

*Infinitas gracias a* **Dios Todopoderoso**

*quien nos ha hecho entender de su amor,*

*dándole dirección, sentido y propósito a nuestra vida.*

*Por habernos dado la sabiduría y el entendimiento*

*para poder llegar al final de nuestra carrera,*

*por proveernos de todo lo necesario para salir*

*adelante y por todo lo que nos ha dado.*

*Anahi y Angela.*

*Nuestro profundo agradecimiento a nuestra docente y asesora:*

**Mrs. Janet Chunga Medina**

*Por su valioso apoyo y disposición para la realización del presente proyecto de investigación para llegar a la meta y obtener el grado, compartiendo con nosotras sus conocimientos y experiencia profesional, además de alentarnos a seguir adelante en nuestra carrera.*

*Anahi y Angela.*

## **Dedicatoria**

*A nuestros padres:*

### **Carlos y Isabeth**

*Por habernos dado la vida, por su sacrificio y esfuerzo constante. Agradecemos la confianza que han depositado en nosotras, su apoyo al compartir logros y tropiezos, gracias a ustedes, que han guiado nuestros pasos hemos alcanzado esta meta tan anhelada nuestra superación personal*

*A mis hermanos **Danny, Haydee y Carlos** gracias por estar siempre a nuestro lado, por su apoyo incondicional al compartir alegrías y tristezas, por alentarnos a ser perseverantes y alcanzar el termino de nuestra carrera.*

*A nuestras **Amigas** y **Compañeras** de clase gracias por todos los momentos vividos y por el apoyo.*

*Anahi y Angela*

## **Dedicatoria**

*Padre Nuestro que estas en los cielos,  
Tengo en mi ser un pequeñito, débil y vulnerable,  
que ya está transformando todo mi cuerpo y corazón.*

*Gracias por habérmelo confiado  
por permitirme acogerlo como mi madre me acogió  
cuando sintió mi presencia en lo más íntimo de su ser.*

*Estoy maravillada ante esta vida, tan secreta y palpitante,  
tan frágil y llena de promesas.  
Gracias por haberme dado los ojos del corazón  
que me permiten ver a mi bebe en un momento  
en que todavía no es visible.*

*Padre lleno de ternura,  
ayúdame para que cada día  
pueda dar todo de mi  
para que éste bebito sea feliz.*

*Te pido de toda gracia,  
poder transmitirle toda la fe,  
la esperanza y el amor que llevo en mi corazón.*

*Te ruego que nos guardes bajo tu amparo,  
a mi hijo **Andree fabiano** que primero es tuyo.*

*Anahi.*

## SUMARIO

	Pág.
RESUMEN .....	i
ABSTRACT .....	ii
I. INTRODUCCION .....	1
II. MATERIAL Y MÉTODO .....	30
III. RESULTADOS.....	39
IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN .....	48
V. CONCLUSIONES .....	60
VI. RECOMENDACIONES.....	61
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	62
VIII. ANEXOS.....	76

**“INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO DE EMBARAZO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA. SEDE VALLE JEQUETEPEQUE. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO. 2010.”**

**Br. Diaz Esteves, Rosa Angela.<sup>1</sup>  
Br. Diaz Esteves, Rosa Anahi.<sup>2</sup>  
Ms. Chunga Medina Janet.<sup>3</sup>**

---

**RESUMEN**

El presente estudio de investigación de tipo descriptivo, correlacional, se realizó con las estudiantes de la Facultad de Enfermería, de la universidad Nacional de Trujillo – Sede Valle Jequetepeque durante los meses de enero a agosto del 2010, con la finalidad de determinar la relación entre el nivel de información sobre métodos anticonceptivos y el riesgo de embarazo en estudiantes de Enfermería. El universo muestral estuvo constituido por 115 estudiantes seleccionadas según criterios de inclusión establecidos. La recolección de datos se obtuvo mediante la aplicación de dos instrumentos denominados: Encuesta de Nivel de Información sobre Métodos Anticonceptivos, y Escala de Valoración del Nivel de Riesgo de Embarazo. Los datos obtenidos fueron tabulados y presentados en tablas y gráficos estadísticos de simple y doble entrada. El análisis de la relación de las variables de estudio, se realizó mediante la aplicación de dos pruebas, la prueba de independencia de criterios o Chi cuadrado y la prueba T Student. Después del análisis se llegaron a las siguientes conclusiones: El 60.9 por ciento de las estudiantes en estudio presentaron un nivel de información sobre métodos anticonceptivos regular, seguido de un 31.3 por ciento con nivel deficiente, y sólo un 7.8 por ciento con nivel bueno. El 49.6 por ciento de las estudiantes no presentaron riesgo a embarazo, seguido de un 47 por ciento de riesgo a embarazo bajo y un 3.5 por ciento de riesgo alto. Existe relación altamente significativa entre el nivel de información sobre métodos anticonceptivos y el riesgo a embarazo en las estudiantes.

**Palabras Claves: Métodos Anticonceptivos, Riesgo de embarazo, Estudiantes de Enfermería.**

---

<sup>1</sup> Bachiller en Enfermería, Facultad de Enfermería - UNT.

<sup>2</sup> Bachiller en Enfermería, Facultad de Enfermería – UNT.

<sup>3</sup> Profesora Auxiliar del Departamento de Enfermería de la Mujer y el Niño de la Facultad de Enfermería – UNT.

**“ABOUT CONTRACEPTIVE METHODS IN PREGNANCY AND RISK OF NURSING STUDENTS. HEADQUARTERS VALLE JEQUETEPEQUE. NATIONAL UNIVERSITY OF TRUJILLO. 2010.”**

**Br. Diaz Esteves, Rosa Angela.<sup>1</sup>  
Br. Diaz Esteves, Rosa Anahi.<sup>2</sup>  
Ms. Chunga Medina Janet.<sup>3</sup>**

---

**ABSTRACT**

This research study is a descriptive, correlational was conducted with students in the School of Nursing, National University of Trujillo - See Jequetepeque Valley during the months of January to August 2010 with the aim of determine the relationship between the level of information about contraception and pregnancy risk nursing students. The sample universe consisted of 115 students selected based on inclusion criteria. The data collection was obtained by applying two-denominated instruments: Survey of Level of information about contraceptive methods, and Level Rating Scale Risk Pregnancy. The data were tabulated and presented in tables and statistical graphs single and double entry. The analysis of the relationship between the study variables was performed by applying two tests, the test of independence of criteria or Chi square and Student t lest. After the analysis reached the following conclusions: The 60.9 percent of students in study had a level of information about contraception regularly followed by a level 31.3 per cent poor, and only 7.8 percent with good level. The 49.6 percent of students showed no risk of pregnancy followed by a 47 percent lower risk of pregnancy and 3.5 percent of high risk. Highly significant relationship exists between the level of information about contraception and pregnancy risk students.

**Key Words: Contraceptive methods, risk of pregnancy, a nursing student.**

---

<sup>1</sup> Bachelor of Nursing, School of Nursing - UNT.

<sup>2</sup> Bachelor of Nursing, School of Nursing - UNT.

<sup>3</sup> Assistant Professor of Nursing Department of Women and Child in the School of Nursing – UNT.

## INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud define al periodo adolescente como la etapa entre los 10 y 19 años de edad. Asimismo, considera el periodo que va desde los 10 a 14 años como adolescencia temprana y de 15 a 19 años como adolescencia tardía. Dicha organización delimita el periodo de juventud entre 15 y 25 años; por tanto, la primera fase de la adolescencia esta vinculada con el inicio de la pubertad, mientras que la otra fase esta vinculada con el inicio de la juventud (OMS, 2001).

La adolescencia es considerada una época de crisis como consecuencia de los intensos cambios biológicos, psicológicos y sociales que se llevan a cabo en la persona. El grado de ansiedad que experimente un adolescente durante este periodo depende no solo de cambios bio-psico-sociales, sino también de factores culturales, económicos y, sobre todo, de la historia personal de cada individuo. Si un adolescente proviene de una familia funcional, en la que ha recibido afecto, apoyo, comunicación, confianza, respeto, dispondrá de mayores medios para enfrentar este periodo con éxito, experimentando poca o ninguna ansiedad. Por el contrario, si proviene de una familia disfuncional, es probable que su ansiedad aumente y le dificulte atravesar exitosamente esta etapa (Monroy, 2002).

Los adolescentes en esta etapa de confusión y búsqueda son más vulnerables a exponerse a situaciones que los pongan en riesgo como



embarazo precoz, inicio de relaciones sexuales precoces, enfermedades de transmisión sexual. Los factores condicionantes asociados al embarazo en la adolescente, se ordenan en la dimensión biológica, psicológica, cultural, familiar y socio – económica; estas constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual, así tenemos menarquía en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, falta de comunicación con los padres, padres separados, madres solteras, antecedentes familiares de embarazo en adolescente, falta de educación sexual adecuada, uso de drogas y alcohol, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos (Galdó et al, 2008).

En España, la edad media de inicio de las relaciones sexuales se sitúa en los 16,5 años en el caso de los chicos y los 16,9 años en el caso de las chicas. Sin embargo, según constatan profesionales de la psicología infantil que los actuales tienden a iniciarse cada vez antes: se habla de los trece como una edad a tener en cuenta, tanto en niños como en niñas (Chavarría, 2007).

De acuerdo a la situación actual y las tendencias recientes de la fecundidad adolescente, casi en la totalidad de los países de América Latina y el Caribe, este problema ocupa el primer lugar, ya que no existe un patrón único de fecundidad; al contrario, se presenta una gran heterogeneidad, tanto entre países como en el interior de estos. Si se utiliza la tasa de

fecundidad adolescente como un indicador de los embarazos tempranos, se observa un primer grupo de países en los que sus valores son sustancialmente elevados (por encima de 11 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 -19 años), entre los que se encuentran las naciones centroamericanas, excepto Costa Rica, República Dominicana, Jamaica y Belice (Arango, 2007).

En el Perú el 90 por ciento de los adolescentes entre los 15 y 19 años son sexualmente activos y sin pareja estable, no utilizan métodos anticonceptivos y sólo el 6.4 por ciento elige usar métodos modernos como píldoras anticonceptivas, inyecciones y condones; precisándose que el 3.2 por ciento de esta población opta por métodos tradicionales como el método del ritmo (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2006).

Todos los métodos anticonceptivos regulan la fecundidad, pero difieren en sus características, nivel de efectividad y efectos secundarios. La función principal de estos métodos para regular la fecundidad no es "oponerse a la construcción de la familia", la función principal es facilitar el ejercicio de una sexualidad responsable, el cual, se considera un derecho sexual y reproductivo de hombres y mujeres (Romero, Lora, y Cañete, 2001).

Sin duda, la educación sexual es una herramienta básica para que los adolescentes conozcan y ejerzan su sexualidad saludablemente y sin

riesgos, dándoles además la posibilidad de defender sus derechos sexuales. Sin embargo aún se sigue pensando que si la escuela habla de sexo, los jóvenes se van a iniciar más precozmente y van a tener relaciones sexuales de manera desenfrenada; lo cual es radicalmente opuesto, ya que, cuanto mayor sea la información que se tenga de estos temas, más seguridad van a tener los adolescentes para elegir el momento de su iniciación sexual y podrán evitar consecuencias no deseadas como un embarazo (Escobar, 1998).

La información que se les brinda a los adolescentes debe ir acompañada de la educación que van recibiendo paulatinamente de la familia y otros agentes como los medios de comunicación social, la escuela, la iglesia y los servicios de salud. Cada uno de ellos actúa de diversos modos, con influencia de distinto grado y con diferentes niveles de profundidad en la formación de la personalidad. Para que la información tenga eficacia debe constituirse en formación, la cual permanece a nivel intelectual y la formación se inserta en la personalidad, manifestándose en la conducta (Della y Landoni, 2005).

Para que la información sexual pueda ser un agente aliado de la prevención, deberá formar parte de la permanente educación formativa y estructurante de la personalidad de cada individuo, ya que la información en sí misma no actúa en las estructuras psíquicas cognitivas, ni crea recursos, habilidades o mecanismos al servicio de la resolución de las diferentes

situaciones que la realidad permanentemente convoca al individuo a resolver. Por lo tanto, se debe enfrentar el reto de asumir la anticoncepción en ese grupo poblacional como una política en la que la educación sexual integral es un pilar fundamental y profundizar también en el conocimiento del arsenal anticonceptivo al alcance, así como en sus ventajas y desventajas de acuerdo con las características de las adolescentes (Della y Landoni, 2005).

En este sentido, deberemos pensar en cuáles serían las nuevas políticas, estrategias y recursos para que en materia de educación sexual cumpla con la formación sexual y no la mera información, constituyéndose en conocimientos significativos capaces de sumarse a la experiencia vital. Los adolescentes de hoy en día son precoces, promiscuos y tienen escasa valoración de los riesgos a los cuales están expuestos. Esto nos hace reflexionar sobre la necesidad de revisar los programas de instrucción y educación sexual, pues lamentablemente los conocimientos en esta esfera los están adquiriendo de forma distorsionada y a través de su propia práctica sexual y de modelos de educación informal y no sistemáticos (Della y Landoni, 2005).

En el Perú, la salud sexual y reproductiva solo puede ser efectivamente atendida por el Estado a través de políticas públicas que contemplen un marco de derechos humanos, en donde la maternidad voluntaria y saludable, la autonomía sexual y reproductiva, la decisión

informada de las mujeres y el acceso a servicios de calidad, entre otros, sean derechos garantizados, promovidos y protegidos por el Estado. Asimismo en los últimos años se han publicado en nuestro país diferentes estudios sobre el uso de métodos anticonceptivos, predominando los que seleccionan poblaciones clínicas, bien sea en centros de orientación familiar o en consultas de atención primaria (Ramos, 2007).

La elevada frecuencia de embarazos tempranos en las Naciones Centro Americanas, excepto Costa Rica, República Dominicana, Jamaica y Belice es parte de un patrón tradicional de uniones y relaciones sexuales iniciadas a temprana edad. En estos países las mujeres tienen sus hijos antes de los 15 años entre un 3 y 6 por ciento así mismo un 10 por ciento de estas mujeres no tiene escolaridad, lo que las expone a riesgo de muerte mucho mas altos tanto para ellas como para sus hijos (Arango, 2007).

Entre tanto, las razones que explican la consideración del embarazo adolescente como un problema social sería “ El aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente; la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres, los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aún deseosos de hacerlo”.

Precisamente se distinguen cuatro argumentos que se esgrimen con mayor frecuencia para definir el embarazo adolescente como problema (Arango, 2007).

En América Latina y el Caribe, un 90 por ciento o más de las adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, excepto Bolivia con un 74 por ciento, Guatemala con un 68 por ciento, y Paraguay con un 89 por ciento. Sin embargo, los porcentajes de uso son bajo. En el Salvador, de las mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual, solamente el 10 por ciento reportó haber usado anticonceptivos durante su primera relación sexual (Moya, 2002; Asociación Demográfica Salvadoreña, 2000).

Según el estudio sobre perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad donde se pretende describir las características del comportamiento sexual, su grado de conocimiento sobre anticoncepción, las variables que se relacionan con la utilización de anticonceptivos en la primera relación sexual y las que se asocian con el embarazo. Tuvo como resultados que la población adolescente que ha tenido relaciones sexuales no utilizó métodos anticonceptivos durante su primera relación, lo cual incrementa la posibilidad de embarazos (Encuesta Nacional De Salud, 2000).

En Colombia, una de cada cinco de las adolescentes de 17 años y una de cada tres de las de 19 años ha estado embarazada, y más del 50 por

ciento de los hijos de adolescentes son no deseados, según datos reportados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS 2000; situación que acarrea riesgos, no sólo para la adolescente sino también para el hijo, y en la mayoría de los casos, para el funcionamiento familiar (Arango, 2007).

En el Ecuador, el 20 por ciento de las adolescentes ha tenido por lo menos un embarazo. En Bolivia, el 14 por ciento de las adolescentes ya son madres o están gestando por primera vez (Sardán, 1998). En el Noreste Brasileño, el 17 por ciento de las adolescentes ha dado a luz alguna vez (Arango, 2007).

Los jóvenes y adolescentes constituyen alrededor del 30 por ciento de la población del Perú, promedio que es mayor en departamentos más pobres, distribuidas en tres regiones: 8.5 por ciento en la costa, 15 por ciento en la sierra y 1.7 por ciento en la selva ( Instituto Nacional de Estadística e Informática: INEI, 2000).

En la Encuesta Nacional de Hogares - 2009 del Instituto Nacional de Estadísticas (INEI) reporta para el periodo 2004-2006 que el 12,4 por ciento de adolescentes ya estaba alguna vez embarazada, mientras que para el año 2009 reporta un incremento en el porcentaje del embarazo del adolescente alcanzando un 13,4 por ciento (INEI, 2009).

Inicialmente, la problemática que se relaciona con el embarazo en los jóvenes se particulariza por: primero, conflictos familiares, violencia intrafamiliar, autoritarismo y de privación afectiva; segundo, ausencia de uno o ambos progenitores y en consecuencia de buenos modelos y pautas de crianza óptimas; tercero, los tabúes sociales frente al sexo, la baja escolaridad de los padres y la ineficiencia de la educación sexual en los colegios; y cuarto, en algunos tipos de personalidad, la sobreprotección agudiza la necesidad de independencia y autoafirmación, encontrando en la relación sexual e incluso en la conducta reproductiva, la validación de los jóvenes en su rol de adultos (Arango, 2007).

Por otra parte, también existen factores comunes: primero, la anticipación de la menarca y los cambios en los patrones sexuales premaritales, aumentando el período y riesgo de concepción, donde el desarrollo sexual influye. Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual (Arango, 2007).

En esta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como a la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Sin embargo, a partir de la década de 1960, la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado; segundo, la búsqueda, a través del embarazo, de formación de vínculos duraderos con la pareja y el poder expresar la rebeldía contra las figuras de autoridad; tercero, la actitud de inestabilidad, el carácter esporádico de las



relaciones y el miedo a los efectos secundarios de los anticonceptivos, son reforzados con la insuficiente formación sexual dada en las escuelas, haciendo que los jóvenes desconozcan las implicaciones sociales del embarazo, los métodos anticonceptivos existentes, las secuelas del aborto o los costos psicológicos de la adopción (Arango, 2007).

La adolescencia es una etapa de transición entre el niño y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se producen en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta (Comín, 2010).

Según la Organización Mundial de la Salud la adolescencia está comprendida entre los 10 a 19 años de edad la cual se clasifica en adolescencia inicial o temprana comprendida entre los 10 a 13 años. En esta etapa se da el aumento de estatura, de peso corporal, fuerza muscular y a su vez aparecen caracteres sexuales secundarios. En el caso de la mujer el primer signo del inicio de la pubertad es el desarrollo incipiente de las mamas, crecimiento de vello púbico. En el varón el primer cambio es el aumento del volumen testicular, el ligero arrugamiento de los escrotos y la aparición de vello púbico (Organización Mundial de la Salud, 2005; Papalía 2005).

La adolescencia intermedia comprendida entre los 14 a 16 años, se caracteriza en la mujer por que aparece la menarquía y en el varón se presenta las poluciones nocturnas; continúa el crecimiento del pene y la laringe lo cual ocasiona el cambio de voz característico de esta etapa. Los adolescentes en esta etapa sienten más preocupación por la apariencia y por aumentar el poder de atracción; a su vez aparecen manifestaciones egocéntricas y hay una búsqueda de su propia identidad apareciendo el pensamiento abstracto (Organización Mundial De La Salud, 2005).

La adolescencia tardía comprendida entre los 17 a 19 años. En esta etapa el adolescente alcanza las características de un adulto. Se logra un mejor control de los impulsos y los cambios emocionales son menos intensos. El adolescente logra establecer su identidad personal y social que pone fin a esta etapa (Papalía, 2005).

La juventud comienza a los 18 años aproximadamente hasta los 25 años donde darán comienzo a la edad de la adultez que es la más larga. Este periodo de cambio comprendido entre la adolescencia y la edad adulta se caracteriza por el aumento del impulso sexual, que en esta etapa se hace consciente, experimentando atracción física hacia el sexo opuesto. El joven o adolescente está sexualmente desarrollado, pero carece de la necesaria experiencia y la madurez emocional para tratar con equidad todos los problemas que caracterizan la vida adulta (Organización Panamericana de la Salud, 1995; Szasz, 2002).

En el ámbito de la sexualidad, en esta etapa se producen transformaciones que resultarán fundamentales en la configuración de la identidad sexual, así como en los procesos afectivos ligados a la sexualidad. Asimismo, en estas edades surge una novedad importante: aparece el deseo sexual, que más adelante se materializará en comportamientos sexuales (Arrillaga, 2009).

En una relación íntima entre un varón y una mujer; interviene tanto el cuerpo como la mente, pero hay enormes diferencias entre uno y otro sexo. El varón es más práctico, más objetivo y su orgasmo tiene origen predominantemente lo físico; en cambio la mujer es más idealista, sentimental y su orgasmo tiene origen fundamentalmente por cuestiones de enamoramiento (Cuauhtémoc, 1995).

Debido a ello, cuando se pretenda iniciar las relaciones sexuales, éstas deben ser responsables considerando todos los valores humanos necesarios para garantizar a las personas la posibilidad de disfrutar una vida sexual sana y satisfactoria, con la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia tener relaciones sexuales es decir gozar de una buena salud reproductiva. Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y el espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información

que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia (Szasz, 2002).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que la reproducción responsable es parte del desarrollo de un país y se basa en los derechos y deberes humanos y sociales. Incluye la planificación de la familia, la educación sexual, la maternidad sin riesgos, el control de enfermedades de transmisión sexual, las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo, la incorporación de la perspectiva de género y la atención de todas las necesidades relacionadas con la reproducción humana (Revista Panamericana de Salud Pública, 1998).

En la adolescencia la información sexual impartida en forma implícita constituye un pilar importante del desarrollo del adolescente. Muchas veces razones religiosas, sociales o culturales, lejos de ayudar a estos jóvenes a construir un concepto equilibrado de su sexualidad, constituye a crearle una imagen distorsionada. Los adultos se ven enfrentados a los requerimientos de los jóvenes con una información sexual no estructurada, ya sea por no haber recibido una educación formal al respecto, por su propia estructura moral y psicológica, o por pertenecer una generación en la que no se discutió el tema en forma amplia. Esta brecha generacional muchas veces no permite percibir la real situación en que se encuentran los jóvenes y dificulta aun más la comunicación (OPS, 1995).

La información que se imparte en forma clara, explícita y abierta, considerando a la sexualidad como un fenómeno vital brinda al adolescente la oportunidad de desarrollarla plenamente, donde sus opiniones y percepciones respecto de los papeles sexuales deben basarse en el respeto mutuo y examinarse dentro de un contexto social. Un papel importante juegan los profesionales de salud ya que es fundamental para la educación sexual. Es relevante que los profesionales de la salud estén dispuestos escuchar abiertamente a los jóvenes, y que al dirigirse a ellos como educadores lo hagan con un vocabulario comprensible (OPS, 1995).

Las prácticas sexuales desinformadas de los adolescentes pueden dar como resultado hechos que limiten sus posibilidades de desarrollo, poniéndolos en riesgo de embarazos precoces (Papalía, 2005).

Un factor de riesgo es cualquiera característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. Los factores de riesgo pueden, por lo tanto, ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Los factores de riesgo pueden ser: biológicos, ambientales, de comportamiento, relacionados con la atención a la salud, sociales-culturales y económicos (Hidalgo y Rasmussen, 2003).

Las actitudes, creencias y valores pueden determinar riesgos o aspectos protectores en la vida del adolescente, los comportamientos de riesgo son mayores en este grupo de población y lamentablemente se siguen incrementando, la información que se proporciona es la escuela a los jóvenes, no es suficiente para disminuir la prevalencia de conductas de riesgo para su salud, ya que no aprovechan en forma efectiva las actividades o programas relacionados con la educación sexual y/o salud reproductiva, debido a que la información que se les brinda es igual al de la comunidad y no a la característica propia de su etapa evolutiva. Asimismo, se debe tomar en cuenta que este grupo social a corto tiempo asumirá responsabilidades familiares, por lo que una atención adecuada a este nivel representará una labor preventiva (Valera et al, 1999).

Los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social. En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquía en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos (Baeza. y Póo, 2007).

En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad (Baeza y Póo, 2007).

El embarazo en la adolescente es multicausal; puede ser una respuesta sintomática a situaciones sociales, así como también una manifestación de las características evolutivas del adolescente ante determinadas condiciones de vida. Entre los principales factores de riesgo que se presentan en la adolescente y que favorecen el embarazo precoz o se asocian con él tenemos: Factores individuales: abandono escolar, dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima, poca confianza, falta de actitud preventiva, conducta antisocial, bajo nivel educativo; factores familiares: familia disfuncional y en crisis, madre y/o hermana con embarazo en la adolescencia, madre aislada y emocionalmente poco accesible, padre ausente; factores sociales: condición económica desfavorable, mitos y tabúes a cerca de sexualidad, marginación sexual, mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad en la familia, sociedad y medios masivos de comunicación, machismo como valor cultural (Magdaleno, 1995).

Los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad trayendo diversas consecuencias como lo es un embarazo. Este evento produce riesgos a nivel social como lo son familias con mayor número de hijos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos (Monzón, 2006).

El tema de embarazo en adolescentes es un motivo de gran preocupación para muchas personas en todo el mundo. Es por ello que se han llevado a cabo innumerables esfuerzos para educar a la población acerca de todo lo atinente al sexo y a los diferentes métodos de control de la natalidad (Pregnancy, 2009).

El embarazo, expresado demográficamente como tasa de fecundidad es un motivo de preocupación mundial, regional y nacional en muchos países debido a que supone un alto riesgo psicológico y de salud para la madre y su hijo. Que comprende el futuro socioeconómico de la madre es decir implica el abandono temprano de la escuela, empleo con bajas remuneraciones, parejas inestables: desde el punto de vista demográfico la madre adolescente tendrá en promedio un número mayor de hijos que las mujeres comunes a su etapa reproductiva (OPS, 1995).

La mayoría de los embarazos se presentan en jovencitas que no lo buscaban ni lo deseaban. Habitualmente la adolescentes no planean tener relaciones y, para no sentirse culpables, necesitan convencerse en que el



coito sucedió en forma espontánea e impredecible “la pasión del momento”. Para ambos sexos las características, psicológicas que facilitan la relación sexual sin protección incluye la impulsividad, el poder y la atracción a las creencias y tabúes que ordenan la regulación de la fecundidad. Se ha encontrado que las adolescentes embarazadas tienen poca habilidad de planificación en general, lo que les dificulta a prever las consecuencias de su comportamiento (OPS, 1995).

Todas las características mencionadas, y el poco conocimiento de los métodos anticonceptivos, así como de su uso, son los determinantes que hacen que los adolescentes no se protejan adecuadamente para evitar el embarazo. La mitad de los embarazos en este periodo de la vida tienen lugar a los seis meses del inicio de las relaciones sexuales, y el 20 por ciento durante el primer mes (OPS, 1995).

Las adolescentes toman ciertas actitudes frente a su embarazo ya que este se manifiesta en gran variedad de acuerdo con las influencias culturales o temperamentales de clases sociales. En la etapa de la adolescencia temprana se encuentra estrechamente ligada a su madre, incluso celos a los sentimientos que su hijo podía evocar en su madre, además no hay concepto de desarrollo en una vida individual, la maternidad provoca depresión y aislamiento y no hay lugar para el padre. El varón está ausente de sus planes. Consiguientemente, la etapa de la adolescencia media, presenta fantasía ambiental acerca de la maternidad; por momentos

idealizan el futuro; en otros se desesperan con las responsabilidades que se les avecinan y el varón es considerado importante como una esperanza en el futuro. En la etapa de la adolescencia tardía, los sentimientos maternos protectores y sensación de anticipación del hijo presentan búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero (Arango, 2007).

Cuando nos enfrentamos al embarazo adolescente, podemos advertir el sentimiento de poder que tienen los jóvenes, ya que ellos piensan que este tipo de cosas nunca les van a ocurrir. Por eso mismo, tampoco utilizan métodos anticonceptivos, y si lo hacen, lo hacen mal. En esto, además, incide el que la mayor parte de los embarazos son fruto de una actividad sexual esporádica, porque a los adolescentes les cuesta asumir un rol sexualmente activo, debido a que la misma sociedad no lo permite (Arango, 2007).

La escasa información que manejan los jóvenes, ya sea por la deficiencia que existe en los programas de educación sexual o porque los padres no se atreven a afrontar el tema, esto lleva a que los encuentros sean fortuitos, impensados y ocasionales. La mayoría de estos programas son poco participativos, no dan espacio para que los adolescentes pregunten o despejen sus dudas, y se enfocan principalmente al aspecto biológico. Sin embargo, existen múltiples experiencias que demuestran que proyectos bien estructurados, integrales y adecuados al grupo adolescente, evitan los

embarazos precoces y, lo más importante, retardan el inicio de la actividad sexual. Sin embargo, prevenir este problema en los adolescentes, inicialmente viene de casa ya que la responsabilidad que tienen los padres es importante (Arango, 2007).

La comunicación desempeña un papel vital para asegurar una elección informada en materia de planificación familiar ya que permite a las parejas y las personas ejercer libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y obtener la información y el medio necesario para hacerlo, asegurando que se ejerza sus acciones con conocimiento de causa y tenga a su disposición una gama de métodos seguros y eficaces (OPS, 1995).

Según el MINSA - Perú la planificación familiar es una acción prioritaria de la salud reproductiva, que asegura a hombres y a las mujeres la posibilidad de decidir de forma libre y responsable, el número de hijos que desean, así como cuando y con que frecuencia tenerlos. Pero para poder determinar el número y el espaciamiento de sus hijos de manera libre y responsable, las mujeres y los hombres necesitan poder elegir métodos anticonceptivos apropiados a sus necesidades (OPS, 1995).

La disponibilidad de métodos anticonceptivos altamente eficaces ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena. Sin embargo, no

todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento ni de acceso a ellos (Escobar, 1998).

Lo más importante de la anticoncepción es ser capaz de disfrutar el sexo sin quedar embarazada. Así que debe asegurarse de que el método anticonceptivo que elija no proporcione efectos negativos en su vida sexual y que use el más conveniente para su salud y su edad (Cerruti, 1992).

Los métodos naturales o conocimientos de la fertilidad son métodos basados en el ciclo menstrual. Se basan en el hecho de que el cuerpo fértil de una mujer revela cíclicamente signos sutiles y manifiestos de una fertilidad que pueden utilizarse tanto para ayudar a evitar como para planear la concepción, los tres métodos de planificación familiar, mucosidad calendario y temperatura basal del cuerpo son más eficaces cuando se utilizan en conjunto (OPS, 1995).

Moco Cervical consiste en reconocer el periodo fértil de la mujer a través de los cambios que experimenta el moco cervical durante el ciclo menstrual observando diariamente su cantidad y consistencia. La mujer debe reconocer en sus dedos la filancia del moco cervical (OMS, 2007).

Temperatura basal consiste en calcular los días de máxima fertilidad es recurrir a la temperatura. Inmediatamente antes de la ovulación, la temperatura basal del cuerpo en estado de reposo que tiene una mujer

cuando se despierta por la mañana baja ligeramente, luego de la ovulación, el cuerpo lúteo libera más progesterona, lo que hace que se eleve un poco la temperatura del cuerpo. Como estos cambios de temperatura son ligeros, debe utilizarse un termómetro graduado de lectura fácil. Se han desarrollado también termómetros electrónicos para medir la temperatura basal del cuerpo que indican con precisión los periodos de fertilidad del ciclo (OPS, 1995).

Método del calendario consiste en determinar el periodo fértil de la mujer a través del registro de al menos 6 ciclos menstruales consecutivos en un calendario, se debe anotar todos los meses el día que comienza la menstruación y calcular la duración de cada ciclo (OMS, 2007).

Coitus interruptus consiste en que el hombre retira el pene completamente de la vagina antes de eyacular. A consecuencia de ello, los espermatozoides no entran en la vagina y se impide la fertilización (OPS, 1995).

Los métodos de barrera, corresponden aquellos métodos que de manera mecánica obstruyen el paso de los espermatozoides o de manera química afectan la motilidad o vitalidad espermática evitando la fecundidad (OPS, 1995).

El diafragma es una copa de látex (caucho) en forma de domo que se introduce en la vagina antes del coito y cubre el cuello uterino. El diafragma impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor superior (útero y trompas de Falopio) y sirve de contenedor para el esperma (OMS, 2001).

Depo-Provera y Noristerat son los dos únicos anticonceptivos inyectables sólo de progestina (AISP). Estos son administrados cada 2 ó 3 meses, respectivamente. Los AISP funcionan espesando el moco cervical, cambiando el endometrio, reduciendo el transporte de los espermatozoides al tracto genital superior y suprimiendo la ovulación (OMS, 2007).

Al realizar la revisión bibliográfica sobre reportes de investigaciones que incluyen las variables en estudio, a Nivel Internacional se encontró que: Dois y Ribes (1993), en Chile realizaron el estudio titulado Relación entre grado de conocimiento uso de métodos anticonceptivos y ocurrencia de embarazo en adolescentes encontraron que el promedio de edad de la muestra al momento de embarazarse fue 14.3 años, el 85 por ciento de las adolescentes inició su actividad sexual entre los 13.5 y 14.9 años. Los métodos que las adolescentes mencionaron como forma de prevenir el embarazo fueron: preservativo 100 por ciento , hormonal oral 100 por ciento, dispositivo intrauterino 85 por ciento , hormonal inyectable 65 por ciento, naturales 60 por ciento , coito interrumpido 50 por ciento, espermicidas 15 por ciento , caseros 10 por ciento y diafragma 5 por ciento.

Menkes y Suarez (2000), en México realizaron el estudio titulado “Prácticas sexuales y reproductivas de las jóvenes mexicanas” encontraron que las adolescentes tenían, en general, menor conocimiento en relación con los métodos de anticoncepción, además de que se les dificultaba la obtención del método y el acceso a los servicios de salud resultando la existencia de tabúes, presiones sociales y de género que limitaban a las mujeres hacer uso de algún método anticonceptivos. Los métodos más conocidos fueron la pastilla y el condón, pero cerca del 20 por ciento ignoraban por completo su existencia y menos del 65 por ciento conocen los hormonales orales y el 55 por ciento habían oído hablar del condón.

Cleto, et al (2002), en Santo Domingo, República Dominicana realizaron el estudio titulado “Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en una población de estudiantes” encontraron que el método más conocido fue el preservativo con el 55.3 por ciento, seguido por las pastillas anticonceptivas con el 24 por ciento estando la mayoría de los estudiantes de acuerdo en que el preservativo constituye el método más efectivo. Se pudo observar que la edad más común de los que aceptaron responder la encuesta fue de 16-20 años con el 75 por ciento. El método anticonceptivo más usado fue el preservativo con el 89.3 por ciento superando a las pastillas anticonceptivas con el 10.7 por ciento.

Cáceres Y Echeverría (2009), en Argentina realizaron el estudio titulado nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos el 92 por

ciento conoce todos los métodos, pero solo el 55 por ciento indica su uso correctamente. Siendo las mujeres con mayores falencias de información. Respecto al DIU 80 por ciento pediría un estudio previo, pero solo el 36 por ciento conoce su mecanismo de acción y contraindicaciones. El 70 por ciento expresó necesidad de obtener más información sobre el tema.

Así mismo a Nivel Nacional se encontró que: Mamani (1995), realizó un estudio titulado Conocimientos y frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en alumnas del Instituto Superior Pedagógico de la Provincia de Tambopata - Madre de Dios, 1995 encontramos un 29 por ciento de alumnas con mal nivel de conocimientos en métodos anticonceptivos, y las 67 por ciento restantes tienen regular nivel en la dimensión investigada; sin embargo, un reducido 4 por ciento si poseen un buen nivel de conocimientos en dicha materia. En consecuencia, con un adecuado programa multisectorial es posible elevar el nivel de conocimientos en métodos anticonceptivos de las mencionadas alumnas, lo cual exige la participación consciente de la población en general y de sus autoridades.

Soto (2006), en la ciudad de Chiclayo realizó el estudio “Factores asociados al no uso del condón” realizado en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo”; afirma que el uso del condón no fue considerado, en la primera práctica sexual en un 56 por ciento de adolescentes; en tanto un 70,4 por ciento en las mujeres y en un 42 por ciento en los varones y a su vez se encontró que el 46.9 por ciento de las mujeres no había empleado el condón



en los últimos seis meses, siendo el uso más frecuente y consistente del condón en los varones.

Ramos (2007), en Perú realizó el proyecto “Ayudando a mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes rurales del Perú. 2006 – 2009”, encontró los siguientes datos: Entre las/os adolescentes que se habían iniciado sexualmente (39 por ciento del total), el 53 por ciento de los hombres y el 32 por ciento de las mujeres, se habían iniciado sexualmente antes de los 15 años. Asimismo, entre las y los adolescentes mayores de 14 años el 21 por ciento señaló que había sido contra su voluntad, el 79 por ciento restante señaló que fueron relaciones voluntarias indicando la curiosidad y el deseo como razones de la iniciación.

A Nivel de la Provincia La Libertad se encontró que: Moreno y Col (2000), en el Distrito de Trujillo en la Universidad Nacional de Trujillo – Facultad de Enfermería, realizaron una investigación titulada “Algunos factores protectores e inicio de relaciones sexuales en adolescentes”, encontrando que el 23.9 por ciento de los adolescentes han tenido prácticas sexuales; no encontrando relación significativa entre factores protectores y el inicio de prácticas sexuales.

Costa y Flores (2000), en el Distrito Las Delicias-Trujillo en su investigación titulada “Factores biosocioculturales y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil”, llegaron a la conclusión que las

mujeres entre las edades de 15-35 años con un adecuado nivel de información en un mayor porcentaje (84.7 por ciento) usan métodos anticonceptivos; en tanto no utilizan métodos anticonceptivos un 40.3 por ciento las mujeres con nivel de información inadecuado.

Córdova y Seminario (2000), en la investigación sobre el nivel de riesgo a embarazos en la adolescente y factores protectores Alto Moche, 2000, encontró que el 69.7 por ciento tuvieron bajo riesgo a embarazo y el 30.4 por ciento presento alto riesgo a embarazo.

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública. Es así que durante el transcurso de nuestra preparación profesional se han observado que compañeras de la facultad de enfermería han experimentado un embarazo, en los diferentes ciclos durante la formación profesional.

Lo que coincide con la problemática del país en lo concerniente a que los adolescentes inician tempranamente las prácticas sexuales sin tener una adecuada información sobre el uso de los métodos anticonceptivos y por ende no tienen una idea clara y/o precisa de como hacer un adecuado uso de ellos, dando como resultado el ejercicio de prácticas sexuales inseguras que traen como consecuencia un embarazo, lo cual preocupa, por ello decidimos realizar el presente estudio de investigación con el propósito de determinar el nivel de información sobre métodos anticonceptivos y el

riesgo de embarazo en los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Sede Valle Jequetepeque, Universidad Nacional de Trujillo , para elaborar propuestas educativas que mejoren el nivel de información sobre métodos anticonceptivos en las estudiantes universitarias, ya que como futuras profesionales de la salud tienen el compromiso de difundir la salud preventiva promocional, poniendo énfasis en brindar educación sexual, de manera que las adolescentes y jóvenes opten por una vida saludable, previniendo de esta manera embarazos precoces.

Para lo cual nos planteamos el siguiente problema de investigación:

**PROBLEMA:**

**¿Qué relación existe entre el nivel de información sobre métodos anticonceptivos y el riesgo de embarazo en las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Sede Valle Jequetepeque, Universidad Nacional de Trujillo. Guadalupe. 2010?**

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVOS GENERAL:**

- Determinar la relación entre el nivel de información sobre métodos anticonceptivos y el riesgo de embarazo en las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Sede Valle Jequetepeque de la Universidad Nacional de Trujillo, Guadalupe 2010.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar el nivel de información sobre métodos anticonceptivos en las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Sede Valle Jequetepeque de la Universidad Nacional de Trujillo, Guadalupe 2010.
- Determinar el riesgo de embarazo en las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Sede Valle Jequetepeque de la Universidad Nacional de Trujillo, Guadalupe 2010.

## **I. METODOLOGÍA**

### **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, correlacional. Se realizó en la Universidad Nacional de Trujillo – Sede Valle Jequetepeque, Guadalupe. Departamento La Libertad; durante los meses de enero a agosto 2010.

### **UNIVERSO MUESTRAL**

El universo estuvo constituido por las estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo – Sede Valle Jequetepeque, de la Facultad de Enfermería. El cual representan un total de 115 alumnas.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se tomo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Adolescentes y jóvenes estudiantes de sexo femenino de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Nacional de Trujillo – Sede Valle Jequetepeque.
- Estudiantes que deseen participar voluntariamente en la investigación.
- Estudiantes solteras o convivientes.
- Estudiantes que cursen ciclos de estudios: I, III, V, VII, IX.
- Estudiantes que estén matriculados y tengan asistencia regular al Centro de la Universidad Nacional de Trujillo– Sede Valle Jequetepeque.

## **UNIDAD DE ANÁLISIS**

La unidad de análisis del presente proyecto de investigación estuvo constituida por cada uno de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo – Sede Valle Jequetepeque.

## **INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos, se utilizó dos instrumentos tipo encuesta, anónimo, el que se detalla a continuación:

### **1) ENCUESTA DE NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (ENIMA): Anexo 1**

Dicho instrumento fue modificado por los autores del presente proyecto de investigación teniendo como base el instrumento de Castro y Castro (2009); el cual tiene fundamento teórico la referencia bibliográfica de la Organización Mundial de la Salud 2001 y 2005. El instrumento consta de 21 ítems, el cual incluye los siguientes aspectos:

- a) Datos personales:** Que incluyen variables como edad y ciclo.
- b) Nivel de información sobre métodos anticonceptivos:** El cual consta de 21 preguntas.

El puntaje de cada ítem **correcto**: Obtienen un valor de 1 puntos.

El puntaje de cada ítem **incorrecto**: Obtienen un valor de 0 puntos.

El puntaje total de la calificación es de 21 puntos y un puntaje mínimo de 0 puntos.

Bueno : 21 – 17 puntos.

Regular : 11 – 16 puntos.

Deficiente : 0 – 10 puntos.

## **2) ESCALA DE VALORACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DE EMBARAZO (EVNRE): Anexo 2**

Dicho instrumento fue elaborado por la Ms. Victoria García Casos, profesora auxiliar del Departamento Académico de la Mujer y el Niño de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo; y las autoras de la presente investigación, Br. Rosa Angela Diaz Esteves y Br. Rosa Anahi Diaz Esteves.

El instrumento consta de 21 ítems, cada uno de ellos tiene 3 alternativas para valorar el riesgo.

**Siempre:** donde los ítems 1, 2, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 19 y 21 obtienen un valor de 3 puntos. Y para los ítems, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 15, 17, 18 y 20 obtienen un valor de 1 punto.

**A veces:** donde los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21 obtienen un valor de 2 puntos.

**Nunca:** donde los ítems 1, 2, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 16. 19 y 21 obtienen un valor de 1 punto. Y para los ítems 3, 5, 6, 7, 9, 11, 15, 17, 18 y 20 obtienen un valor de 3 puntos.

El puntaje total de la calificación es de 63 puntos, estableciéndose el nivel de riesgo de la siguiente manera:

Sin riesgo : 50 - 63 puntos.

Riesgo Bajo : 36 - 49 puntos.

Riesgo Alto : 21 - 35 puntos.

## **CONTROL DE CALIDAD DE LOS INSTRUMENTOS**

### **PRUEBA PILOTO**

Los instrumentos, Encuesta de Nivel de Información sobre Métodos Anticonceptivos y Escala de Valoración a Riesgo de Embarazo fueron sometidos a una aplicación previa en 20 estudiantes universitarias de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo – Sede Valle Jequetepeque, Guadalupe 2010. La aplicación de esta prueba permitió evaluar la redacción de los ítems, comprensión y tiempo de aplicación del instrumento, proporcionando a la vez las bases necesarias para la prueba de confiabilidad y validez.



## VALIDEZ

Los instrumentos fueron validados mediante juicio de expertos, quienes dieron sugerencias para dar mayor claridad y especificidad a los instrumentos.

## CONFIABILIDAD

El análisis de la confiabilidad de los instrumentos se realizó a través de la prueba de Alpha de Crombach, obteniéndose:

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>Valor de Alpha de Crombach's</b>	<b>Número de Casos</b>	<b>Número de ítems</b>
Encuesta de Nivel de Información sobre Métodos Anticonceptivos	<b>0.65</b>	<b>20</b>	<b>21</b>
Escala de Valoración a Riesgo de Embarazo en estudiantes universitarias.	<b>0.75</b>	<b>20</b>	<b>21</b>

## PROCEDIMIENTO

- Para la ejecución del presente estudio se realizó la coordinación previa con el coordinador Universidad Nacional de Trujillo y/o hospitales, para obtener la información de las estudiantes asistentes regularmente. Posterior a la respuesta favorable a esta solicitud.
- Se realizó la captación de las estudiantes que forman parte de la muestra, según los criterios de inclusión antes mencionados. Se aplicó la encuesta en la Universidad Nacional de Trujillo, su domicilio.
- Se realizó en un tiempo de 30 minutos, empleando la técnica de la entrevista personal y se tuvo en cuenta los derechos de anonimato, libre participación y confidencialidad, en las diferentes instituciones educativas.
- Una vez concluido la aplicación del instrumento se verificó que todos los ítems estuvieran marcados, además se realizó aclaraciones a las preguntas que las adolescentes y jóvenes no comprendieron para asegurar una mejor respuesta.
- Una vez que terminó la entrevista se procedió a determinar la relación que existe entre el nivel de información sobre métodos anticonceptivos y el riesgo a embarazos en las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo.
- Luego de haber obtenidos los datos se procedió a realizar el informe.
- Se concluyó dejando el informe de tesis en la Facultad de Enfermería.

## TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información obtenida a través de los instrumentos descritos, fueron tabulados estadísticamente. Los resultados se presentan en tablas de una y doble entrada, de forma numérica y porcentual con sus respectivos gráficos. Para determinar la relación entre variables se realizó mediante la aplicación de dos pruebas, la no paramétrica de independencia de criterios o Chi cuadrado, considerándose significancias del 5% ( $p < 0.05$ ) y la prueba T Student, considerándose un nivel de significancia 0.05.

## ÉTICA DEL ESTUDIO

Se tuvo en cuenta los principios éticos de **anonimato**, es decir, no se publicarán los nombres de los encuestados; **confidencialidad**, es decir, la información será exclusivamente del manejo de las investigadoras con los investigados y **libre participación**, es decir, no se manipulará los intereses personales a favor de la investigación, sino que será de mutuo acuerdo, libre decisión y honestidad en la selección de la muestra para el presente estudio.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

### VARIABLE INDEPENDIENTE:

### NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

### DEFINICIÓN NOMINAL:

Noción y/o conocimientos que posee el adolescente y joven respecto a métodos anticonceptivos, clases de métodos anticonceptivos, beneficios y desventajas (Curso de Orientación Familiar, 1995).

### DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Nivel de información sobre métodos anticonceptivos es el puntaje que obtenga cada participante, considerando 3 categorías:

Bueno : 21 – 17 puntos.

Regular : 11 – 16 puntos.

Deficiente : 0 – 10 puntos.

**VARIABLE DEPENDIENTE:**

**RIESGO DE EMBARAZO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS.**

**DEFINICIÓN NOMINAL:**

Se define cualquier característica o circunstancia que asocia con el aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar expuesta a un daño o perjuicio (Hidalgo y Rasmussen, 2003).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Son las siguientes categorías donde se ubican las adolescentes con riesgo a embarazos, considerando tres categorías con puntajes respectivos:

Sin riesgo : 50 - 63 puntos.

Riesgo Bajo : 36 - 49 puntos.

Riesgo Alto : 21 - 35 puntos.

# **III. RESULTADOS**

**TABLA 1**

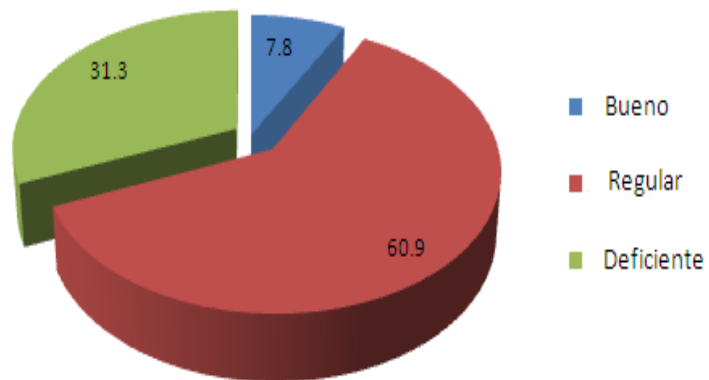
**NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. SEDE VALLE JEQUETEPEQUE. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO, 2010.**

<b>Nivel de Información sobre Métodos Anticonceptivos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Bueno	9	7.8
Regular	70	60.9
Deficiente	36	31.3
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>
<b>Fuente: ENIMA.</b>		<b>N= 115</b>

La tabla 1 muestra la distribución de estudiantes de enfermería según nivel de información sobre métodos anticonceptivos, observándose que el 60.9 por ciento presentaron nivel de información regular, el 31.3 por ciento alcanzó un nivel de información deficiente, y el 7.8 por ciento presentó nivel de información bueno.

GRAFICO 1

NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. SEDE VALLE JEQUETEPEQUE. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO, 2010.



Fuente: ENIMA.

N= 115



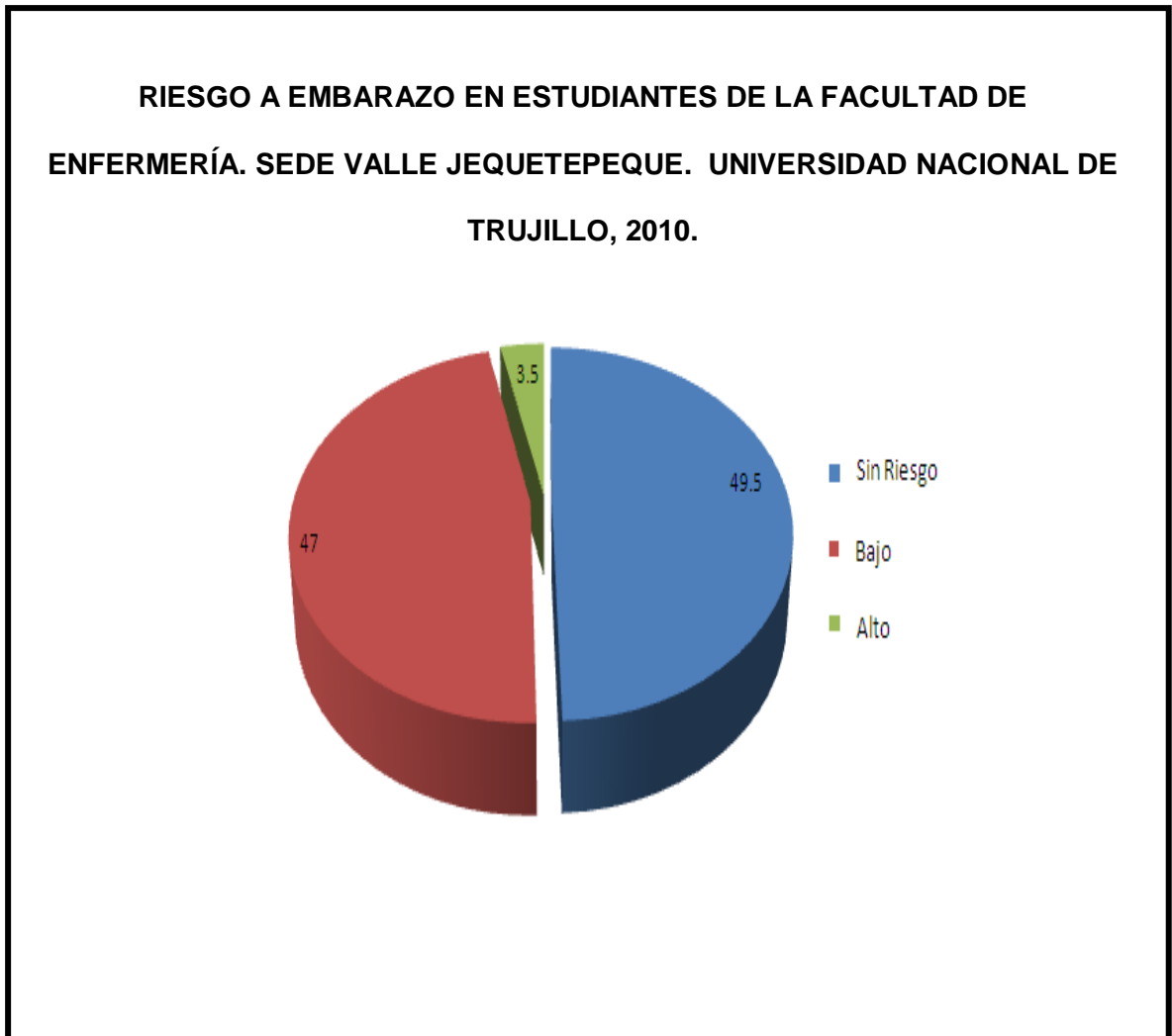
**TABLA 2**

**RIESGO A EMBARAZO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE  
ENFERMERÍA. SEDE VALLE JEQUETEPEQUE. UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
TRUJILLO, 2010.**

<b>Riesgo a Embarazo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Alto	4	3.5
Bajo	54	47.0
Sin riesgo	57	49.5
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>
<b>Fuente: EVNRE.</b>		<b>N= 115</b>

La tabla 2 muestra la distribución de estudiantes de enfermería según riesgo a embarazo, observándose que el 49.5 por ciento no presentaron riesgo a embarazo, el 47 por ciento presentó riesgo a embarazo bajo y el 3.5 por ciento presentó riesgo a embarazo alto.

**GRAFICO 2**



**Fuente: EVNRE.**

**N=115**

**TABLA 3 - A**

**NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO A EMBARAZO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. SEDE VALLE JEQUETEPEQUE. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO, 2010.**

Nivel de Información sobre Métodos Anticonceptivos	Riesgo a embarazo							
	Alto		Bajo		Sin riesgo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bueno	0	0	4	44.4	5	55.6	9	100.0
Regular	0	0	30	42.9	40	57.1	70	100.0
Deficiente	4	11.1	20	55.6	12	33.3	36	100.0
<b>TOTAL</b>	4	3.5	54	46.9	57	49.6	115	100.0

**FUENTE: ENIMA y EVNRE.**

**N=115**

**$X^2 = 12.389$**

**P= 0.002**

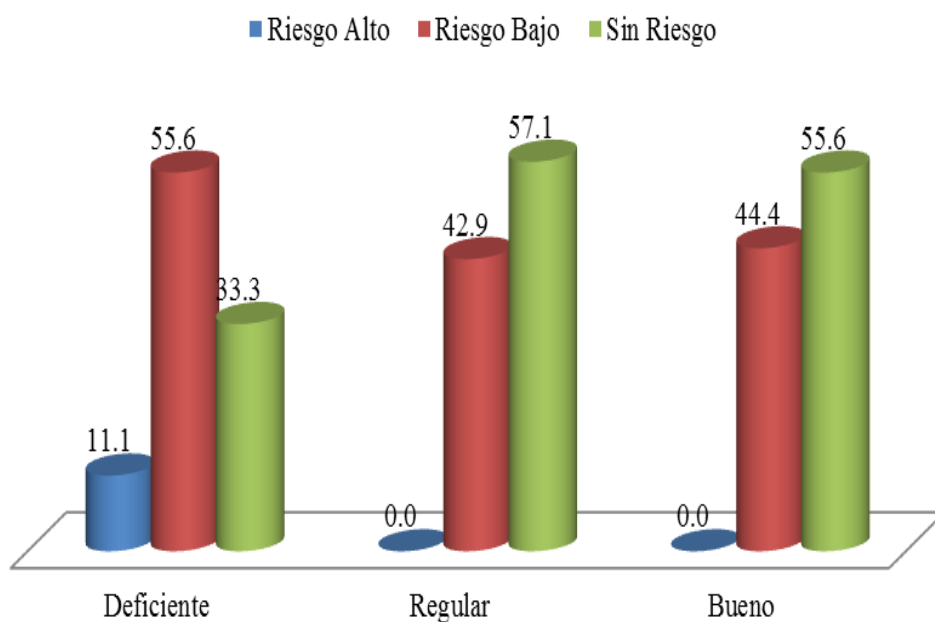
**p<0.05**

**A.S**

La tabla 3 - A muestra la distribución de estudiantes de enfermería según nivel de información sobre métodos anticonceptivos y riesgo a embarazo, observándose que las estudiantes que tienen un nivel de información bueno el 55.6 por ciento no presentó riesgo a embarazo; las estudiantes que tienen un nivel de información regular el 57.1 por ciento no presentó riesgo a embarazo y las estudiantes que tienen un nivel de información deficiente, el 55.6 por ciento presentó riesgo a embarazo bajo.

GRAFICO 3 - A

NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO A EMBARAZO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. SEDE VALLE JEQUETEPEQUE. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO, 2010.



FUENTE: ENIMA y EVNRE.

N=115

**TABLA 3 - B**

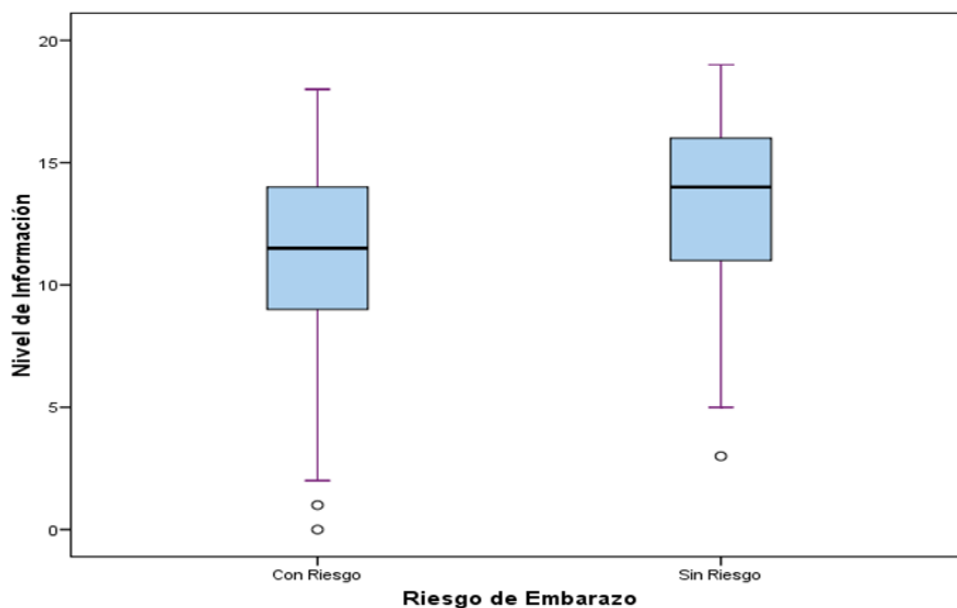
**PUNTAJE PROMEDIO EN NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO A EMBARAZO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. SEDE VALLE JEQUETEPEQUE. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO, 2010.**

Riesgo de Embarazo	Nº	Nivel de información	
		Promedio	Desv. Est
Con Riesgo	58	10.707	4.280
Sin Riesgo	57	13.228	3.290

**T = -3.537      gl = 113      P = 0.001      p < 0.05      A.S**

**GRAFICO 3 - B**

**PUNTAJE PROMEDIO EN NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO A EMBARAZO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. SEDE VALLE JEQUETEPEQUE. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO, 2010.**



#### IV. ANÁLISIS Y DISCUSION

En el periodo juvenil los cambios biológicos, sociales y psicológicos replantean la definición personal y social del ser humano a través de procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida, lo que conllevan ansiedad transicional y a vulnerabilidad (Krauskopf, 2006).

Los jóvenes tienen una exageración de optimismo con relación al control personal de los daños que pueden ocasionar sus conductas de riesgo, esto significa que se piensa que es más probable que le sucedan a otra persona que a uno mismo. Entre las conductas de riesgo más comunes tenemos; fumar cigarrillos, el consumo de bebidas alcohólicas y de drogas, violencia escolar, síntomas continuos de depresión, falta de ejercicio, relaciones coitales irresponsables (Calvi y Kornblit , 2007).

En relación a esta problemática, se reportan a continuación los resultados de la presente investigación nivel de información sobre métodos anticonceptivos y riesgo de embarazo.

Con respecto al nivel de información sobre métodos anticonceptivos en las estudiantes de enfermería en la **tabla 1, gráfico 1**, se encontró que el 60.9 por ciento de presentaron nivel de información regular, el 31.3 por ciento alcanzó un nivel de información deficiente, y el 7.8 por ciento

presentó nivel de información bueno. Por lo que encontramos una población mayoritariamente con nivel de información regular probablemente esto se debe a que las estudiantes no recibieron información de forma clara y abierta sobre salud reproductiva en los centros educativos, además de ello los padres dejan a la escuela la responsabilidad de educar a sus hijos sobre este tema, debido a que la sexualidad es aun un tabú entre padres e hijos.

Así mismo en la encuesta de nivel de información sobre métodos anticonceptivos que se aplicó en la investigación (**Anexo 3**) tuvo como resultado, que las estudiantes conocen más sobre métodos de barrera como el preservativo. No obstante, no alcanzan el mismo nivel de conocimiento respecto a otros, como el anticonceptivo de emergencia y diafragma.

La educación sexual es una herramienta básica para que los adolescentes conozcan y ejerzan su sexualidad saludablemente y sin riesgos, dándoles además la posibilidad de defender sus derechos sexuales. Sin embargo aún se sigue pensando que si en la escuela se habla de sexo, los jóvenes se van a iniciar más precozmente y van a tener relaciones sexuales de manera desenfrenada; lo cual es radicalmente opuesto, ya que, cuanto mayor sea la información que se tenga de estos temas, más seguridad van a tener los adolescentes para elegir el momento de su iniciación sexual y podrán evitar consecuencias no deseadas como un embarazo (Escobar, 1998).



Meacham (1998), afirma a través de una buena educación sexual los adolescentes podrán desarrollar el conocimiento y la confianza necesaria para tomar decisiones relacionadas con el comportamiento sexual, incluso la decisión de no tener relaciones sexuales hasta que estén preparados para ello.

Mamani (1995), realizó un estudio sobre Conocimientos y frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en alumnas del Instituto Superior Pedagógico de la provincia de Tambopata - Madre de Dios. Perú, quien encontró que el 29 por ciento de alumnas tuvo mal nivel de conocimiento en métodos anticonceptivos, el 67 por ciento tienen regular nivel en la dimensión investigada; sin embargo, un reducido 4 por ciento si poseen un buen nivel de conocimientos en dicha materia. Estos resultados son similares a los encontrados en la presente investigación.

Los resultados de la presente investigación difieren con la investigación realizada por Bahamonde (2004) sobre Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en los estudiantes con vida sexual activa del centro educativo nacional " Antenor Orrego Espinoza " en el distrito de san Juan de Lurigancho - Lima , quien encontró que la relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos no es estadísticamente significativa, obtuvo que el 58.3 por ciento tuvo un conocimiento de métodos anticonceptivos regular mientras que el grupo que presentaba un nivel de conocimientos 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 por ciento concluyendo que tener conocimientos acerca de métodos anticonceptivos no es un factor que asegure su uso correcto.

Así mismo Albornoz (2007), en su investigación “Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Lima”, encontró que el 23.3 por ciento tuvieron conocimiento bueno sobre los métodos anticonceptivos, el 55.0 por ciento alcanzó conocimiento medio, y el 21.7 por ciento tuvo conocimiento bajo. Estos resultados difieren a los encontrados en la presente investigación.

De igual manera Arteaga y Gómez (2005), en la investigación “Asociación entre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad El Bosque - Bogotá”, encontró que el 20.2 por ciento de los estudiantes demuestra un conocimiento deficiente, el 47.2 por ciento un conocimiento aceptable y el 32.4 por ciento un conocimiento insuficiente. Dichos resultados son diferentes a los encontrados en la presente investigación.

Respecto al nivel de riesgo a embarazo en las estudiantes de enfermería en la **tabla 2, gráfico 2**, se encontró que el 49.5 por ciento no presentaron riesgo a embarazo, el 47 por ciento presentó riesgo a embarazo bajo y el 3.5 por ciento presentó riesgo a embarazo alto. Estos resultados

evidencian que la mayoría de estudiantes de enfermería no presentaron riesgo a embarazo esto se debe probablemente a que en su formación profesional en los cursos de Enfermería en Salud del Escolar y Adolescente y Enfermería en Salud de la Mujer recibieron información sobre salud sexual y reproductiva, así mismo tienen estabilidad familiar, personalidad estable y autoestima alta.

Sin embargo hay un 47 por ciento y 3.5 por ciento con bajo y alto riesgo a embarazo respectivamente, probablemente se debe a falta de información sobre salud reproductiva, familias con un solo padre o madre, antecedentes de embarazo en su madre y hermanas, poca comunicación con los padres, influencia dentro del grupo de amigos o de la pareja para iniciar su vida sexual.

Córdova y Seminario (2000), realizaron un estudio sobre el nivel de riesgo a embarazo en la adolescente y factores protectores en Alto Moche, encontró que el 69.7 por ciento tuvieron bajo riesgo a embarazo y el 30.4 por ciento presento alto riesgo a embarazo, resultados que difieren con los encontrados en el presente estudio.

Así mismo con respecto al Riesgo a Embarazo en las estudiantes de Enfermería según Dimensiones Familiar, Personal y Social (**Anexo 4**), encontramos en la dimensión familiar un 51.3 por ciento presentan un bajo riesgo a embarazo y un 48.7 por ciento no presentan riesgo a embarazo; en

la dimensión personal un 62.6 por ciento presentan un bajo riesgo a embarazo, seguido de un 31.3 por ciento que no presentan riesgo a embarazo y un 6.1 por ciento tienen un riesgo alto y en la dimensión social un 86.9 por ciento presentan un bajo riesgo a embarazo, seguido de un 9.6 por ciento que no presentan riesgo a embarazo y un 3.5 tienen riesgo alto. Observándose que en la dimensión personal y social encontramos mayor porcentaje de riesgo a embarazo.

Magdaleno (1995), afirma que el embarazo en la adolescente es multicausal; puede ser una respuesta sintomática a situaciones sociales, así como también una manifestación de las características evolutivas del adolescente ante determinadas condiciones de vida. Entre los principales factores de riesgo que favorecen el embarazo precoz tenemos: Factores individuales: personalidad inestable, baja autoestima, falta de actitud preventiva, bajo nivel educativo; factores familiares: familia disfuncional y en crisis, madre y/o hermana con embarazo en la adolescencia; factores sociales: aceptación de los pares, mitos y tabúes a cerca de sexualidad, marginación sexual. Como podemos observar existen factores que aumentan las probabilidades de embarazo en la adolescente, por esta razón la educación es fundamental en esta etapa.

Del mismo modo con respecto a la “Escala de Valoración de Riesgo a Embarazo” (**Anexo 5**), se encontró que los ítems que tienen mayor riesgo son; antecedentes de embarazo en la madre, falta de orientación por parte

de los padres sobre salud reproductiva, falta de comunicación con los padres, libertad sin supervisión de los padres.

CEPAL (2005) afirma, que la familia tiene una enorme influencia sobre las conductas de las muchachas y es un canal principal para su formación y habilitación como sujetos responsables. Cuando las familias preparan adecuadamente a sus hijos es mucho más probable que las conductas sexuales sean con responsabilidad. En algunos casos esta responsabilidad puede llegar a que se postergue la primera relación sexual, mientras que en otros significa adoptar precauciones para evitar problemas de salud y embarazos no deseados. Sin embargo en el presente estudio encontramos en la dimensión familiar un 51.3 por ciento presentan un bajo riesgo a embarazo mientras un 48.7 por ciento no presentan riesgo a embarazo.

Alarcón y Coello (2007), en su investigación sobre factores que influyen en el embarazo en la adolescencia realizado en el Policlínico José Martí Pérez – Santiago de Cuba, concluyo que existe asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces entre estos factores menciona el no tener relaciones adecuadas con los padres, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción. Resultados que se asemejan con los encontrados en la presente investigación ya que cuando se aplico la escala sobre valoración de Riesgo a Embarazo (**Anexo 5**) a las jóvenes

universitarias en la dimensión familiar un 13 por ciento no recibe orientación sobre relaciones sexuales y embarazo por parte de los padres lo que conlleva a aumentar el riesgo a embarazo precoz.

Son funciones de los padres con hijos adolescentes; brindar orientación, la que debe incluir discusión con amplitud sobre temas sexuales; mantener vigilancia, la que se traduce en interesarse por la vida de sus hijos porque ellos presenten motivaciones sexuales consientes o inconsciente que representan un riesgo de embarazo (Maddaleno, 1995).

García (1997), afirma que un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura y por consiguiente a un embarazo, pues una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y a demás puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo que le permite huir de un hogar patológico. Se han descrito como factores familiares de riesgo: inestabilidad familiar; el embarazo adolescente de una hermana; madre con historia de embarazo adolescente. La presente investigación coincide con el aspecto conceptual del autor ya que cuando se aplico la escala sobre valoración de Riesgo a Embarazo **(Anexo 5)** a las jóvenes universitarias en la dimensión familiar un 63.5 por ciento respondió que su madre se embarazo cuando era adolescente.

Tandazo Y Castillo (2008), en la investigación sobre “Descripción del conocimiento sobre métodos anticonceptivos y prevalencia de embarazo en las adolescentes de los colegios de la parroquia Malacatos. Periodo 2008-2009 en Ecuador”, concluyo que se evidencia una relación directa entre el embarazo y la frecuencia de los problemas familiares, el divorcio de los padres, seguido del desconocimiento y el uso correcto de los métodos anticonceptivos. Resultados que se asemejan con los encontrados en la presente investigación ya que cuando se aplico la escala sobre valoración de Riesgo a Embarazo (**Anexo 5**) a las jóvenes universitarias en la dimensión familiar un 68.6 por ciento respondió tener conflictos con sus padres.

La influencia de los pares según las investigaciones en psicología social ha demostrado la importancia del grupo sobre el comportamiento de sus miembros y la forma como las personas tienden a adaptarse a las normas sociales (Urberg y Pilgrim, 1997).

La necesidad de ser aceptados en el grupo de amigos se convierte en una de sus más fuertes motivaciones. El intercambio de las nuevas vivencias emocionales los hace sentirse comprendidos y aceptados en un grupo donde el aprendizaje es permanente. Por eso resulta de vital importancia para los adultos conocer las características del grupo, las de sus líderes, sus normas y valores, ya que van a ejercer una influencia decisiva en el adolescente, que con seguridad las hará suyas (Núñez y Gonzales, 2001).

Así mismo Echevarría y Rodríguez (2006), en su investigación sobre factores de riesgo a embarazo precoz en las adolescentes de la comunidad de “ La Carucieña” en Venezuela, concluyo que el 92 por ciento de las adolescentes entrevistadas coincidió en que las presiones del grupo de amigos a tener sexo y desconocimiento de los métodos anticonceptivos tienen gran importancia en la posibilidad de quedar embarazadas. Resultados que difieren con los encontrados en la presente investigación ya que cuando se aplico la escala sobre valoración de Riesgo a Embarazo (**Anexo 5**) a las jóvenes universitarias en la dimensión social un 5.2 por ciento respondió haber tenido presión por el grupo de amigos a iniciar la relación coital.

Con respecto al nivel de información de métodos anticonceptivos y el riesgo a embarazo en las estudiantes de enfermería en la **tabla 3, gráfico 3**, se encontró que cuando el nivel de información es bueno un 55.6 por ciento no presentan riesgo a embarazo y el 44.4 por ciento tienen riesgo a embarazo bajo; de las estudiantes con un nivel de información regular el 57.1 por ciento no presentan riesgo a embarazo y el 42.9 por ciento tienen riesgo a embarazo bajo; de las estudiantes con un nivel de información deficiente el 55.6 por ciento tienen riesgo a embarazo bajo, seguido de el 33.3 por ciento no presentan riesgo a embarazo y el 11.1 por ciento tienen riesgo a embarazo alto. La prueba estadística de independencia de criterios ( $X^2$ ) y la prueba T Student evidencian que existe relación altamente significativa entre las variables de estudio.



Los resultados de la presente investigación no pueden ser comparados con otros estudios debido a que no se han encontrado reportes de trabajos de investigación relacionados con las 2 variables en estudio. Sin embargo Leal y Medel (2006) en la investigación sobre influencia de la educación sexual en adolescentes embarazadas del sector salud de segundo nivel en la ciudad de Chihuahua – México, encontró que la información que tenga el adolescente sobre métodos anticonceptivos y su uso, no garantiza la ausencia de embarazo.

Educación sexual es el proceso educativo vinculado estrechamente a la formación integral de los niños y los jóvenes que les aporta elementos de esclarecimiento y reflexión para favorecer el desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad, que puedan reconocer, identificarse y aceptarse como seres sexuales, sin temores, angustias, ni sentimientos de culpa, para que favorezcan las relaciones interpersonales y la capacidad de amar, destacando el valor del componente afectivo para el ser humano y para proporcionar la vida en pareja y la armonía familiar (Marhler, 1995).

Sin duda, la información sexual es uno de los aspectos de la educación sexual, pero es necesario remarcar que también incluye la formación de actitudes hacia lo sexual. Dichas actitudes tienen como base el sistema de valores, ideales, normas, pautas e ideologías que sobre la sexualidad tiene la cultura en la que el sujeto vive. La información permanece en el nivel intelectual y la formación se inserta en la

personalidad, manifestándose en la conducta. Para que esto suceda, la información tiene que motivar a los sujetos para que puedan trasladarla a sus propias vivencias, compararla con sus conocimientos previos y relacionarla con hechos actuales. La información debe producir conflictos y estar acorde con sus intereses, de manera que no permanezca sólo en el plano intelectual sino también afectivo, convirtiéndose en formación, constitutiva de la personalidad (OMS, 2005).

El riesgo de embarazo en la adolescencia es mayor cuando mas temprano sea el inicio de la actividad sexual, así mismo cuanto menor sea el grado de información que el adolescente posea sobre la manera de prevenirlo y cuando mas tensa y conflictiva sea la convivencia en el ambiente familiar (Salas, 2004).

La actividad sexual a una edad precoz, combinada con una utilización inadecuada o ausente de métodos anticonceptivos, contribuye a que existan tasas de embarazos precoces desproporcionadamente elevadas (Behrman y Kliegman, 2004).

La información deficiente y/o errónea en cuanto a los aspectos referentes a los métodos anticonceptivos y a las practicas sexuales son algunas de las causas que trae consigo que las adolescentes inicien precozmente practicas sexuales, poniéndolos en riesgo a embarazo (Papalia, 2005).

## V. CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio de investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El 60.9 por ciento de estudiantes de enfermería tienen un nivel de información sobre métodos anticonceptivos regular, el 31.3 por ciento tienen nivel de información deficiente y el 7.8 por ciento tiene nivel de información bueno.
2. El 49.6 por ciento de estudiantes de enfermería no presentaron riesgo a embarazo, el 47 por ciento presentaron riesgo a embarazo bajo y el 3.5 por ciento presentaron riesgo a embarazo alto.
3. Existe relación estadística altamente significativa entre nivel de información sobre métodos anticonceptivos y el riesgo a embarazo en las estudiantes de enfermería.

## VI. RECOMENDACIONES

Luego de realizado el presente estudio de investigación, se ha creído conveniente brindar las siguientes recomendaciones:

1. Motivar a los profesionales de enfermería a realizar investigaciones de tipo cualitativo en relación con las variables estudiadas en el presente trabajo de investigación.
2. Que los establecimientos de salud realicen talleres sobre salud sexual y reproductiva para los adolescentes y jóvenes con la finalidad de brindar educación sexual, de manera que opten por una vida saludable, previniendo embarazos precoces.
3. Incluir dentro de la currícula de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, seminarios sobre salud reproductiva en la etapa de la adolescencia, así mismo talleres sobre factores protectores y de riesgo en el adolescente.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALARCÓN, A, Y COELLO, J. (2007). “Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia”. Santiago de Cuba.

Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25\\_1-2\\_09/enf071\\_209.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf071_209.htm).

Accesado: 10/2010.

ALBORNOZ, I. (2007). “Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de Enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Lima”.

ARANGO, S. (2007). Actitud frente al embarazo de adolescente. Brasil.

Disponible en:

<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=419>.

Accesado: 04/2010.

ARRILLAGA, A. (2009). Adolescentes y sida “Plan de Prevención y control del SIDA” Osakidetza - Servicio Vasco de Salud Donostia San Sebastián.

Disponible en:

[http://www.pfizer.es/salud/tu\\_salud/nino\\_adolescente/adolescentes\\_sida.html](http://www.pfizer.es/salud/tu_salud/nino_adolescente/adolescentes_sida.html)

Accesado: 02/2010.

ARTEAGA, M. Y GOMEZ, N. (2005). Asociación entre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería y medicina matriculados en la Universidad El Bosque - Bogotá.

Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=483481&indexSearch=ID>

Accesado: 08/2010.

ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA SALVADOREÑA (2000). Encuesta Nacional de Salud Familiar: FESAL-98: Informe Final. San Salvador. El Salvador.

Disponible en:

<http://www.fesal.org.sv/1998/espanol/default.htm>

Accesado: 04/2010.

BAEZA, A. Y PÓO, A. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la Novena región en Chile. REV CHIL OBSTET GINECOL 2007.

Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n2/art02.pdf>

Accesado: 07/2010.

BAHAMONDE, D (2004). "Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en los estudiantes con vida sexual". San Juan de Lurigancho – Lima.

Disponible en:

<http://www.slideshare.net/guestab953d/proyecto-de-tesis-jackelin>

Accesado: 08/2010.

BEHRMAN, R. Y KLIEGMAN, H. (2004). "Nelson: tratado de pediatría" 17<sup>a</sup> ed. Ed. MMIV. España.

CALVI, G. y KORNBLIT, A. (2007). "Juventud y vida cotidiana". Ed. Biblos. Buenos Aires.

CÁCERES, G. Y ECHEVERRÍA, M. (2009). "Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos como futuros profesionales de la salud en estudiantes del último año de medicina".

Disponible en:

[http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista192/2\\_192.pdf](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista192/2_192.pdf).

Accesado: 04/ 2010.

CARBAJAL, A. (2006). Adolescentes multigestas: aspectos socioculturales. Lima. INEI.

CASTRO, C. Y CASTRO, D. (2009). Nivel de información sobre métodos anticonceptivos y prácticas sexuales en adolescentes del LENM Antonio Torres Araujo. Distrito de Trujillo. 2009. Tesis para optar al grado de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo.

CAUTHEMOC, S. (1995). Juventud en Estaxis. Ed. Selectas diamantes S.A. de C.V. México.

CERRUTI, S. (1992). "Sexualidad Humana". Aspecto para desarrollar docencia en educación sexual. 4<sup>a</sup>. ed. Ed. PALTEX. Montevideo, Uruguay.

CURSO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR (1995). "Sexualidad" Ed. Océano S.A. Barcelona-España Vol.3.

COMIN, E. (2010). Educar a un hijo adolescente. España.

Disponible en:

<http://www.santiago.org/opinion.php?id=47>.

Accesado: 01/2010.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA, (2005). "Reproducción en la adolescencia: en el caso chile y sus implicancias políticas". Ed. Naciones unidas – CEPAL.

Disponible en:

<http://www.cepal.org>

Accesado: 08/2010.

CÓRDOVA, R. Y SEMINARIO, E. (2000). Nivel de riesgo de embarazo en la adolescente y factores protectores alto moche, 2000. Tesis para optar al grado de Licenciada en Enfermería. Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo.

COSTA, K. Y FLORES, S. (2000). Factores Biosocioculturales y el Uso de Métodos Anticonceptivos en Mujeres de Edad Fértil- Las Delicias-Trujillo.



Tesis para optar al grado de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo.

CHAVARRIA, M. (2007). Inicio de Relaciones Sexuales. España.

Disponible en:

<http://www.sindicat.net/n.php?n=6727>.

Accesado: 01/2010.

CLETO, M. Y MOTA, C. (2002). Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en una población de estudiantes. Santo Domingo, República Dominicana.

Disponible en:

<http://bvsdo.intec.edu.do:8080/revistas/rmd/2002/63/01/RMD-2002-63-01-017-018.pdf>

Accesado: 08/2010.

DELLA, M. Y LANDONI, A. (2005). Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años escolarizadas de la ciudad de Buenos Aires.

Disponible en:

<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia>.

Accesado: 05/2010.

DOIS, A. Y RIBES, M. (1993). Relación entre grado de conocimiento uso de métodos anticonceptivos y ocurrencia de embarazo en adolescentes primigestas. Santiago de Chile.

Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=140877&indexSearch=ID>.

Accesado: 04/2010.

ECHEVARRÍA, R. RODRÍGUEZ, K. (2006). Factores de riesgo para embarazo precoz en las adolescentes de la comunidad de “La Carucieña”. Venezuela.

Disponible en:

<http://www.docstoc.com/docs/20552891/factores-de-riesgo-para-embarazo-precoz-en-las-adolescentes>

Accesado: 08/2010.

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (2006).

Disponible en:

<http://peru.campusvirtualsp.org/node/70>.

Accesado: 08/2010.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (2000). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años.

Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v47n3/a04v47n3.pdf>

Accesado: 06/2010.

ESCOBAR, R. (1998). Conocimiento y uso de Métodos Anticonceptivos por la Población Femenina de una zona de salud.

Disponible en:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S113557271998000600008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S113557271998000600008&script=sci_arttext&tlng=en).

Accesado: 01/2010.

GALDÓ, M.; REDONDO, F. Y GARCÍA, F. (2008). “Atención al adolescente”. Ed. Santander. España.

GARCÍA, J. (1997). “Manual de atención y consejería para adolescentes”.

Disponible en:

[http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full\\_text/gineco\\_obstetricia/Planificaci%F3n%20familiar.PDF](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Planificaci%F3n%20familiar.PDF)

Accesado: 10/2010.

GONZÁLEZ, A. (2001). “La sexualidad del adolescente”. Revista Sexología y Sociedad. Ed. Pueblo y Educación. Cuba.

HIDALGO, A. Y RASMUSSEN, B. (2003). Departamento de Enfermería para la Atención, Desarrollo y Preservación de la Salud Comunitaria. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. México.

Disponible en:

[http://www.adolesc.org.mx/bol\\_riesgo/antecedentes.htm](http://www.adolesc.org.mx/bol_riesgo/antecedentes.htm)

Accesado: 06/2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. 2000.

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2000. Lima: INEI.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. 2009.

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2009. Lima: INEI.

KRAUSKOPF, D. (2006). Conductas de riesgo y juventud. Chile

Disponible en:

<http://educaydesarrollo.blogspot.com/2006/12/conductas-de-riesgo-y-juventud.html>

Accesado: 09/2010.

LEAL, M. Y MEDEL, B. (2006). Influencia de la educación sexual en adolescentes embarazadas del sector salud de segundo nivel en la ciudad de Chihuahua – México.

Disponible en:

[http://www.uach.mx/extencion\\_y\\_difusion/synthesis/2008/05/12/influencia.pdf](http://www.uach.mx/extencion_y_difusion/synthesis/2008/05/12/influencia.pdf)

Accesado: 08/2010.

MAGDALENO, M. (1995). La salud del adolescente y del joven. Publicación Científica N° 552. OPS Washington E. U. A.

MAMANI, L. (1995). Conocimientos y frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en alumnas del instituto superior pedagógico de la provincia de Tambo pata - Madre de Dios.

Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=192116&indexSearch=ID>

Accesado: 02/2010.

MARHLER, H. (1995). "Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar"

Disponible en:

[http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full\\_text/gineco\\_obstetricia/Planificaci%F3n%20familiar.PDF](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Planificaci%F3n%20familiar.PDF)

Accesado: 10/2010.

MEACHAM, D. (1998). "Sexualidad y salud reproductiva del adolescente: El desafío del 2000."

MENKES, C. y SUÁREZ, L. (2000). "Prácticas sexuales y reproductivas de las jóvenes mexicanas" (Toluca, México, Ponencia presentada en el Coloquio de los Jóvenes Ante el Siglo XXI).

Disponible en:

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/suarez.rtf>

Accesado: 08/2010.

MONROY, A. (2002). "Salud y sensualidad en la adolescencia y juventud". Ed. Pax. México.

MONZÓN, L. (2006). Riesgos En El Embarazo Adolescente. México.

Disponible en:

[http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4\\_153.htm](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm)

Accesado: 01/2010.

MORENO Y COL (2000). Algunos Factores Protectores e Inicio de Relaciones Sexuales en Adolescentes. Tesis para Obtener el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo.

MOYA, C. (2002). La salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y el Caribe en Washington.

Disponible en:

[http://www.advocatesforyouth.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=447&Itemid=177](http://www.advocatesforyouth.org/index.php?option=com_content&task=view&id=447&Itemid=177) .

Accesado: 04/2010.

NÚÑEZ DE VILLAVICENCIO, F. (2001). Psicología y salud. Ed. ECIMED. Cuba.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). "Salud y desarrollo del niño y del adolescente".

Disponible en:

[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/child_adolescent_health/es/).

Accesado: 08/2010

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de métodos anticonceptivos.

Disponible en:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562843.pdf>.

Accesado: 09/2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2007). Campus Virtual planificación familiar un manual para proveedores.

Disponible en:

<http://www.scribd.com/doc/2197459/Manual-OMS-Planificacion-Familiar>

Accesado: 01/2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1995). "La salud del adolescente y joven". Publicación científica N° 552. Washington.

PAPALIA, D. (2005). Psicología del Desarrollo. 9<sup>a</sup> ed. Ed. Mc. Graw Hill. Interamericana. Buenos Aires.

PREGNANCY (2009). Estadísticas Sobre Embarazos Adolescentes. Estados Unidos.

Disponible en:

[http://espanol.pregnancyinfo.net/estadisticas\\_de\\_embarazos\\_adolescentes.html](http://espanol.pregnancyinfo.net/estadisticas_de_embarazos_adolescentes.html)

Accesado: 01/2010.

RAMOS, M. (2007), Programa Educativo “Derechos Sexuales Y Reproductivos”

Disponible en:

<http://www.manuela.org.pe>.

Accesado: 02/2010.

REVISTA PANAMERICANA SALUD PUBLICA (1998). “La Salud Reproductiva: Parte Integrante Del Desarrollo Humano” vol.4n.3 Washington.

Disponible en:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020498919980009000](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020498919980009000)

15

Accesado: 09/2010.

ROMERO, R.; LORA, M. Y CAÑETE, R. (2001). Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. Atención Primaria. Córdoba, España.

Disponible en:

<http://centauro.cmq.edu.mx/dav/libela/pdfS/sexualid/08010807.pdf>.

Accesado: 01/2010.

SALAS, C. (2004). “Educación para la salud”. 2ª ed. Ed. Pearson. México.



SOTO, V. (2006). Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo, Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Disponible en:

<http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/v67n2/pdf/a08v67n2.pdf>.

Accesado: 08/2010.

SZASZ, I (2002). Contrapunto De La Salud Reproductiva Derecho A Ser Mujer. México.

Disponible en:

<http://www.tierramerica.org/mujer/contrapunto.shtml>

Accesado: 06/2010.

TANDAZO, S. Y CASTILLO, R. (2008). “Descripción del conocimiento sobre métodos anticonceptivos y prevalencia de embarazo en las adolescentes de los colegios de la parroquia Malacatos. Periodo 2008-2009 en Ecuador”.

Disponible en:

<http://repositorio.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3364/1/613X357.pdf>

Accesado: 09/2010.

URBERG, K.; DEGIRMENCIOGLU, S. Y PILGRIM, C. (1997). Close Friend and Group Influence on Adolescent Cigarette Smoking and Alcohol Use. *Developmental Psychology*.

VALERA, O.; BECERRIL, M.; PALOMINO, G. Y REATEGUI, N. (1999).  
Conocimiento, Actitudes Y Práctica De Métodos Anticonceptivos En  
Adolescentes Y Aplicación De Un Programa Correctivo. Chile.

Disponible en:

<http://www.congreso.gob.pe/comisiones/1999/ciencia/cd/UNSM/unsm46/unsm46.htm>.

Accesado: 04/2010.

# VIII. ANEXOS

## ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL NIÑO

### NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

#### I.- DATOS PERSONALES:

- EDAD:.....
- CICLO:.....

Autores: Castro y Castro 2009

Modificado: Diaz y Diaz 2010

#### INSTRUCCIONES:

Alumna (S) la presente encuesta es personal, anónima y los resultados serán manejados en forma confidencial. Te agradecemos responder con sinceridad, marcando con una "X" en el casillero la respuesta que creas la correcta e incorrecta.

	SI	NO
1. Los métodos químicos u hormonales son aquellos métodos anticonceptivos que se basan en medicamentos para interrumpir el proceso de concepción a un nivel hormonal.		
2. El condón masculino es la única medida anticonceptiva que ofrece protección del embarazo e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.		
3. Se puede utilizar dos condones masculinos al mismo tiempo sin riesgo a que se rompan.		
4. El condón masculino es efectivo del 85% al 98%.		
5. Una de las ventajas del el condón femenino es que no hace falta una erección para mantener el condón en su lugar.		
6. El condón femenino reduce el estímulo de la pareja masculina.		

7. La píldora aumenta la mucosidad cervical y de esta manera es más difícil que los espermatozoides entren al ovulo.		
8. Las primeras 21 píldoras tienen una combinación de las hormonas sintéticas estrógeno y progesterona, las últimas 7 son de descanso.		
9. La píldora protege contra el cáncer del útero y ovarios.		
10. La píldora aumenta el riesgo de un ataque al corazón o embolia.		
11. La píldora del día siguiente previene del contagio de enfermedades de transmisión sexual.		
12. El diafragma es un método para el control de la natalidad con una efectividad del 82% al 94%.		
13. El diafragma se puede insertar hasta 2 horas antes del coito.		
14. El diafragma aumenta el riesgo de infecciones de la vejiga.		
15. Si se usa diafragma hay que utilizar además crema espermicida.		
16. El diafragma solo es adecuado para mujeres casadas		
17. El coito interruptus es un método anticonceptivo eficaz.		
18. Los días seguros" tienen lugar 2 días después de la ovulación y continúan hasta su próximo período.		
19. "El mejor momento para que una mujer quede embarazada es durante la menstruación"		
20. Si la mujer se lava la vagina después de hacer el amor no se quedará embarazada.		
21. Si la mujer orina inmediatamente después del acto sexual no quedará embarazada.		



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL NIÑO

**NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

**I.- DATOS PERSONALES:**

- EDAD:.....
- CICLO:.....

**Autores: Castro y Castro 2009**

**Modificado: Diaz y Diaz 2010**

**INSTRUCCIONES:**

**Alumna (S) la presente encuesta es personal, anónima y los resultados serán manejados en forma confidencial. Te agradecemos responder con sinceridad, marcando con una "X" en el casillero la respuesta que creas la correcta e incorrecta.**

	SI	NO
1. Los métodos químicos u hormonales son aquellos métodos anticonceptivos que se basan en medicamentos para interrumpir el proceso de concepción a un nivel hormonal.	1	0
2. El condón masculino es la única medida anticonceptiva que ofrece protección del embarazo e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.	1	0
3. Se puede utilizar dos condones masculinos al mismo tiempo sin riesgo a que se rompan.	0	1
4. El condón masculino es efectivo del 85% al 98%.	1	0
5. Una de las ventajas del el condón femenino es que no hace falta una erección para mantener el condón en su lugar.	1	0
6. El condón femenino reduce el estímulo de la pareja masculina.	0	1
7. La píldora aumenta la mucosidad cervical y de esta manera es más difícil que los espermatozoides entren al ovulo.	1	0

8. Las primeras 21 píldoras tienen una combinación de las hormonas sintéticas estrógeno y progesterona, las últimas 7 son de descanso.	1	0
9. La píldora protege contra el cáncer del útero y ovarios.	1	0
10. La píldora aumenta el riesgo de un ataque al corazón o embolia.	1	0
11. La píldora del día siguiente previene del contagio de enfermedades de transmisión sexual.	0	1
12. El diafragma es un método para el control de la natalidad con una efectividad del 82% al 94%.	1	0
13. El diafragma se puede insertar hasta 2 horas antes del coito.	1	0
14. El diafragma aumenta el riesgo de infecciones de la vejiga.	1	0
15. Si se usa diafragma hay que utilizar además crema espermicida.	1	0
16. El "coitus interruptus" consiste en sacar el pene de la vagina de la pareja antes de la eyaculación.	1	0
17. El coito interruptus es un método anticonceptivo eficaz.	0	1
18. Los días seguros" tienen lugar 2 días después de la ovulación y continúan hasta su próximo período.	0	1
19. "El mejor momento para que una mujer quede embarazada es durante la menstruación"	0	1
20. Si la mujer se lava la vagina después de hacer el amor no se quedará embarazada.	0	1
21. Si la mujer orina inmediatamente después del acto sexual no quedará embarazada	0	1

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL NIÑO

**ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO A EMBARAZO EN ESTUDIANTES**

**UNIVERSITARIAS**

**Autoras: García, 2010.**

**Díaz y Díaz 2010.**

**INSTRUCCIONES:** La siguiente escala es personal y anónima, tiene el propósito de valorar el nivel de riesgo de embarazos en adolescentes y jóvenes. A continuación se le formulará algunas preguntas. Se le pide que responda con la mayor sinceridad posible escribiendo en el espacio en blanco y marcando con X en Siempre, A veces, Nunca.

**Siempre (S) A veces (AV) Nunca (N)**

**DATOS GENERALES:**

Edad: \_\_\_\_\_

Ciclo: \_\_\_\_\_

<b>RIESGO DE EMBARAZO</b>	<b>S</b>	<b>Av</b>	<b>N</b>
<b>DIMENSIÓN FAMILIAR</b>			
1. Vives con ambos padres.			
2. Recibes afecto de tus padres.			
3. Existe conflictos con tus padres.			
4. Mantienes comunicación frecuente con tus padres.			
5. Tu madre se embarazo cuando era adolescente.			



6. Existe conflictos entre tus padres y hermanos.			
7. Tienes libertad sin supervisión por parte de tus padres.			
8. Recibes orientación de tus padres sobre relaciones sexuales y embarazo.			
9. Tus padres no te permiten ir a reuniones con tus amigos.			
10. Tus padres conocen a tus amigos.			
<b>DIMENSIÓN PERSONAL</b>			
11. Te sientes triste.			
12. Te sientes feliz de ser adolescente o joven.			
13. Confías en tu pareja.			
14. Confías en tus amigos.			
15. Sientes curiosidad al sexo.			
16. Te proteges cuando tienes relaciones sexuales.			
17. Existió presión de tu pareja para tener relaciones sexuales.			
18. Recibes orientación por parte de profesionales de la salud sobre métodos anticonceptivos.			
<b>DIMENSIÓN SOCIAL</b>			
19. Existen conflictos con tus amigos.			
20. Recibes información de tus amigos sobre métodos anticonceptivos.			
21. Tienes presión por parte de tu grupo de amigos para iniciar relación sexual coital.			



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL NIÑO

**ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO A EMBARAZO EN ESTUDIANTES**

**UNIVERSITARIAS**

**Autoras: García, 2010.**

**Díaz y Díaz 2010.**

**INSTRUCCIONES:** La siguiente escala es personal y anónima, tiene el propósito de valorar el nivel de riesgo de embarazos en adolescentes y jóvenes. A continuación se le formulará algunas preguntas. Se le pide que responda con la mayor sinceridad posible escribiendo en el espacio en blanco y marcando con X en Siempre, A veces, Nunca.

**Siempre (S) A veces (AV) Nunca (N)**

**DATOS GENERALES:**

Edad: \_\_\_\_\_

Ciclo: \_\_\_\_\_

<b>RIESGO DE EMBARAZO</b>	<b>S</b>	<b>Av</b>	<b>N</b>
<b>DIMENSIÓN FAMILIAR</b>			
1. Vives con ambos padres.	3	2	1
2. Recibes afecto de tus padres.	3	2	1
3. Existe conflictos con tus padres.	1	2	3
4. Mantienes comunicación frecuente con tus padres.	3	2	1
5. Tu madre se embarazo cuando era adolescente.	1	2	3

6. Existe conflictos entre tus padres y hermanos.	1	2	3
7. Tienes libertad sin supervisión por parte de tus padres.	1	2	3
8. Recibes orientación de tus padres sobre relaciones sexuales y embarazo.	3	2	1
9. Tus padres no te permiten ir a reuniones con tus amigos.	1	2	3
10. Tus padres conocen a tus amigos.	3	2	1
<b>DIMENSIÓN PERSONAL</b>			
11. Te sientes triste.	1	2	3
12. Te sientes feliz de ser adolescente o joven.	3	2	1
13. Confías en tu pareja.	3	2	1
14. Confías en tus amigos.	3	2	1
15. Sientes curiosidad al sexo.	1	2	3
16. Te proteges cuando tienes relaciones sexuales.	3	2	1
17. Existió presión de tu pareja para tener relaciones sexuales.	1	2	3
18. Recibes orientación por parte de profesionales de la salud sobre métodos anticonceptivos.	3	2	1
<b>DIMENSIÓN SOCIAL</b>			
19. Existen conflictos con tus amigos.	1	2	3
20. Recibes información de tus amigos sobre métodos anticonceptivos.	3	2	1
21. Tienes presión por parte de tu grupo de amigos para iniciar relación sexual coital.	1	2	3

### ANEXO 3

“Encuesta de Nivel de Información sobre Métodos Anticonceptivos” y porcentajes en función a respuesta “Correcta” y “Incorrecta”

Ítems	Correcto		Incorrecto	
	Nº	%	Nº	%
1.	93	80.1 %	22	19.1 %
2.	58	50.4 %	57	49.6 %
3.	74	64.3 %	41	35.7 %
4.	74	64.3 %	41	35.7 %
5.	62	53.9 %	53	46.1 %
6.	52	45.2 %	63	54.3 %
7.	79	68.7 %	36	31.3 %
8.	72	62.6 %	43	37.4 %
9.	22	19.1 %	93	80.9 %
10.	57	49.6 %	58	50.4 %
11.	104	90.4 %	11	9.6 %
12.	58	50.4 %	57	49.6 %
13.	37	32.2%	78	67.8 %
14.	53	46.1 %	62	53.4 %
15.	44	38.3 %	71	61.7 %
16.	25	21.7 %	90	78.3 %
17.	75	65.2 %	40	34.8 %
18. .	71	61.7 %	44	38.3 %
19.	99	86.1 %	16	13.9 %
20.	93	80.9 %	22	19.1 %
21.	88	76.5 %	27	23.5 %

**FUENTE: ENIMA.**

**N=115**

#### ANEXO 4

Riesgo a embarazo en las estudiantes de enfermería según Dimensiones Familiar, Personal y Social.

RIESGO DE EMBARAZO	DIMENSIÓN FAMILIAR		DIMENSIÓN PERSONAL		DIMENSIÓN SOCIAL	
	N	%	N	%	N	%
RIESGO ALTO	0	0	7	6.1	4	3.5
RIESGO BAJO	59	51.3	72	62.6	100	86.9
SIN RIESGO	56	48.7	36	31.3	11	9.6

FUENTE: EVNRE.

N=115

## ANEXO 5

“Escala de Valoración de Riesgo a Embarazo” y porcentajes de respuestas según las categorías “Siempre, A Veces y Nunca”

RIESGO DE EMBARAZO	S		Av		N	
	N	%	N	%	N	%
<b>DIMENSIÓN FAMILIAR</b>						
1.	86	74.8	17	14.8	12	10.4
2.	86	74.8	28	24.3	1	0.9
3.	4	3.4	75	65.2	36	31.3
4.	78	67.8	37	32.2	0	0
5.	70	63.5	0	0	42	36.5
6.	8	7	58	50.4	49	42.6
7.	25	21.7	46	40	44	38.3
8.	46	40	54	47	15	13
9.	24	20.9	62	53.9	29	25.2
10.	60	52.2	45	39.1	10	8.7
<b>DIMENSIÓN PERSONAL</b>						
11.	4	3.4	84	73.1	27	23.5

12.	89	77.4	21	18.3	5	4.3
13.	38	33	57	49.6	20	17.4
14.	33	28.7	75	65.2	7	6.1
15.	24	20.9	76	66.1	15	13
16.	49	42.6	40	34.8	26	22.6
17.	11	9.6	12	10.4	92	80
18.	51	44.3	51	44.3	13	11.3
<b>DIMENSIÓN SOCIAL</b>						
19.	2	1.7	77	67	36	31.3
20.	24	20.9	76	66.1	15	13
21.	6	5.2	2	1.7	107	93

FUENTE: EVNRE.

N=115

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL NIÑO**  
**PRUEBA t DE STUDENT**

**a) Hipótesis:**

Ho: No existe diferencia

Ha: Existe diferencia

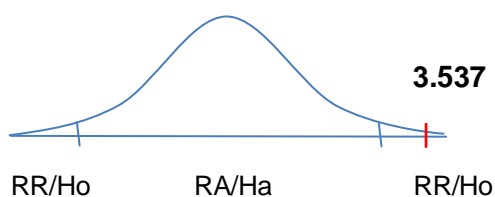
**b) Nivel de Significancia:**

$\alpha = 0.05$ ; para una valor tabular T con  $(n_1+n_2-2)$ gl

**c) Estadística de Prueba:**

$$T_0 = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\left(\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}\right)\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}} = 3.537$$

**d) Delimitación de Región de Aceptación y Rechazo:**



**e) Decisión:**

Si  $T_0$  pertenece a RA/Ho se acepta Ho



## CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

Yo, Janet Julia Chunga Medina, profesora auxiliar a tiempo completo del Departamento Académico de la Mujer y el Niño de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo; mediante el presente certifico haber asesorado a las Bachilleres de la Facultad de Enfermería: Diaz Esteves Rosa Angela y Diaz Esteves Rosa Anahi, en su informe de tesis que lleva por titulo. **INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO DE EMBARAZO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA. VALLE JEQUETEPEQUE. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO. 2010.**

Se expide el presente documento a solicitud de las interesadas, para los fines que estime conveniente.

---

Ms Janet Julia Chunga Medina

Código N°4853