

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Conocimientos y actitudes hacia la píldora del día siguiente en mujeres que acuden a consulta externa del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz, Arequipa 2013”

Autor:

RENATO ALONSO VALDIVIA HERRERA

Trabajo de Investigación para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2013

DEDICATORIA

Al Universo Infinito que me regalo amor, inteligencia, salud, dinero, una familia maravillosa
y quiso que nazca en este hermoso país.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	iii
ABSTRACT.....	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	8
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	25
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	33
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	39
Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....	40
Anexo 2: Encuesta de actitudes.....	42
Anexo 3: Consentimiento informado.....	43
Anexo 4: Proyecto de investigación.....	44

RESUMEN

Antecedente: El uso de la píldora del día siguiente requiere de un conocimiento suficiente y apropiado por las mujeres jóvenes, que puede lograrse en servicios de salud.

Objetivo: Establecer el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la píldora del día siguiente en mujeres que acuden a consulta externa del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, Arequipa.

Métodos: Encuesta a una muestra representativa de mujeres que acudieron a consulta en el periodo de estudio para aplicar un cuestionario de conocimientos y otro de actitudes previamente validados. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: El 35,50% de casos refirió haber usado alguna vez esta forma de control del embarazo. Los aspectos mejor conocidos sobre el uso de la píldora del día siguiente en las mujeres encuestadas; el 94,50% sabe que es un método exclusivo para la mujer, 94% sabe que no protege contra enfermedades de transmisión sexual, 78% sabe las indicaciones de su uso, 70,50% de mujeres sabe acerca de las veces que puede usarse sin riesgo, 57,50% de mujeres conoce acerca de las circunstancias en las que puede emplearse. Se obtuvo un nivel de conocimiento que fue malo en 42,50% de mujeres, regular en 29,50%, bueno en 24,50% y muy bueno en 3,50% de mujeres. El nivel de actitudes de las mujeres que consultan en el CMUPPD hacia la píldora del día siguiente; el 83% tiene actitudes positivas, y 17% tiene actitudes negativas. No existe una asociación significativa entre los conocimientos y actitudes hacia la píldora del día siguiente en las mujeres encuestadas, aunque se mantiene una actitud positiva a pesar del nivel bajo de conocimientos.

Conclusión: El nivel de conocimientos sobre la píldora del día siguiente es bajo en mujeres que tienen una actitud positiva hacia su uso, lo que puede generar usos inadecuados y reacciones no deseadas.

PALABRAS CLAVE: píldora del día siguiente – conocimientos – actitudes.

ABSTRACT

Background: The use of the morning-after pill requires sufficient knowledge and appropriate for young women, which can be achieved in health services.

Objective: To establish the level of knowledge and attitudes towards the morning after pill in women attending outpatient Health University Center Pedro P. Diaz, Arequipa.

Methods: A survey of a representative sample of women who attended the clinic during the period of study to apply a knowledge questionnaire and an attitude questionnaire, previously validated. Results are shown using descriptive statistics.

Results: 35.50% of cases ever reported using this form of birth control. Best known aspects of the use of the morning-after pill in the women surveyed, the 94.50% known to be a unique method for women, 94% know that it does not protect against sexually transmitted diseases, 78% know the signs use, 70.50% of women know about the times that can be safely used, 57.50% of women know about the circumstances in which it can be used. We obtained a level of knowledge that was wrong with 42.50% of women, regular 29.50%, and 24.50% good and very good in 3.50% of women. Level attitudes of women who consult in CMUPPD toward morning-after pill, 83% have positive attitudes, and 17% have negative attitudes. There is a significant association between knowledge and attitudes toward morning-after pill in the women surveyed, but remain positive despite the low level of knowledge.

Conclusion: The level of knowledge about the morning after pill is low in women who have a positive attitude towards their use, which can lead to misuse and unwanted reactions.

KEYWORDS: morning after pill - knowledge-attitudes.

INTRODUCCIÓN

El ser humano ha conseguido reducir drásticamente las pérdidas reproductivas y neonatales y alargar la esperanza de vida. El aumento demográfico es imparable. Estamos al borde de la saturación en determinadas zonas de planeta. A nivel global, la superpoblación es un problema serio. En 1900, la población mundial era de 1.6 mil millones y ya se habían requerido millones de años para llegar a ese nivel. Para 1950 había llegado a 2.5 mil millones. En 1999, la población mundial llegó a los 6 mil millones, un aumento alarmante, y los expertos estiman que llegarán a los 8.9 mil millones para el año 2050. (13).

La anticoncepción es imprescindible, una anticoncepción libre, pero controlada por los médicos para la elección del método anticonceptivo adecuado. (12).

Un problema en nuestro país, así como en diversos países en desarrollo es la alta tasa de abortos y embarazos no deseados como lo observamos en los reportes MINSA. En el 2004 se atendieron 42 558 casos de abortos en los establecimientos de salud del país. Sin embargo se estima que al año se producen alrededor de 370.000 abortos inducidos.

En todas las culturas los adolescentes tienen la propensión a una temprana curiosidad sexual y por esto tienen mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea una serie de problemas entre los cuales resaltan: embarazo de alto riesgo a temprana edad, incremento de aborto y sus secuelas, incremento de la morbi-mortalidad materna e infantil, deserción escolar y/o laboral y con esto una tendencia a la pobreza con herencia inter generacional.

Durante el año 2000, se produjeron casi 822.000 embarazos entre las adolescentes de los Estados Unidos. El 85% de los embarazos en adolescentes no fue planificado, lo que derivó en aproximadamente 489.000 nacimientos y 235.000 abortos. El uso oportuno de la anticoncepción de emergencia podría prevenir hasta el 70% de los abortos. (3). Las complicaciones derivadas del aborto inseguro que son la cuarta causa de muerte materna en nuestro país. (4)

Aunque el MINSA incluye a la píldora del día siguiente dentro de los programas de planificación familiar y control de la natalidad, el conocimiento de la población en general y en especial de los adolescentes con respecto a la disponibilidad y el empleo de la anticoncepción de urgencia son limitados. Vemos como necesidad que el conocimiento adecuado así como una actitud positiva sobre la anticoncepción de emergencia es un pilar fundamental para evitar un gran porcentaje de estos embarazos, al igual que evitar que las mujeres recurran a un aborto con riesgos.

La elaboración de este trabajo está basada en el incremento de embarazos no deseados, abortos, la morbi-mortalidad subsecuente, y toda la gama de problemas sociales, psicológicos, culturales que se suceden especialmente en adolescentes; por lo que la presente investigación pretende identificar y reforzar los conocimientos y actitudes actuales que tiene la población que acude al CMUPPD sobre la anticoncepción de emergencia, para mejorar las estrategias de salud reproductiva y sexual y poder reducir todas las consecuencias negativas que trae el aborto y embarazo no deseado en nuestro medio.

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 que se utilizó consistió es una ficha de recolección de datos con un cuestionario de conocimientos (Anexo 1) y un cuestionario de actitudes (Anexo2).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadora personal

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El presente estudio se realizó en el Centro Medico Universitario Pedro P. Díaz, Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó siguiendo cronograma de trabajo durante el primer trimestre del 2013.

2.3. Unidades de estudio: Mujeres que acuden a consulta externa del Centro Medico Universitario Pedro P. Díaz, Arequipa.

Población: Totalidad de mujeres que acuden a consulta externa del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

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

Dónde:

n = tamaño de la muestra

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

p = frecuencia de conocimiento y actitudes adecuados = 0.15

q = 1 - p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 195,92 \approx 200 casos

Criterios de selección:

♦ **Criterios de Inclusión**

- Mujeres adolescentes (mayores de 13 años) y/o adultas
- Participación voluntaria en el estudio

♦ **Criterios de Exclusión**

- Llenado incompleto de las hojas de cuestionarios
- Paciente que no sepa leer o escribir
- Con trastornos de las funciones superiores.

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

4. Nivel de investigación: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y relacional.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se realizarán las coordinaciones con la dirección del CMUPPD para obtener la autorización para realizar el estudio.

Se contactará a las pacientes que acudan a consulta externa para explicar el motivo de la investigación y solicitar su participación voluntaria. Se entregarán las fichas de cuestionarios y se esperará a completar el llenado de las mismas. Luego se recabarán los cuestionarios.

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

5.2. Validación de los instrumentos

El cuestionario empleado fue elaborado en base a la bibliografía citada en el marco teórico. La encuesta sobre actitudes fue confeccionada con el apoyo de la bibliografía revisada.

La validación cualitativa (de contenido) fue realizada por el tutor gineco- obstetra.

Se realizó una prueba piloto con una muestra de 20 mujeres de otro establecimiento para la validación definitiva y la calibración del instrumento (validez

predictiva).

Cuestionario de conocimientos: Elaborado con el fin de evaluar conocimientos; consta de 12 preguntas. Se trata de un cuestionario sobre anticoncepción de emergencia, el cual fue realizado tomando como base los cuestionarios realizados en trabajos investigación realizados con anterioridad. (Anexo 1). Cada una de opción múltiple con una sola respuesta correcta de 2 puntos y se categorizará de la siguiente manera:

Muy Bueno	:	17 – 20
Bueno	:	14 – 16
Regular	:	11 – 13
Malo	:	6 – 10
Muy malo	:	0- 5

Encuesta de actitudes (Anexo 2). Elaborada para medir actitudes, según la escala de Likert, con veinte proposiciones de las cuales diez están redactadas en sentido positivos y diez en sentido negativo. El puntaje mayor es 100 puntos y el menor es de 20 puntos. Cada proposición fue valorada de acuerdo a la calificación de 1 a 5, según el grado de acuerdo o desacuerdo. Posteriormente la sumatoria se categorizó: Positivas: 61 a 100; Negativas: 20 a 60

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) A nivel de recolección

Las encuestas se manejaron asignando un código a cada variable en la ficha de recolección de datos.

b) A nivel de sistematización

La información obtenida fue procesada en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010, y posteriormente exportada al paquete estadístico SPSS v.19 para su análisis correspondiente.

c) A nivel de estudio de datos

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones.

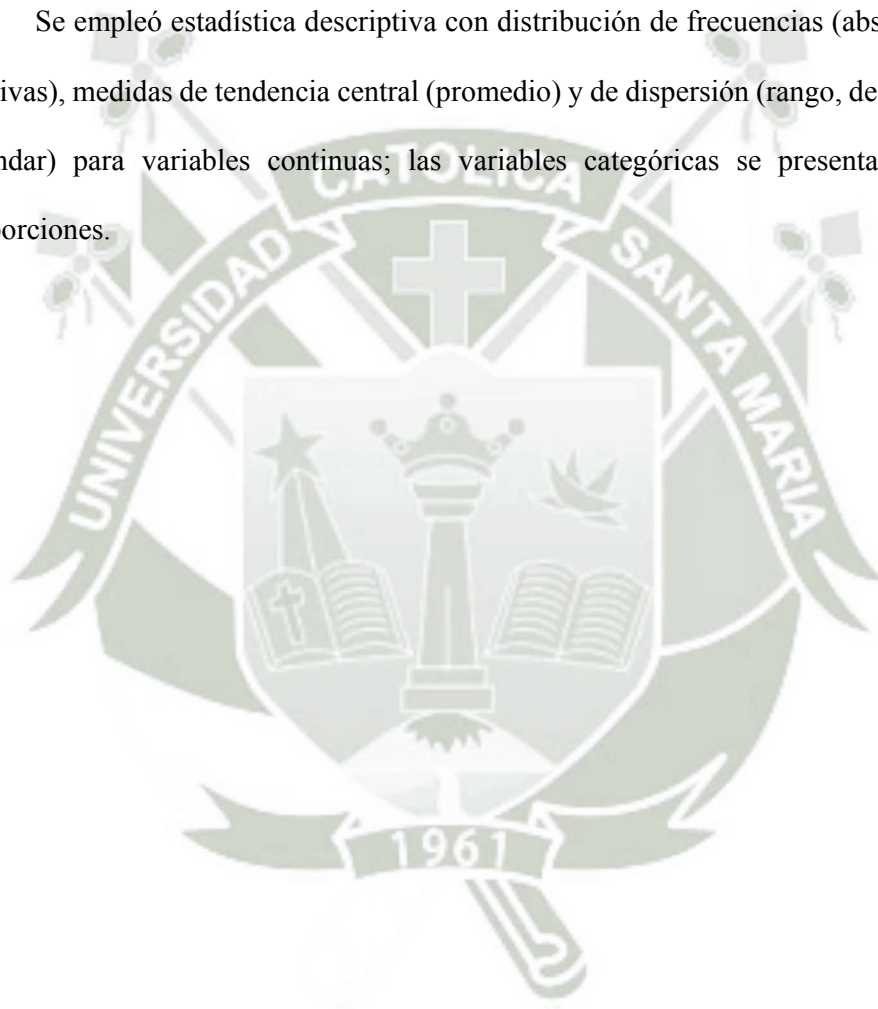


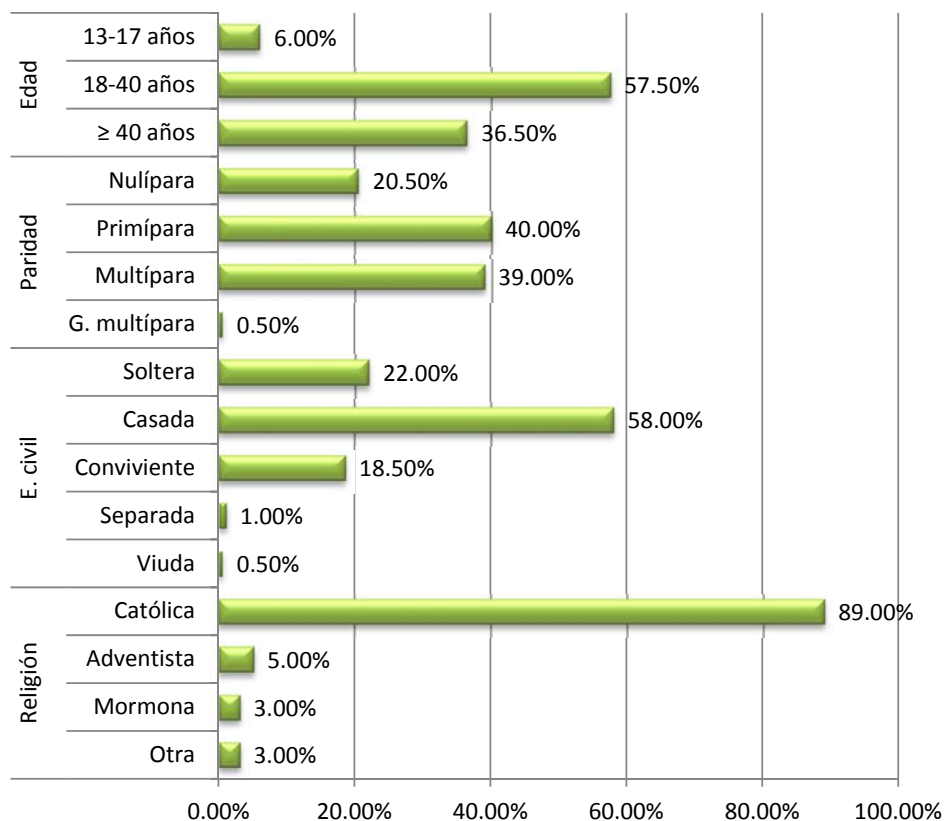


Tabla y Grafico 1

Distribución de pacientes según características sociodemográficas

		N°	%
Edad	13-17 años	12	6,00%
	18-40 años	115	57,50%
	≥ 40 años	73	36,50%
Paridad	Nulípara	41	20,50%
	Primípara	80	40,00%
	Múltipara	78	39,00%
	G. múltipara	1	0,50%
E. civil	Soltera	44	22,00%
	Casada	116	58,00%
	Conviviente	37	18,50%
	Separada	2	1,00%
	Viuda	1	0,50%
Religión	Católica	178	89,00%
	Adventista	10	5,00%
	Mormona	6	3,00%
	Otra	6	3,00%
Total		200	100,00%

Distribución de pacientes según características sociodemográficas

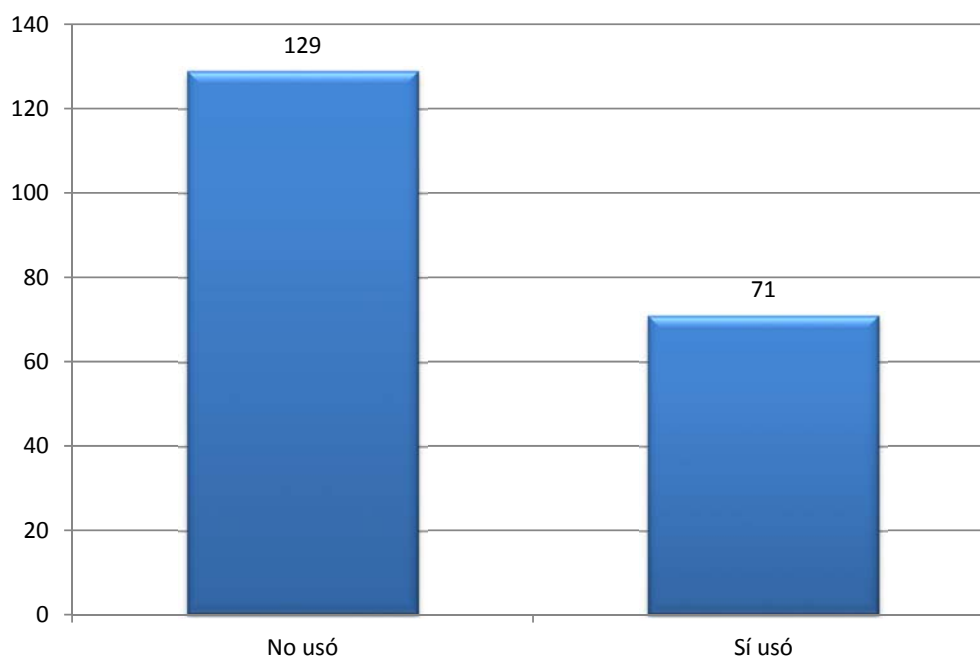


Interpretación: La mayoría de mujeres (57,50%) tuvieron entre 18-40 años, primíparas en un 40% y múltiparas 39%; el 58% de estado civil casadas, y la religión mayoritaria fue la católica con 89%.

Tabla y grafico 2

Distribución de pacientes según antecedente de uso de la píldora del día siguiente

	N°	%
No usó	129	64,50%
Sí usó	71	35,50%
Total	200	100,00%

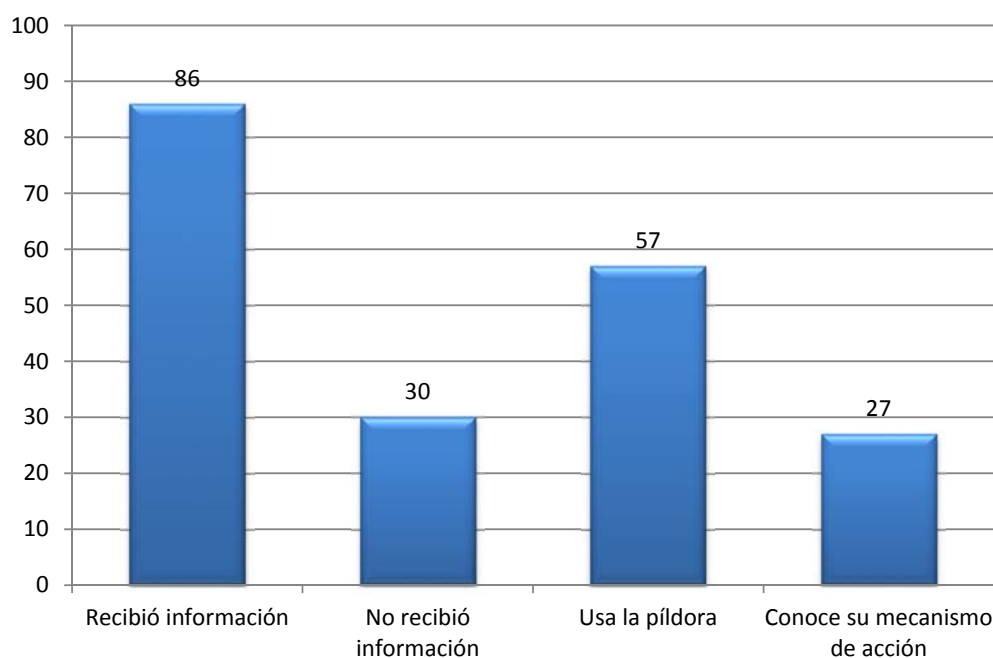


Interpretación: el 35,50% de casos refirió haber usado alguna vez esta forma de control del embarazo.

Tabla y grafico 3

Distribución de pacientes según información sobre el uso de la píldora del día siguiente

	N°	%
Recibió información	86	43,00%
No recibió información	30	15,00%
Usa la píldora	57	28,50%
Conoce su mecanismo de acción	27	13,50%
Total	200	100,00%



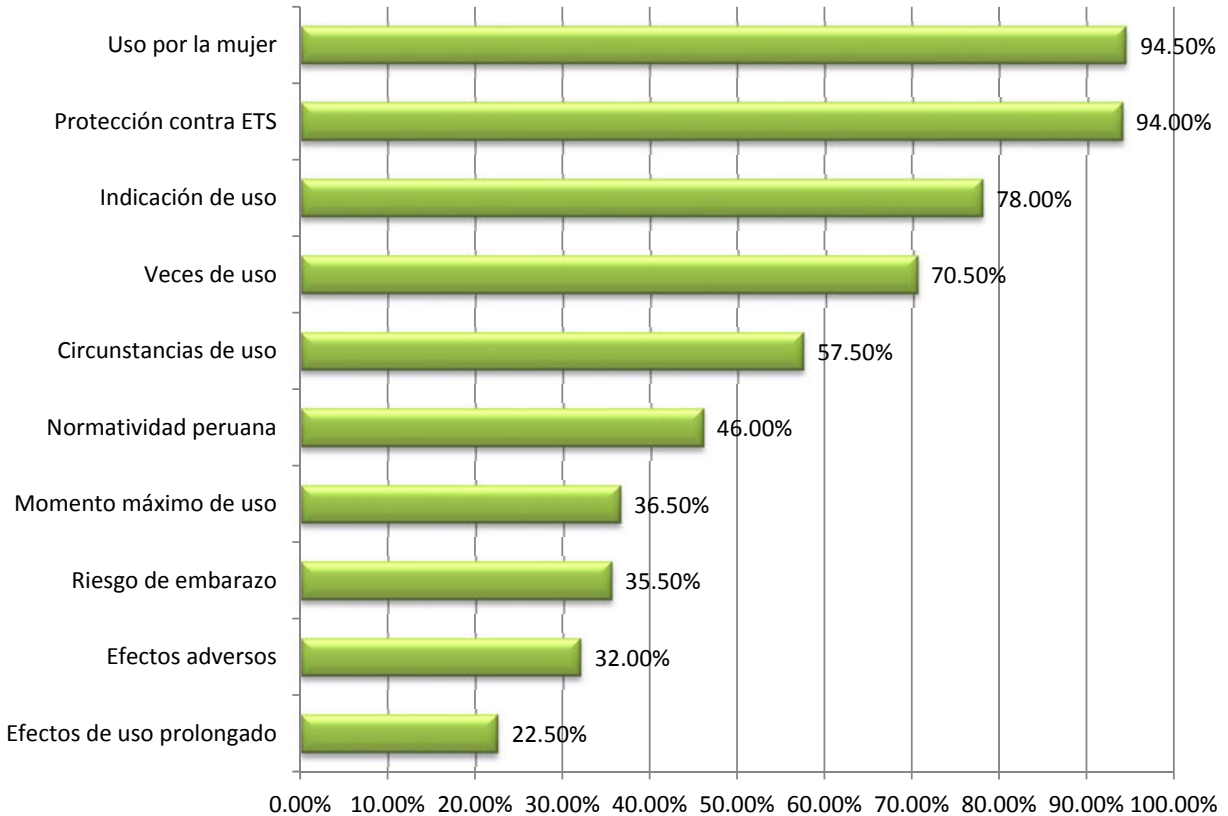
Interpretación: El 43% de mujeres refirió haber recibido información previa, 28,50% refieren usar la píldora aún sin conocer bien sus mecanismos y efectos, y 13,50% conoce su mecanismo pero no la usa.

Tabla y grafico 4

**Distribución de pacientes según aspectos mejor conocidos sobre el
uso de la píldora del día siguiente**

	N°	%
Uso exclusivo por la mujer	189	94,50%
Protección contra ETS	188	94,00%
Indicaciones de su uso	156	78,00%
Veces de uso sin riesgo	141	70,50%
Circunstancias de uso	115	57,50%
Conocimientos normatividad peruana	92	46,00%
Duración de los efectos	73	36,50%
Existencia riesgo de embarazo	71	35,50%
Conocimiento efectos adversos	64	32,00%
Efectos de uso prolongado	45	22,50%

Distribución de pacientes según aspectos mejor conocidos sobre el uso de la píldora del día siguiente

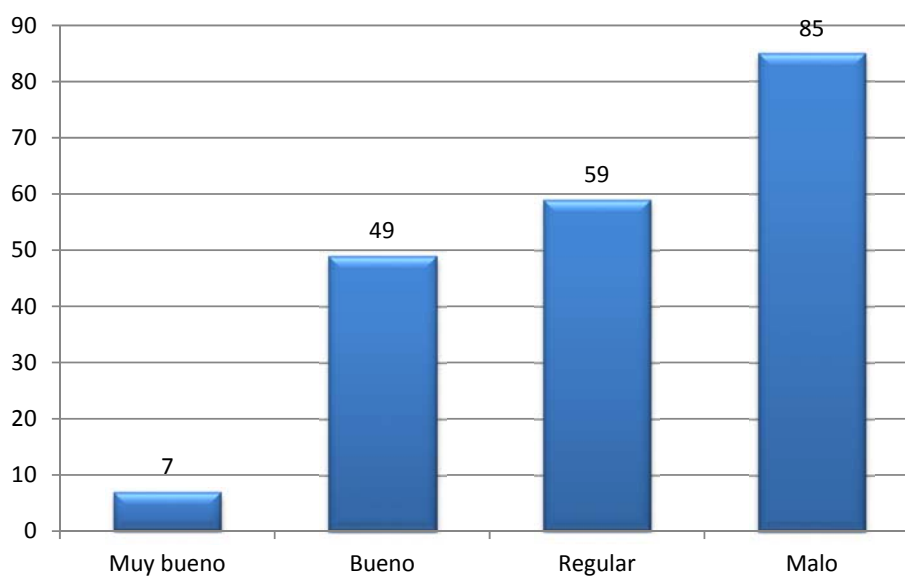


Interpretación: El 94,50% sabe que es un método exclusivo para la mujer, 94% sabe que no protege contra enfermedades de transmisión sexual, 78% sabe las indicaciones de su uso, 70,50% de mujeres sabe acerca de las veces que puede usarse sin riesgo, 57,50% de mujeres conoce acerca de las circunstancias en las que puede emplearse. Los demás aspectos fueron conocidos por menos de la mitad de mujeres.

Tabla y grafico 5

Distribución de pacientes según nivel de conocimiento y uso de la píldora del día siguiente

	N°	%
Muy bueno	7	3,50%
Bueno	49	24,50%
Regular	59	29,50%
Malo	85	42,50%
Total	200	100,00%



Puntaje promedio: $11,34 \pm 2,95$ puntos (4-18 puntos)

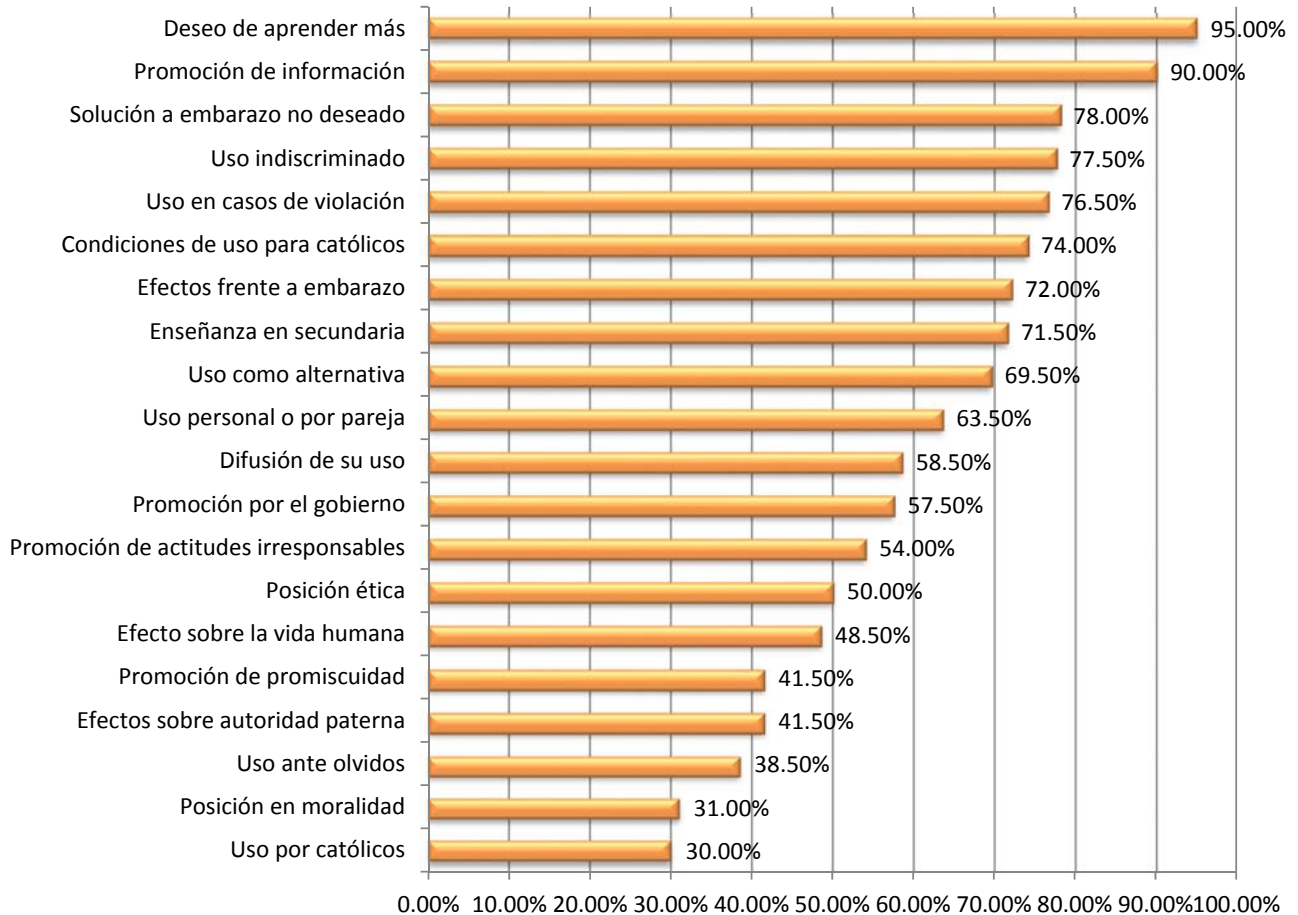
Interpretación: Se obtuvo un nivel de conocimiento que fue malo en 42,50% de mujeres, regular en 29,50%, bueno en 24,50% y muy bueno en 3,50% de mujeres, que alcanzaron el promedio un puntaje de 11,34 en la escala vigesimal.

Tabla y grafico 6

**Distribución de aspectos con mejores actitudes por las mujeres
encuestadas**

	N°	%
Deseo de aprender más	190	95,00%
Existencia promoción de información	180	90,00%
Alternativa de solución a embarazo no deseado	156	78,00%
Efectos uso indiscriminado	155	77,50%
Uso en casos de violación	153	76,50%
Actitud positiva de uso para católicos	148	74,00%
Efectos frente a embarazo	144	72,00%
Proporcionar información en secundaria	143	71,50%
Uso como alternativa	139	69,50%
Uso personal o por pareja	127	63,50%
Difusión de su uso	117	58,50%
Promoción por el gobierno	115	57,50%
AOE promueve actitudes irresponsables	108	54,00%
Posición ética sobre el uso en general	100	50,00%
Efecto sobre la vida humana	97	48,50%
Actitud en contra de la promoción de promiscuidad	83	41,50%
Efectos sobre autoridad paterna	83	41,50%
Uso ante olvidos	77	38,50%
Posición en moralidad personal	62	31,00%
Uso por católicos pese a restricciones	60	30,00%

Distribución de aspectos con mejores actitudes por las mujeres encuestadas

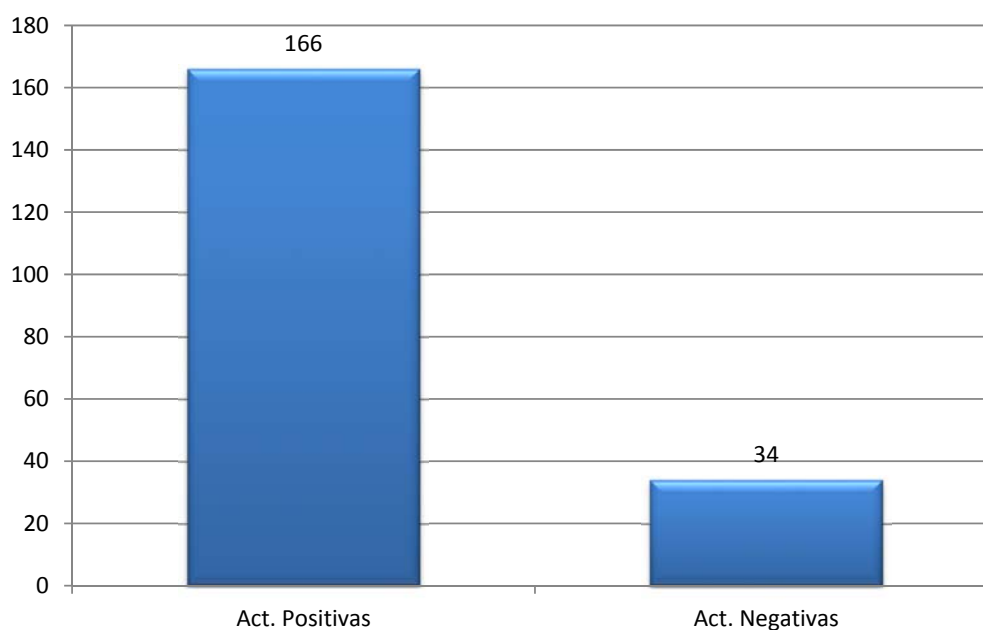


Interpretación: El 95% de mujeres tuvo actitudes positivas hacia el deseo de aprender más, el 90% tiene hacia la promoción del método, el 78% lo considera como una solución hacia los embarazos no deseados, el 77,50% tiene actitudes positivas hacia su uso no indiscriminado, el 76,50% hacia su uso en casos de violación, entre otros.

Tabla y grafico 7

Distribución de actitudes hacia la píldora del día siguiente en las mujeres encuestadas

	N°	%
Actitudes Positivas	166	83,00%
Actitudes Negativas	34	17,00%
Total	200	100,00%



Puntaje promedio: $68,89 \pm 8,75$ puntos (44-91 puntos)

Interpretación: el 83% de mujeres que consultan en el CMUPPD tiene actitudes positivas hacia la píldora del día siguiente, y 17% tiene actitudes negativas.

Tabla y grafico 8

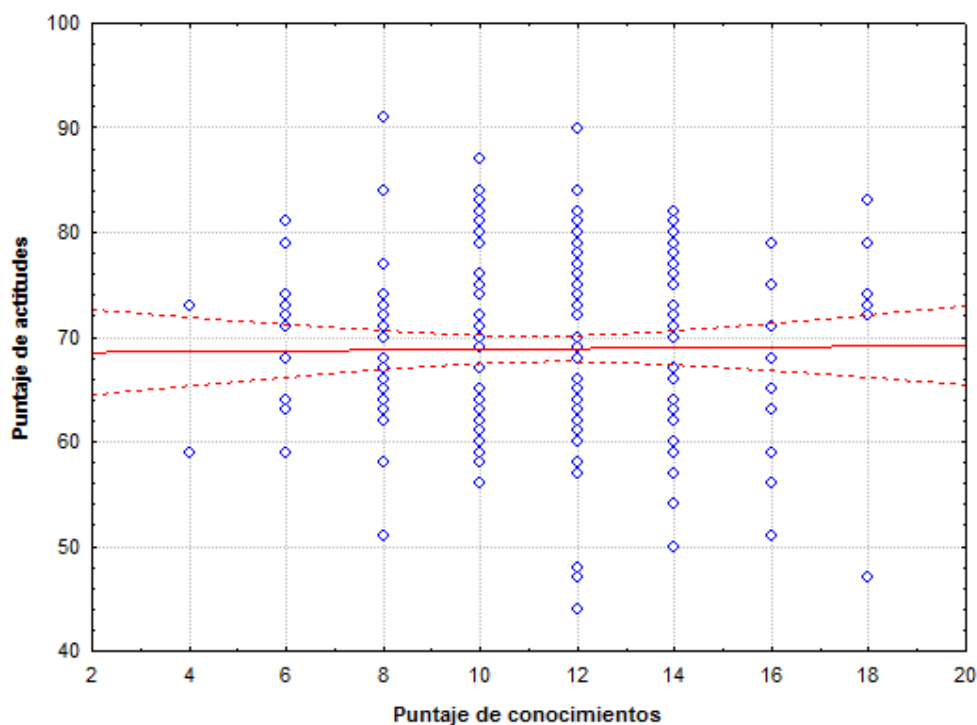
Relación entre conocimientos y actitudes hacia la píldora del día siguiente

Conocim.	Negativas		Positivas		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Malo	12	6,00%	73	36,50%	85	42,50%
Regular	10	5,00%	49	24,50%	59	29,50%
Bueno	11	5,50%	38	19,00%	49	24,50%
Muy bueno	1	0,50%	6	3,00%	7	3,50%
Total	34	17,00%	166	83,00%	200	100,00%

Chi² = 1,57

G. libertad= 3

p = 0,67



Coef. correlación: $r = 0,0123$
Coef. determinación: $r^2 = 0,0002$
Ecuación de regresión: $y = 68,4755 + 0,0365x$
 $p = 0,8623$;

El coeficiente de correlación muestra entonces un valor cercano a cero
($r = 0,01$)

Interpretación: El 61% de mujeres tiene actitudes positivas, pero sus conocimientos sobre la píldora del día siguiente son regulares a malos.



CAPÍTULO III
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para establecer el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la píldora del día siguiente en mujeres que acuden a consulta externa del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, Arequipa. Se realizó la presente investigación debido a que la anticoncepción de emergencia en nuestro medio es usada de manera empírica y sin acceso a adecuada información valedera de carácter científico y de salubridad. Para tal fin se realizó una encuesta a una muestra representativa de mujeres que acudieron a consulta en el periodo de estudio para aplicar un cuestionario de conocimientos y otro de actitudes previamente validados. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

La **Tabla y Gráfico 1** muestran las características epidemiológicas de las mujeres encuestadas; la mayoría (57,50%) tuvieron entre 18-40 años, primíparas y múltiparas en 40% y 39% respectivamente, el 58% de estado civil casadas, y la religión mayoritaria fue la católica con 89%. El nivel de conocimiento y las actitudes, encontrados, son independientes de los datos sociodemográficos, lo que refleja que la edad, paridad, estado civil y religión, no condicionan la dinámica del uso de la AOE en las pacientes que acuden al CMUPPD. No se encontró ningún reparo en el uso de AOE, por preferencias de culto; algunas de las pacientes si conocían las prohibiciones de la iglesia, pero éstas no modificaron sus decisiones, ya que refirieron poder encontrar el medicamento en cualquier botica o farmacia y de venta sin receta médica.

En la **Tabla y Gráfico 2** se observa la distribución de mujeres encuestadas según antecedente de uso de la píldora del día siguiente; el 35,50% de casos refirió haber usado alguna vez esta forma de control del embarazo, en comparación con el 64,50%

que refiere no haberla usado. Comparado con el estudio de PEÑA A, ASPILCUETA D, CALDERÓN J, ALZAMORA DE LOS GODOS L. que lleva como título: “Características de las usuarias que emplean anticoncepción oral de emergencia en sedes de INPPARES de Chimbote y Lima”, vemos que hubo un uso previo de AOE en casi el 50% de usuarias por haber tenido relaciones sexuales sin protección, causa que comparte el porcentaje de pacientes que respondieron afirmativamente en el CMUPPD; pese a que la realidad de cada uno de los escenarios citados, difiere enormemente en el estilo de vida, acceso a salud e información, etc. A su vez en el estudio de GOMEZ P, ARGUELLO K, CACERES C, GUTIERREZ E y cols. Que tiene como título: “Anticoncepción de emergencia hormonal (AEH): conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes universitarias: estudio de corte transversal: Colombia, 2008”. Concluyen que seis de cada diez estudiantes han utilizado alguna vez AEH; siendo el estudio hecho en otro país, vemos que la diferencia en el porcentaje con nuestra muestra se hace más larga, probablemente, se debe a las diferentes políticas y acceso al medicamento que difiere de nuestra realidad local. En los casos mencionados, observamos que este consumo es significativo y concuerda con el creciente consumo que se evidencia en las estadísticas nacionales y locales.

En la **Tabla y Gráfico 3** se muestra el antecedente de información acerca del uso de la píldora del día siguiente; el 43,00% de mujeres refirió haber recibido información previa, el 15,00% no recibió dicha información. El 28,50% refiere usar la píldora aún sin conocer bien sus mecanismos y efectos, y 13,50% conoce su mecanismo pero no la usa. Observamos que el acceso a la información sobre la AOE es relativamente bueno ya que solo el 15,00% carece de ésta, siendo destacable que el 28,50% tiene un conocimiento deficiente. Cabe comparar estos resultados con los del estudio realizado

por GUTIÉRREZ MARTÍNEZ M, MUÑOZ MACHACA M. con el título: “Conocimientos y actitudes de los estudiantes de la Universidad Católica Santa María sobre la anticoncepción oral de Emergencia. Noviembre-Mayo 2012”, el cual concluyó que el nivel de conocimientos sobre la píldora del día siguiente fue bueno en un 55% y muy bueno en un 33.5% en los estudiantes objeto de la investigación, que engloba no solo a estudiantes del área de la salud, sino también del área de ingeniería y sociales, no encontrándose una diferencia marcada con nuestra muestra, ya que en nuestra población el 43,00% recibió información sobre la píldora y aunque no son usuarias, el 13,50% de las pacientes del presente estudio también refieren conocer el mecanismo de acción de la píldora del día siguiente, haciendo 56,50% de pacientes, cantidad que concuerda con los resultados del estudio anteriormente mencionado ya que entre nuestras pacientes habían mujeres que desempeñaban diferentes ocupaciones; entre ellas, personal de salud, abogadas, ingenieras, etc. como también personas con diferentes niveles educativos o carente de éstos, por lo tanto la información previa recibida es similar en ambos casos. En nuestro estudio se encontró que dicha información en muchos casos fue adquirida de forma coyuntural mediante diferentes medios de comunicación y en el mejor de los casos, en lo que en el área de la salud respecta, la información fue proporcionada por el farmacéutico; pero no de manera completa ni explícita; cuando el contacto primario de nuestras pacientes es el médico y personal obstétrico en lo que a salud reproductiva compete y esto dado en un centro de salud, mas no se determinó que en nuestro campo de estudio se haya dado una labor informativa sobre AOE. La mayoría de las pacientes encuestadas refirió, no haber recibido la información en centros de salud y/o por médicos ni personal obstétrico, lo que refleja la carencia de difusión en todo lo relacionado al uso de la AOE, la falta de

interés en educar a la población por parte de los centros de salud y probablemente el desconocimiento, también por parte del personal de salud mencionado. En el estudio realizado por GOMEZ P, ARGUELLO K, CACERES C, GUTIERREZ E y cols. Se observa que aunque 90% conocen la AEH, sólo la tercera parte identifica el verdadero mecanismo de acción y siendo la población encuestada de nivel universitario y dado en un escenario vivencial completamente diferente a nuestro medio, tampoco muestra diferencias relevantes con nuestro grupo de estudio; lo que demuestra que aún hay un desconocimiento y escaso nivel de información respecto a la píldora del día siguiente en diferentes grupos poblacionales independiente del estilo de vida, educación, nivel económico, políticas nacionales, etc.

En la **Tabla y Gráfico 4** se observa los aspectos mejor conocidos sobre el uso de la píldora del día siguiente en las mujeres encuestadas; el 94,50% sabe que es un método exclusivo para la mujer, 94% sabe que no protege contra enfermedades de transmisión sexual, 78% sabe las indicaciones de su uso, 70,50% de mujeres sabe acerca de las veces que puede usarse sin riesgo, 57,50% de mujeres conoce acerca de las circunstancias en las que puede emplearse. Los demás aspectos fueron conocidos por menos de la mitad de mujeres. Se observa con los resultados que las mujeres encuestadas tienen un buen conocimiento de los diferentes aspectos relacionados a la AOE en lo que respecta a los aspectos generales de quien lo usa, motivo y efectos; pero los que en su mayoría fueron adquiridos de manera autodidacta mediante posologías, de manera empírica, y como se mencionó anteriormente, por medios de comunicación (televisión, radio e internet) o en el mejor de los casos mediante consulta al personal que labora en boticas o farmacias, el cual tampoco está facultado para dicha función, y no, como debería esperarse en un centro de salud, esto resultado de la

pésima y cruzada información que brinda el ministerio de salud, con interferencia de diferentes grupos sociales y religiosos, que hacen que este tema no se aborde con la debida claridad en beneficio de la población. (...)

En el estudio realizado por ROMERO L, LLANOS L, SALHUANA J et al. Titulado: “Conocimientos y actitudes de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia”. Se destaca entre los diferentes resultados; que el 72% de médicos encuestados conocía el tiempo en que debe ser empleada la píldora del día siguiente, cifra que duplica la encontrada en nuestra población en el mismo ítem, obviamente por la preparación profesional del personal de salud; pero que refleja la falta de exactitud de conocimientos sobre el medicamento en estudio. También se ve similitudes en los ítems mencionados por ejemplo; en el estudio de GOMEZ P, ARGUELLO K, CACERES C, GUTIERREZ E y cols. Donde aunque el 90% de encuestadas conocen la AEH o AOE, solo la tercera parte identifica el mecanismo de acción, el 25% no sabe la efectividad y solo el 2% conoce el tiempo límite de uso, lo que significa que en otras poblaciones de diferente nivel educativo también hay carencia de información y conocimiento sobre este medicamento.

Con la aplicación del cuestionario, se obtuvo un nivel de conocimiento que fue malo en 42,50% de mujeres, regular en 29,50%, bueno en 24,50% y muy bueno en 3,50% de mujeres, que alcanzaron el promedio un puntaje de 11,34 en la escala vigesimal, como se observa en la **Tabla y Gráfico 5**. Estos resultados comparados con los diferentes antecedentes investigativos nos proporcionan datos que comprueban que los conocimientos sobre la AOE son similares en diversos grupos de estudio. NEGRILLO J. con el título: “Conocimientos sobre contracepción de emergencia en internos de

medicina y obstetricia y en alumnos de 15 a 17 años en colegios estatales del pueblo joven Miguel Grau de Arequipa 2000”. Se concluyó que el nivel de conocimientos en alumnos de secundaria fue deficiente en un 100%, en internos de medicina fue deficiente un 61.61%, regular en un 30.30%, bueno en un 2.02% y muy bueno en un 6.06%. Mientras que en las internas de obstetricia fue regular 30% y deficiente en un 70%. Así también se ve en el estudio realizado por AÑASCO M. titulado: “Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre Anticoncepción de Emergencia en Adolescentes Preuniversitarios de la Academia Bryce”, donde se concluye que el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia en los adolescentes de 14 a 19 años es deficiente en un 62.7%, regular en un 29.2%, bueno en el 7.6% y muy bueno en el 0.5%. Aunque nuestra población es diversa porque encontramos mujeres sin educación formal así como también profesionales, amas de casa y diferentes trabajadoras, los resultados nos indican que hay un desconocimiento general sobre AOE, no habiendo diferencias de relevancia entre nuestra población y estudiantes egresados de secundaria, en comparación con estudiantes universitarios, como ya se vio y como lo refleja el estudio hecho por GUTIÉRREZ MARTÍNEZ M, MUÑOZ MACHACA M. Donde el nivel de conocimientos fue bueno en 55% de estudiantes, y muy bueno en 33,5%, el 84% está de acuerdo con el método. Se encuentra una diferencia más marcada con los datos encontrados en médicos gineco – obstetras como lo refleja el estudio de ROMERO L, LLANOS L, SALHUANA J et al. Donde Se observó que 100% de los médicos entrevistados había escuchado acerca de la AOE. El 18% conocía los tres mecanismos de acción descritos en la literatura, 82% refirieron correctamente el modo de administración y 72% conocía el tiempo en que debe ser empleado, cuando el conocimiento de estos ítems en profesionales debería reflejar el

100% de ellos. El 71% refirió estar dispuesto a recetarla, mientras que 66% ya la había recetado en alguna oportunidad y 83% la menciona, con diferente frecuencia, como parte de su consejería habitual sobre anticoncepción.

Con la aplicación del cuestionario de actitudes, se identificaron las actitudes más positivas, que se muestran en la **Tabla y Gráfico 6**. El 95% de mujeres tuvo actitudes positivas hacia el deseo de aprender más, el 90% tiene actitudes positivas hacia la promoción del método, el 78% lo considera como una solución hacia los embarazos no deseados, el 77,50% tiene actitudes positivas hacia su uso no indiscriminado, el 76,50% hacia su uso en casos de violación, entre otros. En el estudio realizado por AÑASCO M. se encuentra también un alto nivel en cuanto a una actitud positiva referente al uso de AOE que fue de 80,7% de la población estudiada. En el estudio de GUTIÉRREZ MARTÍNEZ M, MUÑOZ MACHACA M. se encuentran también datos similares en cuanto a las actitudes positivas. Por lo tanto aunque los conocimientos en los diferentes grupos de estudios varían y no reflejan resultados satisfactorios; se muestra una buena actitud y predisposición para querer mejorar la falencia del aspecto técnico de la AOE.

Tabla y Gráfico 7 muestran el nivel de actitudes de las mujeres que consultan en el CUSPPD hacia la píldora del día siguiente; el 83% tiene actitudes positivas, y 17% tiene actitudes negativas. En ambos casos mencionados anteriormente y en el presente estudio se encuentra buena actitud y predisposición por adquirir más conocimientos, reflejado por el porcentaje elevado de actitudes positivas encontradas.

En la **Tabla y Gráfico 8** se muestra la relación entre los conocimientos y actitudes; se aprecia que aunque el 61% de mujeres tiene actitudes positivas, sus conocimientos sobre la píldora del día siguiente son regulares a malos. El coeficiente

de correlación muestra entonces un valor cercano a cero ($r = 0,01$), lo que quiere decir que sin importar el puntaje de conocimientos de las mujeres estudiadas, sus actitudes son positivas.



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS



CONCLUSIONES

- Primera.** Las características sociodemográficas predominantes de las mujeres que acuden a consulta externa del Centro Medico Universitario Pedro P. Díaz son las siguientes: en cuanto al grupo etario la mayoría de pacientes están entre 18-40 años; en su mayoría ya han tenido uno o más hijos, de estado civil casadas, y la religión mayoritaria fue católica.
- Segunda.** El nivel de conocimientos sobre la píldora del día siguiente en mujeres que acuden a consulta externa del Centro Medico Universitario Pedro P. Díaz es malo en la mayoría de mujeres.
- Tercera.** Las actitudes hacia la píldora del día siguiente en mujeres que acuden a consulta externa del Centro Medico Universitario Pedro P. Díaz son predominantemente positivas.
- Cuarta.** En cuanto a la hipótesis, ésta se rechaza, las actitudes hacia el uso de la píldora del día siguiente en pacientes que acuden a consulta externa del Centro Medico Universitario Pedro P. Díaz son predominantemente positivas al margen de que posean o no un buen nivel de conocimientos.

SUGERENCIAS

- 1) Se recomienda al director del CMUPPD, realizar charlas a las poblaciones más concurrentes a dicho centro, sobre el uso y manejo de AOE.
- 2) Se recomienda realizar campañas de difusión de métodos anticonceptivos en planificación familiar, que incluyan a AOE.
- 3) Se sugiere a la Facultad de Medicina de la UCSM, realizar estudios sobre conocimientos y actitudes hacia la AOE en diferentes poblaciones para tener una idea más aproximada de la realidad local sobre el uso y manejo de este medicamento.
- 4) Se sugiere a la Facultad de Medicina de la UCSM, realizar estudios sobre conocimientos y actitudes hacia la AOE en el personal encargado de esta área.
- 5) Se sugiere al MINSA y a la Región de Salud, asegurar la existencia de insumos de AOE en los establecimientos de salud periféricos para su libre elección por las pacientes y población en general.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) AÑASCO M. “Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre Anticoncepción de Emergencia en Adolescentes Preuniversitarios de la Academia Bryce” Tesis Bachiller en Medicina. Arequipa. 2006. d
- 2) BEREK J. Ginecología de Novak. 13ra Edición. 2004: p 194-224.
- 3) DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD. Guía Nacional de atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima. 2004. x
- 4) GARY C. Williams Obstetricia. 21ra Edición. Editorial Médica Panamericana S.A. 2002: 1271-1316.
- 5) GOMEZ P, ARGUELLO K, CACERES C, GUTIERREZ E y cols. Anticoncepción de emergencia hormonal: conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes universitarias: estudio de corte transversal: Colombia, 2008. Rev. colomb. enferm; 2010; 5(5):10-14 t
- 6) International Consortium for emergency contraception. Catholics for Choice. Anticoncepción de Emergencia: católicos y católicas a favor, Obispos en contra. Julio 2011.
- 7) International Planned Parenthood Federation (IPPF). Declaración del Panel Médico Asesor (IMAP) sobre Anticoncepción de Emergencia. Boletín Médico IPPF Med Bull. 2004, 38 (1):1-2.b
- 8) MINSA. Lineamientos de las políticas de salud en los/las adolescentes. Lima. 2005.

- 9) MORALES P. Medición de actitudes en Psicología y Educación. Madrid. 2000.
- 10) MUNUCE MJ; NASCIMENTO JAA; ROSANO G; FAUNDES A; BAHAMONDES L. Doses of levonorgestrel comparable to that delivered by the levonorgestrel releasing intrauterine system can modify the in vitro expression of zone binding sites of human spermatozoa. Contraception 2006; 73:97-101
- 11) NEGRILLO J. Conocimientos sobre contracepción de emergencia en internos de medicina y obstetricia y en alumnos de 15 a 17 años en colegios estatales del pueblo joven Miguel Grau de Arequipa 2000. Tesis para optar el grado de bachiller en medicina. UNSA. Arequipa.-Perú. 2000.r
- 12) OMS. Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el uso de Anticonceptivos. 4da Edición. Suiza. 2009.
- 13) OPS. Embarazo no deseado y aborto inseguro: Dos problemas de salud persistentes en América Latina. Revista Panamericana de Salud Pública. Washington. Marzo 2002.
- 14) PEÑA A, ASPILCUETA D, CALDERÓN J, ALZAMORA DE LOS GODOS L. Características de las usuarias que emplean anticoncepción oral de emergencia en sedes de INPPARES de Chimbote y Lima. <http://www.inppares.org/revistass/Revista%20II%202009/5-%20AOE%20INppares.htm> y
- 15) PÉREZ A. Ginecología. 3da Edición. Reimpresión 2003: 527 – 548.
- 16) ROMERO L, LLANOS L, SALHUANA J et al. Conocimientos y actitudes de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y

prescripción de la anticoncepción oral de emergencia. RevMedHered, abr. /jun.

2007, vol.18, \$ no.2, p.92-99. a

17) SCHIAVON R, JIMÉNEZ-VILLANUEVA C, ELLERTSON C, LANGER A.

Anticoncepción de emergencia: Un método simple, seguro, efectivo y económico para prevenir embarazos no deseados.

<http://bvs.per.paho.org/texcom/cd048222/invest1.pdf>

18) VEGA A, MARÍN C, GÓMEZ C. Conocimientos, actitudes y prácticas de

profesionales en farmacia sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (PAE) en Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica semestral, ISSN-1659-0201. \$ Volumen 9, número 2, informe técnico 1; Enero - junio, 2012.

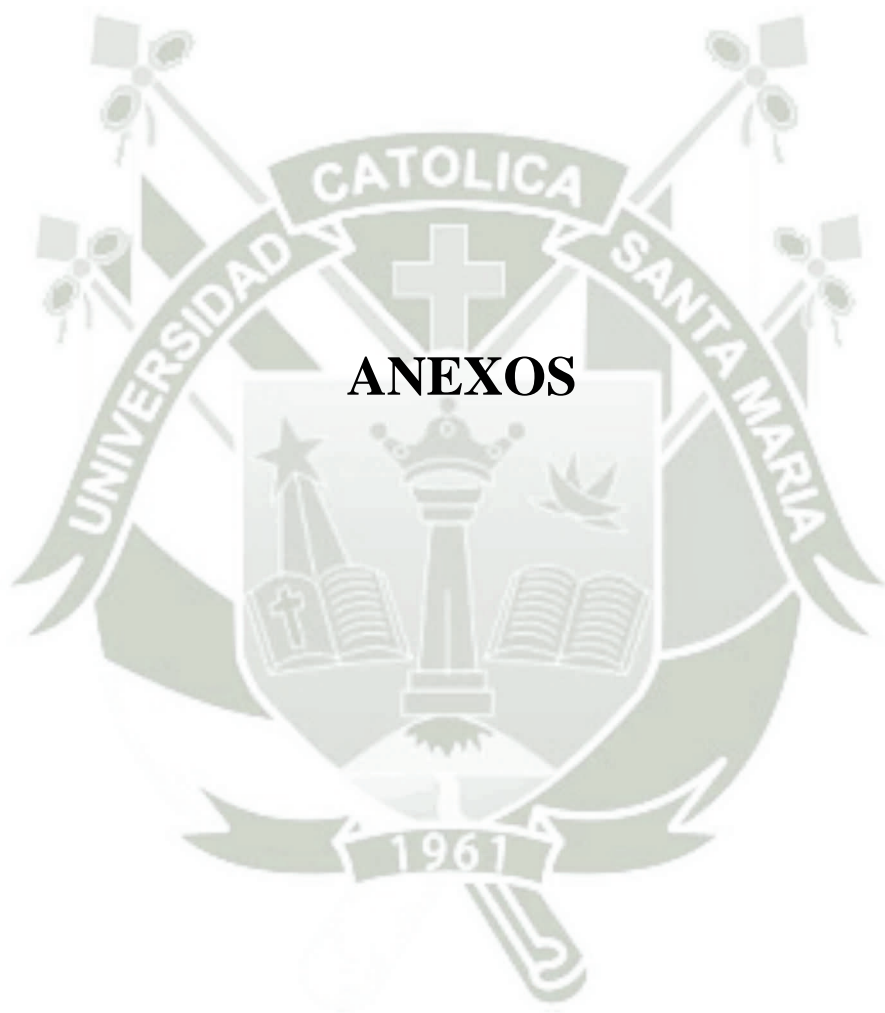
Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/725/788> n

19) WHO. Family Planning. \$ Department of Reproductive Health and Research. June.

2005.

20) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Reproductive Health and Research.

Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition, Geneve, 2003. www.who.int/reproductive-health.



Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Fecha: ____ / ____ / ____

ANTECEDENTES DE USO DE LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE

- 1) Ha usado alguna vez la píldora del día siguiente?
 - a) Si
 - b) No

CONOCIMIENTOS SOBRE LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE

- 2) La píldora del día siguiente debe ser usada por:
 - a) El varón
 - b) La mujer
- 3) En cuanto a la píldora del día siguiente:
 - a) Debe usarse solo en algunas oportunidades, cuando sea muy necesario
 - b) Puede utilizarse en cualquier momento
- 4) Alguna vez le informaron cómo actúa la píldora del día siguiente:
 - a) Si
 - b) No
 - c) Uso la píldora para no embarazarme.
 - d) Conozco el mecanismo de acción.
- 5) La píldora del día siguiente DEBE SER USADA en las siguientes circunstancias:
 - a) Cuando el condón se rompe.
 - b) Para evitar el embarazo en caso de violación.
 - c) Cuando se ha tenido contacto sexual sin protección y no desea concebir.
 - d) Puedo usarla en todos los casos anteriores.
- 6) ¿Hasta cuánto tiempo después de tener relaciones sexuales puedo tomar la píldora del día siguiente?
 - a) Medio día
 - b) Un día
 - c) Un día y medio
 - d) No importa cuando la tome, igual funciona
- 7) Conocía Ud. los efectos adversos más frecuentes por el uso de la píldora del día siguiente como náuseas, vómitos, dolor de cabeza, mareo, cansancio, etc.:
 - a) Si
 - b) No

- 8) Incluso después de tomar la píldora del día siguiente, ¿puede haber riesgo de embarazo?
- No hay riesgo
 - El riesgo es mayor si se toma después de las 48 horas
 - Hay un riesgo muy bajo en cualquier día
 - El riesgo es alto por eso se debe usar sólo en emergencias
- 9) La píldora del día siguiente, según las normas peruanas:
- Está prohibida porque tiene un efecto abortivo.
 - Es parte habitual de los métodos de planificación familiar.
 - No tiene efecto abortivo por lo que puede usarse en determinadas situaciones.
- 10) Es correcto sobre la píldora del día siguiente:
- Puedo utilizarla como método anticonceptivo de rutina
 - Una vez utilizado protege de todas las relaciones posteriores
 - Evita embarazos no deseados.
- 11) La píldora del día siguiente protege de las ETS y el SIDA:
- Si
 - No
- 12) Si se usa en forma excesiva, la píldora del día siguiente puede producir:
- No tiene efectos negativos
 - Puede producir alteraciones de la regla
 - Puede producir esterilidad
 - Puede producir cáncer

ANEXO 2: ENCUESTA DE ACTITUDES

Marque según su criterio:

AA= acuerdo absoluto A= acuerdo I= incertidumbre	D= desacuerdo DA= desacuerdo absoluto
--	--

		A	A	I	D	D
		A				A
1	Puedo usar la píldora del día siguiente cada vez que me olvide de otro método	1	2	3	4	5
2	Se debe enseñar desde la secundaria que es y cómo usar la píldora del día siguiente	5	4	3	2	1
3	En embarazos no deseados la píldora del día siguiente podría ser una alternativa de solución.	5	4	3	2	1
4	La píldora del día siguiente debería usarse en los casos de violación con posibilidad de embarazo.	5	4	3	2	1
5	La píldora del día siguiente no tiene efectos frente a un embarazo ya establecido.	1	2	3	4	5
6	La píldora del día siguiente es un método anticonceptivo contrario a la ética que no debería usarse.	1	2	3	4	5
7	El uso de la píldora del día siguiente está en contra de la moral de la comunidad.	1	2	3	4	5
8	La píldora del día siguiente es un método anticonceptivo que no debería ser usado por ningún católico.	1	2	3	4	5
9	Cree Ud. que la píldora del día siguiente atenta contra la vida humana	1	2	3	4	5
10	La píldora del día siguiente promueve actitudes irresponsables.	1	2	3	4	5
11	La píldora del día siguiente no se debe usar indiscriminadamente.	5	4	3	2	1
12	La píldora del día siguiente trae como consecuencias la promiscuidad.	1	2	3	4	5
13	Se deben promover más conocimientos sobre ética y anticoncepción.	5	4	3	2	1
14	La disponibilidad de la píldora del día siguiente debería ser promovida por políticas de gobierno.	5	4	3	2	1
15	La iglesia católica debería permitir el uso de la píldora del día siguiente en casos de violaciones.	5	4	3	2	1
16	La disponibilidad de la píldora del día siguiente perjudica la autoridad de los padres.	1	2	3	4	5
17	La píldora del día siguiente podría ser una solución a embarazos no deseados	5	4	3	2	1
18	Yo utilizaría (en caso de ser mujer) o estaría de acuerdo que mi pareja utilizara (en caso de ser varón) en caso sea necesario la píldora del día siguiente.	5	4	3	2	1
19	Yo aconsejaría la utilización de la píldora del día siguiente a mujeres si fuera necesario.	5	4	3	2	1
20	Quisiera aprender más sobre la píldora del día siguiente	5	4	3	2	1

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente del CMUPP Díaz, consciente de mis actos, bajo absoluta voluntad y responsabilidad propia declaro que:

Se me ha informado acerca del estudio titulado “Conocimientos y actitudes hacia la píldora del día siguiente en mujeres que acuden a consulta externa del Centro Medico Universitario Pedro P. Díaz, Arequipa”, realizado por el Sr. Interno Renato Alonso Valdivia Herrera para lo cual autorizo se me apliquen los cuestionarios de conocimientos y actitudes.

Doy el consentimiento para utilizar la información proporcionada en forma anónima, y exclusivamente para la realización del presente estudio, luego de lo cual los datos serán eliminados.

Por lo cual manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y la importancia del estudio, en fe de lo cual, en señal de ACEPTACIÓN de los anteriormente expuesto, lo suscribo.

Arequipa,.....de.....del 2013

Firma del paciente

Anexo 4
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Conocimientos y actitudes hacia la píldora del día siguiente en mujeres que acuden a consulta externa del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz, Arequipa 2013”

Autor:

RENATO ALONSO VALDIVIA HERRERA

Proyecto de Tesis para Obtener el Título de Médico-Cirujano.

**Arequipa - Perú
2013**

I. PREÁMBULO

El ser humano ha conseguido reducir drásticamente las pérdidas reproductivas y neonatales y alargar la esperanza de vida. El aumento demográfico es imparable. Estamos al borde de la saturación en determinadas zonas de planeta. A nivel global, la superpoblación es un problema serio. En 1900, la población mundial era de 1.6 mil millones y ya se habían requerido millones de años para llegar a ese nivel. Para 1950 había llegado a 2.5 mil millones. En 1999, la población mundial llegó a los 6 mil millones, un aumento alarmante, y los expertos estiman que llegaran a los 8.9 mil millones para el año 2050. (13).

La anticoncepción es imprescindible, una anticoncepción libre, pero controlada por los médicos para la elección del método anticonceptivo adecuado. (12)

Un problema en nuestro país así como en diversos países en desarrollo es la alta tasa de abortos y embarazos no deseados como lo observamos en los reportes MINSA. En el 2004 se atendieron 42 558 casos de abortos en los establecimientos de salud del país. Sin embargo se estima que al año se producen alrededor de 370.000 abortos inducidos.

En todas las culturas los adolescentes tienen la propensión a una temprana experimentación sexual y por esto tienen mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea una serie de problemas entre los cuales resaltan: embarazo de alto riesgo a temprana edad, incremento de aborto y sus secuelas, incremento de la morbi-mortalidad materna e infantil, deserción escolar y/o laboral y con esto una tendencia a la pobreza con herencia inter generacional.

Durante el año 2000, se produjeron casi 822.000 embarazos entre las adolescentes de los Estados Unidos. El 85% de los embarazos en adolescentes no fue planificado, lo que derivó en aproximadamente 489.000 nacimientos y 235.000 abortos. El uso oportuno de la anticoncepción de emergencia podría prevenir hasta el 70% de los abortos. (3). Las complicaciones derivadas del aborto inseguro que son la cuarta causa de muerte materna en nuestro país. (4)

Aunque el MINSA incluye a la píldora del día siguiente dentro de los programas de planificación familiar y control de la natalidad, el conocimiento de la población en general y

en especial de los adolescentes con respecto a la disponibilidad y el empleo de la anticoncepción de urgencia son limitados.

Vemos como necesidad que el conocimiento adecuado así como una actitud positiva sobre la anticoncepción de emergencia es un pilar fundamental para evitar un gran porcentaje de estos embarazos, al igual que evitar que las mujeres recurran a un aborto.

La elaboración de este trabajo está basada en el incremento de embarazos no deseados, abortos, la morbimortalidad subsecuente, y toda la gama de problemas sociales, psicológicos, culturales que se suceden especialmente en adolescentes; por lo que la presente investigación pretende identificar y reforzar los conocimientos y actitudes actuales que tiene la población que acude al CMUPPD sobre la anticoncepción de emergencia, para mejorar las estrategias de salud reproductiva y sexual y poder reducir todas las consecuencias negativas que trae el aborto y embarazo no deseado en nuestro medio.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la píldora del día siguiente en mujeres que acuden a consulta externa del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, Arequipa 2013?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Ginecología
- Línea: Anticoncepción de emergencia

b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Unidad / categoría	Escala
Nivel de conocimientos	Test de conocimientos	Muy Bueno (17-20) Bueno (14-16) Regular (11-13) Malo (0-10)	Catagórica Ordinal
Actitudes	Test de actitudes en escala de Likert	Positivas Negativas	Catagórica Nominal
Edad	Fecha de nacimiento	12-14 años 15-17 años 18-20 años 21-29 años, etc	Numérica continua
Paridad	Número de hijos	Nulípara, primípara, múltipara, gran múltipara	Catagórica Ordinal
Estado civil	Unión civil referida	Soltera, casada, conviviente, separada	Catagórica Nominal
Religión	Referido por la paciente	Católica Adventista Mormona otras	Catagórica Nominal

c) **Interrogantes básicas**

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres que acuden a consulta externa del Centro Médico Universitario de Salud Pedro P. Díaz?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la píldora del día siguiente en mujeres que acuden a consulta externa del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz?
3. ¿Cuáles son las actitudes hacia la píldora del día siguiente en mujeres que acuden a consulta externa del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz, Arequipa?

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

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

1.3. Justificación del problema

El presente estudio busca establecer el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la píldora del día siguiente en una muestra de mujeres que acuden a consulta externa del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz, Arequipa.

Tiene **relevancia científica**, ya que se aplican principios de acción de este tipo de medicamentos, y su conocimiento por la población general; tiene **relevancia práctica** ya que permitirá conocer cuánto saben las personas acerca de un grupo de medicamentos de utilidad reconocida. Tiene **relevancia social**, ya que el uso informado de la anticoncepción de emergencia puede ayudar a reducir la morbi mortalidad en las mujeres a causa de

embarazos no deseados y abortos.

El estudio es **contemporáneo** debido a que la planificación familiar es una preocupación constante de los establecimientos de salud.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un diseño prospectivo en el que se cuenta con una población accesible.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la ginecología, lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pre grado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Métodos Anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos son aquellos destinados a prevenir en forma temporal el embarazo. (8) Se definen como aquellos métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser transitorios o definitivos, hormonales o no hormonales, basados en tecnología o en conductas.

Los métodos anticonceptivos deben cumplir con algunos requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida:

Eficacia - Seguridad – Reversibilidad - Aceptabilidad - Factibilidad - Disponibilidad -
Bajo costo.

Dentro de la amplia clasificación de los métodos anticonceptivos, se señala como más eficaces a los métodos hormonales, el dispositivo intrauterino, los métodos de barrera y a los métodos de esterilización voluntaria. Dentro de los métodos hormonales se considera a la anticoncepción oral de emergencia.

2.2. Anticoncepción de Emergencia (AOE)

a) Definición

También llamada anticoncepción post-coital, se refiere a los métodos hormonales que las mujeres pueden utilizar como respaldo y en caso de emergencia dentro de las primeras horas posteriores a una relación sexual sin protección. (6). El método de AOE más disponible son las píldoras de levonorgestrel solo; este método, también conocido en Estados Unidos por el nombre comercial “Plan B”, llamado así como alternativa de solución ante una relación sexual no prevista en la que no se contaba con otras formas de contracepción (lo que constituiría el “Plan A”).

Las situaciones en que está indicada son:

- Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo.
- Uso incorrecto o accidente con un método anticonceptivo:
 - Ruptura o deslizamiento del condón
 - Desplazamiento del diafragma
 - Expulsión del dispositivo intrauterino
 - Relaciones en el período fértil

- Olvido de tomar varias píldoras anticonceptivas

- En caso de violación, si la mujer no está usando un método anticonceptivo. (6)

b) Historia

Los orígenes de la AOE se remontan a los años 20's, cuando los primeros investigadores demostraron que los extractos de estrógenos ováricos interferían con el embarazo en los mamíferos. El primer caso documentado en seres humanos aparecen recién en la década de los 60's, cuando médicos de los Países Bajos la utilizaron en una niña de 13 años violada y quien se hallaba en mitad del ciclo menstrual. En los primeros ensayos clínicos, Haspels y col. usaron altas dosis de estrógenos. (6). Posteriormente el uso de un estrógeno se reemplazó por el uso de dosis altas de anticonceptivos orales combinados, etinilestradiol (EE) y levonorgestrel (LNG), conocido como método de Yuzpe. (2). El uso de LNG puro se propuso por primera vez en América Latina en 1973, siendo hoy el método de elección de acuerdo a los estudios realizados por la OMS en el que se comparó el régimen de Yuzpe con la administración de LNG solo (3, 4)

En noviembre de 1999 el Comité de Expertos de la OMS en Medicamentos Esenciales incorporó a ambos métodos (Yuzpe y Gestágeno solo) en la lista de Drogas Esenciales. También está aprobada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), y las agencias reguladoras de Europa, Norte América y muchas de las de Asia y de América Latina (9). Actualmente son de venta libre en Albania, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Holanda, Israel, Marruecos, Noruega, Portugal, Sudáfrica, Suecia, Reino Unido, E.E.U.U, y también está disponible en España, Italia, Austria, Brasil, formando parte, en muchos de ellos, de los Programas de salud reproductiva.

Es categoría 1 en los Criterios de elegibilidad de la OMS, ya que no posee contraindicaciones para su uso. (6).

c) Mecanismo de acción:

El LNG es un derivado de la 19 - nortestosterona que actúa a través del receptor de la progesterona e imita los efectos de la hormona natural por lo que se clasifica como agonista o progestina, por lo tanto inhibe la ovulación cuando se administra en la fase folicular (6). Impide la migración espermática y en endometrio, no hay efectos demostrados.

d) Dosificación

- Régimen de levonorgestrel solo: 1,50 mg de levonorgestrel en una dosis única, o en dos dosis de 0,75 mg tomadas con un intervalo de hasta 12 horas.
- Régimen combinado de estrógeno y progestinas (Método Yuzpe): dos dosis de 100 mcg de etinilestradiol más 0,50 mg de levonorgestrel tomadas con un intervalo de 12 horas.

El tratamiento con cualquiera de estos regímenes debe iniciarse lo más pronto posible luego de la relación sexual no protegida, ya que las pruebas indican que los niveles de eficacia disminuyen considerablemente con el transcurso del tiempo. (6)

e) Efectos como anticonceptivo oral de emergencia

En la ovulación: Inhibe o detiene la maduración del ovocito, por lo tanto no hay ovulación y por ende no hay concepción. Con el método de Yuzpe (es la AOE que utiliza las mismas píldoras combinadas de etinil estradiol + levonorgestrel, que se usan como anticonceptivos regulares) el día 12 del ciclo y observaron supresión o postergación del pico de LH en 6 de las 8 mujeres estudiadas, lo cual demuestra su acción anticonceptiva. Si se

usa sólo el levonorgestrel y se administra pre ovulatoriamente, se retrasa la ovulación u ocurre anovulación. Esta forma de AOE es más eficaz en prevenir un embarazo cuando actúa antes de la ovulación. Si la ovulación es inminente, la AOE no tiene la capacidad de detenerla, y como consecuencia el mecanismo de acción inhibidor de la ovulación no actuará para prevenir el embarazo.

En el endometrio: No hay efectos demostrados con el uso del método Yuzpe o de levonorgestrel solo, como se ha determinado en muestras de biopsias de endometrio tomadas en el período supuestamente de implantación y no encontraron diferencias significativas en los parámetros morfológicos y moleculares examinados, cuando fueron comparados con los ciclos control (sin AOE) en las mismas mujeres.

En los espermatozoides: Al ser inminente el fenómeno de la ovulación, el moco cervical presenta condiciones adecuadas para la migración espermática. En estas condiciones el moco es claro, transparente, abundante, elástico, y sus moléculas se disponen en paralelo formando verdaderos canales, los cuales facilitan la migración de los espermatozoides. Esta arquitectura normal es alterada por la presencia de la AOE que torna al moco cervical grueso, espeso, hostil, y sus moléculas se encuentran entrecruzadas, sin formar canales, lo que impide el proceso de migración. Kesseru (1973), observó que ya a las tres horas después del tratamiento con levonorgestrel aumenta también el pH del fluido uterino y aumenta la viscosidad del moco cervical; fenómenos que inmovilizan a los espermatozoides. El levonorgestrel puede afectar también la capacidad de los espermatozoides para adherirse al óvulo, por la mayor producción de glicodelina- A, sustancia que se segrega en el endometrio y dificulta la unión del espermatozoide con la zona pelúcida del ovocito (20).

f) Efectos adversos

Las mujeres que utilizan las píldoras de AE pueden presentar náuseas, vómitos, dolor de cabeza, mareo, cansancio, y sensibilidad en las mamas. Estas molestias no duran más de 24 horas.(8). El régimen de levonorgestrel solo es el preferido ya que presenta mayor eficacia y menor incidencia de efectos secundarios. (12)

g) Aspectos sociales y accesibilidad

El Ministerio de Salud de Perú (MINSA) establece que “... la salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria, para reproducirse y, la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo...” (25). En el año 2000, las mujeres peruanas en unión tenían en promedio 1,1 hijos más de lo deseado. El 31% de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no fueron deseados y el 69,9% de las mujeres no usan métodos anticonceptivos (25). Cualquier intervención para superar la pobreza debiera considerar que muchas veces un embarazo no deseado a edades tempranas inicia el ciclo de transmisión intergeneracional de la pobreza y, por lo tanto, debe incluir la provisión de métodos anticonceptivos seguros y efectivos (26).

El MINSA, en el marco de los lineamientos de los derechos de la salud sexual y reproductiva, pone a disposición de la población diversos métodos anticonceptivos. A partir del año 2001 esta entidad incorporó el uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) dentro de la Norma de Planificación Familiar, en concordancia con el objetivo de reducción de mortalidad materna del Plan Nacional Concertado de Salud (25).

La jerarquía católica viene disputando el acceso a la AOE desde 2003. En octubre de 2009, en el marco de una demanda entablada por entidades de carácter religioso, el Tribunal Constitucional del Perú determinó que el Ministerio de Salud no había demostrado que la AOE no era abortiva y solicitó que dicho ministerio cesara su distribución en el sector público. Ante este fallo del Tribunal Constitucional, el Ministerio de Salud emitió en marzo de 2010 un informe sobre el mecanismo de acción de la AOE y recomendaba reanudar su distribución.

2.3. Conocimientos y Actitudes

2.3.1. Conocimiento

Es la ciencia o percepción de la realidad que se adquiere por medio del aprendizaje. Están dados por una serie de pautas, conceptos e ideas que tienen las personas. (26)

- Teorías sobre el origen del conocimiento:
 - **Empírico:** Es un sistema filosófico que adopta la experiencia como base del conocimiento. Es decir que el conocimiento es producto de la experiencia, porque solo son conocimiento las daciones de la experiencia.
 - **Sensorial:** Es todo conocimiento en cuya ejecución intervienen directamente órganos corporales como los sentidos externos y el cerebro.

La actividad cognoscitiva constituye una de las formas a través de las cuales el hombre establece su relación con el mundo. En virtud de ella el hombre va aprendiendo progresivamente los rasgos que caracterizan los entes que se convierten en objeto de

conocimiento. Sin lugar a dudas el conocimiento desempeña un rol fundamental en la experiencia humana. (27)

2.3.2. Actitudes

Las actitudes incluyen un componente cognoscitivo –los pensamientos-, afectivo – los sentimientos-, y conductual –la predisposición a actuar-. Una actitud sin embargo, puede manifestarse o no en una conducta, dependiendo de una serie de factores ambientales que favorezcan que aparezca o que, en cambio, se inhiba. (29)

Las actitudes son adquiridas, nadie nace con una predisposición positiva o negativa específica hacia un objeto de actitud. La forma en que se aprenden las actitudes es variada. Proviene de experiencias positivas o negativas hacia el objeto de actitud, se vuelven inevitables: todos las tenemos hacia aquellos objetos o situaciones a las que hemos sido expuestos. (28,29)

a) Tipos de actitud:

- Actitud de aceptación: Es la posición más aceptable para el sujeto (positivas).
- Actitud de rechazo: Posición más objetable, lo que más detesta (negativas). (21)

b) Propiedades de las actitudes:

- **Dirección:** La actitud puede ser positiva (de acuerdo) o negativa (en desacuerdo), en algunos casos es explicable hablar de una actitud neutral (indiferente) cuando el sujeto no es ni positivo ni negativo hacia el objeto.
- **Intensidad:** La actitud es alta si el sujeto está fuertemente convencido que la actitud es justificada y baja si el sujeto no piensa así.

- **Estabilidad:** La actitud es estable si permanece invariable para un periodo largo.
- **Fortaleza:** Es fuerte, si por ejemplo es difícil de cambiar a través de persuasiones y propagandas y suave si cambia fácilmente.
- **Importancia:** Es grande si influye sobre la conducta de la persona en muchos campos y actividades.

a) Medición de las actitudes:

La **escala de Likert** es un método de asignación numérica a declaraciones o aseveraciones para medir actitudes o creencias de las personas. Las características importantes de este método reflejan la actitud o creencia para cada ítem y los promedios de preguntas diferentes se pueden sumar y obtener un índice global o aditivo de las actitudes o creencias medidas. Por esta última razón es conocida como una escala de evaluación sumatoria. La escala de Likert es usada extensamente en estudios de psicología industrial, clínica y social. (23)

3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. Autor: NEGRILLO J.

Título: “Conocimientos sobre contracepción de emergencia en internos de medicina y obstetricia y en alumnos de 15 a 17 años en colegios estatales del pueblo joven Miguel Grau de Arequipa 2000.”

Fuente: Tesis para optar el grado de bachiller en medicina. UNSA. Arequipa.-Perú. 2000.

Resumen: En el estudio se concluyó que el nivel de conocimientos en alumnos fue deficiente en un 100%, en internos de medicina fue deficiente un 61.61%, regular en un 30.30%, bueno en un 2.02% y muy bueno en un 6.06%. Mientras que en las internas de obstetricia fue regular 30% y deficiente en un 70%. (14)

3.2. Autor: AÑASCO M.

Título: “Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre Anticoncepción de Emergencia en Adolescentes Preuniversitarios de la Academia Bryce”

Fuente: Tesis Bachiller en Medicina. UNSA Arequipa. 2006.

Resumen: Se concluye que el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia en los adolescentes de 14 a 19 años es deficiente en un 62.7%, regular en un 29.2%, bueno en el 7.6% y muy bueno en el 0.5%. La actitud fue positiva en un 80.7% de la población estudiada. Además no se encontró relación entre el nivel de conocimiento y la actitud frente a la anticoncepción de emergencia. (23)

3.3. Autor: GUTIÉRREZ MARTÍNEZ M, MUÑOZ MACHACA M.

Título: “Conocimientos y actitudes de los estudiantes de la Universidad Católica Santa María sobre la anticoncepción oral de Emergencia. Noviembre-Mayo 2012”.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de Licenciadas en Obstetricia. Facultad de Obstetricia y Puericultura, Universidad Católica Santa María. 2012

Resumen: Se estudió una muestra de 50 alumnos de obstetricia, 50 de medicina, 50 de ingeniería y 50 de sociales; El nivel de conocimientos fue bueno en 55% de estudiantes, y muy bueno en 33,5%, el 84% está de acuerdo con el método. Se encontró una diferencia significativa ($p < 0,05$) en el nivel de conocimientos entre los alumnos de las 4 áreas,

hallándose un nivel de conocimientos superior entre alumnos de medicina, frente a los demás que lograron un nivel bueno. Resultados similares se encontraron con las actitudes, pero la mayoría de estudiantes está de acuerdo con su uso.

A nivel nacional

3.4. Autor: ROMERO L, LLANOS L, SALHUANA J et al.

Título: “Conocimientos y actitudes de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia”.

Fuente: RevMedHered, abr./jun. 2007, vol.18, no.2, p.92-99.

Resumen: El presente estudio busca determinar el nivel de conocimientos y actitudes que tienen los médicos gineco-obstetras que laboran en hospitales del Ministerio de Salud en Lima y Callao sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOE).
Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo de corte prospectivo en nueve hospitales del Ministerio de Salud en Lima y Callao en una muestra aleatoria representativa de 94 médicos gineco-obstetras. Se aplicó una encuesta estructurada basada en anteriores experiencias, previa validación de "expertos".
Resultados: Se observó que 100% de los médicos entrevistados había escuchado acerca de la AOE. El 18% conocía los tres mecanismos de acción descritos en la literatura, 82% refirieron correctamente el modo de administración y 72% conocía el tiempo en que debe ser empleado. El 71% refirió estar dispuesto a recetarla, mientras que 66% ya la había recetado en alguna oportunidad y 83% la menciona, con diferente frecuencia, como parte de su consejería habitual sobre anticoncepción. El 31% considera que la píldora anticonceptiva de emergencia posee algún mecanismo abortivo y 20% no estaría dispuesto a utilizarla.

3.5. Autor: PEÑA A, ASPILCUETA D, CALDERÓN J, ALZAMORA DE LOS GODOS

L.

Título: “Características de las usuarias que emplean anticoncepción oral de emergencia en sedes de INPPARES de Chimbote y Lima”.

Fuente: <http://www.inppares.org/revistasss>

Resumen: El presente trabajo fue exploratorio, transversal, y comparativo realizado con la finalidad de determinar las características demográficas, causa y tipo de Anticoncepción Oral de Emergencia empleado en usuarias del servicio de Salud Reproductiva de Inppares, para lo cual se estudiaron dos grupos de usuarias de 108 usuarias de Chimbote y 68 usuarias de Lima, que conformaban la población total de usuarias de AOE, haciendo un total de 176 usuarias. Se encuentran como resultados que el AOE es un método al que solamente accede población de estratos educativos de secundaria o superior, es empleado por parejas estables de 20 a 30 años, siendo la persona y medio de referencia para el empleo de la Anticoncepción Oral de Emergencia, la pareja en el caso de Chimbote y un amigo en el caso de Lima. El uso previo de anticoncepción en usuarias que emplearon anticoncepción oral de Emergencia se dio en el casi el 50% para ambas ciudades, siendo la causa principal para el empleo el tener una relación sexual no protegida. El tiempo transcurrido entre el coito y la toma de la Anticoncepción Oral de Emergencia fue de 33 horas + - 18.71 horas y la marca del Anticoncepción Oral de Emergencia más empleada en Chimbote fue el Yuzpe, y en Lima el Postinor 2.

A nivel internacional

3.6. Autor: GOMEZ P, ARGUELLO K, CACERES C, GUTIERREZ E y cols.

Título: “Anticoncepción de emergencia hormonal (AEH): conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes universitarias: estudio de corte transversal: Colombia, 2008”.

Fuente: Rev. colomb. enferm;2010; 5(5):10-14

Resumen: Encuesta a 496 mujeres estudiantes de las carreras de salud de una universidad en Colombia. Resultados: edad promedio: 22.5 años (rango 16-28). El 96% de las estudiantes son solteras, 2% casadas, 2% unión libre y 6% ya tienen hijos. El 76% ya inició vida sexual; 27% utilizan condón, 15% inyectables mensuales, 12% anticonceptivos orales combinados y 5% métodos naturales. En los últimos tres meses, 6 de cada 10 han tenido relaciones sexuales pero la tercera parte no ha utilizado ningún método anticonceptivo. Aunque 90% conocen la AEH, sólo la tercera parte identifica el verdadero mecanismo de acción. El 25% manifiesta no saber la efectividad de la AEH y sólo el 2% conoce el tiempo límite de uso. Dos de cada 10 mujeres no están de acuerdo con su uso. Seis de cada 10 estudiantes la han utilizado alguna vez, 2% la ha utilizado hasta 4 veces, y el 17% ha cambiado su método rutinario por utilizar AEH. El 80% la adquirió directamente en droguerías y el 12% en Profamilia. El 88% utilizó AEH de sólo progestina, 11% Yuzpe y 1% DIU. La gran brecha encontrada entre conocimientos, actitudes y práctica sobre AEH en las encuestadas permite sugerir una intervención educativa sobre AEH.

3.7. Autor: VEGA A, MARÍN C, GÓMEZ C.

Título: “Conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales en farmacia sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) en Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica”.

Fuente: Revista electrónica semestral, ISSN-1659-0201. Volumen 9, número 2, informe técnico 1; Enero - junio, 2012.

Resumen: El embarazo no deseado continúa siendo un problema de salud pública que afecta a muchas parejas en todo el mundo. En Costa Rica, a pesar que la prevalencia de uso de anticonceptivos entre las mujeres es 82,1%; un 47% de ellas refirió que el embarazo del último hijo no fue deseado. Por ello, se estudian los conocimientos, actitudes y prácticas de una muestra de profesionales de farmacia. Mediante un cuestionario se indaga respecto a las indicaciones, efectos secundarios, mecanismo de acción, eficacia, disposición a la prescripción y prescripción de píldoras anticonceptivas de emergencia. Los resultados muestran un alto conocimiento de la existencia y efectos secundarios de las AHE. Asimismo, el conocimiento de su eficacia y mecanismo de acción es bajo; al igual que la prescripción que llega apenas a 10%. Se concluye que, a pesar del alto conocimiento, la baja prescripción se relaciona con el bajo conocimiento de la evidencia vigente de su mecanismo de acción. Se recomienda la actualización continua de la formación de este grupo profesional en Farmacia en Costa Rica en relación con las AHE.

4. Objetivos.

4.1. General

Establecer el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la píldora del día siguiente en mujeres que acuden a consulta externa del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, Arequipa.

4.2. Específicos

- 1) Describir las características sociodemográficas de las mujeres que acuden a consulta externa del Centro Medico Universitario Pedro P. Díaz.
- 2) Establecer el nivel de conocimientos sobre la píldora del día siguiente en mujeres que acuden a consulta externa del Centro Medico Universitario Pedro P. Díaz.
- 3) Identificar las actitudes hacia la píldora del día siguiente en mujeres que acuden a consulta externa del Centro Medico Universitario Pedro P. Díaz.

5. Hipótesis

Es probable que las mujeres que presentan mejor conocimiento acerca del uso de la píldora del día siguiente, presenten actitudes más favorables hacia su empleo en el Centro Medico Universitario Pedro P. Díaz, Arequipa.

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 con un cuestionario acerca de conocimientos (Anexo 1) y una escala de actitudes (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 Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará durante el primer trimestre del 2013.

2.3. Unidades de estudio: Mujeres que acuden a consulta externa del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, Arequipa.

2.4. Población: Totalidad de mujeres que acuden a consulta externa del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

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

Dónde:

n = tamaño de la muestra

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

p = frecuencia de conocimiento y actitudes adecuados = 0.15

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 195,92 \approx 200$ casos

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

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
 - Mujeres adolescentes (mayores de 13 años) o adultas
 - Participación voluntaria en el estudio
- **Criterios de Exclusión**
 - Llenado incompleto de las hojas de cuestionarios
 - Paciente que no sepa leer o escribir
 - Con trastornos de las funciones superiores.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán las coordinaciones con la dirección del CMUPP Díaz para obtener la autorización para realizar el estudio.

Se contactará a las pacientes que acudan a consulta externa para explicar el motivo de la investigación y solicitar su participación voluntaria. Se entregarán las fichas de cuestionarios y se esperará a completar el llenado de las mismas. Luego se recabarán los cuestionarios extraerán las variables de interés en la ficha de recolección de datos (Anexo

1)

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, tutor.

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 empleado fue elaborado en base a la bibliografía citada en el marco teórico. La encuesta sobre actitudes fue confeccionada con el apoyo de la bibliografía revisada.

La validación cualitativa (de contenido) fue realizada por el tutor gineco obstetra.

Se realizará una prueba piloto con una muestra de 20 mujeres de otro establecimiento para la validación definitiva y la calibración del instrumento (validez predictiva).

Cuestionario de conocimientos: Elaborado con el fin de evaluar conocimientos; consta de 10 preguntas. Se trata de un cuestionario sobre anticoncepción de emergencia, el cual fue realizado tomando como base los cuestionarios realizados en trabajos de investigación realizados con anterioridad. (Anexo 1). Cada una de las opciones múltiples con una sola respuesta correcta de 2 puntos y se categorizará de la siguiente manera:

Muy Bueno	:	17 – 20
Bueno	:	14 – 16
Regular	:	11 – 13
Malo	:	0 – 10

Encuesta de actitudes (Anexo 2). Elaborada para medir actitudes, según la escala de Likert, con veinte proposiciones de las cuales diez están redactadas en sentido positivo y diez en sentido negativo. El puntaje mayor son 100 puntos y el menor de 20 puntos. Cada proposición será valorada de acuerdo a la calificación de 1 a 5, según el grado de acuerdo o

desacuerdo. Posteriormente la sumatoria se categorizará: Positivas: 61 a 100; Negativas: 20 a 60.

3.4. Criterios para 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 2010).

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 distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.19.0.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Enero 13				Febrero 12				Marzo 13			
	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 Enero 2013

Fecha probable de término: 20 de Marzo 2013

