



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

**“Perfil de las usuarias que aceptan la anticoncepción
quirúrgica voluntaria en el Servicio de Planificación
Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal.
2017”**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Cynthia Fiorella CARRASCO GODOY

ASESOR

Zaida ZAGACETA GUEVARA

Lima, Perú

2018

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiar siempre mi camino y ayudarme a enfrentar los retos de la vida.

A mis Docentes de la E.A.P de Obstetricia por sus enseñanzas y formación en estos 5 años de carrera.

A mi asesora, la Dra. Obstetra, Zaida Zagaceta Guevara por su asesoría Constante para que pueda culminar satisfactoriamente la presente Investigación.

A las Obstetras, María Esther López Miranda Jefa del Servicio de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal, a la Obstetra Maritza Meza Balbín Obstetra asistencial del mismo servicio, quienes me brindaron facilidades en la realización de la presente tesis y motivaron para la culminación de la misma.

A mis padres, por su gran amor y su apoyo incondicional.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres quienes siempre me brindan su amor incondicional, están a mi lado dándome palabras de aliento y motivándome a superarme cada día.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MATERIAL Y METODOS	24
2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	24
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	24
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	24
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	25
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	27
2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	28
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
3. RESULTADOS	31
4. DISCUSIONES	38
5. CONCLUSIONES	41
6. RECOMENDACIONES	42
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
8. ANEXOS	48

RESUMEN

Introducción: La esterilización quirúrgica femenina, conocida también como ligadura de trompas es un método anticonceptivo que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio. **Objetivo:** Identificar el perfil de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de octubre a noviembre del 2017. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Participaron 145 usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal de octubre a noviembre del 2017. Para las variables se estimaron frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** en cuanto al perfil social: el 64.8% tienen una edad materna entre 30-39 años, el 72.4% tienen un estado civil conviviente, el 61.4% un nivel educativo secundaria y el 37.9% proceden del distrito de San Juan de Lurigancho, el 62.8% tienen un ingreso económico mensual menor a 1000 soles. Respecto al perfil biológico, el 95.2% de las usuarias empezaron su menstruación entre 10 a 15 años, la mayor parte inicio su vida sexual después de los 18 años (58,6%), el 55.9% tuvo de 2 a 3 parejas sexuales, el 92.4% tuvo de tres a más embarazos, el 57.2% ha tenido de dos a más cesáreas, el 78.6% tuvo de dos a tres partos, el 51% manifestó no haber utilizado ningún método anticonceptivo anteriormente y el 32,4% haber utilizado inyectables. El principal antecedente patológico fue hipertensión arterial (8.3%). Respecto al perfil cultural, el 59,3% tienen un conocimiento medio sobre anticoncepción quirúrgica y la mayoría tiene creencias correctas sobre la anticoncepción quirúrgica. **Conclusión:** El perfil de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal es de edad entre 30-39 años (64.8%), estado civil conviviente (72.4%), nivel educativo secundaria (61.4%), inicio de la menarquia entre los 10 a 15 años (95.2%), edad de inicio de las relaciones sexuales de 18 años a más (58,6%), con parejas sexuales de dos a tres (55.9%), con un número de embarazo de tres a más (92.4%), la mayor parte con más de dos cesáreas (57.2%) y la mayoría manifestó no haber utilizado un método anticonceptivo anteriormente(51 %). El principal antecedente patológico fue hipertensión arterial (8.3%). En cuanto al conocimiento fue de medio (59.3%) a alto (26.2%) y con creencias correctas principalmente respecto a que la anticoncepción quirúrgica voluntaria no produce cáncer (100%) y no provoca trastornos mentales (100%), pero el 15 % sigue creyendo que la anticoncepción quirúrgica voluntaria produce menopausia precoz siendo esta una creencia incorrecta.

PALABRAS CLAVES: Perfil de usuarias con Anticoncepción quirúrgica voluntaria, anticoncepción quirúrgica voluntaria.

ABSTRACT

Introduction: Female surgical sterilization, also known as tubal ligation, is a contraceptive method that involves bilateral occlusion of the fallopian tubes. **Objective:** to identify the profile of users who accept voluntary surgical contraception in the Family Planning service of the National Maternal and Perinatal Institute during the months of October to November 2017. **Methodology:** Quantitative, descriptive and transversal study. 145 users of the Family Planning Service of the National Maternal Perinatal Institute participated from October to November 2017. Absolute and relative frequencies were estimated for the variables. **Results:** regarding the social profile: 64.8% have a maternal age between 30-39 years, 72.4% have a cohabiting civil status, 61.4% have a secondary education level and 37.9% come from the district of San Juan de Lurigancho, 62.8% have a monthly economic income of less than 1000 soles. Regarding the biological profile, 95.2% of users began their menstruation between 10 to 15 years, most started their sex life after 18 years (58.6%), 55.9% had 2 to 3 sexual partners, 92.4% had three to more pregnancies, 57.2% had two to more cesareans, 78.6% had two to three births, 51% said they had not used any contraceptive method before and 32.4% had used injectables. The main pathological antecedent was hypertension (8.3%). Regarding the cultural profile, 59.3% have a medium knowledge about surgical contraception and most have correct beliefs about surgical contraception. **Conclusion:** The profile of users who accept voluntary surgical contraception in the Family Planning service of the National Maternal Perinatal Institute is between 30-39 years old (64.8%), cohabiting civil status (72.4%), secondary education level (61.4%). %), onset of menarche between 10 to 15 years (95.2%), age at onset of sexual intercourse from 18 years to over (58.6%), with sexual partners from two to three (55.9%), with a pregnancy number of three to more (92.4%), most of them with more than two caesarean sections (57.2%) and the majority said they had not previously used a contraceptive method (51%). The main pathological antecedent was hypertension (8.3%). In terms of knowledge, it was medium (59.3%) to high (26.2%) and with correct beliefs, mainly regarding that voluntary surgical contraception does not produce cancer (100%) and does not cause mental disorders (100%), but 15% continues to believe that voluntary surgical contraception produces early menopause, this being an incorrect belief.

KEYWORDS: Profile of users with voluntary surgical contraception
, voluntary surgical contraception.

1. INTRODUCCIÓN

La esterilización quirúrgica femenina, conocida también como ligadura de trompas es un método anticonceptivo de tipo quirúrgico, el cual consiste en la oclusión bilateral de las Trompas de Falopio con el fin de impedir la unión de los gametos (óvulo-espermatozoide) y evitar el embarazo en forma permanente¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los años 1992 más de 100 millones de mujeres se habían sometido al procedimiento y más de 100 millones de mujeres en países en vías de desarrollo la solicitarían en las décadas siguientes, sin embargo, en la actualidad, se calcula que se esterilizan en el mundo 130 millones de mujeres por año². Según estadísticas de diferentes países desarrollados, por ejemplo, en Estados Unidos, por lo menos un tercio de las parejas casadas han seleccionado este método anticonceptivo en el postparto o en el intervalo³.

En nuestro país, en tanto crece la demanda de uso de anticonceptivos, existen planes para recuperar métodos anticonceptivos que han ido en desuso, como son los casos del Dispositivo intrauterino (DIU) y la Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina (AQV) mediante actividades de sensibilización y de su capacitación a proveedores⁴.

Según la última Encuesta Demográfica y Salud Familiar del 2015 la esterilización quirúrgica femenina es conocida en un 93.6% en las mujeres actualmente unidas (casadas y/o convivientes) y en 95,8% en las mujeres no unidas con actividad sexual, teniendo que el 8.8% de usuarias han acudido a la esterilización femenina⁵.

A pesar que la tasa de fecundidad disminuye conforme avanza la edad, aún se ve ciertos reparos en mujeres mayores de 35 años y/o con más de 3 hijos (siendo ambos parámetros considerados factores de riesgo

reproductivo) al uso de métodos de larga duración como la esterilización quirúrgica femenina, lo cual puede deberse a diversos factores, de índole social, económicos o culturales⁵.

La elección de los distintos métodos anticonceptivos debe basarse en dos pilares fundamentales: la evidencia científica disponible y la adecuación al contexto de la paciente o la pareja⁶.

Para ello es necesario contar con profesionales actualizados en el tema y que sepan orientar correctamente a la pareja que acuda por un método anticonceptivo. Si bien la cobertura de métodos anticonceptivos en nuestro país va en aumento, aún hay muchas usuarias con necesidades insatisfechas, que sumada a ciertas creencias o temores no llegan a acceder a métodos de larga duración, como la esterilización quirúrgica femenina.

Erlenwein J, Kundu S, Schippert C, Soergel P, Hillemanns P, Staboulidou I (2015, Alemania), llevaron a cabo el estudio llamado “Actitud hacia, aceptación y conocimiento sobre la esterilización femenina como método de anticoncepción” con el objetivo de evaluar la actitud, la aceptación y el conocimiento de las mujeres sobre la esterilización femenina como método de anticoncepción en términos de los antecedentes sociales y culturales de esas mujeres. El estudio fue prospectivo, basado en un cuestionario anónimo que fue aplicado de una muestra de 1247 mujeres, con una tasa de respuesta del 69,3%. Hubo principalmente actitudes positivas hacia la esterilización como anticoncepción. Los antecedentes culturales, incluyendo la religión y la fe; las experiencias y el punto de vista de la madre; y la situación real de la vida, influyen en las actitudes y la aceptación de la esterilización como método anticonceptivo, así como en la elección final de un método anticonceptivo. Concluyeron que los antecedentes culturales y la situación de vida actual tienen un gran impacto en la actitud

Hacia la aceptación de la esterilización como un método de anticoncepción, influyendo así en la elección final de un método anticonceptivo⁷.

Torres C, Vergara E (2012, Colombia) realizaron un trabajo titulado "Características sociodemográficas de personas sometidas a esterilización quirúrgica (Medellín 2006-2010)". Fue un estudio descriptivo retrospectivo, con fuente de información secundaria tomando datos de registros clínicos de tubectomía y vasectomía en una institución de segundo nivel desde 2006 a 2010. Se obtuvieron 61.248 procedimientos de esterilización quirúrgica, 67,9% tubectomías y 32,1% vasectomías. Las edades más comunes para ambas operaciones están entre los 30 y 39 años. Los estratos socioeconómicos predominantes fueron dos y tres con un 44,9% y 33,2% respectivamente. Un alto porcentaje se encuentra en unión libre o casados. En cuanto a la ocupación, predominan las amas de casa con un 39% y obreros en general con un 47%; el 47,7% tuvieron un nivel de escolaridad de secundaria completa y un 44,9% tenían dos hijos. Concluyeron que accedieron en mayor proporción a la esterilización quirúrgica, las mujeres que solicitaron la tubectomía fueron es su mayoría personas entre 20 y 39 años, casadas, dedicadas al hogar como amas de casa, con secundaria completa y dos hijos como promedio, pertenecían al estrato socioeconómico dos y con afiliación al sistema de seguridad social contributivo.⁸

Aroste A (2016, Lima-Perú) realizó un trabajo titulado "Características sociodemográficas y clínicas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en los años 2013-2014". Fue una investigación de tipo descriptivo, aplicativo y retrospectivo, en el que participaron 198 usuarias que se sometieron a la Anticoncepción quirúrgica voluntaria. En los resultados se observa que la mayoría de las mujeres tenían edades de 31-37 años (43,94%), procede del ámbito urbano

(98,99%), son amas de casa (92,93%) y tienen secundaria completa (35,35%). En relación a la paridad

el 52,02% era múltipara y el 44,44% tenía 3 hijos. Con respecto al tipo de parto, el 77,27% tuvo cesárea, el 70,71% tuvo anticoncepción oral y el 22,73% inyectables⁹.

Paredes L, Chauca, S; Culqui C (1999, Perú) realizaron un estudio titulado “Conocimientos y actitudes en relación a la anticoncepción quirúrgica voluntaria en las mujeres en edad fértil de la localidad de Nueva Cajamarca-Región San Martín” con el objetivo de determinar conocimientos y actitudes acerca de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y los medios de información a través de los cuales se informan sobre este tema, en la localidad de Nueva Cajamarca, provincia de Rioja. El estudio fue prospectivo, descriptivo. Se usó una muestra poblacional de mujeres en edad fértil, en quienes se aplicó un cuestionario de preguntas para el recojo de información. El 98,5% contestó que no sabía lo que es la anticoncepción quirúrgica voluntaria y el 85% no conocía los riesgos de la anticoncepción quirúrgica voluntaria. El 53,5% respondió que no se debe de imponer la anticoncepción quirúrgica voluntaria, en un 34,5% respondieron que desearían ser usuarias de anticoncepción quirúrgica voluntaria y el 40,5% respondió que no les gustaría que otras personas se enterasen de ser usuaria de este método. Mencionaron al personal de salud como los principales informadores de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y el 1% mencionó a la Iglesia. Las personas encuestadas refieren que desearían informarse del tema a través de la radio y televisión principalmente. Conclusiones: En la población encuestada el conocimiento sobre la anticoncepción quirúrgica voluntaria es mínimo y la actitud hacia este método fue positiva. La población estudiada considerada el rol del establecimiento de salud en la difusión de este tema¹⁰.

La palabra biosocial proviene de “bio” prefijo que significa vida y de social, relativo a la sociedad. Por tanto, es el comportamiento social del ser humano¹¹.

Asimismo, se refiere a las características y peculiaridades de la esfera social y biológica como el nivel educativo, estado civil, religión, etc., que van a determinar a un grupo de personas.¹²

El término sociocultural se refiere a cualquier proceso o fenómeno enfocado a los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad, por ello, un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma.¹³

La cultura involucra las diferentes maneras y expresiones presentes en una sociedad dada, como los usos y costumbres, las prácticas y rituales que se lleven a cabo, la forma de vestir y las normas de comportamiento¹³.

La anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica de complejidad intermedia cuyo objetivo es impedir la unión de espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa con el fin de evitar la fertilización¹⁴.

Según el Grupo de Trabajo para Esterilización Femenina de la Organización Mundial de la Salud, la ligadura tubaria consistiría en un procedimiento sencillo, fácil de aprender, seguro, de gran eficacia, de fácil acceso y aceptable desde un punto de vista personal y cultural¹⁵.

La ligadura de trompas, ya sea mediante abordaje abierto o endoscópico, es un procedimiento cada vez más utilizado por parejas estables que han

completado el número de hijos deseados y que quieren llevar una vida sexual sin temor al embarazo³.

El mecanismo de acción de éste método anticonceptivo consiste en la oclusión y sección de las Trompas de Falopio para impedir la unión del espermatozoide con el óvulo. Su tasa de falla es de 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año (tasa de falla teórica y de uso típico) ¹⁴.

Este método definitivo e irreversible cuenta con eficacia alta, inmediata y permanente, puede ser realizada en forma ambulatoria, no interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios. No previene las ITS, VIH - SIDA, ni el HTVL1, por lo que es recomendable el uso de preservativo en la pareja en riesgo. Requiere, previamente, consejería especializada y de un médico calificado para su realización y evaluación¹⁴.

Si bien la Organización mundial de la salud plantea que no hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la ligadura tubaria como método anticonceptivo, algunas condiciones pueden requerir una evaluación más exhaustiva de la paciente, con el fin de poder tomar la decisión de realizar o no realizar la intervención y elegir el mejor momento para efectuarla².

Dentro de las condiciones que contraindican la anticoncepción quirúrgica femenina voluntaria tenemos las consideraciones psicosociales y médicas.

En las Consideraciones Psicosociales se toma en cuenta si las usuarias son adolescentes, si son presionadas por el cónyuge o por alguna persona, si tienen conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural, si tienen expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad, si sufren de depresión severa o de enfermedades psiquiátricas que le impidan tomar de decisiones por ellas mismas.

Es un método anticonceptivo altamente eficaz, con un índice de Pearl de alrededor del 0,13%, dependiendo del tipo de intervención (mayor tasa de embarazos con la técnica de clips) y de los años de evolución de la esterilización. Si falla el método y se produce un embarazo, hemos de descartar siempre un embarazo ectópico, ya que, en las distintas series, se han descrito hasta un tercio de embarazos ectópicos tras fracasos del bloqueo tubárico¹⁶.

En función de las experiencias previas, de las capacidades personales y de los condicionantes culturales y religiosos, determinados pacientes pueden aceptar o no los métodos que se les propone⁶.

Los métodos definitivos consisten en la vasectomía para el hombre y la ligadura de trompas para la mujer. Normalmente son de uso hospitalario. La solicitud a los servicios de urología o ginecología se puede realizar desde la consulta a demanda o desde la consulta de planificación familiar. Lo importante es informar a la pareja que deben ser considerados como métodos definitivos, puesto que la recanalización de la vasectomía y del bloqueo tubárico son complejas y de resultados inciertos, pudiéndose producir fibrosis e impermeabilización irreversible de las trompas. La petición de pruebas complementarias y la historia clínica se harán según el protocolo del hospital de referencia. El solicitante debe firmar una autorización¹⁶.

Es así que la aceptación de métodos anticonceptivos permanentes se debe basar en el conocimiento que la persona usuaria tenga sobre la irreversibilidad del procedimiento, reforzar sus conocimientos, aclarar sus dudas y a partir de este punto tomar su decisión informada sobre la práctica del método y sobre las repercusiones sobre su fecundidad. La aceptación debe consignarse por escrito y debe incluirse en el expediente clínico.

En ese sentido la consejería reviste importancia particular en el caso de la anticoncepción quirúrgica voluntaria pues se trata de una intervención quirúrgica y es de carácter permanente. La consejería debe ser neutral, el proveedor no deberá tratar de persuadir o influir en la usuaria para que elija este método en preferencia a otros métodos temporales, recordando que el objetivo de la consejería es brindar información necesaria para que los mismos usuarios tomen decisiones voluntarias e informadas^{17, 18}.

Siendo la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, un método anticonceptivo permanente que requiere de una orientación/consejería especializada, se hace necesario tomar ciertas consideraciones que se detallan a continuación, en base a lo señalado en la Norma Técnica de Planificación Familiar (2005)¹⁹:

Ofrecer información amplia sobre el procedimiento, para lograr que la elección sea libre e informada¹⁹.

Destacar en todo momento que se trata de un procedimiento definitivo.

Ofrecer información básica acerca de los procedimientos en el post-parto, transcesárea e intervalo, que incluya criterios de elección, duración, riesgo, eficacia, recuperación, signos de alarma. etc.¹⁹

Una vez que ha firmado la solicitud de intervención, se le entregará una copia y el original quedará en la historia clínica¹⁹.

Recordar la importancia del uso de material de apoyo (rotafolios, folletos, maquetas) para facilitar la comprensión, del método anticonceptivo.¹⁹

Otro aspecto a tomar en cuenta es el contexto sociocultural en el que se encuentra la usuaria y/ o su pareja. Por ejemplo, en Chile las mujeres deben tener el consentimiento de sus esposos para ser esterilizadas en los

servicios públicos de salud. En Ecuador no es exigida la autorización de terceros para que la usuaria utilice métodos anticonceptivos o se le practique la esterilización quirúrgica; pero la decisión está influenciada por su marido, el cual la mayoría de las veces se opone. La mentalidad machista que existe en el Ecuador es un aspecto cultural arraigado, la falta de educación y la mala calidad de ésta, hacen que muchas mujeres ni siquiera sepan que merecen una realidad diferente y exigir sus derechos como tal^{19, 20}.

Esta realidad es similar en nuestro país como en otros países de Latinoamérica, donde la equidad de género es un problema aún vigente, así como también los preceptos religiosos.

El perfil social se refiere a las características de orden social como la edad, el estado civil, la religión, el grado de instrucción, el ingreso económico mensual, etc. de las usuarias que aceptan la ligadura de trompas.

Edad: La edad es una variable demográfica que puede jugar un rol significativo en la reducción general de la fecundidad. El casarse tardíamente acorta la duración de la edad reproductiva de la mujer, y es probable que tenga menos hijos. El uso de anticonceptivos aumenta a la par de la edad de la mujer, probablemente porque ésta ha adquirido más conocimiento sobre los métodos o bien porque ya tiene varios hijos.

Estado civil: Asimismo el estado civil influye sobre el nivel de fecundidad. Si las mujeres son jóvenes y tienen un nivel de educación bajo, es más probable que se encuentren en unión libre y no formalmente casadas. La mayoría de las parejas jóvenes conviven en unión libre. Por ello, generalmente las mujeres adultas que conviven o casadas son las que deciden aceptar la anticoncepción quirúrgica voluntaria, por haber cumplido con el número de hijos que deseaban.

Nivel educativo: Otra de las características, es el bajo nivel escolar lo cual representa una limitante para la aceptación de los métodos de planificación familiar, ya que al no tener una asesoría adecuada los potenciales usuarios recurren a fuentes de información inapropiadas, como son amigos o familiares con un nivel educativo similar.²¹

Ingreso económico: el ingreso económico es una característica también influyente en la toma de decisión de un método anticonceptivo ya que determina la posibilidad económica de afrontar un embarazo y la calidad de vida que se podrá brindar a un nuevo ser. Un ingreso económico bajo genera una barrera en la accesibilidad a los servicios de salud.

El perfil biológico se refiere a los rasgos de carácter biológico como la edad de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el número de embarazos, etc.

En diferentes trabajos se ha observado que una de las principales características de las usuarias que aceptan la ligadura de trompas es el antecedente de hijos previos y que el embarazo sea no planificado.

En este estudio está compuesta por los antecedentes obstétricos, ginecológicos y patológicos.

Los antecedentes obstétricos simbolizan todas aquellas situaciones que se han presentado en el embarazo, parto o puerperio, como el número de embarazos, abortos, partos, cesárea, etc.²²

Los antecedentes ginecológicos se refieren a todas aquellas características o enfermedades relacionadas al aparato reproductor femenino como la menarquia, presencia de infecciones vaginales, etc.²³

Los antecedentes patológicos muestran a todas las enfermedades que se han presentado en la mujer, tales como hepatopatías, hipertensión arterial, cáncer de mama, epilepsia, diabetes, entre otros.

Acerca del perfil cultural, este se refiere a todas aquellas características relacionadas a los conocimientos, costumbres, creencias y modos de conducta frente a la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

En este estudio está constituida por los conocimientos y creencias de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

El conocimiento se refiere a la incorporación de información y nuevas experiencias en base a la experiencia, valores, información contextual y puntos de vista de expertos²⁴.

En cuanto al tiempo de recuperación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, generalmente es corto, por lo general la usuaria debe estar en observación por 4 horas, pero si procede de zona rural o un lugar lejano, debe estar en vigilancia por 24 horas como mínimo en donde se efectuó el procedimiento. Tras ello, debe guardar reposo por 7 días¹⁹.

Acerca de si la pareja debe decidir obligatoriamente conjuntamente con la mujer para el uso de algún método anticonceptivo, se ha observado que el hombre o la pareja cumple un rol relevante en la toma de decisiones relacionadas con el uso de anticonceptivos y cuántos hijos desea tener y en qué momento, pues en algunos grupos sociales, se ha observado que el hombre tiene mayor dominio que su esposa respecto a estas cuestiones.

Asimismo, en algunas oportunidades se ha criticado los esfuerzos para difundir las actividades de planificación familiar en los países en desarrollo por excluir al hombre. Un efecto de dicho enfoque exclusivo para la mujer ha sido que algunos hombres poseen ciertas sospechas de las actividades de planificación familiar y piensan que están dirigidas a aminorar su autoría en la familia. Por ejemplo, algunas parejas piensan que la anticoncepción les facilita a las mujeres a mantener relaciones sexuales fuera del matrimonio, no obstante, la mayoría de los hombres ven de manera positiva la planificación familiar.

Por tanto, si bien, la pareja debe apoyar en la decisión para el uso de métodos anticonceptivos, no es obligatorio que esté de acuerdo con la elección de algún método anticonceptivo para que la mujer lo pueda utilizar.

En cuanto a si es necesario la comunicación sobre anticoncepción con la pareja, se ha encontrado que la comunicación con la pareja respecto a los métodos anticonceptivos, y contar con su apoyo para utilizarlos, son indispensables y están asociadas con el hecho de acudir a los servicios de Planificación Familiar. De acuerdo a ello se reflexiona el hecho de incluir a los varones en los servicios de salud sexual y reproductiva, sin dejar de lado la participación de las mujeres en las decisiones reproductivas como el número total de hijos, el espaciamiento entre ellos y el uso de métodos anticonceptivos, lo que conduce a que la participación tanto del hombre como de la mujer es fundamental.²⁵

A través de un trabajo realizado por Paredes y cols., se observó en el aspecto cultural, que la mayoría desconoce de qué se trata la anticoncepción quirúrgica voluntaria y los riesgos que implican; asimismo, piensan que no se debe imponer dicho método y que no quisieran que otras personas se enteren de su utilización¹⁰.

Los mitos forman parte de nuestra percepción del mundo y tratan de explicar aquellas cosas que no se conocen bien. Por lo general, los mitos son ampliamente compartidos, se suelen asumir como verdades no probadas y ante la falta de información se van extendiendo. ²⁶.

La influencia que tienen las creencias y mitos sobre el uso de los métodos de planificación familiar es muy dominante dentro de las comunidades, debido a que no se ha brindado suficiente información sobre planificación familiar. Una de las razones más influyentes en las tomas de decisiones y en el uso de los métodos de planificación familiar es el temor a los efectos secundarios al hacer uso de algunos métodos de anticoncepción.²⁷

Con respecto a las creencias sobre anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina son muy diversos como por ejemplo:

Se suele pensar que las mujeres con ligadura de trompas tienen menopausia prematura, para lo cual no hay evidencia que demuestre efectos colaterales, como cefalea, bochornos, sudores nocturnos o cambios emocionales; síntomas que generalmente ocurren en mujeres que se les ha practicado histerectomía u ooforectomía, cirugías que no deben ser confundidas con la esterilización femenina.²⁸

Muchas veces se confunde la esterilización con la histerectomía (la extirpación del útero), ni con la extirpación de los ovarios. También se cree que la operación causa enfermedades como anemia, ya no hay apetito y se muere.²⁹

Que después de la ligadura de trompas la mujer se volverá frígida.

Que la ligadura de trompas produce locura con el tiempo, o que la ligadura hace que la mujer engorde entre otras.²⁶

En el Instituto Nacional Materno Perinatal (2016) la prevalencia de las usuarias que acceden para anticoncepción femenina es de 3.61%, según datos estimados por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-planificación Familiar, es decir, anualmente 924 usuarias son sometidas a anticoncepción quirúrgica, en muchos de los casos por diversos motivos, es decir por el número de hijos, alguna enfermedad crónica, por tener más de dos cesáreas, etc., cabe resaltar que cada usuaria cuenta con un perfil social y biológico diferente, propio de lugar de procedencia o del ambiente donde se ha desarrollado, son estas características que tiene cada usuaria y están conexos a la aceptación de la anticoncepción quirúrgica femenina. En la institución, pese a ser de tercer nivel, se observa poca cobertura de este método y esto depende del perfil que presenta la población, aunado a ello se reporta las creencias que tienen respecto a método quirúrgico, los cuales en muchas ocasiones son erradas.

Esto es motivo para la realización del presente trabajo, con la finalidad de objetivizar los datos observados en consulta, puesto que aún no se han realizado trabajos en población usuaria de planificación, evaluando el perfil social, biológico y cultural de las usuarias que acceden a anticoncepción quirúrgica femenina, siendo la evidencia científica en este tema aun escaso.

El presente trabajo de investigación permitirá conocer el perfil de la usuaria que accede a la anticoncepción quirúrgica femenina (AQVF), teniendo en cuenta que un buen número de ellas poseen costumbres o características sociales únicas.

Conociendo esto, la consejería brindada con respecto a la anticoncepción quirúrgica voluntaria se podrá dirigir en base a las características encontradas, lo cual será de mucha utilidad para el profesional de la salud que labora en el servicio de Planificación Familiar, así como para la Institución, el cual podrá replantear las estrategias para facilitar el acceso a dicho método. Lo antes mencionado podría ser aplicado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, lugar donde se realizará el presente estudio, así como en hospitales, centros de salud y postas que brinden los servicios de Planificación Familiar.

Asimismo, se ofrecerá una base científica que servirá para otros estudios afines que ayuden incrementar los conocimientos científicos sobre la oferta de los métodos de Planificación familiar como la esterilización quirúrgica femenina.

Por último, el estudio estimulará, a los profesionales de salud, que formulen y creen propuestas que aumenten la demanda de este anticonceptivo, tras la identificación de población objetivo, las cuales puedan incorporar a estas mujeres a los programas regulares de control de la fecundidad.

Por lo anteriormente señalado se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el perfil de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de octubre a noviembre del 2017?

¿Cuál es perfil social de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de octubre a noviembre del 2017?

¿Cuál es perfil Biológico de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de octubre a noviembre del 2017?

¿Cuál es perfil cultural de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de octubre a noviembre del 2017?

Definición de términos.

Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria: Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las Trompas de Falopio¹⁴.

Perfil social: El perfil social se refiere a las características de orden social como la edad, el estado civil, la religión, el grado de instrucción, el ingreso económico mensual, de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

Perfil biológico: Son los rasgos de carácter biológico como la edad de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el número de embarazos de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

Perfil cultural: Se considera a los conocimientos y las creencias que tienen las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

Usuaría: Persona que utiliza continuamente algún tipo de servicio ya sea público o privado, siendo este el caso del Servicio de Planificación Familiar para acceder a la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

Objetivos:**Objetivo general:**

Identificar el perfil de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de octubre a noviembre del 2017.

Objetivos Específicos:

- Describir el perfil social de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria.
- Describir el perfil biológico de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria.
- Reconocer el perfil cultural de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo, descriptivo, transversal.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Usuarías que acuden al Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal de octubre a noviembre del 2017.

2.3. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

- **Unidad de Análisis:** Usuaria del Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal de octubre a noviembre del 2017.
- **Unidad de estudio:** Usuaria que acepta la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal de octubre a noviembre del 2017 que cumplen con los criterios de selección.
- **Tamaño Muestral** : Estuvo conformado por 145 Usuarías que aceptaron la anticoncepción quirúrgica voluntaria y que cumplieron con los criterios de selección , en el Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal de octubre a noviembre del 2017
- **Tipo de muestreo:** Registro censal, de todas las usuarias que aceptaron la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal de octubre a noviembre del 2017

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Usuaris en edad fértil.
- Usuaris que sepan leer.
- Usuaris que firmen el consentimiento informado para la aceptación del AQV en el consultorio de planificación familiar.

Criterios de Exclusión

- Usuaris que no quieran participar del estudio.
- Usuaris que han recibido consejería sobre AQV pero que no han firmado el consentimiento informado para la aceptación del AQV.

2.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.

2.4.1 Perfil Biológico:

- Menarquia
- edad de inicio de relaciones sexuales
- parejas sexuales
- número de embarazos
- número de abortos
- número de partos
- número de cesáreas
- método anticonceptivo anterior
- infecciones vaginales continuas
- antecedente de patologías.

2.4.2 Perfil Social:

- Edad
- estado civil
- nivel educativo
- ingreso económico mensual
- dependencia económica
- distrito de procedencia.

2.4.3 Perfil cultural:

2.4.3.1 Conocimientos:

- Procedimiento definitivo.
- Riesgos igual que otra intervención quirúrgica.
- Efectividad de la AQV.
- Tiempo de recuperación.
- Comunicación con la pareja.
- Consentimiento de ambos.

2.4.3.2 Creencias:

- Produce o no cáncer.
- provoca menopausia precoz.
- provoca trastornos mentales.
- Disminuye el placer sexual en la mujer.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Técnica: Encuesta que tuvo una duración aproximada de 10 minutos y se realizó en los horarios de atención del servicio de planificación familiar cuando las usuarias acudían para la consejería de la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

Instrumento: Como instrumento se utilizó un cuestionario (Ver anexo N° 2). En la primera parte se recolectaron datos relacionados al perfil social de las usuarias que acceden a la anticoncepción quirúrgica voluntaria, en la segunda parte se plantearon preguntas que evalúen el perfil biológico de las usuarias entre características obstétricas, ginecológicas y antecedentes patológicos; y en la tercera parte se recaba información sobre el perfil cultural de las usuarias considerando conocimientos y creencias validadas por juicios de expertos aplicando la escala de Estanones el cual se detalla en el anexo V.

Validación y confiabilidad del Instrumento: para que el instrumento pueda ser utilizado y sea el indicado para cumplir con los objetivos del estudio pasó por un proceso de validación.

La validación se realizó mediante el juicio de expertos quienes emitieron una respuesta favorable del instrumento. (Anexo IV).

La confiabilidad del instrumento se realizó a 30 pacientes en fechas previas al inicio de recolección de datos para este estudio. La confiabilidad del instrumento fue de 0.63 lo que indica una confiabilidad sustancial. (Anexo VI)

2.6. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para poder cumplir los objetivos del estudio se siguió el siguiente procedimiento:

Se evaluó el protocolo de investigación: El protocolo de investigación se presentó a las autoridades de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos a través de la Escuela Profesional de Obstetricia y su Comité de Investigación, para que emitan la aprobación del estudio previa conformidad de la asesora de tesis.

Solicitud de autorización: se solicitó el permiso de las autoridades pertinentes en el área de docencia e investigación del Instituto Nacional Materno Perinatal para realizar el recojo de la información por medio de una encuesta validada; asimismo se le comunicó a la obstetra jefa del servicio de planificación familiar.

Proceso de selección: se procedió a acudir de lunes a sábado durante los horarios de atención del consultorio de planificación familiar del INMP, es decir de 8:00 am a 1:00 pm, durante los meses programados para la recolección de datos (octubre a noviembre del año 2017).

Selección de la muestra: Se procedió a encuestar a las usuarias que acudieron al servicio de planificación familiar, para ello se tomó en cuenta a la primera paciente que acudió a consulta, y posteriormente, se encuestó de forma consecutiva a las usuarias que aceptaron la anticoncepción quirúrgica (1°, 2°, 3°, 4°,... 145), y cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión.

Proceso de consentimiento informado: se le informó a cada usuaria seleccionada, los objetivos del estudio, y la importancia de su participación mediante el llenado del cuestionario anónimo. La aceptación por parte de

las mujeres seleccionadas se fijó mediante su firma en el consentimiento informado que se les proporcionó (Ver anexo N° 1).

Aplicación del cuestionario: Seguidamente a las usuarias seleccionadas se les brindó el cuestionario para que procedan y den respuesta a las preguntas y premisas planteadas. Cabe resaltar que el investigador estuvo presente durante el llenado de datos, ante cualquier duda o pregunta que surgió por parte de la encuestada.

A cada participante se le dio una copia del consentimiento informado, cuando lo solicitaron.

El análisis de los datos se realizó previo control de la calidad de los datos recolectados durante la encuesta.

Luego todas las preguntas del cuestionario fueron ingresados a una base de datos, que fue elaborada en el programa SPSS v.21, para su análisis y procesamiento.

Cada variable ingresada fue analizada mediante estadísticos descriptivos tales como, frecuencias absolutas y relativas.

Los resultados analizados fueron presentados en tablas de gráficos según permita entender mejor los resultados del estudio, cada uno con su respectiva interpretación descriptiva de los datos.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para poder desarrollar el estudio se hace necesario cumplir con ciertos principios tomados en cuenta en la ética médica.

Teniendo en cuenta los principios de beneficencia y no maleficencia, las preguntas del cuestionario, no dañaron la integridad física ni moral de las encuestadas; por el contrario, las preguntas estuvieron diseñadas de

manera tal, que se resguardó la identidad de la usuaria y que no vaya en contra de su susceptibilidad; por el contrario, permita obtener resultados que mejoren la calidad de atención del servicio que se brinda durante las consejerías en la institución en pro de su satisfacción.

Garantizando el principio de autonomía de cada una de las mujeres seleccionadas para el estudio; se trabajó únicamente con aquellas que después de informarles los objetivos y el propósito del estudio aceptaron colaborar con el llenado del cuestionario.

Además, durante el proceso de recojo de información a través del cuestionario cada mujer seleccionada fue tratada con respeto y gratitud.

3. RESULTADOS

Tabla N°1: Perfil social de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Octubre-Noviembre 2017.

Perfil Social		N	%
Edad Materna	30-39 años	94	64,8%
	20-29 años	31	21,4%
	40-46 años	20	13,8%
Estado civil	conviviente	105	72,4%
	casada	36	24,8
	soltera	4	2,8
	Otro	0	0,0%
Nivel educativo	Secundaria	89	61,4 %
	Superior técnico	31	21,4%
	Primaria	15	10,3%
	Superior universitario	10	6,9%
	Sin instrucción	0	0,0%
Ingreso económico mensual	<= 1000 soles	91	62,8%
	>= 1000 soles	54	37,2%
Dependencia económica	Si	115	79,3%
	No	30	20,7%
Distrito de procedencia	San Juan de Lurigancho	55	37,9%
	Cercado de Lima	14	9,7%
	Ate Vitarte	12	8,3%
	La victoria	10	6,9%
	Comas	8	5,5%
	San Juan de Miraflores	7	4,8%
	Santa Anita	4	2,8%
	Villa el salvador	4	2,8%
	Los olivos	3	2,0%
	Otros	28	19,3%
	Total		145

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N°1 se observa el perfil social de las usuarias que aceptan anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de planificación familiar donde: el 64.8% tienen una edad materna entre 30-39 años, el 72.4% tienen un estado civil conviviente, el 61.4% un nivel educativo secundaria y

el 37.9% proceden del distrito de San Juan de Lurigancho. Asimismo, el 62.8% tienen un ingreso económico mensual menor a 1000 soles, y el 79.3% tienen dependencia económica.

Tabla N°2: Características ginecológicas de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Octubre-Noviembre 2017.

Características ginecológicas		N	%
Edad de la menarquía	10-15 años	138	95,2%
	> 15 años	7	4,8%
Edad de inicio de las relaciones sexuales	>=18 años	85	58,6%
	< 18 años	60	41,4%
¿Cuántas parejas sexuales Ha tenido?	De 2 a 3 parejas	81	55,9%
	1 pareja	48	33,1%
	Mayor a 3 parejas	16	11,0%
¿Padece de infecciones vaginales de forma continua?	No	108	74,5%
	Si	37	25,5%
Total		145	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las características ginecológicas se observa que: el 95.2% de las usuarias empezaron su menstruación en las edades de 10 a 15 años, la mayor parte de las usuarias inicio su vida sexual después de los 18 años (58.6%), el 55.9% tuvo de 2 a 3 parejas sexuales. Asimismo, se observa que el 25.5% de las usuarias ha padecido de infecciones vaginales continuas.

Tabla N°3: Características obstétricas de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Características obstétricas		N	%
Número de embarazo	>=3	134	92,4%
	1-2	11	7,6%
Número de abortos	De 1 a más abortos	81	55,9%
	Ninguno	64	44,1%
Número de partos	De 2 a 3 partos	114	78,6%
	De 4 a 6 partos	17	11,7%
	1 parto	14	9,7%
Número de cesáreas	Dos a más	83	57,2%
	Uno	38	26,2%
	Ninguno	24	16,6%
¿Qué método anticonceptivo ha utilizado anteriormente?	Ninguno	74	51,0%
	inyectables	47	32,4%
	Píldoras	18	12,4%
	Preservativo	3	2,1%
	T de cobre	2	1,4%
	Implante	1	0,7%
Total		145	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a las características obstétricas, el 92.4% tuvo de tres a más embarazos, el 55.9% tuvo de 1 a más abortos, el 57.2% ha tenido de dos a más cesáreas. Al respecto al número de partos, el 78.6% tuvo de dos a tres partos y el 11.7% de cuatro a seis partos.

Respecto al método anticonceptivo que ha utilizado, el 51.0 % manifestó no haber utilizado ningún método anticonceptivo anteriormente, el 32.4% manifestó haber utilizado Inyectables, el 11.9% píldoras, el 2.1% preservativos y el 1.4% T de cobre.

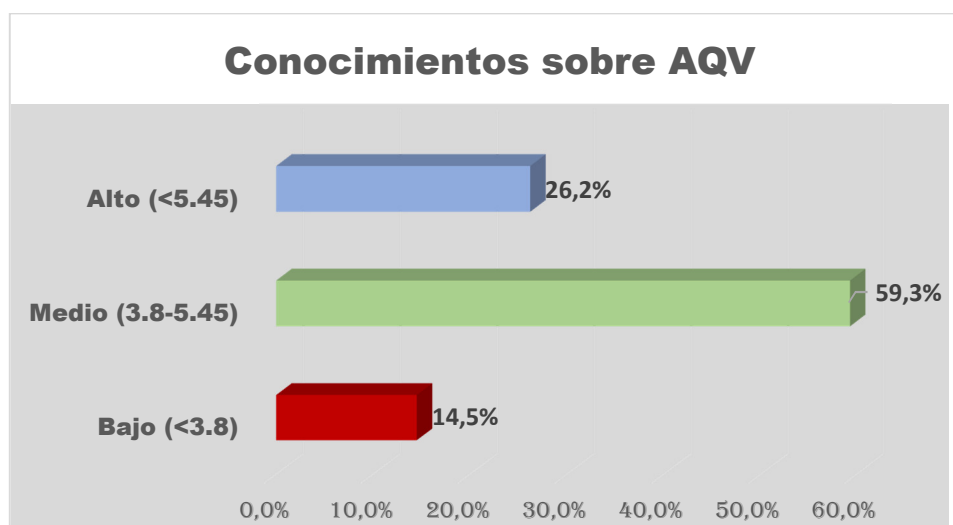
Tabla N°4: Antecedente de patología de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Antecedente de patologías		N	%
Hipertensión arterial	Si	12	8,3%
	No	133	91,7%
Obesidad	Si	6	4,1%
	No	139	95,9%
Lupus eritematoso	Si	3	2,1%
	No	142	97,9%
Diabetes	Si	3	2,1%
	No	142	97,9%
Hepatopatías	Si	2	1,4%
	No	142	98,6%
Epilepsia	Si	1	0,7%
	No	144	99,3%
Cáncer de mamá	Si	0	0,0%
	No	145	100,0%
Total		145	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los antecedentes patológicos, se evidencia que el 8.3% refirió la hipertensión arterial, el 4.1% obesidad, 2.1% lupus eritematoso y el 2.1% diabetes.

Figura 1: Conocimientos sobre Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria de las usuarias del servicio de Planificación Familiar



En la figura N°1 se evidencia los conocimientos sobre la anticoncepción quirúrgica donde: el 59.3% tienen un conocimiento medio, el 26.2% un conocimiento alto y el 14.5% un conocimiento bajo.

Tabla N°5: Respuestas sobre los conocimientos de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Respuestas de conocimientos sobre AQV		N	%
Es necesaria la comunicación sobre anticoncepción con la pareja	No	6	4,1%
	Si	139	95,9%
La anticoncepción quirúrgica voluntaria es un procedimiento quirúrgica cuyo efecto anticonceptivo es permanente	No	15	10,3%
	Si	130	89,7%
La pareja debe estar de acuerdo obligatoriamente con la elección de algún método anticonceptivo para poder utilizarlo.	Si	25	17,2%
	No	120	82,8%
La anticoncepción quirúrgica voluntaria, es 100% efectiva	Si	28	19,3%
	No	117	80,7%
Los riesgos en la anticoncepción quirúrgica voluntaria, son los mismos que para cualquier tipo de cirugía	Si	102	70,3%
	No	43	29,7%
En la anticoncepción quirúrgica voluntaria, el tiempo de recuperación es corto	No	76	52,4%
	Si	69	47,6%
Total		145	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Analizando las respuestas sobre conocimientos de las usuarias se identifica que: el 95,9% de las usuarias respondió correctamente que es necesaria la comunicación sobre anticoncepción con la pareja, el 89.7% refiere correctamente que la anticoncepción quirúrgica voluntaria es un procedimiento quirúrgico cuyo efecto anticonceptivo es permanente, el 82,8% indicó de manera correcta que no es obligatorio que la pareja este de acuerdo con la mujer en la elección de un método anticonceptivo para que esta lo pueda utilizar, el 80.7% manifestó correctamente que la anticoncepción quirúrgica no es efectiva al 100% y el 70,3% de usuarias señaló de manera correcta que los riesgos en la anticoncepción quirúrgica voluntaria, son los mismos que para cualquier tipo de cirugía. Sin embargo, se observa, que el 52,4% de las usuarias respondió de manera incorrecta que el tiempo de recuperación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria no es corto.

Tabla N°6: Creencias de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Creencias sobre AQV		N	%
Cree que la anticoncepción quirúrgica voluntaria produce cáncer.	Si	0	0,0%
	No	145	100,0%
Cree que la anticoncepción quirúrgica voluntaria provoca trastornos mentales.	Si	0	0,0%
	No	145	100,0%
Cree que la anticoncepción quirúrgica voluntaria provoca menopausia precoz.	Si	22	15,2%
	No	123	84,8%
Cree que la anticoncepción quirúrgica voluntaria disminuye el placer sexual en la mujer.	Si	5	3,4%
	No	140	96,6%
Total		145	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Analizando las creencias de las usuarias se puede identificar que: el 100% cree que la anticoncepción quirúrgica no produce cáncer y que no provoca trastornos mentales, un 96,6% de usuarias cree que la anticoncepción quirúrgica no disminuye el placer sexual en la mujer. Sin embargo, se evidencia que un 15.2% piensa que la anticoncepción quirúrgica provoca menopausia de manera precoz.

4. DISCUSIÓN

Actualmente la Anticoncepción quirúrgica voluntaria se ha convertido en uno de los métodos de regulación de la fecundidad más ampliamente usados en el mundo por su seguridad y eficacia del 99%, cabe resaltar que las usuarias que hacen uso de este método tienen características propias tanto en lo social como en lo biológico y cultural que puede influir en el uso de la anticoncepción quirúrgica.

En la presente investigación en cuanto al perfil social, se evidencia que la edad materna de las usuarias que decidieron por la anticoncepción quirúrgica se encontraba entre 30 a 39 años (64.8%), similares resultados fueron encontrados por **Aroste**, quien en su investigación realizada en una Institución de salud perteneciente a Lima Metropolitana, identifica que la edad de las mujeres que optan por la anticoncepción quirúrgica voluntaria se encuentran entre 31 a 37 años (43.94%) , asimismo para **Torres C., et al** quien en su investigación realizada en una institución de segundo nivel perteneciente a Colombia encontró que las edades más comunes para la tubectomía estaban entre 20 y 39 años.

Con respecto al estado civil en la presente investigación prevaleció el de ser conviviente (72.4%), similar al estudio por **Torres C., et** en donde un alto porcentaje se encuentra en unión libre o casada.

El grado de instrucción de las usuarias con mayor porcentaje fue el de secundaria (61.4%) porcentaje mayor a lo encontrado en el estudio de **Aroste**, quien presenta que el 35.35% de las usuarias tenía el grado de instrucción secundaria completa, Asimismo para **Torres C., et al** quien en su investigación el 47.7% tuvo como grado de instrucción secundaria completa.

El distrito de procedencia preponderante fue San Juan de Lurigancho con 37,9 % siendo considerado un área urbana; similar resultado fue encontrado por **Aroste**, en donde la mayor parte de la población procede

Procede del ámbito urbano (98.99%).

Al respecto del nivel socioeconómico se sobreentiende que la mayoría de las usuarias con un nivel socioeconómico de medio a bajo generalmente optará por métodos anticonceptivos accesibles, en el análisis de la presente investigación se ha identificado que la gran mayoría de las pacientes evaluadas con un nivel socioeconómico menor a 1000 soles (62.8%) optó por el uso de la anticoncepción quirúrgica.

En cuanto al perfil biológico de las usuarias, tenemos que en la presente investigación la mayoría de las usuarias tiene como características obstétricas, el tener de tres a más hijos (92.4%), lo que hace evidente la posibilidad de optar por el uso de la anticoncepción quirúrgica, asimismo **Aroste** encuentra en su estudio que la mayor parte de usuarias que opta por la Anticoncepción quirúrgica femenina son multíparas (52.02%), evidenciando que la gran parte de la población tiene más de dos hijos (44.4%). **Torres C., et al** encontró en su investigación que las usuarias de tubectomía tenían dos hijos en promedio.

Referente a las cesáreas el 57.2% de usuarias manifiesta que ha sido sometida a más de dos cesáreas, una proporción similar es evidenciado por la investigación de **Aroste**, donde figura que un 77.27% de pacientes fueron sometidas a cesáreas. Por otra parte, se ha identificado que la mayoría de usuarias no ha utilizado ningún método anticonceptivo anteriormente (51.0%) ,entre las usuarias que si utilizaron algún método el preponderante fueron los inyectables (32.4%) seguido de las píldoras (12,4%), caso contrario se evalúa en la investigación de **Aroste** que encuentra resultados contrarios, ya que la anticoncepción oral (70.71%) es el método por excelencia que fue utilizado por las usuarias antes de optar por el AQV femenino y en segundo lugar se encontró a los inyectables (22.73%).

En cuanto a los antecedentes patológicos, se tiene que la gran mayoría de la población no ha manifestado antecedentes que comprometan su salud,

sin embargo, hay un porcentaje de usuarias que presentó hipertensión arterial (8.4%) y obesidad (4.2%), estos dos problemas de salud pudieron ser elementos cruciales que impulsaron a que las usuarias opten por este métodos definitivo que afecte su salud, ya que la elevación de la presión arterial sistólica o diastólica podría depender de la duración de la administración de anticonceptivos hormonales.

Analizando el perfil cultural de las usuarias se tiene que el nivel de conocimiento sobre anticoncepción quirúrgica fluctúa entre medio (59,3%) y alto (26.2%), teniendo a un gran grupo de usuarias que si sabe que la comunicación sobre anticoncepción con la pareja es indispensable además de tener información acertada sobre que el método es permanente, es decir, es definitivo, pese a ello hay usuarias que aún no conocen sobre el tiempo de recuperación y sobre si los riesgos en la anticoncepción quirúrgica voluntaria son los mismos que para cualquier cirugía. Datos contrarios fueron identificados por el estudio de **Paredes, Chauca, Culqui** quienes realizaron la investigación en el Perú, sin embargo, el estudio se enfocó en otra región del país, los resultados mostraron que el 98.5% de las usuarias respondieron que no sabía sobre la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina, esto nos muestra que ambas poblaciones no tienen un grado de información similar.

En cuanto, a las creencias sobre Anticoncepción quirúrgica la mayor parte de la población tiene creencias correctas o positivas sobre el tema, sin embargo, algunas de las usuarias tienen creencias falsas como pensar que la anticoncepción quirúrgica voluntaria provoca menopausia de manera precoz. En cambio, en el trabajo de **Erlenwein et al.** Se observó que el punto de vista de la madre, influye en la aceptación de la esterilización como método anticonceptivo, así como en la elección final de un método. A pesar de lo mencionado las usuarias han decidido por este método anticonceptivo, lo cual, posiblemente se deba a otros motivos como la edad, el número de hijos, entre otros, dejando de lado algunos mitos o creencias.

5. CONCLUSIONES

El perfil social de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal es de edad entre 30-39 años (64.8%), estado civil conviviente (72.4%), nivel educativo secundaria (61.4%), ingreso económico mensual menor a 1000 soles (62.8%) y procedencia de San Juan de Lurigancho (37.9%).

El perfil biológico de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal es que el inicio de la menarquia está entre los 10 a 15 años (95.2%), edad de inicio de las relaciones sexuales de 18 años a más (58,6%), con parejas sexuales de dos a tres (55.9%), con un número de embarazo de tres a más (92.4%), con más de un aborto (55.9%), la mayor parte con más de dos cesáreas (57.2%) ,la mayor parte de usuarias no ha utilizado algún método anticonceptivo anteriormente(51,0%) ,el (32.4%) utilizo el inyectable, igualmente se encontró como antecedente patológico a la hipertensión arterial 8.3 % y obesidad 4.1%.

El perfil cultural de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal indica un conocimiento de medio (59.3%) a alto (26.2%) y con creencias correctas principalmente respecto a que la anticoncepción quirúrgica voluntaria no produce cáncer (100%), la anticoncepción quirúrgica voluntaria no provoca trastornos mentales (100%), no provoca menopausia precoz (84.8%) ni disminuye el placer sexual (96.6%). Solo el 3.4 % cree que disminuye el placer sexual, pero el 15 % cree que la anticoncepción quirúrgica voluntaria produce menopausia precoz.

6. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar investigaciones donde se analice el perfil social de las usuarias que no aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria, esto con la finalidad de tener datos específicos que permitan reconocer la realidad situacional de la población que use este método, lo cual nos indicará el contexto real de las pacientes e impulsará a actuar de manera estratégica sobre este grupo poblacional, tal vez no, en el entorno de Lima Metropolitana, sino a nivel nacional en sectores de extrema pobreza, donde existe en altos índices la dependencia económica.

Se recomienda que los profesionales de salud refuercen la consejería de anticoncepción quirúrgica voluntaria principalmente en usuarias que han tenido más de tres cesáreas o en aquellas que tienen de 3 a más hijos, ya que son factores de riesgo para una mujer, asimismo se debería analizar los antecedentes patológicos de las usuarias, con el fin de recomendar la opción de la anticoncepción quirúrgica con mayor seguridad.

Asimismo, se recomienda incidir en la retroalimentación durante la consejería para evitar la persistencia de falsas creencias que algunas usuarias tenían con respecto a la anticoncepción quirúrgica voluntaria y que puede influir a que las usuarias no opten o desistan de la ligadura de trompas aunque sea necesario para ellas, además es importante tener en cuenta el periodo de reflexión de las 72 horas de las usuarias para la firma de la solicitud de intervención.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Argentina. Anticoncepción quirúrgica mujeres. Ligadura de Trompas de Falopio. Argentina: Ministerio de Salud Argentina; 2008. Disponible en: Ministerio de Salud Argentina. Anticoncepción quirúrgica mujeres. Ligadura de Trompas de Falopio. Argentina: Ministerio de Salud Argentina; 2008
2. Gómez L. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. OSECAC (Obra social de los empleados de comercio y actividades civiles). 2012. Revisión 1: 1-8. Disponible en:
http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Ginecologia/Gin-30%20Anticoncepcion%20Quirurgica%20Voluntaria_v1-12.pdf
3. Esterilización quirúrgica Femenina. Capítulo 11. [Acceso el 10 de diciembre del 2017] Disponible en: http://fertilab.net/ma/ma_11.pdf.
4. Távara L. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú [Revista en línea]. Rev Per Ginecol Obstet. 2010; 56:120-136. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n2/pdf/a07v56n2.pdf
5. Instituto Nacional de estadística e Informática. Encuesta Demográfica y Salud Familiar. 2015. Capitulo IV. Planificación Familiar. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas_INEI/minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas_INEI/
6. Soriano H, Rodenas L, Moreno D. Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones. Rev Clín Med Fam 2010; 3 (3): 206-216. Disponible en: <http://www.revclinmedfam.com/PDFs/5878a7ab84fb43402106c575658472fa.pdf>
7. Erlenwein J, Kundu S, Schippert C, Soergel P, Hillemanns P, Staboulidou I. Actitud hacia, aceptación y conocimiento sobre la

esterilización femenina como método de anticoncepción. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2015; 185:83-87. Disponible en: [http://www.ejog.org/article/S0301-2115\(14\)00619-8/abstract](http://www.ejog.org/article/S0301-2115(14)00619-8/abstract)

8. Torres CM, Vergara EC. Características sociodemográficas de personas sometidas a esterilización quirúrgica (Medellín 2006-2010). *Rev CES Salud Pública* 2012; 3(2): 129-140. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/65003166ff6ae039d941bc7c8c4dcb1f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2037661>
9. Aroste A. Características sociodemográficas y clínicas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en los años 2013-2014 [Tesis]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2016.
10. Paredes L, Chauca, S; Culqui C. Conocimientos y actitudes en relación a la AQV en las mujeres en edad fértil de la localidad de Nueva Cajamarca-Región San Martín. *Rev Ginecol Obstet*. 1999; 45(4): 291-395. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-270785>
11. Significado de biosocial. *Diccionario Abierto Español*. 2015 [Acceso el 21 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.significadode.org/biosocial.htm>
12. López K. Perfil biosocial y su relación con los conocimientos y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias de Planificación Familiar del Centro de Salud El Álamo, Junio – 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2015.
13. Bembibre C. Sociocultural.[Internet]. *Definición ABC*. [actualizado 2016; citado el 10 de diciembre del 2017]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/?s=Sociocultural>
14. Ministerio de Salud. *Norma Técnica de Planificación Familiar*. Perú: Ministerio de Salud; 2016. Disponible en: 44

<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-NormaTecnica-Planificacion-Familiar.pdf>

15. Ministerio de Salud Argentina. Ligadura tubaria. Argentina: Ministerio de Salud; 2009. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/aqm_ligadura_trompas_falopio.pdf
16. Navarro J, Trillo C, Luque M, Season J, Llamazares M, Gotor S. Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria. España: Sociedad Andaluía de Medicina Familiar y Comunitaria; 2014. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTSRM/2014002.pdf>
17. León S. Costumbres que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar del C. S. San Fernando, Lima – 2005. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2006.
18. Ministerio de Salud de Nicaragua. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Nicaragua: Ministerio de Salud de Nicaragua; 2008. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18994es/s18994es.pdf>
19. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Planificación Familiar. Perú: Ministerio de Salud; 2005. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-NormaTecnica-Planificacion-Familiar.pdf>
20. Campoverde W, Gualpa I. Aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres en periodo fértil en el área de influencia del Hospital Guamote en el periodo abril a agosto del 2012 [Tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador. Facultad de ciencias Médicas; 2012. [Acceso el 08 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4532/1/T-UCE-0006-97.pdf>

21. Campos C. Factores biosocioculturales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden al hospital Elipidio Berovidez Pérez. Otuzco 2014. [Tesis]. Trujillo: Universidad Católica Los Ángeles. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014
22. Pérez J. Definición de Obstetricia. 2009. [Acceso el 16 de abril del 2017]. Disponible en: <https://definicion.de/obstetricia/>
23. Ginecología. [Acceso el 16 de abril del 2017]. Disponible en: <https://salud.ccm.net/faq/9076-ginecologia-definicion>
24. Segura M, Bou J. Conocimiento, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Revista de Economía y Empresa 2005; 53: 175-198.
25. Estrada F, Hernández C, Walker D, Campero L, Hernández B, Maternowska C. Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. Salud pública Méx [Revista en Internet]. 2008 [Acceso el 03 de enero del 2018]; 50(6). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/>
26. Zegarra, T. (s/f). Centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Mitos y métodos anticonceptivos. 2011. Disponible en www.unfpa.org.pe/.../PROMSEX-Mitos-Métodos-Anticonceptivo
27. Bermeo N, Cazho E. Influencia sociocultural en el acceso y uso de métodos de planificación familiar en mujeres de edad fértil de la comunidad de huertas, santa Isabel 2015" [Tesis]. Ecuador: Universidad de Cuenca, facultad de ciencias médicas escuela de enfermería; 2015.
28. Pantoja M, Coral Y. Factores sociales, culturales y religiosos que impiden la utilización de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en el servicio de ginecología del hospital Marco Vinicio Iza de la provincia de Sucumbíos en el periodo marzo - agosto 2014. [Tesis]. Ecuador: Universidad Politécnica Estatal del Carchi, Escuela de Enfermería; 2014.

29. Alvarenga E, Argueta R, Salguero G. Factores que determinan la aceptación de métodos de planificación familiar en las usuarias de edad fértil que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar La Carrillo San Miguel, Trompina El Bejucal Sociedad y especializada la presita san miguel [Tesis]. El Salvador: Universidad del Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental; 2013.

1. ANEXOS

INDICE

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	49
II. CONSENTIMIENTO INFORMADO	52
III. CUESTIONARIO	53
IV. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	55

Anexo I: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPOS DE VARIABLE	ESCALA	CODIFICACION	INSTRUMENTO
- Perfil Social.	Se refiere a todas las características de la esfera social como la edad, el nivel educativo, estado civil, religión, etc., de las usuarias que aceptan el AQV en el servicio de Planificación familiar.	-Características sociodemográficas	-Edad	Cuantitativa	Discontinua	20-29 años=1 30-39 años=2 >= 40 años=3	Ficha de recolección De Datos.
			-Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltera =1 Conviviente=3 Casada= 2	
			-Nivel educativo	Cualitativa	Nominal	Primaria=1 Secundaria=2 Superior técnico=3 Superior universitario=4	
			-Ingreso económico mensual	Cuantitativa	Discontinua	≤ 1000 soles = 1 > 1000 soles = 2	
			-Dependencia económica	Cualitativa	Nominal	Si=1 No=2	
			-Distrito de procedencia.	Cualitativa	Nominal	Nombre del distrito	
			-Menarquía	Cualitativa	Nominal	10 – 15 años = 1 > 15 años = 2	
			-Edad de IRS	Cuantitativa	Discontinua	< 18 años. ≥ 18 años.	
			-Parejas sexuales	Cuantitativa	Discontinua	1 pareja = 1 De 2 a 3 parejas = 2 Mayor a 3 parejas = 3	
			-Infecciones vaginales de forma continua.	Cualitativa	Nominal	Si=1 No=2	
- Perfil Biológico	Son los rasgos de carácter biológico como la edad de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el número de embarazos, etc. de las usuarias que aceptan el AQV en el servicio de Planificación familiar.	-Antecedentes Ginecológicos	-Número de embarazos	Cuantitativa	Discontinua	1 – 2 embarazos = 1 ≥ 3 embarazos = 2	
			-Número de abortos	Cuantitativa	Discontinua	Ninguno = 1 1 – 2 abortos= 2	
		-Antecedentes obstétricos					

			Conoce si es necesario el consentimiento de la pareja.	Cualitativa	Nominal	correcto= 1 incorrecto= 0	
		-Creencias.	Creencia de que el AQV produce cáncer	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 2	
			Creencia de que el AQV provoca menopausia	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 2	
			Creencia de que el AQV provoca trastornos mentales	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 2	
			Creencia de que el AQV disminuye placer sexual	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 2	

Anexo II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PERFIL DE LAS USUARIAS QUE ACEPTAN LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA. SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. OCTUBRE – NOVIEMBRE DEL 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....de.....años de edad con número de DNI....., manifiesto que he sido informado(a) de las características propias y beneficios que podría obtener al participar del presente estudio de investigación cuyo fin es evaluar el perfil de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de octubre a noviembre del 2017. Entiendo que ello significa que debo comprometerme a contestar con sinceridad las preguntas establecidas en cuestionario para la investigación.

Soy consciente de que no habrá ningún beneficio económico.

Se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser contactado fácilmente usando el número 952249923

He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Consiento libremente mi deseo de participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que eso me afecte de ninguna manera.

Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento a la Srta. Cynthia Fiorella Carrasco Godoy bachiller en obstetricia para participar en su investigación y la información que obtenga sea usada para el logro de sus objetivos.

Firma Participante

Firma Investigador

Fecha hora

Anexo III: CUESTIONARIO

“Perfil de las usuarias que aceptan la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. Servicio de Planificación Familiar, Instituto Nacional Materno Perinatal. Octubre a Noviembre del 2017”

La presente encuesta es de carácter anónimo y voluntario, Si Ud. gusta a colaborar con el estudio, sírvase a contestar las preguntas que se presentan a continuación.

PERFIL SOCIAL

1. Edad: _____
2. Estado civil: Soltera () Conviviente () Casada () Otro ()
3. Nivel educativo: Sin instrucción () Primaria () Secundaria ()
Superior técnico () Superior Universitario ()
4. Ingreso económico mensual: \leq 1000 soles () $>$ 1000 soles ()
5. Depende económicamente de la pareja: Si () No ()
6. Distrito de procedencia: _____

PERFIL BIOLÓGICO

7. ¿A qué edad regló por primera vez? _____
8. ¿A qué edad inició las relaciones sexuales? _____
9. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?
1 pareja () De 2 a 3 parejas () Mayor a 3 parejas ()
10. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____
11. ¿Cuántos partos ha tenido? _____
12. ¿Cuántos abortos ha tenido? _____
13. Número de partos por cesárea: _____
14. ¿Qué método anticonceptivo ha utilizado anteriormente?
 - g. Píldoras.
 - h. Ampollas.
 - i. T de cobre.
 - j. Preservativo.
 - k. Implante.

l. Ninguno.

15. ¿Padece de infecciones vaginales de forma continua? Si () No ()

16. ¿Tiene o ha padecido de alguna patología?

a. Hepatopatías crónicas Si () No ()

b. Hipertensión arterial Si () No ()

c. Cáncer de mama Si () No ()

d. Epilepsia Si () No ()

e. Diabetes Si () No ()

f. Lupus eritematoso Si () No ()

g. Obesidad Si () No ()

h. Otros: _____

PERFIL CULTURAL

17. La anticoncepción quirúrgica voluntaria es un procedimiento quirúrgico cuyo efecto anticonceptivo es permanente. Si () No ()

18. Los riesgos en la anticoncepción quirúrgica voluntaria, son los mismos que para cualquier tipo de cirugía. Si () No ()

19. La anticoncepción quirúrgica voluntaria, es 100% efectiva Si () No ()

20. En la anticoncepción quirúrgica voluntaria, el tiempo de recuperación es corto Si () No ()

21. Es necesaria la comunicación con tu pareja sobre Anticoncepción. Si () No ()

22. Es obligatorio que tu pareja este de acuerdo con la elección de un método anticonceptivo para poder utilizarlo. Si () No ()

23. La anticoncepción quirúrgica voluntaria produce cáncer Si () No ()

24. La anticoncepción quirúrgica voluntaria provoca menopausia de manera precoz Si () No ()

25. La anticoncepción quirúrgica voluntaria provoca trastornos mentales Si () No ()

26. La anticoncepción quirúrgica voluntaria disminuye el placer sexual en la mujer Si () No ()

Anexo IV: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ DE CONTENIDO: PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

Criterios		N° de jueces					Probabilidad
		1	2	3	4	5	
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	1	1	1	1	0.031
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	0.031
3	La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	1	1	0.031
4	Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas (claros y entendibles)	1	1	1	1	1	0.031
5	Los ítems (preguntas) responden a la Operacionalización de la variable	1	1	1	1	1	0.031
6	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	0	1	1	0.156
7	Las categorías de cada pregunta (variable) son suficientes	1	1	0	1	1	0.156
8	El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación	1	1	0	1	1	0.156

Se ha considerado:

- Favorable = 1 (SI)
- Desfavorable = 0 (NO)

Mediante la prueba binomial, se ha evaluado la validez de las preguntas del cuestionario, dando como resultado el hallazgo de evidencias estadísticas que confirman la concordancia favorable entre los seis jueces respecto a la validez del instrumento ($p < 0.05$).

Los criterios: 1, 2, 3, 4, y 5 tienen un $p < 0.05$, por lo tanto, sí existe concordancia entre los expertos. No obstante, al evaluar el criterio 6, 7 y 8, se obtuvo un valor de $p > 0.05$, por lo cual se mejoró algunas preguntas del instrumento en cuanto a claridad y el número de ítems, según lo sugerido por los expertos.

ANEXO V: MEDICIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA

Para definir el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción quirúrgica en “Alto”, “Medio” y “Bajo”, fue necesario calcularlo a través de la escala de Estanones, para lo cual se necesitó de lo siguiente:

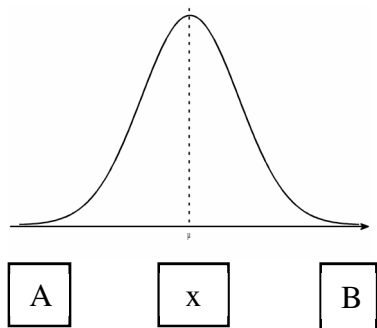
- Campana de Gauss
- Constante de 0,75
- Media (X)
- Desviación estándar (DS)
- A = Punto de corte menor
- B = Punto de corte mayor

$$A/B = X \pm DS (0.75)$$

Nivel de Conocimiento sobre Anticoncepción quirúrgica

Estadísticos		
N	Válido	145
	Perdidos	0
Media (X)		4,67
Desviación estándar (DS)		1,07
Mínimo		2
Máximo		6

Campana de Gauss:



$$a = X - DS (0.75) = 4.67 - 1.07 (0.75) = 3.87$$

$$b = X + DS (0.75) = 4.67 + 1.07 (0.75) = 5.47$$

Nivel de Conocimiento:

- “Alto” = mayor a “5.47”
- “Medio” = De “3.87” hasta “5.47”
- “Bajo” = menor a “3.87”

ANEXO VI: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE PERCEPCION POR KUDER DE RICHARDSON

Coeficiente de Kuder - Richardson												
Encuestado	Preguntas o ítems										Puntaje Total (xi)	(xi-X)2
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10		
E1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	8	1.067778
E2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	0.001111
E8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E9	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	7	4.134444
E10	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.001111
E11	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.001111
E12	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	0.001111
E13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E14	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	1.067778
E15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E16	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	0.001111
E17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	0.001111
E18	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	0.001111
E19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0.934444
E27	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	6	9.201111
E28	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	8	1.067778
E29	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	6	9.201111
E30	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	5	16.26778
Total	28	27	29	25	25	29	30	24	27	27	271	56.97
Media	0.93	0.90	0.97	0.83	0.83	0.97	1.00	0.80	0.90	0.90	9.03	17.13
p=	0.93	0.90	0.97	0.83	0.83	0.97	1.00	0.80	0.90	0.90	9.03	17.13
q=	0.07	0.10	0.03	0.17	0.17	0.03	0.00	0.20	0.10	0.10	0.97	1.87
p.q=	0.06	0.09	0.03	0.14	0.14	0.03	0.00	0.16	0.09	0.09	0.83	1.61
# de ítems	10											
# de encuestas	30											
(st)exp2	1.90											
rtt	0.623											

Coeficiente de Correlación Magnitud

0,70 a 1,00 Muy fuerte

0,50 a 0,69 Sustancial

0,30 a 0,49 Moderada

0,10 a 0,29 Baja

0,01 a 0,09 Despreciable