

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Anticoncepción quirúrgica voluntaria relacionada a las características
sociodemográficas de las puérperas del Servicio e Ginecobstetricia del
Hospital 2-II Tarapoto, 2019**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Héctor Arturo Guevara Chávez

ASESOR:

Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga

Tarapoto - Perú

2021



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Anticoncepción quirúrgica voluntaria relacionada a las características
sociodemográficas de las puérperas del Servicio e Ginecobstetricia del
Hospital 2-II Tarapoto, 2019**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Héctor Arturo Guevara Chávez

ASESOR:

Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga

Tarapoto - Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN -TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Anticoncepción quirúrgica voluntaria relacionada a las características sociodemográficas de las puérperas del Servicio e Ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Héctor Arturo Guevara Chávez

ASESOR:

Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga

Tarapoto - Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN -TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Anticoncepción quirúrgica voluntaria relacionada a las características sociodemográficas de las púerperas del Servicio e Ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

AUTOR:

Héctor Arturo Guevara Chávez

Sustentada y aprobada el día 30 de julio del 2021, ante el honorable jurado:

.....
Dra. Alicia Bartra Reategui

Presidente

.....
Méd. Washington Tercero Vásquez Cachay

Secretario

.....
Méd. Mg. Raúl Pablo Alegre Garayar

Miembro

.....
Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga

Asesor

Constancia de asesoramiento

El que suscribe el presente documento Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga;

HACE CONSTAR:

Que, he revisado y corregido la Tesis titulada: **Anticoncepción quirúrgica voluntaria relacionada a las características sociodemográficas de las puérperas del Servicio e Ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.**

Elaborado por:

Bach. Medicina Humana: Héctor Arturo Guevara Chávez

La misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 30 de julio del 2021.



.....
Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga
Asesor

Declaratoria de autenticidad

Héctor Arturo Guevara Chávez, con DNI N° 72510554, bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana, Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, autor de la tesis titulada: **Anticoncepción quirúrgica voluntaria relacionada a las características sociodemográficas de las puérperas del Servicio e Ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 30 de julio del 2021.



.....
Bach. Méd. Héctor Arturo Guevara Chávez
DNI N° 72510554

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Guevara Chávez Hector Arturo.		
Código de alumno :	124313	Teléfono:	95093 2372
Correo electrónico :	arturo1412@gmail.com	DNI:	72510554

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Medicina Humana
Escuela Profesional de:	Medicina Humana.

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	()
Trabajo de suficiencia profesional	()		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título :	Anticoncepción quirúrgica voluntaria relacionada a las características sociodemográficas de las puérperas del Servicio de Ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019
Año de publicación:	2021

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	()
Acceso restringido **	()		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.



7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

Firma y huella del Autor

8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

09 / 08 / 2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - T.
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e
Innovación de Acceso Abierto - UNSM-T.


Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A mis padres Marco Antonio Guevara Lozano y María Crisanta Chávez Díaz quienes siempre me brindan su amor, cariño, y apoyo incondicional, están a mi lado dándome palabras de aliento y motivando a superarme cada día.

A todos mis familiares que siempre me han brindado fuerza, valor, a mis amigos y compañeros de la facultad con quienes he compartido gratos momentos los cuales quedaran en mi memoria.

Héctor Arturo

Agradecimiento

A mis padres, por el apoyo económico y fortaleza para que me brindaron en todos estos años para poder culminar mis estudios universitarios. A una persona muy especial, mi enamorada Pamela Valles Vásquez quien en todos estos años me impulso a culminar con mis sueños.

A mis Docentes a quienes les debo la gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

A esta prestigiosa Universidad Nacional de San Martín la cual abre sus puertas para prepararnos en un futuro competitivo y formándonos como personas de bien para la sociedad y el mundo.

Índice de contenido

Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento	vii
Índice de contenido.....	viii
Índice de tablas	x
Resumen	xii
Abstract.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Antecedentes de la investigación.....	4
1.4. Bases teóricas	9
1.5. Definición de términos básicos	23
1.6. Justificación de la investigación.....	25
II. OBJETIVOS	25
2.1. Objetivo general	25
2.2. Objetivo específicos	25
2.3. Hipótesis y variables.....	27
2.4. Sistema de variables	27
III. MATERIAL Y MÉTODOS	29
3.1. Tipo de estudio	29
3.2. Diseño de investigación.....	29
3.3. Universo, población y muestra	30
3.4. Procedimientos	31
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.6. Plan de tabulación y análisis de datos	33
3.7. Aspectos éticos	33
IV. RESULTADOS	35
V. DISCUSIÓN	52

VI. CONCLUSIONES.....	55
VII. RECOMENDACIONES.....	57
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
IX. ANEXOS.....	63

Índice de tablas

N°	Título	Pág.
1	Test-retest	33
2	Índice de aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria.....	35
3	Diagnóstico de las pacientes aptas para ligadura BTB	35
4	Diagnóstico de pacientes aptas, pero no lo solicitaron BTB	36
5	Rango de edad de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019	36
6	Estado civil de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.....	37
7	Nivel educativo de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019	37
8	Ingresos económicos de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019	38
9	Dependencia económica de la pareja de las puérperas en el servicio de GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL 2-II TARAPOTO, 2019.....	38
10	Edad de la primera menstruación de las puérperas en el servicio de GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL 2-II TARAPOTO, 2019.....	39
11	Edad de inicio de las relaciones sexuales de las puérperas en el servicio de GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL 2-II TARAPOTO, 2019.....	39
12	Cantidad de parejas sexuales de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019	40
13	Número de embarazos de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019	40
14	Número de partos de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019	41
15	Número de abortos de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019	41
16	Número de cesáreas de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019	42
17	Método anticonceptivo de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019	42
18	Descensos vaginales en las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019	43

19	Padecimiento de enfermedades en las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.....	43
20	Tipo de enfermedad que sufren las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.....	44
21	Creencia sobre la prontitud de recuperación de la ligadura de Trompas de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.....	44
22	Creencia sobre las presencias de secuelas que les impida trabajar después de la ligadura en las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.....	45
23	Creencia sobre la necesidad de comunicar a la pareja la decisión de ligarse las trompas de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.....	45
24	Creencia sobre la necesidad de que la pareja permita aceptar la ligadura de trompas de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.....	46
25	Creencia sobre la existencia de alguna enfermedad a raíz de la ligadura de trompas en las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.....	46
26	Creencia sobre qué, la ligadura de trompas produce menopausia a edad temprana de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.....	46
27	Creencia sobre qué, la ligadura de trompas provoca trastornos mentales de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.....	47
28	Creencia sobre qué, la ligadura disminuye el placer sexual de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.....	47
29	Creencias de alguna religión en ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.....	48
30	Barreras de la religión a la ligadura de trompas en las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.....	48
31	Aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria * Características Sociales.....	49
32	Aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria * Características Biológicas.....	49
33	Aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria * Características Culturales.....	50
34	Aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria * Características Sociodemográficas.....	51

Resumen

La presente investigación titulada “Anticoncepción quirúrgica voluntaria relacionada a las características sociodemográficas de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019”. El objetivo de la investigación fue determinar el grado de relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociodemográficas de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019. Asimismo, la metodología de la investigación fue de tipo básica, mientras que el nivel fue correlacional, el diseño fue no experimental – transversal. Respecto a la muestra estuvo integrada por 205 puérperas quienes fueron cascareadas en el año 2019 y reúnen criterios de elegibilidad para ligadura tubárica, de las cuales se indagó en sus historias clínicas recolectando información y números celulares para una próxima encuesta. Sobre los resultados el 86,3% de las puérperas si aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria, mientras que el 13,7% no acepta dicho método. La conclusión fue que, existe relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociodemográficas de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, específicamente con la edad ($J_i=55,940$), los ingresos económicos ($J_i=33,977$), distrito de procedencia ($J_i=82,448$), número de partos ($J_i=13,965$), creencia de secuelas que impidan trabajar ($J_i=73,198$), disminución del placer sexual ($J_i=28,237$), y creencia religiosa ($J_i=6,431$).

Palabras clave: Anticoncepción, quirúrgica, voluntaria, sociodemográficas, cesáreas, anticonceptivos, ligadura de trompas.

Abstract

The present research is entitled "Voluntary surgical contraception related to the sociodemographic characteristics of postpartum women in the gynecobstetrics service of the Hospital 2-II Tarapoto, 2019". The objective of the research was to determine the degree of relationship between the acceptance of voluntary surgical contraception and the sociodemographic characteristics of postpartum women in the gynecobstetrics service of the Hospital 2-II Tarapoto, 2019. Likewise, the research methodology was of the basic type, while the level was correlational, the design was non-experimental - cross-sectional. The sample consisted of 205 postpartum women who had a cesarean section in 2019 and met the eligibility criteria for tubal ligation, whose medical histories were consulted and information and cell phone numbers were collected for a future survey. On the results, 86.3% of the postpartum women accepted voluntary surgical contraception, while 13.7% did not accept this method. The conclusion was that there is a relationship between the acceptance of voluntary surgical contraception and the sociodemographic characteristics of postpartum women in the gynecobstetrics service of Hospital 2-II Tarapoto, specifically with age (Chi=55, 940), economic income (Chi=33.977), district of origin (Chi=82.448), number of deliveries (Chi=13.965), belief of sequelae that prevent work (Chi=73.198), decrease in sexual pleasure (Chi=28.237), and religious belief (Chi=6.431).

Key words: voluntary surgical contraception, sociodemographic, cesarean section, contraceptive methods, tubal ligation.



I. INTRODUCCIÓN

La anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) es considerada como uno de los métodos más empleados en los Estados Unidos, los cuales son utilizadas por casi una de cada tres mujeres con edades entre los 35 a 44 años. Los métodos de anticoncepción más empleados son la oclusión tubárica histeroscópica, interrupción tubárica laparoscópica o salpingectomía y la interrupción posparto. Asimismo, ciertas estimaciones indican que aproximadamente al año se realizan 290,000 anticoncepciones en un contexto ambulatorio, mientras que las esterilizaciones luego del parto ascienden a un total de 340,000 procedimientos anuales. Sin embargo, según el Estudio Nacional de Crecimiento Familiar, alrededor de 643,000 esterilizaciones tubáricas femeninas se llevan a cabo cada año en los Estados Unidos, donde el 45% se realiza por medio de histeroscopia o laparoscopia. Dichos procedimientos se realizan por voluntad propia de las mujeres, las cuales han recibido la orientación e información necesaria sobre dichos métodos, además de previos exámenes médicos (1).

A lo largo de los años la anticoncepción quirúrgica se ha convertido en uno de los métodos más eficaces y seguros para prevenir embarazos cuando la paridad está satisfecha, de las cuales la esterilización tubárica es una de las opciones más utilizadas en las naciones en vías de desarrollo. Sin embargo, pese a las ventajas de dicho método no es empleado en la mayoría de las mujeres que se atienden en los servicios de ginecología y obstetricia de Venezuela. Asimismo, en el Hospital Universitario de Caracas y en el Ambulatorio Petrocino Piñuela Ruiz se evidenció que las pacientes que demandan la atención de una esterilización tubárica por vía vaginal tienen alrededor de 32 años, de las cuales se caracterizan porque el 79,6% tuvieron dos a tres embarazos y el 12.2% de las pacientes tuvieron una cesárea previa, además optaron por dicho método porque es de contracepción definitiva, poco tiempo quirúrgico, menor riesgo de complicaciones, breve hospitalización, sin heridas y pronta recuperación (2).

La anticoncepción quirúrgica en las mujeres consiste en la ligadura tubárica, con la finalidad de impedir que se realice la unión entre gametos. Dicho método es utilizado por más de 220 millones de parejas a nivel mundial y su empleo muchas veces depende de factores religiosos, culturales, políticos y sociales. Asimismo, dicha situación se presenta también en el Perú en el área de servicios de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente

Materno Infantil “El Carmen” de Huancayo, donde el principal problema es la desinformación por parte de la población sobre dicho método, sobre todo en zonas rurales, por creencias erróneas, temores, temas culturales como la religión que profesan, también se encuentra la pobreza, el nivel educativo, entre otros, como factores que influyen en la decisión de las pacientes por optar por dicho método. Dicha situación genera un incremento de la tasa de fecundidad no planificada en la mayoría de los hogares, dado que solo el 15.1% de las pacientes atendidas tuvieron embarazos planificados (3).

De acuerdo con la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) más de tres cuartos de total de mujeres casadas y/o convivientes emplean algún método anticonceptivo, lo que representa el 76,3%, donde el 55% utiliza métodos modernos y el 21,3% emplea métodos tradicionales. Respecto al método específico que emplean las mujeres en un 9,6% se encuentra la esterilización femenina con un mayor porcentaje en el área urbana de 10,8% y en menor porcentaje para el área rural con un 5.4%, Por otro lado, la influencia de la decisión por optar por el método de anticoncepción quirúrgica voluntaria depende de un 78,6% de las conversaciones de las mujeres con su pareja o esposo sobre la planificación familiar.

Respecto al tipo de investigación fue básica porque su principal interés es la ampliación del conocimiento, puesto que su principal propósito es dar un respaldo a las teorías consideradas en la investigación, además el nivel del estudio será correlacional porque se orienta en la determinación del nivel o grado de asociación existente entre dos o más variables. Respecto a la técnica empleada fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario.

Finalmente, la estructura de la tesis está conformada por la revisión bibliográfica en el capítulo I, donde se encuentra conformado por la revisión de antecedentes sobre investigaciones realizados referente al tema de estudio y la presentación teórica del estudio, pasando por la definición de los términos básicos. El capítulo II es de los materiales y métodos, que está conformado por el tipo, nivel y diseños utilizados, la población, muestra, técnicas, instrumentos, el análisis de datos y los materiales empleados. El capítulo III, corresponde a los resultados y discusión, obtenidos, el tratamiento estadístico e interpretación de los datos hallados. Asimismo, se desarrolló la discusión de resultados, para finalmente presentar las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo de investigación.

1.1. Planteamiento del problema

En el Hospital 2-II Tarapoto, específicamente en el servicio de ginecobstetricia se realizan cesáreas de manera diaria, siendo que a una parte de las puérperas atendidas se les realiza el método de anticoncepción quirúrgica voluntaria (en adelante AQV). Partiendo por la idea en que no todas las puérperas acceden a este tipo de anticoncepción, siendo diversos los factores que pueden incidir o no a su decisión por acceder a dicho procedimiento, la edad de las pacientes y los riesgos que asumirían al quedar embarazada nuevamente puede considerarse como un elemento de decisión, así como el aspecto económico o el hecho de que cuenten con muchos hijos influya en su decisión, mientras que por otro lado, se encuentran las pacientes que prefieren no hacerlo, muchas veces por el poco acceso a la planificación familiar, así como el posible desconocimiento sobre el método de AQV alimentado muchas veces a creencias respecto a los efectos que puede traer dicho procedimiento como que podría ocasionarles graves enfermedades como el cáncer, trastornos mentales, entre otros, e incluso piensan que luego de la intervención quirúrgica no podrán realizar sus labores con normalidad. Es importante resaltar que muchos de las pacientes tienen dudas e inquietudes sobre el procedimiento, dado que no reciben la orientación necesaria por parte del personal médico, o incluso a nivel de parejas, existe poca comunicación para decidir en conjunto sobre si optar o no por el método, ya que tienen temor de que en un futuro deseen tener más hijos. De seguir con dicha situación, es muy probable que se incremente la tasa de natalidad no planificada en la ciudad de Tarapoto, lo cual afectaría al ámbito económico, social y de salud. Por tales motivos es que en la presente investigación se pretende determinar el grado de relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociodemográficas de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.

1.2. Formulación del problema

El problema que se formuló fue: ¿Cuál es la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociodemográficas de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019?, los problemas específicos fueron: ¿Cuál es el índice de aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019?, ¿Cuáles son las características sociales, biológicas, culturales de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019?, ¿Cuál es la relación entre la aceptación

de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociales de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019?, ¿Cuál es la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características biológicas de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019? y ¿Cuál es la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características culturales de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019?.

1.3. Antecedentes de la investigación

Internacionales

Gonzalez & Lorduy (2020) en su investigación “Factores sociodemográficos y obstétricos relacionados con aplicación del consentimiento informado en procedimientos de oclusión tubárica. Cartagena-Colombia”. (revista científica). El estudio tuvo como propósito detallar la esterilización femenina, el acceso a dicho método y los avances de la técnica. Asimismo, los aspectos metodológicos tomados en cuenta fueron prospectivo, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 196 pacientes. Mientras que la técnica del estudio fue la entrevista con su instrumento el cuestionario. Los resultados del estudio fueron que, de las personas que accedieron a la realización de procedimientos de oclusión tubárica bilateral, el 30,3% tuvieron 27-31 años, el 59.7% fue de procedencia urbana, el 76.1% de estrato uno, el 43.3% con nivel de estudio secundarios, el 64.7% presenta un estado civil de conviviente y el 39.8% con tres embarazos. Finalmente, la conclusión fue que, la decisión voluntaria de tomar el método varía de acuerdo a los aspectos sociodemográficos como el nivel de escolaridad, el estrato socioeconómico, la procedencia, entre otros, además de la información brindada por el médico, que permita un mayor conocimiento el método de anticoncepción, así como sus consecuencias (4).

Ventuzelo et al. (2017) en su investigación “Anticoncepción definitiva: tendencias en un intervalo de diez años”. (revista científica). El estudio tuvo como propósito analizar las tendencias de la anticoncepción definitiva en un intervalo de diez años. Asimismo, los aspectos metodológicos tomados en cuenta fueron por medio de un análisis retrospectivo de la esterilización tubárica. La muestra estuvo conformada por 112 pacientes en el 2002 y 66 en el 2012. Los resultados del estudio fueron que, el número de mujeres mayores de 40 años que optaron por un método definitivo fue más frecuente en el grupo 1, 49,1% (n = 55); para

el grupo 2, la tasa fue del 34,8% (n = 23), además todas las pacientes realizaron ligadura de trompas mediante régimen hospitalario laparoscópico. Finalmente, la conclusión fue que, las mujeres que se realizaron la esterilización tubárica tenían una relación en común respecto a características sociodemográficas como la edad de alrededor de 40 años, paridad, nivel educativo e historia personal, la población principal estuvo compuesta por mujeres casadas o en unión estable (5).

González & Molina (2017) en su estudio “Factores que influyen en la no aceptabilidad de uso de la esterilización quirúrgica femenina en indígenas Kichwas multíparas de 25 a 40 años en el Centro de Salud Satelital de Tena periodo enero - junio 2017”. Quito, Ecuador. El estudio tuvo como propósito determinar los factores que influyen en la no aceptación de la esterilización quirúrgica femenina. Asimismo, los aspectos metodológicos fueron de tipo descriptiva, el diseño fue de campo y transversal. La muestra estuvo conformada por 204 pacientes a quienes se les realizó entrevistas. Los resultados del estudio fueron que, el 58% tiene un estado civil de unión libre, el 49% presentó un nivel de educación secundaria, el 96% pertenece a la religión católica y el 50% se dedica a la agricultura y el 36% ha tenido 4 embarazos. Finalmente, la conclusión fue que, la decisión de la esterilización quirúrgica femenina se relaciona en un 49.4% con la opinión de la pareja, el 13.6% prefieren un método natural, el 10.6% considera que afectaría a su trabajo diario, el 6.3% está influenciado por la religión y el 5.1% piensa que le afectaría psicológicamente (6)

Nacionales

Paucar (2019) en su investigación “Nivel de cumplimiento sobre anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina -Norma Técnica N° 652-2016/MINSA en hospitales del Ministerio de Salud Cusco, 2017”. Cusco, Perú. El estudio tuvo como propósito determinar el nivel de cumplimiento en los profesionales de salud sobre AQV femenina. Asimismo, los aspectos metodológicos fueron de enfoque cuantitativo, el nivel descriptivo, retrospectivo, el diseño no experimental y transversal. La muestra estuvo conformada por femeninas mayores de 35 años. Respecto a la técnica fue la encuesta con su instrumento el cuestionario. Los resultados del estudio fueron que, el grado de instrucción de las pacientes fue secundaria, estado civil convivientes, procedencia urbana, amas de casa, multíparas, además los profesionales de salud cumplieron con la asesoría y orientación en la primera sesión y el 90% de las pacientes fueron voluntarias para la realización del método AQV. Finalmente, la conclusión fue que,

el cumplimiento sobre las disposiciones para la etapa post operatorio fue de 68%, al 60% no se le brindó información sobre los cuidados luego de la operación (7).

Gariza (2019) en su trabajo titulado “Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las usuarias del implante anticonceptivo subdérmico que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo del 1 de enero al 30 de junio, Lima; 2017”. Lima, Perú. El estudio tuvo como propósito detallar las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las pacientes que acuden al hospital. Asimismo, los aspectos metodológicos fueron de un enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal. La muestra estuvo representada por 49 pacientes. Para la recolección de datos se revisaron 49 historias clínicas. Los resultados del estudio fueron que, el 57.1% eran convivientes, el 75.5% inicio la menarquía entre los 12 a 14 años, el 67.4% estudió secundaria y tuvieron más de una pareja sexual. Finalmente, la conclusión fue que, el 81.63% inició su actividad sexual entre los 15 a 20 años y tienen más de un hijo, el 24.5% tiene menos de una cesárea, el 67.4% tuvo riesgo reproductivo y el 83.7% usó método anticonceptivo antes del empleo del implante (8).

Barrio & Cahuata (2019) en su trabajo titulado “Toma de decisiones para la anticoncepción posparto en puérperas inmediatas del Hospital Regional del Cusco, de agosto a octubre del 2019”. Cusco, Perú. El estudio tuvo como propósito establecer las tomas de decisiones para la anticoncepción posparto en puérperas. Asimismo, los aspectos metodológicos fueron de un enfoque cuantitativo, el nivel descriptivo, prospectiva, el diseño no experimental y transversal. La muestra estuvo representada por puérperas atendidas en el hospital bajo análisis. Respecto a la técnica fue la encuesta con su instrumento el cuestionario. Los resultados del estudio fueron que, el 39% de las pacientes tenían entre 20 a 28 años, además la elección de método anticonceptivo está determinada por las características culturales, el 33% por creencias o mitos, el 11% cree que produce esterilidad y el 33% cree que produce quistes. Finalmente, la conclusión fue que, la toma de decisiones de métodos anticoncepción depende de características sociodemográficas como culturales y género (9)

Samaniego (2019) en su investigación “Factores asociados a la no realización de la esterilización quirúrgica en mujeres gran multíparas de la serranía peruana, 2017”. (revista científica). El estudio tuvo como propósito establecer las características sociodemográficas, la percepción, los antecedentes gineco-obstétricos y los conocimientos sobre la esterilización quirúrgica en mujeres. Asimismo, los aspectos metodológicos fueron de nivel

descriptivo, además se realizó un análisis bivariado y multivariado. La muestra estuvo conformada por 165 mujeres a quienes se les realizaron encuestas. Los resultados del estudio fueron que, la edad promedio de las mujeres eran de 37 años, el 58.1% vivía en zona rural, el 68.4% tiene una situación económica baja, el 84.2% vive con sus hijos y pareja. Finalmente, la conclusión fue que, la decisión de realizarse o no una esterilización quirúrgica depende de la utilización de un método anticonceptivo previamente, dado que el 67.8% no utilizó ninguno, además el 61.8% no están seguras si desean tener más hijos y el 80% requiere de la autorización de la pareja para realizarse la esterilización quirúrgica (3).

Carrasco (2018) en su trabajo titulado “Perfil de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. 2017”. Lima, Perú. El estudio tuvo como propósito establecer el perfil de las pacientes de la anticoncepción quirúrgica voluntaria. Asimismo, los aspectos metodológicos fueron de un enfoque cuantitativo, el nivel descriptivo, el diseño no experimental y transversal. La muestra estuvo representada por 145 usuarias. Respecto a la técnica fue la encuesta con su instrumento el cuestionario. Los resultados del estudio fueron que, el 64.8% tiene una edad de 30 a 40 años, el 61.4% tiene un nivel educativo de secundaria, el 72.4% presentó un estado civil de conviviente, el 62.8% tiene un ingreso de menos de 1000 soles mensuales, el 52% tuvo más de dos cesáreas. Finalmente, la conclusión fue que, el 58,6% tuvieron relaciones sexuales de 18 años a más, el conocimiento sobre AQS fue medio de 59.3% y el 15% tiene una creencia negativa sobre el AQS ya que piensa que genera menopausia precoz (10).

Naupari (2018) en su investigación “Factores asociados al rechazo de la anticoncepción quirúrgica en puérperas multíparas mayores de 35 años. consultorio de planificación familiar, Hospital Nacional Hipólito Unanue, octubre –diciembre del 2017”. Lima, Perú. El estudio tuvo como propósito identificar los factores relacionados con el rechazo de la anticoncepción quirúrgica en puérperas multíparas atendidas. Asimismo, los aspectos metodológicos fueron de tipo observacional, prospectivo, estudio de caso, transversales, además el nivel fue relacional, el método fue hipotético deductivo. La muestra estuvo representada por 46 pacientes. Respecto a la técnica fue la encuesta con su instrumento el cuestionario. Los resultados del estudio fueron que, los factores para el rechazado de los métodos anticonceptivos fueron porque temor de que el método falle en un 4,38, la pareja no acepta la ligadura de trompas en un 6,94, además por la falta de asesoría de profesionales

de la salud fue de un 6,4. Finalmente, la conclusión fue que, los factores que se relacionan con la anticoncepción quirúrgica fueron la paridad, el nivel social, el ingreso económico, el poco conocimiento sobre anticoncepción quirúrgica (11).

García (2017) en su investigación “Factores socioculturales asociados a las actitudes negativas para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, diciembre 2016- febrero 2017”. Arequipa, Perú. El estudio tuvo como propósito realizar la identificación de los factores socioculturales relacionados a las actitudes negativas para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) en puérperas en el hospital. Asimismo, los aspectos metodológicos tomados en cuenta fueron de tipo de estudio de campo, el nivel fue prospectivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 385 puérperas. Respecto a la técnica fue la encuesta con sus instrumentos la ficha de recolección de información y la encuesta. Los resultados del estudio fueron que el 88.31% del conocimiento sobre AQV de las puérperas es deficiente, el 71.69% tiene una actitud indiferente hacia el AQV, la actitud negativa hacia la AQV fue semejante entre el estado civil ya que las solteras fue de 31.7%, convivientes fue de 21.4% y casadas fue de 20.3%, mientras que según el nivel de instrucción fue primaria 48%, secundaria 18.8% y superior 27.8%. Finalmente, la conclusión fue que, los factores socioculturales asociados a la actitud negativa hacia AQV fueron la menor edad, ocupación, menor instrucción y bajo conocimiento sobre el método (12).

Mamani (2016) en su investigación “Conocimientos y actitudes respecto a la anticoncepción quirúrgica voluntaria en madres de estudiantes de la I. E. Paola Frassinetti Arequipa 2015”. Arequipa, Perú. El estudio tuvo como propósito establecer los conocimientos y actitudes sobre la anticoncepción quirúrgica en madres. Asimismo, los aspectos metodológicos tomados en cuenta fueron de tipo de estudio de campo, el nivel fue prospectivo, analítico y transversal. La muestra estuvo conformada por 301 puérperas. Respecto a la técnica fue la encuesta con sus instrumentos la ficha de recolección de información y la encuesta. Los resultados del estudio fueron que, el 63.8% tenían 35 años, el 66.4% eran convivientes/casadas, el 45.2% era ama de casa, el 59.5% tenía secundaria, el 68.1% tenía una tenencia entre dos a tres hijos, además el 74.4% tiene conocimiento sobre AQV, el 76.1% conoce para que sirve y el 31.6% desea ser voluntaria para una AQV. Finalmente, la conclusión fue que, el conocimiento sobre el tema AQV tiende a ser regular a alto, sin embargo, hay detalles fundamentales que desconocen, la actitud de las madres fue adecuada, pero no se encontró relación entre el conocimiento y la actitud sobre AQV (13).

Regionales y locales

Cárdenas & Barbarán (2018) en su investigación “Actitud de la pareja y su relación con la decisión del uso de un método anticonceptivo en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, marzo – octubre 2017”. Tarapoto. Perú. El estudio tuvo como propósito establecer la relación entre la actitud de pareja con el uso de método anticonceptivo en puérperas. Asimismo, los aspectos metodológicos fueron de un enfoque enmarcado dentro de los estudios cuantitativos, el nivel descriptivo y correlacional, el diseño no experimental y transversal. La muestra estuvo conformada por 150 puérperas. Respecto a la técnica fue la encuesta con su instrumento el cuestionario. Los resultados del estudio fueron que, las puérperas tuvieron entre 21 a 30 años, el 74.7% son amas de casa, el 52% tienen un grado de instrucción secundaria y el 53,3% presentó estado civil conviviente, el 41.3% de las pacientes tuvieron un nivel de conocimiento, opiniones y acciones bajas sobre los métodos anticonceptivos, el 50.7% tiene actitudes desfavorables. Finalmente, la conclusión fue que, del total de puérperas el 24 de ellas utilizaron el método anticonceptivo de ligadura de trompas y 32 de ellas usaron el método anticonceptivo los inyectables (14).

1.4. Bases teóricas

1.4.1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria.

Se define como una intervención clínica que permite la regulación de la fertilidad, la cual forma parte de los procedimientos de atención/enfermedad/salud, que se lleva a cabo con el propósito de interrumpir el funcionamiento fisiológico normal: reproducción biológica. En otros términos, se considera como una cirugía de rango menor, que consiste en la “oclusión bilateral” de las trompas de Falopio por ligadura, cauterización, sección, corte, colocación de anillos, grapas o clips (15).

La esterilización tubárica es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces. La esterilización femenina con ligadura de trompas bilateral se usa ampliamente en todo el mundo con fines anticonceptivos. La esterilización de trompas es un método que se realiza durante el parto con cesárea y tiene un papel importante en la prevención de embarazos no planificados y la reducción de la mortalidad materna. Hay muchos métodos para la esterilización de trompas en la liturgia. Estos métodos incluyen colpectomía, culdoscopia, laparoscopia, laparotomía y minilaparotomía. Actualmente,

como el acceso a las trompas de Falopio es fácil durante la cesárea, la ligadura de trompas bilateral laparotómica también se puede realizar en mujeres que han completado el tamaño familiar (16).

La esterilización quirúrgica es un método relativamente simple, seguro y extremadamente efectivo para prevenir futuros embarazos. El procedimiento se puede realizar de forma ambulatoria o hospitalaria, en el período posparto o postaborto o como una operación de intervalo. El abordaje quirúrgico puede ser mediante una laparotomía o laparoscopia para acceder a la totalidad de la trompa de Falopio. Se conoce como esterilización femenina ya que proporciona anticoncepción permanente para mujeres que no quieren tener más hijos. Es un procedimiento quirúrgico simple y seguro para atar y cortar las dos trompas de Falopio ubicadas a ambos lados del útero. Las trompas de Falopio transportan óvulos desde los ovarios hasta el útero. Con las trompas de Falopio bloqueadas, el óvulo de la mujer no puede encontrarse con el espermatozoide del hombre (17).

La esterilización tubárica implica un procedimiento quirúrgico de una sola vez que es inmediatamente eficaz y no requiere el uso continuo de otros métodos anticonceptivos a menos que se utilice un abordaje histeroscópico y se requiera otro método anticonceptivo hasta que se pueda verificar la oclusión tubárica. La tasa de fracaso de una operación de esterilización realizada correctamente es inferior al 1% y no existen diferencias constantes en la eficacia documentadas entre las técnicas estándar que se utilizan en la actualidad (17).

Se considera como un método de anticoncepción de manera permanente, que se lleva a cabo por medio de una intervención quirúrgica electiva, con una complejidad intermedia cuyo principal propósito es impedir que se una el espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa y así evitar la fertilización. El mecanismo de acción para este procedimiento es la oclusión y sección de las trompas de Falopio para impedir la unión de los gametos (18).

Ley que ampara la AQV en el Perú

De acuerdo con la Ley General de Salud N° 26842, promulgada el 9 de julio de 1997, establece en el artículo 6, que toda las personas cuentan con el derecho de escoger de manera libre el método de anticoncepción de su preferencia, incluyendo los de origen natural, además de recibir con carácter previo la prescripción o aplicación de cualquier

método anticonceptivo, también las personas tienen el derecho de recibir información adecuada sobre los diversos métodos de anticoncepción disponibles, las contraindicaciones, los riesgos, advertencias, precauciones, los posibles efectos físicos, psicológicos o fisiológicos que su aplicación o uso pueden ocasionar. Asimismo, para la aplicación de cualquier método anticonceptivo es necesario que se cuente con el consentimiento previo del paciente. Para el caso de los métodos de anticoncepción definitivos es necesario que el consentimiento conste de un documento escrito (19). Asimismo, la Ley de Política Nacional de Población, bajo el DL N°346, en el artículo 1, inciso 2, indica que se debe promover y asegurar la decisión libre informada y responsable tanto de las personas como de las parejas sobre el número y espaciamientos de los nacimientos, la Ley N°26530 de 1995, que excluye únicamente al aborto como método de planificación familiar, la RM N°572-95-SA/DM de 1995, en donde se dictan medidas para dar mayor facilidad a la población a la información como a los diferentes servicios de planificación familiar, la RD N°001-DGSP de 1996, en el cual indica que para acceder a métodos quirúrgicos se debe respetar el libre ejercicio de la voluntad de cada personas, tanto de mujeres y varones mayores de edad, no siendo necesario que el cónyuge, pareja o conviviente brinde autorización, y el Manual de normas y procedimientos para actividades de anticoncepción quirúrgica voluntaria (20).

Epidemiología

La esterilización femenina es la más empleada para la anticoncepción por mujeres que se encuentran en edad reproductiva. Dentro del cual se encuentra los métodos más comunes como la esterilización femenina de intervalo son la interrupción tubárica laparoscópica o salpingectomía y la interrupción tubárica histeroscópica. Gran parte de estos métodos se realizan junto con el parto por cesárea o poco tiempo luego del parto vaginal (1).

Características

De acuerdo con el Ministerio de Salud, las características de la anticoncepción quirúrgica voluntaria son las siguientes (18):

- Las pacientes que cumplen con todos los criterios de elegibilidad son aptas para someterse a la AQV.

- Presenta una eficacia permanente, inmediata y alta.
- Puede realizarse de manera ambulatoria.
- No impide el deseo sexual ni la producción hormonal por parte de los ovarios.
- Se necesita de manera previa orientación y consejería por especialistas, además de una evaluación médica.
- Es un método definitivo, debe de considerarse irreversible.
- No previene enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Técnicas de la anticoncepción quirúrgica

Minilaparotomía

Para la esterilización tubárica a intervalos mediante una minilaparotomía, una incisión vertical o transversal es satisfactoria, ambas incisiones proporcionan un fácil acceso a las trompas de Falopio. En muchos casos, una incisión transversal tipo Pfannenstiel realizada aproximadamente 2 a 3 cm por encima de la sínfisis del pubis y aproximadamente 2 a 3 cm de longitud es satisfactoria. La fascia se divide transversalmente, los músculos rectos se retraen lateralmente y la fascia transversalis y el peritoneo parietal subyacente se inciden de manera vertical. Para evitar lesiones en la vejiga, la vejiga debe vaciarse adecuadamente inmediatamente antes de la cirugía o se puede colocar una sonda de Foley permanente (1).

Interrupción tubárica laparoscópica

Se realiza con mayor frecuencia por medio de anillos de *Silastic*, clips o electrocoagulación.

- Respecto al clip está hecho de titanio forrado de silicona y se coloca a 1-2 cm de los cuernos en el istmo tubárico. Se considera que los clips generan la oclusión tubárica de forma inmediata y como producto final ocurre necrosis de las trompas de Falopio (1).
- Sobre el anillo es una banda elaborada de silicona inerte, radiopaca, que se coloca por medio de un aplicador laparoscópico (1).

- La esterilización laparoscópica mediante electrocoagulación es la interrupción tubárica, donde incluyen técnicas como la energía monopolar y bipolar. Asimismo, la desecación de las trompas de Falopio debe realizarse por medio del empleo de electrocoagulación en tres o más puntos para garantizar que se logre la esterilización de manera total (1).

Esterilización histeroscópica

Está se realiza por medio de la colocación de espirales en las Trompas de Falopio, lo que después genera oclusión. El éxito de este método se basa en la colocación de manera exacta de ambas espirales bilateralmente y la confirmación de la oclusión tubárica total. Asimismo, una colocación de manera incorrecta ocurre de 4-24% de los procedimientos, por lo que se necesita un segundo procedimiento para lograr la colocación bilateral de manera exitosa (1).

Salpingectomía laparoscópica

Es un método de esterilización más empleado, dicho método se puede emplear para evitar el cáncer de ovario. La salpingectomía es un método apropiado para la esterilización quirúrgica debido a que es permanente, es decir las mujeres que optan por este método tienen una alta probabilidad de no volver a embarazarse. Sin embargo, solo reduce, pero no elimina de manera total, el riesgo de un embarazo ectópico luego de la esterilización (1).

Orientación preoperatoria

La esterilización femenina se realiza generalmente durante la cesárea en situaciones en las que las condiciones médicas de la madre representan un peligro para futuros embarazos o en las que la fecundidad de la mujer se completa. Un buen servicio de consultoría antes de la operación reducirá la posibilidad de arrepentimiento. Esto se debe a que los estudios muestran que las pacientes que se someten a esterilización tubárica durante la cesárea tienen una mayor proporción de arrepentimiento y algunas pacientes incluso perciben que son obligadas por sus médicos. Los motivos más

frecuentes de arrepentimiento son el deseo de tener un hijo de una nueva pareja, la muerte de un hijo o el deseo de tener un hijo sexual masculino. Se recomienda que la esterilización se realice de 6 a 12 meses después del nacimiento después de que se garantice el desarrollo del bebé (16).

Debido a que los procedimientos de esterilización de trompas están diseñados para ser permanentes, el asesoramiento adecuado al paciente y el consentimiento informado son de suma importancia antes de la operación para preparar al paciente para un procedimiento de esterilización. No debe haber contraindicaciones para la cirugía electiva. La decisión de esterilización debe tomarse de forma totalmente voluntaria después de una discusión adecuada sobre los riesgos, beneficios y alternativas. Las pacientes deben comprender que la esterilización tubárica debe ser permanente y, si no están seguras de su decisión, existen métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada eficaces (como implantes y anticonceptivos intrauterinos) que tienen tasas de fracaso tan buenas o mejores que las de cirugía permanente (17).

Evolución de la anticoncepción quirúrgica

En 1834, Blundell realizó la primera recomendación en los EE. UU. Para la incisión y extracción de una parte de la trompa de Falopio para esterilización. Luego, en 1881 Lundgren, realizó el primer informe de esterilización de trompas por ligadura simple en el momento del parto por cesárea descrito por Samuel Smith Lungren de Toledo, Ohio en 1880. En el año 1910 Madlener llevo a cabo la técnica de trituración y ligadura de trompas de Falopio; 89 procedimientos, 3 muertes, 0 embarazos en 1919. En 1924 Irving realizó procedimiento de ligadura, división y entierro del muñón proximal en miometrio; técnica modificada descrita; 814 procedimientos, 0 fallas en 1950. En 1930 Bishop y Nelms realizaron procedimiento de ligadura y resección ideado por su socio fallecido, Pomeroy; 60 esterilizaciones, en 1934 Aldridge llevó a la práctica la técnica de esterilización temporal; 1 reversión exitosa y embarazo. En 1935 Kroener realizó procedimiento de fimbriectomía; 200 fimbriectomías, 0 fracasos en 1969. En 1946 Uchida realizó la técnica de ligadura, resección y entierro de trompas; 5000 esterilizaciones, 0 fallas en 1961; 20,000 esterilizaciones, 0 fallas en 1975. Para el año 1960 se realizó el Paisaje modelado que fue un método popularizado en Parkland Memorial Hospital (17).

Técnica Pomeroy

La técnica de Pomeroy, o Pomeroy "modificada", para la salpingectomía parcial bilateral es el método más común para la esterilización quirúrgica de intervalo femenina mediante salpingectomía parcial. La popularidad de esta técnica se basa en su simplicidad inherente y su eficacia establecida desde hace mucho tiempo. Después de la identificación precisa de la trompa de Falopio, se coloca una pinza de Babcock alrededor de la porción proximal de la ampolla tubárica y la trompa se eleva para revelar el suministro vascular del mesosalpinx (17).

Los pasos para la técnica son: A. Se eleva un asa de la porción proximal de la ampolla tubárica para revelar el suministro vascular del mesosalpinx. B. Se utiliza una hebra de material de sutura absorbible para ligar bilateralmente el tubo y simultáneamente proporcionar hemostasia. C. Se coloca una pinza hemostática en los hilos de sutura inmediatamente distal al nudo para evitar que el tubo se retraiga hacia el abdomen. La hoja abierta de las tijeras de Metzenbaum se utiliza para perforar el mesosalpinx y se extirpa aproximadamente 1 cm del tubo. D. El resultado final que sigue a la disolución del material de sutura absorbible es el retorno de las porciones proximal y distal del tubo a su posición anatómica normal (17).

Procedimiento de Parkland

Similar a la técnica de Pomeroy, este es un procedimiento de salpingectomía parcial. Sin embargo, en lugar de la ligadura de un nudillo de tubo seguida de la creación de una ventana en el mesosalpinx, la ventana se crea primero. El procedimiento de Parkland se realiza identificando una sección avascular del mesosalpinx. Se crea una ventana en esta región, debajo del tubo, con tijeras de Metzenbaum o una pinza hemostática mientras se eleva el tubo con pinzas de Babcock. Al abrir la pinza hemostática o las tijeras dentro de la ventana, se puede estirar en paralelo con la luz tubárica. A continuación, se liga proximal y distalmente un segmento de 2 cm de la porción media del tubo con suturas separadas 0 crómicas o intestino plano. A continuación, se escinde el segmento entre las ligaduras de sutura. La tasa de falla de este método es similar a la de Pomeroy o "Pomeroy modificado" (17).

Técnica Madlener

La técnica de Madlener solo tiene importancia histórica, ya que debe abandonarse debido a las altas tasas de falla. Se eleva y aplasta un bucle de tubo antes de la ligadura con sutura permanente. Aunque no se extirpa ningún tubo, el segmento ligado sufre una necrosis aséptica. El resultado final es similar al procedimiento de esterilización laparoscópica que emplea una banda de Silastic para la oclusión, como se describe en otra parte de este texto, pero con tasas de falla mucho más altas probablemente debido a la formación de fístulas debajo de la sutura permanente que permite que los segmentos ligados del tubo se vuelvan a conectar (17).

Procedimiento de Irving

El procedimiento de Irving se introdujo como técnica de ligadura y división del oviducto en el momento del parto por cesárea. Esta técnica se desarrolló debido a la percepción de mayores tasas de fracaso de la esterilización tubárica tradicional cuando se realiza por cesárea, posiblemente causada por un aumento de la hipertrofia y vascularización de los oviductos en el período posparto inmediato. En la técnica se inicia con A. El tubo se divide en la región de la unión ampular-ístmica y los extremos de la sutura se mantienen largos para la tracción y para su uso en los pasos posteriores del procedimiento. B. Utilizando disección roma, se hace un túnel dentro de la sustancia del miometrio uterino y el tubo proximal se introduce en esta cámara y se sutura en su lugar. C. El tubo distal se entierra luego dentro de la sustancia del ligamento ancho. Pueden ser necesarias suturas adicionales para cerrar el defecto dentro del mesosalpinx y el ligamento ancho adyacente como resultado de la disección previa (17).

Técnica Uchida

La técnica de Uchida para la esterilización tubárica. Se inyecta una solución salina de epinefrina en el área subserosa del tubo, lo que hace que el tubo muscular se separe de la serosa. Se hace una incisión en la serosa hinchada y se retira el tubo muscular. Luego se corta una sección de 5 cm del tubo y se liga el extremo proximal. Se aplica una sutura en bolsa de tabaco. El procedimiento puede extenderse para incluir una fimbriectomía y la extirpación del istmo y la ampolla con otra sutura colocada alrededor del

mesosalpinx. La técnica Uchida es más compleja que los otros procedimientos. Sin embargo, la técnica se asocia con relativamente pocos fracasos (17).

Fimbriectomía de Kroener

La técnica de fimbriectomía descrita por Kroener emplea la ligadura de la ampolla distal del tubo con dos suturas permanentes y luego la división y extracción del infundíbulo del tubo. La ligadura y la hemostasia se realizan simultáneamente. La simplicidad con la que se realiza este procedimiento de escisión en la parte distal del tubo explica su popularidad inicial, especialmente cuando la esterilización se realizaba a través de una incisión de colpotomía. Si bien este método se usa generalmente si se intenta un abordaje vaginal, la fimbriectomía de Kroener no debe usarse independientemente del abordaje quirúrgico debido a las altas tasas de fracaso y las alternativas más efectivas (17).

Dimensiones de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria

Si acepta la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria

Es cuando las pacientes púerperas aceptan la AQV, luego de la orientación respectiva por parte del médico y las evaluaciones respectiva para la realización del procedimiento, dan su consentimiento y aceptan todo lo relacionado al mismo. La decisión de anticoncepción quirúrgica es en última instancia de la mujer, además el papel del personal médico debe de garantizar que se brinde toda la información necesaria para la toma de una decisión plena sobre sus opciones y los requisitos de seguimiento (1).

N° de púerperas que aceptan la AQV: es la cantidad de púerperas que aceptaron plenamente o escogieron el procedimiento de anticoncepción quirúrgica voluntaria, las cuales tuvieron su consentimiento informado para la esterilización, además la decisión se comparte entre la paciente y el personal de salud, dado que para deben de cumplir con ciertos exámenes médicos para evitar riesgos (1).

No acepta la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria

Es cuando las pacientes púerperas no aceptan la AQV, las cuales no dan su consentimiento y no aceptan todo lo relacionado al mismo. Esto puede ocurrir debido

a diversos factores como el miedo, poca información, creencias o mitos erróneos sobre su uso, lo que genera elevados niveles de fecundidad (3).

N° de puérperas que no aceptan la AQV: es la cantidad de puérperas que no desean formar parte de los procedimientos de anticoncepción quirúrgica voluntaria, debido a diversos factores o por el hecho de que aún desean tener hijos (3).

1.4.2. Características sociodemográficas

Son aquellos determinantes sociales que generan ciertos efectos dentro de una comunidad, como la distribución de los ingresos, la discriminación social, el género, la etnia, también se encuentra las clases sociales, económicas, el nivel educativo, las características del sistema educativo, las ocupaciones o el estatus laborales, el estatus marital, entre otros que representan importantes indicadores dentro de una sociedad. Las características sociodemográficas muchas veces se basan en la distribución de la población en las zonas rurales y urbanas, las condiciones ambientales, económica, políticas, tasa de analfabetismo y la calidad de la educación (21).

Son las características que se encuentran inherentes a las personas o individuos como el género y la edad. De la misma manera muchas de las particularidades de las personas se encuentran determinados por el área geográfica donde habitan, el nivel de obtención de servicios sanitarios, el nivel de ingresos, ocupación, educación, entre otros (22).

Son indicadores que caracterizan de manera particular a las personas como la edad, sexo, número de hijos, estado civil, cantidad de hijos dependientes, horas de sueño al día, horas de trabajo, ocupación, antigüedad laboral, nivel educativo, nivel de ingresos u otros que permitan conocer de forma particular a una persona o población en conjunto (23).

Se definen como las características biológicas, sociales, culturales y económicas que se encuentran presentes dentro de una población que está sujeta a una investigación, es decir es la descripción de las características de una persona o grupo de personas

como: edad, sexo, ingresos, educación, lugar de nacimiento, estrato económico, estado civil, composición familiar, entre otros (24).

Las comunidades sociales y sociedades presentan perfiles sociodemográficos individuales son indicadores del desarrollo socioeconómico. Las características sociodemográficas son atributos y elementos sociales (por ejemplo, educación, ocupación, estructura familiar) y ventajas son esenciales para una calidad de vida. También existen ventajas biológicas y demográficas (por ejemplo, sexo y edad biológicos) que se adquieren en vida y supervivencia. Cada persona tiene ventajas sociodemográficas con diferentes gratificaciones y velocidades. La velocidad para la consecución de los más altos estatus sociodemográficos (posición sociodemográfica y éxito) está controlada y regulada por competencias biológicas y sociales, y también influenciada por los entornos biológicos y sociales. Esta regulación competitiva y las influencias de los entornos biológicos y sociales dan como resultado la evolución de una población de individuos sociodemográfica única (25)

En la investigación, las características sociodemográficas de una población o un individuo se han investigado esencialmente para proporcionar una comprensión correlacionada de un determinado fenómeno. Sin embargo, es una tradición filosófica que la investigación de poblaciones vaya acompañada de sociodemografía. A pesar de esta filosofía, la descripción y el juicio de las características sociodemográficas de la población o del individuo se basan principalmente en frecuencias y porcentajes, generalmente se utilizan estadísticas para representar la sociodemografía de una comunidad (25)

Teorías sobre las características sociodemográficas

Karl (1959) y Max sobre la jerarquía social y el estatus se basan en uno o dos atributos (tales como prestigio, poder, dominio, materialismo (propiedad), productividad, ocupación, o habilidades) y no tiene pautas analíticas claras. Estados sociodemográficos son las características generales que se refieren a los atributos sociológicos y demográficos adquiridos por un individuo (s) en una población que determina sus posiciones o nichos sociodemográficos, roles y las ventajas sociodemográficas correlativas que logra (25)

La naturaleza común y universal de los estados sociodemográficos lo distingue de la raza, la etnia, la religiosidad, la urbanización, la ubicación geográfica, el materialismo y el poder social. Los estados sociodemográficos trascienden un atributo específico. Dentro de cada atributo adquirido existen diversos grados de elementos (ventajas) ordenados en un continuo de rangos. Primer atributo adquirido: edad (elementos: infancia, adolescencia y edad adulta) → segundo atributo adquirido: educación (elementos: básico/estudiante, post-básico/docente, terciario/investigador) → tercer atributo adquirido: ocupación (elementos: clase baja, clase media y clase superior) → cuarto atributo adquirido: familia (elementos: separados/divorciados, viudos y casados). El número de elementos dentro de cada atributo depende del constructo social de la población y de las categorías establecidas. Cada elemento representa un orden de ventaja adquirida en relación con los demás elementos. Estos elementos son creados por un continuo de competencia (a través de competencia genética → competencia fisiológica → competencia demográfica → competencia psicosocial) (25)

Los estados sociodemográficos se adquieren y controlan biológica y socialmente (es decir, entornos biológicos y sociales) en un orden sistemático y jerárquico de elementos interrelacionados. Tales elementos forman la base de la variabilidad dentro de cada atributo sociodemográfico. El sexo se adquiere biológicamente. La edad se adquiere mediante la combinación de entornos biológicos y sociales. La educación, la ocupación y la familia se adquieren en un entorno social. Las posiciones sociodemográficas se refieren a los nichos y roles sociales comunes, universales y deseables que todos adquieren dentro de una estructura social. Expresa los nichos sociodemográficos y los roles de un individuo (s) en una población (25)

Dimensiones de las características sociodemográficas

Características sociales

Son las particularidades o cualidades individuales de una persona dentro de una sociedad. Integra varios atributos universales comunes a todas las personas (como educación, ocupación, familia y otros) y comunes a todas las poblaciones (como el sexo biológico y la edad). Los atributos sociodemográficos están ordenados y clasificados por adquisición y en relación con otros. La adquisición de atributos

sociodemográficos sigue un sistema ordenado uno sobre otro a lo largo del tiempo (25).

Edad: es la cantidad de años de una persona desde el momento en que nace hasta el año actual, también es un indicador de las etapas de la vida de los seres humanos (26).

Estado civil: se considera como la situación, condición o estado conyugal de una persona en función con las costumbres o leyes de una nacional respecto al matrimonio, el cual es un indicador clave de las características de una sociedad. Se consideran seis categorías: casado, conviviente, separado, viudo, divorciado y viudo (27)

Nivel educativo: es el nivel de educación alcanzada por la persona que se puede dividir en inicial, primaria, secundaria y universitario ya sea completa o incompleta (28).

Ingresos económicos: es el ingreso promedio que perciben las personas de una nación en un determinado tiempo, los cuales se destinan para cubrir las necesidades generalmente por medio del consumo (29)

Dependencia económica: es la medida que se emplea para identificar el grado de necesidad de un soporte social de las personas económicamente activas, es decir mide el nivel de dependencia de una persona sobre otra en términos económicos (26).

Distrito de procedencia: es el lugar del que procede una persona, puede ser el lugar de nacimiento o donde reside de manera habitual, también se le conoce como lugar de origen. La procedencia esta asociada a los patrones de asentamiento y dispersión de la población, que permite conocer la distribución espacial de la población, en este caso distrital (30).

Características biológicas

Se considera como el conjunto de atributos de un individuo en donde se analizan ciertos aspectos para prevenir, diagnosticar o tratar diversos procedimientos u

operaciones quirúrgicas. La información genética permite analizar la herencia que se transmite de generación en generación y controlan la morfología de las personas como sus funciones y comportamientos (31).

Antecedentes obstétricos: está compuesto por el número de embarazos, que es la fecundidad como componente del crecimiento poblacional, el cual hace referencia a la cantidad de embarazos en un periodo de tiempo (27). Otros de los antecedentes son el número de abortos, número de partos, número de cesáreas a lo largo de su vida productiva hasta el momento de la consulta, los métodos anticonceptivos empleados en el pasado como en la actualidad (32).

Antecedentes ginecológicos: es la evaluación del historial clínico de las pacientes fin de conocer aspectos como: menarquia (que indica el inicio de la primera menstruación), además evalúa el IRS (que es el inicio de relaciones sexuales), también recoge antecedentes sexuales como (el número de parejas sexuales) y la presencia de enfermedades o infecciones ginecológicas a repetición (32).

Antecedentes patológicos: son los precedentes referentes a ciertas enfermedades que tienen o tuvieron las pacientes, ya sean enfermedades crónicas o agudas, enfermedades hereditarias, con la finalidad de conocer las patologías diagnosticadas o patologías tratados (32).

Características culturales

Se define como el conjunto de patrones culturales como normas, roles, creencias, actitudes, valores que integran un entorno o ambiente sociocultural y pertenecen a las personas, los cuales pueden generar un impacto en la manera en que las personas viven o actúan ante diversas situaciones, además también refleja los rasgos de personalidad de los individuos (33).

Nivel de Conocimiento de la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV): es el grado de información que posee la paciente sobre la AQV, donde se mide principalmente si conoce sobre qué es el AQV (definido

como un método de anticoncepción permanente que evita la fertilización), los riesgos del AQV (generalmente referidos al procedimiento anestésico por medio del bloqueo epidural o anestesia general, también existe el riesgo quirúrgico por infección o hemorragia), la efectividad del AQV (falla teórica y falla de uso típico 0,5 embarazos por cada 100 mujeres), el tiempo de recuperación del AQV (descanso físico por 7 días), la importancia de la comunicación con la pareja sobre anticoncepción y si sabe si es necesario el consentimiento de la pareja (solo es necesario el consentimiento informado de la paciente y la solicitud de intervención para ligadura de trompas) (18).

Creencias asociadas a la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV): hace referencia a las percepciones erróneas, mitos o creencia sobre la AQV como que produce cáncer, provoca menopausia, provoca trastornos mentales y que disminuye placer sexual (3).

1.5. Definición de términos básicos

Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria

Se considera como un método de anticoncepción de manera permanente, que se lleva a cabo por medio de una intervención quirúrgica electiva, con una complejidad intermedia cuyo principal propósito es impedir que se una el espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa y así evitar la fertilización (18).

Características biológicas

Se considera como el conjunto de atributos de un individuo en donde se analizan ciertos aspectos para prevenir, diagnosticar o tratar diversos procedimientos u operaciones quirúrgicas. La información genética permite analizar la herencia que se transmite de generación en generación y controlan la morfología de las personas como sus funciones y comportamientos (31).

Características culturales

Se define como el conjunto de patrones culturales como normas, roles, creencias, actitudes, valores que integran un entorno o ambiente sociocultural y pertenecen a las personas, los cuales pueden generar un impacto en la manera en que las personas viven o actúan ante diversas situaciones, además también refleja los rasgos de personalidad de los individuos (33).

Características sociales

Son las particularidades o cualidades individuales de una persona dentro de una sociedad. Integra varios atributos universales comunes a todas las personas (como educación, ocupación, familia y otros) y comunes a todas las poblaciones (como el sexo biológico y la edad) (25).

Características sociodemográficas

Se definen como las características biológicas, sociales, culturales y económicas que se encuentran presentes dentro de una población que está sujeta a una investigación, es decir es la descripción de las características de una persona o grupo de personas como: edad, sexo, ingresos, educación, lugar de nacimiento, estrato económico, estado civil, composición familiar, entre otros (24).

Esterilización histeroscópica

Está se realiza por medio de la colocación de espirales en las trompas de Falopio, lo que después genera oclusión. El éxito de este método se basa en la colocación de manera exacta de ambas espirales bilateralmente y la confirmación de la oclusión tubárica total (1)

Minilaparotomía

Para la esterilización tubárica a intervalos mediante una minilaparotomía, una incisión vertical o transversal es satisfactoria, ambas incisiones proporcionan un fácil acceso a las trompas de Falopio. En muchos casos, es una incisión transversal tipo Pfannenstiel realizada aproximadamente 2 a 3 cm por encima de la sínfisis del pubis y aproximadamente 2 a 3 cm de longitud es satisfactoria (1).

Puerperio

Es la expulsión del producto de la concepción, en donde los cambios anatómofisiológicos propios de la gestación se revierten a un estado o periodo pregestacional. Mientras que la puérpera se define como aquella mujer que hace muy poco ha dado a luz o inicia el periodo puerperio, que comienza después del parto y su duración es aproximadamente de 40 días (34).

1.6. Justificación de la investigación

El presente estudio será conveniente pues permitirá caracterizar a la paciente que sí accede a realizarse el AQV en relación a las que desisten. Ello puede permitir identificar las brechas que cuentan las que no aceptan el método a fin de poder ampliar el panorama respecto a la concepción que tienen las puérperas servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, respecto a este tipo de método anticonceptivo. La investigación presentará una relevancia social, donde las principales beneficiadas serán las mujeres, gestantes y puérperas que se atienden en el Hospital 2-II de Tarapoto, así como a los diferentes integrantes o personal médico, pues al tener una mayor amplitud del problema suscitado en la región, en base a la caracterización de las pacientes se podrá implementar talleres informativos para brindarles una mejor asesoría y orientación sobre los diversos métodos anticonceptivos, beneficiando a las gestantes, puérperas y a sus parejas, pues tendrán información más a su alcance y podrán tener una mejor elección de método que se adecue a sus necesidades y sobre todo que no perjudique su salud.

El presente estudio empleará diversas teorías y conceptos que sustenten las variables anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociodemográficas, las cuales mediante su aplicación a la realidad del hospital permitirá, por medio de sus resultados, incrementar y reforzar la literatura existente referente a las variables en estudio, y así poder comprobar la hipótesis de la investigación formulada. Por otro lado, los resultados obtenidos podrán servir de base para futuras investigaciones que presenten similar problemática.

Se aborda un problema que ocurre en diferentes hospitales de la región, como del país, respecto a la percepción que tienen las puérperas sobre la anticoncepción quirúrgica voluntaria, dado que puede ser un tema desconocido por muchas de las pacientes, mientras que para las que si han escuchado del tema pudieron estar mal informadas por terceros,

además la falta de una asesoría adecuada y personalizada por parte del personal de los hospitales sobre los diversos métodos de anticoncepción generan que las pacientes tengan una idea equivocada sobre los beneficios que brindan los mismos, lo cual limita la capacidad de las pacientes para la elección de un método adecuado. La justificación metodológica de la investigación hace referencia a que se elaborarán los instrumentos que permitirán medir las variables bajo análisis e indicará la forma adecuada de analizar la población bajo investigación. Asimismo, los instrumentos serán debidamente validados a fin de que puedan ser replicados por otros estudios que cuenten con una similar problemática.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar el grado de relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociodemográficas de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.

2.2. Objetivos específicos

- Analizar el índice de aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019,
- Identificar las características sociales, biológicas, culturales de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019,
- Establecer la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociales de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019,
- Establecer la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características biológicas de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019,
- Establecer la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características culturales de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.

2.3. Hipótesis y variables

Hi: Existe un grado de relación significativa entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociodemográficas de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto. 2019.

2.4. Sistema de variables

2.4.1. Identificación de variables

Variable 1: anticoncepción quirúrgica voluntaria

Variable 2: características sociodemográficas

2.4.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Anticoncepción quirúrgica voluntaria	Se considera como un método de anticoncepción de manera permanente, que se lleva a cabo por medio de una intervención quirúrgica electiva, con una complejidad intermedia cuyo principal propósito es impedir que se una el espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa y así evitar la fertilización. El mecanismo de acción para este procedimiento es la oclusión y sección de las trompas de Falopio para impedir la unión de los gametos (Ministerio de Salud, 2017).	La variable anticoncepción quirúrgica voluntaria, se medirá por medio de las puérperas que aceptan y no acepta dicho método.	Si acepta la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria	Nº de puérperas que aceptan la AQV	Nominal
			No acepta la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria	Nº de puérperas que no aceptan la AQV	
Características sociodemográficas	Se definen como las características biológicas, sociales y culturales que se encuentran presentes dentro de una población que está sujeta a una investigación, es decir es la descripción de las características de una persona o grupo de personas como: edad, sexo, ingresos, educación, lugar de nacimiento, estrato económico, estado civil, composición familiar, entre otros (Moquillaza, León, Dongo, & Munayco, 2015)	Las características demográficas que se medirán serán	Características sociales	Edad Estado civil Nivel educativo Ingresos económicos Dependencia económica Distrito de procedencia	Politómica
			Características biológicas	Antecedentes obstétricos Antecedentes ginecológicos Antecedentes patológicos	
			Características culturales	Nivel de Conocimiento de la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) Creencias asociadas a la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV)	

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

3.1.1. Tipo de investigación

La investigación será de tipo básica porque su principal interés es la ampliación del conocimiento, puesto que su principal propósito es dar un respaldo a las teorías consideradas en la investigación, además se dice que es básica porque es una base o cimiento para la realización de estudios aplicados. Asimismo, las investigaciones básicas tienen su origen o inicio en el marco teórico, debido a que su finalidad es incrementar los conocimientos científicos (35).

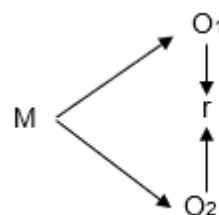
3.1.2. Nivel de investigación

Sobre el nivel del estudio será correlacional porque se orienta en la determinación del nivel o grado de asociación existente entre dos o más variables relacionadas, es decir el propósito de las investigaciones correlacionales es determinar el comportamiento de una o más variables, si este comportamiento es similar entre ellos (36). La presente investigación se orienta a determinar la relación entre la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociodemográficas de las puérperas.

3.2. Diseño de investigación

La presente investigación cuenta con un diseño de estudio no experimental debido a que la información no se manipulará de forma intencional, ya que se presentarán los datos conforme se muestran en la realidad. Asimismo, el estudio será de corte transversal porque los datos se recopilarán en un solo momento único (36)

El esquema del diseño de investigación se presenta a continuación:



Dónde:

M = Muestra

O₁ = anticoncepción quirúrgica voluntaria

O₂ = características sociodemográficas

r = Relación

3.3. Universo, población y muestra**3.3.1. Universo**

Es el conjunto de elementos que son objeto de investigación, los cuales pueden ser grupos sociales, procesos, programas. Asimismo, el universo puede ser finito o infinito, dado que abarca la totalidad a nivel mundial o universal, los cuales poseen características comunes muy generales (37). El universo está conformado por todas las puérperas atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.

3.3.2. Población

Se define como el conjunto de todos los elementos que integran un determinado espacio territorial y forman parte del problema del estudio, dado que poseen características concretas y requeridas para el desarrollo del estudio (37). La población de la investigación estará conformada por 1200 puérperas que fueron atendidas por medio de cesárea en el año 2019, en donde se incluye a las pacientes que aceptaron la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las que no accedieron a dicho método.

3.3.3. Muestra

Es un subconjunto de la población, los cuales reúnen con todas las características necesarias para la realización del estudio, lo cual permite que los resultados puedan generalizarse (35). Para fines del estudio, el tamaño de la muestra fue determinada de manera no probabilística por alcance del investigador, es decir, se emplean un tipo de técnica para determinar el tamaño de la misma, pues, esta

resulta accesible para el investigador para poder efectuar el análisis de datos, ya sea porque tiene acceso a esa cantidad o son fáciles de reclutar.

En este sentido, la muestra de la investigación estará conformada por 205 puérperas que fueron atendidas por medio de cesárea en el año 2019, en donde se considera a las pacientes que aceptaron la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las que no accedieron a dicho método pese a reunir los criterios de elegibilidad.

3.3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes puérperas.
- Pacientes que reúnen criterios de elegibilidad según MINSA.
- Pacientes a las que se les realizó más de una cesárea.
- Pacientes que estén de acuerdo a formar parte de la investigación, por medio del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes no puérperas.
- Pacientes a las que no se les realizó cesárea.
- Pacientes que no estén de acuerdo a formar parte de la investigación.

3.4. Procedimientos

Sobre el procedimiento para la recolección de la información, en primer lugar, se solicitará la autorización del director del Hospital 2-II Tarapoto y del responsable de almacén de las historias clínicas, a fin de extraer la información de las historias de las pacientes puérperas atendidas durante el periodo enero - diciembre 2019, de donde se recolecto información social, biológicas de las pacientes así como el número telefónico para realizar las llamadas y aplicar los cuestionarios y verificar información, además de recolectar de información cultural, dichas llamadas se realizarán de lunes a viernes entre los horarios de 9 am - 5 pm y tuvo una duración de 7 a 10 min, previa autorización de la paciente.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

En cuanto a la técnica se aplicará la encuesta, que es una de las más utilizadas debido a que brinda versatilidad y objetividad para la obtención de información necesarias para el desarrollo de un determinado estudio. La técnica de la encuesta se encuentra diseñada según preguntas o ítems de las dimensiones e indicadores de las variables bajo estudio (37).

Instrumento

Para el instrumento de recolección de datos será el cuestionario, que se define como una serie de ítems o preguntas que se encuentran formulados de manera directa o indirecta, las cuales se presentan de forma ordenada, según las dimensiones e indicadores de las variables bajo investigación (35). El cuestionario tiene un total de 27 interrogantes, las cuales se dividen en: características sociales (6 ítems), características biológicas (10 ítems) y características culturales (11 ítems).

Validez

La validez de los instrumentos se obtendrá a través del juicio de expertos, la cual es conceptualizada como el grado en que un instrumento pretende medir la variable en relación al objeto de estudio de acuerdo a la opinión de expertos en la temática de la investigación que se encuentran calificados para decidir si el instrumento posee o no validez (35).

Confiabilidad

Indica que los instrumentos son confiables cuando al realizar las mediciones en diferentes personas, tiempo o lugar, éstas no cambian de forma significativa. Asimismo, la confiabilidad de los instrumentos indica que cuando son aplicados en contextos semejantes los resultados tienden a ser similares (35). Para el instrumento empleado se utilizó el test-retest también llamado como reaplicación de pruebas, en donde el instrumento se aplica dos veces sobre un mismo grupo con un intervalo corto de tiempo, siendo que los resultados de ambas mediciones se correlacionan según el coeficiente de correlación de Pearson, siendo su valor el que represente la fiabilidad del instrumento

(35), mediante un piloto compuesto por 30 personas, en donde el instrumento se aplicó en dos ocasiones con un intervalo de tiempo de seis días, en donde las mediciones de ambas aplicaciones se correlacionaron, obteniendo el siguiente resultado:

Tabla 1. Test-retest

		Test_1	Test_2
Test_1	Correlación de Pearson	1	0,962**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	30	30
Test_2	Correlación de Pearson	0,962**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	30	30

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El cual, con una significancia < 0.01 se comprueba la existencia de correlación entre ambas aplicaciones, siendo el coeficiente de correlacional de Pearson de 0.962, al estar este coeficiente por encima de 0.810, se considera que el instrumento presenta una alta confiabilidad (38).

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos

Luego de la aplicación de los instrumentos, se elaborará una data en el programa de Microsoft Excel para ordenar todos los datos recolectados, además la tabulación de los datos se llevará a cabo por medio del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), donde se obtendrán las tablas y figuras para el análisis de las variables bajo estudio, además permitirá obtener la relación entre las mismas por medio de la aplicación del chi cuadrado y la V de cramer, los cuales permitirán realizar la comprobación de la hipótesis formulada en la presente investigación, que en este caso es H_1 : existe un grado de relación significativa entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociodemográficas de las púerperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto. 2019.

3.7. Aspectos éticos

En la presente investigación se tomará en cuenta los principios de derecho de autor en cada una de las teorías y definiciones empleadas para las variables, lo que muestra que

cada información de la investigación cumple con lo establecido por las normas VANCOUVER.

Asimismo, para la calidad ética de la presente investigación se considera los principios de autonomía, beneficencia y justicia que integran toda investigación (39). Para el presente estudio se considerarán los siguientes principios éticos:

- Protección de la autonomía y consentimiento informado de los participantes que acceden a formar parte de la presente investigación.
- Beneficencia, para garantizar la no generación de daños en las participantes del estudio.
- Se brindó un trato justo e igualitario en cada integrante del estudio.

IV. RESULTADOS

Objetivo específico 1: Analizar el índice de aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.

Tabla 2. Índice de aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria

	Frec.	%
Si acepta	177	86.3%
No acepta	28	13.7%
Total	205	100.0%

Tabla 3. Diagnóstico de las pacientes aptas para ligadura BTB

	Frec.	%
Multigesta	58	28.29%
Preeclamsia	25	12.20%
Cesáreas	19	9.27%
Doble cordón	12	5.85%
Estrechez Pélvica	26	12.68%
Feto podálico	10	4.88%
Paridad satisfecha	9	4.39%
Riesgo de ruptura uterina	8	3.90%
Sobrepeso feto macrosómico	6	2.93%
Rotura prematura de membrana	3	1.46%
Feto Podálico	1	0.49%
Paciente apta - No solicitado BTB	28	13.66%
Total	205	100.00%

En la tabla 2 se puede apreciar que un 86.3% (177) de la muestra si acepta la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, y solo un 13.7% (28) manifestó no aceptarla. Así mismo, en la tabla 3 se pone de manifiesto que el principal diagnóstico de las pacientes cascareadas y que asociadas a ello eligieron la disposición a someterse a una ligadura de trompas, es la multigesta (28.29%), estando en segundo lugar la preeclamsia (12.20%), mientras que, un 13.66% de la muestra manifestaron que no encuentran ninguna razón por la cual se someterían a una ligadura de trompas.

Tabla 4. Diagnóstico de pacientes aptas, pero no lo solicitaron BTB

	Frec.	%
Multigesta	10	36%
Preeclamsia	8	29%
Cesareada anterior	6	21%
Estrechez pélvica	3	11%
Oligohidramnios	1	4%
Total	28	100%

En la tabla 4, se presenta que el 10% de las pacientes aptas, pero no solicitaron BTB, tienen diagnóstico de multigesta, un 29% tiene preeclamsia, 21% han sido Cesareada anteriormente, un 11% presenta estrechez pélvica y 4% presenta oligohidramnios.

Objetivo específico 2: Identificar las características sociales, biológicas, culturales de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.

Características sociales

Tabla 5. Rango de edad de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Edad	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
19 a 25 años	13	6.3%	15	7.3%	28	13.7%
26 a 30 años	49	23.9%	12	5.9%	61	29.8%
31 a 35 años	63	30.7%	0	0.0%	63	30.7%
36 a 40 años	39	19.0%	1	0.5%	40	19.5%
41 a 50 años	12	5.9%	0	0.0%	12	5.9%
> a 50 años	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
Total	177	86%	28	14%	205	100%

Las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, en su mayoría (30.7%), se encuentran en un rango de edad de entre 31 a 35 años, un porcentaje similar, equivalente al 29.8%, se encuentra en un rango de edad entre 26 a 30 años, mientras que, solamente un 0.5% poseía una edad mayor a los 50 años.

Tabla 6. Estado civil de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Estado Civil	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Soltera	28	13.7%	5	2.4%	33	16.1%
Casada	27	13.2%	5	2.4%	32	15.6%
Divorciada	21	10.2%	5	2.4%	26	12.7%
Otros	101	49.3%	13	6.3%	114	55.6%
Total	177	86%	28	14%	205	100%

En la tabla 6 se aprecia que el 12.7% de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, tienen el estado civil de divorciada, el 15.6% son casadas, un 16.1% son solteras, mientras que, un 55.6% señalaba otros en su estado civil, es decir, ninguna de las opciones mencionadas anteriormente.

Tabla 7. Nivel educativo de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Nivel Educativo	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Sin Instrucción	15	7.3%	3	1.5%	18	8.8%
Primaria	93	45.4%	16	7.8%	109	53.2%
Secundaria	51	24.9%	8	3.9%	59	28.8%
Superior Técnico	15	7.3%	1	0.5%	16	7.8%
Superior Universitario	3	1.5%	0	0.0%	3	1.5%
Total	177	86%	28	14%	205	100%

En la tabla 7 se aprecia que el 1.5% de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, poseen el nivel educativo superior universitario, el 7.8% tiene un grado educativo superior técnico, el 8.8% no posee instrucción, un 28.8% educación secundaria, y un 53.2%, porcentaje mayoritario, posee el grado de instrucción primaria.

Tabla 8. Ingresos económicos de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Ingresos Económicos	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
	≤ 1000 Soles	34	16.6%	20	9.8%	54
≥ 1000 Soles	143	69.8%	8	3.9%	151	73.7%
Total	177	86%	28	14%	205	100%

En la tabla 8 se aprecia que el 26.3% de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, tienen ingresos económicos menores o iguales a 1000 soles mensuales, mientras que, el 73.7% poseen ingresos económicos mayores o iguales a 1000 soles.

Tabla 9. Dependencia económica de la pareja de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Dependencia económica de la pareja	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
	Si depende	119	58.0%	19	9.3%	138
No depende	58	28.3%	9	4.4%	67	32.7%
Total	177	86%	28	14%	205	100%

En la tabla 9 se aprecia que el 32.7% de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, no dependen económicamente de sus parejas, mientras que, el 67.3% manifestó que si depende económicamente de sus parejas.

Características biológicas

Tabla 10. Edad de la primera menstruación de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Edad de la Primera Menstruación	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
9 años	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
10 años	5	2.4%	1	0.5%	6	2.9%
11 años	21	10.2%	4	2.0%	25	12.2%
12 años	43	21.0%	6	2.9%	49	23.9%
13 años	50	24.4%	7	3.4%	57	27.8%
14 años	33	16.1%	8	3.9%	41	20.0%
15 años	12	5.9%	2	1.0%	14	6.8%
16 años	7	3.4%	0	0.0%	7	3.4%
17 años	4	2.0%	0	0.0%	4	2.0%
18 años	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 10 se aprecia que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 27.8%, tuvieron su primera menstruación a los 13 años, en segundo lugar, en incidencia, equivalente a 23.9%, tuvieron su menstruación a los 12 años, mientras que, con menor incidencia, equivalente a 0.5%, fue a los 9 años, y otro porcentaje igual, tuvo su menstruación a los 18 años.

Tabla 11. Edad de inicio de las relaciones sexuales de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Edad de inicio de relaciones sexuales	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
8 años	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
11 años	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
12 años	0	0.0%	2	1.0%	2	1.0%
13 años	6	2.9%	0	0.0%	6	2.9%
14 años	26	12.7%	5	2.4%	31	15.1%
15 años	31	15.1%	10	4.9%	41	20.0%
16 años	32	15.6%	6	2.9%	38	18.5%
17 años	28	13.7%	3	1.5%	31	15.1%
18 años	23	11.2%	2	1.0%	25	12.2%
19 años	13	6.3%	0	0.0%	13	6.3%
20 años	8	3.9%	0	0.0%	8	3.9%
21 años	2	1.0%	0	0.0%	2	1.0%
22 años	3	1.5%	0	0.0%	3	1.5%
23 años	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
25 años	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
33 años	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 11 se aprecia que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 20%, tuvieron su primera relación sexual a los 15 años, en segundo lugar en incidencia, equivalente a 18.5%, tuvieron su primera relación sexual a los 16 años, mientras que, con la menor incidencia, equivalente a 0.5%, manifestaron que su primera relación sexual fue a los 33 años, otros porcentaje igual a 25 años, otro porcentaje igual, a los 23 años, la misma cantidad a los 8 y 11 años.

Tabla 12. Cantidad de parejas sexuales de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Cantidad de parejas sexuales	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
1 pareja	50	24.4%	8	3.9%	58	28.3%
De 2 a 3 parejas	99	48.3%	13	6.3%	112	54.6%
Mayor a 3 Parejas	28	13.7%	7	3.4%	35	17.1%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 12 se aprecia que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 54.6%, tuvieron de 2 a 3 parejas sexuales, en segundo lugar, en incidencia, equivalente a 28.3%, tuvieron 1 pareja sexual, mientras que, con la menor incidencia, equivalente a 17.1%, manifestaron que tuvieron más de 3 parejas sexuales.

Tabla 13. Número de embarazos de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Número de embarazos	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
1 Embarazo	6	2.9%	1	0.5%	7	3.4%
2 Embarazos	20	9.8%	5	2.4%	25	12.2%
3 Embarazos	53	25.9%	14	6.8%	67	32.7%
4 Embarazos	52	25.4%	5	2.4%	57	27.8%
5 Embarazos	27	13.2%	1	0.5%	28	13.7%
6 Embarazos	15	7.3%	2	1.0%	17	8.3%
7 Embarazos	4	2.0%	0	0.0%	4	2.0%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 13 se aprecia que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 32.7%, tuvieron 3

embarazos, en segundo lugar, en incidencia, equivalente a 27.8%, tuvieron 4 embarazos, mientras que, con la menor incidencia, equivalente a 2%, manifestaron que tuvieron 7 embarazos.

Tabla 14. Número de partos de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Número de partos	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0 Partos	62	30.2%	19	9.3%	81	39.5%
1 Parto	37	18.0%	5	2.4%	42	20.5%
2 Partos	37	18.0%	2	1.0%	39	19.0%
3 Partos	22	10.7%	0	0.0%	22	10.7%
4 Partos	14	6.8%	1	0.5%	15	7.3%
5 Partos	3	1.5%	1	0.5%	4	2.0%
6 Partos	2	1.0%	0	0.0%	2	1.0%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 14 se aprecia que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 39.5%, tuvieron 0 partos, en segundo lugar, en incidencia, equivalente a 20.5%, tuvieron 1 parto, mientras que, con la menor incidencia, equivalente a 1%, manifestaron que tuvieron 6 partos.

Tabla 15. Número de abortos de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Número de abortos	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0 Abortos	105	51.2%	20	9.8%	125	61.0%
1 Aborto	53	25.9%	5	2.4%	58	28.3%
2 Abortos	14	6.8%	2	1.0%	16	7.8%
3 Abortos	5	2.4%	1	0.5%	6	2.9%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 15 se aprecia que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 61%, tuvieron 0 abortos, en segundo lugar, en incidencia, equivalente a 28.3%, tuvieron 1 aborto, un 7.8% tuvieron 2 abortos, mientras que, con la menor incidencia, equivalente a 2.9%, manifestaron que tuvieron 3 abortos.

Tabla 16. Número de cesáreas de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Número de Cesáreas	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0 Cesáreas	1	0.5%	1	0.5%	2	1.0%
2 Cesáreas	82	40.0%	7	3.4%	89	43.4%
2 Cesáreas	49	23.9%	7	3.4%	56	27.3%
3 Cesáreas	35	17.1%	12	5.9%	47	22.9%
4 Cesáreas	9	4.4%	1	0.5%	10	4.9%
5 Cesáreas	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 16 se aprecia que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 43.4%, tuvieron 2 cesáreas, en segundo lugar, en incidencia, equivalente a 27.3%, tuvieron 2 cesáreas, mientras que, con la menor incidencia, equivalente a 1% y 0.5%, manifestaron tener 0 cesáreas y 5 cesáreas respectivamente.

Tabla 17. Método anticonceptivo de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Método anticonceptivo	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Píldoras	38	18.5%	4	2.0%	42	20.5%
Ampollas	63	30.7%	14	6.8%	77	37.6%
T Cobre	4	2.0%	0	0.0%	4	2.0%
Preservativo	7	3.4%	2	1.0%	9	4.4%
Implante	2	1.0%	1	0.5%	3	1.5%
Métodos Naturales	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
Creencias	2	1.0%	0	0.0%	2	1.0%
Ninguno	60	29.3%	7	3.4%	67	32.7%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 17 se aprecia que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 37.6%, utilizan ampollas como método anticonceptivo, en segundo lugar, de incidencia, equivalente a 32.7%, manifestaron no emplear ningún método anticonceptivo, mientras que, con la menor incidencia, equivalente a 0.5%, manifestaron emplear métodos naturales.

Tabla 18. Descensos vaginales en las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

¿Sufre usted de descensos vaginales?	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
	Si sufre	43	21.0%	7	3.4%	50
No sufre	134	65.4%	21	10.2%	155	75.6%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 18 se aprecia que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 75.6%, mientras que, un porcentaje equivalente a 24.4%, manifestaron que no sufren de enfermedades vaginales.

Tabla 19. Padecimiento de enfermedades en las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

¿Sufre usted alguna enfermedad?	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
	Si sufre	38	18.5%	5	2.4%	43
No sufre	148	72.2%	23	11.2%	171	83.4%
Total	186	90.7%	28	13.7%	214	104.4%

En la tabla 19 se aprecia que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 83.4%, manifestaron que poseen algún tipo de enfermedad, mientras que, un porcentaje equivalente a 21%, manifestaron que no sufren de enfermedades.

Tabla 20. Tipo de enfermedad que sufren las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Tipo de enfermedad que sufren	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Diabetes Tipo II	7	3.4%	1	0.5%	8	3.9%
Obesidad	7	3.4%	0	0.0%	7	3.4%
HTA	10	4.9%	0	0.0%	10	4.9%
ITUs	6	2.9%	2	1.0%	8	3.9%
Quiste ovárico	2	1.0%	0	0.0%	2	1.0%
Artritis reumatoide	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
Miomectomía	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
Obesidad Tipo I	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
Obesidad Tipo II	0	0.0%	1	0.5%	1	0.5%
Pancreatitis	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
Retraso mental	1	0.5%	1	0.5%	2	1.0%
Síndrome nefrótico	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
Sobrepeso	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
VIH	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%
Ninguno	137	66.8%	23	11.2%	160	78.0%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 20 se aprecia que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 66.8% no padecen enfermedades, un 3.9% padecen diabetes tipo II, un 3.4% obesidad, porcentajes de 2.9% HTA, ITUs un 2.9%, un 1% quiste ovárico, mientras que, porcentajes iguales a 0.5% padecen de artritis, miomectomía, obesidad Tipo I, obesidad Tipo II, pancreatitis, retraso mental, síndrome nefrótico, sobrepeso, y VIH.

Características culturales

Tabla 21. Creencia sobre la prontitud de recuperación de la ligadura de Trompas de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Creencia sobre la prontitud de recuperación de la ligadura de Trompas	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si es pronto	158	77.1%	26	12.7%	184	89.8%
No es pronto	19	9.3%	2	1.0%	21	10.2%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 21, se puede observar que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 89.8%, manifestaron que la recuperación de la ligadura de trompas si se da con prontitud, mientras que, un porcentaje equivalente a 10.2%, manifestaron que la recuperación de la ligadura de trompas no se da con prontitud.

Tabla 22. Creencia sobre las presencias de secuelas que les impida trabajar después de la ligadura en las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Creencia sobre las presencias de secuelas que les impida trabajar después de la ligadura	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si hay Secuelas	20	9.8%	23	11.2%	43	21.0%
No hay secuelas	157	76.6%	5	2.4%	162	79.0%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 22, se puede observar que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 79%, manifestaron que no hay secuelas que les impida trabajar después de la ligadura, mientras que, un porcentaje equivalente a 21%, manifestaron que si hay secuelas que les impida trabajar después de la ligadura.

Tabla 23. Creencia sobre la necesidad de comunicar a la pareja la decisión de ligarse las trompas de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Creencia sobre la necesidad de comunicar a la pareja la decisión de ligarse las trompas	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si es necesario	151	73.7%	24	11.7%	175	85.4%
No es necesario	26	12.7%	4	2.0%	30	14.6%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 23, se puede observar que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 85.4%, manifestaron que, si es necesario comunicar a la pareja la decisión de ligarse las trompas, mientras que, un porcentaje equivalente a 14.6%, manifestaron que no es necesario comunicar a la pareja la decisión de ligarse las trompas.

Tabla 24. Creencia sobre la necesidad de que la pareja permita aceptar la ligadura de trompas de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Creencia sobre la necesidad de que la pareja permita aceptar la ligadura de trompas	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si es necesario	118	57.6%	16	7.8%	134	65.4%
No es necesario	59	28.8%	12	5.9%	71	34.6%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 24, se puede observar que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 65.4%, manifestaron que, si es necesario que la pareja permita aceptar la ligadura de trompas, mientras que, un porcentaje equivalente a 34.6%, manifestaron que no es necesario es que la pareja permita aceptar la ligadura de trompas.

Tabla 25. Creencia sobre la existencia de alguna enfermedad a raíz de la ligadura de trompas en las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Creencia sobre la existencia de alguna enfermedad a raíz de la ligadura de trompas	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si produce enfermedad	15	7.3%	5	2.4%	20	9.8%
No produce enfermedad	162	79.0%	23	11.2%	185	90.2%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 24, se puede observar que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 90.2%, manifestaron que, la ligadura de trompas no produce enfermedades, mientras que, un porcentaje equivalente a 9.8%, manifestaron que la ligadura de trompas no produce enfermedades.

Tabla 26. Creencia sobre qué, la ligadura de trompas produce menopausia a edad temprana de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Creencia sobre qué, la ligadura de trompas produce menopausia a edad temprana	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si produce	2	1.0%	0	0.0%	2	1.0%
No produce	175	85.4%	28	13.7%	203	99.0%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 26, se puede observar que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 99%, manifestaron que, la ligadura de trompas no produce menopausia a edad temprana, mientras que, un porcentaje equivalente a 1%, manifestaron creer que la ligadura de trompas si produce menopausia temprana.

Tabla 27. Creencia sobre qué, la ligadura de trompas provoca trastornos mentales de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Creencia sobre qué, la ligadura de trompas provoca trastornos mentales	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si provoca	3	1.5%	2	1.0%	5	2.4%
No provoca	174	84.9%	26	12.7%	200	97.6%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 27, se puede observar que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 97.6%, manifestaron que, la ligadura de trompas no provoca trastornos mentales, mientras que, un porcentaje equivalente a 2.4%, manifestaron creer que la ligadura de trompas si provoca trastornos mentales.

Tabla 28. Creencia sobre qué, la ligadura disminuye el placer sexual de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Creencia sobre qué, la ligadura disminuye el placer sexual	Si se somete a una ligadura de trompas		No se somete a una ligadura de trompas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si disminuye	53	25.9%	23	11.2%	76	37.1%
No disminuye	124	60.5%	5	2.4%	129	62.9%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 28, se puede observar que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 62.9%, manifestaron que, la ligadura no disminuye el placer sexual, mientras que, un porcentaje equivalente a 37.1%, manifestaron creer que la ligadura si disminuye el placer sexual.

Tabla 29. Creencias de alguna religión en ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Creyente de alguna religión	Si se somete a una		No se somete a una		Total	
	ligadura de trompas		ligadura de trompas			
	Frc.	%	Frc.	%	Frc.	%
Si es creyente	125	61.0%	13	6.3%	138	67.3%
No es creyente	52	25.4%	15	7.3%	67	32.7%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 29, se puede observar que la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 67.3%, manifestaron que, ser creyentes de alguna religión, mientras que, un porcentaje equivalente a 32.7%, manifestaron no ser creyentes de alguna religión.

Tabla 30. Barreras de la religión a la ligadura de trompas en las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

La religión imposibilita realizarse la ligadura de trompas	Si se somete a una		No se somete a una		Total	
	ligadura de trompas		ligadura de trompas			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si imposibilita	3	1.5%	2	1.0%	5	2.4%
No imposibilita	174	84.9%	26	12.7%	200	97.6%
Total	177	86.3%	28	13.7%	205	100.0%

En la tabla 30, se puede observar que en la mayor cantidad de las puérperas del servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, equivalente a un 97.6%, la religión no imposibilita la ligadura de trompas, mientras que, en un porcentaje equivalente a 2.4%, la religión si es un factor que imposibilita la ligadura de trompas.

Objetivo específico 3: Establecer la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociales de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.

Tabla 31. Aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria * Características Sociales

Relación	Ji ²	P	N
Edad	55,940 ^a	.000	205
Estado Civil	1,343 ^a	.719	205
Nivel Educativo	1,454 ^a	.835	205
Ingresos Económicos	33,977 ^a	.000	205
Dependencia económica de la pareja	,004 ^a	.948	205
Distrito de Procedencia	82,448 ^a	.003	205

A partir de la tabla 31, se puede observar, con valores p iguales a 0.000, 0.000, y 0.003, que la aceptación de la de la anticoncepción quirúrgica voluntaria de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, se encuentra relacionada de manera significativa con las características sociales edad, ingresos económicos, y el distrito de procedencia, de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.

Objetivo específico 4: Establecer la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características biológicas de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.

Tabla 32. Aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria * Características Biológicas

Relación	Ji ²	P	N
Edad de la Primera Menstruación	3,590 ^a	.936	205
Edad de inicio de relaciones sexuales	23,902 ^a	.067	205
Cantidad de parejas sexuales	1,594 ^a	.451	205
Número de embarazos	8,085 ^a	.232	205
Número de partos	13,965 ^a	.030	205
Número de abortos	1,894 ^a	.595	205
Número de Cesáreas	10,727 ^a	.057	205
Método anticonceptivo	5,182 ^a	.638	205
¿Sufre usted de descensos vaginales?	,007 ^a	.936	205
¿Sufre usted alguna enfermedad?	,250 ^a	.617	205
Tipo de enfermedad que sufren	19,105 ^a	.323	205

A partir de la tabla 32, se puede observar, con un valor p igual a 0.030, que la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, se encuentra relacionada de manera significativa con la característica biológica número de partos, de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.

Objetivo específico 5: Establecer la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características culturales de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.

Tabla 33. Aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria * Características Culturales

Relación	Ji ²	P	N
Creencia sobre la prontitud de recuperación de la ligadura de Trompas	,339 ^a	.560	205
Creencia sobre las presencia de secuelas que les impida trabajar después de la ligadura	73,198 ^a	.000	205
Creencia sobre la necesidad de comunicar a la pareja la decisión de ligarse las trompas	,003 ^a	.955	205
Creencia sobre la necesidad de que la pareja permita aceptar la ligadura de trompas	,969 ^a	.325	205
Creencia sobre la existencia de alguna enfermedad a raíz de la ligadura de trompas	2,417 ^a	.120	205
Creencia sobre qué, la ligadura de trompas produce menopausia a edad temprana	,320 ^a	.572	205
Creencia sobre qué, la ligadura de trompas provoca trastornos mentales	3,015 ^a	.082	205
Creencia sobre qué, la ligadura disminuye el placer sexual	28,237 ^a	.000	205
Creyente de alguna religión	6,431 ^a	.011	205
La religión imposibilita realizarse la ligadura de trompas	3,015 ^a	.082	205

A partir de la tabla 33, se puede observar, con valores p iguales a 0.000, 000, y 0.030, que la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, se encuentra relacionada de manera significativa con las características culturales creencia sobre la presencia de secuelas que les impida trabajar después de la ligadura, creencia sobre que la ligadura disminuye el placer sexual, y creencias en alguna religión.

Objetivo general: Determinar el grado de relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociodemográficas de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019

Tabla 34. Aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria * Características Sociodemográficas

Relación	Ji ²	P	C	V	N
Edad	55,940 ^a	.000	.463	.522	205
Ingresos Económicos	33,977 ^a	.000	.377	.407	205
Distrito de Procedencia	82,448 ^a	.003	.536	.634	205
Número de partos	13,965 ^a	.030	.253	.261	205
Creencia sobre la presencia de secuelas que les impida trabajar después de la ligadura	73,198 ^a	.000	.513	.598	205
Creencia sobre qué, la ligadura disminuye el placer sexual	28,237 ^a	.000	.348	.371	205
Creyente de alguna religión	6,431 ^a	.011	.174	.177	205

A partir de la tabla 34, se puede observar, con valores p iguales a 0.000, 000, 0.003, 0.030, 0.000, 0.000, y 0.011 que la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, y en base a los valores chi cuadro y V de cramer, que existe un grado re relación significativo con las características sociodemográficas edad, ingresos económicos, distrito de procedencia, número de partos, creencia sobre la presencia de secuelas que les impida trabajar después de la ligadura, creencia sobre qué, la ligadura disminuye el placer sexual, y ser creyente de alguna religión.

V. DISCUSIÓN

En base al objetivo específico 1 los resultados indicaron que existe un alto índice de aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, evidenciado en el 86.3% de la muestra. Este resultado se relaciona con lo hallado en la investigación de Naupari (2018), quien al realizar su estudio también halló que existe una tendencia positiva a la ligadura de trompas como método de anticoncepción, así mismo, Ventuzelo et al. (2017) al analizar los métodos de anticoncepción preferidos entre una población de mujeres, hallaron que la ligadura de trompas era uno de los métodos que tenía uno de los más altos grados de aceptación como método de anticoncepción.

Referente al segundo objetivo específico, se halló que, dentro de las características sociales de las puerperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, destacan las siguientes: Edad más frecuente entre 31 y 35 años, estado civil más frecuente es divorciada, el nivel educativo que prima es la educación primaria, los ingresos económicos son mayores o iguales a 1000 soles, dependen económicamente de sus parejas; dentro de las características biológicas destacan las siguientes: Primera menstruación a los 13 años, edad de inicio de relaciones sexuales fue de 15 años en la mayoría de las encuestadas, 2 a 3 parejas sexuales, 3 embarazos, 0 partos, 0 abortos, 2 cesáreas, método anticonceptivo las ampollas, no sufren de descensos vaginales, no padecen de enfermedades; dentro de las características culturales se encuentran las siguientes: Consideran que la recuperación de la ligadura de trompas si se da con prontitud, consideran que no hay secuelas que les impida trabajar después de la ligadura, consideran que si es necesario comunicar a la pareja la decisión de ligarse las trompas, manifestaron que, si es necesario que la pareja permita aceptar la ligadura de trompas, manifestaron que la ligadura de trompas no produce enfermedades, manifestaron que la ligadura de trompas no produce menopausia a edad temprana, manifestaron que la ligadura de trompas no provoca trastornos mentales, manifestaron que la ligadura no disminuye el placer sexual, manifestaron que ser creyentes de alguna religión, la religión no imposibilita la ligadura de trompas.

Estos resultados pueden ser contrastado con lo hallado por Gonzalez & Lorduy (2020), quienes manifestaban que, dentro de las características sociales de las mujeres que se

muestran dispuestas a emplear un método invasivo de anticoncepción, están las siguientes: 27-31 años, procedencia urbana, de estrato uno, nivel de estudio secundarios, estado civil de conviviente y tres embarazos. Por su parte, González & Molina (2017), al analizar a un grupo de mujeres en el contexto de su disponibilidad a emplear un método e anticoncepción invasivo, hallaron que, su estado civil fue de unión libre, nivel de educación secundaria, y pertenecer a una religión.

En base al tercer objetivo específico, los resultados mostraron que la aceptación de la de la anticoncepción quirúrgica voluntaria de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, se encuentra relacionada de manera significativa con las características sociales edad, ingresos económicos, y el distrito de procedencia, de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019. Estos resultados se asemejan con lo hallado por Gonzalez & Lorduy (2020), quien manifestaba que, dentro de las características sociales para aceptar someterse a un método invasivo de anticoncepción se encuentra la procedencia, el nivel de estudio, y el estado civil de conviviente. Así mismo, García (2017), manifestaba que la edad es uno de los factores sociales que inciden en la aceptación de las mujeres hacia los métodos de anticoncepción. Además, Paucar (2019), al realizar su estudio halló que uno de los factores sociales que incide en la disposición a la anticoncepción quirúrgica, son la procedencia y los ingresos económicos.

Referente al cuarto objetivo específico, se halló que, la anticoncepción quirúrgica voluntaria de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, se encuentra relacionada de manera significativa con la característica biológica número de partos, de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019. Este resultado se asemeja a lo manifestado por Ventuzelo et al. (2017), quienes en su estudio también hallaron que la paridad es uno de los factores que motiva la aceptación de los métodos de anticoncepción. Así mismo, Paucar (2019) en su estudio manifestaba que dentro de las características que motivaba la aceptación de los métodos de anticoncepción en las mujeres se encontraba la paridad.

En cuanto al quinto objetivo específico, los resultados hallaron que la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria de las puérperas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, se encuentra relacionada de manera significativa con las características culturales creencia sobre la presencia de secuelas que les impida

trabajar después de la ligadura, creencia sobre que la ligadura disminuye el placer sexual, y creencias en alguna religión. Estos resultados se encuentran asociados con lo manifestado por Gonzalez & Lorduy (2020), quien señalaba que la decisión voluntaria de tomar el anticonceptivo está influenciada por la falta de conocimiento sobre el método de anticoncepción y sus consecuencias, así mismo, se puede asociar con lo señalado por González & Molina (2017), quien manifestaba que la decisión de la esterilización quirúrgica femenina se relaciona con la creencia que ello afectaría a su trabajo diario, y las creencias religiosas.

Referente al objetivo general, los resultados indicaron que existe un grado de relación significativa de relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria de las púerperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, y las características sociodemográficas edad, ingresos económicos, distrito de procedencia, número de partos, creencia sobre la presencia de secuelas que les impida trabajar después de la ligadura, creencia sobre la ligadura disminuye el placer sexual, y ser creyente de alguna religión. Este resultado es concordante con lo hallado en el estudio de Gonzalez & Lorduy (2020), logró determinar en su estudio que, la decisión voluntaria de aceptar el método de anticoncepción se encuentra relacionada significativamente con los aspectos sociodemográficos tales como la edad, estrato socioeconómico, la procedencia, y el conocimiento del método de anticoncepción y sus consecuencias. Así también, Ventuzelo et al. (2017) llegó a determinar que dentro de los factores que se relacionan en gran medida con los métodos de anticoncepción se encuentra la paridad. Por su parte, Paucar (2019), indicaba que la aceptación del método de anticoncepción tiene como factores determinantes la procedencia y la paridad de las mujeres. Finalmente, Samaniego (2019), indicaba que la edad, procedencia, situación económica, son factores que tienen un grado de relación significativo con la aceptación de los métodos de anticoncepción.

VI. CONCLUSIONES

- Respecto a la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, se obtuvo que el 86.3% de las puérperas presentaron un alto índice de aceptación de dicho método anticonceptivo.
- Referente al segundo objetivo específico, se halló que, dentro de las características sociales de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, destacan las siguientes: Edad más frecuente entre 31 y 35 años, estado civil divorciada, el nivel educativo primaria, los ingresos económicos son mayores o iguales a 1000 soles y dependen económicamente de sus parejas. Dentro de las características biológicas en la mayoría de encuestadas son las siguientes: primera menstruación a los 13 años, inicio de relaciones sexuales a los 15 años, 2 a 3 parejas sexuales, 3 embarazos, 0 partos, 0 abortos, 2 cesáreas, método anticonceptivo las ampollas, no sufren de descensos vaginales, no padecen de enfermedades. Dentro de las características culturales en la mayoría de encuestadas son las siguientes: consideran que la recuperación de la ligadura de trompas si se da con prontitud, no hay secuelas que les impida trabajar, si es necesario la comunicación con la pareja aceptar la ligadura de trompas, también que la ligadura de trompas no produce enfermedades, menopausia a edad temprana, trastornos mentales ni disminuye el placer sexual, por otro lado, indicaron que ser creyentes de alguna religión no imposibilita la ligadura de trompas.
- Se estableció que la aceptación de la de la anticoncepción quirúrgica voluntaria de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, se encuentra relacionada de manera significativa con las características sociales edad ($J_i=55,940$), ingresos económicos ($J_i=33,977$), y el distrito de procedencia ($J_i=82,448$), de las puérperas en el servicio de ginecología atendidas en el hospital mencionado.
- Se determinó que la anticoncepción quirúrgica voluntaria de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, se encuentra relacionada de manera significativa con la característica biológica número de partos ($J_i=13,965$), de las puérperas en el servicio de ginecología atendidas en el hospital mencionado.

- De la misma manera se estableció que, los resultados hallaron que la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, se encuentra relacionada de manera significativa con las características culturales, creencia sobre la presencia de secuelas que les impida trabajar después de la ligadura ($J_i=73,198$), creencia sobre que la ligadura disminuye el placer sexual ($J_i=28,237$), y creencias en alguna religión ($J_i=6,431$).
- Finalmente, se obtuvo que los resultados indicaron que existe un grado de relación significativa entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019, y las características sociodemográficas edad, ingresos económicos, distrito de procedencia, número de partos, creencia sobre la presencia de secuelas que les impida trabajar después de la ligadura, creencia sobre que, la ligadura disminuye el placer sexual, y ser creyente de alguna religión.

VII. RECOMENDACIONES

- Se sugiere que el director del Hospital 2-II Tarapoto implemente capacitaciones a las pacientes que se atienden en el servicio de ginecología. Esto con la finalidad de que las pacientes tengan un mayor conocimiento acerca de dicho método de planificación familiar y así puedan tomar una decisión más adecuada e informada en beneficio de su salud y para la prevención de embarazos no planificados.
- Se recomienda que el Hospital 2-II Tarapoto implemente desplazamientos del personal médico hacia los distritos en donde existió una mayor negación de las pacientes de someterse a una ligadura de trompas y a los que presentaron una menor frecuencia de asistencia al servicio de ginecología; esto con la finalidad de brindar una charla informativa a toda la población y resolver las dudas que presenten sobre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y los diversos métodos anticonceptivos, a fin de que eliminen los mitos o creencias populares.
- Se recomienda que se planifique la elaboración de campañas informativas por medio del empleo de redes sociales; a fin de que la población que considera que no se someterían a una ligadura de trompas tengan mayor información disponible en diversas plataformas y puedan elegir libremente la opción más conveniente para la planificación familiar. Asimismo, es importante que las pacientes con menos ingresos económicos se les brinde con mayor facilidad la información acerca de la planificación familiar y ampliar sus conocimientos sobre dicho tema.
- Se sugiere a los profesionales de la salud que incentiven o refuercen la consejería sobre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria principalmente a las pacientes que han tenido más de 3 partos por cesárea, debido a los factores de riesgo para la madre. Ello con la finalidad de que puedan recibir una asesoría que no ponga en peligro su salud.
- Es necesario que se refuerce las capacitaciones sobre los mitos y verdades de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, ya que las falsas creencias pueden influir en la decisión de optar por la ligadura de trompas. Para ello es necesaria que exista la

intervención del Ministerio de Salud en la implementación de campañas con el propósito de que la población incremente su conocimiento sobre dicho tema.

- Finalmente, es necesario que los profesionales de la salud tomen en cuenta la evaluación de la edad de las pacientes, los ingresos económicos y el número de partos para recomendarles la opción de la anticoncepción más adecuada, es decir es necesario que las pacientes con estas características conozcan que existe dicha posibilidad a fin de tener una mayor planificación familiar y disminución de los riesgos de un embarazo no planificado.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gretchen S, Shanthi R. Esterilización Femenina de Intervalo. *Obstetrics & Gynecology*. 2018; 131(1): p. 1-13.
2. Figueira L, Díaz V, Lemmo A, García A, Carrasco D, Castillo E. Esterilización tubaria transvaginal. Experiencia en el Hospital Universitario de Caracas. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2016; 76(2): p. 118-125.
3. Samaniego R, Verastegui A, Mejia C. Factores asociados a la no realización de la esterilización quirúrgica en mujeres gran multíparas de la serranía peruana, 2017. 18 - 27;; 2019.
4. Gonzalez , Lorduy J. Factores sociodemográficos y obstétricos relacionados con aplicación del consentimiento informado en procedimientos de oclusión tubárica. Cartagena-Colombia. *Revista Habanera Ciencias Médicas*. 2020; 19(4).
5. Ventuzelo C, Leal da Silva M, Falcão F, do Vale M, Magda G, Torgal I. Anticoncepción definitiva: tendencias en un intervalo de diez años. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2017; 39(1): p. :344–349.
6. González E, Molina L. Factores que influyen en la no aceptabilidad de uso de la esterilización quirúrgica femenina en indígenas Kichwas multíparas de 25 a 40 años en el Centro de Salud Satelital de Tena periodo enero - junio 2017. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2017.
7. Paucar A. Nivel de cumplimiento sobre anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina -Norma Técnica N° 652-2016/MINSA en hospitales del Ministerio de Salud Cusco, 2017. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2019.
8. Gariza M. Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las usuarias del implante anticonceptivo subdérmico que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo del 1 de enero al 30 de junio, Lima; 2017. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2019.
9. Barrio A, Cahuata F. Toma de decisiones para la anticoncepción posparto en puérperas inmediatas del Hospital Regional del Cusco, de agosto a octubre del 2019. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2019.

10. Carrasco C. Perfil de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. 2017. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
11. Naupari K. Factores asociados al rechazo de la anticoncepción quirúrgica en puérperas multíparas mayores de 35 años. consultorio de planificación familiar, Hospital Nacional Hipólito Unánue, octubre –diciembre del 2017. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.
12. García D. Factores socioculturales asociados a las actitudes negativas para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, diciembre 2016- febrero 2017. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2017.
13. Mamani L. Conocimientos y actitudes respecto a la anticoncepción quirúrgica voluntaria en madres de estudiantes de la I. E. Paola Frassinetti Arequipa 2015. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2016.
14. Cárdenas L, Barbarán L. Actitud de la pareja y su relación con la decisión del uso de un método anticonceptivo en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, marzo – octubre 2017. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2018.
15. Santana P, Peña E. Esterilización quirúrgica voluntaria como práctica anticonceptiva de las mujeres en Chile: resistencias, intereses y estigma reproductivo. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*. 2019; 1(9): p. 105-123.
16. Kansu , Uygur D, Tascf Y, Durmus M, Kisa B, Engin Y. Female Sterilization by Tubal Ligation During C-Section in Women with a History of 2 or More C-Section. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*. 2017; 23(0): p. 1-5.
17. Schmidt E, Diedrich J, Eisenberg D. Surgical Procedures for Tubal Sterilization. *Glob. libr. women's med*. 2014; 1(1).
18. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. Lima: Ministerio de Salud; 2017.
19. Ley N° 26842. Ley General de Salud. Lima; 1997.
20. Defensoría del Pueblo. Anticoncepción quirúrgica voluntaria I: Casos investigados por la Defensoría del Pueblo. Lima; 1998.

21. Ortiz R, Torres M, Peña S, Quinde G, Durazno G, Culcay C, et al. Características sociodemográficas de la población adulta de la parroquia cumbe, Cuenca-Ecuador. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2017; 36(2): p. 57-64.
22. Pérez S, Gascón J, Salmerón D, Parra P, Monteagudo O. Características sociodemográficas y variabilidad geográfica relacionada con la satisfacción del paciente en Atención Primaria. Revista de Calidad Asistencial. 2016; 31(5): p. 300-308.
23. Sanz A, Iriarte S, Gascón A. Aspectos sociodemográficos y laborales en el error asistencial de enfermería. Enfermería Global. 2016; 1(43): p. 176-188.
24. Moquillaza M, León , Dongo M, Munayco C. Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2015; 32(4): p. 693-700.
25. Bindawa K. Socio-Demographic Statuses: Theory, Methods, and Applications [Estados sociodemográficos: teoría, métodos y aplicaciones]. Socio-Demographic Statuses. 2019; 1(1): p. 1-31.
26. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Definición de algunos indicadores demográficos. Santiago de Chile;; 2015.
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Características de la Población. Lima;; 2015.
28. Cuenca R, Carrillo S, de los Ríos C, Reátegui L, Ortiz G. La calidad y equidad de la educación secundaria en el Perú. Lima;; 2017.
29. Torrado U. Nueva dinámica en las familias peruanas. Lima;; 2019.
30. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Características de la Población. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017.
31. Leira M. Manual de bases biológicas del comportamiento humano. Montevideo;; 2011.
32. Alcázar J. Historia clínica, exploraciones básicas y pruebas complementarias en obstetricia y ginecología. ; 2017.
33. Palacios J, Martínez R. Descripción de características de personalidad y dimensiones socioculturales en jóvenes mexicanos. Revista de Psicología. 2017; 35(2).

34. Banda A, Álvarez A, Casique L, Díaz R, Rodríguez L. Cuidados culturales durante el puerperio mediato en las mujeres indígenas. *Revista de enfermería*. 2019; 1(1).
35. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. *Metodología de la investigación: Cuantitativa, Cualitativa y Redacción de la Tesis*. 5th ed. Bogotá: Ediciones de la U.; 2018.
36. Hernández R, Mendoza C. *Metodología de la investigación*. 1st ed. México: McGraw Hill; 2018.
37. Carrasco S. *Metodología de la investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. 2nd ed. Lima: Editorial San Marcos; 2018.
38. Santos G. Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF-36 en mujeres con lupus, Puebla. Tesis de grado. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Departamento de matemáticas; 2017.
39. Moli , O'Hara L, Tah P, Street C, Athanasios M, Purpe , et al. A systematic review of the literature on ethical aspects of transitional care between child- and adult-orientated health services [Una revisión sistemática de la literatura sobre los aspectos éticos de la atención de transición entre los servicios]. *BMC Medical Ethics*. 2018; 19(73): p. 1-11.
40. Hernández R, Fernández C, Baptista M. *Metodología de la investigación*. 6th ed. México: McGraw-Hill Education; 2014.

IX. ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

“Anticoncepción quirúrgica voluntaria relacionada a las características sociodemográficas de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019”

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicadores	Técnicas de recolección
¿Cuál es la relación entre la aceptación anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociodemográficas de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019?	Determinar el grado de relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociodemográficas de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019	Hi: Existe un grado de relación significativa entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociodemográficas de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.	Anticoncepción quirúrgica voluntaria	Si acepta la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria	Nº de puérperas que aceptan la AQV	Encuesta
Específicos	Específicos	No acepta la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria		Nº de puérperas que no aceptan la AQV		
¿Cuál es el índice de aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019? ¿Cuáles son las características sociales, biológicas, culturales de las puérperas en el servicio	Analizar el índice de aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019. Identificar las características sociales, biológicas, culturales de las puérperas en el servicio	Ho: No existe un grado de relación significativa entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las	Características sociodemográficas	Características sociales	Edad Estado civil Nivel educativo Ingresos económicos Dependencia económica Distrito de procedencia	Encuesta
				Características biológicas	Antecedentes obstétricos	

<p>de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019? ¿Cuál es la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociales de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019? ¿Cuál es la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características biológicas de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019? ¿Cuál es la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características culturales de las puérperas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019?</p>	<p>de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019. Establecer la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características sociales de las puérperas en el servicio de Ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019. Establecer la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características biológicas de las puérperas en el servicio de Ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019. Establecer la relación entre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las características culturales de las puérperas en el servicio de Ginecología del Hospital 2-II Tarapoto, 2019.</p>	<p>características sociodemográficas de las puérperas atendidas en el servicio de ginecología del Hospital 2-II Tarapoto. 2019.</p>	<p>Características culturales</p>	<p>Antecedentes ginecológicos Antecedentes patológicos</p> <p>Nivel de Conocimiento de la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) Creencias asociadas a la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV)</p>
<p>Metodología</p>	<p>Población</p>		<p>Muestra</p>	
<p>Tipo básica Diseño no experimental Nivel correlacional</p>	<p>La población de la investigación estará conformada por 1200 puérperas que fueron atendidas por medio de cesárea en el año 2019, en donde se incluye a las pacientes que aceptaron la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las que no accedieron a dicho método.</p>		<p>La muestra de la investigación estará conformada por 205 puérperas que fueron atendidas por medio de cesárea en el año 2019, en donde se considera a las pacientes que aceptaron la anticoncepción quirúrgica voluntaria y las que no accedieron a dicho método.</p>	

Anexo 2.

Cuestionario



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Estimado, esperamos su colaboración, respondiendo con sinceridad el siguiente cuestionario

La presente encuesta será dictada por el investigador y ustedes responderá según su criterio, se solicita que sea veraz, además es de carácter anónimo y voluntario, Si usted gusta a colaborar con el estudio, sírvase a contestar las preguntas que se presentan a continuación.

Características sociodemográficas

Características sociales

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

Características biológicas

7. ¿A qué edad menstruó por primera vez? _____
8. ¿A qué edad inició sus relaciones sexuales? _____
9. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?: 1 pareja () De 2 a 3 parejas () Mayor a 3 parejas ()
10. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____
11. ¿Cuántos partos ha tenido? _____
12. ¿Cuántos abortos ha tenido? _____
13. Número de cesáreas: _____
14. ¿Qué método anticonceptivo ha utilizado anteriormente?
 - a) Píldoras.
 - b) Ampollas.

- c) T de cobre.
 - d) Preservativo.
 - e) Implante.
 - f) Métodos naturales: Coito interrumpido () Ritmo ()
 - g) Creencias Si () No () ¿Cuál?.....
 - h) Abstinencia.
 - i) Ninguno.
15. ¿Sufre usted de descensos vaginales con frecuencia? Si () No ()
16. ¿Sufre usted de alguna enfermedad? Si () No () Cual(es):

Características culturales

17. ¿Cree usted que después de la ligadura de trompas el tiempo para recuperarse y poder trabajar es corto? Si () No ()
18. ¿Cree usted que si se realiza este procedimiento le producirá alguna secuela que imposibilite trabajar? Si () No ()
19. ¿Piensa o cree que es necesaria la comunicación con tu pareja para realizarse la ligadura de trompas? Si () No ()
20. ¿Piensa que es necesario que su pareja le permita aceptar la elección de este método anticonceptivo? Si () No ()
21. ¿Cree usted que la ligadura de trompas le produciría alguna enfermedad? Si () No () de ser si, ¿Cuál?.....
22. ¿Cree usted que la ligadura de trompas provoca menopausia a una edad temprana? Si () No ()
23. ¿Cree usted que la ligadura de trompas provoca trastornos mentales? Si () No ()
24. ¿Cree usted que la ligadura de trompas disminuye el placer sexual en la mujer? Si () No ()
25. ¿Es usted creyente de alguna religión? Si () No () De ser si ¿Es esta le imposibilita realizarse este procedimiento? Si () No ()
26. ¿Aceptaría someterse a una ligadura de trompas voluntaria? Si () No () ¿por qué?.....

Anexo 3.

Validación por juicio de expertos

Ficha de validación de instrumento

I. DATOS GENERALES

- I.1 Apellidos y nombres del experto: *Pomayuy Vilchez Rafael*
 I.2 Grado académico: *Licenciatura de Ginecología*
 I.3 Cargo e institución donde labora: *Médico Ginecóloga del MINSA.*
 I.4 Título de la Investigación: *Anticoncepción quirúrgica voluntaria relacionada con las creencias.*
 I.5 Autor del instrumento: *Néstor Antonio Guacacá Chávez*
 I.6 Licenciatura/Maestría/Doctorado: *Licenciatura.*
 I.7 Nombre del instrumento: *Características Sociodemográficas*

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS	Deficiente 0-20% 1	Regular 21-40% 2	Bueno 41-60% 3	Muy Bueno 61-80% 4	Excelente 81-100% 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.			X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					X
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.			X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					X
SUB TOTAL				6	16	20
TOTAL (PROMEDIO)						4.2

VALORACION CUALITATIVA: *Se encuentra en la categoría Muy bueno y excelente con una valoración de 4.2.*

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: *Es aplicable para la investigación.*

[Firma]
 M. RAFAEL POMAYUY VILCHEZ
 Médico Ginecólogo
 CMF. 39978 RN. 38755

Ficha de validación de instrumento

I. DATOS GENERALES

- I.1 Apellidos y nombres del experto: *Piña Rodríguez Víctor*
 I.2 Grado académico: *Médico Ginecoobstetra*
 I.3 Cargo e institución donde labora: *Médico del Hospital RENSA*
 I.4 Título de la Investigación: *Anticoncepción quirúrgica voluntaria relacionada a las caract.*
 I.5 Autor del instrumento: *Hector Antonio Ballesteros Chávez*
 I.6 Licenciatura/Maestría/Doctorado: *Licenciatura*
 I.7 Nombre del instrumento: *Cuota Justicias Socio demográficas*

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS	1 Deficiente 0-20%	2 Regular 21-40%	3 Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80% ⁴	5 Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.			X		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.				X	
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.			X		
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				X	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.			X		
SUB TOTAL				6	16	15
TOTAL (PROMEDIO)						3.7

VALORACION CUALITATIVA: *Se encuentra en la categoría de muy bueno y bueno con una valoración de 3.7.*

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Es aplicable para la investigación.

[Firma]
 Med. Víctor Piña Rodríguez
 GINECO-OBSTETRA
 CMP: 60525

Ficha de validación de instrumento

I. DATOS GENERALES

I.1 Apellidos y nombres del experto: *Karina Portocarrero Kuria*

I.2 Grado académico: *Obstetra*

I.3 Cargo e institución donde labora: *Obstetra - MIMSA.*

I.4 Título de la Investigación: *Anticoncepción quirúrgica voluntaria relacionada a las caract.*

I.5 Autor del instrumento: *Hidalgo Antonio Guerrero Chaves.*

I.6 Licenciatura/Maestría/Doctorado: *Licenciatura.*

I.7 Nombre del instrumento: *Características sociodemográficas.*

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS	Deficiente 0-20% 1	Regular 21-40% 2	Bueno 41-60% 3	Muy Bueno 61-80% 4	Excelente 81-100% 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.			X		
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.				X	
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.			X		
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.			X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.			X		
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.		X			
SUB TOTAL			2	12	16	5
TOTAL (PROMEDIO)						3.5

VALORACION CUALITATIVA: *Se encuentra en la categoría bueno y Muy bueno con una valoración de 3.5*

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- Es aplicable para la investigación

KARINA MENDOZA PORTOCARRERO
OBSTETRA
CUP: 24350

Ficha de validación de instrumento

I. DATOS GENERALES

- I.1 Apellidos y nombres del experto: *Suárez Huacasha Karlene*
 I.2 Grado académico: *Obstetra*
 I.3 Cargo e institución donde labora: *Obstetra - Mansa.*
 I.4 Título de la Investigación: *Aplicación de gestación voluntaria relacionada a las curat.*
 I.5 Autor del instrumento: *Hector Arturo Guzmán Chávez*
 I.6 Licenciatura/Maestría/Doctorado: *Licenciatura*
 I.7 Nombre del instrumento: *Características Sociodemográficas*

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS	Deficiente 0-20% 1	Regular 21-40% 2	Bueno 41-60% 3	Muy Bueno 61-80% 4	Excelente 81-100% 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.		X			
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.			X		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.			X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.		X			
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.		X			
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.		X			
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.			X		
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.		X			
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.			X		
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.			X		
SUB TOTAL			10	15		
TOTAL (PROMEDIO)						2.5

VALORACION CUALITATIVA: *Se encuentra en la categoría regular y bueno con una valoración de 2.5*

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Es aplicable para la investigación.

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL II, 2 TARAPOTC

 Karlene M. Suárez Huacsha
 2018