

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE MEDICINA



“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE  
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA PARTICULAR. AREQUIPA-2022”

Tesis presentada por el Bachiller:  
Gonzales Condori, Miguel Angel

Para optar el Título Profesional de:  
Médico Cirujano

Asesora:  
MED. Cala Rodriguez Yenny Del Pilar  
Especialidad: Medicina Familiar

AREQUIPA – PERÚ

2022

DEDICATORIA:

A mis padres Vicky y Mario, quienes me apoyaron siempre.

A mis abuelitos, quienes me brindaron todo su cariño.

A mis hermanos, Luis Miguel, José Manuel y Daniel, por su apoyo.

A mis tíos y primos, por su compañía y su comprensión.

Y a todas esas personas quienes me acompañaron en estos  
últimos 7 años.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgen María, por cuidarme durante toda mi vida.

A la Doctora Yenny Cala, por apoyarme en esta última etapa de  
mi carrera.

A la Doctora Zeida Caceres, por el tiempo dedicado y su apoyo.

Al Doctor Juan Manuel Coaquira, por el apoyo que me dio  
cuando tuve problemas.

A mis amigos de la promoción, por los momentos felices que  
tuvimos en cada rotación y en el internado.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT .....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO I.....	9
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	9
CAPITULO II.....	28
MÉTODOS.....	28
CAPITULO III.....	31
RESULTADO .....	31
CAPITULO IV .....	35
DISCUSIÓN .....	35
CAPITULO V .....	40
CONCLUSIÓN .....	40
RECOMENDACIONES .....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
ANEXO 1 .....	44
ANEXO 2.....	45
ANEXO 3.....	52
ANEXO 4.....	54
ANEXO 5.....	54
ANEXO 6.....	54

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y la actitud sobre planificación familiar en adolescentes de una Institución Educativa Particular Arequipa-2022

**Materiales y Métodos:** Es un estudio observacional, prospectivo y transversal. Para la recolección de datos se realizó una encuesta. Se recolectó la información de 228 adolescentes de una institución educativa particular mediante la ficha de recolección de datos y los instrumentos que miden el nivel de conocimiento y la actitud hacia la planificación familiar. El instrumento fue validado por juicio de expertos en otro estudio por Torres. Se realizó un análisis estadístico, se presentan medidas de frecuencias y porcentajes, además se utilizó Chi cuadrado para determinar la relación entre variables.

**Resultados:** Se encontró que, el 66.7% son menores de 18 años y el 33.3% tienen 18 años o más. Con respecto al sexo, el 51.3% son mujeres y el 48.7% son varones. En cuanto al estado civil, todos son solteros, el 80.3% no tienen pareja y el 19.7% tienen pareja. En cuanto a conocimientos, se encontró que el 32% tienen un nivel Medio-Bajo y el 68% tienen un nivel alto; con respecto a la actitud, se encontró que el 36% es indiferente-desfavorable y el 64% es favorable. En la relación entre nivel de conocimientos y la actitud hacia la planificación familiar, se halló una relación estadísticamente significativa ( $X^2:27.55, P:0.00$ ).

**Conclusión:** Se concluye que la mayoría de los adolescentes presenta un nivel alto de conocimientos y una actitud favorable, además se demostró la asociación entre el nivel de conocimiento y la actitud con respecto a la planificación familiar.

Palabras Clave: Adolescente, Planificación familiar, conocimiento, actitud, métodos anticonceptivos.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relationship between the level of knowledge and attitude about family planning among adolescents in a private educational institution.

**Materials and methods:** This is an observational, prospective, cross-sectional study. A survey was conducted for data collection. Information was collected from 228 adolescents from a private educational institution by means of a data collection form and instruments that measure the level of knowledge and attitude towards family planning. The instrument was validated by expert judgment in another study by Torres. A statistical analysis was performed, frequency and percentage measures are presented, and Chi-square was used to determine the relationship between variables.

**Results:** It was found that 66.7% were under 18 years of age and 33.3% were 18 years of age or older. Regarding sex, 51.3% were female and 48.7% were male. Regarding marital status, all are single, 80.3% do not have a partner and 19.7% have a partner. Regarding knowledge, 32% were found to have a medium-low level and 68% had a high level; with respect to attitude, 36% were found to be indifferent-unfavorable and 64% favorable. In the relationship between level of knowledge and attitude towards family planning, a statistically significant relationship was found ( $\chi^2:27.55, P:0.00$ ).

**Conclusion:** It is concluded that most of the adolescents present a high level of knowledge and a favorable attitude, in addition, the association between the level of knowledge and attitude regarding family planning was demonstrated.

**Keywords:** Adolescent, Family planning, knowledge, attitude, contraceptive methods.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa un periodo en el desarrollo físico, psicológico y social; muchos de los estándares conductuales, hábitos, conocimientos y actitudes frente a la vida se establecen en este lapso de tiempo. Por lo que están expuestos a riesgos que limiten este desarrollo, estos incluyen el embarazo adolescente, adicción a sustancias, infecciones de transmisión sexual y el aborto.

Para la OMS, el embarazo adolescente representa un problema en la salud pública, esto debido a las repercusiones biopsicosociales que recaen sobre la madre y del hijo (1). Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo, los bebés de madres adolescentes presentan un riesgo superior a morir que los nacidos de madres de 20 a 24 años. (2)

En nuestro país, a pesar de una considerable disminución del embarazo adolescente durante el 2020, aún existe una gran brecha entre el embarazo adolescente entre zonas rurales y urbanas, esto demuestra la vulnerabilidad a la que se encuentra la mujer adolescente de las zonas más alejadas. Los factores que predisponen el embarazo adolescente son un nivel educativo y socioeconómico bajo, abandono escolar, disfunción familiar y barreras que impiden a la adolescente acceder a una educación sexual de calidad y métodos anticonceptivos. (3)

El embarazo adolescente genera vulnerabilidad en los adolescentes, repercute en el desarrollo personal, familiar y social. Los adolescentes presentan dificultades para culminar sus estudios, limita los planes para la vida, pocas oportunidades de trabajo y afecta la economía de la familia. Esto afecta económicamente al país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz. (2,3)

Por ello, siendo consciente de nuestra realidad, se realiza esta investigación cuyo resultado nos brindaría información válida para conocer el contexto actual sobre el nivel conocimiento y actitudes sobre planificación familiar en los adolescentes y jóvenes estudiantes. Permitirá plantear estrategias para prevenir embarazos no deseados y/o infecciones de transmisión sexual. Además, este estudio pretende despertar el interés y conocer sobre los métodos anticonceptivos. También servirá como precedente de futuras investigaciones.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y la actitud sobre planificación familiar en adolescentes de una Institución Educativa Particular. Arequipa-2022?

## HIPÓTESIS

Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre planificación familiar en adolescentes de una Institución Educativa Particular.

## OBJETIVOS

### ➤ Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y la actitud sobre planificación familiar en adolescentes de una Institución Educativa Particular Arequipa-2022

### ➤ Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de conocimientos sobre planificación familiar en adolescentes de una Institución Educativa Particular Arequipa-2022.
- Determinar la actitud sobre planificación familiar en adolescentes de una Institución Educativa Particular. Arequipa-2022.
- Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y la actitud sobre planificación familiar en adolescentes de una Institución Educativa Particular. Arequipa-2022

## **CAPITULO I FUNDAMENTO TEÓRICO**

### **I. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1. EMBARAZO ADOLESCENTE**

Según la OMS, “Unos 16 millones de muchachas de 15 a19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos”. “Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a19 años en todo el mundo”. (2)

El embarazo en la adolescente es reconocido como uno de los problemas más relevantes dentro del contexto de Salud Materna; según el último censo, en nuestro país las mujeres de 15-19 años con hijos alcanzó 122 mil 144, lo que representa el 10% del total de mujeres de este grupo de edad. (4)

En la mayoría de las adolescentes embarazadas, no se planeó ni se deseó un embarazo, y son probablemente de comunidades pobres, poco instruidas y alejadas de la ciudad. En otros países, algunas muchachas no reciben educación sexual, se sienten cohibidas o avergonzadas al momento de solicitar un método anticonceptivo. Todo ello aumenta la probabilidad de un embarazo adolescente. (2)

El embarazo adolescente trae consigo una serie de consecuencias, tanto para la madre como para el hijo. En países de bajos a medianos ingresos, las madres de 20 años tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones y morir, a comparación de las mujeres de 20 a 29 años. Además, el recién nacido tiene alta probabilidad de nacer con bajo peso y otros efectos a largo plazo. Muchas adolescentes se ven obligadas a dejar la escuela, por lo que tendrá menores aptitudes y oportunidades laborales. (2)

#### **2. MORTALIDAD EN ADOLESCENTES**

Según el boletín epidemiológico del 2018, la proporción de adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, aumentó hasta un 6.9% en el 2015. El inicio temprano de las relaciones sexuales es más frecuente en la selva, mujeres sin educación y en quintil inferior de riqueza. (5)

La mortalidad materna simboliza un problema a la salud pública, trae consigo consecuencias para la familia, comunidad y sociedad.

Durante el 2017, se registraron 337 muertes maternas, de las cuales el 15.9% son adolescentes menores de 19 años y el 8% son adolescentes de 11 a 17 años. Los departamentos con mayor porcentaje de muertes maternas menores de 19 años son Loreto, Piura, Lima, Huancavelica, La Libertad y Amazonas; siendo Amazonas y Huancavelica los departamentos que superan el promedio nacional. (5)

La muerte materna, se produjo en el 48.3% durante el puerperio y el 48.3% durante el embarazo.

Dentro de las principales causas de muerte materna indirecta en las adolescentes, están las lesiones autoinflingidas y envenenamientos. Mientras que las causas más frecuentes de muerte materna directas en adolescentes, son las hemorragias, los trastornos hipertensivos y el aborto. (5)

### 3. INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES

Durante el periodo del 2000 al 2021, el 68% de los pacientes infectados con VIH (Virus de Inmuno-deficiencia Humana), pertenecen al grupo de poblacional entre 20 a 39 años. Los casos de SIDA (Síndrome de Inmuno-Deficiencia Humana), entre el 2000 al 2021, el 63% pertenecen al grupo de 20 a 39 años. (6)

La razón anual de Hombres : Mujeres en pacientes infectados con VIH en el año 2020, fue de 3 : 1, es decir que, por cada 3 hombres infectados con VIH hay una mujer infectada. (6)

La vía de transmisión más frecuente es la vía sexual con un 98.39%, seguido de la vía madre - niño con un 1.38% y la vía parenteral con un 0.23%. (6)

El VIH, pertenece a la familia de los Lentivirus, se clasifica en dos tipos: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es el principal causante de la pandemia mundial de SIDA, el VIH-2 también puede producir SIDA. Las cepas del VIH-1 se clasifican en 3 principales grupos, estos son, el grupo M (principal), el grupo N y el grupo O. (7)

Es indispensable realizar pruebas de laboratorio para realizar el diagnóstico de infección por VIH, dado que no presenta alguna manifestación clínicamente específica. Se considera como paciente con infección por VIH, aquella que tenga los siguientes supuestos: (8)

A. Dos pruebas rápidas de detección de anticuerpos para VIH (de tercera generación), con resultados reactivos. (8)

B. Una prueba rápida de detección de anticuerpos para VIH (de tercera generación), una prueba rápida de detección de anticuerpos y antígeno para VIH (de cuarta generación), con resultados reactivos.

C. Una prueba rápida para VIH (de tercera o de cuarta generación) y un ELISA para VIH con resultados reactivos. (8)

D. Una prueba rápida para VIH (de tercera o de cuarta generación) con resultado reactivo y una prueba confirmatoria (Carga viral, Inmunofluorescencia indirecta o Inmunoblot) positiva. (8)

Para el tratamiento, el TAR o terapia antiretroviral debe realizarse dentro del plazo más corto posible, en todo paciente infectado con VIH, sin importar su estadio clínico, carga viral y número de linfocitos T CD4. (9)

El esquema de primera línea consta de Dolutegravir 50 mg + Lamivudina 300 mg + Tenofovir 300 mg, una tableta combinada cada 24 horas. (9)

## **II. Planificación Familiar**

A. Definición: Según el MINSA, es el conjunto de acciones, intervenciones y procedimientos dirigidas a mujeres y hombres, que se encuentran en edad fértil; estas actividades son la educación, la información, consejería o la orientación; además del suministro y prescripción de métodos anticonceptivos, para que las parejas puedan tomar una decisión de forma responsable y libre de presión, acerca de tener o no hijos, así como la cantidad. (10)

B. Epidemiología: Según OMS en el 2019, existió 1 900 millones de mujeres en edad fértil en el mundo. De ellas, 1 112 millones necesitan planificación familiar. De las cuales, 842 millones hacen uso de algún método anticonceptivo, y se tuvo 270 millones mujeres con necesidades desatendidas con respecto a métodos de anticoncepción. (11)

C. Promoción de la salud reproductiva y sexual: Se trata de promover el desarrollo de las capacidades propias de la persona, que faciliten el control sobre su salud sexual y reproductiva. (10)

D. Prevención de las enfermedades ligadas a la salud reproductiva y sexual, tales como:

- Prevención de neoplasias ginecológicas.
- Prevención de la violencia relacionada al género.
- Detección de infecciones de transmisión sexual. (10)

#### E. Orientación/consejería

- La consejería y orientación debe ser ofrecido a todo individuo interesado en distanciar, restringir o retrasar su fecundidad.
- Se debe proveer de información a las personas que quieran esclarecer sus incertidumbres sobre los métodos anticonceptivos y sus características, eficacia, mecanismos de acción, beneficios, efectos adversos, signos de alarma y contraindicaciones. (10)
- Se debe tener mayor énfasis en la eficacia, seguridad y permanencia anticonceptiva de cada uno de los métodos, incluyendo su correcto uso. (10)

#### F. Componentes de la prestación

- Se realizará de forma completa una evaluación de las usuarias, debe tener una buena anamnesis y un minucioso examen físico. (10)
- Se identifican los métodos anticonceptivos más apropiados para él o la usuaria.
- Para determinar el método anticonceptivo más adecuado, el personal de la salud debe tomar en cuenta, el mecanismo de acción, la tasa de falla, las contraindicaciones, los posibles efectos secundarios, la forma de uso y el seguimiento. (10)
- Colocación y/o entrega del método anticonceptivo elegido. (10)
- Vigilancia del usuario con el método anticonceptivo, durante el primer control, el personal de salud evaluará la aceptación del método elegido, el estado del usuario, el adecuado uso del método anticonceptivo y la existencia de algún efecto secundario. (10)

### III. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

- 1) MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA: Este método se basa en el reconocimiento de los síntomas y signos que tienen relación a los periodos de infertilidad e fertilidad del ciclo, como:

- A. Método del Ritmo, del calendario u Ogino Knaus: Se basa en evitar las relaciones sexuales durante el periodo fértil del ciclo y de esta forma se impide el embarazo. (10,12)
- Contraindicación: Mujeres en la perimenopausia, ciclos menstruales irregulares, exigencias sexuales de la pareja y mujeres que sufren violencia. (10,12)
  - Forma de uso: La usuaria debe tener registro de la duración de sus ciclos, al menos por 6 meses, lo ideal son 12 meses. El inicio del ciclo comienza con el primer día de menstruación y finaliza un día antes de la subsiguiente menstruación. Para saber cuál es el primer día fértil del ciclo menstrual, se debe quitar 18 al ciclo más pequeño. Para obtener el último día fértil del ciclo menstrual, se debe deducir en 11 al ciclo más extenso.
  - Tasa de falla: Para la falla teórica, se producen 9 gestaciones por cada 100 mujeres que usan el método durante el primer año. Con respecto a la falla de uso, se producen 25 gestaciones por cada 100 mujeres que usan el método durante en el primer año. (10,12)
- B. Método Billings o del moco cervical: Este método se basa en evitar las relaciones sexuales durante la fase más fértil del ciclo, mediante la observación del moco en cuello uterino o percepción de humedad en la zona genital. (10,12)
- Contraindicación: En mujeres víctimas de exigencias y violencia sexual por parte de su cónyuge, procedimientos como conización, toma de fármacos, mujeres que no pueden reconocer los rasgos normales del moco en el cérvix e infecciones ginecológicas.
  - Forma de uso: La usuaria tiene que identificar cuando es el periodo fértil de mediante las características del moco en el cérvix; además de distinguir la sensación de humedad en la zona genital mientras realiza sus actividades diarias. Para identificar el primer día del periodo fértil, se debe identificar el moco del cérvix, y finaliza al tercer día posterior a la usencia de la percepción de humedad en la zona genital o de la apreciación de mucho cervical. (10,12)

- Tasa de falla: Para la falla teórica, se producen 3 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. Con respecto a la falla de uso, se producen 25 gestaciones por cada 100 usuarias del método durante el primer año. (10,12)

C. Método de lactancia materna exclusiva: Se trata de la infertilidad transitoria de la mujer post-parto, mediante la lactancia.

- Contraindicación: Mujeres con contraindicación para dar de lactar, como portadoras de VIH / SIDA y/o HTVL - 1. (10,12)
- Criterios básicos: La lactancia exclusiva debe ser a libre demanda, la usuaria debe dar de amamantar un promedio de diez a doce veces durante la noche y el día. La usuaria debe mantenerse en amenorrea, en otras palabras, no debe existir sangrado menstrual luego de los 42 días posterior al parto. Por último, la usuaria se debe encontrar dentro de los 6 primeros meses posterior al parto. (10,12)
- Tasa de falla: Para la falla teórica, se produce una gestación por 100 usuarias del método, durante los primeros 6 meses posterior al parto. Con respecto a la falla de uso, se producen 2 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante los primeros 6 meses posterior al parto. (10,12)

## 2) MÉTODOS DE BARRERA

A. Condón masculino: Impide que los espermatozoides ingresen al tracto reproductor femenino.

- Contraindicación: Hipersensibilidad al látex.
- Forma de uso: Antes de usar se debe asegurar la integridad del sobre, no debe estar abierto ni dañado, observar la fecha de vencimiento en el envase, usar un condón nuevo en cada relación coital. Colocar el preservativo desde el momento de la erección antes de la penetración, cada preservativo debe usarse solo una vez, se puede acompañar con lubricantes a base de agua, se debe retirar el condón antes que el miembro genital masculino pierda la erección. (10,12)
- Tasa de falla: Para la falla teórica, se producen 2 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. Con respecto

a la falla de uso, se producen 15 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. (10,12)

B. Condón femenino: Es una cubierta extensa y delgada, hecho de un polímero de nitrilo. Impide el paso de los espermatozoides hacia el tracto vaginal. (10,12)

- **Contraindicación:** No existe una patología específica que contraindique su uso, excepto la hipersensibilidad. (10,12)
- **Forma de uso:** El preservativo puede ser usado cuando la mujer lo desee; después de cada acto sexual, se debe usar un nuevo preservativo femenino; si en caso el preservativo está dañado, no debe ser utilizado. Para la colocación, la usuaria puede optar por una posición cómoda para la inserción del preservativo. Se debe sujetar el preservativo con tres dedos de una mano, mientras se separa los labios mayores y menores de la vagina con los dedos de la otra mano. Colocar el preservativo en el ingreso al tracto vaginal y soltarlo; seguidamente, empujar el anillo interno del condón dentro de la vagina usando el dedo índice por dentro del preservativo. Después de que la pareja sexual retira el miembro genital masculino, se sostiene el aro externo del preservativo, al girar el aro los fluidos quedan sellados dentro del preservativo. Por último, de forma suave, traccionar el preservativo hacia fuera del tracto vaginal y botarlo en el tacho de basura. (10,12)
- **Tasa de falla:** Para la falla teórica, se producen 5 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. Con respecto a la falla de uso, se produce 21 gestaciones por cada 100 usuarias del método en el primer año. (10,12)

C. Espermicidas: Son sustancias que destruyen o inactivan a los espermatozoides dentro del tracto vaginal.

- **Contraindicación:** La alergia o sensibilidad a los componentes básicos de la sustancia espermicida. (10,12)
- **Forma de uso:** Primero se debe colocar el óvulo, la tableta o gel en la cavidad vaginal, en la parte más profunda posible, hacer esto 15 a 20 minutos antes de cada acto sexual. Luego de ser ubicado, efecto

del espermicida dura solo 60 minutos. Colocar un nuevo óvulo, tableta o gel, en cada acto sexual. (10,12)

- Tasa de falla: Para la falla teórica, se producen 18 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. Con respecto a la falla de uso, se producen 29 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. (10,12)

### 3) ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

A. Anticonceptivos orales combinados: En su composición contienen progestágeno y estrógeno, su vía de administración es oral. Produce supresión de la ovulación y espesa el moco del cuello uterino. (10,12)

- Contraindicación: Cáncer de mama, tumor hepático, embarazo posible o confirmado, cirrosis severa, trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar, enfermedad vascular, antecedente de enfermedad cerebro vascular, nefropatía diabética, migraña con aura y lupus eritematoso sistémico. (10,12)
- Forma de uso: Toma es diaria; entre el primero y el quinto día del ciclo menstrual se da el inicio al uso del método. En los ciclos posteriores, se reinicia la toma del método inmediatamente después de terminar el paquete anterior. En caso la usuaria se olvide la tomar, se debe administrar la pastilla olvidada de forma inmediata para posteriormente continuar con las pastillas que siguen. (10,12)
- Tasa de falla: Para la falla teórica, se producen 0.3 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante en el primer año. Con respecto a la falla de uso, se producen 8 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. (10,12)

B. Anticonceptivos hormonales combinados de depósito - inyectable combinado: Se componen de progestágeno y estrógeno. Produce los mismos efectos que los anticonceptivos orales. (10,12)

- Contraindicación: Los mismos que los anticonceptivos orales combinados.
- Forma de uso: La vía de administración es la intramuscular, de preferencia en la región glútea o en la deltoidea, sin realizar algún masaje posterior a la aplicación. Primera dosis, se coloca entre el

primer y quinto día del ciclo menstrual. Para las dosis siguientes, se debe aplicar cada 30 días, con más o menos tres días. (10,12)

- Tasa de falla: Para la falla teórica, se producen 0.05 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. Con respecto a la falla de uso típico, se producen 3 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. (10,12)

C. Anillo vaginal combinado: Es un anillo transparente, delgado y flexible, que se fija en el tracto vaginal, contiene progesterona y estrógeno, produce espesamiento del moco cervical.

- Contraindicación: Los mismos que los anticonceptivos orales combinados. (10,12)
- Forma de uso: El anillo vaginal puede ser colocado entre el primer y quinto día del ciclo menstrual. Primero, el anillo debe ser comprimido entre los dedos índice y pulgar, luego se adopta una posición cómoda para la inserción dentro del tracto vaginal. Una vez fijado, el anillo debe permanecer fijo durante tres semanas, extraer el anillo el mismo día de la semana cuando fue insertado. Para extraer el anillo, con el dedo índice, enganchar por debajo del canto, o sujetar el canto con los dedos el índice y pulgar; para posteriormente jalar hacia fuera de forma suave. (10,12)
- Tasa de falla: Para la falla teórica, se producen 0.3 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. Con respecto a la falla de uso típico, se producen 8 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. (10,12)

D. Inyectables solo de progestina: Produce un aumento en el espesor del moco en el cérvix, esto dificulta el ingreso de los espermatozoides y evita la ovulación.

- Contraindicación: Diabetes Mellitus, enfermedad cerebro-vascular, infarto de miocardio, estenosis de las arterias, hepatopatía grave, sangrado transvaginal inexplicable y antecedente de neoplasia de mama (10,12)
- Forma de uso: Se usa el Acetato de Medroxiprogesterona (150 mg/ml). La vía de administración es la intramuscular, de preferencia

en la región glútea o región deltoidea, no aplicar masaje posterior a la aplicación. La primera dosis se da entre el primer al quinto día del posterior al parto o del ciclo menstrual. Las siguientes dosis se administran cada tres meses. (10,12)

- Tasa de falla: Para la falla teórica, se producen 0.3 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. Con respecto a la falla de uso típico, se producen 3 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. (10,12)

#### 4) DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

A. Dispositivo intrauterino liberador de cobre T Cu 380: Es un dispositivo que se incrusta dentro de la cavidad uterina. Actúa sobre a los espermatozoides alterando su capacidad para atravesar la cavidad uterina, ya sea destruyéndolos o inmovilizándolos.

- Contraindicación: Embarazo, post-aborto séptico y/o complicado, sepsis puerperal, sangrado transvaginal inexplicable, enfermedad del trofoblasto, miomas uterinos, enfermedad del trofoblasto, SIDA y enfermedad del trofoblasto. (10,12)
- Forma de uso: Colocarlo dentro de los 5 primeros días de sangrado del ciclo menstrual. También puede ser insertado en cualquier momento durante el ciclo menstrual, si la usuaria está usando un método anticonceptivo y se tiene la certeza no estar gestando. Las usuarias quieran usar este método anticonceptivo, deben de firmar un consentimiento. La T de cobre debe ser colocado y extraído por personal de salud entrenado. (10,12)
- Tasa de falla: Para la falla teórica, se producen 0.6 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. Con respecto a la falla de uso típico, se producen 0.8 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. (10,12)

B. Dispositivo intrauterino liberador de progestágeno: Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina, y liberan levonorgestrel, tiene una duración de 5 años.

- Contraindicación: Sangrado transvaginal inexplicable, mujeres con parejas tengan a su vez varias parejas sexuales, mujeres con varias

parejas sexuales, enfermedad pélvica inflamatoria, cáncer de endometrio, neoplasia de cérvix, neoplasia de mama, enfermedad trofoblástica gestacional y cirrosis hepática. (10,12)

- Forma de uso: Previamente a la colocación, informar a la usuaria de la eficacia, características, posibles riesgos y los efectos secundarios. Además de realizar un examen físico completo que incluya el examen ginecológico. Puede ser colocado dentro de los 5 primeros días de haber comenzado el sangrado menstrual. La colocación y extracción, debe ser realizado por personal de salud entrenado. La colocación debe ser con la "Técnica de No Tocar". (10,12)
- Tasa de falla: Para la falla teórica, se producen 0.1 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. Con respecto a la falla de uso típico, se producen 0.1 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. (10,12)

## 5) ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

A. Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina: Es la sección y cierre de las trompas de Falopio, que impide la unión del óvulo con los espermatozoides.

- Contraindicación: Usuarias presionadas por el cónyuge, usuarias que toman decisiones bajo presión, antecedentes de cirugía pelviana o abdominal, complicaciones posteriores al parto (anemia severa, infección), cervicitis purulenta, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, rotura uterina, aborto complicado, aborto complicado y diabetes. (10,12)
- Forma de uso: La técnica de Pomeroy es la más recomendada, realizada mediante una minilaparatomía, la incisión puede ser supra púbrica o infraumbilical para el post parto. El momento de la intervención se da dentro las 48 horas o las 6 semanas posterior al parto. (10,12)
- Tasa de falla: Para la falla teórica, se producen 0.5 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. Con respecto

a la falla de uso típico, se producen 0.5 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. (10,12)

B. Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina: Es el cierre definitivo de los conductos deferentes, lo que no permite el pasaje de los espermatozoides hacia el exterior.

- Contraindicación: Usuarios presionados por su cónyuge, usuarios que toman decisiones bajo presión, gran varicocele o hidrocele, menores de 25 años, lesión escrotal previa, depresión, hernia inguinal, infección de transmisión sexual activa, alteración de la coagulación y usuario sin hijos vivos. (10,12)
- Forma de uso: La vasectomía tiene dos técnicas. La convencional, con bisturí es la más recomendada, donde se realiza 1 o 2 incisiones a través del escroto; la técnica sin bisturí, se realiza la punción con una pinza especial a través del escroto, para encontrar y separar los conductos deferentes. (10,12)
- Tasa de falla: Para la falla teórica, se producen 0.15 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. Con respecto a la falla de uso, se producen 0.15 gestaciones por cada 100 usuarias del método, durante el primer año. (10,12)

#### **IV. ADOLESCENCIA**

A. Según OMS, “la adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta”, empieza desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa única en la buena salud de la persona. (13)

La adolescencia es una etapa del desarrollo, donde se producen cambios psicológicos, físicos, cognitivos y socioculturales. Los cambios físicos y cognitivos son aspectos más importantes, porque antecede a los desafíos psicológicos y sociales que enfrentarán los adolescentes. A su vez están sujetos a una variedad de conductas de riesgos, esto debido a su falta de autocontrol y su impulsividad. (14)

B. Epidemiología: Según OMS, actualmente 1200 millones de adolescentes en el mundo, simboliza una sexta parte de la población mundial. Se pronostica que este número aumentará en el 2050, especialmente en países de

ingresos bajos y medianos, donde se concentra el 90% de los adolescentes. (13)

Se calcula que cada año, 1,1 millones de adolescentes fallecen. Las causas principales son los accidentes de tránsito, la violencia y el suicidio, entre adolescentes. Las causas de morbimortalidad entre los adolescentes difieren según el sexo y la edad. (13)

La mayor parte de las causas de mortalidad de los adolescentes son prevenibles o tratables, pero los miembros de este grupo etario crean barreras para acceder a la información y los servicios de salud. (13)

## C. Características

### 1. Desarrollo Físico

- Cambios hormonales: El inicio de la adolescencia está marcado por el inicio de la secreción de las gonadotropinas, que son la hormona luteinizante y folículo estimulante, además de la hormona liberadora de gonadotropinas. Estos cambios hormonales se deben a la interacción entre el hipotálamo, hipófisis, sistema nervioso central, las glándulas suprarrenales y gónadas.

Se produce una activación del Eje hipotálamo-hipófiso-somatomedínico, produciendo un incremento de la producción de hormona liberadora de crecimiento, a su vez el incremento de la hormona del crecimiento. (13,14)

- Crecimiento y desarrollo en la pubertad: El crecimiento durante la puberal representa el 20 al 25% de la talla final. En hombres y mujeres, la mayor velocidad de crecimiento es de 10-12 cm por año en los varones y de 8-10 cm por año en las mujeres. Cada persona tiene su propio patrón de crecimiento, la ganancia de talla es mayor cuando el inicio de la pubertad es más adelantado. El crecimiento no es simétrico, el crecimiento es por segmentos, el segmento inferior es el primero en crecer. La talla final se alcanza entre la edad de 16 a 17 años para las mujeres, mientras los hombres pueden crecer hasta los 21 años. Las mujeres tienden a acumular más tejido adiposo que los hombres, mientras que los hombres acumulan tejido óseo y muscular. (13,14)

- Maduración sexual: El primer signo que aparece en la pubertad es el botón mamario en el caso de las mujeres, y que coincide con una edad ósea de once años; mientras que, el inicio de la pubertad en varones está marcado por el aumento del tamaño del testículo y cambios en la bolsa escrotal. (13,14)

Tanner estableció una clasificación dividida en 5 etapas, y que actualmente se sigue utilizando para la valoración del desarrollo sexual.

2. Desarrollo psicosocial: Según Piaget, el adolescente presenta cambios en el pensamiento, que están relacionados con el desarrollo del lóbulo frontal. Los objetivos psicosociales a conseguir son:

- Adquirir independencia familiar: Durante la adolescencia temprana, existe poco interés en las actividades paternas y una mayor resistencia a los consejos o críticas. Existe una búsqueda de personas a quienes amar y hay inestabilidad emocional. En la adolescencia media, conflictos con los padres se incrementan y se brinda mayor tiempo a los amigos. Al final de la adolescencia, el joven se reintegra a la familia y acepta los consejos de sus padres. (15)
- Tomar conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo: En la fase temprana, tras los cambios corporales, existe una gran inseguridad sobre su propio cuerpo, preocupación por su aspecto aumenta. Existe comparación con otros adolescentes, existe mayor interés acerca de la fisiología sexual y la anatomía. Durante la fase media, incrementa la aceptación del cuerpo, pretendiendo hacerlo más atractivo. En la adolescencia tardía, el desarrollo puberal y crecimiento se han completado, hay aceptación de los cambios, la imagen preocupa solo si existen anomalías. (14)
- Relación con amigos, se establecen las parejas: En la fase temprana, predomina el interés por amigos del mismo sexo, las ideas son influidas por los amigos y aleja las opiniones de los padres. En la adolescencia media, se integrará en la subcultura de los amigos, adopta sus reglas y su forma de vestir, separándose

más de la familia (piercing, tatuajes, conductas). En la fase tardía, se pierde interés en el grupo de amigos, menor exploración y experimentación. Se establecen relaciones íntimas. (15,16)

- Identidad: En la fase temprana, empieza a mejorar la capacidad cognitiva, hay una evolución del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, con creciente autointerés y fantasías, además de tener objetivos irreales como ser estrella del rock, piloto; mayor necesidad de intimidad, surgen sentimientos sexuales, existe falta autocontrol, tiende a desafiar a la autoridad y presenta una conducta arriesgada. En la fase media, hay un mayor comportamiento arriesgado, mayor creatividad, sentimientos y empatía. Surgen los sentimientos de inmortalidad y omnipotencia que pueden provocar a conductas atrevidas. En la adolescencia tardía, el pensamiento ya es abstracto, se trazan proyecto y planes para el futuro, los objetivos son más realistas. Se concretan los valores morales, religiosos y sexuales, estableciendo la capacidad establecer límites. (16)

## **V. ACTITUD**

Se define como “Un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante experiencia, que ejerce un influjo organizado mediante experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones” según Allport. (17)

La actitud es una predisposición a responder, comportarse, valorar o actuar, que está dirigido hacia algo o alguien, de manera favorable o desfavorable, y que puede ser aprendida. (18)

## **VI. ANTECEDENTES**

### **A. Internacionales**

RIVERA, ROJAS & TABARES. realizaron un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del grado décimo en el colegio La Garita, Municipio Los Patios durante 2018 “A”” durante 2018, en Colombia; siendo el Objetivo “analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en los estudiantes del grado décimo en un colegio”. El

estudio fue observacional, descriptivo y transversal. Participaron alumnos correspondientes al grado décimo del Colegio. Se aplicó un cuestionario para medir el nivel de conocimientos, actitudes y práctica; además, se usó una ficha de recolección de datos. Se Concluyó que, la mayoría de los alumnos son mujeres y tiene 15 años de edad, además conviven con ambos padres, la mayoría a tenido relaciones sexuales, su nivel de conocimiento es inadecuado; sobre la actitud y las practicas, no cuentan con la suficiente madurez por la información errónea. (19)

PÉREZ & SÁNCHEZ. realizaron un estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural” durante el 2020, en Veracruz-México; siendo el Objetivo “determinar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por adolescentes en medio rural”. El estudio fue observacional, transversal y descriptivo, participaron adolescentes que acuden al Centro de Salud Rural entre 15 a 19 años, se aplicó una encuesta; este instrumento constaba de variables sociodemográficas, así como de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Se Concluyó que, el preservativo fue el método anticonceptivo más utilizado y del cual se tenía más conocimiento sobre su uso, el conocimiento sobre métodos anticonceptivos va aumentando con la edad y se observó que el uso de métodos anticonceptivos es directamente proporcional a el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos. (20)

#### B. Nacionales

HUAROC & CORTEZ. realizaron un estudio titulado “Conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos en adolescentes en un colegio nacional de Concepción 2018” durante 2020, Huancayo-Perú; siendo el objetivo “determinar la relación entre nivel de conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos en estudiantes del 4to y 5to año de secundaria en una Institución Educativa”. El estudio fue observacional, correlacional y transversal. Participaron estudiantes de cuarto y quinto de secundaria, se aplicó un cuestionario para obtener datos generales, nivel de conocimientos y actitud sobre métodos anticonceptivos. Se concluyo que,

existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la actitud hacia los métodos anticonceptivos, el nivel de conocimientos predominante fue medio, seguido del nivel alto y por último el nivel bajo, se encontró que la actitud favorable fue predominante, seguido de la actitud indiferente, no se encontró actitud desfavorable. (21)

PAREDES & RODRIGUEZ. realizaron un estudio titulado “Conocimientos y actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes. Institución educativa Divino Maestro. Agocucho-Cajamarca.2019” durante 2019, en Cajamarca-Perú; siendo el objetivo “determinar la relación entre el nivel de conocimientos y actitud sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes de una Institución Educativa rural”. El estudio fue descriptivo, correlacional y transversal. Participaron estudiantes del primero al quinto de secundaria, el instrumento que se utilizó fue el cuestionario para conocer las características sociodemográficas y el nivel de conocimiento, además de un test para evaluar las actitudes. Se concluyó que, el nivel de conocimiento predominante fue el deficiente, seguido del nivel regular y por último el nivel bueno, asimismo se encontró que la actitud adecuada fue predominante, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud sobre los métodos anticonceptivos. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y el año de estudios, además de la relación de actitud y el sexo. (22)

SOTO & TORRES. realizaron un estudio titulado “Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa américa, distrito de ascensión-Huancavelica, 2019” durante Junio a Noviembre del 2019, en Huancavelica-Perú; siendo el Objetivo “establecer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la Institución Educativa de Huancavelica, 2019”. El estudio fue descriptivo, transversal, cuantitativo y no experimental. Participaron adolescentes de primero a quinto año de secundaria, la técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Se Concluyó que, la mayoría de estudiantes tenía un nivel alto de conocimiento, seguido de nivel medio y ninguno nivel bajo. La mayoría presenta un nivel medio de conocimiento sobre los métodos de abstinencia y barrera, más de la mitad

de los alumnos tenían nivel alto de conocimiento sobre los métodos hormonales y de emergencia. (23)

HUAPAYA, RODRIGUEZ & FÉLIX. realizaron un estudio titulado “Nivel de conocimiento en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de educación secundaria en tres colegios de lima en el período de octubre a diciembre 2018” durante Octubre a Diciembre del 2018, Lima-Perú; siendo el Objetivo “determinar el nivel de conocimiento en el uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de educación secundaria en tres colegios de Lima”. El estudio es de tipo descriptivo, pre experimental y prospectivo. Participaron estudiantes de los últimos años de educación secundaria de los colegios Naciones Unidas, Gracias Jesús y Las Américas, se aplicó una encuesta que mide el nivel de conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos. Se Concluyó que, antes de la intervención la mayoría de los estudiantes tenía un nivel de conocimiento bajo, después de la intervención la mitad de los estudiantes presentó un nivel alto de conocimientos sobre anticonceptivos. (24)

TORRES & OLIVARES. realizaron un estudio titulado “Nivel de conocimiento y actitudes hacia la planificación familiar en estudiantes del quinto año de secundaria del Colegio Leoncio Prado de Ate Vitarte, 2018” durante Marzo del 2018, Lima-Perú; siendo el Objetivo “determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la planificación familiar en estudiantes del quinto año de secundaria del Colegio Leoncio Prado de Ate Vitarte, 2018”. El estudio no experimental, cuantitativo, transversal y prospectiva. Participaron alumnos del quinto año de secundaria, se les aplicó un cuestionario de conocimientos sobre planificación familiar y otro de actitudes hacia la planificación familiar. Se Concluyó que, más de la mitad de alumnos tienen un nivel de conocimiento medio sobre planificación familiar, respecto a la actitud más de la mitad tenía una actitud favorable, se comprobó que existe una relación entre la actitud y el nivel de conocimiento sobre planificación familiar. (25)

VELA & CRISTOBAL. realizaron un estudio titulado “Nivel de conocimiento y actitudes sobre planificación familiar en estudiantes de 5° de secundaria de la Institución Educativa Club de Leones De Lemgo Alemania – 2020”

durante 2020, en Iquitos-Perú; siendo el Objetivo “determinar la relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre Planificación Familiar en estudiantes de 5 to secundaria de la Institución Educativa Club de Leones de Lemgo Alemania del distrito de San Juan Bautista – 2020”. El estudio es descriptivo, cuantitativo, prospectivo y correlacional. Participaron estudiantes del quinto grado de secundaria de la Institución Educativa, se aplicó el cuestionario para medir los conocimientos de los estudiantes y el test de actitudes de los adolescentes hacia la salud sexual y reproductiva. Se Concluyó que, la mayoría de los alumnos tienen un nivel de conocimiento alto sobre planificación familiar, además la actitud fue positiva en la mayoría de los estudiantes, se encontró una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre planificación familiar. (26)

#### C. Locales

GONZALES. realizó un estudio titulado “Efectividad del programa educativo sobre planificación familiar en el nivel de conocimientos de los estudiantes del quinto año de secundaria de la I.E. Dean Valdivia distrito de Cayma, Arequipa, 2015” durante Octubre del 2015 a Abril del 2016, en Arequipa-Perú; siendo el Objetivo “determinar la efectividad del Programa Educativo sobre Planificación Familiar en los estudiantes investigados”. El estudio es de campo, transversal y cuasiexperimental. Participaron estudiantes del 5to año del nivel secundario de la I.E. Deán Valdivia, se aplicó un cuestionario previo y posterior a la aplicación del programa educativo. Se Concluyó que, antes de la aplicación del Programa Educativo sobre Planificación Familiar, los estudiantes mostraron un nivel regular de conocimientos, y posterior al programa presentaron un nivel bueno, por ello se concluye que el programa mejora el nivel de conocimiento. (27)

## **CAPITULO II MÉTODOS**

1. LUGAR Y TIEMPO: La investigación se realizó de forma presencial en una Academia Preuniversitaria Bryce, durante junio del 2022.
2. POBLACIÓN DE ESTUDIO: Participaron los adolescentes de una Institución Educativa.

### 2.1. Criterio de elegibilidad

- Criterios de Inclusión
  - Adolescentes de 15-19 años matriculados en una Institución Educativa Particular.
  - Adolescentes que completaron el cuestionario que se les proporcionó.
- Criterios de Exclusión
  - Adolescentes que no desearon participar en el estudio.

2.2. Unidad de estudio: Estuvo constituido por los adolescentes de la Academia Preuniversitaria considerados en la muestra.

### 2.3. Consentimiento informado o Consideraciones éticas:

Los cuestionarios que se aplicaron fueron anónimos y confidenciales. Antes de la aplicación del cuestionario, se les explicó en términos claros sobre los objetivos del estudio.

Se solicitó la autorización a la autoridad responsable de la Academia preuniversitaria mediante una solicitud escrita (Anexo 1), para la aplicación de la encuesta que permite medir el nivel de conocimiento (Anexo 2), la actitud (Anexo 3) sobre planificación familiar y datos demográficos (Anexo 4). Se pidió el consentimiento informado a cada adolescente (Anexo 5).

### 2.4. Técnicas y Procedimientos

- A. Tipo de estudio: Según Altman Douglas el estudio es observacional, Prospectivo y Transversal.
- B. Diseño muestral: Para determinar la muestra se usó el cálculo para estimar proporciones en poblaciones finitas, Tamaño de población conocida, con un nivel de confianza del 95%, un error muestral

aceptado del 5% y una proporción ausencia-presencia del 50% del evento a analizar.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times N \times p \times q}{E^2 \times (N-1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

$Z_{\alpha} = 1.96$ , Nivel de confiabilidad con 95%

$N = 400$ , Tamaño de la población.

$p = 0.5$ , proporción de la variable interés.

$q = 0.5$ ,  $1-p$ .

$E = 0,05$ , error muestral del 5%.

Reemplazando

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 400 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (400-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 196.21$$

C. Tipo de Muestreo: Se utilizó muestreo por conveniencia para seleccionar la cantidad de participantes del tamaño de la muestra, quienes cumplieron con los criterios de elegibilidad.

D. Instrumento

Para el presente estudio se utilizó como técnica la encuesta. Los instrumentos que fueron, el cuestionario sobre conocimientos de planificación familiar y el cuestionario de actitudes hacia la planificación familiar. Estos cuestionarios fueron validados por TORRES (10)

- Cuestionario sobre conocimientos de planificación familiar: Se divide en tres componentes; conocimiento sobre métodos anticonceptivos, número de hijos e intervalo de embarazos. Los puntajes se organizan en conocimiento bajo, medio y alto. (10)
- Cuestionario de actitudes hacia planificación familiar: Consta de 3 componentes; actitud cognitiva, afectiva y conductual. Los puntajes se organizan en actitud desfavorable, indiferente y favorable. (10)

Para la validez de contenido de los instrumentos, fueron sometidos a juicio de expertos, quienes evaluaron la lógica y racionalidad de los instrumentos. La Confiabilidad, para el cuestionario sobre conocimientos de planificación familiar fue

determinada mediante la prueba de Kuder Richardson, logrando un valor de confiabilidad de 0,826, y para el cuestionario de actitudes hacia la planificación familiar fue determinada mediante la prueba Alfa de Cron Bach, logrando un valor de 0,978. (10)

Se utilizará también la ficha de recolección de datos (ANEXO 4).

- E. Técnica de Recolección de datos: Previo permiso del profesor, se repartió los cuestionarios a los adolescentes de la institución educativa, luego se explicó los objetivos del estudio y se resolvieron preguntas sobre el estudio previo a la ejecución de la encuesta. Los alumnos entregaron los cuestionarios en luego de haber terminado el cuestionario en su totalidad. Las encuestas fueron calificadas según los puntajes de cada instrumento. Se ordenó en una base de datos (Anexo 6).
- F. Técnicas de análisis estadístico: Para el análisis de datos y obtención de resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.0. Se realizó una estadística descriptiva con una distribución de porcentajes y frecuencia. Para la asociación de las variables se utilizó la prueba de chi cuadrado.

**CAPITULO III  
RESULTADO**

**TABLA 1  
DATOS GENERALES DE LA POBLACION PARTICIPANTE**

<b>DATOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N° = 228</b>	<b>% = 100</b>
<b>Edad</b>	Menos de 18	152 66,70
	De 18 a más	76 33,30
<b>Sexo</b>	Masculino	111 48,70
	Femenino	117 51,30
<b>Estado Civil</b>	Con pareja	45 19,70
	Sin Pareja	183 80,30

**TABLA 2**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN**  
**ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR,**  
**AREQUIPA**

<b>DATOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N° =228</b>	<b>% = 100</b>
Medio-Bajo	73	32,00
<b>Conocimientos</b>		
Alto	155	68,00

**TABLA 3**  
**ACTITUDES HACIA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE**  
**UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR, AREQUIPA**

<b>DATOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N° =228</b>	<b>% = 100</b>
Indiferente- Desfavorable	82	36,00
<b>Actitud</b>		
Favorable	146	64,00

**TABLA 4**  
**FACTOR CONOCIMIENTOS, RELACIONADO CON ACTITUDES SOBRE**  
**PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN**  
**EDUCATIVA PARTICULAR, AREQUIPA**

ACTITUD	Total	INDIFERENTE- DESFAVORABLE		FAVORABLE		X <sup>2</sup> P	
		N°= 228	N°= 82	%	N°=146		%
Características							
<b>CONOCIMIENTOS</b>	Medio - Bajo	73	44	(60,30)	29	(39,70)	27,55 0,00
	Alto	155	38	(24,50)	117	(75,50)	

**TABLA 5**  
**FACTORES: EDAD, SEXO Y ESTADO CIVIL RELACIONADOS CON ACTITUDES SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR, AREQUIPA**

Características	CONOCIMIENTOS						ACTITUD					
	TOTAL	MEDIO-BAJO		ALTO		X <sup>2</sup> P	INDIFERENTE- DESFAVORABLE		FAVORABLE		X <sup>2</sup> P	
	N°:228	N°:73	%	N°:155	%		N°:82	%	N°:146	%		
<b>EDAD (AÑOS)</b>	Menos de 18	152	50	(32,90)	102	(67,10)	0,16 0,40	62	(40,80)	90	(59,20)	4,61 0,02
	De 18 a más	76	23	(30,30)	53	(69,70)		20	(26,30)	56	(73,70)	
<b>SEXO</b>	Masculino	111	45	(40,50)	66	(59,50)	7,22 0,01	43	(38,70)	68	(61,30)	0,72 0,24
	Femenino	117	28	(23,90)	89	(76,10)		39	(33,30)	78	(66,70)	
<b>Estado Civil</b>	Con pareja	45	13	(28,90)	32	(71,10)	0,25 0,38	13	(28,90)	32	(71,10)	1,22 0,17
	Sin Pareja	183	60	(32,80)	123	(67,20)		69	(37,70)	114	(62,30)	

## **CAPITULO IV DISCUSIÓN**

El embarazo adolescente es uno de los problemas con mayor relevancia dentro del contexto de la salud materna. La mayor parte de las gestantes adolescentes no desean ni planean el embarazo, esto puede deberse a la falta de conocimientos sobre planificación familiar y/o actitud.

Se aplicó una encuesta a 235 adolescentes. Siete cuestionarios fueron eliminados por ser llenados de forma incorrecta. Las 228 encuestas constituyen la base de datos del estudio. Según los datos generales de la población participante, se infiere que, en cuanto a la edad, el 66.7% son menores de 18 años y el 33.3% tienen 18 años o más; con respecto al sexo, el 51.3% son mujeres y el 48.7% son varones; y en cuanto al estado civil, todos son solteros, el 80.3% no tienen pareja y el 19.7% tienen pareja; como se muestra en la **Tabla 1**. Según Vela, quien realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y prospectivo, sobre el nivel de conocimiento y actitudes sobre planificación familiar en estudiantes de quinto de secundaria de una institución educativa, encontró que la edad predominante fue 18 años (64%), seguido de 17 años (22%) y 16 años (11%); el 58% representa el sexo femenino y el 41.7% es el sexo masculino. (26)

Según los resultados mostrados en la **Tabla 2**, sobre el nivel de conocimientos sobre planificación; el 32% tienen un nivel Medio-Bajo de conocimientos y el 68% tienen un nivel alto de conocimientos. Esto puede deberse a que, en los centros educativos, se dictan clases sobre métodos anticonceptivos en el curso de psicología, además de la cantidad de información en internet a la cual están expuestos constantemente y la comunicación con los padres.

Rivera y col., realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal, donde se midió el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y salud reproductiva en adolescentes, se encontró que, el 96.2% de los de los adolescentes tienen un nivel de conocimiento bueno respecto a los métodos anticonceptivos. (19)

Perez y col., realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal, para determinar el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a un centro de salud, se encontró que, el 27.2% de los adolescentes presenta un nivel alto de conocimiento, el 38.6% tiene un nivel medio

y el 31% un nivel bajo con respecto a métodos anticonceptivos y salud reproductiva. (20)

Soto y Torres, realizaron un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, para establecer el nivel de conocimientos en adolescentes de una institución educativa, se encontró que, el 61.3% de los adolescentes tienen un nivel alto de conocimiento, el 38.7% tiene un nivel medio y ninguno tuvo un nivel bajo. (23)

Huapaya y col., realizaron un estudio pre-experimental, descriptivo y transversal, para determinar el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la planificación familiar en estudiantes de quinto año de secundaria, se encontró que, el 53.6% tuvo un nivel bajo de conocimiento, el 44.5% un nivel medio y 1.9 un nivel bajo, luego de una aplicación de una charla de orientación, el 50.2% tiene un nivel alto de conocimiento, el 44.9% un nivel medio y el 4.9% un nivel bajo. (24)

Torres, realizó un estudio cuantitativo, prospectivo y transversal, se determinó el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la planificación familiar, así como su relación, en estudiantes de quinto grado de secundaria de un colegio, se encontró que, el 34.2% de los adolescentes tiene un nivel alto de conocimiento, el 62.5% tiene un nivel medio y el 3.3% tiene un nivel bajo. (25)

Vela, realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y prospectivo, se determinó el nivel de conocimiento y las actitudes sobre planificación familiar, así como su relación, en estudiantes de quinto de secundaria de una institución educativa, se encontró que, el 69.4% de los estudiantes tienen un nivel alto de conocimiento, mientras que el 30.6% tiene un nivel bajo. (26)

Gonzales, realizó un estudio cuasiexperimental y transversal, para determinar la efectividad de un programa educativo sobre planificación familiar en estudiantes de quinto de secundaria de una institución educativa, se encontró que, el 11% de los estudiantes tuvieron un nivel deficiente de conocimiento, 70% un nivel regular y el 19% un nivel bueno. Posterior a la aplicación del programa educativo, el 51% de los alumnos tiene un nivel bueno de conocimiento, el 49% tiene un nivel regular y ninguno con nivel deficiente. (27)

Con respecto a la actitud de los estudiantes hacia la planificación familiar que se observa en la **Tabla 3**; se infiere de los resultados que, el 36% es indiferente-desfavorable y el 64% es favorable. Esto puede deberse a que los adolescentes

imitan acciones que realizan los jóvenes o adultos, como usar preservativo antes de una relación sexual o acudir a centros de salud para obtención de métodos anticonceptivos e información.

Rivera y col., realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal, donde se midió el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y salud reproductiva en adolescentes, se encontró que, el 96.2% presentó una actitud adecuada con respecto al uso de métodos anticonceptivos. (19)

Torres, realizó un estudio cuantitativo, prospectivo y transversal, se determinó la el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la planificación familiar, así como su relación, en estudiantes de quinto grado de secundaria de un colegio, se encontró que, el 62.5% tiene una actitud favorable, el 36.7% una actitud indiferente y el 0.8% una actitud desfavorable. (25)

Vela, realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y prospectivo, se determinó el nivel de conocimiento y las actitudes sobre planificación familiar, así como su relación, en estudiantes de quinto de secundaria de una institución educativa, se encontró que, el 83.3% presenta una actitud positiva y el 16.7% tiene una actitud negativa. (26)

Como se muestra en la **Tabla 4**, se relacionó las variables, nivel de conocimiento con actitud sobre planificación familiar. Se encontró que, el 60.3% de los adolescentes con nivel de conocimiento medio-bajo tienen una actitud indiferente-desfavorable y el 39.7% tienen una actitud favorable. Mientras que el 24.5% de los adolescentes con nivel alto de conocimiento tiene una actitud indiferente-desfavorable y el 75.5 una actitud favorable, siendo una relación estadísticamente significativa ( $X^2:27.55, p:0.00$ ). Esto puede ser debido a que los adolescentes planean obtener una profesión o un buen trabajo, evitando los embarazos no deseados o cualquier situación que dificulte sus logros. Además, de evitar infecciones que pueden ser contraídas durante las relaciones sexuales.

Huaroc, realizó un estudio observacional, transversal y correlacional, se determinó la relación entre nivel de conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos en estudiantes del 4to y 5to año de secundaria, se encontró que, existe una relación estadísticamente significativa ( $p:000$ ) entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre los métodos anticonceptivos. (21)

Por el contrario, Paredes realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y correlacional, para determinar la relación entre el nivel de conocimientos y actitud sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes estudiantes del primero al quinto de secundaria de un colegio. Se encontró que, no existe una relación estadísticamente significativa ( $p:0.60$ ) entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia los métodos anticonceptivos. (22)

Torres, realizó un estudio cuantitativo, prospectivo y transversal, se determinó la el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la planificación familiar, así como su relación, en estudiantes de quinto grado de secundaria de un colegio, se encontró que, existe una relación estadísticamente significativa ( $p: 0.001$ ) entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la planificación familiar en estudiantes del quinto año de secundaria del Colegio Leoncio Prado de Ate Vitarte, 2018. (25)

Vela, realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y prospectivo, se determinó el nivel de conocimiento y las actitudes sobre planificación familiar, así como su relación, en estudiantes de quinto de secundaria de una institución educativa, se encontró que, el 58% de los alumnos con un nivel alto de conocimiento tiene una actitud positiva, mientras que el 25% de alumnos con nivel bajo de conocimiento tuvo una actitud positiva. Siendo una relación estadísticamente significativa ( $p: 0.019$ ). (26)

La asociación entre factores tales como edad, sexo y estado civil, con las variables de nivel de conocimiento y actitudes, se plasma en la **Tabla 5**.

Según la edad, no existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de conocimiento ( $X^2: 0.16, p:0.40$ ). El 40.8% de los adolescentes menores de 18 años, tiene una actitud indiferente-desfavorable; mientras que el 73.7% de los adolescentes de 18 años a más, tiene una actitud favorable; siendo una relación estadísticamente significativa ( $X^2:4,61,p:0.02$ ). Esto puede deberse a que, el adolescente va adquiriendo mayor conciencia sobre los riesgos de un embarazo adolescente conforme a la edad; a diferencia de los adolescentes mas jóvenes, los adolescentes con 18 años a más, presentan una mejor actitud hacia la planificación familiar.

Paredes realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y correlacional, para determinar la relación entre el nivel de conocimientos y actitud sobre métodos

anticonceptivos en los adolescentes de una Institución Educativa rural. Se encontró que, no existe una relación estadísticamente significativa ( $X^2:0.67$ ,  $p:0.41$ ) entre la edad y la actitud sobre los métodos anticonceptivos. (22)

Según el sexo, no existe una relación estadísticamente significativa ( $X^2:0.72$ ,  $p:0.24$ ) entre el sexo y la actitud hacia la planificación familiar, lo que difiere del estudio realizado por Paredes, encontrando una relación estadísticamente significativa ( $X^2:19.47$ ,  $p:0.049$ ), donde el sexo masculino presentó una actitud favorable, mientras el sexo femenino presentó una actitud desfavorable. (22)

El 40.5% de los varones presenta un nivel medio-bajo de conocimientos, mientras que el 76.1% de las mujeres presenta un nivel alto de conocimiento, siendo una relación estadísticamente significativa ( $X^2: 7.22$ ,  $p: 0.01$ ). Esto puede deberse a que las mujeres presentan mayor comunicación con los padres, como resultado, adquieren mayor interés e información sobre el tema de planificación familiar. Difiere del estudio realizado por Paredes, donde no se encontró una relación estadísticamente significativa ( $X^2:1.60$ ,  $p:0,44$ ) entre el sexo y el nivel de conocimientos sobre planificación familiar. (22)

Según el estado civil, no existe una relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento ni con la actitud sobre la planificación familiar.

Según los datos obtenidos, el nivel de conocimientos y la actitud sobre planificación familiar en la mayoría de los estudiantes, es alto y favorable respectivamente. Entonces podemos inferir que los adolescentes en su mayoría, evitarán embarazos no deseados ni contraerán infecciones de transmisión sexual, en el momento de realizar una relación sexual.

## **CAPITULO V CONCLUSIÓN**

1. Se determinó que el nivel de conocimientos sobre planificación familiar en adolescentes de una institución educativa particular, siendo predominante el nivel Alto, seguido del nivel Medio-Bajo.
2. Se determinó la actitud sobre planificación familiar en adolescentes de una institución educativa particular, siendo la predominante la actitud favorable, seguido de la actitud indiferente-desfavorable.
3. Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud con respecto a la planificación familiar en adolescente de una institución educativa particular.

## **RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda, que los establecimientos de salud coordinen con las autoridades de las instituciones educativas, para realizar charlas sobre planificación familiar a los adolescentes, así como la entrega de métodos anticonceptivos de barrera.
2. Se recomienda la entrega de los resultados de este estudio a la institución educativa, para que los docentes sean capacitados en el tema de planificación familiar.
3. Además de concientizar a los padres de familia sobre los riesgos a los que está expuesto el adolescente sin el debido conocimiento sobre planificación familiar.
4. Se recomienda reforzar el Plan de Salud del Adolescente en las instituciones educativas nacionales y particulares.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1) Flores M., Nava G., Arenas L.. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Rev de Salud Pública. México. 2017; vol 19(3): 374-378. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.43903> . Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n3/374-378/es>

- 2) OMS. El embarazo en la adolescencia. Datos/Cifras. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra. enero 2020: 1-2. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- 3) MINSA. Embarazo adolescente disminuyó en un 8.3% durante el 2020. Nota de prensa. Perú. 2021. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/524006-minsa-embarazo-adolescente-disminuyo-en-un-8-3-durante-el-2020/>
- 4) INEI. Maternidad en Adolescentes de 15-19 años de edad. Colección de poblaciones vulnerables. Perú. 2018: 7-36. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/b1596/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/b1596/libro.pdf)
- 5) MINSA. Boletín Epidemiológico del Perú. Centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades. Perú. 2018; vol 27: 514-516. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/24.pdf>
- 6) MINSA. Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú, Boletín de VIH. Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Perú. 2021: 1-9. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin\\_2021/febrero.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2021/febrero.pdf)
- 7) Delgado R.. Características virológicas del VIH. Rev Enfermedades infecciosas y microbiología Clínica. España. 2011; vol 29(1): 58-65. DOI: 10.1016/j.eimc.2010.10.001. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-caracteristicas-virológicas-del-vih-S0213005X10004040>
- 8) Álvarez R.. Interpretación de las pruebas usadas para diagnosticar la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Acta medica del Perú. Perú. 2017; vol 34(4): 309-314. Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a09v34n4.pdf>
- 9) MINSA. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Biblioteca del Ministerio de Salud. Perú. 2020; Resolución ministerial N° 1024-2020: 19-31. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482085/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B01024-2020-MINSA.PDF>

- 10) MINSA. Norma técnica de salud de planificación familiar. Primera edición. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Perú. 2017: 14-93. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
- 11) OMS. Planificación familiar, Datos/Cifras. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra. Noviembre del 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- 12) OMS. Planificación Familiar, Un manual mundial para proveedores. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Ginebra. 2019: 1-237. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304_spa.pdf?sequence=1)
- 13) OMS. Salud del adolescente. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra. 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_3](https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_3)
- 14) Ferreira M., Bento M., Chaves C., Duarte J.. El impacto del autoconcepto y la autoestima en el conocimiento de los adolescentes sobre el VIH/SIDA. Rev Ciencias Sociales y del Comportamiento. Portugal. 2014; vol 112: 575 – 582. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.01.1204. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187704281401221X>
- 15) Hidalgo M., González M.. Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Rev Anales Pediatría. España. 2014; Vol12(1): 42-46. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-sociales-S1696281814701672>
- 16) Gaetea V.. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev chile pediatría. Chile. 2015; vol86(6): 436-442. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005> . Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615001412>
- 17) Ubillos S., Mayordomo S., Páez D.. Actitudes: Definición y medición, componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. Capítulo x. Psicología Social, cultura y educación: 1,2. Disponible en: <https://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>

- 18)Ortego M., López S., Álvarez M., Aparicio M.. Tema 5: Actitudes. Ciencias sociales I: 1,2. Disponible en: [https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1485/course/section/1935/tema\\_05-2011.pdf](https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1485/course/section/1935/tema_05-2011.pdf)
- 19)Rivera S., Rojas L., Tabares M.. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del grado décimo en el colegio La Garita, Municipio Los Patios durante 2018 “A”. Repositorio de la Universidad de Santander. Colombia. 2018: 23-101. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/4068/1/TRABAJO%20DE%20GRADO%20ENFERMERIA%20%28STEPHANY%20RIVERA%20SANCHEZ%2C%20LORENA%20ROJAS%20RODRIGUEZ%20Y%20MELISSA%20TABARES%20GE.pdf>
- 20)Pérez A., Sánchez E.. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. Rev chilena de ginecología y obstetricia. México. 2020; vol 85(5): 508-513. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85n5/0717-7526-rchog-85-05-0508.pdf>
- 21)Huaroc L., Cortez S.. Conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos en adolescentes en un colegio nacional de concepción 2018. Repositorio de la universidad de los Andes. Perú. 2018: 1-60. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1430>
- 22)Paredes I., Rodriquez A.. Conocimientos y actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes. institución educativa “divino maestro”. Agocucho. Cajamarca. 2019. Repositorio de la Universidad Nacional de Cajamarca. Perú. 2019: 1-69. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/3694>
- 23)Soto C., Torres F.. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa américa, distrito de ascensión-Huancavelica, 2019. Repositorio de la Universidad Nacional de Huancavelica. Perú. 2019: 1-62. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2905/TESIS-ENFERMER%20%28DA-2019-SOTO%20HUARCAYA%20Y%20TORRES%20HURTADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 24) Huapaya C., Rodríguez F., Félix L.. Nivel de conocimiento en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de educación secundaria en tres colegios de lima en el período de octubre a diciembre 2018. Repositorio de la Universidad Norberte Wiener. Perú. 2018: 1-48. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/123456789/3037>
- 25) Torres M., Olivares P.. Nivel de conocimiento y actitudes hacia la planificación familiar en estudiantes del quinto año de secundaria del Colegio Leoncio Prado de Ate Vitarte, 2018. Repositorio de la Universidad Privada Arzobispo Loayza. Perú. 2018: 1-66. Disponible en: <http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/226/T-OBS-0094%20TORRES%20ZAVALETA%2c%20MIL%c3%89.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 26) VELA K., CRISTOBAL M.. Nivel de conocimiento y actitudes sobre planificación familiar en estudiantes de 5° de secundaria de la Institución Educativa Club de Leones De Lemgo Alemania – 2020. Repositorio de la Universidad Científica del Perú. Perú. 2021: 11-41. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1617>
- 27) Gonzales G.. Efectividad del programa educativo sobre planificación familiar en el nivel de conocimientos de los estudiantes del quinto año de secundaria de la I.E. Dean Valdivia distrito de Cayma, Arequipa, 2015. Repositorio de La Universidad Católica De Santa María. Perú. 2016: 10-52. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/5730>

## **ANEXO 1**

### **PERMISO AL DIRECTO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR**

#### **SOLICITUD**

Asunto: Permiso para realizar una encuesta a estudiantes de la institución educativa .....

Para: Sr. . Director de la institución educativa

Por medio del presente Yo. Miguel Angel Gonzales Condori, identificado con el DNI N° 75127052, egresado de la Universidad Nacional de San Agustín, de la carrera profesional de Medicina, me presento con el debido respeto y expongo:

Solicito permiso para la aplicación de una encuesta a los estudiantes de la institución educativa, con fin de realizar un trabajo de investigación cuyo título es: “RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR. AREQUIPA-2022”

Realizado por mi persona y asesorado por la Doctora Yenny Del Pilar Cala Rodriguez, especialista en Medicina Familiar.

Esperando acceda a mi petición en la brevedad posible para la realización del trabajo de investigación.

Agradeciendo de antemano la atención presente, me despido.

Arequipa, de mayo de 2022

.....  
Gonzales Condori Miguel Angel

DNI: 75127052

**ANEXO 2**  
**INSTRUMENTO PARA MEDIR CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACIÓN**  
**FAMILIAR**

Instrucciones: Marque la respuesta correcta

1. ¿Qué son los métodos anticonceptivos?
  - a. Métodos para controlar el número de hijos.
  - b. Formas de evitar el embarazo y prevenir las infecciones de transmisión sexual.
  - c. Formas de provocar el aborto.
  - d. Métodos para quedar embarazada.
2. ¿Cómo se clasifican los métodos anticonceptivos?
  - a. Naturales, hormonales, de barrera y quirúrgicos.
  - b. Naturales.
  - c. Condón, ampollas y quirúrgicos.
  - d. Artificiales y quirúrgicos.
3. ¿Quién le brindaría una mejor información si quiere saber acerca de los métodos anticonceptivos?
  - a. Los vecinos.

- b. Internet.
  - c. Amigos.
  - d. Personas capacitadas en el tema (Personal de salud).
4. ¿Los métodos anticonceptivos por quienes pueden ser usados?
- a. Sólo el hombre.
  - b. La pareja.
  - c. Sólo la mujer.
  - d. Ninguna de las anteriores.
5. ¿Cuál es el método anticonceptivo considerado el más eficaz para evitar las enfermedades de transmisión sexual?
- a. Usando anticonceptivos orales.
  - b. Usando preservativo.
  - c. Orinar después de haber tenido relaciones sexuales.
  - d. Usando el DIU (dispositivo intrauterino).
6. ¿Cuál no sería la mejor manera de informar a las personas sobre la anticoncepción de emergencia (píldora del día siguiente)?
- a. En la clínica.
  - b. Charlas.
  - c. Folletos.
  - d. Amigos.
7. Indique que situación no se debe hacer cuando se brinda charlas sobre los métodos anticonceptivos:
- a. Interrumpir al que habla.
  - b. Contar sucesos vividos cuando se te pregunte.
  - c. Preguntar si algo no se entendió al finalizar la charla.
  - d. Escuchar atentamente.
8. ¿Para qué sirve el preservativo (condón) en la relación sexual?
- a. Previene el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el sida.
  - b. Disminuyen la producción de semen.
  - c. Aumenta la sensación haciendo la relación sexual más agradable para la pareja.
  - d. Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuál es la forma correcta de abrir un condón o preservativo?
- Cuidadosamente con las uñas para no romper el condón.
  - Con la yema de los dedos, cuidadosamente de uno de los bordes para no romper el condón.
  - Cuidadosamente con los dientes para no romper el condón.
  - Cuidadosamente con la tijera para no romper el condón.
10. Indique ¿Cuál de los métodos anticonceptivos mencionados es un método de barrera?
- Preservativo.
  - Ligadura de trompas.
  - Píldora.
  - Calendario o del ritmo.
11. ¿Cuál de los siguientes métodos que se menciona es un método anticonceptivo hormonal?
- Preservativo.
  - Ligadura de trompas.
  - Píldora.
  - Del calendario o del ritmo.
12. ¿Cada qué tiempo deben tomarse los anticonceptivos orales?
- Deben tomarse solo los días que se tiene relaciones sexuales.
  - Deben tomarse diariamente.
  - Deben tomarse interdiario.
  - Deben tomarse cuando se acuerden de ellos.
13. ¿Cuándo se debe tomar la píldora del día siguiente?
- Se toma todos los días.
  - Se toma en caso de una relación sexual sin protección.
  - Se toma antes de una relación sexual.
  - Se toma cuando se está gestando.
14. ¿Cómo funciona el Dispositivo Intrauterino (La T de cobre)?
- Una sustancia que se ingiere antes del contacto sexual.
  - Es una pastilla cuyo compuesto se basa en cobre.
  - Es un dispositivo en forma de T que se coloca vía vaginal en el útero y te protege del embarazo durante 10 años.

- d. Ninguna de las anteriores.
15. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos son considerados métodos naturales?
- a. Preservativo, píldoras o pastillas.
  - b. Método del ritmo.
  - c. Inyecciones anticonceptivas.
  - d. Ninguna de las anteriores.
16. En el método del ritmo, ¿cuál es el día en que la mujer puede quedar embarazada teniendo relaciones sexuales?
- a. Los últimos días del ciclo menstrual.
  - b. Los primeros días del ciclo menstrual.
  - c. Los días intermedios del ciclo menstrual.
  - d. No lo sé.
17. ¿Cuándo usa una mujer el método de la lactancia materna?
- a. Su bebé es mayor de 6 meses de edad.
  - b. Su bebé es menor de 6 meses de edad, le da de lactar con frecuencia y no han regresado sus periodos menstruales.
  - c. Cuando su bebé no recibe leche materna en forma exclusiva.
  - d. Ninguna de las anteriores.
18. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos son métodos no reversibles (definitivos)?
- a. Preservativo, pastillas anticonceptivas, método del ritmo.
  - b. Preservativo, ligadura de trompas, pastillas anticonceptivas.
  - c. Ligaduras de trompas y vasectomía.
  - d. Todas las anteriores.
19. ¿Cuáles son los días fértiles en que la mujer puede quedar embarazada?
- a. Días anteriores y posteriores a la ovulación.
  - b. Durante la menstruación.
  - c. Todas las anteriores.
  - d. Desconozco.
20. Las siguientes propuestas corresponden a un derecho reproductivo que es la privacidad. Excepto:

- a. Que la reserva respecto al motivo de consulta se mantenga en todos los servicios de los establecimientos de salud: desde la admisión, triaje, farmacia y otros.
- b. Esperar que toda comunicación y registros pertinentes a su tratamiento, sean tratados confidencialmente.
- c. Conocer el nombre del/la profesional de salud que está a cargo de su atención.
- d. Ser examinado en instalaciones que aseguren la privacidad visual y auditiva.

21. Las siguientes propuestas corresponden a un derecho reproductivo que es la toma de decisiones. Excepto:

- a. No ser sometido a procedimiento alguno sin su consentimiento informado y voluntario.
- b. A que las instituciones de salud, velen porque se cumplan todos los principios en todas las fases de la atención.
- c. No ser sometido a presión o coerción alguna para elegir un método anticonceptivo, especialmente en situaciones de estrés, tales como las vinculadas al parto o aborto.
- d. Consultar con otros/as profesionales de salud, y no a usted para dar su consentimiento perdiendo así su derecho de atención en los servicios de salud.

22. ¿Cuál es la importancia de la planificación familiar?

- a. Es poder decidir cuál es el momento adecuado para ser padres, así como el número de hijos que se desea tener.
- b. Controlar el espacio del nacimiento de un hijo a otro.
- c. Organizar la economía de la pareja.
- d. No sé.

23. ¿Qué edad consideras ideal para ser padre?

- a. Menos de 20 años.
- b. De 20 a 29 años.
- c. De 30 años y más.
- d. No sé

24. ¿Cuál sería la consecuencia de las relaciones sexuales sin protección durante la adolescencia?
- Tener que trabajar.
  - Adquirir una Infección de Transmisión Sexual.
  - Tener que casarme.
  - Ninguna.
25. En la familia, ¿Quién es responsable de la planificación familiar?
- Solo el hombre.
  - Solo la mujer.
  - La pareja.
  - El médico de la familia.
26. ¿Cuántos hijos sería la adecuada para una pareja que desea formar una familia en la actualidad?
- 1
  - 2
  - 3
  - 4 a más.
27. ¿Cómo ocurre un embarazo?
- Al tener relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles.
  - Al tener relaciones sexuales cuando la mujer esta con la menstruación.
  - Al tener relaciones sexuales usando un método anticonceptivo.
  - Ninguna de las anteriores.
28. ¿Con cuántas relaciones sexuales sin protección puede quedar una mujer embarazada?
- Con sólo una vez.
  - De dos veces.
  - De tres a más.
  - Desconozco.
29. ¿Cómo se encontraría usted frente a un embarazo precoz?
- Preparado físicamente y psicológicamente.
  - Lo asume con completa responsabilidad.

- c. Se encuentra asustado ante el embarazo.
- d. Ignora lo que puede hacer.

30. ¿Cada que tiempo sería el adecuado para que una mujer pueda tener hijos?

- a. Cada año.
- b. Cada dos años.
- c. Planificando con el médico de la familia.
- d. Ignoro.

Tabla de respuestas

Preguntas	Respuestas		
1	B	16	C
2	A	17	B
3	D	18	C
4	B	19	A
5	B	20	B
6	D	21	D
7	A	22	A
8	A	23	B
9	B	24	B
10	A	25	C
11	C	26	B
12	B	27	A
13	B	28	A
14	C	29	C
15	B	30	C

Nivel de conocimiento	Número de respuestas correctas
Bajo	0-10
Medio	11-20
Alto	21-30

### ANEXO 3

#### ESCALA PARA ACTITUDES HACIA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Instrucciones: Marcar con una X, si está

Totalmente de acuerdo= 5, De acuerdo= 4, Indiferente= 3, En desacuerdo= 2 o Totalmente en desacuerdo= 1.

Enunciados	5	4	3	2	1
1. Esta usted de acuerdo con que se le brinde a usted métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.					
2. Puede usted usar planificación familiar de manera segura					
3. Estás de acuerdo que en tu institución se brinde charlas acerca de métodos de planificación familiar					
4. Estás de acuerdo con que se le informe a usted sobre que métodos anticonceptivos son 100% seguros al usarlos adecuadamente.					
5. Está usted de acuerdo con que se desconozcan sobre los posibles efectos secundarios de algún método anticonceptivo					
6. Está de acuerdo que se le informe a usted sobre las complicaciones que pueden producirse debido al embarazo en la adolescencia.					

7. Piensa usted que los embarazos en edad adolescente se observan con mayor frecuencia en la época actual.					
8. Estás de acuerdo que si llegara el momento de decidir tener relaciones sexuales elegir un método de planificación familiar.					
9. Si estuvieras cerca a algún centro de salud, acudirías a planificación familiar.					
10. Está de acuerdo que se brinde charlas en las instituciones educativas para que pueda satisfacer las necesidades de acuerdo a que método anticonceptivo desea usar para evitar un embarazo no deseado.					
11. Está de acuerdo que cuando se recibe charlas de planificación familiar mejoras tu calidad de vida.					
12. Si hubiera un programa sobre planificación familiar, usted participaría.					
13. Está de acuerdo que exista una pastilla de emergencia que evita el embarazo en un 100%.					
14. Está de acuerdo con que nuestros padres nos apoyen si desearías embarazarte a esta edad.					
15. Tus padres te apoyarían si desearías usar algún método anticonceptivo					

ACTITUD SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	PUNTOS
Favorable	57-75 puntos

Indiferente	26- 56 puntos
Desfavorable	15-25 puntos

**ANEXO 4  
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

1. Edad:\_\_\_Años.
2. Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ).
3. Estado Civil: soltero con pareja ( ), soltero sin Pareja ( )

**ANEXO 5  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN**

Estoy de acuerdo y acepto de forma voluntaria participar en la investigación titulada: “RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR. AREQUIPA-2022”, para lo cual recibí información acerca del tema. Acepto brindar información y me comprometo a responder con la mayor sinceridad.

Si acepto ( )      No acepto ( )

**ANEXO 6  
BASE DE DATOS**

NUMERO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	NIVEL DE CONOCIMIENTO	ACTITUD
1	18	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
2	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
3	18	Masculino	soltero con pareja	Alto	Favorable
4	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
5	17	Masculino	soltero con pareja	Alto	Favorable
6	18	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
7	19	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
8	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
9	18	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
10	19	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
11	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
12	18	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
13	18	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Desfavorable

14	19	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
15	17	Masculino	soltero con pareja	Alto	Favorable
16	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
17	19	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
18	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
19	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
20	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
21	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
22	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
23	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
24	16	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
25	17	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
26	16	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
27	18	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
28	18	Masculino	soltero con pareja	Alto	Favorable
29	18	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
30	18	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
31	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
32	18	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
33	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
34	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
35	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
36	18	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
37	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
38	18	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
39	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
40	17	Masculino	soltero con pareja	Alto	Favorable
41	17	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
42	17	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
43	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
44	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
45	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
46	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
47	16	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
48	16	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
49	19	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
50	19	Masculino	soltero con pareja	Alto	Favorable
51	18	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
52	18	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
53	18	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
54	18	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
55	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
56	18	Masculino	soltero con pareja	Medio	Favorable

57	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
58	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
59	19	Masculino	soltero con pareja	Alto	Favorable
60	20	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
61	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
62	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
63	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
64	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
65	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
66	17	Masculino	soltero con pareja	Medio	Favorable
67	17	Masculino	soltero con pareja	Alto	Favorable
68	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
69	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
70	19	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
71	19	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
72	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
73	17	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
74	16	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
75	18	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
76	16	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
77	16	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
78	16	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
79	16	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
80	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
81	16	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
82	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
83	17	Masculino	soltero con pareja	Alto	Favorable
84	18	Masculino	soltero con pareja	Alto	Favorable
85	18	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
86	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
87	18	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
88	18	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
89	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
90	17	Femenino	soltero con pareja	Alto	Indiferente
91	18	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
92	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
93	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
94	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
95	19	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
96	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
97	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
98	18	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
99	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable

100	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
101	19	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
102	19	Femenino	soltero con pareja	Alto	Desfavorable
103	17	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
104	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
105	16	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
106	19	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
107	18	Masculino	soltero con pareja	Medio	Indiferente
108	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
109	17	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
110	18	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
111	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
112	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Desfavorable
113	16	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
114	18	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
115	17	Masculino	soltero con pareja	Medio	Favorable
116	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
117	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
118	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
119	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
120	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
121	18	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
122	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
123	18	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
124	19	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
125	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
126	18	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
127	16	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
128	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
129	19	Masculino	soltero con pareja	Alto	Favorable
130	18	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
131	19	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
132	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
133	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
134	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
135	18	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
136	18	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
137	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
138	19	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
139	16	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
140	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
141	18	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
142	17	Masculino	soltero con pareja	Medio	Desfavorable

143	17	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
144	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
145	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Desfavorable
146	18	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
147	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
148	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
149	16	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
150	18	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
151	18	Femenino	soltero con pareja	Medio	Desfavorable
152	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
153	17	Masculino	soltero con pareja	Alto	Indiferente
154	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Desfavorable
155	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
156	17	Masculino	soltero con pareja	Medio	Indiferente
157	18	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
158	19	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
159	18	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
160	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
161	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
162	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
163	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
164	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
165	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
166	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
167	18	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
168	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
169	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
170	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
171	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
172	19	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
173	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
174	16	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
175	16	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
176	18	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
177	18	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
178	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
179	18	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
180	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
181	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
182	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
183	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
184	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
185	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable

186	17	Masculino	soltero con pareja	Medio	Favorable
187	19	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
188	17	Masculino	soltero sin pareja	Bajo	Favorable
189	18	Masculino	soltero sin pareja	Bajo	Indiferente
190	17	Femenino	soltero con pareja	Medio	Indiferente
191	18	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
192	17	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
193	16	Femenino	soltero con pareja	Bajo	Indiferente
194	18	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
195	19	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
196	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
197	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
198	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
199	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
200	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
201	19	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
202	17	Femenino	soltero con pareja	Medio	Favorable
203	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
204	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
205	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
206	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
207	16	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
208	16	Femenino	soltero con pareja	Bajo	Indiferente
209	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
210	18	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
211	17	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
212	19	Masculino	soltero sin pareja	Medio	Indiferente
213	18	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
214	16	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
215	18	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
216	18	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
217	17	Masculino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
218	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
219	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Indiferente
220	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
221	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
222	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
223	18	Femenino	soltero con pareja	Alto	Favorable
224	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable
225	17	Masculino	soltero con pareja	Medio	Favorable
226	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
227	17	Femenino	soltero sin pareja	Medio	Favorable
228	17	Femenino	soltero sin pareja	Alto	Favorable