

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL USO DE LEVONORGESTREL
1,5 mg EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE
BASADRE GROHMANN, MARZO - JULIO 2018

TESIS

Presentada por:

Bach. Yessica Pamela Roque Chejje

Para optar el Título Profesional de:

QUÍMICO FARMACÉUTICO

TACNA - PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL USO DE LEVONORGESTREL
1,5 mg EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL
DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
JORGE BASADRE GROHMANN,
MARZO - JULIO 2018

TESIS

Presentada por:

Bach. YESSICA PAMELA ROQUE CHEJJE

Para optar el Título Profesional de:

QUÍMICO FARMACÉUTICO

Tesis aprobada por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:



Q.F. Orlando Agustín Rivera Benavente

PRESIDENTE



Dr. Juan José Evaristo Changllio Roas

MIEMBRO



Q.F. Juan Carlos Efraín Cervantes Zegarra

MIEMBRO



Dr. Edgard Guido Calderón Copa

ASESOR

DEDICATORIA

A mi familia en especial a mi madre, quien con su ejemplo me ha demostrado que con la perseverancia y buen humor se logran todos los objetivos que uno se propone.

AGRADECIMIENTO

A Dios, quien me ha permitido llegar hasta estas circunstancias.

A mis padres por su apoyo incondicional.

A todos y cada una de las personas que con su apoyo hicieron posible la realización del trabajo de tesis y mi desarrollo como profesional.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. Descripción del problema.....	4
1.2. Formulación del problema.....	6
1.2.1. Problema principal.....	6
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3. Objetivos	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7
1.4. Justificación.....	8
1.5. Hipótesis	10
1.6. Variables	10
1.6.1. Variable interviniente	10
1.6.2. Variable 1.....	10
1.6.3. Variable 2.....	10
1.6.4. Variable 3.....	10
1.6.5. Operacionalización de variables	11

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.1.1. Antecedentes Internacionales	17
2.1.2. Antecedentes Nacionales	20
2.2. Bases Teóricas	27
2.2.1. Implantación humana	27
2.2.2. Ventana de implantación o receptividad uterina	29
2.2.3. Regulación hormonal de los ovarios	30
2.2.4. Ventana fértil	32
2.2.5. Clasificación de anticonceptivos	33
2.2.6. Consecuencias del mal uso de anticonceptivos.....	38
2.2.7. Anticoncepción oral de emergencia	40
2.2.7.1. Levonorgestrel.....	40
2.2.7.2. Efecto del levonorgestrel sobre la migración y vitalidad espermática	43
2.2.7.3. Efectos del levonorgestrel sobre el proceso ovulatorio	47
2.2.7.4. Efectos sobre el endometrio.....	49
2.2.8. Planificación familiar	50
2.2.9. Conocimiento	53
2.2.10. Actitud	53
2.3. Definición conceptual de términos.....	55

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	58
3.1. Tipo, diseño y nivel de la investigación.....	58
3.1.1. Tipo de investigación	58
3.1.2. Diseño de investigación	58
3.1.3. Nivel de Investigación.....	58
3.2. Población y Muestra de estudio	59
3.2.1. Población	59
3.2.2. Muestra	60
3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	60
3.4. Procesamiento de datos.....	60
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	62
4.1. Análisis de resultados.....	62
4.1.1. Datos de identificación	62
4.1.2. Información general	75
4.1.3. Conocimiento sobre el anticonceptivo oral de emergencia	86
4.1.4. Uso del método de anticoncepción de emergencia	109
4.1.5. Actitudes frente a la anticoncepción de emergencia (levonorgestrel).....	124
4.2. Comprobación de la hipótesis	137
4.2.1. Comprobación de la hipótesis general.....	137
4.2.2. Comprobación de la hipótesis específica	140

4.2.2.1. Hipótesis específica 1	140
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	147
CONCLUSIONES.....	150
RECOMENDACIONES	152
ANEXOS.....	162

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Cantidad de alumnos de las especialidades de educación.	59
Tabla 2.	Sexo de los estudiantes encuestados.	62
Tabla 3.	Religión de los estudiantes encuestados.	65
Tabla 4.	Estado civil de los estudiantes encuestados.	67
Tabla 5.	Número de hijos de los estudiantes encuestados.	69
Tabla 6.	Estudio y trabajo.	72
Tabla 7.	Institución educativa del que proviene.	73
Tabla 8.	Antecedentes de relaciones sexuales.	75
Tabla 9.	Antecedente de embarazo.	77
Tabla 10.	Embarazo de pareja.	79
Tabla 11.	Uso de método anticonceptivo.	81
Tabla 12.	Método anticonceptivo utilizado.	83
Tabla 13.	Haber escuchado sobre la píldora anticonceptiva.	86
Tabla 14.	Haber escuchado de la píldora antes de su primera vez.	88
Tabla 15.	Lugar en el que escuchó sobre la píldora.	91
Tabla 16.	Funcionamiento de las píldoras anticonceptivas.	94
Tabla 17.	Tiempo de administración de la píldora.	96
Tabla 18.	Droga que contiene la píldora.	99

Tabla 19.	Eficacia de la píldora.	101
Tabla 20.	Consecuencias del uso frecuente de la píldora.	104
Tabla 21.	Equivalencia de la píldora.	107
Tabla 22.	Uso de la píldora.	109
Tabla 23.	Número de veces de uso.	112
Tabla 24.	Recomendación de uso.	115
Tabla 25.	Motivo de consumo.	117
Tabla 26.	Utilización posterior.	120
Tabla 27.	Método que empezó a usar.	122
Tabla 28.	Percepción del método.	124
Tabla 29.	Inquietud sobre el método.	126
Tabla 30.	Inquietudes.	127
Tabla 31.	Lugar del que se puede proveer.	129
Tabla 32.	Responsable de proveer la píldora.	131
Tabla 33.	Mejores maneras de información.	133
Tabla 34.	Actitudes frente a la píldora.	135
Tabla 35.	Prueba de chi – cuadrado	138
Tabla 36.	Estadísticos descriptivos del conocimiento sobre la píldora.	138
Tabla 37.	Nivel de conocimiento sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg.	142
Tabla 38.	Estadísticos de contraste.	142

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	El proceso de desarrollo e implantación de blastocistos.	29
Gráfico 2.	La síntesis de estradiol en humanos.	31
Gráfico 3.	Probabilidad de embarazo clínico.	33
Gráfico 4.	Estructuras moleculares de progesterona, levonorgestrel, mifepristona y acetato de ulipristal.	40
Gráfico 5.	Uso del levonorgestrel.	45
Gráfico 6.	Sexo de los estudiantes encuestados.	64
Gráfico 7.	Religión de los estudiantes encuestados.	66
Gráfico 8.	Estado civil de los estudiantes encuestados.	68
Gráfico 9.	Número de hijos de los estudiantes encuestados.	71
Gráfico 10.	Estudio y trabajo.	74
Gráfico 11.	Institución educativa del que proviene.	75
Gráfico 12.	Antecedentes de relaciones sexuales.	77
Gráfico 13.	Antecedentes de embarazo.	79
Gráfico 14.	Embarazo de pareja.	81
Gráfico 15.	Uso de método anticonceptivo.	83
Gráfico 16.	Método anticonceptivo utilizado.	86
Gráfico 17.	Haber escuchado sobre la píldora anticonceptiva.	88
Gráfico 18.	Haber escuchado de la píldora antes de su primera vez.	91
Gráfico 19.	Lugar en el que escuchó sobre la píldora.	94
Gráfico 20.	Funcionamiento de las píldoras anticonceptivas.	96
Gráfico 21.	Tiempo de administración de la píldora.	99
Gráfico 22.	Droga que contiene la píldora.	101
Gráfico 23.	Eficacia de la píldora.	104

Gráfico 24.	Consecuencias del uso frecuente de la píldora.	107
Gráfico 25.	Uso de la píldora.	112
Gráfico 26.	Número de veces de uso.	116
Gráfico 27.	Motivo de consumo	121
Gráfico 28.	Utilización posterior.	123

RESUMEN

El presente estudio se realiza con la finalidad de determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre el uso de levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2018. El estudio fue no experimental y de nivel relacional y asociativo, dirigido a una población de 450 estudiantes, cuyo muestreo fue censal, aplicando como instrumento un cuestionario. Se realizó una encuesta a una muestra de 450 estudiantes. En los resultados se observó que 301 (66,90 %) pertenecían al sexo femenino, y 149 (33,10 %) al sexo masculino. Las edades estuvieron comprendidas en un rango de 17 a 27 años; 378 (84 %) de los estudiantes eran solteros, 33 (7,30 %) casados, 39 (8,7 %) conviviente. Se concluye que existe una relación significativa entre los conocimientos y las actitudes sobre el uso del levonorgestrel 1,5 mg en los estudiantes, según el valor de significancia calculado menos de 0,05; y que permiten deducir que es importante que los estudiantes cuenten con los conocimientos necesarios sobre la forma de utilización de este método a fin de garantizar actitudes positivas y responsables sobre su uso como una medida de prevención y de cuidado.

Palabras clave: anticonceptivo oral de emergencia, estrógeno, levonorgestrel.

ABSTRACT

The present study is carried out with the purpose of determining the level of knowledge and attitudes about the use of levonorgestrel 1, 5 mg in students of the School of Education of the Jorge Basadre Grohmann National University, 2018. The study was non-experimental and of a Relational and associative, aimed at a population of 450 students, whose sampling was census, applying a questionnaire as an instrument. A survey of a sample of 450 students was carried out. In the results it was observed that 301 (66, 90 %) belonged to the female sex, and 149 (33,10 %) to the male sex. Ages ranged from 17 to 27 years; 378 (84 %) of the students were single, 33 (7,30 %) married, 39 (8,7 %) living together. The thesis concludes that there is a significant relationship between knowledge and attitudes regarding the use of levonorgestrel 1,5 mg in students, according to the calculated significance value of less than 0,05; and that allow us to deduce that it is important that students have the necessary knowledge on how to use this method in order to guarantee positive and responsible attitudes about its use as a preventive and care measure.

Keywords: levonorgestrel, emergency oral contraceptive, estrogen.

INTRODUCCIÓN

Sabiendo que el levonorgestrel de 1,5 mg (AOE) está al alcance de la población en general, se continúa persistiendo casos nuevos de embarazos no planificados y muertes a causa de abortos. En el Perú, al año se producen más de 350 mil abortos inducidos que constituyen 30 % de la mortalidad materna; 20 % de los partos en los hospitales públicos son adolescentes cuyas edades comprenden entre 10 y 19 años, 25 % de los embarazos son no deseados y 35 % llegan a convertirse en abortos inducidos ¹; Por lo cual, en la actualidad, diversos investigadores han realizado estudios a nivel nacional donde demostraron que el conocimiento de la población acerca de la AOE no es suficiente, saber además que este método no es un método convencional ².

La anticoncepción de emergencia es un recurso de urgencia que la mujer puede usar para evitar un embarazo no deseado después de haber tenido una relación sexual sin protección (violación, no uso de método anticonceptivo, olvido del método anticonceptivo o utilización inadecuada). Como su nombre indica, la anticoncepción de emergencia nunca debe usarse como método regular de planificación familiar, sino solo en situaciones de emergencia. Razón que motivó al desarrollo del presente

estudio de investigación, que se centró en determinar el nivel de conocimiento y la actitud sobre el uso del levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2018. Bajo un diseño no experimental con una muestra de 450 estudiantes.; con la finalidad de que se haga conocer a las autoridades pertinentes para el desarrollo de diferentes actividades para la debida orientación.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos:

El primer capítulo, presenta el planteamiento del problema, descripción del problema, formulación del problema justificación e importancia, alcances y limitaciones, objetivos, hipótesis y variables. El segundo elabora el Marco Teórico, punto en el que se desarrollan los antecedentes de investigación y las teorías referentes a las variables de estudio, seguido por la definición de términos. El tercer capítulo presenta el marco metodológico, en el cual se indica el tipo y diseño de investigación, además de la población y muestra, técnicas e instrumentos y el procesamiento de datos. El cuarto capítulo presenta los resultados de la investigación, según el instrumento aplicado, seguido por la comprobación de las hipótesis. El capítulo cinco presenta la discusión de resultados, en el cual se realiza un contraste entre los resultados de la

investigación y los estudios previos, realizando una comparación que determina cómo es que los resultados se asemejan o no a estos hallazgos previos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La sociedad actual promueve la libertad humana, lo que, para muchos, significa ejercer placer sin responsabilidades. A lo largo de los años se ha hecho muy frecuente la iniciación temprana de la sexualidad, producto de ello y la escasa información, aumentan los riesgos de embarazos no deseados.

En el Perú, el embarazo adolescente se presenta en 14,6 % de esta población y entre los departamentos con las tasas más altas encontramos a Loreto, Ayacucho y Lima con 10,0; 22,3 y 25,0 %, respectivamente; No dejando de lado el 9 % de Tacna ⁵. Asimismo, entre los adolescentes la prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), llegó a 287 casos confirmados y notificados desde 1983 hasta mediados del 2017 ³.

Se registran que al año se producen más de 350 mil abortos inducidos que constituyen 30 % de la mortalidad materna; 20 % de los

partos en los hospitales públicos son adolescentes cuyas edades comprenden entre 10 y 19 años, 25 % de los embarazos son no deseados y 35 % llegan a convertirse en abortos inducidos ⁴.

El Instituto Nacional de estadística e informática (INEI) según sus estudios realizados en el 2010 nos han demostrado que las mujeres en edad fértil sin nivel educativo tienen un uso de los métodos de 65,7 %; mientras las mujeres con un nivel educativo de primaria tienen un 72,9 % del uso de los mismos, con un nivel educativo de secundaria un 74,9 %; mientras que las adolescentes con un nivel superior un 76,6 %.

La AOE es definida por el MINSA como: “anticoncepción por vía oral, con métodos hormonales que puede ser utilizada por las mujeres en un periodo no mayor de tres días posteriores a la relación sexual no protegida. Es un método anticonceptivo de excepción y no de rutina. Por tanto, no reemplaza al uso continuo de métodos de planificación familiar” ⁸. Sin embargo, su uso no está exento de problemas. La presencia de efectos adversos siguientes al uso de AOE puede ser una fuente de preocupación y confusión para las usuarias, Esta situación puede ser consecuencia del poco conocimiento del uso de los métodos anticonceptivos, en especial, de la anticoncepción oral de emergencia, la

cual, como su nombre lo indica, es de uso en caso de urgencia por lo que existen adolescentes que la consumen como un anticonceptivo regular contrayendo consecuencias como la alteraciones en el nivel hormonal, sangrados menstruales no normales y probablemente desarrollar cáncer de mama.

Este estudio pretende analizar el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre la anticoncepción oral de emergencia y su actitud frente a su uso, para formular estrategias de orientación ⁸.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

- ¿Cuál es la relación entre los conocimientos y actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann?

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann?
- ¿Cuál son las actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Establecer la relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los estudiantes de la Escuela Profesional de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018.

- Evaluar el nivel de conocimientos sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela Profesional de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018.
- Evaluar las actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en Estudiantes de la Escuela Profesional de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018.

1.4. Justificación

La educación sexual referente a los métodos anticonceptivos y levonorgestrel 1,5 mg, es un tema importante que en la actualidad requiere ser impartido de forma constante a la población sexualmente activa. Los conocimientos insuficientes o erróneos y la falta de orientación sexual conducen a incremento de embarazo adolescente, paternidad irresponsable, deserción escolar, matrimonios precoces, abortos y embarazos no deseados.

El embarazo no deseado en la actualidad es un problema de Salud Pública que se ha incrementado, siendo éste un problema meritorio de investigar donde la morbilidad y mortalidad en mujeres jóvenes y sus productos están asociadas a la conducta reproductiva. El levonorgestrel

1,5 mg es reconocida como herramienta importante pues contribuye positivamente al cumplimiento del Programa de Acción el Cairo ya que previene los embarazos no deseados y conllevaría a reducir la mortalidad materna. Según estudios patrocinados por la United Nations Population Fund (UNFPA), la prevención de los embarazos no deseados evitaría entre 20 a 35 % de las defunciones maternas. La anticoncepción de emergencia produciría ahorro de gastos médicos y sociales, con una efectividad superior a 74 % para evitar embarazos no deseados ¹.

Es por esta razón que se realizará el presente estudio de investigación que tiene como propósito determinar el nivel conocimientos, actitudes sobre el uso de levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela Profesional de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de cuyos resultados servirán para que las autoridades de Salud tomen decisiones en el manejo del programa de planificación familiar del Ministerio de salud, asimismo se regule mediante la normatividad la adquisición, dispensación y uso de Levonorgestrel 1,5 mg.

Para un uso efectivo de la anticoncepción oral de emergencia evitando los riesgos de uso por desconocimiento o una mala actitud de los usuarios ².

1.5. Hipótesis

- Es probable que existe asociación significativa entre los conocimientos y actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018.

1.6. Variables

- Las variables de la investigación son las siguientes

1.6.1. Variable interviniente

- Características sociodemográficas.

1.6.2. Variable 1

- Nivel de conocimientos.

1.6.3. Variable 2

- Nivel de actitudes

1.6.4. Variable 3

- Uso

1.6.5. Operacionalización de variables

VARIABLE INTERVINIENTE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	EVALUACION DE CATEGORIA	ESCALA
Factores socioeconómicos	Factores económicos y sociales que caracterizan a un individuo o un grupo dentro de una estructura social.	Es la información recolectada por entrevistas, con el fin de determinar su relación entre el conocimiento y la actitud sobre el uso de levonorgestrel 1,5 mg	Factores socioeconómicos	Sexo	- Femenino - Masculino	Nominal
				Edad	- 17 - 27	
				Semestre de estudios	- Segundo - Cuarto - Sexto - Octavo - Décimo	
				Religión	- católica - cristiano - protestante - adventista	
				Estado civil	- Soltero - Casado - Conviviente - Divorc/separ - viudo	
				Número de hijos	- 0 - 4	
				Trabajo	- Si - No	
				Institución educativa	- Nacional - Particular	
			Factores de riesgo	relaciones sexuales	- Si - No	Nominal
				Embarazada	- Si - No	
				dejado embarazada a una pareja	- Si - No	
				Usa métodos anticonceptivos	- Si - No	
				Que método usa	- Píldoras - Inyectables - Condomes - DIU - Coito interrumpido - Calendario (ritmo)	

VARIABLE 1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	EVALUACION DE CATEGORIA	ESCALA
Conocimientos Sobre el uso de levonorgestrel 1,5mg	Factores económicos y sociales que caracterizan a un individuo o un grupo dentro de una estructura social.	Es la información recolectada por entrevistas, con el fin de determinar su relación entre el conocimiento y la actitud sobre el uso de levonorgestrel 1,5 mg	Conocimiento General	Ha oído hablar de la AOE	- Si - No	Nominal
				la primera vez que escuchó sobre AOE	- Hace < 6 meses - Hace 6-11 meses - Hace 1-5 años - Hace > 5 años - No recuerda	
				Dónde oyó	- En la Universidad y/o colegio - Centro de salud - A través de comentarios de amigos o familiares - A través de las noticias, en revistas - En la televisión / radio - Curso o clase formal - Línea de información telefónica, Internet	
				Obtención de la AOE	- Hospital/centros de salud - Establecimientos Farmacéuticos (farmacia o botica. o es posible obtenerlas - No sabe	
				¿Funcionan en un retraso menstrual?	- Si - No - No sabe	
				Cuánto tiempo después de una relación sexual sin protección deben tomarse la AOE.	- Inmediatamente después de la relación sexual - Dentro de 12 horas - Dentro de 24 horas - Dentro de 48 horas - Dentro de 72 horas - Dentro de 120 horas (5 días) - Dentro de una semana	
				Qué droga Contiene la AOE.	- La misma que las píldoras anticonceptivas diarias - La misma que las píldoras diarias, pero más fuerte - Una droga completamente diferente - No sabe	

VARIABLE 2	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	EVALUACIÓN DE LA CATEGORIA	ESCALA
Actitud frente al uso del levonorgestrel 1,5mg	Factores económicos y sociales que caracterizan a un individuo o un grupo dentro de una estructura social.	Es la información recolectada por entrevistas, con el fin de determinar su relación entre el conocimiento y la actitud sobre el uso de levonorgestrel 1,5 mg	Afectivo	¿Qué le parece este método?	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuado para las mujeres - Inadecuado para las mujeres - Adecuado para algunas mujeres - Quisiera tener más información 	Nominal
				¿Tiene alguna pregunta o inquietud?	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	

VARIABLE 2	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	EVALUACION DE CATEGORIA	ESCALA
				¿Qué inquietudes tiene?	<ul style="list-style-type: none"> - Puede causar problemas a la salud - Puede hacer daño el bebé si no funciona - Puede traducirse en complicaciones para embarazarse en el futuro - Es abortiva - Su uso puede ser ilegal - Te protege de enfermedades de transmisión sexual - No tengo mucha información. 	Nominal
			¿Dónde cree usted que debería proveerse este método anticonceptivo?	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitales públicos - Clínicas - Centros de salud - Establecimientos farmacéuticos (farmacias o boticas) - Escuelas 		
			¿Quién debería proveerlo?	<ul style="list-style-type: none"> - Médicos/as - Enfermeras/os - Trabajadores/as sociales - consejeros/as sexuales - Trabajadores/as de salud comunitarios/as - Psicólogos/as - Farmacéuticos/as 		
			Según usted ¿Cuáles serían las mejores maneras de informar a la persona sobre la anticoncepción de emergencia?	<ul style="list-style-type: none"> - En la clínica - Charlas - Folletos - Afiches - Radio - Televisión - Revistas/periódicos - Escuelas - Línea de información telefónica - Internet 		
				La consejería y orientación sobre la píldora del día siguiente es muy importante.	<ul style="list-style-type: none"> - A - D - I 	

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	EVALUACIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN	ESCALA
				Estarías dispuesto a recibir educación.	- A - D - I	
				Puede utilizar la AOE.	- A - D - I	
				Es normal hablar con su pareja acerca de que método anticonceptivo deberían usar.	- A - D - I	
				El hombre es quien decide,	- A - D - I	
				El uso de AOE es pecado.	- A - D - I	
				Se debe ir sin miedo al centro de salud por métodos anticonceptivos.	- A - D - I	
				Es un método para prevenir un embarazo.	- A - D - I	
				El uso de la AOE tiene un límite.	- A - D - I	
				Causa daños en la salud de la mujer.	- A - D - I	
				El uso durante la gestación, daña al bebe.	- A - D - I	
				Existe una alteración hormonal durante los periodos menstruales.	- A - D - I	
				Es un método abortivo.	- A - D - I	
				Tiende a provocar cáncer.	- A - D - I	

VARIABLE 3	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	EVALUACIÓN DE CATEGORIA	ESCALA
				<p>¿Cuán Eficaz es la AOE?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Casi siempre (99 %) - Tres de cada cuatro veces (75 %) - La mitad de las veces (50 %)- - Menos de la tercera parte (30 %) - No sabe 		
				<p>consecuencias del uso frecuente de AOE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infertilidad - hemorragia uterina disfuncional (HUD) - Riesgo de sobre dosis - Embarazo - Cáncer - No sabe 		
				<p>A que equivale una píldora AOE</p> <ul style="list-style-type: none"> - A 10 pastillas anticonceptivas diarias juntas. - A 20 pastillas anticonceptivas diarias -juntas. - A 30 pastillas anticonceptivas diarias juntas. - A 40 pastillas anticonceptivas diarias juntas. - A 50 pastillas anticonceptivas diarias juntas. - No sabe 		

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

- Ramírez-Antúnez ÁG, Muñoz-Zurita G, Ramírez-Antúnez FP, y col⁵. en el año 2015, en su tesis *“Conocimiento sobre el manejo de las pastillas del día siguiente en estudiantes del área de la salud”*, realizaron un estudio descriptivo transversal a 142 universitarios del nivel formativo del área de la salud de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), por medio de un cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre la anticoncepción hormonal poscoital. (AHP). Obteniendo como resultado que el 51 % de los universitarios tienen un deficiente conocimiento de la AHP, 46 % un conocimiento regular y sólo un 3 % tiene un buen conocimiento. No hubo diferencias significativas por sexo. Hay un mayor conocimiento con respecto a la dosificación 92 % y un menor conocimiento en el mecanismo de

acción 22 %. Los estudiantes de la carrera de Medicina tienen un nivel de conocimientos bueno del 6,8 %; a diferencia de los estudiantes de Estomatología y Enfermería que tiene un nivel de conocimientos bueno del 0 % y 2,1 % respectivamente ⁵.

- Napoleón, C. y López E. realizó un estudio sobre “*Causas y efectos del uso excesivo de la píldora de emergencia en los estudiantes de bachillerato de la unidad educativa de Riobamba*”, Colombia. Enero 2016; Para concientizar en las mujeres el uso adecuado de la píldora del día después entre 14 y 25 años de la población. Reporto que el 70% de las mujeres no utilizan esta pastilla del modo adecuado. Algunas mujeres lo utilizan por mastalgia (dolor en las glándulas mamarias) o mastodinia (dolores previos al ciclo menstrual), existen mujeres que toman esta pastilla como un método anticonceptivo por lo tanto lo toman cada 3 días o una vez a la semana pero no tienen en cuenta las consecuencias a las que estas con lleva, ya que se debe tener en cuenta que la píldora de emergencia es un método hormonal, un anticonceptivo que es 50 veces mayor en concentración que los que utiliza cualquier anticonceptivo diario ; es decir , esta píldora actúa como si se ingirieran aproximadamente 50 pastillas anticonceptivas al mismo tiempo ⁴⁴.

- Chofakian C., Borges, Fujimori, E. En el año 2014, en el estudio de investigación titulado: “*El Conocimiento de la anticoncepción de emergencia entre los adolescentes*” realizado en las Escuelas Secundarias Públicas y Privadas brasileñas, realizado con el objetivo de analizar el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia entre los adolescentes en las escuelas públicas y privadas. Empleando un estudio transversal la muestra fue de 705 alumnos de 15 a 19 años de edad matriculados en escuelas públicas y privadas en un municipio de Sao Paulo, Brasil. Resultados: La iniciación sexual y el uso de la anticoncepción de emergencia se informó de un 24,9 % de los estudiantes de escuelas privadas y el 32 % de los estudiantes de la escuela pública, La puntuación media en 26 el conocimiento fue 3,87 (SD = 2.12) en las escuelas públicas y 5,14 (SD = 2.00) en las escuelas privadas, El análisis de regresión lineal múltiple mostró que las puntuaciones más altas en los conocimientos relativos a la anticoncepción de emergencia se asociaron con: matrícula en las escuelas privadas, el sexo femenino, los adolescentes mayores, la iniciación sexual, el uso previo de anticonceptivos de emergencia, y alguien sabiendo que había utilizado el método. El estudio

concluye que pocos adolescentes están debidamente informados sobre el método y que muchas ideas equivocadas persistentes ⁴⁵.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

- Merino y Machaca ⁶, en el año 2014, en su tesis titulada, *“Conocimientos y prácticas sobre el uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) en estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Norbert Wiener”*, buscaron determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre el uso del anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes del tercer al décimo ciclo del turno noche de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Norbert Wiener. El estudio fue observacional, descriptivo y transversal, en una población de 284 estudiantes. Se realizó una encuesta a una muestra de 166 estudiantes. En los resultados se observó que 112 (67,47 %) pertenecían al sexo femenino, y 54 (32,53 %) al sexo masculino. Las edades estuvieron comprendidas en un rango de 20 a 50 años; En cuanto a los conocimientos sobre el mecanismo de acción del AOE, 123 (74,2 %) de los estudiantes encuestados tuvieron un nivel malo, 116 (69,88 %) alcanzaron un nivel bueno en cuanto a los efectos secundarios que produce el AOE, 151 (90,96 %). En

cuanto a las prácticas sobre el uso del AOE, se tuvo que 166 (100 %) de los estudiantes encuestados indicaron haber utilizado el AOE, y tuvieron un nivel de prácticas adecuadas en cuanto a las razones de uso del AOE, 150 (90,36 %) de los estudiantes encuestados indicaron utilizar un método anticonceptivo regular o diferente después de haber usado el AOE; por ello, alcanzaron un nivel de prácticas adecuadas.

- Villena ⁷, en el año 2014, realizó la investigación “*Conocimientos Y Actitudes Sobre La Anticoncepción De Emergencia Hormonal En Estudiantes De 4to Y 5to Grado De Secundaria De La I.E. Independencia Americana*”. mediante el cual busca establecer la asociación entre la actitud sobre la anticoncepción de emergencia hormonal y el conocimiento en los estudiantes usando un método de estudio: prospectivo y transversal en el que participaron 301 estudiantes varones entre los 15 y 19 años de edad, en marzo de 2014; se les aplicó un cuestionario de conocimientos y de actitudes sobre anticoncepción de emergencia hormonal. En el análisis estadístico se utilizó medidas de frecuencias absolutas y relativas y para la asociación de variables categóricas se recurrió a la prueba estadística Chi Cuadrado. Resultados De los 301 alumnos el mayor

porcentaje (54,15 %) corresponde a estudiantes de 15 años y el menor (1,33 %) para los de 18 años. En cuanto a conocimientos sólo el 4,98 % de estudiantes tenían un buen nivel de conocimientos, 7,97 % regular y 87,04 % un mal conocimiento sobre el tema. En cuanto a actitud el 58,14 % de estudiantes tiene actitudes positivas hacia la anticoncepción de emergencia hormonal y 41,86 % tiene actitudes negativas. Sólo se encontró relación entre el nivel de conocimientos sobre la anticoncepción de emergencia hormonal y la edad con un nivel de confianza de 99 % ($P < 0.01$). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre actitudes y conocimientos en los adolescentes.

- Mantilla ⁸, en el año 2015, realizó su tesis titulada “*Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las adolescentes entre 11 y 19 años del consultorio de Gineco Obstetricia del HNHU*”; en la Universidad Ricardo Palma, cuyo estudio observacional, descriptivo, prospectivo transversal, cuya muestra estuvo representada por 150 adolescentes, que acudieron al consultorio externo del servicio de Gineco Obstetricia, a quienes se les aplicó una encuesta. Concluye que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos fue alto con un 82 %, gracias a los

medios de comunicación masiva que fueron los más usados para el conocimiento de los métodos anticonceptivos con un 60 %; un 29,33 % fue a través de la Escuela; el 5,33 % por los padres y familiares cercanos y centros de planificación familiar. El 40 % prefiere utilizar el preservativo, el 28,7 % las pastillas anticonceptivas, el 10,6 % el método de ritmo y el 20,7 % expresó que no utiliza los métodos anticonceptivos.

- Díaz ⁹, en el año 2014, realizó en su tesis titulada “*Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torres*”, realizada en la Universidad San Martín de Porres de Chiclayo, que fue una investigación descriptiva de corte transversal, con una muestra de 125 adolescentes del quinto año de educación secundaria. Concluye que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes adolescentes es relativamente alto. Los factores sociodemográficos en estudiantes adolescentes del quinto año que se relacionan con el conocimiento sobre métodos anticonceptivos.
- Gómez ¹¹, en el año 2011, desarrollo su tesis titulada: “*Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad*”

en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF “República del Ecuador” del distrito de Villa María del Triunfo”; realizada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, planteó un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo; con una muestra de 226 alumnos entre 15 a 19 años de edad, a quienes se les aplicó una encuesta. Concluye que los estudiantes tienen un conocimiento alto sobre los anticonceptivos, de los cuales, un 56,9 % ya utilizó algún método, siendo el preservativo el más utilizado con un 80,5 %. Del total, un 38,7 % de casos expresaron que no utilizan un método anticonceptivo porque no lo desean.

- Albornoz ¹³, en el año 2012, realizó su tesis titulada: *“Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”*; ejecutado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, donde utilizó un diseño descriptivo de corte transversal con una muestra de 60 estudiantes, a quienes se aplicó una entrevista. Concluye que el 23,3 % de los estudiantes tuvieron conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, el 55,0 % conocimiento regular, el 21,7 % conocimiento bajo, por otro lado,

el 43,3 % presentaron una actitud de aceptación hacia los métodos anticonceptivos, el 25,0 % actitud de rechazo y el 31,7 % actitud de indiferencia.

2.1.3 Antecedentes Locales

- Latorre ¹⁴, en el 2012, en su tesis titulada: “*Nivel de conocimiento y actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal*”, realizada en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna, empleo un estudio descriptivo, transversal y no experimental, para la cual, realizó una encuesta dirigida a 141 adolescentes atendidos en el Instituto. Concluye que existe una asociación significativa entre la actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos con el nivel de conocimiento de los mismos. Asimismo, se determinó que la actitud mostrada por los jóvenes es semiliberal y que más de un 50 % de la muestra presentaba una información inadecuada sobre los anticonceptivos.
- Cutipa ¹⁵, en el 2010, en su tesis titulada: “*Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en los adolescentes de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna*”; realizada en la Universidad

Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna, presenta una investigación de tipo descriptivo, transversal y correlacional, en la cual, participaron 111 adolescentes que cursaban el cuarto y quinto año de nivel secundario, a quienes se les aplicó un cuestionario. Concluye que el 46,9 % tiene un nivel bajo de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, un 33,3 % presenta un nivel regular, un 15,3 % un nivel alto y un 4,5 % desconocen alguno de los métodos. Por otro lado, el 46,9 % expresaron una actitud indiferente hacia los anticonceptivos, un 41,5 % una actitud aceptable y un 11,7 % presentaron su rechazo.

- Contreras y Yabar ¹⁶, en el 2000, realizaron un trabajo de tesis titulada: “*Nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos del ritmo, coito interrumpido, condón, óvulos, píldoras, inyectables en los alumnos del bachillerato Tacna*”, fue desarrollada en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna, y que corresponde a una investigación de tipo descriptiva y transversal. Concluye que el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en los alumnos del bachillerato de Tacna es deficiente, el 55 % de los alumnos poseen un nivel de conocimiento deficiente y solo un alumno con un conocimiento muy bueno, esto

nos da a entender que no conocen la forma de utilización de los métodos anticonceptivos.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Implantación humana

La fertilización ocurre normalmente en la ampolla de las trompas de Falopio 24 a 48 horas después ovulación. Entre los días 3 y 4 (aproximadamente en el día 18 de un ciclo ideal de 28 días ciclo) el cigoto migra a través de la trompa de Falopio hasta llegar a la cavidad uterina en la etapa de mórula ¹⁶.

La transición de mórula a blastocisto se acompaña de diferenciación celular: Las células de la superficie se convierten en el trofoblasto y dan lugar a una estructura extraembrionaria. Incluyendo la placenta, mientras que la masa celular interna da lugar al embrión. El blastocisto permanece flotando libremente dentro de la cavidad uterina durante aproximadamente 3 días antes de la eclosión ocurre, alrededor del día 7 después de la ovulación. Posteriormente, se produce la implantación (gráfico 1).

La implantación humana probablemente incluye tres etapas consecutivas: aposición, adhesión e invasión. La aposición, el contacto inicial de un blastocisto con la pared uterina, es inestable. La siguiente etapa, la adhesión estable, se caracteriza por un aumento físico interacción entre el blastocisto y el epitelio uterino. Microvellosidades ubicadas en él ¹⁶.

Se cree que la superficie apical de los sincitiotrofbastos se interdigita con el útero microprotrusiones de la superficie apical epitelial conocidas como "pinopodes" ¹⁷. O "uterodomes" ¹⁸. La invasión comienza consincitiotrofblasto que penetra el epitelio uterino.

Después de la inserción y penetración de los blastocistos en el epitelio luminal endometrial, el trofoblasto luego invade a través del estroma, interactuando con el ECM de células estromales decidualizadas antes de establecer la vasculatura materna y formar una placenta funcional. El establecimiento y mantenimiento del embarazo depende de un endometrio cebado con estrógenos bajo la influencia de la progesterona después de la ovulación. Harper ¹⁹.

La implantación exitosa es el resultado final de una interacción molecular compleja entre útero cebado con hormonas y un blastocisto

maduro. La tasa estimada de implantación en los ciclos naturales es del 15 al 30 % ²⁰. Disminuye con la edad en una no lineal moda hasta los 35 años, momento en el que hay una disminución de aproximadamente 3 % por año Spandorfer ²¹.

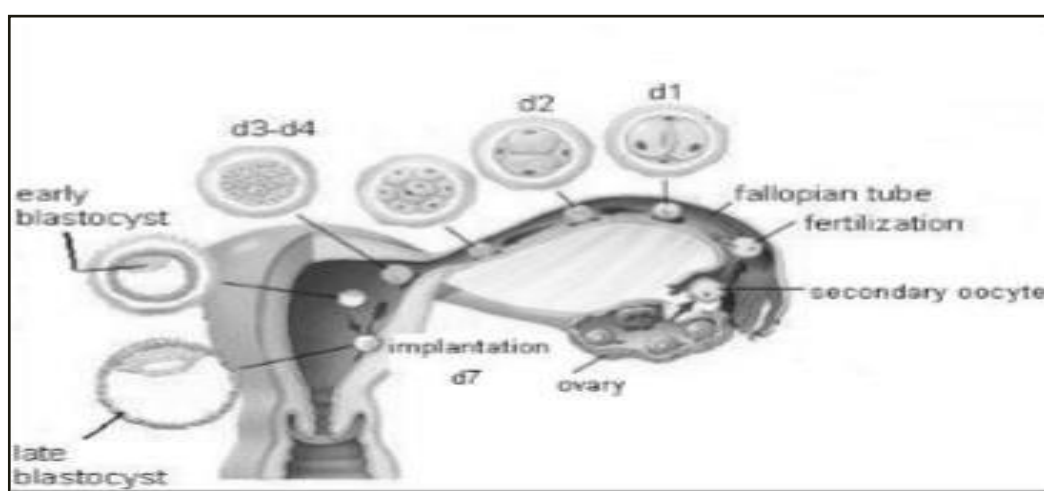


Gráfico 1. El proceso de desarrollo e implantación de blastocistos.

Fuente: Spandorfer ²¹.

2.2.2. Ventana de implantación o receptividad uterina

La implantación ocurre solo durante la "ventana de implantación", un período limitado cuando el endometrio humano es receptivo para que el embrión se implante. Comienza aproximadamente día 6 después del pico de la hormona luteinizante (LH) ¹⁹.

Este proceso requiere sincronización entre el embrión en desarrollo y el endometrio receptivo. El diálogo entre el embrión y el

endometrio está bajo el control de los esteroides sexuales (estrógenos y progesterona), una variedad de moléculas (factores de crecimiento, citocinas, vasoactivos factores) y otras hormonas, incluida la gonadotropina coriónica humana ¹⁹.

Las características de la receptividad uterina incluyen histológicos cambios en los cuales el endometrio se vuelve más vascular y edematoso, las glándulas endometriales muestran una mayor actividad secretora y el desarrollo de Pinopodos en la superficie luminal del epitelio; Adicionalmente múltiples señales sincronizan el desarrollo del blastocisto y la preparación del útero ¹⁷.

2.2.3. Regulación hormonal de los ovarios

El proceso de implantación sincronizada tiene muchos aspectos, en los que el papel de los esteroides. Las hormonas es la mejor entendida. Muchos eventos en el crecimiento y la función uterina son regulados por la interacción entre el estrógeno y la progesterona. En general, progesterona. Antagoniza la proliferación de estrógenos y el metabolismo. Los andrógenos son comunes. Precursores de estrógenos (gráfico 2). La androstenediona se convierte en testosterona por 17β -hidroxiesteroide deshidrogenasa (17β -HSD). Desmetilación rápida en C-

19 aromatiza la testosterona a estradiol, que es el principal estrógeno secretado por humanos ²³.

El estradiol también puede surgir de la androstenediona a través de la estrona, y la propia estrona es secretada en cantidades diarias significativas. Induce la proliferación de células epiteliales y fibroblastos estromales durante la fase preovulatoria, mientras que después de la ovulación lútea ²³.

La progesterona induce la diferenciación glandular y la proliferación de fibroblastos estromales y diferenciación ²³.

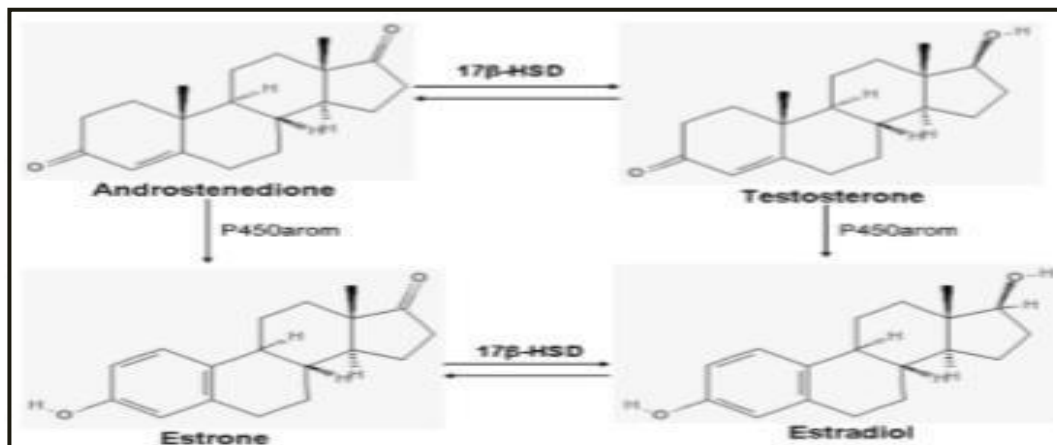


Gráfico 2. La síntesis de estradiol en humanos.

Fuente: Punyadeera ²³.

2.2.4. Ventana fértil

Aunque las relaciones sexuales pueden tener lugar en cualquier etapa del ciclo ovárico, solo hay un tiempo limitado alrededor de la ovulación cuando resultará el embarazo. La fertilización debe ocurrir dentro de las 24 horas de la ovulación, ya que después de ese tiempo el ovocito se deteriora rápidamente y entonces la fertilización falla o da lugar a un embrión defectuoso Baird ²⁴.

Por el contrario, los espermatozoides pueden sobrevivir en el aparato reproductor femenino durante 5-6 días después ²⁵. Por lo tanto, la fase fértil de alto riesgo se extiende desde 5 días antes de la ovulación hasta el día de la ovulación Wilcox et al ²⁶; sin embargo, el tiempo de la ventana fértil puede ser altamente impredecible, incluso si el ciclo menstrual es regular. La posibilidad de ovulación tardía produce un riesgo persistente de embarazo incluso en la sexta semana del ciclo ²⁸.

La probabilidad estimada de concepción con un acto sexual en relación con el día del ciclo menstrual se enumera en la (gráfico 3).

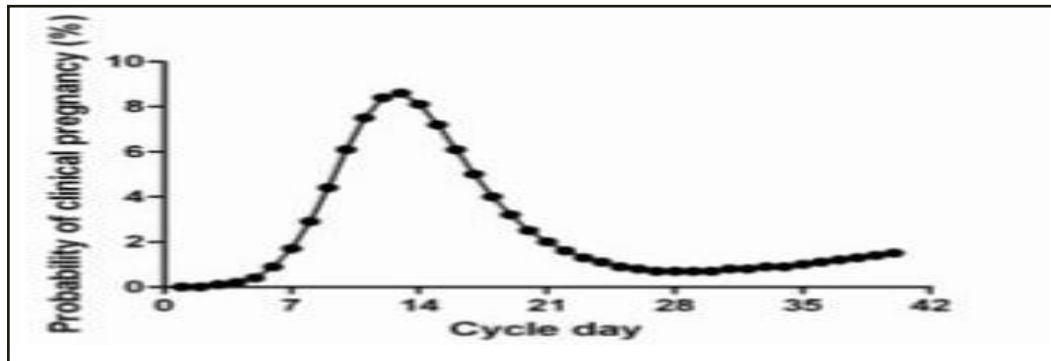


Gráfico 3. Probabilidad de embarazo clínico con un acto de relaciones sexuales en relación con el día del ciclo menstrual.

Fuente: Wilcox ²⁷; Trussell y col. ²⁸.

2.2.5. Clasificación de anticonceptivos

Goodman y Gilman ⁴⁶, expresan la existencia de métodos anticonceptivos hormonales, los cuales, se basan en hormonas sexuales femeninas: estrógenos sintéticos y progestágenos sintéticos, o sólo un progestágeno; asimismo, pueden administrarse vía oral, inyectable mensual y trimestral, e implantes subdérmicos.

La Organización Mundial de la Salud define dos clases de hormonas sintéticas:

- **Progestágenos.** Son compuestos sintéticos que imitan el efecto de la progesterona natural, pero difieren desde el punto estructural. Los dos grupos principales son el Estrano y Pregnano, su principal función es inhibir la ovulación y antagonizar a los estrógenos.

- **Estrógenos sintéticos.** Son compuestos que imitan el efecto de los estrógenos, las cantidades altas inhiben a las hormonas: Folículo estimulante (FSH) y Luteinizante (LH) así evitan la ovulación. Existen dos tipos de estrógenos sintéticos Etinilestradiol y Mestranol.

Asimismo, Goodman, Gilman ⁴⁶ y la OMS definen las formas de administración de anticonceptivos y sus efectos adversos siguientes:

2.2.5.1 Anticonceptivos orales y combinados

Estos anticonceptivos pueden ser monofásicos, es decir que contienen la misma dosis de estrógeno y progestágeno o multifásicos que se caracteriza por dosis variables de hormonas sintéticas.

Efectos secundarios temporales:

Trastornos menstruales. Suele disminuir después de los primeros tres meses.

- Cefalea.
- Aumento de peso.
- Mastalgia.
- Trastornos en el estado de ánimo.

Efectos secundarios reversibles:

- Complicaciones cardiovasculares en altas dosis.

Además, hay que considerar antecedentes de hipertensión arterial crónica, cardiopatía y consumo de tabaco.

- Elevación de la presión sistólica.

2.2.5.2 Anticonceptivos inyectables

Existen dos: combinados que consisten en hormonas sintéticas combinadas que se inyectan intramuscularmente, que proporciona un depósito; y, de un solo progestágeno que consiste en preparados basados en progestágeno.

Efectos secundarios:

- Hemorragia intermenstrual.
- Cefalea.
- Aumento de peso.
- Retraso de la fecundidad.
- Disminución de la densidad ósea.
- Efectos cardiovasculares: en altas dosis favorece un estado de procoagulabilidad y el metabolismo

hidrocarbonado aumentando la resistencia periférica a la insulina.

- Cáncer de mama: aumenta ligeramente con el tratamiento hormonal ⁴⁶.

2.2.5.3 Implantes subdérmicos de progestágenos

Son métodos anticonceptivos de carácter temporal y reversible, con duración de tres a cinco años, contienen levonorgestrel o etonogestrel.

Efectos secundarios frecuentes:

- Amenorrea.
- Irregularidad menstrual.
- Manchado diario.

Efectos secundarios psicossomáticos:

- Cefalea.
- Aumento de peso.
- Náuseas.
- Cambio en el apetito.

Efectos secundarios en la implantación del método:

- Dolor ⁴⁶.

2.2.5.4 otros métodos

Por otro lado, Albornoz ¹², plantea otros métodos anticonceptivos como naturales, de barrera, hormonales y quirúrgicos:

a. **Métodos naturales.**

- **Método rítmico.** Abstinencia del contacto sexual durante los días fértiles.
- **El coito interrumpido.** Consiste en retirar el pene de la vagina antes que se produzca la eyaculación, para evitar la inseminación y fecundación del óvulo.

b. **Métodos de barrera.**

- **Preservativo masculino.** Es el más empleado en el mundo utilizado por los varones.
- **Preservativo femenino.** Consiste en una funda de poliuretano con dos anillos flexibles en cada extremo.
- **Espermicidas.** Espumas, cremas, geles o supositorios que contienen sustancias químicas que inutilizan los espermatozoides.

c. Métodos hormonales.

- **Anticonceptivos orales.** Incluyen las píldoras combinadas (estrógenos y progestina).
- **Anticoncepción de emergencia.** Inhibe la ovulación o impide la implantación del huevo fecundado.
- **Dispositivos intrauterinos.** Alambre diminuto de plástico o metal que se coloca en el útero.

d. Métodos quirúrgicos.

- **Vasectomía.** Corte de los conductos deferentes.
- **Ligadura de trompas.** Corte y ligadura de las trompas.

2.2.6. Consecuencias del mal uso de anticonceptivos

Las reacciones pueden variar mucho, de acuerdo a la edad y características de cada paciente y principalmente a las hormonas que sean usadas en el anticonceptivo. Los anticonceptivos orales no son todos iguales, hay muchos tipos y usan diferentes tipos de hormonas y diferentes dosis ¹⁵.

Según el especialista, es importante que el médico evalúe a la paciente y vea cuál de las hormonas es la que le conviene a ella. Es absolutamente diferente el anticonceptivo que debe darle a una adolescente delgada y con acné, que, a una paciente mayor, gordita y con el colesterol elevado. Los anticonceptivos, si no se indican con cuidado y supervisando su uso, podrían engordar a la paciente, subir su presión arterial, darle problemas en la coagulación, favorecer problemas tromboembólicos, darle dolores de cabeza, entre otros ¹⁵.

En Perú, el método anticonceptivo más utilizado es el de emergencia, su consumo provoca sueño, cambio de genio, dolor de mamas y puede modificar el ciclo menstrual; retrasarlo o adelantarlo. Una mujer solo puede consumir como máximo dos pastillas al año. Si lo hace de forma periódica, puede desarrollar cáncer de mama. No hay impedimento de edad. No es recomendable para quienes tienen problemas gástricos o hígado (cirrosis o hepatitis), porque la sobrecarga de la hormona les haría mayor daño ⁴.

2.2.7. Anticoncepción oral de emergencia

2.2.7.1. Levonorgestrel

Es una hormona progestacional sintética con acciones similares a las de progesterona (gráfico 4) y aproximadamente el doble de potente que el norgestrel Jones et al. ²⁹.

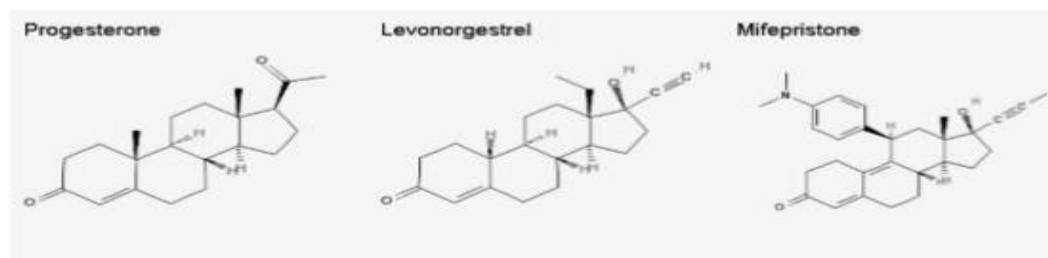


Gráfico 4. Estructuras moleculares de progesterona, levonorgestrel, mifepristona y acetato de ulipristal.

Fuente: Jones et al. ²⁹

La píldora de solo GNL se usa más comúnmente para la anticoncepción de emergencia (AE). La estrategia de dosificación aprobada por la FDA de los Estados Unidos es de 0,75 mg tan pronto como sea posible dentro de las 72 horas de un desprotegido acto de relaciones sexuales, con una segunda dosis de 0,75 mg tomada 12 horas después. La segunda dosis debe tomarse 12 - 24 horas después de la primera sin reducir la eficacia Hansen ³⁰.

Una dosis única de 1.5 mg de GNL es tan efectiva como la dosis dividida sin cambiar la eficacia ni empeorar ningún efecto secundario ³¹, por lo tanto, este es el régimen actualmente recomendado por la OMS. Los estudios de eficacia muestran que el GNL también se puede usar entre 73 y 120 horas después de relaciones sexuales sin protección ³¹.

A pesar de ser ampliamente utilizado la AE en todo el mundo, los mecanismos de acción del GNL no se conocen completamente. Se han realizado varios estudios para hacer frente a esta cuestión; Si se administra al menos 2 días antes del aumento de LH, el LNG causa un retraso o una inhibición de la oleada de LH y, por lo tanto, inhibe o retrasa; ovulación en mujeres ³¹.

Sin embargo, si se administra solo un día antes de la ovulación, la LH el aumento se produce como se esperaba, pero provoca un acortamiento significativo de la duración del ciclo, lo que indica que el GNL también puede interrumpir la formación del cuerpo lúteo que causa prematura luteinización del folículo no roto ³⁶.

Sin embargo, otros creen que la administración peri y post ovulatoria de GNL no daña el corpus luteum función o morfología endometrial ³².

El uso de Levonorgestrel no influye en la reacción acrosómica del esperma ³⁸. Eso inhibe la fusión de espermatozoides y ovocitos y disminuye la velocidad curvilínea de espermatozoides solo a altas concentraciones, y la contribución de estos efectos a la AE es poco probable que sea significativo ³⁷; Otro mecanismo propuesto es que el GNL interfiere con la función o la proteína. Expresión del endometrio. Glycodelin-A es el principal regulado por progesterona glicoproteína secretada en la cavidad uterina por las glándulas endometriales de fase secretora, la ausencia de glycodelin-A durante el ciclo medio peri ovulatorio en el endometrio es consistente con una "ventana fértil" abierta ³⁹.

Levonorgestrel tomado en 3 - 4 días antes del aumento de LH se encontró que altera la secreción de la fase lútea patrón de glycodelin-A ⁴⁰.

Este puede ser uno de los mecanismos de acción del GNL cuando se administra antes del aumento de LH. Sin embargo, otro estudio declaró que el GNL tomado antes de la ruptura folicular no influye en la glucodelina. Un nivel de enrojecimiento uterino 24 - 28 horas después de la ingesta de GNL ⁴⁰; por lo tanto, el papel de la glucodelin - A en el mecanismo de GNL quedaba por determinar. Si se administra después de que se haya activado la ovulación, levonorgestrel no tiene efecto

detectable en el nivel de endometrio o progesterona cuando se administra después de la ovulación ³¹.

El debate si los efectos post coitales del levonorgestrel se deben a la supresión de la ovulación o a una la participación en eventos post ovulatorios es extensa, por lo tanto, se necesita más investigación. Con suerte, un mayor conocimiento sobre el mecanismo de acción podría aumentar aceptabilidad y disponibilidad de este método, reduciendo así el número de abortos inducidos ³⁵.

2.2.7.2. Efecto del levonorgestrel sobre la migración y vitalidad espermática

Un coito único puede producir un embarazo solamente si tiene lugar en el día en que ocurre la ovulación o en los 5 días que la preceden y en cualquiera de estos días la probabilidad de que ocurra un embarazo reconocible clínicamente no supera el 27 % ¹⁴.

Estos seis días constituyen el período fértil del ciclo menstrual y su distribución asimétrica en torno al día de la ovulación se debe a dos factores. Por una parte, los espermatozoides pueden conservar su viabilidad y capacidad fecundante hasta por cinco días en las criptas del cuello uterino. Allí se forma un reservorio que surte continuamente a la

trompa de Falopio de nuevos espermatozoides durante varios días hasta que se produce la ovulación. Por otra parte, el óvulo necesita ser fecundado pocas horas después de la ovulación para generar un cigoto sano que sea viable más allá de la implantación. El 83 % de los días del período fértil están antes de la ovulación, y cuando el coito ocurre en alguno de estos días, los espermatozoides tienen que esperar entre 1 y 5 días en el tracto genital de la mujer hasta que ocurra la ovulación. Esta circunstancia ofrece una posibilidad real y concreta de que en la mayoría de los casos el levonorgestrel pueda actuar sobre la migración o vitalidad de los espermatozoides o sobre el proceso ovulatorio o sobre ambos y de ese modo prevenir la fecundación; Por otra parte, diversos estudios han confirmado que el levonorgestrel actúa sobre las células mucosas del cuello uterino alterando su secreción de un modo que la torna muy viscosa hasta el punto de suprimir totalmente el avance de los espermatozoides a través del moco cervical ¹⁴.

Kesserü y cols ¹⁵ reportaron que la administración de 0,4 mg de LNG 3 - 10 horas después del coito produce una disminución del número de espermatozoides recuperados de la cavidad uterina, 3 horas después del tratamiento; aumenta el pH del fluido uterino a las 5 horas lo cual inmoviliza a los espermatozoides; y aumenta la viscosidad del moco cervical a partir de las 9 horas impidiendo el paso de más

espermatozoides hacia la cavidad uterina. Estas observaciones fueron hechas utilizando un 57 % de la dosis que se usa actualmente, no obstante, son relevantes al modo de acción del levonorgestrel usado como anticonceptivo oral de emergencia ¹⁶.

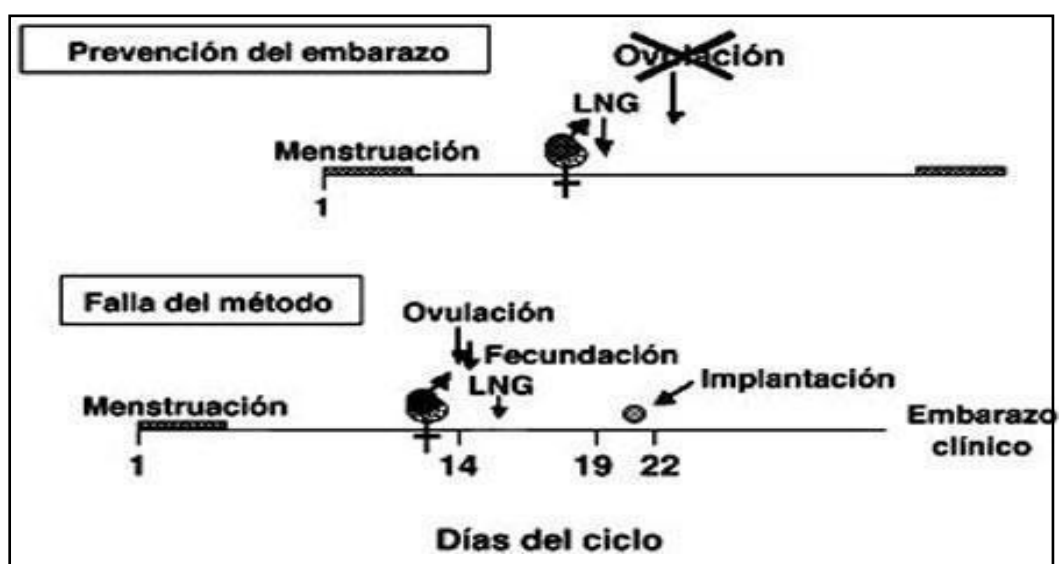


Gráfico 5. Uso del levonorgestrel

Fuente: Álvarez y cols ¹⁷.

Se ilustra en forma esquemática la explicación de cómo levonorgestrel usado para anticoncepción de emergencia previene algunos embarazos, pero no los previene todos. En la parte superior se ilustra que después de tener una relación sexual en el período fértil del ciclo, la mujer toma prontamente LNG, lo que suprime la ovulación y por este mecanismo previene el embarazo. En la parte inferior se ilustra que

después de tener una relación sexual en el período fértil del ciclo y muy cercano a la ovulación, la mujer toma el LNG, luego que ha ocurrido la ovulación y la fecundación. Tomado en este momento ya no interfiere con los procesos que siguen, la mujer experimenta atraso menstrual y se establece un embarazo clínicamente reconocible.

La eficiencia de este proceso se puede estimar observando la proporción de óvulos que se fecundan después de tener relaciones sexuales en el período fértil. Alvarez y cols ¹⁷, lograron recuperar el óvulo de la trompa de 20 mujeres de fertilidad probada, que tuvieron al menos una relación sexual en el período fértil verificada por el hallazgo de espermatozoides en el cuello uterino. Sólo 10 de estos óvulos estaban fecundados, lo cual indica que, en las mejores condiciones, la tasa de fecundación in vivo en la especie humana es cercana al 50 %. Es decir, si 100 mujeres de fertilidad probada tienen relaciones sexuales no protegidas en el período fértil, en sólo 50 de ellas ocurriría la fecundación. Si es así en condiciones óptimas, es de suponer que, en condiciones no óptimas, vale decir cuando el LNG está interfiriendo con la migración y función espermática, la tasa de fecundación está probablemente muy comprometida. La interferencia del LNG con la fase sostenida de la migración espermática, demostrada por Kesserü y cols ¹⁵, podría reducir o

anular la probabilidad de que ocurra la fecundación, si es que llega a producirse la ovulación.

2.2.7.3. Efectos del levonorgestrel sobre el proceso ovulatorio

La posibilidad de que LNG administrado como AOE inhiba la ovulación en la mujer ha sido explorada por varios autores utilizando diversos diseños experimentales. En algunos casos, el LNG ha sido administrado en el día del pico de LH en la orina, el cual es fácil de detectar, pero tiene el inconveniente de que la ovulación suele ocurrir en ese mismo día y por lo tanto es demasiado tarde para inhibirla. De hecho, los datos indican que dado el LNG en ese día, inhibe la ruptura folicular o interfiere con la formación de un cuerpo luteo sólo en una baja proporción de los ciclos tratados: a modo de ejemplo, 5 de 12 casos en el estudio de Hapangama y cols ¹⁹, y 0 de 11 casos en el estudio de Durand y cols ¹⁶.

En algunos casos se intentó administrar el LNG dos días antes del pico de LH (LH-2) pero es difícil acertar y es casi imposible determinar en cuántos casos se logró. En el estudio de Marions y cols ²⁰, el tratamiento con LNG en LH-2 suprimió el pico de LH en 5 de 5 casos, no se determinó si hubo o no hubo ruptura folicular, pero se detectó fase lutea de características normales en los 5 casos. Posteriormente

perfeccionaron el diseño del estudio, agregando evaluación ecográfica del folículo, y confirmaron que en 7 de 7 casos el tratamiento con LNG suprimió la ovulación.

En el estudio de Durand y cols,¹⁹ el tratamiento dado presuntamente entre LH-2 y LH-4 fue seguido de ruptura folicular y niveles significativamente disminuidos de progesterona en la fase lutea en 8 de 8 casos. Finalmente, en este mismo trabajo se trató a un grupo de mujeres en el día 10 del ciclo menstrual. En 12 de 15 se inhibió la ovulación (no hubo ruptura folicular ni fase lutea), y en otras tres se postergó la ovulación más allá del límite máximo de los 6 días que pueden esperar los espermatozoides al óvulo. Croxatto y cols²² administraron LNG o placebo en la fase folicular cuando el folículo dominante tenía 12 - 14, 15 - 17 o 18 mm de diámetro (n= 16 - 22 por grupo) en un diseño cruzado, doble ciego y randomizado. Observaron muy buena correlación entre el diámetro folicular al momento de administración y la ausencia de ruptura folicular ecográfica y ausencia del pico preovulatorio de gonadotrofinas en los cinco días siguientes al tratamiento. Esto se observó en el 94,0; 91,0 y 47 % de los ciclos tratados con LNG, respectivamente, contra 62,0; 45,0 y 13 % en los ciclos controles de las mismas mujeres.

Es evidente que LNG administrado durante la fase folicular tiene la capacidad de interferir con el proceso ovulatorio, ya sea suprimiendo el pico de LH, la ruptura folicular o la luteinización, lo cual parece depender del momento en que se administra. No se ha evaluado su posible interferencia con otros componentes críticos del proceso ovulatorio, como son la maduración del oocito y la expansión del cúmulo oóforo ²².

2.2.7.4. Efectos sobre el endometrio

Crozzato & Ortiz ⁴², usaron distintos diseños para examinar la posibilidad de que el LNG interfiera con el desarrollo progestacional del endometrio, el cual es considerado esencial para que se implante el blastocisto. Para esto compararon aspectos morfológicos y moleculares en biopsias tomadas en el período receptivo luego de administrar LNG en el período periovulatorio. Encontraron mínimas o ninguna diferencia en los parámetros examinados en comparación con los ciclos controles de las mismas mujeres. Los resultados de estos estudios confirman que, cuando no suprime la fase lutea, el LNG administrado como AOE no interfiere con el desarrollo progestacional del endometrio. Esto no es sorprendente ya que, desde un punto de vista fisiológico y farmacológico, parece muy improbable que la administración de esta progestina altere el proceso que normalmente es inducido por la progesterona al actuar sobre el

endometrio proliferativo. En conclusión, estos estudios, realizados en la mujer, muestran que LNG administrado en las dosis que se usan como AE no produce cambios en el endometrio que sean suficientes para interferir con la implantación ¹⁶.

2.2.8. Planificación familiar

La planificación familiar es una estrategia que ayuda a las familias a lograr un mejor nivel de vida. A través de la planificación, la pareja decide cuantos hijos e hijas tener y cuándo tenerlos (evita los embarazos no deseados); posibilita a las mujeres que tengan sus hijos e hijas a las edades en que el embarazo ocasiona menores riesgos (entre 20 y 35 años), asegurando de esa manera la salud de la madre y la del bebé. La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra a través de la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad ⁴⁷.

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, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Entonces, la paternidad responsable comprende una vinculación con la conciencia recta", tanto de los padres como de los profesionales que los orientan, y esto exige preparación de ambos, en el marco de un respeto mutuo; conciencia recta, que conduce la conducta bajo principios éticos y morales ⁴⁹.

Con la orientación profesional de un médico y/o químico farmacéutico, se pueden lograr los beneficios siguientes:

a. Beneficios físicos

- Ciclos menstruales más regulares.
- Reducción del volumen menstrual.
- Alivian el síndrome de tensión premenstrual.
- Dismenorrea.
- Manifestaciones hiperandrogénicas.
- Quistes de ovario.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Embarazo ectópico.
- Patología benigna de mama.
- Cáncer de endometrio.
- Cáncer de ovario.
- Endometriosis.

- Miomas uterinos.
- Osteoporosis.

b. Reducción de la mortalidad de los menores de un año

Se puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad de menores de un año más elevadas del mundo. Los hijos, cuya madre muere a causa del parto, también, tienen un riesgo mayor de morir o enfermar ⁴⁷.

c. Poder de decisión y una mejor educación

Permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Además, brinda 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.

d. 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 ⁴⁷.

2.2.9. Conocimiento

Es el hecho o información adquirido por una persona a través de la experiencia, educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad, lo que se adquiere como contenido intelectual relativo en un campo determinado ⁴⁹.

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento tiene una relación entre el sujeto y objeto obteniendo información del mismo.

2.2.10. Actitud

Es el estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta

respecto a todos los objetos situaciones con los que se relaciona. Las actitudes se componen de tres elementos:

- **Componente cognoscitivo.** Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por la observación, interacción y las percepciones, ideas y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes.
- **Componente afectivo.** Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es cuando la evaluación surge de experiencias intensas de carácter positivo o negativo con el objeto de la actitud. Este componente emocional es el factor que le imprime una intensidad a la actitud lo que implican distintos grados de favorabilidad, independencia, rebeldía, tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas e intensas, tendencias antisociales tempranas, entre otros.
- **Componente conductual.** Da a conocer la tendencia a reaccionar o respuesta hacia los objetos de una determinada manera.

Manifiestar los pensamientos y emociones. Es la predisposición del sujeto a actuar con respecto al objeto de la actitud se sentirá dispuesto, a mantenerlo ayudándolo o aceptándolo. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará la investigación.

2.3. Definición conceptual de términos

- **Anticoncepción.** Es la prevención del embarazo utilizando métodos de forma transitoria y recuperando la fertilidad al dejar de usarlos.

- **Ciclo menstrual.** El ciclo menstrual o ciclo sexual femenino es el proceso que prepara al útero de la mujer para el embarazo todos los meses, mediante el desarrollo de los gametos femeninos y una serie de cambios fisiológicos. Se considera un ciclo contando desde el primer día de un periodo o menstruación hasta el primer día del periodo siguiente.

- **Esterilización.** Es el procedimiento que, mediante cirugía o procedimientos mínimamente invasivos, quita por completo la capacidad del cuerpo de reproducirse.

- **Hormona luteinizante (LH).** Es una hormona gonadotrópica de naturaleza glucoproteica que, al igual que la hormona foliculoestimulante o FSH, es producida por el lóbulo anterior de la hipófisis o glándula pituitaria. En el hombre es la hormona que regula la secreción de testosterona, actuando sobre las células de Leydig en los testículos; y en la mujer controla la maduración de los folículos, la ovulación, la iniciación del cuerpo lúteo y la secreción de progesterona. La LH estimula la ovulación femenina y la producción de testosterona masculina.
- **Levonorgestrel.** Es una progestina sintética de segunda generación. Se utiliza en métodos anticonceptivos hormonales como los implantes subcutáneos, los anticonceptivos de emergencia, píldoras anticonceptivas.
- **Método yuzpe.** Es un método anticonceptivo de emergencia que consiste en administrar 2 tabletas de anticonceptivo oral de macrodosis que incluya 50 µg de Etinilestradiol y 250 µg de Levonorgestrel.
- **Paternidad responsable.** Es dar vida en plenitud; tener los hijos deseados, para transmitirles vida en plenitud. Es decir,

que los padres (y no otros familiares o personas) enseñen a sus hijos, día a día, no sólo con palabras, sino con el ejemplo, a ser verdaderas personas humanas; esto exige una preparación mínima adecuada.

- **Salud reproductiva.** Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo, diseño y nivel de la investigación

3.1.1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo aplicada porque permite la obtención de información para la generación de planteamientos teórico prácticos relacionados al nivel de conocimiento y actitudes de los estudiantes de educación respecto al uso de levonorgestrel 1,5 mg.

3.1.2. Diseño de investigación

La investigación presenta un diseño no experimental porque se aplicó dos instrumentos de evaluación (Test de Conocimientos y un Cuestionario) sin intervenciones ni aplicación de ningún estímulo a la muestra seleccionada de estudiantes; asimismo, es de corte transversal porque solo se recolectaron los datos en un momento y tiempo.

3.1.3. Nivel de Investigación

Este trabajo es de nivel relacional-asociativo porque se busca conocer el nivel de asociación entre las variables conocimiento y actitudes

que expresan los estudiantes respecto al uso de la anticoncepción oral de emergencia.

3.2. Población y Muestra de estudio

3.2.1. Población

La población de la investigación la componen un total de 450 estudiantes de educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann distribuidos en cinco especialidades durante el periodo de estudios mayo – julio del 2018:

Tabla 1. Cantidad de alumnos de las especialidades de educación.

Especialidades	Población	%
1. Lengua y Literatura	111	24,7
2.Ciencias sociales y promoción socio cultural	91	20,2
3. Matemática, computación e informática	63	14
4.Ciencias de la naturaleza y promoción educativa ambiental	34	7,6
5. Idioma extranjero	151	33,6
Total	450	100 %

Fuente: Encuestas realizadas a estudiantes de educación.

3.2.2. Muestra

450 estudiantes de la escuela profesional de educación de la UNJBG.

3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Los instrumentos de investigación son:

- A) Test de Evaluación**, para medir los conocimientos del uso de anticoncepción oral de emergencia.
- B) Cuestionario**, basado en una escala de Likert, para conocer las actitudes que facilitó la recolección de datos provenientes de las respuestas que brinden los jóvenes comprendidos en la muestra de estudio. Se aplicó a la muestra seleccionada de las cinco especialidades.

3.4. Procesamiento de datos

Se diseñó los instrumentos de recolección de datos y fueron validados a través del proceso de juicio de tres expertos. Posteriormente, se recolectaron los datos a través de los instrumentos de investigación (Test de Evaluación y Cuestionario), aplicando previamente el asentimiento informado a los estudiantes. Luego, se utilizó la prueba Chi-Cuadrado (χ^2) para el análisis estadístico de los resultados porque permite analizar la correlación entre dos variables. Asimismo, se empleó la

distribución por intervalos de clase y las referentes a la estadística descriptiva.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados

4.1.1. Datos de identificación

Tabla 2. Sexo de los estudiantes encuestados

Semestre de estudios	Sexo	Carrera de estudios										Total	
		Lengua y Literatura		Ciencias sociales y promoción socio cultural		Matemática, computación e informática		Ciencias de la naturaleza y promoción educativa ambiental		Idioma extranjero			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Segundo	F	23	24,20	21	22,10	8	8,40	13	13,70	30	31,60	144	32,00
	M	10	20,40	11	22,40	11	22,40	5	10,20	12	24,50		
Cuarto	F	15	24,20	17	27,40	8	12,90	0	0,00	22	35,50	93	20,70
	M	9	29,00	8	25,80	4	12,90	1	3,20	9	29,00		
Sexto	F	25	43,10	7	12,10	9	15,50	1	1,70	21	27,60	94	20,90
	M	9	25,00	0	0,00	6	16,70	0	0,00	13	58,30		
Octavo	F	5	14,70	6	17,60	4	11,80	6	17,60	13	38,20	47	10,40
	M	1	7,70	7	53,80	0	0,00	2	15,40	3	23,10		
Décimo	F	12	23,10	10	19,20	9	17,30	4	7,70	17	32,70	72	16,00
	M	2	10,00	4	20,00	4	20,00	2	10,00	8	40,00		
Total	F	80	17,8	61	13,6	38	8,4	24	5,3	98	21,8	301	66,90
	M	31	6,9	30	6,7	25	5,6	10	2,2	53	11,8		
		111	24,7	91	20,2	63	14,0	34	7,6	151	33,6	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes

Interpretación:

El ítem “Sexo”, permite recabar información referente a los datos de identificación. Dada la evaluación se tiene que de acuerdo al sexo predomina el femenino con un 66,9 %, seguido por el masculino con un 33,1 % del total. Cabe agregar que se ha evaluado a estudiantes de las cinco diferentes especialidades de la Facultad de Educación, cuya mayor participación está representada por el 33,6 % de participantes que estudian Idioma extranjero, seguido por el 24,7 % que estudia lengua y literatura. Por otro lado, el 20,2 % de encuestados estudian ciencias sociales y promoción cultural. El menor porcentaje de encuestados está representado por quienes estudian Ciencias de la Naturaleza y Promoción Educativa Ambiental con el 7,6 %.

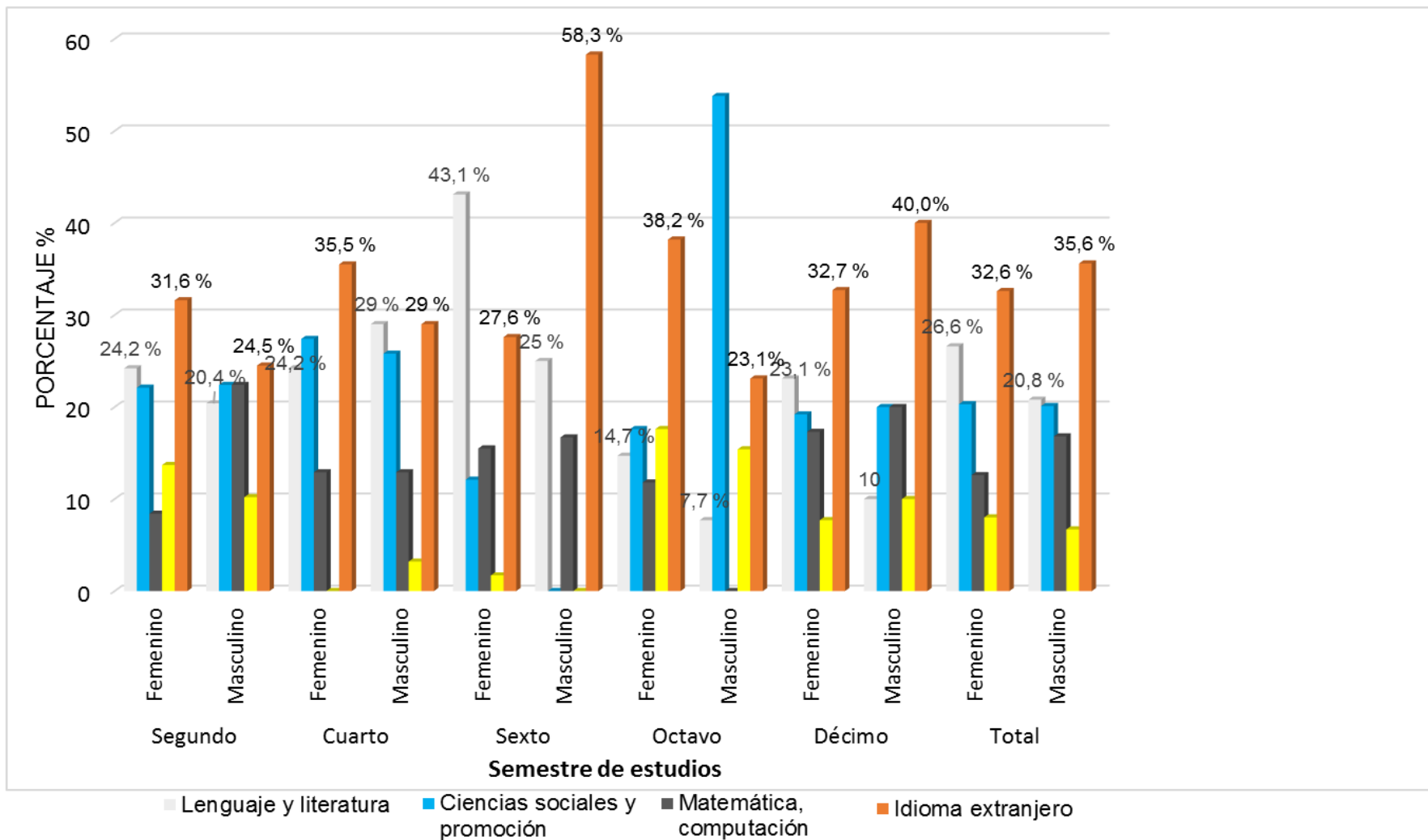


Gráfico 6: Sexo de los estudiantes encuestados

Fuente: Tabla 2

Tabla 3. Religión de los estudiantes encuestados

Semestre de estudios	Sexo	Religión										Total	
		Católica		Cristiana		Protestante		Adventista		Otros			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Segundo	F	72	75,80	21	22,10	0	0,00	2	2,10	0	0	144	32,0
	M	34	69,40	10	20,40	0	0,00	5	10,20	0	0		
Cuarto	F	44	71,00	17	27,40	0	0,00	1	1,60	0	0	93	20,7
	M	18	58,10	6	19,40	0	0,00	7	22,60	0	0		
Sexto	F	46	79,30	8	13,80	2	3,40	2	3,40	0	0	94	20,9
	M	30	83,30	0	0,00	0	0,00	6	16,70	0	0		
Octavo	F	27	79,40	6	17,60	0	0,00	1	2,90	0	0	47	10,4
	M	5	38,50	7	53,80	0	0,00	1	7,70	0	0		
Décimo	F	40	76,90	10	19,20	0	0,00	2	3,80	0	0	72	16,0
	M	11	55,00	4	20,00	0	0,00	5	25,0	0	0		
	F	234	52,0	62	13,8	2	0,4	3	0,7	0	0	301	66,9
	M	120	26,7	28	6,2	0	0,0	1	0,2	0	0	149	33,1
	Total	354	78,7	90	20,0	2	0,4	4	0,9	0	0	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

El ítem “Religión”, permite recabar información referente a los datos de identificación. Los resultados muestran que la religión predominante es la católica con el 78,7 % de encuestados, seguido por el 20,0 % que indicó ser cristiano. Por otro lado; el 0,9 % indicó ser adventista, y 0,4 % ser protestante, siendo esta la menor frecuencia de casos detectados. Cabe precisar que no se tiene registro de otras religiones diferentes.

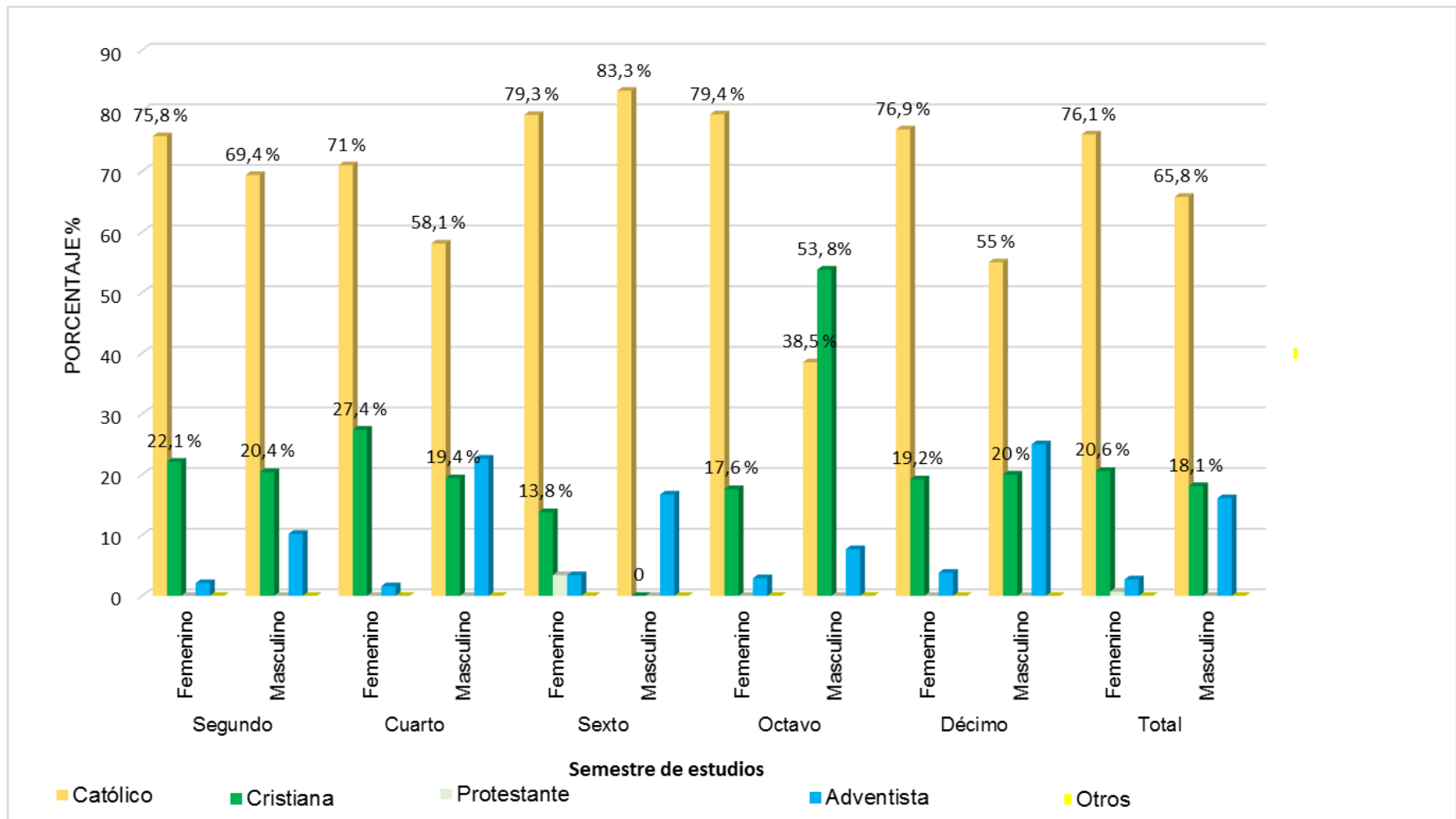


Gráfico 7: Religión de los estudiantes encuestados

Fuente: Tabla 3

Tabla 4. Estado civil de los estudiantes encuestados

Semestre de estudios	Sexo	Estado civil										Total	
		Soltero		Casado		Conveniente		Divorciado o separado		Viudo			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Segundo	Femenino	77	81,10	13	13,70	5	5,30	0	0	0	0	95	21,1
	Masculino	43	87,80	5	10,20	1	2,00	0	0	0	0	49	10,9
Cuarto	Femenino	58	93,50	0	0,00	4	6,50	0	0	0	0	62	13,8
	Masculino	27	87,10	1	3,20	2	9,70	0	0	0	0	30	6,7
Sexto	Femenino	56	96,60	1	1,70	1	1,70	0	0	0	0	58	12,7
	Masculino	28	77,80	0	0,00	8	22,20	0	0	0	0	36	8,0
Octavo	Femenino	24	70,60	5	14,70	5	14,70	0	0	0	0	34	7,6
	Masculino	10	76,90	2	15,40	1	7,70	0	0	0	0	13	2,9
Décimo	Femenino	40	76,90	4	7,70	8	15,40	0	0	0	0	52	11,6
	Masculino	15	75,00	2	10,00	3	15,00	0	0	0	0	20	4,4
Total	Femenino	255	67,5	23	69,7	23	69,7	0	0	0	0	301	66,9
	Masculino	123	32,5	10	30,3	16	10,70	0	0	0	0	149	33,1
		378	84,0	33	7,3	39	8,7	0	0	0	0	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes

Interpretación:

El ítem “Estado civil”, permite recabar información referente a los datos de identificación. Según el estado civil el 84,0 % de encuestados indicó ser soltero, seguido por el 8,7 % que indicaron ser convivientes. Por otro lado, el 7,3 % indicó estar casado. No se tiene registro de marcaciones que indican estar divorciados o separados, o viudos.

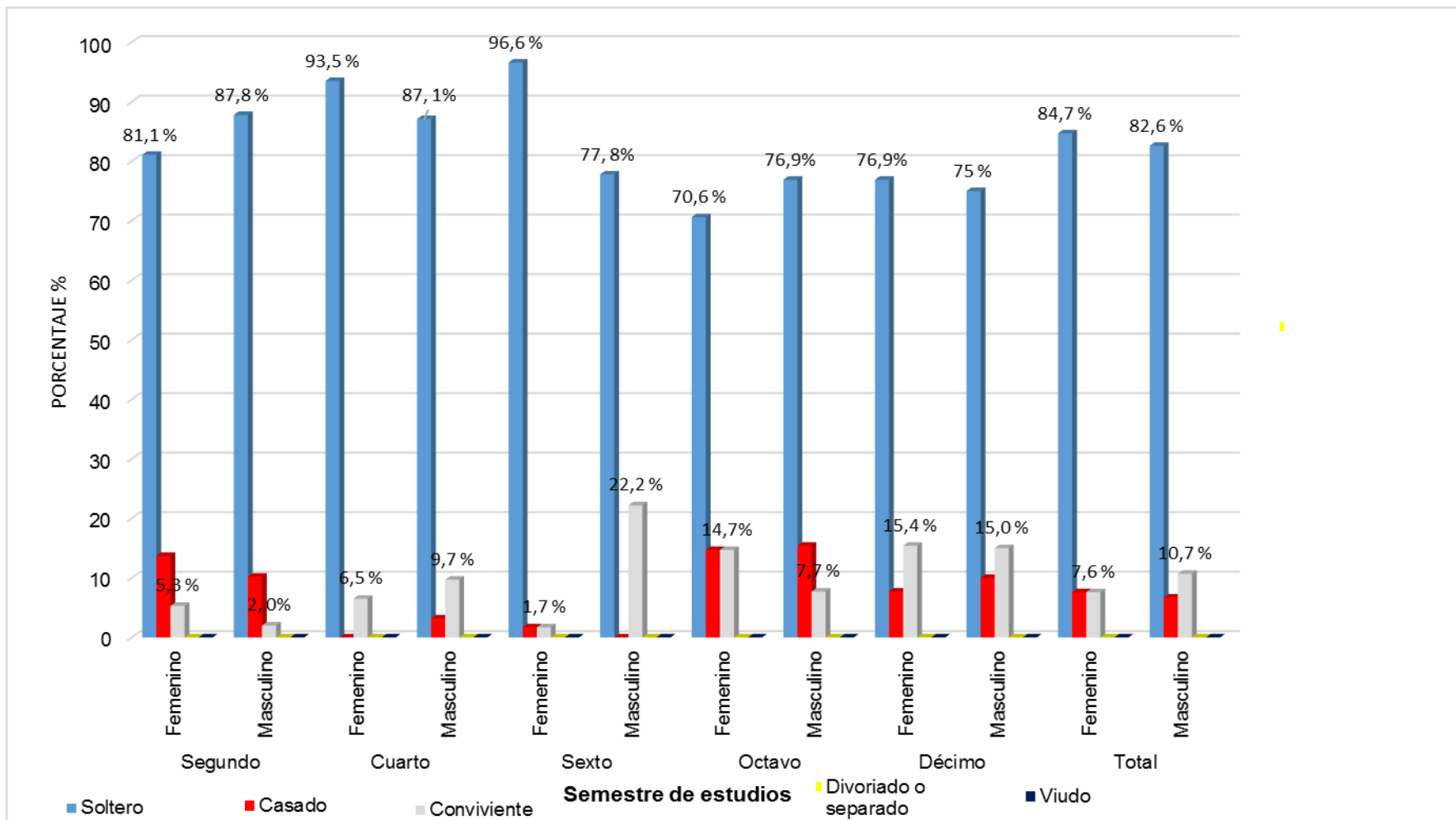


Gráfico 8: Estado civil de los estudiantes encuestados

Fuente: Tabla 4

Tabla 5. Número de hijos de los estudiantes encuestados

Semestre de estudios	Género	N° de hijos				Total	
		0		1		N	%
		N	%	N	%		
Segundo	Femenino	94	98,9	1	1,1	95	21,1
	Masculino	47	95,9	2	4,1	49	10,9
Cuarto	Femenino	62	100,0	0	0,0	62	13,8
	Masculino	31	100,0	0	0,0	31	6,9
Sexto	Femenino	56	96,6	2	3,4	58	12,9
	Masculino	35	97,2	1	2,8	36	8,0
Octavo	Femenino	34	100,0	0	0,0	34	7,6
	Masculino	12	92,3	1	7,7	13	2,9
Décimo	Femenino	52	100,0	0	0,0	52	11,6
	Masculino	18	90,0	2	10,0	20	4,4
Total	Femenino	298	66,2	3	0,7	301	66,9
	Masculino	143	31,8	6	1,3	149	33,1
		441	98,0	9	2,0	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes

Interpretación:

El ítem “Número de hijos”, permite recabar información referente a los datos de identificación. De acuerdo al número de hijos de los encuestados, solo el 2,0 % indicó tener un solo hijo. En tanto el 98,0 % indicó no tener hijos. No se cuenta con registros de estudiantes que indiquen tener más de 1 hijo.

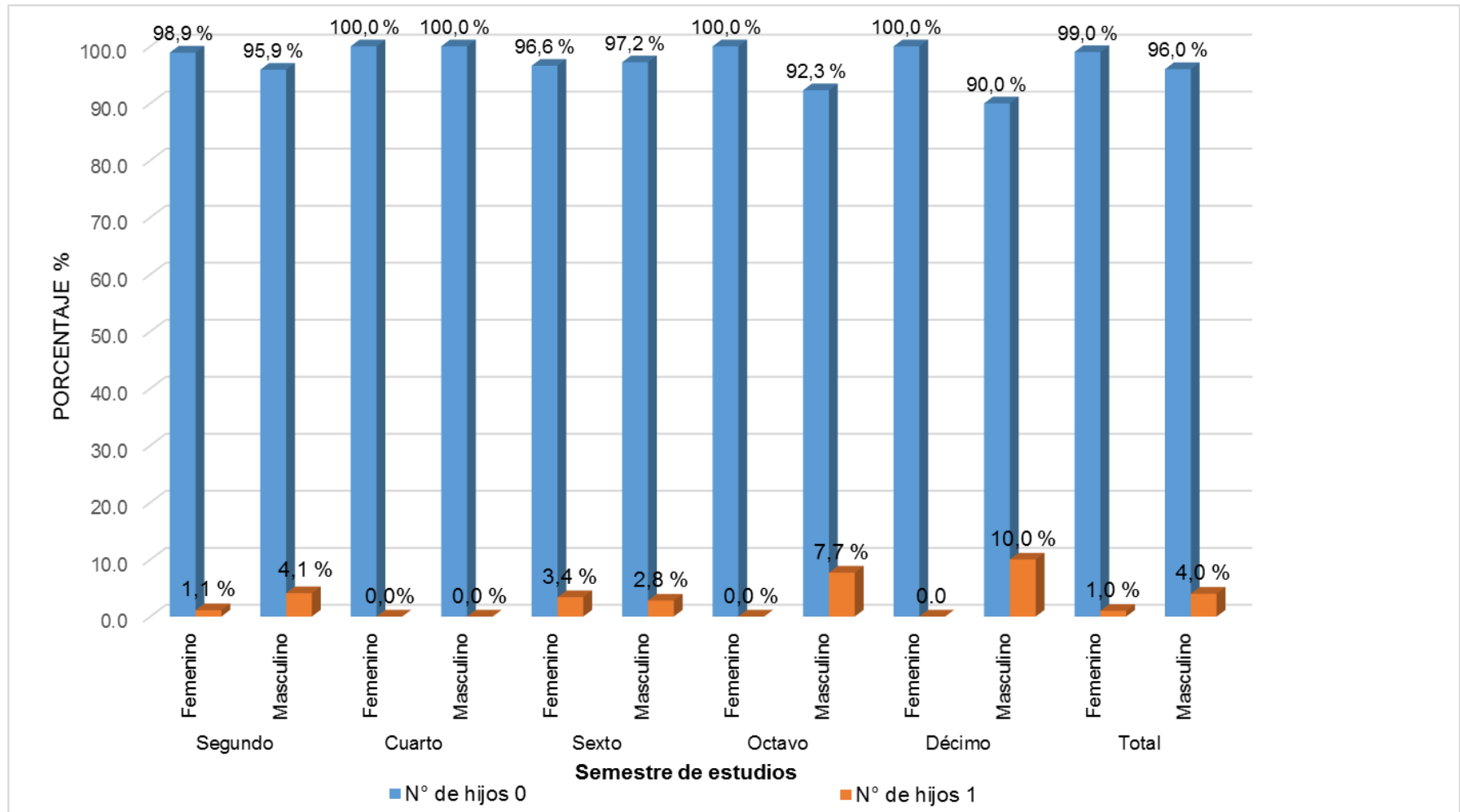


Gráfico 9: Número de hijos de los estudiantes encuestados

Fuente: Tabla 5

Tabla 6. Estudio y trabajo

Semestre de estudios	Sexo	¿Además de estudiar trabaja?				Total	
		No		Si		N	%
		N	%	N	%		
Segundo	Femenino	46	48,40	49	51,60	95	21,1
	Masculino	22	44,90	27	55,10	49	10,9
Cuarto	Femenino	34	54,80	28	45,20	62	13,8
	Masculino	19	61,30	12	38,70	31	6,9
Sexto	Femenino	32	55,20	26	44,80	58	12,9
	Masculino	10	27,80	26	72,20	36	8,0
Octavo	Femenino	11	32,40	23	67,60	34	7,6
	Masculino	8	61,50	5	38,50	13	2,9
Décimo	Femenino	25	48,10	27	51,90	52	11,6
	Masculino	6	30,00	14	70,00	20	4,4
Total	Femenino	148	32,9	153	34,0	301	66,9
	Masculino	65	43,60	84	18,7	149	33,1
		213	47,3	237	52,7	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes

Interpretación:

El ítem “Estudio y trabajo”, permite recabar información referente a los datos de identificación; El ítem solicita saber, de los encuestados, si ellos trabajan o no, para lo cual se plantean dos alternativas, cuya respuesta mayoritaria corresponde a aquellos que indican si estudian y trabajan con el 52,7 %; por otro lado el 47,3 % indicó no trabajar además de estudiar.

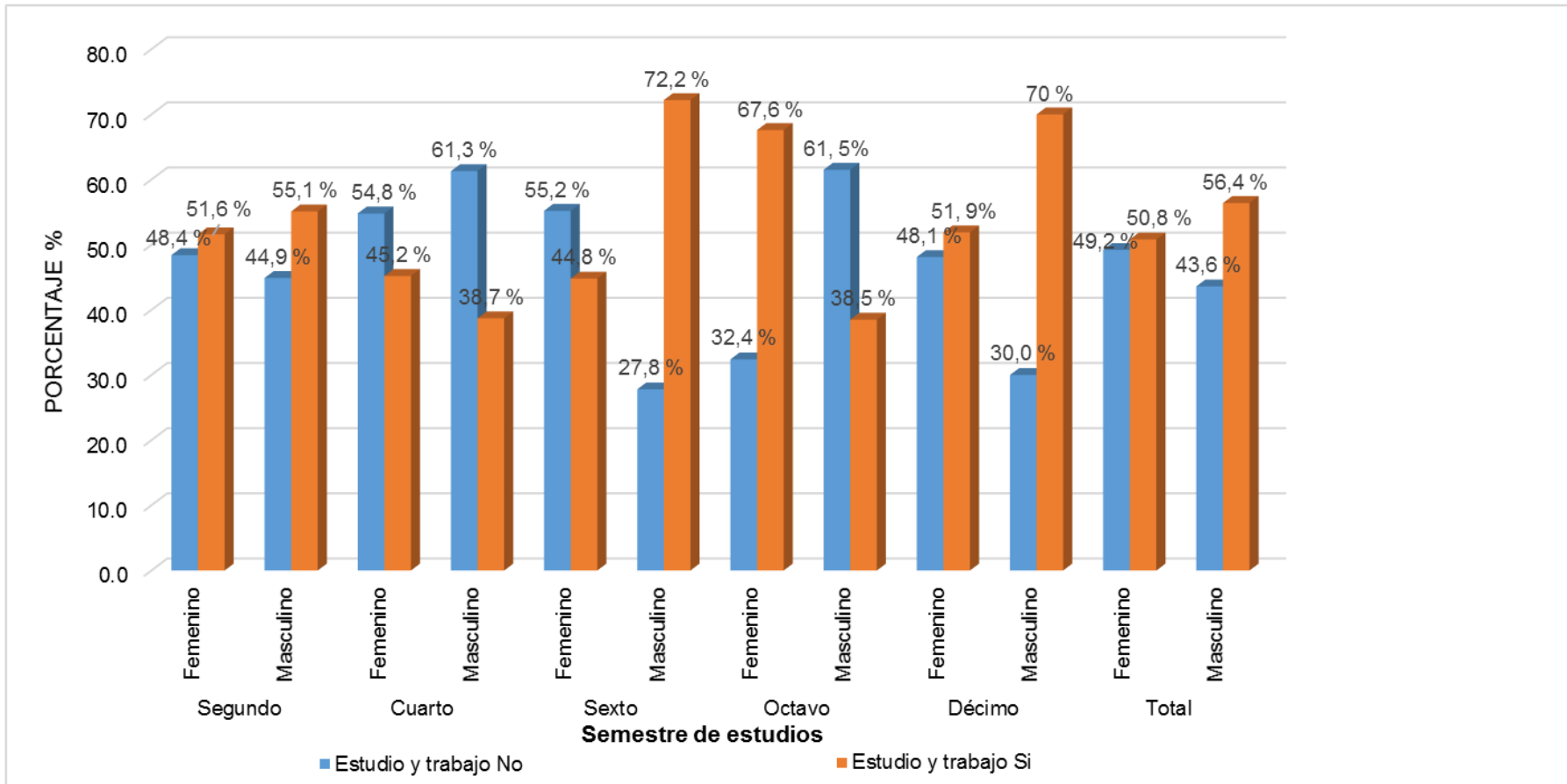


Gráfico 10: Estudio y trabajo

Fuente: Tabla 6

Tabla 7. Institución educativa del que proviene

Semestre de estudios	Género	¿De qué institución educativa proviene?				Total	
		Nacional		Particular			
		N	%	N	%	N	%
Segundo	Femenino	46	48,4	49	51,6	95	21,1
	Masculino	22	44,9	27	55,1	49	10,9
Cuarto	Femenino	34	54,8	28	45,2	62	13,8
	Masculino	19	61,3	12	38,7	31	6,9
Sexto	Femenino	32	55,2	26	44,8	58	12,9
	Masculino	11	30,6	25	69,4	36	8,0
Octavo	Femenino	11	32,4	23	67,6	34	7,6
	Masculino	8	61,5	5	38,5	13	2,9
Décimo	Femenino	25	48,1	27	51,9	52	11,6
	Masculino	6	30,0	14	70,0	20	4,4
Total	Femenino	148	32,9	153	34,0	301	66,9
	Masculino	66	14,7	83	18,4	149	33,1
		214	47,6	236	52,4	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes

Interpretación:

El ítem “Institución educativa del que proviene”, permite recabar información referente a los datos de identificación; el ítem formula dos posibles respuestas, considerando la naturaleza de la institución de la que proviene, si es nacional o particular; los resultados dan frecuencias bastante similares, en las que el 52,4 % indicó provenir de una institución particular; ello está seguido por el 47,6 % que indicó provenir de una institución nacional o pública.

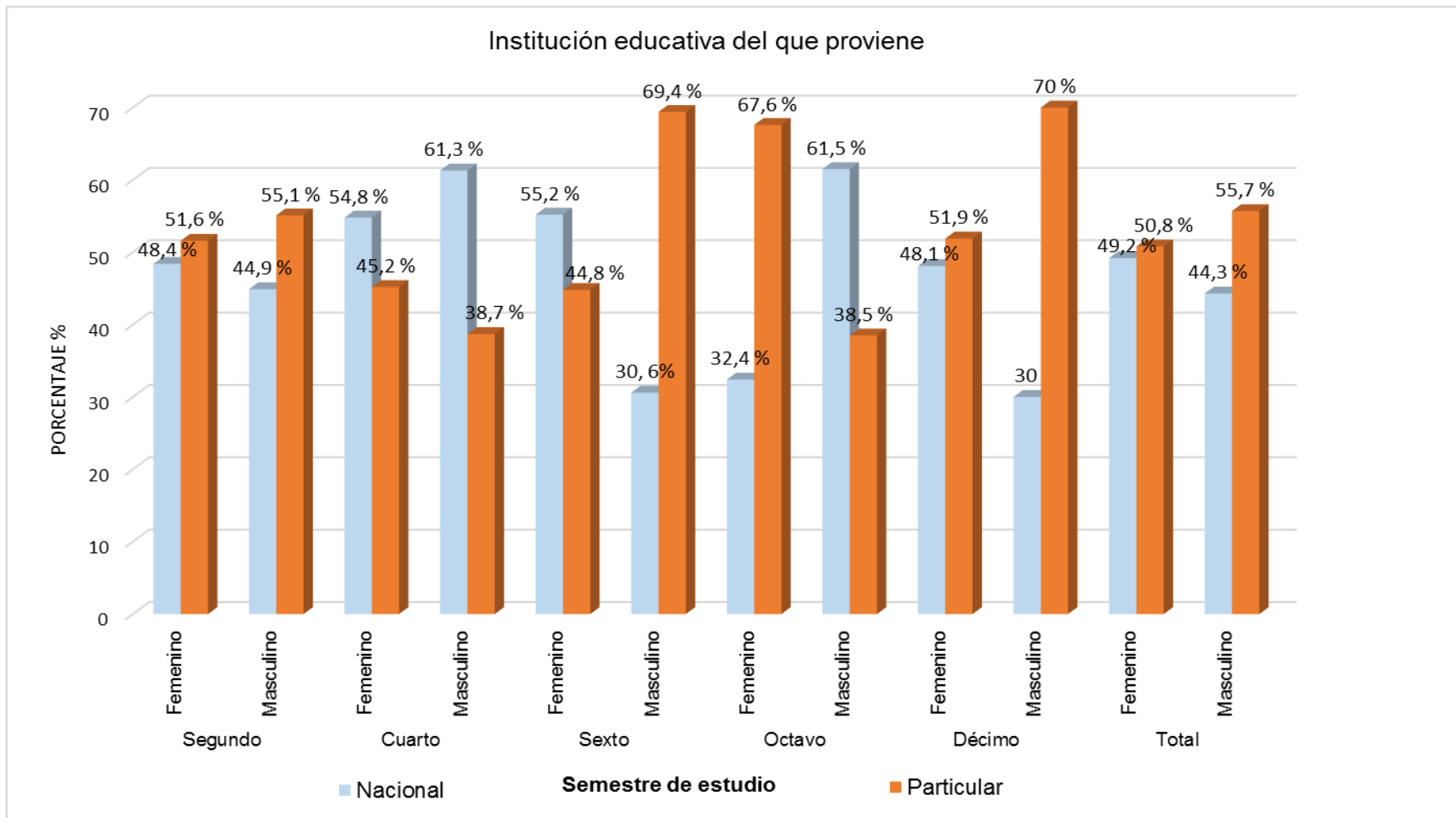


Gráfico 11. Institución educativa del que proviene

Fuente: Tabla 7

4.1.2. Información general

Tabla 8. Antecedentes de relaciones sexuales

Semestre de estudios	Género	¿Ha tenido relaciones sexuales?				Total	
		No		Si		N	%
		N	%	N	%		
Segundo	Femenino	93	9,9	2	2,1	95	21,1
	Masculino	10	20,4	39	79,6	49	10,9
Cuarto	Femenino	60	96,8	2	3,2	62	13,8
	Masculino	0	0,0	31	100,0	31	6,9
Sexto	Femenino	52	89,7	6	10,3	58	12,9
	Masculino	0	0,0	36	100,0	36	8,0
Octavo	Femenino	27	79,4	7	20,6	34	7,6
	Masculino	0	0,0	13	100,0	13	2,9
Décimo	Femenino	39	75,0	13	25,0	52	11,6
	Masculino	0	0,0	20	100,0	20	4,4
Total	Femenino	271	60,2	30	6,7	301	66,9
	Masculino	10	2,2	139	30,9	149	33,1
		281	62,4	169	37,6	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes

Interpretación:

Según los antecedentes de relaciones sexuales el 62,4 % correspondiente a las mayores frecuencias indicó no haber tenido experiencias previas, en tanto que el 37,6 % indicó si haber tenido experiencias previas; Los resultados muestran mayoritariamente tendencias que explican que los estudiantes evaluados no cuentan con experiencias sexuales.

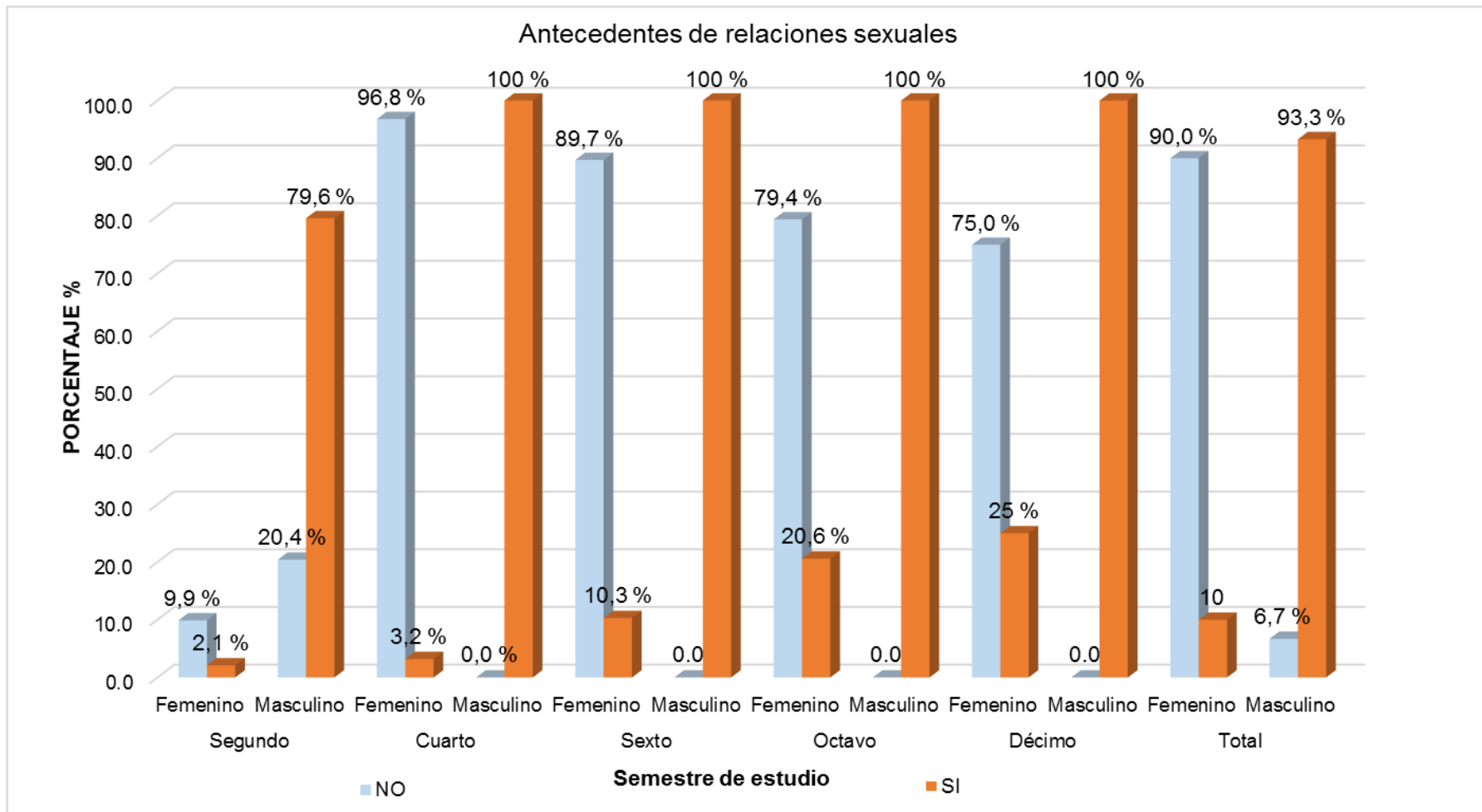


Gráfico 12. Antecedentes de relaciones sexuales

Fuente: Tabla 8

Tabla 9. Antecedente de embarazo

Semestre de estudios	Género	¿Ha estado embarazada alguna vez (o su pareja)						Total	
		No		Si		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Segundo	Femenino	94	98,9	0	0	1	1,1	95	21,1
	Masculino	49	10,9	0	0	0	0,0	49	10,9
Cuarto	Femenino	60	96,8	0	0	2	3,2	62	13,8
	Masculino	31	10,0	0	0	0	0,0	31	6,9
Sexto	Femenino	52	89,7	3	5,2	3	5,2	58	12,9
	Masculino	36	8,3	0	0	0	0,0	36	8,0
Octavo	Femenino	32	94,1	2	5,9	0	0,0	34	7,6
	Masculino	13	2,9	0	0	0	0,0	13	2,9
Décimo	Femenino	48	92,3	1	1,9	3	5,8	52	11,6
	Masculino	20	4,4	0	0	0	0,0	20	4,4
Total	Femenino	271	62,3	6	1,3	9	2,0	286	63,6
	Masculino	164	37,7	0	0	0	0	164	36,4
		435	96,7	6	1,3	9	2,0	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes

Interpretación:

En relación a los antecedentes de embarazo, los registros indican que el 96,7 % de estudiantes evaluados, correspondiente a las mayores frecuencias, no indica tener antecedente alguno, en tanto que el 1,3 % si presenta antecedentes. Ello es indicador de niveles muy bajos de embarazo entre los estudiantes evaluados.

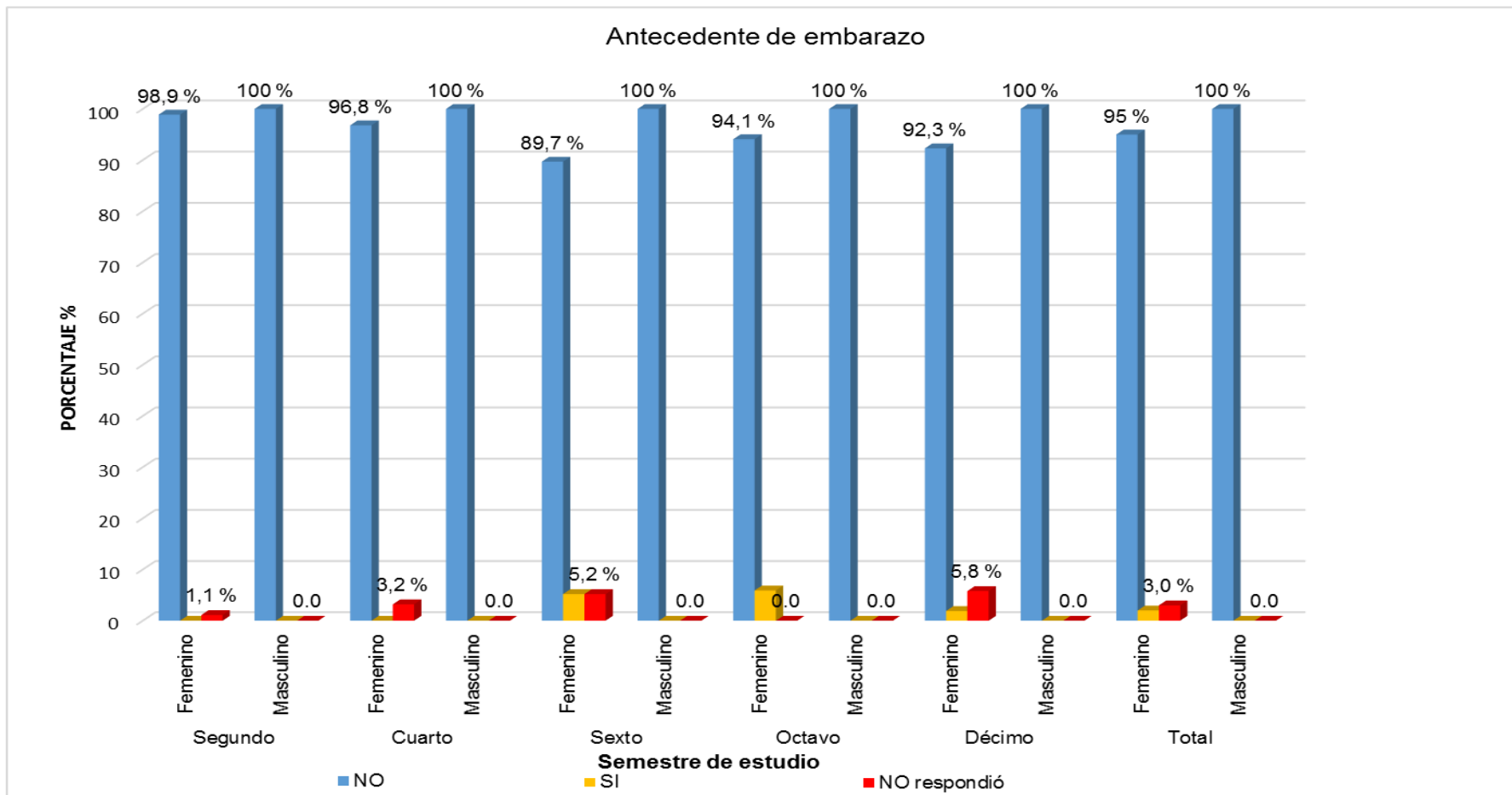


Gráfico 13. Antecedentes de embarazo

Fuente: Tabla 9

Tabla 10. Embarazo de pareja

Semestre de estudios	Género	¿Alguna vez ha dejado embarazada a una pareja?						Total	
		No		Si		No respondió			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Segundo	Femenino	0	0,0	0	0,0	95	31,6	95	21,1
	Masculino	46	93,9	3	6,1	0	0,0	49	10,9
Cuarto	Femenino	0	0,0	0	0,0	62	20,6	62	13,8
	Masculino	30	96,8	1	3,2	0	0,0	31	6,9
Sexto	Femenino	0	0,0	0	0,0	58	19,3	58	12,9
	Masculino	35	97,2	1	2,8	0	0,0	36	8,0
Octavo	Femenino	0	0,0	0	0,0	34	11,3	34	7,6
	Masculino	11	84,6	2	15,4	0	0,0	13	2,9
Décimo	Femenino	0	0,0	0	0,0	52	17,3	52	11,6
	Masculino	18	90,0	2	10,0	0	0,0	20	4,4
Total	Femenino	0	0,0	0	0,0	301	100,0	301	66,9
	Masculino	140	94,0	9	6,0	0	0,0	149	33,1
		140	31,1	9	2,0	301	66,9	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes

Interpretación:

En relación al ítem que solicita información respecto a antecedentes de embarazo de la pareja, el 2 % indicó si haberlo hecho, en tanto que el 31,1 % indicó no haberlo hecho; el 66,9 % no respondieron al respecto. Cabe indicar que este ítem fue aplicado de forma directa sobre los estudiantes varones, y cuyos resultados se presentan en la siguiente tabla de información.

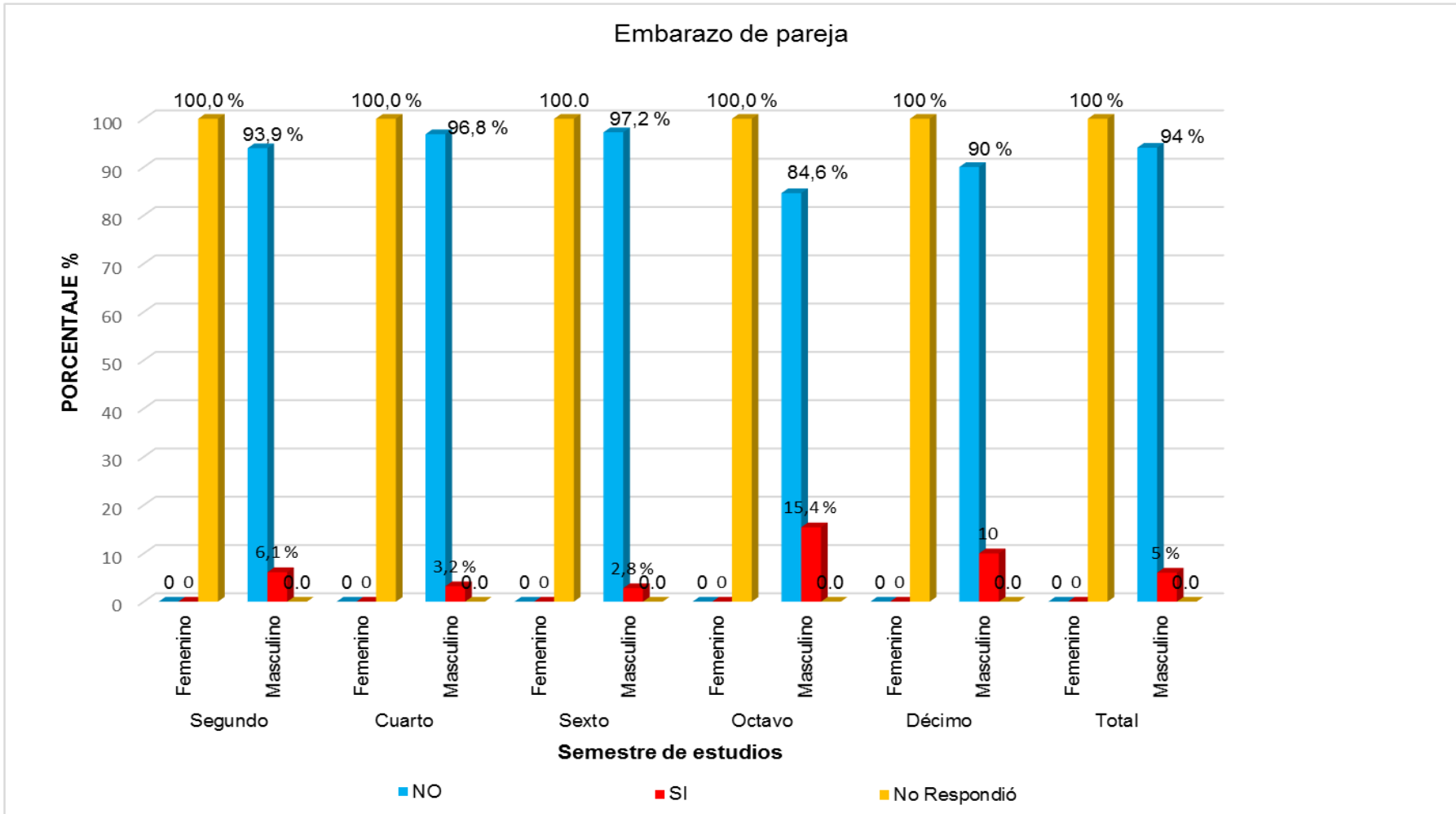


Gráfico 14. Embarazo de pareja

Fuente: Tabla 9

Tabla 11. Uso de método anticonceptivo

Semestre de estudios	Género	¿Usa Ud, (o su pareja) algún método anticonceptivo?						Total	
		No		Si		No respondió			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Segundo	Femenino	93	97,9	2	2,1	0	0,0	95	21
	Masculino	15	30,6	34	69,4	0	0,0	49	10,9
Cuarto	Femenino	61	98,4	1	1,6	0	0,0	62	13,8
	Masculino	5	16,1	26	83,9	0	0,0	31	6,9
Sexto	Femenino	54	93,1	4	6,9	0	0,0	58	12,9
	Masculino	5	13,9	31	86,1	0	0,0	36	8,0
Octavo	Femenino	28	82,4	6	17,6	0	0,0	34	7,6
	Masculino	2	15,4	11	84,6	0	0,0	13	2,9
Décimo	Femenino	40	76,9	12	23,1	0	0,0	52	11,6
	Masculino	9	45,0	11	55,0	0	0,0	20	4,4
Total	Femenino	276	61,3	25	5,6	0	0,0	301	66,9
	Masculino	36	8,0	113	25,1	0	0,0	149	33,1
		312	69,3	138	30,7	0	0,0	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes

Interpretación:

Respecto del uso de métodos anticonceptivos, tenemos que el 69,3 % de estudiantes no usa algún método anticonceptivo, en tanto que el 30,7 % indicó si hacerlo. Estos resultados se deben también a las menores frecuencias de estudiantes que han iniciado su vida sexual, la cual corresponde, como se mencionó anteriormente; que el 0,0 % de estudiantes no respondieron.

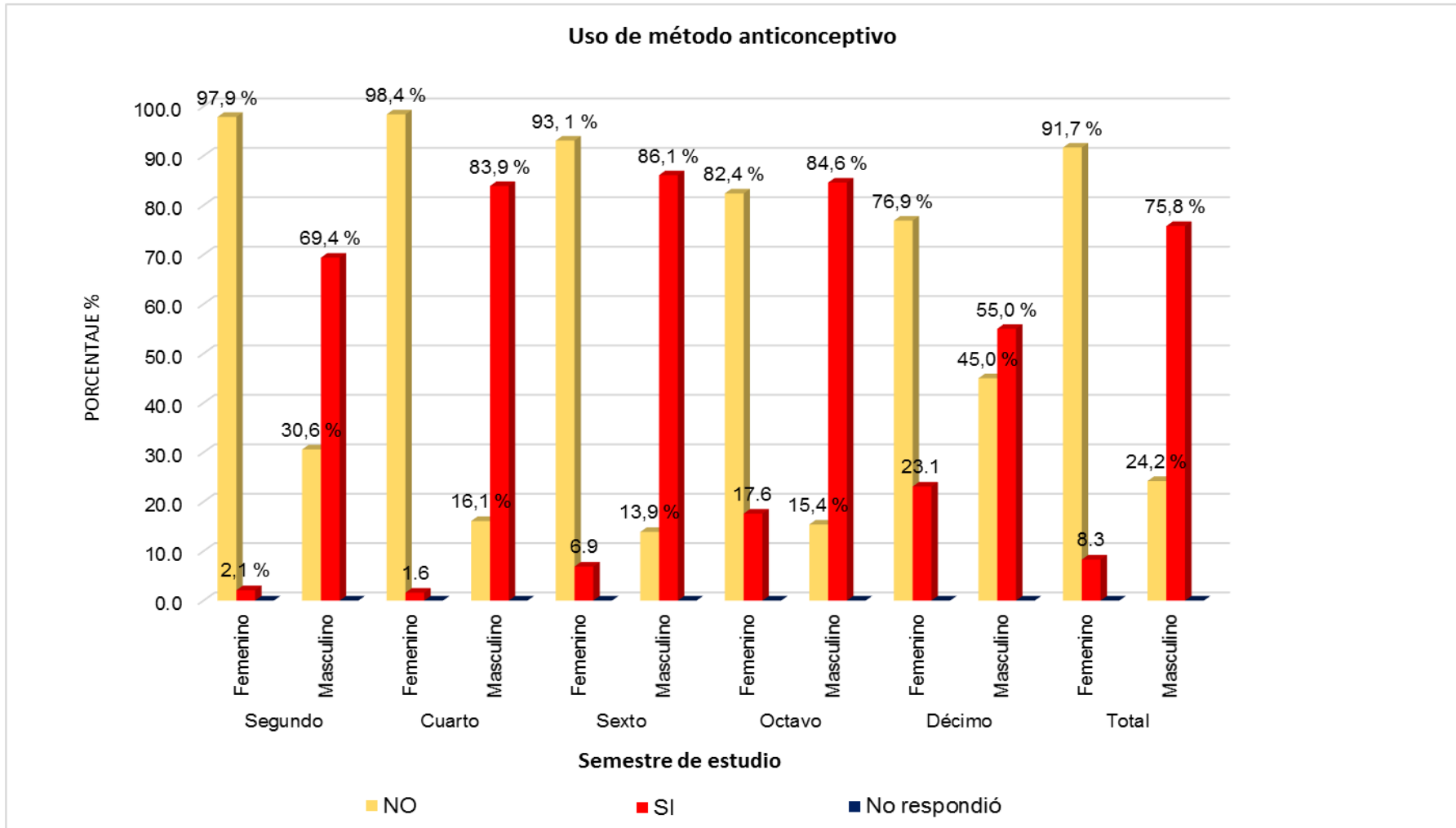


Gráfico 15. Uso de método anticonceptivo

Fuente: Tabla 10

Tabla 12. Método anticonceptivo utilizado

Semestre de estudios	Género	¿Qué método o métodos anticonceptivos estaba usando?														Total	
		Píldoras		Inyectable		Condón		DIU		Coito interruptus		Calendario		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Segundo	Femenino	1	1,1	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	93	97,9	95	21,1
	Masculino	0	0,0	2	4,1	26	53,1	0	0,0	8	16,3	0	0,0	13	26,5	49	10,9
Cuarto	Femenino	1	1,6	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	60	96,8	62	13,8
	Masculino	0	0,0	0	0,0	22	71,0	0	0,0	4	12,9	0	0,0	5	16,1	31	6,9
Sexto	Femenino	2	3,4	1	1,7	1	1,7	0	0,0	0	0,0	2	3,4	52	89,7	58	12,9
	Masculino	0	0,0	0	0,0	23	63,9	0	0,0	8	22,2	0	0,0	5	13,9	36	8,0
Octavo	Femenino	3	8,8	3	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	27	79,4	34	7,6
	Masculino	0	0,0	0	0,0	8	61,5	0	0,0	3	23,1	0	0,0	2	15,4	13	2,9
Décimo	Femenino	8	15,4	5	9,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	39	75,0	52	11,6
	Masculino	1	5,0	1	5,0	9	45,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	7	35,0	20	4,4
Total	Femenino	15	3,3	11	2,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0	3	0,7	271	60,2	301	66,9
	Masculino	1	0,2	3	0,7	88	19,6	0	0,0	25	5,6	0	0,0	32	7,1	149	33,1
		16	3,6	14	3,1	89	19,8	0	0,0	25	5,6	3	0,7	303	67,3	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes

Interpretación:

Respecto del método anticonceptivo utilizado, se tiene que el 19,8% de estudiantes prefiere usar como método primario el condón, en tanto que el 5,6%, correspondiente al segundo método mayoritario por frecuencias prefiere el coito interruptus. Sin embargo, el 67,3% no respondieron. Se tiene menores frecuencias de uso de píldoras o inyectables como método primario.

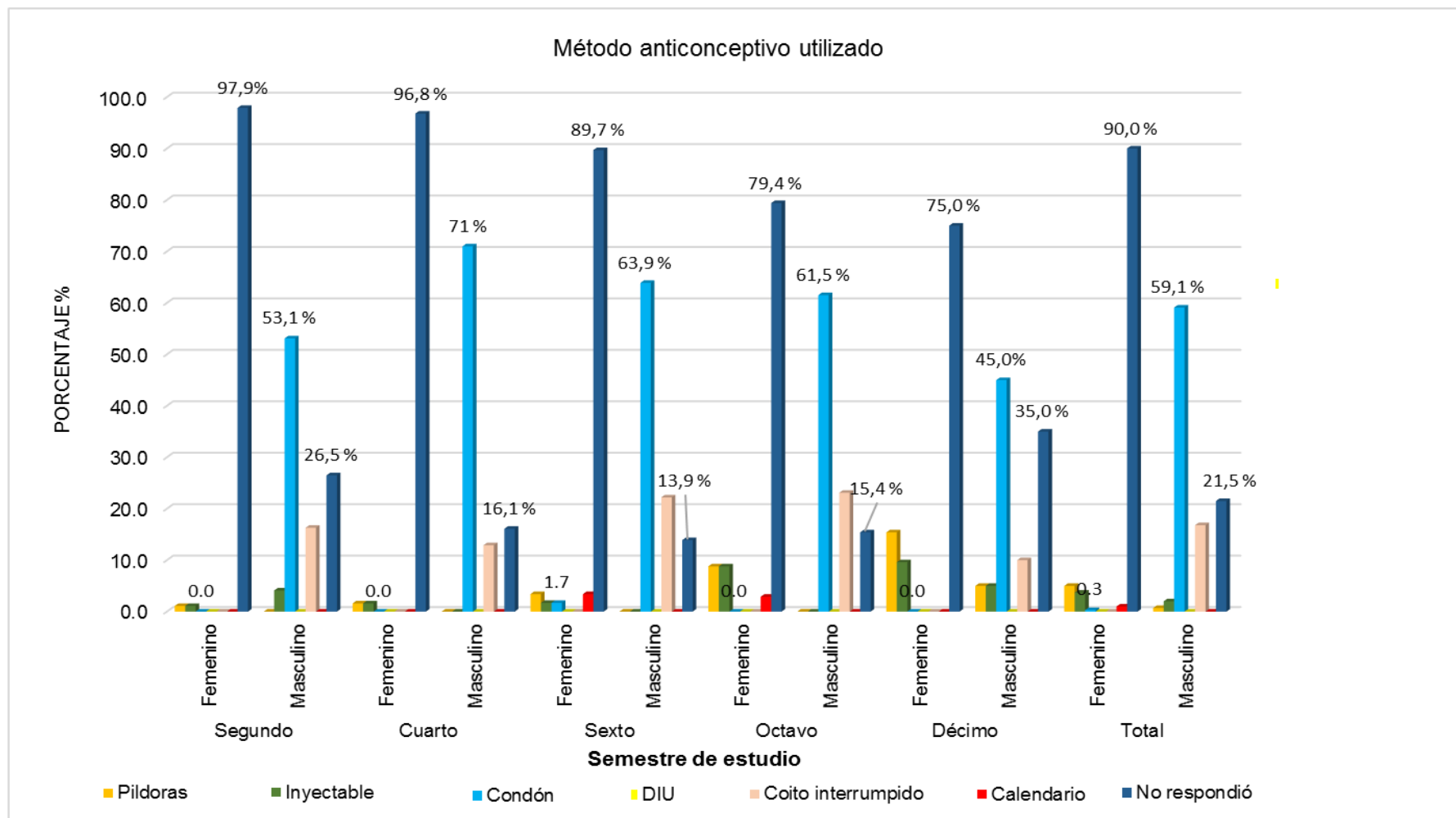


Gráfico 16. Método anticonceptivo utilizado

Fuente: Tabla 11

4.1.3. Conocimiento sobre el anticonceptivo oral de emergencia

Tabla 13. Haber escuchado sobre la píldora anticonceptiva

Semestre de estudios	Género	¿Ha oído hablar alguna vez sobre las píldoras de anticoncepción de emergencia o del día siguiente?						Total	
		No		Si		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Segundo	Femenino	29	30,5	66	69,5	0	0,0	95	21,1
	Masculino	4	8,2	45	91,8	0	0,0	49	10,9
Cuarto	Femenino	0	0,0	62	100,0	0	0,0	62	13,7
	Masculino	2	6,5	29	93,5	0	0,0	31	6,9
Sexto	Femenino	0	0,0	58	100,0	0	0,0	58	12,9
	Masculino	7	19,4	29	80,6	0	0,0	36	8
Octavo	Femenino	0	0,0	34	100,0	0	0,0	34	7,6
	Masculino	2	15,4	11	84,6	0	0,0	13	2,9
Décimo	Femenino	0	0,0	52	100,0	0	0,0	52	11,6
	Masculino	2	10,0	18	90,0	0	0,0	20	4,4
Total	Femenino	29	6,4	272	60,4	0	0,0	301	66,9
	Masculino	17	3,8	132	88,6	0	0,0	149	33,1
		46	10,2	404	29,3	0	0,0	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes

Interpretación:

Respecto al conocimiento sobre el anticonceptivo oral de emergencia (levonorgestrel), se solicitó a los estudiantes que indiquen si alguna vez oyeron hablar sobre tal. Los resultados muestran que el 29,3 % de encuestados indicó si haberlo hecho, en tanto que el 10,2 % indicó no haber escuchado, lo cual refleja que existe un conocimiento sobre lo que es la píldora anticonceptiva.

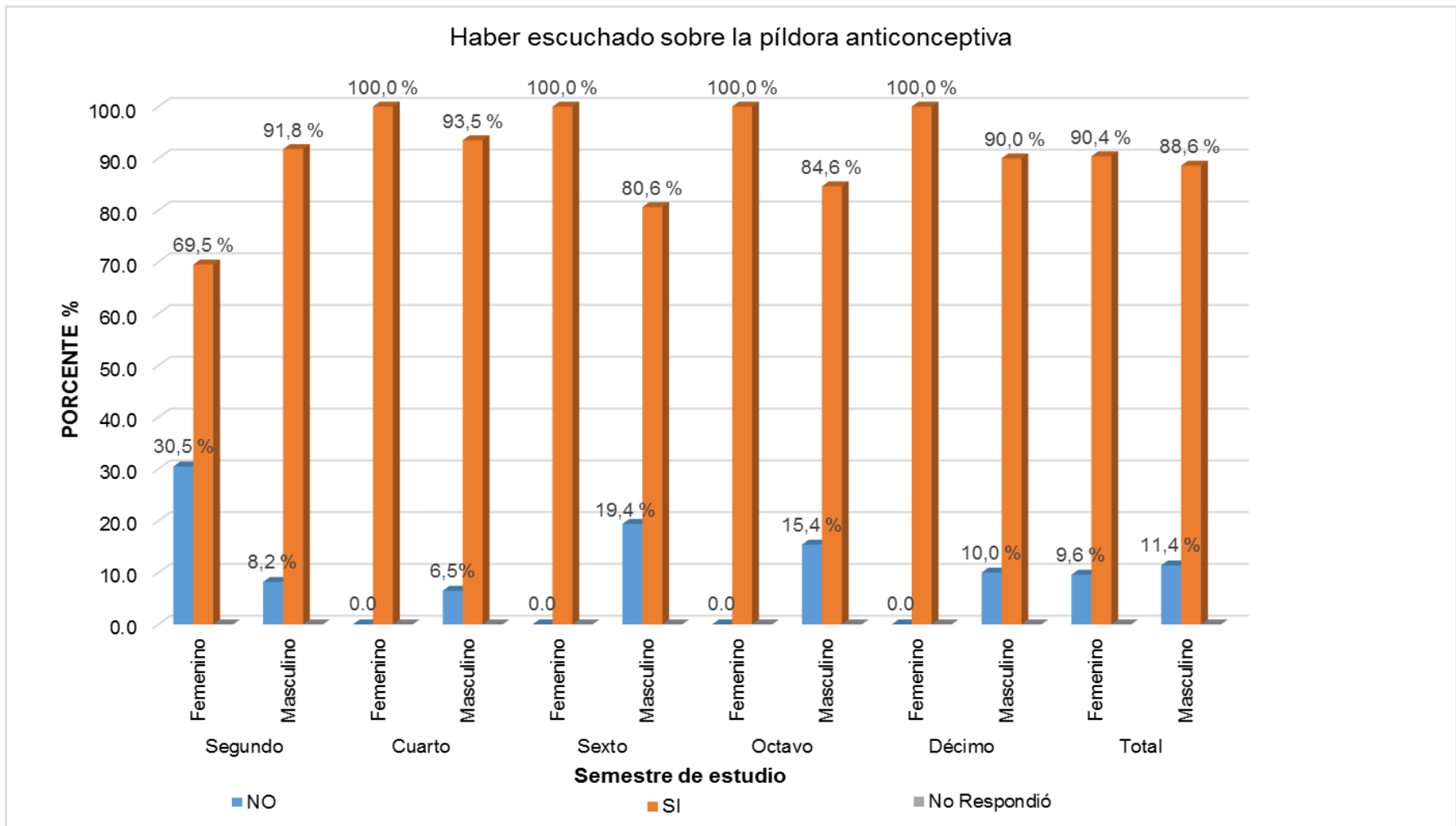


Gráfico 17. Haber escuchado sobre la píldora anticonceptiva

Fuente: Tabla 12

Tabla 14. Haber escuchado de la píldora antes de su primera vez

Semestre de estudios	Género	¿Cuándo fue la primera vez que escuchó algo sobre la anticoncepción de emergencia?												Total	
		Menos de 6 meses		de 6 a 11 meses		de 1 a 5 años		Hace más de 5 años		No recuerda		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Segundo	Femenino	7	7,4	37	38,9	9	9,5	8	8,4	5	5,3	29	30,5	95	21,1
	Masculino	9	18,4	4	8,2	13	26,5	10	20,4	9	18,4	4	8,2	49	10,9
Cuarto	Femenino	9	14,5	41	66,1	5	8,1	4	6,5	3	4,8	0	0	62	13,7
	Masculino	5	16,1	4	12,9	6	19,4	8	25,8	6	19,4	2	6,5	31	6,9
Sexto	Femenino	4	6,9	35	60,3	7	12,1	7	12,1	5	8,6	0	0,0	58	12,9
	Masculino	4	11,1	2	2,8	5	13,9	9	25	10	27,8	7	19,4	36	8
Octavo	Femenino	0	0,0	22	64,7	6	17,6	2	5,9	4	11,8	0	0,0	34	7,6
	Masculino	0	0,0	4	30,8	4	30,8	1	7,7	2	15,4	2	15,4	13	2,9
Décimo	Femenino	2	3,8	26	50	10	19,2	6	11,5	8	15,4	0	0,0	52	11,6
	Masculino	4	20	5	25	4	20	1	5	4	20	2	10	20	4,4
Total	Femenino	22	4,9	161	35,8	37	8,2	27	6,0	25	5,6	29	9,6	301	66,9
	Masculino	22	4,9	18	4,0	32	7,1	29	6,4	31	6,8	17	11,4	149	33,1
		44	9,8	179	39,8	69	15,3	56	12,4	56	12,4	46	10,2	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

En relación al momento en el que escucharon por primera vez sobre la píldora, los encuestados indican que el 39,8 % lo hicieron, mayoritariamente de 6 a 11 meses previos a la aplicación del cuestionario, seguido por el 15,3 % que indica entre 1 a 5 años. Por otro lado; el 12,4 % indicaron que lo hicieron de hace más de 5 años; mientras que el 9,8 % indicaron que fue menos de 6 meses.

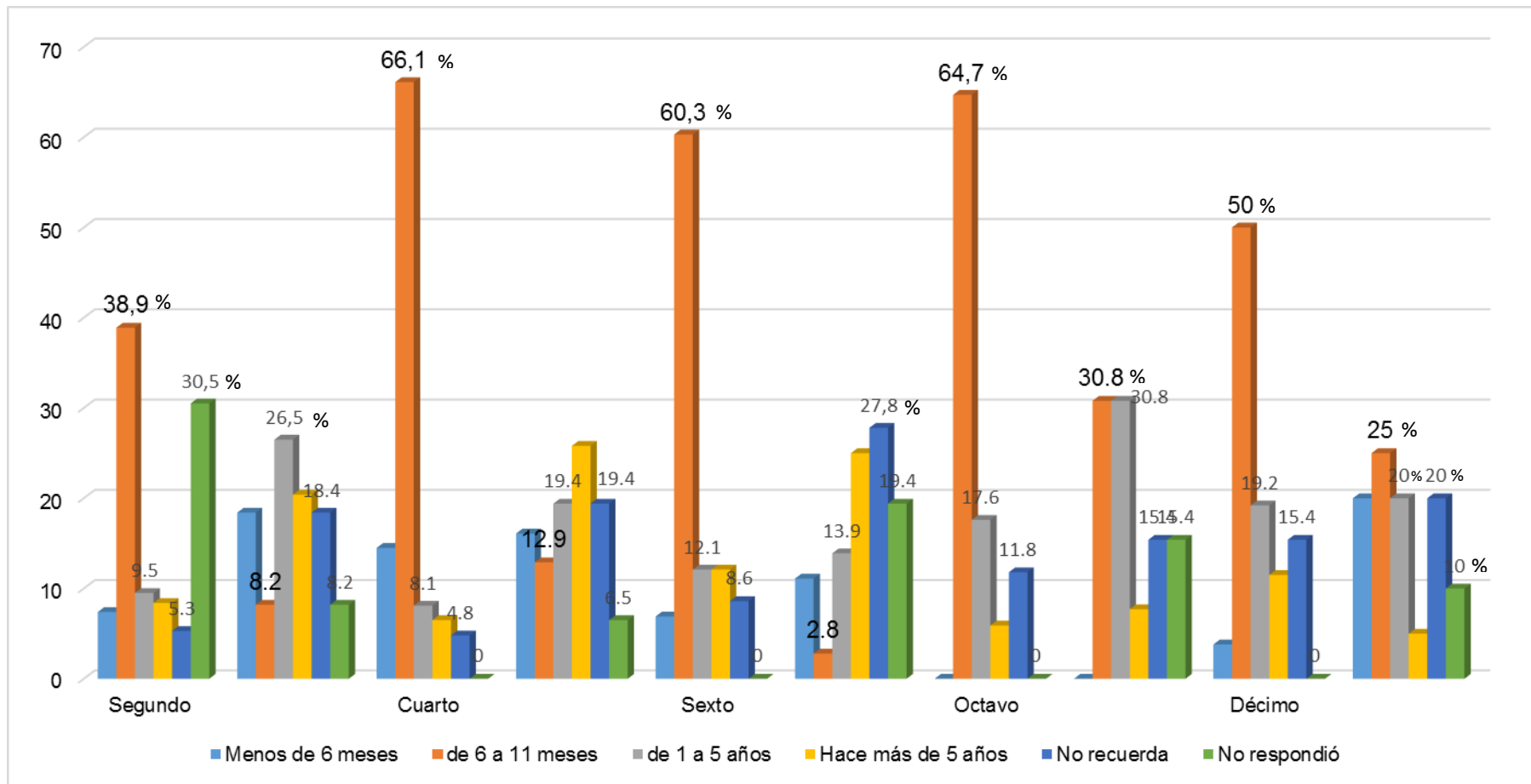


Gráfico 18. Haber escuchado de la píldora antes de su primera vez

Fuente: Tabla 13

Tabla 15. Lugar en el que escuchó sobre la píldora

Semestre de estudios	Género	¿Dónde oyó sobre ésta?																		Total			
		En la Universidad o colegio		Centro de salud		Amigos/familiares		Televisión o radio		Curso o clase		Línea telefónica		Internet		Otro		No recuerda		No respondió		N	%
		N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	N	%	%	%	N	%						
Segundo	Femenino	23	48,4	2	7,4	2	5,3	2	2,1	3	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	7	30,5	95	21,1
	Masculino	5	30,6	4	12,2	4	8,2	0	0,0	1	2,0	2	4,1	4	18,4	0	0,0	6	16,3	4	8,2	49	10,9
Cuarto	Femenino	20	79	2	3,2	4	8,1	2	3,2	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,8	0	0,0	62	13,7
	Masculino	2	6,5	4	12,9	6	16,1	4	12,9	3	6,5	0	0,0	3	38,7	0	0,0	0	0,0	3	6,5	31	6,9
Sexto	Femenino	15	69	2	8,6	2	3,4	1	3,4	2	1,7	3	1,7	2	1,7	0	0,0	5	10,3	0	0,0	58	12,9
	Masculino	4	8,3	8	19,4	3	13,9	4	8,3	3	5,6	2	2,8	9	5,6	0	0,0	4	16,7	9	19,4	36	8
Octavo	Femenino	31	64,7	2	8,8	2	5,9	1	2,9	4	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,8	0	0,0	34	7,6
	Masculino	12	23,1	4	23,1	1	7,7	3	7,7	3	7,7	0	0,0	3	7,7	0	0,0	3	7,7	5	15,4	13	2,9
Décimo	Femenino	25	65,4	7	13,5	1	7,7	3	1,9	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	9,6	0	0,0	52	11,6
	Masculino	4	40	9	15,0	8	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	20,0	0	0,0	0	0,0	5	10,0	20	4,4
Total	Femenino	191	63,5	24	8,0	18	6,0	8	2,7	11	3,7	1	0,3	1	0,3	0	0,0	29	6,0	18	9,6	301	66,9
	Masculino	31	20,8	23	15,4	18	12,1	8	5,4	6	4,0	3	2,0	28	18,8	0	0,0	17	10,1	15	11,4	149	33,1
		222	49,3	47	10,4	36	8,0	16	3,6	17	3,8	4	0,9	29	6,4	0	0,0	46	10,2	33	7,3	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

Respecto al lugar en el que oyó sobre la píldora, los encuestados indicaron que, en un 49,3 %, lo hicieron en la Universidad o en el colegio, seguido por el 10,4 % que escucharon por primera vez en un Centro de Salud. Otro 8,0 % indicó haber escuchado por amigos o familiares. Mientras que el 3,8 % indican haber escuchado en curso o clase, seguido de un 6,4 % lo escucharon por internet.

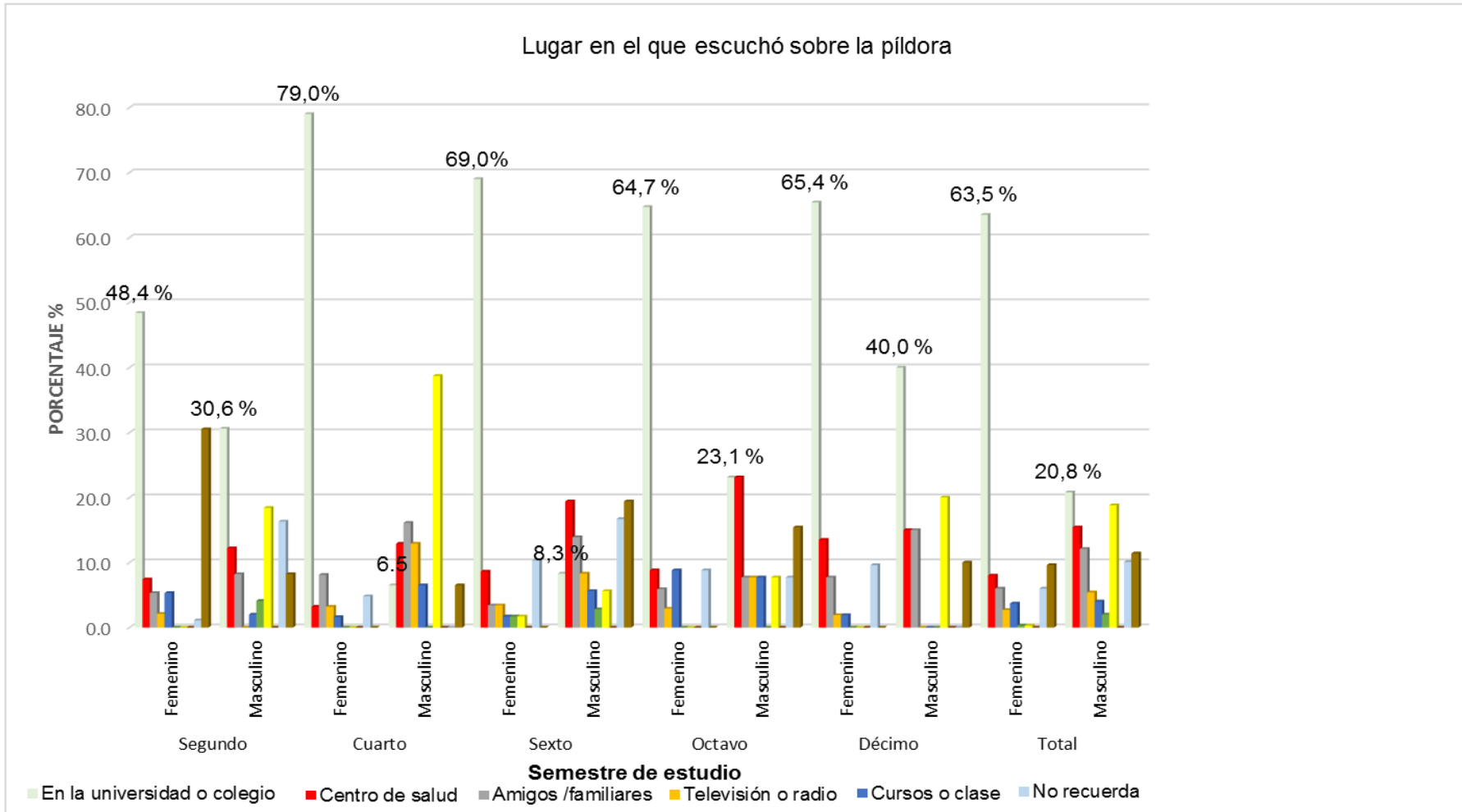


Gráfico 19. Lugar en el que escuchó sobre la píldora

Fuente: Tabla 14

Tabla 16. Funcionamiento de las píldoras anticonceptivas

Semestre de estudios	Género	¿Funcionan las píldoras anticonceptivas si hay un retraso en el período menstrual?								Total	
		No		Si		No sabe		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Segundo	Femenino	51	53,7	30	31,6	14	14,7	0	0,0	95	21,1
	Masculino	1	2,0	5	10,2	43	87,8	0	0,0	49	10,9
Cuarto	Femenino	51	82,3	0	0	11	17,7	0	0,0	62	13,7
	Masculino	1	3,2	3	9,7	27	87,1	0	0,0	31	6,9
Sexto	Femenino	50	86,2	1	1,7	7	12,1	0	0,0	58	12,9
	Masculino	4	11,1	12	33,3	20	55,6	0	0,0	36	8
Octavo	Femenino	27	79,4	0	0	7	20,6	0	0,0	34	7,6
	Masculino	0	0,0	3	23,1	10	76,9	0	0,0	13	2,9
Décimo	Femenino	40	76,9	0	0	12	23,1	0	0,0	52	11,6
	Masculino	3	15,0	4	20	13	65,0	0	0,0	20	4,4
Total	Femenino	219	48,7	31	6,9	51	11,3	0	0,0	301	66,9
	Masculino	9	2,0	27	6,0	113	25,1	0	0,0	149	33,1
		228	50,7	58	12,9	164	36,4	0	0,0	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

En relación al funcionamiento de las píldoras anticonceptivas en caso de un retraso del periodo, el 50,7 % indicó que no tendrían funcionamiento, correspondiente a una respuesta incorrecta; El 12,9 % que acertó con la pregunta indicó que ello funciona si hubiera un retraso. Mientras que el 36,4 % indican no saber nada al respecto del funcionamiento de las píldoras.

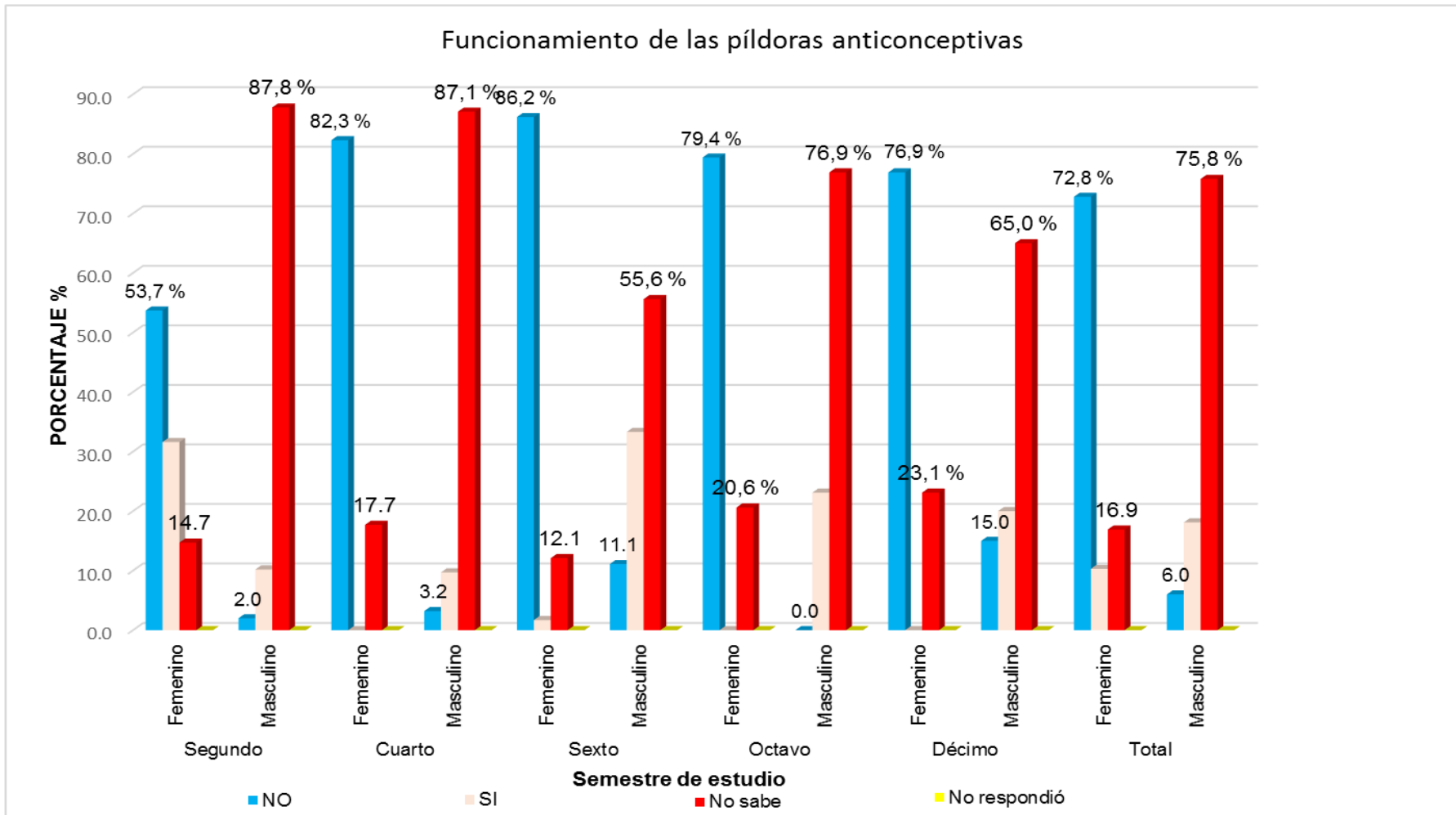


Gráfico 20. Funcionamiento de las píldoras anticonceptivas

Fuente: Tabla 15

Tabla 17. Tiempo de administración de la píldora

Semestre de estudios	Género	¿Cuánto tiempo después de una relación sexual sin protección deben tomarse las píldoras anticonceptivas de emergencia?														Total	
		Inmediatamente después de la relación sexual		Dentro de 12 horas		Dentro de las 24 horas		Dentro de las 48 horas		Dentro de las 72 horas		Dentro de las 120 horas		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Segundo	Femenino	0	0,0	2	2,1	6	6,3	6	6,3	52	54,7	0	0	29	30,5	95	21,1
	Masculino	0	0,0	9	18,4	0	0,0	4	8,2	32	65,3	0	0	4	8,2	49	10,9
Cuarto	Femenino	2	3,2	0	0,0	6	9,7	3	4,8	51	82,3	0	0	0	0,0	62	13,7
	Masculino	0	0,0	3	9,7	0	0,0	1	3,2	25	80,6	0	0	2	6,5	31	6,9
Sexto	Femenino	3	5,2	1	1,7	4	6,9	7	12,1	43	74,1	0	0	0	0,0	58	12,9
	Masculino	0	0,0	0	0,0	2	5,6	7	19,4	20	55,6	0	0	7	19,4	36	8
Octavo	Femenino	0	0,0	3	8,8	5	14,7	1	2,9	25	73,5	0	0	0	0,0	34	7,6
	Masculino	0	0,0	2	15,4	2	15,4	1	7,7	6	46,2	0	0	2	15,4	13	2,9
Décimo	Femenino	0	0,0	7	13,5	6	11,5	5	9,6	34	65,4	0	0	0	0,0	52	11,6
	Masculino	0	0,0	5	25,0	1	5,0	2	10,0	10	50,0	0	0	2	10,0	20	4,4
Total	Femenino	5	1,1	13	2,9	27	6,0	22	4,9	205	45,6	0	0	29	6,4	301	66,9
	Masculino	0	0,0	19	4,2	5	1,1	15	3,3	93	20,7	0	0	17	3,8	149	33,1
		5	1,1	32	7,1	32	7,1	37	8,2	289	66,2	0	0	46	10,2	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

Respecto a los tiempos de administración de la píldora; el 66,2% indicó que este puede hacerse dentro de las 72 horas, lo que corresponde a la respuesta correcta, seguido por el 8,2 % que indicó que puede ser dentro de las 48 horas; seguido de 7,1 % de estudiantes indican que este puede hacerse dentro de las 24 horas. Por otro lado, el 10,2% indican con respecto al tiempo de administración no respondieron.

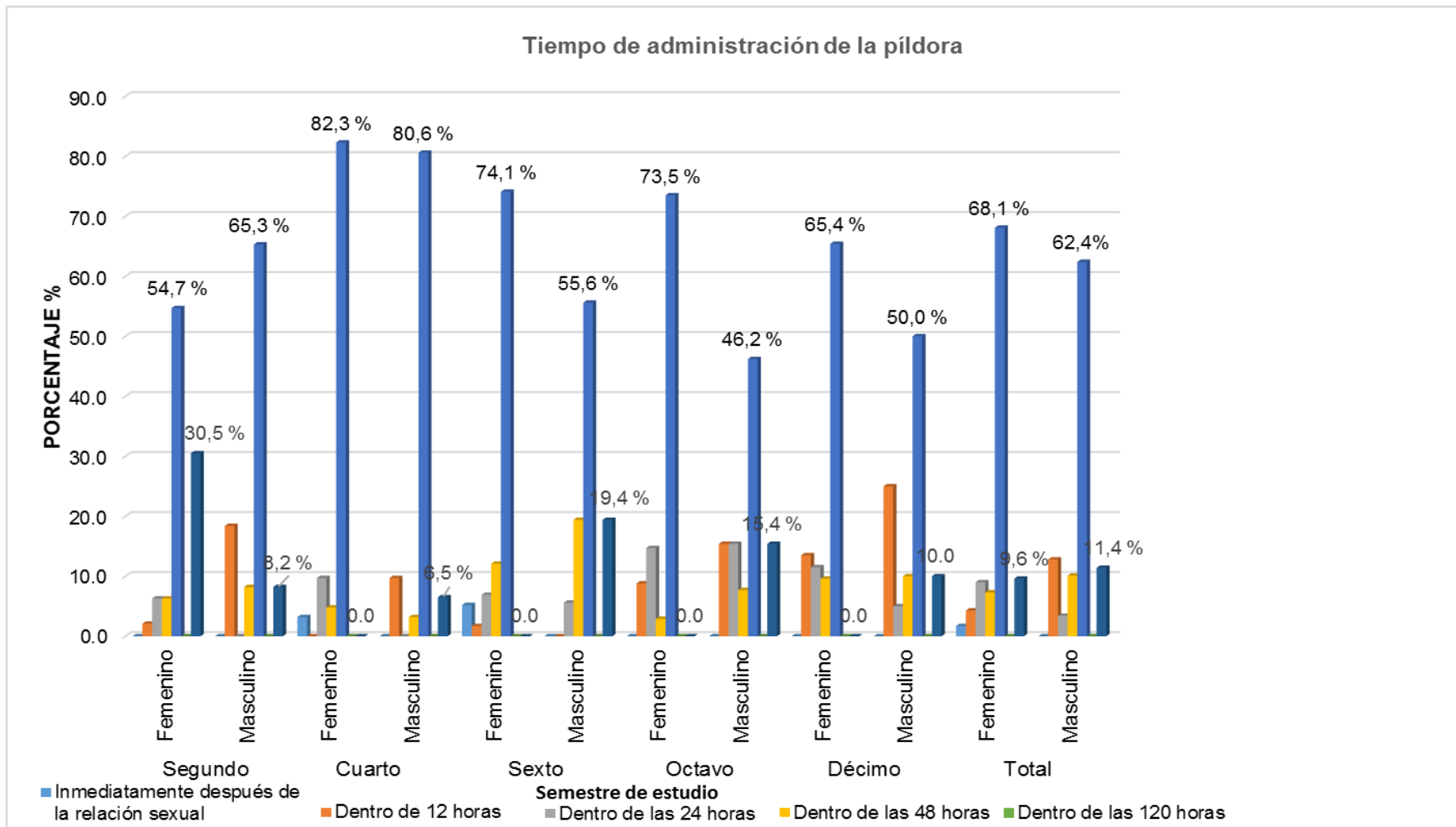


Gráfico 21. Tiempo de administración de la píldora

Fuente: Tabla 17

Tabla 18. Droga que contiene la píldora

Semestre de estudios	Género	¿Qué droga cree que contienen las píldoras anticonceptivas de emergencia?										Total	
		La misma que las píldoras anticonceptivas diarias		La misma que las píldoras diarias, pero más fuerte		Una droga completamente diferente		No sabe		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Segundo	Femenino	47	49,5	9	9,5	0	0,0	10	10,5	29	30,5	95	21,1
	Masculino	0	0,0	15	30,6	0	0,0	28	57,1	4	8,2	49	10,9
Cuarto	Femenino	47	75,8	6	9,7	3	8,3	9	14,5	0	0,0	62	13,7
	Masculino	1	3,2	6	19,4	2	6,5	19	61,3	2	6,5	31	6,9
Sexto	Femenino	43	74,1	10	17,2	0	0,0	5	8,6	0	0,0	58	12,9
	Masculino	0	0,0	3	8,3	3	8,3	23	63,9	7	19,4	36	8
Octavo	Femenino	20	58,8	5	14,7	0	0,0	9	26,5	0	0,0	34	7,6
	Masculino	0	0,0	2	15,4	0	0,0	9	69,2	2	15,4	13	2,9
Décimo	Femenino	29	55,8	10	19,2	0	0,0	13	25,0	0	0,0	52	11,6
	Masculino	0	0,0	6	30,0	2	10,0	10	50,0	2	10,0	20	4,4
Total	Femenino	186	41,3	40	8,9	10	2,2	46	10,2	29	6,4	301	66,9
	Masculino	1	0,2	32	7,1	0	0,0	89	19,8	17	3,8	149	33,1
		187	41,6	72	16,0	10	2,2	135	30,0	46	10,2	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

Respecto al contenido de la píldora, los resultados muestran que el 41,6 % de encuestados, correspondiente a la mayor frecuencia indicaron que ella contiene la misma píldora diaria, seguido por aquellos que no tienen conocimiento sobre la respuesta con un 30,0 %; por otro lado, el 16,0 % de estudiantes indicaron que, la misma que las píldoras diarias, pero más fuerte. Mientras, que solo 2,2 % indican que, una droga completamente diferente.

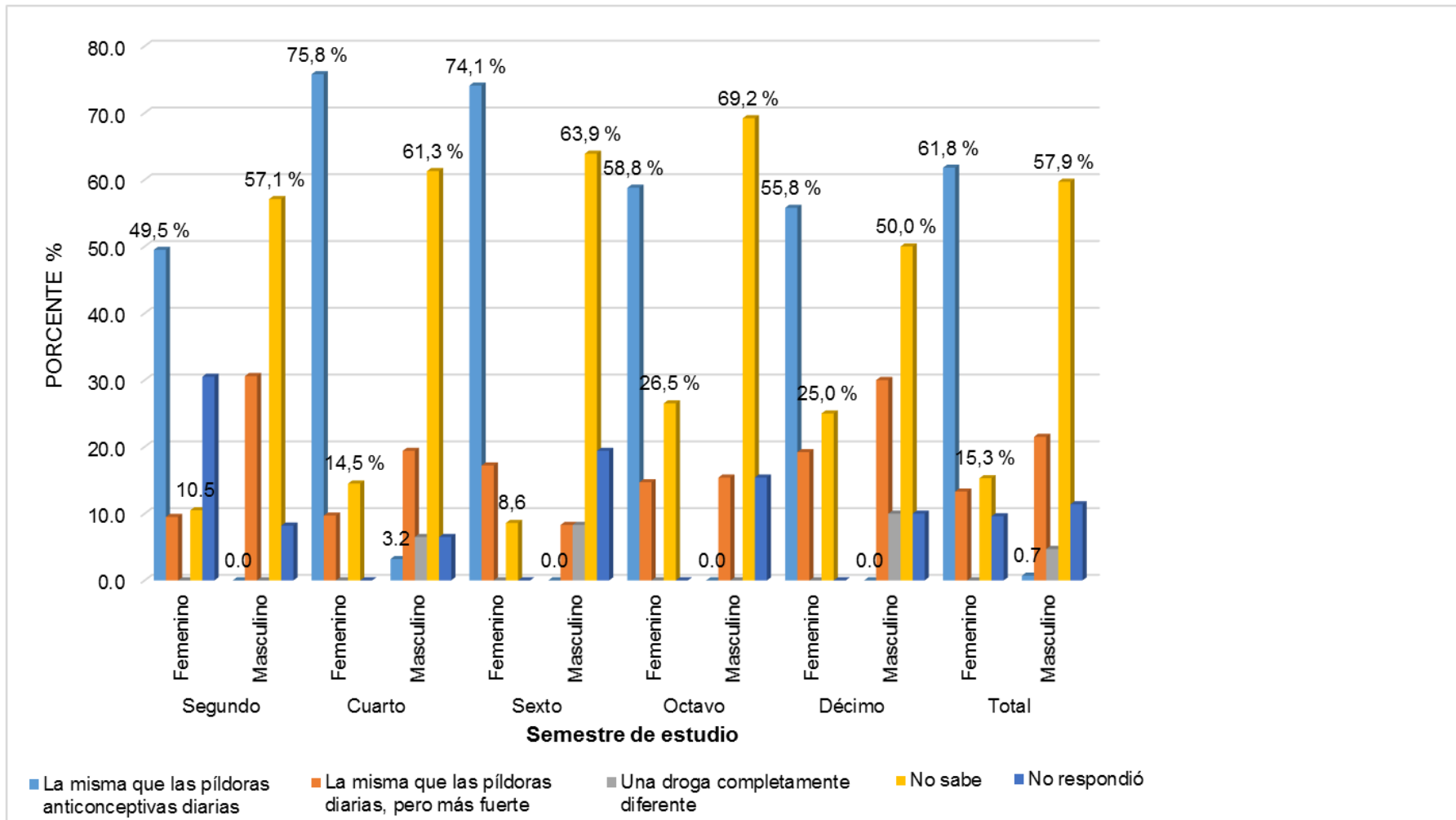


Gráfico 22. Droga que contiene la píldora

Fuente: Tabla 18

Tabla 19. Eficacia de la píldora

Semestre de estudios	Género	¿Cuán eficaces son las píldoras anticonceptivas de emergencia para prevenir un embarazo?												Total	
		99 %		75 %		50 %		30 %		No sabe		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Segundo	Femenino	1	1,1	46	48,4	14	14,7	0	0,0	5	5,3	29	30,5	95	21,1
	Masculino	3	6,1	6	12,2	1	2,00	8	16,3	27	55,1	4	8,2	49	10,9
Cuarto	Femenino	0	0,0	39	62,9	8	12,9	1	1,6	14	22,6	0	0,0	62	13,7
	Masculino	4	12,9	3	9,7	0	0,0	6	19,4	16	51,6	2	6,5	31	6,9
Sexto	Femenino	1	1,7	43	74,1	0	10,3	1	1,7	7	12,1	0	0,0	58	12,9
	Masculino	5	13,9	4	11,1	3	8,3	6	16,7	11	30,6	7	19,4	36	8
Octavo	Femenino	3	8,8	21	61,8	4	11,8	1	2,9	5	14,7	0	0,0	34	7,6
	Masculino	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	9	69,2	2	15,4	13	2,9
Décimo	Femenino	2	3,8	34	65,4	6	11,5	2	3,8	8	15,4	0	0,0	52	11,6
	Masculino	1	5,0	4	20,0	0	0,0	4	20,0	9	45,0	2	10,0	20	4,4
Total	Femenino	7	1,5	183	40,7	38	8,4	5	1,1	38	8,4	29	6,4	301	66,9
	Masculino	13	2,9	19	4,2	4	0,9	24	5,3	72	16,0	17	3,8	149	33,1
		20	4,4	202	44,9	42	9,3	29	6,4	110	24,4	46	10,2	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

Respecto a la eficacia de la píldora, los resultados muestran que el 44,9 % indicó que es del 75 %, seguido por el 4,4 % que indicó que es del 99 %. Los resultados muestran que la mayor parte de encuestados acertó respecto a la pregunta. Por otro lado el 9,3 % indican que representan el 50,0 %, mientras que el 6,4 % representan que tienen el 30 % de eficacia del uso de la píldora.

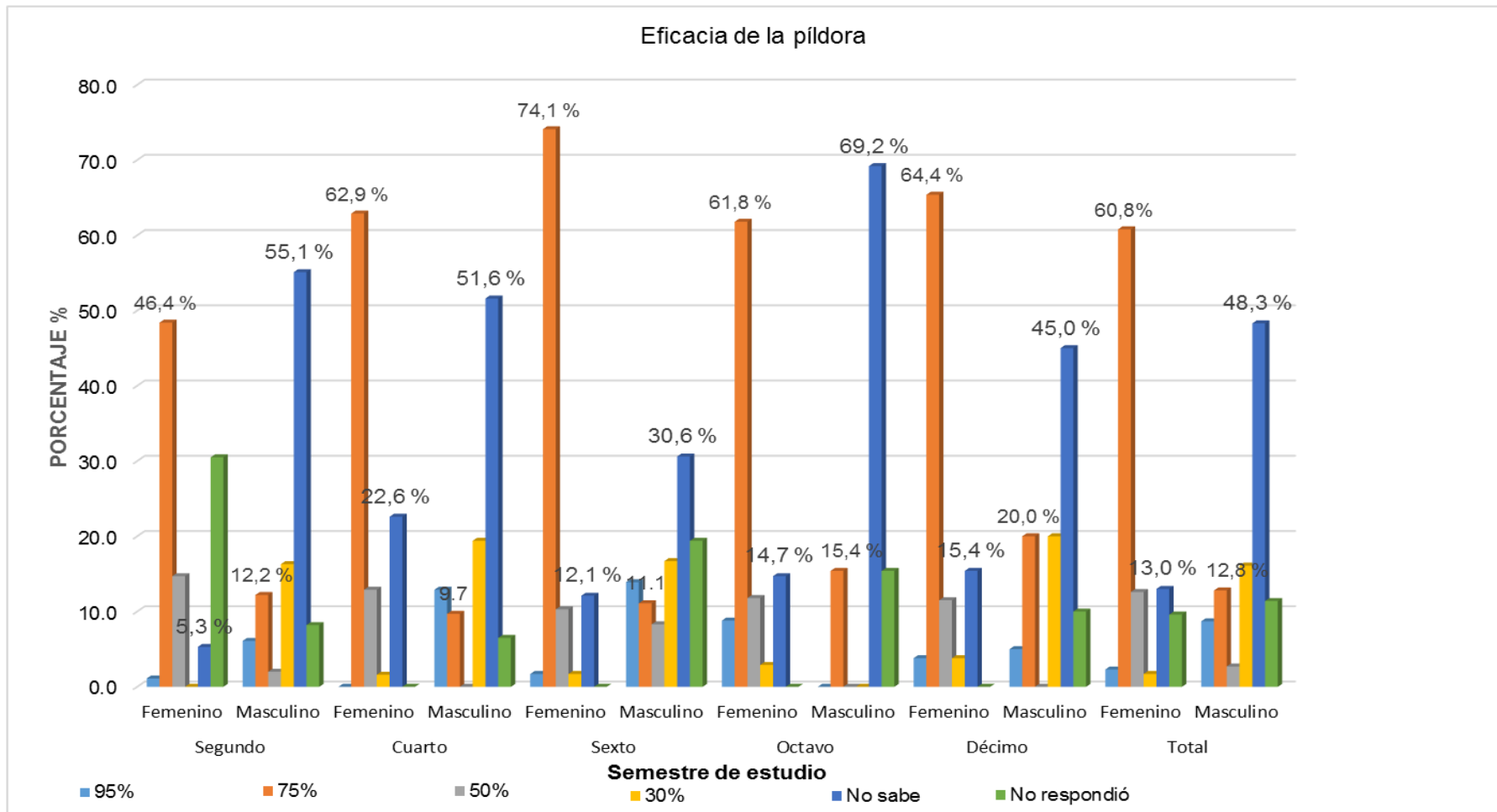


Gráfico 23. Eficacia de la píldora

Fuente: Tabla 19

Tabla 20. Consecuencias del uso frecuente de la píldora

Semestre de estudios	Género	¿Cuáles son las consecuencias del uso frecuente de la píldora del día siguiente?														Total	
		Infertilidad		Hemorragia intrauterin disfuncional		Riesgo de sobredosis		Embarazo		Cáncer		No sabe		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Segundo	Femenino	6	6,3	0	0,0	4	4,2	0	0,0	55	57,9	1	1,1	29	30,5	95	21,1
	Masculino	1	2,0	0	0,0	0	0,0	8	16,3	15	30,6	21	42,9	4	8,2	49	10,9
Cuarto	Femenino	4	6,5	2	3,2	4	6,5	0	0,0	52	83,9	0	0,0	0	0,0	62	13,7
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	12,9	17	54,8	8	25,8	2	6,5	31	6,9
Sexto	Femenino	5	8,6	0	0,0	2	3,4	0	0,0	50	86,2	1	1,7	0	0,0	58	12,9
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,9	12	33,3	12	33,3	7	19,4	36	8
Octavo	Femenino	7	20,6	0	0,0	1	2,9	0	0,0	26	76,5	0	0,0	0	0,0	34	7,6
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	4	30,8	5	38,5	2	15,4	13	2,9
Décimo	Femenino	9	17,3	0	0,0	3	5,8	0	0,0	39	75,0	1	1,9	0	0,0	52	11,6
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	50,0	4	20,0	4	20,0	2	10,0	20	4,4
Total	Femenino	31	6,9	2	0,4	14	3,1	0	0,0	222	49,3	3	0,7	29	6,4	301	66,9
	Masculino	1	0,2	0	0,0	0	0,0	29	6,4	52	11,6	50	11,1	17	3,8	149	33,1
		32	7,1	2	0,4	14	3,1	29	6,4	274	60,9	53	11,8	46	10,2	450	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de la Escuela de Educación

Interpretación:

En relación a las consecuencias del uso de la píldora si esta fuese administrada de forma frecuente, los resultados muestran que el 60,9 % indicó que ello podría generar cáncer, lo que corresponde a una respuesta errada. Por otro lado, la respuesta correcta, correspondiente a posibles hemorragias intrauterinas disfuncionales apenas corresponde al 0,4 % de respuestas, y que se ilustran en la siguiente tabla; el 7,1 % indican que produce la infertilidad, las píldoras; el 6,4 % indican que genera embarazo el uso de las píldoras, el 60,9 % indican que genera consecuencia el uso de las píldoras como el cáncer.

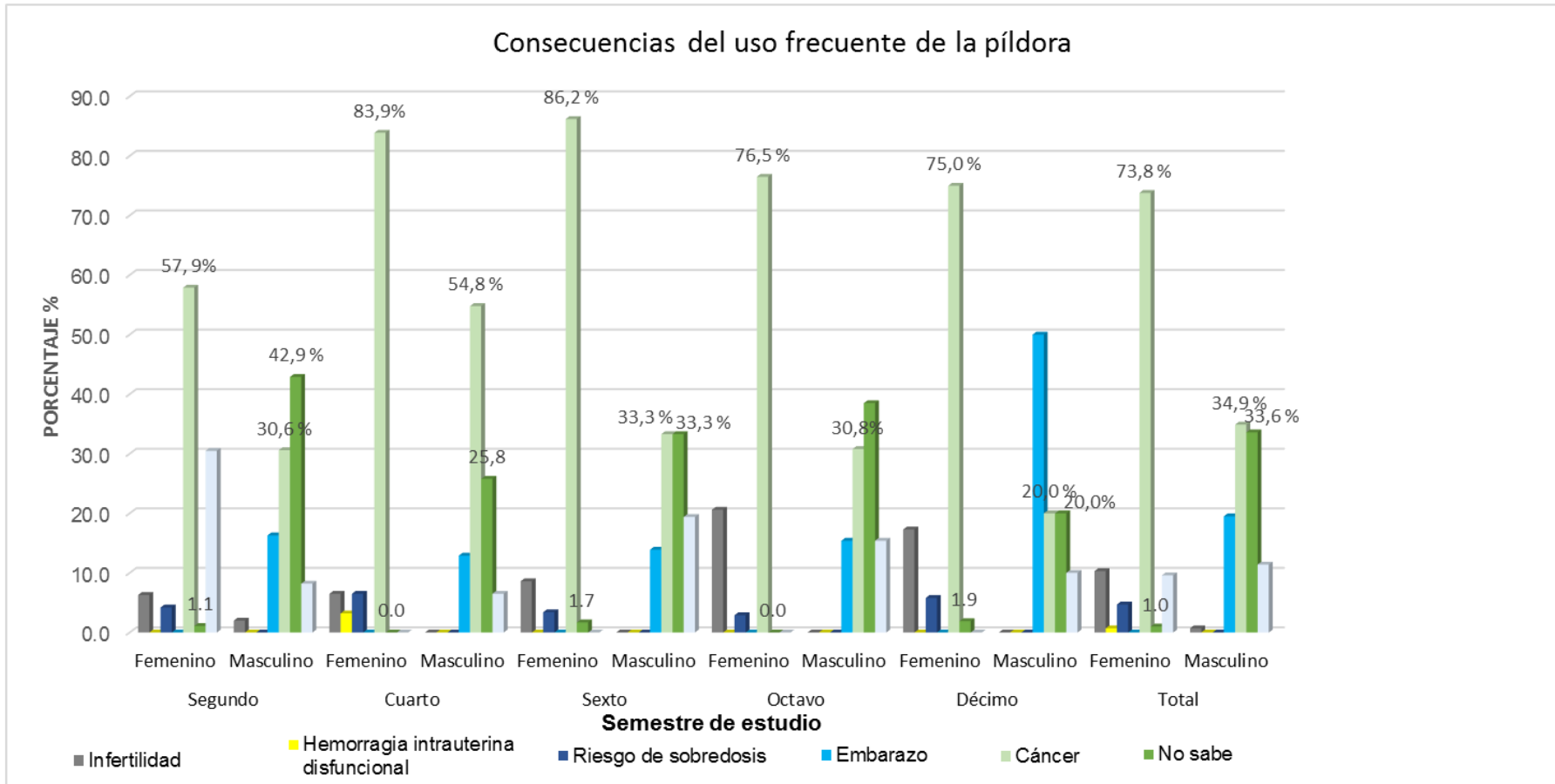


Gráfico 24. Consecuencias del uso frecuente de la píldora

Fuente: Tabla 20

Tabla 21. Equivalencia de la píldora

Semestre de estudios	Género	A que equivale una píldora del día siguiente (levonorgestrel 1,5 mg)												Total	
		A 10 pastillas anticonceptivas diarias juntas		A 20 pastillas anticonceptivas diarias juntas		A 30 pastillas anticonceptivas diarias juntas		40 pastillas anticonceptivas diarias juntas		No sabe		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Segundo	Femenino	2	4,2	2	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	30,5	95	21,1
	Masculino	2	6,1	3	2,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	2	8,2	49	10,9
Cuarto	Femenino	6	12,9	2	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	62	13,7
	Masculino	4	3,2	3	9,7	0	0,0	3	6,5	0	0,0	2	6,5	31	6,9
Sexto	Femenino	2	3,4	4	12,1	2	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	58	12,9
	Masculino	1	2,8	5	0,0	0	0,0	1	2,8	0	0,0	6	19,4	36	8
Octavo	Femenino	3	5,9	3	5,9	3	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	7,6
	Masculino	0	0,0	6	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	15,4	13	2,9
Décimo	Femenino	4	7,7	2	7,7	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	52	11,6
	Masculino	1	5,0	3	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	10,0	20	4,4
Total	Femenino	20	4,4	19	4,2	0	0,0	4	0,9	208	46,2	29	6,4	301	66,9
	Masculino	6	1,3	4	0,9	4	0,9	0	0,0	118	26,2	17	3,8	149	33,1
		26	5,7	23	5,1	4	0,9	4	0,9	326	72,4	46	10,2	450	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de la Escuela de Educación

Interpretación:

En relación a la equivalencia de la píldora, la mayor frecuencia de resultados indica desconocimiento de parte de los encuestados dado un 72,4 % de marcaciones no saben. Apenas el 5,1 % de encuestados acertó, indicando una equivalencia a 20 pastillas anticonceptivas juntas; seguido de un 5,7 % indican una equivalencia a 10 pastillas anticonceptivas diarias juntas.

4.1.4. Uso del método de anticoncepción de emergencia

Tabla 22. Uso de la píldora

Semestre de estudios	Género	¿Alguna vez ha usado Ud, (o su pareja) píldoras anticonceptivas de emergencia?						Total	
		No		Si		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Segundo	Femenino	12	97,9	1	2,1%	0	0,0	95	21,1
	Masculino	0	0,0	0	0,0	2	0,4	49	10,9
Cuarto	Femenino	11	96,8	2	3,2	0	0,0	62	13,7
	Masculino	0	0,0	0	0,0	2	0,4	31	6,9
Sexto	Femenino	14	94,8	2	5,2	0	0,0	58	12,9
	Masculino	0	0,0	0	0,0	3	0,7	36	8
Octavo	Femenino	8	85,3	12	14,7	0	0,0	34	7,6
	Masculino	0	0,0	0	0,0	5	1,1	13	2,9
Décimo	Femenino	6	90,4	3	9,6	0	0	52	11,6
	Masculino	0	0,0	0	0,0	5	1,1	20	4,4
Total	Femenino	0	0,0	284	63,1	17	3,8	301	66,9
	Masculino	149	33,1	0	0,0	0	0,0	149	33,1
		149	33,1	284	63,1	17	3,8	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

Respecto a los antecedentes de uso del método de anticoncepción de emergencia (levonorgestrel), el 63,1 % de casos indicó si haberlo utilizado la píldora de emergencia; sin embargo, el 33,1 % consideró no haberlo tomado anteriormente. Píldoras anticonceptivas, mientras que el 3,8 % indicaron no tener conocimiento de las píldoras anticonceptivas.

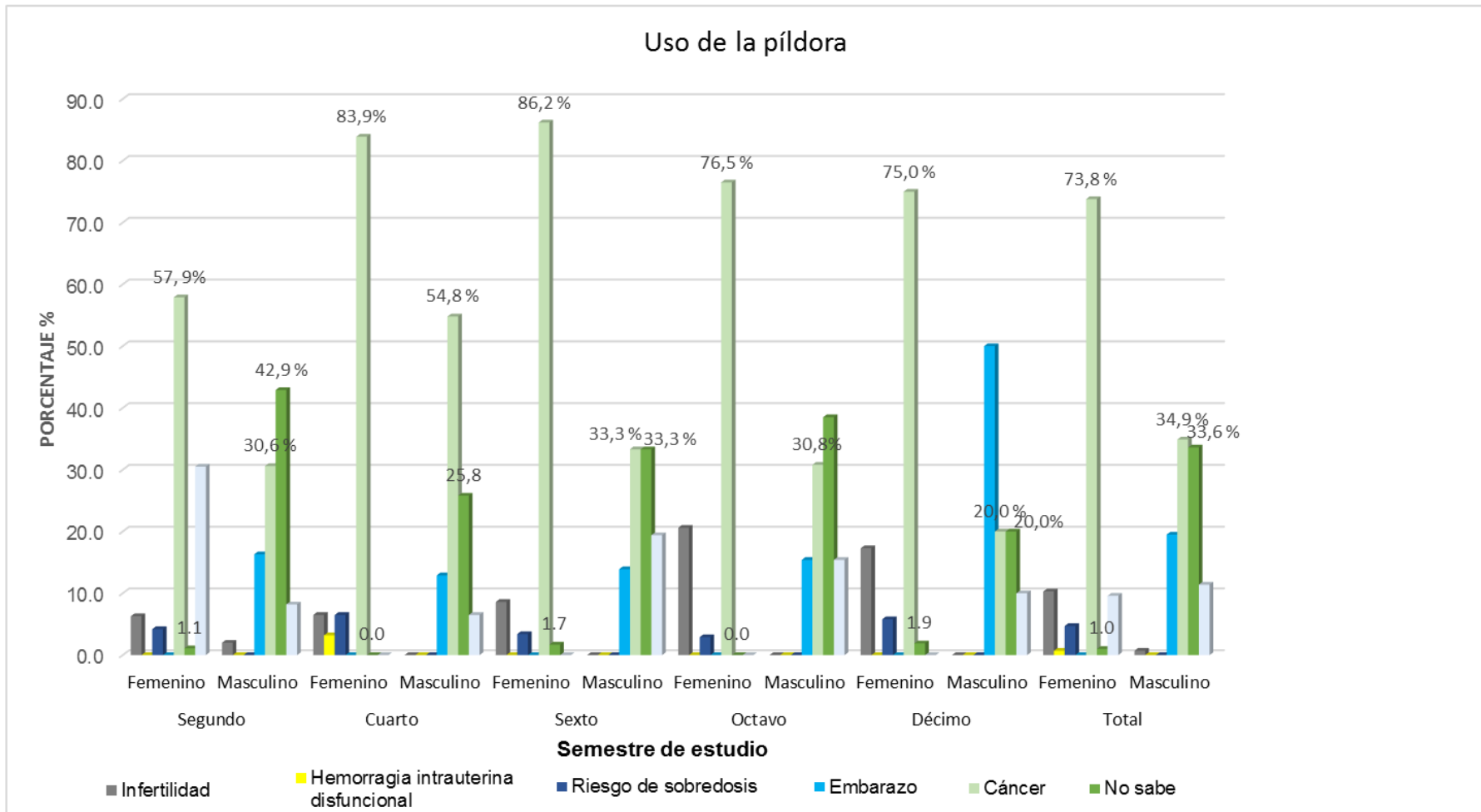


Gráfico 25. Uso de la píldora

Fuente: Tabla 22

Tabla 23. Número de veces de uso

Semestre de estudios	Género	¿Cuántas veces ha usado Ud, (o su pareja) este método durante el año?												Total	
		Una vez		Una cada mes		Dos a más veces al mes		Una cada tres meses		Una cada seis meses		No respondió			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Segundo	Femenino	0	0,0	2	1,1	0	0,0	2	1,1	0	0,0	9	97,9	95	21,1
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0	49	10,9
Cuarto	Femenino	0	0,0	3	1,6	0	0,0	2	1,6	0	0,0	8	96,8	62	13,7
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0	31	6,9
Sexto	Femenino	0	0,0	3	5,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	94,8	58	12,9
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0	36	8
Octavo	Femenino	3	5,9	2	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	85,3	34	7,6
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0	13	2,9
Décimo	Femenino	2	1,9	3	5,8	5	1,9	0	0,0	0	0,0	9	90,4	52	11,6
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0	20	4,4
Total	Femenino	3	0,7	11	2,4	1	0,2	2	0,4	0	0,0	284	63,1	301	66,9
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	149	33,1	149	33,1
		3	0,7	11	2,4	1	0,2	2	0,4	0	0,0	433	96,2	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

Respecto al número de veces de uso del método de anticonceptivo, el 2,4 % indica ingerir una cada mes, seguido por el 0,7 % que indicó haberlo ingerido una vez en el año, seguido de 0,2 % señalan hacer ingerido de dos más veces al mes; mientras que el 0,7 % de estudiantes contestaron, haber ingerido de una sola vez; sin embargo, por otro lado, el 96,2 % indican que no respondieron a las preguntas planteadas en el estudio.

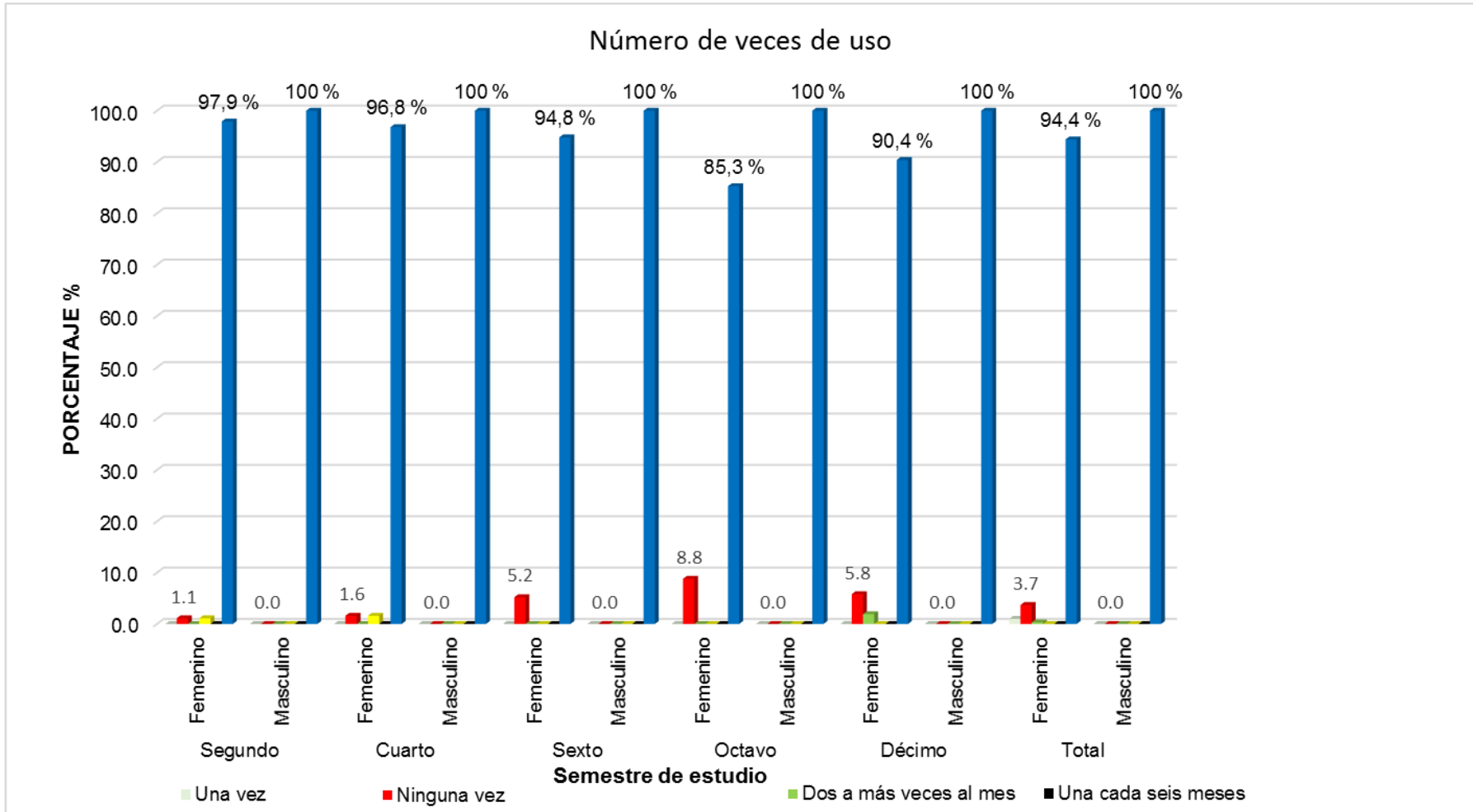


Gráfico 26. Número de veces de uso

Fuente: Tabla 23

Tabla 24. Recomendación de uso

Semestr e de estudios	Género	¿Quién se lo recomendó a Ud, (o a su pareja)?																					
		Un amigo		Pareja		Familiares		Información telefónica		Técnico en farmacia		Químico farmacéutico		Ginecólogo		Programa de planificación familiar		Radio		No respondió		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Segundo	Femenino	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	97	65,5	95	21,1
	Masculino	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	34,5	49	10,9
Cuarto	Femenino	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	96	65,9	62	13,7
	Masculino	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	34,1	31	6,9
Sexto	Femenino	0	0,0	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	60,4	58	12,9
	Masculino	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	39,6	36	8
Octavo	Femenino	0	0,0	3	0,7	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	85	69,0	34	7,6
	Masculino	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	31,0	13	2,9
Décimo	Femenino	0	0,0	3	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	90	70,1	52	11,6
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	29,9	20	4,4
Total	Femenino	0	0,0	11	2,4	0	0,0	0	0,0	4	0,9	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	284	63,1	301	66,9
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	149	33,1	149	33,1
		0	0,0	11	2,4	0	0,0	0	0,0	4	0,9	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	433	96,2	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

Según la evaluación de la recomendación para su uso, el 2,4 % indicó que fue por su pareja, seguido por el 0,9 % que fue por medio de un técnico en farmacia. Sin embargo, el 0,2 % indicó por químico farmacéutico; el 0,2 % indican el programa de planificación familiar.

Tabla 25: Motivo de consumo

Semestre de estudios	Género	¿Por qué tomo la píldora Ud, (o su pareja)?														Tacna	
		No uso método anticonceptivo		Calculo mal la fecha		Se rompió el condón		Olvido tomar la píldora		Fue obligada a tener relaciones		Otro		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Segundo	Femenino	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	93	97,9	95	21,1
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	49	10,0	49	10,9
Cuarto	Femenino	1	1,6	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	60	96,8	62	13,7
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	10,0	31	6,9
Sexto	Femenino	2	3,4	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	55	94,8	58	12,9
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	10,0	36	8
Octavo	Femenino	3	8,8	0	0,0	0	0,0	2	5,9	0	0,0	0	0,0	29	85,3	34	7,6
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	10,0	13	2,9
Décimo	Femenino	4	7,7	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	90,4	52	11,6
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	10,0	20	4,4
Total	Femenino	11	3,7	3	1,0	0	0,0	3	1,0	0	0,0	0	0,0	284	63,1	301	66,9
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	149	33,1	149	33,1
		11	3,7	3	0,0	0	0,0	3	0,0	0	0,0	0	0,0	433	96,2	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

Respecto al motivo de consumo, el 3,7 % de encuestados indicó haber ingerido la píldora debido a que no usaron otro método anticonceptivo para protegerse. Los resultados dan cuenta de menores frecuencias de estudiantes que indicaron haber calculado mal la fecha y haber olvidado tomar algún anticonceptivo. La siguiente tabla muestra estos resultados.

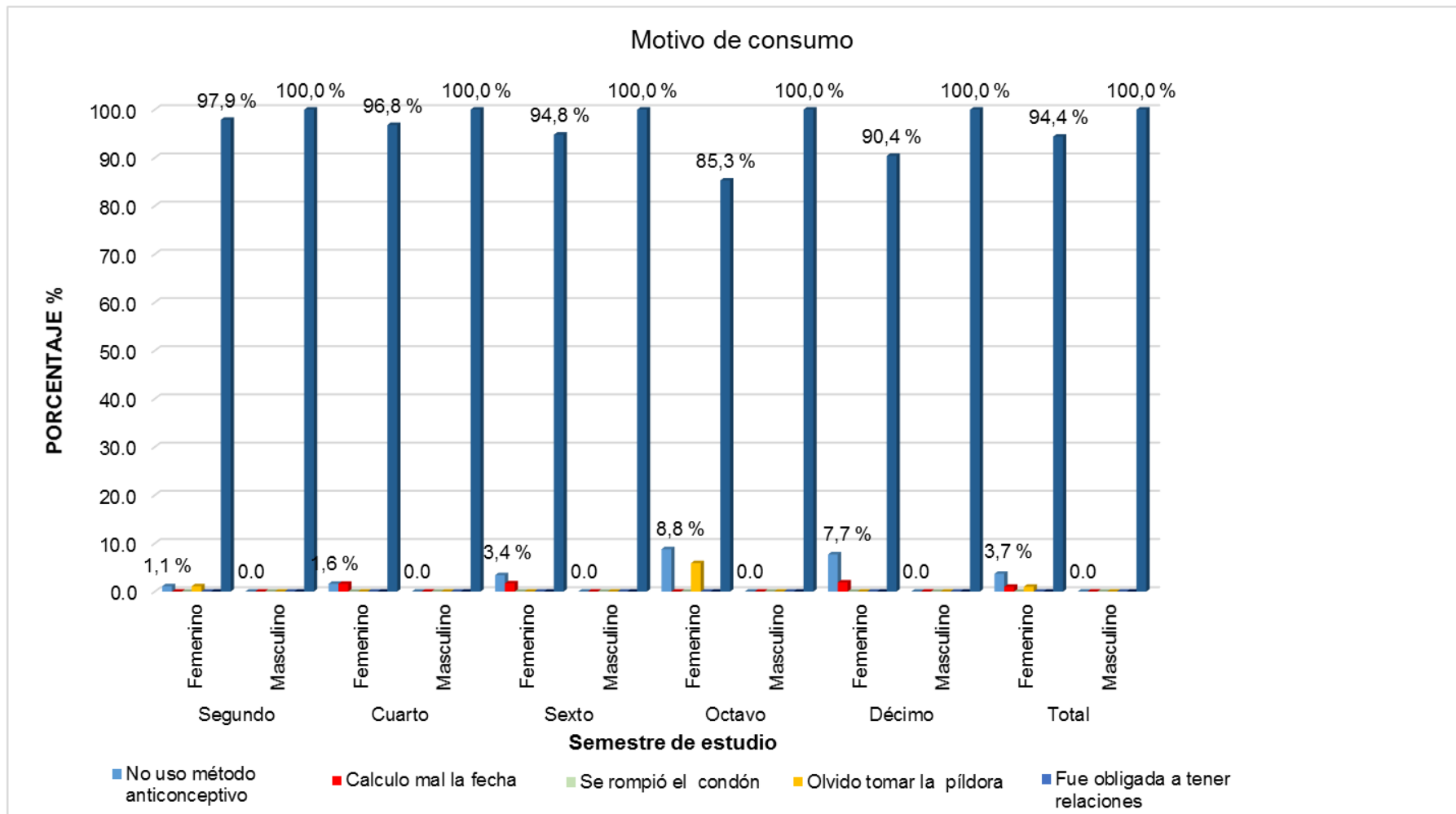


Gráfico 27: Motivo de consumo

Fuente: Tabla 25

Tabla 26. Utilización posterior

Semestre de estudios	Género	¿Después de que Ud, (o su pareja) usó anticoncepción de emergencia, empezó a utilizar un método anticonceptivo regular o uno diferente al método que estaba usando?						Total	
		No		Si		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Segundo	Femenino	78	1,1	1	1,1	2	9,6	95	21,1
	Masculino	23	0,0	0	0,0	0	0,0	49	10,9
Cuarto	Femenino	32	1,6	2	1,6	3	9,8	62	13,7
	Masculino	5	0,0	0	0,0	0	0,0	31	6,9
Sexto	Femenino	42	3,4	1	1,7	2	91,8	58	12,9
	Masculino	45	0,0	0	0,0	0	0,0	36	8
Octavo	Femenino	14	2,9	3	11,8	1	8,3	34	7,6
	Masculino	24	0,0	0	0,0	0	0,0	13	2,9
Décimo	Femenino	89	3,8	1	5,8	2	9,4	52	11,6
	Masculino	33	0,0	0	0,0	0	0,0	20	4,4
Total	Femenino	284	63,1	7	1,6	10	2,2	301	66,9
	Masculino	149	33,1	0	0,0	0	0,0	149	33,1
		433	96,2	7	1,6	10	2,2	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

Respecto de la utilización posterior de otro método posterior a la administración de la píldora, el 96,2 % de encuestados indicó no haber utilizado otro método, en tanto que el 1,6 % indicó continuar usando la administración de la píldora de emergencia. Sin embargo, el 2,2 % de estudiantes no respondieron que utilizar referente al uso de un método anticonceptivo regular o uno diferente al método que estaba usando.

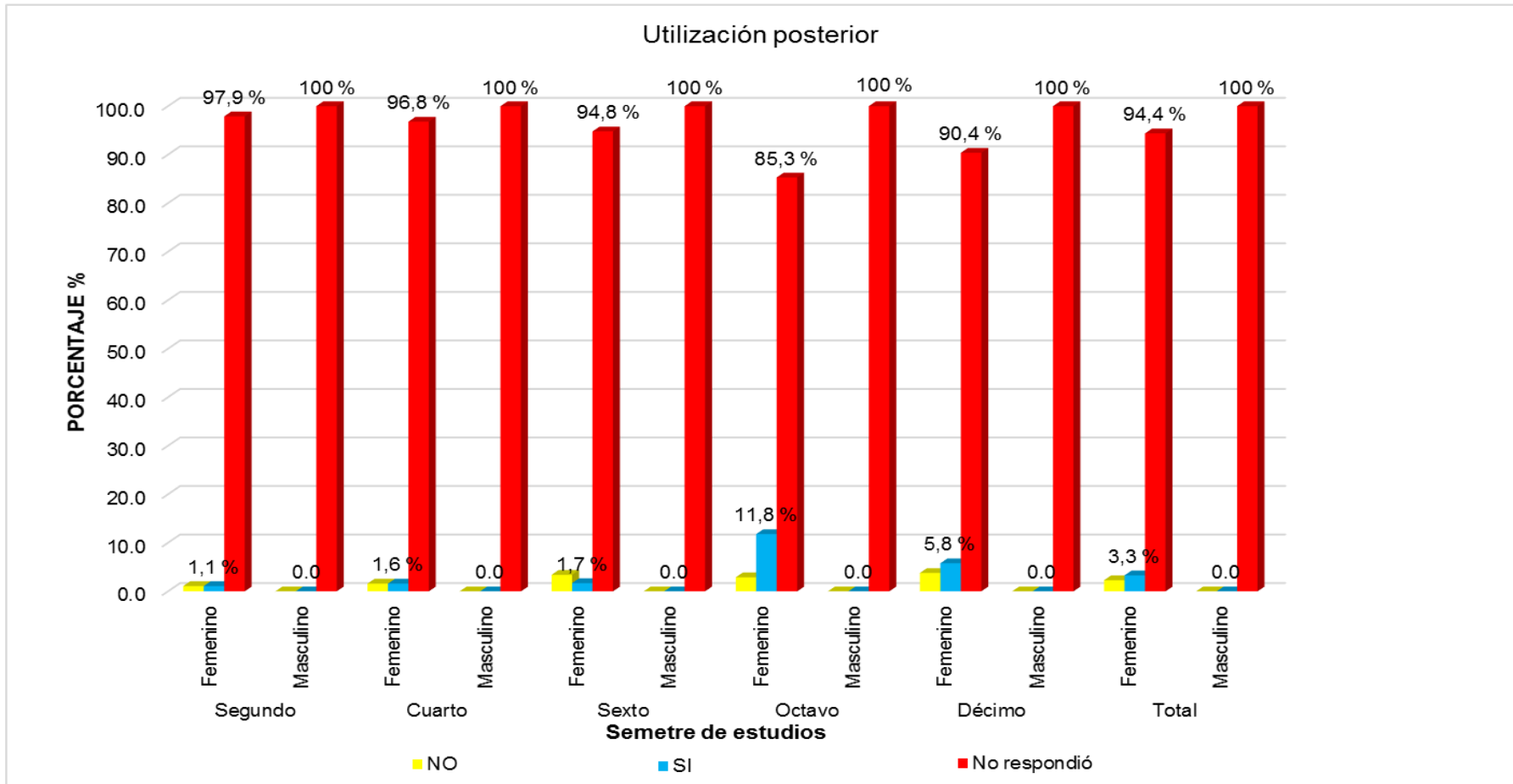


Gráfico 28. Utilización posterior

Fuente: Tabla 26

Tabla 27. Método que empezó a usar

Semestre de estudios	Género	¿Qué método empezó a usar?																Total	
		Píldoras		Inyectable		Condón		DIU		Coito interrumpido		Calendario		Otro		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Segundo	Femenino	1	1,1	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	71	97,9	95	21,1
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	49	10,9
Cuarto	Femenino	0	0,0	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6	0	0,0	65	96,8	62	13,7
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	6,9
Sexto	Femenino	2	3,4	3	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	94,8	58	12,9
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	8
Octavo	Femenino	2	2,9	3	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	8,8	0	0,0	24	85,3	34	7,6
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	2,9
Décimo	Femenino	3	3,8	3	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,9	0	0,0	32	90,4	52	11,6
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	4,4
Total	Femenino	6	2,0	6	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,7	0	0,0	284	63,1	301	66,9
	Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	149	33,1	149	33,1
		6	1,3	6	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,7	0	0,0	433	96,2	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

Según el método utilizado posterior al uso del anticonceptivo de emergencia, se tiene que el 1,3 % de estudiantes evaluados consideró utilizar píldoras anticonceptivas, al igual que otro 2,0 % indico haber utilizado inyectables. Otro 1,7 % indicó utilizar el método de calendario. Mientras que el 96,2 % indican que no hacer respondido al respecto.

4.1.5. Actitudes frente a la anticoncepción de emergencia (levonorgestrel)

Tabla 28. Percepción del método

Semestre de estudios	Género	¿Qué le parece este método?												Total	
		Adecuado para las mujeres		Inadecuado		Adecuado para algunas mujeres		Quisiera tener más información		Otro		No respondió			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Segundo	Femenino	14	72,7	13	92,9	4	25,0	14	62,8	0	0,0	0	0,0	95	21,1
	Masculino	8	27,3	1	7,1	7	75,0	11	37,2	0	0,0	5	18,0	49	10,9
Cuarto	Femenino	41	88,5	0	10,0	0	0,0	34	54,9	0	0,0	0	0,0	62	13,7
	Masculino	8	11,5	0	0,0	0	10,0	23	45,1	0	0,0	6	12,0	31	6,9
Sexto	Femenino	24	74,2	12	66,7	3	37,5	22	66,7	0	0,0	0	0,0	58	12,9
	Masculino	18	25,8	3	33,3	4	62,5	13	33,3	0	0,0	3	9,0	36	8
Octavo	Femenino	31	92,9	0	10,0	8	60,0	44	65,2	0	0,0	0	0,0	34	7,6
	Masculino	3	7,1	0	0,0	2	40,0	31	34,8	0	0,0	2	7,0	13	2,9
Décimo	Femenino	31	94,4	0	10,0	3	77,8	12	61,5	0	0,0	0	0,0	52	11,6
	Masculino	3	5,6	0	0,0	8	22,2	13	38,5	0	0,0	1	2,0	20	4,4
Total	Femenino	108	24,0	33	7,3	14	3,1	146	32,4	0	0,0	0	0,0	301	66,9
	Masculino	25	5,6	2	0,4	15	3,3	90	20,0	0	0,0	17	3,8	149	33,1
		133	29,6	35	7,8	29	6,4	236	52,4	0	0,0	17	3,8	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

En relación a la percepción sobre el método anticonceptivo de emergencia, tenemos que el 52,4 % le gustaría tener más información sobre el mismo, seguido por el 29,6 % que indico que es un método adecuado para las mujeres. Existen menores frecuencias que indicaron que el método es inadecuado y otras que consideran que es adecuado solo para las mujeres. Por otro lado; el 7,8 % de estudiantes indican que es inadecuado el método anticonceptivo de emergencia.

Tabla 29. Inquietud sobre el método

Semestre de estudios	Género	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre este método?						Total	
		No		Si		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Segundo	Femenino	2	0,4	0	0,0	0	0,0	95	21,1
	Masculino	0	0,0	2	0,4	2	0,4	49	10,9
Cuarto	Femenino	7	1,6	0	0,0	0	0,0	62	13,7
	Masculino	2	0,4	3	0,6	3	0,6	31	6,9
Sexto	Femenino	3	0,7	0	0,0	0	0,0	58	12,9
	Masculino	6	1,3	5	1,1	5	1,1	36	8
Octavo	Femenino	6	1,3	0	0,0	0	0,0	34	7,6
	Masculino	3	0,7	6	1,3	3	0,6	13	2,9
Décimo	Femenino	5	1,1	0	0,0	0	0,0	52	11,6
	Masculino	4	0,9	1	0,2	4	0,9	20	4,4
Total	Femenino	23	5,1	278	61,8	0	0,0	301	66,9
	Masculino	13	2,9	119	26,4	17	3,8	149	33,1
		36	8,0	397	88,2	17	3,8	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

Respecto a la inquietud sobre el método, el 88,2 % tiene dudas o inquietudes sobre el mismo, seguido por el 8,0 % que indicaron no tenerla. Por otro lado, el 3,8 % de estudiantes no respondieron al respecto.

Tabla 30. Inquietudes

Semestre de estudios	Género	¿Qué inquietudes tiene?																		Total	
		Pueda causar problemas a la salud		Puede hacer daño al bebé		Complicaciones para embarazarse en el futuro		Es abortiva		Es ilegal		Te protege de enfermedades de transmisión sexual		Algunas mujeres pueden usarlo frecuentemente		No tengo información		No respondió			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Segundo	Femenino	34	94,6	0	0,0	3	6,7	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	9,0	9	7,1	95	21,1
	Masculino	1	5,4	2	0,4	2	3,3	1	2,0	1	10,0	0	0,0	5	10,0	0	0,0	6	52,9	49	10,9
Cuarto	Femenino	32	95,7	0	0,0	4	8,0	3	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,0	1	62,5	62	13,7
	Masculino	1	4,3	1	0,0	1	2,0	1	5,0	2	8,0	2	8,0	11	10,0	0	0,0	7	37,5	31	6,9
Sexto	Femenino	23	97,4	4	0,9	3	6,7	2	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,8	2	31,6	58	12,9
	Masculino	2	2,6	2	0,4	2	3,3	1	3,0	1	10,0	0	0,0	13	10,0	0	0,0	8	68,4	36	8
Octavo	Femenino	34	96,2	4	0,9	4	8,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	12,5	5	10,0	0	0,0	34	7,6
	Masculino	3	3,8	3	0,7	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	87,5	0	0,0	0	0,0	13	2,9
Décimo	Femenino	22	96,4	0	0,0	5	10,0	2	1,4	0	0,0	0	0,0	4	8,3	2	8,0	2	57,1	52	11,6
	Masculino	1	3,6	0	0,0	0	0,0	1	2,6	3	10,0	2	10,0	12	91,7	0	0,0	4	42,9	20	4,4
Total	Femenino	204	45,3	6	1,3	26	5,8	21	4,7	0	0,0	0	0,0	2	0,4	19	4,2	23	5,1	301	66,9
	Masculino	9	2,0	8	1,8	8	1,8	8	1,8	7	1,6	4	0,9	75	16,7	0	0,0	30	6,7	149	33,1
		213	47,3	14	3,1	34	7,6	29	6,4	7	1,6	4	0,9	77	17,1	19	4,2	53	11,8	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

En relación a las inquietudes de los evaluados, el 47,3 % indicó tener dudas respecto a si la píldora de emergencia puede causar problemas para la salud, seguido por el 17,1 % que no tiene claro si puede usarse con frecuencia. El 7,6 % indicaron que puede hacer complicaciones para embarazarse en el futuro; el 4,2, no tienen información al respecto; el 3,1 % indican que puede hacer daño al bebé las píldoras.

Tabla 31. Lugar del que se puede proveer

Semestre de estudios	Género	¿Dónde cree usted que debería proveerse este método anticonceptivo?														Total	
		Hospitales		Clínicas		Centros de salud		Puestos de salud		Establecimientos farmacéuticos (farmacia o botica)		Otro		No respondió			
		N	%	%	%	%	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Segundo	Femenino	4	8,5	0	0,0	12	95,2	5	7,0	13	53,0	0	0,0	2	66,7	95	21,1
	Masculino	2	10,5	2	10,0	2	4,8	3	5,0	11	47,0	0	0,0	3	33,3	49	10,9
Cuarto	Femenino	4	8,7	0	0,0	23	78,6	3	3,3	15	63,5	0	0,0	3	71,4	62	13,7
	Masculino	3	14,3	2	10,0	6	21,4	2	6,7	3	36,5	0	0,0	2	28,6	31	6,9
Sexto	Femenino	3	7,7	0	0,0	17	91,7	3	75,0	23	58,8	0	0,0	4	46,2	58	12,9
	Masculino	1	7,3	2	10,0	4	8,3	2	25,0	21	41,2	0	0,0	5	53,8	36	8,0
Octavo	Femenino	2	10,0	0	0,0	14	84,6	2	60,0	23	68,2	0	0,0	0	0,0	34	7,6
	Masculino	0	0,0	0	0,0	7	15,4	2	40,0	9	31,8	0	0,0	2	10,0	13	2,9
Décimo	Femenino	2	10,0	0	0,0	29	90,9	2	60,0	23	66,7	1	10,0	13	66,7	52	11,6
	Masculino	0	0,0	2	10,0	3	9,1	2	40,0	31	33,3	0	0,0	9	33,3	20	4,4
Total	Femenino	48	10,7	0	0,0	63	14,0	16	3,6	150	33,3	1	0,2	23	5,1	301	66,9
	Masculino	7	1,6	8	1,8	8	1,8	9	2,0	100	22,2	0	0,0	17	3,8	149	33,1
		55	12,2	8	1,8	71	15,8	25	5,6	250	55,5	0	0,2	40	8,9	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

En relación al lugar en el que se puede proveer, los resultados muestran que el 55,5 % de estudiantes considera que debería de proveerse este método en establecimientos farmacéuticos, en tanto que otro 15,8 % indican que en los centros de salud; seguido el 12,2 % indican que se proveen de este método en Hospital, mientras que solo 1,8 % dicen que se proveen en clínicas.

Tabla 32. Responsable de proveer la píldora

Semestre de estudios	Género	¿Quién debería proveerlo?																Total	
		Médicos		Enfermeras		Trabajadores sociales		Consejeros sexuales		Trabajadores de salud comunitarios		Farmacéuticos		Otro		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Segundo	Femenino	12	81,5	15	50,0	1	0,4	0	0,0	12	8,0	23	56,3	0	0,0	13	66,7	95	21,1
	Masculino	2	18,5	15	50,0	0	0,0	7	0,7	0	0,0	7	43,8	0	0,0	3	33,3	49	10,9
Cuarto	Femenino	31	92,9	20	40,0	0	0,0	0	0,0	8	1,4	12	61,1	0	0,0	2	7,4	62	13,7
	Masculino	3	7,1	12	60,0	0	0,0	2	0,8	0	0,0	16	38,9	0	0,0	3	28,6	31	6,9
Sexto	Femenino	12	60,0	20	60,0	0	0,0	1	0,4	9	1,5	33	67,3	0	0,0	7	6,2	58	12,9
	Masculino	10	40,0	21	40,0	0	0,0	3	8,0	0	0,0	9	32,7	0	0,0	1	0,4	36	8
Octavo	Femenino	6	10,0	13	33,3	1	0,4	0	0,0	11	3,5	21	66,7	0	0,0	0	0,0	34	7,6
	Masculino	0	0,0	24	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	33,3	0	0,0	0	0,0	13	2,9
Décimo	Femenino	8	91,7	32	66,7	0	0,0	0	0,0	5	3,0	13	66,7	0	0,0	2	6,7	52	11,6
	Masculino	2	8,3	30	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	33,3	0	0,0	10	30,1	20	4,4
Total	Femenino	61	13,5	10	2,2	2	0,4	1	0,2	45	10,0	159	35,0	0	0,0	23	5,1	301	66,9
	Masculino	13	2,9	10	2,2	0	0,0	13	2,9	0	0,0	96	21,3	0	0,0	17	3,8	149	33,1
		74	16,4	20	4,4	2	0,4	14	3,1	45	10,0	255	56,7	0	0,0	40	8,9	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

Respecto al responsable para proveer la píldora, el 56,7 % considera que son los farmacéuticos los encargados de ello, seguido por el 16,4 % que indican que les corresponde a los médicos. El 10,0 % indican que les corresponde proveer a trabajadores de salud comunitarios; seguido de 4,4 % señalan que les corresponde proveer de la píldora a las enfermeras del centro de salud cercano.

Tabla 33. Mejores maneras de información

Semestre de estudios	Género	Según usted ¿Cuáles serían las mejores maneras de informar a la persona sobre la anticoncepción de emergencia?																Total	
		En la clínica		Charlas		Afiches		Radio		Revista/periódicos		Escuelas		Línea de información telefónica		No respondió		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Segundo	Femenino	0	0,0	23	62,3	0	0,0	4	2,0	0	0,0	4	8,4	0	0,00%	7	36,8%	95	21,1
	Masculino	3	14,3	21	37,7	0	0,0	0	0,0	0	0,00%	1	10,2	3	10,2%	2	8,2%	49	10,9
Cuarto	Femenino	1	1,6	12	62,5	0	0,0	4	1,2	0	0,00%	3	11,3	0	0,00%	5	8,1%	62	13,7
	Masculino	0	0,0	22	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,00%	0	0,0	6	12,9%	4	6,5%	31	6,9
Sexto	Femenino	1	3,4	24	67,3	0	0,0	8	2,1	0	0,00%	4	10,3	0	0,00%	4	10,3%	58	12,9
	Masculino	3	8,3	15	32,7	0	0,0	0	0,0	0	0,00%	2	2,8	8	16,7%	8	19,4%	36	8
Octavo	Femenino	0	0,0	13	71,0	0	0,0	12	4,2	0	0,00%	4	14,7	0	0,00%	0	0,00%	34	7,6
	Masculino	4	15,4	17	29,0	0	0,0	7	3,1	0	0,00%	0	0,0	0	0,00%	9	15,4%	13	2,9
Décimo	Femenino	1	1,9	9	69,6	0	0,00%	26	8,2	0	0,00%	1	9,6	0	0,00%	4	7,7%	52	11,6
	Masculino	0	0,0	10	30,4	0	0,00%	0	0,0	0	0,00%	3	5,0	4	5,00%	2	10,00%	20	4,4
Total	Femenino	4	0,9	172	38,2	0	0,0	44	9,8	0	0,0	31	6,9	0	0,0	50	11,1	301	66,9
	Masculino	12	2,7	90	20,0	0	0,0	7	1,6	0	0,0	7	1,6	16	3,6	17	3,8	149	33,1
		16	3,6	262	58,2	0	0,0	51	11,3	0	0,0	38	8,4	16	3,6	67	14,9	450	100,0

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación:

Los encuestados, según las mejores maneras para lograr información, consideran que la modalidad más efectiva pueden ser las charlas, según el 58,2 % de encuestados, seguido por el 11,3 % que indican que la mejor forma es por la radio. Por otro lado, el 8,4 % indican lograr información a través de la escuela; seguido de un 3,6 % indican obtener información en clínicas de salud.

Tabla 34. Actitudes frente a la píldora

		Recuento	%
Pregunta: La consejería y orientación sobre la píldora del día siguiente es muy importante.	En desacuerdo	106	23,60
	Indeciso	98	21,80
	De acuerdo	246	54,70
Pregunta: Estarías dispuesto a recibir educación sobre métodos anticonceptivos.	En desacuerdo	102	22,70
	Indeciso	79	17,60
	De acuerdo	269	59,80
Pregunta: Como joven puede utilizar la píldora del día siguiente.	En desacuerdo	116	25,80
	Indeciso	217	48,20
	De acuerdo	117	26,00
Pregunta: Es normal hablar con su pareja acerca de que método anticonceptivo deberían usar.	En desacuerdo	95	21,10
	Indeciso	146	32,40
	De acuerdo	209	46,40
Pregunta: El hombre es quien debe decidir cuantos hijos tener.	En desacuerdo	230	51,10
	Indeciso	102	22,70
	De acuerdo	118	26,20
Pregunta: El uso de métodos anticonceptivos es pecado.	En desacuerdo	227	50,40
	Indeciso	119	26,40
	De acuerdo	104	23,10
Pregunta: Se debe ir sin miedo, pena o temor al centro de salud por métodos anticonceptivos.	En desacuerdo	109	24,20
	Indeciso	120	26,70
	De acuerdo	221	49,10
Pregunta: Es un método muy económico para prevenir un embarazo.	En desacuerdo	238	52,90
	Indeciso	110	24,40
	De acuerdo	102	22,70
Pregunta: El uso de la AOE tiene un límite.	En desacuerdo	116	25,80
	Indeciso	233	51,80
	De acuerdo	101	22,40
Pregunta: Causa daños en la salud de la mujer.	En desacuerdo	99	22,00
	Indeciso	241	53,60
	De acuerdo	110	24,40
Pregunta: El uso durante la gestación, daña al bebe.	En desacuerdo	101	22,40
	Indeciso	231	51,30
	De acuerdo	118	26,20
		Recuento	%
Pregunta: Existe una alteración hormonal	En desacuerdo	103	22,90

durante los periodos menstruales.	Indeciso	234	52,00
	De acuerdo	113	25,10
Pregunta: Es un método abortivo.	En desacuerdo	120	26,70
	Indeciso	230	51,10
	De acuerdo	100	22,20
Pregunta: Tiende a provocar cáncer.	En desacuerdo	101	22,40
	Indeciso	231	51,30
	De acuerdo	118	26,20

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Interpretación

En relación a las actitudes frente a la píldora los resultados de los 14 ítems presentan que los estudiantes tienen mayormente percepciones positivas sobre su uso, que denotan su importancia, disposición para recibir educación sobre métodos anticonceptivos, utilización en la juventud, importancia de las formas de comunicación con su pareja sobre su uso, entre otros, que permiten encontrar actitudes positivas sobre el mismo.

4.2. Comprobación de la hipótesis

4.2.1. Comprobación de la hipótesis general

Se plantea que:

Existe asociación significativa entre los conocimientos y actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

a) Planteamiento de la hipótesis estadística

Hipótesis nula

H₀: No existe asociación entre los conocimientos y actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

Hipótesis alterna

H₁: Existe asociación significativa entre los conocimientos y actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

b) Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

Para todo valor de la probabilidad igual o menor que 0,05, se rechaza H_0 , y de acepta la H_1 .

c) Elección de la prueba estadística: *Chi-cuadrado χ^2* .

Tabla 35. Grado de asociación entre los conocimientos y actitudes sobre el uso de de Levonorgestrel 1,5 mg.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,993^a	2	0,000
Razón de verosimilitudes	16,002	2	0,000
Asociación lineal por lineal	14,643	1	0,000
N de casos válidos	450		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 22,19.

Fuente: Reporte de SPSS. Versión 24

Tabla 36. Contingencia entre los conocimientos y actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg.

		Actitudes sobre el uso de Levonorgestrel				Total	
		Negativas actitudes		Positivas actitudes		n	%
		n	%	n	%		
Nivele de Conocimiento	Bajo	16	3,6	36	8,0	52	11,6
	Regular	89	19,8	151	33,6	240	53,3
	Alto	87	19,3	71	15,8	158	35,1
Total		192	42,7	258	57,3	450	100,0

Fuente: Reporte de SPSS. Versión 24

d) Regla de decisión:

Rechazar H_0 si el valor-p es menor a 0,05

No rechazar H_0 si el valor-p es mayor a 0,05

INTERPRETACION:

Dado que el valor - P es menor a 0,05 entonces se rechaza la hipótesis nula y se concluye que los conocimientos, se asocian directa y significativamente en las actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018; debido a que se logró hallar a través del estadístico de Chi-Cuadrado de = 15,993 puntos y con un nivel de significancia asintótica bilateral de = 0,000. Lo que significa que, al existir regular nivel de conocimiento, entonces es posible que las actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg, sea positiva.

4.2.2. Comprobación de la hipótesis específica

4.2.2.1. Hipótesis específica 1

a) Planteamiento de la hipótesis estadística

Hipótesis nula

Ho: Es probable que el nivel de conocimiento sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018, sea bajo.

Hipótesis alterna

H₁: Es probable que el nivel de conocimiento sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018, sea regular.

b) Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

c) Elección de la prueba estadística: Chi-cuadrado (χ^2)

Por expresar la variable en niveles o categorías, se elige el estadístico

Chi cuadrado de homogeneidad. Su fórmula es:

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Donde:

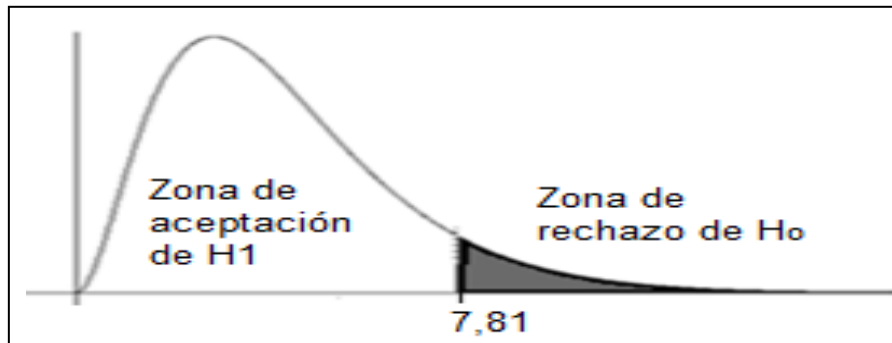
$o_i = \text{Frecuencia observada}$

$e_i = \text{Frecuencia esperada}$

d) Esquema de prueba: (Unilateral, de cola derecha)

Se calcula Chi cuadrado crítico con:

- ✓ Grados de libertad: $gl=(F-1) = (3-1) = 2$
- ✓ $\alpha=5\%$
- ✓ Resultado: Chi-cuadrado de la tabla 7,81 (valor crítico)



Fuente: Reporte de SPSS. Versión 24

e) Cálculo del estadístico.

En el programa estadístico SPSS 24.0 se calculan los valores observados y esperados:

Tabla 37. Nivel de conocimiento sobre el uso de Levonorgestrel

	N observado	N esperado	Residual
Bajo	84	26,4	31,8
Regular	267	26,4	-10,5
Alto	99	26,4	-21,5
Total	450		

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Tabla 38. Estadísticos de contraste

	Conocimiento sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg
Chi-cuadrado	66,303 ^a
Gl	2
Sig. Asintót.	0,000

a. 0 casillas (0,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 24,3.

Fuente: Reporte de SPSS. Versión 24

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i} = \frac{(84 - 26,4)^2}{26,4} + \frac{(267 - 26,4)^2}{26,4} + \frac{(99 - 26,4)^2}{26,4}$$
$$\chi^2 = 66,303$$

f) Decisión

Como el valor Chi-cuadrado calculado $X^2=66,303$ es mayor al valor crítico 7,81 ($p=0,000 < 0,05$), se decide rechazar la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Conclusión

Visto la prueba empírica, el nivel de conocimiento sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018, es regular; debido a que logró obtener un Chi-cuadrado de = 66,303 puntos y con un nivel de significancia de = 0,000 < 0,05%, por lo que se acepta la hipótesis alterna.

Segunda hipótesis estadística 2:

a) Planteamiento de la hipótesis estadística

Hipótesis nula

Ho: Es probable que las actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en Estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018, sean negativas.

Hipótesis alterna

H₁: Es probable que las actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en Estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018, sean positivas.

b) Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

c) Elección de la prueba estadística: Chi-cuadrado (χ^2)

Por expresar la variable en niveles o categorías, se elige el estadístico Chi- cuadrado de homogeneidad. Su fórmula es:

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Donde:

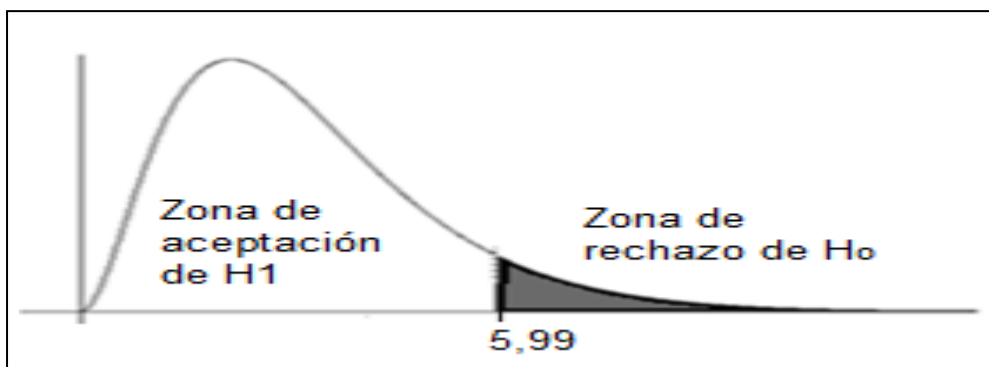
$o_i =$ Frecuencia observada

$e_i = \text{Frecuencia esperada}$

d) Esquema de prueba: (Unilateral, de cola derecha)

Se calcula Chi cuadrado crítico con:

- ✓ Grados de libertad: $gl=(F-1) = (3-1) = 2$
- ✓ $\alpha=5\%$
- ✓ Resultado: Chi-cuadrado de la tabla 5,99 (valor crítico)



Fuente: Reporte de SPSS. Versión 24

e) Cálculo del estadístico.

En el programa estadístico SPSS 24.0 se calculan los valores observados y esperados:

Actitudes sobre uso de Levonorgestrel 1,5 mg en Estudiantes			
	N observado	N esperado	Residual
Negativas	192	26,4	9,7
Positivas	258	26,4	-21,3
Total	450		

Fuente: Cuestionario aplicada a los estudiantes

Estadísticos de contraste	
Actitudes sobre uso de Levonorgestrel 1,5 mg	
Chi-cuadrado	31,147 ^a
Gl	2
Sig. Asintót.	0,000

a. 0 casillas (0,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 24,3.

Fuente: Reporte de SPSS. Versión 24

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i} = \frac{(192 - 26,4)^2}{26,4} + \frac{(258 - 26,4)^2}{26,4}$$

$$\chi^2 = 31,147$$

g) Decisión

Como el valor Chi cuadrado calculado $\chi^2 = 31,147$ es mayor al valor crítico 5,99 ($p=0,000 < 0,05$), se decide rechazar la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Conclusión

Visto la prueba empírica, las actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018, son positivas; debido a que logró obtener un Chi-cuadrado de = 31,147 puntos y con un nivel de significancia de = 0,000 < 0,05 %, por lo que se acepta la hipótesis alterna.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que existen altos niveles de desconocimiento por parte de muchos estudiantes respecto al método anticonceptivo de emergencia, pero a su vez actitudes positivas sobre el mismo para ampliar su conocimiento y con ello considerarlo como un método que deba ser empleado con responsabilidad.

Los resultados muestran que, en contraste con los hallazgos de investigaciones internacionales, como fue la del Dr. Ángel Gabriel Ramírez-Antúnez,¹ Dr. Guillermo Muñoz-Zurita,¹ Dr. Felix Patricia Ramírez-Antúnez,² Dra. Ana Irene Ramírez-Antúnez,³ Dra. Norma Elena Rojas-Ruiz, existen deficiencias en cuanto a los niveles de conocimiento sobre la píldora de emergencia en estudiantes universitarios, con niveles regulares, pero que a diferencia de la presente tesis, en el caso del presente estudio, se registran menos niveles de conocimiento sobre el mismo; Así mismo, en referencia a los hallazgos de Merino Revilla, Karla Norma y Machaca Rocha, Sandra Beatriz, la misma que fue aplicada en el Perú, los hallazgos muestran que los estudiantes universitarios tienen

niveles muy bajos de conocimiento sobre el método, lo cual es ampliamente similar a los hallazgos de la presente investigación.

En tanto, respecto a la tesis de Edgar Alejandro Villena Cornejo, también desarrollado a nivel nacional, a diferencia de la presente tesis, no se encontró asociación entre las actitudes y el conocimiento en los estudiantes evaluados. Cabe indicar que dicha investigación estuvo dirigida a estudiantes de los últimos años de secundaria por lo cual se podría asumir que a ello se deban las diferencias de los resultados obtenidos.

Cabe mencionar los hallazgos de Mantilla, en cuya investigación se demuestra la existencia de altos niveles de conocimientos sobre métodos anticonceptivos entre los adolescentes de 11 a 19 años. Ello resulta ser contrario a los resultados de la presente investigación en donde a pesar que fue aplicado a estudiantes universitarios, muchos de los cuales tienen ya una vida sexual iniciada, denota que estos no tienen el conocimiento necesario sobre su aplicación correcta y que genera preocupación en relación a la responsabilidad para las relaciones sexuales y uso del método de forma adecuada; Por otro lado, Díaz, en su tesis para analizar los niveles de conocimientos en estudiantes universitarios, demostró

relación entre los factores sociodemográficos y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos. En la presente tesis no se determina que estos aspectos tengan inferencia alguna sobre el conocimiento, lo que permite determinar un contraste diferenciado respecto a los resultados.

Una tesis que también demuestra niveles altos de conocimientos sobre la aplicación de métodos anticonceptivos es la de Gómez, la cual fue dirigida a estudiantes de quinto año de secundaria, y que, en comparación a los hallazgos de la presente tesis, da cuenta que los estudiantes escolares están mejor informados sobre el uso de los métodos y su correcta aplicación.

Los resultados anteriores guardan similitud con Navarro y López, quienes en su estudio también encontraron niveles altos de conocimiento en estudiantes adolescentes entre 14 a 19 años.

Finalmente es importante citar los resultados de Albornoz, quien en su investigación también permitió determinar la relación de una existencia entre los conocimientos y la actitud, al igual que el presente estudio, encontrando también actitudes positivas a pesar del conocimiento regular sobre la aplicación de métodos anticonceptivos.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determina que existe una relación significativa entre los conocimientos y las actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018, según el valor de significancia calculado menor de 0,05 y que permiten deducir que es importante que los estudiantes cuenten con los conocimientos necesarios sobre la forma de utilización de este método a fin de garantizar actitudes positivas y responsables sobre su uso como una medida de prevención y cuidado.

SEGUNDA: El factor sociodemográfico en la institución educativa permite recabar información referente a los datos de identificación; el ítem formula dos posibles respuestas, considerando la naturaleza de la institución de la que proviene, en las que el 52,4 % indicó provenir de una institución particular; ello está seguido por el 47,6 % que indicó provenir de una institución nacional o pública. El cual está en relación a la percepción sobre el método anticonceptivo de emergencia, tenemos que el 52,4 % le gustaría tener más información sobre el mismo,

seguido por el 29,6 % que indico que es un método adecuado para las mujeres. Existen menores frecuencias que indicaron que el método es inadecuado y otras que consideran que es adecuado solo para las mujeres.

TERCERA: Los conocimientos sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en los estudiantes son regulares, y denotan que los estudiantes universitarios evaluados cuentan con poco o regular conocimiento de la debida información para lograr un uso adecuado de dicha píldora, lo que corresponde a un riesgo.

CUARTA: Las actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en los Estudiantes son positivas, con calificativos que dan cuenta que los estudiantes evaluados tienen percepciones de aceptación y requerimiento de mayor información para lograr un adecuado uso de métodos anticonceptivos a fin de prevenir riesgos de embarazo o contraer enfermedades que pongan en riesgo su integridad.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Realizar campañas informativas en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann y diferentes centros de estudio superior a fin de promover el uso adecuado de la píldora de emergencia y evitar que esta sea utilizada como un anticonceptivo de uso diario, que no ponga en riesgo la salud de la mujer que lo ingiere, por parte de la Región de Salud.

SEGUNDA: Implementar programas de sensibilización sobre el uso de anticonceptivos y educación sexual que promueva la responsabilidad entre los jóvenes, y que haga participe a todo el universo de estudiantes sin excepción alguna, en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

TERCERA: Crear una comisión especializada en la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica en la que participen estudiantes de los últimos años a fin que promuevan y difundan información referente al uso de diferentes métodos anticonceptivos y de este modo se pueda evitar embarazos no deseados y mucho menos que los estudiantes contraigan enfermedades virales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Scielo. 2002;; p. 12-20.
2. Lázaro G. Conocimientos sobre el uso del anticonceptivo oral de emergencia en gestantes adolescentes que se atienden en el instituto nacional materno perinatal. Rev Int Salud Materno Feta. 2017;; p. 13-19.
3. Carmona G. Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de lima, huamanga e iquitos. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2017;; p. 1-10.
4. UNICEF. Salud Materna y Neonatal. UNICEF. 2009.
5. Ramírez-Antúnez ÁG, Muñoz-Zurita G, Ramírez-Antúnez FP, et al. Conocimiento sobre el manejo de las pastillas del día siguiente en estudiantes del área de la salud. Rev CONAMED. 2009;14(4):15-20

6. Merino K, Machaca S. Conocimientos y prácticas sobre el uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) en estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Norbert Wiener, agosto-diciembre 2014 Lima: Universidad Norbert Wiener; 2015.
7. Villena E. Conocimientos y actitudes sobre la anticoncepción de emergencia hormonal en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de la I.E. independencia americana, Arequipa – 2014. Arequipa: Universidad San Agustín; 2015.
8. Mantilla C. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las adolescentes entre 11 y 19 años del consultorio de ginecoobstericia del HNHU, octubre - Noviembre 2015 Lima: Universidad. Ricardo Palma; 2016.
9. Díaz E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás la torre, 2014 Lima: Universidad San Martin de Porres; 2015.
10. Gómez A. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa. Técnica Perú. BIRF "República del Ecuador"

del distrito de Villa María del Triunfo, 2011 Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2013.

11. Navarro M, López A. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización Las Palmeras – Distrito de Morales. Periodo Junio – Setiembre 2012 Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2012.
12. Albornoz I. Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
13. Latorre P. Nivel de conocimiento y actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012 Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013.
14. Cutipa S. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en los adolescentes de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna – 2010 Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2011.

15. Contreras J, Yabar N. Nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos del ritmo, coito interrumpido, condón, óvulos, píldoras, inyectables en los alumnos del bachillerato Tacna - 2000 Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2001.
16. al. AEe. Levonorgestrel Emergency contraception effects on endometrial development and embryo implantation: Croxatto; 2001.
17. Álvarez F, Brache V, Fernández E, Guerrero B, Guiloff E, Hess R, Salvatierra AM, y cols. New insights on the mode of action of intrauterine contraception devices in women. *Fertil Steril* 1988; 49: 768-73.
18. Adams O. Descifrando los enigmas de la implantación durante la era postgenómica - Primera Parte; 2002.
19. Harper D. Immunological role of progesterone in the maintenance of pregnancy Vasco de Quiroga; 1992.
20. Miller J. Fetal loss after implantation: A Prospective Study: Elsevier; 1980.

21. Spandorfer S. The role of heat shock proteins in reproduction New York: Departament of Obstetrics and Gynecology; 2000.
22. Giudice R. Implantación embrionaria. Algunos aspectos moleculares en la receptividad endometrial: Universidad de ciencias médicas manzanillo, Granma, Cuba; 1999.
23. Punyadeera C. Oestrogen and progesterin responses in human endometrium; 2003.
24. Baird C. Biología del desarrollo. Cap. 5; 2009.
25. Muller. Evaluación de tres técnicas de reproducción y algunos factores que afectan el desempeño reproductivo de venadas cola blanca, sometidas a la inseminación artificial a tiempo fijo o al servicio natural; 2003.
26. Wilcox et al. Timing of Sexual Intercourse in Relation to Ovulation — Effects on the Probability of Conception, Survival of the Pregnancy, and Sex of the Baby England; 1995.

27. Al. We. Safety and Efficacy of Recombinant Human α - Galactosidase A Replacement Therapy in Fabry's Disease. The New England Journal of Medicine. 2001.
28. Trussell C. Trait-mediated effects in rocky intertidal food chains: predator risk cues alter prey feeding RATES. ESA. 2003.
29. Back D, Bales M, Bodwen A, Breckenrigde A, Jones H. The interaction of phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. Contraception. 1979;; p. 495 - 503.
30. Hansen L. Development of Continuous and Discrete Neural Maps; 2007.
31. Herten E. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicenter randomised trial. The Lancet. 2002;; p. 1803 - 1810.
32. Durand M. hytoplankton population dynamics at the Bermuda Atlantic Time-series station in the Sargasso Sea. 2001; p. 1983- 2003.

- 33 Marions Ea. Efecto del levonorgestrel como anticonceptivo oral. PeruMed. 2002.
- 34 Croxatto A. Como y cuando el levonorgestrel previene el embarazo cuando se administra como anticonceptivo de emergencia. Revista Electrónica. 2007.
- 35 Marions LH. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action.. COnttraception. 2004;; p. 373 - 7.
- 36 Okewole I. Effect of single administration of levonorgestrel on the menstrual cycle; 2007.
- 37 Yeung Y. How Money Matters for Young Children's Development: Parental Investment and Family Processes. SRCD. 2002.
- 38 Nascimento et., A. Levonorgestrel exposure to fathead minnows (Pimephales promelas) alters survival, growth, steroidogenic gene expression and hormone production. Elsevier. 2007.
- 39 Seppala M. Late follicular phase administration of levonorgestrel as an emergency contraceptive changes the secretory pattern of

- glycodelin in serum and endometrium during the luteal phase of the menstrual cycle. Elsevier. 2002.
- 40 Durand M. Late follicular phase administration of levonorgestrel as an emergency contraceptive changes the secretory pattern of glycodelin in serum and endometrium during the luteal phase of the menstrual cycle. Elsevier. 2005.
- 41 Spona ea. The effect of levonorgestrel administered in large doses at different stages of the cycle on ovarian function and endometrial morphology. Elsevier. 1975.
- 42 Crozzato A, Ortiz M. Mecanismo de Acción del Levonorgestrel en la Anticoncepción de Emergencia. 157-162; 2004.
- 43 teal. We. Timing of Sexual Intercourse in Relation to Ovulation Effects on the Probability of Conception, Survival of the Pregnancy, and Sex of the Baby England; 1995.
- 44 Napoleón C., López E. Causas y efectos del uso excesivo de la píldora de emergencia en los estudiantes de bachillerato de la unidad educativa de "Riobamba" [tesis de bachiller] [En línea] Ecuador 2014 [marzo 2016]. URL disponible en:

https://issuu.com/cinthialopezlopez/docs/monografia_uso_excesivo_de_la_pilula

45. Chofakian, C., Borges A., Fujimori E., Hoga, L. Conhecimento sobre anticoncepção de emergência entre adolescentes do Ensino Médio de escolas públicas y privadas Brasil; Julio de 2014. 0(7):15, 25, 36.
46. Goodman & Gilman. Bases farmacológicas de la terapéutica. 10ª edición. McGraw Hill 2003.
47. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. Perú.2017. [Revisado el 02 de diciembre del 2018]. Planificación Familiar. [30]. Disponible:https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap004.pdf
48. Cerrón L, Mendoza V. Conocimientos y actitudes sobre el anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de la escuela académico profesional de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos, 2012.
49. MINSA. Norma Técnica de Planificación Familiar. Anticoncepción de Emergencia, Pág 77. 2005.

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de consistencia

“Conocimientos y actitudes sobre el uso de levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la escuela de educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2018”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	TÉCNICAS/INSTRUMENTO
<p style="text-align: center;">Problema principal</p> <p>¿Cuál es la relación entre los conocimientos y actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann?</p> <p style="text-align: center;">Problemas secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann? • ¿Cuáles son los conocimientos sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann? • Cuáles son las actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 	<p style="text-align: center;">Objetivo General</p> <p>Establecer la relación entre los conocimientos y actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018.</p> <p style="text-align: center;">Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características sociodemográficas de los estudiantes de la Escuela Profesional de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018. • Evaluar el nivel de conocimientos sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela Profesional de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018. • Evaluar el nivel de actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en Estudiantes de la Escuela Profesional de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2018. 	<p style="text-align: center;">Hipótesis General</p> <p>Existe asociación significativa entre los conocimientos y actitudes sobre el uso de Levonorgestrel 1,5 mg en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann</p>	<p>Variables Variable intermitente</p> <p>Características sociodemográficas Dimensiones: – Factores socioeconómicos. – Factores de riesgo</p> <p>Variable 1.</p> <p>Nivel de conocimientos Dimensiones: – Conocimiento general – Efectos secundarios.</p> <p>Variable 2. Nivel de actitudes Dimensiones: – Afectivo</p> <p>Variable 3. Uso</p>	<p>Diseño de investigación Aplicada</p> <p>Nivel de investigación: Relacional-asociativo</p> <p>Población: 450 estudiantes de educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann</p> <p>Muestra: 450 estudiantes de educación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann</p>	<p>Método: Test de Evaluación, para medir los conocimientos del uso de anticoncepción oral de emergencia.</p> <p>Cuestionario, basado en una escala de Likert, para conocer las actitudes que facilitó la recolección de datos provenientes de las respuestas que brinden los adolescentes comprendidos en la muestra de estudio</p> <p>Análisis: Se utilizó la prueba Chi-Cuadrado (x²) para el análisis estadístico de los resultados porque permite analizar la correlación entre dos variables. Asimismo, se empleó la distribución por intervalos de clase y las referentes a la estadística descriptiva.</p> <p>Instrumento de recolección de datos: Fichas de las encuestas, fichas de observación, hojas de registro.</p>

Anexo 2: Cuestionario

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL USO DE LEVONORGESTREL 1,5 MG EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Srta., Sra., Sr. Estudiante:

La presente encuesta forma parte de un proyecto de tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. La información solicitada es de carácter personal, confidencial, anónima y reservada, será utilizada solamente para el desarrollo de la tesis. Por tanto, agradecemos responder con total sinceridad.

De antemano se le agradece su comprensión y total colaboración

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- 1.1. Género: femenino () masculino ()
- 1.2. Edad:años
- 1.3. Carrera profesional:
- 1.4. Semestre de estudios:
- 1.5. Religión: católica () cristiano () protestante () adventista () otro:
- 1.6. Estado civil: soltero () casado () conviviente () divorc/separ () viudo ()
- 1.7. N° de hijos: ninguno () uno () dos () tres () cuatro ()
- 1.8. Además de estudiar trabaja si () no ()
Si la respuesta es sí especificar el trabajo:
- 1.9. De, que institución educativa proviene: Nacional () Particular ()

II. INFORMACION GENERAL

- 2.1. ¿Ha tenido relaciones sexuales?
Sí No pase a la 3.1
- 2.2. ¿Ha estado embarazada alguna vez (o su pareja)
Sí No
- 2.3. (En caso de un usuario de género masculino)
¿Alguna vez ha dejado embarazada a una pareja?
Sí No pase a la 3.1
- 2.4. ¿Usa Ud. (o su pareja) algún método anticonceptivo?
Sí No pase a la 3.1
- 2.5. ¿Qué método o métodos anticonceptivos estaba usando?

Píldoras Condones Coito interrumpido
 Inyectables DIU Calendario (ritmo)

III. CONOCIMIENTO SOBRE LA ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA (LEVONORGESTREL)

- 3.1. ¿Ha oído hablar alguna vez sobre las píldoras de anticoncepción de emergencia o del día siguiente?
Sí No
- 3.2. ¿Cuándo fue la primera vez que escuchó algo sobre la anticoncepción de emergencia?

Hace menos de 6 meses <input type="checkbox"/>	Hace > 5 años <input type="checkbox"/>
Hace 6-11 meses <input type="checkbox"/>	No recuerda <input type="checkbox"/>
Hace 1-5 años <input type="checkbox"/>	
- 3.3. ¿Dónde oyó sobre ésta?

En la Universidad y/o colegio <input type="checkbox"/>	Curso o clase formal <input type="checkbox"/>
Centro de salud <input type="checkbox"/>	Línea de información telefónica <input type="checkbox"/>
A través de comentarios de amigos o familiares <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>
A través de las noticias, en revistas <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____
En la televisión / radio <input type="checkbox"/>	No recuerda <input type="checkbox"/>
- 3.4. ¿Sabe dónde puede una mujer obtener píldoras anticonceptivas de emergencia?

Hospital/centros de salud <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____
Establecimientos Farmacéuticos (Farmacia o Botica) <input type="checkbox"/>	No es posible obtenerlas <input type="checkbox"/>
	No sabe <input type="checkbox"/>
- 3.5. ¿Funcionarían las píldoras anticonceptivas si hay un retraso en el período menstrual?

Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------
- 3.6. ¿Cuánto tiempo después de una relación sexual sin protección deben tomarse las píldoras anticonceptivas de emergencia?

Inmediatamente después de la relación sexual <input type="checkbox"/>	Dentro de 48 horas <input type="checkbox"/>
Dentro de 12 horas <input type="checkbox"/>	Dentro de 72 horas <input type="checkbox"/>
Dentro de 24 horas <input type="checkbox"/>	Dentro de 120 horas (5 días) <input type="checkbox"/>
	Dentro de una semana <input type="checkbox"/>

- 3.7. **¿Qué droga cree que contienen las píldoras anticonceptivas de emergencia?**
 La misma que las píldoras anticonceptivas diarias
 La misma que las píldoras diarias, pero más fuerte
 Una droga completamente diferente
 No sabe
- 3.8. **¿Cuán eficaces son las píldoras anticonceptivas de emergencia para prevenir un embarazo?**
 Casi siempre (99 %) Menos de la tercera parte (30 %)
 Tres de cada cuatro veces (75 %) No sabe
 La mitad de las veces (50 %)
- 3.9. **¿Cuáles son las consecuencias del uso frecuente de la píldora del día siguiente?**
 Infertilidad Embarazo
 hemorragia uterina disfuncional (HUD) Cáncer
 Riesgo de sobredosis No sabe
- 3.10. **A que equivale una píldora del día siguiente (levonorgestrel 1,5 mg)**
 A 10 pastillas anticonceptivas diarias juntas A 40 pastillas anticonceptivas diarias juntas
 A 20 pastillas anticonceptivas diarias juntas A 50 pastillas anticonceptivas diarias juntas
 A 30 pastillas anticonceptivas diarias juntas No sabe

IV. **USO DEL MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (LEVONORGESTREL)**

- 4.1. **¿Alguna vez ha usado Ud. (o su pareja) píldoras anticonceptivas de emergencia?**
 Sí No *Pase a 5.1*
- 4.2. **¿Cuántas veces ha usado Ud. (o su pareja) este método durante el año?**
 Solo una vez
 1 píldora cada mes 1 píldora cada 3 meses
 2 a más veces al mes 1 píldora cada 6 meses
- 4.3. **¿Quién se lo recomendó a Ud. (o a su pareja)?**
 Un/a amigo/a Su ginecólogo
 Pareja (género masculino) Programa de planificación familiar
 Familiares (mamá, hermana(o), papá, tía(o)) Programa en la radio
 Línea de información telefónica Programa en la televisión
 El técnico en Farmacia Sitio web
 Un Químico Farmacéutico Otro Especifique: _____
- 4.4. **¿Por qué tomo la píldora Ud. (o su pareja)?**
 No usó un método anticonceptivo Olvidó tomar algunas píldoras
 Calculó mal la fecha (ritmo) Fue obligada a tener relaciones sexuales
 El condón se rompió o se deslizó Otro Especifique: _____
- 4.5. **¿Después que Ud. (o su pareja) usó anticoncepción de emergencia, empezó a utilizar un método anticonceptivo regular o uno diferente al método que estaba usando?**
 Sí No *Pase a 5.1*
- 4.6. **¿Qué método empezó a usar?**
 Píldoras Coito interrumpido
 Inyectables Calendario (ritmo)
 Condones Otro Especifique: _____
 DIU

V. **ACTITUDES FRENTE A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (LEVONORGESTREL)**

Déjeme definir brevemente qué son las píldoras anticonceptivas de emergencia. Son píldoras anticonceptivas tradicionales, las mismas que se toman diariamente, pero administradas en dosis más altas y por un breve período de tiempo. Las mujeres pueden usarlas después de haber tenido relaciones sexuales sin protección y como una forma de ayudar a prevenir un embarazo no deseado.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia deben tomarse antes de las primeras 72 horas y en las dosis correctas, previenen aproximadamente 3 de cada 4 embarazos que de otra forma se habrían producido.

Este método se usa en caso de emergencia; no es recomendable para un uso frecuente.

- 5.1. **¿Qué le parece este método?**
 Adecuado para las mujeres Quisiera tener más información
 Inadecuado para las mujeres Otro Especifique: _____
 Adecuado para algunas mujeres
- 5.2. **¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre este método?**
 Sí No *Pase a 5.4*

- 5.3. ¿Qué inquietudes tiene?**
- Puede causar problemas a la salud
- Puede hacer daño el bebé si no funciona
- Puede traducirse en complicaciones para embarazarse en el futuro
- Es abortiva
- Su uso puede ser ilegal
- Te protege de enfermedades de transmisión sexual
- Algunas mujeres pueden usarlo frecuentemente en lugar de usar anticonceptivos regulares
- Otro Especifique: _____
- No tengo suficiente información
- 5.4. ¿Dónde cree Usted que debería proveerse este método anticonceptivo?**
- Hospitales públicos Establecimientos farmacéuticos (Farmacia o Botica)
- Clínicas Escuelas
- Centros de salud Otro especifique: _____
- Puestos de salud
- 5.5. ¿Quién debería proveerlo?**
- Médicos/as Trabajadores/as de salud comunitarios/as
- Enfermeras/os Psicólogos/as
- Trabajadores/as sociales Farmacéuticos/as
- Consejeros/as sexuales Otro especifique: _____
- 5.6. Según usted ¿Cuáles serían las mejores maneras de informar a la persona sobre la anticoncepción de emergencia?**
- En la clínica Revistas/periódicos
- Charlas Escuelas
- Folletos Línea de información telefónica
- Afiches Internet
- Radio Otro especifique: _____
- Televisión
- 5.7. Marque con una x según corresponda**
- A: de acuerdo
- I: indeciso
- DS: en desacuerdo

PROPOSICIÓN	A	I	DS
La consejería y orientación sobre la píldora del día siguiente es muy importante.			
Estarías dispuesta a recibir educación sobre métodos anticonceptivos.			
Como joven puede utilizar la píldora del día siguiente.			
Es normal hablar con su pareja acerca de que método anticonceptivo deberían usar.			
El hombre es quien debe decidir cuantos hijos tener.			
El uso de métodos anticonceptivos es pecado.			
Se debe ir sin miedo, pena o temor al centro de salud por métodos anticonceptivos.			
Es un método muy económico para prevenir un embarazo.			
El uso de la AOE tiene un límite.			
Causa daños en la salud de la mujer.			
El uso durante la gestación, daña al bebe.			
Existe una alteración hormonal durante los periodos menstruales.			
Es un método abortivo.			
Tiende a provocar cáncer.			

Anexo 3: Validación

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del juez: RIVERA BENAYENTE ORLANDO AGUSTÍN
 1.2. Campo e institución donde labora: UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GRODZMAN
 1.3. Nombre del instrumento evaluado: _____
 1.4. Autor (es) del instrumento: YESSICA PATRICKA ROSARIO ORTIZ

2. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

		Deficiente	Bajo	Regular	Buena	Muy buena
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					✓
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					✓
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					✓
4. Organización	Presentación ordenada.					✓
5. Suficiencia	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					✓
6. Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					✓
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					✓
8. Coherencia	Entre variables, indicadores y los ítems.					✓
9. Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación.					✓
10. Aplicación	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					✓
CONTEO DE MARCAS						
		A	B	C	D	E

$$\text{COEFICIENTE DE VALIDEZ} = \frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \frac{1 \times 0 + 2 \times 0 + 3 \times 0 + 4 \times 0 + 5 \times 10}{50} = \frac{50}{50} = 1$$


3. CALIFICACIÓN GLOBAL

(ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	(0,00 – 0,60)
Observado	<0,60 – 0,70)
Aprobado	<0,70- 1,00)

4. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Lugar: _____
 Tacna 10 de Setiembre Del 2018



Firma del juez

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del juez: CHANGULLIO ROAS JUAN JOSÉ
 1.2. Campo e institución donde labora: DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TACNA
 1.3. Nombre del instrumento evaluado: _____
 1.4. Autor (es) del instrumento: YESSICA PAMELA ROQUE CHEJJE

2. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

		Deficiente	Bajo	Regular	Buena	Muy buena
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				✓	
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.			✓		
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				✓	
4. Organización	Presentación ordenada.				✓	
5. Suficiencia	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				✓	
6. Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.				✓	
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.				✓	
8. Coherencia	Entre variables, indicadores y los ítems.				✓	
9. Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación.				✓	
10. Aplicación	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.				✓	
CONTEO DE MARCAS						
		A	B	C	D	E

$$\text{COEFICIENTE DE VALIDEZ} = \frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \frac{1 \times 0 + 2 \times 0 + 3 \times 1 + 4 \times 9 + 5 \times 0}{50} = \frac{39}{50} = 0,78$$

3. CALIFICACIÓN GLOBAL

(ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	(0,00 – 0,60)
Observado	<0,60 – 0,70)
Aprobado	<0,70- 1,00)

4. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Lugar:
 Tacna ..06..... de ..SEPTIEMBRE... Del 20..18.

Changullio

Firma del juez

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del juez: Yemile del Carmen Benios Espejo
 1.2. Campo e institución donde labora: Escuela de Farmacia y Biología
 1.3. Nombre del instrumento evaluado: _____
 1.4. Autor (es) del instrumento: Jessica Magdalena Roque Cheffe

2. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

		Deficiente	Bajo	Regular	Buena	Muy buena
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					✓
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					✓
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					✓
4. Organización	Presentación ordenada.					✓
5. Suficiencia	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					✓
6. Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.				✓	
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.				✓	
8. Coherencia	Entre variables, indicadores y los ítems.					✓
9. Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación.					✓
10. Aplicación	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					✓
CONTEO DE MARCAS						
		A	B	C	D	E

$$\text{COEFICIENTE DE VALIDEZ} = \frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \frac{1 \times 0 + 2 \times 0 + 3 \times 0 + 4 \times 2 + 5 \times 8}{50} = \frac{48}{50} = 0,96$$

3. CALIFICACIÓN GLOBAL

(ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	(0,00 – 0,60)
Observado	<0,60 – 0,70)
Aprobado	<0,70- 1,00)

4. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Lugar: UNSB6
 Tacna 19 de 09 Del 20...18



Firma del juez