

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**



**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Carrera Profesional de Enfermería**

**Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca. Perú 2022.**

**Bach. Jessica Yamilet Escalante Salazar**

**Bach. Silvia Mardely Requelme Casanoba**

**Asesora:**

**Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera**

**Cajamarca – Perú – 2022**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**



**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Carrera Profesional de Enfermería**

**Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca. Perú 2022.**

**Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para obtener el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.**

**Bach. Jessica Yamilet Escalante Salazar**

**Bach. Silvia Mardely Requelme Casanoba**

**Asesora**

**Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera**

**Cajamarca – Perú – 2022**

COPYRIGHT © 2022 by

JESSICA YAMILET ESCALANTE SALAZAR

SILVIA MARDELY REQUELME CASANOBA

Todos los derechos de autor.

***UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO***

***FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD***

***CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA***

**APROBACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PERSONAS EN EDAD REPRODUCTIVA. PUESTO DE SALUD AYLAMBO CAJAMARCA. PERÚ 2022.**

**JURADO EVALUADOR**

---

Presidente

---

Secretario

---

Asesora

## **DEDICATORIA**

**A:**

La presente tesis está dedicada a Dios, ya que gracias al hemos logrado concluir nuestra carrera, a nuestros padres porque ellos siempre estuvieron a nuestro lado brindándonos su apoyo y sus consejos para ser de nosotras una mejor persona.

A nuestra familia por brindarnos su apoyo y sus palabras de fortaleza para poder concluir nuestra carrera profesional.

A nuestro docente que nos dedicaron su tiempo, compartieron sus conocimientos y nunca nos negaron su apoyo para así lograr que este sueño se haga realidad y guiarnos para ser unas personas de bien.

**Las autoras**

**Jessica Yamilet, Escalante Salazar**

**Silvia Mardely, Requelme Casanoba**

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, damos gracias a Dios por habernos dado la vida y sobre todo salud, para continuar en esta hermosa etapa universitaria, por ayudarnos a superar cada uno de los obstáculos que fueron surgiendo en el camino y así poder lograr esta meta.

A Nuestra Universidad Antonio Guillermo Urrelo quien nos acogió en sus aulas, esforzándose por brindarnos una educación, para nuestra formación profesional en estos preciados cinco años.

A todo el grupo de docentes, que nos animaron y ayudaron durante el trayecto de nuestra educación, por compartir todos sus conocimientos, nos guiaron de manera constante esforzándose por cultivar todas nuestras habilidades para poder culminar con éxito nuestra carrera profesional.

A nuestras familias, por estar siempre ahí para nosotros, por ser nuestro apoyo incondicional en el ámbito económico y emocional desde que iniciamos a estudiar ya que sin ellos esto no podría haber sido posible.

A nuestra asesora Dra. Dolores Chávez Cabrera por haber formado parte del crecimiento profesional, por el apoyo que nos brindó en todas nuestras etapas en especial en la culminación de esta carrera profesional de EFERMERÍA.

GRACIAS.

**Las autoras**

**Jessica Yamilet, Escalante Salazar**

**Silvia Mardely, Requelme Casanoba**

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca. Perú 2022; estudio de tipo descriptivo transversal y correlacional, con una población de 523 y una muestra de 113; se utilizó como instrumento un cuestionario: obteniendo como resultados que, más de la mitad de la población en estudio se encuentra entre 19 a 26 años; aproximadamente las tres cuartas partes son de sexo femenino; predomina el estado civil conviviente; más de la mitad profesan la religión evangélica, más de la mitad proviene de familia parenteral y extendida; la mayoría de ellas, tienen conocimiento bajo sobre métodos anticonceptivos; el 44,2% no utilizan ningún método anticonceptivo 39,8% utilizan preservativos y el 7,1% utilizan el método del ritmo. Concluyendo que Existe una correlación inversa; es decir, a pesar que sí poseen conocimiento medio sobre métodos anticonceptivos (44,2%); sin embargo, en la práctica no lo aplican por influencias religiosas. Demostrado a través coeficiente de correlación de Pearson que arrojó un valor  $r = - 0.016$ .

Palabras claves: Personas en edad reproductiva, conocimiento, práctica, métodos anticonceptivos.

## ABSTRACT

This research work aimed to determine the relationship between the level of knowledge and use of contraceptive methods of people of reproductive age. Aylambo Cajamarca Health Post. Peru 2022; cross-sectional and correlational descriptive study, with a population of 523 and a sample of 113; a questionnaire was used as an instrument: obtaining as results that more than half of the study population is between 19 and 26 years old; approximately three quarters are female; cohabiting marital status predominates; more than half profess the evangelical religion, more than half come from parenteral and extended family; most of them have low knowledge about contraceptive methods; 44.2% do not use any contraceptive method, 39.8% use condoms and 7.1% use the rhythm method. Concluding that there is an inverse correlation, that is, despite the fact that they do have average knowledge about contraceptive methods (44.2%); however, in practice they do not apply it due to religious influences. Demonstrated through Pearson's correlation coefficient that gave a value  $r = - 0.016$ .

Keywords: People of reproductive age, knowledge, practice, contraceptive metho



## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTO .....	ii
RESUMEN .....	iii
ABSTRACT .....	iv
INTRODUCCION .....	1
CAPÍTULO I .....	2
1.1 EL PROBLEMA .....	2
1.1.1 Planteamiento del problema .....	2
1.1.2 Formulación del problema .....	8
1.2 OBJETIVOS .....	8
1.2.1 Objetivo general .....	8
1.2.2Objetivos específicos .....	9
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	9
CAPÍTULO II .....	10
2.1 MARCO TEÓRICO .....	10
2.1.1 Antecedentes .....	10
2.1.2 Bases teóricas .....	13
2.1.2.1Teoría de cambios de comportamiento .....	13
2.1.2.2 Modelo de Dorothea Orem autocuidado, déficit del cuidado .....	14
2.1.2.3 Conocimiento .....	15
1) Clasificación del conocimiento .....	16
2.1.2.4 Salud .....	18

2.1.2.5 Salud sexual .....	18
2.1.2.6 Salud reproductiva .....	19
2.1.2.7 Paternidad responsable .....	19
2.1.2.8 Planificación familiar .....	20
2.1.2.9 Métodos anticonceptivos .....	21
A) Clasificación de los métodos anticonceptivos .....	22
1. Métodos anticonceptivos naturales .....	22
1.1 Método del ritmo o calendario .....	22
1.2 Método de Billings, de la ovulación o del moco cervical .....	23
1.3 Método temperatura basal .....	24
2. Métodos anticonceptivos de barrera .....	25
2.1 Preservativo o condón .....	25
2.2 Condón Femenino .....	26
2.3 Espermicidas .....	26
3. Métodos anticonceptivos hormonales .....	27
3.1 Anticonceptivos orales .....	27
3.2 Inyectables solo progestágeno .....	28
3.3 Inyectable combinado .....	29
3.4 Anticoncepción oral de emergencia .....	30
4. Métodos anticonceptivos quirúrgicos .....	31
4.1 Vasectomía .....	31
4.2Ligadura de trompas .....	32
2.2 BASES LEGALES .....	33

2.3 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS .....	33
2.4 VARIABLES .....	34
2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (MATRIZ DE CONSISTENCIA) .....	34
CAPÍTULO III .....	36
MARCO METODOLÓGICO .....	36
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	36
3.2 ÁMBITO DEL ESTUDIO .....	36
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	37
3.3.1 Población .....	37
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión .....	37
3.4 MUESTRA .....	37
3.5 UNIDAD DE ANÁLISIS .....	38
3.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	38
3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	38
3.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	38
3.9 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS .....	39
3.10 PROCESAMIENTO DE DATOS .....	39
CAPÍTULO IV .....	40
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	40
4.1 Presentación, Análisis e interpretación de resultados .....	40
TABLA 1. Característica sociodemográfica según edad, en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca Perú 2022 .....	40

TABLA 2. Característica sociodemográfica según sexo, en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca Perú 2022 .....	40
TABLA 3. Característica sociodemográfica según estado civil, en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca Perú 2022 .....	41
TABLA 4. Característica sociodemográfica según religión, en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca Perú 2022 .....	41
TABLA 5. Característica sociodemográfica según grado de instrucción, en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca Perú 2022 .....	42
TABLA 6. Característica sociodemográfica según tipo de familia, en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca Perú 2022 .....	42
TABLA 7. Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, de personas en edad reproductiva. Puesto de salud Aylambo .....	43
TABLA 8. Uso de métodos anticonceptivos en personas en edad reproductiva. Puesto de salud Aylambo. Cajamarca – 2022 .....	43
TABLA 9: Correlación de PEARSON .....	44
4.2 Discusión y análisis .....	44
CAPÍTULO V .....	47
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	47
5.1 Conclusiones .....	47
5.2 Recomendaciones .....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	48
ANEXOS .....	58
Encuesta .....	58

## INTRODUCCIÓN

La edad reproductiva es definida como el periodo de vida, tanto en la mujer como en el hombre en donde se lleva a cabo procesos fisiológicos a partir de la adolescencia hasta los 35 años en la mujer y 60 años en el varón.

En el caso del varón donde hay producción progestinas, andrógenos y estrógenos, se alcanza la capacidad reproductora completa y se desarrollan las características adultas propias de su sexo; el crecimiento muscular y óseo, la aparición de vello púbico, vello facial y el cambio de voz, que se hace más grave. El hipotálamo secreta la hormona liberadora de hormona luteinizante, que estimula la hipófisis para que secrete la hormona luteinizante (lutropina) y la hormona foliculoestimulante. La hormona luteinizante hace que los testículos produzcan testosterona. La foliculoestimulante, junto con la testosterona, hace que los testículos produzcan esperma.

En la mujer, a partir de la pubertad al hacerse el ovario sensible a las gonadotrofinas hipofisarias, se establece un proceso cíclico de producción de gametos, el cual perdura hasta el final de la etapa reproductiva de la mujer, durante la etapa fértil de la mujer, el ovario en respuesta a la secreción cíclica de gonadotropinas (LH y FSH), genera y libera de manera periódica ovocitos (gametos).

Estos procesos fisiológicos generalmente predisponen a una actividad sexual activa la misma que debe ser responsable para lo cual las personas deben de llevar a cabo una paternidad responsable a través de una planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos por lo cual las personas deben de tener conocimiento acerca de ellos, de tal manera que su uso sea en forma correcta de ahí el interés por realizar el presente trabajo de investigación.

El informe consta de cinco capítulos:

Capítulo I Aborda el problema de investigación.

Capítulo II Marco teórico.

Capítulo III Metodología.

Capítulo IV Resultados.

Capítulo V Conclusiones y recomendaciones.

# CAPÍTULO I

## 1.1 EL PROBLEMA

### 1.1.1 Planteamiento del problema

La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida, en la que cada persona vive de manera particular y en la que se ve influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales que abarca el sexo, las identidades y roles de género, orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. El conocer sobre los métodos anticonceptivos y sus usos, nos permite vivir la sexualidad con responsabilidad, evitando embarazos no deseados, en muchos casos frustraciones personales y enfermedades de transmisión sexual, que tiene relación directa con la salud sexual y reproductiva. (1)

La salud reproductiva, aborda los mecanismos de la procreación lo que implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos siempre y cuando se desee. Esta concepción de la salud reproductiva supone que mujeres y hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguro, eficaz, asequible y aceptable. (1)

En la práctica diaria, las personas en edad reproductiva, muchas veces tienen limitaciones en la información completa apropiada y adecuada por lo que desconocen parcialmente sobre paternidad responsable, que implica un involucramiento activo de los padres no solo en la provisión de recursos económicos sino también en la crianza y la vida cotidiana de sus hijos/as; (2) además de métodos anticonceptivos como: píldoras anticonceptivas orales, implantes, inyectables, parches, anillos vaginales, dispositivos intrauterinos, preservativos, esterilización masculina y femenina, método de la lactancia materna, coito interrumpido y métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (3) y conduciendo a tomar decisiones

equivocadas y teniendo como consecuencia los embarazos no deseados, conllevándolos al aborto y/o familia numerosa. (3)

Se estima que en el 2019 había 1900 millones de mujeres en edad reproductiva entre 15 y 49 años en el mundo, de las cuales 1112 millones precisan planificación familiar. De ellas, 842 millones utilizan métodos anticonceptivos y 270 millones tienen necesidades desatendidas en materia de anticoncepción. El porcentaje de mujeres en edad reproductiva con las necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos era del 75,7% a nivel mundial en 2019, pero en África central y occidental esta cifra no llegaba al 50%. (3)

El uso de anticonceptivos fomenta el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo entre los embarazos. (3)

Entre el quinquenio 2015 -2019, hubo 121.0 millones de embarazos no deseados anualmente, lo que corresponde a una tasa global de 64 embarazos no deseados ósea 70 por 1000 mujeres de edad de 15 a 49 años. El 61% de los embarazos no deseados terminaron en aborto; un total de 73.3 millones de abortos anualmente lo que corresponde a una tasa global de aborto de 39 abortos ósea equivalente a 44 por 1000 mujeres de 15 a 49 años. Utilizando los grupos de ingresos del Banco Mundial, encontramos una relación inversa entre el embarazo no deseado y los ingresos, mientras que las tasas de aborto variaron de manera no monotonica entre los grupos. En los países donde el aborto estaba restringido, la proporción de embarazos no deseados que terminaron en aborto había aumentado y las tasas de embarazo no deseado fueron más altas que en los países donde el aborto era ampliamente legal. (4)

Más de 200 millones de mujeres alrededor del mundo no tienen acceso a los medios para planificar el momento de ser madres, el número de sus hijos y el espaciamiento de sus embarazos. (5)

Más de 200 millones de mujeres en el mundo desean prevenir el embarazo, pero no pueden hacerlo debido a obstáculos económicos, sociales o

institucionales que les impiden obtener información sobre anticonceptivos modernos o servicios que los proporcionen (5); del 2010 al 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos que significa el 45% de todos los abortos al año, el 97% de ellos se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina (6); la OMS estima que una reducción en servicios de salud sexual y reproductiva ocasionará 15 millones de embarazos no deseados en el curso de un año. (7)

En América Latina y el Caribe el número de abortos cambio pocos entre los años 1995 y 2003, que fue de 4.2 millones a 4.1 millones, de estos últimos 3.9 millones fueron inseguros. sin embargo, debido a que el número de mujeres en edad reproductiva aumentó, la tasa anual de aborto disminuyó entre 1995 y 2003 de 37 a 31 abortos por 1,000 mujeres de 15–44 años de edad. En 2003, la tasa anual estimada de abortos inseguros para la región en su conjunto fue de 29 por 1,000 mujeres de 15–44 años de edad; la tasa de procedimientos seguros fue de uno por 1,000. La mayoría de abortos seguros ocurrieron en Cuba, Guyana y Puerto Rico en donde el procedimiento es permitido bajo diversas causales y es practicado por profesionales médicos capacitados; Además la tasa de embarazos disminuyó de 159 por 1,000 mujeres de 15–44 años de edad en 1995 a 123 por 1,000 en 2008. (8)

En Argentina, en el año 2016 se internaron en hospitales públicos 39.025 niñas, adolescentes y mujeres por situaciones relacionadas al aborto, 48% de ellas tenía entre 20 y 29 años y 16% eran niñas y adolescentes entre 10 y 19 años. En el trienio 2016-2018, 459 mujeres murieron por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio; 65 de ellas estuvieron relacionadas con el aborto. Estas muertes representan el 15% del total de las muertes maternas. 9 de las muertes por aborto fueron de adolescentes de entre 15 y 19 años y casi la mitad de mujeres de 20 a 29 años. (9)

En Guatemala y México, expertos en la materia estiman que el 42–67% de las mujeres pobres que tienen abortos experimentan complicaciones graves para su salud, comparadas con el 28–38% de las mujeres en mejores condiciones económicas. Se estima que un 10–20% de todas las mujeres que



tienen abortos necesitan, pero no reciben, atención médica para complicaciones graves. Casi nueve de cada 1,000 mujeres en edad reproductiva en Guatemala y seis de cada 1,000 en México, son hospitalizadas cada año por complicaciones de abortos inseguros. (8)

En Uruguay, antes de que se despenalizara el aborto, se estimaba que en este país ocurrían 33.000 abortos anuales para el año 2002, mientras entre los años 2013 y 2019, años posteriores a la despenalización del aborto, con límite gestacional, se realizaron un total de 65.202 interrupciones voluntarias del embarazo en los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a un promedio de 9.315 abortos por año.

En términos de tasa, puede observarse una tendencia al alza entre los años 2013 al 2015 y luego una cierta estabilización en los años posteriores. (10)

En Brasil en el periodo transcurrido entre 1968 y 2013, en las mujeres cuyas edades estaban comprendidas de 15 a 19 años, se habían realizado en el país un total de 4.5 millones de abortos inducidos, al tiempo que, para igual período, se registran 7.5 millones de nacidos vivos, lo que significa que, por cada 100 nacidos vivos, se habían producido un total de 60 abortos. Otra investigación revela que: de los 76 adolescentes que fueron seleccionados por muestreo entre las edades de 15 a 19 años, 95% de ellos reconocieron tener prácticas sexuales, ninguno utilizó el preservativo o condón en sus primeras relaciones sexuales, sólo 4 jóvenes dijeron haberlo empleado en relaciones subsiguientes; su no uso lo explicaron como: "no saben cómo usarlo" (50.7%), "no les gusta usarlo" (33.6%), "no tienen quién los oriente" (8.3%), "se les olvida" (6.1%), "otras razones" (1.3%). (11)

En Colombia, el 44% de los embarazos no planeados, terminan en un aborto inducido. Esto se traduce en unos 400,400 abortos inducidos cada año. En 2008, 322 (0.08%) de estos abortos fueron Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) practicadas en las instituciones de salud, dado que cumplieron con uno de los tres criterios legales. El número absoluto de abortos aumentó en cerca de 40% de 1989 a 2008, en gran parte debido a que en la actualidad hay muchas más mujeres en edad reproductiva que las que había hace dos décadas. La tasa anual de aborto en el país aumentó

ligeramente en ese período, llegando a 39 abortos por 1,000 mujeres de 15–44 años en 2008, comparado con 36 por 1,000 en 1989. Las tasas de aborto presentan una amplia variación, de 18 por 1,000 en la región Oriental a 66 por 1,000 en Bogotá, lo que probablemente es un reflejo de las diferencias relacionadas con la motivación de las mujeres para evitar tener hijos no deseados. (12)

En el Perú en el año 2014, los departamentos con mayor proporción de madres adolescentes son Loreto 30,4%; Amazonas 28,1%, Madre de Dios 24,4%, San Martín 24,1% y Ucayali 21,2%. (13)

De cada 100 adolescentes actualmente unidas que ya son madres o que se encuentran gestando por primera vez, 59 usan algún método anticonceptivo. De este total, 44 usan métodos modernos y 15 métodos tradicionales. También, el 21,6% de las adolescentes han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja; por otro lado, la atención del parto a las adolescentes que ya son madres ha sido hecha por profesionales de la salud médico 49,1%, obstetras 37,4% y enfermera 1,6%. (13)

El 13 % de las adolescentes peruanas entre los 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas; 7 de cada 10 adolescentes peruanas que son madres o están embarazadas no habían planificado su embarazo. (5)

En el Perú, solo el 45 % de las mujeres planearon su embarazo. Se han logrado importantes avances respecto a los derechos reproductivos; sin embargo, queda mucho por hacer para empoderar a aquellas personas cuyos derechos y opciones aún están limitados. (5)

En Perú es uno de los países de América Latina con mayor número de abortos inducidos: alrededor de 300,000 cada año. Se calcula que en el mismo lapso cinco de Cada 100 peruanas entre los 15 y 49 años se provoca un aborto, según los especialistas, la práctica de aborto en forma clandestina acarrea complicaciones sobre todo a las mujeres de escasos recursos, sean rurales (69%) urbanas (44%) y en mucho menor medida a las mujeres que tienen altos ingresos (9%). Cerca de 65 mil mujeres son hospitalizadas cada año por complicaciones de aborto. (14)

A nivel nacional, el 19% de mujeres se han realizado un aborto. el mismo que ocurre a pesar de la prohibición legal que hay en el Perú; su práctica es transversal a todos los niveles socioeconómicos. Sin embargo, la mayor cantidad de mujeres que reportaron un aborto fueron de los estratos económicos medios y bajos.

Las mujeres que reportan una experiencia de aborto son de todas las edades; pero se evidencia una mayor frecuencia entre mujeres jóvenes (menores de 30 años).

El 58% de las mujeres acudieron a un profesional de salud para interrumpir el embarazo; la gran mayoría de mujeres de este grupo tuvo un aborto quirúrgico.

En cuanto al uso de los métodos anticonceptivos, el método más usado es la intervención quirúrgica, el cual representa el 47%. El segundo más usado son las pastillas, el cual representa el 34% de los abortos a nivel nacional.

(15)

En Cajamarca, el 23 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de edad estaban embarazadas alguna vez en su vida, ya son madres (18%) o están gestando por primera vez (4%). Esta proporción es relativamente baja entre los 15 y 16 años y se incrementa por arriba del promedio a partir de los 17 años (23%), alcanzando la cúspide a los 19 años (50%). Los mayores porcentajes de adolescentes que son

madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres sin educación (85%) y entre aquéllas que residen en el área rural (29%). (16)

En el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2019 se han atendido 687 mujeres por aborto, los cuales fueron resueltas por medio de legrado uterino o por aspiración manual endo-uterina, dependiendo de la edad gestacional; concluyendo que en promedio se han atendido 02 abortos por día, el mes con mayor cantidad de casos fue en octubre, el grupo de edad más afectada esta entre los 18 a 29 años (48.9%), afortunadamente no hubo casos en menores de 12 años. (17); el 12,6% de adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o se encuentran embarazadas a nivel nacional. Pero el 24,9% de ellas, se encuentran en el quintil más pobre (INEI, 2019). (7)

A pesar de todos los esfuerzos, la falta de información y la distorsión de esta, determina que el grupo adolescente inicien su actividad sexual a temprana edad en ambos sexos (15 años); sin embargo más del 50% no conoce el correcto uso de los métodos anticonceptivos y alrededor del 35% de adolescentes en etapa escolar no han recibido información sobre planificación familiar o enfermedades de transmisión sexual, lo que tiene como consecuencia el 23% de los casos de primeros embarazos en mujeres, la información insuficiente acerca del método anticonceptivo y sus usos como el método de barrera (el preservativo), el método natural (ritmo) y el método hormonal (píldora), conlleva en muchos casos a embarazos no deseados, a interrumpir sus estudios, inestabilidad familiar, entre otros. (18) Frente a este panorama, se plantea la siguiente pregunta:

### **1.1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en personas en edad reproductiva? Puesto de Salud Aylambo Cajamarca. Perú 2022.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca. Perú 2022.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Determinar las características sociodemográficas de las personas en edad reproductiva.
- Determinar el nivel de Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca. Perú 2022.
- Determinar el uso de los métodos anticonceptivos en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca. Perú 2022.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Frente a la problemática encontrada anteriormente se propone realizar la presente investigación con la finalidad de determinar la situación actual, sobre salud sexual y reproductiva, determinado el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos de los pobladores de la jurisdicción del Puesto de Salud Aylambo; también para dar a conocer los resultados, a las autoridades de Salud sobre esta situación las mismas que propondrán y priorizaran las políticas dirigida a la salud sexual y reproductiva para solucionar el problema presentado. Además, servirá como fuente bibliográfica para comunidad científica.

## CAPÍTULO II

### 2.1 MARCO TEÓRICO

#### 2.1.1 Antecedentes

##### A nivel internacional

En el estudio **Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y utilización del condón en la primera experiencia sexual de adolescentes varones y mujeres que son estudiantes de los quintos cursos del colegio nacional José Julián Andrade, de la provincia del Carchi de enero a julio del 2012”** concluyeron que, los estudiantes tuvieron poco conocimiento de los métodos anticonceptivos ya que se da más importancia a las materias de especialidad por lo tanto no están informados de la correcta utilización del condón; que el inicio de su primera experiencia sexual se debe a la influencia de los factores sociodemográficos, socioculturales y psicológicos; la mayoría de los adolescentes conocen acerca del uso del condón pero no le dan la debida importancia porque tienen información errónea de los beneficios de utilizar este método. (19)

En la investigación **Uso de los métodos anticonceptivos en jóvenes desde la perspectiva de género: una visión desde la educación para la salud,** obtuvo como resultados que el 78% de los jóvenes están de acuerdo que la mejor forma de evitar enfermedades de transmisión sexual es usar preservativos en toda la relación con penetración, 64% de los estudiantes respondieron que el sida y otras enfermedades de transmisión sexual pueden evitarse si se utiliza preservativo durante toda la relación sexual, el 40% de los alumnos respondieron que están totalmente en desacuerdo al referir que el coito interrumpido es un método muy eficaz para evitar el embarazo, 60% de los jóvenes respondieron que están totalmente de acuerdo que utilizar preservativos permite tener relaciones sexuales más seguras y placenteras. (20)

En la pesquisa, Se realizó un estudio en Ecuador acerca del **Impacto de una estrategia educativa en los conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes del colegio nacional experimental salcedo de la parroquia San Miguel del cantón salcedo**. Llegando a los siguientes resultados que existen un elevado número de adolescentes que no utilizan métodos anticonceptivos, alegando como principales causas los efectos colaterales y la escasa visión de riesgos, tomando como principal fuente los amigos. (21)

En la pesquisa, **Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud**”. Se entrevistó a un total de 120 adolescentes cuyo nivel de conocimientos fue calificado como medio en 60.8% y bajo en 23.3%. El condón fue el método anticonceptivo mayormente utilizado (65.2%); asimismo, fue el método de barrera del que se tenía un mejor conocimiento (95.8%). Solo se obtuvieron diferencias respecto a la edad de los participantes. Los resultados obtenidos en este estudio muestran que es necesario mejorar la calidad de la información sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, lo que se espera, repercuta positivamente en la salud sexual y reproductiva de la población. (22)

En la investigación, del **Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en estudiantes de último año de la carrera de medicina en el Hospital Roosevelt. Guatemala**. demuestra como resultados que los métodos que más conocían los estudiantes fueron: método natural en un 81%, método de barrera 54%, dispositivo intrauterino 50%, anticonceptivos orales 44% y método inyectado de depósito 26%. (23)

### **A Nivel Nacional**

Se realizó un estudio acerca de **Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de 14 -17 años de la institución educativa nuestra señora de Fátima – Piura**. Llegando a los siguientes resultados el nivel de conocimiento global sobre métodos anticonceptivos

que tienen los adolescentes en el ámbito de estudio, evidenciándose que el 64,14% tiene un regular conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en general, el 20,69 % desconoce sobre este tema y solo el 15,17% conoce sobre los métodos anticonceptivos. (24)

En la pesquisa, se realizó el conocimiento y **uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Luján**. En lo que respecta al nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes sobre los métodos anticonceptivos, en la presente investigación sé que se llegó a los siguientes resultaos: 43% de las madres tiene un conocimiento “Medio”, el 32% un conocimiento “Bajo” y el 25% un conocimiento “Alto”. Esto nos demuestra que aún hay ciertas falencias que poseen las madres adolescentes sobre los métodos anticonceptivos como por ejemplo la utilidad de los mismos, que además de los anticonceptivos hormonales también existen métodos naturales, los efectos secundarios de las píldoras anticonceptivas, etc. Por lo que esto puede traer como consecuencias el uso inadecuado y mayor predisposición a un embarazo. (25)

Se realizó un estudio en Iquitos acerca de Factores demográficos y culturales relacionados al uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de la facultad de enfermería UNAP. El trabajo de investigación demuestra los siguientes resultados: que de 130 (100%) de la muestra 18,5 % usan preservativo; 15,4 % inyectables, 12,3 % píldoras, 7,7% método del ritmo y 6,2% coito interrumpido. Cabe reflexionar que 40.0% no usan ningún método anticonceptivo siendo sujetos activamente sexuales esto indica que existe un gran riesgo de contraer ITS, VIH, embarazo no deseado entre otras morbilidades, poniendo en riesgo la salud y la vida de cada uno de ellos. (26)

En la investigación se realizó un estudio en conocimiento **sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torre**. El grado de asociación entre el nivel



de conocimiento sobre métodos anticonceptivos con los factores sociodemográficos: edad, religión y tipo de familia en estudiantes adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nacional Nicolás La Torre, es relativamente alto. Los resultados fueron: el 92% de los estudiantes del sexo masculino como del femenino, están de acuerdo que el condón en la relación sexual, previene el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el Sida. (26)

### **A Nivel Local**

Se realizó un estudio, sobre **Métodos Anticonceptivos llegando a los siguientes resultados, La mayoría de los adolescentes han recibido educación sexual ya sea a través de los amigos, la familia o las instituciones educativas.** Todos los adolescentes excepto unos cuantos conocen los métodos anticonceptivos, que de estos todos conocen el preservativo, pastillas, dispositivo intrauterino (DIU), el coito interrumpido, por último, la atadura de trompas que la conocen. De hombres que usan métodos anticonceptivos se observa el aumento del número de estos, en función de la edad, a las 15 sólo 2 personas y a los 18, 15 personas. Todos los adolescentes conocen alguna enfermedad de transmisión sexuales de las cuales el SIDA es conocido por el total de los encuestados. La quinta parte conoce además del SIDA, gonorrea y/o sífilis y por último herpes genitales conocida por la minoría. (27)

## **2.1.2 Bases teóricas**

### **2.1.2.1. Teoría de cambios de comportamiento**

#### **A. Modelos de creencias de Salud**

Durante los últimos 40 años, los investigadores de salud desarrollaron este modelo para comprender y predecir la conducta de los individuos con relación a la prevención de las enfermedades, el uso de servicios de salud, retrasos en la búsqueda de cuidados de la salud y cumplimiento de las recomendaciones médicas. De acuerdo con el Modelo de Creencias

en Salud, la conducta de un individuo es determinada por la comprensión que éste tiene de:

- La percepción de la severidad de la enfermedad.
- La percepción de la susceptibilidad a la enfermedad o condición.
- La creencia de que una acción es eficaz para reducir la severidad de una enfermedad o su susceptibilidad a la enfermedad o condición.

Este modelo sugiere que, si las personas poseen la información sobre la severidad de la enfermedad y su propia susceptibilidad a la misma, adoptarán la conducta saludable si perciben que la conducta recomendada es efectiva. (28)

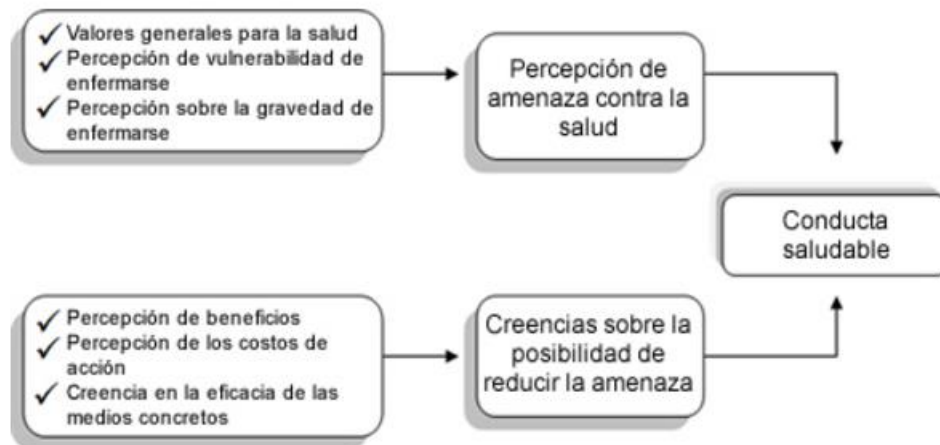


Fig. 1 Diagrama del Modelo de Creencias de Salud

### 2.1.2.2 Modelo de Dorothea Orem autocuidado, déficit del cuidado

Considera al individuo integralmente situando los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus

necesidades y demandas de autocuidado, respetando la dignidad humana, la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científicotécnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión. (29)

Orem considera los tres paradigmas:

a) Persona, concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar ideas, palabras y símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

b) Salud, es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la persecución del bienestar que tiene una persona.

c) Enfermería: significa proporcionar a personas o grupos asistencia, según sus requerimientos. (29)

### **2.1.2.3 Conocimiento**

Etimológicamente, su raíz madre deriva del griego episteme = ciencia; es estudiado por la epistemología que se la define como la 'teoría del conocimiento. (30). Es denominado como tipo de experiencia que contiene una representación de suceso o de hecho ya vivido, proceso de comprensión que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia y razón. (31); es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie (30)

El conocimiento se construye desde la primera infancia y acompaña el proceso de desarrollo de la persona, influyendo en su comportamiento y capacidad para resolver problemas; se origina a través de la percepción sensorial, de donde llega al entendimiento, y de allí pasa al proceso racional de análisis y codificación de la información. (32)

## **1) Clasificación del conocimiento**

### **1.1 Conocimiento vulgar**

Aquel que es adquirido y usado espontáneamente. (31); hace alusión a aquellas ideas y nociones que se adquieren a partir de la experiencia de las personas y que usualmente se transmiten de generación en generación. Son saberes que se aceptan como ciertos, sin la necesidad de una comprobación y que se utilizan para resolver problemas de la vida cotidiana. (33)

### **1.2 Conocimiento científico**

Aquel que se adquiere optando un papel que requiere de esfuerzos y preparación especial, es caracterizado por ser selectivo, metódico, explicativo, analítico y objetivo. (31); en él se examinan los conceptos reflejos e información, conocimiento científico e información científica. De manera general, la información se define como aquella parte del reflejo que puede transmitirse, objetivarse (variedad reflejada). Sobre esta base, se examina la diferencia entre los conceptos conocimiento científico e información científica. El conocimiento científico se define como el reflejo adecuado de la realidad que toma forma lingüística (lo que también constituye una definición de la información científica en un sentido amplio). Se expone también, la definición de información científica, como conocimiento científico transmitido, en el sentido que se emplea en la Ciencia de la Información y la actividad científico-informativa. (34)

Una vez realizadas las precisiones anteriores en que se diferenciaron la información y el conocimiento, según el aspecto que se refleje

prioritariamente (variedad o entidad), a continuación, se abordarán las diferencias entre la información científica y el conocimiento científico, un aspecto con un mayor significado para la gestión del conocimiento, la ciencia es vista como una actividad para producir y aplicar nuevos conocimientos en distintas esferas. Como actividad humana la ciencia posee los elementos siguientes: sujeto, objeto, medios, necesidades, objetivos, acciones, operaciones, condiciones, resultados, y otros, en dependencia del aspecto que se investiga. Como tipo de actividad social, se distingue la actividad científico investigativa, científico organizativo, científico pedagógico, científico auxiliar. (34)

### **1.3 Conocimiento descriptivo**

Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos, como la vista, gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. (31) Este se efectúa con la descripción de fenómenos con base en el contacto directo e indirecto que se tiene con ellos (observaciones, experimentos, experiencias). Según Podociotni, la descripción de los hechos es la primera operación mental con lo cual comienza toda ciencia. (35); se refiere al que se puede declarar verbalmente como hechos conocimientos conceptos, y se representa como imagen. (36)

### **1.4 Conocimiento teórico**

Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel descriptivo y el teórico reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El descriptivo es singular y el teórico universal. (31) El teórico se refiere a objetos dados en la intuición sensible y por ello exige de la existencia y aplicación de los conceptos puros o categorías a lo dado en la intuición sensible. (37) En este nivel el pensamiento adquiere su máxima expresión y autonomía respecto a la realidad inmediata ya que establece conexiones

entre los conceptos teóricos para explicar los fenómenos y relaciones que se estudian sino aquellos otros que se encuentran o pueden presentarse en la realidad (35)

#### **2.1.2.4 Salud**

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (38); esta definición tiene ventajas prácticas como sus respectivas críticas. Entre estas, Navarro (1998) acotó que la misma tiene un problema epistemológico importante, en donde existe un consenso universal sobre lo que significan los términos clave de la definición, esto es, salud y bienestar, tratándose de una definición ahistórica y apolítica. Con esto la OMS en cierta medida se estaría librando de la responsabilidad de clarificar quién decide lo que es bienestar y salud, soslayando la controversia política que dichas definiciones acarrearán, al mismo tiempo que deja entrever que la salud es un concepto científico “que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual”. (39)

#### **2.1.2.5 Salud sexual**

Es el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva, así como sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos en la que no es obligatoria la procreación, pues la sexualidad en sí misma es una forma de comunicación, convivencia y/o amor entre las personas. (40); Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (41) Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. (42)

### **2.1.2.6 Salud reproductiva**

Es el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual, segura y satisfactoria para reproducirse, así como la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. (40)

El concepto de lo que constituye la salud reproductiva ha evolucionado en muchos sentidos. Ya no se refiere solamente a la planificación de la familia, como se entendía en los años sesenta, sino que tiene un campo de acción mucho más amplio que rebasa la esfera biológica y se relaciona con los valores, la cultura y la realización personal de cada ser humano. En el plano personal, hoy día la salud reproductiva se refiere a un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la reproducción hasta que, en la mujer, desemboca en la menopausia y el climaterio y, en el hombre, en la andropausia. (43)

La salud reproductiva provoca reacciones apasionadas y puede ser objeto de intensos debates y formas dispares de interpretación. Sin embargo, muchas de esas inquietudes son comunes a los diferentes sistemas de creencias y valores y, por ende, tienen implicaciones importantes para el campo de la salud pública.

Además, los cambios implícitos en la nueva definición de la salud reproductiva no son superficiales, sino que generan nuevas expectativas que exigen modificar el diseño de los servicios y los principios de promoción de la salud. (43)

### **2.1.2.7 Paternidad responsable**

Una paternidad responsable propicia el camino hacia una sociedad más inclusiva. Para esto es necesario la implementación de políticas que promuevan una transformación cultural a favor de corresponsabilidad del cuidado y la conciliación entre el trabajo y la familia, acompañado de

marcos legales que garanticen permisos de paternidad por nacimiento y por enfermedad, el reconocimiento legal obligatorio de hijos/as. (44)

Que los padres tengan conciencia que el procrear un ser humano implica no sólo un compromiso y deber recíproco entre la pareja, sino también ante el hijo, la familia y la sociedad. No sólo es la decisión de dos para sí; sino que afectará a la totalidad de la familia, influirá en forma acertada o no en la sociedad, ya que la familia no es una isla en la sociedad, sino que es la célula básica de la sociedad (45); La tarea fundamental del matrimonio y de la familia es estar al servicio de la vida. En este sentido, el hijo es una bendición para los padres y como tal tiene que ser aceptado y comprendido. No se ostenta sobre los hijos un poder o un señorío inmediato y absoluto, no existe un derecho subjetivo al hijo. (46)

#### **2.1.2.8 Planificación familiar**

Es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia (47) ; es valiosa para disminuir estadísticas de mortalidad materna al impedir embarazos no deseados y sus complicaciones. Debe abordarse desde la adolescencia e integrarla a los proyectos de vida de los jóvenes.

Así lo informó el director ejecutivo de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud (Minsa), Guillermo Atencio, quien, además, indicó que usar métodos anticonceptivos permite tener una salud sexual y reproductiva responsable, para el cuidado de la salud de la mujer, así como evitar muertes maternas y neonatales. (48)

El Ministerio de Salud (Minsa) asegura la continuidad de la atención en planificación familiar durante la emergencia por Covid-19, con el fin de que la población pueda acceder gratuitamente a los métodos anticonceptivos de su preferencia. “Desde el sector salud hemos realizado importantes esfuerzos para mejorar la oferta integral de servicios y satisfacer la demanda de la población en los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva,



para reducir las muertes maternas y mejorar la calidad de vida y la salud de las personas”, informó el director Ejecutivo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Minsa, Guillermo Atencio La Rosa. (49)

### **2.1.2.9 Métodos Anticonceptivos**

Es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación o embarazo en las relaciones coitales. Contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que deseas o no tener), la prevención de embarazos, así como la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes. (50)

Son los principales métodos anticonceptivos: píldoras anticonceptivas orales, implantes, inyectables, parches, anillos vaginales, dispositivos intrauterinos, preservativos, esterilización masculina y femenina, método de la amenorrea de la lactancia, coito interrumpido y métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Estos métodos tienen diferentes mecanismos de acción y eficacia a la hora de evitar embarazos no deseados. La eficacia se mide por el número de embarazos habidos en un año por cada 100 mujeres que utilizan el método. Según su grado de eficacia utilizándolos de forma habitual, los métodos se clasifican en: muy eficaces (entre 0 y 0,9 embarazos por cada 100 mujeres); eficaces (entre 1 y 9 embarazos por cada 100 mujeres); moderadamente eficaces (entre 10 y 19 embarazos por cada 100 mujeres) y menos eficaces (20 o más embarazos por cada 100 mujeres). (51)

El método anticonceptivo es cualquier método usado para prevenir el embarazo. Otra forma de decir método anticonceptivo es "anticoncepción".

Si tiene relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos, existe la posibilidad de que pudiera quedar embarazada. Esto es así incluso si aún no ha empezado a tener períodos menstruales o si se está acercando a la menopausia. (52)

## **A) Clasificación de los métodos anticonceptivos**

### **1. Métodos anticonceptivos naturales**

#### **1.1 Método del ritmo o calendario**

También conocido método Ogino-Knaus es un método natural de regulación de la natalidad. Consiste en contar los días del ciclo menstrual de la mujer para lograr o evitar quedar embarazada (53), su Formula: se resta 18 al ciclo más corto para obtener el primer día del período fértil, restar 11 al ciclo más largo para obtener el último día del período fértil y tomar el ciclo más corto, de 28 días, y restar 18, el resultado es 10, tomar el ciclo más largo, de 32 días, y restar 11, el resultado es 21. En este caso, el período fértil está comprendido entre el 10º y el 2º día del ciclo. (54) Su mecanismo de acción es evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar la concepción. Según su tasa de falla: de uso perfecto 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de usos. (55)

Este método tiene como Ventajas que no produce ningún efecto que pueda dañar la salud, necesita una comunicación real, afectiva y constante con tu pareja involucran a los hombres en planificación familiar, educan a la gente sobre los ciclos de fertilidad de la mujer, ningún efecto secundario por hormonas. (56)

Entre sus Desventajas podemos detallar que no son muy efectivos, se requiere más de 6 ciclos para saber cuándo es tu periodo fértil, la abstinencia sexual puede resultar un problema para algunas parejas, no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el sida VIH. (56)

Dentro de sus Características podemos mencionar que incrementa la participación masculina en la planificación familiar, puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por razones religiosas o filosóficas no deseen usar otros métodos, útil para mujeres con ciclos regulares, entre 27 y 30 días, requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada, los períodos de abstinencia pueden ser prolongado,

su eficacia puede ser afectada por factores externos, que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros). No deben usarlo las mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación, mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, como por ejemplo personas con trastornos psiquiátricos. (57)

### **1.2 Método de Billings, de la ovulación o del moco cervical**

Son cambios que ocurren a nivel del moco cervical, al largo del ciclo menstrual, por las modificaciones hormonales. Durante la fase fértil el moco se vuelve más fluido, más abundante y elástico, que resbala a la vagina y se detecta en la vulva; fuera de estos días el moco es denso y viscoso. (58) En el momento de la ovulación, el moco del cérvix es más abundante, más fluido y transparente, que a veces se dispone en hilos largos que se puede estirar más de 5 cm sin romperse, permite el coito después del fin de la menstruación hasta que se detecta un incremento de la secreción del moco cervical (59), su Tasa de falla: uso perfecto: 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso; típico: 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. (60)

Dentro de las Ventajas: no tienen ningún efecto que pueda dañar la salud, necesita una comunicación real, afectiva y constante con tu pareja, educan a la gente sobre los ciclos de fertilidad de la mujer, ningún efecto secundario por hormonas, Desventajas: no son muy efectivos, la abstinencia sexual puede resultar un problema para algunas parejas, (61); características: incrementa la participación masculina, puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por diferentes razones no deseen usar otros métodos, requiere la capacitación especial de la pareja para su práctica, su eficacia depende de la pareja y requiere una motivación constante, sus periodos de abstinencia son variables.

No lo debe usar: las mujeres con inhabilidad para reconocer cambios en el moco cervical, en la temperatura basal, en las mujeres que no estén en situación de practicar la abstinencia coital. (62)

### **1.3 Método temperatura basal**

Utilizado para descubrir los periodos fértiles e infértiles del ciclo menstrual. Es un método efectivo, aunque hay varios factores que pueden alterar su medición exacta; lo más efectivo es combinar el método con el otro método de ovulación Billings. (63)

Se estudió tras la observación de que en el tiempo de la ovulación la temperatura sube entre 0.2 a 0.5° C por efecto de una hormona (progesterona) y luego se mantiene a un nivel más alto hasta el comienzo de la próxima menstruación. El cambio de temperatura de un nivel más bajo a un nivel más alto se produce bruscamente y marca el momento de la ovulación. Si la mujer espera hasta que hayan pasado tres días consecutivos con el nivel de temperatura más alta, puede mantener relaciones sexuales sin otra precaución. (64)

Esta fase infértil tras la ovulación continúa hasta la menstruación. La temperatura basal no indica que se acerque el momento de la ovulación, por lo tanto, en la primera fase del ciclo entre la menstruación y la ovulación y a pesar de que la mujer será infértil en esta fase, no deberá mantener relaciones sexuales con penetración. Para tener mejores resultados, es necesario registrar la temperatura inmediatamente después de despertar por la mañana y antes de emprender cualquier actividad, preferentemente a la misma hora todos los días con el mismo termómetro y del mismo modo. La temperatura puede tomarse por la boca, en la axila, en el recto o en la vagina, dejando el termómetro un mínimo de tres minutos.

Después, la temperatura debe registrarse en un gráfico especialmente diseñado para facilitar la identificación del cambio de la temperatura. (64); su Mecanismo de acción: evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar la concepción. Tasa de falla: 6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Características: puede ser utilizado por mujeres en edad reproductiva, requiere una capacitación especial de la pareja, su eficacia depende de la pareja y requiere una motivación constante,

permite la percepción y detección precoz de anomalías hormonales, metabólicas, infeccione.

No lo deben usar: las mujeres con inhabilidad para reconocer cabios en la temperatura basal y cambios en el moco cervical, en mujeres que no estén en situación de practicar la abstinencia coital. (64) Ventajas: es un método natural que no requiere uso de hormonas ni otros dispositivos, en una mujer de ciclo menstrual regular y con una lectura y valoración correcta de la temperatura, se consiguen tasas de fiabilidad relativamente altas (de 91 a 96%). Desventajas: poco útil para mujeres con ciclos irregulares, requiere de férrea disciplina en la medición de la temperatura. Tasa de falla: 2 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. (64)

## **2. Método anticonceptivos de barrera**

### **2.1 Preservativo o condón**

Es una fina membrana a modo de vaina que reviste el pene; está fabricado de material plástico o látex y debe aplicarse sobre el pene erecto y retirarse antes del desentumecimiento. De modo mecánico impide que los espermatozoides lleguen a la cavidad vaginal. Utilizado correctamente es un método contraceptivo de gran seguridad. Cabe destacar que el preservativo es el método más adecuado para protegerse de la transmisión de enfermedades venéreas. También se denomina condón. (62)

Mecanismo de acción: constituye una barrera física que impide que los espermatozoides entren a la vagina; también sirve de barrera contra prevención de enfermedades de transmisión sexual; ya que evita el contacto directo entre los fluidos femeninos y masculinos. (59) Tasa de falla: 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, típico: 21 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. (60) Características: es un método eficaz, si se usa correctamente, alergia al látex o al lubricante, de fácil obtención y bajo costo, fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción, no conlleva riesgos a la salud, no requiere prescripción ni evaluación médica (58)

Forma de uso: ver fecha de caducidad, y llévalos en un lugar seguro, abra cuidadosamente el paquete, tenga cuidado de no dañar el preservativo, no desenrolle el preservativo antes de que el pene este erecto, no inflarlo, colocar desenrollando sobre el glande hacia la base del pene, oprima para liberarlo de burbujas de aire, retirar el preservativo después de la eyaculación y antes de que disminuya la erección. (59)

## **2.2 Condón Femenino**

El preservativo femenino, también llamado preservativo interno, es un dispositivo de control de natalidad (anticonceptivo) que actúa como una barrera que evita que los espermatozoides ingresen al útero. Protege contra el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS). (65); así mismo, vale decir, que el condón femenino fue diseñado para que su uso dependa de cada mujer y se adapte a su cuerpo; lo cual representa un aporte sustancial a la creación de contextos de mayor autonomía y control para las mujeres sobre sus cuerpos y sobre todos los ámbitos de su sexualidad; que amplía la gama de opciones para las mujeres, cuya disponibilidad y uso puede ofrecerles mayores oportunidades para mejorar sus condiciones de salud, en especial aquellas asociadas con la salud sexual y reproductiva. (66)

## **2.3 Espermicidas**

Son barreras químicas que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, crema, jalea, gel y espuma que destruye los espermatozoides. (60) Mecanismo de acción: inactivan o destruyen los espermatozoides haciendo improbable la fecundación. (62) Tasa de falla: 6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, típico: 26 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. (64) Característica: eficacia inmediata si se usa correctamente, no tiene efectos secundarios sistemáticos, no requiere examen médico previo, algunos aumentan la lubricación durante el coito, puede producir irritación en el pene y la vagina (63)

Forma de uso: colocar el ovulo, tableta vaginal o gel en la vagina lo más profundo posible, 15 o 20 minutos antes de cada relación coital, debe

quedarse acostada durante estos 15 o 20 primeros minutos para que el ovulo o tableta vaginal se disuelva, el efecto espermicida del ovulo, tableta vaginal o gel, dura solo hasta una hora después de haberlo colocado, si pasa más de una hora y no se ha tenido relación coital debe colocarse otro, la usuaria no debe hacerse duchas vaginales o lavados internos luego de tener relaciones coitales, para cada relación coital debe colocarse un nuevo ovulo, tableta vaginal o gel, no usar luego de su fecha de vencimiento, guardarse en un lugar fresco y seco.(61)

### **3. Métodos anticonceptivos hormonales**

#### **3.1 Anticonceptivos orales**

Es un medicamento anticonceptivo que se toma por vía oral con el propósito de evitar el embarazo. La anticoncepción hormonal utiliza sustancias similares a los estrógenos y progestágenos. Estas sustancias van a impedir la liberación de las gonadotropinas del hipotálamo y de la hipófisis, lo que provoca que no se alcance la concentración máxima de LH y FSH y no se produzca la ovulación. (67)

Son los más populares para prevenir embarazos. Existen tres tipos de pastillas anticonceptivas orales, píldora monofásica (cuando todas las pastillas tienen la misma concentración de estrógeno y progestágeno), bifásica (ya no están disponibles) y la trifásica (se adapta a las tres fases de la menstruación, y el contenido de hormonas es bastante bajo), el personal de salud será el encargado de ver cuál es la pastilla indicada para cada mujer. La píldora detiene la ovulación lo que permite evitar que el ovario suelte el ovulo, además este método aumenta la mucosidad cervical, lo que hace más difícil la entrada de los espermatozoides al útero, sus componentes básicos son el estrógeno y progestágeno. (68)

Tasa de falla: 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso  
Mecanismo de acción: funciona la píldora anticonceptiva necesitamos conocer algo acerca del ciclo reproductivo femenino. Desde el momento del primer periodo menstrual tu cuerpo pasa por el siguiente proceso: los

ovarios femeninos generalmente liberan un ovulo cada mes; cuando el ovulo es liberado (ovulación) se dirige hacia el útero a través de las trompas de Falopio, el mismo tiempo, la capa protectora del útero se hace más gruesa y se prepara para el embarazo, la fecundación del ovulo ocurre si entra un espermatozoide al ovulo, el resultado será un embarazo, si no hay fecundación, el útero deja caer su capa protectora y el ovulo no fecundado; dará como resultado la menstruación.(68)

Las píldoras anticonceptivas orales (AOs) contiene estrógeno y un progestágeno sintético, similares a las hormonas naturales que producen los ovarios de la mujer cuando maduran los folículos, la píldora anticonceptiva impide la maduración de los óvulos; por lo tanto, no puede haber ovulación, concepción, ni embarazo. La píldora además brinda otro mecanismo adicional de protección es el de dificultar el paso de los espermatozoides hacia el útero y trompas. (68)

Forma de uso: hay varias maneras de empezar a tomar la píldora; se puede tomar el primer día de regla o después de 6 días de haber tenido un aborto, para que la píldora mantenga su efecto, se debe administrar todos los días a la misma hora hasta terminar el paquete; si la caja es de 21 días se debe esperar una semana para volver a tomar las pastillas, en cambio si el paquete es de 28 días se deberá seguir tomando en cuanto acabe la tira de pastillas, es recomendable durante las primeras semanas de uso, la administración de algún método de barrera como preservativos, óvulos o espermicidas. (57)

### **3.2 Inyectables solo progestágeno**

Son aquellos que solo poseen progestágeno. (53) Mecanismo de acción: espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides; supresión de la ovulación; reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio y cambios en el endometrio. (64) Tasa de falla: 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. (61) Características: eficaz y efecto rápido, pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las multíparas), usar con precaución durante los primeros años después de la menarquia, aunque es ideal que se realice un



examen médico antes de iniciarlo para mejorar la salud reproductiva en la mujer, no interfiere con las relaciones coitales.

Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria, disminuye el riesgo de cáncer en endometrio, es frecuente los cambios en el patrón de sangrado menstrual (amenorrea, sangrado, goteos irregulares), puede reducir el aumento de peso, el retorno de fecundidad puede demorar entre 6 meses a un año, en el caso de usuarias por tiempo prolongado, no se ha demostrado esterilidad luego de su uso, puede mejorar la anemia (54) Forma de uso: se administra por vía intramuscular en la región glútea o deltoides, primera dosis: entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o el post parto, en las mujeres que dan de lactar se inicia después de las seis semanas post parto, no tener otra opción anticonceptiva. Sigüientes dosis: administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o en caso de olvido aplicar con una demora de dos semanas. (55)

### **3.3 Inyectable combinado**

Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno; existen dos composiciones: 5mg de valerato de estradiol y 50mg de enantato y 5mg de ciponato de estradiol y 25mg de acetato medroxiprogesterona. (57) Mecanismo de acción: supresión de la ovulación y espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides. Tasa de falla: 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año, típico: 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. (56) Características: eficaz y de efecto rápido, puede ser usada por mujeres en edad reproductiva incluidas las nulíparas, no requieren un examen pélvico previo a su uso, brinda cierta protección en la enfermedad pélvica inflamatoria. (62)

Es frecuente en los cambios del patrón del sangrado menstrual, puede producir variación de peso, el retorno de la fecundidad es variable, de uno a seis meses. (62) Forma de uso: administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea, primera dosis: Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual, la púérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la

sexta semana, siguientes dosis: Administrar cada 30 días, más menos 3 días.  
Fecha fija mensual. (64)

### **3.4 Anticoncepción oral de emergencia**

Son todos los métodos hormonales que se usan como emergencia, luego de una relación coital sin protección, para evitar un embarazo no deseado. (68)  
Es un método de control natal para prevenir el embarazo en mujeres. Se puede usar: después de un ataque o violación sexual, cuando un condón se rompe o un diafragma se sale de su lugar, cuando una mujer olvida tomar las píldoras anticonceptivas, cuando usted tiene una relación sexual y no utiliza ningún método anticonceptivo, cuando algún método de control natal no se usa correctamente. Mecanismo de acción: inhibe la ovulación y espesa el moco cervical. (63)

Actúa impidiendo la ovulación y por tanto la fecundación, como antiimplantatorio, dificultando que el embrión se implante en el útero, en consecuencia, por un mecanismo abortivo. Pero igualmente se ha sugerido que pueden retrasar la ovulación; modificar la motilidad de la trompa, dificultando por tanto el transporte del ovocito o del óvulo fecundado por la misma; alterando el moco cervical, con lo que dificultan la penetración de los espermatozoides en útero y trompas e incluso actuando como espermatocidas. (56) Tasa de eficacia: cuando más temprano sea el uso mayor probabilidad de eficacia, las de solo progestágeno (levonogestrel) hasta 95%, las anticonceptivas combinadas hasta el 75%. (53)

Las píldoras anticonceptivas de emergencia que contienen progestina y estrógeno (conocidas como píldoras “combinadas”) disminuyen el riesgo de embarazo en un 75%. En otras palabras, si 100 mujeres usan este tipo de píldora luego de una relación sexual no protegida, sólo 2 de ellas se embarazarán.(68) Indicaciones: violencia sexual familiar, se le olvido de tomar más de dos píldoras de uso regular, no se aplica el inyectable en su fecha, usaron el coito interrumpido, usaron el ritmo y tiene dudas sobre su efectividad.(59); el condón se ha roto, deslizado o se ha usado de manera incorrecta, la mujer ha olvidado tomar tres o más píldoras anticonceptivas

orales combinadas consecutivas, mejor será utilizar anticoncepción de emergencia.

Ha habido un retraso de más de dos semanas en la administración de la inyección anticonceptiva de progestágeno solo (acetato de medroxiprogesterona de depósito o enantato de noresterona), ha habido un retraso de más de siete días en la administración de la inyección mensual combinada de estrógenos más progestágeno.(57) Características: no es un método para uso regular, debe de ser considerada como una alternativa de uso excepcional, se puede indicar en cualquier edad reproductiva, eficaz si se usa lo más rápido dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección, método dependiente de la usuaria, de la rapidez para tomar las pastillas, no requiere un examen pélvico previo a su uso, no brinda protección contra enfermedad pélvica inflamatoria. (57)

No se he reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos, en caso de falla del método.(57) Modo de uso: se pueden indicar en cualquier edad reproductiva, inicio: la primera dosis dentro de las 72 horas de la relación coital sin protección; la segunda y la última dosis de 72 horas después de la primera dosis, método más frecuente usado, método de solo progestágeno, levonogestrel una tableta de 0.75 mg por dos dosis, levonogestrel 1.5 mg una sola dosis, norgestrel 75 ug, dos dosis de 20 píldoras de cada una. (61)

#### **4. Métodos anticonceptivos quirúrgicos**

Son aquellos que requieren de una operación. Es la mejor técnica si se desea no tener más hijos. Se trata de un método anticonceptivo seguro y carente casi de efectos secundarios. Tampoco es preciso consumir hormonas o sustancia alguna. Existen dos tipos de procedimientos quirúrgicos, uno para la mujer y otro para el hombre:

##### **4.1 Vasectomía**

Es una operación de cirugía menor que pone fin permanente a la fertilidad masculina, mediante la sección y ligadura de los conductos deferentes. El

resultado es la ausencia de espermatozoides en la eyaculación, evitando el embarazo. El procedimiento es sencillo: se aplica anestesia local y se realiza una pequeña incisión (o dos en los costados) del escroto. Se extraen de su interior los conductos deferentes, se cortan y se ligan. Luego se vuelven a introducir en el escroto. La principal ventaja de la vasectomía es que posee una eficacia superior al 99 por ciento. Además, no interfiere con el acto sexual ni produce cambios hormonales. Sus riesgos y efectos secundarios son los habituales de un procedimiento quirúrgico menor. (68)

El 10 por ciento de los pacientes sufre algún dolor a causa de la congestión testicular posterior a la operación; ésta se calma mediante anti-inflamatorios. Por otra parte, es importante destacar que este método no protege contra las enfermedades de transmisión sexual. La desaparición de los espermatozoides del semen no es inmediata desde el momento en que se interrumpen los conductos, se tarda alrededor de seis semanas para darles salida a los espermatozoides restantes. Finalmente, hay que resaltar que este método anticonceptivo es recomendable sólo para aquellos hombres que estén completamente seguros de que no desean tener más hijos, ya que es irreversible. (68)

#### **4.2 Ligadura de trompas**

Es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se atan y cortan las trompas de Falopio, que transportan el óvulo del ovario al útero, para impedir que el óvulo se encuentre con el espermatozoide y así evitar el embarazo. La técnica más común para realizarla es la laparoscopia. El médico inyecta dióxido de carbono en el abdomen de la mujer para expandirlo y poder observar con mayor precisión sus órganos internos. Luego, hace una incisión e inserta el laparoscopio, un instrumento óptico dotado de un lente y un sistema de iluminación que permiten visualizar mejor el interior de la cavidad abdominal. (68)

Tras realizar otra incisión, esta vez debajo del vello púbico, inserta el instrumento para alcanzar las trompas, que son cortadas, quemadas o bloqueadas con anillos, bandas o broches. El procedimiento no dura más de

media hora, comienza hacer efectivo inmediatamente y no requiere hospitalización, por lo que se puede regresar a casa el mismo día. Su mayor ventaja es su eficacia de más del 99%. Además, se trata de una operación sencilla que no afecta la capacidad sexual ni la ovulación y menstruación. Tampoco requiere atención diaria. Sus riesgos son los típicos de cualquier cirugía menor. Como principales desventajas podemos señalar que no protege contra las enfermedades de transmisión sexual y es más complicada que la esterilización masculina. Es un método irreversible por lo que la mujer debe tener seguridad de que no quiere tener más hijos. (68)

## **2.2 BASES LEGALES**

### **LEY N° 26842 – LEY GENERAL DE SALUD**

Artículo 6°.- Toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar.

Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo se requiere del consentimiento previo del paciente. En caso de métodos definitivos, la declaración del consentimiento debe constar en documento escrito.

## **2.3 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

### **2.3.1 Hipótesis alterna**

Existe relación entre el Nivel de Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca. Perú 2022

### **Hipótesis nula**

No existe relación entre el Nivel de Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca.

## **2.4 VARIABLES**

### **2.4.1 Variable independiente**

- Nivel de Conocimiento de métodos anticonceptivos

### **2.4.2 Variable dependiente**

- Usos de métodos anticonceptivos

## **2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (MATRIZ DE CONSISTENCIA)**

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS Y/O INSTRUMENTOS
Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos.	Es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación o embarazo en las relaciones coitales. (50)	Métodos naturales Método de barrera Métodos hormonales Métodos quirúrgicos	Nivel de conocimiento:  Alto Medio Bajo	1 - 20 puntos 12 - 16 puntos 11 a menos puntos	Encuesta Cuestionario
Usos de los métodos anticonceptivos.	Se define como el conocimiento de los usos de los métodos anticonceptivos por una población determinada por un periodo de tiempo. (50)	Métodos naturales Método de barrera Métodos hormonales Métodos quirúrgicos	Usos	Si usan No usan	

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es:

- **Descriptiva**, La investigación descriptiva analiza las características de una población o fenómeno sin entrar a conocer las relaciones entre ellas; (69) describe sobre nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en un determinado tiempo y espacio.

La investigación descriptiva, por tanto, lo que hace es definir, clasificar, dividir o resumir. Por ejemplo, mediante medidas de posición o dispersión. Sin embargo, no entra a analizar el porqué del comportamiento de unas respecto a otras. En este caso deberemos recurrir a otras técnicas como la investigación correlacional o la explicativa. (69)

- **Transversal**, El estudio transversal es un tipo de investigación observacional centrado en analizar datos de diferentes variables sobre una determinada población de muestra, recopiladas en un periodo de tiempo (69); se da en una población definida en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo y en un tiempo determinado.
- **Correlacional**, La investigación correlacional consiste en evaluar dos variables, siendo su fin estudiar el grado de correlación entre ellas (69)

#### 3.2 ÁMBITO DEL ESTUDIO

El área de estudio se llevó a cabo en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca



### 3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.3.1. Población

Toda la población en edad reproductiva que se atendieron en el puesto de salud Aylambo-Cajamarca en los meses de noviembre del 2021 hasta junio del 2022; llegando a una población de 523 personas.

#### 3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

##### a) Criterios de inclusión:

Personas en edad reproductiva, pertenecientes al Puesto de Salud Aylambo Cajamarca.

Personas en edad reproductivas, orientadas en tiempo y espacio

Personas en edad reproductivas, que quieren contribuir con la investigación

##### b) Criterios de exclusión:

Personas en edad reproductivas, desorientadas en tiempo y espacio

Personas en edad reproductivas, que no quieren contribuir con la investigación.

### 3.4 MUESTRA

Se consideró los datos del cuadro 1, se obtuvo una muestra de 113 personas a los cuales se aplicó la encuesta en el presente trabajo de investigación.

**CUADRO 1: DATOS PARA EL CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL**

		Valor
Tamaño de la población	N	523
Nivel de confianza 95%	Z	1.96
Proporción esperada	P	0.4
Complemento de P	Q	0.6
Margen de error	E	0.08

Sustituyendo datos en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$
$$n = \frac{1.96^2 \times 0.4 \times 0.6 \times 523}{0.08^2(523 - 1) + 1.96^2 \times 0.4 \times 0.6}$$
$$n = 113$$

Luego la muestra del presente trabajo de investigación estuvo conformada por 113 personas con una confianza del 95% y un margen de error del 8%.

### **3.5 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Cada una de las personas en edad reproductiva, consideradas en la muestra pertenecientes al Puesto de Salud Aylambo.

### **3.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica de recolección de datos de la presente investigación es la Encuesta que se le aplicó, en la recolección de datos para determinar el conocimiento y el uso sobre métodos anticonceptivos en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca.

### **3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El instrumento que se utilizó fue el cuestionario, el mismo que está diseñado en base a 22 preguntas diseñada para registrar datos sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

### **3.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se validó este instrumento a través de un juicio de expertos.

Para determinar la confiabilidad del instrumento, que éste se aplicó en la comunidad con características similares a la población en estudio.

### **3.9. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se obtuvo en el Puesto de Salud Aylambo, a través de:

- Previo permiso oficial obtenido por las autoridades competentes se procedió a aplicar el instrumento

### **3.10 PROCESAMIENTO DE DATOS**

Para el procesamiento de datos se evaluó la consistencia de la información recolectada, para luego ingresar en una base de datos SPSSV21.

La presentación de los resultados se hizo en forma de tablas simples, de contingencia y gráficos.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Presentación, Análisis e interpretación de resultados

**TABLA 1. Característica sociodemográfica según edad, en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca Perú 2022**

<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
15 – 18	19	16,8
19 – 22	13	11,5
23 – 26	29	25,7
27 a más	52	46,0
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras de la investigación

La tabla indica que el 46% de personas en edad reproductiva tienen de 27 años a más; 25.7% de 23 a 26; 16,8% entre 15 a 18 años y el 11.5% entre 19 a 22 años.

**TABLA 2. Característica sociodemográfica según sexo, en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca Perú 2022**

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	29	25,7
Femenino	84	74,3
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras de la investigación

La tabla refiere que 74,3% de las personas en edad reproductiva son del sexo femenino y 25,7% son del masculino.

**TABLA 3. Característica sociodemográfica según estado civil, en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca Perú 2022**

<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Soltero	40	35,4
Casado	16	14,2
Conviviente	44	38,9
Separado	12	10,6
Divorciado	1	0,9
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras de la investigación

Según la tabla el 38,9% de las personas en edad reproductiva en estudio son conviviente; el 35.4% son solteros; el 14.2% son casados y el 10.6% son separados.

**TABLA 4. Característica sociodemográfica según religión, en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca Perú 2022**

<b>Religión</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Católico	37	31,6
Evangélico	57	51,6
Otro	19	16,8
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras de la investigación

Según la tabla el 51,6% profesan la religión evangélica y el 31.6 son católicos.

**TABLA 5. Características sociodemográficas según grado de instrucción, en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca Perú 2022**

<b>Grado de instrucción</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Analfabeto	25	22,1
Primaria completa	13	11,5
Primaria incompleta	16	14,2
Secundaria completa	29	25,7
Secundaria incompleta	21	18,6
Superior completa	6	5,3
Superior incompleta	3	2,7
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras de la investigación

Según la tabla el 25,7% tienen secundaria completa; el 22,1% son analfabetos y el 18,6% tienen secundaria incompleta.

**TABLA 6. Característica sociodemográfica según tipo de familia, en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca Perú 2022**

<b>Tipo de familia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Familia nuclear	44	38,9
Familia monoparental	30	26,5
Familia extendida	28	24,8
Otra	11	9,7
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras de la investigación

Según la tabla el 38,9% son de familia nuclear; 26,5% son de familia monoparental y el 24,8% son de familia extendida.

**TABLA 7. Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, de personas en edad reproductiva. Puesto de salud Aylambo**

<b>Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	59	52,2
Medio	50	44,2
Alto	4	3,5
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras de la investigación

Según la tabla el 52,2% su nivel de conocimiento es bajo, el 44,2% es medio y el 3,5% es alto.

**TABLA 8. Uso de métodos anticonceptivos en personas en edad reproductiva. Puesto de salud Aylambo. Cajamarca – 2022**

<b>Uso de métodos anticonceptivos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Método del ritmo o calendario	8	7,1
Preservativos	45	39,8
Anticonceptivos inyectables	5	4,4
Anticonceptivos Orales	5	4,4
Ninguno	50	44,2
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras de la investigación

Según la tabla el 44,2% no utilizan ningún método, 39,8% utilizan preservativos y el 7,1% utilizan el método del ritmo.

**TABLA 9: Correlación de PEARSON**

		Uso de métodos anticonceptivos	Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos
Uso de métodos anticonceptivos	Correlación de Pearson	1	-0.016
	Sig. (bilateral)		0.865
	N	113	113
Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos	Correlación de Pearson	-0.016	1
	Sig. (bilateral)	0.865	
	N	113	113

En la tabla 9, podemos observar que el coeficiente de correlación de Pearson arrojó un valor  $r = -0.016$ , lo que significa que existe una correlación inversa, es decir a pesar que si poseen conocimiento medio sobre métodos anticonceptivos (44.2 %) sin embargo en la práctica no lo aplican por de influencias religiosas.

#### 4.1 Discusión y análisis

La tabla indica que el 46% de personas en edad reproductiva tienen de 27 años a más; 25.7% de 23 a 26; 16,8% entre 15 a 18 años y el 11.5% entre 19 a 22 años; aproximadamente las tres cuartas partes son de sexo femenino; predomina el estado civil conviviente; más de la mitad profesan la religión evangélica; aproximadamente la cuarta parte son analfabetos y la tercera parte no han concluido sus estudios primarios y secundarios; más de la mitad de las personas en estudio provienen de familia monoparental y extendida.

Si bien es cierto que en el estudio, se ha tomado en cuenta a todas las personas en edad reproductiva, existe mayor probabilidad que las personas comprendidas entre 15 a 26 años, que son del género femenino con estado de convivencia, profesando la religión evangélica y con un predominio de nivel de instrucción que va desde analfabeto y no haber concluido sus estudios primarios y secundarios; además de provenir de familia monoparental y



extendida, por lo que inferimos que esta población tenga una generación mayor, por tener una edad ideal para la reproducción, por ser mujeres; así mismo el estado de civil conviviente no garantiza a la pareja una estabilidad socioeconómica; la profesión de una determinada religión muchas veces prohíbe el uso de métodos anticonceptivos; y el provenir de una familia monoparental y extendida, la mayoría de veces no usan métodos anticonceptivos por la cultura que tienen; por lo que inferimos que las personas van a tener una mala calidad de vida que repercute en su salud y de los demás integrantes de la familia.

Estos resultados no coinciden con los de González CSJ (2015) quien refiere en su estudio que existen un elevado número de adolescentes que no utilizan métodos anticonceptivos, alegando como principales causas los efectos colaterales y la escasa visión de riesgos, tomando como principal fuente los amigos. (21); también coincide con los estudios de Díaz DE (2015), quien concluyo que el grado de asociación entre el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos con los factores sociodemográficos: edad, religión y tipo de familia en estudiantes adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nacional Nicolás La Torre, es relativamente alto.

La mayoría de las personas en estudio (96.4%), están en el rango de nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, entre medio y bajo. Y Aproximadamente la mitad de la población en estudio no usan ningún método anticonceptivo.

Las personas con nivel de conocimiento insuficiente, muchas veces de debe a que no han tenido la oportunidad de tener acceso a una información adecuada (uso de estrategias y material educativo de acuerdo a su nivel de instrucción), también la profesión de la religión que prohíbe el uso de métodos anticonceptivos, así mismo la cultura bajo la justificación de que si mi mama o papa no uso ningún método anticonceptivo yo tampoco lo puedo hacer. Infiriendo que la población en estudio tenga posibilidades para tener más hijos, contar con una economía baja, menor posibilidad de estudios y alimentación para los hijos, riesgo de enfermar o morir de la madre en uno de

los embarazos o partos, abandono de la familia por parte del padre, por tener dificultad para mantener a una carga familiar extensa.

Estos resultados coinciden con los de Chamorro NLE. (2012) y González CSJ (2015) en el que concluyeron que los estudiantes tuvieron poco conocimiento de los métodos anticonceptivos ya que se da más importancia a las materias de especialidad por lo tanto no están informados de la correcta utilización del condón; que el inicio de su primera experiencia sexual se debe a la influencia de los factores sociodemográficos, socioculturales y psicológicos. La mayoría de los adolescentes conocen acerca del uso del condón, pero no le dan la debida importancia porque tienen información errónea de los beneficios de utilizar estos métodos. (19) y que existen un elevado número de adolescentes que no utilizan métodos anticonceptivos, alegando como principales causas los efectos colaterales y la escasa visión de riesgos, tomando como principal fuente los amigos. (21)

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

1. Más de la mitad de la población en estudio se encuentra entre 19 a 26 años; aproximadamente las tres cuartas partes son de sexo femenino; predomina el estado civil conviviente; más de la mitad profesan la religión evangélica y de la mitad proviene de familia parenteral y extendida.
2. La mayoría de las personas en edad reproductiva, tienen conocimiento bajo.
3. El 44,2% no utilizan ningún método anticonceptivo, 39,8% utilizan preservativos y el 7,1% utilizan el método del ritmo.
4. De acuerdo al resultado obtenido con el coeficiente de correlación de Pearson que arrojó un valor  $r = - 0.016$ , existe una correlación inversa, es decir a pesar que si poseen conocimiento medio sobre métodos anticonceptivos (44.2 %) sin embargo en la práctica no lo aplican por influencias religiosas.

#### 5.2 Recomendaciones

1. Al responsable del Programa de Salud Reproductiva.  
Incidir en la educación para la salud sobre el uso, beneficios e importancia de métodos anticonceptivos.
2. Al responsable del Programa de Promoción de la Salud.  
Dentro de sus temas educativos priorizados, debe estar la paternidad responsable, planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laura redondo; Sexo y salud [internet]; actualizado jueves, 19 de enero de 112012; Acceso el 22 de abril del 2017; disponible en: [http://sexosaludyenfermeria.blogspot.pe/p/definiciones-de-la-oms\\_22.html](http://sexosaludyenfermeria.blogspot.pe/p/definiciones-de-la-oms_22.html)
2. Yanelkis Fernández. Paternidad responsable: un elemento clave para el desarrollo humano. 2018 consultado el 27 de enero. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=paternidad+responsable+segun+la+oms&ei=X6vyYcPXJ4jC5OUPnP6nsAY&ved=0ahUKEwiDg9G7kdL1AhUIIbkGHRz\\_CWYQ4dUDCA4&uact=5&oq=paternidad+responsable+segun+la+oms&gs\\_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMyBggAEBYQHjIGCAAQFhAeOgQIABBHOgUIABCABDoICAAQFhAKEB46BQghEKABSgQIQRgASgQIRhgAUBRYxRVgnh5oAXADeAGAAcgEiAHIHZIBCzAuMy44LjluMC4xmAEAoAEBYAEIwAEB&sclient=gws-wiz](https://www.google.com/search?q=paternidad+responsable+segun+la+oms&ei=X6vyYcPXJ4jC5OUPnP6nsAY&ved=0ahUKEwiDg9G7kdL1AhUIIbkGHRz_CWYQ4dUDCA4&uact=5&oq=paternidad+responsable+segun+la+oms&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMyBggAEBYQHjIGCAAQFhAeOgQIABBHOgUIABCABDoICAAQFhAKEB46BQghEKABSgQIQRgASgQIRhgAUBRYxRVgnh5oAXADeAGAAcgEiAHIHZIBCzAuMy44LjluMC4xmAEAoAEBYAEIwAEB&sclient=gws-wiz)
3. Organización Mundial De La Salud. Planificación familiar. 2020. Consultado el 27 de enero. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-contraception#:~:text=En%20l%C3%ADneas%20generales%2C%20estos%20son,y%20m%C3%A9todos%20basados%20en%20>
4. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. The Lancet Global Health July 22, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6). Consultado el 29 de enero. Disponible en: <https://bit.ly/2WPilyD>
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Más de la mitad de las mujeres peruanas embarazan sin planificarlo. 2019. Consultado el 29 de enero. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/m%C3%A1s-de-la-mitad-de-las-mujeres-peruanas-embarazan-sin>

[planificarlo#:~:text=M%C3%A1s%20de%20la%20mitad%20de%20las%20mujeres%20peruanas](#)

6. Organización mundial de salud. En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. 2017. Consulta. 29/01/22. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
7. Salud sexualidad y solidaridad (Promsex) Es una emergencia: índice del embarazo adolescente no disminuye desde hace 30 años en el peru.2020. Consultado 27 de enero. Disponible en: <https://promsex.org/embarazo-adolescente-tambien-es-una-emergencia/#:~:text=El%2024%2C9%25%20de%20adolescentes,el%20curso%20de%20un%20a%C3%B1o>
8. Washington D.C. Datos sobre el aborto y el embarazo no planeado en América Latina y el Caribe. Consultado el 01 de febrero: Disponible en: [https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/186/IB\\_A\\_WW-Latin-America-ES.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/186/IB_A_WW-Latin-America-ES.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
9. MARIANA ROMERO Y SILVINA MOISÉS. Equipo latinoamericano de justicia y género. El aborto en cifras. 2020. Consultado 29/01/22. Disponible en: <https://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/187-El%20aborto%20en%20cifras,%202020%20-%20MR%20y%20SM%20-%20REDAAS.pdf>
10. Biblioteca del congreso nacional de Chile. Interrupción voluntaria del embarazo 2022. Consultado el 02 de febrero. Disponible en: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/31952/1/BCN\\_aborto\\_datos\\_estadisticos\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/31952/1/BCN_aborto_datos_estadisticos_FINAL.pdf)

11. Dra. María Elena Benítez Pérez. Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Universidad de La Habana, Cuba. La trayectoria del aborto seguro en Cuba: evitar mejor que abortar. Consultado el 02 de febrero. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-40782014000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782014000200007)
12. Guttmacher Institute. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: Causas y Consecuencias. Consultado el 02 de febrero. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/report/embarazo-no-deseado-y-aborto-inducido-en-colombia-causas-y-consecuencias#:~:text=Muchos%20embarazos%20no%20planeados%20y,400%2C400%20abortos%20inducidos%20cada%20a%C3%B1o.>
13. Instituto Nacional De Estadística E Informática En el Perú existen más de 200 mil adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez. 2015. Consultado 29 de enero. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-200-mil-adolescentes-que-son-madres-o-estan-embarazadas-por-primera-vez-8703/>
14. Flora Tristán centro de la mujer peruana. Aborto inseguro enfrentado a la realidad. 2000. Consultado 29/01/22. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1895.pdf>
15. PROMSEX. El aborto en cifras encuesta a mujeres en Perú. Consultado 29/01/22. Disponible en: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2019/02/EncuestaAbortoDiptico.pdf>
16. Instituto Nacional De Estadística E Informática. Fecundidad de Adolescentes 2014. Consultado el 29 de enero. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0250/CAP0305.HTM>

17. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD AÑO 2019. 2020. Consultado. 229/01/2022. Disponible en:[http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/9033/ASIS\\_HRDC\\_A%C3%91O\\_2019.pdf?r=1606503282](http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/9033/ASIS_HRDC_A%C3%91O_2019.pdf?r=1606503282)
18. Jackelin Karen Rodríguez Muños; proyecto de tesis; Ica-Perú, 2009; acceso el 22 de abril del 2017; disponible en <https://es.slideshare.net/guestab953d/proyecto-de-tesis-jackelin>
19. Chamorro NLE. (2012) Ecuador “Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y utilización del condón en la primera experiencia sexual de adolescentes varones y mujeres que son estudiantes de los quintos cursos del colegio nacional “José Julián Andrade” disponible en:<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1948/3/06%20ENF%20523%20TESIS%20COMPLETA.pdf>
20. Ayala AAJ (2014) México “Uso de los métodos anticonceptivos en jóvenes desde la perspectiva de género: una visión desde la educación para la salud”. disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/31083/2%20TESIS%202014%20USO%20DE%20LOS%20METODOS%20ANTICONCEPTIVOS%20EN%20JOVENES%20DESDE%20LA%20PERSPECTIVA%20DE%20GENERO.pdf?sequence=1>
21. González CSJ (2015) Ecuador “Impacto de una estrategia educativa en los conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes del colegio nacional experimental salcedo de la parroquia san miguel del cantón salcedo” disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/10772/1/TESIS%20SANDRA%20GONZALEZ%20IMPRESI%C3%93N%20FINAL...ya.pdf>

22. Sánchez MMC, Dávila MR (2015) México “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud” disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630044X>
23. Carrillo CAA (2013) Guatemala “Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en estudiantes de último año de la carrera de medicina en el Hospital Roosevelt. Guatemala disponible en:  
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/03/Carrillo-Adilia.pdf>
24. Chiroque YEM (2013) Piura “conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de 14 -17 años de la institución educativa nuestra señora de Fátima” disponible en:  
[http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/961/adolescentes\\_conocimientos\\_chiroque\\_yangua\\_elizabeth\\_maribel.pdf?sequence=1&isallowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/961/adolescentes_conocimientos_chiroque_yangua_elizabeth_maribel.pdf?sequence=1&isallowed=y)
25. Del Pino DD (2015) Perú “Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Luján “disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4826/1/Delpino\\_dd.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4826/1/Delpino_dd.pdf)
26. Díaz DE (2015) Perú “Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torre, disponible en:  
[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1187/3/Diaz\\_e.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1187/3/Diaz_e.pdf)
27. Fernández DN (2012) Cajamarca “Métodos Anticonceptivos” disponible en: <https://es.slideshare.net/njfd/universidad-nacional-de-cajamarca-14062805>
28. Donohew y cols., 1991; Smith y cols., 1993). Modelo de Creencias de Salud, 48 (4); disponible en:  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/comunsocial/part1.pdf>



29. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba. Hernández. Matanzas, Cuba. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Consultado el 02 de febrero. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
30. Augusto V. Ramírez La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual, publicado en septiembre del 2009. Consultado el 02 de mayo. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832009000300011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011)
31. Enciclopedia de clasificaciones (2016). Tipos de conocimiento acceso el 05 de mayo del 2017; disponible en: <http://www.tiposde.org/cotidianos/53-tipos-de-conocimiento/>.
32. Significados. Que es el conocimiento publicado 2013. Consultado 2 de mayo. Disponible en: <https://www.significados.com/conocimient/>
33. Maximiliano Zorzi. 15 de octubre de 2019. Conocimiento vulgar: características y ejemplos. Consultado el 02 de mayo. Disponible en: <https://www.lifeder.com/conocimiento-vulgar/>.
34. Dr. Enrique González Suárez. 2006. Conocimiento científico e información científica. Consultado el 02 de mayo. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352006000600003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352006000600003)
35. Mario Horacio Morales Ruiz. 06 de abril del 2010. Conocimientos descriptivo. Consultado el 02 de mayo. Disponible en <https://es.slideshare.net/mariomorales1/conocimientocientificodos>.
36. samanthahot93 • 27 de Junio de 2015, Conocimiento Descriptivo. Consultado el 02 de mayo. Disponible en: <https://www.clubensayos.com/Espa%C3%B1ol/Conocimiento-Descriptivo/2612686.html>

37. Jazmine Gonzalez 24 de octubre del 2013.conocimiento teorico,consultado el 02 de mayo.disponible en: <https://prezi.com/kh7n61atcvpj/conocimiento-pactico-y-conocimiento-teorico/>
38. Organización Mundial de la Salud. Cómo define la OMS la salud. Consultado 1/02/2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%ABLa%20salud%20es%20un%20estado,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB.>
39. Gustavo moreno alcantara.2008. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud.consultado el 02 de mayo,Disponible: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/41011135004.pdf>
40. Ministerio de salud (MINSA); planificación familiar [internet]; acceso el 05 de Mayo del 2017; disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2012/planfam/saludsexual.asp>
41. (OMS).Organización Mundial de Salud.Salud sexual.Consultado el 02 de mayo.Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/salud-sexual-y-salud-reproductiva.>
42. Fondo de Población de las Naciones Unidas.Salud sexual.consultado el 02 de mayo.disponiblen; <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva.>
43. Revista Panamericana de Salud Pública. La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano.consultado el 02 de mayo,disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/1998.v4n3/211-217/>
44. Yanelkis Fernández. Paternidad responsable: un elemento clave para el desarrollo humano. 2018.Cnsultado el 29 de enero. Disponible en: [https://www.do.undp.org/content/dominican\\_republic/es/home/blog/2018/paternidad-responsable--un-elemento-clave-para-el-desarrollo-hum.html](https://www.do.undp.org/content/dominican_republic/es/home/blog/2018/paternidad-responsable--un-elemento-clave-para-el-desarrollo-hum.html)

45. Ginecología y Obstetricia - Enero 1995.que es paternidad responsable.consultado el 02 de mayo.disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol\\_41n1/paternidad.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_41n1/paternidad.htm)
46. Fundacion linboamericana. la descendencia - paternidad responsable.consultado el 02 de mayo.disponible en: <https://www.downciclopedia.org/sexualidad-y-abuso-sexual/la-descendencia.html?start=1>
47. Ministerio de salud (MINSA); planifica tu futuro [internet]; acceso el 05 de mayo del 2017; disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2014/planfam/index.html>
48. MINSA Planificación familiar es vital para reducir estadísticas de mortalidad materna y neonatal 2021.consultado el 02 de mayo.Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/125961-minsa-planificacion-familiar-es-vital-para-reducir-estadisticas-de-mortalidad-materna-y-neonatal>
49. Minsa.garantiza continuidad de atención en planificación familiar durante la emergencia.Consultado el 02 de mayo.Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/285941-minsa-garantiza-continuidad-de-atencion-en-planificacion-familiar-durante-la-emergencia>
50. Organización Mundial de la Salud (OMS); Métodos Anticonceptivos; acceso el 06 de mayo del 2017; disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
51. Organizacion mundial de la salud.2019.Metodos anticonceptivos.consultado el 02 de mayo.disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

52. Cigna2021.metodos anticonceptivos.consultado el 02 de mayo.disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/hw/temas-de-salud/mtodos-anticonceptivos-hw237864>
53. Ministerio De Salud (MINSA) guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva 2004. Dirección general de salud de las personas. Dirección ejecutiva de atención integral de salud Lima – Perú. Módulo 8 pag 3
54. La primera edición de los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” se publicó en 1996; las ediciones subsiguientes se publicaron en 2000, 2004 y 2009 (4ta edición).
55. Ministerio De Salud (MINSA) norma técnica de planificación familiar 2005. Dirección Regional de Salud de las personas, estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva Lima – Perú pag 13 – 15
56. Asesoramiento académico de la Universidad Nacional de Trujillo “métodos naturales o de abstinencia periódica” publicado 29 de junio del 2009 disponible en: <http://asesoramientoacademicount.blogspot.pe/2009/06/metodos-naturales-o-de-abstinencia.html>
57. Ministerio de salud “procedimientos y protocolos de atención en salud de la mujer” convenio Perú-BIRF 3701.pe, lima-Perú, 2004.
58. Instituto Chileno de medicina reproductiva “anticoncepción de emergencia” disponible en: <http://icmer.org/wp ae/metodo-del-ritmo-o-calendario/>
59. Barahona. RH “Métodos anticonceptivos” disponible en URL: <http://www.hectorbarahona.com/pdf/metodosanticonceptivos.pdf>
60. Novack, E; Janes .G “tratado de ginecología” décima- edición editorial interamericana Pág. 38-42.
61. Alma, J. y Alarcón, A. “Ejercicio de estimación de los insumos anticonceptivos que se requieren en México”, en Simposio sobre anticoncepción en la población adolescente. EL COLMEX, México. 2012

62. Clínica de Ginecología Laser “método anticonceptivo de temperatura basal” disponible en: <http://www.ginecenter.com/servicios/salud-sexual-y-reproductiva/metodos-anticonceptivos/69>
63. American Accreditation HealthCare Commisssi “anticonceptivo de emergencia” publicada el 4 de mayo del 2016 disponible en: <http://reidhosp.adam.com/content.aspx?productId=39&pid=5&gid=007014&print=1>
64. Dr. J. Aznar “contracepción de emergencia” publicado el 13 de mayo del 2015 disponible en: <http://www.bioeticaweb.com/contracepciasn-de-emergencia-mecanismo-de-actuaciasn-dr-j-aznar/>
65. MayoClinic. Condon femenino. Publicado 2022. Consultado 01/02/2022. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/female-condom/about/pac-20394129>
66. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de uso del condón femenino. Publicado 2014. Consultado 4/05/2022. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MANUAL-CONDON-FEMENINO.pdf>
67. Wikipedia. Anticonseptivos Orales. Consultado 29 de febrero. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Anticonceptivo\\_oral](https://es.wikipedia.org/wiki/Anticonceptivo_oral)
68. La Universidad de Princeton y por la Asociación de Profesionales de la Salud Reproductiva “anticoncepción de emergencia” disponible en: [http://ec.princeton.edu/questions\\_es/eceffect.html](http://ec.princeton.edu/questions_es/eceffect.html)
69. Enrique Rus Arias. Economipedia. Investigación descriptiva. 2022. Consultado. 4/02/2022. Disponible en. <https://economipedia.com/definiciones/investigacion-descriptiva.html>

## ANEXOS

### ENCUESTA

“Nivel de Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en personas en edad reproductiva. Puesto de Salud Aylambo Cajamarca. Perú 2022”

**1. Edad**

- a) 15 - 18 ( )
- b) 19 - 22 ( )
- c) 23 - 26 ( )
- d) 27 - más ( )

**2. Sexo**

- a) Masculino ( )
- b) Femenino ( )

**3. Estado civil**

- a) Soltero ( )
- b) Casado ( )
- c) Conviviente ( )
- d) Separado ( )
- e) Divorciado ( )

**4. ¿Cuál es tu religión?**

- a) Católico ( )
- b) Evangelico ( )
- c) Otro ( )

**5. Grado de instrucción**

- a) Analfabeto ( )
- b) Primaria completa ( )
- c) Primaria incompleta ( )
- d) Secundaria completa ( )
- e) Secundaria incompleta ( )
- f) Superior completa ( )
- g) Superior incompleta ( )

**6. ¿Cuál es el tipo de familia que conformas?**

- a) Familia nuclear (con ambos padres) ( )
- b) Familia monoparental (solo con el padre o solo con la madre) ( )
- c) Familia extendida (con padres, tíos, primos, abuelos, etc.) ( )
- d) Otra ( ) Especificar.....

**7. ¿Haz recibido información sobre métodos anticonceptivos?**

- Sí ( ) No ( )

**8. ¿De quienes haz recibido información sobre métodos anticonceptivos?**

- a) De mis padres ( ) b) Profesores ( ) c) Redes sociales ( )
- d) De mis amigos ( ) e) Personal de salud ( ) f) No he recibido ( )

**9. El método del ritmo, cómo método anticonceptivo consiste en:**

- a) La identificación del periodo fértil, sin tener en cuenta la historia de los ciclos menstruales de la mujer. ( )
- b) La identificación del periodo fértil, teniendo como base de la historia de los ciclos menstruales de la mujer. ( )
- c) La identificación del periodo fértil ( )

**10. ¿Con qué otro nombre conoce el método del ritmo o de la "regla"?**

- a) Método de los días fijos ( )
- b) Método del calendario ( )
- c) Método de barrera ( )

**11. El método de Billings o moco cervical es:**

- a) La identificación del periodo fértil a través del moco cervical ( )
- b) La identificación del periodo infértil a través del moco cervical ( )
- c) identificación del periodo fértil y del periodo infértil a través del moco cervical ( )

**12. Los óvulos vaginales, como métodos anticonceptivos son:**

- a) Es una protección cuyo objetivo es deshacer a los espermatozoides haciendo poco probable la fecundación. Deben aplicarse en la vagina poco antes (al menos 15 minutos) de cada contacto ( )
- b) Los óvulos vaginales como métodos anticonceptivos son ( )
- c) Los óvulos vaginales solo lo usan las personas que tienen relaciones sexuales dejando ( )

**13. ¿Cuál es la función del condón, como método anticonceptivo?**

- a) El condón es un método anticonceptivo que sirve para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual. ( )
- b) El condón es un método anticonceptivo de barrera, que sirve como depósito del semen y evita que quede depositado en la vagina, evitando el embarazo. ( )
- c) El condón es un método anticonceptivo muy aceptado por los varones. ( )
- d) Aumenta la sensación haciendo relaciones más agradables para la pareja. ( )

**14. Preservativo o condón femenino es:**

- a) Una bolsa de plástico fino y resistente, lubricada con vaselina que es colocada en la vagina ( )
- b) Una bolsa de goma lubricada con que es colocada en la vagina ( )
- c) Una bolsa en forma de círculo y resistente de látex lubricada con dimeticona que es colocada en la vagina ( )

**15. ¿Qué es la T de cobre?**

- a) Es un dispositivo que se coloca en el útero ( )
- b) Es un corte en las trompas de Falopio. ( )
- c) Es un tipo de pastilla anticonceptiva. ( )

**16. El implante, como método anticonceptivo, es:**

- a) Es un implante anticonceptivo, es un parche que se coloca en el brazo de la mujer ( )  
El implante anticonceptivo es una varilla plástica, flexible del tamaño de una cerilla que se coloca debajo de la piel en la parte superior del brazo de
- b) la mujer. Libera una dosis baja y regular de una hormona progestacional ( )  
para engrosar la mucosa del cuello del útero y afinar el revestimiento del útero.
- c) El implante anticonceptivo no es el más seguro, para evitar embarazos. ( )

**17. La píldora, como anticonceptivo oral es:**

- a) Es una tableta que contiene estrógeno y/o progesterona, que impide que los ovarios liberen óvulos, hace que el moco cervical sea más espeso, impidiendo la llegada de los espermatozoides. ( )
- b) Deben tomarse solo los días que la pareja tiene relaciones sexuales. ( )
- c) Deben tomarse inter diario. ( )

**18. ¿Cuándo la mujer hace el uso de la píldora del día siguiente?**

- a) Se toma todos los días. ( )
- b) Cuando la mujer ha tenido una relación sexual sin protección y que se encuentre en su día fértil. ( )
- c) Se toma antes de una relación sexual. ( )

**19. ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son considerados quirúrgicos?**

- a) eservativo, pastillas anticonceptivas, método del ritmo ( )
- b) Preservativo, ligadura de trompas, pastillas anticonceptiva: ( )
- c) Ligaduras de trompas, vasectomía. ( )
- d) Todas las anteriores. ( )

**20. Las inyecciones (Mensuales y/o Trimestrales) como métodos anticonceptivo son:**

- Aquellas que no contienen hormonas, evitan temporalmente el embarazo
- a) ya que impiden la ovulación y hacen que el moco que se produce en el ( )  
cuello de la matriz se vuelva muy espeso impidiendo el paso de los
- Aquellas que contienen hormonas similares a las producidas por la mujer,  
evitan temporalmente el embarazo ya que impiden la ovulación y hacen ( )
- b) que el moco que se produce en el cuello de la matriz se vuelva muy espeso ( )  
impidiendo el paso de los espermatozoides.
- c) Su eficacia es menor a 50%. ( )

**21. ¿De la siguiente lista de métodos anticonceptivos, cuál es de ellos es el más seguro para evitar el embara**

- a) La píldora ( )
- b) El condón. ( )
- c) Coito interrumpido ( )  
(terminar afuera o eyacular
- d) Orinar después de haber ( )  
tenido relaciones sexuales.
- e) La abstinencia. ( )

**22. ¿Qué tipo de método anticonceptivo utilizas cuando tienes relaciones sexuales?**

- a) Método del ritmo o calendario ( )
- b) Método de la ovulación o moco cervic ( )
- c) Preservativos ( )
- d) Inyectables ( )
- e) Anticonceptivos Orales ( )
- f) Ninguno ( )