



UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ

Registrado en el asiento N° A00010 de la Partida N° 11000318, Personas Jurídicas de Iquitos Superintendencia de los Registros Públicos- SUNARP.

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

TITULO:

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES EN RELACIÓN A
ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA, EN INTERNAS DE
OBSTETRICIA, HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2017.

AUTORA:

YORKA FRANCESCA SILVANO TANGO

TESIS PRESENTADO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA.

ASESOR

DR. CESAR RAMAL ASAYAG

SAN JUAN BAUTISTA

IQUITOS PERÚ

2018

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico principalmente a mi Dios, por darme la vida y las fuerzas para seguir adelante y no desfallecer en las adversidades que se me presentaban, y el haberme permitido llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis papitos por sus comprensión, consejo, amor, confianza y ayuda incondicional en todo tiempo, por creer en mí y darme la valentía para continuar ante cual sea la situación, y por ayudarme con los recursos económicos. Me han dado todo lo que soy como persona.

A mi Hermana por siempre estar presente y acompañarme para poder realizar. A mis sobrinos Rodolfo y Elias que han sido y son una parte de mi motivación, inspiración y felicidad.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Dios por guiar mi caminar en todos estos años de estudios, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, por ver cómo se van cumpliendo mis sueños y metas.

A mis papitos que cada día hicieron lo posible juntamente conmigo para cumplir mis objetivos, que me dieron su apoyo y ayuda incondicional, por estar en cada momento conmigo.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejo, apoyo, ánimo y compañía en los momentos difíciles. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi Corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 23 días del mes de Julio del 2018, siendo las 06:00 p.m., el Jurado de Tesis designado según **Resolución Decanal N° 811- 2017-UCP-FCS**, de fecha 17 de Noviembre del 2017, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

✦ Med. Mgr. Bertha Alicia Olaya de Rojas	Presidente
✦ Obst. Carlos Enrique Márquez Caballero	Miembro
✦ Obst. Rosana Chumbe Culqui	Miembro

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al Acto de Sustentación pública de la Tesis Titulada: **"CONOCIMIENTO Y ACTITUDES EN RELACIÓN A ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA, EN INTERNAS DE OBSTETRICIA, HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2017"**, de la Bachiller: **YORKA FRANCESCA SILVANO TANGO**, para optar el **TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**, que otorga la **UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ**, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto General de la UCP vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma Satisfactoria.

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

INDICADOR	EXAMINADOR 1	EXAMINADOR 2	EXAMINADOR 3	PROMEDIO
A) Aplicación de la teoría a casos reales	4	4	3	
B) Investigación Bibliográfica	3	3	4	
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, Segmentación, coherencia)	3	3	3	
D) Calidad de respuestas	2	2	2	
E) Uso de terminología especializada	3	3	3	
CALIFICACIÓN FINAL	15	15	15	

RESULTADO:

APROBADO POR: Mayoría

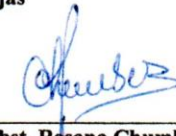
CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS) Quince

LEYENDA:

INDICADOR	PUNTAJE
DESAPROBADO	Menos de 13 puntos
APROBADO POR MAYORÍA	De 13 a 15 puntos
APROBADO POR UNANIMIDAD	De 16 a 17 puntos
APROBADO POR EXCELENCIA	De 18 a 20 puntos


Med. Mgr. Bertha Alicia Olaya de Rojas
Presidente

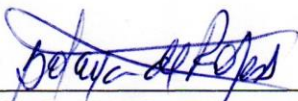

Obst. Carlos Enrique Márquez Caballero
Miembro


Obst. Rosana Chumbe Culqui
Miembro

La Universidad Vive en Ti

Av. Abelardo Quiñones Km. 2,5 San Juan Bautista, Iquitos Telf.: (065) 261088-261092

TESIS SUSTENTADA CON FECHA 23 DE JULIO DEL 2018 EN LA
UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU INTEGRADO POR EL JURADO
CALIFICADOR Y DICTAMINADOR SIGUIENTE:



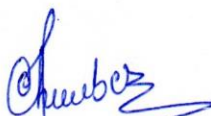
Med. Mgr. Bertha Alicia Olaya De Rojas

PRESIDENTE



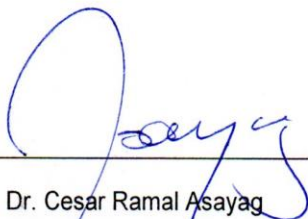
Obst. Carlos Enrique Márquez Caballero

MIEMBRO



Obst. Mgr. Rosana Chumbe Culqui

MIEMBRO



Dr. Cesar Ramal Asayag

ASESOR

ÍNDICE DE CONTENIDO

I. DATOS GENERALES

1. TÍTULO.....	01
2. ÁREA Y LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	01
3. AUTOR.....	01
4. ASESORES.....	01
5. COLABORADORES.....	01
5.1. INSTITUCIONES.....	01
5.2. PERSONAS.....	01
6. DURACIÓN ESTIMADA DE EJECUCIÓN.....	01
7. FUENTE DE FINANCIAMIENTO	01
8. PRESUPUESTO ESTIMADO.....	01

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN.....02

1. TÍTULO.....	02
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	02
2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	02
2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	03
2.2.1. PROBLEMA GENERAL.....	03
2.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	03
3. OBJETIVOS.....	04
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	04
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	04
4. JUSTIFICACIÓN.....	05
5. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	10
5.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....	10
5.2. BASES TEÓRICAS	16
5.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	37
6. HIPÓTESIS.....	39
7. VARIABLES.....	39
8. ASPECTO METODOLÓGICO	40
8.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	40

8.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	40
8.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	40
8.3.1. POBLACIÓN	40
8.3.2. MUESTRA	40
8.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	40
8.3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	40
8.4. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN.....	40
8.5. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	40
8.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	42
9. RESULTADOS.....	43
10. DISCUSIÓN.....	52
11. CONCLUSIONES.....	59
12. RECOMENDACIONES.....	60
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
14. ANEXOS	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Tabla 1 Sexo de Internos de Obstetricia	43
Gráfico 1 Sexo de Internos de Obstetricia	43
Tabla 2 Frecuencia de Edad de Internos de Obstetricia	44
Gráfico 2 Frecuencia de Edad de Internos de Obstetricia	44
Tabla 3 Nivel de Conocimiento en relación a AOE	45
Gráfico 3 Nivel de conocimiento en relación a AOE	45
Tabla 4 Nivel de Conocimiento en relación a AOE por cada pregunta	46
Gráfico 4 Nivel de conocimiento en relación a AOE por cada pregunta	47
Tabla 5 Actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia	48
Gráfico 5 Actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia	48
Tabla 6 Actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia por pregunta	49
Gráfico 6 Actitudes sobre AOE por pregunta	50

RESUMEN

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES EN RELACION A ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA, EN INTERNAS DE OBSTETRICIA, HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2017.

BACH.OBST.YORKA FRANCESCA SILVANO TANGO

Con la finalidad de estudiar los Conocimientos y Actitudes en relación a la anticoncepción oral de emergencia, se incorporan a nuestro estudio 30 internos de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, promoción 2017. El 93.3% de internos son de sexo femenino. La media aritmética de la edad fue de 25.2 años. Encontramos que el nivel de Conocimiento es alto en un 43.3%, medio en el mismo porcentaje, 43.3 y bajo en 13.4%.

Si queremos difundir este método entre la población necesitamos un personal bien capacitado, lo cual sólo cumple el 43.3% de la población estudiada. La actitud en relación a Anticoncepción Oral de Emergencia es de aceptación en un 33.3%, de indecisión en un 46.6%, mientras que de rechazo un 20.1%. Estas cifras son preocupantes, con solo un tercio del personal profesional que debe contribuir a lograr un uso adecuado y aceptación entre las usuarias con una actitud de aceptación, es muy difícil lograr que sea aceptada por las personas que acuden por métodos alternativos de planificación familiar.

Llama incluso la atención fuertemente un porcentaje que tiene una actitud de rechazo hacia el método.

Palabras clave: nivel de conocimiento, actitudes, anticoncepción oral de emergencia, internas de Obstetricia.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND ATTITUDES IN RELATION TO EMERGENCY ORAL CONTRACEPTION, IN OBSTETRICS INTERNS, LORETO REGIONAL HOSPITAL, 2017.

BACH.OBST.YORKA FRANCESCA SILVANO TANGO

In order to study the Knowledge and Attitudes in relation to emergency oral contraception, 30 interns of Obstetrics of the Regional Hospital of Loreto, promotion 2017, are incorporated into our study. 93.3% of inmates are female. The arithmetic mean of age was 25.2 years. We found that the Knowledge level is high at 43.3%, medium at the same percentage, 43.3 and low at 13.4%.

If we want to spread this method among the population we need a well-trained staff, which only meets 43.3% of the population studied. The attitude in relation to Emergency Oral Contraception is of acceptance in 33.3%, indecision in 46.6%, while rejection in 20.1%. These figures are worrisome, with only one third of the professional staff who must contribute to achieving an adequate use and acceptance among users with an attitude of acceptance, it is very difficult to get it accepted by people who come by alternative methods of family planning.

It even draws attention strongly a percentage that has an attitude of rejection towards the method.

Key words: level of knowledge, attitudes, emergency oral contraception, internal Obstetrics.

I. DATOS GENERALES

1. Título

“Conocimiento y Actitudes en relación a Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia, Hospital Regional de Loreto 2017”.

2. Área y Línea de Investigación

2.1 Área de Investigación

Ginecología

2.2 Sub área de Investigación

Salud Sexual y Reproductiva

2.3 Línea de Investigación

Educación en Salud Sexual y Reproductiva

3. Autor

Bach. Yorka Francesca Silvano Tangoa

4. Asesor

Dr. Cesar Ramal Asayag

5. Colaboradores

5.1 Instituciones Hospital Regional de Loreto

5.2 Personas Personal Departamento de Gineco Obstetricia

6. Duración estimada de ejecución

Nueve meses

7. Fuentes de Financiamiento

Recursos propios

8. Presupuesto total estimado

4,104.50 nuevos soles

II PLAN DE INVESTIGACION

1. Título

Conocimiento y Actitudes en relación a Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia, Hospital Regional de Loreto 2017.

2. Planteamiento del Problema

2.1 Descripción del problema

Una vez dispuesta la Anticoncepción Oral de Emergencia en nuestro país y Región, su impacto no ha sido adecuadamente seguida, en términos de magnitud de uso o en nivel de conocimiento por el personal profesional que maneja, usa e indica.

En nuestra Región no existen suficientes estudios que permitan un conocimiento real en relación a la Anticoncepción Oral de Emergencia. El uso del mismo, al parecer, es muy escaso (el Hospital Regional de Loreto registra sólo tres usuarias del mismo durante el año 2017 hasta el mes de octubre) (4).

Pese a que Anticoncepción Oral de Emergencia es un tema mediático y mencionado con regularidad en la prensa, su uso muy escaso, Esto no disminuye la obligación de conocer el tema de manera adecuada por parte del personal Obstetra en nuestra Región.

De allí la necesidad de evaluar el conocimiento y las actitudes respecto a este método de planificación familiar por parte de las futuras profesionales de Obstetricia.

2.2 Formulación del Problema

2.2.1. Problema General

¿Cuál es el nivel de Conocimiento y Actitudes en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia, en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2017?

2.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuál es la descripción de algunas variables sociodemográficas de los Internos de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, promoción 2017?
2. ¿Cuál es el nivel de Conocimiento en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2017?
3. ¿Cuáles son las Actitudes en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2017?

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Determinar el nivel de Conocimiento y Actitudes en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia, en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2017.

3.2 Objetivos Específicos

1. Describir algunas variables sociodemográficas en Internos de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, promoción 2017.
2. Determinar el nivel de Conocimiento en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2017.
3. Determinar las Actitudes en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2017.

4. Justificación de la investigación

Durante los últimos 35 años hemos sido testigos de un notable progreso en el desarrollo de nuevas tecnologías anticonceptivas, incluidas las transiciones de los anticonceptivos orales combinados de altas dosis a los de bajas dosis y de los DIU inertes a los con cobre y a los liberadores de levonorgestrel.

Además, se han introducido los anticonceptivos inyectables combinados, el parche y el anillo vaginal hormonales combinados, los implantes y los anticonceptivos inyectables de progestina sola. Sin embargo, las políticas y las prácticas vigentes en materia del cuidado de la salud en algunos países están basadas en estudios científicos de anticonceptivos que ya no se utilizan ampliamente, en preocupaciones teóricas inveteradas que nunca han sido fundamentadas, o en la preferencia personal o tendencia de las y los proveedoras/es de servicio.

Estas políticas o prácticas anticuadas muchas veces originan limitaciones tanto en la calidad como en el acceso a los servicios de planificación familiar de las y los usuarias. (1)

Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos de consenso relacionados. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el espaciamiento y tiempo de los embarazos, la información y los medios para hacerlo, y el derecho para alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva. (párrafo 95, Beijing Platform for Action, 1995).

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar y la información, no solo es una intervención clave para mejorar la salud de los hombres, las mujeres, las niñas y los niños, sino que es además un derecho humano.

Todos los individuos tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar. Esto incluye a las personas con discapacidades, conforme a lo exigido específicamente en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (artículos 23.1 y 25.a).

El enfoque basado en los derechos de disponer de anticonceptivos supone una consideración holística de las usuarias, lo que incluye tomar en consideración las necesidades de cuidado de su salud sexual y reproductiva, y analizar todos los criterios de elegibilidad para ayudar a las personas a elegir y usar un método de planificación familiar.

Los criterios médicos de elegibilidad utilizados en la provisión de todos los anticonceptivos hormonales, DIU, métodos de barrera, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, coito interrumpido, método de amenorrea de lactancia, esterilización masculina y femenina, y anticonceptivos de emergencia, deberían ser muy bien conocidos por personal de salud, entre ellos profesionales Obstetras.

¹ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Naciones Unidas Enable, Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, 2007 (<http://www.un.org/disabilities/>, consultado el 13 de enero de 2009).

El embarazo no deseado y su consecuencia más grave, el aborto inducido, constituyen un grave problema de salud pública en América Latina y El Caribe. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hacia fines del 2000 se estimaba en 4,2 millones el número de abortos clandestinos y en 5000 las mujeres fallecidas por dicha causa; además, 800 000 mujeres habían sido hospitalizadas por complicaciones. (2)

En el Perú, este problema de salud pública es igualmente dramático. Se estimaba que de un millón de embarazos anuales, el 56% eran no deseados, de ellos 25% correspondía a adolescentes y 50% a hogares en situación de pobreza o pobreza extrema. Más aun, el 83% de embarazos no deseados eran debido al abuso sexual. Se estimaba que el número de abortos clandestinos alcanzaba la cifra alarmante de 400 000 anuales, lo cual contribuía significativamente a la elevada tasa de mortalidad materna debida a las complicaciones (85/100 000 nacidos vivos). (2)

Aproximadamente 56% de mujeres en edad fértil no estaban protegidas adecuadamente contra un embarazo no deseado, un tercio de las cuales correspondía a parejas unidas. Se estimaba, por otro lado, que en los últimos cinco años nacieron aproximadamente un millón de niños no deseados (31% de los nacimientos ocurridos), quienes incrementarán el número de niños abandonados. (2)

Frente a estos hechos, que aún persisten, la RM 399- 2001-SA/DM representa la respuesta al clamor para que el Estado cumpla con atender un importante problema de salud pública. En opinión de la OMS incrementar la cobertura y la calidad de los servicios de planificación familiar para disminuir los embarazos no deseados cuesta mucho menos que atender las complicaciones de los abortos inseguros. (2)

La Anticoncepción Oral de Emergencia es reconocida como un instrumento de extraordinaria importancia, pues contribuye positivamente al cumplimiento del Programa de Acción de El Cairo al prevenir los embarazos no deseados y, de esta manera, a la reducción de la mortalidad materna. Según estudios auspiciados por la United Nations Population Fund (UNFPA), la prevención de los embarazos no deseados podría evitar entre 20 a 35% de las defunciones maternas. El uso de la AOE ha sido aprobado en muchos países de América: Argentina, Aruba, Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos. Guatemala, Guyana,

Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela. (2)

La RM 399-2001-SA/DM fue aprobada con arreglo a ley y a las prácticas administrativas vigentes, estuvo acompañada del protocolo técnico sustentatorio, con el visado correspondiente del viceministro de salud, doctor Arturo Vassi; del director general de salud de las personas, doctor Luis León, y de la asesora legal del Despacho Ministerial, abogada María Elena Soto. El protocolo estuvo, así mismo, acompañado de la extensa bibliografía y documentos que los técnicos del Ministerio de Salud consultaron y adjuntaron para que le sirviera de soporte especializado en materia médica, incluyendo la “Guía para la prestación de servicios” de la OMS; el “Manual para el personal clínico del programa de información en población” de la Universidad John Hopkins, y las conclusiones de la Reunión Anual del Colegio de Obstetrices y Ginecólogos de los Estados Unidos, celebrada en el año 2000. La RM 399-2001-SA/DM se dio con el respaldo de la opinión y recomendaciones de los organismos del más alto nivel en salud como la OMS; la Federación Internacional de Planificación Familiar, y las agencias reguladoras de la mayoría de los países. (3)

Además, se contaba ya con los resultados de una serie de investigaciones llevadas a cabo en centros de reconocido prestigio internacional, varias de ellas auspiciadas por la OMS, que confirmaban el efecto de la Anticoncepción Oral de Emergencia sobre la ovulación y la migración espermática impidiendo la fecundación o fertilización del óvulo, y negando sustento al supuesto teórico de una acción antiimplantatoria del óvulo fecundado en el endometrio.

La RM 399-2001-SA/DM constituye un acto administrativo en cumplimiento de los deberes que el cargo impone, en este caso particular, el deber del Estado de atender un importante problema de salud pública que injusta e insensiblemente venía siendo postergado desde hacía mucho tiempo. (3)

Este nivel de operativización de la Anticoncepción Oral de Emergencia, respaldada en normativas nacionales obliga por tanto al profesional Obstetra conocer de manera adecuada todo lo concerniente al uso correcto de la Anticoncepción Oral de Emergencia, sus indicaciones, quienes deben recibirla, mecanismos de acción y efectos adversos. (3)

El estudio tiene un riesgo ético mínimo, no existen riesgos morales o ético que atenten contra la población. En relación a la relevancia podríamos contribuir a determinar el nivel de conocimiento y actitudes frente a anticoncepción de emergencia que podría ser parte de un conocimiento más completo destinado a conocer porque no hay un impacto importante en el usuario de anticoncepción, en términos de cantidad de usuarias. Esto es pertinente ya que si un método de planificación no llega al público usuario quienes diseñan las estrategias de salud tienen la opción de retirarla del mercado o por el contrario reforzar las acciones destinadas a hacer que un mayor número de usuarias de planificación familiar opte por dicho método.

Los resultados deberían sumarse a otros estudios que evalúen la parte cualitativa, o aplicada a diferentes grupos sociales. Consideramos que es viable porque tras la obtención de las autorizaciones respectivas no requerimos de mucha tecnología. La capacidad técnica para desarrollar el proyecto es muy buena.

Durante el año de internado, se observó la poca demanda del AOE por la población, asimismo la oferta es mínima, por lo que creemos necesario medir el conocimiento de la internas de obstetricia como futuras profesionales y también determinar la actitud hacia dicha estrategia, ya que quienes deberán realizar consejería en planificación familiar de manera normativa es el grupo profesional de Obstetricia.

Una interna de obstetricia cursa el último año de estudios profesionales, esta cerca de obtener su registro profesional e incorporarse a una institución de salud y debería entonces ya en este momento de su carrera tener conocimientos y actitudes suficientes para abordar el problema de los métodos anticonceptivos en general, y el uso de anticonceptivos orales de emergencia, en particular.

Esto es lo que se quiere evaluar, el nivel de conocimiento y actitudes frente a la anticoncepción oral de emergencia, por parte de las internas de Obstetricia.

5. Marco Teórico referencial

5.1 Antecedentes

Internacional

TORRES F. (2016) en su Tesis Doctoral “Conocimientos de Fisiología Reproductiva y Anticonceptivos entre estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud” en España, encuentran que el 53.5 % de los universitarios desconoce que es un anticonceptivo hormonal. La mayoría conoce que los métodos hormonales no protegen de las enfermedades de transmisión sexual (90.4 %) (29)

SUPE E (2015) en su trabajo de Tesis “Intervención del profesional de enfermería en adolescentes de 15 a 18 años de edad y su relación con el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en la unidad educativa picaihua octubre 2014 a marzo 2015”, el cual estuvo dirigido a determinar la participación del Profesional de Enfermería en la Promoción de estilos de vida saludables relacionadas a Salud Sexual y Reproductiva en la Población adolescente de 15 a 18 años de edad en la Unidad Educativa Picaihua, en el cual se ha detectado el manejo inadecuado de la píldora de emergencia con su uso frecuente por parte de los adolescentes, por ende deben recibir una educación sexual sólida, basada en firmes principios y valores que le permitan definir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales.

Procedió a encuestar a la población adolescente de 15 a 18 años de edad, para determinar la frecuencia en el uso y el conocimiento de la anticoncepción de emergencia. Además, se tomó en cuenta al Profesional de Enfermería que labora en el Subcentro de Salud de Picaihua al cual se le realizó una entrevista para determinar las funciones que desempeña con los adolescentes en relación a la difusión de los métodos anticonceptivos y manejo de la píldora de emergencia, en la población a su cargo.

Concluye que no se realizan capacitaciones a los adolescentes durante la entrega de la píldora de emergencia y no brinda difusión sobre los métodos anticonceptivos de uso regular. Recomienda que el Profesional de Enfermería que trabaja en aéreas rurales debe formularse estrategias que le permitan introducirse en el diario vivir de los adolescentes

para poder ejecutar sus acciones de Prevención Primaria y de esta manera los adolescentes puedan tomar decisiones acertadas en cuanto a su sexualidad. (30)

Nacional

CHOQUE NOLASCO F. (2015), en su trabajo de Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano “Conocimientos y Actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia en Internos de Medicina Humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, buscó determinar el nivel de conocimientos e identificar las actitudes sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE).

Distribuyó un cuestionario estructurado a un total de 92 internos de medicina del HNAL. El cuestionario contenía tres dominios principales: características sociodemográficas, conocimiento sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, y actitud hacia la AOE. Los participantes del estudio fueron seleccionados por muestreo por conveniencia. Los datos fueron introducidos y analizados con el programa SPSS versión 20.0. Los resultados se presentaron mediante estadística descriptiva.

Se encuestaron a 92 internos de medicina, de los cuales 58 (63%) alcanzaron un nivel de conocimiento medio sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia, 18 (20%) obtuvieron un nivel de conocimiento alto y 16 (17%) un conocimiento bajo. En lo que respecta al nivel de actitud que tienen los internos sobre la AOE, 54 (58,7%) obtuvieron una actitud de indecisión, 20 (21,7%) una actitud de rechazo, y 18 (19,6%) una actitud de aceptación.

Concluye que un porcentaje considerable (80%) de internos de medicina obtuvo un nivel de conocimiento entre medio y bajo respecto a la Anticoncepción Oral de Emergencia. La actitud predominante fue la indecisión en 54 de los encuestados (58,7%) y sólo el 19,6% tienen una actitud de aceptación hacia la AOE.

Tanto en el presente estudio como en publicaciones realizadas en otros países del mundo afirman que el nivel de conocimientos acerca de la Anticoncepción Oral de Emergencia en estudiantes del área salud es bajo. (5)

LESCANO Y, RUIZ G (2016), en su trabajo de Tesis para optar el Título profesional de Obstetra “Percepción sobre la preferencia de uso de Anticoncepción Oral de Emergencia en adolescentes universitarios 2014”, realizaron una investigación de tipo cualitativo diseño fenomenológico en 19 adolescentes universitarias de 17 a 19 años de edad de las escuelas profesionales de Enfermería y de Obstetricia, en Trujillo, los cuales fueron seleccionados a través de la estrategia bola de nieve, el total de la muestra se obtuvo por saturación.

Se empleó una entrevista a profundidad y grupo focal para lo cual se realizaron preguntas abiertas en la que los participantes construyeron sus respuestas en forma de historia, diálogo o descripción. La entrevista estuvo dividida en tres secciones: I sección: información sobre la AOE, II sección: Opinión sobre la AOE, III sección: Preferencia de Uso de AOE. Las adolescentes que participaron de la investigación han escuchado hablar sobre la AOE y lo han utilizado alguna vez en su vida, la influencia al uso fue a través de sus amistades e información de los medios de comunicación.

Las adolescentes que participaron de la investigación conocen que se usa en caso de emergencia para evitar un embarazo, pero el conocimiento que poseen es básico y no es suficiente para hacer uso correcto de este método ya que algunas no tienen claro el momento en el cual se debe tomar; además no conocen los efectos colaterales que ocasiona el uso continuo de la AOE, e incluso tienen percepciones erróneas acerca de la gestación por fallo de la píldora considerándola como un método abortivo, a pesar de haberlo usado; las adolescentes entrevistadas no están usando algún método anticonceptivo regular para evitar un embarazo lo que conlleva a usar la AOE cuando tienen relaciones sexuales sin protección.

(6)

FLORES R, (2017), en su trabajo de Tesis para optar el Grado de Obstetra, “Nivel de Conocimiento sobre la píldora de emergencia y el Uso para prevenir el embarazo no deseado en Usuarias del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2016, en Huánico, realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico. Con un diseño correlacional.

La muestra fue de 70 usuarias. Concluye que el valor “p” de la prueba de chi cuadrado fue de 0,010 lo cual indica que es significativa para el nivel de conocimiento sobre la píldora de emergencia y el uso para prevenir el embarazo no deseado, ello manifiesta que existe relación. Así mismo podemos medir el grado de Correlación con la prueba de r de

Sperman la cual nos da un valor de 0,338 el cual nos manifiesta una moderada relación entre el nivel de conocimiento sobre la píldora de emergencia y el uso para prevenir el embarazo no deseado. (7)

GUEVARA V, (2016), en su trabajo de Tesis “Uso y Nivel de Conocimientos sobre efectos secundarios de la píldora anticonceptiva de emergencia en usuarias de establecimientos farmacéuticos del distrito de Tumbes 2016, con el objetivo de determinar la frecuencia del uso y el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios de la píldora anticonceptiva de emergencia en usuarias de establecimientos farmacéuticos del Distrito de Tumbes, 2016.

Se realizó a través de un estudio descriptivo de corte transversal no correlacional. La muestra estuvo conformada por 92 usuarias, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para medir la variable frecuencia de uso y nivel de conocimiento, se utilizó como instrumento un cuestionario, obteniendo como resultado que la frecuencia de uso de la píldora anticonceptiva de emergencia fue mediana en un 34.8%, alta en un 33.7% y baja en un 31.5%. un 67.3% hace uso inadecuado, toman la píldora anticonceptiva cada vez que tiene relaciones coitales sin protección, el 17.4% la usa de 1 a 2 veces al año, el 12% la usa cada mes, el 3.3% la usa 3 a 4 veces por año, con un nivel de conocimiento mediano sobre los efectos secundarios de la píldora anticonceptiva de emergencia en un 55.4%, bajo en un 27.2%, y alto en un 17.4%, siendo los efectos secundarios más conocidos por las usuarias como la ausencia de menstruación en un 31.5%, aumento de sangrado menstrual en un 30.4%, retraso menstrual en un 26.1%, dolor de cabeza, vómitos y náuseas con 21.7% .Así mismo, menos conocidos como varices y daños en el hígado, ambos en un 1.1% de la población. (8)

QUISPE K, (2017) en su trabajo de Tesis para optar el Título profesional de Obstetra “Conocimiento y Actitud sobre el anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de Obstetricia de la Universidad Nacional de Huancavelica durante el año 2016”, con el objetivo de establecer la relación que existe entre el conocimiento y actitud sobre el anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de obstetricia de la universidad nacional de Huancavelica durante el año 2016, realiza una investigación observacional, transversal tipo sustantivo de corte transversa; de nivel correlacional. El método es analítico. La población fue de 220 estudiantes de obstetricia matriculados en el semestre 2016 – II, y la

muestra fue censal. Se utilizó la prueba de Chi cuadrada de homogeneidad, y con un nivel de confianza al 98% para el contraste de hipótesis.

Encuentra que la mayor proporción de estudiantes tenían entre 20 y 23 años de edad; Se encontró que el 47% de estudiantes (102) logro un conocimiento medio; 31% (67), tiene un nivel de conocimiento bajo, así mismo se observó que el 62% de los estudiantes tiene una actitud positiva del AOE. Al relacionar estas variables se encontró que un 26% tenía un conocimiento medio y una actitud positiva frente al AOE, mientras que la mayor población (31%) se encontró en conocimiento bajo con una actitud positiva al AOE. Puesto que $V_o > V_e$ ($10.58 > 5.99$) decimos que se ha encontrado evidencia para rechazar la hipótesis nula; así mismo $P\text{-valor} = 0.005$ ($p\text{-valor} < 0.05$) el cual indica que es menor al nivel esperado por tal, decimos que se ha encontrado evidencia para aceptar la hipótesis de investigación el cual menciona que existe asociación directa entre el conocimiento y la actitud hacia el anticonceptivo oral de emergencia.

Concluye que existe relación directa entre el conocimiento y la actitud hacia el anticonceptivo oral de emergencia es positiva en estudiantes de Obstetricia de la Universidad Nacional de Huancavelica durante el año 2016. (9)

Regional

VELASQUEZ J (2017) en su Investigación asistida para optar el Título profesional de Obstetra, Iquitos 2017 “Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en alumnos de 4°. y 5°. de secundaria de la I.E. José Sixto Alván del Castillo” encuestaron a 74 alumnos de 4° y 5° de secundaria de la I.E José Silfo Alvan del Castillo; el 45.9% de los alumnos presentan 16 años de edad, y el 51.4% son del sexo femenino; el 72,5% recibieron información sobre los métodos anticonceptivos.

Encontraron que el 93.2% de los alumnos recibieron información sobre los métodos anticonceptivos, 51.4% de los alumnos de ambos sexo recibieron información sobre los

métodos anticonceptivos en el colegio y el 90.5% de los alumnos están de acuerdo con el uso de los métodos anticonceptivos. El 75.7% de los alumnos tienen conocimiento inadecuado sobre los métodos anticonceptivos naturales, el 59.5% tienen adecuado conocimiento sobre métodos anticonceptivos de barrera y el 58.1% tienen conocimiento inadecuado sobre métodos anticonceptivos hormonales. Conclusión. El 75.7% de los alumnos tienen conocimiento inadecuado sobre los métodos anticonceptivos naturales. El 59.5% tienen adecuado conocimiento sobre métodos anticonceptivos de barrera. El 58.1% tienen conocimiento inadecuado sobre métodos anticonceptivos hormonales. (28)

5.2 Bases Teóricas:

Derechos Sexuales (10)

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales, expuestos a continuación, deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

1. El derecho a la libertad sexual. La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.
2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo. Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
3. El derecho a la privacidad sexual. Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. El derecho a la equidad sexual. Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

5. El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional. La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
7. El derecho a la libre asociación sexual. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.
8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.
9. El derecho a información basada en el conocimiento científico. Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
10. El derecho a la educación sexual integral. Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. El derecho a la atención de la salud sexual. La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

LOS DERECHOS SEXUALES SON DERECHOS HUMANOS FUNDAMENTALES Y UNIVERSALES.

Declaración del 13^a. Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China. (10)

Declaración de los derechos sexuales

La primera Declaración de los derechos sexuales fue proclamada en el XIII Congreso Mundial de Sexología, celebrado el 29 de Junio de 1997 en Valencia, España, que en el año 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, en Hong Kong fue revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). (10)

La declaración de los derechos sexuales tuvo un gran impacto desde su lectura en la clausura del congreso, numerosos medios de comunicación, entre ellos CNN, se hicieron eco de la noticia. El texto no hizo más que recoger el sentir de tantas personas en el mundo que sufrían por la falta de derechos y aspiraban a tener una sexualidad libre, responsable y gratificante. Su impacto ha sido muy importante en todo el mundo, si realizamos una búsqueda en Google sobre este aspecto vemos que hay más de 1.800.000 entradas sobre el tema. (10)

Como se ha comentado, la iniciativa y elaboración de los derechos sexuales surge en la WAS (Asociación Mundial para la Salud Sexual), asociación que agrupa a la mayor parte de los profesionales de la sexología en el mundo. La WAS (Asociación Mundial para la Salud Sexual) se dedica a la promoción de los derechos sexuales en todo el mundo. Entendiendo que los derechos sexuales son derechos humanos universales e inalienables que pertenecen a cada ser humano único, independientemente de sexo, su orientación sexual o preferencias. (10)

Para cumplir esta función la WAS cuenta con el Comité de Derechos Sexuales (SRC) con el propósito de supervisar y responder a las violaciones de los derechos sexuales en todo el mundo y proporcionar asesoramiento basado en la evidencia sobre el tema. Este comité, fue fundado en 1997 por Juan José Borrás Valls y María Pérez-Conchillo en España.

El ejercicio responsable de los derechos sexuales requiere el respeto a los derechos de las demás personas. (10)

La OMS y los Derechos Sexuales

En el año 1975 la OMS realizó la primera reunión de expertos en materia de sexología, en esa época todavía no se hablaba de derechos sexuales, pero estos estaban presentes de manera implícita en sus recomendaciones. La referencia explícita a los derechos sexuales aparece documento: Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Guatemala, 2000. Desde entonces son frecuentes las referencias en otros documentos sobre la materia. Como en el “Código sobre Salud reproductiva” de la OMS.

Según esta organización, “los derechos sexuales abarcan derechos humanos reconocidos por leyes nacionales, documentos internacionales y otros acuerdos de consenso que incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia y un mayor estándar de salud, en relación a la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva”.

Para la OMS, resulta evidente que, la conculcación de los derechos sexuales, puede producir un impacto negativo en numerosos aspectos de las relaciones: sobre la salud en general; causar sufrimiento y traumatismos físicos y psicológicos; aumento de las infecciones de transmisión sexual, como riesgo de VIH incluyendo a la descendencia; embarazos no deseados; anticoncepción y abortos no seguros; morbi-mortalidad materna; violencia sexual en ambos sexos, mucho más frecuente en la mujer; tráfico sexual y prostitución infantil; violencia sexual durante los conflictos armados; prácticas tradicionales nocivas, como las mutilaciones genitales y los matrimonios forzados de niñas y adolescentes; impacto muy negativo sobre la salud de la infancia y adolescencia; soportar relaciones sexuales machistas sin ningún respeto a sus derechos y a su libertad; etc.

El interés por los derechos sexuales va en aumento y su presencia en el marco político internacional también.

Planificación Familiar (11)

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

Beneficios de la planificación familiar y de la anticoncepción (11)

La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos. (12)

Reducción de la mortalidad infantil

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

Prevención de la infección por el VIH y el SIDA

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una

protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH. (12)

Poder de decisión y una mejor educación

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

Disminución del embarazo de adolescentes

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad. (12)

Menor crecimiento de la población

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

¿Quién presta servicios de planificación familiar y de la anticoncepción?

Es importante que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por medio de parteras y otros agentes de salud capacitados, para toda persona sexualmente activa, en particular los adolescentes. Las parteras están capacitadas para facilitar (en los lugares en que estén autorizadas) los métodos anticonceptivos localmente disponibles y culturalmente aceptables.

Otros agentes de salud calificados, por ejemplo, los agentes de salud comunitarios, también pueden facilitar asesoramiento y algunos métodos de planificación familiar, entre ellos píldoras y preservativos. Para métodos tales como la esterilización, tanto los hombres como las mujeres deben ser remitidos a un médico. **(12)**

Uso de anticonceptivos

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6% a 28,5%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60,9% a un 61,8%, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7%.

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía). **(13)**

La necesidad insatisfecha de anticoncepción en el mundo

Se calcula que en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno.

Los motivos son los siguientes:

- poca variedad de métodos;
- acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros;
- temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad;
- oposición por razones culturales o religiosas;
- servicios de mala calidad;

- errores de principio de los usuarios y los proveedores
- barreras de género.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. En África, el 24.2% de las mujeres en edad fecunda tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. En Asia y América Latina y el Caribe —regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta—, las necesidades insatisfechas representan un 10,2% y un 10,7%, respectivamente. (*Trends in Contraception Worldwide 2015*, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas).

Datos y cifras (sobre planificación familiar)

- Se calcula que en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno.
- Algunos métodos de planificación familiar, como los preservativos, ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- La planificación familiar y los anticonceptivos reducen la necesidad de recurrir al aborto, en especial, al aborto peligroso.
- La planificación familiar refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos.
- La planificación familiar y el uso de anticonceptivos previenen la muerte de madres y niños, al evitar los embarazos no deseados. **(13)**

Anticoncepción oral de Emergencia:

La mitad de todos los embarazos en los Estados Unidos son embarazos no deseados: se produjeron 3.2 millones de dichos embarazos solo en el año 2006, que es el último año para el cual hay datos disponibles. (12) Los anticonceptivos de emergencia ofrecen a las mujeres una última oportunidad para prevenir el embarazo después de relaciones sexuales sin protección. Los anticonceptivos de emergencia son especialmente importantes para los 4.5 millones de mujeres en riesgo de embarazo por no utilizar un método regular (13),

sirviendo como puente para el uso de un método anticonceptivo de uso regular. Aunque los anticonceptivos de emergencia no protegen contra las infecciones de transmisión sexual, sí ofrecen tranquilidad a los 8.6 millones de mujeres que utilizan el condón para prevenir el embarazo², en caso de deslizamiento o rotura del condón. Los anticonceptivos de emergencia disponibles en los Estados Unidos incluyen las píldoras anticonceptivas de emergencia y el anticonceptivo intrauterino de cobre (DIU T Cu.) (14, 15, 16) El sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (que se vende como Mirena en los Estados Unidos) se encuentra bajo estudio para uso como anticoncepción de emergencia (AE).

Tipos de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAEs)

Hay tres tipos de PAEs: PAEs combinadas que contienen estrógeno y progestina; PAEs de progestina sola; y PAEs que contienen antiprogestina (ya sea mifepristona o acetato de ulipristal). Las tres se pueden encontrar en los Estados Unidos (EE. UU.). Actualmente las PAEs de progestina sola han reemplazado en gran medida a las antiguas PAEs combinadas, ya que son más eficaces y causan menos efectos secundarios. Aunque esta terapia es comúnmente conocida como “la píldora del día siguiente”, el término es engañoso: las PAEs pueden iniciarse antes del día siguiente (inmediatamente después de la relación sexual sin protección), o hasta por lo menos 120 horas después de las relaciones sexuales sin protección.

Las PAEs combinadas contienen las hormonas estrógeno y progestina. Las hormonas que se han estudiado ampliamente en los ensayos clínicos de las PAEs son el estrógeno etinilestradiol y la progestina levonorgestrel o norgestrel (que contiene dos isómeros, de los cuales solo uno, el levonorgestrel, es bioactivo). Un producto de AE combinado dedicado (es decir, que ha sido especialmente acondicionado para su uso como AE) llamado Preven, fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) en 1998, pero fue retirado del mercado en 2004.

Esta combinación de ingredientes activos utilizados de esta manera es a veces conocida como el “método Yuzpe”, por el nombre del médico canadiense que describió el régimen por primera vez. Cuando no hay disponibilidad de productos dedicados de PAE, se puede utilizar ciertas píldoras anticonceptivas comunes en combinaciones especificadas como anticonceptivos de emergencia. En cualquier caso el régimen consiste en una dosis, seguida de una segunda dosis después de 12 horas, donde cada dosis consta de 1, 2, 4, 5 ó 6

pastillas, dependiendo de la marca. Actualmente existen 26 marcas de anticonceptivos orales combinados que han sido aprobados en los EE.UU. para su uso como anticonceptivos de emergencia. La investigación ha demostrado la seguridad y eficacia de un régimen alternativo que contiene etinilestradiol y la progestina noretindrona; este resultado sugiere que las píldoras anticonceptivas orales que contienen progestágenos que no son levonorgestrel también pueden utilizarse como anticonceptivos de emergencia. **(17)**

Las PAEs de progestina sola no contienen estrógeno. Únicamente la progestina levonorgestrel ha sido estudiada para su uso independiente como anticonceptivo de emergencia. La pauta de tratamiento original era una dosis de 0.75 mg dentro de las 72 horas después de las relaciones sexuales sin protección, y una segunda dosis de 0.75 mg 12 horas después de la primera. Sin embargo, los estudios han demostrado que una dosis única de 1.5 mg es tan eficaz como dos dosis de 0.75 mg cada 12 horas (18,19).

Uno de estos estudios mostró que no existía diferencia entre los efectos secundarios de los dos regímenes, mientras que el otro encontró mayores niveles de dolor de cabeza y sensibilidad en los senos (pero no otros efectos secundarios) entre las participantes del estudio que tomaron 1.5 mg de levonorgestrel una vez. Cada vez más, se comercializa internacionalmente levonorgestrel en formulación de una dosis única (una píldora de 1.5 mg) en vez de la formulación de dos dosis (dos tabletas de 0.75 mg tomadas cada 12 horas). (Otro estudio mostró que dos dosis de 0.75 mg cada 24 horas fueron tan eficaces como dos dosis de 0.75 mg cada 12 horas.) (20)

Los productos de progestina sola que existen en los EE. UU. son: Plan B One-Step (1.5 mg), aprobado por la FDA en julio de 2009, y varias formas genéricas de Plan B One-Step entre las cuales: Next Choice One Dose, My Way, Take Action y AfterPill; las PAE de levonorgestrel (LNG) de dos dosis ya no se venden en los EE. UU.

El acetato de ulipristal (dosis única de 30 mg), la segunda generación de antiprogestinas, ha sido estudiado para su uso como anticonceptivo de emergencia y se ha demostrado que es

altamente eficaz y bien tolerable. (21,22,23,24) Se comercializa como anticonceptivo de emergencia en Europa desde octubre de 2009. En EE. UU. fue aprobado por la FDA en agosto de 2010 y se vende sólo con receta médica, bajo el nombre comercial ella. En Europa se venden bajo el nombre comercial ellaOne y sin receta médica.

La antiprogestina mifepristona también ha sido ampliamente estudiada para uso como PAE. La mifepristona es un modulador de los receptores de progesterona de primera generación que está aprobada en muchos países para el aborto médico de principios del primer trimestre. La mifepristona ha demostrado ser muy eficaz como anticonceptivo de emergencia con pocos efectos secundarios (el retraso de la menstruación después de la administración de mifepristona es uno de los efectos secundarios notables.) (25) Sin embargo, el uso de la mifepristona como medicamento para la terminación del embarazo, puede limitar su más amplia aceptabilidad para uso como anticonceptivo de emergencia, y está actualmente disponible solo en Armenia, China, Rusia y Vietnam. (26)

¿Qué es la anticoncepción de emergencia? (27)

La anticoncepción de emergencia se refiere a los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual. Se recomienda su uso dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual, pero cuanto antes se utilicen después de la relación, mayor es su eficacia.

Mecanismo de acción

Las píldoras anticonceptivas de emergencia impiden el embarazo al evitar o retrasar la ovulación y no puede provocar un aborto. Los DIU de cobre impiden la fertilización al provocar un cambio químico en el espermatozoide y el óvulo antes de que lleguen a unirse. La anticoncepción de emergencia no puede interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo.

¿Quién puede utilizar la anticoncepción de emergencia?

Toda mujer o niña en edad de procrear puede necesitar anticoncepción de emergencia en algún momento para evitar un embarazo no deseado. El uso de la anticoncepción de

emergencia no tiene ninguna contraindicación médica ni tampoco ningún límite de edad. Los criterios de elegibilidad para el uso general del DIU de cobre también se aplican a los DIU de cobre utilizado en caso de emergencia.

¿En qué situaciones puede utilizarse la anticoncepción de emergencia?

La anticoncepción de emergencia puede utilizarse en diferentes situaciones después de una relación sexual, en particular:

- cuando no se ha utilizado ningún método anticonceptivo;
- en caso de agresión sexual cuando la mujer no estaba protegida por un método anticonceptivo eficaz;
- cuando puede haber fallado el método anticonceptivo por uso inadecuado o incorrecto, por ejemplo:
 - rotura, deslizamiento o uso incorrecto del preservativo;
 - omisión de 3 o más píldoras anticonceptivas orales combinadas consecutivas;
 - más de 3 horas de retraso con respecto a la hora habitual de toma de la píldora de progestágeno solo (minipíldora) o más de 27 horas después de la píldora anterior;
 - más de 12 horas de retraso con respecto a la hora habitual de toma de la píldora que contiene desogestrel (0,75 mg) o más de 36 horas después de la píldora anterior;
 - más de 2 semanas de retraso en la administración de la inyección de progestágeno solo con enantato de noretisterona;
 - más de 4 semanas de retraso en la administración de la inyección de progestágeno solo con acetato de medroxiprogesterona de liberación retardada;
 - más de 7 días de retraso en la administración del anticonceptivo inyectable combinado;
 - desplazamiento, rotura, desgarró o extracción prematura del diafragma o capuchón cervical;
 - fallo del coito interrumpido (por ejemplo, eyaculación en la vagina o en los genitales externos);

- la tableta o película espermicida no se ha disuelto antes de la relación sexual;
- error de cálculo en el periodo de abstinencia o mantenimiento de relaciones sexuales en los días fértiles del ciclo en las que no se ha usado un método anticonceptivo de barrera cuando se utilicen métodos basados en el calendario de días fértiles; o
- expulsión del DIU o del implante anticonceptivo hormonal.

Se pueden suministrar píldoras anticonceptivas de emergencia a una mujer por anticipado para que las tenga a mano en caso de necesidad y pueda tomarlas lo antes posible tras una relación sexual sin protección.

Paso a la anticoncepción regular

Después de tomar una píldora anticonceptiva de emergencia, una mujer o niña puede reanudar o iniciar un método de anticoncepción regular. Si se utiliza un DIU de cobre para la anticoncepción de emergencia, no se necesita ninguna otra protección.

Tras la administración de una píldora anticonceptiva de emergencia de levonorgestrel o de píldoras de anticonceptivos orales combinados (AOC), la mujer o niña puede reanudar su método anticonceptivo habitual o empezar a utilizar cualquier método de inmediato, incluido el DIU de cobre.

Tras tomar la píldora anticonceptiva de emergencia de acetato de ulipistral, la mujer o niña puede reanudar o empezar a utilizar cualquier método que contenga progestágeno (ya sean anticonceptivos hormonales combinados o anticonceptivos de progestágeno solo) a los 6 días de haber tomado acetato de ulipistral. Se le puede insertar de inmediato un DIU que libere levonorgestrel si puede determinarse que no está embarazada. También se le puede insertar de inmediato el DIU de cobre.

Métodos de anticoncepción de emergencia

Existen cuatro métodos de anticoncepción de emergencia:

1. píldoras anticonceptivas de emergencia que contienen acetato de ulipistral;
2. píldoras anticonceptivas de emergencia que contienen levonorgestrel;
3. píldoras anticonceptivas orales combinadas;
4. dispositivos intrauterinos de cobre.

Píldoras anticonceptivas de emergencia y píldoras anticonceptivas orales combinadas (AOC)

La OMS recomienda uno de los fármacos siguientes para la anticoncepción de emergencia:

- píldoras anticonceptivas de emergencia de acetato de ulipistral (AU), tomadas en una dosis única de 30 mg;
- píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel (LNG) en una dosis única de 1,5 mg, o bien dos dosis de levonorgestrel de 0,75 mg separadas por 12 horas;
- píldoras AOC, divididas en dos tomas: una toma de 100 µg de etinilestradiol más 0,5 mg de LNG, seguida de una segunda toma de 100 µg de etinilestradiol más 0,50 mg de LNG 12 horas después (método Yuzpe).

Eficacia

En un metanálisis de dos estudios se demostró que las mujeres que tomaban píldoras anticonceptivas de emergencia tenían una tasa de embarazo del 1,2%. Se ha demostrado que con las píldoras anticonceptivas de emergencia de LNG la tasa de embarazo era de 1,2% a 2,1%.

Preferiblemente las píldoras anticonceptivas de emergencia, las de LNG o los AOC deberían tomarse lo antes posible dentro de las 120 horas posteriores a la relación sexual sin protección. Las píldoras de AU son más eficaces que otras píldoras anticonceptivas de emergencia entre las 72 y las 120 horas posteriores a la relación sexual sin protección.

Seguridad

Los efectos secundarios derivados del uso de las píldoras anticonceptivas de emergencia son similares a los de las píldoras anticonceptivas orales, a saber, náuseas y vómitos, ligero

sangrado vaginal irregular, y fatiga. Estos efectos secundarios son poco frecuentes, leves y normalmente se resolverán sin necesidad de ninguna otra medicación.

Si se experimentan vómitos durante las 2 horas posteriores a la toma del medicamento, se debe administrar una nueva dosis. Las píldoras de LNG o de AU son preferibles a los AOC porque provocan menos náuseas y vómitos. No se recomienda el uso sistemático de antieméticos antes de tomar píldoras anticonceptivas de emergencia.

Los fármacos utilizados para la anticoncepción de emergencia no dañan la fertilidad futura. Después de tomar píldoras anticonceptivas de emergencia se recupera la fertilidad sin demora alguna.

Criterios médicos de elegibilidad

No hay restricciones para la elegibilidad médica de las usuarias de píldoras anticonceptivas de emergencia. Algunas mujeres, sin embargo, las utilizan repetidamente por alguna de las razones indicadas anteriormente, o como principal método de anticoncepción. En esos casos, es necesario ofrecer asesoramiento sobre otras opciones anticonceptivas más regulares que puedan ser más adecuadas y eficaces.

El uso frecuente y repetido de la píldora anticonceptiva de emergencia puede ser perjudicial para mujeres con afecciones clasificadas en las categorías 2, 3 o 4 de los criterios médicos de elegibilidad (CME) para los anticonceptivos hormonales combinados o los anticonceptivos de progestágeno solo. El uso frecuente de la anticoncepción de emergencia puede dar lugar a una intensificación de los efectos secundarios, como las irregularidades menstruales, si bien el uso repetido no plantea riesgos conocidos para la salud.

Se ha observado que las píldoras anticonceptivas de emergencia son menos eficaces en las mujeres obesas (con un índice de masa corporal superior a 30 kg/m²), pero no presentan problemas de toxicidad. No se debe negar la anticoncepción de emergencia a las mujeres obesas cuando la necesiten.

Al facilitar información sobre el uso de las píldoras anticonceptivas de emergencia se deben dar a conocer los métodos anticonceptivos regulares disponibles y ofrecer

asesoramiento sobre cómo utilizar correctamente los diferentes métodos en caso de que se perciban fallos en el método utilizado.

Dispositivos intrauterinos de cobre

La OMS recomienda que la colocación de un DIU de cobre, cuando se utilice como anticonceptivo de emergencia, se realice en los 5 días posteriores a la relación sexual sin protección. Este método es especialmente apropiado para las mujeres que deseen comenzar a usar un método anticonceptivo de larga duración, reversible y sumamente eficaz.

Eficacia

Si se inserta dentro de las 120 horas posteriores a la relación sexual sin protección, la eficacia del DIU de cobre en la prevención de embarazo es superior al 99%. Es el método anticonceptivo de emergencia más eficaz que existe. Una vez colocado, la mujer puede continuar utilizándolo como método anticonceptivo regular, o decidir cambiarlo por otro método.

Seguridad

El DIU de cobre es un método de anticoncepción de emergencia seguro. Se estima que la posibilidad de enfermedad inflamatoria pélvica es inferior a 2 casos por cada 1000 usuarias. Los riesgos de expulsión o perforación son bajos.

Criterios médicos de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad para el uso general del DIU de cobre también se aplican a los DIU de cobre utilizados en caso de emergencia. Las mujeres con alguna afección clasificada como CME de categoría 3 o 4 (por ejemplo, una infección debida a una enfermedad inflamatoria pélvica, sepsis puerperal, sangrado vaginal sin causa aparente, cáncer cervicouterino o trombocitopenia grave) para el DIU de cobre no deberían utilizarlo como anticonceptivo de emergencia. Tampoco debería utilizarse como anticonceptivo de emergencia después de una agresión sexual puesto que la mujer puede

estar expuesta a una infección de transmisión sexual como la clamidiasis y la blenorragia, ni si la mujer ya está embarazada.

En la publicación de la OMS titulada *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* se afirma que la inserción de un DIU puede elevar aún más el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica en las mujeres que presentan mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), aunque los escasos datos disponibles indican que ese riesgo es bajo. Los algoritmos actuales para determinar el aumento de riesgo de ITS tienen poco valor predictivo. Dicho riesgo varía en función del comportamiento individual y de la prevalencia local de las ITS. Por lo tanto, aunque a muchas mujeres con un mayor riesgo de ITS se les puede insertar un DIU, en el caso de algunas mujeres que presentan un mayor riesgo de ITS, por lo general se debe esperar hasta que se hayan realizado las pruebas pertinentes y se haya administrado tratamiento.

Recomendaciones de la OMS para la prestación de servicios de anticoncepción de emergencia

Todas las mujeres y niñas que corran el riesgo de un embarazo no deseado tienen derecho a la anticoncepción de emergencia. Estos métodos deberían integrarse sistemáticamente en todos los programas nacionales de planificación familiar.

Es más, la anticoncepción de emergencia debería integrarse en los servicios de salud que se prestan a las poblaciones con mayor riesgo de relaciones sexuales sin protección, incluida la atención posterior a una agresión sexual y los servicios dirigidos a mujeres y niñas que viven en entornos de emergencia o de ayuda humanitaria. (27)

La anticoncepción de emergencia, está considerada en la **Norma Técnica de Salud de Planificación familiar, (NTS 124 MINSA/DG/ESP-V.01)**. (31)

Menciona que la unidad de medida es la usuaria protegida con anticonceptivo oral de emergencia. Se considera usuaria protegida a la que recibe levonorgestrel 1.5 mg (equivalente a 1 tableta 1.5 mg o 2 tabletas 0.75 mg) o el método de Yuzpe (8 tabletas de 30 ug de etimilestradiol y 150 ug de levonorgestrel) en una (1) atención de emergencia. La usuaria recibe:

- Una atención de treinta minutos, incluyendo la orientación/consejería; se debe brindar en un lugar privado, asegurarle que habrá confidencialidad, escuchar atentamente y usar un lenguaje sencillo evitando los términos médicos.

Se debe ofrecer que opte por un método de planificación familiar en el momento o en la próxima sesión, recalando que el AE es sólo de emergencia y debe evitarse su uso repetido.

Debe también, según la norma, brindarse tamizaje con prueba rápida para VIH y sífilis, según el caso. Tamizaje de violencia basada en género según el caso y tratamiento para ITS según el caso (31)

La definición de conocimiento y actitudes ya han sido citadas en la definición de términos básicos, en la matriz de consistencia, (como variables) y en la operacionalización de variables, sin embargo, se lo considerará en este apartado.

Conocimiento

Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

Tipos de conocimiento (32)

- A. Conocimiento científico:** es el reflejo activo orientado a un fin del mundo objetivo y sus leyes, en el cerebro humano.
- B. Conocimiento filosófico,** el conocimiento es un proceso infinito de aproximación del pensamiento al objeto que se quiere conocer, del movimiento de la idea, del no saber al saber, del saber incompleto al saber completo. Para el presente estudio se considera la definición de Afanasiev porque es más completa y coherente. (32)
El conocimiento es definido como diferentes puntos de vista; así en pedagogía el conocimiento es denominado como: tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso o hecho ya vivido; también se le define como la

facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón. (32)

C. Conocimiento intuitivo: se define como un acto y un contenido; el conocimiento como un acto es decir es la aprehensión de una cosa, objeto, etc, a través de un proceso mental y no físico, contenido es aquello que se adquiere a través de los actos de conocer, estos son acúmulos, transmitidos de unas personas a otras, no son subjetivos, son independientes para cada sujeto debido al lenguaje.

Nivel del conocimiento: Gonzales estratifica el conocimiento de la siguiente forma:

A. Nivel alto

Es un conocimiento de pensamiento lógico, adquiere su mayor expresión y autonomía de la realidad inmediata.

Características

Expresa un análisis más exhaustivo y profundo.

Posee una coherencia en el conocimiento y las leyes que lo rigen.

Acepta la realidad en que vive. Reconoce las consecuencias de sus actos. Sabe explicar los motivos de su certeza.

B. Nivel medio

Es un tipo de conocimiento conceptual apoyados por el material empírico a fin de elaborar ideas y conceptos, y ver las interrelaciones sobre los procesos y objetos que estudia.

Características

Expresión coherente y limitado.

Tiene noción de un tema superficialmente.

Conoce la causa pero no el efecto.

Surge de la experiencia incorporando sus conocimientos adquiridos.

Susceptibles de experimentación.

No da soluciones definitivas.

C. Nivel bajo

Es un tipo de conocimiento espontaneo que se obtiene por intermedio a la práctica que el hombre realiza diariamente.

Características

Conocimiento de la experiencia cotidiana del hombre. Conocimiento popular

Son imprecisos y equívocos.

A. Formas de adquirir el conocimiento:

Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas:

- **Lo Informal:** Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por éste sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud - enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.
- **Lo Formal:** Es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.(32)

Actitud (32)

Los psicólogos han abordado ampliamente el problema de las actitudes, ya que tienen que ver con la conducta de las personas en relación al medio social en la que se desenvuelven. Walon H. menciona que la actitud “Es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir, y comportarse en cierta forma hacia un objeto cognoscitivo”. Las respuestas sociales del individuo reflejan sus actitudes, sus sistemas duraderos de valoraciones positivas o negativas, sus sentimientos y sus tendencias en pro o en contra, al respecto a determinados fenómenos sociales. (32)

Resumiendo, la definición de actitud refiere: “La actitud es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente (categoría que denota: fenómeno, objeto, acontecimiento, construcciones hipotéticas, etc.). En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo”.

De lo expuesto la actitud es la predisposición organizada para pensar, percibir, sentir y comportarse ante un referente en forma de:

- **Actitud negativa.** - es una orientación frente a los objetos que pueden ser desfavorables.
- **Actitud positiva.** - es una orientación frente a los objetos que pueden ser favorables. (32)

5.3 Definición de términos básicos

Anticoncepción Oral de Emergencia

La anticoncepción oral de emergencia (AOE) es un método para prevenir el embarazo si has tenido relaciones sexuales sin utilizar anticonceptivos o si has tenido un accidente con tu método anticonceptivo, por ejemplo si el condón se rompió o te olvidaste de tomar las píldoras más de un día. No es un método de rutina.

Conocimiento

Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

Actitud

Manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar.

Interna de Obstetricia

Estudiante de último año de la carrera profesional de Obstetricia, que realiza practicas hospitalarias durante el período de un año.

Levonorgenestrel

El levonorgestrel se usa para evitar el embarazo después de una relación sexual sin protección (tener relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo o con un método anticonceptivo que falló o que no se usó de manera correcta [p. ej., un condón que se deslizó o se rompió, o píldoras anticonceptivas que no se tomaron según lo indicado]). No debe usarse el levonorgestrel para evitar el embarazo de manera regular. Este medicamento se usa como método anticonceptivo de emergencia o apoyo en caso de que un método anticonceptivo regular falle o se use de manera incorrecta. El levonorgestrel pertenece a una clase de medicamentos llamados progestinas. Actúa evitando la liberación de un óvulo de los ovarios o evitando la fecundación por parte de los espermatozoides (células reproductivas masculinas). También puede actuar modificando el recubrimiento interno

del útero (matriz) para evitar el desarrollo de un embarazo. El levonorgestrel puede evitar el embarazo, pero no prevendrá el contagio del virus de inmunodeficiencia humana (VIH, el virus que provoca el síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA]) y otras enfermedades de transmisión sexual.

Método de Yuzpe

El método de Yuzpe es un método de contracepción de emergencia que consiste en administrar 2 tabletas de anticonceptivo oral de macrodosis que incluya 50 ug de Etinil-estradiol y 250 ug Levonorgestrel (Noral ®, Neogynon ®), en las primeras 72 horas después del coito sin protección y repetir 12 horas más tarde. Si las tabletas de macrodosis no están disponibles pueden administrarse 4 tabletas de microdosis que incluyan 30 ug de Etinil-Estradiol y 150 ug de Levonorgestrel (Nordette ®, Microgynon ®) en las primeras 72 horas después del coito sin protección y tomar otras 4 píldoras 12 horas más tarde. Recientemente se ha incluido dentro del esquema el uso de anticonceptivos orales que incluyen Gestodeno, Desogestrel o Norgestimato.

6. Hipótesis

En el presente estudio no se plantean hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo.

7. Variables

Se listan las variables de estudio. No se consideran variables dependientes ni independientes debido a que es un estudio descriptivo, no es un estudio analítico ni correlacional. Las variables son sexo, edad, conocimientos, actitudes.

8. Aspectos Metodológicos

8.1 Tipo de Investigación: no experimental (no utiliza correlacion, ni asociación, ni prueba métodos novedosos o fármacos nuevos),

8.2 Diseño de la investigación: transversal (evalua conocimientos y actitudes en un momento de tiempo preciso), observacional (no se interfiere en el desarrollo de los eventos, solo se observa), descriptivo (tras la obtencion de resultados se describe los hallazgos) y prospectivo (se hara en el tiempo futuro tras la autorizacion administrativa).

8.3 Población y Muestra:

8.3.1. La población la constituyen todos los internos de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el año 2017, que son 30.

8.3.2. Es un muestro por conveniencia.

8.3.3. Criterios de inclusión

- a. Ser interno de Obstetricia en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2017.
- b. Dar su conformidad para realizar la encuesta.

8.4 Técnica, Instrumento y procedimiento de recolección de datos

Técnica

Se presentara a los internos de obstetricia una **Encuesta y la Escala de actitudes** los que permitirán evaluar el nivel de conocimiento y la actitud frente a la anticoncepción oral de emergencia, AOE.

8.5 Instrumento y procedimiento de recolección de datos

Cuestionario que evalúa conocimiento y **Escala de actitudes** que evaluan las actitudes frente a la anticoncepción oral de emergencia (Ver anexo 1).

Los instrumentos a utilizar constan de la siguiente forma. La primera sección dividida en dos partes donde están las variables sociodemográficas, 2 preguntas y la sección que explora los conocimientos mediante 15 preguntas. La segunda sección explora las actitudes mediante una escala tipo Lickert, (11 preguntas)

La información obtenida se almacenará en una base de datos, elaborada mediante un software informático, el SPSS versión 20, a fin de obtener la información.

Para presentar los resultados, gráficos y tablas se utilizara las funciones Analizar, estadísticos descriptivos, y dentro de esta función, frecuencia y gráficos.

Para la variable de conocimientos se asignara 1 punto a la respuesta correcta y 0 a la respuesta incorrecta.

Categorización del conocimiento:

Nivel de conocimiento Bajo: 6-0

Nivel de conocimiento Medio: 7-10

Nivel de conocimiento Alto: 11-15

Para la variable actitudes, la valoración es: De acuerdo 1 punto, Indeciso 2 puntos, y en desacuerdo 3 puntos; a excepción del ítem 4 donde, de acuerdo 3 puntos, Indeciso 2 puntos y en desacuerdo 1 punto.

Categorización de las actitudes:

Actitud de Rechazo: 11-23

Actitud de Indecisión: 24-30

Actitud de Aceptación: 31-33

8.6 Aspectos éticos

Pese a ser un trabajo observacional sin riesgo para quien realiza la encuesta, se tendrán en cuenta los documentos de Helsinki y siguientes en relación a ética en investigación. Se guardara la confidencialidad de los datos obtenidos.

9. RESULTADOS

Se han incorporado 30 internos de Obstetricia al estudio quienes laboraban en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2017.

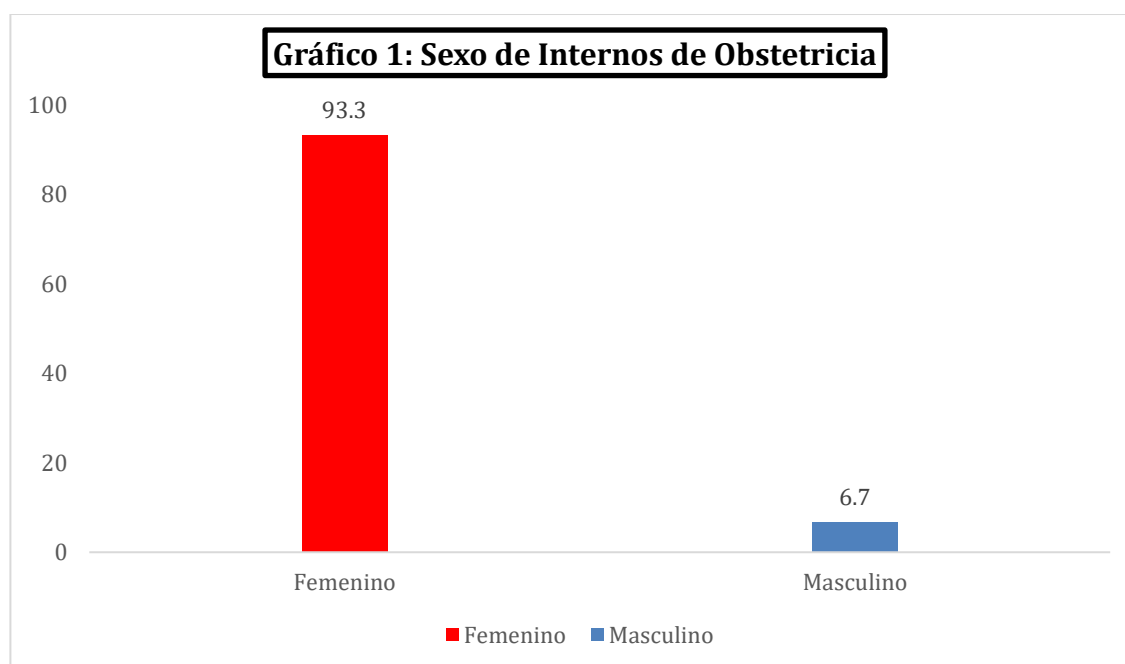
Variables sociodemográficas

Sexo:

Tabla 1: Sexo de Internos de Obstetricia participantes en el estudio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fem	28	93,3	93,3	93,3
Mas	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos de la investigadora



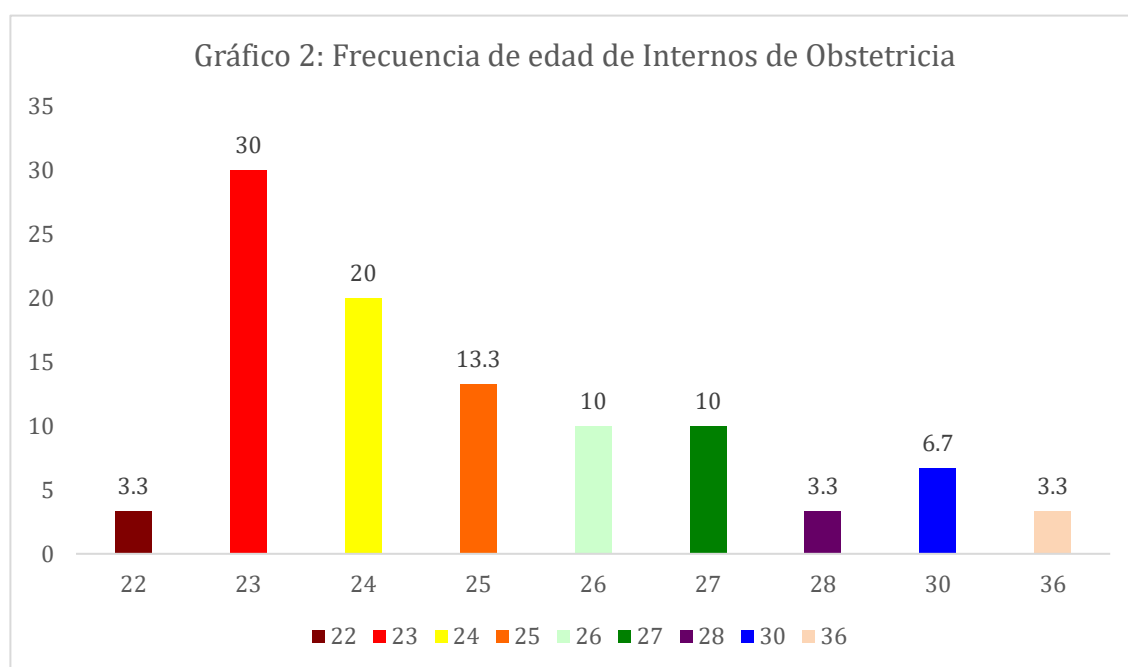
El 93.3% de la población en estudio es de sexo femenino.

Edad

Tabla 2: Frecuencia de Edad de Internos de Obstetricia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
22	1	3,3	3,3	3,3
23	9	30,0	30,0	33,3
24	6	20,0	20,0	53,3
25	4	13,3	13,3	66,7
26	3	10,0	10,0	76,7
27	3	10,0	10,0	86,7
28	1	3,3	3,3	90,0
30	2	6,7	6,7	96,7
36	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos de la investigadora

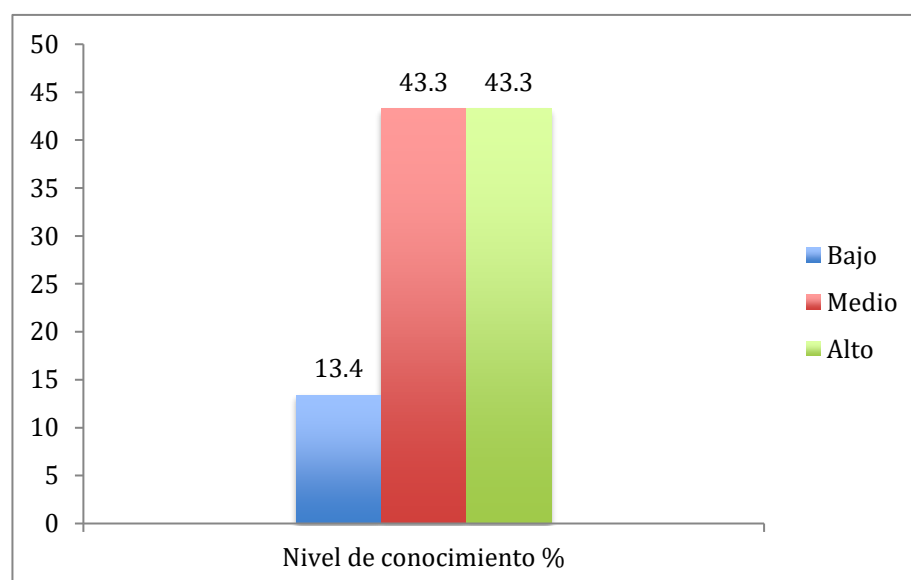


Epidemiología descriptiva para la edad; medidas de tendencia central: media aritmética 25.2 años, mediana 24.0, moda 23; medidas de variabilidad valor máximo 36, valor mínimo 22, rango 14, desviación típica 2.9. Se observa que el valor más frecuente es 23 (moda), que constituye el 30% de participantes de nuestra serie de estudio.

Nivel de Conocimiento

Tabla 3: Nivel de Conocimiento en AOE en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el año 2017		
Bajo	Medio	Alto
13.4	43.3	43.3

Gráfico 3: Nivel de Conocimiento en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el año 2017



Fuente: base de datos de la investigadora

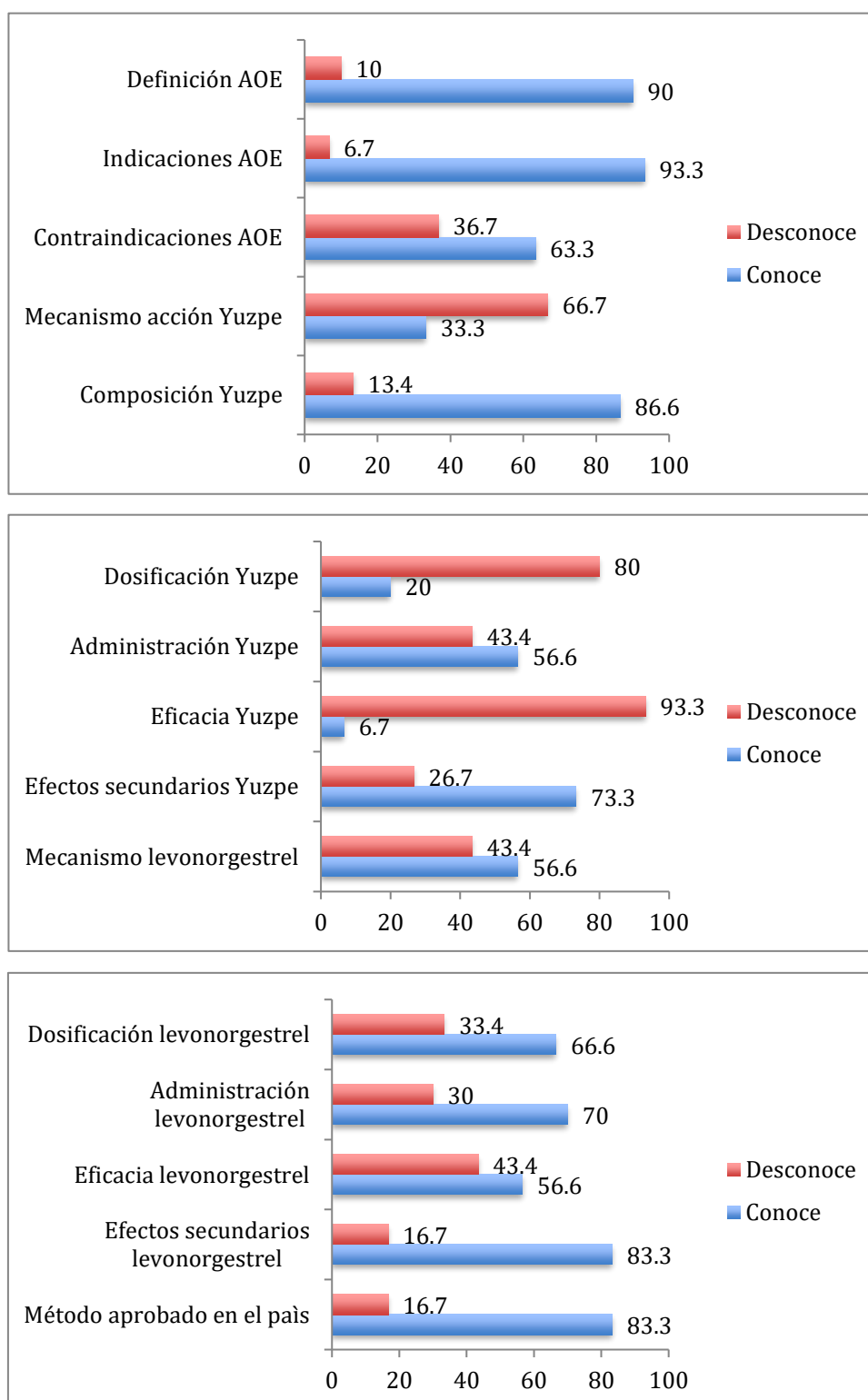
Categorización del conocimiento:

Encontramos que el nivel de conocimiento fue Bajo (0 a 06) en 4 Internos (13.4%), fue medio (7 a 10) en 13 (43.3%) alto (11 a 15) en 13 (43.3%).

Tabla 4: Nivel de Conocimiento en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el año 2017, por cada una de las preguntas

Conocimiento sobre Anticoncepción Oral de Emergencia	Conocen		Desconocen	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Definición de la AOE	27	90.0%	3	10.0%
Indicación de la AOE	28	93.3%	2	6.7%
Contraindicación de la AOE	19	63.3%	11	36.7%
Mecanismo de acción del Método de Yuzpe	10	33.3%	20	66.7%
Composición del Método de Yuzpe	26	86.6%	4	13.4%
Dosificación del Método de Yuzpe	6	20%	24	80%
Administración del Método de Yuzpe	17	56.6%	13	43.4%
Eficacia del Método de Yuzpe	2	6.7%	28	93.3%
Efectos secundarios del Método de Yuzpe	22	73.3%	8	26.7%
Mecanismo de acción del Levonorgestrel	17	56.6%	13	43.4%
Dosificación del Levonorgestrel	20	66.6%	10	33.4%
Administración del Levonorgestrel	21	70.0%	9	30.0%
Eficacia del Levonorgestrel	17	56.6%	13	43.4%
Efectos secundarios del Levonorgestrel	25	83.3%	5	16.7%
Método aprobado en el país	25	83.3%	5	16.7%

Gráfico 4: Nivel de Conocimiento en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el año 2017, por cada una de las preguntas



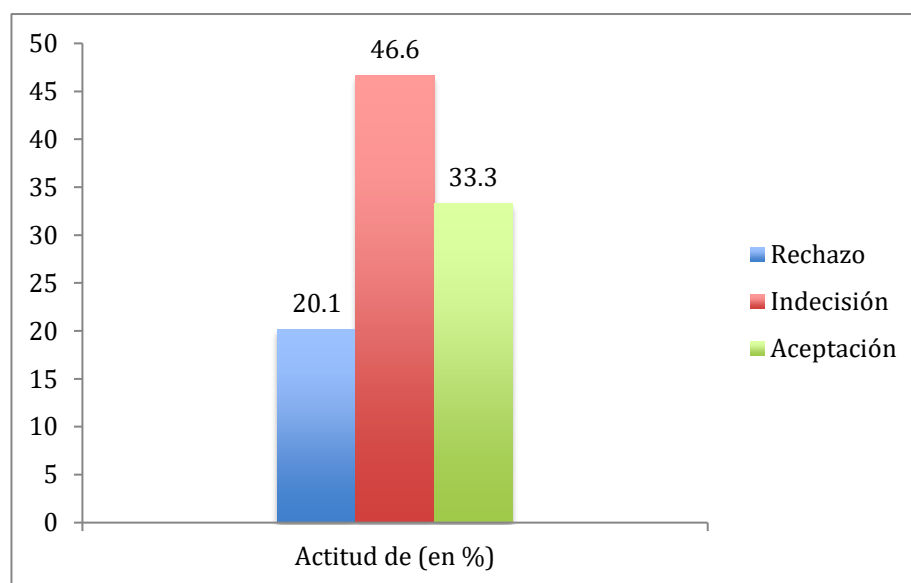
Las preguntas que la mayoría de internas conoce fue la indicación de AOE, (93.3%) así como la definición de la AOE (90.0%).

Las preguntas que menos conocen fueron Eficacia del Método de Yuzpe (93.3%), dosificación del método de Yuzpe (80.0%) y mecanismo de acción del método de Yuzpe (66.7%).

Actitudes

Tabla 5: Actitudes sobre AOE en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el año 2017		
Rechazo	Indecisión	Aceptación
20.1	46.6	33.3

Gráfico 5: Actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el año 2017



Fuente: base de datos de la investigadora

Categorización de las actitudes:

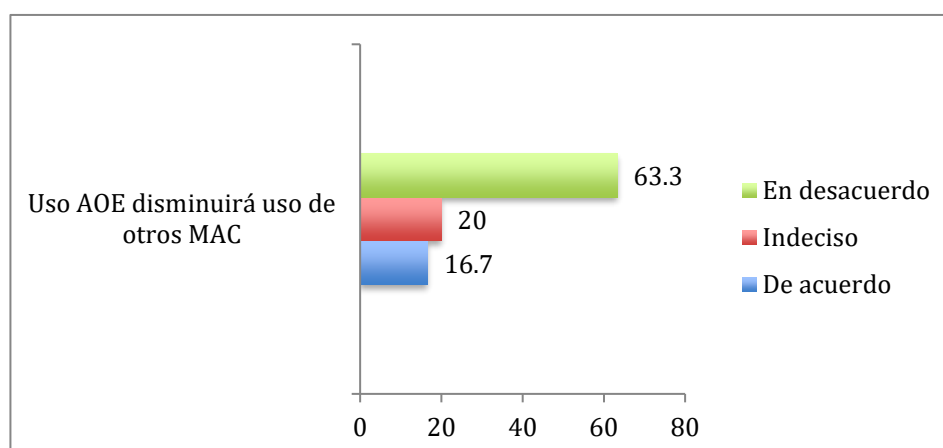
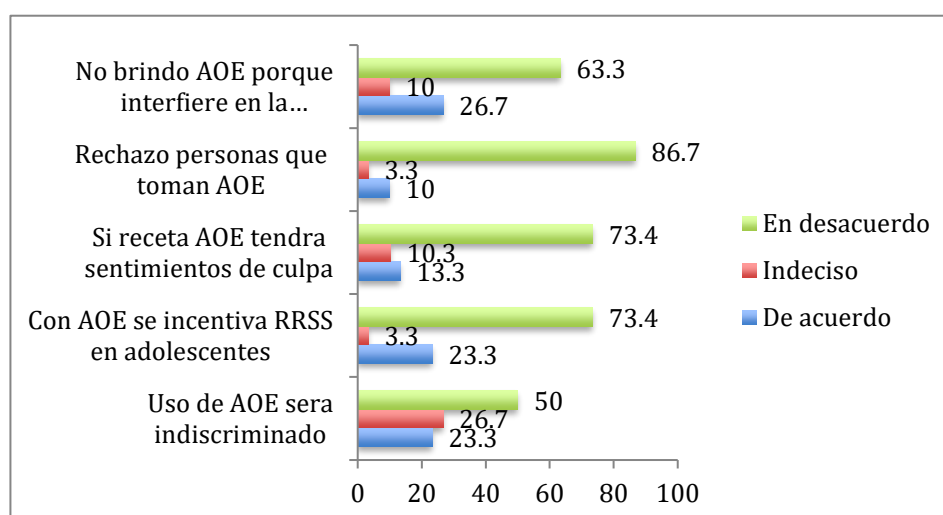
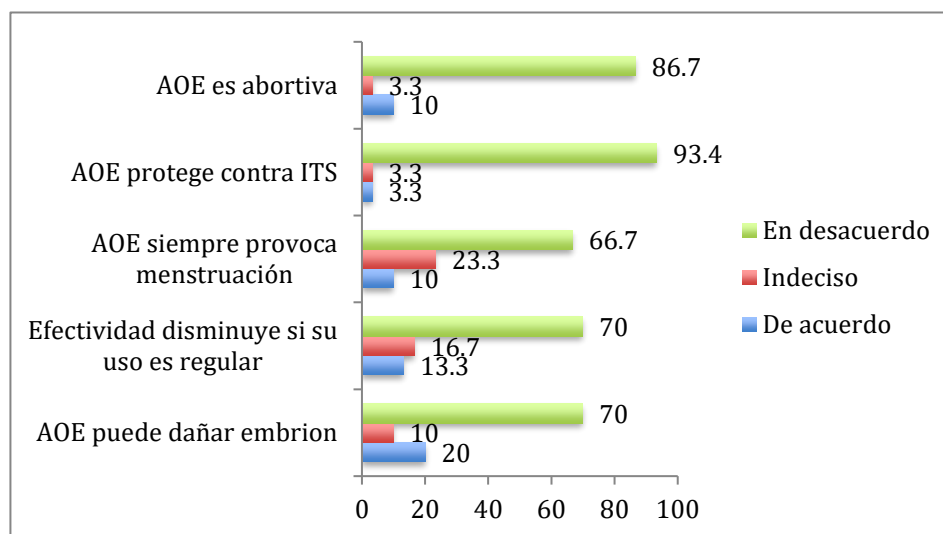
Encontramos Actitud de Rechazo (11-23) en 06 entrevistadas (20.1%), Actitud de Indecisión (24-30) en 14 (46.6%) y Actitud de Aceptación (31-33) en 10 (33.3%).

Tabla 6: Actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el año 2017

Actitudes sobre el AOE	De acuerdo		Indeciso		En desacuerdo	
	F	%	F	%	F	%
1. La AOE es abortiva	3	10.0	1	3.3	26	86.7
2. La AOE protege contra las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH/SIDA	1	3.3	1	3.3	28	93.4
3. La AOE siempre provoca la menstruación inmediatamente después de ser tomadas	3	10.0	7	23.3	20	66.7
4. Su efectividad disminuye, si es usado como método regular.	4	13.3	5	16.7	21	70.0
5. La AOE puede dañar al embrión si la mujer ya está embarazada	6	20.0	3	10.0	21	70.0
6. No se debe brindar AOE porque interfiere con la implantación	8	26.7	3	10.0	19	63.3
7. Siento rechazo por las personas que toman AOE para prevenir un embarazo	3	10.0	1	3.3	26	86.7
8. Si alguna vez recetara AOE, tendría sentimientos de culpa	4	13.3	3	10.3	23	76.7
9. Si brindo información sobre la AOE a los adolescentes, incentivo las relaciones sexuales entre ellos	7	23.3	1	3.3	22	73.4
10. Si prescribo la AOE, las usuarias lo usarán de manera indiscriminada	7	23.3	8	26.7	15	50.0
11. Si promuevo el uso de la AOE disminuirá el uso de métodos anticonceptivos de uso regular	7	16.7	6	20.0	19	63.3

Fuente: Base de datos de la investigadora

Gráfico 6: Actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el año 2017



La actitud sobre el AOE en la que las entrevistadas estuvieron más de acuerdo fue en la pregunta “No se debe brindar AOE porque interfiere con la implantación” (26.7%). La mayor frecuencia de indecisos fue en la pregunta “Si prescribo la AOE, las usuarias lo usarán de manera indiscriminada” (26.7%). %. La mayor frecuencia de En desacuerdo fue en la pregunta “La AOE protege contra las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH/SIDA” (93.4%).

10. DISCUSIÓN

Nuestro estudio pretende determinar el nivel de conocimiento así como las actitudes respecto a la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en una población de 30 internos de Obstetricia que laboran en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2017. La mayoría de ellos se sexo femenino (93.3%) y con un promedio de edad de 25.2 años.

Los resultados de la encuesta de los californianos entre las edades de 15 y 44 años indican que el 35% de los participantes no sabían de ninguna manera para evitar quedar embarazada después de tener sexo, y el 43% no estaban al tanto de la anticoncepción de emergencia está disponible. (34)

El cuestionario que evaluaba los conocimientos, consistente en 15 preguntas, y de acuerdo a como se indicó en la Metodología, que indica que para cada una de las variables de conocimiento se asignara 1 punto la respuesta correcta y 0 a la incorrecta, que nos llevara a una categorización del conocimiento de la siguiente manera: nivel de conocimiento bajo: 0-6; nivel de conocimiento medio 7-10 puntos y nivel de conocimiento alto de 11 a15, encontramos que es alto en un 43.3%, medio también en un 43.3% mientras que bajo en 13.4%.

Los hallazgos de nuestro estudio señalan que sólo el 43.3% tiene un nivel de conocimiento alto, es decir menos de la mitad de la población casi profesional encuestada podría ofrecer este método y trasladar las habilidades de cómo usar, cuando, las características, efectos adversos, complicaciones y otros aspectos relacionados a un potencial público usuario en condiciones idóneas y correctas. La diferencia, el 56.7 % (considerando la suma de los que tienen conocimiento medio y bajo). No estaría en condiciones de proporcionar información adecuado a población en edad fértil que acude por un método de planificación familiar.

Si el 56.7% de personal no está en condiciones de proporcionar información útil sobre AOE es una cifra inaceptable. Un personal profesional de salud para tener condiciones idóneas en trasladar conocimientos a potenciales usuarias de métodos de planificación familiar y de manera especial la anticoncepción oral de emergencia, (que no es un método rutinario y tiene indicaciones de uso de máximo hasta dos veces por año, aunado a las

discusiones que todavía se tiene sobre el mecanismo de acción), hace imperativo gozar de un entrenamiento de gran nivel.

Estariamos mas bien frente a un personal que representa un peligro para un usuario de planificación ya que trasladaría a éste información incorrecta que puede ser incluso riesgosa.. Los criterios de elegibilidad de anticoncepción descansarán sobre argumentos débiles y poco fiables.

De acuerdo a las cifras encontradas, el método AOE se estaria utilizando de manera inadecuada.

Comparamos nuestros hallazgos con lo de Choque Nolasco (5) quien estudia lo mismo que nosotros pero en internos de Medicina Humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Esta tesis se hizo en el año 2015. Este autor, sobre una población mayor a la nuestra, (92 internos de medicina), encuentra que el 20% obtuvieron un nivel de conocimiento alto, (nosotros 43.3%), el 63% alcanzaron un nivel de conocimiento medio (nosotros 43.3% también) y el 17% un conocimiento bajo (nosotros 13.4%).

Aunque nosotros encontramos un mayor nivel de conocimiento, 43.3 vs 20%, mas del doble, y eso es bueno, sin embargo seguimos sosteniendo que esta no es una cifra idónea para trabajar con eficacia respecto de este método. Nos dice mas bien que tanto los internos de Obstetricia como de Medicina deberán recibir mejor enseñanza y entrenamiento sobre este método de planificación no común.

Una posible explicación que se puede dar es que el abordaje de la salud sexual y reproductiva sitúa al equipo de salud frente a personas que en la mayoría de los casos no acuden por una enfermedad, es decir no han perdido la salud, sino que están sanas y necesitan tomar decisiones sobre un aspecto íntimo, delicado y complejo de la propia vida: la sexualidad. Creemos talvez que nuestro mayor entrenamiento debe servir para afrontar situaciones de pérdida de salud.

Otra probable explicación propuesta es que cuando las personas consultan por su salud sexual y reproductiva, (y no pérdida de la salud) llevan al proveedor de métodos anticonceptivos un conjunto de aspectos de su vida en juego: sus relaciones sentimentales y familiares, su proyecto de vida, el grado de autonomía que puedan tener para disponer de

su propio cuerpo en el marco de relaciones desiguales entre los géneros. Esto no es captado como enfermedad, como malestar, sino como situaciones íntimas y personales en las que quizá nuestra intervención debería ser la menor posible, o al menos no con el mismo interés como si se tratara de abordar una infección urinaria o una hemorragia del tercer trimestre por ejemplo, en cuyo caso la intervención del proveedor de servicios de salud sería sin dudarle mas diligente.

Esto implica, para el equipo de salud, tomar en cuenta no sólo la situación de salud/enfermedad de esa persona, sino también sus ideas, creencias, preferencias y posibilidades, según su historia y condiciones de vida. Es decir, abordar la singularidad de ese ser humano. Es necesario para afrontar la atención de la salud sexual y reproductiva desplegar diferentes herramientas más allá de los conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

El estudio de Choque Nolasco encuentra un 17% de personal de salud con bajo conocimiento. El nivel encontrado por nosotros en nuestro trabajo de tesis el bajo conocimiento es menor, 13.4% . Encontramos entonces otros grupos estudiados en que las cifras son todavía mas dramáticas. Se configura entonces que el bajo nivel de información probablemente no sólo pertenece a ámbito local sino que también a otras realidades nacionales.

En relación a la actitud frente a la Anticoncepción Oral de Emergencia en nuestra población de Internos de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto es aceptada en un 33.3%, indecisos un 46.6%, mientras que actitud de rechazo se evidenció en un 20.1%.

El análisis de estas cifras nos debe preocupar, nos dice que con solo un tercio del personal profesional que debe contribuir a lograr un uso adecuado y aceptación entre las usuarias tiene una actitud de aceptación, cuando deberían ser todos o la mayoría por lo menos. Trabajar en estas condiciones hara muy difícil lograr que sea aceptada por las personas que acuden por metodos alternativos de planificación familiar.

Amerita resaltar entre nuestro hallazgos que incluso un porcentaje que tiene una actitud de rechazo hacia el método. (20.1%). Difícilmente con estas cifras la AOE será un método con acogida y de impacto entre las usuarias de métodos alternativos de planificación familiar.

Comparando estas cifras siempre con las de Choque Nolasdo (5) que en lo que respecta al nivel de actitud que tienen los internos sobre la AOE, el 58,7% obtuvieron una actitud de indecisión; 21,7% una actitud de rechazo, y un 19,6% una actitud de aceptación, concluyendo que un porcentaje considerable (80%) de internos de medicina obtuvo un nivel de conocimiento entre medio y bajo respecto a la Anticoncepción Oral de Emergencia.

De nuevo, tal como se vio para la evaluación del conocimiento, nuestra cifra de aceptación, de 33.3%, es mejor que la de Choque 19.6% y por ese lado podemos estar satisfechos que nuestra cohorte de Internos tiene mejor actitud que internos de otra partes del país, pero en realidad seguimos mostrando tanto nosotros como ellos cifras muy bajas de actitud de aceptación.

Es fácil de colegir que calidad tendrá una intervención promoviendo el uso de anticoncepción oral de emergencia si sólo el 33.3% tiene una actitud de aceptación, y de acuerdo a nuestras cifras incluso una actitud de rechazo del 20.1%.

En realidad, tanto en el estudio de Choque Nolasco como en el nuestro, como en publicaciones realizadas en otros países del mundo afirman que el nivel de conocimientos acerca de la Anticoncepción Oral de Emergencia en estudiantes del área salud es bajo. (5)

A este punto de la discusión queremos desglosar cada una de las preguntas que evaluaron conocimiento en nuestro cuestionario, ya que el nivel de conocimiento no es parejo en todas las preguntas. Algunas por ejemplo, como la definición de Anticoncepción oral de emergencia, fue respondida correctamente en un 90%, las indicaciones en un 93.3%. Estas cifras son muy positivas.

El análisis de cifras encontradas en otras preguntas que señalan nivel de conocimiento, como la composición del Método Yuzpe, 86.6 % de respuestas correctas; efectos secundarios del Levonorgestrel, que fue respondida correctamente en un 83.3% y finalmente el método aprobado en el país, con el mismo porcentaje de respuestas bien respondidas, 83.3. Estas cifras pueden considerarse bastante aceptables.

Sin embargo otras preguntas ya no se responden con puntajes altos. Los efectos secundarios del método Yuzpe por ejemplo, fue respondido correctamente por un 73.3%

de encuestados, contraindicaciones de la anticoncepción oral de emergencia un 63.3%, la administración del Método de Yuzpe un 56.6%, mecanismo de acción del levonorgestrel 56.6%; dosificación del levonorgestrel el 66.6%, administración del levonorgestrel el 70%, eficacia del levonorgestrel el 56.6%.

Es inaceptable en quien va a instruir a potenciales usuarios de anticoncepción de emergencia que el mecanismo de acción del método Yuzpe solo lo conozca correctamente un 33.3%; la dosificación del Método Yuzpe solo un 20%.

Un próximo profesional de Ciencias de la Salud, Carrera de Obstetricia, no deberá hablar sobre este método si el conocimiento correcto sobre la eficacia del Método de Yuzpe es de solo el 6.7%. Estas cifras no contribuyen a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los objetivos de la salud para toda la política para el siglo 21 en regiones pobre del planeta, debido a que la planificación familiar esta considerada como un componente esencial de la atención primaria de la salud y de la salud reproductiva, juega por tanto un papel importante en la reducción de la morbilidad materna y neonatal y la mortalidad y la transmisión del VIH. (34) De allí la importancia por mejorar estas cifras encontradas en nuestro estudio en el corto plazo.

El componente de bajo conocimiento o de actitud de rechazo a la anticoncepción oral de emergencia encuentra también diversas barreras para su utilización. Las encuestas han documentado que un gran número de mujeres no son conscientes de la existencia de la anticoncepción de emergencia o tener los conocimientos suficientes para que puedan utilizarla de manera eficaz. (34)

Seguimos comparando nuestro resultados con otros referidos por el artículo “Anticoncepción de emergencia” (34). Un estudio realizado en 2007, por ejemplo, encuentra que son pocas las mujeres que recibieron información sobre anticoncepción de emergencia y que podían recordado 12 meses. La explicación puede radicar en el sesgo de memoria al olvidar un conocimiento por el paso del tiempo. Muchos proveedores de salud están mal informados acerca de este método. Recordemos en este punto que sólo el 43.3% de nuestros proveedores de salud estudiados tenía un nivel de conocimiento alto. En EE.UU. una encuesta de 2008, casi uno de cada cinco profesionales de la salud se muestran reacios a proporcionar educación sobre el tema de los adolescentes sexualmente activos.

Finalmente, tres estudios que evalúan las mujeres víctimas de delitos sexuales atendidas en departamentos de emergencia indicaron que sólo 21 a 50% de las mujeres elegibles recibían la anticoncepción de emergencia. Este bajo uso de AOE también ha sido notada por la autora del presente trabajo de investigación. Se necesitan más estudios para evaluar las barreras para su uso en poblaciones específicas, para que las intervenciones políticas se puede implementar de manera adecuada.

En nuestro estudio la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia no ha sido estudiado, consideramos necesario resaltar que el acceso a la AOE ha mejorado mediante iniciativas como proporcionarlo sin receta para los mayores de 17 años. Debido a que el acceso a la anticoncepción de emergencia sigue siendo limitado para ciertos grupos de edad, como mujeres menores de 17 años. En consecuencia, los proveedores de salud deben prestar especial atención a las barreras para el uso de la anticoncepción de emergencia para esta población en riesgo. (34)

Aun en medios en el que el conocimiento sobre AOE es mayor que en el nuestro, (43.3 % cifra de conocimiento adecuado en el medio regional), el uso de la AOE sigue siendo bastante baja, como en el Reino Unido (Gran Bretaña e Irlanda del Norte), donde el 91% de las mujeres ha recibido información sobre "la píldora de la mañana siguiente", pero pese a ello sólo el 7% lo había utilizados en el último año. Lo esperado entonces, y se verifica, es una muy baja tasa de uso de AOE en el medio regional. Esto coincide con las cifras recién mostradas en el Reino Unido.

Se plantea como explicación del bajo uso de la anticoncepción de emergencia es la comprensión muy pobre de los mecanismos de la fertilidad, la anticoncepción y el embarazo de riesgo que parece muy extendida en los países desarrollados y en desarrollo. Diferentes estudios, como uno realizado en Francia, muestra una encuesta en mujeres que buscan un aborto que más de la mitad no eran conscientes del riesgo de quedar embarazada en el momento de la relación sexual. o no pudo identificar el acto específico que la llevó al embarazo, y sólo una minoría de las mujeres usaban anticoncepción de emergencia.

En el Reino Unido, un estudio sobre el aborto y las usuarias de control prenatal mostraron que la anticoncepción de emergencia se utiliza sólo uno de cada diez mujeres que

definitivamente no desean quedar embarazadas, y menos aún utilizaban métodos cada vez que corrían el riesgo de embarazo. El conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia sigue siendo un obstáculo importante en gran parte del mundo.

Otra encuesta del 2007 entre adolescentes de escuelas de Nueva York reveló que menos de la mitad de estos jóvenes había oído hablar de la anticoncepción de emergencia, a pesar de la amplia difusión pública y masiva publicidad en los medios. Concluimos entonces de acuerdo a la literatura internacional, que este método anticonceptivo post coital es aún relativamente desconocido en muchos países. (34)

Concluimos nuestra discusión que la realidad de países que trabajan bastante en términos de dar a conocer el uso de los métodos de anticoncepción oral de emergencia. Nos damos cuentas por dicha experiencia que ciertamente debemos mejorar el nivel de conocimiento de alumnos, internos y profesionales de Obstetricia, o mejorar la actitud de rechazo para tornarla mas bien de aceptación.

Sin embargo también hay otros factores que en el poco uso de la anticoncepción oral de emergencia. Hay que preguntarse y hacer estudios similares a los descritos en medios de mayor desarrollo, para describir y descubrir si verdaderamente se tiene una política seria dirigida al uso de la anticoncepción oral de emergencia. De no haber interés político, no se podrá hacer mucho en términos de colocar esta herramienta en manos de la población de mujeres de edad fértil y seguirá siendo una política débil y sin mayor impacto.

11. CONCLUSIONES

1. Con la finalidad de estudiar los Conocimientos y Actitudes en relación a la anticoncepción oral de emergencia, se incorporan a nuestro estudio 30 internos de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, promoción 2017. El 93.3% de internos son de sexo femenino. La media de la edad encontrada fue de 25.2 años.
2. Encontramos que el nivel de Conocimiento en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto es alto en un 43.3%, medio en el mismo porcentaje, 43.3 y bajo en 13.4%.
3. Encontramos que las actitudes en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto es de rechazo en un 20.0%, actitud de Indecisión en 46.6% de los entrevistados y actitud de aceptación en 33.4%.
4. Deben realizarse otros estudios destinados a conocer las barreras para la utilización de los métodos de anticoncepción oral de emergencia.

11. RECOMENDACIONES

1. En atención a que sólo el 43.3% de Internos de Obstetricia evaluados tiene un nivel de conocimiento alto se debe mejorar el entrenamiento y la capacitación a los futuros profesionales de Obstetricia tanto en el pre grado como durante el internado, en conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia.
2. De manera especial la capacitación debiera reforzar ciertos aspectos que encontramos cuyo nivel de conocimiento son muy deficientes, a saber: mecanismo de acción del método Yuzpe (solo un 33.3% de respuestas correctas) dosificación del Método Yuzpe (solo un 20% de respuestas correctas).
3. Promover el cambio de actitud de rechazo hacia actitud de aceptación del método de anticoncepción oral de emergencia entre el personal de Internos de Obstetricia a través de capacitaciones y sensibilizaciones continuas.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos -- 4ª edición. Organización Mundial de la Salud 2012. ISBN 978 92 4 356388 6.
2. Organización Mundial de la Salud. Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP). PNUD, UNFPA, OMS, Banco Mundial. Boletín Informativo. Marzo/Octubre 2005.
3. Pretell-Z E . Política de anticoncepción oral de emergencia: la experiencia peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013; 30(3):487-93.
4. Investigación preliminar de la tesista en el Hospital Regional de Loreto, datos no publicados. Registros del Programa de Planificación Familiar.
5. Choque N, F. “Conocimientos y Actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia en Internos de Medicina Humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, febrero 2015. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú 2015.
6. Lescano L,Y. Ruiz V G. Percepción sobre la preferencia de uso de Anticoncepción Oral de Emergencia en adolescentes universitarios 2014. Tesis para optar el Título profesional de Obstetra. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo Perú 2016.
7. Flores P, R. Nivel de Conocimiento sobre la píldora de Emergencia y el Uso para prevenir el embarazo no deseado en usuarias del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Para optar el Grado Académico de Obstetra. Programa Académico de Obstetricia, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Huánuco. Huánuco Perú 2017.

8. Guevara P, V. Uso y Nivel de Conocimiento y Nivel de Conocimientos sobre efectos secundarios de la píldora anticonceptiva de emergencia en usuarias de establecimientos farmacéuticos de Tumbes 2016. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Obstetricia. Escuela de Obstetricia, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes, Perú 2016.
9. Quispe A, K. “Conocimiento y Actitud sobre el anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de Obstetricia de la Universidad Nacional de Huancavelica durante el año 2016”. Para optar el Título profesional de Obstetra. Escuela Profesional de Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Huancavelica. Huancavelica Perú 2017.
10. Derechos Sexuales. World Association for Sexual Health. Disponible en <http://www.espill.org/wp-content/uploads/2016/01/Derechos-Sexuales-1997.pdf>
11. Nota descriptiva, Planificación familiar. Centro de Prensa Organización Mundial de la Salud, Julio 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
12. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities [El embarazo no deseado en los Estados Unidos: incidencia y disparidades], 2006. Contraception. 2011; 84:478-85.
13. Mosher WD, Jones J. Use of Contraception in the United States: 1982-2008 [Uso de anticonceptivos en los Estados Unidos: 1982-2008]. Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Estadísticas Demográficas de Salud. 2010; 23(29). Disponible en: http://www.cdc.gov/NCHS/data/series/sr_23/sr23_029.pdf. Fecha de acceso: 27 de mayo de 2010.
14. Stewart F, Trussell J, Van Look PFA. Emergency contraception [Anticoncepción de emergencia]. En Hatcher RA, Trussell J, Nelson A, Cates W, Guest F, Stewart F,

- Kowal D. Contraceptive Technology: Edición No. 19 - Revisada. Nueva York, NY: Ardent Media, 2007.
15. Glasier A. Emergency postcoital contraception [Anticonceptivo poscoital de emergencia]. *N Engl J Med.* 1997; 337:1058-64.
 16. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Howells S, Russell CR, Kowal D. Emergency Contraception: The Nation's Best Kept Secret [Anticoncepción de emergencia: el secreto mejor guardado de la nación]. Decatur GA: Bridging the Gap Communications, 1995.
 17. Ellertson C, Webb A, Blanchard K, Bigrigg A, Haskell S, Shochet T et al. Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized, controlled trial. [Modificar el régimen Yuzpe de anticoncepción de emergencia: un ensayo multicéntrico aleatorizado, controlado] *Obstet Gynecol.* 2003; 101:1160-7.
 18. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial [Mifepristona en dosis baja y dos regímenes de levonorgestrel para anticoncepción de emergencia: un ensayo aleatorio multicéntrico de la OMS]. *Lancet.* 2002; 360:1803-10.
 19. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians [Evaluación comparativa de la eficacia y seguridad de dos regímenes de levonorgestrel para anticoncepción de emergencia en mujeres nigerianas]. *Contraception.* 2002; 66:269-73.
 20. Ngai SW, Fan S, Li S, Cheng L, Ding J, Jing X, et al. A randomized trial to compare 24h versus 12h double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception [Ensayo aleatorio para comparar los régimen de doble dosis de

- levonorgestrel a 24h versus 12h para anticoncepción de emergencia]. *Hum Reprod.* 2004; 20:307-11.
21. Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, Wan L, Frezieres R, Thomas M, Rosenberg M, Higgins J. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial [Modulador del receptor de progesterona para anticoncepción de emergencia: un ensayo controlado aleatorizado]. *Obstet Gynecol.* 2006; 108:1089-97.
 22. Fine P, Mathé H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristal acetate taken 48-120 hours after intercourse for emergency contraception [Acetato de ulipristal ingerido entre 48 y 120 horas después del coito para anticoncepción de emergencia]. *Obstet Gynecol.* 2010; 115:257-63.
 23. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J. et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis [Acetato de ulipristal versus levonorgestrel para anticoncepción de emergencia: un ensayo aleatorizado de no inferioridad y meta-análisis]. *Lancet.* 2010; 375:555-62.
 24. Li HW, Lo SST, Ng EHY, Ho PC. Efficacy of ulipristal acetate for emergency contraception and its effect on the subsequent bleeding pattern when administered before or after ovulation [Eficacia del acetato de ulipristal para anticoncepción de emergencia y su efecto en el posterior patrón de sangrado cuando se administra antes o después de la ovulación]. *Hum Reprod.* 2016; 31:1200-07.
 25. Cheng L, Che Y, Gülmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Sys Rev.* [Intervenciones para anticoncepción de emergencia. Revisión sistematizada de la base de datos Cochrane] 2012, Edición No. 8.
 26. James Trussell. Anticonceptivos de emergencia: Una última oportunidad para prevenir embarazos no deseados. Office of Population Research. Princenton

- University. Diciembre 2016. Disponible en <http://ec.princeton.edu/questions/ec-review-espanol.pdf>
27. Anticoncepción de urgencia. Nota descriptiva. Centro de Prensa, Organización Mundial de la Salud. Junio de 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
28. Velásquez J. Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en alumnos de 4º. y 5º. de secundaria de la I.E. José Sixto Alván del Castillo. Investigación asistida para optar el Título profesional de Obstetra, Iquitos 2017.
29. Torres F. Tesis Doctoral “Conocimientos de Fisiología Reproductiva y Anticonceptivos entre estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud”. Departamento de Enfermería, Universidad de Castilla la Mancha, España 2016.
30. Supe E. Intervención del profesional de enfermería en adolescentes de 15 a 18 años de edad y su relación con el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en la unidad educativa picaihua octubre 2014 a marzo 2015. Tesis para optar Título de Enfermería. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador 2015.
31. Norma Técnica de Salud de Planificación familiar, (NTS 124 MINSA/DG/ESP-V.01) , Lima 2016.
32. De La Cruz D, Quispe K. “Conocimiento y actitud sobre el anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de Obstetricia de la Universidad Nacional de Huancavelica durante el año 2016”. Tesis de grado para obtener el Título profesional de Obstetra. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia. Universidad Nacional de Huancavelica 2017.
33. Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Ministerio de Salud de la República Argentina. Programa financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo. Primera Edición Julio 2015 Buenos Aires Argentina. http://186.33.221.24/medicamentos//files/U3-MCF_tapa.pdf
34. Anticoncepción de emergencia. Centro para la salud y la educación de las Mujeres. Artículo publicado el 20 de diciembre del 2010. <http://www.womenshealthsection.com/content/gynsp/gyn031.php3>

13. ANEXOS

Anexo 11.1: Instrumento de Recolección de datos

Tomado de Choque Nolasco F. (5)

I Variables socio demográficas

Sexo

Edad

II Conocimientos

1. Defina correctamente el concepto de anticoncepción oral de emergencia (AOE):
 - a. Es un método anticonceptivo de barrera
 - b. Es un método para prevenir el embarazo de uso regular
 - c. Es un método postcoital que se usa en cada relación sexual a la mañana siguiente
 - d. Es un método para prevenir el embarazo cuando se ha tenido relaciones sexuales sin protección
2. ¿En qué casos se indicaría el uso de la AOE?
 - a. En caso de violación
 - b. En caso de ruptura de preservativo
 - c. En caso de tener relación sexual sin protección
 - d. Todas las anteriores
3. ¿Cuál de las respuestas es correcta sobre las contraindicaciones de la AOE?
 - a. Está contraindicado porque puede producir malformaciones congénitas
 - b. Está contraindicada en la gestante porque interrumpe el embarazo
 - c. Está contraindicada porque su uso rutinario produce esterilidad
 - d. Ninguna de las anteriores
4. Con respecto al mecanismo de acción del método de Yuzpe. ¿Cuál es la alternativa correcta?
 - a. Inhibe la ovulación
 - b. No altera el moco cervical
 - c. Interrumpe la implantación
 - d. Todas
5. ¿Cuál es la composición del método de Yuzpe?
 - a. Levonorgestrel
 - b. Etinilestradiol
 - c. Etinilestradiol y levonorgestrel
 - d. Ninguna de las anteriores
6. ¿Cuál de las siguientes dosis se usa en cada toma con el método de Yuzpe?
 - a. 0,5mg de levonorgestrel
 - b. 100 mcg de etinilestradiol
 - c. 100 mcg de etinilestradiol-0,5mg de levonorgestrel

- d. Ninguna de las anteriores
7. ¿Cómo se administra el método de Yuzpe?
- Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 6 horas después de la inicial.
 - Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 24 horas después de la inicial.
 - Primera dosis en las primeras 72 horas post coito , seguida por una segunda dosis 12 horas después de la inicial
 - Primera dosis en las primeras 72 horas post coito , seguida por una segunda dosis 18 horas después de la inicial
8. Con respecto a la eficacia del método Yuzpe ¿Cuál es la alternativa correcta?
- 75%
 - 95%
 - 20%
 - Ninguna de las anteriores
9. Respecto a los efectos secundarios del método Yuzpe. ¿Cuál es la alternativa correcta?
- Irregularidad menstrual
 - Tensión mamaria
 - Fatiga
 - Todas
10. Con respecto al mecanismo de acción del método de levonorgestrel ¿Cuál es la alternativa correcta?
- Inhibe la ovulación
 - Disminuye la motilidad de los hilos de la trompa de Falopio
 - Aumenta el pH del fluido uterino
 - Todas
11. ¿Cuál de las siguientes dosis se usa en cada toma del método con lenonorgestrel?
- 75mg de levonorgestrel
 - 0.75mg de levonorgestrel
 - 0.75mcg de levonorgestrel
 - Ninguna de las anteriores
12. Como se administra el método con levonorgestrel?
- Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 6 horas después de la inicial.
 - Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 24 horas después de la inicial.
 - Primera dosis en las primeras 72 horas post coito , seguida por una segunda dosis 12 horas después de la inicial
 - Primera dosis en las primeras 72 horas post coito , seguida por una segunda dosis 18 horas después de la inicial

13. Con respecto a la eficacia del método con levonorgestrel. ¿Cuál es la alternativa correcta?
- a. 75%
 - b. 95%
 - c. 50%
 - d. 100%
14. Respecto a los efectos secundarios del levonorgestrel. ¿Cuál es la alternativa correcta?
- a. Náuseas y fatiga
 - b. Cardiopatías
 - c. Tromboembolismo
 - d. Ninguna de las anteriores
15. ¿Cuál de los siguientes métodos de anticoncepción oral de emergencia ha sido aprobada en el Perú?
- a. DIU
 - b. Levonorgestrel
 - c. Mifepristona
 - d. Antiprogestágenos

ESCALA DE TIPO LICKERT

Estimado(a) interno(a) le voy a presentar una serie de ITEMS que han sido elaborados con la finalidad de determinar las actitudes que tienen los internos de Obstetricia hacia los anticonceptivos orales de emergencia. Le pido a UD. que responda con toda sinceridad.

III. Actitudes

INSTRUCCIONES: a continuación encontrarás una serie de preguntas con tres opciones de respuesta, con las cuales puedes estar en desacuerdo o no. Coloca un aspa (X) debajo de la columna:

ITEM S	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
1. La AOE es abortiva.			
2. La AOE protege contra las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH/SIDA.			
3. La AOE siempre provoca la menstruación inmediatamente después de ser tomadas.			
4. Su efectividad disminuye, si es usado como método regular.			
5. La AOE puede dañar al embrión si la mujer ya está embarazada.			
6. No se debe brindar AOE porque interfiere con la implantación.			
7. Siento rechazo por las personas que toman AOE para prevenir un embarazo.			
8. Si alguna vez recetara AOE, tendría sentimientos de culpa.			
9. Si brindo información sobre la AOE a los adolescentes, incentivo las relaciones sexuales entre ellos.			
10. Si prescribo la AOE, las usuarias lo usarán de manera indiscriminada.			
11. Si promuevo el uso de la AOE disminuirá el uso de métodos anticonceptivos de uso regular.			

Anexo 2: Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador	Instrumento (de Medición)
Edad	Tiempo de vida transcurridos entre su nacimiento y la fecha de realización del estudio	Años cumplidos	Cuantitativa discontinua	Ordinal	Años	Documento Nacional de Identificación
Sexo	Características anatómicas, fisiológicas y biológicas que diferencian a mujer y varón	femenino y masculino	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino	Documento Nacional de Identificación
Conocimiento	conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de conocimientos o a través de la observación.	información adquirida a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.	Cualitativa	Nominal	Alto Regular Bajo	Cuestionario
Actitud	capacidad propia de los seres humanos con la que enfrentan el mundo y las circunstancias que se les podrían presentar en la vida real . Cuando algo inesperado sucede no todos tienen la misma respuesta. La actitud nos demuestra que la capacidad del hombre de superar o afrontar cierta situación.	comportamiento que emplea un individuo para hacer las labores.	Cualitativa	Nominal	Acepta Indeciso Rechaza	Cuestionario

Anexo 3: Matriz de consistencia

Titulo	Problema	Objetivo	Variables	Metodos
Conocimiento y actitudes en relación a anticoncepción oral de emergencia en Internas de Obstetricia, Hospital Regional de Loreto 2017	Problema General ¿Cuál es el nivel de Conocimiento y Actitudes en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia, en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2017 ? Problemas Específicos ¿Cuál es la descripción de algunas variables sociodemográficas de los Internos de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, promoción 2017 ?	Objetivo General Determinar el nivel de Conocimiento y Actitudes en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia, en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2017. Objetivos Específicos Describir algunas variables sociodemográficas en Internos de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, promoción 2017. Determinar el nivel de Conocimiento en Relación a Anticoncepción Oral de	Edad Sexo Conocimiento Actitud	Método Tipo de Investigación: no experimental, transversal , observacional , descriptivo y prospectivo Población y Muestra: La población la constituyen todos los internos de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el año 2017, que son 30. Es un muestro por conveniencia. <u>Criterios de inclusión</u> Ser interno de Obstetricia en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2017. Dar su conformidad para realizar la encuesta. Técnica, Instrumento y procedimiento de recolección de datos Técnica Se presentara a los internos de obstetricia una Encuesta y la Escala de actitudes los que permitirán evaluar el nivel de conocimiento y la actitud frente a la

	¿Cuál es el nivel de Conocimiento en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2017? ¿Cuáles son las Actitudes en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2017?	Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2017. Determinar las Actitudes en Relación a Anticoncepción Oral de Emergencia en Internas de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2017.	anticoncepción oral de emergencia, AOE. Instrumento y procedimiento de recolección de datos Cuestionario que evalúa conocimiento y Escala de actitudes que evalúan las actitudes frente a la anticoncepción oral de emergencia (Ver anexo 1). El instrumento a utilizar consta de tres secciones. La primera sección variables sociodemográficas, 2 preguntas. La segunda sección explora los conocimientos mediante 15 preguntas. La tercera sección explora las actitudes mediante una escala tipo Lickert, (11 preguntas) La información obtenida se almacenará en una base de datos, elaborada mediante un software informático, el SPSS versión 20, a fin de obtener la información. Para presentar los resultados, gráficos y tablas se utilizará las funciones Analizar, estadísticos descriptivos, y dentro de esta función, frecuencia y gráficos.
--	---	---	--

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Iquitos, 06 de Diciembre de 2017.

Doctor:

JAIME MARIN GARCIA

Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Loreto

Presente:

SOLICITO: Permiso para realizar una Encuesta.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted Doctor con el fin de solicitarle me conceda Permiso para hacer **una Encuesta a las internas de Obstetricia del Hospital Regional**, siendo esto un Proyecto para mi Tesis, y espero su apoyo como autoridad de esta área.

Agradeciendo por anticipado la atención prestada, pido a usted tenga a bien acceder a mi solicitud.

Atentamente



.....
Yorka F. Silvano Tangoa



JAIME MARIN GARCIA
GINECOLOGO - OBSTETRA
CMP 30461 * RNE. 30646