

**Universidad Católica de Santa María**  
**Escuela de Postgrado**  
**Maestría en Salud Reproductiva**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA ENTRE ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PRIVADA “THE ANGLO AMERICAN SCHOOL PRESCOTT” Y ESTATAL “COLEGIO DEL EJÉRCITO AREQUIPA”, 2019**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Landa Delgado, Gloria Arlette**

Para optar el Grado Académico de:

**Maestro en Salud Reproductiva**

Asesor:

**Dra. Escobedo Vargas, Jannet María**

**Arequipa – Perú**

**2020**



## DEDICATORIA

A mi madre por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ella entre los que se incluye este.

En mi familia me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.



## AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme las oportunidades y bendiciones siempre.

A mi institución la Universidad Católica de Santa María, sobre todo a la Facultad de Obstetricia y Puericultura por brindarme los conocimientos y valores profesionales en todo momento.

A mis padres, a mis hermanos y sobrinos por la confianza y el cariño inmenso que tienen hacia mí.

## ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA .....	3
1.2 INTERROGANTES DEL PROBLEMA.....	3
1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3.1 Campo, Área y Línea de Acción .....	3
1.3.2 Análisis de Variables .....	4
1.3.3 Tipo y Nivel de Investigación .....	4
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
2. HIPÓTESIS.....	5
3. OBJETIVOS.....	6
3.1 General.....	6
3.2 Específicos .....	6
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO .....	7
1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS .....	8
1.1 CONOCIMIENTO.....	8
1.1.1 CARACTERIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO.....	8
1.1.1.1 CONOCIMIENTO EMPÍRICO O CONOCIMIENTO VULGAR.....	8
1.1.1.2 CONOCIMIENTO FILOSÓFICO .....	8
1.1.1.3 CONOCIMIENTO CIENTÍFICO .....	9
1.1.2 NIVEL DE CONOCIMIENTO.....	10
1.2 ADOLESCENCIA.....	11
1.2.1 DEFINICIÓN .....	11
1.2.2 DIFERENCIAS ENTRE PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.....	12
1.2.3 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.....	13
1.2.3.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA.....	13
1.2.3.2 ADOLESCENCIA INTERMEDIA .....	14
1.2.3.3 ADOLESCENCIA TARDÍA.....	14
1.2.4 DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA .....	15
1.2.4.1 CRECIMIENTO Y MADURACIÓN FÍSICA .....	15
1.2.4.2 MADURACIÓN SEXUAL .....	16
1.2.4.3 CAMBIOS PSICOLÓGICOS.....	17

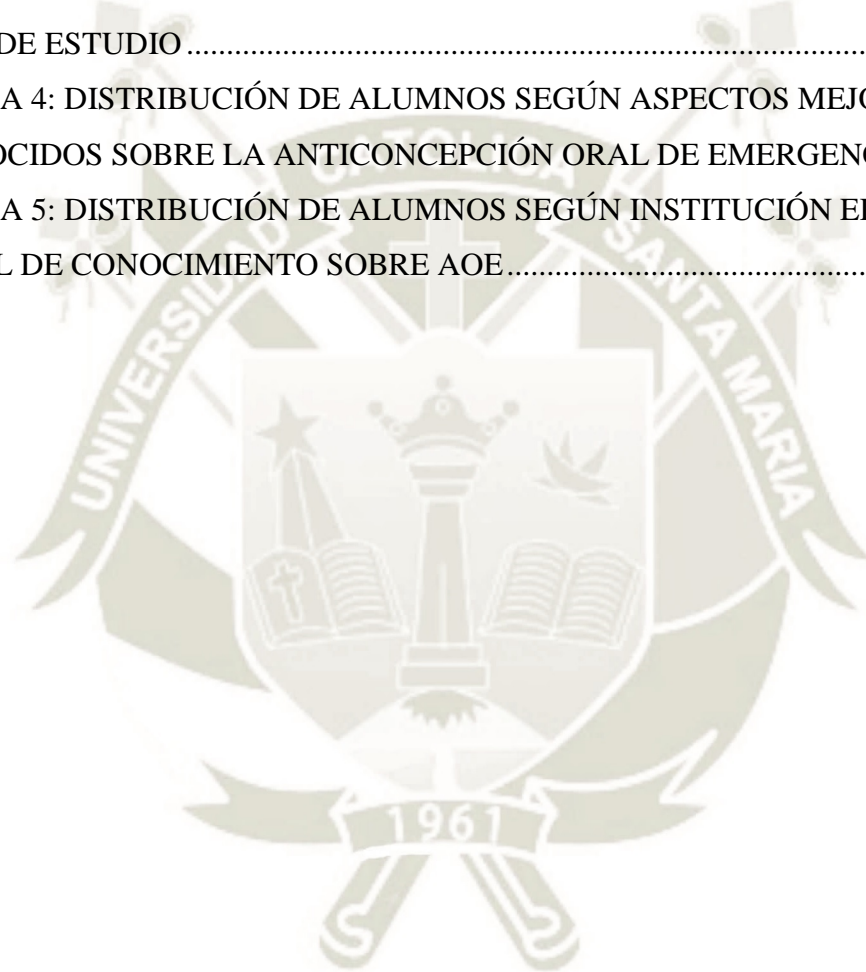
1.2.4.4	ALGUNAS CONDUCTAS DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE .....	21
1.3	ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA .....	23
1.3.1	DEFINICIÓN .....	23
1.3.2	MECANISMO DE ACCIÓN .....	23
1.3.3	TASA DE EFECTIVIDAD .....	24
1.3.4	CARACTERÍSTICAS .....	24
1.3.5	INDICACIONES DE USO .....	24
1.3.6	MODO DE USO .....	25
1.3.7	PRESENTACIONES FARMACEÚTICAS .....	25
1.3.7.1	Píldoras Combinadas .....	25
1.3.7.2	PÍLDORAS DE SÓLO PROGESTÁGENO .....	26
1.3.7.3	CONTRAINDICACIONES .....	26
1.3.7.4	EFFECTOS SECUNDARIOS .....	26
1.3.7.5	SEGUIMIENTO .....	27
1.4	ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA Y ADOLESCENTES .....	27
2.	ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	29
2.1	LOCALES .....	29
2.2	NACIONALES .....	31
2.3	INTERNACIONALES .....	32
	CAPÍTULO II METODOLOGÍA .....	33
1.	TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN .....	34
1.1	TÉCNICAS: .....	34
1.2	INSTRUMENTOS: .....	34
1.3	CUADRO DE COHERENCIAS .....	34
1.4	PROTOTIPO DE INSTRUMENTO .....	35
1.5	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO .....	38
1.6	ADMINISTRACIÓN Y CALIFICACIÓN .....	38
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	38
2.1	UBICACIÓN ESPACIAL: .....	38
2.2	UBICACIÓN TEMPORAL: .....	39
2.3	UNIDADES DE ESTUDIO: .....	39
2.3.1	MUESTRA: .....	39
2.3.1.1	Criterios de selección: .....	39
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	40
3.1	ORGANIZACIÓN .....	40

3.2 Criterios para manejo de resultados.....	40
CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	42
1. RESULTADOS .....	43
DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES.....	52
RECOMENDACIONES .....	53
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	54
ANEXOS.....	57
ANEXO NRO 1 FICHA DE DATOS	
ANEXO NRO 2 INSTRUMENTO	
ANEXO NRO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO	
ANEXO NRO 4 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	



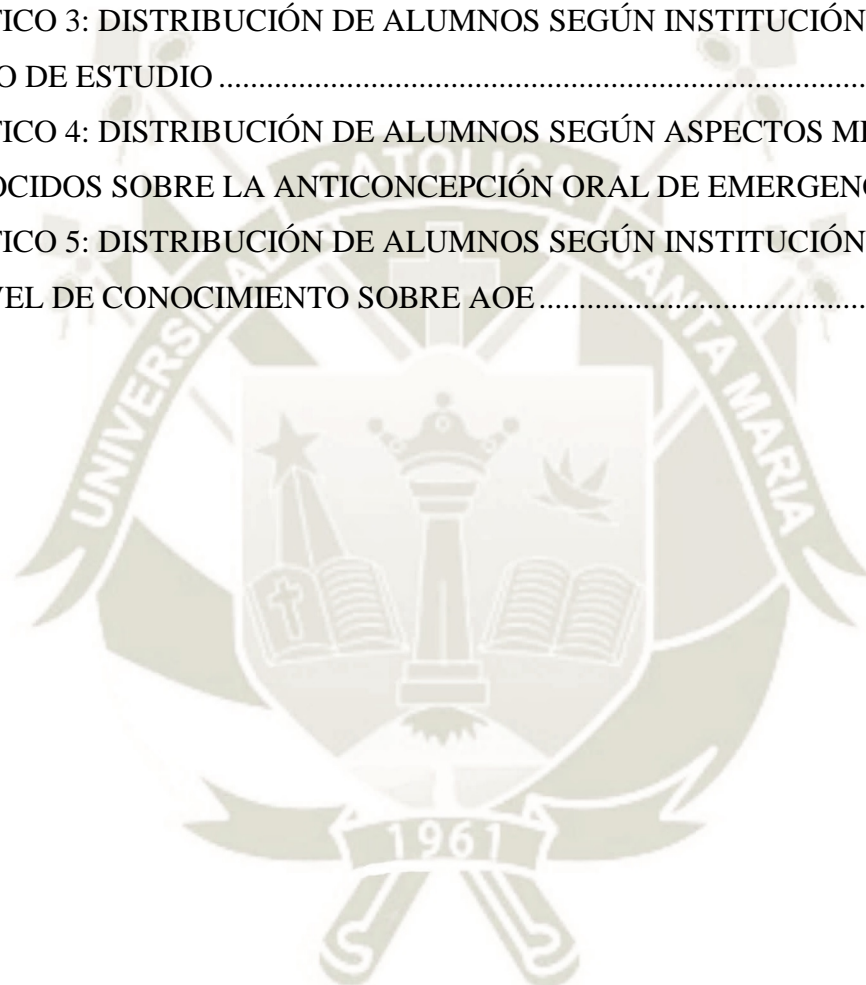
## INDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y EDAD .....	43
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y SEXO.....	44
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y AÑO DE ESTUDIO .....	45
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN ASPECTOS MEJOR CONOCIDOS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA .....	46
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AOE.....	47



## INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y EDAD .....	43
GRAFICO 2: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y SEXO .....	44
GRAFICO 3: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y AÑO DE ESTUDIO .....	45
GRAFICO 4: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN ASPECTOS MEJOR CONOCIDOS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA .....	46
GRAFICO 5: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AOE .....	47



## RESUMEN

La presente investigación titulada: Nivel de Conocimiento sobre Anticoncepción Oral de Emergencia entre adolescentes de Instituciones educativas privada “The Anglo American School Prescott” y Estatal “Colegio del Ejercito” realizado en la ciudad de Arequipa en el año 2019 como **objetivo** se planteó establecer diferencias en el nivel de conocimiento sobre anticoncepción oral de emergencia entre adolescentes de Instituciones educativas Privada “The Anglo American School Prescott” y Estatal “Colegio del Ejercito” Arequipa, 2019.

**Metodología:** Estudio descriptivo y comparativo. Además de ser observacional, transversal y de asociación simple. Se encuestaron 169 adolescentes de cuarto y quinto año de educación secundaria de cada institución en el mes de octubre del 2019. A cada adolescente se le aplicó una ficha de recolección de datos y un Cuestionario de Conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia previamente validado. Se determinó la edad, sexo y año de estudios y el nivel de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia y la relación entre las variables de estudio mediante la prueba de  $X^2$  y  $p < 0.05$ . **Resultados:** De los 169 adolescentes encuestados en cada institución educativa: el 73,96% (125) de la institución estatal y el 92,9% (157) de la privada tienen una edad comprendida entre 15 y 16 años, 52,66% (89) de la institución estatal son de sexo masculino y 54,44% (92) de la institución privada son de sexo femenino, 52,66% (89) de la institución estatal y 55,62% (94) de la institución privada cursan cuarto año de estudios. Respecto al nivel de conocimiento sobre anticoncepción oral de emergencia el 85,21% (144) de la institución estatal y el 52,66% (89) de la institución privada obtuvo un nivel deficiente, el 11,83% (20) de la institución estatal y el 26,63% (45) de la institución privada obtuvo un nivel regular, el 2,96% (5) de la institución estatal y el 20,71% (35) de la institución privada obtuvo un nivel bueno a muy bueno. Se estableció relación estadística significativa ( $p < 0.05$ ) entre la edad y el nivel de conocimiento sobre Anticoncepción Oral de Emergencia de ambas instituciones.

**Conclusiones:** Respecto al nivel de conocimiento sobre Anticoncepción Oral de Emergencia este fue de regular a muy bueno en mayor frecuencia en la institución privada y estadísticamente significativo. Solo se encontró diferencia estadística significativa respecto a la edad entre adolescentes de ambas instituciones, tanto en sexo y el año de estudios ambas instituciones comparten porcentajes similares.

**Palabras clave:** Anticoncepción oral de emergencia, adolescentes, nivel de conocimiento, institución educativa privada, institución educativa estatal.

## ABSTRACT

The present research entitled: Level of knowledge about emergency oral contraception among adolescents of Private Educational Institutions “The Anglo American School Prescott” and public “Colegio del Ejercito”, carried out in the city of Arequipa, in the year 2019 the objective was to establish differences in the level of knowledge about emergency oral contraception among adolescents of Private Educational Institutions “The Anglo American School Prescott” and public “Colegio del Ejercito Arequipa”, 2019. Methodology: Descriptive and comparative. In addition to observational, cross-sectional and simple association study. 169 adolescents of fourth and fifth year of secondary education of each institution were surveyed, a data collection and a previously validated Emergency Oral Contraception Knowledge Questionnaire were applied to each adolescent. The age, sex and year of studies and the level of knowledge about Emergency Oral Contraception and the relationship between the study variables were determined using the X2 test and  $p < 0.05$ .

**Results:** Of the 169 adolescents surveyed in each educational institution: 73.96% (125) of the state institution and 92.9% (157) of the private one are between 15 and 16 years old, 52.66% (89) of the state institution are male and 54.44% (92) of the private institution are female, 52.66% (89) of the state institution and 55.62% (94) of the institution private study fourth year. Regarding the level of knowledge about emergency oral contraception, 85.21% (144) of the state institution and 52.66% (89) of the private institution obtained a poor level, 11.83% (20) of the state institution and 26.63% (45) of the private institution obtained a regular level, 2.96% (5) of the state institution and 20.71% (35) of the private institution obtained a good level of very good. A significant statistical relationship ( $p < 0.05$ ) was established between the age and the level of knowledge about Emergency Oral Contraception of both institutions.

**Conclusions:** Regarding the level of knowledge about Emergency Oral Contraception, this was from regular to very good in greater frequency in the private and statistically significant institution. Only significant statistical difference was found regarding the age between adolescents of both institutions, both in sex and the year of studies both institutions share similar percentages.

**Keywords:** Emergency oral contraception, adolescents. level of knowledge, private educational institution, state educational institution

## INTRODUCCIÓN

El conocimiento se define como el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie (1). Dentro de la caracterización del conocimiento el más habitualmente usado por personas ajenas a la ciencia es el conocimiento empírico o vulgar, que se transmite por la experiencia, sin embargo, este tipo de conocimiento en épocas actuales tiene como base jerárquica el conocimiento científico (2,3). El nivel de conocimiento sobre un tema específico se traducirá en la realización de una acción ó el cumplimiento de un objetivo, basándose en el principio de racionalidad (4,5).

La adolescencia se define como como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (6). Durante este periodo se establecen cambios progresivos físicos, psicológicos, sociales y de maduración sexual, subdividiéndose en adolescencia temprana, intermedia y tardía con características específicas en cada etapa (7,8). El inicio de la polución y la menarquia son hitos clave, ya que se asocian al inicio de relaciones interpersonales con el sexo opuesto, la atracción física, el enamoramiento y el inicio de relaciones sexuales de manera precoz (9). Esto incrementa el riesgo de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y de alto riesgo en la población adolescente que son prevenibles con diferentes intervenciones (10).

La anticoncepción oral de emergencia está definida como métodos anticonceptivos que se pueden utilizar para prevenir embarazos en los días inmediatamente posteriores a la relación sexual, con mecanismo de acción, tasa de efectividad, indicaciones, modo de uso y efectos adversos bien caracterizados (10,11).

Los adolescentes al ser un grupo de riesgo para las conductas inherentes a este proceso de desarrollo, donde se encuentra incluido el inicio precoz de relaciones sexuales y las consecuencias de esta conducta. Los adolescentes son elegibles para utilizar cualquier método anticonceptivo y se debe garantizar el acceso a una variedad de opciones dentro de estas se encuentra la anticoncepción oral de emergencia (12,13).

Si bien lo anteriormente mencionado en este grupo poblacional específico, garantiza el acceso a la anticoncepción oral de emergencia, no asegura tener un nivel de conocimiento adecuado respecto a este método, además las diferencias socioculturales ,económicas y de acceso a la información que podrían traducirse en dos contextos de instituciones educativas

particular y estatal influirían en estos niveles, lo cual plantea la necesidad de determinar los niveles de conocimiento sobre anticoncepción oral de emergencia en dos instituciones educativas privada y estatal de nuestra ciudad.



## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA ENTRE ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PRIVADA “THE ANGLO AMERICAN SCHOOL PRESCOTT” Y ESTATAL “COLEGIO DEL EJÉRCITO AREQUIPA”, 2019

### 1.2 INTERROGANTES DEL PROBLEMA

- A. ¿Cuál es el nivel de conocimientos de los adolescentes de secundaria de las Instituciones Educativas: Del Ejercito Arequipa y Anglo Americano Prescott, respecto de la Anticoncepción Oral de Emergencia en la ciudad de Arequipa 2019?
- B. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adolescentes de secundaria de las Instituciones Educativas: Del Ejercito Arequipa y Anglo Americano Prescott, de la ciudad de Arequipa 2019?
- C. ¿Cuál es la diferencia entre el nivel de conocimiento de los adolescentes de secundaria de las Instituciones Educativas: Del Ejercito Arequipa y Anglo Americano Prescott, respecto de la Anticoncepción Oral de emergencia?

### 1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

#### 1.3.1 Campo, Área y Línea de Acción

- a. **Campo:** Ciencias de la Salud
- b. **Área:** Salud Reproductiva
- c. **Línea:** Nivel de conocimiento de Anticoncepción oral

### 1.3.2 Análisis de Variables

Variable	Indicador	Sub-Indicador
<b>Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción Oral de Emergencia:</b> es el puntaje alcanzado en el cuestionario de conocimientos	Usuario	Deficiente, regular, bueno, muy bueno
	Efectividad	
	Composición	
	Modo de acción	
	Indicaciones	
	Forma de uso	
	Efectos adversos	
	Riesgo de embarazo	
	Legislación relacionada	
Beneficios de su uso		

### 1.3.3 Tipo y Nivel de Investigación

**Tipo de Investigación:** De campo

**Nivel de Investigación:** Comparativo, de corte transversal

## 1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación es un tema de **actualidad**, debido a que la población adolescente de manera específica es vulnerable a múltiples peligros, incluyendo el inicio de relaciones sexuales de manera precoz y trayendo como consecuencia embarazos no deseados y de alto riesgo para la gestante adolescente. En nuestro país en el año 2016 según proyecciones las mujeres adolescentes de 12 a 19 años constituyen 2 millones 279, que equivalen al 14,5% de la población de mujeres. Los resultados del período 2014/2015 señalan que el porcentaje del total de adolescentes alguna vez embarazadas llega al 13,6%, representando más de 193 mil adolescentes, de las cuales, el 10,6% ya eran madres y el 2,9% se encontraban gestando por primera vez. Según edad, la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación aumenta rápidamente conforme avanza en edad. Así, a los 15 años significan el 3,0% y a los 19 años el 28,7% (14).

Es **pertinente** de ser estudiado, porque el nivel de conocimiento sobre anticoncepción oral de emergencia repercutirá en la capacidad de toma de decisiones al momento de que el adolescente realice el uso del mismo, y de esta manera se pueda evitar embarazos no deseados, así como también prevenir el mal uso de este método anticonceptivo.

Posee **relevancia social**, debido a que en nuestro país la maternidad está empezando alrededor de los 11 años y en la última década, se incrementó el número de nacimientos de madres adolescentes con edades menores a 15 años. Así, de 936 nacimientos que ocurrieron y se registraron en el año 2005 pasó a 1 mil 548 en 2014, incrementándose en 65,4% en dicho período. En la actualidad, cada día cuatro adolescentes menores de 15 años se convierten en madres poniendo en riesgo su salud por no tener la suficiente madurez física y mental para asumir su rol de madre, siendo estos eventos prevenibles realizando un adecuado uso de la anticoncepción oral de emergencia (14).

Es **factible** de ser llevado a cabo, debido a que se cuenta con el apoyo institucional y las unidades de estudio necesarias.

**Motiva** la presente investigación el deseo de establecer si existen diferencias en el nivel de conocimiento sobre anticoncepción de emergencia en dos instituciones educativas particular y estatal, para que en base a estos resultados, se pueda intervenir en aspectos específicos que puedan mediar estas diferencias.

## 2. HIPÓTESIS

Dado que la enseñanza de educación sexual y del uso de anticonceptivos para la prevención del embarazo no deseado puede variar según el plan educativo de instituciones educativas de gestión diferente.

Es probable que existan diferencias en el nivel de conocimiento sobre anticoncepción oral de emergencia entre adolescentes de Instituciones Educativas privada “The Anglo American School Prescott” y estatal “Colegio del Ejército Arequipa”, 2019.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 General

Establecer diferencias en el nivel de conocimiento sobre anticoncepción oral de emergencia entre adolescentes de Instituciones Educativas privada “The Anglo American School Prescott” y estatal “Colegio del Ejército Arequipa”, 2019.

#### 3.2 Específicos

- A. Identificar el nivel de conocimientos de los adolescentes de secundaria de las Instituciones Educativas: Del Ejército Arequipa y Anglo Americano Prescott, respecto de la Anticoncepción Oral de Emergencia en la ciudad de Arequipa 2019.
- B. Describir las características sociodemográficas de los adolescentes de secundaria de las Instituciones Educativas: Del Ejército Arequipa y Anglo Americano Prescott, de la ciudad de Arequipa 2019.



# **CAPÍTULO I**

## **MARCO TEÓRICO**

## **1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

### **1.1 CONOCIMIENTO**

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie. Científicamente, es estudiado por la epistemología, que se la define como la ‘teoría del conocimiento’; etimológicamente, su raíz madre deriva del griego episteme, ciencia, pues por extensión se acepta que ella es la base de todo conocimiento. Su definición formal es “Estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias”. Se la define también como “El campo del saber que trata del estudio del conocimiento humano desde el punto de vista científico”. En cambio, gnoseología deriva del griego gnosis, conocimiento al que también estudia, pero desde un punto de vista general, sin limitarse a lo científico. En la práctica, la gnoseología es considerada como una forma de entender el conocimiento desde la cual el hombre -partiendo de su ámbito individual, personal y cotidiano- establece relación con las cosas, fenómenos, otros hombres y aún con lo trascendente (1).

#### **1.1.1 CARACTERIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO**

Basados en el desarrollo del h. sapiens, al conocimiento se le caracteriza siguiendo el medio con que se le aprehende; así, al conocer obtenido por la experiencia se le llama conocimiento empírico y al que procede de la razón, conocimiento racional. Ambas son etapas o formas válidas para conocer (2).

##### **1.1.1.1 CONOCIMIENTO EMPÍRICO O CONOCIMIENTO VULGAR**

Conocimiento empírico o conocimiento vulgar. En sus inicios, el hombre por observación natural comienza a ubicarse en la realidad, apoyado en el conocer que le da la experiencia de sus sentidos y guiado únicamente por su curiosidad. Este conocer inicial aprendido en la vida diaria se llama empírico, por derivar de la experiencia, y es común a cualquier ser humano que cohabite una misma circunstancia (2).

##### **1.1.1.2 CONOCIMIENTO FILOSÓFICO**

Conforme el hombre avanza, busca conocer la naturaleza de las cosas y para entender mejor su entorno, y a él mismo, se cuestiona cada hecho aprehendido en la etapa del conocimiento empírico. Este cambio propicia una nueva forma

de alcanzar el conocimiento, a la que denomina filosofía, otro tipo de conocer que se caracteriza por ser:

- Crítico: no acepta métodos ni reglas preestablecidas, aunque ya hayan sido validadas y aceptadas. Somete todo al análisis, sin ninguna influencia ni la de sus propios principios.
- Metafísico: va más allá de lo observable y entendible, al afirmar que el campo científico, físico, es finito y que por tanto donde acaba la ciencia comienza la filosofía, pero no la priva de tener su propia filosofía.
- Cuestionador: recusa todo lo conocido, incluyendo la realidad, y se interroga por la vida y su sentido y por el hombre mismo en cuanto hombre.
- Incondicionado: es autónomo, no acepta límites ni restricciones y, es más, incorpora el concepto de libre albedrío, para el acto de pensar para conocer.
- Universal: su meta es la comprensión total e integral del mundo, para encontrar una sola verdad, la verdad universal (3,4).

### 1.1.1.3 CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

El hombre sigue su avance y para mejor comprender su circunstancia explora una manera nueva de conocer. A esta perspectiva la llama investigación; su objetivo: explicar cada cosa o hecho que sucede en su alrededor para determinar los principios o leyes que gobiernan su mundo y acciones. La principal diferencia entre conocimiento científico y filosófico es el carácter verificable de la ciencia, para lo que ella misma configura numerosas ramas especializadas. Otra es el hecho que en ciencia cualquier 'verdad' es susceptible de cambiar con cada nueva investigación. Lorenz resume esta característica del conocimiento científico así: "la verdad en ciencia, puede definirse como la hipótesis de trabajo que más le sirve para abrir el camino a una nueva hipótesis". Con relación a la caracterización del conocimiento científico, éste se estructura en base a la relación interdependiente de sus elementos:

- Teoría, característica que implica la posesión de un conocer ya adquirido y validado en base a explicaciones hipotéticas de situaciones aisladas,

explicadas total o insuficientemente, pero con las que se puede establecer construcciones hipotéticas para resolver un nuevo problema.

- Método, procedimiento sistemático que orienta y ordena la razón para, por deducción o inducción, obtener conclusiones que validen o descarten una hipótesis o un enunciado.
- Investigación, proceso propio del conocimiento científico creado para resolver problemas probando una teoría en la realidad sustantiva, dejando a salvo ir en sentido inverso, de la realidad a la teoría. De acuerdo a estos elementos constitutivos, el conocimiento científico, entendido como pensamiento de características propias, conlleva las siguientes ‘naturalezas’:
  - Selectiva, cada porción de conocimiento tiene un objeto de estudio propio, excluyente y diferente.
  - Metódica, usa procedimientos sistemáticos, organizados y rigurosamente elaborados para comprobar su veracidad.
  - Objetiva, se aleja de interpretaciones subjetivas y busca reflejar la realidad tal como es.
  - Verificable, cada proposición científica debe necesariamente ser probada, cualidad que ha de ser realizada por observación y experimentación tan rigurosas que no dejen duda sobre la objetividad de la verdad (3,4,5).

### 1.1.2 NIVEL DE CONOCIMIENTO

Si bien es cierto en la presente investigación, se evaluó los niveles de conocimiento respecto a un contenido específico “Anticoncepción oral de emergencia”, para realizar una aproximación teórica respecto al nivel de conocimiento tenemos que nombrar lo siguiente respecto (4).

- Los sistemas son **agentes racionales**.
- El medio es el **conocimiento**.
- Los componentes son **objetivos, acciones y cuerpos**: un agente está compuesto por un conjunto de objetivos, un conjunto de acciones, un cuerpo físico con el que interactúa con el entorno y un cuerpo de conocimientos que contiene todo lo que el agente conoce en un momento dado.

- La ley de comportamiento es el **principio de racionalidad**: «si un agente tiene el conocimiento de que una de sus acciones le conduce a uno de sus objetivos, seleccionará esa acción», que se complementa con dos principios auxiliares: «si dos acciones conducen al mismo objetivo, el agente selecciona ambas» y «si un conjunto de acciones conduce a un objetivo y otro conjunto a otro objetivo, el agente selecciona la intersección de los dos conjuntos de acciones».
- No hay leyes de composición para construir un sistema en el nivel de conocimiento: un agente tiene siempre los componentes mencionados.

El cuerpo de conocimientos es como una memoria, pero en un nivel de abstracción más alto que el de las memorias de los niveles inferiores: no tiene restricciones estructurales ni en su capacidad ni en sus mecanismos de almacenamiento y acceso. Por otra parte, los objetivos son también conocimiento, pero de un tipo especial: conocimiento sobre estados del entorno deseados (4).

## 1.2 ADOLESCENCIA

### 1.2.1 DEFINICIÓN

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la

mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales (6).

### 1.2.2 DIFERENCIAS ENTRE PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración. Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad (aspecto puramente orgánico), terminando alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial. La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años) (7).

El término pubertad proviene del latín “pubere” que significa pubis con vello. Es un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular y se logra la talla adulta. La definición de pubertad obedece a criterios estadísticos, es decir, si la aparición de los caracteres sexuales secundarios se encuentra dentro del intervalo de  $\pm 2,5$  DE (desviación estándar) para sexo y población de referencia. Se considera inicio puberal normal a la aparición de telarquia entre los 8-13 años en las niñas y el aumento del tamaño testicular entre los 9-14 años en los niños (7).

Los adolescentes no forman un grupo homogéneo, existe una amplia variabilidad en los diferentes aspectos de su desarrollo; además los aspectos biológicos pueden influir en el desarrollo psicológico. Cuando el proceso de desarrollo está muy adelantado o retrasado respecto a sus compañeros, el adolescente tiene a menudo dificultades de adaptación y baja autoestima; por ejemplo, una chica de 11 años cuyo cuerpo está desarrollado como una de 15, o el chico de 14 años con un cuerpo como otro de 10 años. Por otro lado, la adolescencia no es un proceso continuo y uniforme; los distintos aspectos biológicos, intelectuales,

emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés. Aunque este período puede ser muy tormentoso, la mayoría de los jóvenes y sus padres lo superan sin excesivos problemas (7).

### **1.2.3 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

Aunque el crecimiento y maduración sea un continuum, la adolescencia la podemos dividir en tres etapas: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años), durante las cuales el ser humano alcanza la maduración física, el pensamiento abstracto y establece su propia identidad. Aunque este período puede ser tormentoso, la mayoría de los adolescentes y sus padres lo superan sin excesivas estridencias (8).

#### **1.2.3.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA**

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La clasificación de las distintas fases de maduración puberal de Tanner es de gran utilidad para poder utilizar un lenguaje común entre todos los profesionales. Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. El grupo de amigos, normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por estos cambios, en él se compara la propia normalidad con la de los demás y la aceptación por sus compañeros de la misma edad y sexo. Los contactos con el sexo contrario se inician de forma “exploratoria”. También, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad, pero sin crear grandes conflictos familiares. La capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Creen que son el centro de una gran audiencia imaginaria que constantemente les está observando, con lo que muchas de sus acciones estarán moduladas por este sentimiento (y con un sentido del ridículo exquisito). Su orientación es existencialista, narcisista y son tremendamente egoístas (8).

### 1.2.3.2 ADOLESCENCIA INTERMEDIA

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. Esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones, aunque su aplicación sea variable. Tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo, etc.) de este período de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta. La lucha por la emancipación y el adquirir el control de su vida está en plena efervescencia y el grupo adquiere una gran importancia, sirve para afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación. Es el grupo el que dicta la forma de vestir, de hablar y de comportarse, siendo las opiniones de los amigos mucho más importantes que las que puedan emitir los padres; estas últimas siguen siendo muy necesarias, aunque sólo sea para discutir las, sirven de referencia y dan estabilidad, los padres permanecen, el grupo cambia o desaparece. La importancia de pertenecer a un grupo es altísima, algunos adolescentes antes que permanecer "solitarios" se incluyen en grupos marginales, que pueden favorecer comportamientos de riesgo y comprometer la maduración normal de la persona. Las relaciones con el otro sexo son más plurales, pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge (8).

### 1.2.3.3 ADOLESCENCIA TARDÍA

El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido, aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y

actuar según las implicaciones futuras de sus actos. Es una fase estable que puede estar alterada por la "crisis de los 21", cuando teóricamente empiezan a enfrentarse a las exigencias reales del mundo adulto. Esto parece estar retrasándose cada vez más y podríamos hablar de las crisis de los ¿30? ¿35?, Las relaciones familiares son de adulto a adulto y el grupo pierde importancia para ganar las relaciones individuales de amistad. Las relaciones son estables y capaces de reciprocidad y cariño y se empieza a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos de futuro (8).

## **1.2.4 DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA**

### **1.2.4.1 CRECIMIENTO Y MADURACIÓN FÍSICA**

Los cambios físicos en la pubertad son: Aceleración y desaceleración del crecimiento, cambios de la composición corporal y desarrollo de órganos y sistemas, así como maduración sexual (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios) (7).

El comienzo y la progresión de la pubertad varían, como ya hemos comentado, de un adolescente a otro, con un amplio rango de normalidad. En los últimos 150 años la pubertad se ha ido iniciando a edades cada vez más tempranas -tendencia secular del crecimiento y desarrollo- lo que se ha relacionado con las mejoras de las condiciones de vida como la nutrición y parece haberse atenuado en las dos últimas décadas del siglo XX. En el estudio longitudinal de la Fundación Andrea Prader, realizado en Aragón entre 1982-2002, la edad de inicio del desarrollo mamario era de  $10,6 \pm 1,0$  años, la edad media de inicio del desarrollo testicular de  $12,3 \pm 1,1$  años, y la edad media en la cual se presenta la menarquia entre  $12,7 \pm 0,9$  años. Existe una desaceleración del crecimiento que precede al pico de máxima velocidad de crecimiento, y que suele acontecer entre los 12 y 13 años en las chicas y entre los 14 y 15 años en los chicos. El crecimiento puberal supone del 20 al 25 % de la talla adulta definitiva. En ambos sexos, durante el segundo año del estirón es cuando el incremento es mayor, de 5,8 a 13,1 cm en los chicos y de 5,4 a 11,2 cm en las chicas. Cada persona tiene su propio patrón de desarrollo, cuanto más precoz es la edad de comienzo de la pubertad la ganancia de talla durante la pubertad es mayor. Este crecimiento puberal no es armónico, sino

que se crece por “segmentos”, con crecimiento inicial del segmento inferior (extremidades inferiores) y con un orden de crecimiento de distal a proximal, crecen primero los pies. La talla definitiva, se alcanza entre los 16-17 años en las chicas, puede retrasarse hasta los 21 años en los chicos (7).

#### 1.2.4.2 MADURACIÓN SEXUAL

Los cambios más llamativos tienen lugar en la esfera sexual y se culminan con la adquisición de la fertilidad. La edad cronológica tiene poca correlación con la maduración sexual y el crecimiento puede ser muy variable; por ello es necesario conocer en todo adolescente, el índice de maduración sexual que se evalúa mediante los estadios de Tanner (1962) y se basa en el desarrollo de los órganos genitales y caracteres sexuales secundarios. Esto permite diferenciar la pubertad normal de la patológica. El primer signo de desarrollo puberal en las chicas es el aumento del botón mamario que puede iniciarse entre los 8-13 años, junto con aumento de la velocidad de crecimiento y acontece a una edad ósea de 11 años. Antes de los 8 años hablamos de pubertad precoz y después de los 13 de pubertad tardía (7).

El pico de máxima velocidad de crecimiento, ocurre relativamente pronto (Tanner II-III) mientras que la menarquia es un evento tardío, suele presentarse unos dos años tras la telarquia y señala en general, la disminución del crecimiento. En el 60% de las chicas ocurre en el estadio IV de Tanner. La edad media en España es de 12,7 $\pm$ 0.9 años. La mejor referencia sobre su inicio, es la edad de la menarquia de la madre y hermanas. El crecimiento tras la menarquia puede ser variable entre 4,3 cm (P10) y 10,6 cm (P90), media de 7 cm. La duración media de la pubertad en las chicas es de 4 años (rango 1,5-8 años) (7).

En los varones la pubertad puede suceder dos años más tarde que en las chicas y por ello éstas pueden parecer más maduras físicamente que sus compañeros. El primer signo de desarrollo puberal en ellos es el aumento del volumen testicular, así como enrojecimiento y rugosidad de la bolsa escrotal que puede empezar entre los 9-14 años y acontece a una edad ósea de 13 años. Antes de los 9 años hablamos de pubertad precoz y después de los 14 de pubertad tardía. Un volumen de 4 ml (orquidómetro de Prader) o una longitud

de 2,5 cm marcan el inicio puberal. Es seguido por el crecimiento del pene y la pubarquia. El pico de máxima velocidad de crecimiento es tardío en los chicos (Tanner IV) al igual que el cambio de voz. La eyaculación se produce generalmente en el Tanner III, estando la fertilidad asociada al estadio IV. Un 65% presentan ginecomastia principalmente en el Tanner III-IV; la consistencia es firme, no adherida, algo molesta a la presión y menor de 4 cm. Se debe tranquilizar ya que el 90% se resuelve en dos años. Si no se adapta a las características descritas habrá de estudiarse. La duración media de la pubertad en los chicos es de 3 años (rango 2-5 años) (7).

### **1.2.4.3 CAMBIOS PSICOLÓGICOS**

En el funcionamiento psicológico, las dimensiones más destacadas del desarrollo adolescente se dan en el plano intelectual, sexual, social y en la elaboración de la identidad. Con la finalidad de facilitar la sistematización de sus características, analizaremos la evolución que presentan a través de tres fases. No se trata de secuencias rígidas, pues las aceleraciones y desaceleraciones de los procesos dependen, a lo menos, de las diferentes subculturas, la situación socioeconómica, los recursos personales y tendencias previas, los niveles alcanzados de salud mental y desarrollo biológico, las interacciones con el entorno, y, entre estas, las relaciones de género y las relaciones intergeneracionales (9).

#### **1.2.4.3.1 PUBERTAD: REPERCUSIONES FÍSICAS Y EMOCIONALES**

Entre los 10 y los 14 años la preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional. Se produce una reestructuración de la imagen corporal, se vive un ajuste a los cambios corporales emergentes, el ánimo es fluctuante; hay una fuerte autoconciencia de las necesidades y deseos de comprensión y apoyo por parte de los mayores. Aun cuando las figuras parentales dejan de ser la fuente casi exclusiva de fomento de la autoestima, se hace imprescindible tener la posibilidad de compartir los problemas con los padres; las amistades también se tornan cruciales. Los grupos tienden a ser del mismo sexo, facilitando el fortalecimiento de identidades y roles antes de entrar a la interacción heterosexual (9).

La pérdida del cuerpo infantil implica la necesidad de dejar atrás las modalidades de ajuste de la niñez, abandonar identificaciones infantiles y encontrar nuevas orientaciones de conducta. Existen duelos por la pérdida del cuerpo y el status infantil, así como de la imagen de los padres seguros y protectores de la niñez. En la familia afloran ansiedades ante el anuncio de cambios diferenciadores cuyo desenlace se ignora. Las fortalezas y debilidades del sistema familiar contribuyen a la interpretación de los hechos y a la perspectiva que orienta las reacciones y actitudes ante el renacer puberal (9).

Tradicionalmente el comienzo de la pubertad marca la aparición del discurso en que los mayores enfatizan los riesgos y las perspectivas morales. la autonomía en la toma de decisiones no es fomentada. Culturalmente, la emergencia de indicios de desarrollo sexual tiende a ser enfrentada por los adultos de modo opuesto para cada sexo: control y vigilancia para las muchachas, estímulo y libertad para los varones (9).

En las adolescentes la menarquia es un indicio de gran importancia y el acontecimiento es reinterpretado de acuerdo a las valoraciones atribuidas al destino de la mujer. Las reacciones pueden ir desde la indiferencia parental al festejo o anuncios del drama de la sexualidad y la procreación, las responsabilidades de la adultez. Las diferentes posiciones tendrán impacto en la disposición con que la púber enfrenta la perspectiva de crecer (9).

Para los varones, las poluciones nocturnas son casi un secreto que puede vivirse con preocupación o perplejidad; la discreción es la respuesta que reciben con mayor frecuencia. La construcción de su masculinidad pasa por comprobaciones de virilidad exhibidas ante los pares para llegar a iniciarse en las pautas de la conquista heterosexual que las posiciones tradicionales de género demandan a su rol sexual. La ansiedad ante la falla y el fracaso en dicha afirmación puede instaurarse influyendo en la relación. El desarrollo de las características sexuales secundarias, el aumento de peso, de estatura son modificaciones externas socialmente impactantes, que llevan a la incertidumbre sobre las posibilidades de

desempeñar un rol como hombre o mujer, lo que facilita la vulnerabilidad ante comentarios, prejuicios y estereotipos (9).

#### **1.2.4.3.2 ADOLESCENCIA MEDIA: BÚSQUEDA DE AFIRMACIÓN PERSONAL Y SOCIAL**

Aproximadamente entre los 14 y 16 años las preocupaciones psicológicas giran prioritariamente en torno a la afirmación personal - social y afloran las vivencias del amor. La búsqueda de canalización de los emergentes impulsos sexuales, la exploración de las capacidades sociales, y el apoyo en la aceptación por el grupo de pares dinamizan la afirmación personal y social en la adolescencia. La construcción de la individuación desata duelos importantes para las figuras parentales: el duelo por la pérdida de su hijo-niño, el duelo por el adolescente que fantasearon, el duelo por su rol de padres incuestionados.

La familia ha dejado de ser el espacio privilegiado para confirmar las habilidades y autoestima adolescente, lo que genera para las figuras parentales el difícil desafío de lograr la capacidad de mantener y expresar, en estas nuevas condiciones, la aceptación de sus hijos adolescentes, lo que es siempre fundamental para su desarrollo. La sexualidad adolescente debe ser vivida fuera de la familia y los nuevos roles son ensayados y comprobados en grupos de pares y ámbitos de la sociedad más amplia. Esto conforma nuevas condiciones para el desarrollo social que contribuyen a la diferenciación del grupo familiar y a la autonomía. Es importante reconocer que para las y los adolescentes el amor, el goce y la amistad son preocupaciones muy valiosas que tienden a suprimirse por los adultos cuando enfocan su sexualidad desde el ángulo exclusivo de la moral o la salud reproductiva. No es infrecuente que para las muchachas los novios sean la figura de mayor confianza para compartir afectos y preocupaciones. Las relaciones sentimentales sirven a muchachos y muchachas como oportunidades para ampliar experiencias e intereses y enriquecer la identidad y no son, generalmente, noviazgos orientados a la unión conyugal, salvo en zonas rurales (9).

### 1.2.4.3.3 ADOLESCENCIA TARDÍA: BÚSQUEDA DE LA INTIMIDAD Y DE LA CONSTRUCCION DEL ROL SOCIAL

En la última fase de la adolescencia se comienza a evolucionar de un proyecto de vida complementario con el proyecto familiar a una forma de enfrentamiento personal y social propia que se deberá ir poniendo a prueba en la práctica concreta y aportará a la consolidación de la identidad y los roles. No se trata tanto de la elaboración de un proyecto planificado de principio a fin, como podía esperarse tradicionalmente, sino del compromiso con pasos y experiencias dadas en su presente, que constituyan vías flexibles hacia los roles y metas de acuerdo con la incertidumbre de los tiempos. las figuras parentales enfrentan el duelo que provoca el desprendimiento físico del medio familiar por el adolescente (9).

En las culturas modernas, se espera que, en la fase final de la adolescencia, el locus de control externo, propio del status dependiente de la niñez y de la relación asimétrica con las figuras adultas, haya evolucionado hacia un locus de control interno. Esto significa que los y las adolescentes no atribuyan lo que les ocurre fundamentalmente a circunstancias externas (locus de control externo), sino que pueden reconocer y expresar sus capacidades de iniciativa, anticipación de resultados y manejo de consecuencias, negociación en la toma de decisiones y puesta en práctica de la solución de problemas. De esta forma procuran que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones.

Las capacidades de autocuidado y cuidado mutuo tienen la posibilidad de despegarse eficazmente, en la medida que los y las adolescentes hayan contado con la asesoría y atribuciones requeridas. Las parejas dejan de cumplir el rol de exploración y descubrimiento de mundos emocionales y sexuales, para introducir como vivencia central, la apertura a la intimidad que emerge entre personas con identidades más diferenciadas que se enriquecen con el acompañamiento afectivo y el establecimiento de vínculos profundos (9).

## 1.2.4.4 ALGUNAS CONDUCTAS DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE

### 1.2.4.4.1 Inicio precoz de las relaciones sexuales

Entendemos la sexualidad precoz, como la prematura conducta sexual sin estar mentalmente, física y emocionalmente preparado, esto es un desajuste mente cuerpo que lleva a una conducta exagerada en lo sexual. Así las personas que tienen contacto sexual (no solamente relaciones, sino cualquier forma de actividad íntima) con muchas parejas diferentes corren un mayor riesgo que quienes permanecen con la misma pareja. Actualmente en nuestro medio la edad promedio de la primera relación coital es de 13 años para los chicos y 15 años para las chicas. Este resulta ser un dato bastante constante en nuestro medio, sin embargo, existen factores que condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales podemos citar (10).

**Factores Biológicos:** Se ha demostrado relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual. Con el adelanto de la menarquia que se está produciendo a edades más tempranas, también se han adelantado las relaciones sexuales (10).

**Factores Ambientales:** Son factores ambientales las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales; por ello se observa como la fecundidad adolescente no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales.

La influencia de los medios de comunicación, y el bombardeo constante de estímulos sexuales que emiten subliminalmente comportamientos precoces y conductas sexuales de riesgo (10).

**No utilización de anticoncepción o sexo sin protección:** Las relaciones sexuales sin protección, exponen a los adolescentes a contraer una infección de transmisión sexual o tener un embarazo no deseado (10).

#### 1.2.4.4.2 Embarazo en la adolescencia

Se denomina así al embarazo que ocurre en las mujeres jóvenes menores de 19 años, el mismo que actualmente, es uno de los principales problemas que afectan a los jóvenes que comienzan su actividad sexual precozmente (10).

##### **Prevención del embarazo adolescente**

Resulta evidente que el embarazo es una consecuencia de las relaciones sexuales, pero hay que señalar que el embarazo en adolescentes representa un problema dentro de las conductas de riesgo que se puede presentar en la adolescencia, como consecuencia de factores como desorientación, desconocimiento, malas relaciones intrafamiliares, baja autoestima, desinformación sobre anticoncepción y el desarrollo de una adecuada educación en Salud Sexual y Reproductiva. Los servicios en Salud Reproductiva y Planificación Familiar han jugado un importante papel en la prevención del embarazo en adolescentes, pero todavía queda mucho por hacer. Debemos innovar estos servicios, para reducir el impacto social desfavorable de la fertilidad adolescente (10).

A pesar de los grandes avances de las últimas décadas en Métodos Anticonceptivos, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ni ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción. Hay muchas razones por las que no se ha resuelto esa necesidad: los servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles en todos lados, o las opciones son limitadas. El miedo a la desaprobación o a la oposición de la pareja plantea barreras formidables. El temor a efectos secundarios e inquietudes relacionadas con la salud frenan a mucha gente; otros no conocen las opciones anticonceptivas y su utilización (10).

Se ha demostrado que la Prevención y el alejamiento del inicio de relaciones sexuales en adolescentes es la mejor estrategia para prevenir embarazos no deseados, la anticoncepción de manera responsable resulta una intervención importante en salud pública que permite un respeto de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres en nuestro país.

Prevenir un embarazo no deseado, permite también al sistema de salud pública mejorar los índices respecto al número de abortos clandestinos, de muerte materna por aborto, de embarazo adolescente e incluso el abandono de infantes, así como deserción escolar. El acceso a la AOE ha sido reconocido como un derecho sexual y reproductivo a nivel mundial (10).

### **1.3 ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA**

#### **1.3.1 DEFINICIÓN**

El término anticoncepción de emergencia, o anticoncepción poscoital se refiere a métodos anticonceptivos que se pueden utilizar para prevenir embarazos en los días inmediatamente posteriores a la relación sexual. Se estableció para situaciones creadas por una relación sexual sin protección, el fallo o el uso incorrecto de otros anticonceptivos (como la omisión de una píldora anticonceptiva o la rotura o deslizamiento del preservativo) y para casos de violación o relaciones sexuales forzadas sin protección. La anticoncepción de emergencia solo es eficaz en los primeros días posteriores a la relación sexual, antes de la salida del óvulo del ovario y antes de que ocurra la fertilización por un espermatozoide. La anticoncepción de emergencia no puede interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo (11).

#### **1.3.2 MECANISMO DE ACCIÓN**

Las píldoras anticonceptivas de urgencia impiden el embarazo al evitar o retrasar la ovulación y no pueden provocar un aborto. Los DIU de cobre impiden la fertilización al provocar un cambio químico en el espermatozoide y el óvulo antes de que lleguen a unirse. La anticoncepción de urgencia no puede interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo (11).

- Inhibe o posterga la ovulación:

La alta dosis de hormonas sintéticas inhibe o posterga la ovulación, ya que evita que se dé el pico de LH (hormona luteinizante secretada por una porción del cerebro), la cual es indispensable para que ocurra la ovulación. Sin embargo, este efecto es solo temporal por lo que un tratamiento de AOE protege solo de un coito si protección (11).

- Espesar el moco cervical:

Los Anticonceptivos Orales incluyendo la AOE actúan espesando el moco cervical. Este efecto complementario, de dificultar el ascenso de los espermatozoides hacia las trompas de Falopio y prevenir la fecundación es por acción de la progesterona sintética (Levonorgestrel)

- No altera el endometrio.
- No actúa como abortivo, ya que no interrumpe un embarazo ya existente (11).

### **1.3.3 TASA DE EFECTIVIDAD**

Utilizando correctamente el método, hasta el 95% de mujeres que usan Levonorgestrel y 75% de las usan fórmulas combinadas, logran evitar el embarazo (11).

### **1.3.4 CARACTERÍSTICAS**

No es un método anticonceptivo de rutina, sino de excepción; por lo que no debe usarse en lugar de los otros métodos de planificación familiar. Por lo tanto, no se debe incluir en la mezcla anticonceptiva. Cualquier mujer puede usar AOE siempre y cuando no esté embarazada. No se han reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos en el caso de falla de método. Se debe hacer énfasis que este método no protege contra ITS o SIDA (11).

### **1.3.5 INDICACIONES DE USO**

Se puede usar en situación de emergencia:

- Mujeres que han tenido una relación sexual contra su voluntad (violación).
- Si el condón se ha roto.
- Si el DIU ha sido expulsado.
- Si la mujer ha olvidado de tomar 2 días o más sus anticonceptivos orales, o se ha retrasado más de 2 semanas en recibir su inyectable anticonceptivo (Depoprovera) y ha tenido una relación sexual sin usar otro método de planificación familiar (11).
- Si la relación sexual tuvo lugar sin protección anticonceptiva y la mujer no desea quedar embarazada (11,12).

### 1.3.6 MODO DE USO

- Se debe usar como máximo dentro de las 72 horas después de la relación sexual sin protección.
- Debe ser administrado por personal capacitado.
- Toda mujer que recibe AOE debe tener consejería en planificación familiar.
- No es un método de uso regular, pues produce efectos secundarios (11).

### 1.3.7 PRESENTACIONES FARMACEÚTICAS

#### 1.3.7.1 Píldoras Combinadas

Se denomina así porque se usan píldoras con estrógeno y progestágeno. Es también conocido como el Método Yuzpe. Se utiliza el siguiente esquema (11,12).

DENOMINACION	FÓRMULA POR TABLETA	DOSIS INICIAL (antes de 72 horas)	2DA. DOSIS (12 horas después de dosis inicial)
Lo- FemenaL	Etinilestradiol 0.03 mg Norgestrel 0.30mg	4 tabletas	4 tabletas
Neogynon	Etinilestradiol 0.05 mg Levonorgestrel 0.25	2 tabletas	2 tabletas
Microgynon	Etinilestradiol 0.03 mg Levonorgestrel 0.15 mg	4 tabletas	4 tabletas

### 1.3.7.2 PÍLDORAS DE SÓLO PROGESTÁGENO

Se usan píldoras que sólo contienen progestágeno. Los únicos componentes estudiados hasta la fecha son el Levonorgestrel. Se utiliza el siguiente esquema (11,12).

DENOMINACION	FÓRMULA TABLETA	POR DOSIS	INICIAL 2DA. DOSIS (12 horas después de dosis inicial)
Postinor – 2	Levonorgestrel mg	0.75 1 tableta	1 tableta
Gupill	Levonorgestrel mg	1.5 1 tableta dosis única	

### 1.3.7.3 CONTRAINDICACIONES

- La mujer embarazada, por el hecho de que no interrumpirá el embarazo.
- No existen contraindicaciones médicas conocidas para el uso ocasional de las pastillas anticonceptivas de emergencia.
- Sin embargo, su uso repetido implica las mismas contraindicaciones que los anticonceptivos hormonales orales de uso rutinario.
- La AOE no debe reemplazar el uso de otros métodos de planificación familiar (11,12).

### 1.3.7.4 EFECTOS SECUNDARIOS

- Cambios en los patrones de sangrado (sangrado leve e irregular, ciclos menstruales irregulares).
- Náuseas
- Dolor abdominal
- Fatiga
- Cefalea
- Sensibilidad en los senos
- Mareos
- Vómitos (11,12).

### 1.3.7.5 SEGUIMIENTO

- Es necesario aconsejar a la usuaria que regrese al establecimiento de salud si su siguiente menstruación es muy diferente a lo usual, especialmente si:
  - Es de mucha menor cantidad (hay posibilidad de embarazo).
  - Existe un retraso de más de una semana (hay posibilidad de embarazo).
- En los casos de violación se debe dar un enfoque integral al problema, incluyendo prevención de ITS/sida, refiriendo a la usuaria para apoyo psicológico y legal, dando mucho énfasis en la relación cordial y la privacidad.
- Recomendar a la usuaria que regrese en su siguiente menstruación para iniciar el método de planificación de su elección (11,12).

## 1.4 ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA Y ADOLESCENTES

En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las adolescentes (13).

Aunque se han expresado algunas preocupaciones con respecto al uso de ciertos métodos anticonceptivos en adolescentes; está claro que muchos de los mismos criterios de elegibilidad que se aplican a usuarios mayores también se aplican a personas jóvenes. No obstante, algunos trastornos (por ejemplo, alteraciones cardiovasculares) que pueden limitar el uso de algunos métodos en mujeres mayores no afectan generalmente a las personas jóvenes, debido a su baja frecuencia en este grupo étnico, los aspectos sociales y de conducta deben ser consideraciones importantes en la elección de los métodos anticonceptivos durante la adolescencia. (12,13).

Por ejemplo, en algunos ámbitos, las y los adolescentes también están expuestos a un riesgo mayor de ITS, incluido el VIH. Aunque las adolescentes pueden elegir cualquiera de los métodos anticonceptivos disponibles en sus comunidades, en algunos casos puede ser más apropiado el uso de métodos que no requieren un régimen diario. También se ha demostrado que las adolescentes, casadas o no, son

menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, tienen altas tasas de discontinuación (12,13) .

Los y las adolescentes experimentan, cambios físicos, emocionales y sociales que influyen en su sexualidad, tienden a preocuparse particularmente por la privacidad. Les preocupa que sus padres o amigos descubran que están practicando la anticoncepción. Los adolescentes, en especial las mujeres son un grupo vulnerable debido a la limitación de acceso a la información, educación, servicios integrales y diferenciados (13).



## 2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### 2.1 LOCALES

**Villena EA.** 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. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín, 2015. **Resumen:** Objetivo: Establecer la asociación entre la actitud sobre la anticoncepción de emergencia hormonal y el conocimiento en estudiantes de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Independencia Americana. Métodos: Estudio prospectivo y transversal en el que participaron 301 estudiantes varones de 4to y 5to de secundaria de la I. E. Independencia Americana 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 religión el 79.73% de estudiantes señalaron ser católicos. Respecto 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. Conclusión: No se encontró asociación entre actitudes sobre la anticoncepción de emergencia hormonal y el conocimiento en estudiantes de 4to y 5to de secundaria de la I. E. Independencia Americana (15).

**Motta PA.** Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes de instituciones educativas: Neptalí Valderrama Ampuero y 7 de Agosto de la Policía Nacional del Perú de Arequipa 2014. Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Salud Sexual y Reproductiva del Escolar y Adolescente. Facultad de Obstetricia y Puericultura, Universidad Católica de Santa María, 2015. **Resumen:** Objetivo: Establecer el nivel

de conocimiento sobre AOE, identificar las actitudes hacia la AOE y determinar la relación existente entre ambos en adolescentes de las Instituciones Educativas Neptalí Valderrama y 7 de Agosto. Material y métodos: Estudio descriptivo y relacional, transversal a 277 adolescentes de las dos Instituciones Educativas mencionadas, por medio de un cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre Anticoncepción Oral de Emergencia y sobre actitudes. Resultados: De los 277 estudiantes, 49.8% fueron varones y 50.2% mujeres. La mayoría eran de 16 años en un 46.9%, y de religión católica en un 87.7%. El 49.8% vive con ambos padres y con uno de ellos el 23.8%. No habrían iniciado relaciones sexuales un 78.3%, habían recibido información sobre AOE el 62.8% y la habían utilizado alguna vez el 6.9%. Únicamente el 6.1% de estudiantes tienen un buen nivel de conocimientos en relación a la Anticoncepción Oral de Emergencia, 60.7% muestran un conocimiento regular, y 33.2% un conocimiento deficiente. 87.7% de estudiantes tienen actitudes favorables hacia la AOE y el 12.3% tienen actitudes desfavorables. No existió diferencia en el nivel de conocimientos y actitudes hacia la AOE entre varones y mujeres. Los ítems que más desconocían los estudiantes fueron los relativos al modo de uso y mecanismo de acción de la AOE. Conclusión: Se encontró una relación estadística entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la AOE. Los adolescentes con una actitud favorable tuvieron un nivel de conocimiento regular (16).

**Gutiérrez Martínez M, Muñoz Machaca M.** Conocimientos y actitudes de los estudiantes de la Universidad Católica Santa María sobre la anticoncepción oral de Emergencia. Noviembre-Mayo 2012. Tesis para optar el Título profesional de licenciadas en obstetricia. Facultad de Obstetricia y Puericultura, Universidad Católica de Santa María, 2013. **Resumen:** En una muestra de 50 alumnos de obstetricia, 50 de medicina, 50 de ingeniería y 50 de sociales; El nivel de conocimientos fue bueno en 55% de estudiantes, y muy bueno en 33,5%, el 84% está de acuerdo con el método. Se encontró una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) en el nivel de conocimientos entre los alumnos de las 4 áreas, hallándose un nivel de conocimientos superior entre alumnos de medicina, frente a los demás que lograron un nivel bueno. Resultados similares se encontraron con las actitudes, pero la mayoría de estudiantes está de acuerdo con su uso (17).

## 2.2 NACIONALES

**Romero L, Llanos L, Salhuana J et al.** Conocimientos y actitudes de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia. Rev Med Hered, abr./jun. 2017;18(2):92-99. **Resumen:** Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo de corte prospectivo en nueve hospitales del Ministerio de Salud en Lima y Callao en una muestra aleatoria representativa de 94 médicos gineco-obstetras. Se aplicó una encuesta estructurada basada en anteriores experiencias, previa validación de "expertos". Resultados: Se observó que 100% de los médicos entrevistados había escuchado acerca de la AOE. El 18% conocía los tres mecanismos de acción descritos en la literatura, 82% refirieron correctamente el modo de administración y 72% conocía el tiempo en que debe ser empleado. El 71% refirió estar dispuesto a recetarla, mientras que 66% ya la había recetado en alguna oportunidad y 83% la menciona, con diferente frecuencia, como parte de su consejería habitual sobre anticoncepción. El 31% considera que la píldora anticonceptiva de emergencia posee algún mecanismo abortivo y 20% no estaría dispuesto a utilizarla en su pareja ni en su persona (18).

**Fernández-Honorio I.** Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. Ágora Rev. Cient.2015; 02(01):79-88. **Resumen:** Objetivo: Determinar la relación del nivel de conocimiento, el uso de los métodos anticonceptivos (MAC) y el anticonceptivo oral de emergencia. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, correlacional y corte transversal, la población fueron 125 adolescentes, se aplicó una encuesta constituida por preguntas del perfil sociodemográfico, experiencia sexual, conocimiento y uso de MAC, Resultados: La edad de los adolescentes esta entre 13 a 19 años, nivel de escolaridad quinto de secundaria. El nivel de conocimiento del uso de MAC el 65,6 % se ubica en el nivel medio. Las adolescentes (35%) tienen mayor conocimiento que los adolescentes (30,0 %). El conocimiento del anticonceptivo oral de emergencia es alto con el 91.5 %. En la primera relación sexual un 50% hizo uso del método, y en la última relación sexual el 64 %. Las razones de no uso, el 57 % no planeó tener relaciones sexuales, 27% no disponía del método, 13 % no sabía cómo usarlo, 3% no conocía ningún método. El 58 % usa a veces, el 26 % siempre, y 16 % nunca. Los factores que tienen una mayor correlación con el nivel de conocimientos

son el uso del preservativo, el uso en la primera, última relación sexual, formas de evitar el embarazo, cuánto conocen, confianza en los MAC, con un promedio de gamma, 0,81. Conclusión: El nivel de conocimiento es medio, usaron más el preservativo, el conocimiento del anticonceptivo oral de emergencia es alto, existe ausencia de protección anticonceptiva en la primera y última relación sexual, una proporción importante no conoce (19).

### 2.3 INTERNACIONALES

**Lituma GM.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes escolarizados de la Ciudad de Cuenca, 2014. Tesis para optar el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Ecuador 2015. Resumen: El inicio prematuro de la actividad sexual expone a las adolescentes a un embarazo no planificado y sus consecuencias. La Anticoncepción Oral de Emergencia es considerada un mecanismo eficaz de prevención; su utilización está determinada por el nivel de conocimientos y actitudes que tienen los adolescentes sobre este método contraceptivo. Objetivo Principal: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes escolarizados de la ciudad de Cuenca, 2014. Método y Materiales: Estudio observacional descriptivo en 525 adolescentes escolarizados de 15 a 19 años, se aleatorizado 7 colegios de la ciudad de Cuenca. Se utilizó un cuestionario que incluyó variables sobre: factores socio demográficos, comportamiento sexual, conocimientos, actitudes y prácticas. Resultados: Se determinó que el 64,2% estaban entre 16-17 años, el 60,2% corresponde al sexo femenino, el 97,9% solteros, el 48,4% cursaban el segundo año de bachillerato, el 64% provinieron del área urbana y el 56,4% viven con sus padres. El 34,9% de adolescentes afirmaron ser sexualmente activos, el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue 15,3 años. El 86,3% ha escuchado hablar sobre anticoncepción oral de emergencia, porcentajes que disminuyeron al explorar el conocimiento con más precisión; 74,3% tienen actitudes positivas hacia este método y el 52,8% de las adolescentes que tuvieron relaciones sexuales la usaron alguna vez. Conclusiones: Los conocimientos acerca de la anticoncepción oral de emergencia de los adolescentes escolarizados fueron parciales, y a pesar de presentar actitudes positivas ante este método contraceptivo su aplicación fue insuficiente (20).



## **CAPÍTULO II METODOLOGÍA**

## 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1 TÉCNICAS:

En la presente investigación se utilizó la técnica del cuestionario utilizando un cuestionario autoadministrado de preguntas mixtas de elección múltiple, dirigido a los adolescentes que integran la muestra seleccionada a estudiar.

### 1.2 INSTRUMENTOS:

Los instrumentos que se aplicaron fueron una ficha de recolección de datos (Anexo 1), el Cuestionario de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia (Anexo 2), los cuales nos permitieron consignar todos los datos referidos de las variables en estudio y el Consentimiento Informado(Anexo 3).

### 1.3 CUADRO DE COHERENCIAS

Variable	Indicador	Técnica	Instrumento	Ítem
Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción Oral de Emergencia	Usuario	Cuestionario	Ficha de encuesta	1
	Efectividad			2
	Composición			3
	Modo de acción			4
	Indicaciones			5
	Forma de uso			6
	Efectos adversos			7
	Riesgo de embarazo			8
	Legislación relacionada			9
	Beneficios de su uso			10

## 1.4 PROTOTIPO DE INSTRUMENTO

### Cuestionario de conocimientos

Estimado amigo estudiante te saludamos atentamente y pedimos tu colaboración contestando con la mayor sinceridad posible las siguientes preguntas de conocimiento sobre la píldora del día siguiente.

- 1) La píldora del día siguiente debe ser usada por:
  - a) El varón
  - b) La mujer
  - c) Ambos
  - d) Ninguna es correcta
  
- 2) En cuanto a la píldora del día siguiente:
  - a) Es un método anticonceptivo 100% seguro
  - b) Puede utilizarse en cualquier momento del ciclo menstrual
  - c) No tiene ninguna contraindicación, solo posiblemente en el embarazo
  - d) Ninguna es correcta
  
- 3) En el Perú, la píldora del día siguiente está compuesta por:
  - a) Progestágenos puros
  - b) Progestágenos + Estrógenos
  - c) Estrógenos puros
  - d) A y B son correctas
  - e) Todas son correctas
  
- 4) La píldora del día siguiente actúa:
  - a) Impidiendo o retrasando la ovulación
  - b) Dificultando la migración espermática
  - c) Impidiendo la implantación del ovulo fecundado
  - d) A y B son correctas
  - e) Todas son correctas

- 5) La píldora del día siguiente DEBE SER USADA en las siguientes circunstancias:
  - a) Cuando el condón se rompe
  - b) Para evitar el embarazo en caso de violación
  - c) Cuando se ha tenido contacto sexual sin protección y no desea concebir
  - d) Todas son correctas
  
- 6) La píldora del día siguiente puede ser usado:
  - a) Hasta las 24 horas después de una relación sexual no protegida
  - b) Hasta las 48 horas después una relación sexual no protegida
  - c) Hasta las 72 horas después de una relación no protegida
  - d) Hasta una semana después de una relación sexual no protegida
  
- 7) Los efectos adversos más frecuentes por el uso de la píldora del día siguiente son:
  - a) Nauseas y/o vómitos
  - b) Dolor de cabeza y fatiga
  - c) Sangrado profuso
  - d) Taquicardia
  
- 8) Después de la píldora del día siguiente, el riesgo de embarazo disminuye en promedio:
  - a) 75 - 85%
  - b) 98%
  - c) 1 – 2%
  - d) 5%
  
- 9) La legislación peruana señala que la píldora del día siguiente , es correcto:
  - a) Reconoce un efecto abortivo
  - b) La píldora del día siguiente está incorporado a las normas de Planificación Familiar
  - c) Aun no se pronuncia por miedo a la iglesia
  - d) Ninguna es correcta
  
- 10) Es correcto sobre la píldora del día siguiente:
  - a) Protegen de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA

- b) Pueden ser utilizada como método anticonceptivo de rutina
- c) Una vez utilizado protege de todas las relaciones posteriores
- d) Si se toma en el embarazo no se conoce ningún efecto dañino para la madre o el feto.



## 1.5 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se empleó una cédula de preguntas acerca de conocimientos sobre anticoncepción oral de emergencia, previamente validada en la investigación realizada por Villena EA. “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” (15). Consta de 10 preguntas de opción múltiple, con puntajes por respuesta correcta de 2 puntos. El puntaje máximo es de 20 y el mínimo de 0.

El instrumento en el estudio citado de Villena EA fue sometido a validación cualitativa (de contenido) por dos médicos ginecólogos -obstetras y a través de una prueba piloto con 50 alumnos para la validación definitiva de constructo y la calibración del instrumento (validez predictiva), con un alfa de Cronbach de 0.75 (15).

Consideraciones éticas: Se solicitó un consentimiento escrito a los padres o tutores autorizando la participación de sus hijos en el estudio (Anexo 3).

## 1.6 ADMINISTRACIÓN Y CALIFICACIÓN

El instrumento consta de 10 preguntas de opción múltiple, con puntajes por respuesta correcta de 2 puntos. El puntaje máximo es de 20 y el mínimo de 0.

Para valorar el nivel de conocimientos se empleará la escala vigesimal:

- Deficiente: 0 a 10 puntos
- Regular: 11 a 13 puntos
- Bueno: 14 a 16 puntos
- Muy bueno: 17 a 20 puntos

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1 UBICACIÓN ESPACIAL:

La presente investigación se llevó a cabo en los colegios “DEL EJERCITO AREQUIPA” en Miraflores y el colegio Particular “ANGLO AMERICANO PRESCOTT” en el cercado. Provincia de Arequipa, capital del departamento de Arequipa - Perú.

## 2.2 UBICACIÓN TEMPORAL:

La investigación se realizó entre los meses de Octubre y Diciembre del 2019.

## 2.3 UNIDADES DE ESTUDIO:

Todos los estudiantes del 4to y 5to año de secundaria de los colegios “DEL EJERCITO AREQUIPA” y “ANGLO AMERICANO PRESCOTT”.

### 2.3.1 MUESTRA:

Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó por conveniencia siendo la totalidad de alumnos de ambas instituciones educativas que cursan 4to y 5to año de secundaria.

	DEL EJERCITO AREQUIPA	COLEGIO ANGLO AMERICANO PRESCOTT
Sección A	44	34
Sección B	46	38
Sección C	42	45
Sección D	41	42
Total	169	169

Además, los integrantes de la muestra debían de cumplir los criterios de selección.

#### 2.3.1.1 Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**  
Varones y Mujeres matriculados en el año 2019
- **Criterios de Exclusión**  
Estudiantes que expresen su deseo de no colaborar  
Ausentes el día de aplicación de instrumento

La muestra final fue de 338 adolescentes repartidos de manera equitativa en ambas instituciones educativas.

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1 ORGANIZACIÓN

- Se realizaron el planteamiento y solicitud de permiso a la dirección de ambos colegios “DEL EJERCITO AREQUIPA” y “COLEGIO ANGLO AMERICANO PRESCOTT”, para obtener la autorización para realizar el estudio.
- Solicitud formal al director de la escuela de Postgrado de la UCSM, contando con el proyecto de tesis.
- Se informó a los adolescentes de ambas instituciones educativas acerca de la forma de llenado de la ficha de recolección de datos, y el Cuestionario de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia.
- Una vez concluida la recolección de los datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su interpretación y análisis.
- Finalmente se realizó el informe final de la investigación.

#### 3.2 Criterios para manejo de resultados

##### a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1, el Anexo 2 fueron codificados y tabulados de manera alfanumérica para su análisis e interpretación.

##### b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en Excel 2010, donde se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

##### c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación alfanumérica de los datos para facilitar su manejo estadístico.

##### d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

##### e) Plan de análisis

Se empleó la estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas); las variables categóricas se presentaron como proporciones. Para el

análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.

Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado  $X^2$  y el coeficiente de correlación P para definir si existe o no relación estadística entre las variables cualitativas evaluadas.





**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## 1. RESULTADOS

**TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y EDAD**

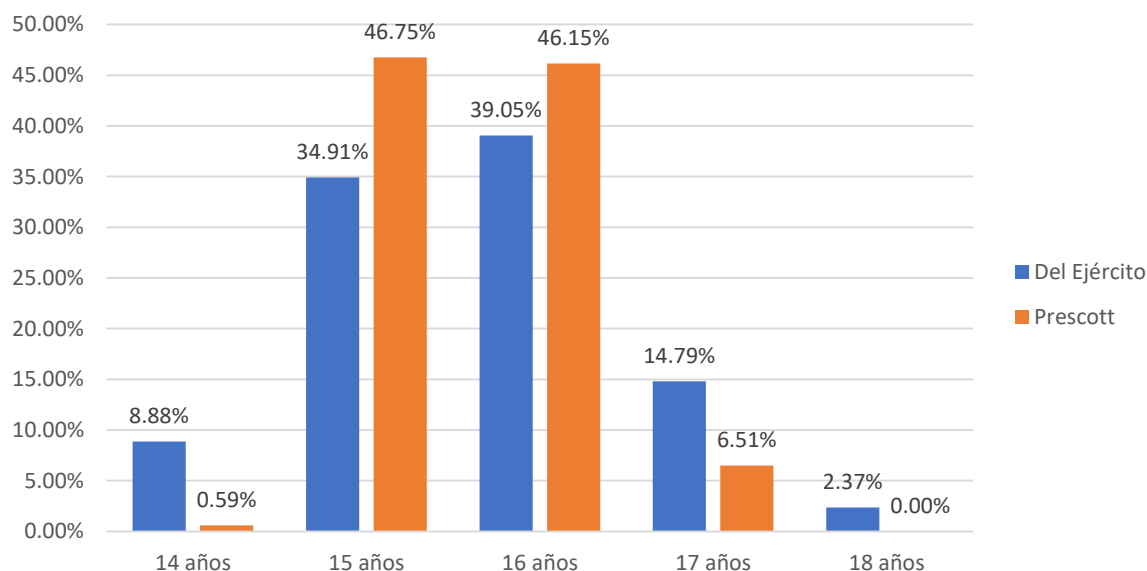
Edad	Del Ejército		Prescott	
	N°	%	N°	%
14 años	15	8.88%	1	0.59%
15 años	59	34.91%	79	46.75%
16 años	66	39.05%	78	46.15%
17 años	25	14.79%	11	6.51%
18 años	4	2.37%	0	0.00%
Total	169	100.00%	169	100.00%

Prueba  $\chi^2 = 25.59$  G. libertad = 4  $p < 0.05$

**Fuente: Elaboración propia**

La Tabla y Gráfico 1 muestra que el 88,75% de los adolescentes de la institución estatal tiene entre 15 y 17 años y el 92,9% de los adolescentes de la institución privada tiene entre 15 y 16 años, siendo este resultado estadísticamente significativo.

**GRAFICO 1: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y EDAD**



**Fuente: Elaboración propia**

**TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y SEXO**

Sexo	Del Ejército		Prescott	
	N°	%	N°	%
Masculino	89	52.66%	77	45.56%
Femenino	80	47.34%	92	54.44%
Total	169	100.00%	169	100.00%

Prueba  $\chi^2 = 1.70$

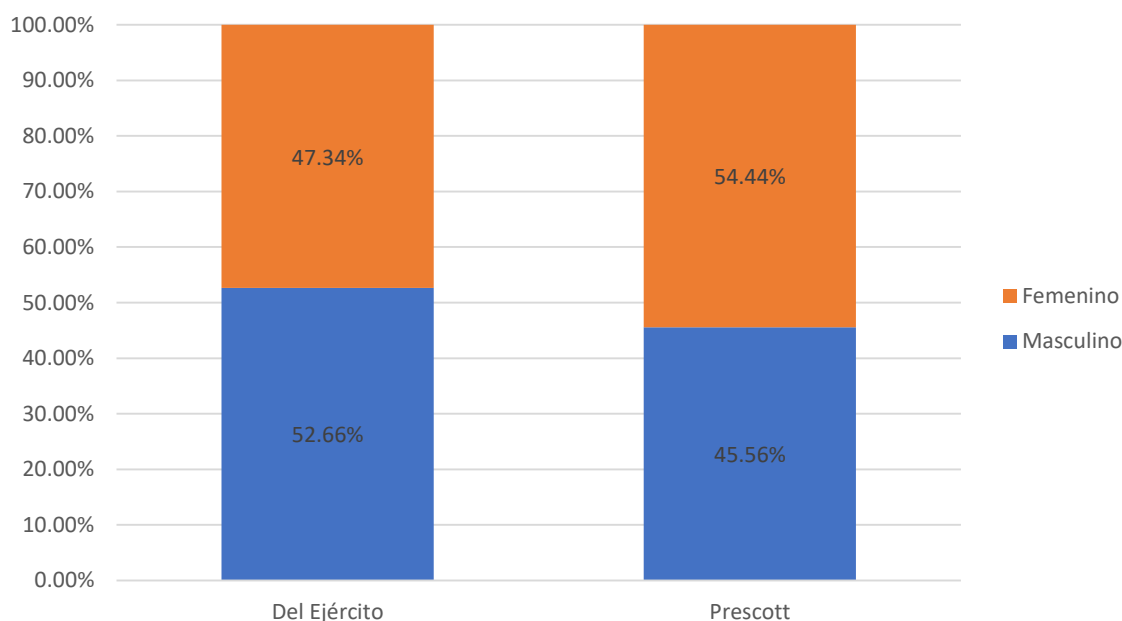
G. libertad = 1

p = 0.19

**Fuente: Elaboración propia**

La Tabla y Gráfico 2 muestra que el 52,66% de los adolescentes de la institución estatal son de sexo masculino y que el 54,4% de los adolescentes de la institución privada son de sexo femenino, no siendo este resultado estadísticamente significativo.

**GRAFICO 2: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y SEXO**



**Fuente: Elaboración propia**

**TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y AÑO DE ESTUDIO**

Año	Del Ejército		Prescott	
	N°	%	N°	%
Cuarto	89	52.66%	94	55.62%
Quinto	80	47.34%	75	44.38%
Total	169	100.00%	169	100.00%

Prueba  $\chi^2 = 0.30$

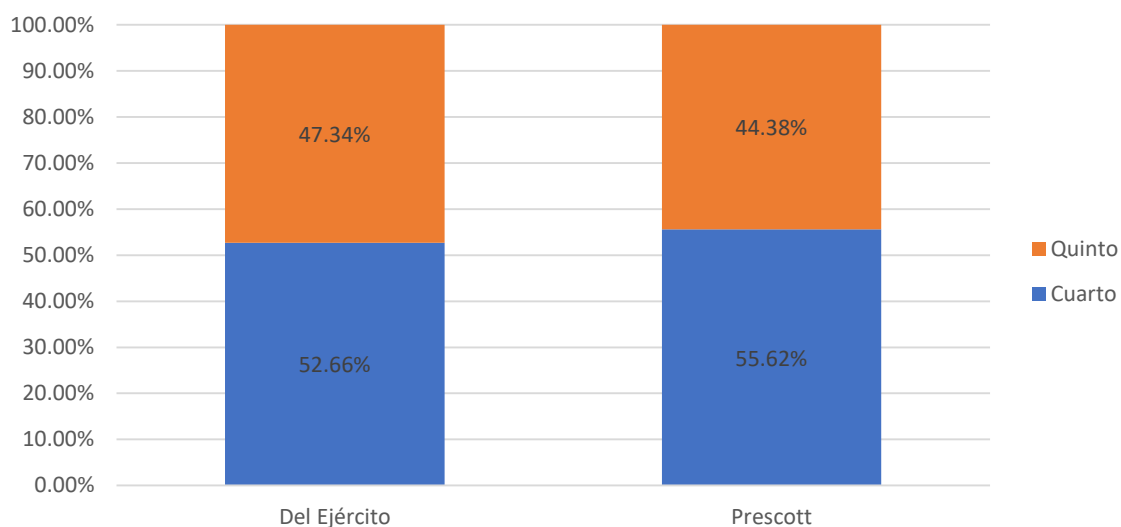
G. libertad = 1

p = 0.59

**Fuente: Elaboración propia**

La Tabla y el Gráfico 3 muestra que el 52,66% de los adolescentes de la institución estatal y el 55,62% de los de la institución privada cursan cuarto año de estudios, no encontrándose relación estadística significativa.

**GRAFICO 3: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y AÑO DE ESTUDIO**



**Fuente: Elaboración propia**

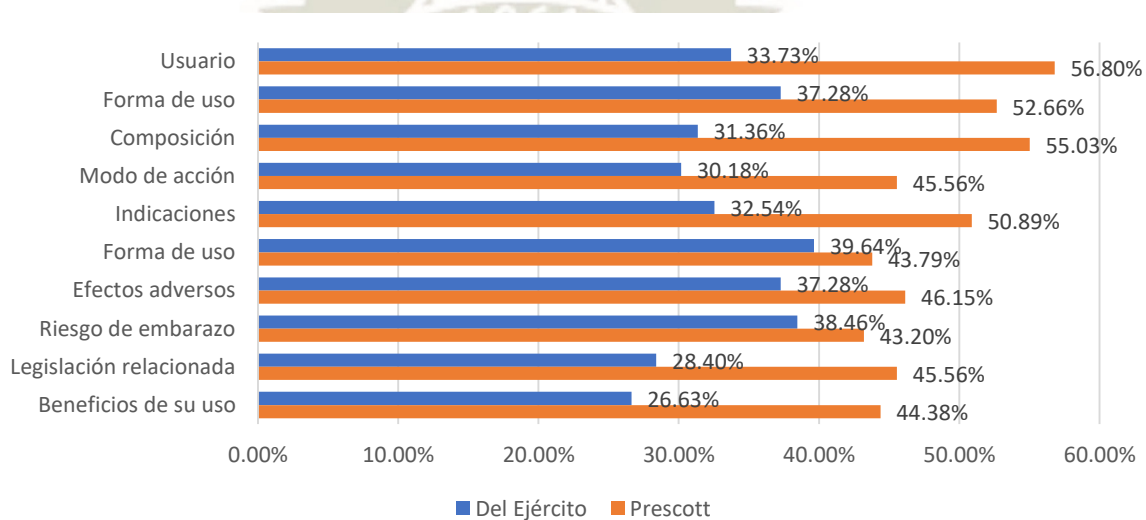
**TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN ASPECTOS MEJOR CONOCIDOS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA**

Ítem	Del Ejército		Prescott		Chi <sup>2</sup>	p
	N°	%	N°	%		
Usuario	57	33.73%	96	56.80%	18.16	0.00
Efectividad	63	37.28%	89	52.66%	8.08	0.00
Composición	53	31.36%	93	55.03%	19.29	0.00
Mecanismo	51	30.18%	77	45.56%	8.50	0.00
Indicaciones	55	32.54%	86	50.89%	11.69	0.00
Forma de uso	67	39.64%	74	43.79%	0.60	0.44
Efectos adversos	63	37.28%	78	46.15%	2.74	0.10
Riesgo de embarazo	65	38.46%	73	43.20%	0.78	0.38
Legislación relacionada	48	28.40%	77	45.56%	10.68	0.00
Beneficios de su uso	45	26.63%	75	44.38%	11.63	0.00

**Fuente: Elaboración propia**

La Tabla y Grafico 4 muestra que de los adolescentes de la institución privada el 56,80%, 55,03%,52,66% y 50,89% tienen mejores conocimientos respecto a los ítems de usuario, composición, efectividad e indicaciones de Anticoncepción Oral de Emergencia respecto a sus pares en los mismos ítems, sin embargo ninguno de estos resultado estadísticamente significativo.

**GRAFICO 4: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN ASPECTOS MEJOR CONOCIDOS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA**



**Fuente: Elaboración propia**

**TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AOE**

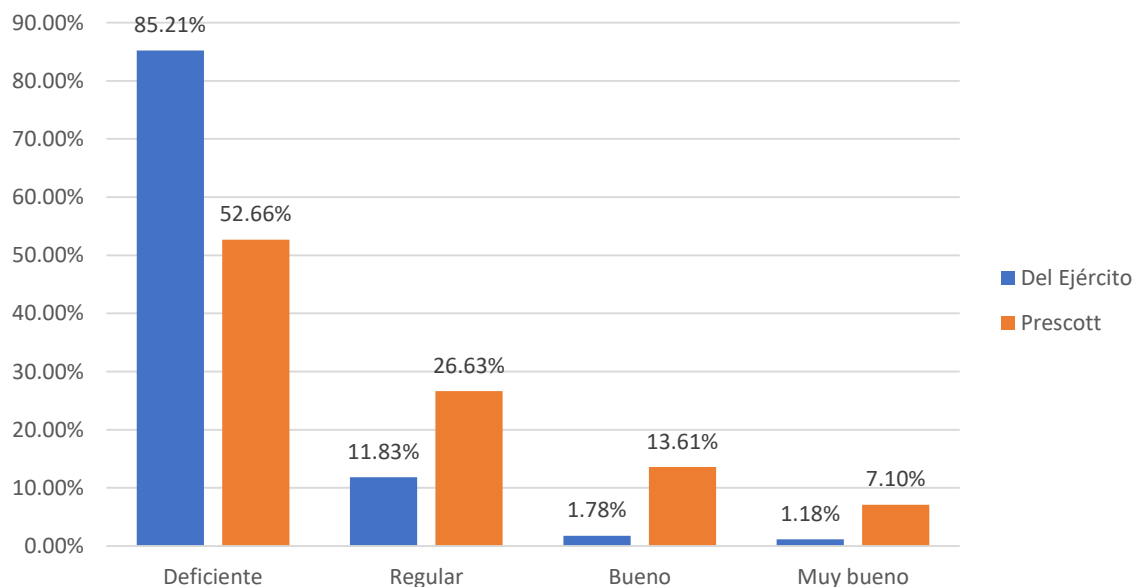
Nivel	Del Ejército		Prescott	
	N°	%	N°	%
Deficiente	144	85.21%	89	52.66%
Regular	20	11.83%	45	26.63%
Bueno	3	1.78%	23	13.61%
Muy bueno	2	1.18%	12	7.10%
Total	169	100.00%	169	100.00%

Prueba  $\chi^2 = 45.13$  G. libertad = 3  $p < 0.05$

**Fuente: Elaboración propia**

La Tabla y Gráfico 5 muestra que el 85,21% de los adolescentes de la institución estatal y el 52,66% de la institución privada tienen un nivel deficiente de conocimiento sobre AOE, el 11,83% de los adolescentes de la institución estatal y el 26,63% de la institución privada tienen un nivel regular de conocimiento sobre AOE, el 2,96% de los adolescentes de la institución estatal y el 20,71% de la institución privada tienen un nivel de conocimiento bueno y muy bueno, resultando estadísticamente significativo.

**GRAFICO 5: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AOE**



**Fuente: Elaboración propia**

## DISCUSIÓN

El presente estudio incluyó a adolescentes de una institución educativa privada “The Anglo American School Prescott” y de una institución educativa estatal “Colegio del Ejercito” ambas ubicadas en la provincia y departamento de Arequipa en el periodo de estudio. La muestra se seleccionó por conveniencia e incluyó un total de 338 adolescentes que cursan cuarto y quinto año de estudios, estuvieron distribuidos de manera equitativa en número para cada una de las instituciones, de los cuales ninguno llenó en forma incorrecta la ficha de datos y el cuestionario suministrado. Se evaluaron en total 338 fichas de datos y cuestionarios que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión descritos.

En cuanto a la distribución de alumnos según institución educativa y edad de la muestra (**Tabla y Gráfico 1**) muestra que el 88,75% de los adolescentes de la institución estatal tiene entre 15 y 17 años y el 92,9% de los adolescentes de la institución privada tiene entre 15 y 16 años, siendo este resultado estadísticamente significativo.

Respecto a los datos anteriormente descritos podríamos indicar que esta variación respecto a los intervalos de edad podría deberse a factores propios de la población de estudio ya que conforme se incrementa la edad el porcentaje de adolescentes por encima de 17 años va disminuyendo en la institución privada y contrariamente incrementándose en la institución estatal, resultando esta comparación estadísticamente significativa. **VILLENA EA** en su estudio para evaluar conocimientos y actitudes en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de una institución estatal de la ciudad de Arequipa encontró que el 54,15% corresponde a estudiantes de 15 años y solo 1,33% para los de 18 años (**15**). **MOTTA PA** en su estudio para evaluar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la anticoncepción oral de emergencia en adolescentes de dos instituciones educativas de la Policía Nacional del Perú de Arequipa encontró que el 46.9% tenían 16 años (**16**). Se coincide con **VILLENA EA** respecto a frecuencias de edad además con el dato de que en la institución estatal se encuentra un porcentaje cercano al que se encontró en el presente estudio de estudiante de 18 años 2,37% versus 1,33% (**15**), **MOTTA PA** coincide de manera cercana con los datos encontrados en la presente investigación respecto a la frecuencia de edad de la muestra. Sin embargo en la revisión de literatura de trabajos de investigación locales no se encontró una comparación de grupos como el que se realizó en el presente estudio, siendo un aporte de la presente investigación (**16**).

En cuanto a la distribución de alumnos según institución educativa y sexo de la muestra (**Tabla y Gráfico 2**) muestra que el 52,66% de los adolescentes de la institución estatal son de sexo masculino y que el 54,4% de los adolescentes de la institución privada son de sexo femenino, no siendo este resultado estadísticamente significativo.

Respecto a los datos descritos anteriormente, **MOTTA PA** en su estudio para evaluar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la anticoncepción oral de emergencia en adolescentes de dos instituciones educativas de la Policía Nacional del Perú de Arequipa encontró que el 49,8% fueron varones y el 50,2% mujeres (**16**), **LITUMA GM** en su estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes escolarizados de la ciudad de Cuenca (**20**), Ecuador encontró que el 60,2% corresponden al sexo femenino, realizando la comparación con el presente estudio si bien es cierto los porcentajes de distribución de sexo no son iguales se aproximan numéricamente con lo descrito por **MOTTA PA (16)**, con **LITUMA GM** se dista de concordancia respecto al sexo de los adolescentes siendo con más frecuencia en el anteriormente citado el sexo femenino (**20**). Podríamos plantear que estas diferencias respecto al sexo podrían ser consecuencia de otros factores (demográfico, epidemiológicos, socioculturales) que no fueron estudiados, además respecto al estudio de **LITUMA GM**, este se realizó en otro país donde aún más podrían intervenir las diferencias que recalamos anteriormente (**20**).

En cuanto a la distribución de alumnos según institución educativa y año de estudios (**Tabla y Gráfico 3**) muestra que el 52,66% de los adolescentes de la institución estatal y el 55,62% de los de la institución privada cursan cuarto año de estudios, no encontrándose relación estadística significativa.

Respecto a los datos descritos anteriormente, **VILLENA EA** en su estudio para evaluar conocimientos y actitudes en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de una institución estatal de la ciudad de Arequipa dirigió la muestra por conveniencia específicamente a ambos años de educación secundaria (**15**), **FERNANDEZ-HONORIO I** en su estudio sobre conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan del Lurigancho, Lima realizó un muestreo igualmente por conveniencia siendo dirigido específicamente a adolescentes que cursan el 5to año de educación secundaria. Solamente podríamos afirmar que coincidimos en la realización del muestreo por conveniencia con ambos estudios, tomando en cuenta las características de cada muestra para los objetivos que se plantearon (**19**).

En cuanto a la distribución de alumnos según aspectos mejor conocidos sobre la anticoncepción oral de emergencia e institución educativa (**Tabla y Gráfico 4**) muestra que de los adolescentes de la institución privada el 56,80%, 55,03%, 52,66% y 50,89% tienen mejores conocimientos respecto a los ítems de usuario, composición, efectividad e indicaciones de Anticoncepción Oral de Emergencia respecto a sus pares en los mismos ítems, sin embargo, ninguno de estos resultados estadísticamente significativo.

Respecto a los datos descritos anteriormente, respecto a la literatura publicada de trabajos de investigación local no se encontró estudios que comparen los aspectos mejor conocidos sobre la anticoncepción oral de emergencia en adolescentes de dos instituciones educativas tanto privada y estatal, afirmamos además que predomina en porcentaje aunque no resultando estadísticamente significativo el mejor conocimiento en la institución privada, podríamos inferir que esto fuera consecuencia de mayor acceso a la información, mejor nivel socioeconómico, pudiendo ser esta motivo para realizar investigaciones posteriores para clarificar estos factores.

En cuanto a la distribución de alumnos según nivel de conocimientos sobre anticoncepción oral de emergencia e institución educativa (**Tabla y Gráfico 5**) muestra que el 85,21% de los adolescentes de la institución estatal y el 52,66% de la institución privada tienen un nivel deficiente de conocimiento sobre AOE, el 11,83% de los adolescentes de la institución estatal y el 26,63% de la institución privada tienen un nivel regular de conocimiento sobre AOE, el 2,96% de los adolescentes de la institución estatal y el 20,71% de la institución privada tienen un nivel de conocimiento bueno y muy bueno, resultando estadísticamente significativo.

Respecto a los datos descritos anteriormente, **VILLENA EA** en su estudio para evaluar conocimientos y actitudes en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de una institución estatal de la ciudad de Arequipa encontró en su muestra que solo 4,98% tenía un buen nivel de conocimientos, 7,97% regular y un 87,04% un mal conocimiento (**15**), **MOTTA PA** en su estudio para evaluar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la anticoncepción oral de emergencia en adolescentes de dos instituciones educativas de la Policía Nacional del Perú de Arequipa encontró en su muestra que el 6,1% tiene un buen nivel de conocimiento, 60,7% un nivel de conocimiento regular y 33,2% un nivel de conocimiento deficiente (**16**), **GUTIERREZ M** y **MUÑOZ M** en su estudio de conocimientos y actitudes de estudiantes universitarios de la Universidad Católica de Santa María sobre anticoncepción oral de emergencia en la ciudad de Arequipa encontraron que el

55% tienen un nivel de conocimiento bueno y 33,5% muy bueno (17), **FERNANDEZ-HONORIO I** en su estudio sobre conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan del Lurigancho, Lima encontró que el 91,5% tienen un nivel de conocimiento alto respecto a la anticoncepción oral de emergencia (19), **LITUMA GM** en su estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes escolarizados de la ciudad de Cuenca, Ecuador encontró en su muestra que el 86,3% había escuchado hablar sobre anticoncepción oral de emergencia (20). Realizando la comparación con el presente estudio se coincide con **VILLENA EA** en la frecuencia de un nivel de mal conocimiento que correspondería al nivel deficiente en ambos grupos del presente trabajo, además también encontramos coincidencias respecto al nivel de conocimiento bueno y no con el nivel de conocimiento regular, cabe incidir además que los datos en frecuencia son muy cercanos de manera específica con los adolescentes de la institución estatal y distan de los de la institución privada de nuestro estudio, probablemente existan otros factores (nivel socioeconómico, nivel educativo, acceso a medios de información) que nos permitan identificar estas diferencias (15), además **VILLENA EA** encontró relación estadística significativa entre el nivel de conocimientos sobre anticoncepción oral de emergencia y la edad en el presente estudio no se pudo replicar estos hallazgos, además es posible generalizar los resultados coincidentes debido a que se utilizó como base el instrumento que utilizó el mencionado autor (15), se encuentra también coincidencias con **MOTTA PA** respecto a la baja frecuencia de un buen nivel de conocimientos, mas no con el nivel deficiente que es muy superior en el presente estudio esto podría deberse al tipo de muestra empleada (16). Con **GUTIERREZ M** y **MUÑOZ M** diferimos respecto a la población estudiada pero llama la atención que los niveles de conocimiento bueno y muy bueno tienen una frecuencia mas elevada, probablemente el nivel de instrucción influya de manera importante, aunque no podría realizar una comparación estricta por la diferencia en muestras utilizadas (17). Con **FERNANDEZ-HONORIO I** diferimos ya que este autor encuentra frecuencias muy altas de conocimiento de anticonceptivo oral de emergencia, probablemente esta diferencia se deba a que solamente se evaluó conocimientos y no sus niveles, además la muestra que utilizó difiere la nuestra geográficamente y sean algunos de estos factores intervinientes (19). Con **LITUMA GM** (20) igualmente diferimos ya que este autor solo evaluó el conocimiento de anticoncepción oral de emergencia, resultando alto; mas no el nivel del mismo, probablemente los factores de diseño, muestra y características de la muestra influyan en estas diferencias anteriormente relatadas (20).

## CONCLUSIONES

- PRIMERA.** - Se encontró que existe diferencia respecto al nivel de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia en adolescentes de una institución educativa estatal y una privada, siendo el nivel de conocimientos deficiente el que se encontró con más frecuencia, sin embargo, algunos de los alumnos de la institución privada tienen un nivel de conocimiento bueno y muy bueno superior a los de la institución estatal y con significación estadística.
- SEGUNDA.** - Respecto al nivel de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia en adolescentes de ambas instituciones se encontró que el 85,21% de los adolescentes de la institución estatal y el 52,66% de la institución privada tienen un nivel deficiente de conocimiento sobre AOE, el 11,83% de los adolescentes de la institución estatal y el 26,63% de la institución privada tienen un nivel regular de conocimiento sobre AOE, el 2,96% de los adolescentes de la institución estatal y el 20,71% de la institución privada tienen un nivel de conocimiento bueno y muy bueno, resultando estadísticamente significativo.
- TERCERA.** - Respecto a los datos de edad, sexo y año de estudios se encontró que el 73,96% de la institución estatal y el 92,9% de la privada tienen una edad comprendida entre 15 y 16 años, 52,66% de la institución estatal son de sexo masculino y 54,44% de la institución privada son de sexo femenino, 52,66% (89) de la institución estatal y 55,62% (94) de la institución privada cursan cuarto año de estudios, y solo se encontró diferencia estadística significativa respecto a la edad entre ambas instituciones.

## RECOMENDACIONES

1. Implementar de manera coordinada con las direcciones de ambas instituciones educativas y con la participación conjunta del área encargada del programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, la Facultad de Obstetricia de la Universidad Católica de Santa María un programa estructurado de capacitación e información sobre “ Anticoncepción Oral de Emergencia” dirigido específicamente a adolescentes en base a la legislación en Salud Sexual vigente del Ministerio de Salud.
2. Realizar nuevos estudios, para caracterizar de mejor manera las variables que podrían determinar las diferencias que existen sobre conocimientos de Anticoncepción de Emergencia, como nivel educativo de padres, tipo de familia de los adolescentes, ingreso económico de la familia, presencia de embarazo adolescente, inicio de relaciones sexuales, orientación sexual y de esta manera encontrar factores que condicionen vulnerabilidad y a la vez puedan ser modificables utilizando diferentes tipos de intervención específica en adolescentes.

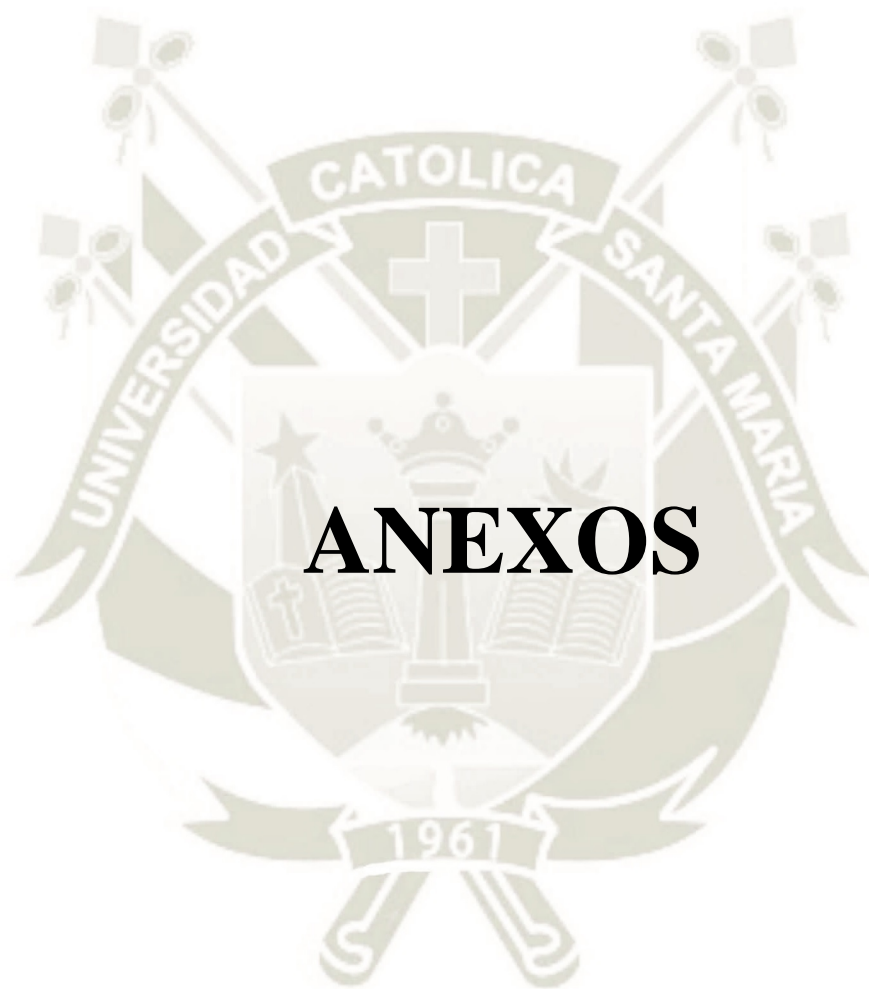
**REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

1. Abarca R. El proceso del conocimiento: gnoseología o epistemología [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María; 1991 [citado el 15 de mayo de 2009]. Disponible en <http://www.ucsm.edu.pe/rabarcaf/procon00.html>
2. Padrón J. Tendencias epistemológicas de la investigación científica en el siglo XXI. *Revista de Epistemología de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile*. 2007;28:1-28
3. Bunge M. *La investigación científica*. Barcelona: Ed. Ariel; 1983. 7. Popper KR. *El conocimiento objetivo*. Madrid: Ed. Tecno S.A.; 1992.
4. Popper KR. *El conocimiento objetivo*. Madrid: Ed. Tecno S.A.; 1992.
5. Sáez R. El conocimiento científico y el conocimiento mítico asumidos en el método pedagógico. *Revista Complutense de Educación*. 1991;2:277-95. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/edu/11302496/articulos/RCED9191230277A.PDF>
6. OMS. Salud de la Madre, el recién nacido y del adolescente. *Temas: Salud del Adolescente*, 2019. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
7. Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo Vicario MI ADOLESCERE *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia* 2017 ;V (1): 7-22
8. Casas Rivero JJ ,Ceñal González Fierro MJ. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral* 2005;IX(1):20-24
9. Krauskopof, Dina. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31. Retrieved December 10, 2019, from [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=es).
10. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), Centro de Promoción de Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). “Sustento Normativo de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en el Perú” Edición Lima - Perú Agosto 2006. Disponible en: <https://promsex.org/publicaciones/sustento-normativo-de-la-anticoncepcion-oral-de-emergencia-aoe-en-el-peru/>, con acceso el 03 de Octubre 2019.

11. OMS. Sala de Noticias. Anticoncepción de Urgencia. 2018 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
12. MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima. Perú. 2011. Disponible en: <http://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf>, con acceso el 03 de Octubre 2019.
13. MINSA (Perú). Norma Técnica. Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente. Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, Perú 2012.
14. INEI (Perú). Perú: Fecundidad adolescente. Síntesis Estadística. Perú 2016 Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/fecundiadadolescente.pdf>
15. Villena EA. 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. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín, 2015
16. Motta PA. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes de instituciones educativas: Neptalí Vaderrrama Ampuero y 7 de Agosto de la Policía Nacional del Perú de Arequipa 2014. Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Salud Sexual y Reproductiva del Escolar y Adolescente. Facultad de Obstetricia y Puericultura, Universidad Católica de Santa María, 2015.
17. Gutiérrez Martínez M, Muñoz Machaca M. Conocimientos y actitudes de los estudiantes de la Universidad Católica Santa María sobre la anticoncepción oral de Emergencia. Noviembre-Mayo 2012. Tesis para optar el título de licenciadas en Obstetricia, 2013.
18. Romero L, Llanos L, Salhuana J et al. Conocimientos y actitudes de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia. Rev Med Hered, abr./jun. 2017;18(2):92-99.
19. Fernandez-Honorio I. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. Ágora Rev. Cient.2015; 02(01):79-88

20. Lituma GM. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes escolarizados de la Ciudad de Cuenca, 2014. Tesis para optar el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Ecuador 2015.





# ANEXOS



# **ANEXO NRO 1**

## **FICHA DE DATOS**

**FICHA DE DATOS**

Ficha número.....

a) Institución Educativa	IE The Anglo American School Prescott <input type="checkbox"/> IE Colegio del Ejército Arequipa <input type="checkbox"/>
b) Edad	.....años
c) Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
d) Año de estudios	4to <input type="checkbox"/> 5to <input type="checkbox"/>
e) Nivel de Conocimientos	0-10 (deficiente) <input type="checkbox"/> 10-13 (regular) <input type="checkbox"/> 14-16 (bueno) <input type="checkbox"/> 17-20 (muy bueno) <input type="checkbox"/>



**ANEXO NRO 2**  
**INSTRUMENTO**

## CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

Estimado amigo estudiante te saludamos atentamente y pedimos tu colaboración contestando con la mayor sinceridad posible las siguientes preguntas de conocimiento sobre la píldora del día siguiente.

- 1) La píldora del día siguiente debe ser usada por:
  - a) El varón
  - b) La mujer
  - c) Ambos
  - d) Ninguna es correcta
- 2) En cuanto a la píldora del día siguiente:
  - a) Es un método anticonceptivo 100% seguro
  - b) Puede utilizarse en cualquier momento del ciclo menstrual
  - c) No tiene ninguna contraindicación, solo posiblemente en el embarazo
  - d) Ninguna es correcta
- 3) En el Perú, la píldora del día siguiente está compuesta por:
  - a) Progestágenos puros
  - b) Progestágenos + Estrógenos
  - c) Estrógenos puros
  - d) A y B son correctas
  - e) Todas son correctas
- 4) La píldora del día siguiente actúa:
  - a) Impidiendo o retrasando la ovulación
  - b) Dificultando la migración espermática
  - c) Impidiendo la implantación del ovulo fecundado
  - d) A y B son correctas
  - e) Todas son correctas
- 5) La píldora del día siguiente DEBE SER USADA en las siguientes circunstancias :
  - a) Cuando el condón se rompe
  - b) Para evitar el embarazo en caso de violación
  - c) Cuando se ha tenido contacto sexual sin protección y no desea concebir
  - d) Todas son correctas

- 6) La píldora del día siguiente puede ser usado:
  - a) Hasta las 24 horas después de una relación sexual no protegida
  - b) Hasta las 48 horas después una relación sexual no protegida
  - c) Hasta las 72 horas después de una relación no protegida
  - d) Hasta una semana después de una relación sexual no protegida
- 7) Los efectos adversos más frecuentes por el uso de la píldora del día siguiente son:
  - a) Nauseas y/o vómitos
  - b) Dolor de cabeza y fatiga
  - c) Sangrado profuso
  - d) Taquicardia
- 8) Después de la píldora del día siguiente, el riesgo de embarazo disminuye en promedio:
  - a) 75 - 85%
  - b) 98%
  - c) 1 - 2%
  - d) 5%
- 9) La legislación peruana señala que la píldora del día siguiente , es correcto:
  - a) Reconoce un efecto abortivo
  - b) La píldora del día siguiente está incorporado a las normas de Planificación Familiar
  - c) Aun no se pronuncia por miedo a la iglesia
  - d) Ninguna es correcta
- 10) Es correcto sobre la píldora del día siguiente:
  - a) Protegen de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA
  - b) Pueden ser utilizada como método anticonceptivo de rutina
  - c) Una vez utilizado protege de todas las relaciones posteriores
  - d) Si se toma en el embarazo no se conoce ningún efecto dañino para la madre o el feto.



**ANEXO NRO 3**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del proyecto “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA ENTRE ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PRIVADA “THE ANGLO AMERICAN SCHOOL PRESCOTT” Y ESTATAL “COLEGIO DEL EJÉRCITO AREQUIPA, 2019”**

Se ha solicitado a mi menor hijo participar en el estudio de investigación con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos sobre anticoncepción oral de emergencia.

Al participar en este estudio mi menor hijo contestará preguntas simples.

1. No se aplicará ningún procedimiento ni intervención que ocasione un riesgo a la salud
2. Si no deseo, o si mi hijo(a) no desea, no participarán en la encuesta
3. Los resultados de este estudio podrán ser publicados pero ningún nombre o dato de identidad serán reveladas.

Por tal motivo \_\_\_\_\_ ACEPTO la participación de mi hijo en el estudio.

Firma y/o huella digital del padre que da su autorización

DNI

Nombre del Investigador principal:

Gloria Arlette Landa Delgado

Fecha



**ANEXO NRO 4**  
**MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE**  
**DATOS**

n°	Colegio	Edad	Sexo	Año de estudio	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	Puntaje	Nivel
1	Del Ejercito	16	Masculino	Quinto	1				1	1	1	1		1	12	Regular
2	Del Ejercito	15	Femenino	Cuarto		1		1		1				1	8	Deficiente
3	Del Ejercito	15	Femenino	Cuarto							1				2	Deficiente
4	Del Ejercito	17	Masculino	Quinto	1	1	1	1		1			1		12	Regular
5	Del Ejercito	18	Femenino	Quinto		1			1		1	1			8	Deficiente
6	Del Ejercito	15	Femenino	Cuarto		1			1	1					6	Deficiente
7	Del Ejercito	16	Femenino	Cuarto				1					1		4	Deficiente
8	Del Ejercito	15	Masculino	Cuarto	1	1						1	1		8	Deficiente
9	Del Ejercito	17	Masculino	Quinto			1								2	Deficiente
10	Del Ejercito	16	Femenino	Quinto	1							1			4	Deficiente
11	Del Ejercito	16	Femenino	Quinto							1				2	Deficiente
12	Del Ejercito	14	Masculino	Cuarto		1			1		1		1		8	Deficiente
13	Del Ejercito	16	Masculino	Quinto			1	1	1		1	1		1	12	Regular
14	Del Ejercito	17	Femenino	Quinto	1			1	1			1	1	1	12	Regular
15	Del Ejercito	16	Masculino	Quinto		1				1	1	1			8	Deficiente
16	Del Ejercito	16	Femenino	Quinto								1			2	Deficiente

17	Del Ejercicio	16	Femenino	Cuarto	1			1			1			6	Deficiente	
18	Del Ejercicio	16	Masculino	Cuarto			1			1		1		6	Deficiente	
19	Del Ejercicio	14	Femenino	Cuarto	1				1		1	1		8	Deficiente	
20	Del Ejercicio	16	Femenino	Cuarto							1		1	4	Deficiente	
21	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto	1				1		1			6	Deficiente	
22	Del Ejercicio	16	Masculino	Cuarto	1			1		1			1	8	Deficiente	
23	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto			1			1	1		1	8	Deficiente	
24	Del Ejercicio	17	Femenino	Quinto	1		1	1				1	1	1	12	Regular
25	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto			1				1			4	Deficiente	
26	Del Ejercicio	16	Masculino	Cuarto		1		1		1	1			8	Deficiente	
27	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto	1	1	1							6	Deficiente	
28	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto			1		1					4	Deficiente	
29	Del Ejercicio	17	Masculino	Quinto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno	
30	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto							1	1	1	6	Deficiente	
31	Del Ejercicio	16	Masculino	Cuarto		1	1	1		1	1	1		1	14	Buena
32	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto		1				1				4	Deficiente	

33	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto	1								1		4	Deficiente
34	Del Ejercicio	17	Femenino	Quinto			1		1				1		6	Deficiente
35	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto		1	1							1	6	Deficiente
36	Del Ejercicio	16	Masculino	Cuarto				1				1		1	6	Deficiente
37	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto	1								1	1	6	Deficiente
38	Del Ejercicio	17	Femenino	Quinto	1	1						1			6	Deficiente
39	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto		1									2	Deficiente
40	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto		1	1	1		1	1	1	1	1	16	Bueno
41	Del Ejercicio	17	Masculino	Quinto		1				1			1	1	8	Deficiente
42	Del Ejercicio	14	Masculino	Cuarto		1		1		1	1	1		1	12	Regular
43	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto		1	1	1		1					8	Deficiente
44	Del Ejercicio	17	Masculino	Quinto			1	1							4	Deficiente
45	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto		1			1		1				6	Deficiente
46	Del Ejercicio	14	Masculino	Cuarto						1				1	4	Deficiente
47	Del Ejercicio	14	Masculino	Cuarto		1	1	1		1	1			1	12	Regular
48	Del Ejercicio	14	Femenino	Cuarto		1	1								4	Deficiente

49	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto							1	1			4	Deficiente
50	Del Ejercicio	16	Masculino	Cuarto				1						1	4	Deficiente
51	Del Ejercicio	17	Masculino	Quinto		1									2	Deficiente
52	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto	1										2	Deficiente
53	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto	1				1	1	1	1	1	1	12	Regular
54	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto		1		1	1	1				1	10	Deficiente
55	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto	1			1					1	1	8	Deficiente
56	Del Ejercicio	17	Femenino	Quinto	1			1					1		6	Deficiente
57	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto	1			1		1			1		8	Deficiente
58	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto	1		1						1		6	Deficiente
59	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto	1		1		1	1	1	1			12	Regular
60	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto		1			1	1	1	1	1	1	14	Bueno
61	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto					1	1			1		8	Deficiente
62	Del Ejercicio	17	Masculino	Quinto			1						1		4	Deficiente
63	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto	1		1			1	1		1	1	12	Regular
64	Del Ejercicio	14	Femenino	Cuarto			1			1		1			6	Deficiente

65	Del Ejercicio	14	Masculino	Cuarto								1		1	4	Deficiente
66	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto	1	1	1	1	1	1	1		1	1	18	Muy bueno
67	Del Ejercicio	17	Masculino	Quinto	1	1		1		1		1	1		12	Regular
68	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto			1		1		1	1	1	1	12	Regular
69	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto		1		1			1				6	Deficiente
70	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto	1				1		1				6	Deficiente
71	Del Ejercicio	17	Masculino	Quinto	1	1									4	Deficiente
72	Del Ejercicio	18	Femenino	Quinto	1								1	1	6	Deficiente
73	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto		1						1	1		6	Deficiente
74	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto	1						1				4	Deficiente
75	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto		1	1		1						6	Deficiente
76	Del Ejercicio	14	Femenino	Cuarto											0	Deficiente
77	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto			1		1		1	1			8	Deficiente
78	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto	1			1		1	1				8	Deficiente
79	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto	1		1		1						6	Deficiente
80	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto				1		1					4	Deficiente

81	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto		1								2	Deficiente
82	Del Ejercicio	16	Masculino	Cuarto			1			1	1			6	Deficiente
83	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto				1	1		1	1		8	Deficiente
84	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto	1		1	1		1			1	10	Deficiente
85	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto		1			1		1			6	Deficiente
86	Del Ejercicio	16	Femenino	Cuarto					1		1			4	Deficiente
87	Del Ejercicio	17	Masculino	Quinto		1			1					4	Deficiente
88	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto		1		1						4	Deficiente
89	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto		1			1		1			6	Deficiente
90	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto	1	1								4	Deficiente
91	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto						1	1		1	6	Deficiente
92	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto				1	1			1		6	Deficiente
93	Del Ejercicio	17	Femenino	Quinto		1		1	1					6	Deficiente
94	Del Ejercicio	17	Masculino	Quinto				1	1		1			6	Deficiente
95	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto		1	1	1		1	1	1		12	Regular
96	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto	1				1	1			1	8	Deficiente

97	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto						1				2	Deficiente	
98	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto		1				1		1		6	Deficiente	
99	Del Ejercicio	17	Femenino	Quinto		1		1			1		1	8	Deficiente	
100	Del Ejercicio	17	Femenino	Quinto		1			1			1		6	Deficiente	
101	Del Ejercicio	14	Masculino	Cuarto	1							1	1	6	Deficiente	
102	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto				1		1	1		1	8	Deficiente	
103	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto			1		1			1		6	Deficiente	
104	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto				1					1	4	Deficiente	
105	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto						1	1			4	Deficiente	
106	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto		1	1		1	1			1	1	12	Regular
107	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto		1	1				1		1	8	Deficiente	
108	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto	1			1			1		1	8	Deficiente	
109	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto				1		1			1	6	Deficiente	
110	Del Ejercicio	14	Femenino	Cuarto				1						2	Deficiente	
111	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto						1				2	Deficiente	
112	Del Ejercicio	16	Masculino	Cuarto					1	1			1	6	Deficiente	

113	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto					1	1				4	Deficiente
114	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto	1		1			1			1	8	Deficiente
115	Del Ejercicio	16	Masculino	Cuarto	1								1	4	Deficiente
116	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto	1	1		1			1	1		12	Regular
117	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto	1						1		1	6	Deficiente
118	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto					1	1	1			6	Deficiente
119	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto					1		1	1		6	Deficiente
120	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto			1	1						4	Deficiente
121	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto	1		1			1		1		8	Deficiente
122	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto	1		1					1		6	Deficiente
123	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto				1				1		4	Deficiente
124	Del Ejercicio	17	Masculino	Quinto	1		1				1			6	Deficiente
125	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto			1						1	4	Deficiente
126	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto		1			1	1	1			8	Deficiente
127	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto		1				1	1			6	Deficiente
128	Del Ejercicio	16	Femenino	Cuarto	1		1		1			1		8	Deficiente

129	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto		1		1		1			8	Deficiente
130	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto	1		1		1		1	1	12	Regular
131	Del Ejercicio	17	Masculino	Quinto	1					1	1		6	Deficiente
132	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto			1		1		1		8	Deficiente
133	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto			1	1		1		1	10	Deficiente
134	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto	1		1			1		1	8	Deficiente
135	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto							1	1	4	Deficiente
136	Del Ejercicio	16	Femenino	Cuarto	1			1	1		1		10	Deficiente
137	Del Ejercicio	14	Femenino	Cuarto				1		1	1		10	Deficiente
138	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto		1						1	4	Deficiente
139	Del Ejercicio	18	Masculino	Quinto	1					1			4	Deficiente
140	Del Ejercicio	14	Femenino	Cuarto	1		1		1	1	1		12	Regular
141	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto	1				1			1	6	Deficiente
142	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto					1			1	4	Deficiente
143	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto			1		1	1	1	1	12	Regular
144	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto		1			1			1	6	Deficiente

145	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto		1				1		1		6	Deficiente
146	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto		1	1		1			1	1	10	Deficiente
147	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto			1	1					1	6	Deficiente
148	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto					1			1		4	Deficiente
149	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto	1			1					1	6	Deficiente
150	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto		1					1			4	Deficiente
151	Del Ejercicio	17	Masculino	Quinto			1			1		1		6	Deficiente
152	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto		1								2	Deficiente
153	Del Ejercicio	14	Femenino	Cuarto	1		1		1			1		8	Deficiente
154	Del Ejercicio	17	Femenino	Quinto		1		1				1		6	Deficiente
155	Del Ejercicio	15	Masculino	Cuarto						1				2	Deficiente
156	Del Ejercicio	16	Femenino	Quinto		1		1	1	1				8	Deficiente
157	Del Ejercicio	14	Masculino	Cuarto					1	1				4	Deficiente
158	Del Ejercicio	16	Masculino	Quinto	1									2	Deficiente
159	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto	1	1						1		6	Deficiente
160	Del Ejercicio	15	Femenino	Cuarto			1	1				1		6	Deficiente

161	Del Ejér cito	15	Mas culin o	Cuarto		1	1			1				6	Defi cient e	
162	Del Ejér cito	15	Mas culin o	Cuarto	1	1	1	1	1				1	12	Reg ular	
163	Del Ejér cito	18	Mas culin o	Quinto			1		1					4	Defi cient e	
164	Del Ejér cito	15	Mas culin o	Cuarto	1	1	1				1	1		10	Defi cient e	
165	Del Ejér cito	17	Mas culin o	Quinto		1	1		1	1			1	10	Defi cient e	
166	Del Ejér cito	16	Mas culin o	Quinto		1		1	1	1		1	1	12	Reg ular	
167	Del Ejér cito	17	Fem enin o	Quinto							1			2	Defi cient e	
168	Del Ejér cito	15	Fem enin o	Cuarto										0	Defi cient e	
169	Del Ejér cito	16	Mas culin o	Quinto		1			1			1		6	Defi cient e	
1	Pres cott	16	Fem enin o	Quinto		1	1					1		6	Defi cient e	
2	Pres cott	16	Mas culin o	Quinto					1			1	1	6	Defi cient e	
3	Pres cott	15	Fem enin o	Cuarto	1		1	1	1		1		1	12	Reg ular	
4	Pres cott	15	Fem enin o	Cuarto	1	1	1	1	1		1	1	1	1	18	Muy buen o
5	Pres cott	17	Fem enin o	Quinto	1	1	1	1			1	1		12	Reg ular	
6	Pres cott	16	Mas culin o	Quinto		1				1			1	6	Defi cient e	
7	Pres cott	16	Mas culin o	Quinto	1		1	1		1	1	1	1	1	16	Bue no

8	Prescott	15	Masculino	Cuarto			1	1	1	1			1	1	12	Regular
9	Prescott	15	Femenino	Cuarto		1	1		1		1	1	1	1	14	Bueno
10	Prescott	16	Masculino	Quinto		1	1	1	1	1				1	12	Regular
11	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1	1	1		1	1		1	1	16	Bueno
12	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1		1	1	1	1		1			12	Regular
13	Prescott	16	Femenino	Quinto	1	1			1		1		1		10	Deficiente
14	Prescott	15	Masculino	Cuarto		1			1	1	1		1	1	12	Regular
15	Prescott	16	Masculino	Quinto		1			1					1	6	Deficiente
16	Prescott	15	Masculino	Cuarto	1	1	1	1	1			1	1	1	16	Bueno
17	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1		1	1	1			1	1		12	Regular
18	Prescott	16	Femenino	Quinto	1				1	1			1		8	Deficiente
19	Prescott	16	Femenino	Quinto	1	1	1				1	1	1	1	14	Bueno
20	Prescott	16	Femenino	Quinto	1	1	1	1	1		1	1	1	1	18	Muy bueno
21	Prescott	16	Masculino	Quinto		1				1	1			1	8	Deficiente
22	Prescott	16	Masculino	Quinto			1				1				4	Deficiente
23	Prescott	16	Masculino	Cuarto	1		1	1			1	1	1	1	14	Bueno

24	Prescott	16	Masculino	Quinto	1	1	1			1		1		1	12	Regular
25	Prescott	15	Femenino	Cuarto								1			2	Deficiente
26	Prescott	15	Femenino	Cuarto			1		1						4	Deficiente
27	Prescott	15	Masculino	Cuarto	1		1		1		1			1	10	Deficiente
28	Prescott	15	Femenino	Cuarto		1		1						1	6	Deficiente
29	Prescott	15	Masculino	Cuarto	1			1				1			6	Deficiente
30	Prescott	17	Masculino	Quinto	1		1		1			1	1		10	Deficiente
31	Prescott	16	Femenino	Quinto	1	1			1		1		1		10	Deficiente
32	Prescott	16	Masculino	Quinto	1	1		1		1	1			1	12	Regular
33	Prescott	16	Masculino	Quinto		1	1					1			6	Deficiente
34	Prescott	16	Femenino	Quinto			1							1	4	Deficiente
35	Prescott	16	Masculino	Quinto	1	1	1	1	1	1	1		1	1	18	Muy bueno
36	Prescott	16	Femenino	Cuarto	1						1			1	6	Deficiente
37	Prescott	16	Masculino	Quinto		1	1		1		1		1	1	12	Regular
38	Prescott	16	Femenino	Cuarto	1			1	1	1					8	Deficiente
39	Prescott	16	Masculino	Quinto	1		1	1		1	1		1		12	Regular

40	Prescott	15	Masculino	Cuarto		1						1			4	Deficiente
41	Prescott	15	Masculino	Cuarto				1			1		1		6	Deficiente
42	Prescott	16	Masculino	Quinto			1					1			4	Deficiente
43	Prescott	17	Masculino	Quinto	1	1	1		1	1		1	1	1	16	Bueno
44	Prescott	16	Femenino	Cuarto					1						2	Deficiente
45	Prescott	16	Masculino	Quinto	1										2	Deficiente
46	Prescott	15	Masculino	Cuarto	1		1	1		1	1				10	Deficiente
47	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1	1	1			1		1		12	Regular
48	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1					1					4	Deficiente
49	Prescott	16	Femenino	Quinto	1		1		1			1	1	1	12	Regular
50	Prescott	17	Masculino	Quinto	1								1		4	Deficiente
51	Prescott	17	Masculino	Quinto	1		1		1	1	1		1		12	Regular
52	Prescott	15	Masculino	Cuarto	1		1				1			1	8	Deficiente
53	Prescott	16	Masculino	Quinto							1		1		4	Deficiente
54	Prescott	16	Femenino	Quinto	1	1			1	1	1	1			12	Regular
55	Prescott	15	Masculino	Cuarto	1		1	1		1	1			1	12	Regular

56	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1	1			1	1			1	12	Regular
57	Prescott	15	Masculino	Cuarto					1	1		1			6	Deficiente
58	Prescott	16	Femenino	Cuarto		1	1		1						6	Deficiente
59	Prescott	15	Masculino	Cuarto	1				1		1				6	Deficiente
60	Prescott	16	Femenino	Quinto						1		1	1		6	Deficiente
61	Prescott	16	Femenino	Quinto					1			1			4	Deficiente
62	Prescott	16	Femenino	Quinto	1			1			1				6	Deficiente
63	Prescott	15	Femenino	Cuarto					1						2	Deficiente
64	Prescott	15	Masculino	Cuarto	1	1	1	1	1			1	1		14	Bueno
65	Prescott	15	Masculino	Cuarto				1							2	Deficiente
66	Prescott	15	Masculino	Quinto	1		1	1							6	Deficiente
67	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1		1	1		1				10	Deficiente
68	Prescott	15	Femenino	Cuarto		1			1			1			6	Deficiente
69	Prescott	15	Femenino	Cuarto		1		1	1	1	1		1	1	14	Bueno
70	Prescott	16	Femenino	Cuarto	1		1	1	1		1	1	1	1	16	Bueno
71	Prescott	15	Masculino	Cuarto		1	1	1	1		1	1			12	Regular

72	Prescott	16	Masculino	Cuarto	1	1		1	1	1	1	1	1	16	Bueno
73	Prescott	16	Femenino	Cuarto	1	1	1	1	1	1			1	1	Bueno
74	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1	1	1	1	1				12	Regular
75	Prescott	15	Masculino	Cuarto	1	1	1		1	1	1			12	Regular
76	Prescott	16	Femenino	Cuarto	1					1	1			1	Deficiente
77	Prescott	16	Masculino	Quinto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	Muy bueno
78	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1	1	1		1		1	1	1	Bueno
79	Prescott	15	Masculino	Cuarto			1			1		1		1	Deficiente
80	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1	1	1			1	1		12	Regular
81	Prescott	16	Femenino	Quinto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	Muy bueno
82	Prescott	16	Masculino	Quinto	1		1	1		1		1	1	1	Bueno
83	Prescott	15	Masculino	Cuarto		1	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
84	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1				1				1	1	Deficiente
85	Prescott	17	Femenino	Quinto			1		1				1	6	Deficiente
86	Prescott	15	Femenino	Cuarto				1						2	Deficiente
87	Prescott	15	Femenino	Cuarto				1	1	1				1	Deficiente

88	Prescott	15	Masculino	Cuarto	1			1		1		1	1	1	12	Regular
89	Prescott	15	Masculino	Cuarto	1			1		1				1	8	Deficiente
90	Prescott	16	Femenino	Quinto	1						1	1			6	Deficiente
91	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1		1		1			1	1	1	12	Regular
92	Prescott	15	Masculino	Cuarto		1		1		1				1	8	Deficiente
93	Prescott	16	Masculino	Quinto	1	1									4	Deficiente
94	Prescott	15	Masculino	Cuarto	1		1		1			1	1	1	12	Regular
95	Prescott	16	Femenino	Quinto	1				1		1		1	1	10	Deficiente
96	Prescott	14	Femenino	Cuarto					1		1				4	Deficiente
97	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1	1	1		1			1		12	Regular
98	Prescott	15	Masculino	Cuarto		1	1	1	1			1		1	12	Regular
99	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1			1	1	1		1	1		12	Regular
100	Prescott	16	Femenino	Quinto	1	1	1	1	1	1					12	Regular
101	Prescott	16	Femenino	Quinto	1	1	1	1	1	1		1	1		16	Buena
102	Prescott	16	Femenino	Quinto		1		1	1	1	1	1	1	1	16	Buena
103	Prescott	16	Femenino	Quinto			1				1	1			6	Deficiente

104	Prescott	16	Masculino	Cuarto				1					1		4	Deficiente
105	Prescott	17	Femenino	Quinto	1		1								4	Deficiente
106	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1		1	1		1	1	1		14	Bueno
107	Prescott	15	Masculino	Cuarto			1	1			1				6	Deficiente
108	Prescott	15	Femenino	Cuarto									1		2	Deficiente
109	Prescott	15	Masculino	Cuarto		1					1				4	Deficiente
110	Prescott	16	Femenino	Quinto		1	1				1				6	Deficiente
111	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1	1	1	1	1	1	1		1	18	Muy bueno
112	Prescott	16	Masculino	Cuarto	1		1	1				1	1	1	12	Regular
113	Prescott	15	Femenino	Cuarto		1			1	1					6	Deficiente
114	Prescott	15	Femenino	Cuarto			1						1	1	6	Deficiente
115	Prescott	16	Femenino	Quinto	1								1		4	Deficiente
116	Prescott	15	Masculino	Cuarto			1		1						4	Deficiente
117	Prescott	16	Masculino	Cuarto	1		1		1	1	1	1	1		14	Bueno
118	Prescott	17	Femenino	Quinto			1								2	Deficiente
119	Prescott	15	Masculino	Cuarto			1		1			1			6	Deficiente

120	Prescott	16	Masculino	Quinto	1	1	1		1		1	1			12	Regular
121	Prescott	16	Masculino	Quinto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	Muy bueno
122	Prescott	15	Femenino	Cuarto		1		1		1		1		1	10	Deficiente
123	Prescott	16	Masculino	Quinto	1						1	1			6	Deficiente
124	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1		1	1	1				1	12	Regular
125	Prescott	16	Femenino	Quinto	1	1		1		1					8	Deficiente
126	Prescott	15	Femenino	Cuarto		1	1				1	1			8	Deficiente
127	Prescott	16	Masculino	Cuarto	1	1		1	1			1	1		12	Regular
128	Prescott	16	Masculino	Quinto	1	1					1			1	8	Deficiente
129	Prescott	16	Femenino	Quinto		1	1			1		1	1	1	12	Regular
130	Prescott	16	Femenino	Quinto		1					1				4	Deficiente
131	Prescott	15	Masculino	Cuarto		1					1	1			6	Deficiente
132	Prescott	16	Femenino	Quinto	1	1								1	6	Deficiente
133	Prescott	16	Femenino	Cuarto	1	1	1	1	1		1	1		1	16	Bueno
134	Prescott	15	Femenino	Cuarto					1		1				4	Deficiente
135	Prescott	15	Femenino	Cuarto		1		1		1					6	Deficiente

136	Prescott	15	Masculino	Cuarto					1	1			1		6	Deficiente
137	Prescott	15	Masculino	Cuarto				1					1		4	Deficiente
138	Prescott	16	Femenino	Quinto		1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
139	Prescott	16	Femenino	Quinto	1			1	1	1				1	10	Deficiente
140	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1	1		1	1	1	1		1	16	Bueno
141	Prescott	15	Masculino	Cuarto			1								2	Deficiente
142	Prescott	16	Masculino	Quinto	1	1	1		1			1		1	12	Regular
143	Prescott	16	Femenino	Quinto		1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
144	Prescott	17	Femenino	Quinto	1		1			1				1	8	Deficiente
145	Prescott	16	Femenino	Quinto	1	1	1	1		1	1		1	1	16	Bueno
146	Prescott	16	Femenino	Quinto	1	1	1			1	1		1		12	Regular
147	Prescott	16	Femenino	Quinto	1	1	1								6	Deficiente
148	Prescott	16	Femenino	Quinto	1		1		1		1		1	1	12	Regular
149	Prescott	15	Masculino	Cuarto	1	1	1	1		1	1				12	Regular
150	Prescott	15	Masculino	Cuarto				1			1				4	Deficiente
151	Prescott	16	Masculino	Cuarto	1	1	1	1	1	1	1		1	1	18	Muy bueno

152	Prescott	15	Femenino	Cuarto		1	1	1	1	1			1		12	Regular
153	Prescott	16	Masculino	Quinto	1	1	1		1	1		1			12	Regular
154	Prescott	16	Masculino	Quinto		1		1		1		1	1	1	12	Regular
155	Prescott	16	Masculino	Quinto						1	1	1	1		8	Deficiente
156	Prescott	17	Femenino	Quinto					1		1		1		6	Deficiente
157	Prescott	15	Femenino	Cuarto		1					1				4	Deficiente
158	Prescott	16	Masculino	Quinto	1	1	1	1	1	1	1		1	1	18	Muy bueno
159	Prescott	16	Femenino	Quinto		1		1	1			1	1	1	12	Regular
160	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1	1		1	1		1			12	Regular
161	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1		1	1	1		1			12	Regular
162	Prescott	15	Masculino	Cuarto		1	1			1				1	8	Deficiente
163	Prescott	17	Femenino	Quinto	1						1				4	Deficiente
164	Prescott	16	Femenino	Quinto					1			1		1	6	Deficiente
165	Prescott	15	Masculino	Cuarto		1	1	1				1		1	10	Deficiente
166	Prescott	16	Femenino	Quinto	1		1	1		1		1	1		12	Regular
167	Prescott	15	Femenino	Cuarto	1	1			1	1			1	1	12	Regular

<b>168</b>	<b>Prescott</b>	<b>15</b>	<b>Masculino</b>	<b>Cuarto</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>			<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>14</b>	<b>Bueno</b>
<b>169</b>	<b>Prescott</b>	<b>15</b>	<b>Masculino</b>	<b>Cuarto</b>		<b>1</b>	<b>1</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>Bueno</b>

