

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**Factores Socioculturales Asociados a las Actitudes Negativas
para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria en púerperas del
Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de
Arequipa, Diciembre 2016- Febrero 2017**

Tesis presentada por el bachiller:

DERLY ALFREDO GARCÍA GARCÉS

Para obtener el Título Profesional de Médico

Cirujano

Asesor:

Dr. JOHN TURPO PRIETO

Arequipa - Perú

2017

DEDICATORIA

A Dios por iluminarme y darme fortaleza en este camino arduo que es la Medicina Humana, a mi familia por brindarme el apoyo constante para lograr mis metas.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	8
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	37
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS	48
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	49
Anexo 2 Matriz de sistematización de información	53
Anexo 3 Proyecto de investigación	1

RESUMEN

Antecedentes: La anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) es un método definitivo de control natal que es poco aceptado por la población.

Objetivo: Identificar los factores socioculturales asociados a las actitudes negativas hacia la AQV en púerperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa.

Métodos: Se encuestó una muestra representativa de 385 púerperas aplicando una ficha de datos y un cuestionario de conocimientos y otro de actitudes previamente validados. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se asocian resultados con prueba chi cuadrado.

Resultados: La edad promedio de las mujeres fue de 24.01 ± 4.61 años. El estado civil de las mujeres fue soltera en 21.30%, convivientes en 60.78% y casadas en 17.92%. La instrucción fue primaria en 6.49%, secundaria en 63.64% o superior en 29.87%. La ocupación predominante fue ama de casa en 51.43%, la religión fue católica en 87.01%. El 88.31% tuvo un nivel deficiente de conocimientos, y 3.90% un nivel regular, 2.34% bueno y un 5.45% un nivel muy bueno. Las actitudes hacia la AQV por las púerperas participantes fue negativa en 23.38%, indiferente en 71.69% y positiva en 4.94%. Las actitudes negativas fueron influidas por la menor edad, la menor educación, la ocupación de estudiante y la fuente de información en la escuela, así como un nivel deficiente de conocimiento ($p < 0.05$).

Conclusiones: Las actitudes de mujeres púerperas hacia la anticoncepción quirúrgica voluntaria son predominantemente indiferentes y negativas, las cuales son influidas negativamente por características socioculturales parcialmente modificables.

PALABRAS CLAVE: anticoncepción quirúrgica voluntaria – actitud negativa – factores sociodemográficos – nivel de conocimiento.

ABSTRACT

Background: Voluntary surgical contraception (AQV) is a definitive method of birth control that is poorly accepted by the population.

Objective: To identify the sociocultural factors associated with negative attitudes towards AQV in postpartum women from the Obstetrics Service of the Honorio Delgado Hospital in Arequipa.

Methods: A representative sample of 385 postpartum women was surveyed using a data sheet and a knowledge questionnaire and another of previously validated attitudes. Results are shown by descriptive statistics and results are associated with chi square test.

Results: The mean age of women was 24.01 ± 4.61 years. The marital status of the women was single in 21.30%, cohabiting in 60.78% and married in 17.92%. Instruction was primary at 6.49%, secondary at 63.64% or higher at 29.87%. The predominant occupation was housewife in 51.43%, the religion was Catholic in 87.01%. The 88.31% had a poor level of knowledge, and 3.90% a regular level, 2.34% good and 5.45% a very good level. The attitudes towards AQV by the puerperal participants were negative in 23.38%, indifferent in 71.69% and positive in 4.94%. Negative attitudes were influenced by lower age, lower education, student occupation and the source of information in the school, as well as a deficient level of knowledge ($p < 0.05$).

Conclusions: The attitudes of postpartum women towards voluntary surgical contraception are predominantly negative and are negatively influenced by partially modifiable sociocultural characteristics.

KEYWORDS: voluntary surgical contraception - negative attitude - sociodemographic factors - knowledge.

INTRODUCCIÓN

La población mundial experimenta un nivel de crecimiento acelerado que ha venido preocupando a diferentes disciplinas que van desde la economía, la salud pública, los gobiernos e incluso los medios de producción.

Una medida destinada a frenar el acelerado crecimiento poblacional en el Perú, sobre todo en zonas de bajos recursos, es la difusión de métodos anticonceptivos. Sin embargo, su aplicación puede enfrentar barreras culturales que pueden hacer difícil su puesta en práctica.

La AQV es un método anticonceptivo quirúrgico definitivo que tiene bajos riesgos, facilidad en su acceso sobre todo después del parto, y una seguridad que lo convierten en un método de anticoncepción útil en casos de familias numerosas en las que es necesario controlar la natalidad sea por los riesgos de nuevos embarazos en las madres o por otras razones en las que nuevos embarazos impongan una mayor carga familiar.

Sin embargo, esta intervención quirúrgica anticonceptiva ha sido puesta en tela de juicio por escándalos políticos, además de errores en su percepción como método seguro y exento de riesgos secundarios a diferencia de métodos hormonales, por lo que el conocer los factores que se relacionan hacia un conocimiento y percepciones negativas hacia este importante método en un hospital de referencia nivel III del Ministerio de Salud como el Hospital Honorio Delgado que atiende un gran sector

poblacional del Sur del Perú puede ayudar a identificar estos factores negativos para diseñar estrategias de promoción que eleven la tasa de uso de este método.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado una actitud indiferente y negativa hacia la anticoncepción quirúrgica voluntaria, por diferentes factores socioculturales parcialmente modificables.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consiste en una ficha de recolección de datos sociodemográficos (Anexo 1), en una encuesta de conocimientos y actitudes hacia la AQV (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de diciembre del 2016, enero y febrero del 2017.

2.3. **Unidades de estudio:** Mujeres puérperas con parto atendido en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

Población: Total de mujeres púerperas con parto atendido en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: Se calculó un tamaño de muestra mediante la fórmula para muestreo de proporciones en un grupo finito no conocido:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño mínimo de muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para precisión del 95% = 1.96

p = proporción de actitudes negativas hacia la AQV; al no conocerse se establece como máximo = 0.50

q = 1 – p

E = error absoluto, establecido en 5% = 0.05

Por lo tanto: $n = 384.16 \approx 385$ casos.

Además los integrantes de la muestra cumplieron los criterios de selección.

2.4. Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
 - Madres multíparas

– Participación voluntaria en el estudio

• **Exclusión**

- Mujeres iletradas que no sepan leer o escribir
- Fichas de encuestas incompletas o mal llenadas.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

4. **Nivel de investigación:** es un estudio observacional, prospectivo y transversal.

5. **Estrategia de Recolección de datos**

5.1. **Organización**

Se realizaron las coordinaciones con la Dirección del Hospital y la jefatura del servicio de Obstetricia para obtener la autorización para la aplicación del estudio.

Se contactó a las mujeres que dieron a luz que cumplieron los criterios de selección, y se les solicitó su participación en la investigación; se aplicó una ficha de datos, un cuestionario de conocimientos y actitudes acerca de la ligadura tubaria. Se permaneció cerca para aclarar dudas y recabar las fichas de estudio.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

El cuestionario de conocimientos y de actitudes será sometido a **validación de contenido** con la ayuda del tutor, para asegurar que el contenido de la encuesta abarque todos los aspectos necesarios de la AQV; luego se aplicó en una prueba piloto a 20 mujeres para realizar la **validación de constructo** y su **validez predictiva**, estableciendo los puntos de corte y su confiabilidad a través del cálculo de coeficiente de Cronbach.

Se elaboró un cuestionario de actitudes con 10 preguntas, en las que se aplicó validación de contenido con ayuda de un experto en el tema (tutor), en escala de Likert de 5 ítems; la validación de constructo y predictiva se realizó mediante la aplicación de una prueba piloto, se alcanzó una consistencia adecuada (alfa de Cronbach $> 0.60 = 0.66$).

Las preguntas de conocimiento sobre AQV fueron tipo cerrado de opción múltiple, y se calificó en base a la escala vigesimal, considerando un conocimiento inadecuado al malo (0 a 10 puntos) y adecuado al conocimiento regular (11 a 13 puntos), bueno (14 a 16 puntos) o muy bueno (17 a 20 puntos).

Las preguntas de actitudes oscilaron entre 1 y 5 puntos, alcanzando puntaje mínimo de 10 y máximo de 50 puntos, estableciendo como puntos de corte: Actitud negativa: 10 a 23 puntos; Actitud indiferente: 24 a 36, y Actitud positiva: 37 a 50 puntos.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva del 1 al 367 y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

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

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio, mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar) para variables numéricas; las variables categóricas se muestran como frecuencias absolutas y relativas. La comparación de variables categóricas se realizó con la prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Tabla 1

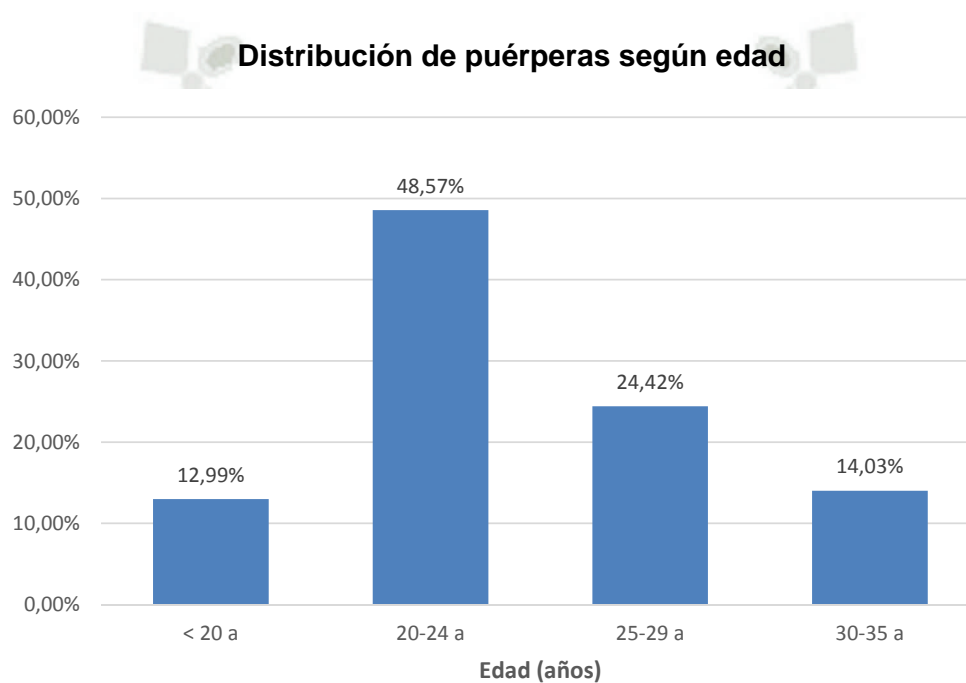
Distribución de puérperas según edad

Edad	N°	%
< 20 a	50	12.99%
20-24 a	187	48.57%
25-29 a	94	24.42%
30-35 a	54	14.03%
Total	385	100.00%

En la **Tabla 1** se muestra la distribución de puérperas según edad; el 12.99% eran adolescentes, 72.99% tenían edad reproductiva ideal, y 14.03% fueron gestantes añosas. La edad promedio de las mujeres fue de 24.01 ± 4.61 años.

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Gráfico 1



Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx): 24.01 \pm 4.61 años (14 – 35 años)

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Tabla 2

Distribución de puérperas según estado civil

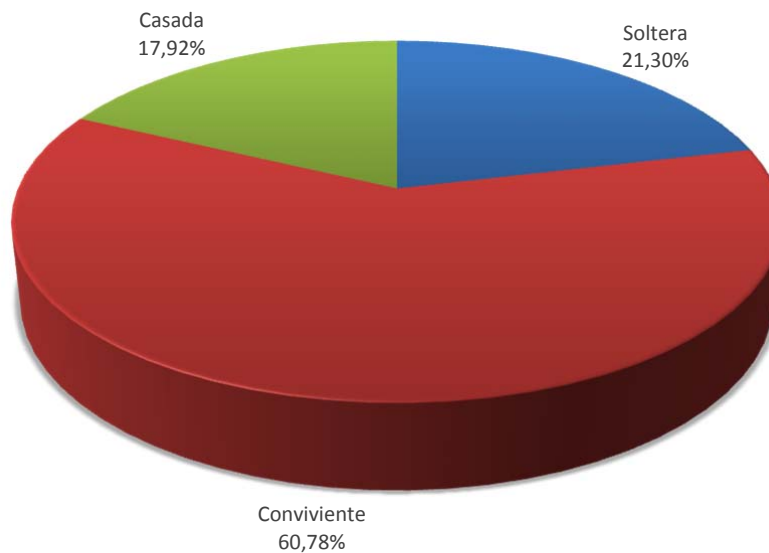
E. civil	N°	%
Soltera	82	21.30%
Conviviente	234	60.78%
Casada	69	17.92%
Total	385	100.00%

En la **Tabla 2** se muestra el estado civil de las mujeres fueron solteras en un 21.30%, convivientes en 60.78% y casadas en 17.92%.

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Gráfico 2

Distribución de puérperas según estado civil



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Tabla 3

Distribución de puérperas según nivel de instrucción

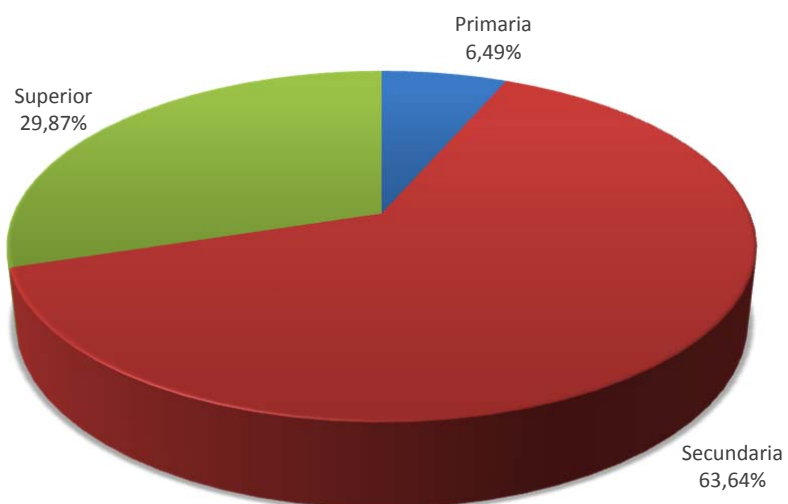
Instrucción	N°	%
Primaria	25	6.49%
Secundaria	245	63.64%
Superior	115	29.87%
Total	385	100.00%

La instrucción fue primaria en 6.49%, secundaria en 63.64% o superior en 29.87%, como se aprecia en la **Tabla 4**

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Gráfico 3

Distribución de puérperas según nivel de instrucción



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Tabla 4

Distribución de puérperas según ocupación

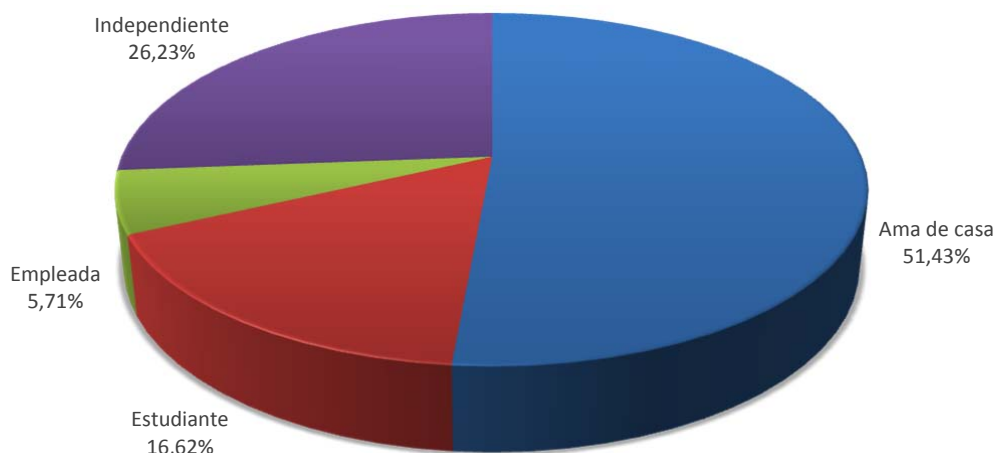
Ocupación	N°	%
Ama de casa	198	51.43%
Estudiante	64	16.62%
Empleada	22	5.71%
Independiente	101	26.23%
Total	385	100.00%

La ocupación predominante fue ama de casa en 51.43%, estudiante en 16.62%, 26.23% fueron independientes y 5.71% empleadas, como se aprecia en la **Tabla 4**.

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Gráfico 4

Distribución de puérperas según ocupación



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Tabla 5

Distribución de puérperas según religión

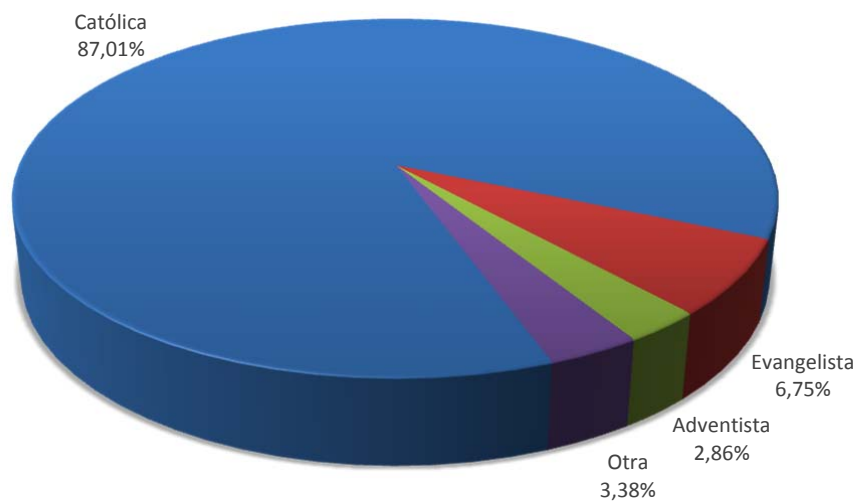
Religión	N°	%
Católica	335	87.01%
Evangelista	26	6.75%
Adventista	11	2.86%
Otra	13	3.38%
Total	385	100.00%

En la **Tabla 5** se muestra la religión de las mujeres participantes, que fue católica en 87.01%, el 6.75% fueron evangelistas, 2.86% adventistas y otras en 3.38%.

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Gráfico 5

Distribución de puérperas según religión



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Tabla 6

Distribución de puérperas según fuente de información sobre AQV

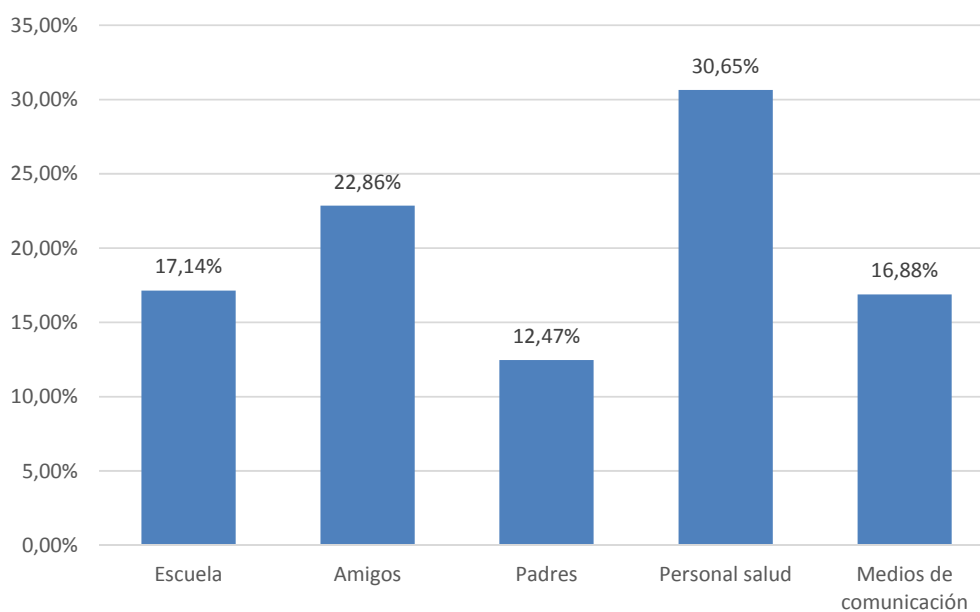
Fuente	N°	%
Escuela	66	17.14%
Amigos	88	22.86%
Padres	48	12.47%
Personal salud	118	30.65%
Medios de comunic.	65	16.88%
Total	385	100.00%

La fuente de información acerca de la AQV fue dada por personal de salud en un 30.65%, los amigos en 22.86%, la escuela en 17.14%, los medios de comunicación en 16.88% y 12.47% por los padres, como se aprecia en **La tabla 6**.

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Gráfico 6

Distribución de puérperas según fuente de información sobre AQV



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Tabla 7

Nivel de conocimientos sobre la AQV por las participantes

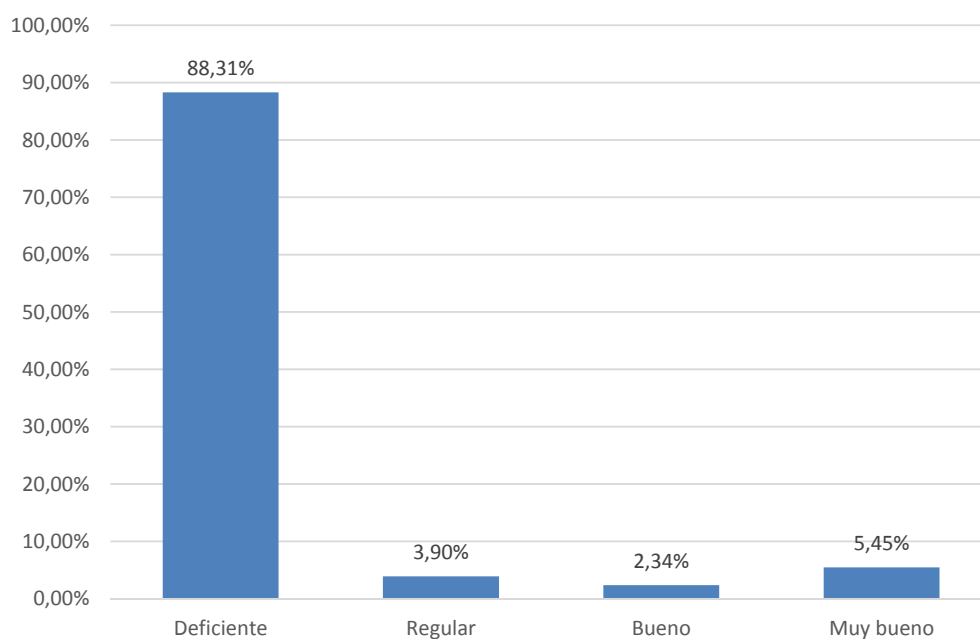
Nivel	N°	%
Deficiente	340	88.31%
Regular	15	3.90%
Bueno	9	2.34%
Muy bueno	21	5.45%
Total	385	100.00%

En la **Tabla 7** se muestra los resultados de la evaluación de conocimientos sobre la AQV en las mujeres participantes; el 88.31% tuvo un nivel deficiente, y 3.90% un nivel regular, 2.34% bueno y solo un 5.45% un nivel de conocimientos muy bueno.

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Gráfico 7

Nivel de conocimientos sobre la AQV por las participantes



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Tabla 8

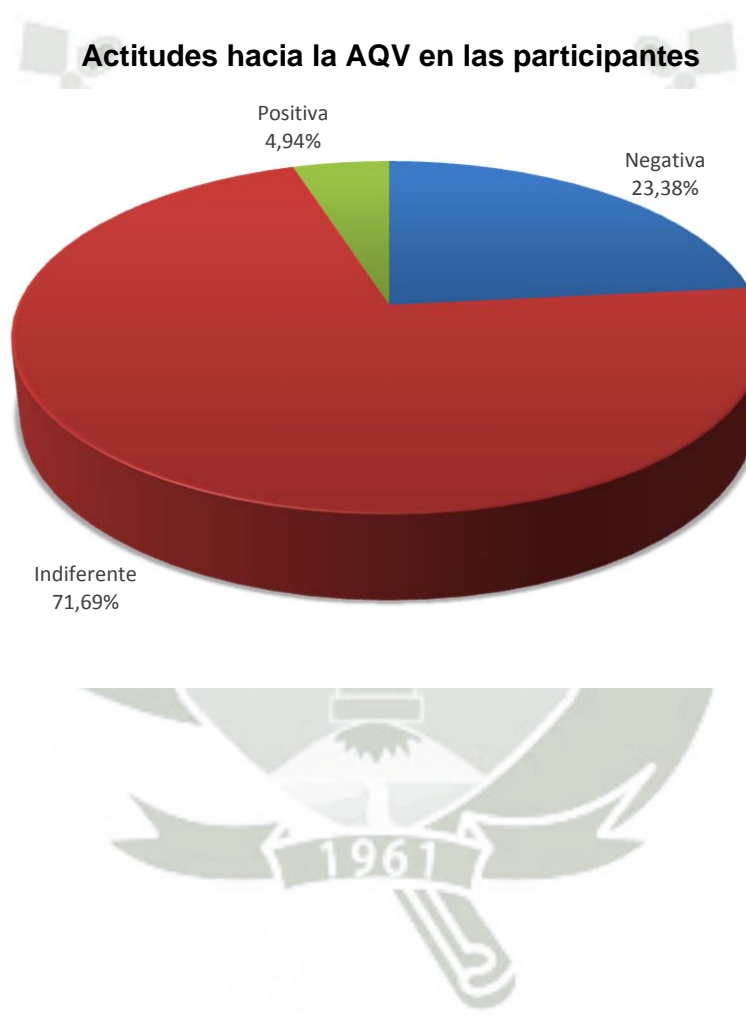
Actitudes hacia la AQV en las participantes

Nivel	N°	%
Negativa	90	23.38%
Indiferente	276	71.69%
Positiva	19	4.94%
Total	385	100.00%

Interpretación: Las actitudes hacia la AQV por las puérperas participantes fue negativa en 23.38% de mujeres, indiferente en 71.69% y positiva en 4.94%.

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Gráfico 8



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Tabla 9

Influencia de la edad en las actitudes hacia la AQV

Edad	Total	Negativa		Indiferente		Positiva	
		N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	50	20	40.00%	30	60.00%	0	0.00%
20-24 a	187	37	19.79%	146	78.07%	4	2.14%
25-29 a	94	19	20.21%	71	75.53%	4	4.26%
30-35 a	54	14	25.93%	29	53.70%	11	20.37%
Total	385	90	23.38%	276	71.69%	19	4.94%

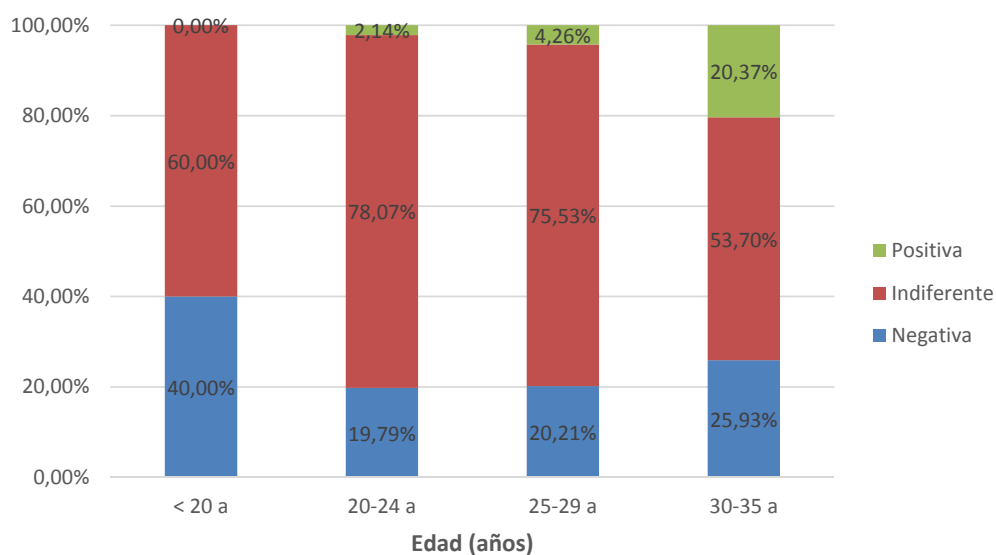
Chi² = 43.73 G. libertad = 6 p < 0.01

Interpretación: Las actitudes más negativas se vieron entre las más jóvenes (40% entre adolescentes), y fueron más positivas entre las mujeres de 30 a 35 años (20.37% con actitudes positivas); las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$).

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Gráfico 9

Influencia de la edad en las actitudes hacia la AQV



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Tabla 10

Influencia del estado civil en las actitudes hacia la AQV

E. civil	Total	Negativa		Indiferente		Positiva	
		N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	82	26	31.71%	53	64.63%	3	3.66%
Conviviente	234	50	21.37%	172	73.50%	12	5.13%
Casada	69	14	20.29%	51	73.91%	4	5.80%
Total	385	90	23.38%	276	71.69%	19	4.94%

Chi² = 4.24

G. libertad = 4

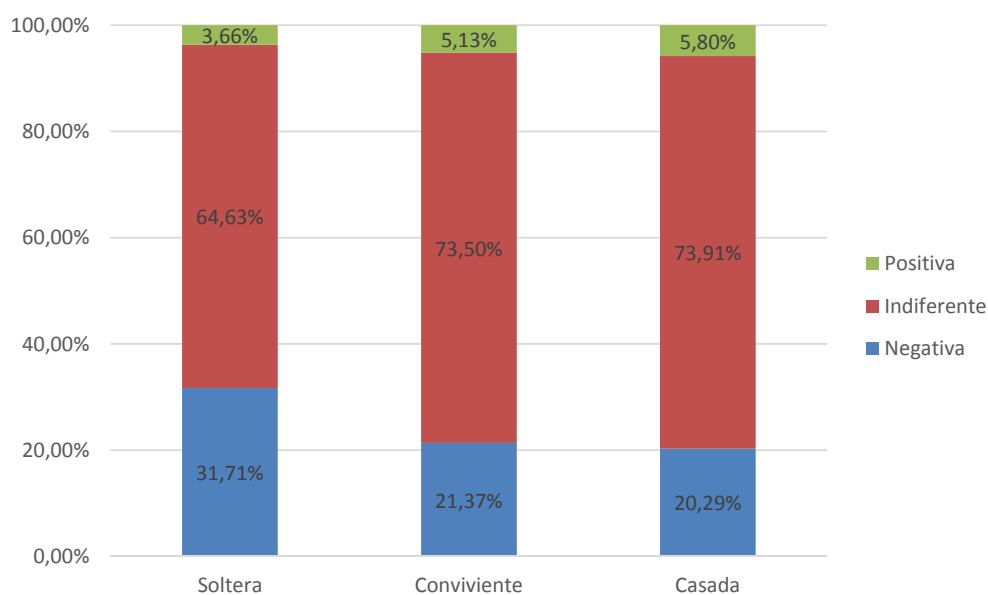
p = 0.37

Interpretación: Se muestra la influencia del estado civil en las actitudes hacia la AQV; la proporción de actitud negativa fue similar entre solteras (31.71%), convivientes (21.37%) o casadas (20.29%); las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$).

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Gráfico 10

Influencia del estado civil en las actitudes hacia la AQV



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Tabla 11

Influencia del nivel de instrucción en las actitudes hacia la AQV

Instrucción	Total	Negativa		Indiferente		Positiva	
		N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	25	12	48.00%	13	52.00%	0	0.00%
Secundaria	245	46	18.78%	189	77.14%	10	4.08%
Superior	115	32	27.83%	74	64.35%	9	7.83%
Total	385	90	23.38%	276	71.69%	19	4.94%

Chi² = 16.45

G. libertad = 4

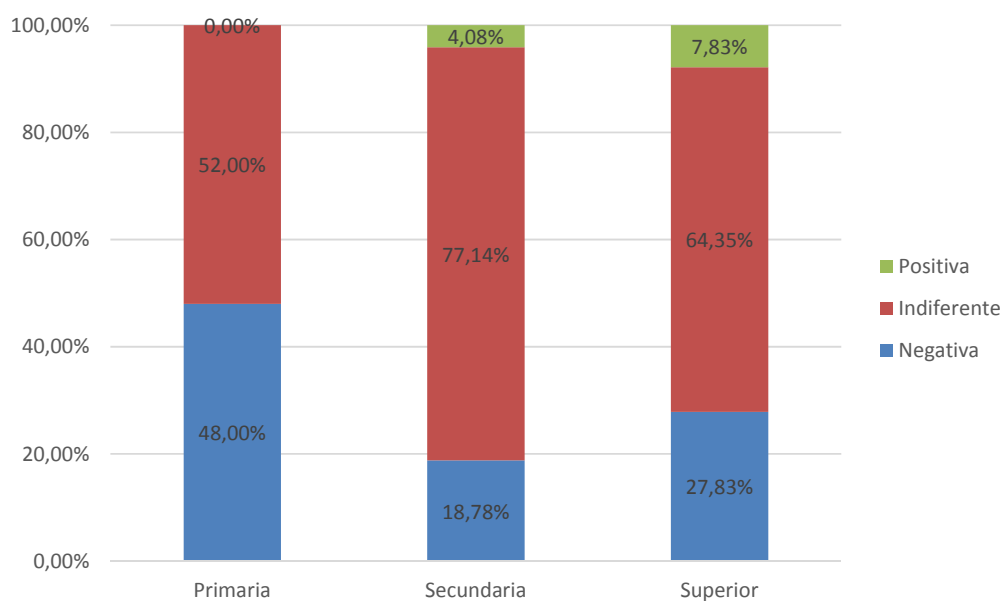
p < 0.01

Interpretación: se muestra la influencia del nivel de instrucción en la actitud hacia la AQV; las actitudes negativas predominaron entre las mujeres con educación primaria (48%) y menos en aquellas con educación secundaria (18.78%) o superior (27.83%), siendo las diferencias significativas (p < 0.05).

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Gráfico 11

Influencia del nivel de instrucción en las actitudes hacia la AQV



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Tabla 12

Influencia de la ocupación en las actitudes hacia la AQV

Ocupación	Total	Negativa		Indiferente		Positiva	
		N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	198	37	18.69%	157	79.29%	4	2.02%
Estudiante	64	28	43.75%	36	56.25%	0	0.00%
Empleada	22	7	31.82%	9	40.91%	6	27.27%
Independiente	101	18	17.82%	74	73.27%	9	8.91%
Total	385	90	23.38%	276	71.69%	19	4.94%

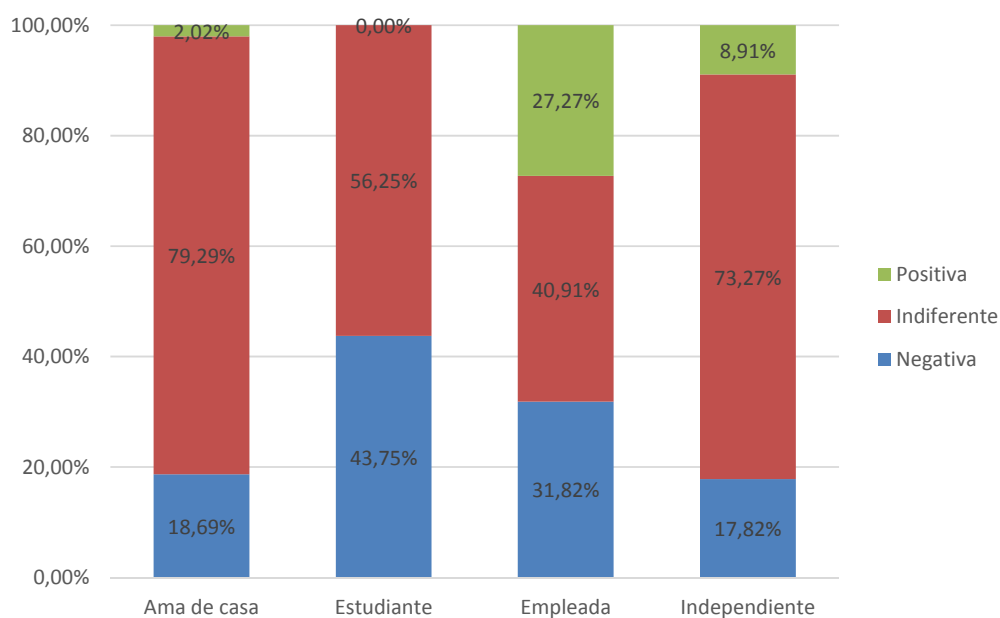
Chi² = 53.94 G. libertad = 6 p < 0.01

Interpretación: La ocupación de las puérperas influyó sobre las actitudes hacia la AQV encontrando las actitudes más negativas en estudiantes (43.75%), pero más positivas en mujeres empleadas (27.27%), siendo las diferencias significativas (p < 0,05).

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Gráfico 12

Influencia de la ocupación en las actitudes hacia la AQV



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Tabla 13

Influencia de la fuente de información en las actitudes hacia la AQV

Fuente	Total	Negativa		Indiferente		Positiva	
		N°	%	N°	%	N°	%
Escuela	66	23	34.85%	40	60.61%	3	4.55%
Amigos	88	11	12.50%	77	87.50%	0	0.00%
Padres	48	12	25.00%	36	75.00%	0	0.00%
Personal salud	118	36	30.51%	69	58.47%	13	11.02%
Medios de com.	65	8	12.31%	54	83.08%	3	4.62%
Total	385	90	23.38%	276	71.69%	19	4.94%

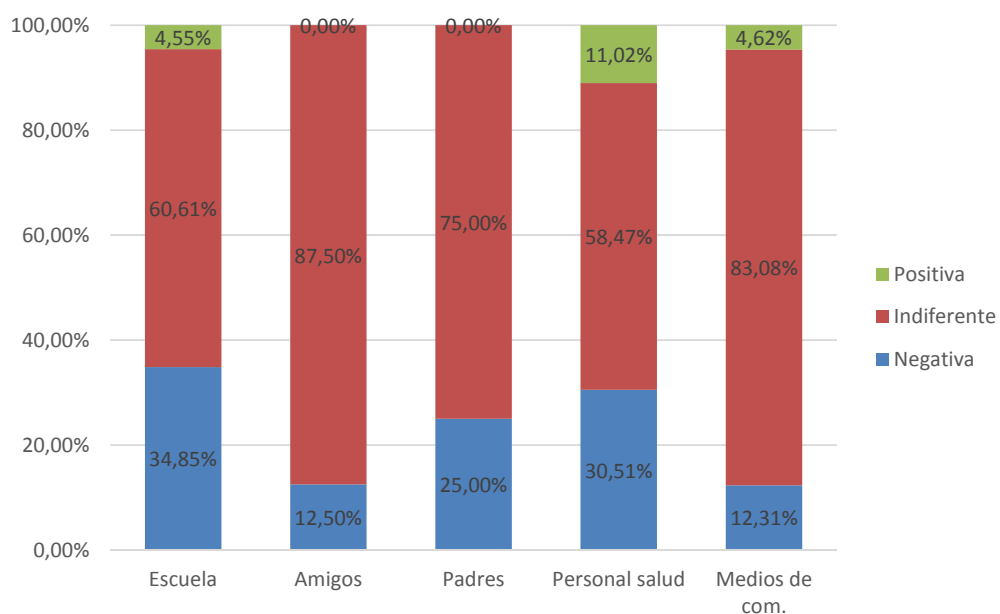
Chi² = 38.11 G. libertad = 8 p < 0.01

Interpretación: muestran la influencia de la fuente de información en las actitudes hacia la AQV; las actitudes fueron más positivas si la fuente era el personal de salud (11.02%), y fueron más negativas cuando la fuente fue la escuela (34.85%), pero también con el personal de salud (30.51%), con diferencias significativas (p < 0.05).

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Gráfico 13

Influencia de la fuente de información en las actitudes hacia la AQV



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Tabla 14

Influencia del nivel de conocimientos sobre las actitudes hacia la AQV

Conocimiento	Total	Negativa		Indiferente		Positiva	
		N°	%	N°	%	N°	%
Deficiente	340	78	22.94%	249	73.24%	13	3.82%
Regular	15	6	40.00%	7	46.67%	2	13.33%
Bueno	9	2	22.22%	3	33.33%	4	44.44%
Muy bueno	21	4	19.05%	17	80.95%	0	0.00%
Total	385	90	23.38%	276	71.69%	19	4.94%

Chi² = 37.99 G. libertad = 6 p < 0.01

Interpretación: Se muestra la influencia del nivel de conocimientos sobre las actitudes hacia la AQV; si el conocimiento era deficiente la actitud fue negativa en 22.94%, y 40% si el conocimiento es regular; si el conocimiento es bueno, el conocimiento predominante es positivo (44.44%), y si el conocimiento es muy bueno predomina la actitud indiferente, siendo las diferencias significativas (p < 0.05).

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS ACTITUDES NEGATIVAS PARA LA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HHDE DE AREQUIPA, (DICIEMBRE 2016- FEBRERO 2017)**

Gráfico 14

Influencia del nivel de conocimientos sobre las actitudes hacia la AQV



CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para identificar los factores socioculturales asociados a las actitudes negativas hacia la AQV en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa. Se realizó la presente investigación debido a la actitud negativa de muchas puérperas quienes eran candidatas para la AQV debido a diversos factores como paridad satisfecha, bajos recursos económicos, riesgo de vida, entre otros.

Para tal fin se encuestó una muestra representativa de 385 puérperas aplicando una ficha de datos y un cuestionario de conocimientos y otro de actitudes previamente validados. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se asocian resultados con prueba chi cuadrado.

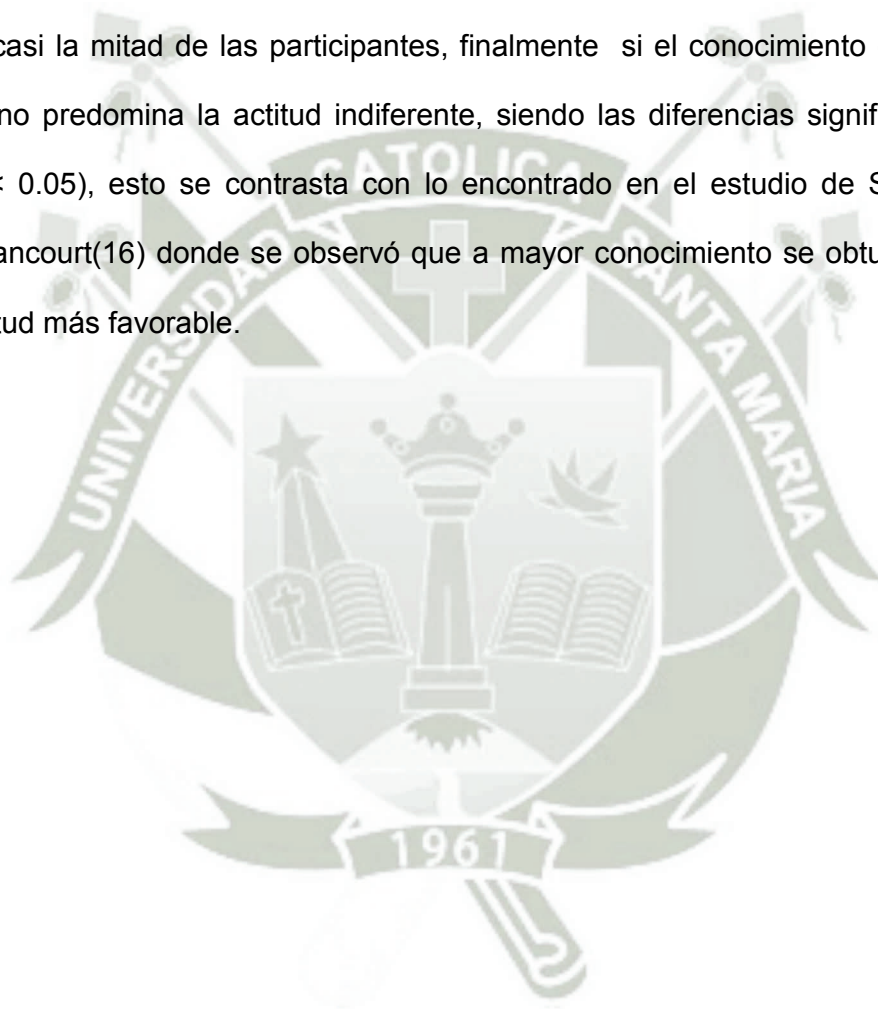
Las características sociodemográficas de las puérperas participantes mostraron que cerca de $\frac{3}{4}$ de encuestadas tenían la edad reproductiva ideal (72.99%) mientras que el 14.03% fueron gestantes añosas con edad promedio de 24.01 ± 4.61 años. Así pues, la mayor cantidad de puérperas en el servicio de obstetricia del hospital HRHDE está en una edad óptima para la concepción. En cuanto al estado civil, se puede observar que aproximadamente $\frac{4}{5}$ de la muestra tienen pareja estable, el nivel de instrucción de las participantes muestra que cerca de $\frac{4}{5}$ tiene educación secundaria o superior por lo que muestran habilidades que les permitiría estar dentro del mundo laboral, sin embargo, cerca de $\frac{1}{3}$ está dentro de la

Población Económicamente Activa Ocupada (31.94%), la religión católica es la creencia predominante (87.01%). En cuanto a la fuente de información acerca de AQV, la que destacó fue aquella brindada por el personal de salud, con aproximadamente un 1/3 de las encuestadas. Finalmente, al aplicarse la evaluación de conocimientos sobre la AQV, se evidenció de manera preocupante que existe una severa deficiencia, siendo que más de 4/5 de las púerperas obtuvieron un puntaje igual o menor a 10, y en cuanto a las actitudes frente a este método anticonceptivo se concluye que predominaron las actitudes indiferentes y negativas, con 72.69% y 23.38%, respectivamente, por lo cual es necesario identificar la causa de este resultado para fomentar el uso de este método anticonceptivo en púerperas que ameriten dicho procedimiento.

En el trabajo presentado por Moras en Lima, 2015 (15), se observa que al igual que en el presente estudio la mayor parte de la población de púerperas que se encontró estaba dentro de la edad reproductiva ideal y tienen pareja estable, asimismo el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en general fue deficiente, hallándose que sobre el conocimiento de la AQV un escaso porcentaje (4.3%) posee un conocimiento regular. Los resultados sobre el nivel de conocimiento en otro estudio a nivel internacional realizado por Sarria y Betancourt en el 2014 (16), demostró que en Nicaragua es mayor, ya que 1/3 de su población de púerperas posee un conocimiento sobre dicho método, aunque no especifica si es bueno o regular.

En cuanto al análisis bivariado, se observa que las actitudes más negativas se vieron entre las más jóvenes (40% entre adolescentes), y fueron más positivas entre las mujeres de 30 a 35 años (20.37% con actitudes positivas) ($p < 0.05$), no hubo influencia del estado civil sobre la actitud hacia la AQV ($p > 0.05$)...., en cambio, el grado de instrucción si influyó en las actitudes hacia la AQV ($p < 0.05$), siendo mayormente negativas entre las mujeres con educación primaria (48%), estos hallazgos se encontraron también en la tesis postulada por Moras donde se mostró que la actitud negativa hacia los métodos anticonceptivos se veían mayormente en personas que no habían alcanzado educación secundaria. En cuanto a la ocupación de las púerperas, esta influyó sobre las actitudes hacia la AQV encontrando las actitudes más negativas en estudiantes (43.75%), pero más positivas en mujeres empleadas (27.27%), siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$). La fuente de información influye considerablemente en la actitud de las púerperas hacia la AQV, así pues las actitudes fueron más positivas si la fuente era el personal de salud (11.02%), y fueron más negativas cuando la fuente fue la escuela (34.85%), pero también con el personal de salud (30.51%), con diferencias significativas ($p < 0.05$), por lo que se podría extrapolar que a pesar de que la mayor fuente de información sea el personal de salud, esta no es óptima pues la mayoría de pacientes muestra una actitud indiferente y negativa frente a este método, de la misma manera, en la escuela se repite la problemática, ya que la información que hayan recibido de esa fuente no fue lo suficientemente adecuada pues la minoría tiene una actitud positiva frente a la AQV.

Finalmente el rol que juega el nivel de conocimientos sobre las actitudes hacia la AQV es importante y estadísticamente significativo ($p < 0.05$); ya que si el conocimiento era deficiente la actitud fue negativa en cerca de 1/4 de personas con dicho nivel de conocimiento, si el conocimiento es regular la actitud era negativa en casi la mitad de las púerperas; por otro lado si el conocimiento es bueno la actitud era positiva en casi la mitad de las participantes, finalmente si el conocimiento es muy bueno predomina la actitud indiferente, siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$), esto se contrasta con lo encontrado en el estudio de Sarria y Betancourt(16) donde se observó que a mayor conocimiento se obtuvo una actitud más favorable.





CONCLUSIONES

- Primera.** Las actitudes hacia la AQV en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa fueron predominantemente indiferentes, siendo las actitudes negativas en 23.38%.
- Segunda.-** Las puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa tienen predominantemente edad reproductiva ideal, son convivientes y de educación secundaria, dedicadas a labores del hogar y de religión católica.
- Tercera.-** El nivel de conocimientos sobre la AQV en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa es deficiente.
- Cuarta.-** Los factores socioculturales asociados a las actitudes negativas hacia la AQV en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa fueron la menor edad, la menor instrucción, la ocupación de estudiante y un regular a bajo conocimiento del método.

RECOMENDACIONES

- Primera.-** Se recomienda que en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza el personal de salud (médicos, enfermeras, obstetrices e internos) brinde las facilidades para la adquisición de conocimientos sobre la anticoncepción quirúrgica voluntaria a través de charlas informativas, ya que por desconocer dicho procedimiento presentan actitudes indiferentes y negativas frente una alternativa con más beneficios que riesgos.
- Segunda.-** Se sugiere la idea de informar las diferentes opciones de anticoncepción propiciando un adecuado conocimiento de tal manera que cada paciente pueda elegir libremente la opción mas conveniente.
- Tercera.-** Queda en pie por tanto que se debería realizar en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza diferentes charlas sobre planificación familiar informando no solo a las puérperas, sino también a sus parejas sobre las ventajas y desventajas de las diferentes opciones de anticoncepción voluntaria.

BIBLIOGRAFÍA

I. Bibliografía Básica

- 1) Schwarcz R. Capiyulo 1. Obstetricia. 1st ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.
- 2) Hoffman BL(Ed). Capítulo 5. Métodos anticonceptivos y esterilización. En: Williams Ginecología, 2da edición. McGraw-Hill Education, México. 2012
- 3) Chan LM, Westhoff CL: Tubal sterilization trends in the United States. Fertil Steril 2010;94(1):1
- 4) Nardin JM, Kulier R, Boulvain M. Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation. Cochrane Database Syst Rev, 2003; 4:CD003034
- 5) Garipey AM, Creinin MD, Schwarz EB, et al: Reliability of laparoscopic compared with hysteroscopic sterilization at 1 year: a decision analysis. Obstet Gynecol, 2011; 118(2 Pt 1):273
- 6) American College of Obstetricians and Gynecologists: Hysterosalpingography after tubal sterilization. Committee Opinion, 2010;458
- 7) Castaño PM, Adekunle L: Transcervical sterilization. Semin Reprod Med, 2010; 28(2):103
- 8) Shavell VI, Abdallah ME, Shade GH Jr, et al: Trends in sterilization since the introduction of Essure hysteroscopic sterilization. J Minim Invasive Gynecol, 2009; 16(1):22

- 9) Gariepy AM, Creinin MD, Schwarz EB, Smith KJ. Reliability of laparoscopic compared with hysteroscopic sterilization at 1 year: a decision analysis. *Obstet Gynecol.* 2011 Aug. 118(2 Pt 1):273-9.
- 10)Levie MD, Chudnoff SG. Office hysteroscopic sterilization compared with laparoscopic sterilization: a critical cost analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005 Jul-Aug. 12(4):318-22.
- 11)Veersema S, Vleugels MPH, Moolenaar LM, et al: Unintended pregnancies after Essure sterilization in the Netherlands. *Fertil Steril,* 2010; 93(1):35
- 12)Harrison MS, DiNapoli MN, Westhoff CL. Reducing postoperative pain after tubal ligation with rings or clips: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2014 Jul. 124(1):68-75.
- 13)Rodriguez MI, Edelman AB, Kapp N. Postpartum sterilization with the titanium clip: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2011 Jul. 118(1):143-7.
- 14)Instituto chileno de medicina reproductiva ¿qué y cuáles son los métodos anticonceptivos. Disponible en:
http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que_y_cuales_son_met_antic_02_05_2011.pdf
- 15)Moras Rosado M. Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes púerperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Enero 2015 [Tesis para obtener Título Profesional de Médico Cirujano]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.

- 16) Sarria Arguello H, Betancourt Osejo D. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en pacientes puérperas del servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Enero a Marzo 2014 [Doctorado en Medicina y Cirugía]. Universidad Autónoma de Nicaragua; 2014.
- 17) Bernedo GD. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos para planificación familiar en adolescentes atendidos en el Hospital Aplao, 2013.
- 18) Tang LE; Krentel H, Kong-Wong VP. Embarazo cornual después de salpingectomía: reporte de un caso inusual. Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57: 273-276
- 19) Costello, C, Hillis S, Marchbanks P, et al: The effect of interval tubal sterilization on sexual interest and pleasure. Obstet Gynecol, 2002; 100:3
- 20) Cha SH, Lee MH, Kim JH, et al: Fertility outcome after tubal anastomosis by laparoscopy and laparotomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 2001; 8:348
- 21) Así fueron las esterilizaciones forzadas que ahora son asunto de interés nacional en Perú - BBC Mundo [Internet]. BBC Mundo. 2017 [cited 8 Febrero 2017]. Disponible en:
http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/11/151108_esterilizaciones_forzadas_historias_interes_nacional_peru_bm

22) Ciarmatori S. Políticas poblacionales, métodos anticonceptivos y ligadura tubaria: puntos en común de una larga historia. Revista de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción, 2013; 9(2): 53-61





Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Sección I: Datos de la paciente

Edad: _____ Años

Estado civil: Soltera Conviviente Casada Separada

Nivel de instrucción: Iltrado primaria secundaria superior

Ocupación: Ama de casa Estudiante Empleada Obrera

Independiente

Religión: Católica evangelista adventista testigo de Jehová atea

Otra _____

Fuente de información sobre la ligadura de trompas: Escuela amigos padres

personal de salud medios de comunicación

Sección II: Conocimientos sobre la ligadura de trompas

A continuación, encontrará algunas preguntas de conocimiento sobre la ligadura de trompas.

Conteste TODAS las preguntas, marcando solo una de las alternativas que considere correcta.

1. La ligadura de trompas consiste en:
 - a) La extirpación de las trompas de Falopio
 - b) El corte y bloqueo de las dos trompas uterinas**
 - c) Se amarran con hilos quirúrgicos las trompas uterinas
 - d) La extirpación de los ovarios para no tener más hijos

2. La ligadura de trompas es un método quirúrgico que es
 - a) Definitivo**

- b) Se puede revertir retirando las suturas
 - c) Es temporal
 - d) Se puede regresar a lo normal en cualquier momento que decida

3. La técnica para la ligadura de trompas consiste en:
 - a) Se opera por un corte grande en el abdomen (laparotomía)
 - b) Se puede operar por cirugía laparoscópica**
 - c) Se opera siempre a través del cuello uterino

4. La indicación más adecuada para la ligadura tubaria es:
 - a) Cuando se tienen más de 4 hijos
 - b) Cuando la pareja decide que tiene los hijos que desea**
 - c) Cuando la madre tiene una enfermedad grave
 - d) Cualquier mujer puede hacerse

5. El momento adecuado para la ligadura de trompas es:
 - a) Cualquier momento después del último parto**
 - b) Luego del parto por cesárea
 - c) Durante la regla
 - d) Dentro de los 6 meses luego del parto

6. Las posibles complicaciones de la ligadura de trompas son:
 - a) Riesgo de cáncer de útero u ovario
 - b) Riesgo de infección de las trompas
 - c) Riesgo de embarazo ectópico**
 - d) No tiene ningún riesgo

7. Un efecto de la ligadura de trompas puede ser:
 - a) Aumento del riesgo de infecciones
 - b) Suspensión de la regla
 - c) Irregularidad menstrual**
 - d) Aumento de peso

8. En caso de arrepentirse de la ligadura de trompas, puedo
 - a) **Se puede intentar una cirugía de recanalización**
 - b) Ya no puede recuperarse la capacidad de embarazo
 - c) Se puede tratar con corticoides
 - d) Se usan inyecciones en las trompas

9. Una opción para volver a embarazarse luego de la ligadura de trompas es:
 - a) Se puede tomar tratamiento hormonal
 - b) Ya no se puede hacer nada
 - c) **Se puede intentar una fertilización asistida con implantación de embriones**
 - d) Se puede donar óvulos y buscar un "vientre de alquiler"

10. La posibilidad de falla del método de la ligadura es:
 - a) Es 100% seguro
 - b) Depende de la edad de la madre
 - c) **Es muy bajo, menos del 1%**
 - d) Puede llegar a 10% de mujeres operadas

Sección III: Actitudes hacia la ligadura tubaria

Cada una de las siguientes afirmaciones expresa un sentimiento o actitud hacia la ligadura de trompas. Marque la letra que mejor se acomode a la actitud que USTED tomaría:

- TA: Totalmente de acuerdo
 A: De Acuerdo
 I: Indiferente
 D: En desacuerdo
 TD: Totalmente en desacuerdo

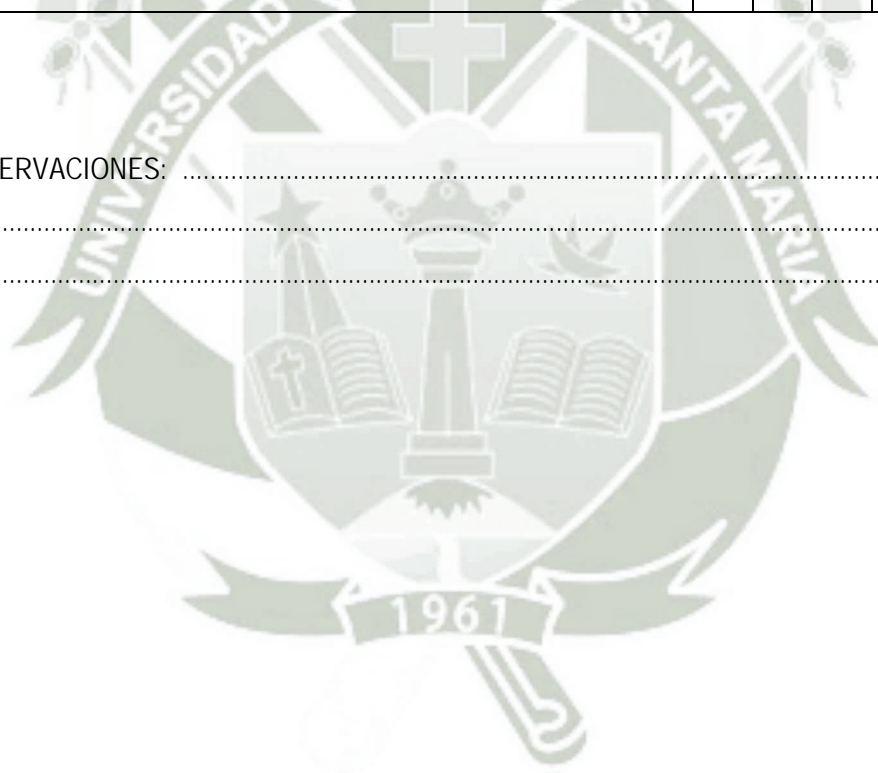
Actitud	TD	D	I	A	TA
1. Me haría la ligadura si conociera otras opciones y lo decidiera libremente					
2. Me asusta la ligadura porque aumenta el riesgo de cáncer de					

ovario					
3. Si cambio de pareja y decido tener hijos, es fácilmente reversible					
4. No apoyo la ligadura de trompas porque se hace sin consentimiento de las mujeres					
5. La ligadura de trompas favorece que mi pareja me sea infiel					
6. Con la ligadura de trompas se me acelera la menopausia					
7. La ligadura de trompas es un método útil para todas las mujeres					
8. La ligadura de trompas es exclusiva luego del parto por cesárea					
9. Si me hago la ligadura de trompas, es muy probable que me vuelva a embarazar con embarazo ectópico					
10. Recomendaría a otras mujeres hacerse la ligadura					

OBSERVACIONES:

.....

.....





Anexo 2
Matriz de sistematización de información

TABLA 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO																			
ID	EDAD	Cat edad	ESTADO CIVIL	NIVEL DE INSTRUCCION	OCUPACION	RELIGION	FUENTE DE INFO	Con1	Con2	Con3	Con4	Con5	Con6	Con7	Con8	Con9	Con10	Puntaje CON	Nivel CON
1	24	20-24 a	2	3	1	1	4	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	Deficiente
2	23	20-24 a	1	4	5	1	5	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6	Deficiente
3	29	25-29 a	2	4	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	12	Regular
4	21	20-24 a	2	3	5	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	6	Deficiente
5	18	< 20 a	1	3	2	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Deficiente
6	17	< 20 a	2	3	1	3	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	Deficiente
7	21	20-24 a	1	4	2	6	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4	Deficiente
8	16	< 20 a	1	3	2	1	4	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	8	Deficiente
9	26	25-29 a	2	4	1	1	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
10	23	20-24 a	2	4	2	1	5	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	8	Deficiente
11	24	20-24 a	2	3	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
12	20	20-24 a	2	3	3	3	2	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	8	Deficiente
13	27	25-29 a	2	4	5	1	5	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	8	Deficiente
14	28	25-29 a	2	4	3	1	2	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	8	Deficiente
15	23	20-24 a	2	3	5	1	4	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	8	Deficiente
16	15	< 20 a	2	3	2	1	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
17	22	20-24 a	1	4	2	1	4	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	6	Deficiente
18	14	< 20 a	1	3	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	8	Deficiente
19	27	25-29 a	3	4	5	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	10	Deficiente
20	23	20-24 a	3	4	2	1	4	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	14	Bueno
21	19	< 20 a	1	3	1	1	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Deficiente
22	20	20-24 a	2	3	1	1	4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4	Deficiente
23	22	20-24 a	2	3	1	3	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
24	24	20-24 a	2	3	1	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
25	34	30-35 a	3	3	1	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
26	27	25-29 a	3	4	5	1	5	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	10	Deficiente
27	33	30-35 a	3	3	1	1	5	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente
28	35	30-35 a	3	3	5	1	4	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	10	Deficiente
29	26	25-29 a	2	3	1	1	5	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	10	Deficiente
30	31	30-35 a	2	3	1	1	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	8	Deficiente
31	23	20-24 a	2	3	1	2	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
32	18	< 20 a	2	4	2	6	3	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	8	Deficiente

33	32	30-35 a	3	4	1	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	8	Deficiente
34	19	< 20 a	1	4	2	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	Deficiente
35	19	< 20 a	2	3	1	1	5	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	10	Deficiente
36	33	30-35 a	2	2	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	8	Deficiente
37	14	< 20 a	1	3	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	10	Deficiente
38	29	25-29 a	2	4	2	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	10	Deficiente
39	31	30-35 a	2	4	5	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	10	Deficiente
40	22	20-24 a	2	4	2	1	3	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	8	Deficiente
41	20	20-24 a	1	4	3	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
42	28	25-29 a	3	3	1	1	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Deficiente
43	22	20-24 a	1	4	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
44	25	25-29 a	1	3	1	1	4	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	8	Deficiente
45	19	< 20 a	1	3	1	1	3	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	Deficiente
46	30	30-35 a	1	3	3	1	5	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	6	Deficiente
47	30	30-35 a	2	3	3	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	Deficiente
48	25	25-29 a	2	2	1	1	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	Deficiente
49	20	20-24 a	3	4	2	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
50	22	20-24 a	3	3	1	1	4	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	12	Regular
51	25	25-29 a	2	3	5	2	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	6	Deficiente
52	21	20-24 a	2	3	1	1	4	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4	Deficiente
53	27	25-29 a	3	4	5	1	5	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	12	Regular
54	33	30-35 a	1	4	3	6	5	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	Deficiente
55	20	20-24 a	2	3	1	1	3	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	8	Deficiente
56	20	20-24 a	2	3	1	2	3	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente
57	30	30-35 a	3	3	1	1	4	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	10	Deficiente
58	24	20-24 a	2	4	5	1	5	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Deficiente
59	20	20-24 a	2	3	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente
60	24	20-24 a	2	2	1	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	Deficiente
61	20	20-24 a	1	3	1	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
62	24	20-24 a	2	3	1	1	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
63	23	20-24 a	2	3	1	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
64	18	< 20 a	1	3	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
65	17	< 20 a	2	3	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente
66	30	30-35 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	14	Bueno

67	27	25-29 a	2	4	5	1	4	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	12	Regular
68	25	25-29 a	1	3	1	1	5	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	Deficiente
69	35	30-35 a	1	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente
70	29	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	14	Bueno
71	24	20-24 a	2	3	1	1	4	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	Deficiente
72	23	20-24 a	1	4	5	1	5	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6	Deficiente
73	29	25-29 a	2	4	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	12	Regular
74	21	20-24 a	2	3	5	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	6	Deficiente
75	18	< 20 a	1	3	2	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Deficiente
76	17	< 20 a	2	3	1	3	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	Deficiente
77	21	20-24 a	1	4	2	6	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4	Deficiente
78	16	< 20 a	1	3	2	1	4	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	8	Deficiente
79	26	25-29 a	2	4	1	1	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
80	23	20-24 a	2	4	2	1	5	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	8	Deficiente
81	19	< 20 a	1	3	1	1	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Deficiente
82	20	20-24 a	2	3	1	1	4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4	Deficiente
83	22	20-24 a	2	3	1	3	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
84	24	20-24 a	2	3	1	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
85	34	30-35 a	3	3	1	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
86	27	25-29 a	3	4	5	1	5	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	10	Deficiente
87	33	30-35 a	3	3	1	1	5	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente
88	35	30-35 a	3	3	5	1	4	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	10	Deficiente
89	26	25-29 a	2	3	1	1	5	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	10	Deficiente
90	31	30-35 a	2	3	1	1	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	8	Deficiente
91	23	20-24 a	2	3	1	2	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
92	18	< 20 a	2	4	2	6	3	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	8	Deficiente
93	32	30-35 a	3	4	1	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	8	Deficiente
94	19	< 20 a	1	4	2	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	Deficiente
95	19	< 20 a	2	3	1	1	5	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	10	Deficiente
96	33	30-35 a	2	2	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	8	Deficiente
97	14	< 20 a	1	3	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	10	Deficiente
98	29	25-29 a	2	4	2	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	10	Deficiente
99	31	30-35 a	2	4	5	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	10	Deficiente
100	22	20-24 a	2	4	2	1	3	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	8	Deficiente

101	20	20-24 a	1	4	3	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
102	28	25-29 a	3	3	1	1	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	4	Deficiente	
103	22	20-24 a	1	4	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18	Muy bueno	
104	25	25-29 a	1	3	1	1	4	1	1	0	0	1	0	1	0	0	8	Deficiente	
105	19	< 20 a	1	3	1	1	3	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4	Deficiente	
106	30	30-35 a	1	3	3	1	5	1	1	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente	
107	30	30-35 a	2	3	3	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	6	Deficiente	
108	25	25-29 a	2	2	1	1	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	Deficiente	
109	20	20-24 a	3	4	2	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente	
110	22	20-24 a	3	3	1	1	4	1	1	1	1	1	0	0	1	0	12	Regular	
111	25	25-29 a	2	3	5	2	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	6	Deficiente	
112	21	20-24 a	2	3	1	1	4	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4	Deficiente	
113	27	25-29 a	3	4	5	1	5	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	12	Regular
114	33	30-35 a	1	4	3	6	5	1	1	0	1	0	0	0	0	0	6	Deficiente	
115	20	20-24 a	2	3	1	1	3	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	8	Deficiente
116	20	20-24 a	2	3	1	2	3	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente
117	30	30-35 a	3	3	1	1	4	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	10	Deficiente
118	24	20-24 a	2	4	5	1	5	0	1	0	0	1	0	0	0	0	4	Deficiente	
119	20	20-24 a	2	3	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente
120	24	20-24 a	2	2	1	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	6	Deficiente	
121	20	20-24 a	1	3	1	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente	
122	24	20-24 a	2	3	1	1	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente	
123	23	20-24 a	2	3	1	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente	
124	18	< 20 a	1	3	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente	
125	17	< 20 a	2	3	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	6	Deficiente	
126	30	30-35 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	14	Bueno
127	27	25-29 a	2	4	5	1	4	1	0	1	1	1	0	1	1	0	12	Regular	
128	25	25-29 a	1	3	1	1	5	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente	
129	35	30-35 a	1	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente
130	29	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	14	Bueno
131	24	20-24 a	2	3	1	1	4	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4	Deficiente	
132	23	20-24 a	1	4	5	1	5	0	1	1	1	0	0	0	0	0	6	Deficiente	
133	29	25-29 a	2	4	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	12	Regular
134	21	20-24 a	2	3	5	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente

135	18	< 20 a	1	3	2	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	4	Deficiente
136	17	< 20 a	2	3	1	3	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4	Deficiente
137	21	20-24 a	1	4	2	6	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente
138	16	< 20 a	1	3	2	1	4	0	0	1	1	0	0	1	0	0	8	Deficiente
139	26	25-29 a	2	4	1	1	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
140	23	20-24 a	2	4	2	1	5	0	0	0	1	0	1	0	1	0	8	Deficiente
141	24	20-24 a	2	3	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
142	20	20-24 a	2	3	3	3	2	0	1	0	1	0	0	1	1	0	8	Deficiente
143	27	25-29 a	2	4	5	1	5	0	1	1	0	1	0	0	1	0	8	Deficiente
144	28	25-29 a	2	4	3	1	2	1	1	0	1	0	0	0	1	0	8	Deficiente
145	23	20-24 a	2	3	5	1	4	0	1	0	1	0	0	0	1	0	8	Deficiente
146	15	< 20 a	2	3	2	1	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
147	22	20-24 a	1	4	2	1	4	0	1	1	0	1	0	0	0	0	6	Deficiente
148	14	< 20 a	1	3	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	8	Deficiente
149	27	25-29 a	3	4	5	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	10	Deficiente
150	23	20-24 a	3	4	2	1	4	0	1	1	0	1	0	1	1	1	14	Bueno
151	19	< 20 a	1	3	1	1	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	4	Deficiente
152	20	20-24 a	2	3	1	1	4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	4	Deficiente
153	22	20-24 a	2	3	1	3	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
154	24	20-24 a	2	3	1	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
155	34	30-35 a	3	3	1	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4	Deficiente
156	27	25-29 a	3	4	5	1	5	1	1	0	1	0	1	1	0	0	10	Deficiente
157	33	30-35 a	3	3	1	1	5	0	1	0	1	0	0	0	1	0	6	Deficiente
158	35	30-35 a	3	3	5	1	4	0	1	1	0	1	0	0	1	1	10	Deficiente
159	26	25-29 a	2	3	1	1	5	1	0	0	1	1	0	1	1	0	10	Deficiente
160	31	30-35 a	2	3	1	1	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	8	Deficiente
161	23	20-24 a	2	3	1	2	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
162	18	< 20 a	2	4	2	6	3	0	0	0	1	0	1	1	1	0	8	Deficiente
163	32	30-35 a	3	4	1	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	8	Deficiente
164	19	< 20 a	1	4	2	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
165	19	< 20 a	2	3	1	1	5	0	1	0	1	1	0	1	0	0	10	Deficiente
166	33	30-35 a	2	2	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	1	8	Deficiente
167	14	< 20 a	1	3	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	10	Deficiente
168	29	25-29 a	2	4	2	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	10	Deficiente

169	31	30-35 a	2	4	5	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	10	Deficiente	
170	22	20-24 a	2	4	2	1	3	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	8	Deficiente	
171	20	20-24 a	1	4	3	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente	
172	28	25-29 a	3	3	1	1	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Deficiente	
173	22	20-24 a	1	4	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno	
174	25	25-29 a	1	3	1	1	4	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	8	Deficiente	
175	19	< 20 a	1	3	1	1	3	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	Deficiente	
176	30	30-35 a	1	3	3	1	5	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	6	Deficiente	
177	30	30-35 a	2	3	3	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	Deficiente	
178	25	25-29 a	2	2	1	1	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	Deficiente	
179	20	20-24 a	3	4	2	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente	
180	22	20-24 a	3	3	1	1	4	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	12	Regular	
181	25	25-29 a	2	3	5	2	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	6	Deficiente	
182	21	20-24 a	2	3	1	1	4	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4	Deficiente	
183	27	25-29 a	3	4	5	1	5	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	12	Regular	
184	33	30-35 a	1	4	3	6	5	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	Deficiente	
185	20	20-24 a	2	3	1	1	3	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	8	Deficiente	
186	20	20-24 a	2	3	1	2	3	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente	
187	30	30-35 a	3	3	1	1	4	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	10	Deficiente	
188	24	20-24 a	2	4	5	1	5	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Deficiente	
189	20	20-24 a	2	3	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente	
190	24	20-24 a	2	2	1	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	Deficiente	
191	20	20-24 a	1	3	1	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente	
192	24	20-24 a	2	3	1	1	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente	
193	23	20-24 a	2	3	1	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente	
194	18	< 20 a	1	3	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente	
195	17	< 20 a	2	3	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente	
196	30	30-35 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	14	Bueno	
197	27	25-29 a	2	4	5	1	4	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	12	Regular	
198	25	25-29 a	1	3	1	1	5	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	Deficiente	
199	35	30-35 a	1	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente	
200	29	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	14	Bueno	
201	21	20-24 a	2	3	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6	Deficiente	
202	24	20-24 a	2	3	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente

237	23	20-24 a	2	3	5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	6	Deficiente
238	28	25-29 a	2	2	5	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	Deficiente
239	21	20-24 a	2	3	1	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente
240	23	20-24 a	1	3	5	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	Deficiente
241	21	20-24 a	2	3	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6	Deficiente
242	24	20-24 a	2	3	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente
243	21	20-24 a	2	3	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	6	Deficiente
244	20	20-24 a	2	3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente
245	25	25-29 a	2	3	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente
246	24	20-24 a	2	3	1	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
247	23	20-24 a	2	3	5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	6	Deficiente
248	28	25-29 a	2	2	5	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	Deficiente
249	21	20-24 a	2	3	1	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente
250	23	20-24 a	1	3	5	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	Deficiente
251	21	20-24 a	2	3	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6	Deficiente
252	24	20-24 a	2	3	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente
253	21	20-24 a	2	3	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	6	Deficiente
254	20	20-24 a	2	3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente
255	25	25-29 a	2	3	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente
256	24	20-24 a	2	3	1	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
257	23	20-24 a	2	3	5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	6	Deficiente
258	28	25-29 a	2	2	5	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	Deficiente
259	21	20-24 a	2	3	1	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente
260	23	20-24 a	1	3	5	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	Deficiente
261	21	20-24 a	2	3	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6	Deficiente
262	24	20-24 a	2	3	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente
263	21	20-24 a	2	3	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	6	Deficiente
264	20	20-24 a	2	3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente
265	25	25-29 a	2	3	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente
266	24	20-24 a	2	3	1	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
267	23	20-24 a	2	3	5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	6	Deficiente
268	28	25-29 a	2	2	5	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	Deficiente
269	21	20-24 a	2	3	1	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente
270	23	20-24 a	1	3	5	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	Deficiente

271	21	20-24 a	2	3	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6	Deficiente
272	24	20-24 a	2	3	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente
273	21	20-24 a	2	3	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	6	Deficiente
274	20	20-24 a	2	3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente
275	25	25-29 a	2	3	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente
276	24	20-24 a	2	3	1	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
277	23	20-24 a	2	3	5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	6	Deficiente
278	28	25-29 a	2	2	5	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	Deficiente
279	21	20-24 a	2	3	1	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente
280	23	20-24 a	1	3	5	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	Deficiente
281	21	20-24 a	2	3	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6	Deficiente
282	24	20-24 a	2	3	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente
283	21	20-24 a	2	3	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	6	Deficiente
284	20	20-24 a	2	3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente
285	25	25-29 a	2	3	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente
286	24	20-24 a	2	3	1	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
287	23	20-24 a	2	3	5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	6	Deficiente
288	28	25-29 a	2	2	5	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	Deficiente
289	21	20-24 a	2	3	1	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente
290	23	20-24 a	1	3	5	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	Deficiente
291	21	20-24 a	2	3	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6	Deficiente
292	24	20-24 a	2	3	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente
293	21	20-24 a	2	3	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	6	Deficiente
294	20	20-24 a	2	3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente
295	25	25-29 a	2	3	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente
296	24	20-24 a	2	3	1	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
297	23	20-24 a	2	3	5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	6	Deficiente
298	28	25-29 a	2	2	5	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	Deficiente
299	21	20-24 a	2	3	1	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente
300	23	20-24 a	1	3	5	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	Deficiente
301	28	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
302	20	20-24 a	1	3	1	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
303	24	20-24 a	2	3	1	1	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
304	23	20-24 a	2	3	1	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente

305	28	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
306	24	20-24 a	2	3	1	1	4	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	Deficiente
307	23	20-24 a	1	4	5	1	5	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6	Deficiente
308	29	25-29 a	2	4	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	12	Regular
309	21	20-24 a	2	3	5	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	6	Deficiente
310	28	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
311	18	< 20 a	1	3	2	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Deficiente
312	17	< 20 a	2	3	1	3	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	Deficiente
313	21	20-24 a	1	4	2	6	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4	Deficiente
314	16	< 20 a	1	3	2	1	4	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	8	Deficiente
315	28	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
316	26	25-29 a	2	4	1	1	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
317	23	20-24 a	2	4	2	1	5	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	8	Deficiente
318	24	20-24 a	2	3	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
319	20	20-24 a	2	3	3	3	2	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	8	Deficiente
320	33	30-35 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
321	27	25-29 a	2	4	5	1	5	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	8	Deficiente
322	28	25-29 a	2	4	3	1	2	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	8	Deficiente
323	23	20-24 a	2	3	5	1	4	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	8	Deficiente
324	15	< 20 a	2	3	2	1	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
325	28	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
326	22	20-24 a	1	4	2	1	4	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	6	Deficiente
327	14	< 20 a	1	3	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	8	Deficiente
328	27	25-29 a	3	4	5	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	10	Deficiente
329	23	20-24 a	3	4	2	1	4	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	14	Bueno
330	28	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
331	19	< 20 a	1	3	1	1	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Deficiente
332	20	20-24 a	2	3	1	1	4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4	Deficiente
333	22	20-24 a	2	3	1	3	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
334	24	20-24 a	2	3	1	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
335	28	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
336	34	30-35 a	3	3	1	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
337	27	25-29 a	3	4	5	1	5	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	10	Deficiente
338	33	30-35 a	3	3	1	1	5	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente

339	35	30-35 a	3	3	5	1	4	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	10	Deficiente
340	32	30-35 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
341	26	25-29 a	2	3	1	1	5	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	10	Deficiente
342	31	30-35 a	2	3	1	1	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	8	Deficiente
343	23	20-24 a	2	3	1	2	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
344	18	< 20 a	2	4	2	6	3	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	8	Deficiente
345	28	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
346	32	30-35 a	3	4	1	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	8	Deficiente
347	19	< 20 a	1	4	2	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	Deficiente
348	19	< 20 a	2	3	1	1	5	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	10	Deficiente
349	33	30-35 a	2	2	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	8	Deficiente
350	28	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
351	14	< 20 a	1	3	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	10	Deficiente
352	29	25-29 a	2	4	2	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	10	Deficiente
353	31	30-35 a	2	4	5	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	10	Deficiente
354	22	20-24 a	2	4	2	1	3	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	8	Deficiente
355	28	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
356	20	20-24 a	1	4	3	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente
357	28	25-29 a	3	3	1	1	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Deficiente
358	22	20-24 a	1	4	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
359	25	25-29 a	1	3	1	1	4	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	8	Deficiente
360	30	30-35 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
361	19	< 20 a	1	3	1	1	3	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	Deficiente
362	30	30-35 a	1	3	3	1	5	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	6	Deficiente
363	30	30-35 a	2	3	3	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	Deficiente
364	25	25-29 a	2	2	1	1	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	Deficiente
365	28	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
366	20	20-24 a	3	4	2	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Deficiente
367	22	20-24 a	3	3	1	1	4	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	12	Regular
368	25	25-29 a	2	3	5	2	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	6	Deficiente
369	21	20-24 a	2	3	1	1	4	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4	Deficiente
370	28	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
371	27	25-29 a	3	4	5	1	5	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	12	Regular
372	33	30-35 a	1	4	3	6	5	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	Deficiente

373	20	20-24 a	2	3	1	1	3	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	8	Deficiente
374	20	20-24 a	2	3	1	2	3	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente
375	28	25-29 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
376	30	30-35 a	3	3	1	1	4	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	10	Deficiente
377	24	20-24 a	2	4	5	1	5	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Deficiente
378	20	20-24 a	2	3	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente
379	24	20-24 a	2	2	1	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	Deficiente
380	30	30-35 a	3	4	5	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Muy bueno
381	25	25-29 a	2	3	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	Deficiente
382	18	< 20 a	2	4	2	6	3	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	8	Deficiente
383	26	25-29 a	2	3	1	1	5	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	10	Deficiente
384	29	25-29 a	2	4	2	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	10	Deficiente
385	19	< 20 a	1	3	1	1	3	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	Deficiente



TABLA 2. ACTITUDES FRENTE A AQV												
ID	ACT1	ACT2	ACT3	ACT4	ACT5	ACT6	ACT7	ACT8	ACT9	ACT10	Suma	NIVEL ACTITUD
1	1	4	5	1	3	3	5	1	2	5	30	Indiferente
2	3	4	3	2	2	3	4	3	3	3	30	Indiferente
3	4	4	2	1	2	3	4	2	2	3	27	Indiferente
4	2	1	1	1	1	1	2	5	1	2	17	Negativa
5	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4	36	Indiferente
6	3	4	2	4	1	3	3	3	3	3	29	Indiferente
7	1	2	2	4	3	4	4	4	3	2	28	Indiferente
8	3	4	3	3	3	2	4	4	3	4	33	Indiferente
9	2	3	1	2	2	4	2	2	3	2	23	Negativa
10	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	27	Indiferente
11	4	4	2	4	5	4	2	4	2	4	35	Indiferente
12	1	4	1	1	2	2	3	2	2	2	20	Negativa
13	2	2	3	4	2	3	4	3	3	4	30	Indiferente
14	5	4	3	4	2	3	5	2	3	5	36	Indiferente
15	5	1	2	5	1	1	5	5	1	1	27	Indiferente
16	2	3	1	1	1	2	2	3	4	2	21	Negativa
17	4	1	1	1	1	1	5	1	4	1	20	Negativa
18	2	1	1	1	1	1	5	1	1	2	16	Negativa
19	2	3	4	4	2	1	4	1	3	4	28	Indiferente
20	5	1	2	2	1	2	4	2	3	4	26	Indiferente
21	4	5	3	3	3	3	4	3	3	5	36	Indiferente
22	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	26	Indiferente
23	2	2	5	2	3	2	3	3	3	3	28	Indiferente
24	5	2	3	5	5	5	5	1	1	5	37	Positiva
25	2	4	2	4	1	4	3	3	3	3	29	Indiferente
26	4	3	2	1	1	4	4	4	4	3	30	Indiferente
27	4	5	2	1	2	4	4	5	2	1	30	Indiferente
28	4	4	2	4	2	4	4	2	2	2	30	Indiferente
29	4	3	4	2	3	3	2	2	3	3	29	Indiferente
30	5	2	5	5	5	5	1	2	5	1	36	Indiferente
31	5	3	5	2	3	4	5	2	3	2	34	Indiferente
32	1	2	1	2	1	3	2	1	4	3	20	Negativa

33	4	1	2	1	1	4	2	2	2	3	22	Negativa
34	2	4	3	5	1	2	3	2	2	3	27	Indiferente
35	3	2	2	2	2	2	5	3	2	5	28	Indiferente
36	5	1	2	5	3	2	5	2	5	1	31	Indiferente
37	4	1	1	1	1	1	4	3	2	3	21	Negativa
38	2	4	4	4	5	5	2	4	2	3	35	Indiferente
39	4	4	4	2	4	4	5	4	2	4	37	Positiva
40	5	3	1	1	3	3	5	1	2	2	26	Indiferente
41	5	3	2	4	2	3	4	2	3	4	32	Indiferente
42	1	3	3	3	1	3	5	3	3	4	29	Indiferente
43	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	20	Negativa
44	1	4	3	2	5	4	1	2	5	1	28	Indiferente
45	1	5	5	4	1	4	5	5	1	5	36	Indiferente
46	2	4	3	4	3	4	5	3	4	5	37	Positiva
47	3	3	4	5	5	4	5	3	3	5	40	Positiva
48	1	1	4	3	3	2	2	2	1	1	20	Negativa
49	2	2	1	3	3	2	2	5	2	3	25	Indiferente
50	2	3	1	2	1	2	2	3	3	2	21	Negativa
51	5	3	1	1	1	1	3	3	1	1	20	Negativa
52	2	5	2	5	2	2	3	3	5	2	31	Indiferente
53	1	2	2	1	5	4	5	3	2	1	26	Indiferente
54	3	3	3	4	1	3	4	4	3	3	31	Indiferente
55	3	3	3	4	1	3	4	4	3	3	31	Indiferente
56	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	36	Indiferente
57	3	5	3	1	1	5	5	2	2	3	30	Indiferente
58	1	3	2	1	3	3	3	3	3	2	24	Indiferente
59	1	1	2	1	1	1	5	1	1	5	19	Negativa
60	2	1	5	1	1	1	2	4	1	1	19	Negativa
61	3	5	1	1	1	2	2	4	5	1	25	Indiferente
62	3	5	1	2	3	2	2	4	3	1	26	Indiferente
63	2	3	1	4	3	3	2	3	3	1	25	Indiferente
64	2	3	1	4	3	2	3	2	3	1	24	Indiferente
65	3	2	5	2	3	2	5	2	3	1	28	Indiferente
66	5	4	3	5	3	4	5	4	3	2	38	Positiva

67	4	5	3	5	5	3	5	2	4	4	40	Positiva
68	5	4	1	3	3	3	4	2	1	1	27	Indiferente
69	1	2	3	1	2	2	2	3	2	1	19	Negativa
70	5	5	3	5	4	5	4	3	2	2	38	Positiva
71	1	4	5	1	3	3	5	1	2	5	30	Indiferente
72	3	4	3	2	2	3	4	3	3	3	30	Indiferente
73	4	4	2	1	2	3	4	2	2	3	27	Indiferente
74	2	1	1	1	1	1	2	5	1	2	17	Negativa
75	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4	36	Indiferente
76	3	4	2	4	1	3	3	3	3	3	29	Indiferente
77	1	2	2	4	3	3	4	4	3	2	28	Indiferente
78	3	4	3	3	3	2	4	4	3	4	33	Indiferente
79	2	3	1	2	2	4	2	2	3	2	23	Negativa
80	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	27	Indiferente
81	4	5	3	3	3	3	4	3	3	5	36	Indiferente
82	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	26	Indiferente
83	2	2	5	2	3	2	3	3	3	3	28	Indiferente
84	5	2	3	5	5	5	5	1	1	5	37	Positiva
85	2	4	2	4	1	4	3	3	3	3	29	Indiferente
86	4	3	2	1	1	4	4	4	4	3	30	Indiferente
87	4	5	2	1	2	4	4	5	2	1	30	Indiferente
88	4	4	2	4	2	4	4	2	2	2	30	Indiferente
89	4	3	4	2	3	3	2	2	3	3	29	Indiferente
90	5	2	5	5	5	5	1	2	5	1	36	Indiferente
91	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Negativa
92	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	4	Negativa
93	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	4	Negativa
94	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	Negativa
95	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	5	Negativa
96	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	4	Negativa
97	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	5	Negativa
98	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	5	Negativa
99	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	5	Negativa
100	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	4	Negativa

101	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Negativa
102	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	Negativa
103	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	Negativa
104	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	4	Negativa
105	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	Negativa
106	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	Negativa
107	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	Negativa
108	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Negativa
109	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Negativa
110	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	6	Negativa
111	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	Negativa
112	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	Negativa
113	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	6	Negativa
114	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	Negativa
115	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	4	Negativa
116	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3	Negativa
117	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	5	Negativa
118	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	Negativa
119	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Negativa
120	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	Negativa
121	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Negativa
122	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	Negativa
123	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Negativa
124	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Negativa
125	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3	Negativa
126	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	7	Negativa
127	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	6	Negativa
128	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	Negativa
129	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Negativa
130	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	7	Negativa
131	1	4	5	1	3	3	5	1	2	5	30	Indiferente
132	3	4	3	2	2	3	4	3	3	3	30	Indiferente
133	4	4	2	1	2	3	4	2	2	3	27	Indiferente
134	2	1	1	1	1	1	2	5	1	2	17	Negativa

135	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4	36	Indiferente
136	3	4	2	4	1	3	3	3	3	3	29	Indiferente
137	1	2	2	4	3	3	4	4	3	2	28	Indiferente
138	3	4	3	3	3	2	4	4	3	4	33	Indiferente
139	2	3	1	2	2	4	2	2	3	2	23	Negativa
140	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	27	Indiferente
141	4	4	2	4	5	4	2	4	2	4	35	Indiferente
142	1	4	1	1	2	2	3	2	2	2	20	Negativa
143	2	2	3	4	2	3	4	3	3	4	30	Indiferente
144	5	4	3	4	2	3	5	2	3	5	36	Indiferente
145	5	1	2	5	1	1	5	5	1	1	27	Indiferente
146	2	3	1	1	1	2	2	3	4	2	21	Negativa
147	4	1	1	1	1	1	5	1	4	1	20	Negativa
148	2	1	1	1	1	1	5	1	1	2	16	Negativa
149	2	3	4	4	2	1	4	1	3	4	28	Indiferente
150	5	1	2	2	1	2	4	2	3	4	26	Indiferente
151	4	5	3	3	3	3	4	3	3	5	36	Indiferente
152	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	26	Indiferente
153	2	2	5	2	3	2	3	3	3	3	28	Indiferente
154	5	2	3	5	5	5	5	1	1	5	37	Positiva
155	2	4	2	4	1	4	3	3	3	3	29	Indiferente
156	4	3	2	1	1	4	4	4	4	3	30	Indiferente
157	4	5	2	1	2	4	4	5	2	1	30	Indiferente
158	4	4	2	4	2	4	4	2	2	2	30	Indiferente
159	4	3	4	2	3	3	2	2	3	3	29	Indiferente
160	5	2	5	5	5	5	1	2	5	1	36	Indiferente
161	5	3	5	2	3	4	5	2	3	2	34	Indiferente
162	1	2	1	2	1	3	2	1	4	3	20	Negativa
163	4	1	2	1	1	4	2	2	2	3	22	Negativa
164	2	4	3	5	1	2	3	2	2	3	27	Indiferente
165	3	2	2	2	2	2	5	3	2	5	28	Indiferente
166	5	1	2	5	3	2	5	2	5	1	31	Indiferente
167	4	1	1	1	1	1	4	3	2	3	21	Negativa
168	2	4	4	4	5	5	2	4	2	3	35	Indiferente

169	4	4	4	2	4	4	5	4	2	4	37	Positiva
170	5	3	1	1	3	3	5	1	2	2	26	Indiferente
171	5	3	2	4	2	3	4	2	3	4	32	Indiferente
172	1	3	3	3	1	3	5	3	3	4	29	Indiferente
173	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	20	Negativa
174	1	4	3	2	5	4	1	2	5	1	28	Indiferente
175	1	5	5	4	1	4	5	5	1	5	36	Indiferente
176	2	4	3	4	3	4	5	3	4	5	37	Positiva
177	3	3	4	5	5	4	5	3	3	5	40	Positiva
178	1	1	4	3	3	2	2	2	1	1	20	Negativa
179	2	2	1	3	3	2	2	5	2	3	25	Indiferente
180	2	3	1	2	1	2	2	3	3	2	21	Negativa
181	5	3	1	1	1	1	3	3	1	1	20	Negativa
182	2	5	2	5	2	2	3	3	5	2	31	Indiferente
183	1	2	2	1	5	4	5	3	2	1	26	Indiferente
184	3	3	3	4	1	3	4	4	3	3	31	Indiferente
185	3	3	3	4	1	3	4	4	3	3	31	Indiferente
186	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	36	Indiferente
187	3	5	3	1	1	5	5	2	2	3	30	Indiferente
188	1	3	2	1	3	3	3	3	3	2	24	Indiferente
189	1	1	2	1	1	1	5	1	1	5	19	Negativa
190	2	1	5	1	1	1	2	4	1	1	19	Negativa
191	3	5	1	1	1	2	2	4	5	1	25	Indiferente
192	3	5	1	2	3	2	2	4	3	1	26	Indiferente
193	2	3	1	4	3	3	2	3	3	1	25	Indiferente
194	2	3	1	4	3	2	3	2	3	1	24	Indiferente
195	3	2	5	2	3	2	5	2	3	1	28	Indiferente
196	5	4	3	5	3	4	5	4	3	2	38	Positiva
197	4	5	3	5	5	3	5	2	4	4	40	Positiva
198	5	4	1	3	3	3	4	2	1	1	27	Indiferente
199	1	2	3	1	2	2	2	3	2	1	19	Negativa
200	5	5	3	5	4	5	4	3	2	2	38	Positiva
201	1	5	3	1	2	4	1	4	1	2	24	Indiferente
202	4	5	1	1	1	5	2	4	1	1	25	Indiferente

203	4	5	1	1	2	5	1	4	2	2	27	Indiferente
204	4	5	1	1	1	5	2	5	3	1	28	Indiferente
205	1	5	2	1	2	4	2	4	3	1	25	Indiferente
206	4	5	1	1	2	5	2	4	3	1	28	Indiferente
207	5	4	1	2	2	4	1	4	3	1	27	Indiferente
208	5	5	2	1	1	4	2	5	3	2	30	Indiferente
209	4	4	1	2	2	5	2	4	3	2	29	Indiferente
210	3	5	2	2	1	5	1	4	3	1	27	Indiferente
211	1	5	3	1	2	4	1	4	1	2	24	Indiferente
212	4	5	1	1	1	5	2	4	1	1	25	Indiferente
213	4	5	1	1	2	5	1	4	2	2	27	Indiferente
214	4	5	1	1	1	5	2	5	3	1	28	Indiferente
215	1	5	2	1	2	4	2	4	3	1	25	Indiferente
216	4	5	1	1	2	5	2	4	3	1	28	Indiferente
217	5	4	1	2	2	4	1	4	3	1	27	Indiferente
218	5	5	2	1	1	4	2	5	3	2	30	Indiferente
219	4	4	1	2	2	5	2	4	3	2	29	Indiferente
220	3	5	2	2	1	5	1	4	3	1	27	Indiferente
221	1	5	3	1	2	4	1	4	1	2	24	Indiferente
222	4	5	1	1	1	5	2	4	1	1	25	Indiferente
223	4	5	1	1	2	5	1	4	2	2	27	Indiferente
224	4	5	1	1	1	5	2	5	3	1	28	Indiferente
225	1	5	2	1	2	4	2	4	3	1	25	Indiferente
226	4	5	1	1	2	5	2	4	3	1	28	Indiferente
227	5	4	1	2	2	4	1	4	3	1	27	Indiferente
228	5	5	2	1	1	4	2	5	3	2	30	Indiferente
229	4	4	1	2	2	5	2	4	3	2	29	Indiferente
230	3	5	2	2	1	5	1	4	3	1	27	Indiferente
231	1	5	3	1	2	4	1	4	1	2	24	Indiferente
232	4	5	1	1	1	5	2	4	1	1	25	Indiferente
233	4	5	1	1	2	5	1	4	2	2	27	Indiferente
234	4	5	1	1	1	5	2	5	3	1	28	Indiferente
235	1	5	2	1	2	4	2	4	3	1	25	Indiferente
236	4	5	1	1	2	5	2	4	3	1	28	Indiferente

237	5	4	1	2	2	4	1	4	3	1	27	Indiferente
238	5	5	2	1	1	4	2	5	3	2	30	Indiferente
239	4	4	1	2	2	5	2	4	3	2	29	Indiferente
240	3	5	2	2	1	5	1	4	3	1	27	Indiferente
241	1	5	3	1	2	4	1	4	1	2	24	Indiferente
242	4	5	1	1	1	5	2	4	1	1	25	Indiferente
243	4	5	1	1	2	5	1	4	2	2	27	Indiferente
244	4	5	1	1	1	5	2	5	3	1	28	Indiferente
245	1	5	2	1	2	4	2	4	3	1	25	Indiferente
246	4	5	1	1	2	5	2	4	3	1	28	Indiferente
247	5	4	1	2	2	4	1	4	3	1	27	Indiferente
248	5	5	2	1	1	4	2	5	3	2	30	Indiferente
249	4	4	1	2	2	5	2	4	3	2	29	Indiferente
250	3	5	2	2	1	5	1	4	3	1	27	Indiferente
251	1	5	3	1	2	4	1	4	1	2	24	Indiferente
252	4	5	1	1	1	5	2	4	1	1	25	Indiferente
253	4	5	1	1	2	5	1	4	2	2	27	Indiferente
254	4	5	1	1	1	5	2	5	3	1	28	Indiferente
255	1	5	2	1	2	4	2	4	3	1	25	Indiferente
256	4	5	1	1	2	5	2	4	3	1	28	Indiferente
257	5	4	1	2	2	4	1	4	3	1	27	Indiferente
258	5	5	2	1	1	4	2	5	3	2	30	Indiferente
259	4	4	1	2	2	5	2	4	3	2	29	Indiferente
260	3	5	2	2	1	5	1	4	3	1	27	Indiferente
261	1	5	3	1	2	4	1	4	1	2	24	Indiferente
262	4	5	1	1	1	5	2	4	1	1	25	Indiferente
263	4	5	1	1	2	5	1	4	2	2	27	Indiferente
264	4	5	1	1	1	5	2	5	3	1	28	Indiferente
265	1	5	2	1	2	4	2	4	3	1	25	Indiferente
266	4	5	1	1	2	5	2	4	3	1	28	Indiferente
267	5	4	1	2	2	4	1	4	3	1	27	Indiferente
268	5	5	2	1	1	4	2	5	3	2	30	Indiferente
269	4	4	1	2	2	5	2	4	3	2	29	Indiferente
270	3	5	2	2	1	5	1	4	3	1	27	Indiferente

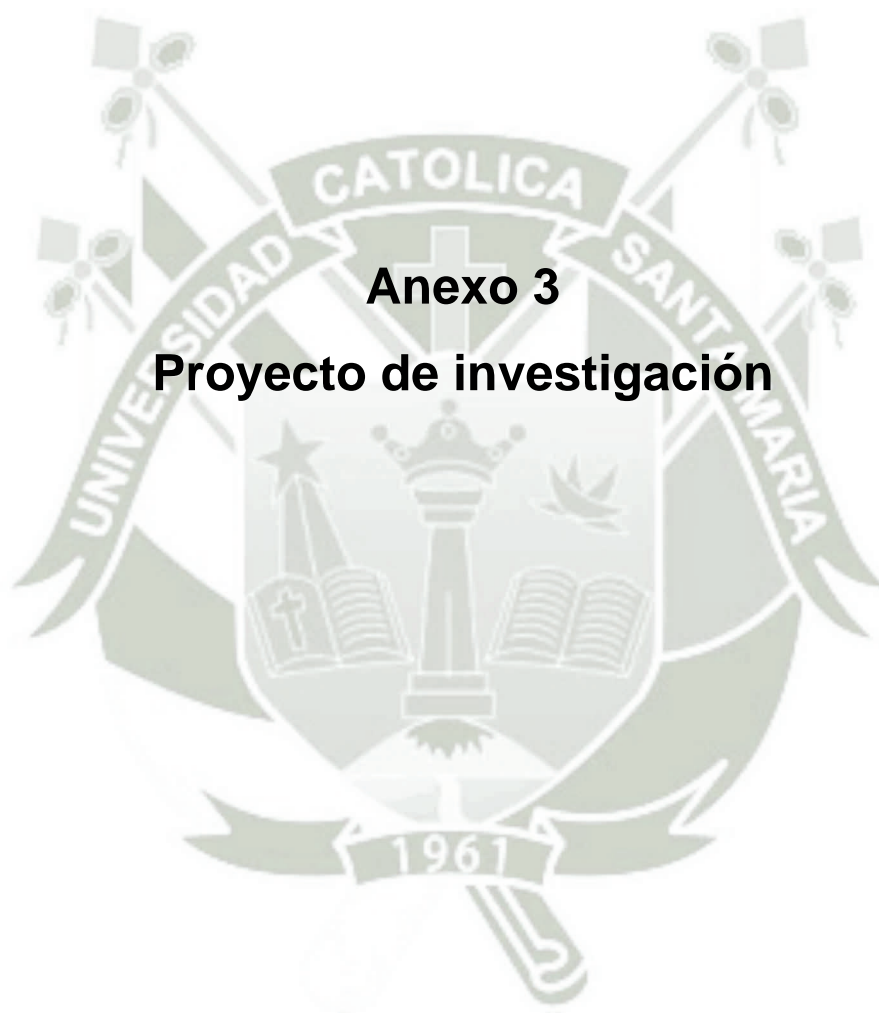
271	1	5	3	1	2	4	1	4	1	2	24	Indiferente
272	4	5	1	1	1	5	2	4	1	1	25	Indiferente
273	4	5	1	1	2	5	1	4	2	2	27	Indiferente
274	4	5	1	1	1	5	2	5	3	1	28	Indiferente
275	1	5	2	1	2	4	2	4	3	1	25	Indiferente
276	4	5	1	1	2	5	2	4	3	1	28	Indiferente
277	5	4	1	2	2	4	1	4	3	1	27	Indiferente
278	5	5	2	1	1	4	2	5	3	2	30	Indiferente
279	4	4	1	2	2	5	2	4	3	2	29	Indiferente
280	3	5	2	2	1	5	1	4	3	1	27	Indiferente
281	1	5	3	1	2	4	1	4	1	2	24	Indiferente
282	4	5	1	1	1	5	2	4	1	1	25	Indiferente
283	4	5	1	1	2	5	1	4	2	2	27	Indiferente
284	4	5	1	1	1	5	2	5	3	1	28	Indiferente
285	1	5	2	1	2	4	2	4	3	1	25	Indiferente
286	4	5	1	1	2	5	2	4	3	1	28	Indiferente
287	5	4	1	2	2	4	1	4	3	1	27	Indiferente
288	5	5	2	1	1	4	2	5	3	2	30	Indiferente
289	4	4	1	2	2	5	2	4	3	2	29	Indiferente
290	3	5	2	2	1	5	1	4	3	1	27	Indiferente
291	1	5	3	1	2	4	1	4	1	2	24	Indiferente
292	4	5	1	1	1	5	2	4	1	1	25	Indiferente
293	4	5	1	1	2	5	1	4	2	2	27	Indiferente
294	4	5	1	1	1	5	2	5	3	1	28	Indiferente
295	1	5	2	1	2	4	2	4	3	1	25	Indiferente
296	4	5	1	1	2	5	2	4	3	1	28	Indiferente
297	5	4	1	2	2	4	1	4	3	1	27	Indiferente
298	5	5	2	1	1	4	2	5	3	2	30	Indiferente
299	4	4	1	2	2	5	2	4	3	2	29	Indiferente
300	3	5	2	2	1	5	1	4	3	1	27	Indiferente
301	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
302	3	5	1	1	1	2	2	4	5	1	25	Indiferente
303	3	5	1	2	3	2	2	4	3	1	26	Indiferente
304	2	3	1	4	3	3	2	3	3	1	25	Indiferente

305	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
306	1	4	5	1	3	3	5	1	2	5	30	Indiferente
307	3	4	3	2	2	3	4	3	3	3	30	Indiferente
308	4	4	2	1	2	3	4	2	2	3	27	Indiferente
309	2	1	1	1	1	1	2	5	1	2	17	Negativa
310	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
311	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4	36	Indiferente
312	3	4	2	4	1	3	3	3	3	3	29	Indiferente
313	1	2	2	4	3	3	4	4	3	2	28	Indiferente
314	3	4	3	3	3	2	4	4	3	4	33	Indiferente
315	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
316	2	3	1	2	2	4	2	2	3	2	23	Negativa
317	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	27	Indiferente
318	4	4	2	4	5	4	2	4	2	4	35	Indiferente
319	1	4	1	1	2	2	3	2	2	2	20	Negativa
320	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
321	2	2	3	4	2	3	4	3	3	4	30	Indiferente
322	5	4	3	4	2	3	5	2	3	5	36	Indiferente
323	5	1	2	5	1	1	5	5	1	1	27	Indiferente
324	2	3	1	1	1	2	2	3	4	2	21	Negativa
325	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
326	4	1	1	1	1	1	5	1	4	1	20	Negativa
327	2	1	1	1	1	1	5	1	1	2	16	Negativa
328	2	3	4	4	2	1	4	1	3	4	28	Indiferente
329	5	1	2	2	1	2	4	2	3	4	26	Indiferente
330	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
331	4	5	3	3	3	3	4	3	3	5	36	Indiferente
332	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	26	Indiferente
333	2	2	5	2	3	2	3	3	3	3	28	Indiferente
334	5	2	3	5	5	5	5	1	1	5	37	Positiva
335	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
336	2	4	2	4	1	4	3	3	3	3	29	Indiferente
337	4	3	2	1	1	4	4	4	4	3	30	Indiferente
338	4	5	2	1	2	4	4	5	2	1	30	Indiferente

339	4	4	2	4	2	4	4	2	2	2	30	Indiferente
340	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
341	4	3	4	2	3	3	2	2	3	3	29	Indiferente
342	5	2	5	5	5	5	1	2	5	1	36	Indiferente
343	5	3	5	2	3	4	5	2	3	2	34	Indiferente
344	1	2	1	2	1	3	2	1	4	3	20	Negativa
345	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
346	4	1	2	1	1	4	2	2	2	3	22	Negativa
347	2	4	3	5	1	2	3	2	2	3	27	Indiferente
348	3	2	2	2	2	2	5	3	2	5	28	Indiferente
349	5	1	2	5	3	2	5	2	5	1	31	Indiferente
350	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
351	4	1	1	1	1	1	4	3	2	3	21	Negativa
352	2	4	4	4	5	5	2	4	2	3	35	Indiferente
353	4	4	4	2	4	4	5	4	2	4	37	Positiva
354	5	3	1	1	3	3	5	1	2	2	26	Indiferente
355	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
356	5	3	2	4	2	3	4	2	3	4	32	Indiferente
357	1	3	3	3	1	3	5	3	3	4	29	Indiferente
358	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	20	Negativa
359	1	4	3	2	5	4	1	2	5	1	28	Indiferente
360	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
361	1	5	5	4	1	4	5	5	1	5	36	Indiferente
362	2	4	3	4	3	4	5	3	4	5	37	Positiva
363	3	3	4	5	5	4	5	3	3	5	40	Positiva
364	1	1	4	3	3	2	2	2	1	1	20	Negativa
365	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
366	2	2	1	3	3	2	2	5	2	3	25	Indiferente
367	2	3	1	2	1	2	2	3	3	2	21	Negativa
368	5	3	1	1	1	1	3	3	1	1	20	Negativa
369	2	5	2	5	2	2	3	3	5	2	31	Indiferente
370	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	Indiferente
371	1	2	2	1	5	4	5	3	2	1	26	Indiferente
372	3	3	3	4	1	3	4	4	3	3	31	Indiferente

373	3	3	3	4	1	3	4	4	3	3	31	<i>Indiferente</i>
374	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	36	<i>Indiferente</i>
375	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	<i>Indiferente</i>
376	3	5	3	1	1	5	5	2	2	3	30	<i>Indiferente</i>
377	1	3	2	1	3	3	3	3	3	2	24	<i>Indiferente</i>
378	1	1	2	1	1	1	5	1	1	5	19	<i>Negativa</i>
379	2	1	5	1	1	1	2	4	1	1	19	<i>Negativa</i>
380	5	1	2	1	1	2	4	2	2	4	24	<i>Indiferente</i>
381	1	5	2	1	2	4	2	4	3	1	25	<i>Indiferente</i>
382	1	2	1	2	1	3	2	1	4	3	20	<i>Negativa</i>
383	4	3	4	2	3	3	2	2	3	3	29	<i>Indiferente</i>
384	2	4	4	4	5	5	2	4	2	3	35	<i>Indiferente</i>
385	1	5	5	4	1	4	5	5	1	5	36	<i>Indiferente</i>





Anexo 3

Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“Factores Socioculturales Asociados a las Actitudes Negativas
para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria en puérperas del
Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de
Arequipa, Diciembre 2016- Febrero 2017”**

Autor:

DERLY ALFREDO GARCÍA GARCÉS

Proyecto de Tesis para Optar el Título de
MÉDICO-CIRUJANO.

Asesor:

Dr. JOHN TURPO PRIETO

**Arequipa - Perú
2017**

II. PREÁMBULO

La población mundial experimenta un nivel de crecimiento acelerado que ha venido preocupando a diferentes disciplinas que van desde la economía, la salud pública, los gobiernos e incluso los medios de producción.

Una medida destinada a frenar el acelerado crecimiento poblacional en el Perú, sobre todo en zonas de bajos recursos, es la difusión de métodos anticonceptivos. Sin embargo, su aplicación puede enfrentar barreras culturales que pueden hacer difícil su puesta en práctica.

La AQV es un método anticonceptivo quirúrgico definitivo que tiene bajos riesgos, facilidad en su acceso sobre todo después del parto, y una seguridad que lo convierten en un método de anticoncepción útil en casos de familias numerosas en las que es necesario controlar la natalidad sea por los riesgos de nuevos embarazos en las madres o por otras razones en las que nuevos embarazos impongan una mayor carga familiar.

Sin embargo, esta intervención quirúrgica anticonceptiva ha sido puesta en tela de juicio por escándalos políticos, además de errores en su percepción como método seguro y exento de riesgos secundarios a diferencia de métodos hormonales, por lo que el conocer los factores que se relacionan hacia un conocimiento y percepciones negativas hacia este importante método en un hospital de referencia nivel III del Ministerio de Salud como el Hospital Honorio Delgado que atiende un gran sector poblacional del Sur del Perú puede ayudar a identificar estos factores negativos para diseñar estrategias de promoción que eleven la tasa de uso de este método.

III. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores socioculturales asociados a las actitudes negativas hacia la AQV en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Obstetricia
- Línea: Métodos anticonceptivos - AQV

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Variable dependiente			
Actitudes negativas	Puntaje alcanzado en el cuestionario de actitudes, según escala de Likert	Actitud negativa o indiferente (puntaje 1 a 3) Actitud positiva (puntaje 4 o 5)	Nominal
Variabes independientes			

Factores asociados	Edad	Años	De razón
	Estado civil	Soltera, Conviviente, Casada, Separada	Nominal
	Nivel de instrucción	Iletrado, primaria, secundaria, superior	Ordinal
	Ocupación	Ama de casa, estudiante, empleada, obrera, independiente	Nominal
	Religión	Católico, evangelista, adventista, testigo de Jehová, ateo, otros.	Nominal
	Fuente de información	Escuela, amigos, padres, personal de salud, medios de comunicación	Nominal
	Nivel de conocimientos sobre AQV	Conocimiento inadecuado, conocimiento adecuado	Nominal (De intervalo)

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son las actitudes hacia la AQV en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa?
2. ¿Cuáles son las características socioculturales de las puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa?
3. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la AQV en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa?
4. ¿Cuáles son los factores socioculturales asociados a las actitudes negativas hacia la AQV en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

e) **Nivel de investigación:** es un estudio observacional, prospectivo y transversal.

1.3. Justificación del problema

La promoción de la anticoncepción es uno de los componentes de los programas de salud a nivel nacional, y la AQV es un método definitivo que puede contribuir a mejorar la salud reproductiva y la calidad de vida de familias que han alcanzado el número deseado de

hijos; sin embargo se han observado actitudes negativas hacia el método, y no se ha encontrado estudios que establezcan los factores socioculturales asociados a su percepción negativa en nuestro medio, por lo que el estudio es **original**.

Tiene **relevancia científica** ya que se aplican principios anatómicos en la promoción a la población de métodos anticonceptivos. Tiene **relevancia práctica** porque identificará factores que pueden influir en la percepción negativa y potencial rechazo del método en familias que cumplen criterios para el método, y corregirlos. Al beneficiar a un grupo definido de la población asegurando una adecuada salud reproductiva y la accesibilidad a los medios y recursos necesarios para la crianza de los hijos y el desarrollo familiar, cumple una **relevancia social**.

El estudio es **contemporáneo**, ya que la salud sexual y reproductiva y la promoción de métodos de planificación familiar son parte de las políticas de salud del Estado.

El estudio es **factible** por no demandar un costo excesivo, y por contar con una población de estudio amplia con interés por la educación.

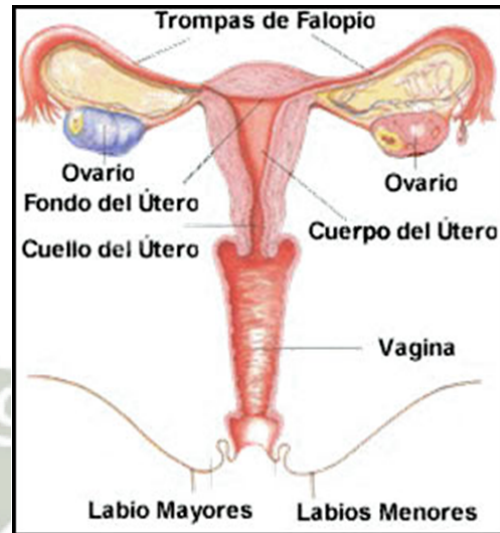
Cumple la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la gineco-obstetricia.

Además, al generar nuevos conocimientos para el desarrollo de investigaciones futuras y la aplicación de sus resultados, tiene una importante **contribución académica**. Además, se cumplen las **políticas de investigación** de la universidad por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina.

MARCO CONCEPTUAL

2.1 Anatomía relevante

Las trompas de Falopio, también llamadas oviductos, son dos conductos que unen cada uno de los ovarios con el útero. Su función es transportar el óvulo, desde que sale del ovario, en su camino hacia el útero. En el caso de haber fecundación, ésta por lo general se produce dentro de la trompa de Falopio, en su tercio proximal o ampolla.



Cada trompa tiene una longitud de aproximadamente 10 cm y un ancho de 2 o 4 milímetros. Se pueden distinguir tres zonas principales:

- a) El infundíbulo. Es la zona más próxima al ovario. Tiene forma de embudo, y en su extremo tiene fimbrias (delgadísimos tentáculos) que se encargan de captar el óvulo en el momento en que sale del folículo maduro, y lo guían hacia el interior de la trompa.
- b) La ampolla. Esta zona constituye dos tercios de la longitud total de la trompa de Falopio. En su interior posee células ciliadas que ayudan a avanzar al óvulo hacia la matriz uterina.
- c) El istmo. Es una zona más estrecha, cuando la trompa llega a la parte superior lateral del útero, se hace más fina.

Las paredes de las trompas, están formadas por tres capas de tejido:

- a) La capa mucosa, que contiene células ciliadas (que ayudan al óvulo a avanzar hacia el ovario) y células secretoras, que secretan sustancias nutritivas para el óvulo.
- b) Capa muscular: De músculo liso; se pueden distinguir dos subcapas, la más interna y gruesa, de músculo liso circular, y la más externa y fina, de músculo liso longitudinal. Los movimientos peristálticos de estos músculos también colaboran en el avance del ovario hacia el útero.
- c) Capa serosa: las trompas están cubiertas por fuera por una capa de mesotelio que forma un meso que las une al cuerpo del útero.

En el pasaje del ovulo hacia la cavidad del útero tiene un rol importante la vibración ciliar y los movimientos peristálticos de la musculatura anular y longitudinal de la misma. (1,2)

1.4. Bloqueo tubario bilateral

La técnica en cuestión se efectúa al ocluir o seccionar las trompas de Falopio para evitar el paso del óvulo y, con ello, la fecundación. Según el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), el 27% de los matrimonios estadounidenses prefiere este método. En promedio, 50% de las esterilizaciones tubarias se llevan a cabo junto con la cesárea o poco después del parto vaginal, situación por la cual ha recibido el nombre de esterilización puerperal. El otro 50% de las técnicas de esterilización tubaria se hace en una fecha sin relación con el embarazo reciente, es decir, no son puerperales; a tal método se le ha llamado esterilización de intervalo. En muchos casos, la

esterilización no puerperal se realiza por medio de laparoscopia o histeroscopia. (2, 3,4)

1.4.1. Métodos para interrupción tubaria.

Se conocen tres métodos, junto con sus modificaciones para la interrupción tubaria; comprenden la aplicación de diversos anillos o clips permanentes en las trompas de Falopio; la electrocoagulación de un segmento de la trompa o la ligadura con material de sutura con ablación (o sin ella) de un segmento tubario.

Se ha visto que todas las técnicas mencionadas son eficaces y evitan el embarazo. La electrocoagulación se utiliza para destruir un segmento de la trompa y tal técnica se practica con corriente unipolar o bipolar. La coagulación unipolar tiene la tasa más pequeña de ineficacia a largo plazo, pero posee la tasa más alta de complicaciones graves y, por esta razón, muchos cirujanos se inclinan por la coagulación bipolar.

Los métodos mecánicos de oclusión tubaria se llevan a cabo con:

- 1) una banda de caucho siliconizado, como el anillo Falope o el anillo tubario;
- 2) el clip con resorte Hulka-Clemens, conocido también como Clip Wolf o
- 3) el clip de titanio recubierto de silicona Filshie.

Las tasas de inocuidad y fallo anuales con el anillo tubario y el clip Filshie son similares, de 1.7 por 1 000 mujeres. Todos los métodos mecánicos de oclusión tienen una tasa favorable de buenos resultados a largo plazo. (3,4)

1.4.2. Métodos quirúrgicos.

La ligadura tubaria por laparoscopia es el método principal usado en Estados Unidos para esterilizar a no púerperas; por lo regular, se efectúa en un entorno quirúrgico ambulatorio, con anestesia general y la mujer es dada de alta horas después.

Como otra posibilidad, algunas eligen la minilaparotomía con una incisión suprapúbica de 3 cm; esta técnica tiene gran aceptación en países con pocos recursos. Con la laparoscopia o la minilaparotomía, pocas veces hay complicaciones graves. Sin embargo, las complicaciones menores mostraron una frecuencia del doble en el caso de la minilaparotomía.

Por último, es posible penetrar en la cavidad peritoneal por medio de una colpotomía en el fondo de saco posterior de la vagina, aunque tal vía de acceso no se usa mucho.

El estudio estadístico de la fiabilidad de la laparoscopia comparada con la esterilización histeroscópica sirve como una opción que presenta ventajas y beneficios para los pacientes como una técnica mínimamente invasiva.

Acerca de la histerosalpingografía después de la esterilización tubarica es importante que el personal de salud entienda el rol fundamental que desempeña la histerosalpingografía(HSG) en cualquier procedimiento de

esterilización de trompas histeroscópico, el propósito de este estudio es realizar una HSG tres meses después de la realización de la esterilización de las trompas para ver algún factor que interfiera en la realización de dicho procedimiento.(5,6)

La esterilización transcervical es una alternativa mínimamente invasiva y muy beneficiosa a diferencia de la cirugía laparoscópica no es necesario un quirófano y requiere de menos anestesia, además la recuperación es más corta. (7)

La tendencia de la esterilización tubaria desde la introducción de la histeroscopia en el hospital de mujeres de Hutzel, Hospital Sinai-Grace y el centro Berry se produjo una disminución de las esterilizaciones por laparoscopia realizadas después del parto vaginal. (8)

Respecto a la fiabilidad de la laparoscopia comparada con la esterilización histeroscópica al año se observó que las pacientes que eligen la primera opción tienen una tasa mayor de éxito en dicho procedimiento dentro de un año, sin embargo debe considerarse el riesgo de embarazo posterior y la esterilización fallida(9)

En un estudio de un instituto de esterilización se indica que la esterilización por histeroscopia resulta más rentable que la vía laparoscópica. (10)

El riesgo de embarazo posterior a la esterilización histeroscópica se puede reducir realizando una prueba de embarazo en día del procedimiento

además de instruir al paciente en regresar a consulta para realizar un seguimiento. (11)

Se ha demostrado que el uso de anestesia local durante la ligadura de trompas por vía laparoscópica reduce sustancialmente el dolor hasta ocho horas posterior a la cirugía. (12)

Teniendo en cuenta que son datos limitados no se recomienda el uso de dicho clip durante el periodo postparto. (13)

1.5.Indicaciones y contraindicaciones

La cirugía de ligadura de trompas está indicada a todas aquellas mujeres que quieran un método de contracepción permanente y que no tengan ninguna enfermedad ginecológica que impida la realización de esta cirugía o que obligue a realizar una operación distinta. Dicho procedimiento también está indicado para mujeres en las cuales el embarazo sería un riesgo medico alto.

Las indicaciones para utilizar esta técnica planificada incluyen la solicitud de esterilización con el conocimiento preciso de que será permanente e irreversible. Es importante orientar a cada mujer en relación con otras opciones para evitar el embarazo.

La mujer adecuada para recibir la ligadura de trompas debe haber tomado la decisión por ella misma, sin coacciones externas, y conociendo otras opciones de contracepción respetando los criterios establecidos por resolución ministerial y/o por la ley. (14)

Contraindicaciones de la ligadura de trompas: La ligadura de trompas se considera una técnica de contracepción irreversible, aunque puede ser

reversible por otra cirugía de unión de trompas o se puede conseguir la concepción mediante fecundación in vitro, pero el resultado dista mucho de la fertilidad con las trompas intactas. Por todo ello, no está indicada para aquellas mujeres que no estén seguras de querer la esterilización permanente.

Los riesgos quirúrgicos se valoran y, en ocasiones, la técnica puede estar contraindicada.

Arrepentimiento. De modo invariable, hay pacientes que más adelante expresan su arrepentimiento de haberse esterilizado. A los cinco años, 7% de mujeres en quienes se había practicado la ligadura de trompas mostró arrepentimiento; lo anterior no se limita a la esterilización de la mujer, porque 6% de aquellas cuyo esposo se sometió a la vasectomía también señaló remordimiento. La probabilidad acumulativa de arrepentimiento en un lapso de 14 años de esterilización fue de 20% para pacientes ≤ 30 años en el momento de la esterilización, en comparación con sólo 6% para quienes eran mayores de esa edad. (14,15)

1.6. Falla del método.

No siempre se manifiestan las causas por las cuales son ineficaces los métodos de esterilización tubaria “de intervalo”, aunque algunas se han identificado. En primer lugar, puede haber error quirúrgico y quizá abarca 30 a 50% de los casos.

En segundo término, la fístula tubaria tal vez complique los métodos de oclusión. Las fístulas, a pesar de que suelen identificarse con técnicas de

electrocoagulación, actualmente no son tan frecuentes porque se usa de manera sistemática un amperímetro. En algunos casos, la ineficacia del método puede notarse por la reanastomosis espontánea de los segmentos tubarios; el problema también puede surgir por deficiencias de equipo, como la corriente eléctrica defectuosa para la electrocoagulación. En el caso de clips ineficaces, la oclusión es incompleta. Por último, quizás haya un embarazo en fase luteínica y esto es ejemplo de la situación en la que una mujer estaba ya embarazada cuando se llevó a cabo la técnica; tal vez se evite tal eventualidad al programar la cirugía durante la fase folicular del ciclo menstrual y antes de dicha intervención debe cuantificarse la gonadotropina coriónica humana.

La tasa de ineficacia global conocida a través de diversos estudios fue de 1.3% en 10685 esterilizaciones tubarias. Las tasas varían con diferentes técnicas e incluso con la misma cirugía las tasas de ineficacia varían. Por ejemplo, en el caso de la electrocoagulación, si el cirujano coagula menos de tres sitios en las trompas, el índice quinquenal acumulativo de embarazo es de unos 12 por 1000 métodos. Sin embargo, si hubo coagulación de tres o más sitios, dicho índice será sólo de 3 por 1000. Las cifras mayores de ineficacia acumulativa durante toda la vida, con el paso del tiempo indican con certeza que la ineficacia después de un año quizá no provino de errores técnicos. (14,15)

1.7. Complicaciones

Acorto plazo, se pueden presentar complicaciones propias del abordaje quirúrgico, como infección de herida, sangrado o dehiscencia. Pero son

importantes las complicaciones a largo plazo derivadas de la acción sobre la trompa. (13)

1.7.1. Embarazo ectópico.

Los embarazos que aparecen después de la esterilización tubaria muestran una elevada incidencia de implantación ectópica, en comparación con la tasa observada en la población general de mujeres. Las tasas son especialmente grandes después de métodos de electrocoagulación, en los cuales incluso 65% de los embarazos son ectópicos. Al haber ineficacia después de otros métodos (anillo, clip, extirpación tubaria), el porcentaje sería sólo de 10%. Como dato importante, habrá que descartar embarazo ectópico cuando aparezca cualquiera de las manifestaciones de la preñez en una mujer a quien se ha realizado esterilización tubaria. (16)

1.7.2. Irregularidades menstruales.

Algunos estudios han valorado el riesgo de menorragia y goteo intermenstrual después de esterilización tubaria y en muchos no se ha señalado vínculo alguno. Los riesgos de menorragia, goteo intermenstrual y dismenorrea fueron similares a pacientes no sometidas a cirugía. Como un dato tal vez inesperado, las mujeres a las que se practicó la esterilización refirieron una menor duración y volumen más reducido del sangrado menstrual y señalaron menos dismenorrea, pero tuvieron una mayor incidencia de irregularidad de ciclos menstruales.

1.7.3. Otros efectos.

Se han estudiado otros efectos a largo plazo y no hay consenso en cuanto a si aumentan los riesgos de la histerectomía ulterior. El 17% de mujeres a quienes se realizó esterilización tubaria más adelante fueron objeto de histerectomía, en un lapso de 14 años. No obstante, las indicaciones para histerectomía fueron similares a las de mujeres no esterilizadas en quienes se había practicado dicho método.

Es muy poco probable que surja salpingitis después de la esterilización. La esterilización tubaria al parecer brinda un efecto protector contra el cáncer de ovario, pero no contra el de mama. La incidencia de quistes ováricos funcionales aumenta casi al doble después de la esterilización tubaria.

En cuanto a secuelas psicológicas de la esterilización, se ha descrito que no cambió el interés ni el placer sexuales en 80% de las mujeres. En el 20% restante de aquellas que indicaron un cambio, 8 de 10 describieron que era positivo. (17)

1.8. Reversión de la esterilización tubaria.

No debe someterse a esterilización tubaria a ninguna mujer si piensa que tiene la seguridad de que recuperará su fecundidad por medio de reanastomosis quirúrgica o por técnicas de reproducción asistida. Son métodos difíciles desde el punto de vista técnico, costosos y no siempre se obtienen

buenos resultados con ellos. Las tasas de embarazo varían enormemente con la edad, el tramo de trompa residual y los recursos tecnológicos utilizados. Las tasas de embarazo varían de 45 a 90% con las “reversiones” quirúrgicas. Sin embargo, si se hace neosalpingostomía para reversión de la fimbriectomía, las tasas de embarazo logradas es sólo de 30%. Como aspecto destacable, existe el riesgo de que el embarazo que es consecuencia de reanastomosis tubaria posesterilización sea ectópico.

Por otro lado la anastomosis tubarica laparoscopica podría ser una alternativa a la laparotomía para la reversión de la esterilización tubarica, podríamos así reducir el tiempo de operación y mejorar la tasa de embarazo.
(18)

2.7 Esterilización forzada en 200 000 mujeres indígenas ordenado por en el gobierno de Fujimori

La investigación precisa que entre 1996 y 2000 se realizaron 215.227 ligaduras de trompas, con la idea de un plan de salud pública, sin embargo no tenían el objetivo de prevenir epidemias, sino que disminuya el número de nacimientos en los sectores con menos recursos económicos del Perú. Se captó personas bajo presiones, amenazas e incentivos como la entrega de alimentos gratuitos, sin informarles sobre el procedimiento quirúrgico(ligadura de trompas) que se les realizaría, lo que impidió que tomaran una decisión realmente informada.

En el informe de Juan Súccar, presidente de la comisión investigadora, se menciona que todas las personas que fueron sometidas a dicha intervención quirúrgica, recibieron la promesa de entrega de alimentos por parte del estado, así como incentivos económicos , pero las que se negaran a dicho

procedimiento no se les atendería en los diferentes establecimientos de salud tanto para la madre como para sus hijos .Como ejemplo tenemos a la señora Rute Zúñiga, quien paso por esta esterilización forzada, ella es actualmente la presidenta de las victimas sometidas a esterilización forzada en el Perú, en una entrevista conto que las enfermeras y los médicos las obligaban a que se realicen la ligadura de trompas, las buscaban y las llevaban a la fuerza, nunca ellas aceptaron dicha intervención, ni fueron informadas sobre este procedimiento, solo recibían amenazas de quitarles sus derechos a la salud como peruanas, todo esto trajo consecuencias graves en dichas poblaciones como el rechazo a dicho procedimiento pero de manera informada y en la persona que amerite dicha intervención.(19)

Los casos investigados por la defensoría del pueblo sobre la anticoncepción quirúrgica voluntaria concluyeron que toda persona tiene el derecho a decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos, recogidos por el artículo 2 de la constitución, donde se indica que tanto hombres como mujeres tieneN libre decisión sobre que método anticonceptivo utilizar incluyendo los definitivos como la AQV(20)

3 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1 **Autor:** Bernedo GD.¹⁷

Título: *Conocimientos sobre métodos anticonceptivos para planificación familiar en adolescentes atendidos en el Hospital Aplao, 2013.*

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, 2014.

Resumen: Se encuestaron 200 adolescentes, el 49% varones y 51% mujeres, con edad predominante de 16 años (35%). El 90,50% de casos fueron solteros, 7,50% eran convivientes, y 2% eran separados. Un 2.50% de adolescentes tienen hijos y que 3% de adolescentes tuvo un embarazo previo. El 79% de casos recibió información sobre métodos anticonceptivos en el colegio, 55.50% lo hizo de sus padres, 43.50% lo hizo en el centro de Salud; en 33.50% de casos la fuente fue un profesional de la salud. Acerca de los métodos naturales; el 66.50% de casos conoce al menos un método, el 53% de encuestados conoce los métodos de barrera, el 25% de casos conoce los métodos anticonceptivos orales, 58% conoce acerca de los métodos hormonales inyectables. El conocimiento de métodos intrauterinos fue adecuado en 64% de encuestados y 85.50% conoce acerca de los métodos definitivos. Se estableció que 41,50% de adolescentes encuestados tiene un conocimiento deficiente de los métodos, 38.50% muestra un conocimiento regular, y un 20% de encuestados tiene un nivel de conocimiento bueno.

A nivel nacional

3.2 **Autor:** Tang LE; Krentel H, Kong-Wong VP.¹⁸

Título: Embarazo cornual después de salpingectomía: reporte de un caso inusual.

Fuente: Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57: 273-276

Resumen: El embarazo ectópico es una patología frecuente de encontrar para el ginecoobstetra, siendo posible que dicho embarazo tenga una diversidad de lugares de desarrollo extrauterino, algunas de ellas ni sospechadas. Se presenta un caso de embarazo ectópico cornual (muñón) con ausencia de trompa, debido a salpingectomía un año antes por otro ectópico y evidencia de ovulación por el ovario contralateral (presencia de cuerpo lúteo), incluyendo la trompa de este lado intacta, que lo convierte en un embarazo abdominal. Se realizó la resección del trofoblasto por laparoscopia, corroborando la patología el diagnóstico de embarazo ectópico. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

A nivel internacional

3.3 **Autor:** Ciarmatori S.¹⁹

Título: Políticas poblacionales, métodos anticonceptivos y ligadura tubaria: puntos en común de una larga historia.

Fuente: Revista de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción, 2013; 9(2): 53-61

Resumen: La ligadura tubaria es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados en el mundo, de altísima eficacia anticonceptiva. Es un método

seguro y cómodo para toda mujer que desee una anticoncepción de carácter permanente. A pesar de ello, en muchas partes del planeta ha existido (o existe aún) cierta resistencia a su incorporación entre las alternativas anticonceptivas. Es probable que este método anticonceptivo haya sido estigmatizado debido a que en un momento histórico fue utilizado como instrumento de las políticas eugenésicas. En esta revisión se analizaron los aspectos históricos del uso de la ligadura tubaria a nivel mundial, y en la segunda parte, se describe la influencia de las políticas poblacionales sobre la aceptación de los métodos anticonceptivos, el impacto de las corrientes eugenésicas durante el siglo XX en Argentina, y el debate en torno a la implementación de los programas de anticoncepción y la ligadura tubaria.

4 Objetivos.

4.1 General

Identificar los factores socioculturales asociados a las actitudes negativas hacia la AQV en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa.

4.2 Específicos

- 1) Identificar las actitudes hacia la AQV en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa.
- 2) Describir las características socioculturales de las puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa.

- 3) Establecer el nivel de conocimientos sobre la AQV en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa.
- 4) Establecer los factores socioculturales asociados a las actitudes negativas hacia la AQV en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa.

5 Hipótesis

Dado que la AQV es un método definitivo de planificación familiar y que su aceptación en nuestro medio está asociada a diferentes factores.

Es probable que la presencia de factores socioculturales, religiosos y nivel de conocimiento influyan de manera significativa en la presencia de actitudes negativas hacia la AQV en mujeres.

III PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos sociodemográficos (Anexo 1), y en una encuesta de conocimientos y actitudes hacia la AQV (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural durante los meses de enero y febrero del 2017.

2.3. **Unidades de estudio:** Mujeres púerperas con parto atendido en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.4. **Población:** Total de mujeres púerperas con parto atendido en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: Se calculó un tamaño de muestra mediante la fórmula para muestreo de proporciones en un grupo finito no conocido:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño mínimo de muestra

Z α = coeficiente de confiabilidad para precisión del 95% = 1.96

p = proporción de actitudes negativas hacia la AQV; al no conocerse se establece como máximo = 0.50

$$q = 1 - p$$

E = error absoluto, establecido en 5% = 0.05

Por lo tanto: $n = 384.16 \approx 385$ casos.

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**
 - Madres multiparas
 - Participación voluntaria en el estudio

- ♦ **Criterios de Exclusión**
 - Mujeres iletradas que no sepan leer o escribir
 - Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán las coordinaciones con la Dirección del Hospital y la jefatura del servicio de Obstetricia para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se contactará a las mujeres que hayan dado a luz que cumplan los criterios de selección, y se les solicitará su participación en la investigación; se aplicarán una ficha de datos y un cuestionario de conocimientos y actitudes acerca de la ligadura tubaria. Se permanecerá cerca para aclarar dudas y recabar las fichas de estudio.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

- a) Humanos
 - Investigador, asesor.
- b) Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

El cuestionario de conocimientos y de actitudes será sometido a **validación de contenido** con la ayuda del tutor, para asegurar que el contenido de la encuesta abarque todos los aspectos necesarios de la AQV; luego será

aplicado en una prueba piloto a 20 mujeres para realizar la **validación de constructo** y su **validez predictiva**, estableciendo los puntos de corte y su confiabilidad a través del cálculo de coeficiente de Cronbach.

Las preguntas de conocimiento sobre AQV serán tipo cerrado de opción múltiple, y se calificará en base a la escala vigesimal, considerando un conocimiento inadecuado al malo (0 a 10 puntos) y adecuado al conocimiento regular (11 a 13 puntos), bueno (14 a 16 puntos) o muy bueno (17 a 20 puntos).

Las actitudes hacia la AQV se formularán en escala de Likert, que se valorarán según cinco parámetros, del 1 al 5, siendo inadecuado los puntajes de 1-2 (negativas) y 3 (indiferente) y adecuado los puntajes de 4 y 5 (positivas).

3.4. Criterios para el manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

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

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio, mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar) para variables numéricas; las variables categóricas se muestran como frecuencias absolutas y relativas. La comparación de variables categóricas se realizará con la prueba chi cuadrado y la asociación univariada se estimará mediante el cálculo del odds ratio con intervalos de confianza al 95%; se incluirán los factores univariados identificados como significativos en un modelo multivariado de regresión logística. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Diciembre 16				Enero 17				Febrero 17			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												

3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 01 de Diciembre 2016

Fecha probable de término: 28 de Febrero 2017

V. Bibliografía Básica

- 23)Schwarcz R. Capiyulo 1. Obstetricia. 1st ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.
- 24)Hoffman BL(Ed). Capítulo 5. Métodos anticonceptivos y esterilización. En: Williams Ginecologia, 2da edición. McGraw-Hill Education, México. 2012
- 25)Chan LM, Westhoff CL: Tubal sterilization trends in the United States. Fertil Steril 2010;94(1):1
- 26)Nardin JM, Kulier R, Boulvain M. Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation. Cochrane Database Syst Rev, 2003; 4:CD003034
- 27)Garipey AM, Creinin MD, Schwarz EB, et al: Reliability of laparoscopic compared with hysteroscopic sterilization at 1 year: a decision analysis. Obstet Gynecol, 2011; 118(2 Pt 1):273
- 28)American College of Obstetricians and Gynecologists: Hysterosalpingography after tubal sterilization. Committee Opinion, 2010;458

- 29)Castaño PM, Adekunle L: Transcervical sterilization. *Semin Reprod Med*, 2010; 28(2):103
- 30)Shavell VI, Abdallah ME, Shade GH Jr, et al: Trends in sterilization since the introduction of Essure hysteroscopic sterilization. *J Minim Invasive Gynecol*, 2009; 16(1):22
- 31)Gariepy AM, Creinin MD, Schwarz EB, Smith KJ. Reliability of laparoscopic compared with hysteroscopic sterilization at 1 year: a decision analysis. *Obstet Gynecol*. 2011 Aug. 118(2 Pt 1):273-9.
- 32)Levie MD, Chudnoff SG. Office hysteroscopic sterilization compared with laparoscopic sterilization: a critical cost analysis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2005 Jul-Aug. 12(4):318-22.
- 33)Veersema S, Vleugels MPH, Moolenaar LM, et al: Unintended pregnancies after Essure sterilization in the Netherlands. *Fertil Steril*, 2010; 93(1):35
- 34)Harrison MS, DiNapoli MN, Westhoff CL. Reducing postoperative pain after tubal ligation with rings or clips: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2014 Jul. 124(1):68-75.
- 35)Rodriguez MI, Edelman AB, Kapp N. Postpartum sterilization with the titanium clip: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2011 Jul. 118(1):143-7.
- 36)Instituto chileno de medicina reproductiva ¿qué y cuáles son los métodos anticonceptivos. Disponible en :
http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que_y_cuales_son_m et_antic_02_05_2011.pdf

- 37) Bernedo GD. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos para planificación familiar en adolescentes atendidos en el Hospital Aplao, 2013.
- 38) Tang LE; Krentel H, Kong-Wong VP. Embarazo cornual después de salpingectomía: reporte de un caso inusual. Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57: 273-276
- 39) Costello, C, Hillis S, Marchbanks P, et al: The effect of interval tubal sterilization on sexual interest and pleasure. Obstet Gynecol, 2002; 100:3
- 40) Cha SH, Lee MH, Kim JH, et al: Fertility outcome after tubal anastomosis by laparoscopy and laparotomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 2001; 8:348
- 41) Así fueron las esterilizaciones forzadas que ahora son asunto de interés nacional en Perú - BBC Mundo [Internet]. BBC Mundo. 2017 [cited 8 Febrero 2017]. Disponible en:
http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/11/151108_esterilizaciones_forzadas_historias_interes_nacional_peru_bm
- 42) Ciarmatori S. Políticas poblacionales, métodos anticonceptivos y ligadura tubaria: puntos en común de una larga historia. Revista de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción, 2013; 9(2): 53-61

VI. Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Sección I: Datos de la paciente

Edad: _____ Años

Estado civil: Soltera Conviviente Casada Separada

Nivel de instrucción: Iltrado primaria secundaria superior

Ocupación: Ama de casa Estudiante Empleada Obrera

Independiente

Religión: Católica evangelista adventista testigo de Jehová atea

Otra _____

Fuente de información sobre la ligadura de trompas: Escuela amigos padres

personal de salud medios de comunicación

Sección II: Conocimientos sobre la ligadura de trompas

A continuación, encontrará algunas preguntas de conocimiento sobre la ligadura de trompas.

Conteste TODAS las preguntas, marcando solo una de las alternativas que considere correcta.

11. La ligadura de trompas consiste en:
 - a) La extirpación de las trompas de Falopio
 - b) El corte y bloqueo de las dos trompas uterinas**
 - c) Se amarran con hilos quirúrgicos las trompas uterinas
 - d) La extirpación de los ovarios para no tener más hijos

12. La ligadura de trompas es un método quirúrgico que es
 - a) Definitivo**
 - b) Se puede revertir retirando las suturas
 - c) Es temporal
 - d) Se puede regresar a lo normal en cualquier momento que decida

13. La técnica para la ligadura de trompas consiste en:
 - a) Se opera por un corte grande en el abdomen (laparotomía)
 - b) Se puede operar por cirugía laparoscópica**
 - c) Se opera siempre a través del cuello uterino

14. La indicación más adecuada para la ligadura tubaria es:
 - a) Cuando se tienen más de 4 hijos
 - b) Cuando la pareja decide que tiene los hijos que desea**
 - c) Cuando la madre tiene una enfermedad grave
 - d) Cualquier mujer puede hacerse

15. El momento adecuado para la ligadura de trompas es:
 - a) Cualquier momento después del último parto**
 - b) Luego del parto por cesárea
 - c) Durante la regla
 - d) Dentro de los 6 meses luego del parto

16. Las posibles complicaciones de la ligadura de trompas son:
- Riesgo de cáncer de útero u ovario
 - Riesgo de infección de las trompas
 - Riesgo de embarazo ectópico**
 - No tiene ningún riesgo
17. Un efecto de la ligadura de trompas puede ser:
- Aumento del riesgo de infecciones
 - Suspensión de la regla
 - Irregularidad menstrual**
 - Aumento de peso
18. En caso de arrepentirse de la ligadura de trompas, puedo
- Se puede intentar una cirugía de recanalización**
 - Ya no puede recuperarse la capacidad de embarazo
 - Se puede tratar con corticoides
 - Se usan inyecciones en las trompas
19. Una opción para volver a embarazarse luego de la ligadura de trompas es:
- Se puede tomar tratamiento hormonal
 - Ya no se puede hacer nada
 - Se puede intentar una fertilización asistida con implantación de embriones**
 - Se puede donar óvulos y buscar un "vientre de alquiler"
20. La posibilidad de falla del método de la ligadura es:
- Es 100% seguro
 - Depende de la edad de la madre
 - Es muy bajo, menos del 1%**
 - Puede llegar a 10% de mujeres operadas

Sección III: Actitudes hacia la ligadura tubaria

Cada una de las siguientes afirmaciones expresa un sentimiento o actitud hacia la ligadura de trompas. Marque la letra que mejor se acomode a la actitud que USTED tomaría:

- TA: Totalmente de acuerdo
- A: De Acuerdo
- I: Indiferente
- D: En desacuerdo
- TD: Totalmente en desacuerdo

Actitud	TD	D	I	A	TA
1. Me haría la ligadura si conociera otras opciones y lo decidiera libremente					
2. Me asusta la ligadura porque aumenta el riesgo de cáncer de ovario					
3. Si cambio de pareja y decido tener hijos, es fácilmente reversible					
4. No apoyo la ligadura de trompas porque se hace sin consentimiento de las mujeres					
5. La ligadura de trompas favorece que mi pareja me sea infiel					
6. Con la ligadura de trompas se me acelera la menopausia					
7. La ligadura de trompas es un método útil para todas las mujeres					
8. La ligadura de trompas es exclusiva luego del parto por cesárea					
9. Si me hago la ligadura de trompas, es muy probable que me vuelva a embarazar con embarazo ectópico					
10. Recomendaría a otras mujeres hacerse la ligadura					

OBSERVACIONES:

.....

.....