 años d) De 38 a 44 años e) Mayor o igual de 45 años	Continua	Cuestionario de recolección de datos
			Número de parejas sexuales	a) Sólo una b) Entre 2 a 5 parejas c) Más de 5 parejas sexuales	Discreta	
			Paridad	a) Primípara b) Secundípara c) Multípara d) Gran multípara	Nominal	
			Número de atenciones prenatales	a) Ninguna b) De 1 a 2 sesiones c) De 3 a 5 sesiones d) De 6 a más sesiones	Discreta	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según lo planteado, esta investigación es, transversal, observacional, descriptivo, prospectivo.

La investigación fue de tipo **transversal** porque recogió datos en un momento específico para analizar y describir la prevalencia o características de un fenómeno dentro de una población, además, de la consejería anticonceptiva [82].

Según Manterola y Oztén [83], fue de carácter **observacional** ya que no se manipularon las variables, sino que se observó y se recogió información tal como ocurrió en la realidad, permitiendo comprender cómo se dio la consejería anticonceptiva por parte del personal obstétrico hacia las puérperas en distintos contextos y su impacto en las personas.

De carácter **descriptivo** porque el objetivo fue describir detalladamente las características y la calidad de la consejería anticonceptiva recibida por las personas, sin buscar establecer relaciones causales ni hipótesis complejas [84].

Es **prospectivo** porque se recolectó datos que fueron analizados a futuro para evaluar la situación en el momento en que se realizó la consejería anticonceptiva y la preferencia de las puérperas en torno a los métodos anticonceptivos, toda la recolección se realizó durante los meses de julio a diciembre del 2024 [85].

3.1.1. ENFOQUE

Cuantitativo debido a que se empleó una escala de Likert para medir la percepción de los participantes, generando datos numéricos que pueden ser analizados estadísticamente [86].

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

De nivel descriptivo

3.1.3. DISEÑO

Descriptivo de corte transversal, como el siguiente esquema

$$\mathbf{M} \longrightarrow \mathbf{O}_{(a,\ b)}$$

Donde:

- M = Muestra del estudio
- O = Observación de las variables (preferencias y consejerías anticonceptivas)
- a = Preferencias anticonceptivas
- b = Consejería anticonceptiva

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Para la conformación de la población de estudio, lo conformaron 101 puérperas atendidas en el Centro de Salud Panao, en Huánuco, que aceptaron participar en la investigación. Las participantes fueron encuestadas durante los meses de julio a diciembre de 2024.

3.2.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Criterios de inclusión: Las participantes del estudio fueron aquellas que cumplan con los siguientes criterios. En primer lugar, se incluyeron las puérperas mediatas e inmediatas. Además, fue indispensable que hayan firmado el consentimiento informado; en el caso de menores de edad, este debió estar autorizado por sus padres o apoderados. Asimismo, se consideraron únicamente las puérperas atendidas en el Centro de Salud Panao, ubicado en el departamento de Huánuco. De igual forma, incluyeron puérperas sin comorbilidades. Por último, se incluyeron aquellas cuyo parto fue clasificado como eutócico y que este evento haya tenido lugar en el año 2024.

Criterio de exclusión: Quedaron excluidas del estudio aquellas personas que no cumplieron con los criterios establecidos. En primer lugar, no se incluyeron a la población no puérpera, como las gestantes. Además, se excluyó a las menores de edad que no contaron con el consentimiento informado firmado por su tutor o apoderado. Asimismo, no formaron parte del estudio las puérperas cuyo parto haya sido clasificado como distócico. También quedaron fuera las puérperas que no fueron atendidas en el Centro de Salud Panao. Finalmente, se excluyó a las usuarias puérperas cuyo parto fue ocurrido en un año diferente al 2024.

3.2.2. MUESTRA

Para la selección de la muestra, se empleó un muestreo probabilístico aleatorio simple a todas las puérperas atendidas en el Centro de Salud Panao, en Huánuco, que aceptaron participar en la investigación. Las participantes fueron encuestadas durante los meses de julio a diciembre de 2024, tal como lo afirma el criterio de inclusión y exclusión, por lo tanto, para determinar el tamaño de la muestra, se aplicó una fórmula matemática para población pequeña, tal como se muestra a continuación:

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

<u>Dónde:</u>

- n = El tamaño de la muestra que queremos calcular
- N = Tamaño de la población (101)
- Z = Nivel de confianza 95% (Z=1,96)
- e = Es el margen de error máximo que admito (5%)
- p = Ocurrencia positiva (0.5)
- q = Ocurrencia negativa (1 - 0.5 = 0.5)

- e = Error (100-Z) %, calculando: (100 – 95 = 5%), valor final (0.05)

Reemplazando:

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

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 101}{(0.05)^2\ (101-1) +\ (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 101}{(0.05)^2\ (100) +\ (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 80.139$$

Por lo tanto, tras aplicar la fórmula de muestra, este estudio, estuvo conformado por 80 puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, de Huánuco, durante el año 2024.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó una encuesta, como técnica de recolección de datos para este estudio.

3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Mediante un cuestionario para las variables descriptivas, así como una escala de evaluación con enunciados afirmativos para las variables principales. Para su recolección de la misma, de dividirá primeramente de las variables de caracterización (características demográficas con 05 ítems y las características obstétricas con 04 ítems), no obstante, para determinar la preferencia y consejería anticonceptiva se tuvo en cuenta las siguientes dimensiones:

1. Preferencias anticonceptivas

- Preferencias respecto a los métodos anticonceptivos temporales (15 ítems)

- Preferencias respecto a los métodos anticonceptivos definitivos (15 ítems)

En ese sentido, y teniendo en cuenta las dos sub-dimensiones, fue evaluado, mediante la escala de Likert, compuesta por una escala valorativa, estructurada de la siguiente manera:

- Totalmente en desacuerdo (1 punto)
- En desacuerdo (02 puntos)
- Indeciso (03 puntos)
- De acuerdo (4 puntos)
- Totalmente de acuerdo (5 puntos)

Las respuestas se codificaron asignándoles una puntuación de 1 a 5, de modo que la puntuación más alta indica siempre una preferencia alta.

Para la clasificación se reconoció de manera individual y se estructuró de la siguiente manera:

Preferencias respecto a los métodos anticonceptivos temporales

- Preferencia baja (De 60 a 66 puntos)
- Preferencia moderada (67 puntos)
- Preferencia alta (68 puntos)

Preferencias respecto a los métodos anticonceptivos definitivos

- Preferencia baja (De 61 a 67 puntos)
- Preferencia moderada (68 puntos)
- Preferencia alta (69 puntos)

2. Consejería anticonceptiva (20 ítems)

Los ítems sobre consejería anticonceptiva fueron evaluados directamente a las puérperas inmediatas - mediatas, teniendo en cuenta

la consejería brindada por parte del personal obstétrico que viene laborando en dicho centro de salud, es por ello que, para la medición de la consejería, también se hizo uso de la escala de medición no comparativa de Likert:

- Totalmente en desacuerdo = 1 punto
- En desacuerdo = 2 puntos
- Indiferente = 3 puntos
- De acuerdo = 4 puntos
- Totalmente de acuerdo = 5 puntos

Teniendo en cuenta la variable de consejería anticonceptiva, se clasificó de la siguiente manera:

- Consejería inadecuada (De 80 a 90 puntos)
- Consejería adecuada (91 puntos)

Por otro lado, resultó fundamental analizar los datos desde una perspectiva cuantitativa, en tal sentido, se realizó lo siguiente:

1. Cálculo de baremos y puntos de corte

Tras la aplicación de la escala de Likert, se procedió al cálculo de los baremos del instrumento (ver anexo 5). Esto incluyó la determinación de puntos de corte y percentiles específicos, detallados en el anexo 3. Para este cálculo, se empleó el software estadístico SPSS 27, con el objetivo de dar su debido puntaje y establecer una clasificación de las preferencias (baja, moderada, alta) y la consejería (inadecuada, adecuada).

2. Determinación de Intervalos de medición y categorización

Subsiguientemente, se calculó el intervalo de medición correspondiente a cada nivel, conforme al anexo 4. Como resultado, se estableció una categorización clara tanto para las preferencias como para la consejería.

3.3.3. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para evaluar la confiabilidad del instrumento, se calculó el Alfa de Cronbach para ambas variables:

Preferencias sobre MAC temporal	**Consejería**
Alfa de Cronbach	
Valor = 0.804	
Preferencias sobre MAC definitivos	Alfa de Cronbach Valor = 0.815
Alfa de Cronbach	
Valor = 0.828	

En tal sentido se obtuvo 0.804 para preferencias sobre MAC temporales y 0.828 para MAC definitivos y 0.815 para consejería (ver anexo 6). Estos valores indican alta consistencia interna, sugiriendo que los ítems miden fiablemente el mismo constructo.

3.3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Durante el desarrollo de la investigación, se implementaron metodologías siguiendo una secuencia organizada. Primero, se presentó la propuesta del estudio a las autoridades de la Facultad de Obstetricia de la Universidad de Huánuco para su evaluación y aprobación, incorporando las modificaciones sugeridas tras una revisión detallada. Una vez aprobada, se envió una solicitud formal al director del centro de salud de Panao de Huánuco para obtener la autorización correspondiente y proceder con la recolección de datos. Posteriormente, se recopilaron los datos de acuerdo con un cronograma previamente definido, y se realizó un proceso exhaustivo de validación del instrumento (ver anexo 7) para asegurar su viabilidad. Las encuestas y

escalas afirmativas fueron almacenadas de manera segura en plataformas académicas, asegurando la confidencialidad y protección de la información conforme a las normativas éticas y de privacidad vigentes, garantizando la integridad de los datos para su análisis futuro.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

La realización de este estudio se fundamentó en la adhesión a principios éticos y deontológicos esenciales para la investigación en salud, con un énfasis especial en la protección de la privacidad de las puérperas y el respeto a su autonomía. Los principios bioéticos que se aplicaron rigurosamente incluyeron:

- Beneficencia: Se buscó que los resultados del estudio aporten beneficios tangibles, promoviendo intervenciones preventivas para mejorar la salud de las gestantes.
- No maleficencia: Se garantizó la protección de la dignidad, los derechos y el bienestar de las participantes; la información se trató con absoluta confidencialidad, usada únicamente con fines de investigación.
- Autonomía: Se respetó a través de una clara comunicación del propósito del estudio y la obtención del consentimiento informado, priorizando las decisiones y derechos de las participantes.
- Justicia: Se aseguró un trato equitativo y respetuoso, abordando la información con dignidad y empatía durante todo el proceso de investigación.

3.5. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.5.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

1. Los datos se procesaron manualmente en una primera fase mediante la creación de una base de datos con códigos numéricos.

2. Los códigos numéricos se transfirieron posteriormente a una hoja de cálculo en Excel 2022 para el cálculo matemático de las dimensiones identificadas.
3. Se empleó el software IBM SPSS Versión 27 para Windows para realizar el análisis estadístico.

3.5.2. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS

Los datos recolectados fueron tabulados en tablas de frecuencias y porcentajes para la parte descriptiva, facilitando la observación y análisis de las variables presentes en la muestra, en un esfuerzo por responder al problema y a los objetivos de la investigación.

3.5.3. CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS

Los datos se clasificaron cuantitativamente de acuerdo con las dimensiones estudiadas.

3.5.4. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Se analizaron según la clasificación de los niveles de preferencia y consejería anticonceptiva, utilizando puntos de corte definidos a partir de los valores de la muestra. Este análisis, realizado con IBM SPSS Versión 27 para Windows, permitió calcular los valores mínimos y máximos, estableciendo un esquema de baremación para la comparación precisa de las preferencias y tipos de consejería dentro de la muestra, facilitando la interpretación cuantitativa de los resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

4.1.1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Frecuencia de la edad en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Puérperas n = 80			
	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad				
De 14 - 21 años	30	37.5	37.5	37.5
De 22 – 30 años	34	42.5	42.5	80.0
De 31 – 37 años	13	16.3	16.3	96.3
De 38 a 44 años	3	3.8	3.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	-

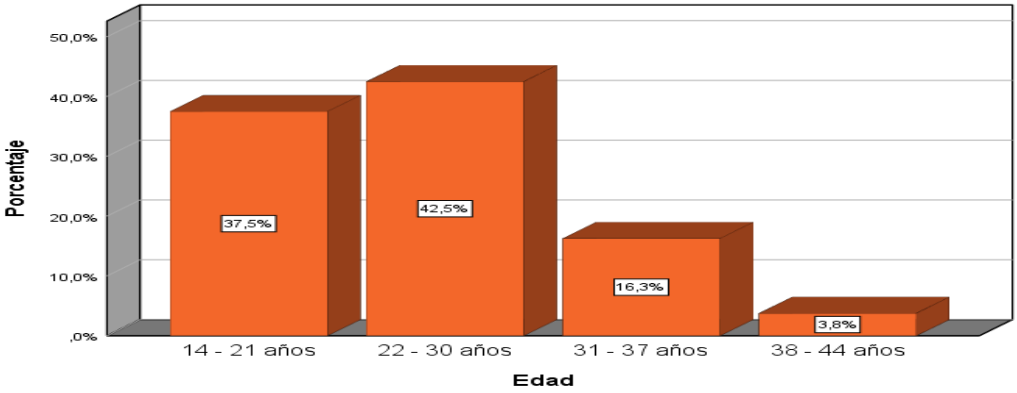

Figura 1. Frecuencia de la edad en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

Significado estadístico de los datos

En el análisis de la distribución de edad joven-adulta si hubo cambios: el grupo de 22 a 30 años presentó la mayor frecuencia relativa, con un 42.5% (n=34), mientras que el grupo de 14 a 21 años le siguió con un 37.5% (n=30). Los grupos de edad adulta media, 31 a 37 y 38 a 44 años, mostraron frecuencias relativas considerablemente menores, del 16.3% (n=13) y 3.8% (n=3), respectivamente.

Tabla 2. Frecuencia del estado civil de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Puérperas			
	n = 80			
	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estado civil				
Soltera	18	22.5	22.5	22.5
Casada	4	5.0	5.0	27.5
Conviviente	58	72.5	72.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	-

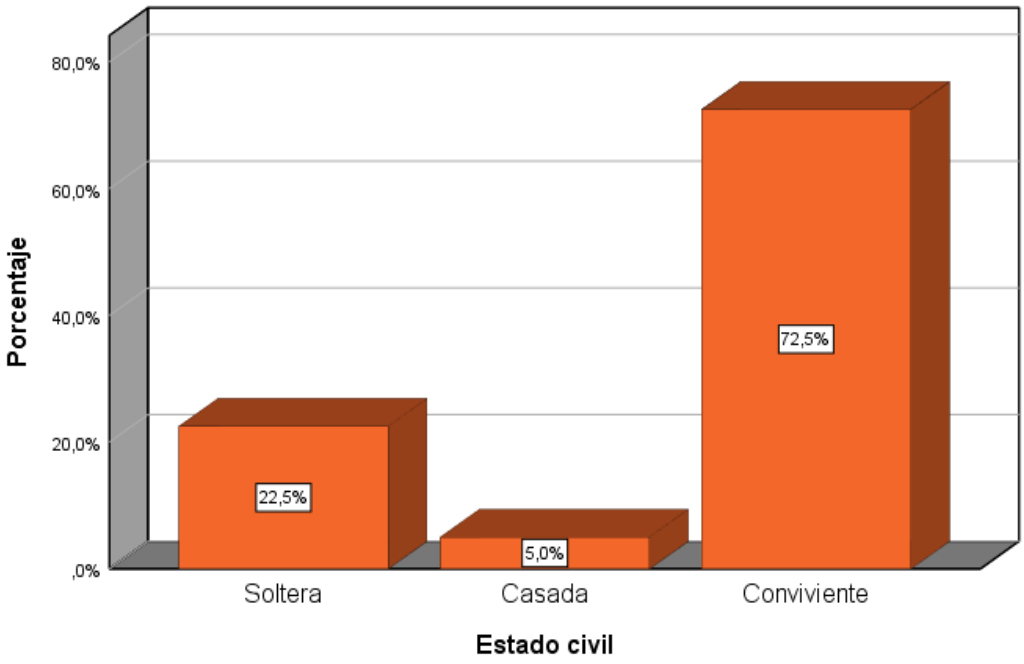

Figura 2. Frecuencia del estado civil de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

Significado estadístico de los datos

El análisis del estado civil reveló una marcada predominancia de la convivencia en la muestra de puérperas. Un 72.5% (n=58) de las participantes reportaron vivir con su pareja (conviviente), contrastando con un 22.5% (n=18) que se identificaron como solteras y un 5.0% (n=4) como casadas.

Tabla 3. Frecuencia del grado de instrucción de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Puérperas			
	n = 80			
	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Grado de instrucción				
Sin instrucción	4	5.0	5.0	5.0
Primaria	36	45.0	45.0	50.0
Secundaria	29	36.3	36.3	86.3
Superior no universitario	10	12.5	12.5	98.8
Superior universitario	1	1.3	1.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	-

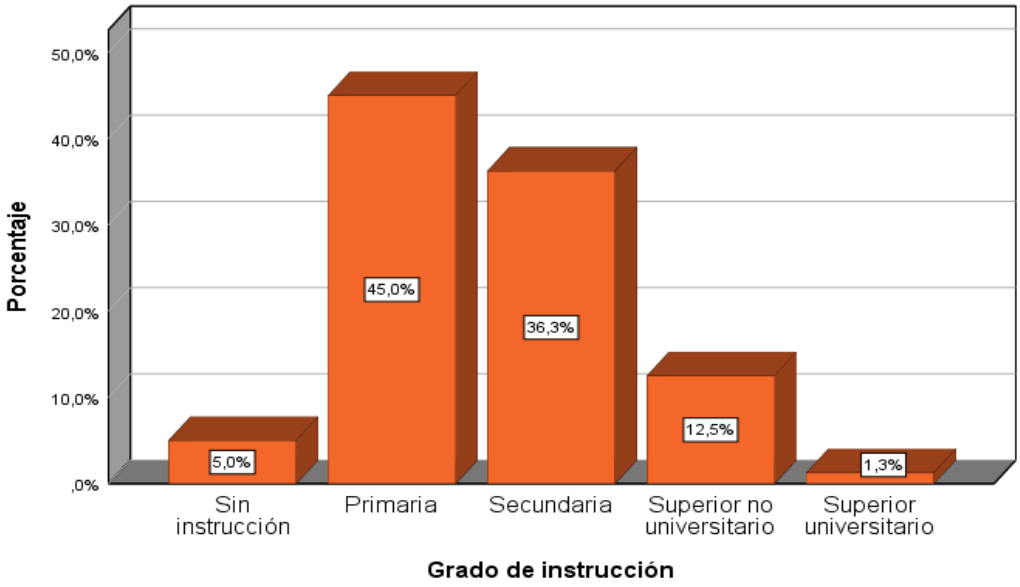

Figura 3. Frecuencia del grado de instrucción de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

Significado estadístico de los datos

El análisis del grado de instrucción reveló una distribución heterogénea, con una predominancia de puérperas con educación primaria (45.0%, n=36). Se observó una proporción considerable con educación secundaria (36.3%, n=29), mientras que los niveles de instrucción superior, tanto no universitario como universitario, representaron proporciones minoritarias, con un 12.5% (n=10) y 1.3% (n=1), respectivamente. Un 5.0% (n=4) de las participantes no poseía instrucción formal.

Tabla 4. Frecuencia de la ocupación en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Puérperas			
	n = 80			
	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ocupación				
Empleada tiempo completo	13	16.3	16.3	16.3
Empleada medio tiempo	31	38.8	38.8	55.0
Desempleada	8	10.0	10.0	65.0
Ama de casa	26	32.5	32.5	97.5
Estudiante	2	2.5	2.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	-

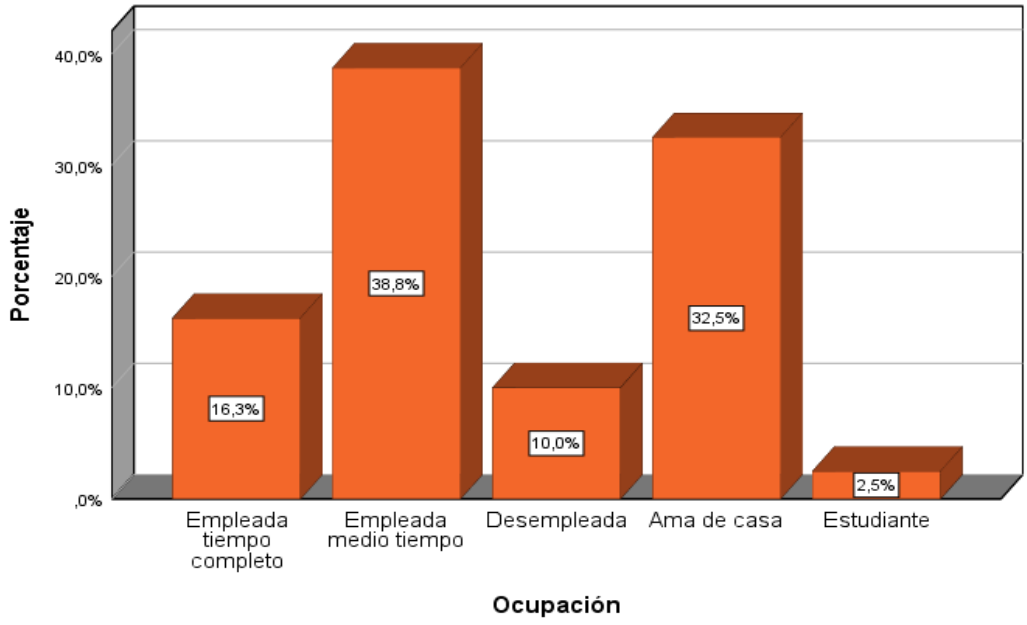

Figura 4. Frecuencia de la ocupación en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

Significado estadístico de los datos

La frecuencia relativa de la ocupación mostró una diversidad significativa en la muestra de puérperas. El empleo a medio tiempo fue la ocupación más frecuente (38.8%, n=31), seguido de cerca por las labores del hogar (32.5%, n=26). El empleo a tiempo completo representó una proporción menor (16.3%, n=13), y las tasas de desempleo y estudiantes fueron bajas (10.0%, n=8 y 2.5%, n=2, respectivamente).

Tabla 5. Frecuencia de la religión en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Puérperas			
	n = 80			
	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Religión				
Evangélica	44	55.0	55.0	55.0
Católica	36	45.0	45.0	100.0
Total	80	100.0	100.0	-

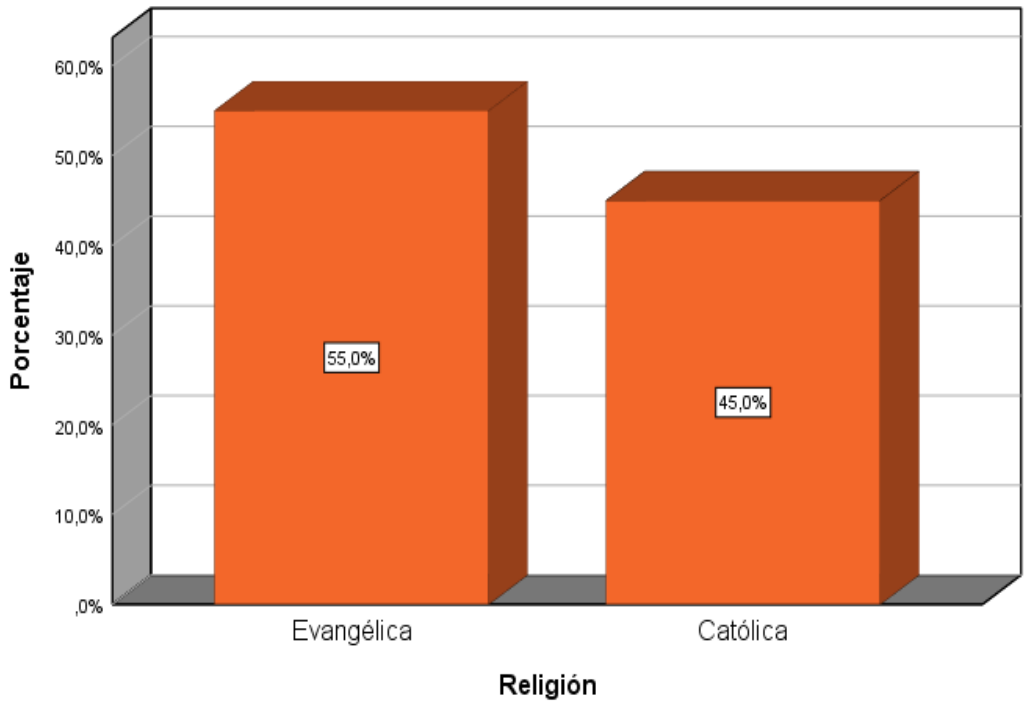

Figura 5. Frecuencia de la religión en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

Significado estadístico de los datos

Considerando la distribución religiosa en la población de puérperas reveló una marcada dualidad, con una ligera predominancia de la afiliación evangélica. Específicamente, el 55.0% (n=44) de las participantes se identificaron como evangélicas, lo que nos sugiere una presencia notable de esta comunidad religiosa en la muestra. Por otro lado, la afiliación católica también representó una proporción significativa, alcanzando el 45.0% (n=36).

4.1.2. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Tabla 6. Frecuencia de la edad de inicio de relaciones sexuales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Puérperas			
	n = 80			
	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad de inicio de relaciones sexuales				
De 14 a 21 años	77	96.3	96.3	96.3
De 22 a 30 años	3	3.8	3.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	-

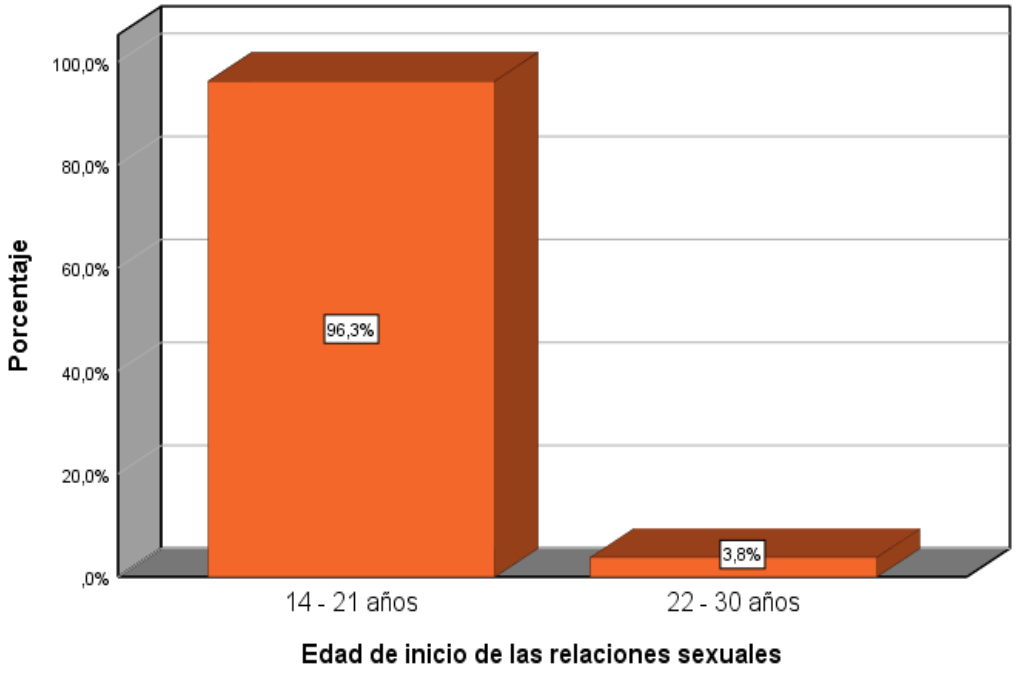

Figura 6. Frecuencia de la edad de inicio de relaciones sexuales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

Significado estadístico de los datos

Teniendo en cuenta la edad de inicio de las relaciones sexuales en la muestra de puérperas reveló una alta prevalencia de inicio temprano. Específicamente, el 96.3% (n=77) de las participantes reportaron haber iniciado su actividad sexual entre los 14 y 21 años. En contraste, solo el 3.8% (n=3) indicó haber iniciado entre los 22 y 30 años.

Tabla 7. Frecuencia del número de parejas sexuales de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Puérperas			
	n = 80			
	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Número de parejas sexuales				
Solo una pareja sexual	34	42.5	42.5	42.5
Entre 2 a 5 parejas sexuales	43	53.8	53.8	96.3
Más de 5 parejas sexuales	3	3.8	3.8	100.0
Total	80	100.0	100.0	-

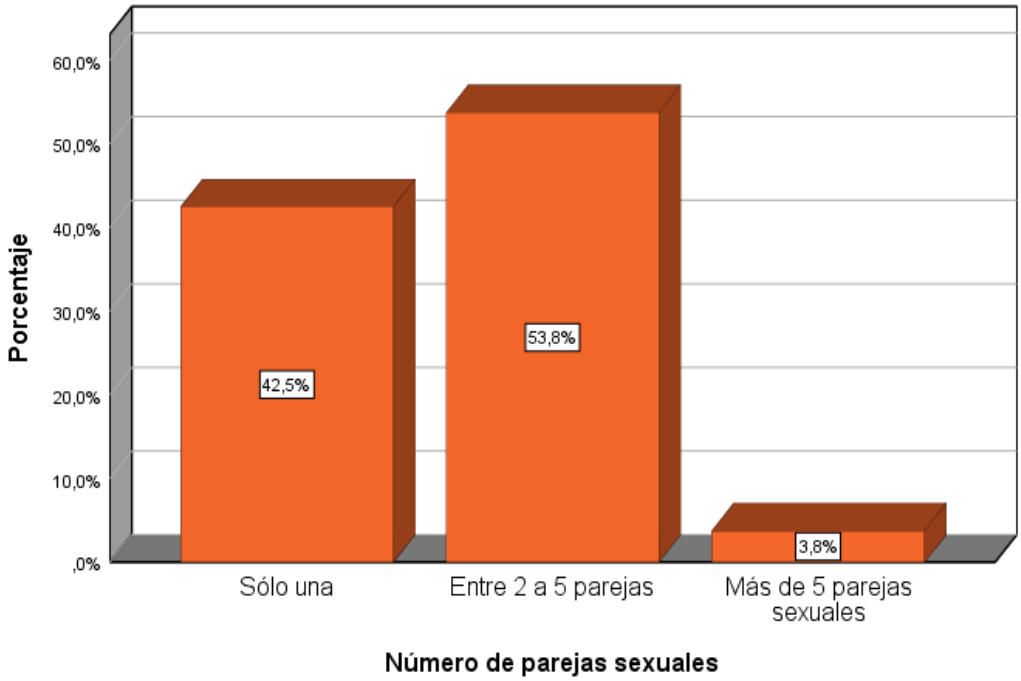

Figura 7. Frecuencia del número de parejas sexuales de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

Significado estadístico de los datos

Las frecuencias relativas del número de parejas sexuales mostraron una variabilidad notable en la muestra de puérperas. La mayoría de las participantes, un 53.8% (n=43), reportaron haber tenido entre dos y cinco parejas. Un 42.5% (n=34) indicó haber tenido una sola pareja, y un 3.8% (n=3) reportó más de cinco parejas.

Tabla 8. Frecuencia del número de partos de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Puérperas			
	n = 80			
	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Paridad				
Primípara	37	46.3	46.3	46.3
Secundípara	34	42.5	42.5	88.8
Multípara	9	11.3	11.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	-

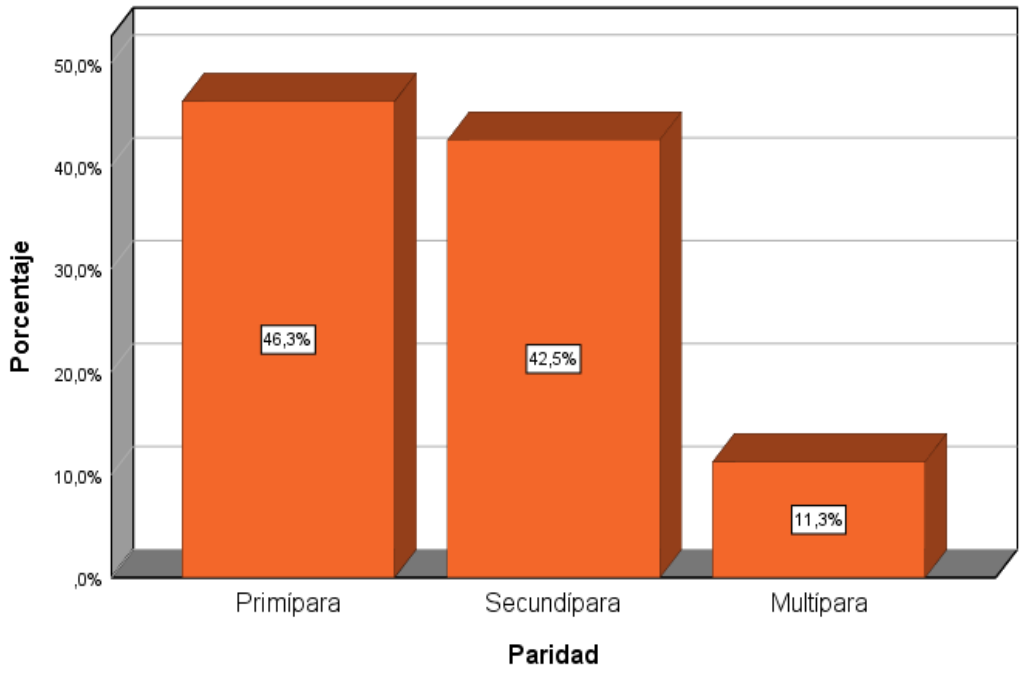

Figura 8. Frecuencia del número de partos de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

Significado estadístico de los datos

El análisis de la paridad en la muestra de puérperas reveló una distribución predominantemente centrada en primíparas y secundíparas. El 46.3% (n=37) de las participantes eran primíparas, seguidas de cerca por las secundíparas, con un 42.5% (n=34). No obstante, la multiparidad representó un 11.3% (n=9) de la muestra.

Tabla 9. Frecuencia del número de atenciones prenatales de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Puérperas			
	n = 80			
	fi	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Número de atenciones prenatales				
Ninguna (cero)	22	27.5	27.5	27.5
De 1 a 2 sesiones	41	51.2	51.2	78.8
De 3 a 5 sesiones	11	13.8	13.8	92.5
De 6 a más sesiones	6	7.5	7.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	-

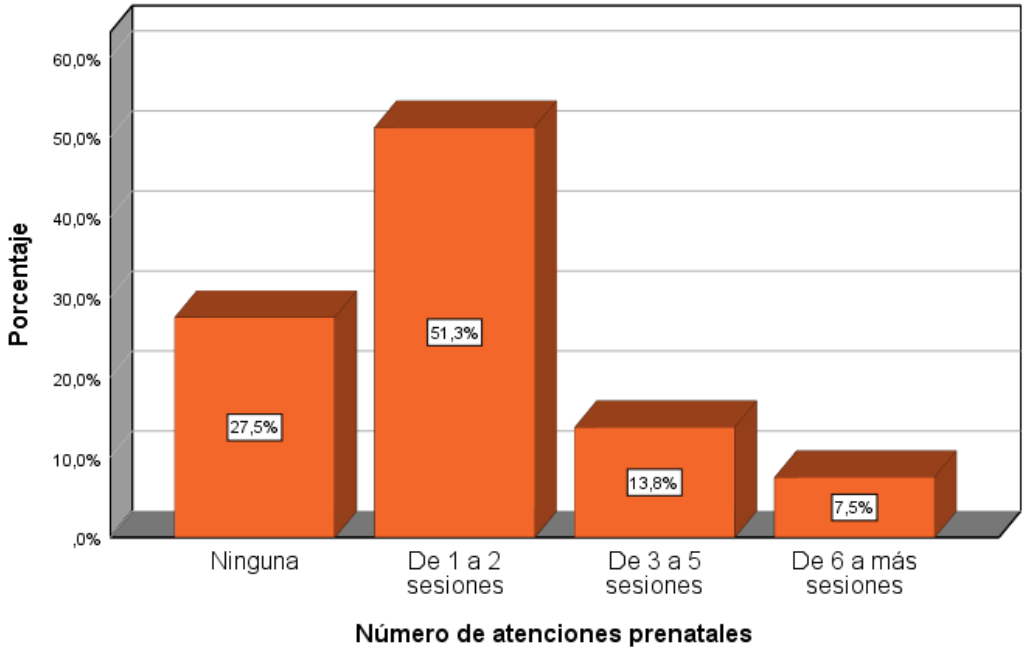

Figura 9. Frecuencia del número de atenciones prenatales de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

Significado estadístico de los datos

Al observar el número de atenciones prenatales durante el último embarazo reveló una distribución preocupante, caracterizada por una baja adherencia a las recomendaciones de atención prenatal. El 51.3% (n=41) de las puérperas reportaron haber recibido entre 1 y 2 sesiones, mientras que un 27.5% (n=22) no recibió ninguna atención prenatal. Un 13.8% (n=11) recibió entre 3 y 5 sesiones, y solo un 7.5% (n=6) cumplió con 6 o más sesiones.

4.1.3. DESCRIPCIÓN DE LAS PREFERENCIAS RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

Tabla 10. Descripción de la escala de Likert para la variable preferencias respecto a los métodos anticonceptivos temporales, en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

ÍTEMS	Puérperas (n=80)									
	Escala de Likert									
	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Considero que los métodos anticonceptivos temporales son efectivos para prevenir embarazos no deseados.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	54	67.5	26	32.5
Prefiero métodos anticonceptivos temporales debido a su facilidad de uso.	0	0.0	0	0.0	1	1.3	33	41.3	46	57.5
Estoy conforme con la variedad de métodos anticonceptivos temporales disponibles en el mercado.	0	0.0	0	0.0	1	1.3	55	68.8	24	30.0
Creo que los métodos anticonceptivos temporales tienen menos efectos secundarios en comparación con los definitivos.	0	0.0	1	1.3	0	0.0	36	45.0	43	53.8
Siento que los métodos anticonceptivos temporales me ofrecen la libertad de planificar mi futuro reproductivo.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	56	70.0	24	30.0
Percibo que los métodos temporales se adaptan mejor a	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37	46.3	43	53.8

mis necesidades de salud actuales.										
Considero que los métodos anticonceptivos temporales requieren un menor compromiso a largo plazo.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	51	63.7	29	36.3
Estoy satisfecha con la información recibida sobre los métodos anticonceptivos temporales.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	28	35.0	52	65.0
Prefiero métodos anticonceptivos temporales porque permiten suspender su uso en cualquier momento.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	54	67.5	26	32.5
Considero que los métodos anticonceptivos temporales son más accesibles económicamente.	0	0.0	0	0.0	2	2.5	33	41.3	45	56.3
Me siento segura usando métodos anticonceptivos temporales recomendados por mi profesional de salud.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	53	66.3	27	33.8
Creo que los métodos anticonceptivos temporales son adecuados para mujeres de todas las edades.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	32	40.0	48	60.0
Prefiero métodos anticonceptivos temporales debido a su disponibilidad en centros de salud.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	59	73.8	21	26.3
Estoy de acuerdo en que los métodos temporales pueden ser	0	0.0	0	0.0	0	0.0	31	38.8	49	61.3

fácilmente adaptados según mi estilo de vida.										
Considero que los métodos anticonceptivos temporales son menos invasivos que los definitivos.	0	0.0	0	0.0	1	1.3	58	72.5	21	26.3

Respuesta al primer formulario hipotético

- **Hi_1:** El nivel de preferencia es alto respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024
- **Ha_1:** El nivel de preferencia es moderado respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024
- **Ho_1:** El nivel de preferencia es bajo respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024

Tabla 11. Clasificación de las preferencias respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

CLASIFICACIÓN DE LA PRIMERA DIMENSIÓN	**Puérperas**			
	n = 80			
	fi	**%**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
Preferencias respecto a los métodos anticonceptivos temporales				
Preferencia baja	18	22.5	22.5	22.5
Preferencia moderada	41	51.2	51.2	73.8
Preferencia alta	21	26.3	26.3	100.0

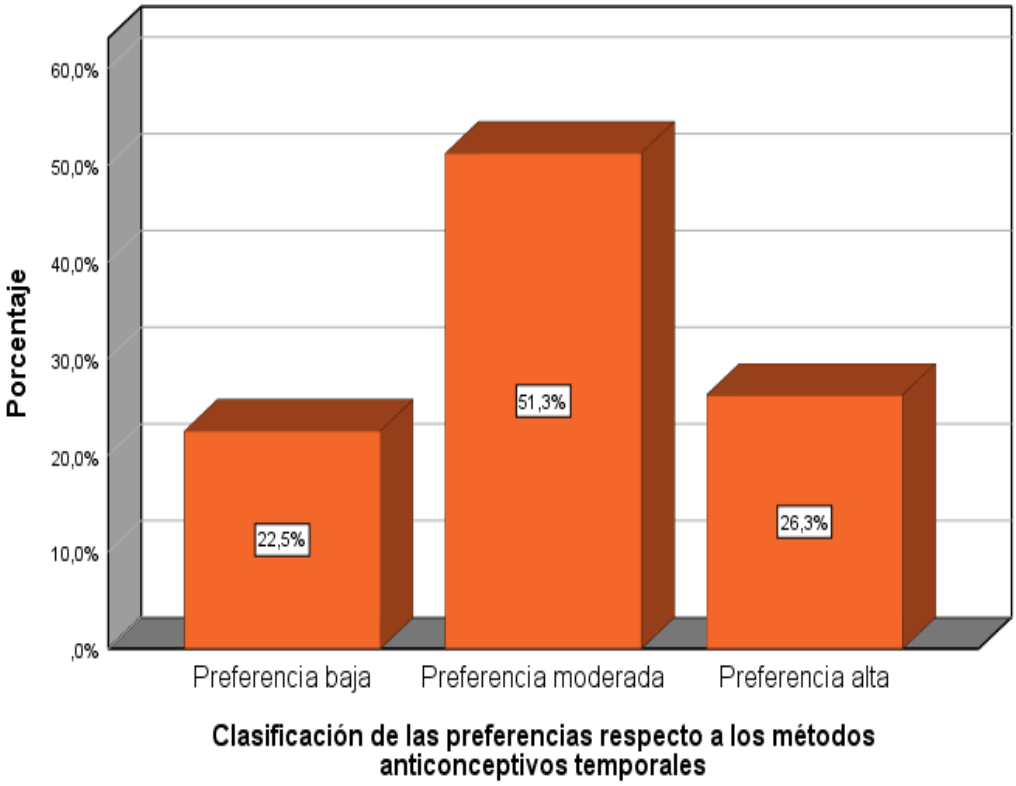

Figura 10. Clasificación de las preferencias respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

Significado estadístico de los datos

El análisis de las preferencias de las puérperas respecto a los métodos anticonceptivos temporales reveló una distribución en la que predominó la preferencia moderada. Específicamente, el 51.3% (n=41) de las participantes mostraron una preferencia moderada, seguido por un 26.3% (n=21) con preferencia alta y un 22.5% (n=18) con preferencia baja.

4.1.4. DESCRIPCIÓN DE LAS PREFERENCIAS RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS

Tabla 12. Descripción de la escala de Likert para la variable preferencias respecto a los métodos anticonceptivos definitivos, en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

ÍTEMS	Puérperas (n=80)									
	Escala de Likert									
	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Creo que los métodos anticonceptivos definitivos son una opción adecuada para quienes no desean más hijos.	0	0.0	0	0.0	1	1.3	29	36.3	50	62.5
Estoy de acuerdo en que los métodos anticonceptivos definitivos ofrecen mayor seguridad a largo plazo.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	59	73.8	21	26.3
Considero que los métodos definitivos eliminan la preocupación constante por el uso de anticonceptivos.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	29	36.3	51	63.7
Prefiero los métodos anticonceptivos definitivos debido a su efectividad permanente.	0	0.0	0	0.0	1	1.3	53	66.3	26	32.5
Siento que los métodos anticonceptivos definitivos requieren una menor intervención médica continua.	0	0.0	0	0.0	1	1.3	29	36.3	50	62.5
Estoy satisfecha con	0	0.0	0	0.0	0	0.0	53	66.3	27	33.8

la información proporcionada sobre los métodos anticonceptivos definitivos.										
Considero que los métodos definitivos reducen el riesgo de efectos adversos relacionados con el uso prolongado de métodos temporales.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	34	42.5	46	57.5
Percibo que los métodos definitivos son una inversión económica a largo plazo.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	49	61.3	31	38.3
Prefiero métodos anticonceptivos definitivos porque no requieren mantenimiento constante.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	35	43.8	45	56.3
Me siento más tranquila sabiendo que no hay riesgo de embarazo con métodos anticonceptivos definitivos.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	53	66.3	27	33.8
Estoy de acuerdo en que los métodos definitivos son adecuados para mujeres en ciertas etapas de la vida.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	35	43.8	45	56.3
Los métodos definitivos respetan mi autonomía reproductiva.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	34	42.5	46	57.5
Creo que los métodos definitivos pueden ser una solución definitiva a las	0	0.0	0	0.0	0	0.0	58	72.5	22	27.5

preocupaciones de planificación familiar.										
Los métodos anticonceptivos definitivos deben ser discutidos ampliamente antes de su elección.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	33	41.3	47	58.8
Prefiero los métodos anticonceptivos definitivos debido a su efectividad comprobada.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	54	67.5	26	32.5

Respuesta al segundo formulario hipotético

- **Hi_2:** El nivel de preferencia es alto respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024
- **Ha_2:** El nivel de preferencia es moderado respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024
- **Ho_2:** El nivel de preferencia es bajo respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024

Tabla 13. Clasificación de las preferencias respecto a los métodos anticonceptivos definitivos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

CLASIFICACIÓN DE LA SEGUNDA DIMENSIÓN	**Puérperas**			
	n = 80			
	fi	**%**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
Preferencias respecto a los métodos anticonceptivos definitivos				
Preferencia baja	34	42.5	42.5	42.5
Preferencia moderada	45	56.3	56.3	98.8
Preferencia alta	1	1.3	1.3	100.0

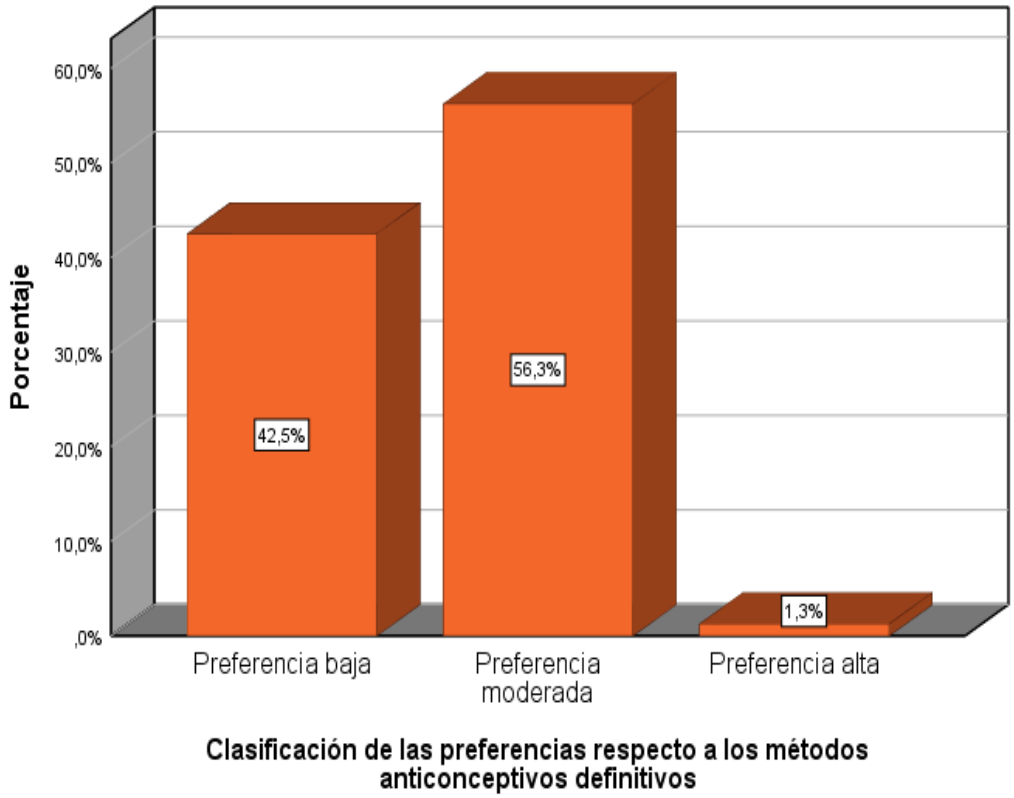

Figura 11. Clasificación de las preferencias respecto a los métodos anticonceptivos definitivos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

Significado estadístico de los datos

El análisis de las preferencias hacia los métodos anticonceptivos definitivos reveló una distribución inversa en comparación con los métodos temporales. La preferencia moderada fue la más frecuente, con un 56.3% (n=45) de las participantes, seguida por la preferencia baja, con un 42.5% (n=34). La preferencia alta fue minoritaria, representando solo el 1.3% (n=1).

4.1.5. DESCRIPCIÓN DE LA CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA

Tabla 14. Descripción de la escala de Likert para la variable consejería anticonceptiva sobre los métodos anticonceptivos definitivos, en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

ÍTEMS	Puérperas (n=80)									
	Escala de Likert									
	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
La consejería anticonceptiva fue clara y comprensible.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	27	33.8	53	66.3
Se abordaron adecuadamente mis preocupaciones durante la sesión de consejería.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	58	72.5	22	27.5
Considero que la información proporcionada fue suficiente para tomar una decisión informada.	0	0.0	0	0.0	1	1.3	31	38.8	48	60.0
Percibí un enfoque personalizado en la consejería anticonceptiva que recibí.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	56	70.0	24	30.0
La orientación brindada facilitó mi comprensión de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	27	33.8	53	66.3
Me sentí apoyada en la elección del método anticonceptivo más adecuado para mí.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	55	68.8	25	31.3
La consejería incluyó una explicación detallada de los posibles efectos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37	46.3	43	53.8

secundarios de cada método.										
Recibí suficiente información sobre la efectividad de cada método anticonceptivo.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	34	42.5	46	57.5
La consejería se realizó en un ambiente confidencial y seguro.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	54	67.5	26	32.5
La comunicación ante la consejería fue empática y sin juicios.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	34	42.5	46	57.5
Me ofrecieron alternativas adecuadas según mi situación personal y de salud.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	49	61.3	31	38.8
La duración de la consejería fue suficiente para resolver todas mis dudas.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37	46.3	43	53.8
La consejería incluyó información actualizada y basada en evidencia científica.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	55	68.8	25	31.3
Se me informó sobre la posibilidad de cambiar de método si presentaba inconvenientes.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	39	48.8	41	51.2
Me sentí respetada en mis decisiones y elecciones durante la consejería.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	52	65.0	28	35.0
La consejería fomentó decisiones autónomas e informadas.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	40	50.0	40	50.0
Recibí material de apoyo que	0	0.0	0	0.0	1	1.3	50	62.5	29	36.3

facilitó mi comprensión de los métodos anticonceptivos.										
Se me ofrecieron recursos adicionales para ampliar mi conocimiento sobre anticoncepción.	0	0.0	0	0.0	4	5.0	41	51.2	35	43.8
La consejería abordó aspectos emocionales y psicológicos asociados con la anticoncepción.	0	0.0	0	0.0	1	1.3	48	60.0	31	38.8
Considero que la consejería anticonceptiva fue útil para planificar mi salud reproductiva a largo plazo.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	43	53.8	37	46.3

Respuesta al tercer formulario hipotético

- **Hi_3:** La calidad de la consejería es adecuada sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024
- **Ho_3:** La calidad de la consejería es inadecuada sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024

Tabla 15. Clasificación de la consejería anticonceptiva en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

CLASIFICACIÓN DE LA TERCERA DIMENSIÓN	**Puérperas**			
	n = 80			
	fi	**%**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
Calidad de la consejería anticonceptiva				
Consejería inadecuada	49	61.3	61.3	61.3
Consejería adecuada	31	38.8	38.8	100.0

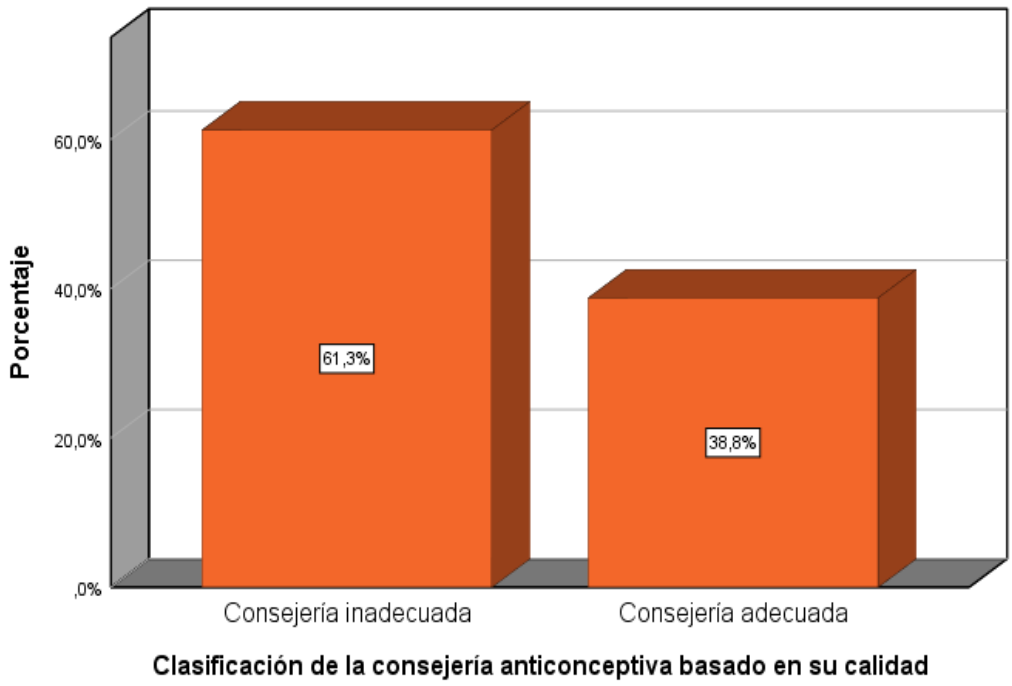

Figura 12. Clasificación de la consejería anticonceptiva en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, departamento de Huánuco - 2024

Significado estadístico de los datos

La evaluación de la consejería anticonceptiva reveló una situación preocupante: casi dos tercios (61.3%, n=49) de las puérperas percibieron la consejería como inadecuada. Este hallazgo subraya la necesidad urgente de revisar y mejorar los protocolos de consejería, ya que una consejería deficiente puede tener consecuencias significativas en la salud reproductiva de las mujeres. Por otro lado, un 38.8% (n=31) reportó haber recibido una consejería adecuada, lo que demuestra que es posible ofrecer servicios de calidad, pero se requiere una mayor consistencia.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS

El puerperio, ese periodo de transición tras el parto, es mucho más que una simple recuperación física. Representa un momento de profunda vulnerabilidad y, a la vez, de crucial oportunidad para la salud de la mujer y su recién nacido. En este contexto, la planificación familiar se erige como un pilar fundamental, no solo para prevenir embarazos no deseados, sino para garantizar el bienestar integral de la madre.

En el Centro de Salud de Panao, como en tantas otras comunidades, la realidad de la planificación familiar postparto está marcada por desafíos únicos. ¿Cuáles son las preferencias anticonceptivas de estas mujeres que acaban de dar a luz? ¿La consejería que reciben se adapta a sus necesidades y expectativas? Estas preguntas, lejos de ser meras curiosidades académicas, son el punto de partida para comprender y mejorar la salud reproductiva de las puérperas de Panao.

Es por ello que, este estudio se adentró en el corazón de esta problemática, buscando desentrañar las preferencias y experiencias de las mujeres en relación con la anticoncepción postparto. A través de un enfoque riguroso y sensible, se evaluó las preferencias y la calidad de la consejería recibida. En tal sentido, esto también empodera a las mujeres para que tomen decisiones informadas sobre su salud reproductiva.

Según nuestros resultados, desde un enfoque descriptivo para las características demográficas muestra un mosaico de realidades, reveló que el corazón de la muestra de puérperas en Panao late al ritmo de la juventud adulta, con un 42.5% (n=34) de mujeres entre 22 y 30 años. Esta etapa de la vida, marcada por la construcción de proyectos y la consolidación de familias, se entrelaza con la predominancia de la convivencia (72.5%, n=58), reflejando una realidad común en muchas comunidades. Sin embargo, este escenario contrasta con el perfil demográfico encontrado por Gouldin et al. (22), quienes describieron una población mayoritariamente blanca, con educación superior y mayor de 30 años, subrayando la diversidad de contextos y la importancia

de adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de cada población.

La educación primaria como nivel predominante (45.0%, n=36) nos invita a reflexionar sobre las oportunidades y desafíos que enfrentan estas mujeres. Alvites (30) y Chambi y Matos (29) también encontraron una diversidad en los niveles educativos, lo que sugiere que la educación es un factor crucial en la toma de decisiones sobre salud reproductiva. La ocupación a medio tiempo (38.8%, n=31) y la afiliación evangélica (55.0%, n=44) añaden capas a este mosaico, revelando la importancia de considerar los roles y creencias de las mujeres en la planificación de servicios de salud.

Del mismo modo para las características obstétricas, basados en el Inicio y el transcurso de la maternidad nos muestran un inicio temprano de la actividad sexual (14-21 años, 96.3%, n=77) nos alerta sobre la necesidad de fortalecer la educación sexual y reproductiva desde la adolescencia. La variabilidad en el número de parejas sexuales (2-5 parejas, 53.8%, n=43) y el predominio de la heterosexualidad (98.8%, n=79) nos recuerdan la diversidad de experiencias y la importancia de ofrecer servicios inclusivos y respetuosos.

La distribución equitativa entre primíparas (46.3%, n=37) y secundíparas (42.5%, n=34) sugiere que las necesidades de planificación familiar son relevantes en todas las etapas de la maternidad. Sin embargo, la baja adherencia a la atención prenatal (1-2 sesiones, 51.3%, n=41) es una señal de alarma. Este hallazgo, en línea con la preocupación de Mruts et al. (24) sobre la baja cobertura de asesoramiento prenatal, nos impulsa a buscar estrategias para mejorar el acceso y la calidad de la atención prenatal.

Sin embargo, desde una perspectiva basada en las preferencias anticonceptivas y consejería, nuestros resultados nos muestran un camino hacia la autonomía reproductiva, pues, las preferencias moderadas por métodos anticonceptivos, tanto temporales (51.3%, n=41) como definitivos (56.3%, n=45), nos indican que las puérperas están abiertas a la planificación familiar, pero necesitan información y apoyo para tomar decisiones informadas. Sin embargo, la calidad de consejería inadecuada (61.3%, n=49) es una barrera significativa.

En este punto, la evidencia de Mruts et al. (24) sobre el impacto positivo del asesoramiento antes del alta y durante la vacunación infantil resuena con fuerza. Freeman et al. (26) también destacan la preferencia de las mujeres por recibir asesoramiento en el posparto temprano, lo que subraya la importancia de integrar la planificación familiar en los servicios de maternidad.

La correlación entre el conocimiento y el uso de anticonceptivos, encontrada por Escriba y Gamboa (28) y Sánchez (31), nos recuerda que la información es poder. Alvarado (32) nos invita a reflexionar sobre la calidad y el formato de la consejería, destacando la importancia del respeto, la comodidad y el uso de materiales didácticos.

En tal sentido, nuestro estudio, al igual que el de Gouldin et al. (22), subraya la importancia del asesoramiento en la elección de métodos anticonceptivos. Sin embargo, a diferencia de su estudio, donde el asesoramiento se asoció con el uso de métodos altamente eficaces, en nuestro caso, la percepción de consejería inadecuada se correlacionó con preferencias moderadas. Esto nos lleva a cuestionar la calidad y el contenido del asesoramiento que se está ofreciendo.

También, la diversidad en las preferencias de métodos anticonceptivos, observada por Chambi y Matos (29), se refleja en nuestros resultados. Sin embargo, las diferencias en la prevalencia de cada método nos recuerdan que las preferencias son influenciadas por factores culturales, sociales y económicos específicos de cada comunidad.

En última instancia, nuestros hallazgos nos invitan a reflexionar sobre la importancia de construir un camino hacia la autonomía reproductiva de las mujeres en Panao. Este camino requiere de servicios de salud integrales, accesibles y de calidad, que respeten las decisiones y necesidades de cada mujer.

CONCLUSIONES

1. Características demográficas

El perfil demográfico de las puérperas se define por una predominancia de mujeres jóvenes adultas (n=34, 42.5%), situadas entre 22 a 30 años. Asimismo, la convivencia como estado civil es notable (n=58, 72.5%). En cuanto a la educación, la mayoría posee educación primaria (n=36, 45.0%). La ocupación a medio tiempo es una realidad común (n=31, 38.8%), reflejando la necesidad de considerar los roles laborales. Además, religión evangélica es predominante (n=44, 55.0%), un aspecto esencial para la atención respetuosa.

2. Características obstétricas

Las puérperas tienden a iniciar su actividad sexual a temprana edad (n=77, 96.3%), específicamente 14 y 21 años, subrayando educación temprana. El número de parejas sexuales presente en (n=43, 53.8%). La paridad se distribuye equitativamente entre primíparas y secundíparas (n=37, 46.3%; n=34, 42.5%). No obstante, la atención prenatal (n=41, 51.3%) señala una barrera crítica en el acceso a servicios de salud.

3. Preferencias anticonceptivas temporales

En tercer lugar, el análisis de preferencias temporales reveló que 41 puérperas, lo que equivale al 51.3%, mostraron preferencia moderada. Asimismo, 21 puérperas, lo que equivale al 26.3%, expresaron preferencia alta, y 18 puérperas, lo que equivale al 22.5%, mostraron preferencia baja.

4. Preferencias anticonceptivas definitivas

En cuanto a las preferencias anticonceptivas definitivas, se encontró que 45 puérperas, lo que equivale al 56.3%, mostraron preferencia moderada. Además, 34 puérperas, lo que equivale al 42.5%, mostraron preferencia baja, y 1 puérpera, lo que equivale al 1.3%, mostró preferencia alta.

5. Consejería

Finalmente, en cuanto a la consejería, se encontró que 49 puérperas, lo que equivale al 61.3%, percibieron la consejería como inadecuada. Por otro

lado, 31 puérperas, lo que equivale al 38.8%, percibieron la consejería como adecuada.

RECOMENDACIONES

1. Para el director del Centro de Salud Panao

Es imperativo que el director del centro sanitario lidere la implementación de programas de capacitación continua para el personal de salud, enfocándose en la mejora de la calidad de la consejería anticonceptiva. Esto incluye asegurar la disponibilidad de recursos y materiales educativos actualizados, así como promover un ambiente de respeto y empatía en la atención a las puérperas. Además, se recomienda fortalecer la infraestructura y los espacios dedicados a la planificación familiar, garantizando la privacidad y comodidad de las usuarias. Asimismo, es fundamental implementar mecanismos de seguimiento y evaluación de la calidad de los servicios en el Centro de Salud Panao, específicamente en el área de planificación familiar. Esto permitirá identificar oportunidades de mejora y garantizar la satisfacción de las mujeres que acceden a estos servicios.

2. Para las obstetras

Se recomienda a las obstetras que adopten un enfoque centrado en la paciente, dedicando tiempo suficiente para escuchar y responder a las preguntas y preocupaciones de las puérperas. Fundamentalmente proporcionar información clara, completa y adaptada a las necesidades individuales de cada mujer, utilizando un lenguaje sencillo y evitando tecnicismos. Además, se sugiere promover la participación activa de las parejas en la consejería, reconociendo su rol en la toma de decisiones sobre planificación familiar. Asimismo, se recomienda mantenerse actualizadas sobre los diferentes métodos anticonceptivos y sus beneficios, así como sobre las últimas guías y protocolos clínicos, brindando siempre una atención empática y humanitaria que responda a las necesidades y derechos de las mujeres.

3. Para los internos de obstetricia

Dado que los internos de obstetricia se encargan de una parte crucial de la consejería en planificación familiar, se recomienda mejorar significativamente la calidad y efectividad de sus intervenciones. Es fundamental que, durante su práctica, se enfoquen en dedicar tiempo

suficiente a cada puérpera, asegurando que comprendan a fondo los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, tanto temporales como definitivos, y sus implicaciones. Ante la clara tendencia hacia la preferencia por métodos moderados, los internos deben prepararse para discutir las ventajas y desventajas de cada opción de manera clara y objetiva, adaptando su lenguaje y materiales didácticos a las características de la población atendida, mayoritariamente jóvenes adultas con educación primaria. La alta prevalencia de inicio sexual temprano exige que los internos aborden temas de educación sexual y reproductiva con sensibilidad y respeto, creando un ambiente de confianza donde las puérperas se sientan cómodas para expresar sus dudas y preocupaciones.

4. Para el encargado del área de planificación familiar

Se recomienda al encargado del área de planificación familiar liderar la implementación de estrategias innovadoras para mejorar el acceso y la calidad de los servicios. Esto incluye la promoción de la consejería pre y postparto, la oferta de una variedad de métodos anticonceptivos y la organización de campañas de sensibilización en la comunidad. Además, se sugiere establecer alianzas con otras instituciones y organizaciones para fortalecer la red de apoyo a las puérperas. Asimismo, se recomienda realizar investigaciones y estudios para evaluar la efectividad de las intervenciones y adaptar los servicios a las necesidades cambiantes de la población.

5. Para las madres en general

Se recomienda a las madres en general informarse sobre los diferentes métodos anticonceptivos y sus beneficios, buscando fuentes de información confiables y actualizadas. Es fundamental tomar decisiones informadas sobre planificación familiar, considerando sus necesidades y preferencias individuales. Además, se sugiere participar activamente en las sesiones de consejería, expresando sus dudas y preocupaciones al personal de salud. Asimismo, se recomienda promover la comunicación abierta y honesta con sus parejas sobre temas de salud sexual y reproductiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Qué es el puerperio y las etapas del posparto | UNICEF [Internet]. [citado el 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/que-es-el-puerperio-y-las-etapas-del-posparto

2. Octavio Peralta M. Aspectos clínicos del puerperio. Disponible en: https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf

3. La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto [Internet]. [citado el 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth

4. Resumen. En: Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva [Internet] [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2022 [citado el 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589456/

5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Planificación familiar | UNFPA [Internet]. [citado el 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.unfpa.org/es/planificaci%C3%B3n-familiar

6. Importancia de la Planificación familiar - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [Internet]. [citado el 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.mspbs.gov.py/portal/2900/importancia-de-la-planificacion-familiar.html

7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA LAC. [citado el 4 de septiembre de 2024]. Planificación Familiar. Disponible en: https://lac.unfpa.org/es/topics/planificaci%C3%B3n-familiar

8. Pasha O, Goudar SS, Patel A, Garces A, Esamai F, Chomba E, et al. Postpartum contraceptive use and unmet need for family planning in five low-income countries. Reprod Health. el 8 de junio de 2015; 12(2): S11.

9. Ali M, Tran NT. Defining counselling in contraceptive information and services: outcomes from an expert think tank. BMJ Sex Reprod Health. abril de 2022; 48(2): 79–81.

10. Pazol K, Zapata LB, Tregear SJ, Mautone-Smith N, Gavin LE. Impact of Contraceptive Education on Contraceptive Knowledge and Decision Making. Am J Prev Med. Agosto de 2015; 49(2 0 1): S46–56.

11. Nelson HD, Cantor A, Jungbauer RM, Eden KB, Darney B, Ahrens K, et al. Effectiveness and Harms of Contraceptive Counseling and Provision Interventions for Women: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med. julio de 2022; 175(7): 980–93.

12. Planificación familiar/métodos anticonceptivos [Internet]. [citado el 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

13. Contraceptive Use in the United States by Demographics | Guttmacher Institute [Internet]. 2020 [citado el 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.guttmacher.org/fact-sheet/contraceptive-use-united-states

14. UNFPA Thailand | United Nations Population Fund [Internet]. [citado el 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.unfpa.org/data/TH

15. Coleman-Minahan K, Potter J. Quality of postpartum contraceptive counseling and changes in contraceptive method preferences. Contraception [Internet]. 2019 [citado el 4 de septiembre de 2024]; Disponible en: https://consensus.app/papers/quality-postpartum-counseling-changes-contraceptive-colemanminahan/bfba8d7ecd135e2997dded60a926496b/

16. Weisband YL, Keder L, Keim S, Gallo M. Postpartum intentions on contraception use and method choice among breastfeeding women attending a university hospital in Ohio: a cross-sectional study. Reprod Health [Internet]. 2017 [citado el 4 de septiembre de 2024];14. Disponible

en: https://consensus.app/papers/postpartum-intentions-contraception-method-choice-among-weisband/987b67f1aa4e523e9be07c71cb28aee0/

17. Smith K, Spuy ZVD, Cheng L, Elton R, Glasier A. Is postpartum contraceptive advice given antenatally of value? Contraception. 2002; 3: 237–43.

18. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022 [Internet]. [citado el 5 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4233597-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2022

19. Rodríguez Ramírez N. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos e intención de uso en puérperas inmediatas del servicio de gineco obstetricia del HPDBL - agosto - octubre 2017. el 27 de noviembre de 2019 [citado el 5 de septiembre de 2024]; Disponible en: http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/6132

20. Gadea Rivera MA. Factores asociados al rechazo de uso de métodos anticonceptivos después del parto en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2021 [Internet] [Para optar el Título profesional de Licenciada en Obstetricia]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/a8a9fb04-437b-4343-8917-4294d9ca3721/content

21. Li CK, Botfield J, Amos N, Mazza D. Women's experiences of, and preferences for, postpartum contraception counselling. Aust J Prim Health [Internet]. 2022 [citado el 4 de septiembre de 2024]; Disponible en: https://consensus.app/papers/womens-experiences-preferences-postpartum-li/13fcd5a26af75657a3d79914b22101d7/

22. Goulding AN, Bauer AE, Muddana A, Bryant AG, Stuebe AM. Provider Counseling and Women's Family Planning Decisions in the Postpartum Period. J Womens Health. el 1 de junio de 2020; 29(6): 847–53.

23. Huber-Krum S, Khadka A, Pradhan E, Rohr J, Puri M, Maharjan D, et al. The effect of antenatal counseling and intrauterine device insertion services on postpartum contraceptive use in Nepal: Results from a stepped-wedge randomized controlled trial. Contraception. junio de 2020; 101(6): 384–92.

24. Mruts KB, Tessema GA, Gebremedhin AT, Scott JA, Pereira G. The role of family planning counselling during maternal and child health services in postpartum modern contraceptive uptake in Ethiopia: A national longitudinal study. Robinson J, editor. PLOS Glob Public Health. el 3 de agosto de 2022; 2(8): e0000563.

25. Guo M, Huber-Krum S, Shah I, Canning D. The Effect of Family Planning Counseling on Incident Pregnancy in Nepal. Stud Fam Plann. 2022; 53(2): 315–38.

26. Freeman-Spratt GJ, Botfield JR, Lee GS, Rajiv P, Black KI. Understanding women's views of and preferences for accessing postpartum contraception: a qualitative evidence synthesis. BMJ Sex Reprod Health. abril de 2023; 49(2): 129–41.

27. Rohr JK, Huber-Krum S, Rugarabamu A, Pearson E, Francis JM, Senderowicz L, et al. Impact of a post-partum family planning intervention on contraception and fertility in Tanzania: two-year follow-up of a cluster-randomised controlled trial. Eur J Contracept Reprod Health Care. el 2 de enero de 2024; 29(1): 24–31.

28. Escriba Infanzón L, Gamboa Bautista FL. Relación entre el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las puérperas del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno julio - setiembre 2019. 2020 [citado el 8 de septiembre de 2024]; Disponible en: http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/3853

29. Chambi Chávez GC, Matos Marti EM. Uso de métodos anticonceptivos de las puérperas atendidas en el centro de salud la Libertad Huancayo 2020.

el 8 de enero de 2022 [citado el 7 de septiembre de 2024]; Disponible en: http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/4595

30. Alvites Murayari RA. Método anticonceptivo de elección en puérperas atendidas en el hospital Iquitos Cesar Garayar García, enero a marzo 2021. el 24 de noviembre de 2021 [citado el 7 de septiembre de 2024]; Disponible en: http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1560

31. Sánchez Díaz SD. Conocimiento y elección de métodos anticonceptivos posparto en puérperas mediatas del Centro de Salud Túpac Amaru, agosto – setiembre 2022. Univ Priv Norte [Internet]. el 22 de marzo de 2023 [citado el 8 de septiembre de 2024]; Disponible en: http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6382442

32. Alvarado Antonio JL. Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud Materno Infantil Dr. Enrique Martin Altuna, 2023 [Internet] [Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/f200e210-4ddb-4cb7-9166-8260016762c9

33. Santamaría Valdera DM. Preferencia anticonceptiva según el entorno de la orientación en planificación familiar en mujeres en edad reproductiva, según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2019 [Internet]. 2022. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12672/17664

34. Giacomo PD, Sbarlati A, Bagnasco A, Sasso L. Woman's contraceptive needs and preferences in the postpartum period: An Italian study. J Clin Nurs. 2013;22 23-24:3406–17.

35. Adegbola O, Okunowo AA. Intended postpartum contraceptive use among pregnant and puerperal women at a university teaching hospital. Arch Gynecol Obstet. 2009; 280: 987–92.

36. Parreira BDM, Silva SRD, Miranzi MAS. Intention of use of contraceptive methods among puerperal women of a university hospital. Northeast Netw Nurs J [Internet]. 2011 [citado el 8 de septiembre de 2024];12. Disponible

en: https://consensus.app/papers/intention-methods-among-women-university-hospital-parreira/30d70c0ffddf56fea979384c61a2b0b9/

37. Adey D. Contraception in the puerperium. Aust Fam Physician. 1977; Suppl:8–11.

38. Melis G, Strigini F, Fruzzetti F, Paoletti A, Rainer E, Dusterberg B, et al. Norethisterone enanthate as an injectable contraceptive in puerperal and non-puerperal women. Contraception. 1981;23 1:77–88.

39. Lopez L, Grey T, Chen M, Hiller J. Strategies for improving postpartum contraceptive use: evidence from non-randomized studies. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014 [citado el 8 de septiembre de 2024];11. Disponible en: https://consensus.app/papers/strategies-improving-evidence-nonrandomized-studies-lopez/3d3b41e35d0e54d3a988db8302b65ca8/

40. Zapata L, Murtaza S, Whiteman M, Jamieson D, Robbins C, Marchbanks P, et al. Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. Am J Obstet Gynecol. 2015; 212 2: 1711–8.

41. Lopez L, Grey T, Hiller J, Chen M. Education for contraceptive use by women after childbirth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015 [citado el 8 de septiembre de 2024];7. Disponible en: https://consensus.app/papers/education-women-childbirth-lopez/82a7bc9d3edd5377bee6e2dde2590665/

42. Ministerio de Salud (MINSA). Norma técnica de salud de planificación familiar [Internet]. [citado el 8 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280860-norma-tecnica-de-salud-de-planificacion-familiar

43. Orientacion-y-Consejeria-PF.pdf [Internet]. [citado el 9 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.crolimacallao.org.pe/documentos/cursos_talleres/ORIENTACION-Y-CONSEJERIA-PF.pdf

44. Zapata LB, Pazol K, Dehlendorf C, Curtis KM, Malcolm NM, Rosmarin RB, et al. Contraceptive Counseling in Clinical Settings: An Updated Systematic Review. Am J Prev Med. el 1 de noviembre de 2018; 55(5): 677–90.

45. Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Contraceptive Counseling: Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use. Clin Obstet Gynecol. diciembre de 2014; 57(4): 659.

46. Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad Recomendaciones para un enfoque de salud pública - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2018 [citado el 9 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/comunicaciones-breves-relacionadas-con-sexualidad-recomendaciones-para-enfoque-salud

47. Laine C. Contraceptive Counseling: An Essential Component of Preventive Health Care. Ann Intern Med. 2022; 175: 1043–4.

48. Zapata L, Tregear S, Curtis K, Tiller M, Pazol K, Mautone-Smith N, et al. Impact of Contraceptive Counseling in Clinical Settings: A Systematic Review. Am J Prev Med. 2015;49 2 Suppl 1: 31–45.

49. Melissa Kottke L. Patient-Centered Contraceptive Counseling. Obstet Gynecol. 2022; 139: 350–3.

50. Committee Opinion No. 710: Counseling Adolescents About Contraception. Obstet Gynecol. 2017; 130 2: 74–80.

51. Committee Opinion No. 710 Summary: Counseling Adolescents About Contraception. Obstet Gynecol. 2017; 130 2: 486–7.

52. Nimbi F, Rossi R, Tripodi F, Wylie K, Simonelli C. a Biopsychosocial Model for the Counseling of Hormonal Contraceptives: A Review of the Psychological, Relational, Sexual, and Cultural Elements Involved in the Choice of Contraceptive Method. Sex Med Rev [Internet]. 2019 [citado el 9 de septiembre de 2024]; Disponible en:

https://consensus.app/papers/model-counseling-hormonal-contraceptives-review-nimbi/fad2cd90d88c5e85816bee36ce84e8ca/

53. Sammaritano L. Contraception and preconception counseling in women with autoimmune disease. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2020 [citado el 9 de septiembre de 2024]; Disponible en: https://consensus.app/papers/contraception-preconception-counseling-women-disease-sammaritano/70dbf6c842765c57b82ec8f0f56ae221/

54. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos [Internet]. 3a ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado el 9 de septiembre de 2024]. 69 p. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/259814

55. Minkovitz CS, O'Neill KMG, Duggan AK. Home Visiting: A Service Strategy to Reduce Poverty and Mitigate Its Consequences. Acad Pediatr. el 1 de abril de 2016; 16(3): S105–11.

56. Finello KM, Terteryan A, Riewerts RJ. Home Visiting Programs: What the Primary Care Clinician Should Know. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. el 1 de abril de 2016; 46(4): 101–25.

57. Rodríguez J, Abutouk M, Roque K, Sridhar A. Personalized contraceptive counseling: helping women make the right choice. Open Access J Contracept. el 11 de mayo de 2016; 7:89–96.

58. Prado M, Guarnizo-Tole M, Díaz A, Goethe B. La consejería en anticoncepción y los proveedores de salud. Rev Cienc Pedagógicas E Innov. el 21 de diciembre de 2018; 6(2): 17–23.

59. Holt K, Dehlendorf C, Langer A. Defining quality in contraceptive counseling to improve measurement of individuals' experiences and enable service delivery improvement. Contraception. el 1 de septiembre de 2017; 96(3): 133–7.

60. Vásquez Sánchez BM. Depresión postparto en adolescentes puérperas atendidas en el C.S.M.I. Perú Corea – Pachacútec – Ventanilla 2019.

Repos Inst - UCV [Internet]. 2019 [citado el 9 de septiembre de 2024]; Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/47116

61. Angulo KEM, Obando EAB. Prevalencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco durante el 2014.

62. Presta EG. Puerperio Normal y Patológico.

63. Martínez Angulo KE, Brizuela Obando EA. Prevalencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco durante el 2014 [Internet] [other]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2015 [citado el 9 de septiembre de 2024]. Disponible en: http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/3637/

64. Tena Alavez G, Fellow of the American College of Obstetricians and Gynecologists. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA [Internet]. Editorial Alfil, S. A. de C. V.; Disponible en: https://www.academia.edu/37295872/GINECOLOG%C3%8DA_Y_OBSTETRICIA_Editorial_Alfil

65. Somogyi L, Mora E. Métodos anticonceptivos: Entonces y ahora. Rev Obstet Ginecol Venezuela. junio de 2011; 71(2): 118–23.

66. Thomas Carazo E, Nadal Blanco MJ. Principios de la anticoncepción (I). SEMERGEN - Med Fam. enero de 2001; 27(1): 27–37.

67. Masuelli V. Anticoncepción post evento obstétrico. Disponible en: https://hosting.sec.es/Memorias_Master/IB/temas/IVE/Masuelli_Memoria.pdf

68. Sothornwit J, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Pattanittum P, Averbach S. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant and IUD for contraception. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2022 [citado el 9 de septiembre de 2024];10. Disponible en:

https://consensus.app/papers/immediate-versus-delayed-postpartum-insertion-sothornwit/1396345fc3165cb5b160839789e42df0/

69. Whaley N, Burke A. Contraception in the Postpartum Period: Immediate Options for Long-Acting Success. Womens Health. 2015; 11: 97–9.

70. Robinet L, Jeffredo A, Clesse C. Factors Influencing Contraceptive Choice During the Postpartum Period: A Qualitative Systematic Review. J Midwifery Womens Health [Internet]. 2023 [citado el 9 de septiembre de 2024]; Disponible en: https://consensus.app/papers/factors-influencing-choice-during-postpartum-period-robinet/60fb4964074955d9a163ccfd18a1314e/

71. Jin L, Yin A, Zhang X, Jiang H, Zhou L, Zhou X, et al. Integrating contraceptive services into existing perinatal care: protocol for a community-based cluster randomised controlled trial in Shanghai, China. BMJ Open [Internet]. 2023 [citado el 9 de septiembre de 2024];13. Disponible en: https://consensus.app/papers/integrating-contraceptive-services-existing-care-jin/4d84723bae265210a6b8fb992c7ddd33/

72. McConnell M, Rothschild CW, Ettenger A, Muigai F, Cohen JL. Free contraception and behavioural nudges in the postpartum period: evidence from a randomised control trial in Nairobi, Kenya. BMJ Glob Health [Internet]. 2018 [citado el 9 de septiembre de 2024];3. Disponible en: https://consensus.app/papers/contraception-nudges-postpartum-period-evidence-mcconnell/7e48820a78845a399661d4d0224b2015/

73. Zerden ML, Tang JH, Stuart G, Norton D, Verbiest S, Brody S. Barriers to Receiving Long-acting Reversible Contraception in the Postpartum Period. Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health. 2015; 25 6: 616–21.

74. Dev R, Kohler P, Feder M, Unger JA, Woods N, Drake AL. A systematic review and meta-analysis of postpartum contraceptive use among women in low- and middle-income countries. Reprod Health [Internet]. 2019 [citado el 9 de septiembre de 2024];16. Disponible en:

https://consensus.app/papers/review-metaanalysis-contraceptive-among-women-countries-dev/b606cd0abb1e512a82ef6b574332e926/

75. Magalona S, Karp C, Shiferaw S, Seme A, Lulu B, Yihdego M, et al. Contraceptive Intentions and Use throughout the Extended Postpartum Period: A Panel Study in Ethiopia. Stud Fam Plann. diciembre de 2023; 54(4): 543–62.

76. Argentina.gob.ar [Internet]. 2022 [citado el 9 de septiembre de 2024]. Métodos anticonceptivos. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/metodos-anticonceptivos

77. Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE) - Real Academia Española (RAE). Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. [citado el 9 de septiembre de 2024]. consejería | Diccionario de la lengua española. Disponible en: https://dle.rae.es/consejería

78. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. el 11 de marzo de 2014 [citado el 9 de septiembre de 2024];30(3). Disponible en: https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/285

79. Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. An Sist Sanit Navar. 2009; 32:169–75.

80. González V. E, Iglesias Díaz J, Vaccaro Cerva H, Sanhueza MI, Vega V, Hurtado S. Involución uterina puerperal: seguimiento ecográfico. Rev Chil Obstet Ginecol. 1992; 85–8.

81. Buitrón-García FR, Bailón-Uriza R, Santoyo-Haro S, Díaz-Sánchez V, Buitrón-García FR, Bailón-Uriza R, et al. Evidencias en indicaciones de la progesterona. Ginecol Obstet México. 2017; 85(8): 489–97.

82. Cvetković Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, Correa López LE. Estudios transversales. Rev Fac Med Humana. el 12 de enero de 2021; 21(1): 164–70.

83. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int J Morphol. junio de 2014; 32(2): 634–45.

84. ATLAS. Ti [Internet]. [citado el 10 de septiembre de 2024]. ¿Qué es la investigación descriptiva y cómo se utiliza? Disponible en: https://atlasti.com/es/research-hub/investigacion-descriptiva

85. Müggenburg Rodríguez V. MC, Pérez Cabrera I. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. Enferm Univ [Internet]. el 17 de abril de 2018 [citado el 10 de septiembre de 2024];4(1). Disponible en: http://revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/469

86. Álvarez CAM. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Gonzales G. Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud de Panao - 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: http://...

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la investigación **“Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud de Panao – 2024”**

MARCO DE CONSISTENCIA INTERNA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA	TÉCNICA
¿Cómo es la preferencia y consejería anticonceptiva recibida en puérperas del Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024?	Identificar las preferencias y consejería anticonceptiva recibida en puérperas del Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024	**Hi_1:** El nivel de preferencia es alto respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024	**VARIABLE DE INTERÉS** Preferencia y consejería anticonceptiva **VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN** • Características demográficas (edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, religión) • Características obstétricas (edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, paridad, número de	Este estudió fue de tipo TRANSVERSAL-OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO, PROSPECTIVO **ENFOQUE** CUANTITATIVO **NIVEL** DESCRIPTIVO **DISEÑO** Transversal **M** → **O** (a, b) Donde • M=Muestra del estudio	**TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS** Mediante una ENCUESTA **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS** Mediante un cuestionario para las variables descriptivas, así como una escala de evaluación con enunciados afirmativos para las variables principales. Para su recolección de la misma, de dividirá primeramente de las variables de caracterización (características demográficas con 05 ítems y las características obstétricas de igual manera con 05 ítems), no obstante, para determinar la preferencia y consejería anticonceptiva se tuvo en cuenta las siguientes dimensiones: **1. Preferencias anticonceptivas**
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**	**Ha_1:** El nivel de preferencia es moderado respecto a los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024 **Ho_1:** El nivel de preferencia es bajo respecto a los métodos anticonceptivos			
P_1: ¿Cuál es el nivel de preferencia respecto los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024?	**O_1:** Identificar el nivel de preferencia respecto los métodos anticonceptivos temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024				

P_2: ¿Cuál es el nivel de preferencia respecto los métodos anticonceptivos definitivos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024?	**O_2:** Identificar el nivel de preferencia respecto los métodos anticonceptivos definitivos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024	temporales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024 **Hi_2:** El nivel de preferencia es alto respecto a los métodos anticonceptivos definitivos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024 **Ha_2:** El nivel de preferencia es moderado respecto a los métodos anticonceptivos definitivos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024 **Ho_2:** El nivel de preferencia es bajo respecto a los métodos anticonceptivos definitivos en puérperas atendidas en el Centro	atenciones prenatales)	• O=Observación de las variables (preferencias y consejerías anticonceptivas) • a=Preferencias anticonceptivas • b=Consejería anticonceptiva **POBLACIÓN** Para la conformación de la población de estudio, se incluyó a 101 puérperas atendidas en el Centro de Salud Panao, en Huánuco, que aceptaron participar en la investigación. Las participantes fueron encuestadas durante los meses de julio a diciembre de 2024. **MUESTRA** Por lo tanto, tras aplicar la fórmula de	• Preferencias respecto a los métodos anticonceptivos temporales (15 ítems) • Preferencias respecto a los métodos anticonceptivos definitivos (15 ítems) En ese sentido, y teniendo en cuenta las dos sub-dimensiones, fue evaluado, mediante la escala de Likert, compuesta por una escala valorativa, estructurada de la siguiente manera: • Totalmente en desacuerdo (1 punto) • En desacuerdo (02 puntos) • Indeciso (03 puntos) • De acuerdo (4 puntos) • Totalmente de acuerdo (5 puntos) Las respuestas se codificaron asignándoles una puntuación de 1 a 5, de modo que la puntuación más alta indica siempre una preferencia alta. Para la clasificación se reconoció de manera individual y se estructuró de la siguiente manera:
P_3: ¿Cómo perciben la calidad de la consejería sobre métodos anticonceptivos las puérperas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, en 2024?	**O_3:** Identificar como perciben la calidad de la consejería sobre métodos anticonceptivos las puérperas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, en 2024				
P_4: ¿Cuáles son las características demográficas de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024?	**O_4:** Describir las características demográficas de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024				

P_5: ¿Cuáles son las características obstétricas de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024?	**O_5:** Describir las características obstétricas de las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024	de Salud de Panao de Huánuco, 2024 **Hi_3:** La calidad de la consejería es adecuada sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024 **Ho_3:** La calidad de la consejería es inadecuada sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024		muestra, este estudio, estuvo conformado por 80 puérperas atendidas en el Centro de Salud de Panao, de Huánuco, durante el año 2024. Todo bajo criterio de inclusión y exclusión.	**Preferencias respecto a los métodos anticonceptivos temporales** • Preferencia baja (De 60 a 66 puntos) • Preferencia moderada (67 puntos) • Preferencia alta (68 puntos) **Preferencias respecto a los métodos anticonceptivos definitivos** • Preferencia baja (De 61 a 67 puntos) • Preferencia moderada (68 puntos) • Preferencia alta (69 puntos) **2. Consejería anticonceptiva (20 ítems)** Para la medición de la consejería, también se hizo uso de la escala de medición no comparativa de Likert: • Totalmente en desacuerdo = 1 punto • En desacuerdo = 2 puntos • Indiferente = 3 puntos • De acuerdo = 4 puntos • Totalmente de acuerdo = 5 puntos Teniendo en cuenta la variable de consejería anticonceptiva, se clasificó de la siguiente manera: • Consejería inadecuada (De 80 a 90 puntos) • Consejería adecuada (91 puntos)

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación **"Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud de Panao – 2024"**

CUESTIONARIO GENERAL

N° DE HC: _____ CÓDIGO: _____

Estimada usuaria, primeramente, gracias por participar en este proyecto de investigación, esta encuesta tiene como propósito conocer sus preferencias y opiniones sobre los diferentes métodos anticonceptivos y la calidad de la consejería recibida. Su participación es voluntaria y confidencial, y sus respuestas ayudarán a mejorar la atención y los servicios de salud que brindamos.

Instrucciones:

- Lea cada pregunta cuidadosamente.
- Marque con una (X) la opción que mejor refleje su opinión o situación.
- Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas; lo importante es su experiencia y opinión.

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

A. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. Edad

a) De 14 a 21 años

b) De 22 a 30 años

c) De 31 a 37 años

d) De 38 a 44 años

e) Mayor o igual de 45 años

2. Estado civil

a) Soltera

b) Casada

c) Conviviente

d) Divorciada

3. Grado de instrucción

a) Sin instrucción

b) Primaria

c) Secundaria

d) Superior no universitario

e) Superior universitario

4. Ocupación

a) Empleada tiempo completo

b) Empleada medio tiempo

c) Desempleada

d) Ama de casa

e) Estudiante

5. Religión

a) Evangélica

b) Católica

c) Mormón

d) Otros

B. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICA

6. Edad de inicio de las relaciones sexuales

a) De 14 a 21 años

b) De 22 a 30 años

c) De 31 a 37 años

d) De 38 a 44 años

e) Mayor o igual de 45 años

7. Número de parejas sexuales

a) Sólo una

b) Entre 2 a 5 parejas

c) Más de 5 parejas sexuales

8. Paridad

a) Primípara

b) Secundípara

c) Multípara

d) Gran multípara

9. Número de atenciones prenatales

a) Ninguna

b) De 1 a 2 sesiones

c) De 3 a 5 sesiones

d) De 6 a más sesiones

CUESTIONARIO SOBRE LAS PREFERENCIAS Y CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA

Título de la investigación **"Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud de Panao – 2024"**

CÓDIGO: _____

Nos alegra que hayas decidido participar en esta encuesta. Para nosotros, tu colaboración es muy importante para entender mejor tus preferencias y evaluar la calidad de la consejería brindada por el personal de salud. Tu opinión nos ayudará a identificar áreas de mejora y a desarrollar estrategias más efectivas para optimizar el apoyo y la orientación que se ofrece. Agradecemos sinceramente tu tiempo y disposición para contribuir a esta importante investigación. Tu participación nos permitirá ofrecer un servicio de salud más ajustado a las necesidades y expectativas de los usuarios.

Instrucciones:

- Lea atentamente cada enunciado.
- Utiliza la escala de Likert para señalar tu nivel de acuerdo con cada afirmación.
- Marca la opción que mejor refleje tu opinión personal.

Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas; lo más importante es tu perspectiva sincera. Queremos conocer tus experiencias y opiniones para mejorar la educación sexual en nuestra institución.

Escala de Likert:

- Totalmente en desacuerdo (TED)
- En desacuerdo (ED)
- Indiferente (I)
- De acuerdo (DA)

➢ Totalmente de acuerdo (TDA)

Las respuestas se codificarán en una escala de 1 a 5, a continuación, encontrarás una serie de preguntas; por favor, léelas cuidadosamente y marca con una (X) la opción que consideres apropiada.

N°	ÍTEMS	TED	ED	I	DA	TDA
PREFERENCIAS RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES						
01	Considero que los métodos anticonceptivos temporales son efectivos para prevenir embarazos no deseados.					
02	Prefiero métodos anticonceptivos temporales debido a su facilidad de uso.					
03	Estoy conforme con la variedad de métodos anticonceptivos temporales disponibles en el mercado.					
04	Creo que los métodos anticonceptivos temporales tienen menos efectos secundarios en comparación con los definitivos.					
05	Siento que los métodos anticonceptivos temporales me ofrecen la libertad de planificar mi futuro reproductivo.					
06	Percibo que los métodos temporales se adaptan mejor a mis necesidades de salud actuales.					
07	Considero que los métodos anticonceptivos temporales requieren un menor compromiso a largo plazo.					
08	Estoy satisfecha con la información recibida sobre los métodos anticonceptivos temporales.					
09	Prefiero métodos anticonceptivos temporales porque permiten suspender su uso en cualquier momento.					

10	Considero que los métodos anticonceptivos temporales son más accesibles económicamente.					
11	Me siento segura usando métodos anticonceptivos temporales recomendados por mi profesional de salud.					
12	Creo que los métodos anticonceptivos temporales son adecuados para mujeres de todas las edades.					
13	Prefiero métodos anticonceptivos temporales debido a su disponibilidad en centros de salud.					
14	Estoy de acuerdo en que los métodos temporales pueden ser fácilmente adaptados según mi estilo de vida.					
15	Considero que los métodos anticonceptivos temporales son menos invasivos que los definitivos.					

Para la clasificación se reconoció y se estructuró de la siguiente manera:

- La preferencia respecto a los métodos anticonceptivos temporales es baja (De 60 a 66 puntos)
- La preferencia respecto a los métodos anticonceptivos temporales es moderada (67 puntos)
- La preferencia respecto a los métodos anticonceptivos temporales es alta (68 puntos)

N°	ÍTEMS	TED	ED	I	DA	TDA
PREFERENCIAS RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS						
1	Creo que los métodos anticonceptivos definitivos son una opción adecuada para quienes no desean más hijos.					

2	Estoy de acuerdo en que los métodos anticonceptivos definitivos ofrecen mayor seguridad a largo plazo.					
3	Considero que los métodos definitivos eliminan la preocupación constante por el uso de anticonceptivos.					
4	Prefiero los métodos anticonceptivos definitivos debido a su efectividad permanente.					
5	Siento que los métodos anticonceptivos definitivos requieren una menor intervención médica continua.					
6	Estoy satisfecha con la información proporcionada sobre los métodos anticonceptivos definitivos.					
7	Considero que los métodos definitivos reducen el riesgo de efectos adversos relacionados con el uso prolongado de métodos temporales.					
8	Percibo que los métodos definitivos son una inversión económica a largo plazo.					
9	Prefiero métodos anticonceptivos definitivos porque no requieren mantenimiento constante.					
10	Me siento más tranquila sabiendo que no hay riesgo de embarazo con métodos anticonceptivos definitivos.					
11	Estoy de acuerdo en que los métodos definitivos son adecuados para mujeres en ciertas etapas de la vida.					
12	Considero que los métodos definitivos respetan mi autonomía reproductiva.					
13	Creo que los métodos definitivos pueden ser una solución definitiva a las preocupaciones de planificación familiar.					

14	Estoy de acuerdo en que los métodos anticonceptivos definitivos deben ser discutidos ampliamente antes de su elección.					
15	Prefiero los métodos anticonceptivos definitivos debido a su efectividad comprobada.					

Para la clasificación se reconoció y se estructuró de la siguiente manera:

- La preferencia respecto a los métodos anticonceptivos definitivos es baja (De 61 a 67 puntos)
- La preferencia respecto a los métodos anticonceptivos definitivos es moderada (68 puntos)
- La preferencia respecto a los métodos anticonceptivos definitivos es alta (69 puntos)

N°	ÍTEMS	TED	ED	I	DA	TDA
CONSEJERÍA RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS						
1	La consejería anticonceptiva recibida fue clara y comprensible.					
2	Se abordaron adecuadamente mis preocupaciones durante la sesión de consejería.					
3	Considero que la información proporcionada fue suficiente para tomar una decisión informada.					
4	Percibí un enfoque personalizado en la consejería anticonceptiva que recibí.					
5	La orientación brindada facilitó mi comprensión de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles.					
6	Me sentí apoyada en la elección del método anticonceptivo más adecuado para mí.					

7	La consejería incluyó una explicación detallada de los posibles efectos secundarios de cada método.					
8	Recibí suficiente información sobre la efectividad de cada método anticonceptivo.					
9	La consejería se realizó en un ambiente confidencial y seguro.					
10	La comunicación durante la consejería fue empática y sin juicios.					
11	Me ofrecieron alternativas adecuadas según mi situación personal y de salud.					
12	La duración de la consejería fue suficiente para resolver todas mis dudas.					
13	La consejería incluyó información actualizada y basada en evidencia científica.					
14	Se me informó sobre la posibilidad de cambiar de método si presentaba inconvenientes.					
15	Me sentí respetada en mis decisiones y elecciones durante la consejería.					
16	La consejería fomentó una toma de decisiones autónoma e informada.					
17	Recibí material de apoyo que facilitó mi comprensión de los métodos anticonceptivos.					
18	Se me ofrecieron recursos adicionales para ampliar mi conocimiento sobre anticoncepción.					
19	La consejería abordó aspectos emocionales y psicológicos asociados con la anticoncepción.					
20	Considero que la consejería anticonceptiva fue útil para planificar mi salud reproductiva a largo plazo.					

Para clasificar la consejería, fue de la siguiente manera:

- Consejería inadecuada (De 80 a 90 puntos)
- Consejería adecuada (91 puntos)

ANEXO 3

PUNTOS DE CORTE Y DETERMINACIÓN DE PERCENTILES

Título de la investigación **"Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud de Panao – 2024"**

Frecuencias

Estadísticos

		SUMA TOTAL DE PREFERENCIAS RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES	SUMA TOTAL DE PREFERENCIAS RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS
N	Válido	80	80
	Perdidos	0	0
Mínimo		60	61
Máximo		68	69
Percentiles	33,33333333	67,00	67,00
	66,66666667	67,00	68,00

Frecuencias

Estadísticos

SUMA TOTAL DE LA CONSEJERÍA

N	Válido	80
	Perdidos	0
Mínimo		80
Máximo		91
Percentiles	50	90,00

Significado estadístico de los datos

Basado en los puntos de corte para casa variable se pudo identificar valores para las preferencias anticonceptivas temporales (valor mínimo=60, valor intermedio=67, valor máximo=68), para las preferencias anticonceptivas definitivas (valor mínimo=61, valor intermedio=68, valor máximo=69), del mismo modo para la calidad de la consejería (valor mínimo=80, valor medio=90, valor máximo=91)

ANEXO 4

INTERVALO DE MEDICIÓN

Título de la investigación **"Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud de Panao – 2024"**

MEDICIÓN PARA LA PRIMERA VARIABLE: PREFERENCIAS

a) Preferencias anticonceptivas temporales

INTERVALOS		Clasificación de las preferencias anticonceptivas temporales
Límites de intervalos	**Reemplazo en números**	
Valor mínimo	60	• Preferencia baja (De 60 a 66 puntos) • Preferencia moderada (67 puntos) • Preferencia alta (68 puntos)
Percentil (1)	33.33333333	
Valor medio	67	
Percentil (2)	66.66666667	
Valor medio	67	
Valor máximo	68	
Puntos de corte	3 (para tres grupos iguales)	

b) Preferencias anticonceptivas definitivas

INTERVALOS		Clasificación de las preferencias anticonceptivas definitivas
Límites de intervalos	**Reemplazo en números**	
Valor mínimo	61	

Percentil (1)	33.33333333	• Preferencia baja (De 61 a 67 puntos) • Preferencia moderada (68 puntos) • Preferencia alta (69 puntos)
Valor medio	67	
Percentil (2)	66.66666667	
Valor medio	68	
Valor máximo	69	
Puntos de corte	3 (para tres grupos iguales)	

MEDICIÓN DE SEGUNDA VARIABLE: CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA

INTERVALOS		**Clasificación para la calidad de la consejería anticonceptiva**
Límites de intervalos	**Reemplazo en números**	
Valor mínimo	80	• Consejería inadecuada (De 80 a 90 puntos) • Consejería adecuada (91 puntos)
Percentil	50	
Valor medio	90	
Valor máximo	91	
Puntos de corte	2 (para dos grupos iguales)	

ANEXO 5

ESQUEMA DE BAREMACIÓN DEL INSTRUMENTO

Título de la investigación **"Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud de Panao – 2024"**

Clasificación de la variable preferencias

Preferencias sobre los métodos anticonceptivas temporales		**Puntos**
Clasificación	Preferencia baja	60 a 66
	Preferencia moderada	67
	Preferencia alta	68

Preferencias sobre los métodos anticonceptivas definitivos		**Puntos**
Clasificación	Preferencia baja	61 a 67
	Preferencia moderada	68
	Preferencia alta	69

Clasificación de la variable consejería

Calidad de la consejería anticonceptiva		**Puntos**
Clasificación	Consejería inadecuada	80 a90
	Consejería adecuada	91

Significado estadístico de los datos

Para la interpretación de los resultados, se desarrolló un esquema de baremación basado en puntos de corte y percentiles específicos para cada variable, considerando el intervalo de medición establecido. Este proceso permitió la conversión de las respuestas a valores numéricos, facilitando la clasificación de las participantes. En cuanto a las preferencias sobre métodos anticonceptivos temporales, se definieron los siguientes rangos: baja (60-66 puntos), moderada (67 puntos) y alta (68 puntos). De manera similar, para las preferencias sobre métodos anticonceptivos definitivos, se establecieron los rangos de baja (61-67 puntos), moderada (68 puntos) y alta (69 puntos). Finalmente, la calidad de la consejería se clasificó como inadecuada (80-90 puntos) o adecuada (91 puntos).

ANEXO 6

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Título de la investigación **"Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud de Panao – 2024"**

ALFA DE CRONBACH PARA LAS PREFERENCIAS

Fiabilidad

Escala: Preferencias sobre los métodos anticonceptivos temporales

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	80	100,0
	Excluido[a]	0	,0
	Total	80	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,804	15

Fiabilidad

Escala: Preferencias sobre los métodos anticonceptivos definitivos

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	80	100,0
	Excluido[a]	0	,0
	Total	80	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,828	15

ALFA DE CRONBACH PARA CONSEJERÍA

Fiabilidad

Escala: Calidad de la consejería sobre los métodos anticonceptivos

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	80	100,0
	Excluido[a]	0	,0
	Total	80	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,815	20

Significado estadístico de los datos

1. Preferencias anticonceptivas sobre métodos temporales (α = 0.804)

El coeficiente alfa de Cronbach obtenido para la escala de preferencias anticonceptivas sobre métodos temporales fue de 0.804, calculado a partir de 15 ítems. Este valor indica una alta consistencia interna del instrumento. En términos estadísticos, esto sugiere que los ítems que componen la escala están altamente correlacionados entre sí y miden de manera confiable el mismo constructo latente, es decir, las preferencias de las puérperas hacia los métodos anticonceptivos temporales. Un alfa de 0.804 se considera excelente, implicando que la escala es precisa y estable en la medición de esta variable en la población estudiada.

2. Preferencias anticonceptivas sobre métodos definitivos (α = 0.828)

La escala de preferencias anticonceptivas sobre métodos definitivos mostró un coeficiente alfa de Cronbach de 0.828, también evaluado en 15 ítems. Este resultado refleja una consistencia interna aún mayor que la escala de métodos temporales. Estadísticamente, esto significa que los ítems que evalúan las preferencias hacia métodos definitivos están aún más interrelacionados y miden con mayor precisión el constructo subyacente. Un alfa de 0.828 es considerado muy bueno, esto nos sugiere que la escala es altamente confiable y precisa para medir las preferencias de las puérperas hacia los métodos anticonceptivos definitivos.

3. Calidad de la consejería (α = 0.815)

La escala de calidad de la consejería, compuesta por 20 ítems y evaluada en 80 puérperas, arrojó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.815. Este valor indica una excelente consistencia interna del instrumento. Estadísticamente, esto sugiere que los ítems que evalúan la calidad de la consejería están altamente correlacionados y miden de manera fiable el constructo de la calidad de la consejería percibida por las puérperas. Un alfa de 0.815 se considera muy bueno, esto implica que la escala es precisa y estable en la medición de esta variable en la población estudiada, y que las respuestas de las puérperas son consistentes y confiables.

ANEXO 7

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

1.1. Nombre del experto:

……..

1.2. Actividad laboral:

……

1.3. Institución donde labora:

…….....

1.4. Denominación del instrumento:

……...

1.5. Autor del instrumento:

……...

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	**Deficiente**	**Regular**	**Bueno**	**Muy bueno**
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	**CLARIDAD:** Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					
02	**OBJETIVIDAD:** Están expresados en conductas observables, medibles					
03	**ORGANIZACIÓN:** Está organizado en forma lógica					
04	**SUFICIENCIA:** Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					
05	**CONSISTENCIA:** Basados en los aspectos teóricos científicos					
06	**COHERENCIA:** Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems					

07	**PERTINENCIA:** Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					
08	**RELEVANCIA:** Los ítems del instrumento están alineados con los objetivos y propósitos del estudio					
09	**METODOLOGÍA:** La estrategia responde a los objetivos de la investigación					
10	**ACTUALIZACIÓN:** Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					
PUNTAJE FINAL		puntos				

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	**Deficiente**	**Regular**	**Bueno**	**Muy bueno**
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

……..……..

……..……..

RESULTADO: Aplicable ( ) Aplicable después de corregir ( ) No Aplicable ( )

Huánuco, ____ de _____ de 2025

_____

FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación **“Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud de Panao – 2024”**

Estimadas usuarias.

Soy GEMILI DENI GONZALES ORBEZO, estudiante de la Universidad de Huánuco. Realizo la investigación **"Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud de Panao – 2024"**. El objetivo es comprender sus preferencias y la calidad de la consejería anticonceptiva para mejorar los servicios de salud.

Si acepta participar, completará un cuestionario de 20-25 minutos sobre su experiencia y preferencias en consejería anticonceptiva. No hay respuestas correctas o incorrectas; solo pedimos sinceridad. Su información será confidencial y anónima, usada solo para fines académicos. Puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias. No participar tampoco tendrá repercusiones.

El estudio no implica riesgos significativos. Su participación ayudará a mejorar los programas de salud. Si tiene preguntas, contácteme a mí, a mi correo (completar correo) o a mi asesor de tesis en la Universidad de Huánuco.

Consentimiento: He leído y comprendido la información, y consiento participar en el estudio.

_____

Firma

Nombre: _____

Huánuco, _____de _____ de 2024

ANEXO 9

SOLICITUD DE PERMISO

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Panao, 06 de diciembre del 2024.

De mi mayor consideración;

Por medio de la presente, yo, **Lic. Ximena J. Verde Suarez** en mi calidad de director de **Centro de Salud Panao,** autorizo la ejecución del proyecto de investigación titulado **"Preferencias y consejería anticonceptiva recibida por puérperas del Centro de Salud de Panao - 2024",** dirigido por **Gemili Deni Gonzales Orbezo.**

El proyecto se llevará a cabo dentro de las instalaciones de nuestro Centro de Salud y se espera que cumpla con todas las normativas y políticas establecidas. Cabe señalar que, durante el proceso de la investigación se desarrollara con total compromiso de asegurar el respeto basado a los PRINCIPIOS ÉTICOS.

Agradecemos al equipo de investigación por su dedicación y esfuerzo en esta iniciativa. Se remite la presente para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
RED DE SALUD PACHITEA

Lic. Enf Ximena J. Verde Suarez
CEP: 86057
JEFE DE LA MICRORED PANAO