

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y RECHAZO A LOS
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PUÉRPERAS. HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

PRESENTADO POR LA BACHILLER:
VILLA NARBA, DIANA MARÍA

ASESORA:
DRA. OBSTA. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES

CAJAMARCA, PERÚ, 2018

COPYRIGHT @ 2018
Derechos reservados

SE DEDICA A:

Primeramente a Dios, que es mi fuerza y mi guía en todos los momentos de mi vida, que sin él hubiera dejado este camino atrás pero que me ayudó en el tiempo correcto.

Mi madre, María, con amor, respeto y admiración, por ser el pilar fundamental de mi formación personal y profesional, quien con su infinito amor, apoyo incondicional y sólidos principios supo guiarme por el camino de la superación y los valores permitiéndome culminar exitosamente una de mis más grandes metas.

Mi familia y hermanos: Edward, Maribel, Carlos y Raquel, por su apoyo y consejos en todo momento.

Mis grandes amigos y amigas, por ayudarme y motivarme a seguir adelante en momentos difíciles.

Diana

SE AGRADECE A:

La Universidad Nacional de Cajamarca, por acogerme en sus aulas, durante toda mi formación profesional.

La Facultad de Ciencias de la Salud, en especial a todos los docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia por las enseñanzas, consejos y experiencias brindados, contribuyendo a mi vida profesional.

Mi asesora Dra. Obsta. Ruth Elizabeth Vigo Bardales, por su valiosa orientación y dedicación en la elaboración de la presente tesis.

Diana

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de tablas	vii
Lista de abreviaturas	viii
Resumen	ix
Abstract	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
1. EL PROBLEMA	13
1.1 DELIMITACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3 OBJETIVOS	15
1.4 JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	17
2.1 ANTECEDENTES	17
2.2 TEÓRIAS	20
2.3 MARCO CONCEPTUAL	38
2.4 HIPÓTESIS	39
2.5 VARIABLES	39
2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
CAPÍTULO III	41
3. DISEÑO METODOLÓGICO	41
3.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	41
3.2 ÁREA DE ESTUDIO	41
3.3 POBLACIÓN	41

3.4	MUESTRA	42
3.6	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	43
3.7	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
3.8	PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
3.9	ANÁLISIS DE DATOS	45
3.10	VALIDACIÓN	46
3.11	CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
CAPITULO IV		
4.	RESULTADOS	47
4.1	DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES	47
4.2	DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS	49
4.4	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES Y RECHAZO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	54
4.5	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS Y RECHAZO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	56
CAPITULO V		
5.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	61
	CONCLUSIONES	68
	RECOMENDACIONES	69
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
	ANEXOS	74

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 01. Determinantes Sociales Estructurales de las puérperas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018.	42
Tabla N° 02. Determinantes Sociales Biológicos de las puérperas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018.	44
Tabla N° 03. Condiciones de vida como determinantes sociales de la salud en las puérperas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018.	46
Tabla N° 04. Puérperas según rechazo y uso de métodos anticonceptivos, en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018.	48
Tabla N° 05. Determinantes Sociales Estructurales y rechazo a los métodos anticonceptivos. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018.	50
Tabla N° 06. Determinantes Sociales Intermedios Biológicos y rechazo a los métodos anticonceptivos. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018.	52
Tabla N° 07. Determinantes Sociales de la salud y condiciones de vida frente al rechazo a los métodos anticonceptivos. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018.	54

LISTA DE ABREVIATURAS

Símbolo	Significado
OMS	Organización mundial de la salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
APEIM	Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados
MAC	Métodos Anticonceptivos
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida
DIU	Dispositivo Intrauterino
NSE	Nivel Socioeconómico
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
EPI	Enfermedad Pélvica Inflamatoria
EVA	Etilvinil acetato

RESUMEN

El presente estudio correlacional y prospectivo, se realizó en un total de 204 puérperas y tuvo como principal objetivo, determinar la relación entre los determinantes sociales de la salud y el rechazo a los métodos anticonceptivos en puérperas hospitalizadas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cajamarca en el año 2018. Los resultados demuestran que: tener secundaria incompleta, ser amas de casa y pertenecer al nivel socioeconómico D son los determinantes sociales estructurales de la salud predominantes; entre los determinantes biológicos y condiciones de vida, destacan las puérperas de 14 a 19 años, primíparas y que han tenido un parto vaginal. Además, se caracterizan por ser católicas, convivientes y proceder de la zona urbana; el 65,2% de las puérperas rechazan el uso de métodos anticonceptivos. Existe una relación alta entre los determinantes estructurales y el rechazo a los métodos anticonceptivos, resaltando el nivel de educación, ocupación y nivel socioeconómico. También, se encontró una relación significativa entre los determinantes biológicos y condiciones de vida frente al rechazo de métodos anticonceptivos, destacando al rango de edad, primiparidad, estado civil y programas sociales. Se concluye, que hay una relación significativa entre los distintos determinantes sociales de la salud frente al rechazo de métodos anticonceptivos.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud, métodos anticonceptivos, puerperio.

ABSTRACT

The present correlational and prospective study was carried out in a total of 204 puerperal women whose main objective was to determine the relationship between the social determinants of health and the rejection of contraceptive methods in puerperal women hospitalized in the gynecology-obstetric service of the Regional Hospital of Cajamarca in 2018. The results show that: having incomplete secondary education, being housewives and belonging to socioeconomic level D are the predominant social structural determinants of health; among the biological, psychosocial and behavioral determinants, we can highlight the puerperal women from 14 to 19 years old, primiparous women who have had a vaginal delivery. In addition, they are characterized by being Catholic, cohabiting and coming from the urban area; 65.2% of puerperal women reject the use of contraceptive methods. There is a high relation between the structural determinants and the rejection of contraceptive methods, highlighting the level of education, occupation and socioeconomic level. A high relation between the biological, psychosocial and behavioral determinants was also found in relation to the rejection of contraceptive methods, highlighting the age range, primiparity, marital status and social programs. Finally, it is concluded that there is a significant relationship between the different social determinants against the rejection of contraceptive methods.

Keywords: social determinants of health, contraceptive methods, puerperium.

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar es la decisión informada y voluntaria para elegir cuántos, cuándo y cada cuánto tiempo tener hijos. Además, brinda la posibilidad de elección de los métodos anticonceptivos que se consideren pertinentes para lograr que la planificación sea exitosa. Es un hecho que durante los primeros días del puerperio la motivación que tiene la mujer hacia la planificación familiar y hacia el control de su fecundidad alcanza el nivel máximo, ya que del uso de anticoncepción durante esta etapa se debe a los propios deseos de los usuarias y sus parejas, además de que desde el punto de vista obstétrico es importante mantener un intervalo mínimo de tiempo entre un embarazo y otro, porque cuando es inferior a dos años, se ha asociado a un incremento en la incidencia de enfermedades que reflejan la mala salud de la mujer y su familia.

Según esto el estado tiene la tarea de garantizar el acceso universal a los servicios de salud, mediante políticas y programas sobre planificación familiar, pero aún están lejos de alcanzar la meta establecida, ya que dichas políticas y programas no tienden a evaluar los determinantes sociales de las puérperas e ignorando que son mujeres que tienen baja educación, son solteras y proceden del área rural.

Desde esta perspectiva es que surge el interés de realizar el presente estudio con el objetivo de determinar la relación entre los determinantes sociales de la salud y el rechazo a los métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, encontrándose que la mayoría de puérperas tuvieron secundaria incompleta, son trabajadoras del hogar, pertenecientes a nivel socioeconómico D y de procedencia urbano, además la religión que más rechazó métodos anticonceptivos es la católica, puérperas en una unión de convivencia, pertenecientes a programas sociales; teniendo como resultado, en el presente estudio,

que los determinantes sociales de la salud influyen en el rechazo de métodos anticonceptivos.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPITULO I, constituido por la definición y delimitación del problema, formulación del problema, objetivos y justificación de la investigación.

CAPITULO II, corresponde a este capítulo, los antecedentes, bases teóricas, hipótesis y variables.

CAPITULO III, en este capítulo se presenta el diseño metodológico.

CAPITULO IV, resultados.

CAPITULO V, análisis y discusión, referencias bibliográficas y anexos.

Finalmente se expone las conclusiones de la investigación y las sugerencias necesarias dirigidas a diferentes entidades; esperando que la presente investigación sea de utilidad científica.

La autora

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 DELIMITACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Los determinantes sociales de la salud y las condiciones de vida en su conjunto, son la causa de la mayor parte de desigualdades sanitarias e injusticia social entre los países y dentro de cada uno de ellos, estos pueden producir efectos importantes en la salud de la mujer y es necesario hacer una vigilancia continua de ellos (1). A pesar de los esfuerzos que se vienen realizando para el mejoramiento de la atención de la madre e hijo, continúan aumentando los casos de muertes maternas debido a que el enfoque que realiza el gobierno en la intervención del tema de salud no tiene en cuenta al entorno social, económico, psicológico y cultural de las usuarias (2)(3).

Situación que se hace notoria en las normas de atención en Salud Sexual y Reproductiva, propuestas por el Ministerio de Salud, las mismas que no están resolviendo los problemas en la atención obstétrica en condiciones normales y de emergencia, planificación familiar y otros aspectos relevantes de la salud reproductiva, mostrando que la salud de la mujer es un derecho humano fundamental y como tal debe promoverse, pues constituye un determinante importante del desarrollo social y económico (4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo; especialmente en Asia, América Latina y en escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015 (5)(6).

En el Perú, los menores niveles de rechazo a los métodos anticonceptivos fueron entre las mujeres que tienen más de tres hijos vivos y educación secundaria. Por el contrario, las mujeres actualmente unidas con menor nivel de rechazo de anticoncepción fueron quienes no tienen hijos y sin educación (7). En el departamento de Cajamarca los mayores porcentajes de rechazo de métodos anticonceptivos se presentan entre las mujeres sin educación 65,5% y entre aquéllas que residen en el área rural 49% (8).

En la práctica diaria de la planificación familiar se evidencia que para muchas mujeres una de las etapas más críticas en la vida sexual y reproductiva es el puerperio, ya que incluye una serie de cambios en ella y la nueva familia en aspectos físicos, psicológicos y sociales, es por esto que la planificación postparto, debe ayudar a la puérpera a elegir un método anticonceptivo y que continúe con el mismo por lo menos dos años o más; ya que puede quedar embarazada dentro de los 45 días después del parto, convirtiéndola en una etapa de riesgo (9)(10).

Desde esta perspectiva y ante la ausencia de trabajos de esta naturaleza en la región es que se propuso realizar el presente estudio con el fin de determinar la relación entre los determinantes sociales de la salud y el rechazo a los métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2018.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre los determinantes sociales de la salud y rechazo a los métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2018?

1.3 OBJETIVOS

a. General

- Determinar la relación entre los determinantes sociales de la salud y rechazo a los métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2018.

b. Específicos

- Identificar los determinantes sociales estructurales de las puérperas del estudio.
- Identificar los factores biológicos y condiciones de vida como determinantes intermedios de las puérperas.
- Identificar la proporción de puérperas que rechazan los métodos anticonceptivos.
- Establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud estructurales y rechazo de métodos anticonceptivos.
- Establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud intermedios y rechazo de métodos anticonceptivos.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Este estudio encuentra su fundamento en la necesidad de conocer el efecto de los determinantes sociales frente al rechazo de métodos anticonceptivos en puérperas. La práctica laboral cotidiana en los servicios de obstetricia, generaron interrogantes sobre los múltiples problemas que se suscitan en puérperas que rechazan la anticoncepción, con más interés en mujeres que pertenecen a la zona rural y han iniciado su vida sexual a temprana edad, ya que por el hecho de ser pacientes de alto riesgo, conllevan a mayores porcentajes de enfermedades.

Diversos estudios han permitido observar la capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad, el método anticonceptivo seleccionado depende del estatus y su propia imagen. Pero una mujer que controla aspectos de su vida, tal vez tenga probabilidad de sentirse capaz de tomar y ejecutar decisiones con relación a su fecundidad, relacionando aspectos como el bajo nivel educativo, los recursos económicos, entre otros. Todos ellos podrían estar aumentando la posibilidad de un rechazo a los métodos anticonceptivos (11).

Muchas veces la falta de conocimiento de programas informativos y preventivos sobre las consecuencias que pueden acarrear la falta de anticoncepción, influye de manera directa en todas aquellas complicaciones que estos conllevan. La investigación que se va aplicar tendrá como fin determinar la relación entre los determinantes sociales de la salud y rechazo a los métodos anticonceptivos en puérperas, para así saber qué aspectos de los temas relacionados a la sexualidad

necesitan ser atendidos y reforzados, contribuyendo así a disminuir los números de embarazos no deseados entre otros.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1. Internacionales

Martínez, E. (Colombia. 2016), realizó un estudio donde tuvo como objetivo la comparación de dos grupos de mujeres que aceptaron y que no aceptaron planificación posparto en 3 hospitales. Los resultados fueron: las mujeres con más alta paridad (3 a 4 hijos) son más susceptibles a aceptar métodos anticonceptivos, la mayoría de aceptantes 53% tiene educación secundaria, aquellas que han utilizado antes algún método anticonceptivo son más aptas para no rechazar, existe mayor probabilidad de uso cuando la pareja está de acuerdo 70% y menos cuando el esposo no está de acuerdo 37% (12).

Lizarzaburu, S. y cols. (Ruanda. 2013), en su estudio tiene como objetivo identificar las razones para el no uso actual de métodos anticonceptivos, las barreras que existen para su uso y factores psicosociales que influyen en este. Se encuestaron a 637 mujeres. El 50,4% utilizaban métodos modernos, el 7,7% métodos tradicionales y el 41,8% no estaban utilizando ningún método. Entre los factores influyentes: el apoyo de la pareja aumenta en 8 veces la probabilidad que una mujer utilice un método moderno, las mujeres que tenían menos de 6 meses postparto tenían 5 veces más la probabilidad

de no usar de métodos anticonceptivos que las no púerperas (las razones: esperar el retorno de la menstruación 58,4% y lactancia materna 14,9%) (13).

Mendoza B. (México. 2013), realizó un estudio descriptivo transversal, que tiene como objetivo la descripción de factores que intervienen en el uso de métodos anticonceptivos donde se encuestó a 124 mujeres con edad entre 15 a 45 años de edad, con una vida sexual activa; dando como resultado que la edad promedio fue de 33 años, 71% estaban casadas y 15% en unión libre. Predominó la religión católica (91,9%). El ingreso referido fue entre 1500 y 1800 pesos mensuales. El 43% de entrevistadas no utiliza ningún método y el 84,3% considera que el marido tiene derecho a prohibir su uso (14).

Reséndiz, C. (México. 2016), realizó un estudio cuyo objetivo es describir los factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en las mujeres; donde se observó cómo resultados que los factores que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar en las mujeres incluidos en el estudio fueron los siguientes: salud e institucional, religioso, sociocultural, económico, educativo, psicológico, actitudinal y de autocuidado (15).

2.1.2. Nacionales

Ponce, R. (Lima. 2017), en su estudio cualitativo de carácter exploratorio tuvo como objetivo la identificación de barreras percibidas por las púerperas para la utilización de métodos anticonceptivos modernos, teniendo como resultado que la mayoría de entrevistadas se encontraban entre los 18 a 23 años, convivientes, han cursado secundaria completa, son amas de casa y tienen un ingreso mensual de 500 a 700 soles. Se encontró además que las opiniones acerca de los métodos anticonceptivos modernos provienen de un bajo grado de instrucción o por ser compartida de manera

errónea por el círculo social. La influencia de la pareja al momento de decidir por un método anticonceptivo es significativa para las puérperas. Concluyendo así en que el bajo grado de instrucción, la influencia de la pareja y falta de información son barreras, para el uso de los métodos modernos (9).

Espínola, B. (Chimbote. 2011), en un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional, que tuvo como objetivo identificar la relación de los factores biosocioculturales de mujeres en edad fértil con el rechazo de la anticoncepción, con una muestra de 139 usuarias. Concluyó que la mayoría de mujeres en edad fértil presentan rechazo total a los métodos anticonceptivos y en menor porcentaje rechazo parcial, existe relación estadísticamente significativa en relación de los factores edad, grado de instrucción, estado civil y motivo de deserción (16).

El **Instituto nacional de estadística e informática (INEI)**, según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES, 2015) indica que el 74,6% de las mujeres en unión conyugal usan algún método anticonceptivo, lo que representó una disminución de 0,8 punto porcentual al encontrado en el año 2011. Los mayores niveles de uso de métodos anticonceptivos se encontraron entre las mujeres que tienen tres a cuatro hijas y/o hijos actualmente vivos 79,2%, con educación secundaria 75,7%. Por el contrario, las mujeres actualmente unidas con menor nivel de uso de métodos anticonceptivos fueron quienes no tienen hijas o hijos 43,5%, sin educación 63,4%, además se observó un mayor rechazo de anticonceptivos entre las mujeres que no tienen la última palabra en las decisiones consultadas 53,7%. Las mujeres que han atravesado un parto vaginal o cesárea sin complicaciones tienden a rechazar métodos anticonceptivos hasta en un 74% en comparación de las mujeres que tuvieron serias complicaciones con un rechazo del 21% (7).

En Cajamarca el 62,3% de las mujeres actualmente unidas que no practican la anticoncepción manifestaron su intención de hacerlo en el futuro, el 1,5% se mostró inseguridad y el 36,2% no tiene previsto usar anticonceptivos en el futuro. El 35,1% de las mujeres nulíparas y el 46,8% de las que tienen cuatro y más hijas y/o hijos no están en disposición de usar contraceptivos en el futuro; en cambio, el 64,5% en promedio, de las que tienen entre uno a tres hijas/hijos mostraron una propensión contraria, es decir, de uso futuro de métodos (8).

2.2 TEORÍAS

2.2.1 Determinantes sociales de la salud

Determinante: Se refiere a fijar los términos de algo, señalar algo para algún efecto, tomar una resolución, distinguir o discernir (17).

Determinantes sociales de la salud: son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (17).

2.2.2. Clasificación de los determinantes sociales de la Salud

2.2.2.1. Determinantes Sociales de la Salud Estructurales

El concepto de determinantes estructurales se refiere específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la

posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo “estructural” recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud (6).

Posición social: Se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud. La ocupación también es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social. Los datos estadísticos de salud revelan la influencia de este tipo de variable en las desigualdades de salud en los distintos niveles de agrupación (18).

El nivel socioeconómico se refiere a la división relativamente permanente y homogénea dentro de una sociedad, en la que los individuos comparten sus estilos de vida y condiciones similares. Ante esta situación, la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM) uniformizó los criterios de clasificación socioeconómica desde el año 2003. De esta manera, viene realizando estudios, cuyos resultados se espera que se mantengan como criterio estándar en el tiempo. Ahora, quienes toman las decisiones en el sector salud, tienen una medidas normalizadas de clasificación social que permite comparar los datos de las diferentes grupos poblacionales para así facilitar investigaciones futuras (19).

Acceso a la educación: En 2010, la Región de las Américas en su conjunto tenía una tasa elevada de acceso universal a la enseñanza primaria, aunque había diferencias de un país a otro; mientras que el acceso a la educación era universal en algunos países,

en otros era bajo (alrededor de 30%) y desigual. Además, hay diferencias pronunciadas entre las zonas urbanas y rurales, y en los grupos indígenas (6).

Acceso al empleo: A medida que América Latina y el Caribe entran en un período caracterizado por una bonificación demográfica, la economía y el mercado de trabajo también cambian. El aumento de la población en edad de trabajar (personas de 15 a 64 años de edad) durante los últimos decenios y el aumento de la urbanización han repercutido sobre la economía y el mercado de trabajo de la región, al igual que lo han hecho la globalización y la crisis económica de 2008. Los sectores que siempre habían sido fuertes, como el agrícola y el manufacturero, han empezado a decaer en la Región y la creación de trabajos se ha concentrado en el sector de servicios (6).

2.2.2.2 Determinantes Sociales de la Salud Intermedios

Los determinantes estructurales operan mediante los determinantes intermedios para producir resultados de salud. Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud (17).

Procedencia: La procedencia urbana aumenta el acceso del personal sanitario a los grupos de población destinatarios y proporcionan a los residentes mayor disponibilidad de servicios de agua potable, saneamiento, educación, establecimientos de salud y transporte. La concentración de la población y los recursos en las zonas urbanas también promueve la equidad de género, al ofrecer a las mujeres mayores oportunidades de incorporarse a la fuerza laboral y a redes de apoyo social. Comparadas con las zonas rurales, las ciudades también ofrecen a las mujeres mejores establecimientos educativos y más opciones diversas de trabajo, que pueden ayudarles a romper el ciclo de la transmisión intergeneracional de la pobreza (6).

Población Urbana: Aquella que vive en aglomeraciones cuyas viviendas, en número mínimo de 100, y estén ocupadas contiguamente. Se considera como población urbana aquella que habita en todas las capitales de distrito. Las aglomeraciones pueden contener uno o más centros poblados con viviendas contiguas (20).

Población Rural: Aquella que habita en la parte del territorio del distrito que se extiende desde los linderos de los centros poblados en área urbana, hasta los límites del mismo distrito (20).

Circunstancias materiales: se refieren a las condiciones materiales en las cuales las personas nacen y se desarrollan durante su ciclo vital, determinando sus condiciones de subsistencia y sus posibilidades de satisfacer sus necesidades. Entre estas circunstancias materiales se considerarán las condiciones medioambientales existentes en la región (en cuanto a la calidad del aire, control de residuos, zoonosis y otras situaciones específicas de cada realidad local), el acceso de la población a servicios a nivel comunitario (sala cuna, servicios de emergencia, infraestructura, servicios públicos, tecnología, eventos culturales, percepciones de acceso, etc.), y las condiciones del hábitat, enfocándose principalmente en las viviendas (cantidad, tipo de construcción, propiedad, etc.) y en el acceso a servicios básicos (como agua potable, alcantarillado y luz eléctrica), por otra parte, de acuerdo a la disponibilidad de información, se incorporarán antecedentes sobre las condiciones de trabajo, es decir, las circunstancias en las que las personas se desempeñan laboralmente y los sistemas de protección social a los que acceden (2)(3).

Factores biológicos: son inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores. En el caso de los diagnósticos regionales, se considerarán factores vinculados a la composición de la población, que pueden ser relevantes para el diseño de estrategias locales, como es el caso del sexo y edad (3).

Apoyo de la pareja: la vida en pareja se caracteriza por su diversidad y transformación a través del tiempo. Las relaciones con otras personas, la familia, la cultura y las circunstancias de la vida influyen en el matrimonio para su persistencia o ruptura. Mucho se ha comentado sobre las implicaciones del conflicto en la relación marital y el divorcio como consecuencia común de la incapacidad para superar las diferencias en la pareja. Existen una serie de inequidades que se anteponen a los deseos de las mujeres y que les impiden, aun cuando tengan la información adecuada, a optar libremente sobre cómo ejercer su sexualidad y cómo regular su reproducción. Por ejemplo, como consecuencia de los largos procesos de socialización, se ha logrado una fuerte internalización, en muchas mujeres, de su papel subordinado, con actitudes de sumisión y un escaso empoderamiento ante las decisiones y privilegios masculinos. Esto hace que la negociación sobre las medidas de protección de embarazos no deseados, que generalmente son asumidos por las mujeres, las tienen que enfrentar desde una posición de menor poder (24).

Muchas mujeres están sin pareja en el momento del parto, ellas viven una situación muy difícil, especialmente si son muy jóvenes y no cuentan con suficiente apoyo de su grupo familiar. Tanto la comunidad como las y los proveedores de servicio pueden ayudarles en esta etapa, ofreciendo comprensión y apoyo emocional y motivándolas a compartir su experiencia con otras mujeres en situación similar y creando o facilitando redes de apoyo a su alrededor. Una respuesta que facilite decisiones conjuntas de la pareja constituye la forma eficaz para conseguir la participación del hombre. Se debe

establecer las estrategias para su activa participación. Los resultados esperados son un mayor bienestar personal, de pareja y familias fortalecidas. El sistema de salud debe responder a estos desafíos desde la demanda mejorando y adaptando la oferta (6).

Programas Sociales: un programa puede ser un listado de temas, una planificación, el anticipo de algo o un proyecto. Social, por su parte, es el adjetivo que califica a aquello vinculado a la sociedad (comunidad de personas que mantienen interacciones y comparten una cultura). Puede decirse que un programa social es una iniciativa destinada a mejorar las condiciones de vida de una población. Se entiende que un programa de este tipo está orientado a la totalidad de la sociedad o, al menos, a un sector importante que tiene ciertas necesidades aún no satisfechas. Además de todo eso también hay que subrayar que distintas empresas y asociaciones también llevan a cabo sus propios programas sociales. Entre las mismas se encuentran, entidades bancarias que invierten parte de su potencial económico en el desarrollo de actuaciones concretas en pro de los más necesitados en áreas tales como la salud (20).

En relación los programas sociales, todavía siguen constituyendo una serie de esfuerzos que, en la mayoría de los casos, no cumplen con los objetivos para los cuales fueron creados. Más aún, tampoco han tenido un impacto significativo sobre los niveles de ingreso de la población que es beneficiaria de estos programas, por lo que en realidad éstos simplemente no constituyen una inversión en capital humano. En el sector salud, la principal característica del sistema ha sido y sigue siendo la fragmentación del mismo. En la actualidad, existen varios grupos de la población que son atendidos cada uno básicamente por una sola institución, sin la posibilidad de que los usuarios tengan la opción de elegir dónde atenderse.

En el caso de las mujeres los programas sociales ofrecidos en planificación familiar han sido desarrollados y patrocinados para ofrecerles un medio que les permita tener un número de hijos deseado, reducir la incidencia de embarazos no deseados y también como recurso para mejorar la salud materno-infantil y coadyuvar a un crecimiento más lento de la población y un desarrollo económico acelerado. Los anticonceptivos modernos son un importante medio para que las mujeres de los países en desarrollo puedan controlar su fecundidad (21).

2.2.3 Anticoncepción

2.2.4 Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva con el fin de evitar un embarazo no planeado.

Se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales y definitivos. Los temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se emplea. Si la pareja desea tener más hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso (23).

ELECCIÓN DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Cada mujer debe elegir su método anticonceptivo de acuerdo a su propia situación de vida (estilo de vida, vida sexual, número de hijos que desea tener, número de parejas, valores, situación socioeconómica, etc.); las características del método anticonceptivo que sean aceptables para ella y las condiciones de salud que se puedan ver afectadas por el uso del método (presión alta, hábito de fumar, enfermedades cardiovasculares, infecciones del tracto reproductivo, etc.). Actualmente existen diferentes formas y métodos que son accesibles a las parejas para espaciar los embarazos,

logrando con ello mejorar la salud tanto de la mujer como también de la familia en general, porque los recursos económicos alcanzan aún con los pocos miembros y la educación es posible (24).

El papel del profesional de salud es informar sobre todas las opciones y verificar los criterios de elegibilidad, de tal forma que le facilite a la usuaria tomar una decisión propia, libre e informada. También debe informar y orientar sobre el manejo de los efectos colaterales, o posibles problemas que surjan, y ofrecer el cambio de método si la usuaria así lo desea. Este proceso de información y orientación debe ser continuo durante el seguimiento. Recuerde que una buena información y orientación significan usuarias satisfechas y usando en forma adecuada un método anticonceptivo (24).

MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA

Dentro de este grupo se incluyen el método del ritmo, el del moco cervical y temperatura basal. Aunque para algunas parejas pueden ser las únicas opciones disponibles, se considera, en general, que la abstinencia periódica de las relaciones sexuales es aceptada como método de control de natalidad por aquellas religiones que rechazan los anticonceptivos. Estos métodos no tienen efectos secundarios pero supone el esfuerzo de evitar las relaciones sexuales en días concretos y no proporciona protección frente a las enfermedades de transmisión sexual (24).

Método de moco cervical o Billings

Consiste en reconocer la fase fértil del ciclo menstrual, por la presencia del moco cervical, lubricación o sensación de humedad mediante la observación diaria de sus genitales. La fase fértil comprende desde el día de inicio de la sensación de humedad o presencia de moco hasta tres días después de haber identificado el día fértil (día de

máxima humedad, moco filante), momento en el cual el moco vuelve a ser pegajoso o hay sensación de sequedad.

Causas para el rechazo del método:

*Mujeres con flujo persistente.

*Mujeres que estén dando de lactar.

*Pacientes que se les haya realizado procedimientos cervicales como: conización, etc (24).

Tasa de falla

-Falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

-Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (24).

Método del ritmo o calendario

Es la identificación del período fértil, teniendo como base la historia de los ciclos menstruales de la mujer. Para identificar el período fértil se debe: Registrar en un calendario los días de las menstruaciones (desde el inicio hasta su término) durante 6 ciclos. Identificar el ciclo menstrual más corto y más largo. Recordando que el ciclo menstrual es el período comprendido entre el primer día de la menstruación y el día que antecede el primer día de la siguiente menstruación (24).

Causas para el rechazo del método:

*Mujeres con problemas hormonales.

*Mujeres que estén dando de lactar.

*Pacientes que se les haya realizado procedimientos cervicales como: conización, etc (24).

Tasa de falla

-Falla teórica o de uso perfecto 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

-Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (24).

2.2.5 Métodos anticonceptivos utilizados en el puerperio

Métodos de barrera

Son los ideales, pues son accesibles, baratos, seguros y solo en muy raras ocasiones producen efectos indeseables (alergia al látex). Otras de sus ventajas son la eficacia inmediata y el control por el propio usuario, así como el hecho de que su uso se inicia y discontinúa con facilidad, además de que algunos protegen contra las Enfermedades de Transmisión sexual (ETS). La eficacia anticonceptiva de los métodos de barrera es alta, cuando se usan sistemática y correctamente, y son los ideales para las relaciones sexuales casuales y esporádicas propias de los adolescentes (5).

Los métodos de barrera incluyen el condón masculino y los métodos femeninos (condón femenino, capuchón cervical, diafragma y espermicidas). Estos pueden usarse solos o combinados entre ellos, y con otros métodos anticonceptivos que no sean de barrera, como, por ejemplo, las píldoras. En general, el más utilizado es el condón masculino (de látex o de poliuretano, para los alérgicos al primero), cuyo uso se ha incrementado actualmente por el miedo a infectarse con VIH (5).

Preservativo masculino

Es una funda de goma de látex o poliuretano que se coloca sobre el pene en erección cubriéndolo totalmente. Además de evitar el embarazo, el preservativo es el mejor método para prevenir enfermedades de transmisión sexual (herpes genital, SIDA, etc.). No tiene ningún efecto secundario ni contraindicaciones. Son de un solo uso.

Causas para el rechazo del método:

- Irritación del pene o la vagina por alergia.

Tasa de falla:

-Falla teórica o de uso perfecto 2 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

-Falla de uso o uso típico 15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (24).

Características:

- Eficaz si se usa correctamente.
- De fácil obtención y bajo costo.
- No requiere examen ni prescripción médica.
- Fomenta la participación activa del varón en la anticoncepción.
- Su uso correcto evita la transmisión de las ETS y VIH/SIDA (24).

Preservativo femenino

Es un preservativo desechable, especialmente diseñado para proteger mediante un total recubrimiento de la vagina. Esta pre lubricado y adopta inmediatamente la temperatura corporal. Es una bolsa cilíndrica de un plástico fino y resistente (poliuretano), lubricada con dimeticona, que tiene dos anillos flexibles, uno interno y móvil que se usa para

insertar el condón y otro externo fijo que queda colocado fuera de la vagina. El preservativo femenino funciona como un reservorio para los espermatozoides eyaculados, impidiendo que entren en contacto con la vagina (24).

Causas para el rechazo del método:

- Irritación del pene o la vagina por alergia.

Métodos hormonales

La mujer que decide usar un método hormonal idealmente debe recibir atención en un servicio de salud para conocer los criterios médicos de elegibilidad y recibir orientaciones adecuadas de un profesional capacitado. Las mujeres jóvenes sanas y no fumadoras, no necesitan exámenes previos. En las mujeres adultas, es importante controlar la presión arterial, descartar ictericia y signos de trombosis venosa profunda (26).

Anticonceptivos orales

Ocupan la segunda posición entre los métodos recomendados para ser utilizados para las mujeres en edad fértil, y algunos autores consideran que si se guardan las precauciones adecuadas, puede ser el método anticonceptivo más idóneo para usar en esta etapa. Son muy seguros para las jóvenes y presentan varias ventajas: no interfieren con el acto sexual y pueden usarse sin la intervención de la pareja, son muy eficaces para prevenir el embarazo, cuando se usan sistemática y correctamente (tasa de embarazo inferior a 1%), producen escasos efectos secundarios y ofrecen beneficios no relacionados con la anticoncepción, como, la regulación de los ciclos menstruales, reducción del acné, disminución de la frecuencia de dismenorrea y quistes ováricos, así como protección contra el embarazo ectópico, la enfermedad fibroquística benigna de la

mama, el cáncer de ovario, y la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). El bloqueo precoz del eje hipotálamo-hipofisario no tiene repercusiones negativas comprobadas en el organismo ni parece afectar el pico de masa ósea. Los anticonceptivos orales tampoco son responsables del aumento mantenido de peso, y el incremento del cáncer de mama detectado en mujeres que usaron preparados diferentes y de altas dosis de estrógeno en su adolescencia, no se ha demostrado con las formulaciones actuales (11).

Anticonceptivos orales de progestágeno

Los anticonceptivos orales de solo progestina también son una opción a tener en cuenta para su uso, se ha informado que su eficacia anticonceptiva es menor que la de los anticonceptivos orales combinados, y que son menos efectivos para corregir los trastornos menstruales que pueden ser frecuentes, e incluso algunos autores refieren que pueden incrementarlos, dado que su acción anticonceptiva la realizan preferentemente a través de un efecto local (espesamiento del moco cervical). No obstante, y aunque parezca paradójico, el hecho de tener poca influencia sobre el eje gonadal, es uno de los argumentos que sustentan la recomendación de su uso, ya que, por un lado, aunque esto disminuye su eficacia para corregir los trastornos menstruales, por otro, garantiza que no disminuyan los estrógenos endógenos (24).

Causas para el rechazo del método:

- Pueden producir sangrado genital anormal sin explicación.
- Contraindicado en mujeres con hepatopatía activa, accidentes cerebro vascular y cardiopatía aguda.
- Presencia de cáncer de mama o antecedentes del mismo.

- Ingesta de medicamentos como rifampicina para tuberculosis o antiepilépticos.
- Pacientes con diabetes mellitus con nefropatía, o enfermedad cardíaca o retinopatía (24).

Anticonceptivos parenterales

Existen tres tipos de anticonceptivos inyectables: el mensual, es aquel que posee dos tipos de hormonas (estrógeno y progestágeno), el bimestral y trimestral que incluyen solamente una hormona (progestágeno).

Generalmente producen alteraciones en el ciclo menstrual, con irregularidades de hasta seis meses; y la fertilidad tarda en recuperarse (ocho a diez meses de suspendida su administración) (26).

Inyectables de progestágeno

El más usado es el acetato de medroxiprogesterona de 150 miligramos.

Causas para el rechazo del método:

- Cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres
- Puede producir aumento de peso, cefalea, mastalgia y náuseas (5).

Implante sub dérmico

Son una o dos cápsulas de un plástico especial (etilen vinil acetato/EVA), que se colocan bajo la piel en la parte interna del brazo o antebrazo y que liberan en un ritmo constante pequeñas dosis diarias de progestágeno, para conseguir el efecto anticonceptivo deseado.

Nexplanon: es un implante sólido de EVA y etonogestrel con una cubierta de EVA. El implante contiene 68 mg de etonogestrel, mide 40 mm de largo y 2 mm de diámetro. Dura tres años. Aunque la mayoría de los ciclos son anovulatorios, el principal mecanismo de acción consiste en el espesamiento del moco cervical, lo que impide el paso de los espermatozoides de la vagina al útero.

Modo de uso

La mujer que decide usar implantes debe buscar un servicio de salud con profesionales capacitados para verificar los criterios médicos de elegibilidad para su uso, realizar la colocación y entregar las orientaciones adecuadas sobre este método (24).

Causas para el rechazo del método:

- Cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres
- Puede producir aumento de peso, cefalea, mastalgia y náuseas.
- Puede producir Infección en el sitio de inserción (rubor calor, dolor, pus), además de dolor abdominal severo y acné (5).

Métodos mecánicos

Dispositivo intra uterino (DIU)

Es un pequeño dispositivo de plástico que tiene una forma de una “T”, con un depósito de progestina o sin él. Debe ser colocado por un médico dentro del útero. Los DIU asociados a hormonas en pequeñas cantidades de un progestágeno, que se va liberando lentamente, impide el paso de los espermatozoides hasta las trompas de Falopio a través del útero. Si ocurriera la fertilización, el DIU evitaría que el óvulo fecundado se implantara en el útero. Puede permanecer colocado entre 10 años dependiendo del tipo de DIU (24).

Causas para el rechazo del método:

- Sepsis puerperal.
- Sangrado vaginal inexplicable.
- Fibromas uterinos con distorsión de la cavidad.
- Enfermedad del trofoblasto.
- Cáncer cervical o de endometrio.
- Enfermedad inflamatoria pélvica actual.
- Infección de transmisión sexual por cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonorrea.

Métodos definitivos

Ligadura de trompas

Es una cirugía en la cual las Trompas de Falopio son ligadas, a veces ligadas y cortadas. Evita que los espermatozoides se encuentren con el óvulo, impidiendo el embarazo. La ligadura de trompas puede ser hecha por vía vaginal, abdominal o laparoscópica y según la técnica empleada, la anestesia puede ser local o de bloqueo (peridural o raquídea). Dependiendo de la técnica usada, donde sea realizada será necesaria o no la hospitalización. Puede realizarse en el postparto, después de una cesárea, en el post-aborto o cuando la mujer lo requiera en otras etapas (5).

Eficacia de la ligadura de trompas

El índice de fracaso es de alrededor de 0,5% en el tiempo total de uso, habiendo algunas diferencias entre las técnicas empleadas. Las más efectivas son la salpingectomía parcial en el postparto (22).

Causas para el rechazo del método:

- Puede haber complicaciones poco frecuentes asociadas al procedimiento quirúrgico o a la anestesia, trauma de las vísceras abdominales, infección o hematoma.
- Usuaris presionadas por el cónyuge o por alguna persona.
- Usuaris que han tomado su decisión bajo presión.
- Usuaris con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
- Usuaris con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
- Mujeres en estado de depresión severa, o enfermedades psiquiátricas que le impidan tomar decisiones por ellas mismas.
- Adolescentes (24).

2.2.6 Puerperio o Postparto

El periodo del posparto o puerperio comienza desde la salida de la placenta e incluye clásicamente las siguientes seis semanas. Durante esa fase se producen transformaciones progresivas en orden anatómico y funcional. Regresan paulatinamente todas las modificaciones gravídicas por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado previo al embarazo transcurrido. Es comprensible que su duración sea imprecisa, pero la mayoría de los especialistas considera un lapso de cuatro a seis semanas. Aunque se trata de un periodo relativamente simple a comparación con el embarazo, el puerperio se caracteriza por muchos cambios fisiológicos. Algunos de ellos pueden representar solo molestias menores para la nueva madre, pero es posible también que surjan complicaciones graves.

El puerperio es el periodo de tiempo que transcurre desde el parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan su estado de normalidad tras los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, finaliza tras la aparición de la primera menstruación. Abarca, un periodo de seis semanas caracterizado no sólo por cambios físicos, sino también psicológicos y familiares. Estos cambios suponen para la mujer un proceso de adaptación a la involución de todas las modificaciones anatomo-fisiológicas, del sistema reproductor y de los sistemas corporales más implicados en el embarazo y en el parto, así como la instauración de la lactancia materna (27).

En el proceso del puerperio tienen lugar cambios de vuelta a la normalidad de la fisiología del sistema reproductor y del organismo en general. Las modificaciones anatómicas suelen estar involucionadas al final de la sexta semana del puerperio con el retorno a la normalidad del organismo de la mujer, en especial el aparato genital. Se considera que la fisiología reproductiva está normalizada con la aparición de las primeras menstruaciones. Es evidente que una mujer este expuesta ante los riesgos de un embarazo, por lo que al espaciar los mismos recibe beneficios la propia mujer que es la más afectada sobre todo cuando nos referimos a las que viven en el área rural, sumando a este riesgo la pobreza, el analfabetismo, la idiosincrasia de la región que agudizan el perfil de seguridad de las mujeres (27).

Clasificación de puerperio

Puerperio Inmediato, hace referencia a las primeras 24 horas después del nacimiento del bebé. En estas horas comienza a ser consciente de su maternidad y a fortalecer el vínculo con su bebé.

Puerperio Mediato, va desde los 2 a 7 o 10 días después del parto.

Puerperio Alejado, abarca desde el día 11 aproximadamente, hasta el día 42 después del nacimiento del bebé (27).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Determinantes Sociales de la salud: Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (1).

Puérpera: mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de 45 días a seis semanas, posterior al evento obstétrico (9).

Puerperio: etapa posparto que comienza después de la salida de la placenta e incluye clásicamente las siguientes seis semanas (9).

Anticoncepción: conjunto de métodos o dispositivos empleados para evitar la fecundación y por consiguiente el embarazo (24).

Métodos anticonceptivos modernos: son anticonceptivos que usan elementos ajenos al cuerpo para evitar el embarazo. Son los métodos hormonales ya sean combinados (anticonceptivo oral combinado e inyectable mensual) o de solo progestágeno (inyectable trimestral e implante subdérmico), métodos de barrera (preservativo masculino), el dispositivo intrauterino y los métodos definitivos (bloqueo bilateral tubárico y vasectomía) (24).

Rechazo: enfrentamiento u oposición a cualquier cosa o situación en la que la mujer enfrente.

Edad fértil: edad reproductiva media, desde los veinte a los cuarenta años (la edad más fértil de la mujer está entre los 20 y los 27 años, después de los 35 la fertilidad comienza a descender bruscamente) (24).

2.4 HIPÓTESIS

Existe una relación significativa entre los determinantes sociales de la salud y rechazo a los métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2018.

2.5 VARIABLES

Variable dependiente: Rechazo de métodos anticonceptivos

Variable independiente: Determinantes sociales de la salud

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE Determinantes sociales de la salud: son las circunstancias en que las mujeres nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.(28)	DETERMINANTES ESTRUCTURALES	NIVEL EDUCATIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Sin instrucción - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Estudios superiores técnicos - Estudios superiores universitarios completos. - Estudios superiores universitarios incompletos. 	ORDINAL
		OCUPACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Obrera - Empleada - Independiente profesional - Independiente no profesional - Empleadora - Ama de casa - Familiar remunerado 	NOMINAL
		NIVEL SOCIOECONÓMICO	<ul style="list-style-type: none"> - NSE A - NSE B - NSE C - NSE D - NSE E 	ORDINAL
	DETERMINANTES INTERMEDIOS-BIOLÓGICOS	EDAD	<ul style="list-style-type: none"> -14 a19 -20 a 24 -25 a 29 -30 a 34 -35 a 39 -40 a más 	ORDINAL
		PARIDAD	<ul style="list-style-type: none"> -Primigesta -Segundigesta -Multigesta 	ORDINAL
		PERIODO INTERGENÉSICO	<ul style="list-style-type: none"> -0 años -1 a 2 años -3 a 6 años -6 a más 	DE RAZÓN
		TIPO DE PARTO	<ul style="list-style-type: none"> -Vaginal -Cesárea 	NOMINAL
	DETERMINANTES INTERMEDIOS - CONDICIONES DE VIDA	PROCEDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> -Rural -Urbano 	NOMINAL
		RELIGIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Católico -No católico 	NOMINAL
		ESTADO CIVIL	<ul style="list-style-type: none"> -Soltera -Conviviente -Casada 	NOMINAL
		PROGRAMAS SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> -Si -No 	NOMINAL
		TIENE PAREJA	<ul style="list-style-type: none"> -Si -No 	NOMINAL
	VARIABLE DEPENDIENTE Rechazo a los métodos anticonceptivos Enfrentamiento u oposición a utilizar métodos anticonceptivos de las mujeres. (10)		ANTICONCEPTIVOS EN EL PUERPERIO	- DIU
- Anticonceptivo Hormonal Inyectable				NOMINAL
- Anticonceptivo Hormonal Implante				NOMINAL
- Ligadura de Trompas de Falopio (BTB)				NOMINAL
- Método de Barrera				NOMINAL
- Rechaza métodos Anticonceptivos				NOMINAL

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

DESCRIPTIVO: porque se describió los determinantes sociales de la salud asociados al rechazo de los métodos anticonceptivos, de las puérperas hospitalizadas en el área de Ginecoobstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

CORRELACIONAL: porque se determinó la relación entre los determinantes sociales de la salud y el rechazo de métodos anticonceptivos.

CORTE TRANSVERSAL: porque el estudio se realizó en un tiempo definido.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Regional Docente Cajamarca, ubicado en Av. Larry Jhonson S/N, Barrio de Mollepampa, (entre la Av. vía de evitamiento sur y Av. San Martín de Porres de la ciudad de Cajamarca). Limita por el Norte, con el Ecuador; por el Sur con La Libertad, por el Este con Chachapoyas y por el Oeste con Piura y Lambayeque. Está a una Altitud de 2650 m.s.n.m. (29).

3.3 POBLACIÓN

La población estuvo conformada por todas las puérperas de parto vaginal y post operadas de cesárea que se atendieron en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el año 2018 (29).

3.4 MUESTRA

El tamaño de la muestra estuvo conformada por las puérperas atendidas durante el periodo Febrero hasta Agosto del 2018, tomando en cuenta la siguiente fórmula para muestra finita denominada fórmula de Cochran.

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

Dónde:

N= 1200

n= Tamaño de la muestra

Z=1,96 (nivel de precisión, al (95%)

P= puérperas con protección anticonceptiva 0,2

Q= puérperas sin protección anticonceptiva 0,8

E= 0,05 Margen de error permitido

Reemplazando:

$$n = \frac{1200 \times 1.96^2 \times 0.2 \times 0.8}{0.05^2 \times (1200 - 1) + 1.96^2 \times 0.2 \times 0.8}$$

$$n = 204.29 \cong 204$$

$$n = 204 \text{ puérperas}$$

3.5 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis del presente estudio estuvo constituida por cada una de las puérperas mediatas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.6.1 Criterios de Inclusión

- Puérpera de parto vaginal o cesárea.
- Puérperas que acepten participar con la investigación.

3.6.1 Criterios de Exclusión

- Puérperas con algún impedimento psiquiátrico.
- Puérperas que hayan tenido tratamiento de fertilización.

3.7 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la adecuada recolección de datos se procedió a la utilización del método observacional y encuesta. La encuesta permitió obtener información directa de las puérperas.

El instrumento de recolección de datos, incluyó datos generales y antecedentes obstétricos de la puérpera, determinantes sociales de la salud y datos de uso o rechazo a los métodos anticonceptivos. (Anexo 01).

1. Medición del Nivel socioeconómico:

Para consolidar el instrumento de recolección e identificar el nivel socioeconómico, se anexó el instrumento de la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM) que consta de 5 variables con

una puntuación mínima de 5 y máxima de 25, concluyendo que a mayor puntuación mayor nivel socioeconómico (Anexo 02) (19).

Este instrumento fue validado anteriormente en la ciudad de Lambayeque en un estudio sobre el estatus socioeconómico de esta población, mostrando un alto índice de confiabilidad.

2. Medición de la categoría de ocupación:

La categoría de ocupación se midió tomando en cuenta la clasificación del Instituto nacional de estadística e informática (INEI), que consta de 6 ocupaciones distribuidas de acuerdo a la población económicamente activa año 2015:

- **Empleada:** Es la mujer que desempeña una ocupación predominantemente intelectual; trabaja en una institución, organismo, empresa privada o estatal, por una remuneración quincenal o mensual por su trabajo en forma de sueldo, comisión, etc.
- **Obrera:** Es la mujer que desempeña una ocupación predominantemente manual; trabaja en una empresa o negocio privado o estatal, por una remuneración semanal, quincenal o diaria en forma de salario, comisión.
- **Trabajadora Independiente:** Es la mujer que explota su propio negocio o que ejerce por su cuenta una profesión u oficio, no tiene trabajadores remunerados a su cargo.
- **Empleadora o Patrona:** Es la mujer que tiene su propia empresa o negocio o que ejerce por su cuenta una profesión u oficio y tiene uno o más trabajadores remunerados a su cargo.
- **Ama de Casa:** Es la mujer que tiene como ocupación principal el trabajo el hogar con quehaceres domésticos tales como: el cuidado de los hijos, la

limpieza de la casa, la compra de víveres y otros artículos, la preparación de los alimentos, sin ningún tipo de remuneración.

- **Trabajadora Familiar Remunerada:** Es la mujer que presta sus servicios remunerados en una vivienda particular. Estos servicios están referidos a tareas específicas del hogar como: Lavandera, cocinera (30).

3.8 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La presente investigación se realizó teniendo en cuenta diferentes etapas:

En una primera etapa se solicitó el permiso correspondiente tanto al director del Hospital Regional Docente de Cajamarca, informando el objetivo de la investigación, como al jefe del servicio de Ginecoobstetricia y jefe de Obstetricia.

En una segunda etapa se solicitó la firma del consentimiento informado a la puérpera, previa información de la naturaleza de la investigación, para luego proceder a aplicar la ficha de recolección de datos.

3.9 ANÁLISIS DE DATOS

Procedimiento

Una vez obtenida la información, fue codificada y procesada en el software estadístico SPSS - V21. El procesamiento fue orientado a organizar los datos en tablas simples, tablas de contingencia, frecuencias absolutas y relativas analizando los mismos con indicadores estadísticos como el Chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson (p), el mismo que establece una significancia estadística entre dos variables siempre y cuando exista $p \leq 0,05$, así, en base a esto proceder con el análisis, interpretación y comparación de los resultados obtenidos.

Análisis de datos

En base a la información procesada se realizó una descripción de los resultados, se interpretó y se contrastó con los antecedentes y teorías, para luego dar conclusiones relacionadas con los objetivos planteados.

3.10 VALIDACIÓN

La calidad y confiabilidad de la información se determinó en base a una prueba piloto realizada a 13 pacientes que rechazaron el uso de métodos anticonceptivos cuyo análisis de fiabilidad mostró un alfa de Cronbach confiable mayor a 0.8. Se asumió un 95% de confiabilidad en la recolección de datos del cuestionario pues la información fue recopilada por la investigadora (Anexo 3) (31).

3.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dado que la ejecución de la presente investigación no implica riesgo alguno sobre la integridad física y/o psíquica de la población con los datos que se trabajó, considero que no es necesario incluir los aspectos relacionados con la investigación clínica desarrollada en seres humanos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES

TABLA 01. Determinantes sociales de la salud estructurales de las puérperas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Determinantes Sociales Estructurales	N	%
Grado de Instrucción	Sin nivel educativo	6 2,9
	Primaria Incompleta	29 14,2
	Primaria Completa	34 16,7
	Secundaria Incompleta	55 27
	Secundaria Completa	44 21,6
	Superior Técnica	10 5
	Superior Universitario Incompleto	4 2
	Superior Universitario Completo	22 10,8
TOTAL	204	100
Ocupación	Obrera	3 1,5
	Empleada	9 4,4
	Independiente Profesional	11 5,4
	Independiente No profesional	8 4
	Empleadora	7 3,4
	Familiar Remunerada	1 0,5
	Ama de casa	165 80,9
TOTAL	204	100
Nivel Socioeconómico	Nivel A	3 1,5
	Nivel B	10 4,9
	Nivel C	32 15,7
	Nivel D	100 49

Nivel E	59	28,9
TOTAL	204	100

Fuente: Cuestionario de Recolección de datos.

En la tabla se observa los determinantes estructurales de salud, encontrando que el grado de instrucción predominante es el nivel secundaria incompleta con 27%, resaltando que el 17,1% alcanzó el nivel de primaria incompleta y sin nivel educativo.

Respecto a la ocupación de las puérperas investigadas, la tabla muestra que predominan las amas de casa con un 80,9%.

Finalmente, el nivel socioeconómico muestra un predominio del nivel D con un 49%, seguido del Nivel E, con 28,9%.

4.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS

TABLA 02. Determinantes sociales de la salud Intermedios (Biológicos) de las puérperas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Determinantes Sociales intermedios biológicos	n	%	
Edad	14-19	44	21,6
	20-24	45	22
	25-29	42	20,6
	30-34	36	17,7
	35-39	27	13,2
	40 a más	10	4,9
	TOTAL	204	100
Paridad	Primigesta	95	46,6
	Segundigesta	46	22,5
	Multigesta	63	30,9
	TOTAL	204	100
Periodo Intergenésico	0 años	95	46,6
	1-2 años	34	16,7
	3-6 años	51	25
	6 años a más	24	11,8
	TOTAL	204	100
Tipo De Parto	Vaginal	118	57,8
	Cesárea	86	42,2

TOTAL	204	100
--------------	------------	------------

Fuente: Cuestionario de Recolección de datos.

La tabla que antecede permite observar la distribución de los determinantes sociales biológicos. Respecto a la edad, se encontró mayor incidencia de mujeres con edad reproductiva de 14 a 29 años; predominando el intervalo de 21 a 24 años con un 22%; seguido del grupo etario de 14 a 19 años, con 21,6% y del grupo de 25 a 29 años con 20,6%.

Respecto a la paridad, predomina la primiparidad con 46,6%, porcentaje similar al presentado en el periodo intergenésico.

Finalmente, el tipo parto que predomina con 57,8%, es el parto vaginal sobre el 42,2% de las puérperas por cesárea.

TABLA 03. Condiciones de vida como determinantes intermedios de las púerperas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Determinantes sociales intermedios (condiciones de vida)			
		n	%
Religión	Católica	122	59,8
	No católica	82	40,2
	TOTAL	204	100
Estado Civil	Soltera	12	5,9
	Casada	46	22,6
	Conviviente	146	71,5
	TOTAL	204	100
Procedencia	Rural	84	41,2
	Urbano	120	58,8
	TOTAL	204	100
Programas Sociales	SI	38	18,6
	NO	166	81,4
	TOTAL	204	100
Pareja Actual	SI	190	93,1
	NO	14	6,9
	TOTAL	204	100

Fuente: Cuestionario de Recolección de datos.

En la tabla se describen los determinantes sociales de la salud intermedios, encontrando que la religión predominante en las puérperas, es católica con un 59,8%, sobre las religiones no católicas con un 40,2%.

El estado civil predominante con 71,5% son las puérperas con unión conviviente, respecto a las puérperas que son solteras con 5,9%.

Siguiendo con la procedencia se muestra que el mayor porcentaje son las puérperas que provienen del área urbana con 58,8% y las puérperas del área rural con un porcentaje de 41,2%.

Respecto a los programas sociales las puérperas afiliadas a estos, alcanzan un porcentaje de 18,6% y las que no están afiliadas hacen un total de 81,4%.

Finalmente, se observa que en el grupo estudiado, tuvieron pareja un porcentaje de 93,1% y no tuvieron pareja 6,9%.

4.3 RECHAZO A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

TABLA 04. Puérperas según rechazo y uso de métodos anticonceptivos (MAC), en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Puérperas según el rechazo y uso de métodos anticonceptivos	n	%
Usan métodos anticonceptivos	71	34,8
Rechazan uso de métodos de anticonceptivos	133	65.2
TOTAL	204	100

Fuente: Cuestionario de Recolección de datos.

La tabla 04 muestra el porcentaje de las puérperas que usan métodos anticonceptivos y rechazan métodos anticonceptivos, donde el 34,8% son puérperas que usan anticonceptivos en contraste al 65,2% que es el porcentaje que rechaza algún método anticonceptivo.

4.4 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES Y RECHAZO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

TABLA 05. Determinantes Sociales de la salud estructurales y rechazo a los métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Determinantes sociales de la salud estructurales		Métodos anticonceptivos					
		No rechaza		rechaza		Total	
		N	%	n	%	n	%
Grado de Instrucción	Sin nivel educativo	0	0	6	4,5	6	2,9
	Primaria Incompleta	6	8	23	17,3	29	14,2
	Primaria Completa	3	10	31	23,3	34	16,7
	Secundaria Incompleta	17	20,3	38	28,6	55	27
	Secundaria Completa	22	38	22	16,5	44	21,6
	Superior Técnica	4	7,7	6	4,5	10	4,9
	Superior Universitario Incompleta	1	1	3	2,3	4	2
	Superior Universitario Completa	18	15	4	3	22	10,8
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Ocupación	Obrera	1	1	2	1,5	3	1,5
	Empleada	5	5	4	3	9	4,4
	Independiente profesional	11	13	0	0	11	5,4
	Independiente no profesional	4	15	4	3	8	3,9
	Empleadora	4	4	3	2,3	7	3,4
	Ama de casa	45	63	120	90,2	165	80,9
	Familiar remunerado	1	1	0	0	1	0,5
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Nivel Socioeconómico	Nivel A	3	2	0	0	3	1,5
	Nivel B	7	8	3	2,3	10	4,9
	Nivel C	23	37	9	6,8	32	15,7

Nivel D	26	38	74	55,6	100	49
Nivel E	12	15	47	35,3	59	28,9
TOTAL	71	100	133	100	204	100

Fuente: Cuestionario de Recolección de datos.

$$x^2 = 55,95$$

P valor= 0,015

La tabla 05 muestra la relación de los determinantes sociales de la salud estructurales y rechazo de métodos anticonceptivos, las puérperas con nivel educativo de secundaria incompleta rechazan el uso de métodos anticonceptivos con porcentaje 28,6%, resaltando que las puérperas con primaria incompleta y sin instrucción presentan un porcentaje considerable de 21,8%. También en el grupo estudiado podemos encontrar que las puérperas que tienen estudios superiores son las que más usan métodos anticonceptivos 23,4%.

Respecto a la ocupación, son las amas de casa, que muestran mayor rechazo al uso de métodos anticonceptivos con el 90,2%; en comparación de las mujeres que tienen una ocupación diferente al cuidado de la casa, en quienes el porcentaje de rechazo es menor del 3%.

Se evidencia que el nivel socioeconómico D predomina en el rechazo a la anticoncepción con 55,6%; seguido del nivel E, con 35,3%.

4.5 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS Y RECHAZO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

TABLA 06. Determinantes Sociales de la salud Biológicos y rechazo a los métodos anticonceptivos en púerperas Hospital Regional de Cajamarca, 2018.

Determinantes sociales intermedios biológicos	Métodos anticonceptivos						
	No rechaza		Rechaza		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Edad	14-19 años	7	6,6	37	27,8	44	21,6
	20-24 años	17	16,3	28	21,1	45	22,1
	26-29 años	21	32,1	21	15,8	42	20,6
	30-34 años	14	22,3	22	16,5	36	17,7
	35-39 años	10	17,1	17	12,8	27	13,2
	40 a más años	2	5,6	8	6	10	4,9
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Paridad	Primigesta	28	32,1	67	50,4	95	46,6
	Segundigesta	21	23,4	25	18,8	46	22,6
	Multigesta	22	22,5	41	30,8	63	30,9
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Periodo Intergenésico	0 años	28	24	67	50,4	95	46,6
	1-2 años	11	17	23	17,3	34	16,7
	3-6 años	24	41	27	20,3	51	25
	6 años a más	8	17	16	12	24	11,8
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Tipo de Parto	Vaginal	35	39,6	83	62,4	118	57,8
	Cesárea	36	42,4	60	37,6	86	42,2
	TOTAL	71	100	133	100	204	100

Fuente: Cuestionario de Recolección de datos.

$$\chi^2 = 21,35$$

P valor= 0,045

La tabla que antecede muestra la relación entre los determinantes sociales biológicos y el rechazo de los métodos anticonceptivos, observando que el intervalo de edad de las puérperas del estudio que rechazan con más frecuencia los métodos anticonceptivos es aquella comprendida entre 14 a 24 años con 48,9%; asimismo se resalta que las puérperas que más acceden al uso de métodos anticonceptivos están dentro del intervalo de edad entre 26 a 29 años con 32,1%.

También se observa que las puérperas primíparas rechazan los métodos anticonceptivos en un porcentaje de 50,4%, seguidas de las multigestas con 30,8%.

Resaltando que el grupo de las primíparas es mayor, el periodo intergenésico corresponde a ellas, siendo un porcentaje alto en el rechazo.

Finalmente, la influencia del tipo de parto para la elección de métodos anticonceptivos da como resultado que las puérperas de parto vaginal rechazan métodos anticonceptivos en 62,4%, en contraste al 37,6% de aquellas mujeres que tuvieron su parto por cesárea.

TABLA 07. Condiciones de vida como determinantes sociales de la salud intermedios frente al rechazo de métodos anticonceptivos en púerperas Hospital Regional de Cajamarca, 2018.

Determinantes sociales intermedios		Métodos anticonceptivos					
		No rechaza		Rechaza		Total	
		N	%	n	%	N	%
Religión	Católico	47	70	75	56,4	122	59,8
	No católico	24	30	58	43,6	82	40,2
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Estado Civil	Soltera	0	0	12	9	12	5,9
	Casada	22	34	24	18,1	46	22,6
	Conviviente	49	66	97	72,9	146	71,5
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Procedencia	Rural	18	21,9	66	49,6	84	41,2
	Urbano	53	78,1	67	50,4	120	58,8
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Programas sociales	SI	22	20,5	16	12	38	18,6
	NO	49	79,5	117	88	166	81,4
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Pareja actual	SI	71	100	119	89,5	190	93,1
	NO	0	0	14	10,5	14	6,9
	TOTAL	71	100	133	100	204	100

Fuente: Cuestionario de Recolección de datos.

$$x^2 = 16,99$$

$$P \text{ valor} = 0,03$$

Esta tabla relaciona los determinantes sociales conductuales y psicosociales con el rechazo a los métodos anticonceptivos, encontrando que un 56,4% de puérperas católicas, muestran desinterés por el uso de métodos anticonceptivos, sin embargo, un total de 47 puérperas aceptan métodos anticonceptivos; en contraste se aprecia que aquellas mujeres que pertenecen al grupo no católico rechazan el uso de MAC en 43,6% y; tan solo 30% de puérperas aceptan la anticoncepción.

El estado civil de las puérperas influye sobre la elección de métodos anticonceptivos, mostrando en los resultados del estudio que las puérperas en unión conviviente rechazan 72,9% métodos anticonceptivos y 9% pertenece al grupo de puérperas solteras.

Las puérperas que pertenecen al área urbana son 50,4% que rechazan métodos anticonceptivos, pero estas también son el porcentaje más sobresaliente en aceptación de la anticoncepción. Asimismo en el área rural rechazan 49,6% y no rechazan la anticoncepción solo el 21,9%.

La tabla muestra pacientes que están afiliadas a programas sociales, solo rechazan métodos anticonceptivos 12% y las que no pertenecen a programas sociales rechazan 80%.

Finalmente, el tener pareja influye en el rechazo de métodos anticonceptivos un 89,5% y 14 mujeres que no tienen pareja rechazan métodos.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El estudio realizado en las puérperas hospitalizadas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, permitió asociar los determinantes sociales de la salud y rechazo a los métodos anticonceptivos. Según, los resultados expuestos en las tablas que preceden se puede analizar lo siguiente:

Dentro de los determinantes sociales estructurales predominan como negativos los niveles educativos de secundaria y primaria incompletos, lo que refleja la importancia de la educación; pues ésta se constituye como un pilar fundamental para el desarrollo de un pueblo y, especialmente de la mujer, quien es valorada como objeto y sujeto de salud, pues no sólo se busca la calidad de vida y mejora de su estado de salud, sino que, también ella se constituye en núcleo familiar que instaura estilos de vida al interior de la familia; de allí que niveles adecuados de educación evitan muchos problemas sociales. Asimismo la educación mejora la capacidad de la mujeres para la toma de decisiones informadas en salud y; por ende para el uso de metodología anticonceptiva luego del parto (32).

De otro lado, la ocupación también influye en el desarrollo de la familia donde la mujer que es parte importante de esta, tiene la posibilidad de tener dones y roles excepcionales, que se ven apagados en la realidad de nuestro país, donde el ser ama de casa sumerge a la mujer en una total dependencia económica, volviéndose

vulnerable a diferentes tipos de violencia ya sea física, psicológica o sexual y es que a pesar de ser una ocupación digna y abnegada no es visto como tal.

En por lo menos la cuarta parte de hogares con parejas estables y donde el varón es el jefe de familia, las mujeres aportan con más de la mitad de los ingresos, ya que muchas de ellas desempeñan otras ocupaciones remuneradas aparte de ser amas de casa, dándole a la mujer el derecho de decir por su familia e incluso sobrepasar la autoridad del jefe de familia (14), pero en el estudio al contrario, se encontró que 120 mujeres que son amas de casa y rechazan los métodos anticonceptivos, siendo las razones que al tener el rol de ser amas de casa debilita su aporte a la toma de decisiones en la familia, dándole al esposo o conviviente la potestad incluso de decidir sobre su salud sexual y reproductiva, no tomando en cuenta su opinión y violentando sus derechos de mujer. Siendo un determinante que se asocia significativamente al rechazo de métodos anticonceptivos ($p < 0,05$).

Según, Vera O. (2013) varios estudios realizados en América Latina, muestran la gran relación del nivel socioeconómico como indicador del estado de salud sexual y reproductiva, además del bienestar familiar (19). Por esto se considera al nivel socioeconómico como una medida total que combina la parte económica y sociológica, donde la persona obtiene su posición económica y social individual o familiar. En el presente estudio se encontró que 55,6% de las puérperas que rechazan métodos anticonceptivos pertenecen al estrato socioeconómico D, que corresponde a un estrato bajo; lo cual se justifica porque el bajo nivel educativo o la ocupación que poseen, no les permite acceder a un empleo con un salario digno que incremente la economía de su hogar y; por ende, solamente se dedican a labores del hogar que, si bien es cierto, es

un trabajo laborioso y no remunerado para la mujer, les impide muchas veces tener acceso a servicio de salud de calidad.

Además el 35,3% de puérperas que rechazan la anticoncepción pertenecieron al estrato E, que corresponde al estrato marginal, siendo una de las razones que procedan de la zona rural donde la mayoría de mujeres tienen nivel educativo bastante básico y no perciben ingresos económicos, solo trabajan para subsistir y satisfacer algunas necesidades básicas, no pudiendo alcanzar una mejor calidad de vida por tener escasos recursos económicos y aumento del número de habitantes en la familia por el rechazo de métodos anticonceptivos. Siendo un determinante que se asocia significativamente al rechazo de métodos anticonceptivos ($p < 0,05$).

El grupo etario que más rechaza métodos anticonceptivos en el estudio son las puérperas entre 14 a 24 años con un 48,9%, relacionando que en el estudio de Ponce (2017) encontró que 40,5% de puérperas, no aceptan métodos anticonceptivos tiene entre 18 y 23 años, siendo un dato similar con nuestro estudio.

Si bien la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015 presenta una metodología y objetivo distinto a este estudio, se encuentran datos que resultan de interés. Así, el INEI señala que las mujeres que son una población joven pues el 46.5% de ellas son menores de 25 años, y estar atravesando el periodo de puerperio se constituye como factor potencial de riesgo, de esta manera; tener un hijo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. Las mujeres de mayor edad, tienden a ser más responsables referente a la planificación familiar porque algunas están casadas o conviven con su pareja y tienen relaciones más estables a diferencia de la más jóvenes que aún no tienen hijos; tienen otras prioridades

como el estudio, trabajo, etc. Razón por la cual no muestran mucho interés por el uso de anticonceptivos y su presencia en los establecimientos de salud solo es cuando presentan algún malestar por otras causas de salud.

La principal asociación del rechazo de métodos anticonceptivos con la primiparidad y el periodo intergenesico de las puérperas hospitalizadas, se refleja en un 50,4% coincidiendo con la literatura nacional y mundial pues en primer caso, el organismo de la mujer joven aún no ha alcanzado el desarrollo físico óptimo para su papel reproductivo, así mismo; en el segundo caso, el aparato reproductor de la mujer inicia un proceso de cambios somáticos y hormonales que influyen en la calidad de sus células reproductivas, conllevando a un mayor riesgo de complicaciones (8).

El INEI indica que actualmente mujeres unidas con menor nivel de uso de métodos anticonceptivos fueron quienes no tienen hijas o hijos (43,5%) siendo correspondido con datos del estudio (7). El Chi cuadrado de Pearson para estas variables indicó asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

En el estudio se encontró que según el tipo de parto por el cual las mujeres que han atravesado sin complicaciones tienden a rechazar métodos anticonceptivos hasta en un 74% en comparación de las mujeres que tuvieron serias complicaciones con un rechazo del 21%, según la encuesta del INEI (2015), lo que se reafirma en nuestro estudio ya que las puérperas de parto vaginal rechazan un 62,4% y por cesárea un 37,6%. Es por esto que un paso importante para disminuir la mortalidad materna es asegurar que cada mujer tenga solo la cantidad de hijos que desea, mediante el uso de métodos anticonceptivos y la comprensión de que cada embarazo es un riesgo tanto para la mujer y su salud sexual. Varios estudios demuestran esta afirmación muestra de esto en

un trabajo reciente de 10 años, realizado en 46 países, se halló que el riesgo de mortalidad materna se incrementa a cuatro o más conforme aumenta la cantidad de hijos por mujer (26).

Un aspecto importante que debe tenerse en cuenta al planificar una intervención de métodos anticonceptivos es la seguridad clínica, es decir, qué métodos pueden usarse en cada instancia de contacto después del parto y en virtud de la condición de lactancia de la madre, siendo tarea fundamental del personal de salud educar a las pacientes en especial las que ya atravesaron un parto vaginal o cesárea.

En cuanto a la religión de las puérperas se observó que, el mayor porcentaje es católica con 56,4%, en menor porcentaje las no católicas 43,6%. Probablemente estos datos sean porque es la religión más popular y el Perú sigue siendo un país mayoritariamente católico según los censos.

La principal asociación del rechazo de métodos anticonceptivos con el estado civil fue en aquellas puérperas con tipo de unión conviviente, representando 72,9% del total, seguida de un 9% de pacientes solteras y 18,1% casadas. El Chi cuadrado de Pearson para esta tabla indicó asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Por esto el estado civil es un determinante relevante, las convivientes con este estado civil suponen una unión inestable pues en la mayoría de casos la convivencia fue resultado de un embarazo no deseado o no planificado predisponiendo a la pareja a tener una pobre integración familiar y social. En el caso de las mujeres solteras, la falta de sustento económico, emocional y moral a la que se enfrentan, las lleva a descuidar sus atenciones prenatales, presentándose de esta manera mayores complicaciones

perinatales que atentan contra la salud de la gestante y su producto, conllevando al aumento de las tasa de morbi-mortalidad materna y neonatal (32).

Las pacientes que rechazan con más frecuencia los métodos anticonceptivos provienen de la zona urbana 50,4%, en el estudio de Martínez (2016) cita que un 73% de puérperas que niegan uso de métodos anticonceptivos provienen de la urbe (12). También se encuentra que en la zona rural existe aproximadamente 49,6% de mujeres que rechazan métodos anticonceptivos, notando que no hay mucha diferencia entre la zona rural y la urbe, porque la pobreza y el bajo nivel educativo no solo se encuentra en zona rural, sino también ya en la urbe, dando resultado a una baja educación sexual y reproductiva en la sociedad tanto urbana como rural.

En los países pobres los programas de protección social, como las transferencias monetarias, la alimentación escolar y las obras públicas, son una forma económica de proporcionar a las personas vulnerables la oportunidad de salir de la pobreza extrema y el hambre, y mejorar la salud, educación y oportunidad para cada habitante de la familia. Es por esto que en el presente estudio se considera que el pertenecer a programas sociales influye en la elección de métodos anticonceptivos, obteniendo que puérperas que pertenecen programas sociales el 12% rechazan métodos anticonceptivos. El Chi cuadrado de Pearson para esta variable indicó asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Pero se tiene que tener en cuenta que por sí solo los programas no podrán erradicar de manera sostenible el hambre y la pobreza rural, pues se necesitan inversiones públicas y privadas en sectores productivos de la agricultura y el desarrollo rural, pues mediante este tipo de acciones se garantizará el crecimiento económico de forma sostenible para

romper el círculo de la pobreza y poder llegar a tener un mejor desarrollo como sociedad, mejorando el sector salud para que la familia pueda gozar de una mejor calidad de vida (21).

El apoyo del hombre en las decisiones sobre planificación familiar puede incrementar el uso y la continuación de métodos anticonceptivos, mejorando la comunicación entre la pareja y la reducción de la oposición masculina. El 89,5% de las puérperas afirmaron que tenían pareja actual y rechazaron métodos anticonceptivos. Muchas veces se ve el rol del hombre como un obstáculo ya que impide que las mujeres tomen decisiones sobre planificación familiar o está ausente debido a la falta de interés en el tema, ya sea por varios motivos en los cuales la mujer por sí sola no puede decidir sobre su sexualidad, cuántos hijos quiere tener y se reduce frente a su pareja dejándose arrastrar por la falta de decisión y educación anticonceptiva (10).

Los determinantes sociales de la salud estructurales, reflejan la baja atención en salud, mostrando que aun la mujer no tiene una posición social por influencia de estos, a la larga los determinantes sociales de la salud intermedios se ven afectados por esta posición social de la mujer. Ya que la pareja por ser el jefe de familia encuentra la posibilidad de decidir frente a la salud sexual y reproductiva de la mujer que no tiene la capacidad de poder hacer algo al respecto, dejando vulnerar sus derechos y de su familia.

CONCLUSIONES

1. Los determinantes sociales estructurales de la salud que predominan en las puérperas del estudio son: grado de instrucción, secundaria incompleta; ocupación, amas de casa y nivel socioeconómico D.
2. Entre los determinantes intermedios destacan las puérperas de 14 a 19 años, primíparas y con parto vaginal. Además de religión católica, conviviente y de zona urbana.
3. Las puérperas que rechazan métodos anticonceptivos representan un porcentaje de 65,2%.
4. Existe una relación significativa entre los determinantes sociales de salud estructurales y el rechazo a los métodos anticonceptivos, resaltando el nivel educativo, ocupación y nivel socioeconómico.
5. La relación entre los determinantes sociales de la salud intermedios frente al rechazo a los métodos anticonceptivos también es alta, destacando al rango de edad, primiparidad, estado civil y programas sociales.
6. Se concluye, en el presente estudio, que hay una relación significativa entre los distintos determinantes sociales frente al rechazo de los métodos anticonceptivos.

RECOMENDACIONES

A las autoridades del Hospital Regional Docente Cajamarca

Implementar y ejecutar programas de educación en salud reproductiva, para lograr el empoderamiento de las mujeres en edad fértil, respecto a la toma de decisiones frente al número de hijos y cuándo tenerlos.

A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia

Fortalecer en los estudiantes, el conocimiento de planificación familiar sobre la base de los determinantes sociales de la salud y su impacto en la salud sexual y reproductiva de la puérpera.

A los futuros tesisistas

Tomar como base el presente estudio y ampliar la investigación sobre los determinantes sociales de la salud, y lo apliquen en diferentes temas relacionados a la profesión.

A los estudiantes e internos de obstetricia

Fortalecer en ellos la consejería en planificación familiar durante su estancia en las prácticas pre profesionales, con la finalidad de que las usuarias opten por un método anticonceptivo al egreso de su internamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la Torre Ugarte M. Los determinantes sociales de la salud: Una propuesta de variables y marcadores/ indicadores para su medición. Revista Peruana de Epidemiología. 2014;18(1):1–6.
2. Espelt A, Contente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. Gaceta Sanitaria. 2016;30:38–44.
3. Lopez AP, Zuñiga BG, Ospina GS, Ocampo SM. Determinantes sociales en salud en mortalidad materna. 2015;1–30. Available from: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/1161>
4. Cabrera A, Daponte A, Mateo I, Arroyo E, Bartoll X, Bravo MJ, et al. Indicadores contextuales para evaluar los determinantes sociales de la salud y la crisis económica española. Gaceta Sanitaria España. 2017;31(3):194–203.
5. Organización Mundial de la Salud. OMS | Planificación familiar [Internet]. World Health Organization. 2013. p. 1,2. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/index.html%5Cnfiles/517/Organizaci?n Mundial de la Salud - OMS Planificaci?n familiar.html>
6. Determinantes sociales en la salud. ESAN revista epidemiologica. Edicion n°12. Lima-Perú: 2017; 2017.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Preferencia De Fecundidad. Encuesta Demográfica y Salud Familiar 2015 [Internet]. 2016;88–116. Available

from:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib135

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Características generales de las mujeres. Encuesta Demográfica y Salud Familiar [Internet]. 2016;74–104. Available from:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap002.pdf
9. Chacón RM. Barreras percibidas por las puérperas para el uso de métodos anticonceptivos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal , 2017. Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. 2017.
10. Cabrera NS. Factores que influyeron en el abandono de métodos anticonceptivos en puerperas , atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho , noviembre - diciembre del 2015. Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Mayor de San Marcos; 2016.
11. Organización Panamericana de la Salud. Closing a gap in a generation. Documento de orientación Regional sobre los Determinantes Sociales de la salud en la Región las Américas. 2012;1–3.
12. Menendez JC, salazar L,. Factores que influyen en la aceptación de anticoncepción. 2016.
13. Lizarzaburu C, Piñin L. Barreras al uso de anticonceptivos modernos para las mujeres. 2013;1–70.
14. Mendoza B. Factores que intervienen en el uso de metodos anticonceptivos en usuarias de una unidad de primer nivel. [Querétaro, México]; 2013.

15. Reséndiz C. Planificación Familiar que recibieron las puerperas después de un evento obstétrico. 2016;7(2):15–20.
16. Espinola B. Relación de factores biosocioculturales en mujeres en edad fértil. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Enfermería. Universidad Católica Los ángeles Chimbote; 2017.
17. Caballero, E; Moreno, M; Sosa, ME; Mitchell, E; Vega, M; Columbié L de A. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. Vol. 15, Revista de Información en Dirección en Salud. 2012. p. 10–20.
18. Bourdieu P. Condición de clase y posición de clase. 2012;VII(1).
19. Vera OE, Vera FM. Evaluación del nivel socioeconómico : presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque Evaluation of the socioeconomic status : presentation of a scale adapted in a population from Lambayeque. 2013;6(1):41–5.
20. CEPAL. Definición de población urbana y rural utilizada en los censos de los países latinoamericanos. 2010;1–13. Available from: https://www.cepal.org/sites/default/files/def_urbana_rural.pdf
21. La importancia de los programas sociales en la lucha contra el hambre _ CERIGUA - Centro de Reportes Informativos sobre Guatemala.
22. Pinto OD, Dela A. Otros determinantes próximos de la fecundidad 6. 2011;125–38.
23. Alarcón LP. Universidad Católica de Santa María Facultad de Obstetricia y Puericultura. 2013;

24. Norma Técnica de Planificación Familiar 2017. Ministerio de salud. 2017;
25. OMS. Planificación familiar- Un manual mundial para proveedores. Health Educ. 2011;(1):1–5.
26. OMS. Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Posparto. 2014;1–45. Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112766/1/9789243506494_spa.pdf?ua=1
27. Granero LP. Puerperio Normal. In 2014.
28. Arellano OL, Escudero JJ, Moreno L, Luz Y, Carmona D. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. Medicina Social [Internet]. 2008;3(4):323–35. Available from:
<http://www.socialmedicine.info/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewFile/260/538>
29. Hospital Regional Docente Cajamarca HRDC. Análisis de situación de salud año 2015. 2016;
30. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Definiciones censales básicas. 1 [Internet]. 2010;1(1):21–8. Available from:
<http://www.ine.es/censo2001/6.pdf>
31. Frias D. Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida. Universidad de Valencia [Internet]. 2006;(2003):1–3. Available from:
<http://www.es/friasnav/>
32. Huamán EV. La Pobreza, Casos Emblemáticos. 2016.

ANEXOS

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y RECHAZO A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Me dirijo a su persona para saludarla cordialmente y al mismo tiempo manifestarle el interés en realizar un estudio de investigación que tiene por finalidad obtener datos para conocer cuál es la relación de los determinantes sociales de la salud y el rechazo de los métodos anticonceptivos, para lo cual se pide su colaboración para el llenado del siguiente cuestionario, marcando cada pregunta en los paréntesis, marcando una sola vez por pregunta, se agradece por anticipado su gentil colaboración.

I. DATOS GENERALES

1. Edad

14 – 19 años () 20 – 24 años () 25 – 29 años ()

30 – 34 años () 35 – 39 años () 40 años a+ ()

2. Religión

Católico () No católico ()

3. Estado civil

Soltera () Casada () Conviviente ()

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

1. Paridad

Primigesta () Segundigesta () Multigesta ()

2. Periodo intergenésico

0 años () 1-2 años () 3-6 años () + 6 años ()

3. Tipo de parto

Vaginal () Abdominal ()

III. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

A) DETERMINANTES ESTRUCTURALES

1. Grado de instrucción

Sin instrucción () - Primaria incompleta ()
Primara completa () - Secundaria incompleta ()
Secundaria Completa () - Superior Técnica ()
Superior Universitario Incompleta ()
Superior Universitario Completa()

2. Ocupación

-Obrera ()
-Empleada ()
-Independiente Profesional ()
- No Profesional ()
- Empleadora ()
-Familiar Remunerada ()
- Ama de casa ()

3. Nivel socioeconómica

Nivel A () Nivel B () Nivel C ()
Nivel D () Nivel E ()

B) DETERMINANTES INTERMEDIOS

4. Procedencia

Rural () Urbano ()

5. Pertenece a programas sociales

SI () NO()

6. Tiene pareja actual

SI ()

NO ()

IV.MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Método Anticonceptivo con el que egresa la puérpera:

DIU ()

Inyectable Trimestral ()

Implante hormonal ()

Preservativos ()

BTB ()

NINGUNO ()

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:, he sido Informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. Estoy enterada que puedo participar, continuar o retirarme del estudio en el momento en el que lo considere necesario, o por alguna razón específica.

Por lo anterior acepto voluntariamente ser participe en la investigación "DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y RECHAZO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PUÉRPERAS. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2018".

Fecha:

Firma

ANEXO N° 2

INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR NIVEL SOCIOECONOMICO SEGÚN LA ASOCIACION PERUANA DE EMPRESAS DE INVESTIGACION DE MERCADOS (APEIM)

Niveles Variables	NSE A Alto / Medio Alto	NSE B Medio	NSE C Bajo Superior	NSE D Bajo Inferior	NSE E Marginal
Instrucción del Jefe de Familia	Doctorado Diplomado Postgrado (máster)	Estudios Universitarios Completos	Universitarios Incompletos Superior No Universitario Completa Superior No Universitario Incompleta	Secundaria Completa	Sin estudios Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta
Consulta Medica	Médico Particular en Clínica Privada	Médico Particular en Consultorio	Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía	Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de	Posta Médica / Farmacia / Naturista
N° promedio de Habitantes	1 -2 personas	3 – 4 personas	5 – 6 personas	7 – 8 personas	9 a más personas
Material predominante en Pisos	Parquet / Laminado / Mármol	Cerámica / Madera Pulida	Cemento Pulido	Cemento sin Pulir	Tierra / Arena
N° promedio de Habitaciones	5 o más	4	3	2	1-0
Puntaje APEIM.	22 - 25	18 - 21	13 - 17	9 - 12	5 - 8

TABLA DE PUNTAJE

Niveles	NSE	Categoría	PUNTAJE VERSIÓN APEIM 2008-2009	PUNTAJE VERSIÓN MODIFICADA 2011-2012
Nivel 1	A	Alto	22-25 puntos	33 o más puntos
Nivel 2	B	Medio	18-21 puntos	27-32 puntos
Nivel 3	C	Bajo superior	13-17 puntos	21-26 puntos
Nivel 4	D	Bajo Inferior	9-12 puntos	13-20 puntos
Nivel 5	E	Marginal	5-8 puntos	5-12 puntos

ANEXO N° 3

PRUEBA ALFA DE CRONBACH CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	13	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	13	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,816	13

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y RECHAZO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PUÉRPERAS. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2018

Autor: Bachiller en Obstetricia. Diana María Villa Narba. Egresada de la Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca Perú.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud, métodos anticonceptivos, puerperio.

Resumen: El presente estudio correlacional y prospectivo, se realizó en un total de 204 puerperas, tuvo como principal objetivo, determinar la relación entre los determinantes sociales de la salud y rechazo a los métodos anticonceptivos en puerperas hospitalizadas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cajamarca en el año 2018. Los resultados demuestran que: tener secundaria incompleta, ser amas de casa y pertenecer al nivel socioeconómico D son los determinantes sociales estructurales de la salud predominantes; entre los determinantes biológicos y condiciones de vida, destacan las puerperas de 14 a 19 años, primíparas y que han tenido un parto vaginal. Además, se caracterizan por ser católicas, convivientes y proceder de la zona urbana; el 65,2% de las puerperas rechazan el uso de métodos anticonceptivos. Existe una relación alta entre los determinantes estructurales y rechazo a los métodos anticonceptivos, resaltando el nivel de educación, ocupación y nivel socioeconómico. También, se encontró una relación significativa entre los determinantes biológicos y condiciones de vida frente al rechazo de métodos anticonceptivos, destacando al rango de edad, primiparidad, estado civil y programas sociales. Se concluyendo, que hay una relación significativa entre los distintos determinantes sociales de la salud frente al rechazo de métodos anticonceptivos.

ABSTRACT: the present correlational and prospective study was carried out in a total of 204 puerperal women whose main objective was to determine the relationship between the social determinants of health and the rejection of contraceptive methods in puerperal women hospitalized in the gynecology-obstetric service of the Regional Hospital of Cajamarca in 2018. The results show that: having incomplete secondary education, being housewives and belonging to socioeconomic level D are the predominant social structural determinants of health; the biological determinants and living conditions; we highlight the puerperal women from 14 to 19 years old, primiparous women who have had a vaginal delivery. In addition, they are characterized by being Catholic, cohabiting and coming from the urban area; 65.2% of puerperal women reject the use of contraceptive methods. There is a high relation between the structural determinants and the rejection of contraceptive methods, highlighting the level of education, occupation and socioeconomic level. Also, a significant relationship was found between the biological determinants and living conditions against the rejection of contraceptive methods, highlighting the range of age, primiparity, marital status and social programs. It is concluded that there is a significant relationship between the different social determinants of health versus the rejection of contraceptive methods

Introducción: los determinantes sociales de la salud y las condiciones de vida en su conjunto, son la causa de la mayor parte de desigualdades sanitarias e injusticia social entre los países y dentro de cada uno de ellos, estos pueden producir efectos importantes en la salud de la mujer y es necesario hacer una vigilancia continua de ellos (1). A pesar de los esfuerzos que se vienen realizando para el mejoramiento de la atención de la madre e hijo, continúan aumentando los casos de muertes maternas debido a que el enfoque que realiza el gobierno en la intervención del tema de salud no tiene en cuenta al entorno social, económico, psicológico y cultural de las usuarias (2)(3). Situación que se hace notoria en las normas de atención en Salud Sexual y Reproductiva, propuestas por el Ministerio de Salud, las mismas que no están resolviendo los problemas en la atención obstétrica en condiciones normales y de emergencia, planificación familiar y otros aspectos de la salud reproductiva, mostrando que la salud de la mujer constituye un determinante importante del desarrollo social y económico (4). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo; especialmente en Asia, América Latina y en escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015 (5)(6).

En el Perú, los menores niveles de rechazo a los métodos anticonceptivos fueron entre las mujeres que tienen más de tres hijos vivos y educación secundaria. Por el contrario, las mujeres actualmente unidas con menor nivel de rechazo de anticoncepción fueron quienes no tienen hijos y sin educación (7). En Cajamarca los mayores porcentajes de rechazo de métodos anticonceptivos se presentan entre las mujeres sin educación 65,5% y entre aquéllas que residen en el área rural 49% (8). En la práctica diaria de la planificación familiar se evidencia que para muchas mujeres una de las etapas más críticas en la vida sexual y reproductiva es el puerperio, ya que incluye una serie de cambios en aspectos físicos, psicológicos y sociales, es por esto que la planificación postparto, debe ayudar a la puerpera a elegir un método anticonceptivo; ya que puede quedar embarazada dentro de los 45 días después del parto, convirtiéndola en una etapa de riesgo (9)(10). Desde esta perspectiva y ante la ausencia de trabajos de esta naturaleza en la región es que se propuso realizar el presente estudio con el fin de determinar la relación entre los determinantes sociales de la salud y el rechazo a los métodos anticonceptivos en puerperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2018.

Metodología: la unidad de análisis del presente estudio estuvo constituida por 204 puerperas mediatas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el periodo de Febrero y Agosto del 2018. El diseño de la investigación es de tipo correlacional y corte transversal; el tipo de estudio es descriptivo; cuyo diseño estuvo orientado a determinar la relación de los determinantes sociales de la salud

asociados al rechazo de métodos anticonceptivos. La técnica utilizada fue la recopilación de datos mediante ficha de recolección de datos, consignando: determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios; posteriormente, se procedió a la tabulación y análisis de datos que fueron diseñados en tablas estadísticas.

RESULTADOS

TABLA 01. Determinantes sociales de la salud estructurales de las puérperas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Determinantes Sociales Estructurales	n	%	
Grado de Instrucción	Sin nivel educativo	6	2,9
	Primaria Incompleta	29	14,2
	Primaria Completa	34	16,7
	Secundaria Incompleta	55	27
	Secundaria Completa	44	21,6
	Superior Técnica	10	5
Grado de Instrucción	Superior Universitario Incompleto	4	2
	Superior Universitario Completo	22	10,8
	TOTAL	204	100
Ocupación	Obrera	3	1,5
	Empleada	9	4,4
	Independiente Profesional	11	5,4
	Independiente No profesional	8	4
	Empleadora	7	3,4
	Familiar Remunerada	1	0,5
	Ama de casa	165	80,9
TOTAL	204	100	
Nivel Socioeconómico	Nivel A	3	1,5
	Nivel B	10	4,9
	Nivel C	32	15,7
	Nivel D	100	49
	Nivel E	59	28,9
TOTAL	204	100	

Fuente: Cuestionario de Recolección de datos.

En la tabla se observa los determinantes sociales de la salud estructurales, encontrando que el grado de instrucción predominante es el nivel secundaria incompleta con 27%; ocupación, amas de casa con un 80,9% y el nivel socioeconómico muestra un predominio del nivel D con un 49%.

TABLA 02. Determinantes sociales de la salud Intermedios (Biológicos) de las puérperas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Determinantes Sociales intermedios biológicos	n	%	
Edad	14-19	44	21,6
	20-24	45	22
	25-29	42	20,6
	30-34	36	17,7
	35-39	27	13,2
	40 a más	10	4,9
	TOTAL	204	100
Paridad	Primigesta	95	46,6
	Segundigesta	46	22,5
	Multigesta	63	30,9
TOTAL	204	100	
Periodo Intergenésico	0 años	95	46,6
	1-2 años	34	16,7
	3-6 años	51	25
	6 años a más	24	11,8
	TOTAL	204	100
Tipo De Parto	Vaginal	118	57,8
	Cesárea	86	42,2
TOTAL	204	100	

Fuente: Cuestionario de Recolección de datos.

Respecto a la edad, se encontró mayor incidencia de mujeres con edad reproductiva de 14 a 29 años; predominando el intervalo de 21 a 24 años con un 22%, la paridad, predomina la primiparidad con 46,6%, finalmente, el tipo parto que predomina con 57,8%, el parto vaginal.

TABLA 03. Condiciones de vida como determinantes intermedios de las púerperas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Determinantes sociales intermedios (condiciones de vida)		n	%
Religión	Católica	122	59,8
	No católica	82	40,2
	TOTAL	204	100
Estado Civil	Soltera	12	5,9
	Casada	46	22,6
	Conviviente	146	71,5
	TOTAL	204	100
Procedencia	Rural	84	41,2
	Urbano	120	58,8
	TOTAL	204	100
Programas Sociales	SI	38	18,6
	NO	166	81,4
	TOTAL	204	100
Pareja Actual	SI	190	93,1
	NO	14	6,9
	TOTAL	204	100

Fuente: Cuestionario de Recolección de datos.

La religión predominante en las púerperas, es católica con un 59,8%, estado civil predominante con 71,5% las convivientes, procedencia se muestra que el mayor porcentaje son las púerperas que provienen del área urbana con 58,8%. Respecto a los programas sociales las púerperas afiliadas a estos, alcanzan un porcentaje de 18,6%.

TABLA 04. Púerperas según rechazo y uso de métodos anticonceptivos (MAC), en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Púerperas según el rechazo y uso de métodos anticonceptivos	n	%
Usan métodos anticonceptivos	71	34,8
Rechazan uso de métodos de anticonceptivos	133	65,2
TOTAL	204	100

Fuente: Cuestionario de Recolección de datos.

El 34,8% son púerperas que usan anticonceptivos en contraste al 65,2% que es el porcentaje que rechaza algún método anticonceptivo.

TABLA 05. Determinantes Sociales de la salud estructurales y rechazo a los métodos anticonceptivos en púerperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018.

Determinantes sociales de la salud estructurales	Métodos anticonceptivos						
	No rechaza		rechaza		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Grado de Instrucción	Sin nivel educativo	0	0	6	4,5	6	2,9
	Primaria Incompleta	6	8	23	17,3	29	14,2
	Primaria Completa	3	10	31	23,3	34	16,7
	Secundaria Incompleta	17	20,3	38	28,6	55	27
	Secundaria Completa	22	38	22	16,5	44	21,6
	Superior Técnica	4	7,7	6	4,5	10	4,9
	Superior Universitario Incompleta	1	1	3	2,3	4	2
	Superior Universitario Completa	18	15	4	3	22	10,8
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Ocupación	Obrera	1	1	2	1,5	3	1,5
	Empleada	5	5	4	3	9	4,4
	Independiente profesional	11	13	0	0	11	5,4

	Independiente no profesional	4	15	4	3	8	3,9
	Empleadora	4	4	3	2,3	7	3,4
	Ama de casa	45	63	120	90,2	165	80,9
	Familiar remunerado	1	1	0	0	1	0,5
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Nivel Socioeconómico	Nivel A	3	2	0	0	3	1,5
	Nivel B	7	8	3	2,3	10	4,9
	Nivel C	23	37	9	6,8	32	15,7
	Nivel D	26	38	74	55,6	100	49
	Nivel E	12	15	47	35,3	59	28,9
	TOTAL	71	100	133	100	204	100

Fuente: Cuestionario de Recolección de datos.

Las puérperas con nivel educativo de secundaria incompleta rechazan los métodos anticonceptivos con 28,6%; las amas de casa que muestran mayor rechazo al uso de métodos anticonceptivos son un 90,2%. Además se evidencia que el nivel socioeconómico D predomina en el rechazo a la anticoncepción con 55,6%.

TABLA 06. Determinantes Sociales de la salud Biológicos y rechazo a los métodos anticonceptivos en puérperas Hospital Regional de Cajamarca, 2018.

Determinantes sociales intermedios biológicos		Métodos anticonceptivos					
		No rechaza		Rechaza		Total	
		n	%	n	%	n	%
Edad	14-19 años	7	6,6	37	27,8	44	21,6
	20-24 años	17	16,3	28	21,1	45	22,1
	26-29 años	21	32,1	21	15,8	42	20,6
	30-34 años	14	22,3	22	16,5	36	17,7
	35-39 años	10	17,1	17	12,8	27	13,2
	40 a más años	2	5,6	8	6	10	4,9
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Paridad	Primigesta	28	32,1	67	50,4	95	46,6
	Segundigesta	21	23,4	25	18,8	46	22,6
	Multigesta	22	22,5	41	30,8	63	30,9
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Periodo Intergenésico	0 años	28	24	67	50,4	95	46,6
	1-2 años	11	17	23	17,3	34	16,7
	3-6 años	24	41	27	20,3	51	25
	6 años a más	8	17	16	12	24	11,8
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Tipo de Parto	Vaginal	35	39,6	83	62,4	118	57,8
	Cesárea	36	42,4	60	37,6	86	42,2
	TOTAL	71	100	133	100	204	100

Fuente: Cuestionario de Recolección de datos.

Las puérperas del estudio que rechazan con más frecuencia los métodos anticonceptivos es aquella comprendida entre 14 a 24 años con 48,9%; las puérperas primíparas rechazan los métodos anticonceptivos en un porcentaje de 50,4% y las puérperas de parto vaginal rechazan métodos anticonceptivos en 62,4%.

TABLA 07. Condiciones de vida como determinantes sociales de la salud intermedios frente al rechazo de métodos anticonceptivos en puérperas Hospital Regional de Cajamarca, 2018.

Determinantes sociales intermedios		Métodos anticonceptivos					
		No rechaza		Rechaza		Total	
		N	%	N	%	N	%
Religión	Católico	47	70	75	56,4	122	59,8
	No católico	24	30	58	43,6	82	40,2
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Estado Civil	Soltera	0	0	12	9	12	5,9
	Casada	22	34	24	18,1	46	22,6
	Conviviente	49	66	97	72,9	146	71,5
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Procedencia	Rural	18	21,9	66	49,6	84	41,2
	Urbano	53	78,1	67	50,4	120	58,8

	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Programas sociales	SI	22	20,5	16	12	38	18,6
	NO	49	79,5	117	88	166	81,4
	TOTAL	71	100	133	100	204	100
Pareja actual	SI	71	100	119	89,5	190	93,1
	NO	0	0	14	10,5	14	6,9
	TOTAL	71	100	133	100	204	100

Fuente: Cuestionario de Recolección de datos.

Un 56,4% de púerperas católicas, muestran desinterés por el uso de métodos anticonceptivos; las púerperas en unión conviviente rechazan 72,9% métodos anticonceptivos además las del área urbana son 50,4% que rechazan la anticoncepción. Las pacientes que están afiliadas a programas sociales, solo rechazan métodos anticonceptivos 12% y el tener pareja influye en el rechazo de métodos anticonceptivos un 89,5%.

DISCUSIÓN

Dentro de los determinantes sociales estructurales predominan como negativos los niveles educativos de secundaria y primaria incompletos, lo que refleja la importancia de la educación; pues ésta se constituye como un pilar fundamental para el desarrollo de un pueblo y, especialmente de la mujer, pues no sólo se busca la calidad de vida y mejora de su estado de salud, sino que, también ella se constituye en núcleo familiar que instaura estilos de vida al interior de la familia; de allí que niveles adecuados de educación evitan muchos problemas sociales. Asimismo la educación mejora la capacidad de las mujeres para la toma de decisiones informadas en salud y; por ende para el uso de la anticoncepción luego del parto (12). De otro lado, la ocupación también influye en el desarrollo de la familia donde la mujer que es parte importante de esta, tiene la posibilidad de tener dones y roles excepcionales, que se ven apagados en la realidad de nuestro país, donde el ser ama de casa sumerge a la mujer en una total dependencia económica, volviéndose vulnerable violencia ya sea física, psicológica o sexual y es que a pesar de ser una ocupación digna y abnegada no es visto como tal. Según, Vera O. (2013), muestra la gran relación del nivel socioeconómico como indicador del estado de salud sexual y reproductiva, además del bienestar familiar (9). Por esto se considera al nivel socioeconómico como una medida total que combina la parte económica y sociológica, donde la persona obtiene su posición económica y social individual o familiar. En el presente estudio se encontró que 55,6% de las púerperas que rechazan métodos anticonceptivos pertenecen al estrato socioeconómico D, que corresponde a un estrato bajo; lo cual se justifica porque el bajo nivel educativo o la ocupación que poseen, no les permite acceder a un empleo con un salario digno que incremente la economía de su hogar, impidiendo muchas veces tener acceso a servicio de salud de calidad. Además el 35,3% de púerperas que rechazan la anticoncepción pertenecieron al estrato E, que corresponde al estrato marginal, siendo una de las razones que procedan de la zona rural donde la mayoría de mujeres tienen nivel educativo bastante básico y no perciben ingresos económicos, solo trabajan para subsistir y satisfacer algunas necesidades básicas, no pudiendo alcanzar una mejor calidad de vida por tener escasos recursos económicos y aumento del número de habitantes en la familia por el rechazo de métodos anticonceptivos. Siendo determinantes que se asocian significativamente al rechazo de métodos anticonceptivos ($p < 0,05$).

El grupo etario que más rechaza métodos anticonceptivos son las púerperas entre 14 a 24 años con un 48,9%, relacionando que en el estudio de Ponce (2017) encontró que 40,5% de púerperas, no aceptan métodos anticonceptivos tiene entre 18 y 23 años, siendo un dato similar con nuestro estudio. Si bien la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015, se encuentran datos que resultan de interés. Así, señala que las mujeres que son una población joven pues el 46.5% de ellas son menores de 25 años, y estar atravesando el periodo de puerperio se constituye como factor potencial de riesgo; tener un hijo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. La principal asociación del rechazo de métodos anticonceptivos con la primiparidad y el periodo intergenesico de las púerperas, se refleja en un 50,4% coincidiendo con la literatura, el organismo de la mujer joven aún no ha alcanzado el desarrollo físico óptimo para su papel reproductivo, así mismo; en el segundo caso, el aparato reproductor de la mujer inicia un proceso de cambios somáticos y hormonales que influyen en la calidad de sus células reproductivas, conllevando a un mayor riesgo de complicaciones (11). Se encontró que según el tipo de parto por el cual las mujeres que han atravesado sin complicaciones, tienden a rechazar métodos anticonceptivos hasta en un 74% en comparación de las mujeres que tuvieron serias complicaciones con un rechazo del 21%, según la encuesta del INEI (2015), lo que se reafirma en nuestro estudio ya que las púerperas de parto vaginal rechazan un 62,4% y por cesárea un 37,6%. Es por esto que un paso importante para disminuir la mortalidad materna es asegurar que cada mujer tenga solo la cantidad de hijos que desea, mediante el uso de métodos anticonceptivos y la comprensión de que cada embarazo es un riesgo tanto para la mujer y su salud sexual (12). Siendo determinantes que se asocian significativamente al rechazo de métodos anticonceptivos ($p < 0,05$).

En cuanto a la religión de las púerperas, el mayor porcentaje es católica con 56,4%, en menor porcentaje las no católicas 43,6%. Probablemente estos datos sean porque es la religión más popular y el Perú sigue siendo un país mayoritariamente católico según los censos. La principal asociación del rechazo de métodos anticonceptivos con el estado civil fue en aquellas púerperas convivientes, representando 72,9% del total. Por esto el estado civil es un determinante relevante, las convivientes suponen una unión inestable pues en la mayoría de casos la convivencia

fue resultado de un embarazo no deseado o no planificado predisponiendo a la pareja a tener una pobre integración familiar y social. En el caso de las mujeres solteras, la falta de sustento económico, emocional y moral a la que se enfrentan, las lleva a descuidar sus atenciones prenatales, presentándose de esta manera mayores complicaciones perinatales que atentan contra la salud de la gestante y su producto, conllevando al aumento de las tasa de morbi-mortalidad materna y neonatal (13). Las pacientes que rechazan con más frecuencia los métodos anticonceptivos provienen de la zona urbana 50,4%, en el estudio de Martínez (2016) cita que un 73% de púerperas que niegan uso de métodos anticonceptivos provienen de la urbe (12). También se encuentra que en la zona rural existe aproximadamente 49,6% de mujeres que rechazan métodos anticonceptivos, notando que no hay mucha diferencia entre la zona rural y la urbe, porque la pobreza y el bajo nivel educativo no solo se encuentra en zona rural, sino también ya en la urbe, dando resultado a una baja educación sexual y reproductiva en la sociedad tanto urbana como rural. En los países pobres los programas de protección social, como las transferencias monetarias, la alimentación escolar y las obras públicas, son una forma económica de proporcionar a las personas vulnerables la oportunidad de salir de la pobreza extrema y el hambre, y mejorar la salud, educación y oportunidad para cada habitante de la familia. Es por esto que se considera que el pertenecer a programas sociales influye en la elección de métodos anticonceptivos, obteniendo que púerperas que pertenecen programas sociales el 12% rechazan métodos anticonceptivos. El apoyo del hombre en las decisiones sobre planificación familiar puede incrementar el uso y la continuación de métodos anticonceptivos, mejorando la comunicación entre la pareja y la reducción de la oposición masculina. El 89,5% de las púerperas afirmaron que tenían pareja actual y rechazaron métodos anticonceptivos. Muchas veces se ve el rol del hombre como un obstáculo ya que impide que las mujeres tomen decisiones sobre planificación familiar o está ausente debido a la falta de interés en el tema, ya sea por varios motivos en los cuales la mujer por sí sola no puede decidir sobre su sexualidad, cuántos hijos quiere tener y se reduce frente a su pareja dejándose arrastrar por la falta de decisión y educación anticonceptiva (10). El Chi cuadrado de Pearson para esta tabla indicó asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Los determinantes sociales de la salud estructurales, reflejan la baja atención en salud, mostrando que aun la mujer no tiene una posición social por influencia de estos, a la larga los determinantes sociales de la salud intermedios se ven afectados por esta posición social de la mujer. Ya que la pareja por ser el jefe de familia encuentra la posibilidad de decidir frente a la salud sexual y reproductiva de la mujer que no tiene la capacidad de poder hacer algo al respecto, dejando vulnerar sus derechos y de su familia.

CONCLUSIONES

1. Los determinantes sociales estructurales de la salud que predominan en las púerperas del estudio son: grado de instrucción, secundaria incompleta; ocupación, amas de casa y nivel socioeconómico D.
2. Entre los determinantes intermedios destacan las púerperas de 14 a 19 años, primíparas y con parto vaginal. Además de religión católica, conviviente y de zona urbana.
3. Las púerperas que rechazan métodos anticonceptivos representan un porcentaje de 65,2%.
4. Existe una relación significativa entre los determinantes sociales de salud estructurales y el rechazo a los métodos anticonceptivos, resaltando el nivel educativo, ocupación y nivel socioeconómico.
5. La relación entre los determinantes sociales de la salud intermedios frente al rechazo a los métodos anticonceptivos también es alta, destacando al rango de edad, primiparidad, estado civil y programas sociales.
6. Se concluye, en el presente estudio, que hay una relación significativa entre los distintos determinantes sociales frente al rechazo de los métodos anticonceptivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la Torre Ugarte M. Los determinantes sociales de la salud: Una propuesta de variables y marcadores/ indicadores para su medición. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2014;18(1):1–6.
2. Espelt A, Continente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*. 2016;30:38–44.
3. Lopez AP, Zuñiga BG, Ospina GS, Ocampo SM. Determinantes sociales en salud en mortalidad materna. 2015;1–30. Available from: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/1161>
4. Organización Mundial de la Salud. OMS | Planificación familiar [Internet]. World Health Organization. 2013. p. 1,2. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/index.html%5Cnfiles/517/Organizaci?n Mundial de la Salud - OMS Planificaci?n familiar.html>
5. Determinantes sociales en la salud. *ESAN revista epidemiologica*. Edición n°12. Lima-Perú: 2017; 2017.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Preferencia De Fecundidad. *Encuesta Demográfica y Salud Familiar 2015*[Internet].2016;88–116. Available from: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib135
7. Chacón RM. Barreras percibidas por las púerperas para el uso de métodos anticonceptivos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal , 2017. Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. 2017.
8. Cabrera NS. Factores que influyeron en el abandono de métodos anticonceptivos en puerperas , atendidas en

- el Hospital San Juan de Lurigancho , noviembre - diciembre del 2015. Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Mayor de San Marcos; 2016.
9. Menendez JC, salazar L,. Factores que influyen en la aceptación de anticoncepción. 2016.
 10. Lizarzaburu C, Piñin L. Barreras al uso de anticonceptivos modernos para las mujeres. 2013;1–70.
 11. Mendoza B. Factores que intervienen en el uso de metodos anticonceptivos en usuarias de una unidad de primer nivel. [Querétaro, México]; 2013.
 12. Reséndiz C. Planificación Familiar que recibieron las puerperas después de un evento obstétrico. 2016;7(2):15–20.
 13. Vera OE, Vera FM. Evaluación del nivel socioeconómico : presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque Evaluation of the socioeconomic status : presentation of a scale adapted in a population from Lambayeque. 2013;6(1):41–5.