

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y BARRERAS PERCIBIDAS
SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS:

SANCHEZ VALVERDE, GRISELDA ERIN

VILLACORTA GUTIERREZ, MILAGRITOS INGRI

ASESORA:

DRA. FLOR MARÍA DEL ROSARIO HUERTAS ANGULO

Trujillo, Perú

2018

DEDICATORIA

A DIOS, nuestro padre y creador, que con su amor infinito, nos permitió llegar a este momento, siempre nos dio su fortaleza y nos guio por el camino correcto; de la misma manera nos ayudó en los momentos difíciles, y nos dio las fuerzas para luchar y conseguir lo que nos propusimos.

A nuestra familia, por su apoyo incondicional, por ser parte de nuestra vida, porque siempre creyeron en nosotras, y que con su dedicación, amor y sacrificio nos enseñaron a cultivar valores y fueron ejemplo de superación y triunfo.

A nuestra asesora, Dra. Rosario Huertas, quien nos guio con sus conocimientos y su experticia, por su paciencia y dedicación para realizar de este trabajo un proceso de formación, y aprendizaje mutuo. Asimismo, a nuestros docentes que siempre estuvieron a nuestra disposición, resolviendo dudas y ansiedades y con paciencia contribuyeron a culminar este trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, por permitirnos conocer la profesión de enfermería, cuidarnos en todos estos años y tomarnos de la mano, ayudarnos a levantarnos cuando caímos, y darnos las alegrías en las tristezas, porque nunca nos dejaste y fuiste nuestro sostén.

A nuestros padres, por luchar por nosotros y ayudarnos en todo lo que necesitábamos, porque son grandes ejemplos que, con su bondad, amor dieron más de lo que esperábamos y siempre fueron grandes impulsores para llegar a culminar nuestra carrera.

A nuestros hermanos, primos, tíos, abuelitos y personas que están en nuestros corazones, que con sus ocurrencias siempre fueron nuestro apoyo y nos dieron muchas alegrías, cuyos momentos son parte especial de nuestra vida.

A nuestros amigos, las cuales compartimos momentos de nuestra formación y de nuestra vida, compartiendo nuestras tristezas y alegrías, con sus consejos y virtudes estuvieron a nuestro lado apoyándonos para hacer de este sueño una realidad.

A nuestros profesores y la universidad, quienes formaron parte de nuestra segunda familia y contribuyeron a nuestra formación académica y humana, que con su ejemplo de ética, servicio, amor, cuidado nos incentivaron a seguir adelante y con su paciencia guiaron nuestro aprendizaje.

GRISELDA Y MILAGRITOS

SUMARIO

	Pág.
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	7
II. MATERIAL Y MÉTODO	36
III. RESULTADOS	48
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	51
V. CONCLUSIONES	68
VI. RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	84

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y BARRERAS PERCIBIDAS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS”

Sanchez Valverde, Griselda Erin ¹
Villacorta Gutierrez, Milagritos Ingri ²
Dra. Huertas Angulo, Flor María del Rosario ³

RESUMEN

El presente estudio es tipo cuantitativo, descriptivo-correlacional; se realizó en la I.E. N° 800032 “Generalísimo don José de San Martín”- Florencia de Mora, con el propósito de establecer la relación entre el nivel de conocimiento y barreras percibidas sobre métodos de planificación familiar en los adolescentes. La muestra estuvo conformada por 122 adolescentes de 14 a 17 años que cumplieron con los criterios de inclusión; a quienes se les aplicó el Cuestionario para valorar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar y barreras percibidas, para el análisis estadístico se aplicó la prueba estadística del Chi cuadrado. Los resultados muestran un bajo nivel de conocimiento sobre planificación familiar (46,7%). En cuanto a barreras percibidas sobre métodos de planificación familiar, se detectó que las barreras socioculturales son consideradas muy importantes en un 36,1 por ciento; las barreras consideradas como importantes son las de servicios de planificación (44,3%), mientras que las barreras consideradas poco importantes son las barreras personales (43,4%), seguido de las barreras legales/ políticos (42,6%); se concluye que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y barreras percibidas (personales, socioculturales, servicios de planificación y legales/políticos) sobre métodos de planificación familiar en los adolescentes escolarizados ($p < 0,05$).

Palabras claves: barreras percibidas, adolescentes, conocimiento, planificación familiar.

¹ Autora, Bachiller de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo. Email: griseldasanchez135@gmail.com

² Autora, Bachiller de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo. Email: milagritos_unt12@hotmail.com

³ Asesora, Maestra en Ciencias de Enfermería, Dra. En Salud Pública. Docente principal, de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo. Email: huertas.rosario@gmail.com

"LEVEL OF KNOWLEDGE AND BARRIERS PERCEIVED ABOUT FAMILY PLANNING METHODS IN SCHOOL TEENAGERS"

Sanchez Valverde, Griselda Erin¹
Villacorta Gutierrez, Milagritos Ingri²
Dra. Huertas Angulo, Flor Maria del Rosario³

ABSTRACT

The present study is a quantitative, descriptive-correlational type; It was carried out in the I.E. No. 800032 "Generalissimo Don José de San Martín" - Florencia de Mora, with the purpose of establishing the relationship between levels of knowledge and perceived barriers to family planning in adolescents. The sample consisted of 122 adolescents aged 14 to 17 years who met the inclusion criteria; to whom the Questionnaire was applied to assess the level of knowledge about family planning and perceived barriers, for the statistical analysis, the statistical test of the Chi-square was applied. The results show a low level of knowledge about family planning (46.7%). Regarding perceived barriers to family planning methods, it was found that sociocultural barriers are considered very important in 36.1 percent; the barriers considered as important are those of planning services (44.3%), while the barriers considered unimportant are personal barriers (43.4%), followed by legal / political barriers (42.6%); It is concluded that there is a significant relationship between the level of knowledge and perceived barriers (personal, sociocultural, planning and legal / political services) on family planning methods in school-aged adolescents ($p < 0.05$).

Keywords: perceived barriers, adolescents, knowledge, and family planning.

1 Author, Bachelor of Nursing, National University of Trujillo. Email: griseldasanchez135@gmail.com

2 Author, Bachelor of Nursing, National University of Trujillo
Email: milagritos_unt12@hotmail.com

3 Advisor, Master in Nursing Sciences, Dr. in Public Health. Main professor, Faculty of Nursing, National University of Trujillo. Email: huertas.rosario@gmail.com

I. INTRODUCCIÓN

La práctica de la anticoncepción ha sido una necesidad que ha existido toda la vida, su historia se remonta desde años atrás. En un primer momento se llevó a cabo con fines personales como el de prevenir un embarazo fuera de una pareja. Luego surgió como indicaciones médicas, cuando existía peligro para la madre durante el parto, o cuando había la posibilidad de transmitir a la prole enfermedades mentales u orgánicas, sin embargo, la preocupación por evitar embarazo siempre estuvo presente (Torres, 2000).

Desde sociedades primitivas, se consideraba a los recién nacidos como seres inferiores que se podían dar muerte, maltratar y mutilar, ya que en la antigüedad se eliminaba a los recién nacidos, método que permita prescindir de los hijos no deseados. Sin embargo, con fines científicos fue hasta el siglo XVI cuando Falopio describe por primera vez una funda de lino protectora contra la sífilis, que posiblemente constituyó la base para la manufactura en Inglaterra de los condones. Durante el siglo XVIII y a partir del XIX, fue el condón el único anticonceptivo usado. Los métodos anticonceptivos se han usado de un modo u otro por varios siglos a través de la historia humana e incluso la prehistoria (Blázquez, 2003).

La planificación familiar siempre se ha practicado ampliamente, incluso en sociedades dominadas por códigos sociales, políticos o religiosos que requieren que las personas "sean prolíferas y se multipliquen", desde la era de Pericles en la antigua Atenas hasta la del Papa Francisco en la actualidad. El programa de Planificación Familiar se inició en la década de los años 60, como estrategia para frenar la "explosión demográfica". A partir de 1965, se constituye la fundación para estudios de la población empezando a ofrecer servicio anticonceptivo en áreas urbanas, urbano marginadas y escasamente en las rurales (Torres, 2000).

Desde hace mucho tiempo existen numerosos métodos que han aplicado hombres y mujeres a lo largo de la historia con el fin de disfrutar su vida sexual sin dejar de planificar su vida familiar con responsabilidad: Métodos conductuales, Métodos de observación de la fertilidad, Método de amenorrea por lactancia, Métodos de barrera como el condón, Métodos hormonales, entre ellos la píldora y el DIU (Dispositivo Intrauterino). En la actualidad los programas de planificación familiar han logrado repercutir benéficamente en la sociedad y ha logrado prevenir, en una proporción alta el embarazo no deseado y por ende, la tasa de mortalidad materna, perinatal e infantil; además permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos (Knowles, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), dentro de los beneficios que brinda la planificación familiar está incluida: La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas. Así también se encuentra la prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres, reducir la tasa de embarazos no deseados, reducción de la mortalidad de los menores de un año, la prevención de la infección por el VIH/SIDA, y finalmente el poder de decisión y una mejor educación, permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva.

En relación con la adolescencia, Gaete (2015) refiere que dicha etapa es muy importante en su vida, pues se encuentra marcada por cambios biológicos, psicológicos y sociales sujetos a sentimientos de atracción sexual, confusión emocional y formación de identidad. Esto es crítico para el desarrollo de las cualidades interpersonales y sociales. Ya que sus normas de conducta son influidas por los conceptos sociales de género que regirán aspectos en su vida adulta; siendo estos temas de salud sexual y reproductiva relevantes para afrontar la influencia impuesta por la sociedad y sus pares.

La importancia de tener conocimiento sobre la planificación familiar radica en que no existe una efectiva educación en la población, la cual deja carentes de conocimientos a muchos adolescentes. Lo que significa que es un tema prioritario de tratar, ya que están cerca de iniciar su vida adulta y relaciones sexuales, como el ser padres, y cumplir con los deberes que abarca tener una familia. Por lo general, estos inician la vida sexual activa sin el uso de la anticoncepción donde las relaciones surgen de forma esporádica y no planificada, característica de estas edades. Por tanto, la planificación familiar les proporcionaría una mejor salud, calidad de vida, protección contra enfermedades, la prevención de abortos, escolaridad más prolongada y mayores posibilidades de empleo (Arce, 2013).

Asimismo, la planificación familiar contribuye al desarrollo económico y la mejora del nivel de vida de los ciudadanos. Puesto que al disminuir las tasas de fecundidad y de crecimiento de la población infantil permitirá mayor productividad y mejor inversión. Ya que un gran número de personas en edad de trabajar, entre 15 a 59 años, como efecto de la reducción de la tasa de fecundidad, tendrán mayor capacidad de ahorro, de trabajo, aumentar sus ingresos y planificar sus vidas, pudiendo invertir no solo en educación sino también en su formación y desarrollo profesional, favoreciendo así la disminución de la pobreza y el aumento del crecimiento económico (Gutiérrez, 2013).

Desde la antigüedad hasta hoy en día los padres y otros modelos adultos de conducta, habitualmente no desean tratar asuntos que incluyan temas de sexualidad con los adolescentes, debido a normas culturales o religiosas. Por ello, el derecho de recibir información precisa y completa acerca de la salud sexual y reproductiva incluida la planificación familiar es de mucha importancia (Mitchell, 2009).

Al respecto, Sadler, Obach, Luengo y Biggs (2010) refieren que:

Existen otros motivos que enfrentan muchas mujeres y hombres jóvenes, inclusive cuando los adolescentes tienen accesibilidad de acudir

a programas de planificación, como la vergüenza por acceder a los servicios (por miedo de revelar que se mantienen relaciones sexuales a temprana edad o por incomodidad de hablar sobre temas de sexualidad), la percepción de ser invulnerables, el temor de ser reconocido en la sala de espera, de que los profesionales de salud no mantengan la confidencialidad, particularmente la divulgación a sus padres y que los juzguen o maltraten por tener relaciones sexuales así también el someterse a procedimientos poco agradables, por ejemplo un examen pélvico o frotis uretral. (p.14)

El tercer objetivo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Salud y Bienestar se busca el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, reducir el índice de mortalidad materna mundial; esto incluye la planificación familiar, la educación sexual integral y los servicios de salud materna, ya que los problemas de salud reproductiva representan una de las causas principales de la mala salud, y la muerte de las mujeres y las niñas en edad fértil en los países en desarrollo. Si bien esto ha afectado a personas de todas las edades, el grupo de los adolescentes ha sido uno de los más perjudicados (CEPAL, 2018).

A nivel mundial, las adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos, el 12 por ciento entre las edades de 14 - 15 años han mantenido relaciones sexuales alguna vez. En el 58 por ciento de las mujeres adolescentes, el embarazo es no deseado. En América Latina, el 71 por ciento entre 15 a 19 años no utilizan métodos anticonceptivos; debido a ello el 52 por ciento es el promedio de embarazos no deseados, y el 53 por ciento han empezado a tener relaciones sexuales antes de los 19 años (OMS, 2014).

Asimismo en el Perú, el 19,7 por ciento de los estudiantes de secundaria refirieron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Entre ellos, 46,7 por ciento tuvo su primera relación sexual antes de los 14 años. Estos porcentajes son más altos entre los varones (28,3% han tenido relaciones sexuales y de ellos 50,9% antes de los 14 años),

que entre las mujeres (11,1% han tenido relaciones sexuales y 36,1% antes de los 14 años) (MINSA, 2016).

Actualmente en el Perú, algunas barreras influyen en que un gran número de adolescentes tengan hijos a muy temprana edad, básicamente por desconocimiento o mal empleo de métodos anticonceptivos, desinterés, no consultar a un especialista, falta de planificación, información insuficiente, presión de un determinado grupo social, entre otros. Hoy en día existen varios conocimientos e información acerca de los métodos anticonceptivos y de la planificación familiar, pero estos no son correctamente transmitidos a los adolescentes, por falta de conocimiento de los padres y educadores (UNICEF, 2014).

Por tanto, en la actualidad los adolescentes continúan siendo un grupo vulnerable y que presentan múltiples barreras en cuanto uso y acceso a los servicios de planificación familiar, los cuales van desde la falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, poca accesibilidad, servicios no adecuados por horarios incompatibles incluso la escasa confidencialidad por parte de algunos profesionales hasta tabúes sociales, entre otros; de esta forma la posibilidad que el adolescente adquiera conducta de riesgo que conlleven a un embarazo no planificado, el contagio de infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, limitando así oportunidades de un desarrollo personal y profesional dentro de la sociedad incluso comprometiendo su vida futura (Gómez, 2013).

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2016) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reveló que actualmente el 12,7 por ciento de las adolescentes en el país (entre 15 y 19 años) declaró haber estado alguna vez embarazada. Por otro lado, muestra que la proporción de embarazo adolescente a nivel nacional también se incrementa en las poblaciones más vulnerables, como las mujeres con educación primaria (42,3%) y las que se encuentran en el quintil más pobre de riqueza (23,9%). La región con mayor cantidad de embarazos adolescentes continúa siendo Loreto con el 30,6 por ciento.

El embarazo en las adolescentes es un problema en todas las regiones del país, en la Selva (26%), en área rural (22%) y sin educación (37%). Actualmente en el Perú, 15 de cada 100 adolescentes entre los 15 y 19 años han sido madres o están embarazadas; teniendo como principales causas contextos de pobreza, deserción escolar, limitado acceso a información y educación sexual. En cuanto a La Libertad, tuvo 14, 8 por ciento de adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años. En Trujillo, los distritos con mayor índice de embarazos adolescentes son La Esperanza, El Porvenir y Florencia de Mora (INEI, 2016).

Al mismo tiempo, se ha visto que existe mayor número de muertes maternas en las poblaciones excluidas, conformada por las más pobres, iletradas, las que viven en zonas alejadas de la ciudad así como la población adolescente. No obstante, en la actualidad el uso de métodos anticonceptivos en gran parte del mundo es más común que en la antigüedad, pero en los adolescentes solteros que han iniciado su vida sexual su uso aún es bajo, conllevando a un embarazo a temprana edad lo que podría contribuir a aumentar las tasas de mortalidad materna (Távora, Cárdenas y Becerra, 2011).

Los motivos del poco uso de métodos anticonceptivos pueden ser sociales, económicos, culturales o políticas. Los adolescentes con un nivel socioeconómico bajo son más proclives a mantener relaciones sexuales sin protección, sin embargo, sus pares con un mejor estrato socioeconómico lo utilizan más, aunque no siempre sucede así. Así también, están ligados a la religión o simplemente a que los gestores de política no toman la debida importancia al tema dentro de la sociedad, por lo tanto, no se asegura que tengan acceso al conocimiento o uso de la anticoncepción como la falta de reserva de anticonceptivos, no por realizar una compra inapropiada, sino por carecer de políticas de fiscalización, distribución así como la supervisión permanente y continua (Gutiérrez, 2013 y Rodríguez, 2011).

MARCO TEÓRICO-EMPÍRICO

Teniendo como base el objeto de estudio, los conceptos principales que guiaron el marco teórico son barreras percibidas según Nola Pender (2011), conocimiento conforme a Bunge (2004) y planificación familiar expuesta por la Organización Mundial de la Salud (2013).

El presente estudio se basa en el Modelo de Promoción de la salud de Nola Pender (1996), el cual explora procesos biopsicosociales e identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales; lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. Este modelo está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (Sakraida, 2011).

El modelo muestra cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta conllevan en el individuo participar en un plan de acción para adquirir conductas promotoras de salud. En el esquema del modelo de promoción de la salud, se pueden hallar los componentes; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas, y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales (Sakraida, 2011).

El primer concepto se refiere a experiencias anteriores las cuales afectan acciones subsecuentes, su importancia dependerá de objetivo al que se desea llegar. El segundo concepto detalla los factores personales, clasificados como biológicos, psicológicos y socioculturales; los cuales de acuerdo con este enfoque predicen una cierta conducta, y son moldeados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y específicos de la conducta, es considerada de mayor importancia motivacional, esta abarca seis conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son las representaciones mentales de las consecuencias positivas y reforzadoras de una conducta; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas, costes personales u obstáculos de emprender una acción dada.

El tercer concepto es la auto-eficacia percibida, este constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque se considera el juicio de las capacidades de uno mismo para alcanzar cierto nivel de desempeño. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.

El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son los estados de sentimiento subjetivos ocurridos durante el proceso de la ejecución del plan la conducta objetivo; el quinto concepto trata de las influencias interpersonales, se considera cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actitudes de otros que pueden o no corresponder con la realidad; finalmente, el último concepto de esta columna muestra las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden facilitar o impedir la participación en la conducta promotora de salud.

Pender (1996), retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud. La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas determinan las conductas adoptadas por la persona. A través del modelo se examina una amplia variedad de fenómenos. Estas creencias

están dadas por la presencia de barreras para la acción, es decir, son bloqueos anticipados, imaginados o reales para la adopción de una conducta determinada; por tanto, las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real. En este caso, se abordarán las barreras percibidas por los adolescentes sobre métodos de planificación familiar (Sakraida, 2011).

Existen muchas barreras que obstaculizan los métodos de planificación familiar en adolescentes; son estas de tipo personal, socioculturales, barreras en el servicio de planificación, legales/políticas, etc, que carecen de base científica, pero que logran que no utilicen ningún método anticonceptivo (Buitrón, 2003).

Dentro de las barreras personales se puede considerar que la carencia de información precisa sobre planificación familiar se debe a una falta de una formación en temas de sexualidad de forma integral en la mayoría de los países. Aún en situaciones en que la educación sexual se enseña en las instituciones educativas, ésta podría ser de mala calidad o no se transmite lo que realmente se quiere enseñar. Asimismo, la falta de información o distorsión de los mensajes e ideas erróneas sobre la sexualidad conllevan a las y los adolescentes escolarizados a situaciones de vulnerabilidad y comportamientos de riesgo (UNESCO, 2009).

Al respecto, Montero (2011) afirma:

En la práctica diaria, lamentablemente a menudo podemos comprobar que la información que los/las adolescentes poseen sobre planificación familiar es insuficiente y en muchos casos errada, asociándose con gran frecuencia a mitos y creencias existentes, dentro de los cuales tenemos: “los anticonceptivos hormonales producen esterilidad femenina que se presenta muchos años después”; “los anticonceptivos hacen mal al organismo”; “los anticonceptivos hacen engordar, salir pelos y producen cáncer”; “la abstinencia periódica afecta la salud mental de las personas”.
(p. 61)

Barpanda (2015) refiere que dentro de las barreras que dificultan el acceso de los adolescentes a la planificación familiar están la falta de servicios orientados específicamente a los y las jóvenes, lo cual para muchos adolescentes, normalmente es muy difícil solicitar anticonceptivos, acceder a la información y a los servicios sanitarios asociados. Debido a que, los programas de planificación familiar generalmente están orientados a las personas casadas, sin tomar en cuenta las necesidades de los y las jóvenes. Los centros de atención al respecto suelen estar en contextos alejados de la realidad juvenil, o los jóvenes no desean acceder a estos servicios por timidez de ser reconocidos.

Dentro de las barreras con los profesionales de salud, se observa la escasa preparación del equipo al no llevar una comunicación exitosa y fluida durante la atención en los servicios, la forma de tratar con los padres o acompañantes al hablarles sobre temas de sexualidad y la inexperiencia del profesional que atiende adolescentes. Finalmente, la valoración negativa sobre la sexualidad de los/ las adolescentes impide el acceso a métodos de planificación familiar, puesto que la población de adolescentes presenta mayores tasas de fracaso para los diferentes métodos cuando se compara con la población adulta (Montero, 2011).

En las barreras sociales, existen limitaciones culturales o religiosas en cuanto a la sexualidad del adolescente, lo cual puede dar lugar a la existencia de obstáculos implícitos y explícitos de la planificación familiar, como las que exigen el consentimiento de los padres o del cónyuge para que los jóvenes puedan acceder a anticonceptivos; constituyéndose en un impedimento, ya que los padres no siempre están dispuestos a aceptar la decisión de sus hijos de ser sexualmente activos y el deseo de acceder a la planificación familiar (Barpanda, 2015).

Por otro lado, Gutiérrez (2013) sostiene que otra de las causas de no utilizar métodos anticonceptivos, está motivada por la presencia de

grupos religiosos así como los hacedores de política que no toman la real importancia que tiene la planificación familiar, por tanto, no garantizan el acceso a la anticoncepción moderna a todos los grupos etarios y por lo tanto carecen de políticas de distribución y supervisión permanente.

Por último, en la mayoría de los países en vías de desarrollo, la demanda de planificación familiar ha aumentado, sin embargo la ayuda destinada a ello se ha visto disminuida del gasto total en sanidad. Así también, se presenta la ausencia de un compromiso político y la falta de financiación. Aunque esto ha afectado a personas de todas las edades, el grupo de los adolescentes ha sido uno de los más perjudicados, ya que los avances realizados en el cumplimiento de las necesidades de los y las jóvenes en materia de planificación familiar son escasos (Barpanda, 2015).

Por otra parte, en la adolescencia la maduración y los cambios morfológicos y fisiológicos que acompañan a esta etapa consigo llevan el acceso a la sexualidad genital adulta. Es obvio que ni la maduración ni la expresión de la sexualidad del adolescente como todo lo que concierne al ser humano podrían comprenderse desde punto de vista biológicos, sino que es necesario tener en cuenta las características de su personalidad, la historia del mismo, su cultura y medio ambiente que lo rodean, de allí la importancia de realizar búsqueda continua de las características sociodemográficas (Perinat, 2003).

De la misma forma, los adolescentes están en una etapa del desarrollo cognoscitivo, donde la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente, que les hace difícil la adopción de decisiones analíticas, en consecuencia tienden a ser más sensibles a las presiones de sus pares y con menos probabilidad de negociar la relación sexual y el uso de anticonceptivos; esta contexto es más delicado en el caso de las adolescentes que por razones de inequidad de género

carecen de la habilidad para utilizar un método anticonceptivo en su primera relación sexual, así como el carecer de conocimientos sobre planificación familiar (Gaete, 2015).

El conocimiento es un saber fundamentado, demostrable, sistemático, ordenado, universal, divulgativo, racional y predice hechos de manera verificables con la realidad; de igual manera es un acopio de información, la cual puede ser obtenida de forma científica o empírica .El conocimiento científico es real, ya que empieza en los hechos y vuelve a ellos; por lo que se pretende detallarlos, independientemente de su valor. Así también, el conocimiento científico puede descartar los hechos, producir nuevos y explicarlos. El conocimiento es cambiante, se construye y reconstruye constantemente, conforme pasa el tiempo se va desarrollando. Con los aportes de las investigaciones que se van realizando se contribuyen con datos nuevos que explican mejor la realidad (Bunge, 2004).

Así también, el conocimiento es el acúmulo de información, adquirido de forma científica o empírica, es así que el conocer es aprehender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento; este acto supone una referencia mutua entre sujeto y objeto. Conocer filosóficamente significa aprehender teóricamente los objetos, sus cualidades, sus modos, sus relaciones; por lo que al conjunto de conocimientos racionales ciertos o probables que son obtenidos de manera metódica y verificables con la realidad se organizan y son transmitidos, a esto se conoce como ciencia (Cheesman, 2010).

En relación con el conocimiento, el filósofo Salazar Bondy (citado por Sanguineti, 2005). Lo define como acto y contenido. Menciona que, el conocimiento es la aprehensión de algún suceso o cosa asociado a un proceso de mental y no físico. Además, es un conjunto de información

almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje; este se puede transmitir, recolectar y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico.

El conocimiento, es considerado por Platón, como aquellos que necesariamente es verdadero, formado por creencias u opiniones verdaderas y justificadas. En la actualidad, el conocimiento se entiende como el comportamiento neurológico, respuesta adaptativa, conducta externa basada en la experiencia de la realidad, de la persona o de la vida, no solo de explicaciones científicas. Los seres humanos han acumulado conocimientos sobre el entorno en el que viven a partir de aumentar conocimientos teóricos y prácticos para transformar la realidad circundante (Sanguineti, 2005).

Existen dos tipos de conocimiento. El empírico y el científico; el primero está basado en la experiencia es acumulado a través de los años y puede transmitirse por generaciones como un hecho cultural, pero no posee un orden sistemático. Esto genera que este conocimiento no describa, analice y prediga los fenómenos como un todo; llevando a reconocerlos, aunque no a explicarlos exhaustivamente. El segundo constituye el saber humano obtenido de forma racional, y consiente mediante un proceso lógico y riguroso; para obtener nuevos conocimientos parte de otros previos, por lo tanto, es una verdad transitoria sujeta a validación permanente (Santillán, 2010).

La persona puede captar una cosa por medio de tres niveles diferentes de conocimiento, el primer nivel llamado sensible el cual se sustenta en los sentidos, esto se da cuando el ser humano capta por medio de la vista las imágenes de las cosas con sus diferentes características (color, figura y dimensiones), las que se acumulan en nuestra mente y forman nuestros recuerdos, organizando de esta manera la realidad interna, íntima y única del ser humano (Martínez y Ríos, 2006).

El segundo nivel corresponde al conceptual, el que se fundamenta en concepciones invisibles, abstractos, pero al mismo tiempo esenciales, como por ejemplo la imagen de la madre de una persona en particular, a través de esto se puede tener un concepto universal que abarca todas las madres (el ser maravilloso capaz de albergar en su cuerpo la semilla de una nueva vida) y, por lo tanto, es un concepto abstracto que nos permite categorizar el mundo que nos rodea. Así también, el tercer nivel y el más importante es el holístico, este nivel implica separar el carácter siendo de las cosas, es decir que las cosas están en cada situación, firmemente ligadas al fondo o abierto en el que se muestra (Martínez y Ríos, 2006).

Para la Organización Panamericana de la Salud quienes tienen un nivel mayor de madurez son menos activos sexualmente; por lo tanto durante la adolescencia existe una correlación entre la madurez cognoscitiva y la madurez sexual, según la cual lo que indicaría que un bajo rendimiento escolar ocasiona mayores tasas de natalidad y expone a los adolescentes al riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA o concebir un embarazo no planeado (Schutt-Aine y Maddaleno, 2003).

Los adolescentes deben estar provistos con los conocimientos pertinentes en sexualidad, a fin de que puedan tomar decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales. El inicio de la vida sexual activa en la adolescencia es uno de los hechos trascendentales que marcan la pauta del comportamiento y una práctica importante durante este acontecimiento, es la utilización de algún método anticonceptivo. El uso de métodos anticonceptivos se ve afectado porque los adolescentes no tienen conocimiento suficiente sobre estos, su manejo y el mecanismo de acción, siendo esta una de las barreras para acceder a la planificación familiar (Parra, 2013).

En relación a la planificación familiar, Gutiérrez (2013) refiere que el concepto de planificación familiar se basa en el derecho de los individuos y las parejas a regular su fertilidad, y está fundamentado en las áreas de la salud, los derechos humanos y la demografía. Las técnicas anticonceptivas modernas buscan la interrupción del proceso de la concepción, actuando en los diferentes lugares del proceso reproductivo (a nivel del óvulo, del espermatozoide, de la fertilización y de la implantación), aunque un método puede tener más de un mecanismo de acción.

En el año 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la planificación familiar como métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual de la mujer. Asimismo, “una manera de pensar y de vivir, adoptada voluntariamente por los individuos y las parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad a fin de promover la salud y el bienestar de la familia y la comunidad” (OMS, 2013).

La 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. Está asociada a la reducción de los índices de mortalidad materna. Este criterio también es válido para adolescentes y jóvenes en edad fértil, quienes por desconocimiento se embarazan a temprana edad sin planificarlo, poniendo en riesgo su vida y la de su bebé, en lugar de esperar hasta después de los 20 años o establecer períodos intergenésicos (tiempo entre un nacimiento y otro) de por lo menos tres años para reducir el número de embarazos no planificados susceptibles a terminar en un aborto (OMS, 2014).

De la misma forma, actualmente el concepto de planificación familiar ha tomado importancia, al pretender llevar un mayor control en la demografía dentro de un país determinado, esfuerzo encaminado a superar el círculo de la pobreza, elevar los estándares de vida y educación de la población. Por esto, los programas han ido tomando más fuerza, y asimismo volviéndose más completos y sofisticados. Fundamentalmente estos programas otorgan a las parejas un conjunto de actividades y procedimientos que contengan información, educación y anticoncepción para que estos sean capaces de definir correctamente su planificación. Se considera como estrategia de reducción de la pobreza al romper el nexo entre una alta fecundidad y una pobreza extrema (Barpanda, 2015).

La planificación familiar tiene beneficios debido a que las madres y los bebés son más saludables cuando se evitan embarazos de riesgo, las familias más pequeñas significan menores gastos y más ahorro, los padres tienen más tiempo para trabajar y estar con la familia. Posponer los embarazos evita que los adolescentes abandonen la escuela. Por ende, se convierte en un derecho sexual al permitir la regulación de la fertilidad; pero a la vez, contribuye en el cumplimiento de los derechos reproductivos; también influye en la educación, alivia la pobreza, y permite el desarrollo económico de los estados; por lo que debe ser tomado en cuenta por quienes tienen la responsabilidad de dirigir los gobiernos, y así verlo desde la perspectiva de considerarla como una herramienta básica para lograr el desarrollo de las naciones de una manera sostenible (OMS, 2013 y Gutiérrez, 2013).

El Ministerio de Salud (MINSA, 2013) define que los métodos anticonceptivos evitan que la mujer salga embarazada y es la ayuda para una buena planificación; incluye que el uso de los métodos anticonceptivos es una decisión personal para que la mujer no salga embarazada. La pareja es la que decide cuantos hijos tener al dejarlos de usar; la mayoría de métodos son reversibles salvo que sea quirúrgico;

considera que los métodos anticonceptivos tienen hormonas que no producen ningún daño, pueden ser reversibles y temporales.

Los métodos anticonceptivos reducen la mortalidad materna y mejora la salud de las mujeres, ya que previenen los embarazos no deseados y los de alto riesgo, disminuyendo así la práctica de aborto realizado en condiciones de riesgo. El uso sistemático de condón es para prevenir el contagio del (ITS) y que incluye VIH. Además, define que un método anticonceptivo es cualquier forma de impedir la fecundación o concepción tras un coito también se llama contracepción o anticoncepción (OMS, 2011).

Según Zegarra (2011), los mecanismos de acción de los métodos de planificación familiar pueden agruparse según actúen, antes o después de la fecundación. Los primeros son llamados mecanismos prefecundación y tienen lugar antes de la unión del óvulo y del espermatozoide. Los segundos son los mecanismos postfecundación, los cuales tienen lugar después de la unión del óvulo y del espermatozoide. Pueden tener lugar antes, durante o después de la implantación del óvulo fecundado (cigoto).

Knowles (2012) refiere que:

En la antigüedad, existían numerosos métodos que han aplicado hombres y mujeres a lo largo de la historia con el fin de disfrutar su vida sexual sin dejar de planificar su vida familiar con responsabilidad: Métodos conductuales, Métodos de observación de la fertilidad, Método de amenorrea por lactancia, Métodos de barrera, Métodos hormonales, El DIU (Dispositivo Intrauterino).

Existen una variedad de tipos de métodos anticonceptivos, para facilitar su comprensión se pueden clasificar en: métodos conductuales, los cuales estaban basados en la conducta sexual y son todavía utilizados

por millones de personas en el mundo; durante miles de años, la abstinencia, el intercambio de placer sin tener relaciones, relaciones sexuales sin penetración, el retiro, la predicción de la fertilidad y la lactancia continua fueron utilizados por nuestros ancestros para evitar embarazos no planificados; estos métodos todavía cumplen un rol importante respecto de la planificación familiar (Díaz, 2011).

Los métodos de barrera, según la OMS, generan el bloqueo físico que impide que el espermatozoide alcance el óvulo o que el óvulo se implante con sustancias que contienen espermicidas; son métodos eficaces si se usan correctamente y tienen pocos efectos negativos, son de fácil obtención y bajo costo, no requieren examen ni prescripción médica, fomentan la responsabilidad en la anticoncepción, y reducen la transmisión de las ITS y VIH/SIDA. Dentro de estos métodos, se encuentran el preservativo y el diafragma. Los condones masculinos son recubrimientos delgados de caucho, son colocados en el pene erecto y los femeninos son un recubrimiento delgado de plástico y con aros de poliuretano en extremos opuestos, ambos impiden que los microorganismos pasen de un miembro de la pareja a otro (Zegarra y Díaz, 2011).

Otro tipo de método son los hormonales, estos métodos contienen hormonas llamadas estrógeno y progesterona; ambos evitan el embarazo impidiendo que los ovarios de la mujer suelten un huevo. Dentro de estos tenemos a la píldora, uno de los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces y seguros, actúa sobre el ciclo hormonal de la mujer impidiendo la ovulación; las píldoras combinadas contienen las hormonas estrógeno y progestágeno; la píldora anticonceptiva de emergencia o “píldora del día después” debe ser usada después de practicar el coito sin protección, permitiendo evitar el embarazo no deseado, deben tomarse el o los dos comprimidos juntos lo antes posible tras el coito desprotegido (Zegarra, 2011) (Schwartz, 2012).

Los implantes subdérmicos que consiste en la inserción de una o dos varillas bajo la piel del brazo liberan pequeñas cantidades de hormona y actúan durante tres o cinco años, dependiendo del tipo de implante, impidiendo la ovulación. Otro tipo es el anillo vaginal, el cual consiste en la introducción por la propia mujer de un anillo de plástico en la vagina todos los meses; este libera hormonas durante tres semanas debiendo ser retirado por la mujer al comienzo de la cuarta semana, actúa igual que la píldora combinada. El parche anticonceptivo, como método libera hormonas que son absorbidas a través de la piel, consiste en la aplicación de un parche semanal durante tres semanas seguido de una semana sin parche. Finalmente, los inyectables consisten en una inyección de forma trimestral si su composición es solo de progestágeno, o mensual si su composición es de estrógeno y progestágeno (Schwartz, 2012).

Por otra parte, los DIUS (Dispositivos Intra Uterinos) impiden que el huevo se desarrolle en la matriz. Es un pequeño objeto o aparato que un trabajador de salud o una partera con capacitación especial mete en la matriz. Una vez que está en la matriz, el aparato evita que un huevo se desarrolle allí. Este puede permanecer en la matriz hasta por 10 a 12 años, dependiendo del tipo de aparato, antes de que sea necesario sacarlo y reemplazarlo por uno nuevo. Los métodos naturales se basan en calcular el período de tiempo en el ciclo de la mujer en el cual el embarazo es más probable y practicar la abstinencia coital durante ese período, los más conocidos son el método del calendario (Ogino), el método de la temperatura, y el método del moco cervical (Billings) (Díaz, 2011 y Zegarra 2011).

Los métodos químicos, como los espermicidas, son sustancias que destruyen o incapacitan a los espermatozoides de modo que no lleguen al útero o no sean capaces de fecundar el óvulo, su eficacia es muy baja. Por otra parte, los métodos quirúrgicos por lo general se consideran irreversibles, ya que la persona que se somete a la intervención quirúrgica deja de ser fértil de por vida; estos son la ligadura de trompas en la mujer

que se realiza con el fin de ocluir las trompas de Falopio para evitar que el óvulo sea fecundado y llegue al útero, este procedimiento produce esterilidad permanente. La otra intervención es la vasectomía en el hombre, que consiste en cortar y ligar los conductos deferentes, encargados de transportarlos espermatozoides desde los testículos al exterior (Díaz, 2011).

En la presente investigación se tomó en cuenta el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender enfocado principalmente en el concepto de barreras percibidas, las cuales se clasificaron según el contexto actual. Asimismo, un aspecto que se consideró fue el enfoque conocimiento teniendo en cuenta a Bunge, enfocando al conocimiento desde la parte científica. Finalmente, otro de los temas que guiaron fue acerca de la planificación familiar considerando la definición, los diferentes métodos así como beneficios que implica una adecuada planificación de igual manera se incluyó las consecuencias que generan en los adolescentes al no conocer sobre ello. Todos estos aspectos fueron claves y relevantes durante la preparación, desarrollo y culminación de esta investigación.

En cuanto a las investigaciones de barreras percibidas y nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar se encontraron las siguientes investigaciones:

A nivel de Latinoamérica existen investigaciones como la de Cuellar, Garzón y Medina (2008), sobre “Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de una Institución Distrital de Bogotá”, los resultados muestran que los factores de riesgo fueron: conocimientos de métodos anticonceptivos (MAC), barreras al acceso de los anticonceptivos, comunicación con los padres, comunicación con la pareja. Siendo sus resultados que el 73,7 por ciento de adolescentes tienen conocimiento

inadecuado sobre MAC. El 42,3 por ciento de casos presentan barreras reales. El 100 por ciento de adolescentes presentaron barreras percibidas.

Rodríguez (2011) estudió “Diseño de una Guía educativa sobre planificación dirigido a los usuarios del centro de salud de la ciudad de Riobamba. Provincia de Chimborazo 2011-Ecuador”, los resultados fueron en cuanto a características socio demográficas son mujeres el 73 por ciento, hombres el 27 por ciento; edades comprendidas entre hombres y mujeres, menores 14 a 23 años el 54 por ciento, de 24 a 33 y más 40 por ciento; instrucción escolar básico 49 por ciento; en cuanto a conocimientos sobre métodos de planificación familiar: inyecciones 27 por ciento, pastillas 14 por ciento y uso de condones el 11 por ciento.

En el Ecuador, Rea y Salas (2012) investigaron “El conocimiento como factor de riesgo en el embarazo de las adolescentes comprendidas entre 14 a 19 años relacionado con los métodos de Planificación Familiar que son atendidas en la consulta externa en El Hospital Dr. Eduardo Montenegro del Cantón Chillanes periodo Octubre del 2011 a Marzo del 2012 – Ecuador”. Los resultados muestran que el 67 por ciento de las embarazadas adolescentes desconocen los diferentes métodos de planificación familiar sus ventajas y desventajas, el uso adecuado.

La investigación realizada por Parra, Domínguez, Maturana, Pérez y Carrasco (2014), “Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile”, expone que el 12 por ciento de varones y mujeres habían iniciado su vida sexual (el 42% de los varones y el 22% de mujeres, antes de los 15 años). Además, las mujeres consultaron más el Programa que los varones (el 40% y el 13,5% respectivamente) y reconocían haber recibido más información sobre métodos anticonceptivos antes de iniciar su vida sexual que sus pares varones. Igualmente se señala que los adolescentes de ambos sexos

siguen teniendo concepciones erradas sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Montoya, Barreto, Cárdenas, Chavarro y Piñeros (2014) investigaron sobre “Barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva en Bogotá”, concluyeron que las barreras de acceso a los servicios de SSR no se relacionan exclusivamente con el contacto directo con las instituciones de salud. Se identificaron barreras socioculturales por deficiencias evidentes en educación sexual (hogar e instituciones educativas) que apoyan mitos y concepciones erróneas sobre los procesos que contribuyen a una vivencia sana y responsable de la sexualidad. Barreras económicas y problemas relacionados con la afiliación al sistema de salud son prioritarios en el momento de buscar atención en SSR (Salud sexual reproductiva).

Sánchez, Dávila y Ponce (2015), estudio “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud”, sus resultados indican que el nivel de conocimientos fue calificado como medio en 60,8 por ciento y bajo en 23,3 por ciento. Y en relación al condón, este fue el método anticonceptivo mayormente utilizado (65,2%); asimismo, fue el método de barrera del que se tenía un mejor conocimiento (95,8%). Las conclusiones del estudio indican 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.

Finalmente, la investigación de Mallma, (2017), “Conocimiento y uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio Andrés A. Cáceres. Setiembre a Noviembre – 2015”, mostró que 63 por ciento de los adolescentes evaluados poseen un nivel de conocimiento medio acerca de métodos anticonceptivos. El 20

por ciento de los adolescentes evaluados refiere usar métodos anticonceptivos. Y el ser de sexo masculino es un factor de riesgo para usar algún método anticonceptivo.

A nivel nacional existen investigaciones como de Bazán y Villanueva (2005), investigaron “Relación entre uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) y el embarazo no planificado en adolescentes- Instituto Especializado Materno Perinatal- 2004”, donde el 73,7 por ciento de adolescentes tienen conocimiento inadecuado sobre MAC, el 42,3 por ciento de casos presentan barreras reales. La comunicación con los padres fue inadecuada en un 65,4 por ciento en las adolescentes. Un 57,7 por ciento de adolescentes respondieron tener comunicación inadecuada con la pareja. El 100 por ciento de adolescentes presentaron barreras percibidas.

Lizarzaburu y Piñin (2006), quienes estudiaron “Barreras que impiden el uso de métodos anticonceptivos a las adolescentes hospitalizadas en el IEMP en Lima”, revela que barreras personales, socioculturales, con los servicios de planificación familiar y con el profesional de salud fueron obstáculo para el uso de un método anticonceptivo en las adolescentes, principalmente las barreras personales.

En Ica, Jerónimo, Álvarez, Carbonel y Neira (2009), investigaron “Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria”, concluyeron que los estudiantes encuestados manifiestan adecuado conocimiento de sexualidad y métodos anticonceptivos, con predisposición a usarlos, sin dejar de lado que este conocimiento debe plasmarse a futuro en una adecuada y mejor práctica de la sexualidad, con mejor conocimiento en métodos anticonceptivos.

En este sentido, Rodríguez (2009) estudio sobre “Nivel de información de las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos y las acciones para prevenir el embarazo precoz en la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes Ica -2009”, resultados muestran que la relación entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos no es estadísticamente significativa; obteniéndose un porcentaje de conocimiento regular de (58,3%), mientras que el grupo que presenta un nivel de conocimiento bueno tuvo una aplicación correcta en un 66,7 por ciento; además se encontró un nivel de conocimiento regular con una aplicación incorrecta de (54,3%). Concluyeron que tener conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos no es un factor que asegure su uso correcto.

En Lima, Cruz (2010) investigó “Planificación familiar en adolescentes de 13 a 17 años en el distrito de San Juan de Miraflores año 2010 – Lima”, los resultados al comparar fue que los adolescentes no acuden a planificación familiar teniendo una actividad sexualmente activa y también desconocen los diferentes métodos de planificación familiar que existen en nuestra actualidad.

La investigación de Alemán, Cortés y Pérez (2013), “Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería”, sus resultados demuestran que los conocimientos fueron diferentes según la edad, el estado civil y el nivel escolar: inferiores en menores de 19 años mayores en divorciados versus solteros y casados. La asociación entre los conocimientos y comportamientos mostró una correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral), directamente proporcional ($P = 0.139$, $p < 0.05$).

Gómez (2013) estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del

distrito de Villa María del Triunfo – Lima”, los resultados muestran que existe un conocimiento muy amplio acerca de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y métodos anticonceptivos; sin embargo, los conocimientos no son completos o son errados y al ser así no van a ayudar al adolescente a tomar las decisiones adecuadas.

Por otro lado, Díaz (2015) investigó “Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torre, 2014 – Lima” ,resultados demuestran que el método 100 por ciento eficaz para prevenir el embarazo es el preservativo; el 92 por ciento que usa el preservativo en la relación sexual previene el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA; y el 96 por ciento está de acuerdo en el uso de los métodos anticonceptivos. Por ello, concluyeron que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes adolescentes es relativamente alto.

Mantilla (2016) estudio “Nivel de Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las adolescentes entre 11 y 19 años del consultorio de Gineco-Obstetricia del HNHU-Lima”, concluyó que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos fue alto. Las adolescentes con mayor frecuencia tuvieron entre 17 y 19 años, con nivel de instrucción secundaria, estado civil soltera, y sin antecedente de gestación. Hubo predominio de nivel de conocimiento excelente sobre métodos anticonceptivos en las adolescentes entre 17 y 19 años, con grado de instrucción secundaria, estado civil soltera y sin antecedente de gestación.

A nivel local, se encuentra la investigación de Huamanchumo (2014), quien estudió la “Influencia del taller de Educación Sexual y Reproductiva, en el nivel de conocimientos, de alumnos del tercer grado de educación secundaria del centro educativo Túpac Amaru II - Distrito Florencia de Mora: Marzo-Julio 2014 -Trujillo”, los resultados antes de la

aplicación del taller reveló que en el grupo experimental, un cinco por ciento tenía un nivel de conocimiento bueno sobre Salud Sexual y reproductiva, un 45 por ciento era de nivel regular y el 50 por ciento tenía un nivel de conocimiento malo, y después de aplicar el taller en el grupo experimental, se obtuvo en el post test un 37,5 por ciento con un nivel de conocimiento regular y con 62,5 por ciento con un nivel de conocimiento bueno.

JUSTIFICACIÓN

La salud de los/las adolescentes es clave para el avance social, económico y político para los países de América Latina. Sin embargo, los adolescentes tienen muy poco acceso a la atención anticonceptiva y a la información/orientación/tratamiento psico-sexual. Lastimosamente, estas experiencias son aún recientes y escasas, por lo que cubren las necesidades de muy pocos adolescentes.

Numerosas investigaciones con respecto a temas de planificación familiar han permitido observar que los adolescentes poseen conocimientos; sin embargo, estos son deficientes o incorrectos; pero a la vez se debe tener en cuenta que durante este periodo se les considera un grupo de alto riesgo, dada su adelantada maduración sexual, llevándolos a la búsqueda del inicio de relaciones sexuales a temprana edad; por lo tanto, esta falta de conocimientos precisos y completos en los adolescentes se convierte en factores de riesgo durante el ejercicio de su vida sexual, hechos que ponen de manifiesto la necesidad de promover y estimular una educación, orientación y consejería integral con respecto a estos temas. (Alemán, Cortés y Pérez, 2013; Gómez, 2013 y Mantilla, 2016).

La importancia de realizar este estudio se fundamenta en la necesidad de saber cómo se encuentran los conocimientos sobre planificación familiar y cuáles son las barreras percibidas sobre los

métodos de planificación familiar en adolescentes escolarizados. Desde el aspecto teórico, este trabajo de investigación se constituye un aporte significativo, ya que se han realizado investigaciones sobre los adolescentes y la planificación familiar; sin embargo, son pocos los estudios que indagan sobre las barreras que influyen en el nivel de conocimiento sobre planificación familiar en adolescentes escolarizados.

De allí que a través de esta investigación, se pretende desde el área de enfermería contribuir a través de los resultados y se lleven a cabo acciones orientadas en base a evidencias así como concientizarnos en mejorar la calidad de atención y nivel de aceptación de los adolescentes escolarizados en el área de planificación familiar. Desde esta perspectiva, se considera la necesidad de determinar la situación actual de los conocimientos en relación a planificación familiar que tiene el adolescente, para saber qué aspectos de los temas necesitan ser observados y reforzados; y así lograr que el conocimiento sobre planificación familiar adquirido por los adolescentes les permita el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, disminuyendo los riesgos que una actividad sexual llevada en condiciones de riesgo les pueda ocasionar.

Desde el aspecto social, además al tener conocimiento sobre los distintos métodos de planificación familiar, más que inducirlos a su uso indiscriminado, se contribuye a la construcción de familias saludables y pueden jugar un papel vital en la reducción de la pobreza y en el desarrollo sustentable. Asimismo, al prevenir los embarazos se promueve la igualdad de hombres y mujeres, tanto en el área profesional como laboral y de la misma forma se previene la deserción escolar. Además, se considera que la actividad sexual temprana en la adolescencia, representa un problema de salud pública por las consecuencias que conlleva y los problemas familiares, económicos y sociales que se generan (Mendoza, Benites y Peñaranda, 2016).

El adolescente se ha convertido en una población de mayor riesgo en salud por la inequidad y las diferentes barreras a las que se enfrenta en materia de accesibilidad a los servicios de salud, en especial a los de salud sexual y reproductiva como los de planificación familiar. Los datos estadísticos lo demuestran, ya que existen altos porcentajes de adolescentes que han iniciado su vida sexual activa a temprana edad y que muchos de ellos terminaron en consecuencias negativas que atentan contra su vida y desarrollo personal.

La mayoría de los adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo en las instituciones educativas, donde no existe una adecuada preparación de temas en salud sexual reproductiva incluyendo la planificación familiar. Por ello, tienen la responsabilidad de dar a conocer entre los adolescentes a lo largo de toda su formación, de modo que se faciliten comportamientos saludables y promueva la capacidad de decisión personal desde la autonomía y el asentamiento de actitudes positivas. Por lo que la enseñanza no debe consistir solo en ofrecer información acerca de fundamentos científicos o el peligro de ciertas conductas, sino en fomentar actitudes críticas, autónomas, que permitan a los adolescentes analizar los problemas, acceder a la información adecuada, asumir responsabilidades y aprender a tomar decisiones.

En tal sentido, es importante rescatar la necesidad de un profesional preparado y capacitado que contribuya y disminuya riesgos encontrados en los adolescentes, dichas acciones se fundamentan en la ley sobre la incorporación de enfermería en las instituciones educativas. Es por ello que los profesionales de la salud, sobre todo las enfermeras debido a su formación holística en materia de salud, se convierten en profesionales idóneos, al tiempo que garantizan la asistencia inmediata, ayudan a prevenir problemas de salud, creando un ambiente sano y seguro, son un agente socio-sanitario que genera confianza a la población y puede detectar precozmente problemas de salud en los adolescentes.

Por tanto, es necesario la presencia de una enfermera en las instituciones educativas, ya que se encarga de llevar a cabo la educación para la salud (cambios en los conocimientos y actitudes) y, atender las necesidades de salud de los adolescentes, ya que la conducta es importante porque “no estamos sanos por lo que sabemos sino por lo que hacemos”; es así que con la presencia de la enfermera en los colegios se contribuirá a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de los adolescentes que serán el futuro del mañana.

PROBLEMA

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las barreras percibidas sobre métodos de planificación familiar en adolescentes escolarizados de la I.E. N° 80032 “Generalísimo don José de San Martín” de Florencia de Mora en el 2017?

OBJETIVO GENERAL:

- Establecer la relación entre el nivel conocimiento y las barreras percibidas (personales, socioculturales, con los servicios de planificación y legales/políticos) sobre métodos de planificación familiar en adolescentes escolarizados de la Institución educativa N° 80032 “Generalísimo don José de San Martín” de Florencia de Mora en el 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar en los adolescentes de cuarto y quinto grado de educación secundaria de la Institución educativa N° 80032 “Generalísimo don José de San Martín” de Florencia de Mora en el 2017.

- Identificar las barreras percibidas: personales, socioculturales, servicios de planificación y legales/políticos sobre métodos de planificación familiar en adolescentes de cuarto y quinto grado de educación secundaria de la Institución educativa N° 80032 “Generalísimo don José de San Martín” de Florencia de Mora en el 2017.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional. La investigación cuantitativa utiliza la recolección de datos y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis formuladas previamente, además confía en la medición de variables e instrumentos de investigación, con el uso de la estadística descriptiva e inferencial (Ñaupas, 2011).

El método descriptivo es el que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Es de tipo correlacional, ya que tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular (Hernández, Méndez, Mendoza, Cuevas, 2017).

2.2. POBLACIÓN

UNIVERSO

La población estuvo constituida por 180 adolescentes escolarizados de 14 a 17 años que estudian en la I.E. N° 800032

“Generalísimo don José de San Martín”- Florencia de Mora, durante los meses de mayo a diciembre del 2017.

MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 122 adolescentes escolarizados, para lo cual se aplicó la fórmula del tamaño de la muestra para la proporción conociendo la población. Luego de hacer los cálculos correspondientes se estimó la muestra de adolescentes escolarizados, tomando el nivel de confianza (95 por ciento) y un error tolerable del cinco por ciento (Anexo 01).

UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis fue cada adolescente de ambos sexos, entre 14 a 17 años, del cuarto y quinto grado que estudiaron en la I.E. N° 80032 “Generalísimo don José de San Martín”- Florencia de Mora.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adolescentes de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 14 y 17 años, con asistencia regular a la I.E. N° 80032 “Generalísimo don José de San Martín”- Florencia de Mora, durante el periodo de la investigación y que cursen el cuarto y quinto grado de secundaria

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Estuvo conformada por todos aquellos adolescentes escolarizados que no cumplieron con los criterios de inclusión.

2.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se utilizó un cuestionario que constó de tres partes: datos informativos, barreras percibidas (personales, socioculturales, de servicios de planificación familiar y legales/políticos) así como nivel de Conocimiento sobre planificación familiar (Anexo 02).

Estructura: el cuestionario constó de tres partes:

- a) Datos informativos: Constituido por ítems referidos a los datos informativos de sexo, edad, inicio de relaciones sexuales.

- b) Barreras percibidas: constituidos por ítems referidos a los tipos de barrera como: personales, socioculturales, servicios de planificación y legales/políticos. La calificación para cada ítem se utilizó como respuesta SI y NO. Por cada respuesta afirmativa (SI) se le asignó un puntaje de 1 punto y por cada ítem con respuesta negativa (NO) obtuvo un puntaje de 0 puntos. La cual fue clasificada como: (Anexo 03).
 - Poco importante: 0- 1 punto
 - Importante: 2-3 puntos
 - Muy importante: 4-5 puntos

- c) Nivel de Conocimiento sobre planificación familiar: Fue adaptado de la investigación de Mantilla (2016) y Lizarzaburu (2005), modificado por las autoras de la investigación en base al sujeto de estudio; estuvo

constituido por preguntas referidas a generalidades sobre métodos anticonceptivos. La calificación de este instrumento se llevó a cabo asignando un puntaje de cero a 20 puntos, según el número de respuestas correctas de acuerdo al patrón de corrección (Anexo 04).

1, e; 2,e; 3, c; 4,e; 5,e; 6,e; 7,e; 8,e; 9,a; 10,e; 11,d; 12,e; 13,c; 14,e; 15,c; 16,e; 17,e; 18,e; 19,d; 20, e.

Con los siguientes niveles:

- Nivel de conocimiento alto: 13 a 20 puntos
- Nivel de conocimiento medio: 08 a 12 puntos
- Nivel de conocimiento bajo: 00 a 07 puntos

2.4. CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

VALIDEZ:

El instrumento de recolección de datos contiene las variables que realmente se quiere medir de acuerdo al trabajo. Para comprobar se utilizó la validez de contenido. La cual está basada en el juicio de expertos (métodos de juicio) y se define como el grado en que los ítems que componen el test representan el contenido que el test trata de evaluar. Por tanto, la validez de contenido se basa en (a) la definición precisa del dominio y (b) en el juicio sobre el grado de suficiencia con que ese dominio se evalúa (Hernández, Méndez, Mendoza, Cuevas, 2017).

Este instrumento ha sido adaptado de la investigación de Mantilla (2016), donde la validez del instrumento se efectuó mediante la evaluación y opinión de tres médicos ginecólogos del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Dr. Loza Becerra Víctor, Dr. Valencia Krauss Fernando y el Dr. Caytairo Soto Henry) expertos en la materia, quienes proporcionaron observaciones a

los aspectos de claridad, precisión, pertinencia, coherencia, en cada uno de los ítems que se realizaron.

Además, el cuestionario fue utilizado en el estudio de Moras (2015): “Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Enero 2015” en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

CONFIABILIDAD

Para demostrar la confiabilidad del instrumento se estableció a través de la prueba de Alpha de Cronbach, la cual se demostró a través de una prueba piloto.

PRUEBA PILOTO

Se aplicó una muestra piloto de 30 adolescentes cuyas edades oscilaron entre 14 y 17 años en el distrito de Florencia de Mora y que no fueron parte de la muestra, para medir cuánto es confiable este cuestionario.

TÍTULO DEL INSTRUMENTO	NUMERO DE ÍTEMS	RESULTADOS: ALFA DE CRONBACH
Cuestionario sobre barreras percibidas sobre métodos de planificación familiar	20	0,810
Cuestionario para valorar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar	20	0,741

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Las variables que guiaron el presente estudio fueron:

VARIABLE INDEPENDIENTE: BARRERAS PERCIBIDAS

Definición Conceptual: Las barreras son bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada. Pender en su teoría afirma que, las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.

Definición operacional: son las barreras percibidas personales, socioculturales, de servicios y legales/políticas sobre métodos de planificación familiar por los adolescentes escolarizados de la institución educativa.

- Barreras personales: dentro del cual se considera:
 - Falta de información de métodos anticonceptivos existentes.
 - Desinformación sobre el uso los métodos anticonceptivos.
 - Vergüenza en solicitar y/o usar un método anticonceptivo.
 - Temor a que se reconozca su identidad
 - Falta de comunicación con su pareja
- Barreras socioculturales, dentro del cual se considera:
 - Negativa de la pareja al uso de un método anticonceptivo.
 - Mala experiencia de amigas y/o familiares en el uso de métodos anticonceptivos.

- Mala información recibida por familiar.
 - Creencias y/o miedo con respecto al uso de métodos de planificación familiar.
 - Religión que prohíbe el uso de métodos anticonceptivos
- Barreras en el acceso a servicios de planificación: dentro del cual se considera:
 - Limitación geográfico o lejanía al servicio de Planificación Familiar
 - Horarios inadecuados
 - Procesos engorrosos
 - Falta de ambientes exclusivos para adolescentes
 - Profesionales no idóneos para la atención al adolescente
- Barreras en legales/políticos, dentro del cual se considera:
 - Poca sensibilización del estado relacionado a la problemática de los servicios de planificación.
 - Falta de disponibilidad de anticonceptivos en los establecimientos de salud.
 - Carencia de políticas para la distribución y supervisión de insumos de planificación familiar.
 - Falta de inversión del estado en mejora de los servicios de Planificación familiar.
 - Falta de difusión sobre leyes, normas y políticas relacionadas a la planificación familiar.

Se operacionalizó de la siguiente manera. Para cada ítem se utilizó como respuesta SI y NO. Por cada respuesta afirmativa (SI) se le asignó un puntaje de 1 punto y por cada ítem con respuesta negativa (NO) obtuvo un puntaje de 0 puntos.

La cual fue clasificada como:

- Poco importante: 0- 1 punto
- Importante: 2-3 puntos
- Muy importante: 4-5 puntos

VARIABLE DEPENDIENTE: NIVEL DE CONOCIMIENTO

Definición Conceptual:

Es el conjunto de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje. Datos concretos, conceptos e informaciones que utiliza una persona para decidir lo que se debe o puede hacer frente una situación (Sanguineti, 2005).

Definición operacional:

Es el grado de conocimiento de cada adolescente escolarizado acerca de planificación familiar.

- Nivel de conocimiento alto: 13 a 20 puntos
- Nivel de conocimiento regular: 08 a 12 puntos
- Nivel de conocimiento bajo: 00 a 07 puntos

2.5. PROCEDIMIENTO

Para la recolección de datos en el presente estudio de investigación se identificó a los adolescentes escolarizados que participaron. Luego se procedió a seleccionar a los adolescentes que reunieron los criterios de inclusión. El tiempo requerido para

la aplicación del instrumento fue en promedio 20 minutos. Los resultados fueron tabulados y procesados.

Para iniciar la recolección de datos se realizó el siguiente proceso:

Se coordinó y se presentó la solicitud anticipadamente a la Directora de la Institución Educativa N° 80032 "Generalísimo don José de San Martín"- Florencia de Mora, quien nos informó sobre el número de alumnos (14 a 17 años) matriculados, a través del muestreo aleatorio simple se seleccionó de forma aleatoria, de cuarto y quinto grado de dicha institución; lo cual facilitó la aplicación del instrumentos a los adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión descritos anteriormente.

Aceptada la autorización por la Directora de la Institución Educativa, se coordinó con las docentes de las aulas, quienes nos facilitaron el tiempo necesario para la aplicación del instrumento con los adolescentes.

Para la aplicación del instrumento se procedió a explicar el propósito de la investigación y se solicitó la participación voluntaria. Se empleó un promedio de 20 minutos aproximadamente por cada adolescente.

Una vez concluida la aplicación del instrumento se verificó que todos los ítems estuvieran marcados. Además, se realizó aclaraciones a las preguntas que los adolescentes no comprendieron para asegurar una mejor respuesta.

Al finalizar la encuesta se les agradeció su participación en dicha investigación, asegurándoles que los datos recolectados serían confidenciales y anónimos.

2.6. PROCESAMIENTO DE DATOS

Para el presente trabajo de investigación se utilizó datos de distribución de frecuencias unidimensionales y bidimensionales para presentar los resultados; empleando el programa Excel Microsoft 2013 y SPSS versión 22 (The Package Statistical for the Social Sciences).

En un primer momento, la información obtenida fue ordenada y vaciada en una base de datos en el programa SPSS versión 22. Asimismo, para determinar si existe relación estadísticamente significativa entre la variable barreras percibidas y el nivel de conocimiento sobre planificación familiar se aplicó la Prueba estadística del Chi cuadrado de Pearson, considerando el nivel de significancia ($p < 0.05$); utilizando el software SPSS versión 22. Finalmente, los resultados se presentaron en tablas estadísticas simples y de doble entrada.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR CIENTÍFICO DE LA INVESTIGACIÓN

Las investigadoras siguieron los lineamientos éticos básicos de objetividad, honestidad, respeto de los derechos de terceros, relaciones de igualdad, así como un análisis crítico para evitar cualquier riesgo y consecuencias perjudiciales. La toma de decisiones en cada etapa del proceso de investigación estuvo encaminada a asegurar tanto la calidad de la investigación, como la seguridad y bienestar de las personas/grupos involucrados en la investigación, y debe cumplir con los reglamentos, normativas y aspectos legales pertinentes.

En relación a la ética:

Según refiere Burns y Grove (2004), se respetaron los siguientes principios:

- **Consentimiento informado:** en la cual se documentó la decisión de participar de manera voluntaria después de haber recibido una explicación sin afectar la credibilidad (Anexo 05 y 06).
- **Intimidad, anonimato y confidencialidad:** es primordial en el rigor de la ética. Desde el inicio de la investigación se explicó a cada participante la finalidad de la aplicación de los cuestionarios, y demás información obtenida de exclusividad solo con fines de investigación, garantizándole que por ninguna razón los datos obtenidos podrán ser expuestos en público. Se tuvo en cuenta el anonimato del investigado, por lo cual las encuestas no tuvieron nombre.
- **Autonomía:** el derecho a la autodeterminación consistió en dejar que el participante exprese lo que siente, lo que piensa y lo que hace sin ningún tipo de coacción.
- **Beneficencia:** se tomó en cuenta todas las precauciones necesarias para evitar en los (as) adolescentes daños que puedan afectar su integridad; protegerlos contra la utilización de su colaboración en la investigación para otros fines y procurar ofrecerles algún beneficio, como consejería.

La investigación actuó en el marco del reglamento de Comité de Ética de la Universidad Nacional de Trujillo (2016), tendiendo como principios éticos universales la justicia, de beneficencia, de no maleficencia, autonomía, respeto y verdad: estos guiaron la investigación, así como los principios relacionados con la protección de las personas descritas en el Art. 9.

- Toda investigación debe contar con la manifestación de voluntad, informada, libre, inequívoca y específica, mediante la cual las personas participantes consienten el uso de la información para los fines específicos establecidos en el proyecto.
- Considerar como participantes a aquellas personas que luego de recibir una explicación del protocolo experimental y firmar el documento de consentimiento informado, acceden a participar en nuestros estudios. En el caso de niños y otras poblaciones especiales, el padre o apoderado legal debe firmar el documento de consentimiento informado. Asimismo, se les hace firmar el asentimiento informado, el cual permite el empoderamiento y autonomía del adolescente.
- Informar a los participantes que su participación es voluntaria y que puede terminar su participación en el estudio en cualquier momento sin que se le imponga ningún tipo de penalidad. Asimismo, el participante pueda contactar a las autoras de la investigación, si tiene dudas o preguntas sobre el estudio, luego de finalizar su participación.

III. RESULTADOS

TABLA 1

Nivel de conocimientos sobre Métodos de planificación familiar en los Adolescentes Escolarizados - I. E. N° 800032 “Generalísimo don José de San Martín”, 2017.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Nº	%
ALTO	17	13,9
MEDIO	48	39,3
BAJO	57	46,7
TOTAL	122	100,0

Fuente: encuesta aplicada a adolescentes de una institución educativa, 2017

TABLA 2

Barreras Percibidas sobre Métodos de planificación familiar en Adolescentes Escolarizados - I. E. N° 800032 “Generalísimo don José de San Martín”,2017.

BARRERAS PERCIBIDAS	MUY IMPORTANTE		IMPORTANTE		POCO IMPORTANTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PERSONALES	29	23,8	40	32,8	53	43,4	122	100,0
SOCIOCULTURALES	44	36,1	42	34,4	36	29,5	122	100,0
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN	37	30,3	54	44,3	31	25,4	122	100,0
LEGALES/POLÍTICOS	34	27,9	36	29,5	52	42,6	122	100,0

Fuente: encuesta aplicada a adolescentes de una institución educativa, 2017

TABLA 3

Relación entre barreras percibidas y nivel de conocimientos sobre Métodos de planificación familiar, en Adolescentes Escolarizados - I. E. N° 800032 “Generalísimo don José de San Martín”, 2017.

BARRERAS PERCIBIDAS		NIVEL DE CONOCIMIENTO			TOTAL	Chi cuadrado/ Significancia P = (<0,05)
		Alto	Medio	Bajo		
PERSONALES	Muy Importante	12	9	8	29	Chi cuadrado= 24,55 P=0,0001
	Importante	3	17	20	40	
	Poco Importante	2	22	29	53	
	TOTAL	17	48	57	122	
SOCIOCULTURALES	Muy Importante	12	29	3	44	Chi cuadrado= 50,41 P =0,0000
	Importante	5	13	24	42	
	Poco Importante	0	6	30	36	
	TOTAL	17	48	57	122	
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN	Muy Importante	10	15	12	37	Chi cuadrado= 18,40 P =0,0010
	Importante	5	27	22	54	
	Poco Importante	2	6	23	31	
	TOTAL	17	48	57	122	
LEGALES/POLÍTICOS	Muy Importante	7	16	11	34	Chi cuadrado= 10,75 P=0,295
	Importante	6	17	13	36	
	Poco Importante	4	15	33	52	
	TOTAL	17	48	57	122	

Fuente: Tabla1 y 2. Resultados obtenidos con la ayuda del software SPSS versión 22

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La adolescencia es un periodo del ser humano con diversos cambios en el individuo, que traen consigo la sexualización del cuerpo y la genitalización de las relaciones interpersonales. Su adelantada maduración sexual en la actualidad, junto con el inicio precoz de las relaciones sexuales, la información insuficiente sobre sexualidad, el uso inadecuado o el no uso de métodos anticonceptivos y planificación familiar, el bajo nivel socioeconómico, entre otros factores son predisponentes a llevar a riesgos que por lo general sucede por la falta de uso de métodos anticonceptivos, en fin, tienen una inadecuada preparación para la práctica de relaciones sexuales (Jerónimo, 2009; Rodríguez, 2011).

En el presente trabajo de investigación se encuentra los siguientes resultados: En la **tabla 1** acerca de Nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar en Adolescentes escolarizados de la I. E. N° 800032 “Generalísimo Don José de San Martín”, 2017, los resultados muestran un predominio del nivel de conocimientos bajo con 46,7 por ciento, seguido de un nivel de conocimiento medio con un 39,3 por ciento y finalmente nivel de conocimiento alto con tan solo el 13,9 por ciento.

Dichos resultados difieren de los obtenidos por Jerónimo, Álvarez, Carbonel y Neira, (2009), en su investigación realizada en Ica; ellos concluyen que los estudiantes encuestados manifiestan adecuado conocimiento de sexualidad y métodos anticonceptivos, con predisposición a usarlos, sin dejar de lado que este conocimiento debe plasmarse a futuro en una adecuada y mejor práctica de la sexualidad, con mejor conocimiento en métodos anticonceptivos.

Situación similar se observa en la investigación de Sánchez, Dávila y Ponce. (2015), cuyo nivel de conocimientos fue calificado como medio en 60,8 por ciento y bajo en 23,3 por ciento en una muestra de 120 adolescentes. Aquí se concluyó 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.

Otra investigación que coincide con el presente estudio es la de la Rea y Salas (2012). Sus resultados obtenidos muestran que en las encuestas realizadas a las embarazadas adolescentes, así como a las entrevistas realizadas a las embarazadas, se observa que el 67 por ciento de las embarazadas adolescentes desconocen los diferentes métodos de planificación familiar sus ventajas y desventajas. Asimismo, Cruz (2010), en sus resultados de una investigación con adolescentes de 13 a 19 años afirma que este grupo desconoce sobre los diferentes métodos de planificación familiar que existen en nuestra actualidad. Dichas investigaciones son similares al presente estudio, donde se encontró que los conocimientos que tiene los adolescentes son bajos y en un pequeño porcentaje un nivel medio de conocimiento.

De los presentes resultados, se puede inferir que la mayoría de los adolescentes presenta un nivel de conocimiento bajo, lo cual es alarmante debido a que la adolescencia marca una etapa de la vida llena de cambios complejos. Los menores manifiestan cambios en el cuerpo, en los gustos, en los instintos, sentimientos y en el estado de ánimo. La maduración en la adolescencia y los cambios morfológicos y fisiológicos que acompañan a esta etapa consigo llevan el acceso a la sexualidad genital adulta. Además, en esta etapa los y las adolescentes deben prepararse para su papel futuro, adquirir conocimientos y destrezas que les permitan desempeñarse socialmente, a fin de desarrollar autonomía y establecer relaciones afectivas con los miembros de su familia y con los demás integrantes de la sociedad (Navarro, 2012).

El conocimiento es considerado como la captación de un objeto, suceso; a través de una serie de actos sucesivos de conocer; este conocimiento se puede obtener, almacenar, transferir y derivar de unos a otros a través de tres tipos de conocimiento como vulgar, científico y filosófico. Actualmente, se entiende como el comportamiento neurológico, respuesta adaptativa, conducta externa basada en la experiencia de la realidad, de la persona o de la vida, no solo de explicaciones científicas (Sanguineti, 2005).

Los adolescentes están en una etapa del desarrollo cognoscitivo que les hace difícil la adopción de decisiones analíticas, en consecuencia, los jóvenes tienden a ser más sensibles a las presiones de sus compañeros y es menos probable que puedan negociar la relación sexual y el uso de preservativos. Esta situación es más delicada en el caso de las adolescentes que por cuestiones de inequidad en género carecen de la habilidad para utilizar un método anticonceptivo en su primera relación sexual, así como el carecer de conocimientos sobre planificación familiar (Gómez, 2013).

Investigaciones han demostrado que, la edad influye en el nivel de conocimiento sobre planificación familiar, ya que la madurez cognitiva que tienen los jóvenes a esas edades, permite que los conocimientos sean fortalecidos por su trayectoria escolar, social y con experiencias de vida, bien sean las propias o las compartidas con sus pares, como lo refiere las fuentes bibliográficas consultadas. Este hecho coincide con los resultados obtenidos, en la investigación de Alemán, Cortés y Pérez (2013), donde concluyen que sí existe una asociación lineal estadísticamente significativa entre los conocimientos que tienen los alumnos y su edad.

La necesidad de planificación familiar entre los y las jóvenes es aún más evidente si se tiene en cuenta que, sorprendentemente, las complicaciones relacionadas con el embarazo constituyen la primera

causa de mortalidad entre las mujeres de 15 a 19 años. En las próximas décadas se espera que el número de adolescentes en el mundo crezca de forma espectacular. Ello dará lugar al grupo de jóvenes sexualmente activos más numeroso de la historia, lo que acrecentará la necesidad de métodos de planificación familiar, especialmente anticonceptivos (Barpanda, 2015).

Lo mencionado anteriormente, resalta la importancia de que los adolescentes adquieran un adecuado conocimiento sobre planificación familiar, nivel de uso y de los tipos de métodos empleados. El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada, y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, así se mejora y mantiene su nivel de salud. Al mismo tiempo, se previene el número de embarazos adolescentes, reduce riesgo de infecciones de transmisión sexual y/o VIH sida, se logra la autonomía y bienestar de la salud de los adolescentes (OMS, 2015 y Jerónimo, 2009).

La cantidad de información que el adolescente recibe de su medio sobre sexualidad y planificación familiar, aunado a su proceso de desarrollo, lo lleva a preguntarse acerca de su futuro; y así empieza a reconocer la importancia de proyectarse, de establecer metas y propósitos y, por supuesto, de analizar lo que conviene para su cumplimiento (Eslava y Rodríguez, 2008).

Por lo tanto, para que los conocimientos sobre planificación familiar en adolescentes pueda ser un agente aliado de la prevención, deberá formar parte de la permanente educación formativa, ya que la información adecuada permite que los adolescentes puedan estar equipados con los conocimientos pertinentes en sexualidad y la planificación, a fin de que

puedan tomar decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales (Parra, 2013).

Las barreras percibidas sobre métodos de planificación familiar en Adolescentes escolarizados de la I. E. N° 800032 “Generalísimo Don José de San Martín”, 2017 (**Tabla 2**) determinaron que las barreras personales percibidas: el mayor porcentaje de los adolescentes consideran poco importantes en un 43,4 por ciento; importantes en un 32,8 por ciento y muy importantes el 23,8 por ciento.

Respecto a las barreras socioculturales percibidas por los adolescentes, el mayor porcentaje considera como muy importantes en un 36,1 por ciento, seguido de importante en un 34,4 por ciento y finalmente consideran como poco importante solo un 29,5 por ciento. En lo referente a barreras percibidas en los servicios de planificación, un gran porcentaje de adolescente considera como importantes en un 44,3 por ciento, seguido de muy importante en un 30,3 por ciento y finalmente consideran como poco importante solo un 25,4 por ciento. En cuanto a barreras legales/políticos, los adolescentes consideran como poco importante en un 42,6 por ciento, seguido de importante en un 29,5 por ciento y finalmente consideran como poco importante solo un 27,9 por ciento.

Los resultados de la presente investigación sobre barreras personales muestran que la mayor parte de adolescentes las consideran como poco importante en un 43,4 por ciento. En ellas se incluye la falta de comunicación con la pareja, falta de información así como temor a que se reconozca su identidad (Anexo 8). Dichos resultados no coinciden con los obtenidos en la investigación realizada por Bazán (2005), donde el 100 por ciento de los adolescentes embarazados presentan barreras percibidas para el acceso a los métodos de planificación familiar; dentro de los cuales está considerado desinformación del uso de métodos, temor

y vergüenza en solicitar un método de planificación familiar, estas son barreras personales que en esta investigación no son consideradas importantes.

Una investigación que coincide es la de Lizarzaburu y Piñin (2005) donde una de las principales barreras para acceder a los métodos de planificación familiar son las barreras personales. Esto se manifiesta, ya que normalmente no se ofrece en el hogar la educación sobre el comportamiento sexual responsable e información sobre las consecuencias del intercambio sexual. Asimismo, en los adolescentes disminuye el uso de anticonceptivos, porque piensan que al usar algún método anticonceptivo puede evidenciarlos antes los demás y ser juzgados culturalmente contra dichos comportamientos (Valles y López, 2006).

Por lo tanto, la información viene a través de filtros desinformados o compañeros sin informar. La poca educación que muchas veces reciben refuerza sus malas percepciones sobre los anticonceptivos con el resultado que suelen no entender cómo funcionan ni cómo usarlos correctamente. El conocimiento informado es el proceso mediante el cual un individuo toma una decisión sobre el uso de un método anticonceptivo, basada en la comprensión completa de la información necesaria sobre las diferentes opciones, incluyendo riesgos y beneficios, libre de estrés, presión (Barpanda, 2015).

Los resultados acerca de barreras socioculturales muestran que la mayor parte de adolescentes la consideran como muy importantes en un 36,1 por ciento. Estas incluyen en su mayoría la influencia de la religión, mala experiencia de amigos, mala información recibida por familiares así como las creencias y miedo respecto al uso de métodos de planificación familiar (Anexo 08). Estos datos obtenidos son similares como en la investigación realizada por Montoya (2010) donde se identificaron

barreras socioculturales tales como el rechazo y la estigmatización por el ejercicio de la sexualidad, relatos de personas cercanas e información de los medios de comunicación; vergüenza por la adquisición del preservativo.

Existen algunos estudios al respecto que también coinciden con esta investigación como la de Lizarzaburu y Piñin (2005), donde el análisis revela que las barreras personales, socioculturales, con los servicios de planificación familiar y con el profesional de salud fueron obstáculo para el uso de un método anticonceptivo en las adolescentes, principalmente las barreras personales.

En Chile, un estudio que se realizó en tres comunas con alto porcentaje de pobreza del Gran Santiago el año 2007, más del 80 por ciento de los y las adolescentes declararon haber conocido el caso de un embarazo en la adolescencia en su entorno más cercano. Estos valores más tradicionales han sido asociados con el uso menos frecuente de anticonceptivos y condones, y dificultan la negociación de la abstinencia con su pareja, el uso de condones y de otras prácticas sexuales más seguras (Zepeda, 2008).

Este dato es relevante debido a que según un informe realizado por ENDES (2016), el embarazo en la adolescencia expresa un problema de derechos humanos, de inequidad y de injusticia social. De esta manera, es más alto en las zonas rurales (22,5%), en la selva (24,9%), entre las que tienen solo educación primaria (37,9%) y entre las que se encuentran en situación de pobreza (24,9%). Allí el contexto cultural puede tener una fuerte influencia. Sin embargo, la situación de vulnerabilidad y el poco acceso a oportunidades de desarrollo personal y social podrían condicionar la maternidad temprana en este grupo.

Por ello, los adolescentes consideran que las barreras socioculturales influyen en la edad de inicio sexual; además de vincularse a la modernidad y la tecnología, se relaciona a las costumbres del entorno y el contexto sociocultural en el que la persona se desenvuelve, es así que muchos de ellos la consideran como estereotipos. Así también el rechazo social y la negación de la sexualidad en adolescentes, por una parte de la sociedad, coartan la probabilidad de que puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos con responsabilidad (Fernández y López, 2006).

A medida que las influencias exteriores en la familia empiezan a adquirir importancia, las decisiones que adoptan los adolescentes y las relaciones que forman influyen cada vez más en su salud y en su desarrollo físico y psicosocial. Es por ello que los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros y medios de comunicación transmiten mensajes en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados son comunes, aceptables y esperadas (Fernández y López, 2006).

En la mayoría de los países, los tabúes y normas relacionadas con la sexualidad se originan como importantes obstáculos para facilitar información y prestar servicios de salud reproductiva; además modalidades de apoyo que precisan los adolescentes para mantenerse sanos. Los adolescentes rara vez cuentan con la capacidad o el apoyo necesarios para oponer resistencia a presiones que lo empujan a mantener relaciones sexuales, para negociar la adopción de prácticas menos arriesgadas o protegerse contra embarazos involuntarios e infecciones de transmisión sexual (OMS, 2013).

Existen muchas discrepancias religiosas en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, los cuales son señalados como abortivos, llegando a priorizarse el uso de métodos llamados naturales, que en

realidad son de abstinencia periódica pero su índice de falla es muy elevado. Por otro lado, la sociedad muestra prejuicios y actitudes que limitan el uso de métodos anticonceptivos, resultado de una educación sexual deficiente y desactualizada, falta de comprensión acerca de la sexualidad, una cultura de discriminación a los jóvenes y escasa comunicación entre padres e hijos. Estos contextos y factores socio-culturales históricos, ligados con los asuntos religiosos y políticos han limitado en las sociedades una educación sexual oportuna en las familias, comunidades así como las escuelas (Gutiérrez, 2013).

En cuanto a barreras percibidas en los servicios de planificación, un gran porcentaje de adolescentes lo consideran como importantes en un 44,3 por ciento. Entre ellas están profesionales no idóneos para la atención con adolescentes, horarios inadecuados y procesos engorrosos (Anexo 08). En la mayoría de países no se oferta el servicio de planificación familiar para los adolescentes, a pesar de ser evidente su necesidad y uno de los pocos medios existentes para abordar esta problemática. En general se tiene una visión moralista acerca del ejercicio de la sexualidad por parte de los adolescentes no reconociéndosele como su derecho y considerándolo más bien como un problema, cuando el problema se ubica precisamente en la falta de orientación y servicios directamente dirigidos a prevenir todos los riesgos asociados a la sexualidad activa (Torruco, Domínguez y Aguilar, 2002)

Muchos estudios muestran un elevado grado de incumplimiento de los métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes como los realizados por Montoya (2010), Lizarzaburu y Piñin (2005), Bazán (2005). En gran medida se debe a una elección del método dirigida por los profesionales o educadores, en base a unos intereses sociales. Por lo que se debe dar información adecuada a los adolescentes que consultan para que tomen una elección informada y voluntaria del método anticonceptivo. La información sobre el método elegido debería entregarse por escrito y como mínimo incluir: eficacia, normas de uso correcto, riesgos y

beneficios para la salud, signos y/o síntomas que requieren una visita al profesional sanitario e información sobre protección contra ITS (Valles y López, 2006).

En otro estudio de investigación realizado por Sadler, Obach, Luengo y Biggs (2010), muestran que una de las principales barreras para el acceso de los adolescentes a los servicios de planificación familiar es la poca flexibilidad de profesionales que atienden a adolescentes para adaptarse a culturas juveniles y “salir” del territorio de salud. Otra investigación que coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio es la realizada por Blanco, Cárdenas, Montoya y Piñeros (2014) donde concluyen que las actitudes negativas de los prestadores de salud hacia los adolescentes son un obstáculo en el proceso de buscar asistencia y consejería sobre los servicios de planificación familiar, y que concuerda con la presente investigación debido a que los adolescentes consideran que las barreras en los servicios de planificación son importantes.

Además, algunos adolescentes dicen no haber usado métodos porque perciben desaprobación social en general, del personal de salud, de las farmacias o de los servicios clínicos donde podrían conseguirlos. Otros aspectos que habría que mejorar para aumentar el uso de métodos anticonceptivos por parte de las y los adolescentes, son la falta de fuentes de anticoncepción cercanas, el escaso conocimiento de los servicios gratuitos y la accesibilidad en los horarios de atención de los centros de salud (Lizarzaburu y Piñin, 2006).

La inasistencia de los adolescentes a los centros de salud y específicamente a los servicios de planificación familiar es una evidencia que generalmente los profesionales de la salud no toman la importancia debida a los adolescentes o simplemente se orientan a atender personas casadas, así como horarios no apropiados para la atención y

profesionales poco comprometidos, olvidándose de las necesidades de los adolescente como el tener conocimiento sobre planificación familiar, lo mencionado se puede reflejar en los resultados de esta investigación donde los adolescentes perciben como importante las barreras en los servicios de planificación.

En lo referente a barreras legales/políticas percibidas por los adolescentes, consideran como poco importante en un 45,1 por ciento. Entre ellos está considerado la falta de difusión sobre leyes, normas y políticas relacionadas a la planificación familiar así como la poca sensibilización del estado a la problemática de los servicios de planificación (Anexo 08). En general, se evidencia que los lineamientos de política de salud de adolescentes no están repercutiendo de manera concreta en los servicios ni en los indicadores debido a que aún continúan las cifras crecientes de embarazo adolescente. El discurso sobre la importancia de la salud integral de las y los adolescentes presente en estos lineamientos de política no se llega a transformar en prioridades presupuestales, disponibilidad de personal e inversión en infraestructura dedicada a esta población (Mejía, 2010).

Existen planes por parte del estado como el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescente aprobado en el año 2013, dentro de sus objetivos y metas se abordan temas de salud sexual y reproductiva en la etapa adolescente como la mejora al acceso de los servicios de planificación familiar y prevenir las consecuencias que podría traer el inicio de relaciones sexuales a temprana edad. Dentro de ellos están incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activas/os y en madres adolescentes, cuya meta incrementar en 50 por ciento el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as y en madres adolescentes (MINSA, 2013).

Las acciones para garantizar que las y los adolescentes tengan acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (información sobre planificación familiar y anticonceptivos) se viene desarrollando en la siguiente línea de acción: El Ministerio de Salud aprobó recientemente la Norma Técnica de Planificación Familiar (RM N° 652-2016-MINSA). Esta norma permitiría el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, y a los métodos anticonceptivos. Con ello se eliminarían las barreras que limitaban su acceso a las y los adolescentes en los establecimientos de salud. No obstante, requiere su difusión (MINSA, 2016).

Al respecto, es cierto que existen normas, leyes y políticas nacionales en materia de salud que obstaculizan el acceso o facilitan de los jóvenes a la información, y los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto obedece a que los diseñadores de dichas leyes y políticas suelen desconocer las necesidades de la juventud actual. Sin embargo, en la presente investigación se evidencia que las barreras legales/políticas no son consideradas importantes por un porcentaje significativo de la población adolescente estudiada.

Actualmente las leyes, avances en la ciencia sobre el tema, los derechos de la niñez y adolescentes, las tecnologías de información y comunicación, entre otros han provocado que haya un mayor interés en acercarse a los adolescentes y a las temáticas que les preocupan; lo cual genera una mayor inversión en ellos y así se logra formar mejores ciudadanos/as con posibilidades para el mundo de un desarrollo sustentable con base en el desarrollo pertinente personal y colectivo en el marco de la diversidad los contextos socio-culturales.

Por otro lado, Nola Pender menciona dentro de su teoría que para la adopción de una conducta determinada, comportamiento saludable o de riesgo para la salud, existe una variedad de fenómenos que influyen,

dentro de ellos se encuentran la presencia de barreras para la acción los cuales son bloqueos anticipados, imaginarios o reales que impiden la adopción de dicha conducta; comparando con la presente investigación estas barreras percibidas por los adolescentes escolarizados fueron consideradas de muy importantes a poco importantes, por lo tanto, son obstáculos que intervienen en que el adolescente pueda tener acceso a la planificación familiar y determinan sus acciones a la hora de decidir respecto a temas de su sexualidad; hecho que debe ser tomado en cuenta por el personal de enfermería al desarrollar los programas educativos o de intervención.

La **tabla 3** relaciona las barreras percibidas y el nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar en los adolescentes escolarizados de la I. E. N° 800032 “Generalísimo Don José de San Martín”, 2017. Al introducir la variable dependiente Nivel de conocimiento y las variables independientes barreras percibidas sobre métodos de planificación familiar a la prueba estadística del chi cuadrado de Pearson se evidencia que existe relación entre las variables nivel de conocimiento y barreras percibidas personales con un $p= 0, 0001$; socioculturales $p=0,0000$; servicios de planificación $p= 0,0010$ y legales/políticos $p=0,295$ (p normal= $<0,05$).

En este estudio, se evidencia que las barreras percibidas se relacionan con el nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar; sin embargo, no existen aún investigaciones que demuestren o hayan estudiado la relación entre el nivel de conocimientos y barreras percibidas sobre métodos de planificación familiar. No obstante, es cierto que el nivel de conocimientos que predomina en los adolescentes de la investigación es de medio a bajo para los que consideran que las barreras percibidas sobre métodos de planificación familiar son importante y poco importante. Este dato es relevante porque significa que los adolescentes con un bajo o medio nivel de conocimientos sobre métodos de

planificación familiar consideran que existen barreras que están influyendo en el conocimiento de los métodos de planificación familiar.

Es importante mencionar que los adolescentes necesitan orientación, no imposición en cuanto al uso de métodos anticonceptivos en su desempeño de su rol sexual. Por esto es mejor abordarlos desde la prevención que muestre los riesgos; no solo de los embarazos no deseados, sino ITS, VIH/SIDA y las graves consecuencias que estas podrían tener para la salud, para su proyecto de vida permitiéndoles pensar en su futuro (Cuellar, Garzón y Medina, 2008).

Una propuesta tentadora para la promoción del uso de métodos de planificación familiar sería tener establecimientos dirigidos a la parte educativa. Debido a que, algunos países en vías de desarrollo no cuentan con este tipo de establecimientos. Por tanto, la formación en el aspecto preventivo promocional juvenil, es básico para establecer un adecuado conocimiento sobre métodos de planificación familiar en adolescentes. Sin embargo, se genera mucha controversia, ya que estos servicios frecuentemente se ven limitados por políticas restrictivas, escasez de personal, carencia de recurso (Bazán y Villanueva, 2005).

Al respecto, Do Santos (2010) refiere que un adecuado nivel de conocimiento sobre planificación familiar es de vital importancia en el ejercicio y práctica de los derechos de las personas, así como en el empoderamiento y elección de su autonomía. Lo cual debe abarcar una educación integral sobre salud sexual y reproductiva y orientaciones sobre métodos anticonceptivos.

Para Eslava y Rodríguez (2008), refiere que:

Todo lo que el adolescente debe enfrentar cuando inicia su sexualidad y cuando empieza a planificar la familia lo forma para poder concluir el camino desde la responsabilidad hacia la madurez de tomar y enfrentar su

realidad de forma acorde a su edad, pero con una convicción clara sobre sus principios, objetivos y planes para su futuro. (p. 115)

Bazán y Villanueva (2005) mencionan que, apoyar el desarrollo de adolescentes requiere de una inversión a largo plazo y o de inversiones aisladas, de corto plazo, sin impacto y sin continuidad. El tema se evidencia aún más al comprobar que los adolescentes son invisibles en algunos países; esto adquiere relevancia cuanto se priorizan otros problemas de salud y no se toma la real importancia al tema “adolescente”.

El invertir en la juventud contribuirá a la salud general, la educación y las condiciones sociales de las presentes y futuras generaciones; por lo tanto, el invertir en el área preventivo-promocional significaría ahorro para el país y disminución de otros problemas relacionados como la disminución de las tasas de abortos clandestinos y mortalidad materna, disminución de embarazos adolescentes, aumento de la pobreza, entre otros (Bazán y Villanueva, 2005).

Las políticas y los programas en salud sexual y reproductiva son importantes; por lo que se debe reforzar la metodología y estrategias en salud con el fin de identificar, evaluar y calificar la oferta de servicios de salud a las diferentes instituciones educativas, el acceso a información de manera oportuna, veraz y de calidad permite brindar una herramienta de control y seguimiento en torno a la promoción de la salud; debido a que los adolescentes no tienen en cuenta a los profesionales de enfermería a la hora de buscar información, lo cual refleja que falta mejorar la participación de enfermería en ámbitos escolares (Cuellar y Garson, 2008).

Por otro lado, el modelo de promoción de la salud de Pender en la actualidad es un tema que cobra importancia, ya que conlleva a cambios de comportamiento relacionados con la salud del adolescente al no tener

conocimiento sobre planificación familiar. De esa manera, se llega a hacer un problema biomédico porque un embarazo en esta etapa involucra un riesgo y puede constituirse en el futuro en parte de la estadística de las tasas de morbilidad y mortalidad materna. Por ello, esta línea de acción contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes que conforman una sociedad (Lázaro y Lipa, 2015).

En el estudio realizado, los adolescentes tienen un nivel medio de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, y si lo aplicamos a la realidad de nuestra sociedad, esto no implica que tengan un buen conocimiento de salud sexual y reproductiva. Tanto el conocimiento que tengan sobre anticonceptivos y sus propios comportamientos o características de cada adolescente influirá en la manera en cómo aborden su salud sexual y reproductiva, así como su identidad sexual que puede llevarlos a contradicciones en su conducta arriesgándolos a tener infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, deserción escolar (Huallpa y Aranda ,2017).

La salud reproductiva implica que las personas puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable; esta condición incluye el derecho del hombre y la mujer a recibir información y acceso a los métodos de regulación de la fertilidad de su elección que permitan a la mujer tener un embarazo y un parto seguros, y a la pareja la oportunidad de tener hijos sanos. Esto conlleva el derecho de hombres y mujeres a la información, y al acceso a métodos anticonceptivos seguros, efectivos y asequibles. Igualmente, debería asegurar el derecho a servicios de salud de calidad, el derecho a servicios de promoción y educación para la prevención y atención de infecciones de transmisión sexual, y la prevención del cáncer del sistema reproductivo (Huallpa y Aranda ,2017).

El que los adolescentes tengan nivel de conocimiento bajo y medio, es debido a que no cuentan con una información y orientación adecuada,

ya sea porque en el colegio y en la familia; los temas relacionados a la salud sexual y reproductiva se emprenden de manera insuficiente. La principal fuente de información sobre planificación familiar es el colegio, seguido de los padres, profesionales de salud, internet, amigos, familiares y otros. Se puede afirmar que mientras no se lleve a cabo una educación efectiva y adecuada (tanto en el colegio, así como en contextos familiares y sociales) los adolescentes se exponen a un riesgo elevado de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, deserción escolar, entre otros.

V. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que ha llegado esta investigación son:

- El nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar en los adolescentes escolarizados fue bajo con el 46,7 por ciento.
- En las barreras percibidas sobre métodos de planificación familiar en los adolescentes escolarizados, se concluye que las barreras socioculturales son consideradas muy importantes en un 36,1 por ciento; las barreras consideradas como importantes son las de servicios de planificación con el 44,3 por ciento, mientras que las barreras consideradas poco importantes son las personales con el 43,4 por ciento, seguido de las barreras legales/ políticos con el 42,6 por ciento.
- Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y barreras percibidas (personales, socioculturales, servicios de planificación y legales/políticos) sobre métodos de planificación familiar en los adolescentes escolarizados ($p < 0,05$).

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal de salud desarrolle sesiones educativas relacionadas a mejorar los conocimientos sobre métodos de planificación familiar con un enfoque preventivo y disminuir los riesgos relacionados a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes escolarizados.
- Desarrollar futuras investigaciones con otros enfoques cualitativos, cuasi experimentales, entre otros para profundizar la información y proponemos que los resultados obtenidos sean tomados como base para realizar otros estudios a nivel de costa, sierra y selva, u otros contextos.
- Coordinar con el personal que está cargo de la estrategia de salud sexual y reproductiva del Hospital Distrital de Florencia de Mora para implementar talleres educativos que incrementen el nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar en la I.E. N° 800032 “Generalísimo don José de San Martín”- Florencia de Mora.
- Incentivar a la dirección de la I.E. N° 800032 “Generalísimo don José de San Martín”- Florencia de Mora, el desarrollo de estrategias y programas de sensibilización y consejería al personal docente sobre salud sexual y reproductiva.
- Impulsar la presencia de una enfermera en las instituciones educativas, enfocado desde la perspectiva holística en fortalecer la educación para la salud incluyendo temas de planificación familiar en los y las adolescentes en las instituciones educativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemán, I. Cortés, I y Pérez, R (2013). Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*, 70 (1).
- Arce, A. Calapeña, M y Terrazas, A. (2013). *Familia y Planificación Familiar*. Recuperado de: <http://saludbuena-s.blogspot.pe/2013/05/familiaplanificacion-familiar.html>
- Barpanda, S. (2015). *La necesidad de planificación familiar entre los y las jóvenes*. Recuperado de: http://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/IPPF_Factsheet-3-Youth-ok2.pdf
- Bazán, M y Villanueva, K. (2005). *Relación entre el uso de métodos anticonceptivos y el embarazo no planificado en adolescentes- Instituto Especializado Materno Perinatal -2004*. (Tesis para optar por el grado de Licenciada en Obstetricia). Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina humana. Lima-Perú
- Burns, N. y Grove S. (2004). *Investigación en enfermería*. (3a ed.). España: Elsevier.
- Buitrón, A. (2003). *Identidad y maternidad: estereotipos de género, maternidad adolescente y barreras ante la planificación familiar*. Perú: Asociación peruana de la salud mental para la mujer. Recuperado de: <http://biblio.uarm.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=39447>
- Bunge, M. (2004). *La Ciencia y su Método y Filosofía*. (3 ed.) Buenos Aires: Siglo XX.

- Brindis, C. y Davis, L. (2001). Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos. *Revista Serie de Advocates for Youth, 4*, 12-37.
- Blázquez, J. (2003). *Los anticonceptivos en la Antigüedad Clásica*. Recuperado de: <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/23spa03697.pdf>
- Cabrera, M. (2001). *Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las pacientes de puerperio de los servicios de maternidad del Hospital Central universitario "Antonio María Pineda" Abril-Diciembre 2000*. (Tesis para optar por el grado de especialista de Médico-Cirujana). Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto-Venezuela
- Castillo, L. Álvarez, A. Bañuelos, Y. Valdez, O. (2017). Edad, Género y Resiliencia en la Conducta Sexual de Riesgo para ITS en Adolescentes al Sur de México. *Revista Enfermería Global, 45*, 168-177.
- Capaldi, D.M., Crosby, L. y Stoolmiller, M. (1996). Predicting the timing of first sexual intercourse for at-risk adolescents males. *Revista Child Develop, 67*, 344-359.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (CEPAL). (2018). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/10/S1700334_es.pdf
- Congote, L. (2013). *Planificación familiar: una opción de vida*. Recuperado de: <http://www.valledellili.org/sites/default/files/files/carta-de-la-salud-mayo-2013.pdf>
- Cuellar, A. Garzón, L y Medina, L. (2008). *Uso de Métodos anticonceptivos en Adolescentes de una Institución Distrital de*

Bogotá, Segundo Semestre 2008. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Enfermería). Pontifica Universidad Javeriana. Bogotá-Colombia.

Cusihuamán, H y Gonzáles, M. (2011). *Factores que limitan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en escolares adolescentes en el I. E. María Parado de Bellido; 2010.* (Tesis para optar el título de licenciada en obstetricia). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

Cruz, R. (2010). *Planificación familiar en adolescentes de 13 a 17 años en el distrito de San Juan de Miraflores año 2010.* (Proyecto de Tesis). Universidad Privada Sergio Bernal. Lima- Perú.

Cheesman, S. (2010) *Conceptos básicos en investigación.*
Recuperado de:
<https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>

Díaz, E. (2015). *Nivel De Conocimiento Sobre Métodos Anticonceptivos Y Factores Sociodemográficos En Adolescentes Del Colegio Nacional Nicolás La Torre.* (Tesis para optar por el título de médico cirujano). Universidad San Martín de Porres. Lima-Perú.
Recuperada de:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1187/3/Diaz_e.pdf

Díaz, S. (2011). *¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos?*
Recuperado de:
http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que_y_cuales_son_met_antic_02_05_2011.pdf

Dirección General de Salud Reproductiva, (2002). *La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar.*
Recuperado de:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>

Dos Santos Pierre, L y Clapis, M. (2010). Planificación familiar en Unidad de Salud de la Familia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Originale*. 18 (6).

Eslava, D y Rodríguez, S. (2008). “Estamos muy jóvenes para tener hijos”: vivencias de la planificación familiar de un grupo de adolescentes en un municipio de Risaralda. *Revistas científicas Pontifica Universidad Javeriana*, 10 (2), 115-132.

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86 (6), 436-443.

Gaspar, G. (2013) *Conocimiento Sobre Prevención De Infecciones De Transmisión Sexual Asociados A Factores Sociodemográficos Y Relaciones Familiares En Adolescentes Escolares*. Recuperado de:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/338/1/Gaspar_gf.pdf

Geosalud. (2014). *Salud Reproductiva*. Recuperado de:
<http://www.geosalud.com/Salud%20Reproductiva/index.htm>

Gómez, A. (2013) *Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo*. (Tesis de Licenciado en Obstetricia). Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana E.A.P. de Obstetricia. Lima – Perú.

- Gutiérrez, M. (2013). La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Revista Peruana Médica Exp Salud Pública*, 30 (3), 465-70.
- Hernández, R. (2010). *Metodología de la investigación*. (5a ed.). México: McGraw-Hill.
- Huallpa, M. Aranda, X. (2017). *Nivel De Conocimientos Sobre Métodos Anticonceptivos En Adolescentes De Educación Secundaria De La Institución Educativa Privada Bertrand Russell*. (Tesis para Facultad De Ciencias De La Salud). Universidad de Ciencias y Humanidades. Lima-Perú.
- Huamanchumo, Y. (2014). *Influencia del Taller de Educación Sexual y Reproductiva, en el nivel de conocimientos, de Alumnos del Tercer Grado de Educación Secundaria del Centro Educativo TÚPAC AMARU II - Distrito Florencia de Mora: Marzo-Julio 2014 –Trujillo*. (Trabajo para optar el título de profesional de Obstetrix). Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo–Perú.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2015). *En el Perú existen más de 200 mil adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez*. Recuperado de: <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/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2015). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Recuperado de: http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2016/MAY/Endes2016/Libro_ENDES2015.pdf
- Jerónimo, C. Álvarez, J. Carbonel, W. y Neira, J. (2009). *Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación*

secundaria. *Revista Scielo Perú. Acta Médica Peruana*, 26 (3), 175-179

Knowles, J. (2012). *Historia de los métodos anticonceptivos*. Informe Publicado por la Biblioteca Katharine Dexter McCormick Planned Parenthood Federation of America. Recuperado de: https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf

Lázaro, E.; Lipa, Y. (2015) *Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de la Institución Educativa de Varones San Cristobal*. (Tesis para Optar El Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional Huancavelica- Perú.

Liga Española de la Educación y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia*. Recuperado de: <http://www.ligaeducacion.org/documentos/investigaciones/relaciones-afectivas-y-sexualidad-en-la-adolescencia.pdf>

Lizarzaburu, S. y Piñin, L. (2006). *Barreras que impiden el uso de métodos anticonceptivos a las adolescentes hospitalizadas en el IEMP en el periodo octubre-diciembre del año 2005*. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Obstetricia). Universidad Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

Mallma, K. (2017). *Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to. -5to. De secundaria del Colegio Andrés A. Cáceres. Setiembre a Noviembre – 2015*. (Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano). Universidad Ricardo Palma. Lima-Perú.

- Mantilla, C. (2016). *Nivel de Conocimiento Sobre Métodos Anticonceptivos En Las Adolescentes Entre 11 Y 19 Años del Consultorio de Gineco-Obstetricia del HNHU*. (Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano). Universidad Ricardo Palma. Lima-Perú.
- Martínez, A. Ríos, F. (2006) *.Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado*. Sistema de Información Científica Redalyc. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102508>
- Mejía, M., Montoya, P., Blanco, A., Mesa, M., Morenos, D. y Pacheco, V. (2010). *Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Propuesta para su identificación y superación. Documento regional – 2010*. Recuperado de: <http://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/BarrerasJovenesWeb%20%281%29.pdf>
- Mendoza, L. Benites, D y Peñaranda, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 18 (3). 243-253.
- Ministerio de Salud (MINS) (2005). *Norma Técnica De Planificación Familiar*. Recuperado de: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINS-A-NormaTecnica-Planificacion-Familiar.pdf>
- Ministerio de Salud (MINS) (2013). *Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021*. Recuperado de: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131106-MINS-Plan-Prevencion-Embarazo-Adolescente.pdf>

Ministerio de Salud (MINSA) (2013). *Planifica Tu Futuro*. Recuperado de:

<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/planfam/metodos.asp>

Ministerio de Salud. MINSA. (2016). *Prevención Del Embarazo en Adolescentes. Situación Y Perspectivas Al 2021. Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud Sub Grupo "Prevención del Embarazo en Adolescentes" Reporte N° 4-2016-SC/MCLCP*. Recuperado de:

https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/12/reporteembarazoadolescentendeg4.2016v7_0.pdf

Mitchell, T. (2009). *Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios*. Recuperado de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_espanol.pdf

Montero, A. (2011). Anticoncepción en la adolescencia. *Revista Médica Clínica. Condes*; 22 (1), 59 – 67.

Montero, E. Villalobos, J. y Valverde, A. (2007). Factores institucionales, pedagógicos, psicosociales y sociodemográficos asociados al rendimiento académico en la Universidad de Costa Rica: Un análisis multinivel. *Revista electrónica de Investigación y de Evaluación Educativa*, 13 (2), 215-234.

Montoya, P. Barreto, E. Cárdenas, A. Chavarro, Y. Piñeros, C. (2014). Barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva en Bogotá. En M, Mejía. L, Muñoz y L, Pacheco (Ed). *Embarazo adolescente*

en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos (155-220). Bogotá, Colombia: Legis S.A.

Moras, M. (2015). *Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Enero 2015*. (Tesis para optar por el Título Profesional de Médico Cirujano). Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

Moya, C. (2001). *Mejorando el acceso de los jóvenes a los métodos anticonceptivos en América Latina*. Recuperado de: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/518-mejorando-el-acceso-de-los-jovenes-a-los-metodos-anticonceptivos-en-america-latina>

Navarro, E y Vargas, R. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Revista Salud Uninorte*. Barranquilla, 19, 14-24.

Ñaupas, H. Mejía, E. Novoa, E. y Villagómez, A. (2011). *Metodología de la investigación científica y Asesoramiento de Tesis*. (2a ed.) Lima - Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Salud sexual y reproductiva*. Sitio en línea de la OMS. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/es/

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Planificación Familiar*. Sitio en línea de la OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Planificación familiar, derecho de todas y todos*. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/>

Palomo, M. (2011). *Nuevo Método De Planificación Familiar. Nuestra Experiencia en un Año En El Hospital Universitario Virgen De La Victoria*. (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga Facultad de Medicina. Caracas- Venezuela.

Parra, J. Domínguez, J. Maturana, J. y Carrasco, M. (2014). Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. *Revista Salud Colectiva, Buenos Aires*, 9(3), 391-400.

Pascual (2010). *Amor y Sexualidad*. Recuperado de: <http://elblogdelbuenamor.blogspot.nl/search?updated-max=2009-09-11T00:24:00-03:00&max-results=4&reverse-paginate=true&start=92&by-date=false>

Perinat, A; et al. (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI: un enfoque psicosocial*. (1a ed.). Barcelona. España: UOC.

Philips, R. (1997). *Desarrollo Humano: Estudio del ciclo vital*. (2a ed). México: Prentice Hall.

Prieto, L. (2005). *Planificación Familiar: Conocimiento y Uso de Métodos*. Recuperado de: http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/117/T%D0%92cnico_38_6.pdf?sequence=7

Rea, E y Salas, K. (2012). "El Conocimiento Como Factor De Riesgo en el Embarazo de las Adolescentes Comprendidas entre 14 a 19 años relacionado con los Métodos de Planificación Familiar que son atendidas en la consulta externa en El Hospital Dr. Eduardo

Montenegro Del Cantón Chillanes Periodo Octubre del 2011 a Marzo del 2012. Tesis para el Título Profesional de Licenciado en Enfermería. Universidad Estatal de Bolívar. Facultad Ciencias de la Salud y del Ser Humano. Escuela de Enfermería. Guaranda-Ecuador.

Rivera, A. Sarahí, I. Cortés, I y Pérez, R. (2013). *Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería. Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 70(1), 19-25. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-

Rodríguez, J. (2009). *Nivel de información de las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos y las acciones para prevenir el embarazo precoz en la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes Ica - 2009. (Proyecto de Tesis). Universidad Privada San Juan Bautista Facultad de Ciencia de La Salud Escuela Profesional de Enfermería. Ica-Perú.*

Rodríguez, J. (2011). *Diseño De Una Guía educativa sobre planificación dirigido a los usuarios del centro de salud nº3 de la ciudad de Riobamba. Provincia De Chimborazo 2011. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en promoción y cuidados de la salud). Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Riobamba – Ecuador.*

Sakraida, T. (2011). Modelo de promoción de la salud. En: M. Raile y A. Marriner. *Modelos y teorías en enfermería.* (pp.434-444). (7ma ed.). España: Elsevier.

Sadler, M. Obach, A. Luengo, X y Biggs, A. (2010). *Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo*

adolescente en Chile. Recuperado de:
http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210251255300.estudio_barreras_de_acceso.pdf

Sánchez, M. Dávila, R y Ponce, E. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Revista Ciencias Direct*, 22 (2). 35–38.

Sanguineti, J. (2005). *El conocimiento humano: una perspectiva filosófica* (1a ed.). España: Palabra.

Santillán M. (2010). *Gestión del conocimiento*. (1a ed.). España: Netbiblo.

Schwartz, R; et all. (2012). *Guía Para El Uso De Métodos Anticonceptivos. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Equipo de Salud Reproductiva Materno Perinatal.* Recuperado de:
http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf

Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Recuperado de:
http://saludxmi.cnpss.gob.mx/inpsiquiatria/portal/saludxmi/biblioteca/sexualidad/m3_Factores_desarrollo_saludsexual_adolescentes.pdf

Sociedad Española de Contracepción. (2008). *Métodos anticonceptivos.* Recuperado de:
http://www.lalfasjove.com/data/documentos/metodos_anticonceptivos.pdf.

- Távora, L. Cárdenas, B y Becerra, C. (2011). "La Planificación Familiar Requiere Atención Especial Como Estrategia Para Reducir La Mortalidad Materna". *Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología*. 57(3). 183-185. Recuperado de: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/182/163>
- Torres, A. (2000). La planificación familiar en el ocaso del siglo XX. *Revista Perinatol Reprod Hum*, 14 (2), 108-114.
- Torruco, M. Domínguez, G. Aguilar, C. (2000). Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos durante la primera experiencia sexual. *Revista Salud en Tabasco*. 6 (1)
- UNESCO. (2002). *Estrategia de la Unesco en educación preventiva del VIH/SIDA*. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos82/prevencion-its-vihestudiantes/prevencion-its-vih-estudiantes3.shtml#bibliograa>
- UNICEF. (2006). *La Adolescencia*. Recuperado de: https://www.unicef.org/lac/indice_adolescencia_mexico2006.pdf
- UNESCO. (2009). *Educación Sexual Integral en el Sistema Educativo*. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001843/184397s.pdf>
- UNICEF. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. Recuperado de: https://www.unicef.org/lac/UNICEF_PLAN_embarazo_adolescente_2015.pdf
- UNICEF. (2015). *Situación del embarazo en adolescentes menores de 15 años*. Recuperado de:

[http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFP
A-Infografia-Situacion-Embarazo-Adolescentes.pdf](http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFP
A-Infografia-Situacion-Embarazo-Adolescentes.pdf)

Universidad Nacional de Trujillo. (2016). *Comité de Ética para la Investigación. Código de ética para la investigación*. Resolución de consejo Universitario N° 0247-2016/UNT. Perú.

Valles, N. y López, F. (2006). Anticoncepción en la adolescencia. *Revista Elsevier*, 32(6).

Zegarra, T. (2011). *Mitos y métodos anticonceptivos*. Lima, Perú: CP Impresores E.I.R.L.

Zepeda, A. Luengo, X. Tijero, M y Millan, T. (2008). *Embarazo en la adolescencia: prevalencia de vivencia cercana en los adolescentes, en la familia, en sus pares o propia y sus opiniones respecto del por qué se producen*. Proyecto OMS/HRP A55078. Contribución científica, III Congreso Chileno de Adolescencia. Santiago de Chile: Septiembre.

ANEXOS

Anexo 01

MUESTRA:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NPQ}{(N-1)E^2 + Z_{\alpha/2}^2 PQ}$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra.

P: Proporción de una categoría de la variable (p=0.5 valor constante)

Q: (q=.5 valor constante)

E: Error máximo en las mediciones

N: Tamaño de la población (180 estudiantes)

$Z_{\alpha/2}$: es el coeficiente de confiabilidad. (1.96)

α : Nivel de significancia (5%)

Paso I: Primero reemplazamos en la fórmula:

$$n = \frac{(1,96)^2 (180) (0,5) (0,5)}{(180-1) (0,05)^2 + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$$

Paso II: Resolvemos

$$n = \frac{172,87}{(179)(0,0025) + (3,84) (0,25)}$$

$$n = \frac{172,87}{(0,45) + (0,96)}$$

$$n = 122,60 = 122$$



Anexo 02

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CUESTIONARIO PARA VALORAR NIVEL DE CONOCIMIENTO Y
BARRERAS PERCIBIDAS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS**

Mantilla (2016) y Lizarzaburu (2005) Modificado por: Sanchez y Villacorta (2017)

Adolescente estudiante el presente cuestionario es de tipo anónimo y personal que tiene el propósito de investigar y las barreras percibidas sobre el nivel de conocimiento que tienes acerca de la planificación familiar. Por tanto, te pedimos que lea detenidamente y respondas con mayor la sinceridad.

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Edad..... 2. Sexo: (M) (F)
3. Inicio de relaciones sexuales Si () No ()

II. BARRERAS PERCIBIDAS SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

Marque la respuesta que para Usted es correcta.

BARRERAS PERSONALES	SI	NO
Existe falta de información de métodos anticonceptivos		
Falta de información sobre el uso los métodos anticonceptivos		
Vergüenza y/o temor en solicitar y/o usar un método anticonceptivo		
Temor a que se reconozca su identidad		
Falta de comunicación con su pareja		

BARRERAS SOCIOCULTURALES	SI	NO
Negativa de la pareja al uso de un método anticonceptivo		
Mala experiencia de amigas y/o familiares en el uso de métodos anticonceptivos.		
Mala información recibida por familiar		
Tiene creencias y/o miedo con respecto a los métodos de planificación familiar.		
Religión que prohíbe el uso de métodos anticonceptivos		

BARRERAS EN SERVICIO DE PLANIFICACIÓN	SI	NO
Limitación geográfico o lejanía al servicio de Planificación Familiar		
Horarios inadecuados		
Procesos engorrosos		
Falta de ambientes exclusivos para adolescentes		
Profesionales no idóneos para la atención con adolescentes		

BARRERAS LEGALES/POLÍTICAS	SI	NO
Poca sensibilización del estado relacionados a la problemática de los servicios de planificación		
Falta de disponibilidad de anticonceptivos en los establecimientos de salud.		
Carencia de políticas para la distribución y supervisión de insumos de planificación.		
Falta de inversión del estado en mejora de los servicios de Planificación familiar.		
Falta de difusión sobre leyes, normas y políticas relacionadas a la planificación familiar.		

III. NIVEL DE CONOCIMIENTO

En las siguientes preguntas diga una sola respuesta:

1.- La Planificación Familiar sirve para:

- a. Que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tendrán.
- b. Evitar los embarazos.
- c. Tener los hijos en el momento más adecuado.
- d. Programar la llegada del próximo hijo.
- e. Todas son ciertas.

2.-El método anticonceptivo que debe ser:

- a. El que usted escoja.
- b. El que su enamorado le imponga.
- c. El que su médico decida.
- d. El que le aconseje su amiga.
- e. Debe ser una decisión voluntaria pero basada y orientada por un especialista.

3.- Con respecto a las pastillas anticonceptivas deben ser usadas por:

- a. Hombres y Mujeres
- b. Solo hombres
- c. Solo mujeres
- d. Personas con anemia por deficiencia de hierro
- e. No se

4.- Se conocen como métodos anticonceptivos:

- a. La ligadura de las trompas
- b. Los procedimientos naturales o artificiales destinadas evitar el embarazo
- c. Las pastillas anticonceptivas
- d. El aparato intrauterino
- e. Todas

5.- Los métodos anticonceptivos pueden iniciarse:

- a. A los 14 años
- b. A los 15 años
- c. A los 17 años
- d. A los 35 años
- e. No hay edad específica

6.- Son métodos anticonceptivos:

- a. Pastillas anticonceptivas
- b. Los condones
- c. Los aparatos intrauterinos
- d. El método del ritmo
- e. Todas las anteriores

7. El conocimiento que tienes sobre planificación familiar debe ser adquirido a través de:

- a. Televisión
- b. Revistas, periódicos, libros
- c. Familiares, amigos
- d. Otros
- e. Médicos, enfermeras

8. Donde debe acudir para elegir un método anticonceptivo:
 - a. A las farmacias
 - b. A la iglesia
 - c. Al supermercado
 - d. A comprar libros o folletos sobre métodos anticonceptivos
 - e. A los servicios de planificación públicos o privados

9. Podemos clasificar los métodos anticonceptivos en:
 - a. Naturales y artificiales
 - b. Pastillas y aparatos
 - c. Condones y pastillas
 - d. Esterilización
 - e. No sabe

10. Llamamos métodos anticonceptivos naturales:
 - a. Al método ritmo
 - b. Temperatura basal y moco cervical
 - c. Interrupción del acto sexual
 - d. La lactancia materna
 - e. Todas son ciertas

11. Pueden usar métodos naturales:
 - a. Todas las personas
 - b. Solo los católicos
 - c. Mujeres con reglas naturales
 - d. Los casados
 - e. No sé

12. La planificación familiar permite:
 - a. Evitar riesgos en el embarazo, evita embarazos no deseados.
 - b. Prevención de enfermedades transmisibles y el VIH/SIDA

- c. Planear relaciones futuras y poder de decisión en relación a la salud sexual y reproductiva.
- d. Predecir el número de hijos.
- e. Todas

13. Con respecto a los métodos anticonceptivos:

- a. Ninguno es confiable.
- b. El aparato intrauterino produce cáncer.
- c. Al usarlos, muchas mujeres quedan infértiles permanentemente.
- d. La vasectomía y las ligaduras de las trompas de Falopio disminuyen el deseo sexual.
- e. Todas son falsas.

14. Con respecto al condón es cierto:

- a. No se debe utilizar más de una vez.
- b. Es recomendable su uso en toda relación sexual.
- c. Se coloca con el pene erecto.
- d. Sirven para prevenir enfermedades venéreas.
- e. Todas son ciertas.

15. Las espumas y jaleas espermaticidas:

- a. Se colocan después de la relación sexual.
- b. Se colocan 24 horas antes de la relación sexual.
- c. Se colocan 15 minutos antes de la relación sexual.
- d. Protegen siempre en el momento en que se apliquen.
- e. No sabe.

16. Con respecto a los aparatos intrauterinos, es cierto que:

- a. Son de varias formas.
- b. No interfieren con la lactancia materna.
- c. Son de larga duración.
- d. Es uno de los métodos más efectivos.

- e. Todas son ciertas.
17. Los métodos hormonales incluyen:
- a. Las pastillas anticonceptivas
 - b. Las inyecciones
 - c. Los implantes dentro de la piel
 - d. Los aparatos intrauterinos
 - e. Todas las anteriores
18. Cualquier pastilla anticonceptiva puede:
- a. Tomarse amamantando al bebé.
 - b. Comenzarse en cualquier día del mes.
 - c. Tomarlas cualquier mujer.
 - d. Tomarse durante el embarazo.
 - e. Todas son falsas.
19. Con respecto a la esterilización quirúrgica es falso que:
- a. Se puede emplear en la mujer.
 - b. Se puede emplear en el hombre.
 - c. Se puede emplear en hombre y la mujer.
 - d. Cualquiera se puede someter a esterilización cuando lo desee.
 - e. Su elección debe ser consultada con el médico.
20. Con respecto a las mujeres que usan aparato intrauterino que:
- a. No necesitan regresar nunca a control médico.
 - b. Produce aumento de peso.
 - c. Es muy recomendado en las mujeres que nunca han salido embarazadas.
 - d. Si sale embarazada, se le incrusta en la cabeza del bebé.
 - e. Todas son falsas.

Anexo 03

**ESCALA DE PUNTUACIÓN PARA LA CALIFICACIÓN DE BARRERAS
PERCIBIDAS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

BARRERAS PERCIBIDAS	ITEMS	PUNTAJE
BARRERAS PERSONALES	1.	SI= 1 NO= 0
	2.	SI= 1 NO= 0
	3.	SI= 1 NO= 0
	4.	SI= 1 NO= 0
	5.	SI= 1 NO= 0
BARRERAS SOCIOCULTURALES	6.	SI= 1 NO= 0
	7.	SI= 1 NO= 0
	8.	SI= 1 NO= 0
	9.	SI= 1 NO= 0
	10.	SI= 1 NO= 0
BARRERAS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN	11.	SI= 1 NO= 0
	12.	SI= 1 NO= 0
	13.	SI= 1 NO= 0
	14.	SI= 1 NO= 0
	15.	SI= 1 NO= 0
BARRERAS LEGALES/POLÍTICOS	16.	SI= 1 NO= 0
	17.	SI= 1 NO= 0
	18.	SI= 1 NO= 0
	19.	SI= 1 NO= 0
	20.	SI= 1 NO= 0

ESCALA DE PUNTUACIÓN:

- **Poco importante:** 0- 1 punto
- **Importante:** 2-3 puntos
- **Muy importante:** 4-5 puntos

Anexo 04

ESCALA DE PUNTUACIÓN PARA LA CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL ADOLESCENTE SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

PREGUNTAS	ALTERNATIVAS	PUNTAJE
1.	E	1
2.	E	1
3.	C	1
4.	E	1
5.	E	1
6.	E	1
7.	E	1
8.	E	1
9.	A	1
10.	E	1
11.	D	1
12.	E	1
13.	C	1
14.	E	1
15.	C	1
16.	E	1
17.	E	1
18.	E	1
19.	D	1
20.	E	1

ESCALA DE PUNTUACIÓN:

- Nivel de conocimiento alto: 13 a 20 puntos
- Nivel de conocimiento regular: 08 a 12 puntos
- Nivel de conocimiento bajo: 00 a 07 puntos

Anexo 05

CONSENTIMIENTO INFORMADO¹

Este formulario de consentimiento informado se dirige a adolescentes de 14 a 17 años. Se les invita a participar en la siguiente la investigación titulada: “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y BARRERAS PERCIBIDAS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS”.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.1. AUTOR (ES) DE LA INVESTIGACIÓN:

Sanchez Valverde, Griselda Erín y Villacorta Gutiérrez, Milagritos Ingri

1.2. TELÉFONO:

- 976241515 / 970776907

2. INFORMACIÓN DEL ESTUDIO

Hola, somos internas de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Actualmente estamos realizando un estudio de investigación y para ello queremos pedirte que nos apoyes. La importancia de realizar este estudio se fundamenta en la necesidad de saber cómo se encuentran los conocimientos y cómo influyen las barreras percibidas sobre los métodos de planificación familiar en los adolescentes. Los criterios que guiarán la investigación son los siguientes: debes tener entre 14 y 17 años, asistir regularmente a clases y estar cursando el cuarto y quinto grado de secundaria. Tu participación en el estudio consistiría en contestar un cuestionario anónimo, solo llenarás algunos datos de identificación sin colocar tu nombre y resolverás algunas preguntas referidas al tema de investigación, tendrás un tiempo de 20 minutos para contestarlo.

Su participación dentro de este estudio de investigación no le ocasionará ningún daño o lesión que atente contra su vida personal. Dentro de los beneficios que guiarán la investigación es que la información será confidencial, la identidad no será revelada y habrá la libertad de participar o retirarse en cualquier momento de la investigación. Se brindará información oportuna sobre cualquier pregunta durante su participación en la investigación. Asimismo, no se le identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con su privacidad serán manejados de forma confidencial. Nos comprometemos también a proporcionar información actualizada que se obtenga durante el estudio en caso sea solicitada.

3. CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y BARRERAS PERCIBIDAS SOBRE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS”. He sido informado de los riesgos y/o beneficios que involucran mi participación.

He leído la información arriba señalada y han sido aclaradas todas mis dudas y preguntas, por lo cual acepto de manera libre y voluntaria participar en el estudio y sé que puedo retirarme en el momento que yo lo decida, sin afectar mi salud e integridad.

Fecha: _____

Firma del participante/apoderado:

Firma del investigador

¹ Adaptación de instrumento elaborado por el INS. Requisitos para la evaluación de proyectos de investigación por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) Setiembre del 2015.

(*) Opcional

Anexo 06

ASENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Yo _____ con _____ años
identificado con DNI_____.

Declaro que:

1. He leído o me han leído la Hoja de Información y he entendido todo lo que pone en ella.
2. El investigador/a ha contestado a todas las dudas que tenía sobre el estudio.
3. Sé que puedo decidir no participar en este estudio y que no pasa nada.
4. Sé que si decido participar me comprometo a contestar el cuestionario del estudio de investigación.
5. Sé que ante alguna duda, puedo preguntar al investigador/a las veces que necesite.
6. Sé que cuando empiece el estudio y en cualquier momento puedo decir que ya no quiero seguir participando y nadie me reñirá por ello.
7. He decidido participar en el estudio.

Firma del niño o huella digital

Anexo 07

Datos informativos de los Adolescentes de la I. E. N° 800032 "Generalísimo don José de San Martín", 2017.

DATOS INFORMATIVOS		N°	%
SEXO	Femenino	59	48,4
	Masculino	63	51,6
TOTAL		122	100,0
EDAD	14	4	3,3
	15	41	33,6
	16	47	38,5
	17	30	24,6
	TOTAL	122	100,0
INICIO DE RELACIONES SEXUALES	SI	43	35,2
	NO	79	64,8
TOTAL		122	100,0

Fuente: encuesta aplicada a adolescentes de una institución educativa, 2017

Anexo 08

Barreras Percibidas sobre métodos de Planificación Familiar en los Adolescentes de la I. E. N° 800032 “Generalísimo don José de San Martín”, 2017.

BARRERAS PERCIBIDAS SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR		SI		NO	
		Nº	%	Nº	%
BARRERAS PERSONALES	Existe falta de información de métodos anticonceptivos	43	35,2	79	64,8
	Falta de información sobre el uso los métodos anticonceptivos	43	35,2	79	64,8
	Vergüenza y/o temor en solicitar y/o usar un método anticonceptivo	44	36,1	78	63,9
	Temor a que se reconozca su identidad	43	35,2	79	64,8
	Falta de comunicación con su pareja	21	17,2	101	82,8
BARRERAS SOCIOCULTURALES	Negativa de la pareja al uso de un método anticonceptivo	93	76,2	29	23,8
	Mala experiencia de amigas y/o familiares en el uso de métodos anticonceptivos.	77	63,1	45	36,9
	Mala información recibida por familiar	88	72,1	34	27,9
	Tiene creencias y/o miedo con respecto a los métodos de planificación familiar.	84	68,8	38	31,2
	Religión que prohíbe el uso de métodos anticonceptivos	104	85,2	18	14,8
BARRERAS EN SERVICIO DE PLANIFICACIÓN	Limitación geográfico o lejanía al servicio de Planificación Familiar	73	59,8	49	40,2
	Horarios inadecuados	84	68,8	38	31,2
	Procesos engorrosos	80	65,6	42	34,4
	Falta de ambientes exclusivos para adolescentes	66	54,1	56	45,9
	Profesionales no idóneos para la atención con adolescentes	90	73,8	32	26,2
BARRERAS LEGALES/POLÍTICAS	Poca sensibilización del estado relacionados a la problemática de los servicios de planificación	58	47,5	64	54,9
	Falta de disponibilidad de anticonceptivos en los establecimientos de salud.	50	41,0	72	47,6
	Carencia de políticas para la distribución y supervisión de insumos de planificación.	55	45,1	67	52,5
	Falta de inversión del estado en mejora de los servicios de Planificación familiar.	72	59,0	50	41,0
	Falta de difusión sobre leyes, normas y políticas relacionadas a la planificación familiar.	64	52,4	58	59,0

Fuente: encuesta aplicada a adolescentes de una institución educativa, 2017

Anexo 09

Preguntas referidas a métodos de Planificación Familiar en los Adolescentes de la I. E. N° 800032 “Generalísimo don José de San Martín”, 2017.

Fuente: encuesta aplicada a adolescentes de una institución educativa, 2017

N°	PREGUNTAS REFERIDAS SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	CORRECTO		INCORRECTO	
		N°	%	N°	%
1.	La Planificación Familiar sirve para ...	56	45,9	66	54,1
2.	El método anticonceptivo que debe ser ...	84	68,8	38	31,2
3.	Con respecto a las pastillas anticonceptivas deben ser usadas por ...	62	50,8	60	49,2
4.	Se conocen como métodos anticonceptivos ...	40	32,8	82	67,2
5.	Los métodos anticonceptivos pueden iniciarse ...	71	58,2	51	41,8
6.	Son métodos anticonceptivos ...	74	60,6	48	39,4
7.	El conocimiento que tienes sobre planificación familiar debe ser adquirido a través de ...	66	54,1	56	45,9
8.	Donde debe acudir para elegir un método anticonceptivo ...	59	48,4	63	51,6
9.	Podemos clasificar los métodos anticonceptivos en ...	27	22,1	95	77,9
10.	Llamamos métodos anticonceptivos naturales ...	38	31,2	84	68,8
11.	Pueden usar métodos naturales ...	8	6,6	114	93,4
12.	La planificación familiar permite....	55	45,1	67	54,9
13.	Con respecto a los métodos anticonceptivos ...	52	42,6	70	57,4
14.	Con respecto al condón es cierto ...	47	38,5	75	61,5
15.	Las espumas y jaleas espermaticidas...	11	9,0	111	91,0
16.	Con respecto a los aparatos intrauterinos, es cierto que ...	52	42,6	70	57,4
17.	Los métodos hormonales incluyen ...	56	45,9	66	54,1
18.	Cualquier pastilla anticonceptiva puede ...	90	73,8	32	26,2
19.	Con respecto a la esterilización quirúrgica es falso que ...	48	39,3	74	60,7
20.	Con respecto a las mujeres que usan aparato intrauterino que ...	63	51,6	59	48,4

Anexo 10



Universidad Nacional de Trujillo FACULTAD DE ENFERMERÍA

Av. Juan Pablo II S/N, 3ra. PUERTA-CIUDAD UNIVERSITARIA.
Telefax 044-474840-Trujillo-Perú

CONSTANCIA DE ASESORÍA DE TESIS

Yo FLOR MARIA DEL ROSARIO HUERTAS ANGULO, Profesora Principal del Dpto. Académico de Enfermería de la Mujer y Niño, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, hago constar mi participación como asesora de Tesis intitulado: investigación “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y BARRERAS PERCIBIDAS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS”.

De las internas de Enfermería:

- Sanchez Valverde, Griselda Erin
- Villacorta Gutierrez, Milagritos Ingri

Expido la presente constancia, a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente

Trujillo, 12 de Febrero 2018

HUERTAS ANGULO FLOR MARIA DEL ROSARIO

Código UNT 2871