

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Nivel de conocimiento de la población que accede a  
servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de  
la encuesta de demografía y salud familiar, 2021**

Annie Ysabel Alejos Saldaña

Para optar el Título Profesional de  
Médico Cirujano

Lima, 2025

Repositorio Institucional Continental  
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

## **INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**A** : Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud  
**DE** : Alfonso Julian Gutierrez Aguado  
Asesor de trabajo de investigación  
**ASUNTO** : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación  
**FECHA** : 10 de febrero del 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

**Título:**

Nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

**Autores:**

1. Annie Ysabel Alejos Saldaña – EAP. Medicina Humana

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 18 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI  NO
  - Filtro de exclusión de grupos de palabras menores SI  NO
- Nº de palabras excluidas (en caso de elegir "SI"): 20
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI  NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

**La firma del asesor obra en el archivo original**  
**(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)**

## **Dedicatoria**

A mi madre: Gladys Ysabel Saldaña Campos

A mi querido hermano Justin.

A mi querida abuela: Aurea Campos.

A mis tíos: Edward y Ana

Annie Ysabel

## Agradecimientos

A mi madre, por apoyarme a seguir adelante y no rendirme en esta carrera.

A mi padre, por pagar parte de mi carrera.

A mi hermano, por aguantar mi carácter en época de exámenes y a lo largo de toda la carrera.

A mi abuela y a mis tíos, por recordarme que no me debo de rendir y tengo que ser resiliente.

A mi asesor: Dr. Alfonso Gutiérrez Aguado, por su paciencia, tiempo y brindarme su conocimiento para poder realizar esta investigación.

Al INEI, por brindarme acceso a la Encuesta de Demografía y Salud Familiar del año 2021.

A mi gato Keanu, por acompañarme en cada momento que avanzaba mi tesis, incluso en las amanecidas, él estaba presente.

A Stray Kids, por acompañarme en las amanecidas con su música para no quedarme dormida, también por enseñarme que no por ir adelante llegaré primero, el camino que recorra es un progreso solo para mí, al igual que un camino de flores, eso es lo que lo hace hermoso.

A Hong Jin Young, ya que gracias a algunas de sus canciones no me rendí en mi vida académica, *Thumb up* para momentos en los que quería estudiar con ánimo y *Cheer up* cuando me sentía decaída ya que la letra te enseña que solo por un corto momento la pasarás mal, luego vendrían tiempos en los que te irán bien.

## Índice de contenido

Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
Capítulo I: Planteamiento del estudio	14
1.1. Planteamiento del problema	14
1.2. Formulación del problema	15
1.2.1. Problema general	15
1.2.2. Problemas específicos	15
1.3. Objetivos	16
1.3.1. Objetivo general	16
1.3.2. Objetivos específicos	16
1.4. Justificación	16
1.4.1. Justificación teórica	16
1.4.2. Justificación práctica	17
Capítulo II: Marco teórico	18
2.1. Antecedentes	18
2.1.1. Internacionales	18
2.1.2. Nacionales	22
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Definición y conceptos	30
Capítulo III: Hipótesis y variables	31
3.1. Hipótesis	31
3.1.1. Hipótesis general	31
3.1.2. Hipótesis específicas	31
3.2. Identificación de variables	31
3.3. Operacionalización de variables	32
Capítulo IV: Metodología	34
4.1. Métodos, tipos y nivel de investigación	34
4.1.1. Método de la investigación	34
4.1.2. Tipo de la investigación	34
4.1.3. Nivel de la investigación	35
	6

4.3. Población y muestra	35
4.3.1. Población	35
4.3.2. Muestra	35
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos	36
4.4.1. Técnicas	36
4.4.2. Instrumento	36
4.4.3. Análisis de datos	36
4.4.4. Procedimiento de recolección de datos	36
4.5. Consideraciones éticas	36
Capítulo V: Resultados	37
5.1. Presentación de resultados	37
5.1.1. Resultados descriptivos	37
5.1.2. Resultados analíticos	43
5.2. Discusión de resultados	50
Conclusiones	53
Recomendaciones	54
Bibliografía	55
Anexos	61

## Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de las variables	32
Tabla 2. Edad de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021	37
Tabla 3. Grado de instrucción de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021	38
Tabla 4. Índice de riqueza de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021	38
Tabla 5. Región donde viven las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021	39
Tabla 6. Tipo de lugar de residencia de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021	39
Tabla 7. Dialecto que hablan las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021	40
Tabla 8. Nivel de conocimiento de planificación familiar de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021	41
Tabla 9. Uso de método de planificación familiar de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021	41
Tabla 10. Método de planificación familiar actual que usan las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021	42
Tabla 11. Asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021	43
Tabla 12. Asociación entre los factores sociales y uso de planificación familiar de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021	47
Tabla 13. Asociación entre los factores demográficos y uso de planificación familiar de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021	49



## Índice de figuras

Figura 1. Método del ritmo	24
Figura 2. Coitus interruptus	25
Figura 3. Condón masculino	25
Figura 4. Condón femenino	26
Figura 5. Diafragma	26
Figura 6. Anticonceptivo oral combinado de 21 días	27
Figura 7. Áreas de aplicación del parche transdérmico y tiempo de uso	27
Figura 8. Inyección anticonceptiva trimestral	27
Figura 9. Zona en la que se establece el implante subdérmico	28
Figura 10. Zona en la que se establece el anillo vaginal	28
Figura 11. Tipos de DIU y su localización	29
Figura 12. Tipos de ligadura de trompa	29
Figura 13. Vasectomía	29

## Resumen

La investigación examina la relación entre factores sociodemográficos y el conocimiento sobre servicios de salud sexual y reproductiva utilizando datos de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar 2021. Adopta un enfoque cuantitativo y un diseño descriptivo transversal, centrándose en mujeres de 12 a 49 años mediante una muestra probabilística estratificada. El análisis se enfoca en el nivel de conocimiento, aplicando criterios específicos de inclusión y exclusión y utilizando la prueba de chi cuadrado de Pearson. Los resultados subrayan la influencia de la edad, nivel educativo e índice de riqueza en el conocimiento, evidenciando una disminución del conocimiento inadecuado con la edad y la educación. La asociación entre factores sociodemográficos y el conocimiento, así como el uso de métodos de planificación familiar, es estadísticamente significativa ( $p < 0.001$  y  $p < 0.018$ ). En conclusión, el estudio destaca la influencia crucial de estos factores en el conocimiento de salud sexual y reproductiva, proporcionando información valiosa para intervenciones personalizadas.

**Palabras clave:** planificación familiar, educación sexual, conocimiento

## **Abstract**

The research examines the relationship between socio-demographic factors and knowledge about sexual and reproductive health services using data from the 2021 Demographic and Family Health Survey. It adopts a quantitative approach and a cross-sectional descriptive design, focusing on women aged 12 to 49 years, through a stratified probabilistic sample. The analysis focuses on the level of knowledge, applying specific inclusion and exclusion criteria and using the Pearson chi-square test. The results highlight the influence of age, educational level, and wealth index on knowledge, evidencing a decrease in inadequate knowledge with age and education. The association between socio-demographic factors and knowledge, as well as the use of family planning methods, is statistically significant ( $p < 0.001$  and  $p < 0.018$ ). In conclusion, the study highlights the crucial influence of these factors on sexual and reproductive health knowledge, providing valuable information for personalized interventions.

**Keywords:** Family Planning, Sexual Education, Knowledge (Source: DeCS BIREME).

## **Introducción**

El acceso a la salud sexual y reproductiva es un componente fundamental de bienestar para las poblaciones en todo el mundo, y su acceso equitativo es un indicador clave del desarrollo social. En este contexto, el presente estudio se enfoca en la asociación entre factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva, utilizando como fuente principal de datos la Encuesta de Demografía y Salud Familiar 2021.

La planificación familiar ha experimentado cambios significativos en distintas regiones. Estos cambios se han debido a factores como el acceso a la información, la disponibilidad de servicios y las características socioeconómicas de las poblaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta las diferencias regionales en este aspecto, destacando los notables avances y los obstáculos persistentes en el acceso a los métodos anticonceptivos.

El conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos varían a nivel mundial, siendo evidente una diferencia entre regiones desarrolladas y en desarrollo. Aunque hay avances en América Latina, todavía hay obstáculos en la difusión y el acceso a métodos anticonceptivos actuales. Sin embargo, la Encuesta de Demografía y Salud Familiar es una herramienta útil para comprender estos patrones en Perú.

Utilizando un enfoque cuantitativo y la potente base de datos de ENDES 2021, este estudio se posiciona en la vanguardia de la investigación al abordar la asociación específica entre factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva en el Perú.

El propósito de este estudio es proporcionar una nueva perspectiva e información actualizada sobre la salud sexual y reproductiva en el Perú, enfocándose en la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento. La investigación brinda la oportunidad de identificar áreas de intervención específicas y diseñar estrategias educativas adaptadas a comunidades y grupos demográficos particulares al enfocarse en factores específicos como determinantes del conocimiento. Este método tiene el potencial de mejorar significativamente la prestación de servicios de salud y brindar datos útiles para la toma de decisiones en políticas de salud pública, lo que podría tener un impacto positivo en la equidad y el bienestar de la población peruana.

El trabajo de investigación consta de cinco capítulos: el primero explica el planteamiento del estudio, el segundo presenta el marco teórico, el tercero incluye las hipótesis y las variables del estudio, el cuarto describe la metodología utilizada y el quinto presenta los resultados y la discusión.

# Capítulo I

## Planteamiento del estudio

### 1.1. Planteamiento del problema

La planificación familiar es la agrupación de métodos para controlar la natalidad haciendo uso de métodos anticonceptivos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2019, 270 millones de mujeres en edad reproductiva fueron privadas del uso de métodos anticonceptivos, ya que en ciertas regiones, como el sudeste asiático, África central y occidental, no gozan aún de los beneficios de la planificación familiar<sup>1,2</sup>.

Por otro lado, tenemos regiones que sí tienen conocimiento adecuado de los métodos anticonceptivos y hacen uso de estos métodos, regiones como Norteamérica, el norte de Europa y países como Australia y Nueva Zelanda<sup>3,4</sup>.

En esas regiones se hace uso de métodos anticonceptivos, los que se dividen en métodos anticonceptivos de barrera (espermicidas, diafragma y condón) métodos hormonales de acción corta (píldoras, parche, anillo e inyección), métodos hormonales de acción prolongada (DIU e implante) y por último la esterilización (vasectomía y ligadura de trompas)<sup>3,4,5,6</sup>.

La planificación familiar no solo se enfoca en el uso de anticonceptivos en esos países, sino también en el control de la cantidad de nacimientos, teniendo menos de cuatro hijos por familia, inclusive la planificación familiar impacta también a los inmigrantes que llegan a esos países. También en esos países desarrollados vemos que su manera de promover la planificación familiar es a través de tecnología, con el uso de apps en teléfonos móviles<sup>7,8</sup>.

En Latinoamérica, ha mejorado el conocimiento de planificación familiar en comparación a hace 22 años, pero aún falta demasiado para llegar al nivel de los países desarrollados. El país latinoamericano con mejor acceso a la planificación familiar es Costa Rica con la tasa de uso de anticonceptivos modernos más alta de la región (74,7 %). Colombia es el segundo país con la tasa más alta de la región, cubriendo el 49 % de su población, sin embargo, carece de la gama completa de métodos anticonceptivos en zonas rurales de ese país<sup>9</sup>.

Entre la mayoría de los países latinoamericanos, hasta el año 2013, el método moderno más usado era la esterilización femenina, excepto en Chile, que el método moderno más usado era la DIU<sup>9</sup>.

Con respecto a nuestro país, se ha encontrado gracias a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2019 (ENDES 2019) que el 75.9 % de mujeres en edad fértil hace uso de métodos anticonceptivos que varían entre métodos modernos y tradicionales. También en esa encuesta se ve una diferencia al separar el uso de métodos, puesto que en nuestro país aparte de los métodos modernos, aún se sigue haciendo uso de los métodos tradicionales, teniendo en las regiones con mayor uso de métodos anticonceptivos modernos a Lima, Piura y Tumbes (64,3%), y la región con menos uso de métodos anticonceptivos modernos en Puno (31%)<sup>10</sup>.

Esta encuesta muestra además de que ha habido una mejora considerable en la planificación familiar, aún falta resolver ciertos paradigmas para que la población empiece a hacer uso de los métodos anticonceptivos modernos en mayor cantidad, ya que como sabemos los métodos tradicionales deberían de ir de la mano con el uso de los métodos anticonceptivos modernos<sup>10</sup>.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cómo se asocia los factores sociodemográficos con el nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021?

### **1.2.2. Problemas específicos**

1. ¿Cuáles son los factores sociales según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021?

2. ¿Cuáles son los factores demográficos según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la asociación de los factores sociodemográficos con el nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Asociar los factores sociales según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

2. Asociar los factores demográficos según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

## **1.4. Justificación**

### **1.4.1. Justificación teórica**

Con respecto a este trabajo, se busca actualizar la información de la encuesta de demografía y salud familiar describiendo, mediante este medio, el nivel de conocimiento de planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos. Esto con el fin de que la información pueda ser usada por los servicios de salud para que puedan mejorar su calidad y brinden un adecuado trato al paciente al momento de pedir el servicio de planificación familiar, ya que esto ayudará a que más personas tengan conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Así mismo, esta mejora de los servicios de salud ayudará para que se fomente el uso de métodos anticonceptivos no solo en el lugar de atención, sino en la comunidad en la que encontramos este servicio.

Además la descripción de este trabajo de investigación contribuiría a que las autoridades del Minsa continúen potenciando las estrategias de planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos tanto en mujeres como en varones, ya que la planificación familiar involucra a la pareja en si (varón y mujer).

### **1.4.2. Justificación práctica**

La información del presente trabajo permitirá disminuir el mal uso de los métodos anticonceptivos, pues el análisis de la encuesta servirá como reflexión para saber el nivel de conocimiento de la población sobre los métodos anticonceptivos y la planificación familiar.



## **Capítulo II**

### **Marco teórico**

#### **2.1. Antecedentes**

##### **2.1.1. Internacionales**

En el estudio desarrollado por Gebre et al.<sup>11</sup>, se identifica que de las 15683 mujeres en edad reproductiva entrevistadas, solo 3023 hacen uso de anticonceptivos modernos, siendo el método más usado el inyectable con un 58,88 %, y el segundo fue el implante anticonceptivo con un 24,32 %. Una cantidad muy baja de mujeres que viven en zonas rurales ha podido usar métodos anticonceptivos modernos, con un 18,8 %. Además, vemos que las mujeres que no trabajan no hacen uso de métodos anticonceptivos modernos, teniendo la cantidad más alta de porcentaje de no uso de métodos anticonceptivos modernos (83.39%). Así como los predictores que mencionamos anteriormente, hay predictores que también tienen una asociación significativa, como la edad, el número de hijos vivos, la educación del marido, la edad de la primera relación sexual, el deseo del marido de tener más hijos, el índice de riqueza y ver televisión.

Yeboah et al.<sup>12</sup>, muestran que las actitudes, las normas subjetivas y el control del comportamiento percibido tienen un gran impacto en las decisiones de las mujeres de usar anticonceptivos. Se encuestó a 4504 mujeres de entre 15 y 49 años que no usaban anticonceptivos, de las cuales el 39.42 % si tenía la intención de usar anticonceptivos. De las encuestadas, las mujeres casadas tienen intención de usar anticonceptivos pero en un porcentaje muy bajo, en comparación con las que nunca se casaron. Además, las mujeres de 15 a 24 años tienen una intención de usar anticonceptivos mayor que las de 25 a 34 años y de 35 a 49 años.

En el estudio desarrollado por Abarzua-Campos et al.<sup>13</sup>, se identifica que las 115 mujeres adolescentes encuestadas de primer a cuarto año de enseñanza con un rango etario de 15 a 20 años en Chile presentaban cierto conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, a pesar de que no lo usaban usualmente. Además, podemos observar que el 39 % de las encuestadas eran sexualmente activas que comenzaron su vida sexual en promedio a los 15 años y con un número promedio de parejas sexuales de 2. De las encuestadas, las sexualmente activas usaban diversos métodos anticonceptivos, siendo el más usado el método hormonal inyectable con un 31,1 %, el segundo fue el anticonceptivo oral combinado en un 20 % y como tercera opción con un 15,6 % decían que no usaban ni un

método anticonceptivo cuando fueron entrevistadas, encima de todas la encuestadas, el 91,3 % consideraban que necesitaban más información sobre la anticoncepción de emergencia.

Perez-Blanco et al.<sup>14</sup>, muestran que el conocimiento sobre planificación familiar en los adolescentes que habitan la zona rural de México no es la necesaria, se encuestó a 171 adolescentes de ambos sexos, con un rango etario de 15 a 19 años, de los cuales la mayoría con un 38,6 % tenían un conocimiento medio sobre la planificación familiar. Además, podemos observar en uno de los cuadros estadísticos que a la edad de 15 años los encuestados tiene una prevalencia de conocimiento bajo con respecto a la planificación familiar (48,7%), y esta se va elevando con el paso de la edad hasta llegar a un conocimiento alto a la edad de 19 años (53,3%). Por añadidura, podemos observar que el método anticonceptivo más conocido por los encuestados es el condón con un 95,6 %, como segundo tenemos a la píldora anticonceptiva con un 73,4 % y como tercero a la pastilla de emergencia o *post-day* con un 72,2 %.

En el estudio realizado por Contreras et al.<sup>15</sup>, se identifica que los 213 participantes de la Universidad Autónoma de México con rango etario de 18 a 21 años recibieron información sobre la planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos a lo largo de su vida, de los que el 58 % opinó que la información dada sobre métodos anticonceptivos que han recibido hasta ahora fue suficiente para ellos, también de todos esos encuestados solo el 22 % respondió que aún siguen teniendo dudas sobre el uso de métodos anticonceptivos. Así mismo, con respecto a las conductas sexuales que tenían los encuestados, el 69 % atestiguaron que habían tenido relaciones sexuales, de los que la mayoría, con un 62 %, acotaron que tuvieron su primera relación sexual entre los 13 y 17 años. Además, cuando se les preguntó si en ese momento usaron algún método anticonceptivo, la mayoría, con un 64 %, respondió que sí, y de ese grupo el 96 % respondió que habían utilizado condón, por otro lado, el grupo que respondió que no usó método anticonceptivo, con un 36 %, la mayoría, con un 44 %, respondió que no lo había usado porque el momento fue espontáneo o no planificado.

Motta et al.<sup>16</sup> muestran que los 1594 adolescentes encuestados de escuelas públicas y privadas con un rango etario de 12 a 19 años de Sao Paulo, tienen conocimiento aunque sea de un método anticonceptivo, de los cuales los más mencionados fueron el condón masculino, con un promedio de 79.25 % entre escuelas públicas y privadas, las píldoras, con un promedio de 64.25 % entre escuelas públicas y privadas, y condón femenino, con un promedio de 47.15 % entre escuelas públicas y privadas. Sin embargo, si analizamos la comparación del conocimiento sobre métodos anticonceptivos de los estudiantes de escuelas públicas y privadas, los estudiantes de escuelas públicas, con un 25,7

%, tiene un conocimiento apropiado de los métodos anticonceptivos, en comparación con las escuelas privadas que tienen un 40,8 %, por lo cual se resalta en el artículo que es una comparación significativa, ya que los de estudiantes de instituciones educativas públicas obtuvieron un puntaje muy bajo en comparación con los de instituciones educativas privadas.

En el estudio realizado por Bongongo et al.<sup>17</sup> se identifica que las 126 mujeres participantes en la encuesta de Sudáfrica con un rango etario de menos de 20 a 44 años presentaban un conocimiento satisfactorio sobre los métodos anticonceptivos con un 72.2 %, mencionando que los métodos anticonceptivos más conocidos eran el condón masculino con un 98.4 %, el condón femenino con un 96.8 % y las píldoras con 96 %. Además, se les realizó algunas otras preguntas, una de ellas fue sobre su opinión sobre el uso de los métodos anticonceptivos, la mayoría con un 98.4 % respondieron que aprobaban el uso de estos métodos anticonceptivos, y de todas ellas, el 73 % ya había hecho uso de estos métodos anticonceptivos, otra de las preguntas tenía que ver cuál era su razón para usar métodos anticonceptivos, una de las más importantes fue presión familiar con un 24 %, pero la mayoría con un 35.9 % respondió otras razones que no fueron comentadas por las encuestadas, por último, la otra pregunta tiene que ver con la razón por la que dejaron de usar esos métodos anticonceptivos, la mayoría con un 45.2 % dijo que por sangrado y la otra gran mayoría dijo que porque querían concebir a otro bebe con un 22.6 %.

Obisie et al.<sup>18</sup> muestran que en Sudáfrica el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) es un compromiso constitucional, basándose en datos de una encuesta de hogares. Esta investigación reveló que la mitad de los encuestados tenía conocimientos limitados sobre planificación familiar, y un tercio (35%) carecía de acceso a SSR. Factores asociados incluyeron ser mujer, pertenecer al grupo de edad de 30 a 34 años y al índice de riqueza rico para conocimientos sobre planificación familiar, y los factores asociados con la falta de acceso a SSR eran nivel educativo superior y discriminación en Hillbrow. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un acceso universal a los servicios de SSR para los jóvenes inmigrantes, alineándose con la constitución sudafricana y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En el estudio realizado por Devi et al.<sup>19</sup> se identifica que Indonesia aborda el tema de los efectos perjudiciales del embarazo en adolescentes, destacando la importancia de prepararse para el embarazo desde la adolescencia. El estudio identificó factores importantes para la tasa de natalidad entre adolescentes en Indonesia (entre 15 y 19 años) utilizando datos secundarios de la Encuesta de Desempeño y Responsabilidad del Gobierno de 2019, que contó con una muestra representativa a nivel provincial y nacional (n = 7,786). Los hallazgos

destacaron que factores como el empleo, el origen rural, el bajo nivel de bienestar y el inicio de relaciones sexuales entre los 15 y 19 años tenían un impacto significativo en el parto adolescente. En contraste, la edad, el nivel educativo, la información sobre planificación familiar y el acceso a medios impresos o electrónicos son factores importantes.

Singh et al.<sup>20</sup> muestran que en India existe baja prevalencia de métodos anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de planificación familiar (PF) entre las adolescentes casadas. Con datos de la cuarta ronda de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (NFHS-4), que se llevó a cabo entre 2015-2016, el estudio evaluó el uso de anticonceptivos modernos entre adolescentes casadas de 15 a 19 años en la India. Los hallazgos mostraron un aumento del 4 % al 10 % en el uso de anticonceptivos modernos entre 1992-93 y 2015-16, destacando su escaso uso en grupos específicos como personas sin educación, residentes en zonas rurales, pertenecientes a clases sociales más bajas, practicantes de la religión hindú, mujeres del quintil de riqueza más pobre, sin hijos y mujeres que no han recibido mensajes de PF a través de medios o médicos. Se descubrió que el contacto con los trabajadores de la salud tiene un impacto significativo en el uso de anticonceptivos modernos, lo que indica que los adolescentes casados deben tener más contacto con los trabajadores de la salud para mejorar la atención y prevenir embarazos y matrimonios precoces.

En el estudio realizado por Hylton et al.<sup>21</sup> se identifica que 222 mujeres jóvenes que asistieron a una clínica pública en Kingston entre noviembre de 2018 y marzo de 2019 presentan escaso conocimiento sobre métodos anticonceptivos, la puntuación media de conocimientos de las 7 preguntas sobre anticoncepción fue de 2,7. Aproximadamente el 46 % de las mujeres consideraban que los preservativos masculinos, la anticoncepción oral o la retirada resultaban tan o más efectivos que el DIU para la anticoncepción, y un adicional 21 % declaró desconocer su eficacia relativa. Adicionalmente, la mayoría de las mujeres equivocadamente pensaron que la anticoncepción oral (13,5%), la anticoncepción inyectable (10,4%) o los implantes (9%) pueden provocar infertilidad.

Alkalash et al.<sup>22</sup> muestran que en Al-Qunfudah, Arabia Saudita, las mujeres en edad reproductiva tenían un conocimiento satisfactorio de los diferentes métodos anticonceptivos, siendo las píldoras anticonceptivas y el dispositivo intrauterino (DIU) los métodos anticonceptivos más conocidos (85,25% y 57,75%, respectivamente). Además, casi el 85 % de las participantes mostró una actitud positiva hacia el uso de anticonceptivos. Las píldoras anticonceptivas (32,39%) y los DIU (29,95%) fueron los métodos anticonceptivos más

utilizados. No obstante, debemos recordar que la encuesta fue mayormente realizada a personas con nivel universitario.

En el estudio realizado por Yi et al.<sup>23</sup> se identifica que la mayoría de las mujeres de Corea del Sur están familiarizadas con los preservativos y los métodos naturales, sin embargo, no poseen conocimientos sobre otros métodos anticonceptivos, tales como el implante subdérmico y el DIU. La mayor proporción de mujeres declaró tener conocimientos sobre condones (74,2%), métodos naturales (método del ritmo o retiro, 52,4%) y anticonceptivos orales combinados (AOC) (36,9%) con mayor frecuencia que otros métodos anticonceptivos, como los dispositivos intrauterinos de cobre (3,3%) y los implantes subdérmicos (1,4%). Además, de las 1011 mujeres encuestadas, el 83,1 % manifestó su inclinación a aprender sobre métodos anticonceptivos distintos a los que emplea en la actualidad. Respecto a la edad, el 87,1 % de las mujeres de 20 a 29 años, el 82,8 % de las de 30 a 39 años y el 76,8 % de las de 40 a 44 años expresaron su voluntad para adquirir conocimientos sobre métodos anticonceptivos distintos.

### **2.1.2. Nacionales**

En el estudio realizado por Díaz et al.<sup>24</sup> mediante el uso de los datos de la Encuesta de Demografía y Salud del Perú de 2019, tuvieron como objetivo identificar los factores asociados al uso de anticonceptivos modernos, así como analizar las desigualdades y la distribución espacial en mujeres peruanas de 15 a 49 años. El uso de anticonceptivos modernos se relaciona positivamente con la juventud, la primera relación sexual antes de los 18 años y el estado civil de estar casados pero no vivir juntos. En general, el uso de anticonceptivos modernos fue del 39,3 %. La utilización de anticonceptivos modernos se relaciona negativamente con hablar quechua o aimara y no tener hijos. A pesar de que se detectaron desigualdades (con una distribución favorable a los ricos), su impacto fue mínimo. El análisis espacial mostró un patrón de distribución agrupado, con heterogeneidad interdepartamental e intradepartamental en la prevalencia de los anticonceptivos modernos. Los departamentos con las tasas más bajas fueron el sur, el sureste y el noreste, lo que demuestra la importancia de abordar las barreras no financieras a través de esfuerzos intersectoriales para garantizar el acceso universal a anticonceptivos modernos en el país.

Pérez et al.<sup>25</sup> muestran que en nuestro país se hizo un análisis en San Juan de Miraflores con 712 adolescentes participantes de un rango etario de 13 a 17 años mediante mensaje de texto con el diseño de estudio Armadillo (Adolescent/Youth Reproductive Mobile Access and Delivery Initiative for Love and Life Outcomes) a sus respectivos celulares, en la cual se dividió en tres grupos a los participantes para mandar estos mensajes

armadillo con preguntas, el grupo 1 recibió de 15 a 25 mensajes por semana con información sobre salud sexual y reproductiva y al terminar la semana se le hacía un cuestionario, el grupo 2 recibió 10 mensajes por semana igualmente con dicha información y al terminar la semana se les hacía un cuestionario, el grupo 3 no recibió algún mensaje pero se les dio la opción de aprender si es que lo deseaban. Con ese estudio se pudo ver que sí se pudo bajar la tasa de mitos y conceptos erróneos sobre la anticoncepción en los 3 grupos.

En el estudio realizado por Soriano et al.<sup>26</sup> mediante el uso de la encuesta demográfica y de salud familiar tomando una población de 30169 mujeres con rango etario de 15 a 49 años se puede identificar que del 28.92 % al 30.92 % de mujeres hacían uso de los métodos anticonceptivos en ese momento, de los cuales los más usado eran las inyecciones con un 54.3 %, segundo la ligadura de trompas o esterilización femenina con un 18.8 %, y tercero, la píldora anticonceptiva oral con un 17.2 %. Además, pudimos observar que las mujeres que hacen uso de los métodos anticonceptivos estaban casadas o conviven (50.9%). También vimos que las mujeres que no hacían uso correcto de los métodos anticonceptivos no había ido a un servicio de planificación familiar (62.8%), no había visto en la televisión una publicidad acerca de planificación familiar (63.8%), tampoco había oído en radio sobre planificación familiar (62.9%) o incluso no había leído sobre planificación familiar en el periódico (50.9%), concluyendo así que las personas que hacen uso de métodos anticonceptivos si tienen conocimiento sobre planificación familiar pero las personas que no hacen uso, tienen un conocimiento muy bajo sobre planificación familiar.

En el estudio realizado por Márquez et al.<sup>27</sup> mediante una encuesta a 3378 mujeres venezolanas entre migrantes y refugiadas de un rango etario de 15 a 49 años de la cuales el 96.2 % respondió que no tenían seguro de salud. Además, se vio que el servicio de planificación familiar era mejor recibido en las encuestadas que residían en Trujillo, en comparación con las que residen en Lima Metropolitana, Arequipa, Tumbes y Callao, dándonos cuenta el porqué se evidencia un 61.7 % de no acceso al servicio de planificación familiar entre todas las encuestadas.

Irons<sup>28</sup> muestra un estudio realizado con 50 inmigrantes venezolanas en Lima analizando la prestación del servicio de planificación familiar, de las cuales el 48 % prefiere recibir el servicio de planificación familiar mediante MINSA, 32 % prefirió recibir métodos anticonceptivos mediante una farmacia y 20 % mediante clínicas privadas. Según las conclusiones, los farmacéuticos podrían desempeñar un papel importante en el apoyo a las mujeres migrantes mediante el uso de la "gobernanza reproductiva", informándose sobre los servicios públicos de SSR disponibles en Lima.

## 2.2. Bases teóricas

- Planificación familiar

Es un programa en el que se ayuda para que el comportamiento sexual de las familias sea óptimo y también para que se cuida la tasa de natalidad de las familias mediante el uso de métodos anticonceptivos<sup>29</sup>.

### 1. Métodos de planificación familiar naturales

Método del ritmo o ciclo menstrual: este método necesita de la comprensión de la pareja y se analiza el ciclo menstrual de la mujer mediante un calendario para saber los días fértiles de su ciclo.

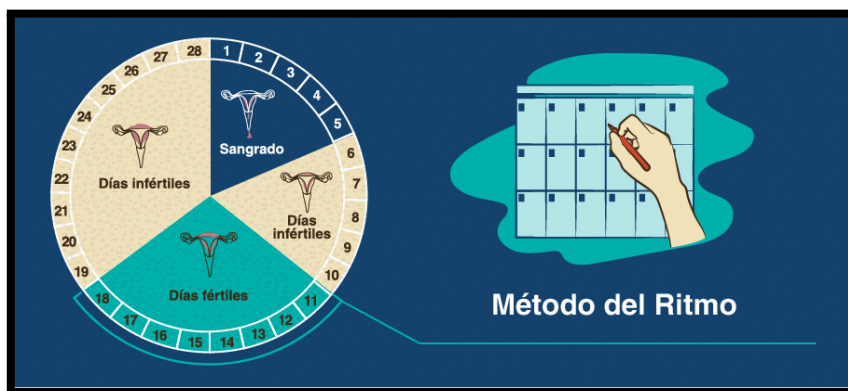


Figura 1. Método del ritmo<sup>30</sup>

Coitus interruptus: este método necesita que el varón saque su miembro viril fuera antes de que logre la eyaculación.

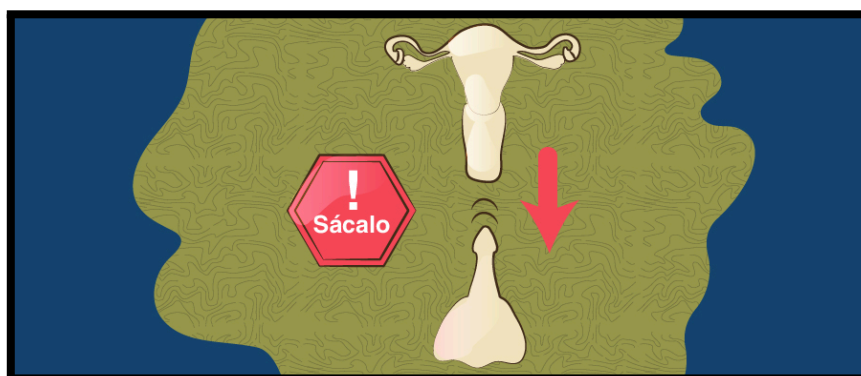


Figura 2. Coitus interruptus<sup>30</sup>

Amenorrea por lactancia: este método es beneficioso cuando el bebe se alimenta exclusivamente, es decir, no se le da suplementos y se le da con frecuencia. Estas afecciones

suelen aparecer durante los primeros tres meses después del parto y son transitorias. Una vez que desaparezcan, se recomienda usar anticonceptivos seguros.<sup>31</sup>

Abstinencia periódica: este método es para evitar tener relaciones sexuales durante el período fértil de una mujer. Es esencial que la mujer tenga ciclos menstruales muy regulares, por lo que necesita una descripción y enseñanza detalladas. En comparación con otros métodos, requiere una alta motivación y tiene una mayor probabilidad de fracaso. No protege contra las enfermedades infecciosas o el VIH/SIDA.<sup>31,32</sup>

## 2. Métodos de planificación familiar de barrera

Condón masculino: su composición puede ser de poliuretano o látex y no solo sirve para evitar embarazos sino también para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual.

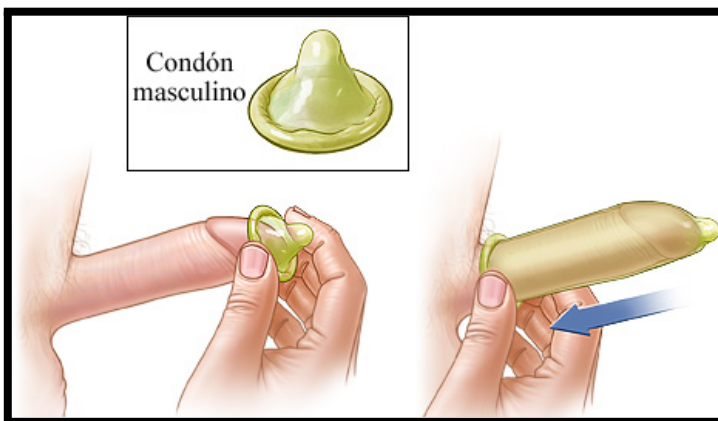


Figura 3. Condón masculino<sup>33</sup>

Condón femenino: de igual manera que el condón masculino este sirve como protección de fecundación y contagio de infecciones de transmisión sexual.

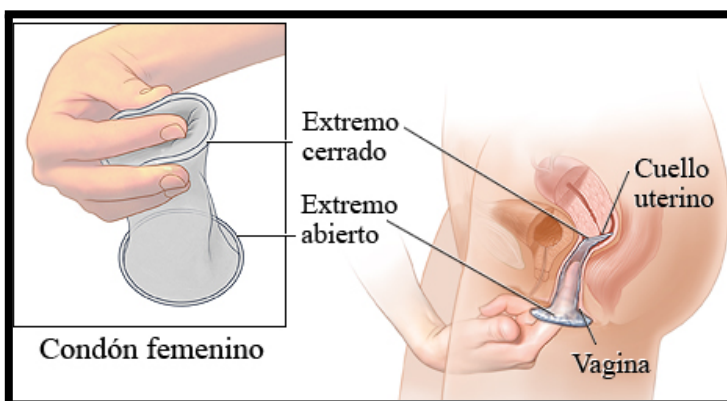


Figura 4. Condón femenino<sup>33</sup>



Diafragma: es un dispositivo intravaginal que cubre el cérvix para evitar que se produzca la fecundación.

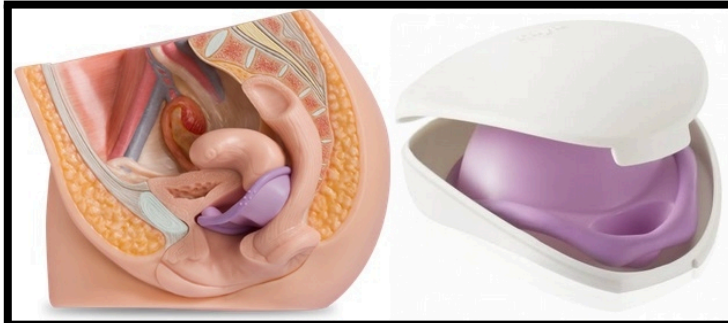


Figura 5. Diafragma<sup>34</sup>

### 3. Métodos de planificación familiar hormonales

Píldoras o anticonceptivos orales combinados: son medicamentos que se le receta a la paciente como método anticonceptivo de las cuales tenemos dos tipos: simple (monofásico, bifásico, trifásico y de emergencia postcoital) y preparación individual (progestágenos y estrógenos de emergencia). Estos medicamentos están contraindicados en mujeres con problemas en el hígado, problemas circulatorios, embarazo y lactancia.

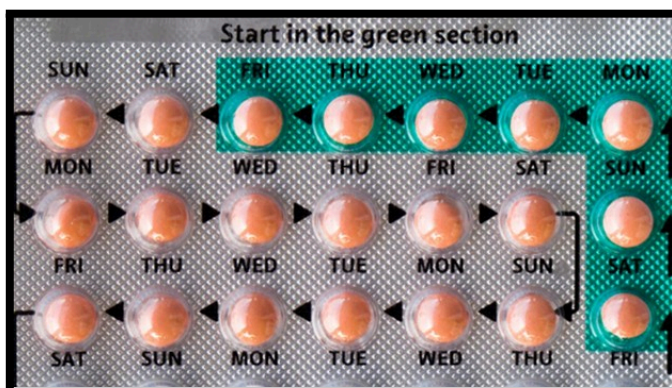


Figura 6. Anticonceptivo oral combinado de 21 días<sup>35</sup>

Parche transdérmico: este dispositivo contiene etonogestrel que es mayor su concentración de plasma y esto causa efectos secundarios como sensibilidad en los senos.



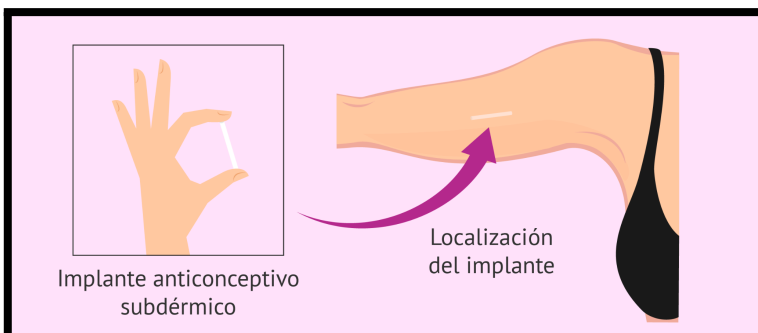
Figura 7. Áreas de aplicación del parche transdérmico y tiempo de uso <sup>36,37</sup>

Inyección: existen dos tipos de inyección: la combinada que es mensual y la trimestral que contiene progestágenos.



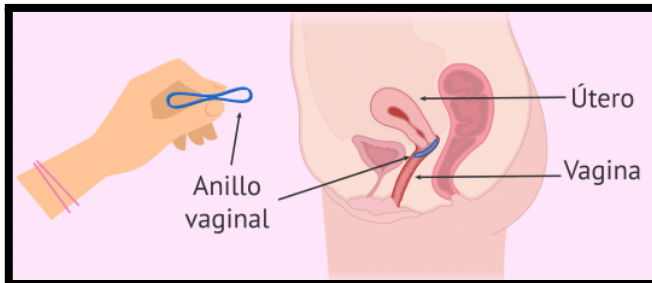
Figura 8. Inyección anticonceptiva trimestral<sup>38</sup>

Implante subdérmico: este implante puede tener 2 tipos de medicamentos, o bien levonorgestrel o bien etonogestrel, teniendo ambos una tasa alta de anticoncepción. Extraer luego de 3 años.



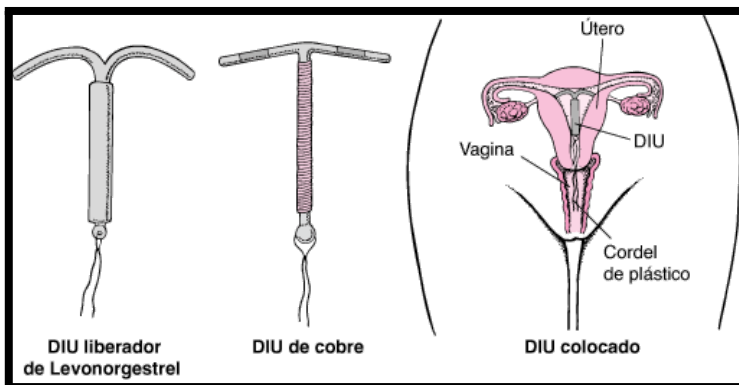
**Figura 9.** Zona en la que se establece el implante subdérmico<sup>39</sup>

Anillo vaginal: este dispositivo contiene etonogestrel y es recomendado a las pacientes que obtuvieron disfunción sexual por consumir de manera oral el medicamento



**Figura 10.** Zona en la que se establece el anillo vaginal<sup>40</sup>

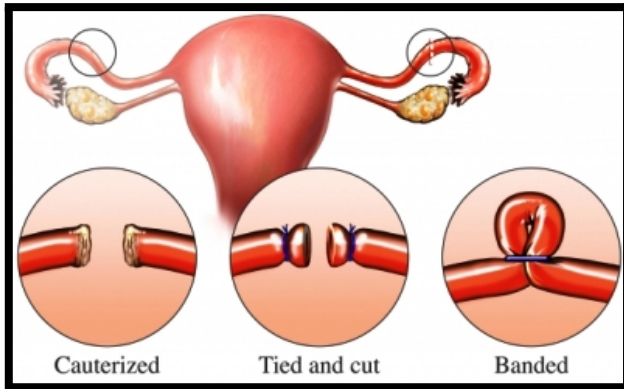
DIU: Este es un dispositivo en forma de T que puede estar cubierto de cobre o levonorgestrel que ingresa por la cavidad vaginal hasta la cavidad uterina donde se queda implantado. Este debe de ser extraído después de 5 años. Las pacientes pueden tener complicaciones como: dolor tipo cólico que se puede resolver con un ibuprofeno, ataque sincopal o perforación parcial o completa.



**Figura 11.** Tipos de DIU y su localización<sup>41</sup>

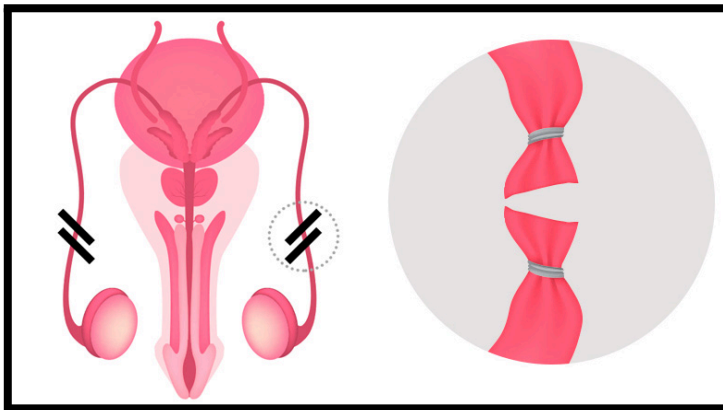
#### 4. Métodos de planificación familiar quirúrgicos

Ligadura de trompa o esterilización femenina: es una operación de esterilización irreversible en la que se liga la trompa que conecta al ovario con el útero.



**Figura 12.** Tipos de ligadura de trompa<sup>42</sup>

Vasectomía o esterilización masculina: es una operación de esterilización irreversible en la cual se disecciona y se corta el conducto deferente<sup>43, 44</sup>.



**Figura 13.** Vasectomía<sup>45</sup>

### 2.3. Definición y conceptos

Nivel de conocimiento: es una manera en la que se analiza el nivel de sabiduría sobre el tema que se está planteando<sup>46</sup>.

Planificación familiar: es un programa en el que se ayuda para que el comportamiento sexual de las familias sea óptimo y también para que se cuide la tasa de natalidad de las familias mediante el uso de métodos anticonceptivos, mejorando así su salud sexual y reproductiva.

Métodos anticonceptivos: son los procedimientos o dispositivos que se usan en la planificación familiar para evitar el contagio de alguna ITS o del embarazo<sup>47</sup>.

## **Capítulo III**

### **Hipótesis y variables**

#### **3.1. Hipótesis**

##### **3.1.1. Hipótesis general**

La asociación de los factores sociodemográficos con el nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021 es mayor a la esperada.

##### **3.1.2. Hipótesis específicas**

1. Existe relación entre los factores sociales según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

2. Existe relación entre los factores demográficos según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

#### **3.2. Identificación de variables**

- Variables dependientes
  - Nivel de conocimiento de métodos de planificación familiar
  
- Variables independientes
  - Acceso a servicios de salud familiar

### 3.3. Operacionalización de variables

**Tabla 1.** Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Operacionalización			
					Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	
Acceso a servicios de salud familiar	Cualidades relativas a la sociedad y la demografía <sup>48, 49, 50</sup> .	Cualidades sociales, demográficas y económicas que cumple la población a la que se le está evaluando	Factores sociales	Rango etario	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 15-17</li> <li>● 18-23</li> <li>● 24-29</li> <li>● 30-35</li> <li>● 36-41</li> <li>● 42-50</li> </ul>	Cuantitativa	Discreta	
				Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sin educación</li> <li>● Primaria incompleta</li> <li>● Primaria completa</li> <li>● Secundaria incompleta</li> <li>● Secundaria completa</li> <li>● Superior</li> </ul>	Cualitativo	Nominal politómica	
				Índice de riqueza	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Más pobre</li> <li>● Pobre</li> <li>● Medio</li> <li>● Rico</li> <li>● Más rico</li> </ul>	Cualitativo	Nominal politómica	
				Factores demográficos	Región	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Costa</li> <li>● Sierra</li> <li>● Selva</li> </ul>	Cualitativo	Nominal politómica
					Área de residencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Urbano</li> <li>● Rural</li> </ul>	Cualitativo	Nominal dicotómica
					Idioma o	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Quechua</li> </ul>	Cualitativo	Nominal

				dialecto que hablan habitualmente en su hogar	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aimara</li> <li>● Ashaninka</li> <li>● Awajún/Aguaruna</li> <li>● Shipibo/Konibo</li> <li>● Shawi/Chayahuita</li> <li>● Matsigenka/ Machiguenga</li> <li>● Achuar</li> <li>● Castellano</li> <li>● Portugués</li> <li>● Otra lengua extranjera</li> </ul>		politómica
Nivel de conocimiento de planificación familiar	Medida para comprobar la diferencia o igualdad sobre el entendimiento de la planificación familiar <sup>51, 52</sup> .	Rango en el cual se ubica la población sobre su sabiduría acerca del tema de planificación familiar.	Uso de métodos de planificación familiar	MPF naturales	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coitus interruptus o retiro</li> <li>● Abstinencia periódica</li> <li>● Método del ritmo</li> <li>● Amenorrea por lactancia (MELA)</li> </ul>	Cualitativo	Nominal politómica
				MPF de barrera	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Condón masculino</li> <li>● Condón femenino</li> <li>● Diafragma</li> </ul>	Cualitativo	Nominal politómica
				MPF hormonales	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Píldoras anticonceptivas combinadas o orales</li> <li>● Norplant/Implantes</li> <li>● Anticoncepción oral de emergencia</li> <li>● Inyección</li> <li>● DIU</li> </ul>	Cualitativo	Nominal politómica
				MPF quirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Esterilización femenina</li> <li>● Esterilización masculina</li> </ul>	Cualitativo	Nominal dicotómica
				No usa MPF	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No</li> </ul>	Cualitativo	Nominal

## **Capítulo IV**

### **Metodología**

#### **4.1. Métodos, tipos y nivel de investigación**

##### **4.1.1 Método de la investigación**

El trabajo se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, se empleó uso de variables y pruebas estadísticas para la recolección y análisis de datos.

##### **4.1.2. Tipo de la investigación**

Investigación básica, teórica o pura derivada del análisis de datos de la encuesta Endes, esta es pura según Baena debido a que en este estudio tratamos de buscar solamente conocimiento sobre el tema que estamos investigando<sup>53</sup>.

Según la intervención del investigador, es observacional, porque no hay intervención del investigador que pueda distorsionar los datos, entonces con esta regla se asume que el factor o variable independiente es el único factor responsable del valor de la variable dependiente<sup>54</sup>.

Según la planificación de la toma de datos, es retrospectivo, porque el objeto de estudio había sucedido antes del momento en que se planificó la investigación<sup>40</sup>.

Según el número de ocasiones en las que se mide la variable de estudio, es transversal, porque las variables de estudio se midieron en un solo periodo de tiempo<sup>55</sup>.

Según el número de variables asociadas es descriptivo, ya que solo tienen por objeto medir o recopilar información de forma independiente o en general sobre los conceptos o diferencias que indican, es decir, su propósito no es mostrar cómo se relaciona<sup>55</sup>.

##### **4.1.3. Nivel de la investigación**

Estudio analítico, el cual analiza el nivel de conocimiento de la muestra asociado a los factores sociodemográficos.

#### **4.2. Diseño de la investigación**

Estudio no experimental, descriptivo transversal, debido a que los datos fueron recolectados en un tiempo y lugar determinado, donde una muestra representativa de la



Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021, fue realizada de manera anónima, y se determinó la relación entre las variables de estudio.

### **4.3. Población y muestra**

#### **4.3.1. Población**

El número de viviendas seleccionadas fue 36 760 de las cuales 35 847 fueron entrevistadas. En estas viviendas, se encontraron un total de 87 635 mujeres elegibles de 12 a 49 años, de las que se obtuvo un total de 36 714 entrevistas completas. Esta población fue proporcionada por la base de datos secundaria del Endes.

#### **4.3.2. Muestra**

La muestra fue probabilística de tipo equilibrado, también conocido como el método del cubo<sup>56</sup>, lo que permite obtener muestras con valores totales estimados que se aproximan a las características de la población objetivo de la encuesta reiterando la estructura poblacional dentro de la muestra seleccionada teniendo en cuenta a los grupos de edad, sexo y otras variables de equilibrio, poseyendo la capacidad de mejorar la cobertura de las poblaciones objetivos y las precisiones estadísticas de los indicadores principales, estratificada e independiente, a nivel departamental, por área urbana y rural. Esta muestra fue brindada por la base de datos de la Endes.

##### **a) Criterio de inclusión**

Mujeres entre las edades de 15 a 49 años que llenaron correctamente la Endes 2021.

##### **b) Criterios de exclusión**

Mujeres entre las edades de 15 a 49 años que no hayan respondido correctamente la Endes 2021.

### **4.4. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos**

#### **4.4.1. Técnicas**

La información se obtuvo mediante la base de datos secundaria de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021.

Microdatos (<https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/index.htm>) Modulo 1631 (Datos básicos del MEF) y 1632 (historia de nacimiento - tabla de conocimiento de método).

#### **4.4.2. Instrumento**

El instrumento que usó la base secundaria Endes fue entrevista directa presencial y entrevista telefónica.

#### **4.4.3. Análisis de datos**

Se utilizó la base de datos secundaria de la Endes y el software estadístico SPSS versión 25, además se determinó que las variables poseen una distribución de tipo no normal, por lo tanto se aplicará la prueba chi-cuadrado de Pearson, para hallar su asociación.

#### **4.4.4. Procedimiento de recolección de datos**

Los datos fueron recolectados por personal especialmente capacitado para recopilar esta información, siendo este personal el que visita los hogares seleccionados para completar los cuestionarios de la base de datos secundaria de la encuesta demográfica y de salud familiar (Endes), tomando en cuenta las variables: características sociodemográficas y nivel de conocimiento de planificación familiar.

#### **4.5. Consideraciones éticas**

El presente estudio utilizará la encuesta Endes como base de datos, que es de dominio público y no recoge información personal, garantizando la confidencialidad de cada participante, donde los entrevistadores informan a los participantes de su consentimiento informado recogiendo información sólo de aquellos que aceptan participar en el estudio. Además, el estudio será evaluado por el Comité Institucional de Ética de Investigación para su aprobación.

## Capítulo V

### Resultados

#### 5.1. Presentación de resultados

##### 5.1.1. Resultados descriptivos

- Acceso a servicios de planificación familiar
- ✓ Características sociodemográficas

**Tabla 2.** Edad de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Edad (años)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
15 - 17 años	6568	17.9
18 - 23 años	5568	15.2
24 - 29 años	7161	19.5
30 - 35 años	7108	19.4
36 - 41 años	6431	17.5
42 - 50 años	3878	10.6
TOTAL	36714	100

La tabla 2 presenta la distribución de edad de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021. Se observa que el rango de edad de 24 - 29 años es el más representado, con 7161 entrevistadas (19.5%), seguido por el grupo de 30 - 35 años con 7108 entrevistadas (19.4%). Los rangos de edad 15 - 17 años, 18 - 23 años, 36 - 41 años y 42 - 50 años tienen 6568 entrevistadas (17.9%), 5568 entrevistadas (15.2%), 6431 entrevistadas (17.5%) y 3878 entrevistadas (10.6%), respectivamente. El total de entrevistadas en los rangos de edad válidos es de 36714, lo que equivale al 95.0 % del total. Hay 1921 personas (5.0%) están en la categoría "perdidos", ya que no se registró la información de los datos o las entrevistadas no respondieron, los que incluidos en la muestra darían en total las 38635 entrevistadas, representando el 100% de la muestra.

**Tabla 3.** Grado de instrucción de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Grado de instrucción	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
----------------------	----------------	----------------

Sin educación	465	1.3
Primaria incompleta	3359	9.1
Primaria completa	4077	11.1
Secundaria incompleta	8208	22.4
Secundaria completa	9903	27.0
Superior	10692	29.1
TOTAL	36714	100

La tabla 3 presenta el grado de instrucción de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021. Se observa que el grupo más grande tenía el grado de instrucción superior con un 29.1 %. De igual manera, los que no tienen educación, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta y secundaria completa representan un 1.3 %, 9.1 %, 11.1 %, 22.4 % y 27 %, respectivamente. Los grados de instrucción del total de entrevistadas válidos son de 36714, lo que equivale al 95.0% del total. Hay 1921 personas (5.0%) están en la categoría "perdidos", ya que no se registró la información de los datos o las entrevistadas no respondieron, los que incluidos en la muestra darían en total las 38635 entrevistadas, representando el 100% de la muestra.

**Tabla 4.** Índice de riqueza de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Índice de riqueza	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
El más pobre	10964	28.4
Pobre	9620	24.9
Medio	7426	19.2
Rico	6125	15.9
Más rico	4500	11.6
TOTAL	38635	100.0

La tabla 4 presenta el índice de riqueza de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021. Se observa que el grupo más grande es el más pobre con un 28.4 %. De igual manera, los que son pobre, medio, rico y más rico representan un 24.9 %, 19.2 %, 15.9 % y 11.6 %, respectivamente. En total, se registraron 38635 entrevistadas, representan el 100.0 % de la muestra.

**Tabla 5.** Región donde viven las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Región	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Costa	18247	49.7
Sierra	11321	30.8
Selva	7146	19.5
TOTAL	36714	100

La tabla 5 presenta la región donde viven las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021. Se observa que el grupo más grande es el que vive en la costa con un 49.7 %. Asimismo, los que son de la sierra y selva representan un 30.8 % y 19.5 %, respectivamente. Las regiones donde viven el total de entrevistadas válidos son de 36714, lo que equivale al 95.0 % del total. Hay 1921 personas (5.0%) están en la categoría "perdidos", ya que no se registró la información de los datos o las entrevistadas no respondieron, los que incluidos en mi la darían en total las 38635 entrevistadas, representando el 100% de la muestra.

**Tabla 6.** Tipo de lugar de residencia de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Tipo de lugar de residencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Urbano	25031	68.2
Rural	11683	31.8
TOTAL	36714	100

La tabla 6 presenta el tipo de lugar de residencia de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021. Se observa que el grupo más grande proviene de las zonas urbanas representando 68.1 %, equivalente a 25031 entrevistadas. Por otro lado, un 31.8 % equivalente a 11683 entrevistadas, proveniente de zonas rurales. El total de entrevistadas según su tipo de lugar de residencia válido es de 36714, lo que equivale al 95.0 % del total. Cabe precisar que 1921 personas (5.0%) están en la categoría "perdidos", ya que no se registró la información de los datos o las entrevistadas no respondieron, los cuales incluidos en la muestra darían en total las 38635 entrevistadas, representando el 100% de la muestra.

**Tabla 7.** Dialecto que hablan las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Dialecto	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Quechua	2575	7.6
Aimara	134	0.4
Ashaninka	65	0.2
Awajún/Aguaruna	126	0.4
Shipibo/Konibo	102	0.3
Shawi/Chayahuita	22	0.1
Matsigenka/ Machiguenga	2	0.0
Achuar	3	0.0
Otra lengua nativa u originaria	149	0.4
Castellano	30807	90.5
Portugués	60	0.2
Otra lengua extranjera	6	0.0
TOTAL	34051	100

La tabla 7 presenta el tipo de dialecto con el que hablan las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021. Se observa que el grupo más grande hablaba castellano representando un 90.5 %, equivalente a 30807 entrevistadas. De igual manera, los que hablan quechua, aimara, ashaninka, awajun, shipibo, shawi, matsigenka, achuar, otra lengua nativa u originaria, portugués y otra lengua extranjera representaban un 7.6 %, 0.4 %, 0.2 %, 0.4 %, 0.3 %, 0.1 %, 0.0 %, 0.0 %, 0.4 %, 0.2 % y 0.0 %, respectivamente. El total de entrevistadas con los resultados válidos era de 34051, lo que equivale al 88.1 % del total. Cabe precisar que 4584 personas (11.9%) están en la categoría "perdidos", ya que no se registró la información de los datos o las entrevistadas no respondieron, los que incluidos en la muestra darían en total las 38635 entrevistadas, representando el 100% de la muestra.

#### ● Nivel de conocimiento

**Tabla 8.** Nivel de conocimiento de planificación familiar de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Nivel de conocimiento	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
-----------------------	----------------	----------------

Adecuado	12844	62.3
Inadecuado	21207	37.7
TOTAL	34051	100

La tabla 8 presenta el nivel de conocimiento de planificación familiar de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021. Se observa un 37.7 % de los pacientes con un nivel de conocimientos considerado inadecuado, el cual es un valor muy representativo del total, mientras que solo el 62.3 % tiene un nivel adecuado. El total de entrevistadas con los resultados válidos era de 34051, lo que equivale al 88.1 % del total. Cabe precisar que 4584 personas (11.9%) están en la categoría "perdidos", ya que no se registró la información de los datos o las entrevistadas no respondieron, los que incluidos en la muestra darían en total las 38635 entrevistadas, representando el 100% de la muestra.

**Tabla 9.** Uso de método de planificación familiar de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Uso de método	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No conoce	16218	44.2
Conoce	20496	55.8
TOTAL	36714	100

La tabla 9 presenta el uso de método de planificación familiar de las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021. Se observa un 55.8 % de las entrevistadas "conoce" sobre el uso de método de planificación familiar, mientras que el 44.2 % informa que "no conoce" sobre el uso de métodos. El total de entrevistadas según su tipo de lugar de residencia válido es de 36714, lo que equivale al 95.0 % del total. Cabe precisar que 1921 personas (5.0%) están en la categoría "perdidos", ya que no se registró la información de los datos o las entrevistadas no respondieron, los que incluidos en la muestra darían en total las 38635 entrevistadas, representando el 100 % de la muestra.

**Tabla 10.** Método de planificación familiar actual que usan las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Método de planificación familiar actual	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
---	----------------	----------------

No usando	16218	44.2
Píldora	1772	4.8
DIU	298	0.8
Inyección	5921	16.1
Condón	3281	8.9
Esterilización femenina	2456	6.7
Esterilización masculina	28	0.1
Abstinencia periódica	2679	7.3
Retiro	1890	5.1
Norplant/Implantes	1956	5.3
Amenorrea por lactancia (MELA)	14	0.0
Espuma, jalea, óvulos (vaginales)	5	0.0
Anticoncepción oral de emergencia	39	0.1
No usando	27311	74.4
Otros	157	0.4
TOTAL	36714	100

La tabla 10 presenta el método anticonceptivo actual que usan las entrevistadas según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021. Se observa que el grupo más grande no está usando método anticonceptivo representando un 44.2 %, equivalente a 16218 entrevistadas. De igual manera, tienen diferentes elecciones de método anticonceptivo como la píldora, DIU, condón, esterilización femenina, esterilización masculina, abstinencia periódica, retiro, norplant/implantes, amenorrea por lactancia (MELA), espuma, jalea, óvulos (vaginales), anticoncepción de emergencia y otros métodos representan un 4.8 %, 0.8 %, 16.1 %, 8.9 %, 6.7 %, 0.1 %, 7.3 %, 5.1 %, 5.3 %, 0.0 %, 0.0 %, 0.1 % y 0.4 %, respectivamente. El total de entrevistadas según su tipo de lugar de residencia válido es de 36714, lo que equivale al 95.0 % del total. Cabe precisar que 1921 personas (5.0%) están en la categoría "perdidos", ya que no se registró la información de los datos o las



entrevistadas no respondieron, los que incluidos en la muestra darían en total las 38635 entrevistadas, representando el 100% de la muestra.

### 5.1.2. Resultados analíticos

#### • Prueba de hipótesis general

Ho: No existe relación entre los factores sociodemográficos con el nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Hi: Existe relación entre los factores sociodemográficos con el nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

**Tabla 11.** Asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Factores sociodemográficos	Conocimiento de métodos anticonceptivos		p*
	Inadecuado n (%)	Adecuado n (%)	
<b>Edad (años)</b>			
12 - 17	4236 (69.5%)	1857 (30.5%)	<0.001
18 - 23	3231 (62.8%)	1915 (37.2%)	
24 - 29	4014 (60.4%)	2628 (39.6%)	
30 - 35	3982 (60.1%)	2639 (39.9%)	
36 - 41	3530 (59.5%)	2398 (40.5%)	
42 - 50	2214 (61.1%)	1407 (38.9%)	
<b>Grado de instrucción</b>			
Sin educación	331 (75.4%)	108 (24.6%)	<0.001
Primaria incompleta	2240 (71.2%)	905 (28.8%)	
Primaria completa	2664 (69.8%)	1155 (30.2%)	
Secundaria incompleta	4953 (65.1%)	2653 (34.9%)	
Secundaria completa	5533 (60.7%)	3587 (39.3%)	

Superior	5486 (55.3%)	4436 (44.7%)	
<hr/>			
Índice de riqueza			
Más pobre	6615 (66.5%)	3327 (33.5%)	
Pobre	5339 (61.3%)	3372 (38.7%)	<0.001
Medio	3943 (60.4%)	2586 (39.6%)	
Rico	3151 (60.1%)	2089 (39.9%)	
Más rico	2159 (59.5%)	1470 (40.5%)	
<hr/>			
Región			
Costa	10568 (62.5%)	6350 (37.5%)	
Sierra	6145 (60.5%)	4011 (39.5%)	<0.001
Selva	4494 (64.4%)	2483 (35.6%)	
<hr/>			
Área de residencia			
Urbano	14086 (60.7%)	9108 (39.3%)	<0.001
Rural	7121 (65.6%)	3736 (34.4%)	
<hr/>			
Dialecto que hablan habitualmente en su hogar			
Quechua	1709 (66.4%)	866 (33.6%)	
Aimara	95 (70.9%)	39 (29.1%)	
Ashaninka	46 (70.8%)	19 (29.2%)	
Awajún/Aguaruna	97 (77.0%)	29 (23.0%)	
Shipibo/Konibo	86 (84.3%)	16 (15.7%)	
Shawi/Chayahuita	19 (86.4%)	3 (13.6%)	<0.001
Matsigenka/ Machiguenga	1 (50.0%)	1 (50.0%)	
Achuar	2 (66.7%)	1 (33.3%)	
Otra lengua nativa u originaria	123 (82.6%)	26 (17.4%)	
Castellano	18988 (61.6%)	11819 (38.4%)	

Portugués	36 (60.0%)	24 (40.0%)
Otra lengua extranjera	5 (83.3%)	1 (16.7%)

---

\*Chi cuadrado

La tabla 11 presenta la asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021. Se observa que en la categoría de edad, el grupo de edad de 12-17 años tiene el mayor porcentaje de conocimiento inadecuado (69.5%), mientras que el grupo de 18-23 años también tiene un porcentaje significativo (62.8%). A medida que aumenta la edad, el conocimiento inadecuado tiende a disminuir, y el conocimiento adecuado tiende a aumentar. El grupo de 42-50 años tiene el mayor porcentaje de conocimiento adecuado (38.9%) entre todas las edades.

En la categoría de grado de instrucción, aquellos con un nivel educativo más bajo tienden a tener un conocimiento inadecuado más alto. Por ejemplo, el grupo "sin educación" tiene el mayor porcentaje de conocimiento inadecuado (75.4%), mientras que el grupo "superior" tiene el menor porcentaje (55.3%). A medida que aumenta el nivel educativo, el porcentaje de conocimiento adecuado tiende a aumentar. Por ejemplo, el grupo "superior" tiene el mayor porcentaje de conocimiento adecuado (44.7%). La diferencia entre conocimiento inadecuado y adecuado es más pronunciada en los niveles educativos más bajos, y tiende a disminuir a medida que aumenta el nivel educativo.

La categoría de índice de riqueza, el grupo "más pobre" tiene el porcentaje más alto de conocimiento inadecuado (66.5%), mientras que el grupo "más rico" tiene el porcentaje más bajo (59.5%). Existe una tendencia general de que a medida que aumenta el índice de riqueza, el conocimiento inadecuado disminuye y el conocimiento adecuado aumenta, aunque hay variaciones, la diferencia entre conocimiento inadecuado y adecuado tiende a ser más pronunciada en los grupos de menor índice de riqueza.

En la categoría región, la región "Selva" tiene el porcentaje más alto de conocimiento inadecuado (64.4%), seguida por "costa" (62.5%) y "sierra" (60.5%). La categoría de área de residencia, en el grupo "urbano", el porcentaje de conocimiento inadecuado es del 60.7%, mientras que en el área "rural" es del 65.6%, teniendo el porcentaje más alto de conocimiento inadecuado. La categoría es el dialecto que hablan habitualmente en su hogar, algunos dialectos, como "shawi/chayahuita" y "matsigenka/machiguenga", tienen porcentajes muy altos de conocimiento inadecuado. En comparación, el dialecto "quechua" también muestra

un alto porcentaje de conocimiento inadecuado, pero es más bajo que algunos de los mencionados anteriormente. El dialecto "castellano" (español) tiene un porcentaje más bajo de conocimiento inadecuado en comparación con muchos dialectos.

El valor “p” de <0.001 indica una relación altamente significativa entre la edad, el grado de instrucción, el índice de riqueza, la región, el área de residencia, el dialecto que hablan habitualmente en su hogar y el nivel de conocimiento. Lo que sugiere que la relación entre los factores sociodemográficos con el nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021 es mayor a la esperada.

- **Prueba de hipótesis específica:**

Ho: No existe relación entre los factores sociales según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021.

Hi: Existe relación entre los factores sociales según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

**Tabla 12.** Asociación entre los factores sociales y uso de planificación familiar de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Factores sociales	Uso de métodos de planificación familiar		p*
	Conoce n (%)	No conoce n (%)	
Edad (años)			
12 - 17	416 (6.3%)	6152 (93.7%)	<0.001
18 - 23	2923 (52.5%)	2645 (47.5%)	
24 - 29	5070 (70.8%)	2091 (29.2%)	

30 - 35	5303 (74.6%)	1805 (25.4%)	
36 - 41	4682 (72.8%)	1749 (27.2%)	
42 - 50	2102 (54.2%)	1776 (45.8%)	
<hr/>			
Grado de instrucción			
Sin educación	263 (56.6%)	202 (43.4%)	
Primaria incompleta	1880 (56.0%)	1479 (44.0%)	
Primaria completa	2045 (50.2%)	2032 (49.8%)	<0.001
Secundaria incompleta	3361 (40.9%)	4847 (59.1%)	
Secundaria completa	6165 (62.2%)	3748 (37.8%)	
Superior	6782 (63.4%)	3910 (36.6%)	
<hr/>			
Índice de riqueza			
Más pobre	5875 (54.8%)	4849 (45.2%)	
Pobre	5363 (57.4%)	3980 (42.6%)	<0.001
Medio	3995 (56.4%)	3094 (43.6%)	
Rico	3141 (55.4%)	2527 (44.6%)	
Más rico	2122 (54.6%)	1768 (45.4%)	

\*Chi cuadrado

La tabla 12 presenta la asociación entre los factores sociales y uso de planificación familiar de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021. Se observa que la categoría de edad, el grupo de edad de 12-17 años un pequeño porcentaje (6.3%) en este grupo afirma conocer métodos de planificación familiar, mientras que la gran mayoría (93.7%) no los conoce, mientras que el grupo de 18-23 años más de la mitad (52.5%) afirman conocer métodos de planificación familiar. Los grupos de 30 - 35 años y 36 - 41 años tienen los porcentajes más altos de conocimiento, con más del 70 % de las personas en esos grupos que conocen métodos de planificación familiar. En el grupo de 42-50 años más de la mitad (54.2%) afirma conocer estos métodos.

En la categoría de grado de instrucción, existe una tendencia en la que el conocimiento de métodos de planificación familiar tiende a aumentar con el nivel educativo. Los grupos "sin educación" y "primaria incompleta" presentan porcentajes similares de conocimiento de métodos de planificación familiar, alrededor del 56%. Aunque es

significativamente más alto que el conocimiento en los grupos de educación “primaria completa” y “secundaria incompleta”. Más del 60% de las personas con educación “Secundaria completa” afirman conocer métodos de planificación familiar. El grupo con educación superior presenta el porcentaje más alto de conocimiento (63.4%), mostrando el mayor porcentaje de conocimiento, mientras que aquellos con niveles educativos más bajos tienen porcentajes más moderados.

La categoría de índice de riqueza, los grupos “más pobre” y “pobre”, tienen porcentajes cercanos al 55-57% de conocimiento. Los grupos “medio”, “rico” y “más rico” muestran porcentajes de conocimiento bastante similares, todos alrededor del 55-56%.

El valor “p” de  $<0.001$  indica una relación altamente significativa entre la edad, el grado de instrucción, el índice de riqueza y el uso de métodos de planificación familiar. Lo que sugiere que la relación entre los factores sociales con el uso de métodos de planificación familiar de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021 es mayor a la esperada.

Ho: No existe relación entre los factores demográficos según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Hi: Existe relación entre los factores demográficos según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

**Tabla 13.** Asociación entre los factores demográficos y uso de planificación familiar de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Factores demográficos	Uso de métodos de planificación familiar		p*
	Conoce n (%)	No conoce n (%)	
Región			
Costa	10091 (55.3%)	8156 (44.7%)	<0.018
Sierra	6313 (55.8%)	5008 (44.2%)	
Selva	4092 (57.3%)	3054 (42.7%)	

Área de residencia			
Urbano	13993 (55.9%)	11038 (44.1%)	>0.665
Rural	6503 (55.7%)	5180 (44.3%)	
Dialecto que hablan habitualmente en su hogar			
Quechua	1439 (55.9%)	1136 (44.1%)	
Aimara	82 (61.2%)	52 (38.8%)	
Ashaninka	40 (61.5%)	25 (38.5%)	
Awajún/Aguaruna	60 (47.6%)	66 (52.4%)	
Shipibo/Konibo	51 (50.0%)	51 (50.0%)	
Shawi/Chayahuita	7 (31.8%)	15 (68.2%)	<0.091
Matsigenka/ Machiguenga	2 (100.0%)	0 (0.0%)	
Achuar	1 (33.3%)	2 (66.7%)	
Otra lengua nativa u originaria	75 (50.3%)	74 (49.7%)	
Castellano	17298 (56.1%)	13509 (43.9%)	
Portugués	36 (60.0%)	24 (40.0%)	
Otra lengua extranjera	4 (66.7%)	2 (33.3%)	

\*Chi cuadrado

La tabla 13 presenta la asociación entre los factores demográficos y uso de planificación familiar de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021. La categoría región, la región "costa" y "sierra" tienen porcentajes altos y similares de conocimiento siendo 55.3 % y 55.8 %, respectivamente. La región "selva" tiene un porcentaje de conocimiento ligeramente más alto (57.3%) en comparación con las otras dos regiones, con un porcentaje de no conocimiento del 42.7 %.

En la categoría de área de residencia, los porcentajes de conocimiento de métodos de planificación familiar son muy cercanos entre el área urbana (55.9%) y el área rural (55.7%). De manera similar, los porcentajes de no conocimiento son muy cercanos en ambas áreas: 44.1% en el área urbana y 44.3 % en el área rural.

La categoría el dialecto que hablan habitualmente en su hogar, el dialecto “quechua” es uno de los dialectos nativos más hablado con el 55.9 % de las personas que conocen el uso de métodos de planificación familiar. En el caso de "shawi/chayahuita" y "matsigenka/machiguenga", tienen 31.8 % y 100 % de conocimiento, respectivamente. El dialecto "castellano" aunque es la lengua más hablada, el 43.9 % de las personas no conocen el uso de métodos de planificación familiar.

El valor “p” de  $<0.091$  y  $<0.018$  indica una relación altamente significativa entre la región, el dialecto que hablan habitualmente en su hogar y uso de planificación familiar; los que obtuvieron  $>0.665$  no sugiere relación estadísticamente significativa entre el área de residencia de los pacientes con uso de planificación familiar.

## **5.2. Discusión de resultados**

En este estudio, se analizó la asociación entre factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en la población que accede a servicios en distintas regiones, utilizando datos de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar 2021. Los resultados evidencian una relación significativa respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos y factores como la edad, nivel educativo, índice de riqueza y residencia en áreas rurales.

Estos hallazgos indican que los grupos más jóvenes con reducido nivel educativo, y aquellos que residen en zonas rurales presentan un conocimiento inadecuado sobre los métodos de planificación familiar ( $p < 0.001$ ). Esta característica es consistente con investigaciones previas como los estudios de Pérez et al.<sup>14</sup> y Motta et al.<sup>16</sup> que destacan que los adolescentes tienen niveles de educación en salud sexual más bajos, especialmente aquellos que estudian en zonas rurales o entidades públicas.

Además, a medida que aumenta la edad, el conocimiento inadecuado tiende a disminuir, y el conocimiento adecuado tiende a aumentar como podemos ver en la investigación de Yi et al.<sup>23</sup>, en la que las mujeres adultas en Corea del Sur tienen un conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos, y en el estudio de Abarzua et al.<sup>13</sup>, se observa como las adolescentes tienen un conocimiento limitado y una baja capacidad para usar métodos anticonceptivos.

Otro factor que se relacionó fue el dialecto, ya que se pudo observar que los hablantes de dialectos indígenas como "shawi/chayahuita" y "matsigenka/machiguenga" presentan los mayores porcentajes de conocimiento inadecuado, de la misma forma que en el



estudio de Díaz et al.<sup>24</sup> en el que se mostró que el uso de anticonceptivos modernos fue menor entre las mujeres que hablaban quechua o aimara, lo que sugiere que el idioma y, posiblemente, las barreras culturales o de acceso a la información en estos dialectos podrían estar influyendo negativamente en el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos modernos en esas poblaciones.

Por otro lado, el estudio de Contreras et al.<sup>15</sup> en estudiantes universitarios en México, convergen en destacar la asociación entre factores sociodemográficos y el conocimiento de la planificación familiar, donde encontraron que, a pesar de la información recibida sobre métodos anticonceptivos, muchos estudiantes universitarios no utilizan estos métodos, que en comparación con la presente investigación hay un contraste.

De manera complementaria, el estudio de Irons<sup>28</sup>, que explora la percepción de mujeres venezolanas sobre los servicios de salud sexual y reproductiva en Lima, Perú, evidencia que las mujeres migrantes buscan información en farmacéuticos y farmacias debido a preocupaciones sobre el seguro de salud, barreras de costos y su estado migratorio. Este hallazgo destaca la necesidad de abordar aspectos específicos de acceso y barreras financieras para mejorar la salud reproductiva en poblaciones migrantes.

Puesto que esta investigación midió el uso de método anticonceptivo en base a si lo conocían o no, se puede demostrar que el uso de métodos de planificación familiar también está fuertemente influenciado por la edad, ya que evidenciamos que los grupos de 30-35 años y 36-41 años tienen conocimiento de métodos de planificación familiar, algo que también se observa en las investigaciones de Obisie et al.<sup>18</sup> y Alkalash et al.<sup>22</sup>, donde los encuestados con un nivel educativo más alto tienen un mayor conocimiento sobre planificación familiar, ya que tienen más probabilidades de tener acceso a servicios de salud reproductiva.

De igual manera, en las investigaciones de Bongongo et al.<sup>17</sup> y Soriano et al.<sup>26</sup> se evidencian que el conocimiento sobre planificación familiar es mayor entre quienes utilizan métodos anticonceptivos, lo que refleja una relación similar entre conocimiento y uso que demostré en mi estudio.

Asimismo, en estudios como el de Yeboah et al.<sup>12</sup>, también se observa una correlación entre la edad y el uso de anticonceptivos, aunque este estudio no aborda directamente el conocimiento, sí sugiere que la edad juega un papel en las decisiones relacionadas con la anticoncepción.

No hay diferencias significativas entre áreas urbanas y rurales en el conocimiento de métodos de planificación familiar (55.9% y 55.7%, respectivamente) en esta investigación. Por el contrario vemos que si hay diferencias entre áreas de residencia en distintos estudios, como la investigación de Márquez et al.<sup>27</sup> en el que las migrantes venezolanas en áreas urbanas, como Lima y Trujillo, mostraron un mayor acceso y conocimiento a los métodos anticonceptivos. Igualmente en los estudios de Gebre et al.<sup>11</sup>, Devi et al.<sup>19</sup> y Singh et al.<sup>20</sup> vemos que en áreas rurales, el uso y conocimiento de métodos anticonceptivos es muy bajo.

Por último, aunque en las investigaciones de Hylton et al.<sup>21</sup> y Perez et al.<sup>25</sup> analizan específicamente las barreras culturales o lingüísticas, ambos estudios coinciden indirectamente en que el acceso limitado a información clara y adaptada puede perpetuar mitos y falta de conocimiento, especialmente en grupos marginados.

## **Conclusiones**

1. En este estudio, la asociación entre factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento, así como el uso de planificación familiar fue examinado utilizando datos de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar 2021, donde se identificó una relación significativa entre factores como la edad, nivel educativo, índice de riqueza, región, área de residencia y dialecto hablado con el conocimiento en salud sexual y reproductiva.
2. La relación entre los factores sociales según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021, indica una asociación significativa entre los factores de la edad, nivel educativo y el índice de riqueza con el uso de métodos de planificación familiar.
3. La relación entre los factores demográficos según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021, señala que hay una asociación significativa entre los factores de región y el dialecto que hablan habitualmente en su hogar, por lo contrario el área de residencia no tiene asociación significativa.

## Recomendaciones

1. Las conclusiones indican que se necesita controlar la brecha que se tiene en el Perú sobre la planificación familiar para abordar las disparidades en el conocimiento y el acceso a la planificación familiar. Las autoridades del Ministerio de Salud podrían considerar estrategias educativas amplias y adaptadas a diversos grupos demográficos, priorizando las áreas con mayor necesidad como la selva, implementando campañas educativas específicas, especialmente dirigidas a grupos de edad más jóvenes y a aquellos con niveles educativos más bajos. Estas campañas podrían abordar temas de salud sexual y reproductiva de manera accesible y culturalmente sensible, sería importante también la inclusión de dialectos locales en las campañas y materiales educativos para asegurar que la información sea comprensible y accesible para todas las comunidades, especialmente aquellas que hablan dialectos específicos.
2. Además, teniendo en cuenta las diferencias sociodemográficas identificadas en la investigación, se destaca la importancia de políticas que garanticen la equidad en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Es necesario un enfoque integral que incluya medidas para aumentar la educación, la accesibilidad y la conciencia sobre la planificación familiar, adaptándolas en nuestro caso a las necesidades específicas de diversas poblaciones en Perú. Una manera de mejorar la accesibilidad a servicios de salud sexual y reproductiva en áreas rurales podría ser con la implementación de clínicas móviles o unidades de atención itinerantes que brinden servicios y educación.
3. Con respecto al personal que labora específicamente en el área de planificación familiar, lo mejor sería que tomaran programas de capacitación continua, sobre todo en las que están alejadas de la costa, centrándose en la atención y asesoramiento en salud sexual y reproductiva, con énfasis en la sensibilidad cultural. De igual manera, se debería de realizar una auditoría interna, el cual sería un sistema de monitoreo y evaluación continuos para evaluar la efectividad de las intervenciones propuestas y realizar ajustes según sea necesario.

## Bibliografía

1. Planificación familiar. Semergen [Internet]. 2001 [citado el 9 de septiembre de 2022];27(1):38–9. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
2. Kantorová V, Wheldon MC, Ueffing P, Dasgupta ANZ (2020) Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLOS Medicine* 17(2): e1003026. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003026>
3. Gyllenberg F, Tekay A, Saloranta T, Korjamo R, Heikinheimo O. Contraceptive priorities among women seeking family planning services in Finland in 2017-2019. *Contraception*. 2021 Oct;104(4):394-400. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.06.003>
4. Cammock R, Priest P, Lovell S, Herbison P. Awareness and use of family planning methods among iTaukei women in Fiji and New Zealand. *Aust N Z J Public Health* [Internet]. 2018;42(4):365–71. <http://dx.doi.org/10.1111/1753-6405.12761>
5. Omar B, Larsson EC, Calza S, Osman F. Perceptions of family planning among some Somali men living in Sweden: A phenomenographic study. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2022;32(100732):100732. doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100732>
6. Di Meglio G, Yorke E. Universal access to no-cost contraception for youth in Canada. *Paediatr Child Health*. 2019 Jun;24(3):160-169. doi: <https://doi.org/10.1093/pch/pxz033>
7. Smith C, Edwards P, Free C. Assessing the validity and reliability of self-report data on contraception use in the MOBILE Technology for Improved Family Planning (MOTIF) randomized controlled trial. *Reprod Health* [Internet]. 2018;15(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-018-0494-7>
8. Simmons RG, Shattuck DC, Jennings VH. Assessing the Efficacy of an App-Based Method of Family Planning: The Dot Study Protocol. *JMIR Res Protoc*. 2017 Jan 18;6(1):e5. doi: <http://dx.doi.org/10.2196/resprot.6886>
9. Fagan T, Dutta A, Rosen J, Olivetti A, Klein K. Family Planning in the Context of Latin America's Universal Health Coverage Agenda. *Glob Health Sci Pract*. 2017 Sep 28;5(3):382-398. doi: <http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00057>
10. Planificación familiar. Gob.pe. [citado el 9 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Endes2019/pdf/cap004.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/pdf/cap004.pdf)
11. Gebre MN, Edossa ZK. Modern contraceptive utilization and associated factors among reproductive-age women in Ethiopia: evidence from 2016 Ethiopia demographic and health survey. *BMC Womens Health*. 2020 Mar 26;20(1):61. doi: [10.1186/s12905-020-00923-9](https://doi.org/10.1186/s12905-020-00923-9)

12. Yeboah D, Issah AN, Kpordoxah MR, Akiti C, Boah M. Prevalence and factors associated with the intention to use contraception among women of reproductive age who are not already using a contraceptive method in Liberia: findings from a secondary analysis of the 2019-2020 Liberia Demographic Health Survey. *BMJ Open*. 2023 Oct 6;13(10):e072282. doi: 10.1136/bmjopen-2023-072282.
13. Abarzúa-Campos C, Pezzola-Velásquez C, Romero-Padilla N, Venegas-Mancilla S, Boettcher-Sáez B, Quijada-Espinoza J, et al. Conocimiento de la anticoncepción de emergencia en mujeres adolescentes de enseñanza media de la comuna de Hualqui, Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2021;86(1):52–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262021000100052>
14. Pérez-Blanco A, Sánchez-Valdivieso E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2020;85(5):508–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262020000500508>
15. Contreras-Landgrave G, Ibarra-Espinosa ML, Casas-Patiño ÓD, Camacho-Ruiz EJ, Velasco-Cañas DF, Universidad Autónoma del Estado de México, et al. El conocimiento sobre métodos anticonceptivos y la conducta sexual en jóvenes universitarios. *Hacia Promoc Salud* [Internet]. 2020;25(2):70–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.9>
16. Motta-Martins LB, Costa-Paiva L, Osis MJ, Sousa MH, Pinto Neto AM, Tadini V. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes [Knowledge of contraceptive methods among adolescent students]. *Rev Saúde Pública*. 2006 Feb;40(1):57-64. Portuguese. 10.1590/S0034-89102006000100010
17. Bongongo T, Govender I. Knowledge, attitudes and practices of contraceptive methods among women seeking voluntary termination of pregnancy at Jubilee Hospital, Pretoria, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med* [Internet]. 2019;11(1):e1–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1919>
18. Obisie-Nmehielle N, Kalule-Sabiti I, Palamuleni M. Factors associated with knowledge about family planning and access to sexual and reproductive health services by sexually active immigrant youths in Hillbrow, South Africa: a cross-sectional study. *Reprod Health* [Internet]. 2022;19(1):169. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-022-01477-9>
19. Devi YP, Ekoriano M, Sari DP, Muthmainnah M. Factors associated with adolescent birth in Indonesia: a national survey. *Rural Remote Health* [Internet]. 2022;22(2):7219. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22605/RRH7219>

20. Singh I, Shukla A, Thulaseedharan JV, Singh G. Contraception for married adolescents (15-19 years) in India: insights from the National Family Health Survey-4 (NFHS-4). *Reprod Health* [Internet]. 2021;18(1):253. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-021-01310-9>
21. Hylton-Kong T, Bailey A, Steiner MJ, Gallo MF. Contraceptive knowledge among women at risk of unintended pregnancy in Kingston, Jamaica. *Women Health* [Internet]. 2021;61(3):294–302. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2021.1876812>
22. Alkalash SH, Alessi SM, Alrizqi AA, Alamri AA, Al Kenani A, Alrizqi HA, et al. Knowledge on, attitude toward, and practice of contraceptive methods among females of reproductive age in Al-Qunfudah governorate, Saudi Arabia. *Cureus* [Internet]. 2023;15(3):e36606. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.36606>
23. Yi KW, Kim SK, Lee D-Y, Lee SR, Shin H, Choi D. Perceptions and knowledge of women regarding contraception and current trends in contraceptive use in Korea. *Yonsei Med J* [Internet]. 2022;63(11):999–1006. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3349/ymj.2022.0133>
24. Díaz-Alvites AL, Yrala-Castillo G, Al-Kassab-Córdova A, Munayco CV. Associated factors, inequalities, and spatial distribution of the use of modern contraceptive methods among women of reproductive age in Peru: a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2022 Dec 5;22(1):2267. doi: 10.1186/s12889-022-14629-0.
25. Perez-Lu JE, Guerrero F, Cárcamo CP, Albuquerque NM, Chiappe M, Hindin MJ, Habib N, Say L, Goncalves L, Bayer AM. The ARMADILLO text message intervention to improve the sexual and reproductive health knowledge of adolescents in Peru: Results of a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2022 Feb 10;17(2):e0262986. 10.1371/journal.pone.0262986.
26. Soriano-Moreno DR, Soriano-Moreno AN, Mejia-Bustamante A, Guerrero-Ramirez CA, Toro-Huamanchumo CJ. Factors associated with highly effective contraceptive use among reproductive-age women in Peru: Evidence from a nationwide survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Feb;245:114-120. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.12.017
27. Márquez-Lameda RD. Predisposing and enabling factors associated with Venezuelan migrant and refugee women's access to sexual and reproductive health care services and contraceptive usage in Peru. *J Migr Health* [Internet]. 2022;5(100107):100107. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100107>
28. Irons R. Venezuelan women's perception of sexual and reproductive health services in Lima, Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2021 Apr-Jun;38(2):248-253. Spanish, English. doi: 10.17843/rpmesp.2021.382.6217

29. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2014;30(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2013.303.285>
30. Universidad EAFIT. Métodos naturales [Internet]. Edu.co. [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/minisitios/tallerdesalud/anticonceptivos/Paginas/metodos-reversibles-naturales.aspx>
31. Peláez J. Anticoncepción en los adolescentes y adultos jóvenes. Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001.p.54-83.
32. Peláez J. Embarazo en la adolescencia. Ginecología infanto/juvenil. Salud reproductiva del adolescente. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1999.p.190-7.
33. Métodos anticonceptivos de barrera [Internet]. Cigna.com. [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/mtodos-anticonceptivos-de-barrera-zm2456>
34. Diafragma anticonceptivo :Cuál es su efectividad ? [Internet]. Martimed. 2015 [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://martimed.com/diafragma-anticonceptivo-efectividad/>
35. Ibarra R. Los anticonceptivos orales protegen contra el cáncer de ovario y endometrio [Internet]. ABC.es. 2020 [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-anticonceptivos-orales-protogen-contra-cancer-ovario-y-endometrio-202012171824\\_noticia.html](https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-anticonceptivos-orales-protogen-contra-cancer-ovario-y-endometrio-202012171824_noticia.html)
36. Parche anticonceptivo [Internet]. Gynenova. 2017 [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.gynenova.com/informacion-practica-para-pacientes/parche-anticonceptivo/>
37. Cómo Usar Los Parches Evra [Internet]. Blogspot.com. Blogger; 2021 [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://captionstrendyusacms.blogspot.com/2021/05/como-usar-los-parches-evra.html>
38. SOLUTRES - PLM [Internet]. Medicamentosplm.com. [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.medicamentosplm.com/peru/Home/productos/solutres\\_suspensi%C3%B3n\\_inyectable/512/68/26772/201](https://www.medicamentosplm.com/peru/Home/productos/solutres_suspensi%C3%B3n_inyectable/512/68/26772/201)



39. Romero ES, Gómez MB. El implante anticonceptivo subdérmico: ventajas y desventajas [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2019 [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/el-implante-anticonceptivo-subdermico-ventajas-e-inconvenientes/>
40. Rosales AOS, Gómez MB. El anillo vaginal anticonceptivo y sus efectos secundarios [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2019 [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/anillo-vaginal-anticonceptivo/>
41. Qué son los dispositivos intrauterinos - Manual Merck versión para el público general [Internet]. Manual Merck versión para el público general. [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/multimedia/figure/qu%C3%A9-son-los-dispositivos-intrauterinos>
42. Ligadura de trompas: cirugía laparoscópica - Cancer Care of Western New York [Internet]. Cancercarewny.com. [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cancercarewny.com/content.aspx?chunkiid=593301>
43. Dutta DC, Hiralal Konar. DC Dutta 's textbook of gynecology : including contraception. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd; 2014.
44. Meriggiola MC, Gemzell-Danielsson K. Female and male contraception. Cham: Springer; 2021.
45. En qué consiste la Vasectomía [Internet]. Clinica del Hombre. [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://clinicadelhombre.com.co/en-que-consiste-la-vasectomia/>
46. González Sánchez J. Los niveles de conocimiento: El Aleph en la innovación curricular. Innovación educativa (México, DF) [Internet]. 2014 Aug 1;14(65):133–42. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-26732014000200009](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732014000200009)
47. Métodos anticonceptivos. Oficina para la Salud de la Mujer [Internet]. espanol.womenshealth.gov. Disponible en: [https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/birth-control-methods#:~:text=Un%20anticonceptivo%20\(anticoncepci%C3%B3n\)%20es%20cualquier](https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/birth-control-methods#:~:text=Un%20anticonceptivo%20(anticoncepci%C3%B3n)%20es%20cualquier)
48. Característico, ca [Internet]. Rae.es. [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/caracter%C3%ADstico>
49. Social [Internet]. Rae.es. [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/demogr%C3%A1fico?m=form>
50. Demográfico, ca [Internet]. Rae.es. [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/social?m=form>

51. Nivel [Internet]. Rae.es. [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/nivel?m=form>
52. Conocimiento [Internet]. Rae.es. [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/conocimiento?m=form>
53. Baena G, Dgb P. Metodología de la investigación Serie Integral por competencias [Internet]. Gob.mx. [citado el 19 de noviembre de 2022]. Disponible en: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/metodologia%20de%20la%20investigacion.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/metodologia%20de%20la%20investigacion.pdf)
54. Anguera MT. Observación en psicología clínica: Aplicaciones. Universitat de Barcelona; 2001.
55. Hernández Sampieri R. Metodología de La Investigación. McGraw-Hill Companies; 2006.
56. Deville J. Efficient balanced sampling: The cube method. *Biometrika*. 2004 Dec 1;91(4):893–912.

## **Anexos**

## Anexo 1

### Matriz de consistencia

**Título:** Nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores	Metodología	Población y muestra
<p>Problema general: ¿Cómo se asocia las características sociodemográficas con el nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021?</p> <p>Problemas específicos: 1. ¿Cuáles son las características sociales según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021? 2. ¿Cuáles son las</p>	<p>Objetivo general: Determinar la asociación de las características sociodemográficas con el nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021</p> <p>Objetivos específicos: 1. Asociar las características sociales según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021</p>	<p>Hipótesis general: La asociación de las características sociodemográficas con el nivel de conocimiento de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva según la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021 es mayor a la esperada.</p> <p>Hipótesis específicos: 1. Existe relación entre las características sociales según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021 2. Existe relación entre las características sociales</p>	<p>Las variables de la investigación son: Nivel de conocimiento y acceso a servicios de salud</p>	<p>Método de la investigación: El trabajo se desarrollará bajo el enfoque cuantitativo, se emplean uso de variables y pruebas estadísticas para la recolección y análisis de datos.</p> <p>Tipo de la investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigación básica, teórica o pura</li> <li>• Según la intervención del investigador es observacional</li> <li>• Según la planificación de la toma de</li> </ul>	<p>Población: El número de viviendas seleccionadas fue 36 760 de las cuales 35 847 fueron entrevistadas. En estas viviendas, se encontraron un total de 87 635 mujeres elegibles de 12 a 49 años, de las cuales se obtuvo un total de 36 714 entrevistas completas.</p> <p>Muestra: Muestra probabilística de tipo equilibrado, también conocido como el método del cubo, el cual nos permite obtener muestras con valores totales estimados que se aproximan a las características de la población objetivo de la encuesta reiterando la estructura poblacional</p>

<p>características sociales según qué tipo de método de planificación familiar hizo uso la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021?</p>	<p>2. Relacionar las características sociales según qué tipo de método de planificación familiar hizo uso la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021</p>	<p>según qué tipo de método de planificación familiar hizo uso la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021</p>	<p>datos es dentro de la muestra retrospectivo seleccionada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Según el número de ocasiones en las que se mide la variable de estudio es transversal</li> <li>● Según el número de variables asociadas es descriptivo</li> </ul>	<p>● Criterio de inclusión: Mujeres entre las edades de 15 a 49 años que llenaron correctamente la encuesta de ENDES 2021.</p> <p>● Criterios de exclusión: Mujeres entre las edades de 15 a 49 años que no hayan respondido correctamente la encuesta de ENDES 2021.</p>
<p>3. ¿Cuáles son las características demográficas según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021?</p>	<p>3. Asociar las características demográficas según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021</p>	<p>3. Existe relación entre las características demográficas según el uso de métodos de planificación familiar actual de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021</p>	<p>Nivel de la investigación: Estudio descriptivo, el cual describe el nivel de conocimiento de la muestra.</p>	<p>Técnicas: La información se obtiene de manera secundaria mediante la base de datos de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021</p>
<p>4. ¿Cuáles son las características demográficas según qué tipo de método de planificación familiar hizo uso la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis</p>	<p>4. Relacionar las características demográficas según qué tipo de método de planificación familiar hizo uso la población que accede a servicios de salud sexual y</p>	<p>4. Existe relación entre las características demográficas según qué tipo de método de planificación familiar hizo uso la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021</p>	<p>Diseño de la investigación: Estudio no experimental, descriptivo transversal, debido a que los datos fueron recolectados en un tiempo y lugar</p>	<p>Instrumento: Los datos fueron recolectados por ENTREVISTA DIRECTA PRESENCIAL y ENTREVISTA TELEFÓNICA, realizada por personal especialmente capacitado para</p>
	<p>5. Se logra estimar el costo de uso de</p>	<p>5. Se logra estimar el costo de uso de</p>		

<p>de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021?</p> <p>5. ¿Cómo podríamos estimar el costo de uso de métodos de planificación familiar de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva?</p>	<p>reproductiva: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021</p> <p>5. Estimar el costo de uso de métodos de planificación familiar de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva.</p>	<p>métodos de planificación familiar de la población que accede a servicios de salud sexual y reproductiva.</p>	<p>determinado, donde una muestra representativa de la Encuesta de Demografía y Salud familiar 2021, se determinó la relación entre las variables de estudio</p>	<p>recopilar esta información, siendo este personal el que visita los hogares seleccionados para completar los cuestionarios de la encuesta.</p> <p>Análisis de datos: Se utilizó la base de datos secundaria del ENDES y el software estadístico SPSS versión 25, además se determinó que las variables poseen una distribución de tipo no normal, por lo tanto se aplicará la prueba Chi-cuadrado de Pearson, para hallar su asociación.</p>
--	--	---	--	--

## Anexo 2

### Aprobación del Comité de Ética



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Huancayo, 31 de enero del 2023

#### OFICIO N°045-2023-CIEI-UC

Investigadores:  
**Annie Ysabel Alejos Saldaña**

#### Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN QUE ACCEDE A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DE DEMOGRAFIA Y SALUD FAMILIAR 2021.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,


Walter Calderón Gerstein  
Presidente del Comité de Ética  
Universidad Continental

C.c. Archivo.

**Arequipa**  
Av. Los Incas S/N,  
José Luis Bustamante y Rivero  
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara  
(054) 412 030

**Huancayo**  
Av. San Carlos 1980  
(064) 481 430

**Cusco**  
Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo  
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,  
carretera San Jerónimo - Saylla  
(084) 480 070

**Lima**  
Av. Alfredo Mendicla 5210, Los Olivos  
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores  
(01) 213 2760

[ucontinental.edu.pe](http://ucontinental.edu.pe)

### Anexo 3

#### Instrumento de recolección de datos

##### Ficha de características sociodemográficas:

Marque con una X su respuesta

Rango etario	
15-24	
25-34	
35-49	

Grado de instrucción	
Sin educación	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria incompleta	
Secundaria completa	
Superior	

Índice de riqueza	
Más pobre	
Pobre	
Medio	
Rico	
Más rico	

Región	
--------	--



Costa	
Sierra	
Selva	

Área de residencia	
Urbano	
Rural	

Idioma o dialecto que hablan habitualmente en su hogar	
Quechua	
Aimara	
Ashaninka	
Awajún/Aguaruna	
Shipibo/Konibo	
Shawi/Chayahuita	
Matsigenka/ Machiguenga	
Achuar	
Otra lengua nativa u originaria	
Castellano	
Portugués	
Otra lengua extranjera	

**Ficha de nivel de conocimiento de planificación familiar:**

Marque con una X su respuesta

Uso de metodos de planificacion familiar		
Métodos de planificación familiar naturales	Método del ritmo	
	Coitus	
	Abstinencia	
	Lactancia exclusiva (Mela)	
Metodos de planificacion familiar de barrera	Condón masculino	
	Condón femenino	
	Espumas, jaleas, óvulos (vaginales)	
Metodos de planificacion familiar hormonales	Píldoras o anticonceptivos orales combinados	
	Implante subdérmico	
	Anticoncepción oral de emergencia	
	DIU	
Metodos de planificacion familiar quirúrgicos	Esterilización femenina	
	Esterilización masculina	
No usa metodo de planificacion familiar		