

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO SEXUAL Y EL USO DEL
ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES DE LA I.E.
VIRGEN DEL CARMEN, SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS, 2025**

PRESENTADO POR:

Br. CINTHYA MENDOZA QUISPE

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE OBSTETRA**

ASESORA:

Mg. SILVIA ZOILA VEGA MAMANI

ANDAHUAYLAS - PERÚ

2026



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor SILVIA ZOILA VEGA HAMANI
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: RELACIÓN ENTRE LA EDADE DE INICIO
SEXUAL Y EL USO DEL ANTI-CONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN
ADOLESCENTES DE LA I.E. VIRGEN DEL CARMEN, SAN JERONIMO,
ANDAHUYLAS, 2025.

Presentado por: CINTHYA MENDOZA QWISPE DNI N° 71861471;
presentado por: DNI N°:
Para optar el título Profesional/Grado Académico de OBSTETRA

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 3 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de**
Similitud en la UNSAAC y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 4 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a
grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	☒
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	☐
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	☐

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 26 de Junio de 2026

Firma

Post firma SILVIA ZOILA VEGA HAMANI

Nro. de DNI 40039928

ORCID del Asesor Nº 0009-0006-9425-677x

Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: 27259.602834020

CINTHYA MENDOZA QUISPE

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO SEXUAL Y EL USO DEL
ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTE...**



Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::27259:602834020

122 páginas

Fecha de entrega

26 jun 2026, 7:52 a.m. GMT-5

21.727 palabras

Fecha de descarga

26 jun 2026, 8:00 a.m. GMT-5

124.536 caracteres

Nombre del archivo

RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO SEXUAL Y EL USO DEL ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGE....docx

Tamaño del archivo

8.1 MB

4% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 25 palabras)

Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 1%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de Integridad

N.º de alertas de Integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

PRESENTACIÓN

SEÑOR DIRECTOR DE LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Cumpliendo lo establecido en el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, y con el propósito de optar el título profesional de Obstetra, presento a consideración la tesis titulada: **“RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO SEXUAL Y EL USO DEL ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES DE LA I.E. VIRGEN DEL CARMEN, SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS, 2025”.**

El presente estudio constituye un aporte académico orientado a fortalecer el conocimiento científico sobre la salud sexual y reproductiva en adolescentes, abordando aspectos relacionados con el inicio de la actividad sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia. Asimismo, busca proporcionar información relevante y actualizada que contribuya a la comprensión de esta problemática y sirva como base para futuras investigaciones e intervenciones en salud.

Los resultados obtenidos se ponen a disposición de la comunidad académica y de los profesionales de la salud, con la finalidad de contribuir al análisis, reflexión y fortalecimiento de estrategias de promoción, prevención y educación en salud sexual y reproductiva dirigidas a la población adolescente.

BR. CINTHYA MENDOZA QUISPE.

DEDICATORIA

A Dios, por guiar cada uno de mis pasos, brindarme fortaleza en los momentos de debilidad y sostenerme cuando sentí que las fuerzas se agotaban. Gracias por enseñarme a ser resiliente frente a las pruebas de la vida y por permitirme continuar aun en medio de las dificultades que se presentaron en este camino. Su amor, misericordia y compañía fueron mi refugio en los días más difíciles.

A mis padres, Mauro y Aurelia, con profundo amor y gratitud, por ser el pilar fundamental de mi vida. Gracias por cada sacrificio, esfuerzo y palabra de aliento brindados durante mi formación profesional. Por creer en mí incluso cuando yo dudaba, por sostenerme en los momentos más complicados y por enseñarme que la perseverancia, la humildad y el esfuerzo son la base de todo logro alcanzado.

A mis hermanos y hermanas, por su cariño, apoyo y compañía incondicional a lo largo de este camino. Gracias por motivarme a seguir adelante, por compartir conmigo cada alegría y dificultad, y por estar presentes en cada etapa importante de mi vida profesional y personal.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por brindarme fortaleza, sabiduría y perseverancia durante cada etapa de mi formación profesional y en el desarrollo de la presente investigación.

Agradezco a la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Profesional de Obstetricia, por haberme permitido formarme profesionalmente y brindarme los conocimientos necesarios para culminar esta importante etapa académica.

Expreso mi especial agradecimiento a mi asesora, Obstetra Silvia Zoila Vega Mamani, por su orientación, dedicación, paciencia y apoyo constante durante el desarrollo de la presente tesis.

Agradezco a la I.E. Virgen del Carmen, por las facilidades brindadas para la ejecución de la investigación y por contribuir al desarrollo del estudio.

A mis docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia, por sus enseñanzas, experiencias y conocimientos compartidos a lo largo de mi formación universitaria.

A mis padres y hermanos, por su amor, apoyo incondicional y motivación constante, siendo el principal impulso para alcanzar mis metas personales y profesionales.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de manera directa o indirecta, contribuyeron y apoyaron en la realización de la presente investigación.

ÍNDICE

CONTENIDO	
CARÁTULA	I
PRESENTACIÓN	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XI
RESUMEN	XII
INTRODUCCIÓN	XIV
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1. Situación problemática.	16
1.2. Formulación del problema.	19
1.2.1. Problema general.....	19
1.2.2. Problema específico	19
1.3. Justificación de la investigación	19
1.3.1. Justificación teórica.....	19
1.3.2. Justificación metodológica	20
1.3.3. Justificación práctica.....	20
1.4. Objetivos de la investigación	21
1.4.1. Objetivo general.....	21
1.4.2. Objetivo específico.....	21
II. MARCO TEÓRICO	22
2.1. Antecedentes de la investigación	22
2.1.1. Antecedentes internacionales	22
2.1.2. Antecedentes nacionales	26
2.1.3. Antecedentes locales	29
2.2. Bases teóricas	30
2.3. Bases conceptuales	38
Edad de inicio sexual	47
Anticonceptivo oral de emergencia (AOE)	49
Uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes	53
2.4. Definición de términos básicos	55
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	58

3.1. Hipótesis.....	58
3.1.1. Hipótesis general.	58
3.2. Identificación de variables	58
IV. METODOLOGÍA.....	60
4.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica	60
4.2. Tipo y nivel de investigación.....	60
4.3. Unidad de análisis	61
4.4. Población de estudio	61
4.5. Tamaño de muestra	62
4.6. Técnicas de selección de muestra	65
4.7. Técnicas de recolección de información.....	66
4.8. Técnicas de análisis e interpretación de la información	66
4.9. Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas...	68
4.10. Consideraciones éticas	68
V. RESULTADOS	71
DISCUSIÓN	86
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES	93
BIBLIOGRAFÍA	95
ANEXOS	107
a. Instrumento de recolección de datos.....	107
b. Matriz de consistencia	109
c. Consentimiento informado.....	110
d. Asentimiento informado.....	111
e. Solicitud de validación de instrumento	112
f. Solicitud de ejecución.....	113
g. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos	114
h. Validación del instrumento mediante juicio de expertos	115
i. Lista de expertos	120
j. Evidencia fotográfica	121
k. Recolección de datos	122
L. Validación – v de aiken	124

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas.....	71
Tabla 2: Inicio de actividad sexual.....	72
Tabla 3: Identificar edad promedio de inicio de la actividad sexual.....	73
Tabla 4: Aspectos asociados al inicio sexual	75
Tabla 5: Uso y frecuencia del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) (OE2) ..	77
Tabla 6: Conocimiento sobre el AOE	79
Tabla 7: Accesibilidad y fuente de información	80
Tabla 8: Análisis de la relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes.....	82
Tabla 9: Determinación de la relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes.....	84

LISTA DE GRÁFICOS

figura 1: Características sociodemográficas.....	72
figura 2: Inicio de actividad sexual.....	73
figura 3: Edad promedio de inicio de actividad sexual (OE1)	74
figura 4: Aspectos asociados al inicio sexual	75
figura 5: Uso y frecuencia del anticonceptivo oral de emergencia (AOE).....	78
figura 6: Conocimiento sobre el AOE	79
figura 7: Accesibilidad y fuente de información	81

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo, Andahuaylas, 2025. Se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, con nivel correlacional, diseño observacional, no experimental y transversal. La población estuvo conformada por 180 adolescentes y la muestra por 123 participantes seleccionadas mediante muestreo probabilístico estratificado. La información se recolectó mediante una encuesta autoadministrada y anónima, validada por juicio de expertos y con confiabilidad evaluada mediante alfa de Cronbach. Los resultados evidenciaron que el 69,9% de las adolescentes había iniciado relaciones sexuales. Entre ellas, el 61,6% inició su vida sexual entre los 15 y 17 años, mientras que el 38,4% lo hizo antes de los 15 años, con una edad promedio de inicio sexual de $15,06 \pm 1,06$ años. Asimismo, el 65,1% manifestó haber utilizado el anticonceptivo oral de emergencia; de este grupo, el 57,1% lo empleó ocasionalmente (2 a 3 veces) y el 53,6% lo consumió dentro de las primeras 24 horas posteriores a la relación sexual sin protección. El análisis inferencial mostró una relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia ($p = 0,000$). Se concluye que existe una relación significativa entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia. El inicio sexual antes de los 15 años se asocia con una menor utilización de este método anticonceptivo.

Palabras clave: Adolescente, Inicio sexual, Anticonceptivo oral de emergencia, Salud sexual y reproductiva.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the relationship between age at sexual initiation and the use of emergency oral contraception among adolescents from Virgen del Carmen Educational Institution, San Jerónimo, Andahuaylas, 2025. The study employed a quantitative approach, with an applied, correlational, observational, non-experimental, and cross-sectional design. The population consisted of 180 female adolescents, and the sample included 123 participants selected through stratified probabilistic sampling. Data were collected using a self-administered and anonymous questionnaire, validated by expert judgment and assessed for reliability using Cronbach's alpha coefficient. The results showed that 69.9% of the adolescents had initiated sexual intercourse. Among them, 61.6% reported sexual initiation between 15 and 17 years of age, while 38.4% reported initiating sexual activity before the age of 15, with a mean age at sexual initiation of 15.06 ± 1.06 years. Furthermore, 65.1% reported having used emergency oral contraception; among these, 57.1% used it occasionally (two to three times), and 53.6% took it within the first 24 hours after unprotected sexual intercourse. Inferential analysis revealed a statistically significant relationship between age at sexual initiation and the use of emergency oral contraception ($p < 0.001$). It was concluded that there is a significant relationship between age at sexual initiation and the use of emergency oral contraception. Sexual initiation before the age of 15 was associated with lower use of this contraceptive method.

Keywords: Adolescent, sexual initiation, Emergency oral contraception, Sexual and reproductive health.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa clave del desarrollo humano caracterizada por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales, durante la cual se consolida la identidad personal y se inicia la exploración de la sexualidad. En este periodo, el inicio de la vida sexual adquiere especial relevancia, ya que puede estar asociado a conductas de riesgo cuando no se cuenta con información adecuada, orientación o acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva. El inicio sexual a edades tempranas se ha vinculado con un mayor riesgo de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y consecuencias psicosociales que pueden afectar el proyecto de vida de las adolescentes.

El anticonceptivo oral de emergencia (AOE) constituye un método eficaz para prevenir embarazos no planificados tras una relación sexual sin protección o ante la falla de un método anticonceptivo regular. Su uso ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud como parte de la atención integral en salud sexual y reproductiva. No obstante, diversos estudios evidencian que, pese a su disponibilidad, existen deficiencias en el conocimiento, acceso y uso adecuado del AOE, especialmente en la población adolescente, lo que puede llevar a un empleo incorrecto o a su uso como método anticonceptivo habitual.

En el contexto peruano, el embarazo adolescente continúa siendo un problema de salud pública, particularmente en regiones con limitaciones en educación sexual integral y acceso a servicios de planificación familiar. En zonas como Andahuaylas, las adolescentes se encuentran expuestas a factores socioculturales, familiares y educativos que influyen tanto en la edad de inicio sexual como en las decisiones relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos, incluido el anticonceptivo oral de emergencia. Sin embargo, la evidencia local sobre la relación entre estas

variables aún es limitada, lo que dificulta el diseño de intervenciones preventivas contextualizadas.

En este marco, la presente investigación tiene como propósito determinar la relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, distrito de San Jerónimo, Andahuaylas, durante el año 2025. Los resultados del estudio permitirán aportar evidencia científica relevante para fortalecer las estrategias de educación sexual, orientar la toma de decisiones en salud pública y contribuir a la promoción de una sexualidad responsable, informada y segura en la población adolescente.

El presente estudio de investigación está estructurado en cinco capítulos, organizados de manera sistemática para garantizar coherencia y rigor metodológico: Capítulo I: Comprende el planteamiento y la formulación del problema, así como la justificación y los objetivos de la investigación. Capítulo II: Desarrolla el marco teórico, incluyendo los antecedentes del estudio, las bases teóricas y conceptuales, y la definición de términos básicos. Capítulo III: Presenta las hipótesis, la identificación de variables y su correspondiente operacionalización. Capítulo IV: Describe el enfoque metodológico, detallando el contexto del estudio, el tipo y diseño de investigación, la unidad de análisis, la población y muestra, así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos y los procedimientos para su análisis e interpretación. Capítulo V: Expone los resultados obtenidos, su análisis e interpretación, y culmina con las conclusiones y recomendaciones fundamentadas en la evidencia generada.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática.

El inicio de la vida sexual en la adolescencia constituye un fenómeno social y sanitario de gran relevancia, dado que esta etapa del ciclo vital se caracteriza por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, en el cual los jóvenes adquieren conciencia de sí mismos como seres sexuados y desarrollan su identidad de género (2). El anticonceptivo oral de emergencia (AOE) es un método hormonal postcoital de carácter excepcional y no abortivo, diseñado específicamente para prevenir un embarazo no planificado mediante la inhibición o el retraso de la ovulación. Su administración está indicada tras una relación sexual sin protección, en casos de violación o agresión sexual, o ante el fallo, rotura o uso inadecuado de un método anticonceptivo regular. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo reconoce como un componente esencial e indispensable de los servicios de planificación familiar y de la atención integral en salud sexual y reproductiva global. (3).

A escala mundial, el inicio sexual en adolescentes constituye un fenómeno creciente que genera preocupación en la salud pública. Se estima que alrededor del 11% de los adolescentes inician su vida sexual antes de los 15 años, lo que contribuye significativamente a la ocurrencia de más de 16 millones de partos en madres adolescentes cada año (4). A nivel global, el embarazo en la adolescencia representa un desafío prioritario de salud pública y equidad social. En diversas regiones de medianos y bajos ingresos, la prevalencia de mujeres que experimentan su primera gestación antes de los 19 años oscila entre el 30% y el

50%, lo que evidencia una tendencia epidemiológica crítica hacia la coitarca precoz y desprotegida. Desde una perspectiva biosocial, este fenómeno se asocia directamente con repercusiones reproductivas y perinatales severas tales como mayores tasas de prematuridad, bajo peso al nacer y morbilidad materna además de actuar como un factor estructural que perpetúa la brecha de género, limita el desarrollo educativo y trunca el proyecto de vida de la población adolescente. (5).

En América Latina y el Caribe, la edad promedio de inicio sexual es menor en varones que en mujeres, variando entre 12,7 y 16 años en los primeros y entre 15,6 y 17,9 años en las segundas (6). En esta misma región, la tasa de embarazos adolescentes continúa siendo la segunda más alta del mundo, con 62 nacimientos por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años (7).

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2021), el 25% de mujeres entre 15 y 19 años mantenían una vida sexual activa, muchas de ellas con más de una pareja sexual (8). Asimismo, la ENDES 2022 informó que más de tres cuartos de las mujeres en edad fértil utilizaban algún método anticonceptivo (76,3%), de las cuales el 55% recurría a métodos modernos como el anticonceptivo oral de emergencia (9).

A nivel regional, en Apurímac la edad mediana de inicio sexual es de 18 años, siendo menor en el área rural (17,6 años) que en la urbana (18,5 años). Esta situación evidencia la persistencia del inicio sexual temprano y su posible asociación con riesgos reproductivos en la adolescencia (10).

Entre las principales causas del inicio sexual precoz y del uso inadecuado del anticonceptivo oral de emergencia se encuentran factores sociales, familiares y educativos. La falta de comunicación con los padres, la desinformación sobre salud sexual, la presión de grupo, la curiosidad y el limitado acceso a servicios de planificación familiar son elementos que favorecen conductas sexuales de riesgo. Asimismo, los tabúes culturales y religiosos restringen la educación sexual integral, impidiendo que los adolescentes adquieran conocimientos adecuados sobre el uso correcto del AOE. En este sentido, la iniciación sexual temprana, en ausencia de orientación y acompañamiento profesional, puede aumentar la probabilidad de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y complicaciones asociadas al aborto inseguro (11,12).

Las consecuencias de este fenómeno son múltiples y de gran impacto en la salud pública. El embarazo adolescente representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, además de limitar el desarrollo educativo, económico y social de las jóvenes. La falta de uso oportuno de anticonceptivos de emergencia incrementa la vulnerabilidad de las adolescentes ante embarazos no planificados y la interrupción voluntaria del embarazo, con consecuencias emocionales y físicas (13).

Por lo expuesto, la presente investigación busca generar evidencia científica sobre la relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes, con el propósito de fortalecer las estrategias de educación sexual y promoción de la salud reproductiva. Este estudio permitirá identificar los patrones de comportamiento sexual y los factores asociados al uso del AOE, aportando información útil para diseñar programas preventivos, orientar

políticas públicas y fomentar el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos en la población adolescente. De este modo, contribuirá a reducir la incidencia de embarazos no deseados y promover decisiones informadas que favorezcan el bienestar integral de las y los adolescentes.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo, Andahuaylas, 2025?

1.2.2. Problema específico

- ✓ ¿Cuál es la edad promedio de inicio de la actividad sexual en las adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo, Andahuaylas, 2025?
- ✓ ¿Cuál es la frecuencia y forma de uso del anticonceptivo oral de emergencia en las adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo, Andahuaylas, 2025?
- ✓ ¿Existe relación entre la edad temprana de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en las adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo, Andahuaylas, 2025?

1.3. Justificación de la investigación

1.3.1. Justificación teórica

El inicio temprano de la vida sexual en adolescentes constituye un fenómeno multifactorial asociado a la falta de educación sexual integral, la influencia sociocultural y el acceso limitado a métodos anticonceptivos. El anticonceptivo oral

de emergencia (AOE) se ha convertido en una alternativa frecuente entre las adolescentes para prevenir embarazos no deseados, especialmente cuando no se emplean métodos de protección regulares. Analizar la relación entre la edad de inicio sexual y el uso del AOE permitirá comprender los patrones de conducta sexual adolescente y los factores que determinan la adopción de métodos de emergencia. Este estudio aportará evidencia científica útil para fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva orientados a la prevención de embarazos adolescentes.

1.3.2. Justificación metodológica

El presente estudio se sustenta en un diseño correlacional, ya que busca determinar la relación existente entre dos variables: la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado y validado, que permitirá obtener información precisa, confiable y comparable. La aplicación del enfoque cuantitativo facilitará el análisis estadístico de los resultados, garantizando objetividad y rigor metodológico. Además, la delimitación temporal y espacial en Andahuaylas, 2025 permitirá contextualizar los hallazgos en una realidad educativa concreta.

1.3.3. Justificación práctica

Los resultados del presente estudio servirán como base para el diseño de estrategias educativas en salud sexual dirigidas a adolescentes, docentes y padres de familia, promoviendo una conducta sexual responsable. Asimismo, contribuirán a que las autoridades de salud y educación del distrito de San Jerónimo adopten políticas de intervención temprana y programas preventivos frente al uso inadecuado del anticonceptivo oral de emergencia. De esta manera, la

investigación tendrá un impacto directo en la promoción de una sexualidad informada y en la reducción de embarazos no planificados en adolescentes.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo, Andahuaylas, 2025.

1.4.2. Objetivo específico

- ✓ Identificar la edad promedio de inicio de la actividad sexual en las adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo, Andahuaylas, 2025.
- ✓ Identificar la frecuencia y forma de uso del anticonceptivo oral de emergencia en las adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo, Andahuaylas, 2025.
- ✓ Determinar la relación entre la edad temprana de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en las adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo, Andahuaylas, 2025.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

León-Larios F, et al. (2022, España) realizaron un estudio transversal y analítico con el objetivo de describir las experiencias de uso de la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) en estudiantes universitarios y analizar sus conocimientos y actitudes. La investigación se llevó a cabo en estudiantes del grado de Enfermería de la Universidad de Sevilla, con la participación de 478 encuestados. Todos los estudiantes (100%) habían oído hablar de la PAE y mostraron una actitud positiva hacia su uso. El 25,7% refirió haberla utilizado, principalmente por fallos en el preservativo o ausencia de uso de otro método anticonceptivo. Se evidenciaron deficiencias en el conocimiento sobre el mecanismo de acción, la eficacia tras su uso repetido y los tipos de PAE disponibles. Además, las estudiantes mayores de 20 años y aquellas que no usaban ningún método anticonceptivo o recurrían a la retirada fueron quienes utilizaron la PAE en mayor proporción ($p < 0,005$). Se concluyó que son necesarias más iniciativas de educación enfocadas en el uso correcto, la eficacia y la tipología de la PAE, especialmente entre futuros profesionales de la salud que posteriormente tendrán el rol de educar a otros jóvenes (14).

Williams B, et al. (2021, Estados Unidos) tuvieron como objetivo describir los patrones actuales de uso, conocimiento y percepción sobre la anticoncepción de emergencia en pacientes adolescentes. Para ello realizaron un estudio de encuesta en 253 adolescentes mujeres de 14 a 21 años atendidas en una clínica de Pediatría y Ginecología. Los resultados

mostraron que el 80,2% había oído hablar de las píldoras anticonceptivas de emergencia orales, mientras que entre las adolescentes sexualmente activas el 25,6% refirió haberlas usado. Las adolescentes mayores (≥ 18 años) tenían mayor probabilidad de conocer, haber escuchado y usado la anticoncepción de emergencia en comparación con las más jóvenes ($p < 0,05$). Sin embargo, solo el 44,3% sabía que se podía adquirir sin receta y el 27,7% que no se requiere consentimiento de los padres. Haber sido sexualmente activa alguna vez se asoció con mayor probabilidad de tener conocimientos correctos sobre disponibilidad y uso, y quienes habían utilizado la anticoncepción de emergencia demostraron mejor comprensión sobre su mecanismo de acción y efectos secundarios. Se concluyó que, aunque las adolescentes conocían la anticoncepción de emergencia, su uso era bajo y persistían malentendidos sobre su disponibilidad y seguridad (15).

Monteiro DLM, et al. (2020, Brasil) tuvieron como objetivo analizar el grado de conocimiento de los adolescentes sobre la anticoncepción de emergencia (AE) en relación con la administración correcta, frecuencia de uso, eficacia, mecanismo de acción, efectos adversos y complicaciones. Se realizó un estudio transversal en 148 adolescentes de 11 a 19 años, quienes respondieron un cuestionario sobre sexualidad, conocimiento y uso de AE. Los resultados mostraron que el 8% desconocía la AE y que entre los sexualmente activos el 56,7% la había utilizado al menos una vez. La probabilidad de obtener información de amigos se triplicaba entre los 15 y 19 años ($p=0,04$). La mayoría refirió uso de dosis única y que la AE previene el 80% de los embarazos si se emplea dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección. Entre los 15 y 19 años, el 82,4% sabía que

previene la fecundación, mientras que en el grupo de 10 a 14 años solo el 41,2%. Los principales motivos de uso fueron violación y relaciones sexuales sin protección (58,3% en 10-14 años y 79,6% en 15-19 años). Sobre los efectos secundarios, el 60,5% de las adolescentes de 15 a 19 años mencionó náuseas y vómitos, mientras que entre el 17,6% y 41,2% creían erróneamente que la AE causa aborto, cáncer, infertilidad o malformaciones. Más del 80% coincidió en que puede generar irregularidades menstruales. Se concluyó que el conocimiento sobre la AE era insatisfactorio, especialmente en relación con sus riesgos, independientemente de la edad y escolaridad, por lo que un mejor conocimiento podría favorecer mayor adherencia y reducción de embarazos no planificados (16).

Mesfin D. (2020, Etiopía) realizó un estudio transversal institucional en escuelas secundarias de la ciudad de Wolkite, con el objetivo de explorar los conocimientos, la práctica y los determinantes de la anticoncepción de emergencia entre el alumnado femenino. La muestra estuvo conformada por 327 estudiantes mujeres, con una tasa de respuesta del 97 %, a quienes se aplicó un cuestionario estructurado autoadministrado; los datos se analizaron con SPSS v.21. Los resultados mostraron que el 54,8 % de las participantes tenía un buen conocimiento sobre anticonceptivos de emergencia, mientras que solo el 40,5 % de las sexualmente activas los utilizó tras relaciones sexuales sin protección. Se encontró que el tipo de ingreso, el grado escolar y la comunicación con los padres sobre salud reproductiva se asociaron significativamente con un mejor conocimiento, mientras que la presencia de pareja y el grado escolar fueron determinantes significativos del uso. Se concluyó que, pese a que el nivel de conocimiento

fue aceptable, menos de la mitad de las encuestadas activas sexualmente usaba anticonceptivos de emergencia, por lo que se recomienda fortalecer la educación en salud sexual y reproductiva desde la matriculación y promover la comunicación entre padres e hijos sobre este tema (17).

Davis P, Sarasveni M, Krishnan J, Bhat LD, Kodali NK (2020, India)

realizaron un estudio transversal en el distrito de Thiruvapur, Tamil Nadu, con el objetivo de evaluar el conocimiento y la actitud sobre la anticoncepción de emergencia en estudiantes universitarios. La muestra estuvo conformada por 758 estudiantes seleccionados por muestreo por conveniencia, a quienes se aplicó un cuestionario semiestructurado. Los resultados mostraron que solo el 24 % había oído hablar de la anticoncepción de emergencia, siendo la principal fuente de información internet (49,7%). El 60,1 % presentó un nivel de conocimiento moderado, significativamente mayor en estudiantes mayores de 25 años, casados, de instituciones privadas, musulmanes y de nivel socioeconómico bajo ($p < 0,05$). Sin embargo, el 59 % mostró una actitud negativa hacia el uso de la anticoncepción de emergencia; el 38,8 % consideró que afectaría el ciclo menstrual siguiente y el 35,5 % que incrementaría conductas de riesgo. Se concluyó que el nivel de conocimiento fue moderado, pero predominó una actitud negativa, lo que resalta la necesidad de educación en salud reproductiva para mejorar la concientización y corregir conceptos erróneos (18).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Candia W, (2024, Cusco) en el estudio titulado “Conocimiento y uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la Institución Educativa Tomasa Ttito Condemayta de Acomayo, 2024”, tuvo como objetivo establecer la relación entre el nivel de conocimiento y el uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) en adolescentes. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal, con una muestra de 104 estudiantes mujeres de cuarto y quinto grado de secundaria. La recolección de datos se realizó mediante la técnica de encuesta y un cuestionario estructurado como instrumento; para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson con un nivel de confianza del 95%. Los resultados evidenciaron una prevalencia de uso del AOE y una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y su utilización ($p < 0,05$). Se concluyó que existe una relación estrecha entre el conocimiento teórico y el uso real del anticonceptivo oral de emergencia, observándose que las adolescentes con menor información o con conceptos erróneos sobre el método presentan un uso menos frecuente o inadecuado, lo que resalta la necesidad de fortalecer los programas de educación sexual integral (19).

Salazar G. (2024, Lima) realizó un estudio con el objetivo de determinar la actitud de los adolescentes de 4to y 5to de secundaria frente al uso del anticonceptivo oral de emergencia en la Institución Educativa 7238 Solidaridad Perú Alemania, durante el año 2023. La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; la población estuvo conformada por 60 adolescentes, aplicándose la técnica de la encuesta y

como instrumento un cuestionario. Los resultados mostraron que el 50% de los adolescentes tenían 16 años, con igual distribución entre los grados (50%) y predominio del sexo masculino (60%). En cuanto a la actitud frente al anticonceptivo oral de emergencia, el 70% presentó indiferencia, el 19% rechazo y el 11% aceptación. Por dimensiones, se observó que el 60% mostró indiferencia en la dimensión cognitiva, el 50% en la afectiva y el 70% en la conductual. Se concluyó que la mayoría de los adolescentes mantienen una actitud indiferente hacia el anticonceptivo oral de emergencia, lo que refleja la necesidad de fortalecer la educación en salud sexual y reproductiva para promover actitudes más favorables hacia su uso (20).

Rodríguez Amasifuen GL (2023, Iquitos – Perú) Se desarrolló una investigación con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, nivel descriptivo–correlacional y corte transversal, cuyo propósito fue establecer la relación entre el nivel de conocimiento y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de 14 a 17 años del caserío de Rumococha, distrito de San Juan Bautista. La población estuvo conformada por 294 adolescentes, de las cuales se seleccionó una muestra de 167 participantes. Para la recolección de información se empleó la técnica de encuesta, utilizando un cuestionario previamente validado (80,25%) y con adecuada confiabilidad (81,1%). En relación con los resultados, se evidenció un predominio de bajo nivel de conocimiento (85,0%), seguido de nivel regular (12,6%) y, en menor proporción, nivel bueno (2,4%). Respecto al uso del anticonceptivo oral de emergencia, el 10,2% de las adolescentes manifestó haberlo utilizado, mientras que el 89,8% indicó no haber recurrido a este método. Entre quienes lo usaron, el 76,5% lo hizo de manera incorrecta y

solo el 23,5% de forma adecuada. El análisis inferencial demostró la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el uso del anticonceptivo oral de emergencia ($p=0,002$; $\alpha<0,05$), lo que sugiere que el grado de información influye de manera importante en la correcta utilización de este método anticonceptivo (21).

Sáenz Lara AJ (Lima - 2023). El objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el uso de anticonceptivo oral de emergencia (AOE) en estudiantes de un colegio estatal en Lurín, 2023. El estudio fue de tipo no experimental, correlacional y transversal, con una población de 98 alumnas de quinto de secundaria. La técnica de recolección fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Para el análisis se describieron frecuencias absolutas y relativas, aplicándose además la prueba Chi cuadrado. Los resultados mostraron que las encuestadas tenían entre 15 y 17 años, el 81.6% procedía de zonas urbanas y el 36.7% había iniciado su vida sexual a los 15 años en promedio. El nivel de conocimientos sobre el AOE fue bajo en el 62.2% y regular en el 37.8%, siendo los aspectos más desconocidos la composición farmacológica, las indicaciones de administración y el tiempo de ventana de uso. En cuanto a la frecuencia de uso, el 23.5% ($n=23$) refirió haberlo usado alguna vez; de ellas, el 60.9% lo tomó una sola vez en el último año, el 34.8% en dos ocasiones y el 4.3% más de dos veces. No se encontró relación significativa entre el nivel de conocimiento y el uso del anticonceptivo oral de emergencia ($p=0.517$). **Conclusión:** No existe relación entre el nivel de conocimientos y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en las estudiantes del colegio José Faustino Sánchez Carrión en Lurín, 2023 (22).

Anaya Trujillo M (2021 - Lima) Se llevó a cabo un estudio con enfoque descriptivo–correlacional, de diseño no experimental, corte transversal y carácter prospectivo–observacional, en estudiantes de primero a quinto de secundaria de la Institución Educativa Privada Virgen de la Candelaria. El propósito fue analizar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente al uso del anticonceptivo oral de emergencia.

Los hallazgos evidenciaron que el 57,8% de los estudiantes presentó un nivel de conocimiento regular, seguido del 35,3% con nivel bajo y un 6,9% con nivel alto. En cuanto a las actitudes, predominó la indecisión (53,9%), seguida del rechazo (33,3%) y, en menor proporción, la aceptación (12,7%). El análisis estadístico permitió establecer una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia el uso del anticonceptivo oral de emergencia (índice=0,972; $p=0,031$). En conjunto, los resultados muestran que, aunque el conocimiento se sitúa mayoritariamente en un nivel intermedio, persiste una tendencia a la indecisión en las actitudes, lo que sugiere la necesidad de fortalecer la educación en salud sexual para favorecer posturas más informadas y seguras (23).

2.1.3. Antecedentes locales

Cceccaño Quispe L (2025, Andahuaylas) realizó un estudio cuyo objetivo fue establecer la relación entre el nivel de conocimiento y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de contabilidad de la Universidad Nacional José María Arguedas, Andahuaylas, 2024. La metodología fue de tipo básica, cuantitativa, prospectiva, transversal y de nivel descriptivo correlacional; la muestra estuvo conformada por 195 estudiantes de contabilidad matriculados en el semestre 2024-II, empleando

como instrumento una encuesta. Los resultados mostraron que la edad media de los estudiantes fue de 20 años, el 87% procedía de la provincia de Andahuaylas, el 96.9% eran solteros y el 73.3% católicos. El 57.9% presentó un nivel de conocimiento regular sobre el anticonceptivo oral de emergencia, el 58.5% había iniciado relaciones sexuales y el 78.9% refirió haberlo utilizado, siendo que el 59.6% lo usó una o dos veces al año y el 12.3% más de cinco veces al año. Se encontró que las estudiantes mujeres obtuvieron un promedio de conocimiento mayor (10.09) en comparación con los varones (9.48). Mediante la prueba de Chi cuadrado se halló significancia estadística ($p < 0.042$), demostrando que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el uso del anticonceptivo oral de emergencia. Se concluyó que el nivel de conocimiento se relaciona directamente con el uso del anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de la Universidad Nacional José María Arguedas (24).

2.2. Bases teóricas

Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson

Erik Erikson concibe el desarrollo humano como un proceso dinámico y continuo que atraviesa ocho estadios psicosociales, cada uno definido por un conflicto central cuya resolución favorable o desfavorable determina los recursos psicológicos, las competencias sociales y los patrones conductuales que el individuo incorporará en las etapas subsiguientes de su vida. A diferencia de las teorías estrictamente biologicistas, Erikson integra factores sociales, culturales e históricos en la comprensión del desarrollo, reconociendo que la persona se constituye en interacción permanente con su entorno. Cada estadio enfrenta al sujeto con una tensión dialéctica entre una fuerza adaptativa y una fuerza regresiva,

cuya síntesis produce una virtud o fortaleza del yo específica. La resolución favorable de cada crisis no implica la eliminación del polo negativo, sino la capacidad de integrar ambas fuerzas en una respuesta psicológica más madura, flexible y orientada hacia el bienestar personal y social (25).

La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson aporta el sustento conceptual necesario para interpretar la relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) desde una perspectiva de desarrollo humano, sin reducir el fenómeno a variables puramente informativas o conductuales.

En primer lugar, la teoría fundamenta por qué la edad del debut sexual es una variable relevante para el estudio del uso del AOE: no se trata únicamente de una referencia cronológica, sino de un indicador del estadio psicosocial y, por lo tanto, del nivel de madurez identitaria en que se encontraba la adolescente al momento de su primera relación sexual. Este estadio condiciona sus capacidades de percepción del riesgo, autonomía decisional y acceso activo a métodos de protección. En segundo lugar, la teoría permite anticipar que adolescentes que inician su vida sexual antes de la consolidación identitaria, es decir, en etapas tempranas de la adolescencia enfrentarán mayores dificultades para adoptar conductas preventivas postcoitales de manera sistemática y oportuna, no necesariamente por falta de información, sino por limitaciones aún presentes en su desarrollo psicosocial. Esta perspectiva amplía el análisis más allá del acceso al método y sitúa la conducta anticonceptiva en su contexto de desarrollo.

En tercer lugar, la teoría orienta el diseño de las recomendaciones: si el inicio sexual temprano está vinculado a una etapa de mayor vulnerabilidad identitaria, las

intervenciones más eficaces no se limitarán a proveer información sobre el AOE, sino que incluirán el fortalecimiento de la identidad personal, la autoestima, la autonomía y las habilidades para la toma de decisiones, comenzando antes del debut sexual y siendo sensibles al estadio de desarrollo de las participantes. En síntesis, el marco Eriksoniano no solo explica el fenómeno estudiado, sino que le otorga profundidad teórica, conectando las variables de estudio con los procesos universales del desarrollo humano adolescente y abriendo la reflexión hacia intervenciones más integrales y contextualizadas en materia de salud sexual y reproductiva. La teoría de Erikson aporta un marco conceptual superior: demuestra que la conducta de usar o no el anticonceptivo oral de emergencia (AOE) es un reflejo directo del nivel de maduración del desarrollo psicosocial y de la consolidación del Yo en el momento de la primera relación sexual. Al situar la conducta anticonceptiva en su contexto evolutivo, la teoría explica por qué la información técnica por sí sola no garantiza un comportamiento responsable si no hay madurez identitaria previa.

Teoría del Comportamiento Planificado

La teoría del comportamiento planificado postula que las acciones intencionales del ser humano se originan en la intención conductual, la cual se construye sobre tres pilares fundamentales: la actitud hacia la conducta (valoración personal de realizar una acción específica), las normas subjetivas (presión percibida de familiares, amigos o sociedad) y el control conductual percibido (confianza en la capacidad propia para llevarla a cabo). Cuando estos elementos se alinean favorablemente actitudes positivas, apoyo social implícito y autoconfianza, la intención de actuar se fortalece significativamente (26).

La Teoría suele criticarse por ser un modelo puramente cognitivo que a veces ignora variables demográficas y del desarrollo. El estudio demuestra que la edad de inicio sexual actúa como un factor de vulnerabilidad estructural que condiciona los constructos de la teoría. No es solo "cumplir años", es que la edad cronológica en la adolescencia temprana (menores de 15) limita drásticamente el *control conductual percibido* y amplifica la opresión de las *normas subjetivas*, algo que el modelo general de Ajzen no detalla por sí solo. La literatura sobre la teoría y el uso de anticonceptivos suele centrarse en contextos urbanos y universitarios. Al aplicar este modelo en Andahuaylas, aportas evidencia empírica sobre cómo las normas subjetivas de matriz tradicional y religiosa ejercen un peso restrictivo mucho mayor en la adolescencia temprana. Esto visibiliza que las barreras no son solo físicas (disponibilidad del AOE), sino predominantemente cognitivas y sociales. El aporte de aplicar esta teoría en la I.E. Virgen del Carmen radica en generar evidencia empírica local sobre cómo los entornos con matrices tradicionales y religiosas ejercen una opresión mucho mayor sobre las normas subjetivas de las adolescentes escolarizadas. Esto demuestra científicamente que las principales barreras para evitar un embarazo adolescente en la zona no son de disponibilidad física del insumo (ya que el AOE es de fácil acceso), sino de índole predominantemente cognitiva, social y actitudinal

Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura

La Teoría del Aprendizaje Social, propuesta por Albert Bandura, sostiene que las personas adquieren conocimientos, actitudes y conductas mediante la observación e imitación de modelos presentes en su entorno social, como familiares, amigos, compañeros y medios de comunicación. Según esta teoría, el comportamiento humano no depende únicamente de la experiencia directa, sino también de las

experiencias observadas en otras personas y de la percepción de las consecuencias que dichas conductas generan. Asimismo, Bandura destaca el concepto de autoeficacia, entendido como la confianza que tiene una persona en su capacidad para tomar decisiones y ejecutar acciones de manera adecuada (27). Esta teoría respalda el presente estudio porque permite comprender cómo las adolescentes construyen sus comportamientos sexuales a partir de la influencia de su entorno social. La edad de inicio sexual puede estar relacionada con modelos observados en los pares, familiares y medios digitales, que influyen en la decisión de iniciar relaciones sexuales a edades tempranas o tardías. Del mismo modo, el uso del anticonceptivo oral de emergencia puede verse favorecido, limitado por los conocimientos, creencias y experiencias aprendidas dentro de su contexto social. En consecuencia, la teoría de Bandura aporta al estudio al explicar que tanto el inicio de la actividad sexual como la adopción de conductas preventivas, como el uso del anticonceptivo oral de emergencia, son comportamientos aprendidos y moldeados por la interacción social, la observación de modelos y el nivel de autoeficacia que poseen las adolescentes para tomar decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva. La Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura aporta a la investigación el marco explicativo fundamental para comprender que tanto la edad de inicio sexual como el uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) no son eventos aislados, sino conductas moldeadas por la imitación de modelos significativos (pares, familiares y medios de comunicación) y por el nivel de autoeficacia de las adolescentes. En el contexto de Andahuaylas, la teoría enriquece el análisis al demostrar cómo la información empírica y los mitos sobre el AOE se transmiten por aprendizaje vicario dentro del entorno escolar, evidenciando que una baja autoeficacia agudizada en un inicio sexual temprano

fractura la confianza de la menor para negociar su protección o acudir a los servicios de salud, mientras que un debut sexual más tardío se asocia con una mayor autoeficacia para ejecutar la toma de decisiones preventivas de manera oportuna.

Teoría del Modelo de Conducta de Salud

El Modelo de Creencias en Salud, desarrollado por Irwin Rosenstock, sostiene que las personas adoptan conductas preventivas cuando perciben que existe un riesgo para su salud y consideran que las acciones disponibles pueden reducir eficazmente dicho riesgo. Este modelo se fundamenta en varios componentes: la susceptibilidad percibida, que hace referencia a la percepción de vulnerabilidad frente a un problema de salud; la gravedad percibida, relacionada con las consecuencias que este puede generar; los beneficios percibidos de la conducta preventiva; las barreras percibidas que dificultan su adopción; y la autoeficacia, entendida como la confianza de la persona en su capacidad para realizar una determinada acción de manera exitosa (28). Esta teoría sustenta el presente estudio porque permite comprender cómo las percepciones y creencias de las adolescentes influyen tanto en la edad de inicio de las relaciones sexuales como en el uso del anticonceptivo oral de emergencia. Las adolescentes que inician su vida sexual a edades más tempranas pueden presentar una menor percepción del riesgo de embarazo o subestimar las consecuencias de una relación sexual sin protección. Del mismo modo, la decisión de utilizar o no el anticonceptivo oral de emergencia puede estar condicionada por los beneficios que atribuyen al método, las barreras de acceso, los mitos existentes y el nivel de confianza que poseen para solicitarlo y utilizarlo adecuadamente. En ese sentido, el Modelo de Creencias en Salud aporta al estudio al explicar que el comportamiento sexual y las decisiones relacionadas con la prevención del embarazo no dependen únicamente del

conocimiento, sino también de la percepción individual del riesgo, de los beneficios esperados y de la capacidad que las adolescentes consideran tener para actuar de manera oportuna frente a una situación de exposición al embarazo. El Modelo de Creencias en Salud aporta a la investigación el marco cognitivo-evaluativo indispensable para comprender que la transición hacia el uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) no se rige de manera mecánica por el nivel de información biomédica de las adolescentes de Andahuaylas, sino por el balance de sus percepciones de susceptibilidad y severidad frente a un embarazo no planificado. La teoría enriquece sustancialmente el análisis al demostrar cómo la edad de inicio sexual actúa como un modulador del desarrollo que altera estas variables de creencia; un debut coital precoz (menores de 15 años) tiende a adolecer de una baja susceptibilidad percibida y una minimización del riesgo reproductivo, mientras que una coitarca en la adolescencia media o tardía (15 a 17 años) se correlaciona con una ponderación más madura de los beneficios preventivos del AOE y una mayor capacidad para derribar las barreras culturales y el estigma social asociados a su adquisición en el entorno local.

Teoría del modelo de Planificación Familiar de la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la planificación familiar como un componente esencial de la salud sexual y reproductiva, orientado a garantizar que las personas puedan tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su reproducción. Este modelo se sustenta en principios fundamentales como el acceso equitativo a los servicios de salud, la disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y eficaces, la atención integral de calidad, la consejería personalizada y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, la OMS reconoce que la educación sexual y el acceso oportuno a

información confiable son elementos indispensables para que los adolescentes adopten conductas preventivas frente a embarazos no planificados. Dentro de este enfoque, el anticonceptivo oral de emergencia constituye un método seguro y eficaz que debe estar disponible para quienes lo requieran, acompañado de orientación adecuada sobre su uso correcto y oportuno (29). Esta teoría sustenta el presente estudio porque permite comprender que el uso del anticonceptivo oral de emergencia no depende únicamente de la decisión individual de las adolescentes, sino también del acceso a servicios de salud, la calidad de la información recibida y las oportunidades de consejería brindadas por el entorno educativo y sanitario. Del mismo modo, la edad de inicio sexual puede influir en el nivel de conocimiento y en la capacidad para acceder oportunamente a los servicios de planificación familiar. En consecuencia, el modelo de planificación familiar de la OMS aporta al estudio al explicar que la adopción de conductas preventivas, como el uso del anticonceptivo oral de emergencia, está estrechamente relacionada con el acceso a información adecuada, la disponibilidad de servicios de salud amigables para adolescentes y el ejercicio de una sexualidad informada y responsable. El modelo de Planificación Familiar de la OMS aporta a la investigación un marco normativo y de salud pública fundamental para demostrar que el uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) en las adolescentes de Andahuaylas no se restringe a una simple elección individual, sino que está supeditado a las garantías de acceso equitativo, consejería personalizada y disponibilidad de servicios de salud reproductiva amigables. La teoría enriquece el estudio al establecer que la edad de inicio sexual opera como un factor condicionante para el ejercicio de los derechos reproductivos; un debut coital precoz suele sumergir a la menor en un escenario de desinformación y barreras asistenciales que limitan su capacidad de prevención

postcoital, mientras que una coitarca más tardía favorece la inserción oportuna en el sistema sanitario y el aprovechamiento de la educación sexual integral, validando científicamente el postulado de la OMS de que una sexualidad responsable e informada depende directamente de la calidad de la cobertura, la confidencialidad y la eliminación de trabas estructurales en el entorno comunitario

2.3. Bases conceptuales

Adolescencia

Concepto de adolescencia

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que marca la transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por un proceso acelerado de crecimiento y maduración biológica, psicológica y social. La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años de edad, etapa en la que se producen importantes cambios físicos, como la pubertad; cambios cognitivos, relacionados con la adquisición del pensamiento abstracto; y cambios sociales, vinculados con la consolidación de la identidad personal y la autonomía emocional. Este periodo es considerado crítico para la formación de patrones conductuales que influirán en la vida adulta y representa una ventana de oportunidad y vulnerabilidad, ya que los adolescentes experimentan nuevas experiencias y enfrentan riesgos asociados con su comportamiento y toma de decisiones (30).

Etapas de la adolescencia

La adolescencia, aunque considerada un periodo único, se subdivide en tres etapas principales con características propias:

Adolescencia temprana

La adolescencia temprana comprende aproximadamente de los 10 -14 años y se caracteriza por la aparición de cambios físicos marcados por la pubertad, como el crecimiento acelerado y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. En esta etapa, los adolescentes comienzan a experimentar una mayor conciencia de su corporalidad y enfrentan intensas emociones y curiosidad por los cambios que observan en sí mismos y en su entorno social (31).

Adolescencia media

La adolescencia media se ubica entre los 14-17 años. Esta fase está marcada por el avance de los cambios físicos y un mayor enfoque en la identidad personal y social. Los adolescentes en este periodo consolidan amistades fuera del contexto familiar y aumentan la búsqueda de autonomía, mostrando conductas más independientes y explorando nuevas experiencias sociales y afectivas (31).

Adolescencia tardía

La adolescencia tardía abarca aproximadamente desde los 17 hasta los 19 años. En esta etapa, los jóvenes consolidan su identidad, refinan su sentido de independencia y comienzan a asumir roles más propios de la adultez, como responsabilidades académicas o laborales. También tienden a formar vínculos más estables y planificar su futuro personal y profesional (31).

Cambios biopsicosociales en la adolescencia

Aspectos generales

La adolescencia representa una fase de transición dentro del ciclo de vida humano, en la que se producen transformaciones significativas en las esferas biológica, psicológica y social. Estos cambios se desarrollan de manera simultánea y articulada, desempeñando un papel fundamental en la maduración integral del individuo y en la consolidación de su identidad personal (32).

En el ámbito biológico, esta etapa se caracteriza por el inicio de la pubertad, proceso en el cual se activan mecanismos hormonales que desencadenan el crecimiento físico acelerado, la maduración de los órganos reproductores y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. De igual manera, se evidencian variaciones en la composición corporal y en la actividad del sistema nervioso, aspectos que pueden influir en la conducta y en la regulación de las emociones (32).

Desde la perspectiva psicológica, la adolescencia implica un avance progresivo en las capacidades cognitivas, destacando el desarrollo del pensamiento abstracto, el razonamiento crítico y la planificación a futuro. En este periodo también se fortalece la construcción de la identidad, el autoconcepto y la autoestima. Sin embargo, es común la presencia de fluctuaciones emocionales, una marcada búsqueda de autonomía y una mayor propensión a conductas impulsivas (32).

En el plano social, se observa una reorganización de las relaciones interpersonales, donde el grupo de iguales adquiere una influencia predominante en la adopción de conductas y valores. Aunque la familia continúa siendo un soporte esencial, su rol puede verse parcialmente modificado. Asimismo, se inicia la exploración de la sexualidad y de los roles sociales, en un entorno influenciado por factores culturales, educativos y socioeconómicos que condicionan el desarrollo del adolescente. En conjunto, las transformaciones psicosociales propias de esta etapa configuran un periodo dinámico, caracterizado tanto por oportunidades de desarrollo como por escenarios de mayor vulnerabilidad (33).

La adolescencia se caracteriza por un crecimiento acelerado en los ámbitos físico, cognitivo y psicosocial, lo que influye directamente en la forma en que los individuos perciben su entorno, toman decisiones y construyen sus relaciones (34).

Durante este periodo, se presentan transformaciones significativas a nivel corporal y emocional, acompañadas de procesos de búsqueda de identidad y, en muchos casos, de incertidumbre personal (35).

Asimismo, es común observar un progresivo distanciamiento del núcleo familiar y un mayor acercamiento hacia el grupo de pares, lo que favorece el desarrollo de la autonomía. La vida social adquiere un papel central, manifestándose en la interacción constante con amistades, la afinidad por intereses compartidos, la participación en actividades extracurriculares o religiosas, y el establecimiento de vínculos afectivos (34).

Desde la perspectiva de la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, la adolescencia se ubica en el quinto estadio, denominado “identidad versus confusión de roles”, etapa en la que predomina la construcción de la identidad en múltiples dimensiones, como la psicosexual, ideológica, psicosocial, profesional, cultural y religiosa. En este periodo, los adolescentes atraviesan una crisis normativa propia del proceso evolutivo, orientada a definir quiénes son y cuál es su lugar en la sociedad (36,37).

Adolescencia y comportamiento sexual

El comportamiento sexual en la adolescencia constituye una dimensión compleja del desarrollo humano en la que convergen aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. La adolescencia es un periodo marcado por la exploración de la sexualidad, que puede incluir tanto conductas afectivas y no coitales como actividades sexuales con penetración, decisiones sobre protección y la internalización de normas o valores respecto al sexo. Este proceso forma parte del desarrollo normativo, pero también está mediado por factores contextuales y de

riesgo que pueden influir en la forma, momento y consecuencias del comportamiento sexual de los adolescentes (38).

- **Naturaleza del comportamiento sexual**

Durante la adolescencia, la curiosidad por la sexualidad es una manifestación natural del desarrollo; sin embargo, diversos estudios han mostrado que, además de las relaciones sexuales coitales, también se presentan comportamientos no coitales (como la masturbación, el petting y el sexo oral), los cuales forman parte de la construcción de la identidad sexual y de las relaciones interpersonales. El inicio de la actividad sexual tiende a ocurrir en edades variables y refleja diferencias por género, cultura y contexto social (39).

- **Riesgos asociados y salud sexual**

La literatura científica reciente subraya que, aunque la sexualidad adolescente puede considerarse parte de un desarrollo normativo, suele ser vista desde una perspectiva de riesgo debido a sus posibles consecuencias negativas, como embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y conductas sexuales de alto riesgo. Estos comportamientos incluyen el inicio temprano de las relaciones sexuales, tener múltiples parejas sexuales y el uso inconsistente o inexistente de métodos de barrera. Las prevalencias de estos comportamientos varían según el contexto sociocultural y económico, lo que indica la necesidad de enfoques preventivos adaptados a las realidades locales (40).

- **Determinantes del comportamiento sexual**

El comportamiento sexual adolescente está influenciado por un conjunto interactivo de factores. Estos incluyen características individuales (como edad, género y nivel de conocimientos), influencias familiares (clima familiar, comunicación), relaciones con pares, normas sociales y culturales, así como el entorno educativo y de salud.

La evidencia científica muestra que factores como valores percibidos, actitudes y normas sociales pueden influir en la toma de decisiones sexuales, incluyendo la decisión de retrasar o iniciar la actividad sexual y la adhesión a prácticas seguras (41).

- **Educación sexual y prácticas saludables**

La Educación Sexual Integral (ESI) es reconocida por la evidencia científica y los organismos internacionales como un determinante estructural clave para promover conductas protectoras y saludables durante la adolescencia. Las intervenciones pedagógicas sistemáticas centradas en la anatomía y fisiología reproductiva, la prevención activa de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS/VIH) y el acceso oportuno a métodos anticonceptivos regulados, han demostrado un impacto directo en la adquisición de información fidedigna, la deconstrucción de mitos culturales y el desarrollo de actitudes asertivas. Este enfoque pedagógico basado en la evidencia no solo incrementa la autoeficacia y la capacidad de negociación del uso del preservativo en las primeras relaciones coitales, sino que también retrasa de forma significativa el debut sexual precoz y disminuye de manera cuantificable las conductas de riesgo, promoviendo la toma de decisiones autónomas, informadas y seguras respecto al comportamiento sexual (42).

- **Implicancias para la salud pública**

Desde una perspectiva de salud pública, el comportamiento sexual en la adolescencia no solo se entiende como una fase del desarrollo, sino también como un determinante de la salud sexual y reproductiva futura. El incremento de conductas sexuales de riesgo en algunos contextos resalta la importancia de integrar estrategias de educación, acceso a servicios de salud y apoyo psicosocial para reducir los impactos adversos asociados con tales comportamientos (43).

Sexualidad en la adolescencia

La sexualidad en la adolescencia se define como una dimensión constitutiva y dinámica del desarrollo humano que va más allá de la maduración biológica, la reproducción y la coitalidad. Durante esta etapa, se consolida como un proceso integral, multidimensional y profundamente subjetivo en el cual interactúan factores biológicos (cambios endocrinos y desarrollo de caracteres sexuales secundarios), psicológicos (construcción de la identidad de género, la orientación sexual y la autoimagen) y socioculturales (valores familiares, normas de pares, mitos y el acceso a la información).

La literatura científica actual enfatiza que la sexualidad adolescente debe abordarse desde un enfoque de derechos, autonomía progresiva y bienestar, donde la vivencia del deseo, la afectividad, el erotismo y la intimidad están fuertemente mediados por la capacidad cognitiva de procesar riesgos, el control conductual percibido y la necesidad de vinculación afectiva, configurando patrones de comportamiento que impactarán en la salud sexual y reproductiva a lo largo de toda la vida (44).

Concepto de sexualidad

La sexualidad es un componente integral de la personalidad humana que abarca no solo la reproducción y la conducta sexual, sino también la identidad de género, la intimidad, el afecto, las relaciones interpersonales, las actitudes, los valores y la expresión emocional. Incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y éticos que interactúan en la manera en que cada persona vivencia su sexualidad a lo largo de la vida (45).

En la adolescencia, este concepto se amplía para incorporar la exploración de la identidad sexual, la orientación, el desarrollo de atracciones afectivas y la toma de

decisiones en torno a experiencias sexuales, en un contexto de crecimiento físico y cognitivo. La OMS y otras organizaciones de salud consideran también la salud sexual como parte integral de la salud general, enfatizando el bienestar físico, mental y social relacionado con la sexualidad (46).

Desarrollo de la sexualidad en la adolescencia

El desarrollo de la sexualidad durante la adolescencia se inicia con la pubertad, proceso biológico en el que cambios hormonales, como el aumento de estrógenos y andrógenos, desencadenan la maduración de los órganos sexuales y una creciente curiosidad y atracción sexual (45).

Este desarrollo no es exclusivamente físico: a medida que el adolescente adquiere mayor capacidad cognitiva y emocional, la sexualidad se integra en la construcción de su identidad personal, influida por experiencias afectivas, amistades, contexto familiar, medios de comunicación y educación. La expresión de la sexualidad puede manifestarse en conductas no coitales (besos, caricias, masturbación) y, en algunos casos, en actividad sexual con penetración, decisiones que dependen de múltiples factores personales y contextuales (45).

Factores que influyen en el inicio de la actividad sexual

El inicio de la actividad sexual en la adolescencia no es un acto aislado, sino el resultado de la interacción de diversos factores que pueden facilitar o retrasar este acontecimiento conductual. La literatura científica clasifica estos determinantes de manera amplia en individuales, familiares, socioculturales y educativos (46).

- **Factores individuales**

Los factores individuales incluyen atributos personales como la edad, el género, la autoestima, las actitudes hacia la sexualidad, el consumo de alcohol o drogas y la percepción de las relaciones sexuales. Por ejemplo,

adolescentes con mayor exposición a situaciones de riesgo como consumo de sustancias o con percepciones permisivas hacia las relaciones sexuales tienden a iniciar su vida sexual antes que aquellos con actitudes más conservadoras o mayor autocontrol (47).

- **Factores familiares**

El entorno familiar tiene un rol crucial. La calidad de la relación entre padres e hijos, la supervisión parental, el apoyo afectivo, la comunicación sobre sexualidad y la estructura familiar influyen significativamente. La evidencia sugiere que un clima familiar positivo, con apoyo emocional y supervisión, se asocia con un inicio de la actividad sexual más tardío, mientras que conflictos familiares, ausencia de supervisión o relaciones disfuncionales pueden aumentar la probabilidad de un inicio sexual temprano (48).

- **Factores socioculturales**

Los factores socioculturales abarcan normas sociales, valores culturales, creencias religiosas, influencias de los pares y medios de comunicación. En muchos contextos, la presión de los pares para adoptar conductas sexuales, la exposición a contenidos sexuales en redes sociales o medios y las normas culturales permisivas se han asociado con una mayor probabilidad de inicio temprano de relaciones sexuales (49). Asimismo, las expectativas culturales respecto a género y roles sexuales influyen en cómo los adolescentes perciben y expresan su sexualidad.

- **Factores educativos**

La educación formal e informal desempeña un papel protector y modulador en el comportamiento sexual adolescente. La educación sexual integral (ESI), cuando es adecuada y basada en evidencia, se asocia con mayor

conocimiento sobre salud sexual, mayor uso de métodos de protección y, en algunos casos, retraso en la iniciación sexual o reducciones en conductas de riesgo (45). En contraste, la falta de educación adecuada o información incorrecta puede dejar a los adolescentes vulnerables a decisiones mal informadas respecto a su vida sexual.

Edad de inicio sexual

La edad de inicio sexual se refiere al momento cronológico en el que un individuo tiene por primera vez relaciones sexuales con penetración. Este evento representa una transición significativa dentro del desarrollo sexual adolescente y tiene implicancias importantes para la salud sexual y reproductiva a corto y largo plazo (50).

- **Definición de edad de inicio sexual**

La edad de inicio sexual es la edad en años cumplidos en la que una persona reporta haber tenido su primera relación sexual con penetración (coitarca). Es un indicador epidemiológico clave en estudios de comportamiento sexual, ya que se asocia con patrones posteriores de salud sexual, uso de métodos anticonceptivos y riesgos reproductivos y de transmisión de infecciones (50).

- **Inicio sexual temprano**

Se considera inicio sexual temprano cuando la primera relación sexual ocurre antes de los 15 años de edad, aunque algunos estudios lo definen incluso antes de los 14 años, dependiendo del contexto cultural y epidemiológico. Este fenómeno es un problema de salud pública porque se ha asociado de manera consistente con mayores tasas de embarazos no

deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y comportamientos sexuales de riesgo, como múltiples parejas sexuales o sexo sin protección (51).

- **Inicio sexual tardío**

Por el contrario, el inicio sexual tardío hace referencia a quienes inician relaciones sexuales a partir de los 15 años o más. En muchos estudios, este umbral se utiliza para diferenciar a los adolescentes que experimentan su debut sexual en edades más avanzadas, lo que suele asociarse con mejor preparación biológica, emocional y cognitiva, mayor probabilidad de uso de métodos de protección y menor exposición acumulada a riesgos reproductivos y de ITS (52).

- **Consecuencias del inicio sexual temprano**

El inicio sexual temprano no solo marca un punto de transición conductual, sino que se ha relacionado con múltiples consecuencias negativas en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Estas incluyen:

Embarazo adolescente

La evidencia científica muestra que iniciar relaciones sexuales a edades tempranas incrementa el tiempo de exposición a la posibilidad de embarazo y, por lo tanto, la probabilidad de que una adolescente quede embarazada antes de lo esperado. Los embarazos en adolescentes se asocian con riesgos obstétricos, menores niveles educativos, interrupción de estudios y limitaciones sociales y económicas posteriores (53).

Infecciones de transmisión sexual

El inicio sexual precoz se ha vinculado con un mayor riesgo de contraer ITS, incluyendo virus como el VIH y el VPH, así como otras infecciones bacterianas o parasitarias. Esto se debe en parte a una mayor duración de la vida sexual activa, presencia de múltiples parejas, y menor uso de métodos de protección en los primeros encuentros sexuales (52).

Uso inadecuado de métodos anticonceptivos

Las personas que tienen su primer acto sexual a una edad temprana tienden a iniciar la actividad sexual sin la preparación ni el conocimiento suficientes sobre métodos anticonceptivos adecuados. Esto se asocia con un uso inconsistente o nulo de métodos de barrera y hormonales, aumentando así la probabilidad de embarazo no deseado y de ITS (51).

Anticonceptivo oral de emergencia (AOE)

El anticonceptivo oral de emergencia (AOE) es un método hormonal postcoital de carácter temporal y excepcional, diseñado específicamente para prevenir un embarazo no planificado mediante la inhibición o el retraso de la ovulación antes de que ocurra la fertilización. Su administración médica está indicada de manera estricta tras una relación sexual coital sin protección, en casos de agresión o violencia sexual, o ante la falla evidente del método anticonceptivo regular o de barrera. El uso regulado de este fármaco forma parte de las intervenciones prioritarias de salud sexual y reproductiva avaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y normadas formalmente por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) a través de sus guías técnicas de práctica clínica, constituyendo un

componente esencial del derecho a la planificación familiar y a la atención integral de la salud de las mujeres y adolescentes (53,54).

Mecanismo de acción

El mecanismo de acción principal del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) consiste en la inhibición o el retraso de la ovulación mediante el bloqueo del pico de la hormona luteinizante (LH), impidiendo de este modo la maduración folicular y la subsecuente liberación del ovocito hacia las trompas de Falopio. Al evitar la ovulación de manera oportuna, se anula la posibilidad de fertilización por parte del espermatozoide. Este robusto principio farmacológico ha sido ampliamente validado por la evidencia científica global y constituye el único fundamento biológico y ético de su uso en urgencias, consolidando su naturaleza no abortiva al actuar antes de la implantación o concepción. Adicionalmente, se describen mecanismos periféricos complementarios que alteran las propiedades fisicoquímicas del moco cervical, incrementando su viscosidad y espesor para dificultar la migración y capacitación espermática hacia la cavidad uterina, aunque la relevancia clínica de este efecto secundario es marcadamente inferior en comparación con el bloqueo anovulatorio central (55).

Indicaciones y tiempo de uso

La AOE se indica en situaciones de emergencia, como:

- Relaciones sexuales sin protección.
- Falla de método anticonceptivo, como ruptura de preservativo o retraso en la toma de la píldora regular.
- Omisión prolongada de otros métodos.

- Casos de violencia sexual o violación.

El MINSA y la OMS recomiendan que la AOC se utilice lo antes posible y, preferentemente, dentro de las 72 horas (3 días) después de la relación sexual sin protección, ya que su eficacia disminuye con el tiempo (56).

Eficacia y seguridad del AOE

La eficacia del AOE para prevenir un embarazo puede ser alta si se usa de manera oportuna. La OMS indica que la anticoncepción de emergencia puede prevenir más del 95% de los embarazos cuando se emplea dentro de los cinco días posteriores a la relación sexual, y su efectividad es mayor cuando se toma lo antes posible. En el contexto peruano, el MINSA también resalta que la AOE es eficaz si se utiliza dentro de las primeras 72 horas posteriores al coito no protegido. En cuanto a seguridad, la AOE es considerada segura para la mayoría de las mujeres en edad reproductiva y no existe evidencia de que su uso ocasional cause efectos secundarios graves o tenga consecuencias negativas permanentes sobre la salud, conforme respaldan lineamientos técnicos y normativos del MINSA y la OMS (57).

Efectos secundarios y mitos relacionados al AOE

Aunque el AOE es generalmente seguro, algunas usuarias pueden experimentar efectos secundarios leves y transitorios, como náuseas, dolor de cabeza o cambios temporales en el ciclo menstrual. Es importante desmitificar ideas erróneas sobre este método:

- No es un abortivo: La AOE no interrumpe un embarazo establecido ni daña al embrión en desarrollo, ya que su acción ocurre antes de la fertilización.

- No debe usarse como método regular: Su uso frecuente no es recomendado porque no ofrece el mismo nivel de protección que los métodos anticonceptivos de uso continuo y puede generar irregularidades menstruales si se emplea repetidamente.

Estos aspectos han sido aclarados por el MINSA en diversas comunicaciones, que enfatizan que la AOE tiene propiedades benéficas para la salud reproductiva cuando se utiliza correctamente y dentro del tiempo recomendado, y no implica efectos secundarios dañinos graves (56).

Uso adecuado e inadecuado del AOE

Uso adecuado del AOE:

- Administra la AOE lo más pronto posible, preferentemente dentro de las primeras 72 horas después de una relación sexual sin protección.
- Es utilizada únicamente en casos de emergencia y no sustituye a los métodos anticonceptivos de uso regular (57).

Uso inadecuado del AOE:

- Empleo como método anticonceptivo rutinario.
- Uso fuera del periodo recomendado (más de 72 horas después del acto sexual).
- Creencia de que protege contra infecciones de transmisión sexual o que debe usarse como estrategia principal de planificación familiar.

El conocimiento y uso responsable de la AOE es un componente clave de la educación sexual y reproductiva, orientado a promover decisiones informadas y reducir embarazos no deseados entre adolescentes y mujeres en edad fértil (57).

Uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes

El uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) entre adolescentes refleja prácticas de salud sexual que ocurren principalmente después de relaciones sexuales sin protección o con falla de un método anticonceptivo. Estudios muestran que, aunque muchos adolescentes conocen el AOE, la frecuencia de uso es moderada o baja y depende de distintos factores individuales, sociales y educativos (58).

Frecuencia de uso del AOE

La frecuencia de uso del AOE entre adolescentes varía considerablemente entre poblaciones y contextos. En un estudio realizado en clínicas ginecológicas, aproximadamente 25.6% de adolescentes sexualmente activas reportaron haber usado AOE al menos una vez después de relaciones sin protección. En otros reportes, se ha observado que un porcentaje menor de adolescentes utiliza este método, lo que indica barreras en el acceso o en el conocimiento adecuado del método. Estas variaciones resaltan la necesidad de considerar las condiciones socioculturales y el acceso a servicios de salud al interpretar la frecuencia de uso del AOE (58).

Forma de uso del AOE

La forma de uso del AOE en adolescentes debe seguir las recomendaciones técnicas sobre el momento y las condiciones de administración. El AOE debe

tomarse lo antes posible tras el acto sexual sin protección, idealmente dentro de las primeras 72 horas, para maximizar su eficacia. Sin embargo, en múltiples estudios se ha observado que muchos adolescentes presentan desconocimientos sobre el tiempo de uso adecuado y algunos creen erróneamente que puede utilizarse como método regular, lo cual es inadecuado desde la perspectiva de salud pública (59,60).

Factores asociados al uso del AOE

Edad de inicio sexual

La edad en la que se inicia la actividad sexual está asociada con el uso del AOE: los adolescentes que iniciaron relaciones sexuales a edades más tempranas tienden a tener más oportunidades de necesitar el AOE si la protección es deficiente o inexistente. En algunos estudios, se observa que la edad y la experiencia sexual se correlaciona con una mayor probabilidad de uso de anticoncepción de emergencia (61).

Nivel de conocimiento

El conocimiento que los adolescentes tienen sobre el AOE es un factor determinante en su uso. Estudiantes o jóvenes con mayor entendimiento del método, su mecanismo y su disponibilidad tienden a usarlo con mayor frecuencia que aquellos con conocimientos limitados; la evidencia muestra que una mejor información se asocia a una mayor utilización, mientras que desconocimiento y mitos pueden inhibir su uso o generar usos incorrectos (62).

Acceso a información y servicios de salud

El acceso a información y servicios de salud accesibles y confidenciales también influye decisivamente en la práctica del uso del AOE. Barreras como falta de servicios amigables para adolescentes, desconocimiento sobre dónde obtener el método o miedo a ser juzgados pueden disminuir su uso incluso cuando los adolescentes conocen el método. Esta situación se vincula estrechamente con la calidad de la educación brindada en centros de salud y escuelas, así como con la política de salud pública que facilita o dificulta el acceso de jóvenes a anticonceptivos de emergencia (62).

Educación sexual

La educación sexual integral es uno de los pilares que influye en la toma de decisiones informada sobre la salud reproductiva. Adolescentes que han recibido educación sexual adecuada tienen mayores niveles de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, incluido el AOE, y muestran una mayor probabilidad de uso correcto, reduciendo conductas de riesgo, comparados con quienes no han tenido educación sexual formal (62).

2.4. Definición de términos básicos

Adolescente

Persona que se encuentra en el periodo de transición entre la niñez y la adultez, comprendido entre los 10 y 19 años de edad, caracterizado por cambios biológicos, psicológicos y sociales que influyen en su comportamiento sexual y reproductivo.

Edad de inicio sexual

Edad cronológica en años cumplidos en la que el adolescente refiere haber tenido su primera relación sexual con penetración vaginal, anal u oral, constituyendo el inicio de la vida sexual activa.

Inicio sexual temprano

Inicio de relaciones sexuales ocurrido antes de los 15 años de edad, considerado un factor de riesgo para embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual.

Inicio sexual tardío

Inicio de relaciones sexuales ocurrido a los 15 años o más, asociado generalmente a mayor madurez emocional y mejor capacidad de toma de decisiones informadas.

Anticonceptivo oral de emergencia

Método anticonceptivo hormonal de uso ocasional que se administra después de una relación sexual sin protección o falla del método anticonceptivo regular, con la finalidad de prevenir un embarazo no deseado.

Uso del anticonceptivo oral de emergencia

Autorreporte del consumo del AOE por parte del adolescente al menos una vez, posterior a una relación sexual sin protección, dentro del periodo de tiempo recomendado para su eficacia.

Uso adecuado del AOE

Consumo del anticonceptivo oral de emergencia dentro de las primeras 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección, respetando la dosis indicada.

Uso inadecuado del AOE

Consumo del AOE fuera del tiempo recomendado, con dosis incorrectas o uso frecuente como método anticonceptivo habitual.

Relación sexual sin protección

Contacto sexual con penetración en el que no se utilizó ningún método anticonceptivo o existió falla del método empleado.

Conocimiento sobre el AOE

Grado de información que posee el adolescente respecto a la finalidad, forma de uso, eficacia y posibles efectos secundarios del anticonceptivo oral de emergencia.

Prácticas anticonceptivas

Conjunto de comportamientos relacionados con la elección, uso y frecuencia de métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales.

Embarazo adolescente

Gestación que ocurre en mujeres menores de 19 años, considerada un problema de salud pública por sus implicaciones biomédicas y psicosociales.

Educación sexual

Proceso sistemático de enseñanza-aprendizaje orientado a brindar conocimientos, actitudes y habilidades para el ejercicio responsable de la sexualidad.

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general.

Hipótesis alterna (H_1)

Existe una relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo – Andahuaylas, 2025.

Hipótesis nula (H_0)

No existe una relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo – Andahuaylas, 2025.

3.2. Identificación de variables

Variable 1: Edad de inicio sexual

Variable 2: Uso del anticonceptivo oral de emergencia.

3.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Categoría	Escala	Instrumento
Edad de inicio sexual	Se define como el momento cronológico en el que una persona tiene su primera relación sexual, siendo un indicador del inicio de su vida sexual activa.	Edad, en años, reportada por la adolescente al momento de su primera relación sexual.	Inicio de vida sexual	-Edad de la primera relación sexual	Antes de los 15 años	Ordinal	Cuestionario estructurado
					Entre 15 y 17 años		
					A los 18 años o más		
			Aspectos asociados al inicio sexual	-Presión de pareja	Si	Nominal dicotómica	
					No		
				-Curiosidad sexual	Si	Nominal dicotómica	
					No		
				-Influencia de amigos	Si	Nominal dicotómica	
					No		
				-Falta de información sexual	Si	Nominal dicotómica	
No							
Uso del anticonceptivo oral de emergencia	Se define como el uso de un método anticonceptivo hormonal que previene el embarazo tras una relación sexual sin protección o en caso de falla del método habitual	Declaración del uso o no del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) por parte de la adolescente después de una relación sexual sin protección	Uso y frecuencia del AOE	-Ha usado anticonceptivo oral de emergencia	si	Nominal dicotómica	Cuestionario estructurado
					No		
				-Frecuencia de uso del AOE	Una vez	Ordinal	
					Ocasionalmente		
			Conocimiento sobre el AOE	-Conoce qué es el anticonceptivo oral de emergencia - Conoce el tiempo adecuado de uso - Conoce los efectos secundarios	Alto	Ordinal	Cuestionario estructurado
					Medio		
					Bajo		
			Accesibilidad y fuente de información	-Fuente de información (pares, medios, personal de salud) - Facilidad de acceso al AOE	Fácil	Ordinal	Cuestionario estructurado
					Difícil		
					No accesible		

IV. METODOLOGÍA

4.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica

El estudio se desarrolló en la Institución Educativa Virgen del Carmen, ubicada en el distrito de San Jerónimo, provincia de Andahuaylas, departamento de Apurímac, Perú. La institución se sitúa a una altitud aproximada de 2 980 m s. n. m. (latitud 13°38'S, longitud 73°09'O), en la región sur andina del país, caracterizada por una población predominantemente adolescente con condiciones socioeconómicas de pobreza moderada y acceso limitado a servicios especializados de salud reproductiva.

La I.E. Virgen del Carmen ofrece educación secundaria y cuenta con una matrícula estimada de 180 estudiantes mujeres en los grados de tercero, cuarto y quinto de secundaria para el año académico 2025, rango etario que corresponde a la adolescencia media y tardía (14–17 años), periodo en el cual se concentran los primeros eventos sexuales según la literatura nacional. La institución no dispone de programas estructurados de educación sexual integral, lo que refuerza la pertinencia del estudio en este escenario.

4.2. Tipo y nivel de investigación

El estudio fue de tipo aplicada, porque sus hallazgos permitieron orientar acciones preventivas y educativas sobre el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes. En este tipo de investigación, el propósito no es solo ampliar el conocimiento teórico, sino aportar información útil para intervenir sobre un problema concreto.

El enfoque fue cuantitativo, ya que las variables se midieron con puntajes y categorías, y luego se analizaron con estadística descriptiva e inferencial.

El nivel fue correlacional, porque buscó establecer si existe relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia.

Por su alcance, el estudio fue observacional, porque no se manipuló variables; **es transversal**, porque la información se recolectó en un solo momento; **y es no experimental**, porque no hubo intervención sobre las participantes.

Diseño: observacional, no experimental, transversal y correlacional. Este diseño permitió medir ambas variables en un mismo tiempo y analizar si se relacionan estadísticamente, sin modificar la conducta ni las condiciones de las adolescentes.

4.3. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada adolescente mujer matriculada en tercero, cuarto, quinto grado de educación secundaria de la I.E. Virgen del Carmen durante el año 2025, que cumplió los criterios de inclusión y aceptó participar voluntariamente en el estudio.

Para el análisis inferencial principal de las variables relación entre edad de inicio sexual y uso del AOE, la unidad de análisis se restringió a las adolescentes que reportaron haber iniciado actividad sexual, dado que el uso del AOE solo es pertinente en este subgrupo. Las demás participantes fueron incluidas en el análisis descriptivo general.

4.4. Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por todas las adolescentes mujeres matriculadas en tercero, cuarto y quinto de secundaria de la I.E. Virgen del Carmen, San Jerónimo, Andahuaylas, durante el año 2025. Según el registro institucional, la población estimada es de 180 estudiantes.

Criterios de inclusión:

Adolescente mujer matriculada en 3.º, 4.º, 5.º de secundaria de la I.E. Virgen del Carmen durante el año 2025.

Edad comprendida entre 13 y 17 años al momento de la recolección de datos.

Que cuente con consentimiento informado firmado por su padre, madre o tutor legal.

Que manifieste su asentimiento informado para participar en el estudio.

Que se encuentre presente en la institución educativa el día de la aplicación del instrumento.

Criterios de exclusión:

Adolescente que se niegue a participar en el estudio o no complete el cuestionario de manera válida (más del 20% de ítems sin responder).

Adolescente con diagnóstico conocido de discapacidad cognitiva que limite la comprensión y respuesta del cuestionario.

Adolescente cuyo padre, madre o tutor legal no haya firmado el consentimiento informado.

Adolescente que se encuentre de licencia o permiso institucional prolongado durante el periodo de recolección.

4.5. Tamaño de muestra

Para determinar el tamaño de muestra se aplicó la fórmula para población finita:

Fórmula de población finita

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{E^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Valores utilizados:

Parámetro	Valor	Justificación
N	180	Matrícula total de estudiantes mujeres en los grados 3°, 4° y 5° de secundaria de la I.E. Virgen del Carmen, según registro institucional 2025.
Z	1,96	Valor crítico de la distribución normal estándar para un nivel de confianza del 95%.
p	0,50	Probabilidad de éxito. Se asume máxima heterogeneidad ($p = 0,5$) ante la ausencia de estudios previos locales que aporten una proporción esperada del fenómeno estudiado.
q	0,50	Probabilidad de fracaso: $q = 1 - p = 1 - 0,50 = 0,50$.
E	0,05	Error máximo admisible del 5% (precisión de la estimación).

Desarrollo del cálculo paso a paso:

Paso 1 — Sustitución de valores:

$$180 \times (1,96)^2 \times 0,50 \times 0,50$$

$$(0,05)^2 \times (180 - 1) + (1,96)^2 \times 0,50 \times 0,50$$

Paso 2 — Cálculo del numerador:

$$180 \times 3,8416 \times 0,25$$

$$172,872$$

Paso 3 — Cálculo del denominador:

$$(0,0025 \times 179) + (3,8416 \times 0,25)$$

$$0,4475 + 0,9604 = 1,4079$$

Paso 4 — División final:

$$172,872$$

$$1,4079$$

$$\approx 122,8 \Rightarrow n = 123$$

TAMAÑO DE MUESTRA RESULTANTE: n = 123 adolescentes

Distribución proporcional de la muestra por estrato (grado académico):

Grado académico	N (población)	Proporción	n (muestra)
3.° de secundaria	62	$62 / 180 = 0,344$	42
4.° de secundaria	58	$58 / 180 = 0,322$	40
5.° de secundaria	60	$60 / 180 = 0,333$	41
TOTAL	180	1,000	123

Los valores de N por grado son estimados. Deben ser actualizados con el registro oficial de matrícula de la I.E. Virgen del Carmen para el año 2025, previo a la ejecución del muestreo estratificado.

4.6. Técnicas de selección de muestra

Se utilizó un muestreo probabilístico estratificado proporcional, tomando como criterio de estratificación el grado académico (3, 4., y 5 de secundaria). La asignación proporcional garantizó que cada grado aportara a la muestra en la misma proporción en que representa a la población total, asegurando representatividad a nivel de cada estrato. Dentro de cada estrato, la selección de participantes se realizó mediante muestreo aleatorio simple, a partir de la lista oficial de matrícula del año 2025 proporcionada por la dirección de la I.E. Virgen del Carmen. Para la selección aleatoria se utilizó la función de números aleatorios del programa Microsoft Excel, asignando un número a cada estudiante y seleccionando aquellas con los valores más bajos hasta completar el tamaño requerido por estrato. Este procedimiento minimizó el sesgo de selección y permitió que cualquier adolescente elegible de cada grado tuviera la misma probabilidad de ser incluida en el estudio.

4.7. Técnicas de recolección de información

Se aplicó la encuesta como técnica de recolección de datos, mediante la autoadministración anónima del instrumento en el aula de clases, con presencia del investigador para orientar dudas sin influir en las respuestas.

Instrumento: Se utilizó un cuestionario estructurado de preguntas cerradas, compuesto por 14 ítems, organizado en tres secciones: datos sociodemográficos edad de inicio de la actividad sexual-uso del anticonceptivo oral de emergencia, incluyendo frecuencia, forma y tiempo de administración. El instrumento fue elaborado a partir de la operacionalización de las variables de estudio.

Validez del instrumento: El cuestionario fue sometido a validación mediante juicio de cinco expertos con experiencia en salud sexual y reproductiva adolescente, investigación en salud y obstetricia. Los expertos evaluaron la pertinencia, relevancia y claridad de cada ítem. Se calculó el coeficiente V de Aiken para cada ítem, obteniendo un índice de validez de contenido de 0.989, considerándose válido un coeficiente $\geq 0,80$.

Confiabilidad del instrumento: Previo a la aplicación definitiva, se realizó una prueba piloto con 15 adolescentes con características similares a la muestra, pero no pertenecientes a la muestra final. La confiabilidad fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de $\alpha = 0.80$, lo que indica una consistencia interna buena y aceptable del instrumento. Se considera un valor mínimo aceptable de $\alpha \geq 0,70$.

4.8. Técnicas de análisis e interpretación de la información

Los datos obtenidos fueron codificados e ingresados en una base de datos y procesados mediante el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 26.0. El análisis se realizó en dos niveles:

a) Análisis descriptivo

Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central media, mediana y dispersión desviación estándar, rango intercuartil para las variables cuantitativas. Los resultados se presentaron en tablas y figuras de acuerdo con las normas de presentación académica.

b) Análisis inferencial

Para determinar la existencia de relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia, se aplicó la prueba Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) para tablas de contingencia. Se estableció un nivel de significancia $\alpha = 0,05$ (intervalo de confianza del 95%). Para cuantificar la magnitud de la asociación se calculó el Odds Ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95% y el coeficiente Phi (ϕ). La interpretación de la fuerza fue: débil ($\phi < 0,30$), moderada ($0,30 \leq \phi < 0,50$) y fuerte ($\phi \geq 0,50$).

Prueba estadística	Función	Interpretación
Chi-cuadrado (χ^2)	Determinar la existencia de asociación estadística	$p < 0,05$: asociación significativa / $p \geq 0,05$: no significativa
Odds Ratio (OR)	Medir la dirección de la asociación	OR > 1: factor de riesgo / OR < 1: factor de protección / OR = 1: sin efecto

4.9. Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas

La contrastación de hipótesis se realizó mediante las siguientes pruebas estadísticas, aplicadas en función de la naturaleza de cada hipótesis específica:

Existe relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio sexual y el uso del AOE en las adolescentes de la I.E. Virgen del Carmen.	Chi-cuadrado de Pearson + OR con IC 95%	Si $p < 0,05$ y $OR \neq 1 \rightarrow$ confirmar asociación significativa
--	--	---

Regla de decisión general

- Si $p < 0,05$: se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), confirmando la existencia de asociación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas.
- Si $p \geq 0,05$: no se rechaza H_0 y se concluye que no existe evidencia estadística suficiente para afirmar la relación entre las variables. No equivale a confirmar que no existe relación, sino que no se detectó con el nivel de significancia establecido.

4.10. Consideraciones éticas

La investigación fue diseñada y ejecutada en estricto cumplimiento de los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y en la normativa nacional peruana vigente en materia de investigación en salud y protección de datos personales (Ley N.° 29733 y Reglamento D.S. N.° 003-2013-

JUS). A lo largo de todo el proceso investigativo se garantizaron los siguientes principios éticos:

Consentimiento informado de padres o tutores legales

Dado que las participantes son adolescentes menores de edad, se obtuvo el consentimiento informado escrito y firmado del padre, madre, tutor legal de cada participante, previo a la aplicación del instrumento. El documento explicó en lenguaje sencillo los objetivos, procedimientos, beneficios y riesgos del estudio, así como el carácter voluntario y anónimo de la participación.

Asentimiento informado del menor

Adicionalmente, se solicitó el asentimiento informado de cada adolescente participante, respetando su autonomía y capacidad de comprensión. Se explicó a cada estudiante, en términos claros y adaptados a su nivel educativo, el propósito del estudio y su derecho a negarse o retirarse en cualquier momento sin consecuencias académicas ni sociales.

Confidencialidad y anonimato

Con el propósito de salvaguardar la integridad de los participantes, no se recopiló información de identificación personal. Las encuestas fueron codificadas numéricamente y la base de datos fue resguardada bajo contraseña de acceso restringido al investigador principal, en cumplimiento de la Ley N° 29733 de Protección de Datos Personales del Perú.

Voluntariedad

La participación fue completamente voluntaria. Las estudiantes que no desearon participar o que no contaron con el consentimiento parental firmado fueron excluidas sin ningún tipo de consecuencia académica ni social.

Beneficencia y no maleficencia

El estudio no implicó riesgos físicos ni psicológicos para las participantes. El cuestionario fue diseñado con lenguaje apropiado para el grupo etario y no indujo respuestas que pudieran generar malestar. Ante la eventualidad de que alguna participante mostrara signos de angustia durante la aplicación, se tenía previsto un protocolo de referencia al servicio de tutoría de la institución.

Justicia

Los beneficios del estudio se orientaron al bien de la comunidad educativa de San Jerónimo, sin ningún tipo de discriminación ni selección sesgada de participantes. Todas las adolescentes elegibles tuvieron igual posibilidad de ser incluidas en el estudio.

Autorización institucional

Se contó con la autorización formal del director de la I.E. Virgen del Carmen para la ejecución del estudio, garantizando el uso responsable, confidencial y exclusivamente académico de la información obtenida durante la investigación.

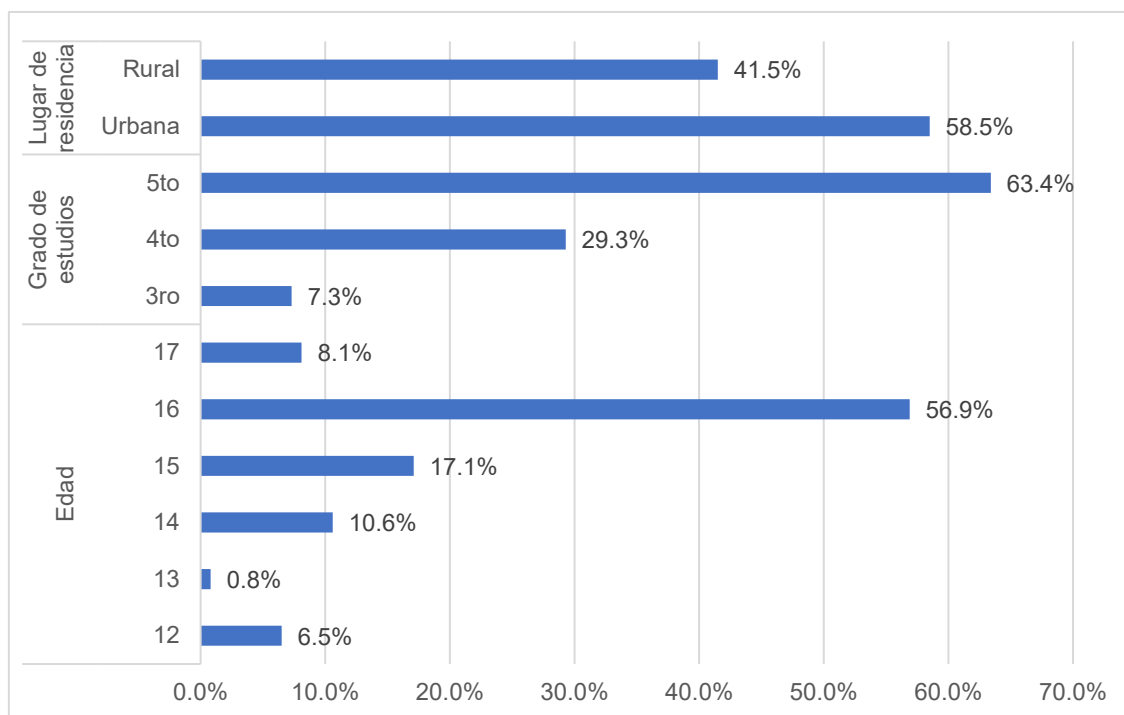
V. RESULTADOS

5.1. Análisis estadístico descriptivo

Tabla 1: Características sociodemográficas

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	12	8	6.5
	13	1	.8
	14	13	10.6
	15	21	17.1
	16	70	56.9
	17	10	8.1
Grado de estudios	3ro	9	7.3
	4to	36	29.3
	5to	78	63.4
Lugar de residencia	Urbana	72	58.5
	Rural	51	41.5
Total		123	100.0%

figura 1: Características sociodemográficas

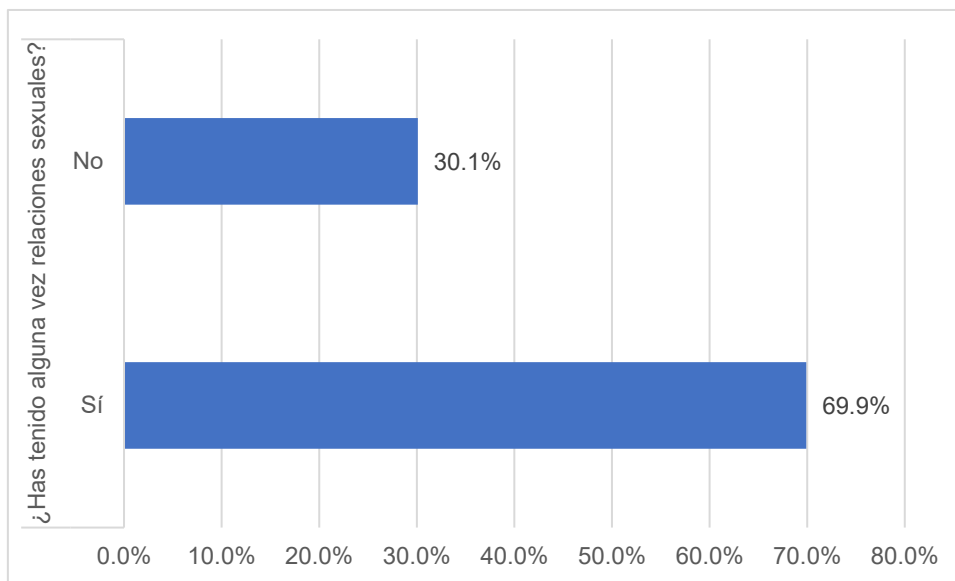


La tabla 1 y figura 1 describen las características sociodemográficas, los datos muestran que la mayoría de las adolescentes encuestadas tienen 16 años (56.9%) y cursan el quinto grado de secundaria (63.4%), residiendo principalmente en zonas urbanas (58.5%). Estos resultados significan que la población de estudio se encuentra mayoritariamente en la etapa final de la adolescencia y de su educación escolar, lo que sugiere un grupo que está por iniciar o ha iniciado recientemente su transición a la vida joven, con un entorno urbano que facilita el acceso a diversos servicios e información.

Tabla 2: Inicio de actividad sexual

		Frecuencia	Porcentaje
¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?	Sí	86	69.9
	No	37	30.1
Total		123	100.0

figura 2: Inicio de actividad sexual

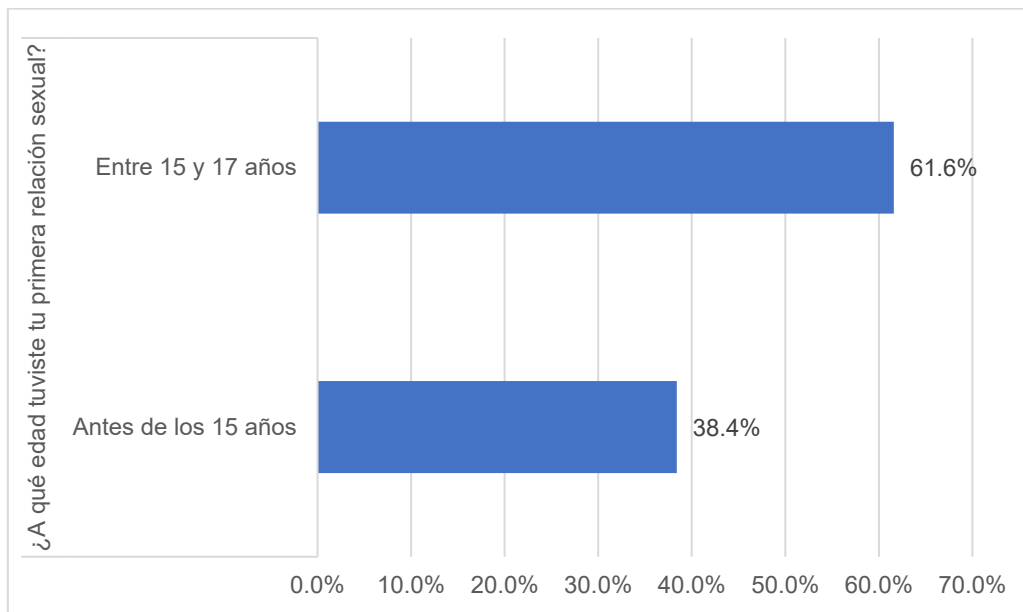


La tabla 2 y figura 2 muestra que el 69.9% de las adolescentes ya ha tenido relaciones sexuales. Esto significa que existe una alta prevalencia de actividad sexual en este grupo escolar.

Tabla 3: Identificar edad promedio de inicio de la actividad sexual

		Frecuencia	Porcentaje
¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	Antes de los 15 años	33	38.4
	Entre 15 y 17 años	53	61.6
	Total	86	100.0
		Media	DS
Edad promedio de inicio de vida sexual		15.06	1.06

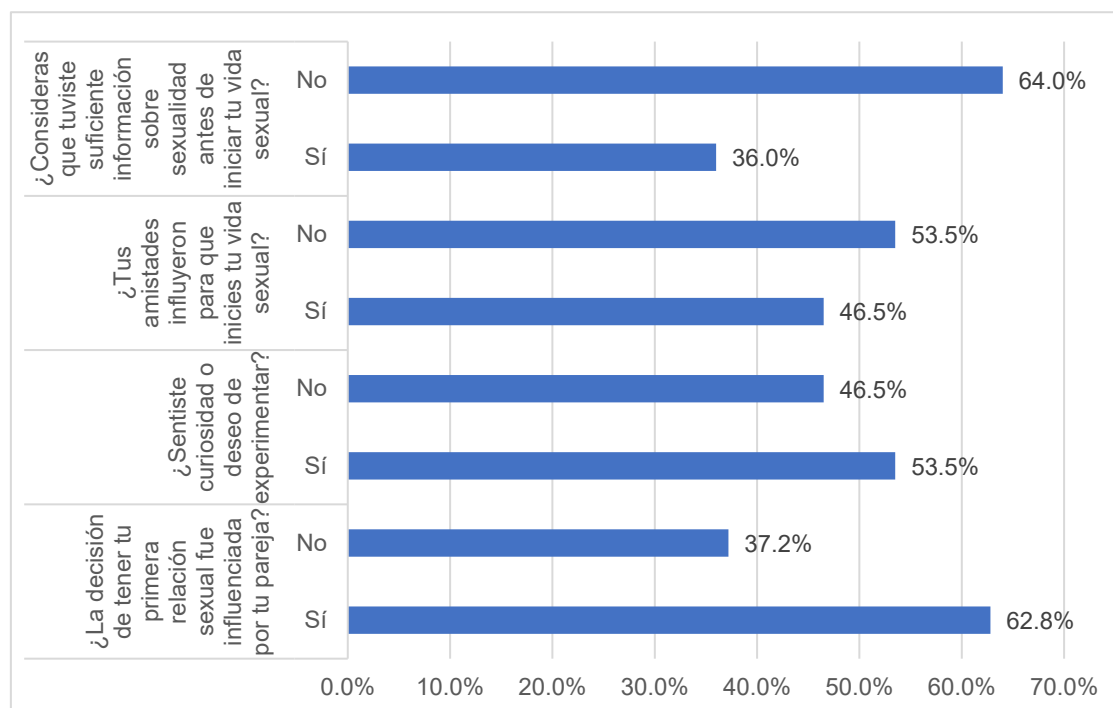
figura 3: Edad promedio de inicio de actividad sexual (OE1)



La tabla 3 y figura 3 muestra que el 61.6% inició su vida sexual entre los 15 y 17 años y 38.4% antes de los 15 años, siendo la edad promedio de inicio de actividad sexual 15 años. Esto significa que existe la alta prevalencia de inicio de actividad sexual se concentra principalmente en la adolescencia media.

Tabla 4: Aspectos asociados al inicio sexual

		Frecuencia	Porcentaje
¿La decisión de tener tu primera relación sexual fue influenciada por tu pareja?	Sí	54	62.8
	No	32	37.2
¿Sentiste curiosidad o deseo de experimentar?	Sí	46	53.5
	No	40	46.5
¿Tus amistades influyeron para que inicies tu vida sexual?	Sí	40	46.5
	No	46	53.5
¿Consideras que tuviste suficiente información sobre sexualidad antes de iniciar tu vida sexual?	Sí	31	36.0
	No	55	64.0
Total		86	100.0%

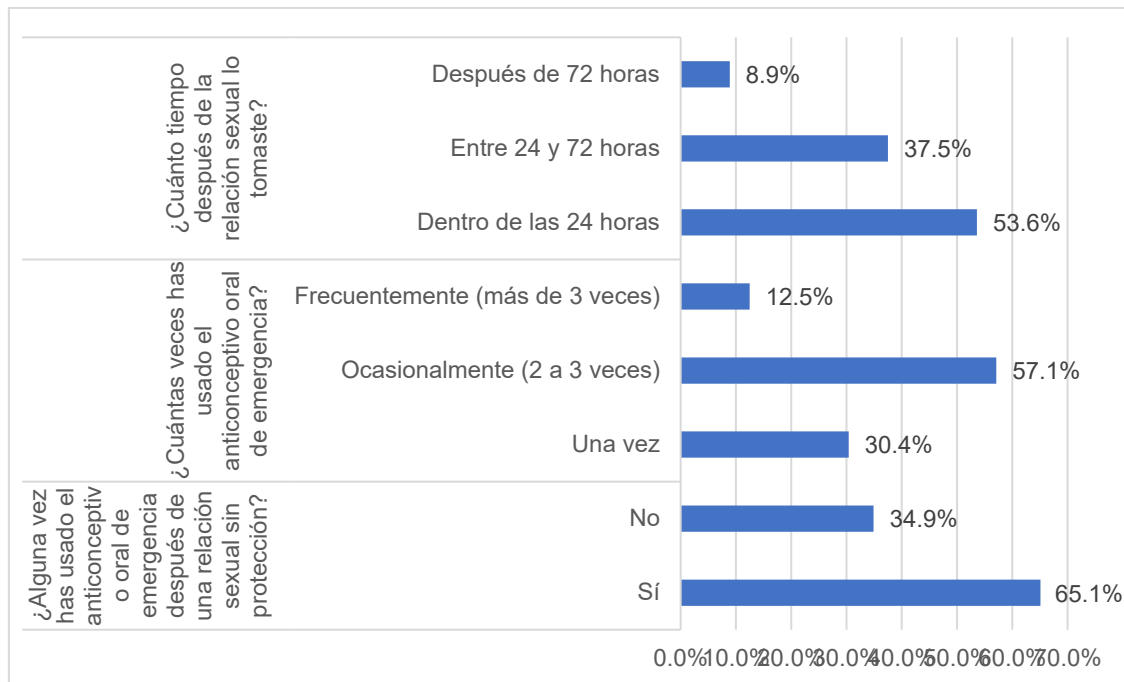
figura 4: Aspectos asociados al inicio sexual

En la tabla 4 y figura 4, los resultados indican que la decisión de iniciar la vida sexual fue influenciada por la pareja en un 62.8% de los casos, el 53.5% tuvo deseo de experimental, otro 53.5% indicó que las amistades influyeron en la decisión de inicio de vida sexual y un 64.0% considera que no tuvo suficiente información sobre sexualidad antes de empezar. Estos datos significan que el inicio sexual está fuertemente marcado por la presión o influencia externa más que por una decisión informada y autónoma.

Tabla 5: Uso y frecuencia del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) (OE2)

		Frecuencia	Porcentaje
¿Alguna vez has usado el anticonceptivo oral de emergencia después de una relación sexual sin protección?	Sí	56	65.1
	No	30	34.9
Total		86	100.0
¿Cuántas veces has usado el anticonceptivo oral de emergencia?	Una vez	17	30.4
	Ocasionalmente (2 a 3 veces)	32	57.1
	Frecuentemente (más de 3 veces)	7	12.5
¿Cuánto tiempo después de la relación sexual lo tomaste?	Dentro de las 24 horas	30	53.6
	Entre 24 y 72 horas	21	37.5
	Después de 72 horas	5	8.9
Total		56	100.0

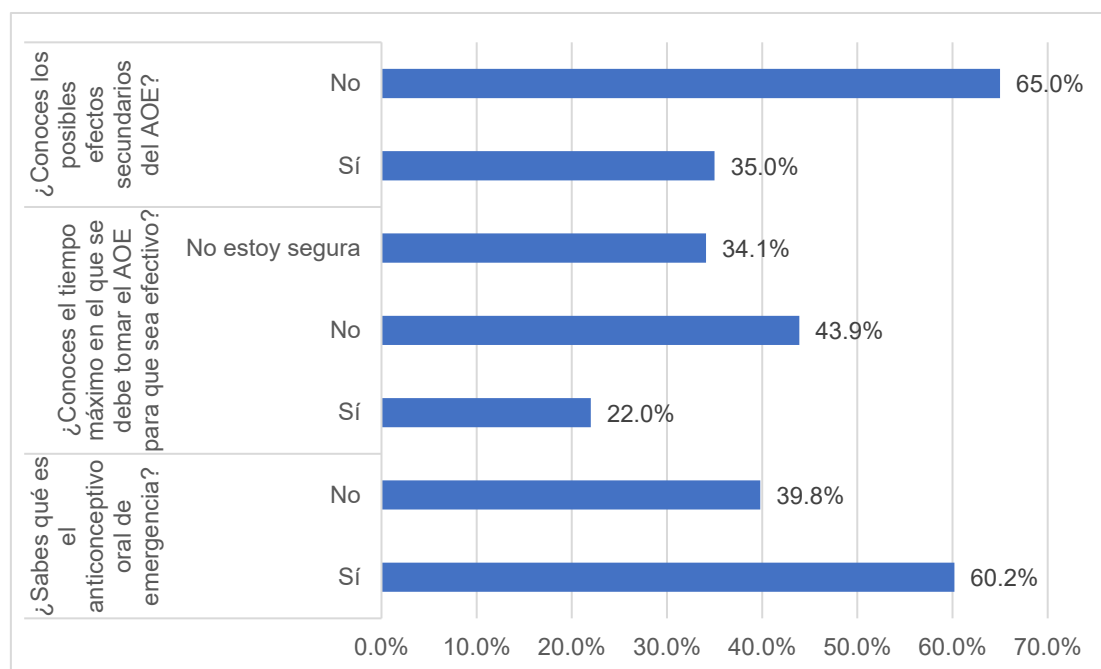
figura 5: Uso y frecuencia del anticonceptivo oral de emergencia (AOE)



En la tabla 5 y figura 5, se muestra que, el 65.1% de las adolescentes sexualmente activas ha utilizado el AOE, y de ellas, el 57.1% lo ha hecho de forma ocasional (2 a 3 veces) y el 53.6% lo tomó dentro de las 24 horas posterior a las relaciones sexuales. Esto significa que el AOE es un recurso sumamente común entre las adolescentes ante relaciones sin protección; sin embargo, el uso repetido sugiere que está siendo empleado como un método recurrente frente a la falta de uso de anticonceptivos regulares de larga duración o de barrera.

Tabla 6: Conocimiento sobre el AOE

		Frecuencia	Porcentaje
¿Sabes qué es el anticonceptivo oral de emergencia?	Sí	74	60.2
	No	49	39.8
¿Conoces el tiempo máximo en el que se debe tomar el AOE para que sea efectivo?	Sí	27	22.0
	No	54	43.9
	No estoy segura	42	34.1
¿Conoces los posibles efectos secundarios del AOE?	Sí	43	35.0
	No	80	65.0
Total		123	100.0

figura 6: Conocimiento sobre el AOE

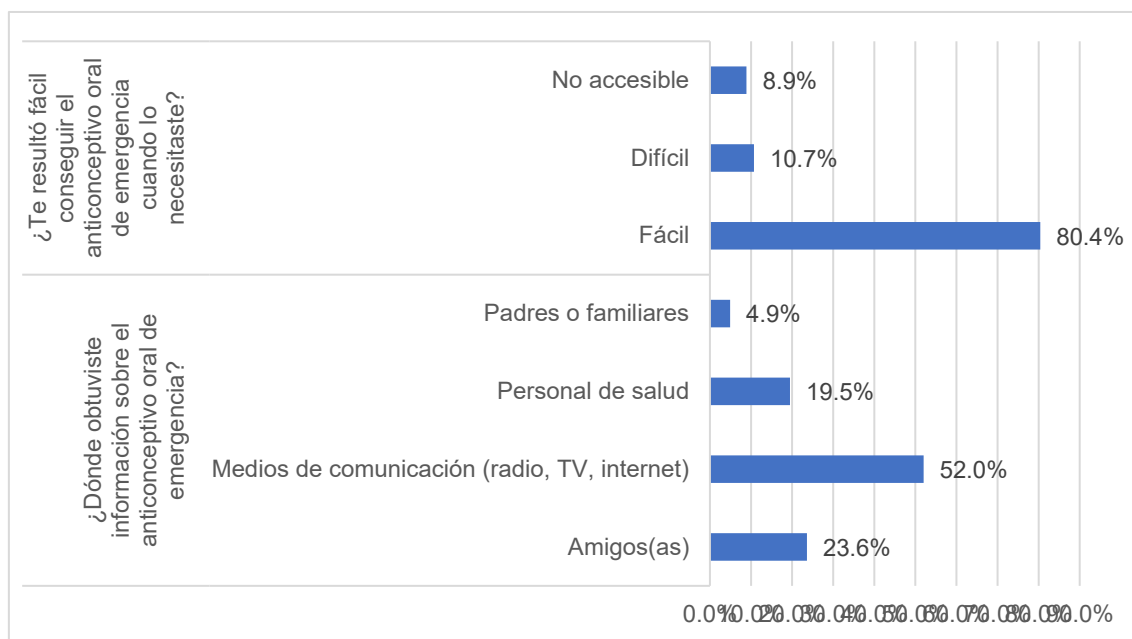
En la tabla 6 y figura 6, se muestra que, aunque el 60.2% afirma saber qué es el AOE, solo el 22.0% conoce el tiempo máximo para tomarlo con efectividad y apenas el 35.0% conoce sus efectos secundarios. Estos resultados significan que existe un

conocimiento superficial y deficiente sobre el fármaco; las adolescentes reconocen el método, pero ignoran los aspectos técnicos fundamentales para su uso correcto y seguro, lo que aumenta el riesgo de falla del método.

Tabla 7: Accesibilidad y fuente de información

		Frecuencia	Porcentaje
¿Dónde obtuviste información sobre el anticonceptivo oral de emergencia?	Amigos(as)	29	23.6
	Medios de comunicación (radio, TV, internet)	64	52.0
	Personal de salud	24	19.5
	Padres o familiares	6	4.9
	Total	123	100.0
¿Te resultó fácil conseguir el anticonceptivo oral de emergencia cuando lo necesitaste?	Fácil	45	80.4
	Difícil	6	10.7
	No accesible	5	8.9
	Total	56	100.0

figura 7: Accesibilidad y fuente de información



En la tabla 7 y figura 7, se muestra que, la principal fuente de información sobre el AOE son los medios de comunicación (52.0%), mientras que solo el 19.5% acude al personal de salud; por otro lado, de los que sí utilizaron el AOE, al 80.4% le resultó fácil conseguirlo. Esto significa que la información que consumen no es necesariamente profesional o personalizada, dependiendo de la veracidad de internet o la televisión, aunque la alta disponibilidad física en el entorno permite que las adolescentes lo obtengan con facilidad sin pasar por una consejería médica previa.

Tabla 8: Análisis de la relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes

		¿Alguna vez has usado el anticonceptivo oral de emergencia después de una relación sexual sin protección?				Total	
		Sí		No			
		f	%	F	%	f	%
¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	Antes de los 15 años	14	42.4	19	57.6	33	100.0
	Entre 15 y 17 años	42	79.2	11	20.8	53	100.0
Total		56	65.1	30	34.9	86	100.0

La tabla 8 expone que, de las adolescentes que tuvieron su inicio sexual antes de los 15 años, el 57.6% no usó el AOE y 42.4% sí lo utilizó. Mientras que, de adolescentes que iniciaron su vida sexual entre los 15 y 17 años, el 79.2% sí utilizó el AOE y el 20.8% no hizo uso de este anticonceptivo. Esto evidencia que la mayoría de adolescentes que utilizaron el AOE son aquellos que iniciaron su actividad sexual entre los 15 y 17 años de edad.

4.2. Análisis estadístico inferencial

Prueba estadística

Chi cuadrado y OR

Criterio de decisión

$p > 0.05$: asociación no significativa, se acepta la hipótesis nula

$p < 0.05$: asociación significativa, se acepta la hipótesis alterna

OR > 1: Factor de riesgo

OR < 1: Factor de protección

4.2.1. Prueba de hipótesis

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo – Andahuaylas, 2025

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo – Andahuaylas, 2025.

Tabla 9: Determinación de la relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes.

		¿Alguna vez has usado el anticonceptivo oral de emergencia después de una relación sexual sin protección?				Total		Chi cuadrado		OR	IC (95%)
		Sí		No							
		f	%	F	%	F	%	Valor	Sig.		
¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	Antes de los 15 años	14	42.4	19	57.6	33	100.0				
	Entre 15 y 17 años	42	79.2	11	20.8	53	100.0	12.14	0.00*	0.193*	0.07-0.50
	Total	56	65.1	30	34.9	86	100.0				

Nota. *: Factor significativo

En la tabla 9, la prueba de chi cuadrado expone una significancia de 0.000, con lo que se confirma la hipótesis alterna que indica la existencia de una relación significativa entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la I.E Virgen del Carmen. Asimismo, el OR es de 0.193 con un IC (95%) [0.07-0.50], al ser el OR inferior a 1, esto significa que aquellos que iniciaron su vida sexual antes de los 15 años tienen menor probabilidad de hacer uso del AOE después de una relación sexual sin protección,

en contraste, con aquellos que tuvieron su primera relación sexual entre los 15 y 17 años de edad.

DISCUSIÓN

En relación objetivo específico 1: El presente estudio identificó que la edad promedio de inicio de la actividad sexual fue de $15,06 \pm 1,06$ años, observándose que el 61,6% inició entre los 15 y 17 años y un 38,4% antes de los 15 años, lo que evidencia un inicio sexual predominantemente temprano en la población adolescente evaluada.

Estos resultados guardan relación parcial con lo reportado por Williams B (2021), quien encontró que las adolescentes mayores (≥ 18 años) presentaban mayor conocimiento y uso del anticonceptivo oral de emergencia. Esto sugiere que el inicio sexual más temprano, como el evidenciado en tu estudio (≈ 15 años), podría estar asociado a menor preparación o menor conocimiento en etapas iniciales, lo que incrementa el riesgo de uso inadecuado o tardío de métodos anticonceptivos.

Asimismo, el hallazgo coincide con Monteiro DLM (2020), quien reportó mayor actividad sexual en el grupo de 15 a 19 años, donde además se incrementa el uso de anticoncepción de emergencia. Esto refuerza la idea de que la adolescencia media es un periodo crítico donde se combinan inicio sexual y decisiones reproductivas sin suficiente información.

Por otro lado, discrepa parcialmente con Mesfin D (2020), quien encontró que factores como el grado escolar y la comunicación con los padres influyen significativamente en el inicio y comportamiento sexual. En tu estudio, aunque no se analizan estos factores directamente, el alto porcentaje de inicio antes de los 15 años sugiere posibles debilidades en educación sexual o comunicación familiar, lo cual no se evidencia explícitamente, pero se infiere como factor subyacente. En conjunto, los resultados del estudio evidencian que la edad de inicio sexual en adolescentes de la I.E. Virgen del Carmen se sitúa dentro de los patrones

nacionales e internacionales, caracterizándose por un inicio temprano (≈ 15 años). Este hallazgo coincide con la literatura, pero también pone en evidencia una problemática persistente: el inicio precoz no siempre está acompañado de conocimientos adecuados ni de conductas sexuales responsables.

Por tanto, se reafirma la necesidad de fortalecer la educación sexual integral desde etapas tempranas, orientada no solo a la información, sino también al desarrollo de habilidades para la toma de decisiones informadas.

En relación al objetivo específico 2: En el presente estudio se evidenció que el 65,1% de las adolescentes ha utilizado alguna vez el anticonceptivo oral de emergencia (AOE), mientras que el 34,9% no lo ha usado. Asimismo, entre quienes lo utilizaron, predominó el uso ocasional (57,1%), seguido del uso único (30,4%) y en menor proporción el uso frecuente (12,5%). Respecto al tiempo de administración, el 53,6% lo consumió dentro de las 24 horas, el 37,5% entre 24 y 72 horas, y un 8,9% después de 72 horas. A nivel internacional Estos resultados superan ampliamente lo reportado por Williams B (2021), donde solo el 25,6% de adolescentes sexualmente activas había utilizado AOE, evidenciando una mayor prevalencia de uso en tu población. Esta diferencia podría explicarse por un mayor acceso sin receta en el contexto peruano o por conductas sexuales de mayor riesgo. Asimismo, el hallazgo también es mayor al reportado por Mesfin D (2020), quien encontró un uso del 40,5%, lo que confirma que el uso del AOE en tu estudio es relativamente elevado en comparación internacional. En cuanto a la frecuencia, el predominio del uso ocasional coincide con Monteiro DLM (2020), quien reportó que muchas adolescentes lo usan al menos una vez, aunque en tu estudio se observa una mayor repetición del uso, lo que podría indicar dependencia del método como alternativa frecuente en lugar de métodos regulares. A nivel nacional,

los resultados discrepan con Rodríguez Amasifuen GL (2023), quien reportó que solo el 10,2% utilizó AOE, evidenciando una diferencia marcada. Esto sugiere que en tu población existe mayor exposición a relaciones sexuales sin protección o mayor acceso al método. Por otro lado, el resultado también es superior al encontrado por Sáenz Lara AJ (2023), donde el uso fue de 23,5%, reafirmando que el uso del AOE en tu estudio es considerablemente más alto. Sin embargo, el uso frecuente (12,5%) representa un hallazgo relevante, ya que diversos estudios nacionales señalan que el AOE no debe ser utilizado como método regular, lo que evidencia posibles deficiencias en educación sexual y planificación anticonceptiva.

En relación al objetivo específico 3: En el presente estudio se evidencia que las adolescentes que iniciaron su vida sexual entre los 15 y 17 años presentan un mayor uso del anticonceptivo oral de emergencia (79,2%), en comparación con aquellas que iniciaron antes de los 15 años (42,4%), donde además predomina el no uso (57,6%). Estos resultados sugieren que la edad de inicio sexual influye en el uso del AOE, siendo más probable su utilización en quienes inician relaciones a una edad relativamente mayor dentro de la adolescencia.

A nivel internacional Este hallazgo guarda relación con Williams B (2021), quien reportó que las adolescentes de mayor edad tenían mayor probabilidad de conocer y utilizar la anticoncepción de emergencia. Esto respalda que un inicio sexual más tardío dentro de la adolescencia (15–17 años) se asocia a mayor madurez, acceso a información y toma de decisiones más informadas. Asimismo, coincide con Monteiro DLM (2020), quien evidenció que los adolescentes de mayor edad presentan mayor conocimiento y uso del AOE, lo que refuerza que la edad es un factor determinante en conductas sexuales responsables

A nivel nacional los resultados son coherentes con Rodríguez Amasifuen GL (2023), quien encontró que el conocimiento influye significativamente en el uso del AOE. En este sentido, el menor uso en adolescentes que iniciaron antes de los 15 años podría estar relacionado con niveles más bajos de conocimiento y menor acceso a información. Asimismo, el hallazgo se relaciona con Sáenz Lara AJ (2023), donde se evidenció que el uso del AOE no depende únicamente del conocimiento, sino también de factores conductuales. Esto explica por qué, pese al inicio temprano, muchas adolescentes no utilizan el AOE, posiblemente por miedo, desinformación o barreras socioculturales.

En relación al objetivo general: En el presente estudio se determinó que existe una relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) ($\chi^2=12,14$; $p=0,00$). Asimismo, el Odds Ratio (OR=0,193; IC95%: 0,07–0,50) indica que las adolescentes que iniciaron su vida sexual antes de los 15 años tienen menor probabilidad de usar AOE en comparación con aquellas que iniciaron entre los 15 y 17 años.

A nivel internacional el hallazgo guarda relación con Williams B (2021), quien evidenció que las adolescentes de mayor edad presentan mayor uso del AOE, lo que respalda que la edad influye significativamente en la toma de decisiones reproductivas. Asimismo, coincide con Mesfin D (2020), quien identificó que variables como el grado escolar y la edad se asocian significativamente con el uso de anticoncepción de emergencia, lo que refuerza la relación encontrada en tu estudio.

De igual manera, Monteiro DLM (2020) reportó que los adolescentes mayores presentan mayor conocimiento y uso del AOE, lo cual explica por qué en tu estudio el grupo de 15 a 17 años muestra mayor utilización.

A nivel nacional, los resultados son coherentes con Rodríguez Amasifuen GL (2023), quien encontró una relación significativa entre conocimiento y uso del AOE, lo que indirectamente se vincula con la edad, ya que adolescentes mayores suelen tener mayor nivel de información. Asimismo, el resultado se alinea con Anaya Trujillo M (2021), donde se evidencia que el conocimiento influye en actitudes y conductas, lo que explicaría el menor uso del AOE en quienes inician precozmente. Sin embargo, discrepa parcialmente con Sáenz Lara AJ (2023), quien no encontró relación significativa entre conocimiento y uso, lo que sugiere que en algunos contextos intervienen otros factores como el acceso, creencias o presión social.

CONCLUSIONES

En relación a la Edad de inicio de la actividad sexual: La edad promedio de inicio de la actividad sexual fue de 15,06 años, con predominio del grupo entre 15 y 17 años (61,6%); sin embargo, un porcentaje importante (38,4%) inició antes de los 15 años, evidenciando un inicio sexual temprano en la población estudiada. Este hallazgo demuestra la presencia de conductas sexuales precoces, lo cual incrementa la vulnerabilidad frente a riesgos reproductivos, confirmando la necesidad de intervenciones preventivas en etapas tempranas de la adolescencia.

En relación a la frecuencia y forma de uso del AOE: Se evidenció que las adolescentes que iniciaron su vida sexual entre los 15 y 17 años presentan mayor uso del AOE (79,2%) en comparación con aquellas que iniciaron antes de los 15 años (42,4%). Este resultado demuestra que el inicio sexual temprano se asocia a menor utilización de métodos preventivos, lo cual incrementa el riesgo de embarazo no planificado.

En relación a la relación entre la edad temprana de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia: Se evidenció que las adolescentes que iniciaron su vida sexual entre los 15 y 17 años presentan mayor uso del AOE (79,2%) en comparación con aquellas que iniciaron antes de los 15 años (42,4%). Este resultado demuestra que el inicio sexual temprano se asocia a menor utilización de métodos preventivos, lo cual incrementa el riesgo de embarazo no planificado.

En relación al análisis inferencial: Se determinó una relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio sexual y el uso del AOE ($\chi^2=12,14$; $p<0,05$), con un OR=0,193 (IC95%: 0,07–0,50), lo que indica que las adolescentes que iniciaron

su vida sexual antes de los 15 años tienen menor probabilidad de utilizar el AOE. Este resultado confirma que el inicio sexual precoz constituye un factor de riesgo asociado a conductas sexuales no protegidas, validando el cumplimiento del objetivo general del estudio.

RECOMENDACIONES

- ✓ Al director de la I.E. Virgen del Carmen y al Coordinador de Tutoría, en coordinación con la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) Andahuaylas, implementar y fortalecer programas de educación sexual integral (ESI) desde etapas tempranas, brindando una cobertura universal a todos los adolescentes de la institución. Estos programas deben poner especial énfasis en el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones informadas, la percepción del riesgo y la promoción de conductas preventivas responsables, contribuyendo así a postergar los riesgos asociados al inicio sexual temprano.
- ✓ Al director de la I.E. Virgen del Carmen, realizar alianza estratégica con el alcalde de la Municipalidad Distrital de San Jerónimo y la Asociación de Padres de Familia (APAFA), promover de manera activa espacios de participación, talleres y escuelas de padres que involucren activamente a las familias y docentes en el acompañamiento de las adolescentes. Fortalecer los canales de comunicación asertiva sobre temas de sexualidad y reproducción dentro del entorno familiar y escolar permitirá elevar el nivel de conocimiento y potenciar la toma de decisiones responsables en la comunidad estudiantil.
- ✓ Al director general de la DISA Apurímac II, diseñar, presupuestar y ejecutar estrategias de consejería diferenciada y especializada para adolescentes dentro de los establecimientos de su jurisdicción, enfocándose en capacitar sobre el uso correcto y oportuno del AOE y la prevención de relaciones sexuales sin protección; asegurando y garantizando, de manera paralela, el

acceso libre, oportuno y sin barreras burocráticas a los servicios e insumos de salud sexual y reproductiva diferenciados para este grupo etario.

- ✓ Se sugiere al personal de obstetricia del Centro de Salud San Jerónimo reforzar de manera prioritaria las estrategias educativas e intervenciones comunicacionales orientadas a promover el uso de métodos anticonceptivos de uso regular y de barrera en la población adolescente. Esto tiene la finalidad de evitar el uso recurrente o la dependencia del Anticonceptivo Oral de Emergencia (AOE), educando rigurosamente a las usuarias sobre el hecho de que el AOE es una medida excepcional de urgencia y no un método de planificación familiar habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calero Yera E, Rodríguez Roura S, Trumbull Jorlen A. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Rev Hum Med* [Internet]. 2017 dic [citado 2025 agosto 05];17(3):577-592. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000300010&lng=es
2. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones técnicas mundiales sobre el desarrollo integral y la salud de los adolescentes en el nuevo milenio [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 2026 jun 11]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
3. Martínez-García A, Flores-Santamaría YY. Eficacia clínica y seguridad de los regímenes hormonales postcoitales en la atención de la salud reproductiva. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [Internet]. 2024 [citado 2026 jun 11];13(1):45-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33421/inmp.2024321>
4. Kushal SA, Amin YM, Reza S, Hossain FB, Shawon MSR. Regional and sex differences in the prevalence and correlates of early sexual initiation among adolescents aged 12-15 years in 50 countries. *J Adolesc Health*. 2022 Apr;70(4):607-616. doi:10.1016/j.jadohealth.2021.10.027.
5. Lakew G, Yirsaw AN, Berhie AY, Belayneh AG. Global trends and socioeconomic determinants of early childbearing and reproductive outcomes in adolescent mothers: A systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2024 [citado 2026 jun 11];24(1):512-523. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18342-6>
6. Carmona Gloria, Beltrán Jessica, Calderón María, Piazza Marina, Chávez Susana. Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de

anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. Rev. Perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2017 Oct [citado 2025 agosto 15]; 34(4): 601-610. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400004&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.2971>.

7. Organización Panamericana de la Salud (OPS), UNICEF, UNFPA. OPS, UNICEF y UNFPA unen esfuerzos para abordar el embarazo adolescente en poblaciones vulnerables en ALC [Internet]. 2024 sep 13 [citado 2025 agosto 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/13-9-2024-ops-unicef-unfpa-unen-esfuerzos-para-abordar-embarazo-adolescente-poblaciones>
8. Francke P, Mendoza R, Vivas C. Fecundidad y embarazo infantil y adolescente en el Perú: tendencias de largo plazo, factores y desigualdades en base a los censos entre 1981 y 2017 [Internet]. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) / Pontificia Universidad Católica del Perú; 2025 [citado 20 ago 2025]. Disponible en: <https://cies.org.pe/wp-content/uploads/2025/04/Fecundidad-y-embarazo-infantil-y-adolescente-en-el-Peru-PUCP.pdf>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Capítulo 4: Planificación familiar [Internet]. Lima: INEI; s.f. [citado 20 agosto 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap004.pdf
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2024. Capítulo 5 [Internet]. Lima: INEI; 2025 [citado 2026 mar 09]. Disponible en:

<https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2024/departamentales/Endes03/pdf/Cap05.pdf>

11. González A Electra, Molina G Temístocles, Montero V Adela, Martínez N Vania. Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Mar [citado 2025 agosto 20]; 141(3): 313-319. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000300005&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000300005>.
12. Batek LM, Leblanc NM, Alio AP, Stein KF, McMahon JM. Facilitadores y barreras para el acceso y uso de anticonceptivos en adolescentes hispanoamericanas: una revisión integradora de la literatura. PLOS Glob Public Health. 2024;4(7):e0003169. doi: 10.1371/journal.pgph.0003169.
13. Batek LM, Leblanc NM, Alio AP, Stein KF, McMahon JM. Facilitadores y barreras para el acceso y uso de anticonceptivos en adolescentes hispanoamericanas: una revisión integradora de la literatura. PLOS Glob Public Health. 2024;4(7):e0003169. doi: 10.1371/journal.pgph.0003169.
14. León-Larios F, Ruiz-Ferrón C, Jalon-Neira RM, Praena-Fernández JM. Conocimientos, concienciación y experiencias de los estudiantes de enfermería sobre el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia. J Clin Med. 2022;11(2):418. doi: 10.3390/jcm11020418.
15. Williams BN, Jauk VC, Szychowski JM, Arbuckle JL. Uso, conocimiento y percepción de la anticoncepción de emergencia en adolescentes. Contraception [Internet]. 2021 may;103(5):361–366. doi:10.1016/j.contraception.2021.01.003

16. Mesfin D. Conocimiento, utilización y factores asociados de anticonceptivos de emergencia entre estudiantes de secundaria de Wolkite, sur de Etiopía: estudio transversal. *Contracept Reprod Med*. 2020;5:15. doi: 10.1186/s40834-020-00119-4
17. Monteiro DLM, Pereira MFVR, Herter LD, Avila R, Raupp RM. Anticoncepción hormonal de emergencia en la adolescencia. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2020 abr;66(4):472-8. doi: 10.1590/1806-9282.66.4.472.
18. Davis P, Sarasveni M, Krishnan J, et al. Conocimientos y actitudes sobre el uso de anticonceptivos de emergencia entre estudiantes universitarios de Tamil Nadu, India. *J Egypt Public Health Assoc*. 2020;95:1. doi: 10.1186/s42506-019-0030-9.
19. Candia Oviedo W. Conocimiento y uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la institución educativa Tomasa Ttito Condemayta de Acomayo, 2024 [Tesis de grado]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2025 [citado 2026 Jun 6]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12918/10929>
20. Salazar Bautista GA. *Actitud de los adolescentes del 4to y 5to de secundaria frente al uso del anticonceptivo oral de emergencia en la Institución Educativa 7238 Solidaridad Perú Alemania* [Tesis]. Lima (Perú): Universidad Privada San Juan Bautista; 2024 [citado 05 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/251ce1d7-a111-4c1e-a1e4-7f7a68b7dedb/content>
21. Rodríguez Amasifuen GL. Conocimiento y uso de anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes del caserío de Rumococha, Iquitos 2021 [Tesis]. Iquitos (Perú): Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Facultad de

Enfermería; 2023 [citado 5 sep 2025]. Disponible en: <https://api-repositorio.unapiquitos.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1fcab61b-7799-491e-ab6d-d7354046a689/content>

22. Sáenz Lara AJ. Relación entre nivel de conocimiento y uso de anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes del colegio José Faustino Sánchez Carrión en Lurín, 2023 [Tesis]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener, Facultad de Medicina Humana; 2023 [citado 01 septiembre 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/8355>
23. Anaya Trujillo MA. Conocimientos y actitudes sobre el uso del anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de primero a quinto grado de secundaria de la Institución Educativa Privada Virgen de la Candelaria, San Juan de Lurigancho, 2020 [Tesis]. Lima (Perú): Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”; 2021 [citado 5 sep 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4642/ANAYA%20TRUJILLO%20MIRELLA%20ANAYKA%20-%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Cceccaño Quispe L. *Conocimiento y uso del anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de contabilidad de la Universidad José María Arguedas, Andahuaylas – 2024* [Tesis]. Cusco (Perú): Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia; 2025 [citado 10 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/10371/253T20250003_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. Bertrand Regader. La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson [Internet]. Psicología y Mente; 29 may 2015 [actualizado 10 abr 2025; citado 20 septiembre 2025]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson>
26. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991;50(2):179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
27. McLeod S. Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura [Internet]. Psicología y Mente; actualizado 18 mar 2025 [citado 30 septiembre 2025]. Disponible en: <https://www.simplypsychology.org/bandura.html>
28. Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2003;3(1):91–109. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>
29. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar y anticoncepción [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 07 octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
30. La OMS insta a mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes para velar por la salud de las futuras generaciones [Internet]. Quien.int. [citado el 31 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-09-2024-securing-adolescent-health-and-well-being-today-is-vital-for-the-health-of-future-generations-who>

31. Quiroz Figueroa MS, Gómez Andrade AS, García Villavicencio CA, Fonseca Ramírez AN, Jiménez Jiménez RY, Litardo Lucas AD. Prácticas de Autocuidado en Adolescentes y su Influencia Emocional. *Ciencia Latina* [Internet]. 22 de febrero de 2024 [citado 3 de enero de 2026];8(1):4220-33. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9768>
32. Sánchez-Urbe G, Jaramillo-Arce G, Quiroga-Sanzana C. Principales cambios en aspectos biopsicosociales de adolescentes chilenos tras dos años de docencia remota de emergencia. *Prospectiva* [Internet]. 2024; e21113061. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25100/prts.v0i37.13061>
33. Al-Sabbah S, Darwish A, Fares N, Barnes J, Almomani JA. Factores biopsicosociales vinculados con el bienestar general de estudiantes y educadores durante la pandemia de COVID-19. *Cogent Psychol* [Internet]. 2021;8(1):1875550. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/23311908.2021.1875550>
34. Ammar A, Chtourou H, Boukhris O, Trabelsi K, Masmoudi L, Brach M, et al. COVID-19 home confinement negatively impacts social participation and life satisfaction: A worldwide multicenter study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(17):6237. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17176237>
35. Bolton D, Gillett G. The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments. 2019a ed. Cham, Suiza: Springer Nature; 2019.
36. Cohen ZP, Cosgrove KT, DeVille DC, Akeman E, Singh MK, White E, et al. The impact of COVID-19 on adolescent mental health: Preliminary findings from a

- longitudinal sample of healthy and at-risk adolescents. *Front Pediatr* [Internet]. 2021;9:622608. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2021.622608>
37. Didriksson A, Álvarez González FJ, Caamaño-Morúa C, Del Valle D, Perrotta DV, Caregnato CE, et al. Universidad y pandemia en América Latina: reflexiones desde la diversidad y la complejidad de un fenómeno en desarrollo. *ess* [Internet]. 2021;33(2):53–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.54674/ess.v33i2.421>
38. Jing Z, Li J, Wang Y, Zhou C. Prevalence and trends of sexual behaviors among young adolescents aged 12 years to 15 years in low and middle-income countries: Population-based study. *JMIR Public Health Surveill* [Internet]. 2023;9:e45236. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2196/45236>
39. Vasilenko SA. Sexual behavior and health from adolescence to adulthood: Illustrative examples of 25 years of research from Add Health. *J Adolesc Health* [Internet]. 2022;71(6S):S24–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.08.014>
40. Mirabal-Martínez Grisell, Valdés-Puebla Yadira, Pérez-Carmona Idarmys, Giraldo-Barbery Enrique José, Santana-Mora Londres Humberto. Adolescencia, sexualidad y conductas sexuales de riesgo. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2024;28(1):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-
41. Koumba Maguena R-J, Alves Jorge S, Ngoungou EB, Van den Broucke S. Determinants of adolescent sexual behavior in sub-Saharan Africa: A systematic review of in-school and out-of-school adolescents. *Public Health Rev* [Internet]. 2025;46(1608357):1608357. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/phrs.2025.1608357>

42. Alca-Gomero KJ, De la Cruz-Surco V, Flores-Santamaría YY. Intervenciones educativas escolares y su repercusión en la prevención de conductas sexuales de riesgo en adolescentes de zonas vulnerables. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [Internet]. 2024 [citado 2026 jun 11];13(2):75-84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33421/inmp.2024329>
43. De Azevedo FM, Schnor AC, Chaise RF, Jacobsen G dos S, Rocha KB, Pizzinato A. Preventive interventions regarding sexuality in adolescence: A systematic review of school-based programs. *Univ Psychol* [Internet]. 2025;22:1–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy22.pirs>
44. Restrepo-Méndez MC, Smetana JG, Villalobos A. Dimensiones biopsicosociales y determinantes del desarrollo de la sexualidad en la adolescencia contemporánea. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2024 [citado 2026 jun 11];41(2):215-224. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/13452>
45. Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Paho.org. [citado el 3 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva?>
46. Ryu D-H. Trends in early sexual initiation and its association with Socio-environmental factors among Korean adolescents. *Children (Basel)* [Internet]. 2023;10(4):613. Disponible en : <https://doi.org/10.3390/children10040613>
47. Cormilluni Layme ME. Factores que influyen en el inicio de relaciones sexuales en los adolescentes de una institución educativa de secundaria. *Investig innov* [Internet]. Disponible en : <https://doi.org/10.33326/27905543.2022.2.1494>
48. Koumba Maguena RJ, Alves Jorge S, Ngoungou EB, Van den Broucke S. Determinantes del comportamiento sexual adolescente en África subsahariana:

Una revisión sistemática de adolescentes escolarizados y no escolarizados. Public Health Rev [Internet]. 2025;46(1608357):1608357. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/phrs.2025.1608357>

49. Samaniego Morales FM, Gomez Barria LI, Salas Suárez JC. Factores socioafectivos y su influencia en la actividad sexual de adolescentes. Rev Cienc Salud [Internet]. 2022;20(3). Disponible en: <https://doi.org/10.3389/phrs.2025.1608357>
50. Epstein M, Madeline Furlong, Kosterman R, Bailey JA, King KM, Vasilenko SA, et al. Adolescent age of sexual initiation and subsequent adult health outcomes. Am J Public Health [Internet]. 2018;108(6):822–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2018.304372>
51. Camila Cribb Fabersunne, Carly Milliren, Mark A. Schuster, Marc N. Elliott, Susan Tortolero Emery, Paula M. Cuccaro, Susan L. Davies, Tracy Richmond, Sexual Debut in Early Adolescence and Individual, School, and Neighborhood Social Capital, Journal of Adolescent Health, Volume 75, Issue 2, 2024, Pages 333-343, ISSN 1054-139X, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.04.007>.
52. Muheriwa-Matemba SR, Anson E, McGregor HA, Zhang C, Crooks N, LeBlanc NM. Prevalence of early sexual debut among young adolescents in ten states of the United States. Adolescents [Internet]. 2024;4(3):440–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/adolescents4030031>
53. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria y Guías de Práctica Clínica para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva: Resolución Ministerial N.º 251-2024-MINSA [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 2026 jun 11]. Disponible

en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6166763/5440166-resolucion-ministerial-n-251-2024-minsa.pdf?v=1712758346>

54. El anticonceptivo oral de emergencia puede ser usado dentro de las 72 horas de la relación sexual [Internet]. Gob.pe. [citado el 3 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/922471-el-anticonceptivo-oral-de-emergencia-puede-ser-usado-dentro-de-las-72-horas-de-la-relacion-sexual>
55. Pretell-Zárate EA. Política de anticoncepción oral de emergencia: la experiencia peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2014;30(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2013.303.288>
56. Anticonceptivo de emergencia puede ser usado dentro de las 72 horas de la relación sexual [Internet]. Andina.pe. 2024. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-anticonceptivo-emergencia-puede-ser-usado-dentro-las-72-horas-de-relacion-sexual-978721.aspx>
57. Williams BN, Jauk VC, Szychowski JM, Arbuckle JL. Adolescent emergency contraception usage, knowledge, and perception. Contraception [Internet]. 2021;103(5):361–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2021.01.003>
58. Katzman D, Taddeo D. Emergency contraception. Paediatr Child Health [Internet]. 2018;15(6):363–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/pch/15.6.363>
59. López-Amorós M, Schiaffino A, Moncada A, Pérez G. Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad. Gac Sanit [Internet]. 2019;24(5):404–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.05.010>

60. Erko, FB, Demissie, BN, Yabeyu, AB *et al.* Conocimiento y utilización de anticoncepción de emergencia, y sus determinantes, entre mujeres jóvenes seleccionadas en Adís Abeba, Etiopía. *Contracept Reprod Med* **10** , 24 (2025). <https://doi.org/10.1186/s40834-025-00344-9>
61. Alca Gomero KJ, De la Cruz Surco V, Flores Santamaria YY, Alvarez Huari MY. Uso De Métodos Anticonceptivos en la Adolescencia: Una Revisión Narrativa. *Ciencia Latina* [Internet]. 12 de septiembre de 2023 [citado 3 de enero de 2026];7(4):7529-52. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7490>

ANEXOS

a. Instrumento de recolección de datos

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
CUESTIONARIO
RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO SEXUAL Y EL USO DEL ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES DE LA I.E. VIRGEN DEL CARMEN, ANDAHUAYLAS, 2025
INSTRUCCIONES GENERALES
- La información es confidencial y anónima. - Marcar con una “X” la opción que mejor refleje su respuesta
I. DATOS GENERALES
- Código del participante: _____ - Edad actual: _____ años - Grado de estudios: ☐ 3° ☐ 4° ☐ 5° - Lugar de residencia: ☐ Urbana ☐ Rural
II. Variable 1: Edad de inicio sexual
Dimensión 1: Inicio de vida sexual 1. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales? a) Sí → Pase a la pregunta 2 b) No → Pase a la sección III 2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? a) Antes de los 15 años b) Entre 15 y 17 años c) A los 18 años Dimensión 2: Aspectos asociados al inicio sexual 3. ¿La decisión de tener tu primera relación sexual fue influenciada por tu pareja? a) Sí b) No 4. ¿Sentiste curiosidad o deseo de experimentar? a) Sí b) No 5. ¿Tus amistades influyeron para que inicies tu vida sexual? a) Sí b) No 6. ¿Consideras que tuviste suficiente información sobre sexualidad antes de iniciar tu vida sexual? a) Sí b) No
III. Variable 2: Uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE)

Dimensión 1: Uso y frecuencia del AOE

7. ¿Alguna vez has usado el anticonceptivo oral de emergencia después de una relación sexual sin protección?
 - a) Sí → Pase a la pregunta 8
 - b) No → Pase a la pregunta 10
8. ¿Cuántas veces has usado el anticonceptivo oral de emergencia?
 - a) Una vez
 - b) Ocasionalmente (2 a 3 veces)
 - c) Frecuentemente (más de 3 veces)
9. ¿Cuánto tiempo después de la relación sexual lo tomaste?
 - a) Dentro de las 24 horas
 - b) Entre 24 y 72 horas
 - c) Después de 72 horas

Dimensión 2: Conocimiento sobre el AOE

10. ¿Sabes qué es el anticonceptivo oral de emergencia?
 - a) Sí
 - b) No
11. ¿Conoces el tiempo máximo en el que se debe tomar el AOE para que sea efectivo?
 - a) Sí
 - b) No
 - c) No estoy segura
12. ¿Conoces los posibles efectos secundarios del AOE?
 - a) Sí
 - b) No

Dimensión 3: Accesibilidad y fuente de información

13. ¿Dónde obtuviste información sobre el anticonceptivo oral de emergencia?
 - a) Amigos(as)
 - b) Medios de comunicación (radio, TV, internet)
 - c) Profesores
 - d) Personal de salud
 - e) Padres o familiares
14. ¿Te resultó fácil conseguir el anticonceptivo oral de emergencia cuando lo necesitaste?
 - a) Fácil
 - b) Difícil
 - c) No accesible

b. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuál es la relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo – Andahuaylas, ¿2025? Problema específico ¿Cuál es la edad promedio de inicio de la actividad sexual en las adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo – Andahuaylas, ¿2025? ¿Cuál es la frecuencia y forma de uso del anticonceptivo oral de emergencia en las adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo – Andahuaylas, 2025? ¿Existe relación entre la edad temprana de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en las adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo – Andahuaylas, 2025?	Objetivo general Determinar la relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo – Andahuaylas, 2025. Objetivo específico - Identificar la edad promedio de inicio de la actividad sexual en las adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo – Andahuaylas, 2025. - Identificar la frecuencia y forma de uso del anticonceptivo oral de emergencia en las adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo – Andahuaylas, 2025. - Identificar la relación entre la edad temprana de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en las adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo – Andahuaylas, 2025.	Hipótesis general. H₁: Existe una relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, San Jerónimo – Andahuaylas, 2025.	Edad de inicio sexual	Inicio de vida sexual Aspectos asociados al inicio sexual	Edad de la primera relación sexual Presión de pareja Curiosidad sexual Influencia de amigos Falta de información sexual	Ámbito de estudio: Institución Educativa Virgen del Carmen, distrito de San Jerónimo, Andahuaylas, Apurímac Tipo de investigación: Aplicada Enfoque: Cuantitativo Nivel de investigación: Correlacional Diseño de investigación: No experimental, transversal, correlacional Unidad de análisis: Adolescentes mujeres matriculadas en secundaria durante el año 2025 Población de estudio: 180 adolescentes mujeres Tamaño de muestra: 123 adolescentes mujeres Muestreo: Probabilístico, estratificado con selección aleatoria simple Técnica de recolección de información: Encuesta Instrumento: Cuestionario estructurado Técnica de análisis e interpretación de datos: Estadística descriptiva y Chi-cuadrado Verificación de hipótesis: p < 0.05
Uso del anticonceptivo oral de emergencia	Uso y frecuencia del AOE	Ha usado anticonceptivo oral de emergencia Frecuencia de uso del AOE				
	Conocimiento sobre el AOE	Conoce qué es el anticonceptivo oral de emergencia - Conoce el tiempo adecuado de uso - Conoce los efectos secundarios				
	Accesibilidad y fuente de información	Fuente de información (pares, medios, personal de salud) - Facilidad de acceso al AOE				

c. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O APODERADOS

Título de la investigación:

"Relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la I.E. Virgen del Carmen, San Jerónimo, Andahuaylas, 2025"

Investigadora: Bach. Cinthya Mendoza Quispe

Escuela Profesional: Obstetricia

Universidad: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Estimado(a) padre, madre o apoderado(a):

Mediante el presente documento, se solicita su autorización para la participación de su menor hija en la investigación antes mencionada, la cual tiene fines estrictamente académicos y científicos.

La participación consistirá en responder un cuestionario anónimo relacionado con la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia. El tiempo estimado para su desarrollo es de 15 a 20 minutos.

La participación es voluntaria y la estudiante podrá retirarse en cualquier momento sin que ello genere perjuicio alguno. Asimismo, se garantiza la confidencialidad, el anonimato y el uso exclusivo de la información para fines de investigación. No se registrarán nombres ni datos que permitan identificar a las participantes.

La investigación no representa riesgos para la integridad física o psicológica de las estudiantes. Los resultados contribuirán al fortalecimiento de acciones de promoción y educación en salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de haber leído y comprendido la información proporcionada, manifiesto que he tenido la oportunidad de realizar preguntas y que estas han sido respondidas satisfactoriamente.

Por lo expuesto, otorgo mi consentimiento libre y voluntario para que mi menor hija participe en la presente investigación.

Nombre del padre, madre o apoderado: _____

DNI: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

d. Asentimiento informado

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

DOCUMENTO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

"Relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de la I.E. Virgen del Carmen, San Jerónimo, Andahuaylas, 2025"

Investigadora: Bach. Cinthya Mendoza Quispe

Información para la participante

Te invitamos a participar en una investigación que tiene como finalidad conocer la relación entre la edad de inicio sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) en adolescentes.

Si aceptas participar, responderás un cuestionario anónimo que tomará aproximadamente 15 minutos. Tu participación es completamente voluntaria y puedes dejar de participar en cualquier momento, sin que ello te ocasione algún problema o perjuicio.

La información que brindes será confidencial y anónima. No se registrarán nombres ni datos que permitan identificarte. Los resultados serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación.

Esta investigación no representa riesgos para tu salud. Si alguna pregunta te genera incomodidad, puedes decidir no responderla.

Declaración de Asentimiento

He leído la información anterior y he comprendido el propósito del estudio. Se me ha explicado en qué consiste mi participación y he tenido la oportunidad de realizar preguntas.

De manera libre y voluntaria, acepto participar en esta investigación.

Firma de la estudiante

Nombres y apellidos: _____

Edad: _____ años

Grado y sección: _____

e. Solicitud de validación de instrumento

**SOLICITA: CALIFICACIÓN DE
EXPEDIENTE PARA OPTAR EL
GRADO ACADÉMICO DE
BACHILLER Y ROTULADO DE
DIPLOMA**

DOCTOR: ELEAZAR CRUCINTA UGARTE

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

Yo, CINTHYA MENDOZA QUISPE,
con DNI N° 71861471, domiciliado en
la Av. Abelardo Carrión S/N distrito
santa María de Chicmo de la provincia
de Andahuaylas y del Departamento
de Apurímac, ante usted me presento
y expongo:

Me dirijo a usted en mi condición de egresado de la Escuela Profesional de
Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San
Antonio Abad del Cusco; recurro a usted para **SOLICITAR LA CALIFICACIÓN DE
EXPEDIENTE PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER Y
ROTULADO DE DIPLOMA**, habiendo aprobado los créditos exigidos.

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted atender a mi petición por ser de justicia

Andahuaylas, 07 de Enero del 2026



CINTHYA MENDOZA QUISPE
DNI:71861471

f. Solicitud de ejecución



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA
PERUANA”

SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE
ENCUESTA

SEÑOR:

DANIEL AYQUIPA ENCISO

Director de la Institución Educativa Virgen del Carmen San Jerónimo –
Andahuaylas.

Asunto: Solicitud de autorización para aplicación de instrumento de
investigación

De mi especial consideración:

Yo, Cinthya Mendoza Quispe, estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia
de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, me dirijo a usted
para expresarle mi cordial saludo y, a la vez, solicitar su autorización para la
aplicación de encuestas en su prestigiosa institución educativa.

Dicha actividad forma parte del desarrollo de mi trabajo de investigación titulado:
“Relación entre la edad de inicio sexual y el uso de anticonceptivos orales de
emergencia en estudiantes del Colegio Virgen del Carmen, San Jerónimo, 2026”.

El propósito de la investigación es obtener información relevante que contribuya
al análisis de dicha problemática, aportando evidencia científica en el campo de
la salud sexual y reproductiva. Asimismo, se garantiza que la información
brindada por las participantes será manejada con estricta confidencialidad y
anonimato, siendo utilizada exclusivamente con fines académicos.

Por lo expuesto, solicito a usted se me otorguen las facilidades necesarias para
la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Sin otro particular, reitero mi agradecimiento por su atención y quedo a la espera
de su respuesta favorable.

Andahuaylas, 14 de Abril del 2026.

U. B. M. Virgen del Carmen	
MESA DE PARTES	
Fecha: 14-04-26	
F. Ho. 184	Hora 8:46
Firma:	

g. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
“RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO SEXUAL Y EL USO DEL
ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES DE LA
I.E. VIRGEN DEL CARMEN SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS, 2025”

Preguntas	Escala de validación				
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor

puntaje. ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación

3. Hipótesis de la investigación

4. Metodología de la investigación

5. Operacionalización de las variables

6. Instrumento del recojo de datos

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: Aplica [☐] No aplica [☐]

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

h. Validación del instrumento mediante juicio de expertos



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

**“RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO SEXUAL Y EL USO DEL
ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES DE LA
I.E. VIRGEN DEL CARMEN SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS, 2025”**

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					X
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					X
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					X
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor

puntaje. ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación

3. Hipótesis de la investigación

4. Metodología de la investigación

5. Operacionalización de las variables

6. Instrumento del recojo de datos

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: Aplica [_] No aplica [_]

Mg. Alexander Better Salazar
 MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
 Y COMUNITARIA CON MENCIÓN
 EN GERENCIA EN SALUD
 RENOMA - COP. 168 N° 438 - 2018
FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

"RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO SEXUAL Y EL USO DEL
ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES DE LA
I.E. VIRGEN DEL CARMEN SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS, 2025"

Preguntas	Escala de validación				
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?				X	
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					X
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					X
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor

puntaje. ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación

3. Hipótesis de la investigación

4. Metodología de la investigación

5. Operacionalización de las variables

6. Instrumento del recojo de datos

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: Aplica [X] No aplica [_]


Mag. Roberto Torres Ruiz
OBSTETRA
COP: 9166 RNE: 3983-E-05
FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
“RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO SEXUAL Y EL USO DEL
ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES DE LA
I.E. VIRGEN DEL CARMEN SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS, 2025”

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					X
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					X
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					X
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor

puntaje. ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación

3. Hipótesis de la investigación

4. Metodología de la investigación

5. Operacionalización de las variables

6. Instrumento del recojo de datos

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: Aplica [_] No aplica [_]

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
HOSPITAL SUR REGIONAL DE ANDAHUAYLAS
Dr. Bill Marco Cárdenas Gutiérrez
DIRECTOR ESCUELA - OBSTETRICIA
FOLIO 1 DE 1
FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

“RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO SEXUAL Y EL USO DEL
ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES DE LA
I.E. VIRGEN DEL CARMEN SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS, 2025”

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					X
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					X
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					X
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor

puntaje. ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación

3. Hipótesis de la investigación

4. Metodología de la investigación

5. Operacionalización de las variables

6. Instrumento del recojo de datos

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: Aplica [_] No aplica [_]


Mg. Alexander Belter Salazar
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
Y COMUNITARIA CON MENCIÓN
EN GERENCIA EN SALUD
RENOMA - COP: 168 N° 438 - 2018
FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

"RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO SEXUAL Y EL USO DEL
ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES DE LA
I.E. VIRGEN DEL CARMEN SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS, 2025"

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					X
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					X
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?				X	
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					X
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje. ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación
3. Hipótesis de la investigación
4. Metodología de la investigación
5. Operacionalización de las variables
6. Instrumento del recojo de datos

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: Aplica [] No aplica []

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

i. Lista de expertos

Expertos	Nombres y Apellidos	Opinión de aplicabilidad
Experto 1	Mg. Karina Yasmin Sulca Carbajo	Aceptable
Experto 2	Mg. Roberto Torres Rua	Aceptable
Experto 3	Mg. Bill Marco Cardenas Gutiérrez	Aceptable
Experto 4	Mg. Liliana Salazar Marcatoma	Aceptable
Experto 5	Mg. Alexander Better Salazar	Aceptable

j. Evidencia fotográfica



k. Recolección de datos

Archivo	Editar	Ver	Datos	Transformar	Analizar	Gráficos	Utilidades	Ampliaciones	Ventana	Ayuda
	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columna		
1	Edad	Numérico	8	0	Edad	Ninguno	Ninguno	8		
2	Grado	Numérico	8	0	Grado de estudios	(1, 3ro)	Ninguno	8		
3	Residencia	Numérico	8	0	Lugar de residencia	(1, Urbana)...	Ninguno	8		
4	P1	Numérico	8	0	¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?	(1, Si)...	Ninguno	8		
5	P2	Numérico	8	0	¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	(1, Antes de	Ninguno	8		
6	P3	Numérico	8	0	¿La decisión de tener tu primera relación sexual fue influenciada por tu pareja?	(1, Si)...	Ninguno	8		
7	P4	Numérico	8	0	¿Sentiste curiosidad o deseo de experimentar?	(1, Si)...	Ninguno	8		
8	P5	Numérico	8	0	¿Tus amistades influyeron para que inicias tu vida sexual?	(1, Si)...	Ninguno	8		
9	P6	Numérico	8	0	¿Consideras que tuviste suficiente información sobre sexualidad antes de iniciar tu vida sexual?	(1, Si)...	Ninguno	8		
10	P7	Numérico	8	0	¿Alguna vez has usado el anticonceptivo oral de emergencia después de una relación sexual sin protección?	(1, Si)...	Ninguno	8		
11	P8	Numérico	8	0	¿Cuántas veces has usado el anticonceptivo oral de emergencia?	(1, Una vez)	Ninguno	8		
12	P9	Numérico	8	0	¿Cuánto tiempo después de la relación sexual lo tomaste?	(1, Dentro d...	Ninguno	8		
13	P10	Numérico	8	0	¿Sabes qué es el anticonceptivo oral de emergencia?	(1, Si)...	Ninguno	8		
14	P11	Numérico	8	0	¿Conoces el tiempo máximo en el que se debe tomar el AOE para que sea efectivo?	(1, Si)...	Ninguno	8		
15	P12	Numérico	8	0	¿Conoces los posibles efectos secundarios del AOE?	(1, Si)...	Ninguno	8		
16	P13	Numérico	8	0	¿Dónde obtuviste información sobre el anticonceptivo oral de emergencia?	(1, Amigos(...	Ninguno	8		
17	P14	Numérico	8	0	¿Te resultó fácil conseguir el anticonceptivo oral de emergencia cuando lo necesitaste?	(1, Fácil)	Ninguno	8		
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
1										
Vista de datos Vista de variables										
IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON Dividir por P1										

Archivo	Editar	Ver	Datos	Transformar	Analizar	Gráficos	Utilidades	Ampliaciones	Ventana	Ayuda						
65: P6		1										Visible: 17 de 17 variables				
	Edad	Grado	Residencia	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	
1	17	3	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	
2	17	3	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	3	1	
3	16	3	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	3	2	
4	16	3	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	
5	16	3	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	
6	16	2	2	1	2	2	1	2	2	1	3	3	1	1	1	
7	15	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	
8	16	2	2	1	2	2	1	2	2	1	3	2	2	2	2	
9	15	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	
10	14	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	
11	14	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	3	2	
12	14	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	3	2	
13	16	3	2	1	1	2	1	2	2	1	3	1	1	3	2	
14	16	3	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	
15	17	3	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	
16	16	3	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	
17	16	3	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	3	2	
18	16	3	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	
19	16	3	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	3	2	
20	17	3	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	3	1	
21	16	3	1	1	2	1	1	2	2	1	1	3	1	3	2	
22	15	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	3	2	
Vista de datos Vista de variables																
IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON Dividir por P1																

Archivo Editar Ver Insertar Lista dinámica Formato Analizar Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

¿Conoces los posibles efectos de...
¿Dónde obtuviste información...
¿Te resultó fácil conseguir infor...

Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 12	8	6.5	6.5	6.5
13	1	.8	.8	7.3
14	13	10.6	10.6	17.9
15	21	17.1	17.1	35.0
16	70	56.9	56.9	91.9
17	10	8.1	8.1	100.0
Total	123	100.0	100.0	

Grado de estudios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 3ro	9	7.3	7.3	7.3
5to	36	29.3	29.3	36.6
5to	78	63.4	63.4	100.0
Total	123	100.0	100.0	

Lugar de residencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Urbana	72	58.5	58.5	58.5
Rural	51	41.5	41.5	100.0
Total	123	100.0	100.0	

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON JH: 391, W: 727 pt.

Archivo

Editar

Ver

Datos

Transformar

Insertar

Formato

Analizar

Gráficos

Utilidades

Ampliaciones

Ventana

Ayuda

</

L. Validación – v de aiken

Fórmula V de Aiken para valoración politómica

$$V = \frac{\bar{X} - l}{k}$$

$\bar{X}$: Promedio de las calificaciones otorgadas por todos los jueces.

l : Calificación mínima posible en la escala utilizada: 1

k : Es el rango de la escala, es decir, el valor máximo posible menos el valor mínimo posible: (5-1=4)

Nº	Criterio de Validación	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Promedio	V de Aiken
1	¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	5	5	5	5	5	5	1.000
2	¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	5	5	4	5	5	4.8	0.950
3	¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	5	5	5	5	5	5	1.000
4	¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	5	5	5	5	5	5	1.000
5	¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	5	5	5	5	4	4.8	0.950
6	¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o	5	5	5	5	5	5	1.000

	los objetivos de la investigación?							
7	¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	5	5	5	5	5	5	1.000
8	¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?	5	5	5	5	5	5	1.000
9	¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	5	5	5	5	5	5	1.000
V de Aiken GLOBAL (Promedio)								0.989

La V de Aiken global es 0.989, lo que indica una alta validez de contenido del instrumento.