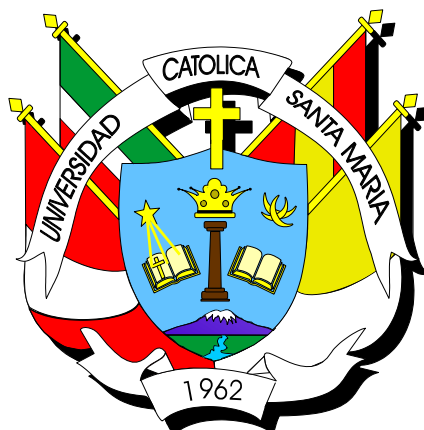


UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRIA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD



***“CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE
EMERGENCIA EN LOS ALUMNOS DE OBSTETRICIA DE LA
UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA. AÑO 2002,
AREQUIPA.”***

TESIS PRESENTADO POR LA BACHILLER:

RUTH ANGELITA PAREDES BEDOYA

**Para optar el grado académico de:
Magíster en Educación para la Salud**

**AREQUIPA – PERU
2004**



**Con todo cariño y gratitud
a mis padres Miguel y Ruth**



**“La verdadera comunicación va
más allá del simple intercambio de
información”**

GOETHE

INDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁG
RESUMEN.....	5
SUMARY.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO UNICO	
RESULTADOS.....	12
1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	13
2. CONOCIMIENTO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	18
3. CONOCIMIENTO SOBRE EL MODO DE APLICACIÓN DE LOS METODOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	23
4. CONOCIMIENTO SOBRE LAS CONTRAINDICACIONES DE LOS MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	30
5. CONOCIMIENTOS COLATERALES DE LOS METODOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	37
CONCLUSIONES.....	44
SUGERENCIAS.....	45
PROPUESTA.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXOS	
PRIMERO: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	54
SEGUNDO: MATRIZ DE BASE DE DATOS.....	89

RESUMEN

La Juventud es una etapa de la vida en la que se operan cambios importantes con enorme trascendencia en la vida cultural de los individuos. Uno de los cambios es el despertar a la vida sexual, la que inicia su manifestación, llevando a las personas a buscarse y encontrarse sometándose a sensaciones placenteras sin conocer o prever las consecuencias de la relación sexual.

Motivo por el cual se realiza la investigación científica para determinar el "Nivel de conocimiento sobre anticonceptivos de emergencia en los alumnos de obstetricia de la Universidad Católica de Santa María Año 2002 Arequipa".

El universo estuvo constituido por 250 estudiantes de obstetricia de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, el marco muestral fue de 97 unidades. Los cuales estuvieron distribuidos de la siguiente manera: 41 en el primer semestre, 19 en el tercer semestre, 16 en el quinto semestre y 21 en el séptimo semestre.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal de diagnóstico y estadiaje en una población de 97 alumnos de Obstetricia de la Universidad Católica Santa María, mediante una encuesta de 11 preguntas.

El objetivo del presente trabajo de investigación fue el de determinar el nivel de conocimiento sobre los métodos de anticoncepción de emergencia en los alumnos de obstetricia de la Universidad Católica de Santa María, el modo de aplicación y utilización de los métodos de anticoncepción de emergencia, así como de los efectos secundarios o complicaciones que se presentan por el uso de los métodos de anticoncepción de emergencia.

La mayor parte de la población encuestada correspondiente a los alumnos de obstetricia de la Universidad Católica de Santa María tiene nivel de conocimientos deficiente sobre anticoncepción de emergencia, considerando los riesgos y probables consecuencias que traen como resultado de su utilización.

SUMMARY

The Youth is a stage of the life in which very important changes are operated with enormous transcendence in the cultural life, of the Individuals. One of the changes is the awakening to the sexual life, the one that their manifestation begins, taking to people to be looked for and to be undergoing pleasant sensations without knowing or prevent the consequences of the sexual action.

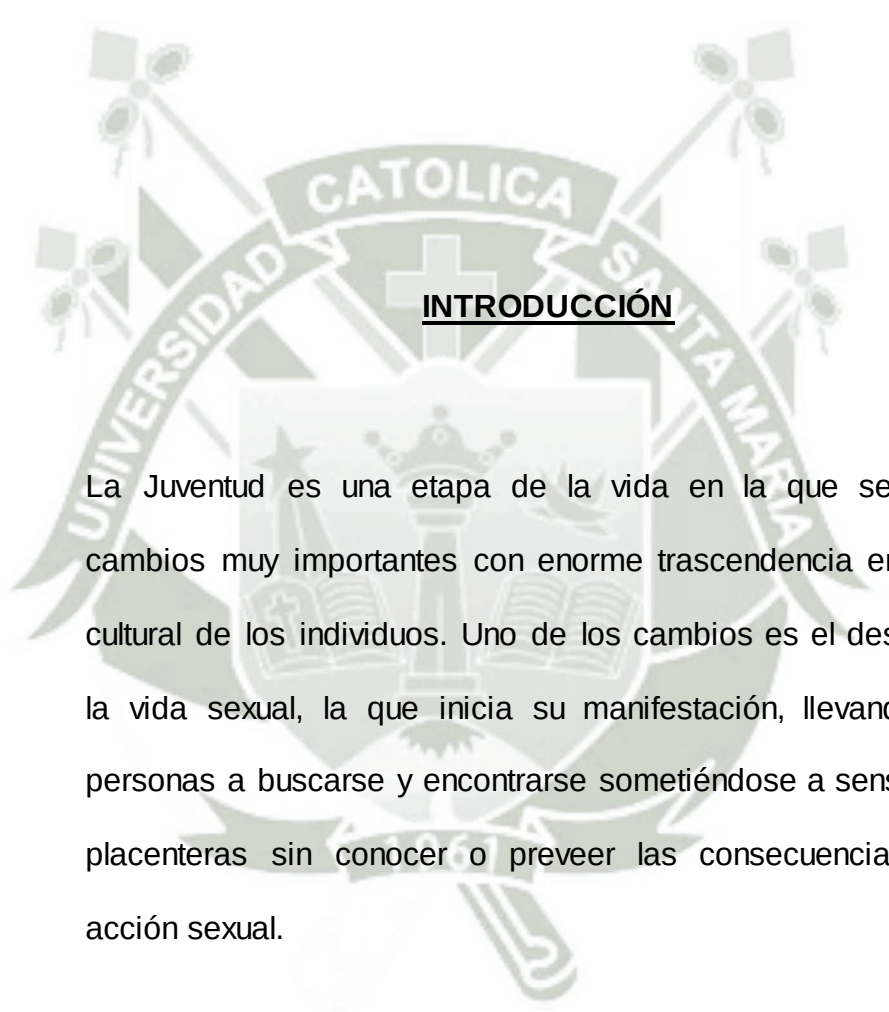
I motivate for which is carried out the scientific investigation to determine the level of knowledge on emergency contraceptives in the students of obstetrics of the Catholic University of Santa Maria Year 2002 Arequipa.

The universe was constituted by 250 students of obstetrics of the Catholic University of Santa Maria, the mark muestral was of 97 units. Which were distributed in the following way: 41 in the first semester, 19 in the third semester, 16 in the fifth semester and 21 in the seventh semester.

Was carried out a descriptive study, traverse of diagnosis and estadiaje in a population of 97 students of Obstetrics of the Catholic University Santa María, by means of a survey of 11 questions.

The objective of the present investigation work was the one of to determine the level of knowledge on the methods of emergency contraception in the students of obstetrics of the Catholic University Santa María, the application way and use of the methods of emergency contraception, as well as of the secondary effects or complications that are presented by the use of the methods of emergency contraception.

Most of the interviewed population corresponding to the students of obstetrics of the Catholic University of Santa María has faulty level of knowledge about emergency contraception, considering the risks and probable consequences that you/they bring as a result of their use.



INTRODUCCIÓN

La Juventud es una etapa de la vida en la que se operan cambios muy importantes con enorme trascendencia en la vida cultural de los individuos. Uno de los cambios es el despertar a la vida sexual, la que inicia su manifestación, llevando a las personas a buscarse y encontrarse sometiéndose a sensaciones placenteras sin conocer o prever las consecuencias de la acción sexual.

Pese a su seguridad y eficacia relativamente alta, muchas mujeres desconocen la existencia de estos métodos o no saben como utilizarlos. Los datos también sugieren que los

profesionales de salud, en este caso las internas carecen de información acerca de la Anticoncepción de Emergencia.

Al ofrecer información y servicios de Anticoncepción de Emergencia, los programas de Planificación Familiar pueden ayudar a las mujeres que no están usando un método anticonceptivo y que desean evitar un embarazo no planificado. Los métodos anticonceptivos de emergencia al no ser bien explicados los confunden con métodos abortivos, esto debido especialmente a la falta de conocimiento de los mismos.

Los métodos anticonceptivos de emergencia da una opción práctica para evitar el embarazo. El uso de alguno de éstos métodos reduce el riesgo de embarazo en por lo menos un 75% según información desarrollada por la Organización Mundial de la Salud.

Es preciso acotar que casi todas las mujeres pueden usar los métodos anticonceptivos de emergencia sin peligro. La única contraindicación absoluta es el embarazo confirmado, ya que tales métodos no funcionarán si una mujer esta embarazada. Se ha comprobado que no hay efectos secundarios serios o de

largo plazo después de usar los métodos de anticoncepción de emergencia.

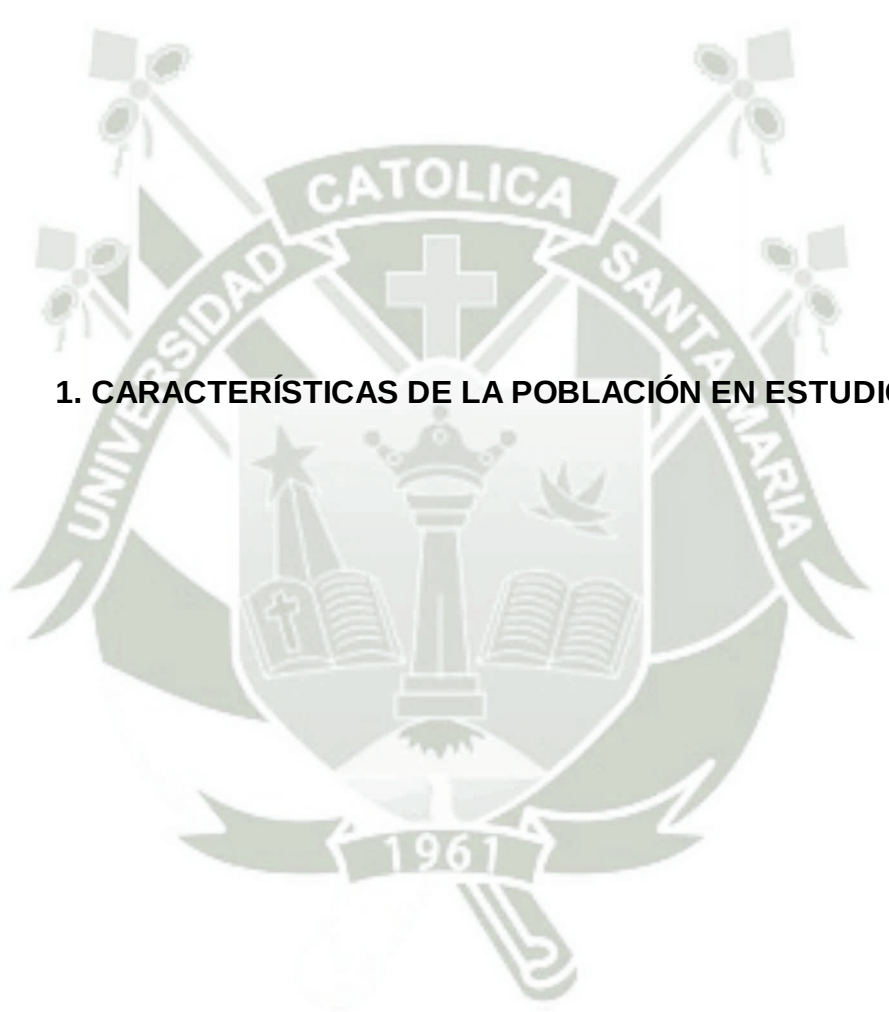
La anticoncepción de emergencia proporciona una última oportunidad crítica para evitar un embarazo no deseado a aquellas parejas que no utilizaron anticonceptivos. Los jóvenes en particular, frecuentemente carecen de preparación para su primera experiencia sexual.

Todo esto nos hace referir en el estudio de Kaiser, que encontró que aunque la mayoría de las obstetras/ginecólogos en Estados Unidos saben de la existencia de la anticoncepción de emergencia, únicamente un 16% de ellos prescribe pastillas anticonceptivas de emergencia.

Es por ello nuestra preocupación por los alumnos de obstetricia que no tiene información o refieren información confusa de estos métodos anticonceptivos de emergencia, los cuales tienen que ser desarrollados para discernir hacia un futuro planificado de hijos por cada pareja que desarrolla su actividad sexual completamente normal.



CAPITULO UNICO
RESULTADOS



1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Tabla 1**Distribución de la muestra por semestre de estudio**

Semestre	N	%
I	41	42.3
III	19	19.6
V	16	16.5
VII	21	21.6
TOTAL	97	100.00

FUENTE: Elaboración personal.

Se puede observar que del total de la población muestreada están distribuidos 41 en el primer semestre, 19 en el tercero, 16 en el quinto y 21 en el sétimo semestre.

El noveno semestre no ha sido considerado porque las estudiantes de obstetricia se encuentran haciendo su internado en centros de la periferie.

Grafico N° 01

Distribución de la muestra por semestre de estudio.

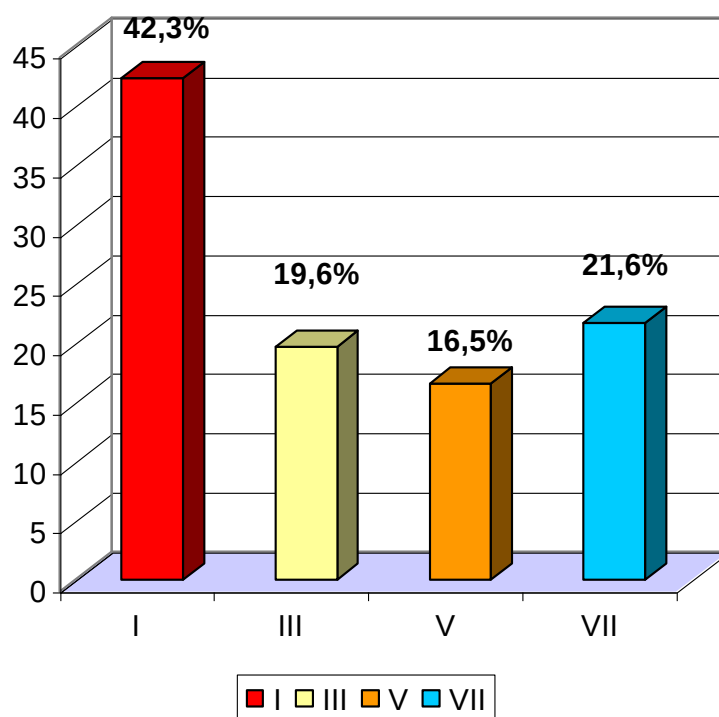


Tabla 2**Distribución de la muestra por sexo**

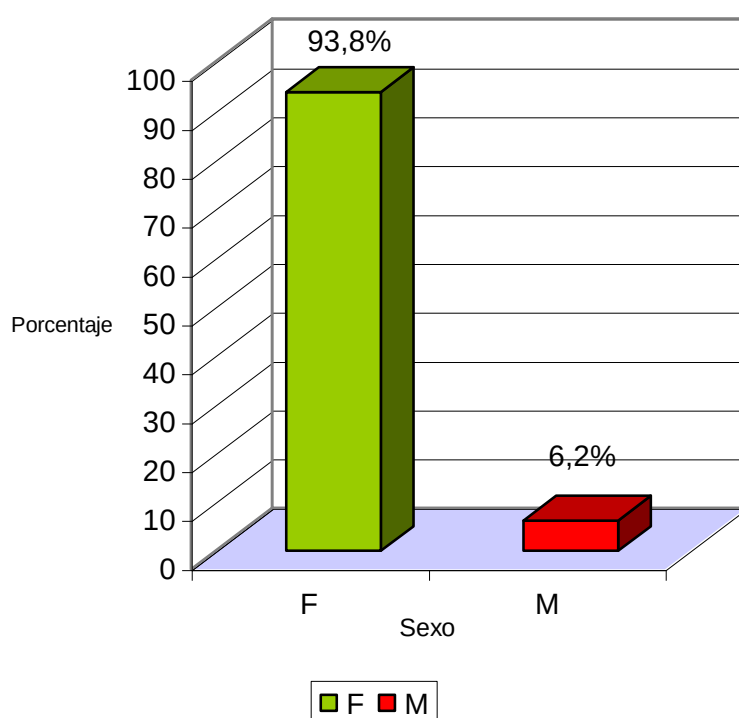
Sexo	N	%
F	91	93.8
M	6	6.2
TOTAL	97	100.00

FUENTE: Elaboración personal.

Dentro del periodo de tiempo que duró el presente trabajo de investigación del total de la población muestreada el 93.8% corresponde al sexo femenino y el 6.2% al sexo masculino.

Grafico N° 02

Distribución de la muestra por sexo



2. CONOCIMIENTO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA



Tabla 3
Conocimiento sobre la utilización de la anticoncepción de emergencia

	Semestre									
	I		III		V		VII		TOTAL	
Conocimiento	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conoce	9	22	11	58	10	63	13	62	43	44
No conoce	32	78	8	42	6	38	8	38	54	56
Total	41	100	19	100	16	100	21	100	97	100
Chi cuadrado	$X^2 = 14.50$					$P < 0.01$				

La tabla 3 nos muestra la respuesta de la población muestreada al conocimiento sobre la utilización de la anticoncepción de emergencia. Aplicando la prueba de Chi cuadrado existen diferencias altamente significativas entre las respuestas correctas para los 4 semestres, en relación a que la anticoncepción de emergencia es usada por la mujer. Como se puede observar solamente el 44% de la población de estudiantes de obstetricia tienen un conocimiento correcto sobre la utilización de la anticoncepción de emergencia del mismo modo se puede notar que los alumnos del primer semestre muestran un mayor desconocimiento con un 78%. En la medida que los alumnos entrevistados se encuentran en un grado de estudio superior el nivel de conocimiento debe ser mayor.

Grafico N° 03

**Conocimiento sobre la utilización de la anticoncepción de
emergencia**

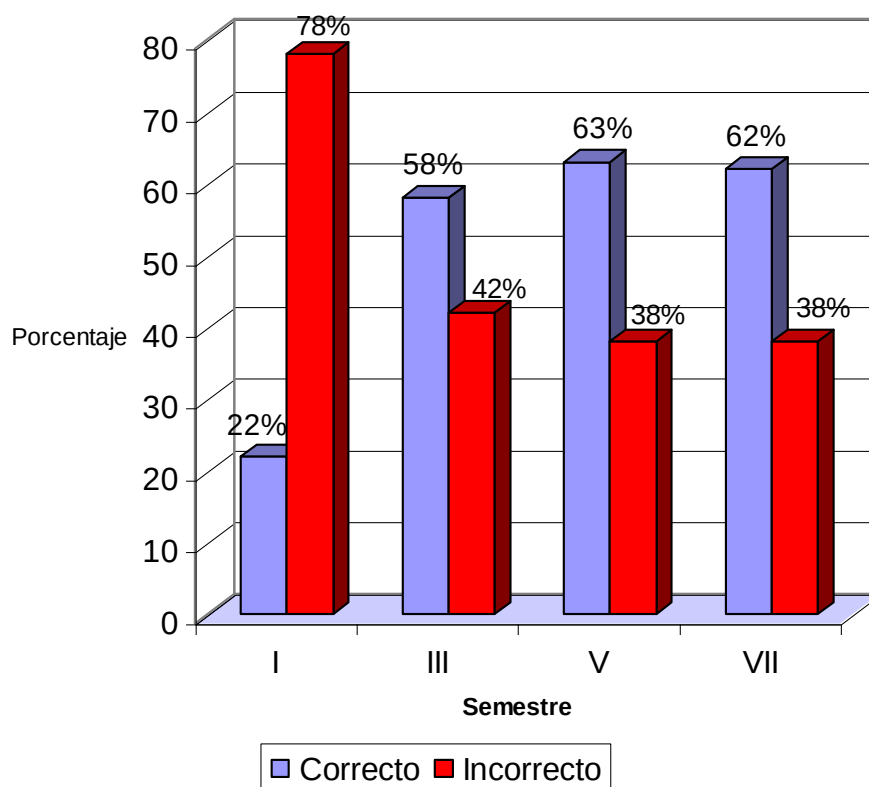


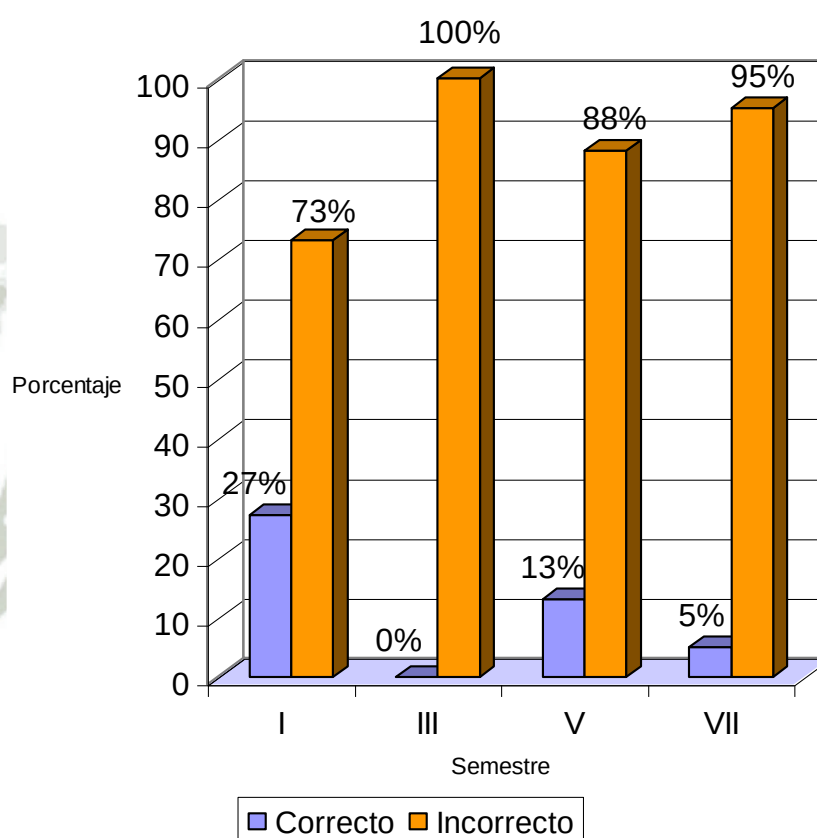
Tabla 4
Composición de los anticonceptivos orales de emergencia

	Semestre									
	I		III		V		VII		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conoce	11	27	0	0	2	12	1	5	14	14
No conoce	30	73	19	100	14	88	20	95	83	86
Total	41	100	19	100	16	100	21	100	97	100
Chi cuadrado	$X^2=9.945$					$P<0.05$				

La tabla 4 nos muestra la respuesta de la población muestreada al conocimiento sobre la composición de los anticonceptivos orales de emergencia. Aplicando la prueba de Chi cuadrado existen diferencias significativas entre las respuestas incorrectas para los 4 semestres, en relación a que los anticonceptivos orales usados como anticoncepción de emergencia, contienen progestina y/o estrógenos. Los resultados mostrados en la tabla nos muestran un claro desconocimiento sobre la composición de los anticonceptivos de emergencia con un 86%.

Grafico N° 04

Composición de los anticonceptivos orales de emergencia





3. CONOCIMIENTO SOBRE EL MODO DE APLICACIÓN DE LOS METODOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Tabla 5
Dosis a utilizar como método de anticoncepción de emergencia

	Semestre									
	I		III		V		VII		TOTAL	
Conocimiento	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conoce	0	0	0	0	2	13	1	5	3	3
No conoce	41	100	19	100	14	87	20	95	94	97
Total	41	100	19	100	16	100	21	100	97	100
Chi cuadrado	$X^2 = 6.834$					$P < 0.05$				

La tabla 5 nos muestra la respuesta de la población muestreada sobre el conocimiento sobre la dosis a utilizar como método de anticoncepción de emergencia. Aplicando la prueba de Chi cuadrado existen diferencias significativas entre las respuestas incorrectas para los 4 semestres, en relación a que el método anticonceptivo de emergencia con píldoras, la dosis a usar es el doble utilizado por el programa de planificación familiar. Se puede notar un claro desconocimiento de la dosis a utilizar sobre los métodos de anticoncepción de emergencia con un 97%

Grafico N° 05

Dosis a utilizar como método de anticoncepción de emergencia

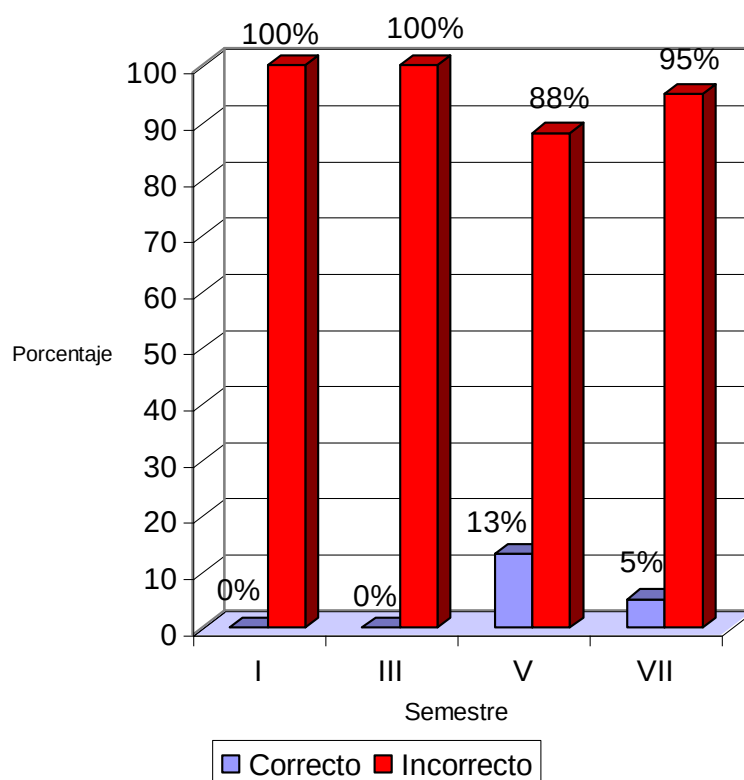


Tabla 6
Mecanismo de acción de los anticonceptivos orales de emergencia

	Semestre									
	I		III		V		VII		TOTAL	
Conocimiento	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conoce	21	51	8	42	11	69	13	62	53	55
No conoce	20	49	11	58	5	31	8	38	44	45
Total	41	100	19	100	16	100	21	100	97	100
Chi cuadrado	$X^2 = 3.13$					$P < 0.05$				

La tabla 6 nos muestra la respuesta de la población muestreada sobre el nivel de conocimiento sobre los mecanismos de acción de los anticonceptivos orales de emergencia. Aplicando la prueba de Chi cuadrado no existen diferencias significativas entre las respuestas correctas para los 4 semestres, en relación a que las píldoras de anticoncepción de emergencia actúan evitando la implantación del óvulo. Los datos mostrados nos indican que sólo un 45% de la población encuestada tiene conocimiento sobre el mecanismo de acción de los anticonceptivos de emergencia.

Grafico N° 06

Mecanismo de acción de los anticonceptivos orales de emergencia

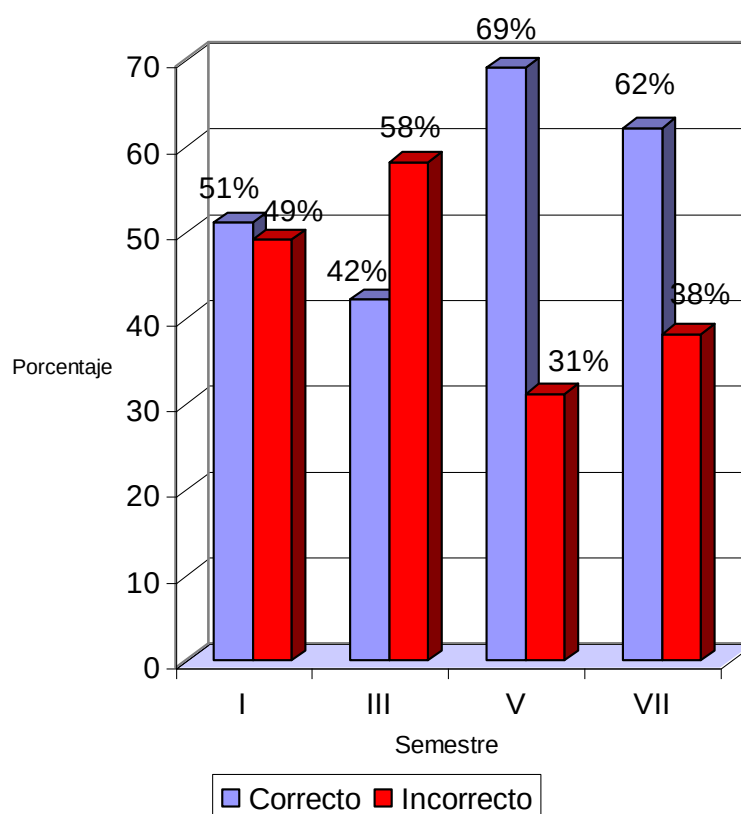


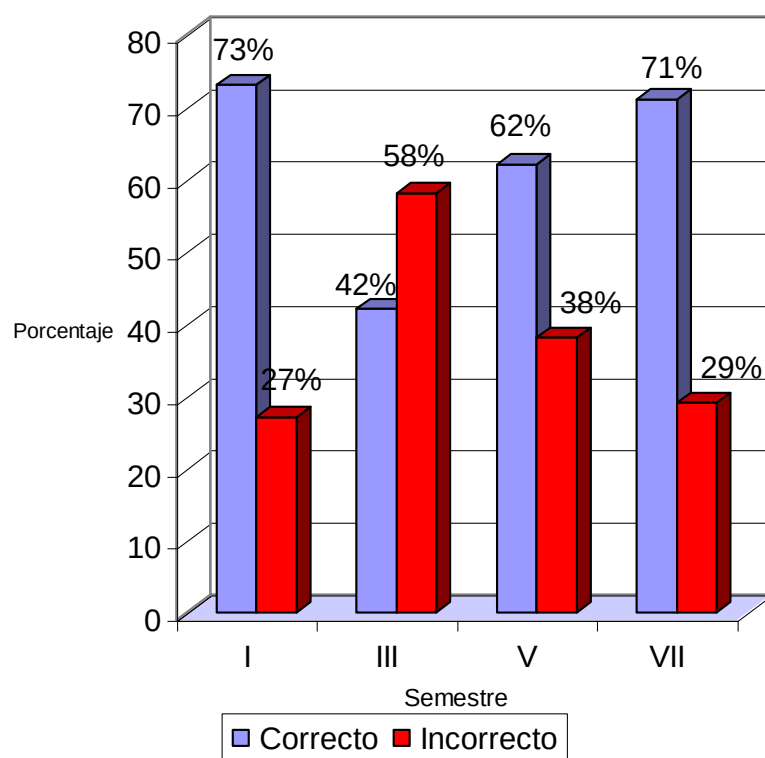
Tabla 7
Alternativas en las que puede utilizar la anticoncepción de emergencia

	Semestre									
	I		III		V		VII		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conoce	30	73	8	42	10	62	15	71	63	65
No conoce	11	27	11	58	6	38	6	29	34	35
Total	41	100	19	100	16	100	21	100	97	100
Chi cuadrado	$X^2 = 6.002$					$P < 0.05$				

La tabla 7 nos muestra la respuesta de la población muestreada sobre el conocimiento de las alternativas en las que se puede utilizar la anticoncepción de emergencia. Aplicando la prueba de Chi cuadrado no existen diferencias significativas entre las respuestas correctas para los 4 semestres, en relación a que la anticoncepción de emergencia puede ser utilizada cuando el condón se rompe, el DIU se desplaza o cuando las parejas nunca han usado anticonceptivos. Los resultados nos muestran que un 65% de la población encuestada tiene un claro conocimiento sobre la utilización de la anticoncepción de emergencia cuando el condón se rompe.

Grafico N° 07

Alternativas en las que puede utilizar la anticoncepción de emergencia





4. CONOCIMIENTO SOBRE LAS CONTRAINDICACIONES DE LOS MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Tabla 8
Contraindicaciones para el uso de los métodos de anticoncepción de emergencia

	Semestre									
	I		III		V		VII		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conoce	19	46	1	5	6	38	9	43	35	36
No conoce	22	54	18	95	10	62	12	57	62	64
Total	41	100	19	100	16	100	21	100	97	100
Chi cuadrado	$X^2 = 10.12$					$P < 0.05$				

La tabla 8 nos muestra la respuesta de la población muestreada sobre el nivel de conocimiento sobre las contraindicaciones para el uso de los métodos de la anticoncepción de emergencia. Aplicando la prueba de Chi cuadrado existen diferencias significativas entre las respuestas incorrectas para los 4 semestres, en relación a que el uso de métodos anticonceptivos están contraindicados cuando hay embarazo confirmado, de acuerdo a nuestros resultados sólo el 35% de la población tiene un claro conocimiento de no utilizar los anticonceptivos de emergencia cuando se confirma el embarazo.

Grafico N° 08

**Contraindicaciones de los
métodos de anticoncepción de emergencia**

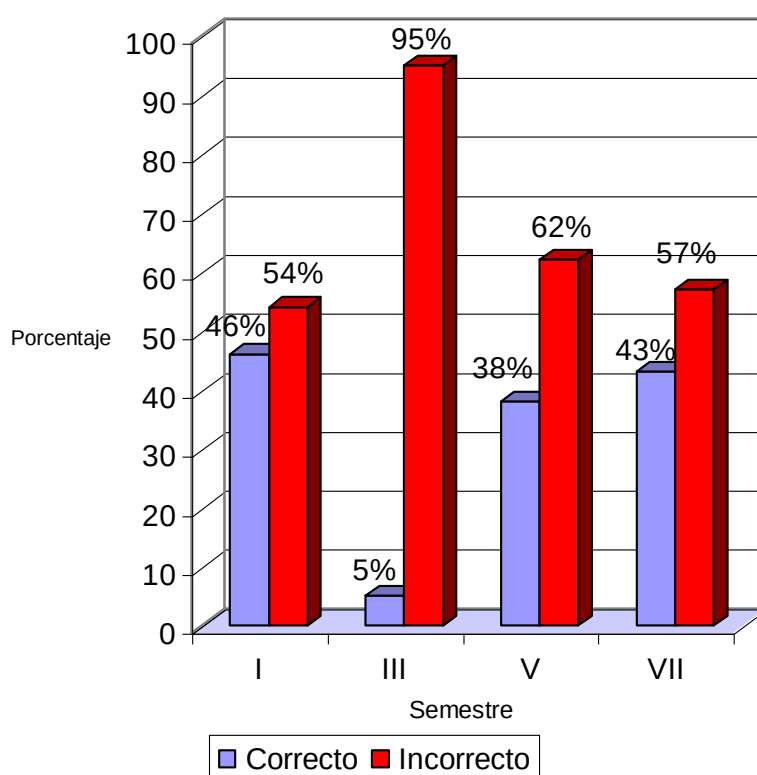


Tabla 9
Contraindicaciones del método hormonal oral como anticoncepción de emergencia

	Semestre									
	I		III		V		VII		TOTAL	
Conocimiento	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conoce	2	5	2	11	8	50	5	24	17	18
No conoce	39	95	17	89	8	50	16	76	80	82
Total	41	100	19	100	16	100	21	100	97	100
Chi cuadrado	$X^2 = 17.42$					$P < 0.01$				

La tabla 9 nos muestra la respuesta de la población muestreada sobre el nivel de conocimiento sobre las contraindicaciones del método hormonal oral como anticonceptivo de emergencia. Aplicando la prueba de Chi cuadrado existen diferencias altamente significativas entre las respuestas incorrectas para los 4 semestres, en relación a que la contraindicación para el uso de métodos de anticoncepción de emergencia es cuando se presenta amenorrea secundaria a la fecundación. Sólo el 18% de la población encuestada tiene un claro conocimiento de la contraindicación de los anticonceptivos de emergencia.

Grafico N° 09

**Contraindicaciones del método hormonal oral como anticoncepción
de emergencia**

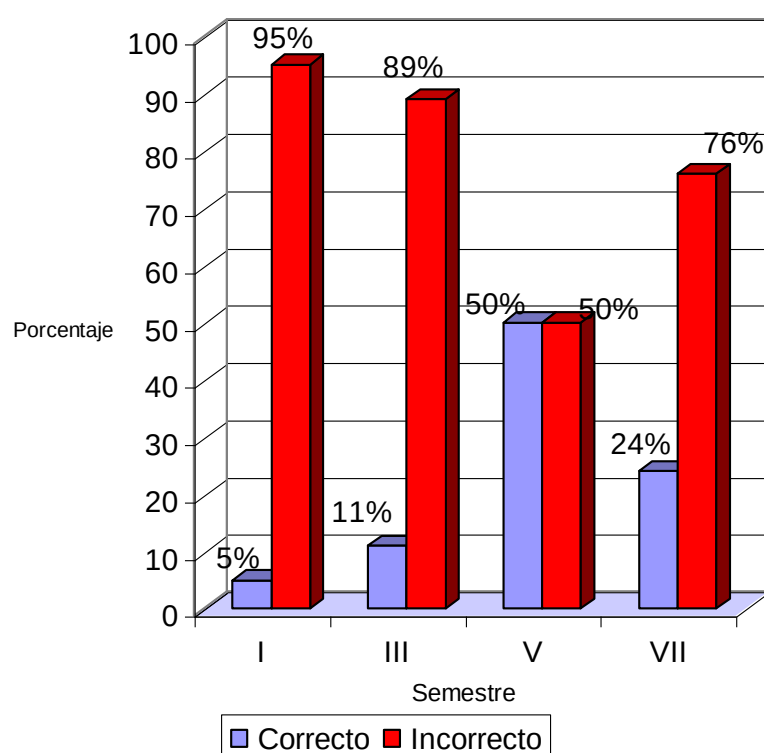


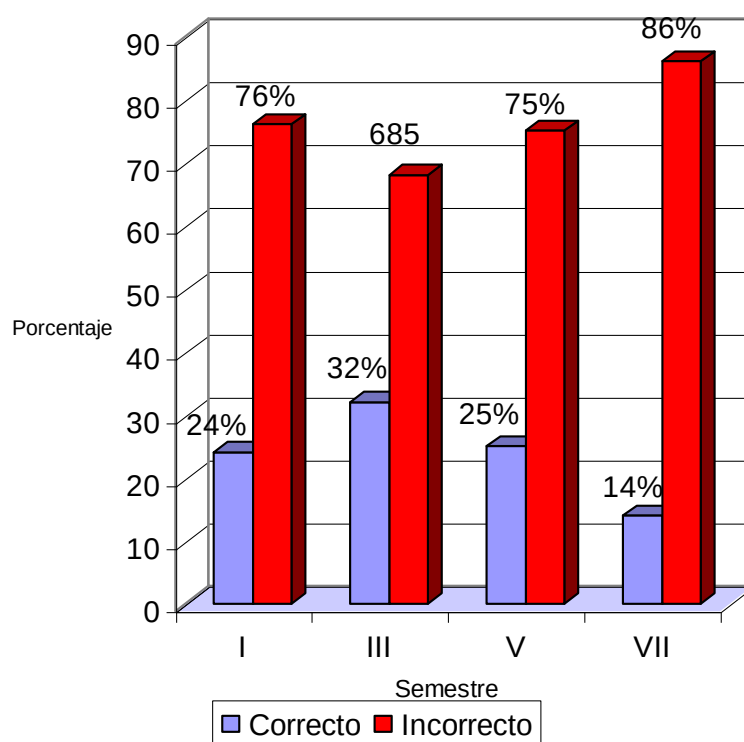
Tabla 10
Contraindicaciones de los dispositivos intrauterinos como método de anticoncepción de emergencia

	Semestre									
	I		III		V		VII		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conoce	10	24	6	32	4	25	3	14	23	24
No conoce	31	76	13	68	12	75	18	86	74	76
Total	41	100	19	100	16	100	21	100	97	100
Chi cuadrado	$X^2 = 1.707$					$P < 0.05$				

La tabla 10 nos muestra la respuesta de la población muestreada sobre el nivel de conocimiento sobre las contraindicaciones de los dispositivos intrauterinos como método de anticoncepción de emergencia. Aplicando la prueba de Chi cuadrado no existen diferencias significativas entre las respuestas incorrectas para los 4 semestres, en relación a que La contraindicación para el uso de DIU como método de anticoncepción de emergencia es el embarazo confirmado.

Grafico N° 10

**Contraindicaciones de los dispositivos intrauterinos como método
de anticoncepción de emergencia**



**5. CONOCIMIENTOS COLATERALES DE LOS METODOS DE
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA**

Tabla 11
Efectos secundarios del método hormonal oral de anticoncepción de emergencia

	Semestre									
	I		III		V		VII		TOTAL	
Conocimiento	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conoce	4	10	6	32	7	44	4	19	21	22
No conoce	37	90	13	68	9	56	17	81	76	78
Total	41	100	19	100	16	100	21	100	97	100
Chi cuadrado	$X^2 = 9.214$					$P < 0.05$				

La tabla 11 nos muestra la respuesta de la población muestreada sobre el nivel de conocimiento sobre los efectos secundarios del método hormonal oral de anticoncepción de emergencia. Aplicando la prueba de Chi cuadrado existen diferencias significativas entre las respuestas incorrectas para los 4 semestres, en relación a que los efectos secundarios de las píldoras de anticoncepción de emergencia son las náuseas y vómitos. Sólo el 22% tiene conocimiento de los efectos secundarios que se presentan por la utilización de los anticonceptivos de emergencia.

Grafico N° 11

Efectos secundarios del método hormonal oral de anticoncepción de emergencia

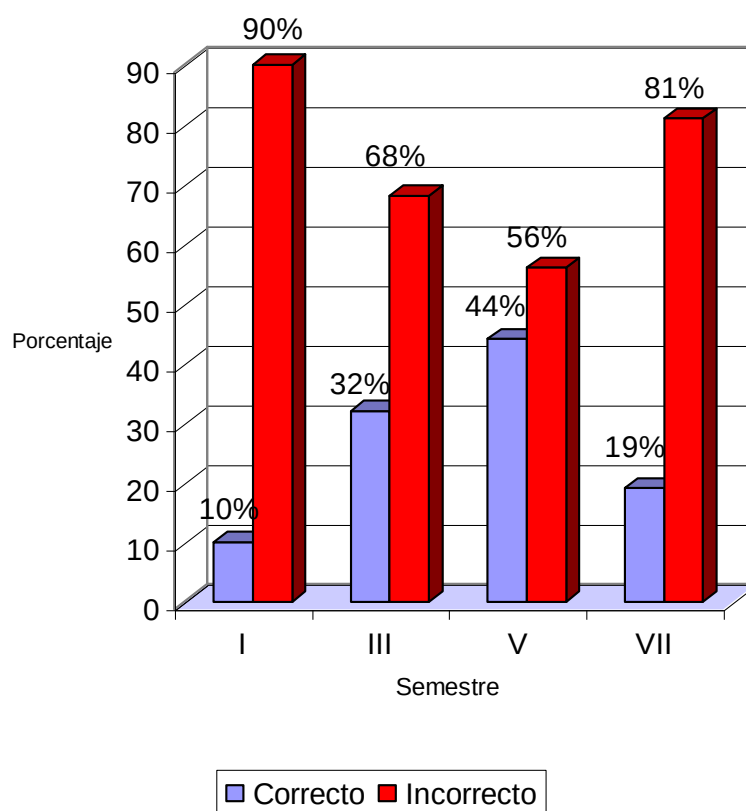


Tabla 12
Tiempo limite de uso de la anticoncepción de emergencia

	Semestre									
	I		III		V		VII		TOTAL	
Conocimiento	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conoce	2	5	0	0	5	31	8	38	15	15
No conoce	39	95	19	100	11	69	13	62	82	85
Total	41	100	19	100	16	100	21	100	97	100
Chi cuadrado	$X^2 = 18.26$					$P < 0.01$				

La tabla 12 nos muestra la respuesta de la población muestreada sobre el nivel de conocimiento del tiempo límite de uso de la anticoncepción de emergencia. Aplicando la prueba de Chi cuadrado existen diferencias altamente significativas entre las respuestas incorrectas para los 4 semestres, en relación a que la anticoncepción de emergencia con anticonceptivos orales debe ser usada antes de cumplir las 72 horas. Se puede notar en la población encuestada un claro desconocimiento del tiempo máximo a utilizar las píldoras anticonceptivas (85%).

Grafico N° 12

Tiempo limite de uso de la anticoncepción de emergencia

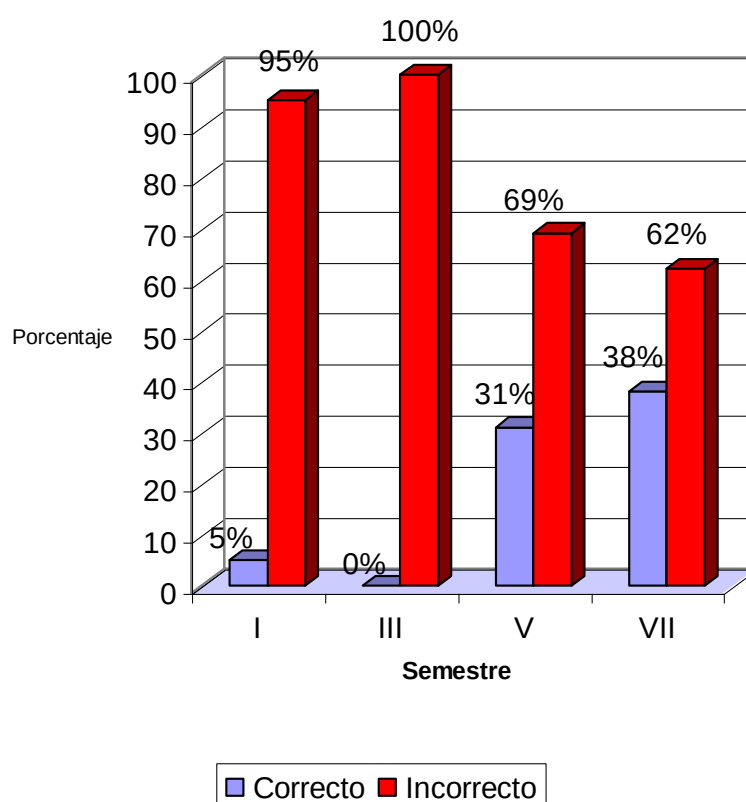


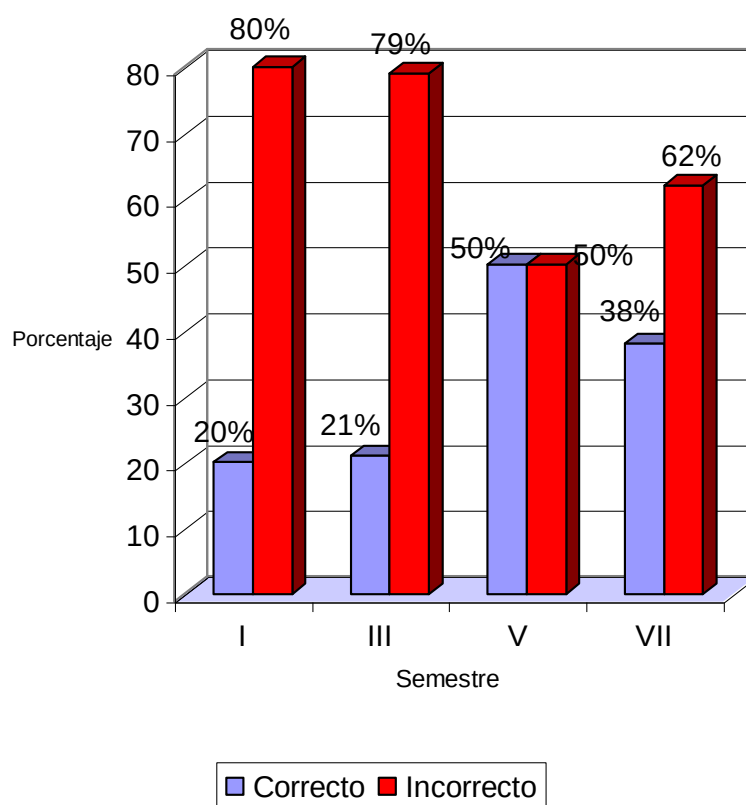
Tabla 13
Fracaso de la anticoncepción de emergencia

	Semestre									
	I		III		V		VII		TOTAL	
Conocimiento	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conoce	8	20	4	21	8	50	8	38	28	29
No conoce	33	80	15	79	8	50	13	62	69	71
Total	41	100	19	100	16	100	21	100	97	100
Chi cuadrado	$\chi^2 = 6.663$					$P < 0.05$				

La tabla 13 nos muestra la respuesta de la población muestreada el nivel de conocimiento sobre el fracaso de la anticoncepción de emergencia. Aplicando la prueba de Chi cuadrado no existen diferencias significativas entre las respuestas incorrectas para los 4 semestres, en relación a que desde el punto de vista estrictamente científico de haber fallado la anticoncepción de emergencia hormonal oral o por T de Cobre, se considera que el embarazo puede continuar normalmente. El 29% de la población encuestada tiene conocimiento que en el caso de haber fracasado con la anticoncepción de emergencia el embarazo puede continuar normalmente.

Grafico N° 13

Fracaso de la anticoncepción de emergencia



CONCLUSIONES

- Primera:** La mayor parte de la población encuestada correspondiente a los alumnos de obstetricia de la Universidad Católica de Santa María tiene nivel de conocimientos deficiente sobre anticoncepción de emergencia. Este nivel de desconocimiento se encuentra distribuido en un 74.64% en alumnos del III semestre, 74.28% en alumnos del I semestre, 59.73% en alumnos del VII semestre y en 57.19% en alumnos del V semestre.
- Segunda:** De los 250 estudiantes de obstetricia, el 33% de la población total conocen sobre la utilización de la anticoncepción de emergencia.
- Tercera:** Los alumnos del primer semestre tienen un mayor desconocimiento sobre el grado de confiabilidad de los métodos de anticoncepción de emergencia.
- Cuarta:** Los alumnos del primer semestre tienen un mayor desconocimiento (90%) de los efectos secundarios que se presentan por el uso de los métodos de anticoncepción de emergencia.

SUGERENCIAS

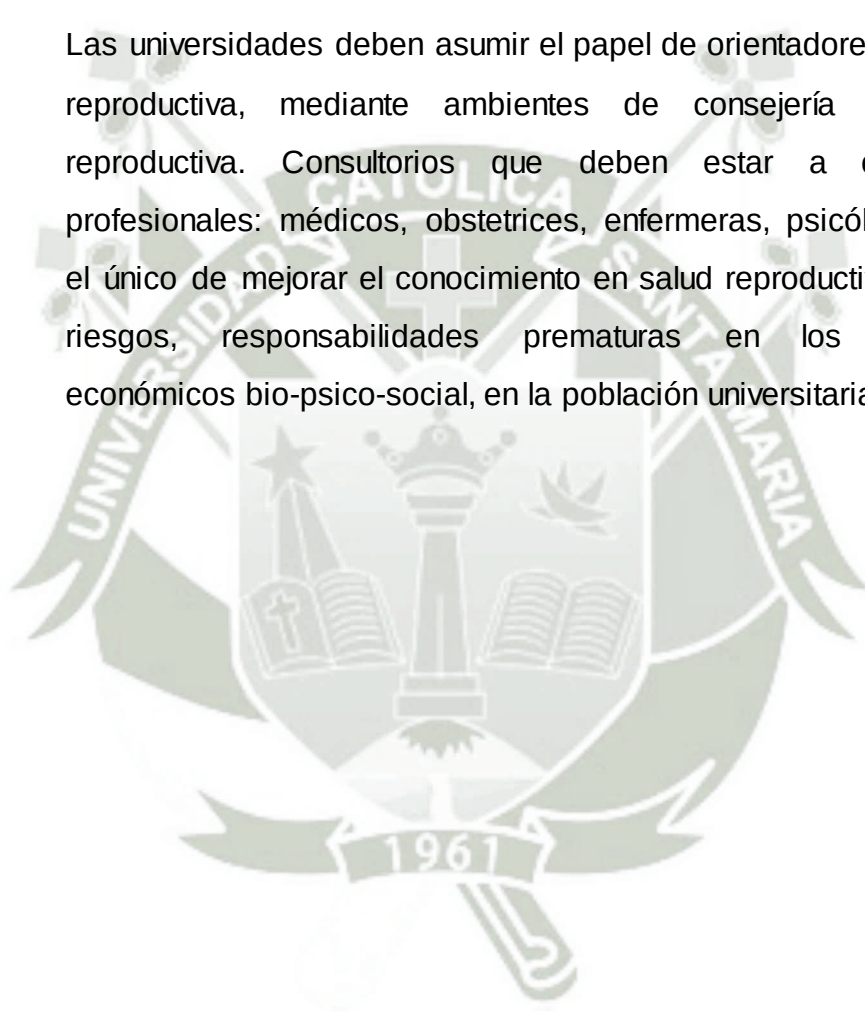
1. Basados en los resultados obtenidos en los alumnos de obstetricia de la Universidad Católica de Santa María donde se realizó el presente trabajo, se recomienda dar a conocer la existencia del método a toda la población estudiantil en todos los niveles.
2. Incrementar las fuentes de información y capacitación en anticoncepción de emergencia de los alumnos desde su formación universitaria para homogenizar los conocimientos sobre anticoncepción de emergencia, sea en talleres sobre planificación familiar o en cursos afines.
3. Urge la necesidad de desarrollar a mediano plazo, en el programa educativo vigente; un curso de Salud reproductiva “Anticoncepción de emergencia”. El planeamiento del curso debe ser motivo de conjuncionar conocimientos por un equipo de profesionales de la salud, de ciencias sociales, para garantizar la formulación de un programa estructurado de información, a favor de la calidad formativa e integral del estudiante, de acuerdo a las necesidades reales vigentes de medidas de prevención de riesgos y promoción de la anticoncepción de emergencia.

Los docentes que enseñarán el curso de salud reproductiva deben tener la especialidad, garantizando de este modo el dominio cognoscitivo, afectivo y psicomotriz, particularmente dominar el aspecto metodológico y hacer uso de los recursos didácticos de la tecnología de punta, las mismas que le permitirán asumir con naturalidad y eficiencia.

4. Implementación de programas y cursos de orientación sexual y planificación familiar en los centros educativos.

Todos los profesores del nivel universitario deben ser motivados y capacitados mediante cursos de salud reproductiva y lograr de este modo, ser concientes de la realidad de la salud reproductiva de nuestra población estudiantil víctimas de embarazos no deseados.

Las universidades deben asumir el papel de orientadores en salud reproductiva, mediante ambientes de consejería en salud reproductiva. Consultorios que deben estar a cargo de profesionales: médicos, obstetras, enfermeras, psicólogos, con el único de mejorar el conocimiento en salud reproductiva y evitar riesgos, responsabilidades prematuras en los aspectos económicos bio-psico-social, en la población universitaria.



PROPUESTA

APERTURA DE CASETA DE ORIENTACIÓN FAMILIAR Y SEXUAL

➤ **Area:** EDUCACIÓN PARA LA SALUD

➤ **Problema:**

- Embarazos no deseados
- Desconocimiento de métodos de anticoncepción de emergencia
- Falta de educación sexual en los colegios y universidades

➤ **Causas**

- Deficiente información de los padres con respecto orientación sexual y planificación familiar
 - Desconocimiento de la existencia de métodos de anticoncepción de emergencia por los profesionales de la salud involucrados en el tema.
 - Incapacidad de para poder resolver los problemas de la adolescencia.

➤ **Consecuencias**

- Elevado porcentaje de adolescentes con problemas de embarazos no deseados
- Incremento en el número de abortos
- Incremento en el número de suicidios
- Incremento de personas no profesionales involucradas en abortos provocados

➤ **Presentación**

Con la existencia de los programas preventivo promocionales de Salud ha concluido la urgente necesidad de ser parte del quehacer social psico-emocional de los alumnos universitarios; a través de la Apertura de una Caseta de Orientación Familiar y Sexual

➤ **Misión**

Enfatizar, fortalecer y caminar de la mano con el quehacer y necesidad de conocimientos interactivos entre profesional que escucha (obstetriz) y el participante (alumno y/o padre de familia) que conforma una unidad de conocimientos y bases para formar familias con pilares éticos morales que forjen hombres que conforman la familia universitaria.

➤ **Objetivos**

- Reforzar el plan de educación familiar y sexual
- Unificar y optimizar los esfuerzos en la lucha contra el embarazo en adolescentes, la paternidad y maternidad irresponsables y la transmisión de enfermedades Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA.
- Fortalecer la unión familiar
- Promover en la población escolar y familiar adecuadas prácticas de bio-seguridad
- Identificarse con la problemática existente y resolver concertadamente el conflicto familiar e individual.

➤ **Estrategias**

- Promocionar el plan de educación familiar y sexual
- Fomentar la concertación entre el alumno y el personal encargado de la caseta
- Fomentar la participación de los padres de familia a través de la folletería
- Innovar las acciones para la practica de bio-seguridad
- Ser parte integral de la familia universitaria para conseguir el bienestar psico-emocional de la familia.

➤ **Duración**

- Permanente

➤ **Metodología**

- La metodología a utilizarse será básicamente activa y participativa

➤ **Beneficiarios**

- Alumnos universitarios, padres de familia, adolescentes y sociedad

➤ **Recursos**

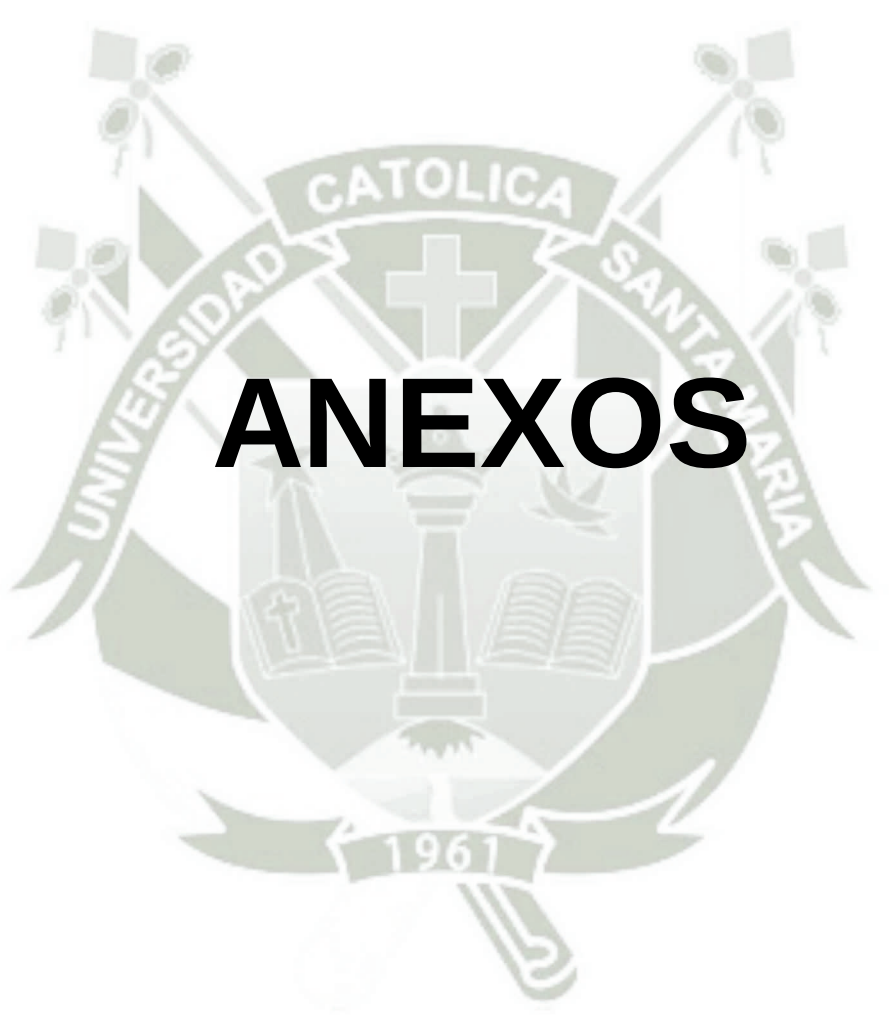
- **Humanos:** Médicos, Obstetras, Enfermeras, Psicólogos
- **Materiales:** Aula para las reuniones, pizarra, plumones, folletos, guías de trabajo, video grabadoras, televisión ,retroproyector, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bachmann Carlos- (1984). "Adolescencia: Riesgo Reproductivo". Concytec. Edit Omega. Lima Perú.
2. Cohall AT, Dickenson D., Vaugham R., Cohall R. Inner-City adolescents awareness of emergency cotracement. J. Am Med, Women Assoc 1998; 53(5suppl2):258-61.
3. Efraín Chávez Vargas, Anticoncepción pos coital, estudio con la administración de dosis bajas de etinilestradiol y levonorgestrel, Revista médica del IPSS 1996 Abril/set 5(2-3),33-7.
4. Estadísticas de Morbi-Mortalidad. Dirección de Salud Arequipa. Departamento de Arequipa 1995 y 1999.
5. Freyre Román Eleodoro, La Salud del Adolescente, Aspectos Médicos Y Psicosociales, Concytec, Lima, Perú, 1994.
6. Gichangi PB, Karanja JG, Kigundu CS, Fonck K, Termernan M. Knowledge, attitudes, and practices regarding emergency contraception among nurses and nursing students in two hospitals in Nairobi, Kenya. Contraception 1999 Apr; 59 (4):253-6.
7. Glacier Anna, Emergency Postcoital Contraception, The New Englanc Journal of Medicine 1997; Oct 70(15): 1058-64.

8. Harlap S, Kost K and Forrest JD, Preventing Pregnancy, Protecting Health: A New Look at Birth Control Choices in the United States, New York: AGI, 1991.
9. Hatcher R.A; Reinchart W. Blackbin R, Geller, J.S. Shelton J.D. Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Baltimore. Facultad de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins. Programa de Información en la población. 1999.
10. Langille D.B., Delany ME. Knowledge and use of emergency postcoital contraception by female students at a high school in Nova Scotia. Can J. Public Health 2000 Jan-Feb 91(1): 29-32.
11. López Guiel. Salud Reproductiva en las Américas. 1992.
12. Loren Galvao y cols, Emergency Contraception: Knowledge, Attitudes And Practices Among Brazilian Obstetrician-Gynecologists, International Family Planning Perspectives Volumen 25, Number 4, December 1999.
13. Ministerio de Salud: Manual de Salud Reproductiva, Métodos y Procedimientos. 1996. Lima. Perú
14. Network en español, Anticoncepción después del coito sin protección, 1995;10(1):4-9
15. Population Reports, Programas de Planificación Familiar, Serie J, Numere 28, Octubre 1985.

16. Schein AB, Pregnancy prevention using emergency contraception: efficacy, attitudes, and limitations to use, J Pediatrics Adolesc Gynecol 1999 Feb;12(1):3-9.
17. Sills MR. Chamberlain J.M. Teach S.J. The associations among pediatricians Knowledge, attitudes, and practices regarding emergency contraception. Pediatrics 2000 Apr, 105 (4 pt 2): 954-6.
18. Steiner MJ, Raymond E., Attafua J.D. Hays M. Provider Knowledge about emergency contraception in Ghana. J. Biosoc Sci 2000 Jan: 32(1): 99-106. 32.
19. Trusell, J. Ellertson C. Rodriguez, G. The Yuzpe regimen of emergency contraception. How long after the morning after. Obstetric and Gynecology. 1996.
20. Westley E, Emergency contraception: a global overview, J Am Med Womens Assoc 1998;53(5 Suppl2): 215-8.
21. Yañez Aguirre Víctor (1992) "Embarazo Indeseado en Adolescentes". Revista de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú 53(2) 89-96.



ANEXOS



1. PROYECTO DE INVESTIGACION

I. PREÁMBULO

En todo el mundo en los últimos años, se ha empezado a comprender mejor las necesidades de la salud sexual y reproductiva de la población, dichos estudios han revelado por ejemplo que la edad de la primera relación sexual en los jóvenes está bajando en muchos países y por el contrario la edad en la cual las parejas contraen matrimonio está incrementándose, por lo que se debe de prestar una mayor atención sobre los conocimientos de Educación Sexual, debido a que esto va a influir en su capacidad de decisión cuando se enfrente a problemas de embarazos no deseados. Así mismo la incidencia de embarazos adolescentes en nuestro medio está en aumento y tal problema está asociado a múltiples causas sociales y culturales, lo que nos lleva a reflexionar sobre la magnitud y la consecuencias de tal comportamiento.

Se ha encontrado que un elevado porcentaje de las adolescentes embarazadas tienden a abandonar el colegio o la formación técnico-profesional, situación que contribuye a incrementar sus problemas económicos y familiares por los embarazos no deseados o no planificados, surgiendo como alternativa el uso de los métodos de **anticoncepción de emergencia**.

La anticoncepción de emergencia (AE) se puede usar para prevenir un embarazo hasta 72 horas después de tener relaciones sexuales sin protección. Las pastillas que se usan en la anticoncepción de emergencia contienen las mismas hormonas que las pastillas anticonceptivas comunes y corrientes, pero en una dosis mayor. Muchas veces se refiere a la AE como "la píldora de la mañana siguiente", aunque este nombre puede causar confusión ya que la AE consiste en más de una píldora y se puede tomar no tan sólo a la mañana siguiente, sino hasta 72 horas después del sexo sin protección.

El aborto es la interrupción del embarazo; la Anticoncepción de Emergencia no produce el aborto. Los médicos consideran que una mujer está embarazada sólo cuando un óvulo fertilizado se haya implantado en el útero. La Anticoncepción de Emergencia impide la ovulación (cuando los ovarios sueltan un óvulo o huevo), la fertilización (cuando un espermatozoide, la célula de reproducción masculina, se introduce en un óvulo) y la implantación (cuando el huevo fertilizado se instala en las paredes del útero con el fin de desarrollarse). Al prevenir que suceda cualquiera de estos pasos del proceso de la reproducción, el embarazo se evita completamente.

Uno de los problemas en que la población juvenil se encuentra sometida es el desconocimiento acerca de la educación sexual que debería de recibir tanto en el entorno familiar como educacional, tal es así que se da el libertinaje juvenil sin medir las causas y consecuencias de los problemas que normalmente se acarrean por el desconocimiento de lo que es la **EDUCACIÓN SEXUAL**, trayendo como consecuencia los embarazos no deseados.

Los métodos de Anticoncepción de Emergencia, pueden dirigir y orientar adecuadamente a la juventud con la finalidad de brindar una alternativa que pueda ser utilizada por las mujeres en edad fértil, con la finalidad de evitar un embarazo no deseado luego de una relación sexual sin protección como consecuencia de no haber utilizado un método anticonceptivo adecuado o que durante el uso del método anticonceptivo ha experimentado un accidente.

Pese a la seguridad y eficacia que brindan los métodos anticonceptivos de Emergencia, la mayor parte de la población femenina desconoce la existencia de los mismos o no saben como utilizarlos. Por otro lado, la desinformación de los profesionales de salud (En este caso los internos de medicina, enfermería, obstetricia,

etc.) no permite una explicación clara sobre los métodos anticonceptivos, esto debido especialmente a la falta de información y conocimiento de los mismos.

Una de las tareas de las internas de Obstetricia cuando se gradúan es la de acudir a laborar en los Centros de Salud de la periferie en donde tendrán la posibilidad de brindar orientación sexual a la juventud, en especial a la población femenina en mayor riesgo de embarazo. Estamos seguros que brindando la información y los servicios de Anticoncepción de Emergencia, mediante la orientación y consejería se puede ayudar a la población a evitar un embarazo no deseado mediante el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

Por lo que en el presente trabajo de investigación pretende informar a los alumnos de Obstetricia sobre los métodos anticonceptivos de emergencia con la finalidad de evitar los embarazos no deseados y la información confusa sobre los métodos de Anticoncepción de Emergencia para realizar un adecuado uso de los mismos y de esta forma en el futuro poder planificar los hijos que cada pareja desee tener.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA EN LOS ALUMNOS DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA. AÑO 2002, AREQUIPA.”

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a. Campo, Área, Línea:

Campo : Ciencias de la Salud
Area : Educación para la Salud
Línea : Salud Reproductiva

b. Análisis de Variable

Variable	Indicadores
Conocimientos sobre Anti-conceptivos de Emergencia	1. Tipos de anticonceptivos de emergencia 2. Modo de aplicación o uso 3. Eficacia del método de anticoncepción de emergencia 4. Efectos secundarios de los métodos de anticoncepción de emergencia

c. Interrogantes Básicas:

1. ¿Cuánto conoce de los métodos anticonceptivos de emergencia?
2. ¿Cuánto conoce del uso y la eficacia de los Métodos Anticonceptivos de Emergencia?.
3. ¿Cuánto conoce de la importancia de los métodos de Anticoncepción de Emergencia?

4. ¿Cuánto conoce de los efectos secundarios que se presentan con el uso de los métodos de Anticoncepción de Emergencia?.

d. Tipo y Nivel de la Investigación:

El presente estudio es una Investigación de tipo de Campo de nivel Descriptivo Comparativo.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación tiene relevancia científica, humana, y contemporánea.

Es de relevancia científica porque nos permitirá conocer los tipos de anticonceptivos de emergencia, el modo de aplicación y la eficacia de cada uno de ellos, permitiendo de este a la mujer a poder controlar sin riesgo alguno el número de embarazos y el momento en que desea quedar embarazada. Si bien la mayoría de los anticonceptivos se deben usar antes o durante el coito, existen también algunos otros métodos que pueden ser utilizados durante un corto periodo después de mantener relaciones sexuales sin protección. Además de ello los alumnos de Obstetricia, hoy en día, no tienen una buena referencia sobre los métodos anticonceptivos, por ello es que se da la explícita información e importancia en la presente investigación, con la finalidad de tomar en cuenta estos métodos y que al desarrollarse adecuadamente pueda contribuir a disminuir el índice de embarazos no deseados.

Es de relevancia humana porque permitirá tener un mayor conocimiento y comprensión del tema por parte de la sociedad y de esta manera se podrá aceptar la utilización de los “**anticonceptivos de emergencia**” lo cual ayudará a disipar la idea de que la usuaria debe esperar hasta la mañana siguiente para comenzar el tratamiento después de relaciones sexuales sin protección, o que será demasiado

tarde si no puede obtener el anticonceptivo hasta la tarde del día siguiente o un poco después.

Es de relevancia contemporánea, porque el embarazo no deseado y el aborto es un problema creciente y cualquier dato que aporte nuevas luces para evitar los mismos serán siempre de actualidad.

Se reconoce entonces que no se tiene un conocimiento adecuado de los métodos de anticoncepción de emergencia que permitan controlar los embarazos no deseados por lo que es el propósito del presente trabajo de colaborar de algún modo con la educación escolar y universitaria, el mismo que nos permitirá llegar a conclusiones que puedan ser útiles en la programación de medidas de solución a corto y largo plazo en cada una de las dependencias involucradas.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Son los métodos que se utilizan para la prevención intencional del embarazo mediante el uso de diversos procedimientos. De estos métodos existen varias clases, que se aplica según corresponda ya sea por tratamiento o por actitud voluntaria de la persona que quiera usarlo.

2.1.1. CLASES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

A. Abstinencia Periódica.

Abstención de relaciones sexuales por un período de tiempo del ciclo menstrual para evitar un embarazo. De esta clase de métodos tenemos:

- a. Método de Ritmo:** Que nos refiere que al evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual, es probable evitar la concepción. Este incrementa la participación

masculina en la planificación familiar. Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por razones religiosas o filosóficas no deseen usar otros métodos. Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica.

b. Método Billings o del moco cervical: Este nos dice que al evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual, es probable evitar la concepción. Puede ser usado por mujeres de cualquier edad. Y tiene que exigirse la capacitación especial a la pareja para el desarrollo de este método. Hay que entender que los períodos de abstinencia son variables, su eficacia no se afecta por factores externos que alteren el ciclo menstrual.

c. Método de Lactancia Materna: Único método natural, basado de la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia. Resulta de la supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia del amamantamiento. Es fácil de usar, muy eficaz si se cumple con los criterios básicos. No interfiere en el coito.

B. Métodos de Barrera

a. El Condón: Funda delgada de caucho. Pueden estar lubricados con sustancias que contienen espermicidas. Este impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

b. Espermicida: Productos químicos que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, crema, jalea, gel y

espuma. Estos inactivan o destruyen los espermatozoides. Tiene una eficacia inmediata si se usa correctamente, no tiene efectos secundarios sistémicos, no requiere examen médico previo.

C. Anticonceptivos Orales:

a. Anticonceptivos Orales Combinados: Son aquellos que contienen estrógenos y progestágenos. Es un método dependiente de la usuaria (requiere una motivación continua y uso diario). No requiere examen pélvico de rutina para el inicio del método.

b. Anticonceptivos orales de solo progestágenos: Son aquellos que poseen sólo progestágenos. Es eficaz y de efecto rápido. Es un método dependiente de la usuaria.

D. Inyectables de Progestágenos: Son aquellos que poseen sólo progestágenos. Son eficaces y de efecto rápido.

E. Implantes: Consiste en 6 cápsulas delgadas y flexibles, cada una conteniendo 36 miligramos de levonorgestrel, que son insertadas justo por debajo de la piel en el brazo de la mujer. Actualmente no es provisto para inserción en el Ministerio de Salud, aunque los proveedores deben conocerlo pues hay usuarias aún dependiendo de este método.

F. Dispositivos Intrauterinos: Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina. El único que el Ministerio de Salud dispone es la T de Cobre 380-A que tiene una duración de 10 años. Tiene su eficacia elevada e inmediata,

no interfiere con el coito. Además tiene el retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.

G. Anticonceptivos Quirúrgicos Voluntarios: Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgico electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio en las mujeres. Así como en cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el hombre.

2.2. LOS METODOS ANTINCONCEPTIVOS DE EMERGENCIA

Si bien se ha publicado cientos de artículos sobre los anticonceptivos de emergencia, sólo unas pocas docenas se basan en diseños de investigación adecuados y siguen las metodologías necesarias para abordar las interrogantes básicas sobre la eficacia, seguridad y otros aspectos que interesan a las usuarias. En consecuencia, se necesitan más datos, especialmente de los países en desarrollo. Entre los estudios clínicos adicionales que se están planeando e implementando se realizan trabajos de investigación en Escocia para evaluar los efectos en las tasas de embarazo cuando las mujeres tengan las cajas de píldoras de anticonceptivos de emergencia a mano en caso necesario. En los Estados Unidos y otros países se está planeando realizar trabajos de investigación similares, además de la necesidad de realizar trabajos de investigación básica, también se necesitan estudios cualitativos para documentar las experiencias de las mujeres, encuestas para evaluar el nivel de conocimiento de mujeres y de proveedores, y experimentos para descubrir las formas óptimas para educar a las mujeres en este campo(17, 27, 29).

La anticoncepción de emergencia (AE) se puede usar para prevenir un embarazo hasta 72 horas después de tener relaciones sexuales sin protección. Las pastillas que se usan en la anticoncepción de

emergencia contienen las mismas hormonas que las pastillas anticonceptivas comunes y corrientes, pero en una dosis mayor. Muchas veces se refiere a la AE como "la píldora de la mañana siguiente", aunque este nombre puede causar confusión ya que la AE consiste en más de una píldora y se puede tomar no tan sólo a la mañana siguiente, sino hasta 72 horas después del sexo sin protección(29).

El aborto es la interrupción del embarazo; la anticoncepción de emergencia no produce el aborto. Los médicos consideran que una mujer está embarazada sólo cuando un óvulo fertilizado se haya implantado en el útero. La anticoncepción de emergencia impide la ovulación (cuando los ovarios sueltan un óvulo o huevo), la fertilización (cuando un espermatozoide, la célula de reproducción masculina, se introduce en un óvulo) y la implantación (cuando el huevo fertilizado se instala en las paredes del útero con el fin de desarrollarse). Al prevenir que suceda cualquiera de estos pasos del proceso de la reproducción, el embarazo se evita completamente (29).

De hecho, la anticoncepción de emergencia no funciona si la mujer ya está embarazada, y en ese caso el embarazo continuaría. El ACOG (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos) declaró en 1996 que la AE no funciona después de la implantación y no causa el aborto espontáneo. La AE no es igual a la píldora francesa de aborto (mifepristone o RU-486) que se usa para terminar el embarazo (2).

2.3. FUNCIONAMIENTO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA O AE.

Aunque no tiene tan sólo una manera para impedir el embarazo, la mayoría de los estudios científicos comprueban que lo que la AE hace principalmente es impedir o retrasar la ovulación. La AE también

puede impedir que los espermatozoides fertilicen el óvulo o evitar que un óvulo fertilizado se implante en el útero (10).

2.4. DESCRIPCIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA Y SU EFICACIA:

a. Método Yuzpe : El método Yuzpe más estudiado de anticoncepción oral postcoito (actualmente se están realizando en México pruebas del método Yuzpe de administración por vía vaginal). Si bien el tratamiento exacto varía mucho en los países en desarrollo, el régimen generalmente utilizado en América del Norte y Europa consiste en 200 mcg de etinil-estradiol y 1,0 mg de levonorgestrel. La mitad de la dosis se debe tomar dentro de las 72 horas posteriores al coito no protegido, y la otra mitad 12 horas después.

Una de las razones de la popularidad del método Yuzpe es que las hormonas utilizadas son los ingredientes activos que se encuentran en varias marcas comunes de anticonceptivos orales combinados. La marca que se ofrece a la venta como Ovral en los Estados Unidos y Canadá, por ejemplo, contiene 50 mcg de etinil-estradiol y 0,25 mg de levonorgestrel por tableta; por lo tanto, cuatro tabletas de Ovral (la dosis recomendada por Yuzpe y sus colegas después de su estudio piloto original) constituye el tratamiento completo (29).

Varias marcas más de anticonceptivos orales combinados contienen las mismas hormonas necesarias para el método Yuzpe, aunque en dosis menores. Por lo tanto, las mujeres que usan esas marcas deben tomar un mayor número de píldoras; por ejemplo, las mujeres en Vietnam pueden usar Microgynon para practicar el método Yuzpe, simplemente doblando el número de tabletas de esta formulación de menor dosis. (En

otras palabras, deben tomar cuatro píldoras para cada mitad del régimen.) En los países en desarrollo no se encuentra ningún producto empacado específicamente para el método Yuzpe, si bien los anticonceptivos orales para este tratamiento se encuentran disponibles en muchos países. En varios países europeos, las tabletas equivalentes al Ovral se encuentran disponibles en envases de cuatro tabletas con una etiqueta que explícitamente las recomienda para casos de emergencia .

Los estudios realizados sobre la eficacia del método Yuzpe ofrecen resultados muy variados, en parte porque la definición de la eficacia es un poco diferente para un método postcoito que para un método anticonceptivo corriente. En un enfoque potencial, los investigadores observan mujeres que utilizan la anticoncepción de emergencia en un ciclo determinado y calculan el número de embarazos producidos y luego dividen el número de embarazos por el número de mujeres que tomaron el medicamento. Cuando se estudia de esta manera, la tasa de falla del método Yuzpe varía desde aproximadamente el 0.2% al 2%. Esta tasa de eficacia es útil en la medida en que indica que entre todas las mujeres tratadas con esta terapia, es probable que se quedaran embarazadas el 2% o menos. Sin embargo, estos resultados no toman en cuenta el hecho de que algunas de estas mujeres no hubieran quedado embarazadas aun cuando no hubieran utilizado el método objeto del estudio (29).

Pero las mujeres generalmente no usan el método Yuzpe ciclo tras ciclo; lo usan esporádicamente y comúnmente en los momentos de mayor probabilidad de embarazo como, por ejemplo, después de relaciones sexuales durante el periodo ovulatorio. En consecuencia, estudios mejor realizados del método limitan la observación a mujeres con ciclos regulares.

Para estas mujeres, se puede estimar el número esperado de embarazos usando las tablas de fecundidad publicadas, si los investigadores registran el día del ciclo en que se mantuvieron las relaciones sexuales sin protección (o detalles acerca del ciclo de la mujer, tales como la duración usual de su periodo y el primer día del último periodo menstrual). De los 10 trabajos de investigación disponibles que intentaron emplear este diseño óptimo, es posible calcular una reducción proporcional de los embarazos relacionada con el uso del método Yuzpe. Al comparar los embarazos observados y esperados, los investigadores han demostrado que el método Yuzpe reduce las posibilidades de embarazo en aproximadamente un 75% (29).

El consenso médico general es que este tratamiento no tiene contraindicaciones, y no hay evidencias que vinculen su uso con el riesgo de malformación del feto. (Un meta-análisis de 12 estudios prospectivos no pudo detectar ninguna relación con significancia estadística entre el uso de anticonceptivos orales durante el inicio del embarazo y la deformación del feto). Sin embargo, algunos clínicos temen que este riesgo puede ser más elevado con el método Yuzpe. En consecuencia, para adoptar una postura más conservadora, un clínico debería hablar con una mujer antes de que comience el tratamiento, para eliminar la posibilidad de un embarazo preexistente (por ejemplo, un embarazo que haya resultado de un coito no protegido ocurrido más de 72 horas antes de iniciar el tratamiento) (29).

Los efectos secundarios del método Yuzpe son los mismos que se experimentan comúnmente con el uso a corto plazo de anticonceptivos orales: náuseas (incluidos vómitos en el 20% de los casos), dolores de cabeza, hipersensibilidad de mamas, dolores abdominales y mareos. La náusea es, con mucho, el

efecto secundario más común: generalmente lo sufre el 50% de las usuarias. Si se toma las tabletas con alimentos o con leche se puede reducir la sensación de náuseas, si bien aún no se ha investigado si esta práctica inhibe o no el efecto del medicamento. Algunos clínicos también recomiendan generalmente un medicamento antiemético que previene las náuseas, por ejemplo, el dimenhidrinato o el clorhidrato de ciclizina (29).

- b. **Levonorgestrel** : El régimen anticonceptivo de emergencia de levonorgestrel consiste en dos dosis de 0,75 mg de levonorgestrel administrado cada 12 horas, y se debe iniciar dentro del periodo de 48 horas posteriores a haber mantenido relaciones sexuales sin protección. Si bien las progestinas se encontraban dentro del primer grupo de medicamentos utilizados en la anticoncepción postcoito, pocos estudios sobre el tratamiento de emergencia con levonorgestrel se han controlado por el día del ciclo en que se realizó el coito .

La mejor y más reciente prueba de levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia se realizó en Hong Kong, e indica una tasa de falla del 2% y una reducción proporcional de embarazos del 60%. Los investigadores asignaron en forma aleatoria a recibir el método Yuzpe o el tratamiento de levonorgestrel a las mujeres que solicitaron el tratamiento dentro de 48 horas después de un coito sin protección. Durante la prueba, 410 mujeres utilizaron el régimen de levonorgestrel. Los investigadores no detectaron una diferencia estadísticamente significativa entre los dos métodos. Actualmente, se repite este ensayo en un estudio multinacional patrocinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (30).

Como se observó anteriormente, el tratamiento con levonorgestrel ha sido estudiado como un método continuo o primario de anticoncepción postcoito. Para estos casos, la empresa húngara Gedeon Richter una vez comercializó un envase de 10 píldoras con una dosis de 0,75 mg cada una. Hoy en día la empresa comercializa un envase con cuatro píldoras para destacar que estas píldoras deben ser utilizadas en forma esporádica y en casos de emergencia.

La marca Postinor se recomienda para las mujeres que mantienen relaciones sexuales menos de cuatro veces al mes. De la misma forma que los compuestos de progestina sola que allanaron su camino en América Latina, el Postinor debe ser administrado dentro del periodo de ocho horas posteriores al coito sin protección. A diferencia de las preparaciones comerciales del método Yuzpe, el Postinor está disponible en muchos países en desarrollo y en algunos lugares se vende incluso sin receta médica.

Además, se han desarrollado nueve marcas de píldoras chinas, denominadas “píldoras de visita”; ocho de ellas contienen una progestina y algunas tienen levonorgestrel. Una prueba aleatorizada de multicentros, doblemente anónima, no pudo demostrar que haya una diferencia entre una de estas fórmulas de levonorgestrel chinas y el Postinor.

Ciertas marcas de anticonceptivos orales solamente con base de progestinas, también pueden adaptarse para casos de emergencia. La marca Ovrette (la principal píldora preparada únicamente a base de progestinas distribuida por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos), por ejemplo, contiene 0,075 mg de norgestrel-DL, el equivalente de

0,0375 mg de levonorgestrel, por tableta. En consecuencia, para un tratamiento completo se requiere un total de 40 tabletas. Si bien este tipo de tratamiento es poco práctico para la mayoría de las mujeres, ésta puede ser una importante opción para las mujeres que tiene contraindicaciones con respecto a los estrógenos (27).

- c. **Mifepristone** : El mifepristone es una antiprogesterona potente que ha sido probada desde comienzos de la década de los años 80 por sus cualidades de abortífero. Más recientemente, en dos estudios que evaluaban el mifepristone como anticonceptivo de emergencia, el régimen probado consistió en una sola dosis de 600 mg dentro del periodo de 72 horas posteriores al coito sin protección. En ninguna prueba se observaron embarazos entre las usuarias de mifepristone, a pesar de que las participantes ascendían a un total de casi 600 mujeres. El perfil de efectos secundarios causados por el mifepristone también fue en general superior al del método Yuzpe, si bien las molestias menstruales fueron más comunes con este método que con el Yuzpe (10).

También pueden resultar de eficacia dosis más bajas de mifepristone, y el plazo límite en que se puede aplicar esta terapia podría extenderse más allá de las 72 horas. La dosis de 600 mg es la misma que actualmente se utiliza en Francia en el régimen del aborto médico. La OMS actualmente está investigando la eficacia de dosis mucho más bajas de mifepristone (50 mg y 10 mg). Si resulta segura y eficaz una dosis más baja (por ejemplo, 10 mg o 1 mg), su uso sería más aceptable desde el punto de vista político en países donde se restringe la práctica del aborto, en la medida en que dichas dosis podrían disipar los temores de que las mujeres acumularan píldoras para utilizarlas en un aborto médico inducido.

d. Danazol : La progestina sintética y andrógena, Danazol, puede ser utilizada como anticonceptivo de emergencia. El tratamiento con Danazol consiste en administrar dos dosis de 400 mg cada una, con 12 horas de intervalo entre una y otra. También se están investigando otras alternativas que pueden ser tres dosis de 400mg cada una, con 12 horas de intervalo y dos dosis de 600 mg cada una, también con 12 horas de intervalo (7).

Las ventajas del Danazol son que sus efectos secundarios son menos prevalecientes y menos severos que aquellos relacionados con el método Yuzpe y que el Danazol puede ser utilizado por mujeres que tengan contraindicaciones con respecto a anticonceptivos orales combinados o estrógenos. Sin embargo, se dispone de muy poca información sobre este tratamiento. De los dos ensayos clínicos más completos de este tratamiento, uno concluyó que el método es eficaz, y otro que el Danazol no funciona.

e. DIU de cobre : Un meta-análisis de 20 estudios realizados sobre la inserción del DIU de cobre después del coito³¹ revela que la tasa de falla de este método probablemente no sobrepasa el 0,1%. El DIU ofrece además la ventaja de ser un método anticonceptivo que tiene hasta 10 años de duración.

2.4. CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE PUEDE SER NECESARIA LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.

La anticoncepción de emergencia se puede utilizar cuando una mujer ha tenido relaciones sexuales sin protección, pero no desea quedar embarazada y en situaciones tales como:

- * El condón se rompió
- * Empecé a tomar mis pastillas anticonceptivas una semana después de cuando me tocaba empezar

* Tomamos tanto que ni siquiera pensamos en anticonceptivos

* Me quise convencer de que no habría riesgo

* Apenas lo conocía. Le dije que no me quería acostar con él, pero me forzó a tener relaciones sexuales

La anticoncepción de emergencia proporciona una última oportunidad crítica para evitar un embarazo no deseado a aquellas parejas que no utilizaron anticonceptivos. Los jóvenes, en particular, frecuentemente carecen la preparación para su primera experiencia sexual (14).

3. ANALISIS DE LOS ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Las raíces de la anticoncepción de emergencia moderna se remontan a los años 20, cuando la investigadora Glacier Anna demostró que los extractos de estrógeno ovárico interfieren con el embarazo en los mamíferos.¹ Los veterinarios fueron los primeros en aplicar los frutos de este hallazgo, y comenzaron a usar estrógenos en perros y caballos que se habían apareado cuando el dueño no quería que lo hicieran. No obstante los informes que circulaban sobre el uso clínico de estrógenos postcoito en seres humanos en la década de los años 40, el primer caso documentado se publicó hasta mediados de los años 60, cuando médicos de los Países Bajos aplicaron la práctica veterinaria de tratamiento de estrógenos después del coito en una niña de 13 años que había sido violada en la mitad del ciclo menstrual.

Más o menos al mismo tiempo, expertos de los Estados Unidos se encontraban investigando la eficacia de altas dosis de estrógenos y hacia fines de la década de los 60, esas preparaciones se convirtieron en el tratamiento estándar. Las mujeres regularmente recibían concentraciones de estrógenos, el estrógeno esterooidal etinilestradiol o el estrógeno no-esterooidal dietilestilbestrol (DES). Actualmente, en

lugares donde aún se utilizan altas dosis de estrógenos, se utiliza un tratamiento denominado 5x5, o sea 5 mg de etinil-estradiol por día, durante cinco días.

A principios de la década de los años 70, se dejaron de lado las altas dosis de estrógenos y se comenzó a utilizar una combinación estándar de estrógeno-progestina. El médico canadiense **Albert Yuzpe** y sus colegas comenzaron a estudiar en 1972 un tratamiento combinado, orientados por su observación de que una dosis de 100 mg de estrógenos junto con 1,0 de progestina norgestrel-dl induce a cambios endometriales que son incompatibles con la implantación. Este método pasó a ser conocido como el “método Yuzpe” y reemplazó las preparaciones de altas dosis de estrógenos, no sólo porque ofrecía una menor incidencia de efectos secundarios, sino porque el DES estaba vinculado al cáncer de vagina en las hijas de mujeres que habían tomado este medicamento para prevenir las pérdidas del feto .

La investigación sobre tratamientos que dejaban de lado el estrógeno también comenzó a principios de la década de los años 70, especialmente en América Latina. Un informe de 1973 describió los resultados obtenidos en un trabajo de investigación experimental en gran escala, de cinco dosis de levonorgestrel de entre 150 mg a 400 mg por tableta. Este tratamiento se experimentó como un método continuo postcoito en vez de una formulación de emergencia. Se instruyó a las participantes en la prueba a tomar una tableta después del coito, tan pronto como fuera posible y dentro de las tres horas subsiguientes. Las participantes podían usar el método tan frecuentemente como fuere necesario; algunas continuaron utilizándolo durante dos años .

Los resultados indicaron que las dosis más bajas no eran eficaces y que causaban ciertas distorsiones del período menstrual; principalmente reducían el ciclo menstrual. Este experimento fue el primer gran avance en materia de anticoncepción post-coito regular y sentó las bases para los métodos con levonorgestrel que se convirtieron en métodos que ahora se encuentran disponibles en muchos países en desarrollo y en Europa Oriental. A finales de la década de los años 70, aparece el principal método no-hormonal disponible actualmente, el DIU (T de cobre). Este mecanismo causa cambios endometriales que inhiben la implantación; además, los iones de cobre parecen ser directamente embriotóxicos.

Más recientemente **Galler T** investigo dos métodos: el Danazol y el mifepristone. El Danazol es una progestina sintética y antigonadotropina, que a principios de la década de los años 80 se utilizó como un anticonceptivo de emergencia. El mifepristone, más comúnmente conocido como el RU-486, es una potente antiprogesterona registrada en cuatro países como un abortífera. Existe relativamente poco material de investigación sobre estos métodos más nuevos, si bien el mifepristone en particular parece ser extremadamente prometedor como un anticonceptivo de emergencia. A diferencia de los anticonceptivos orales, estos métodos no han sido aprobados como métodos para uso diario o son relativamente caros; en consecuencia, quizás no sean de fácil acceso y uso en los países en desarrollo

4. OBJETIVOS

- Determinar el conocimiento sobre los tipos de métodos Anticonceptivos de emergencia
- Determinar el conocimiento del modo de aplicación y utilización de los métodos de anticoncepción de emergencia

- Determinar el conocimiento sobre el grado de confiabilidad de los métodos de anticoncepción de emergencia
- Determinar el conocimiento de los efectos secundarios o complicaciones que se presentan por el uso de los métodos de anticoncepción de emergencia.

5. HIPOTESIS

Metodológicamente los trabajos descriptivos no llevan hipótesis.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

INDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Tipos de anticonceptivos de emergencia	Encuesta	Cédula de preguntas
Modo de aplicación o uso	Encuesta	Cédula de preguntas
Eficacia del método de anticoncepción de emergencia	Encuesta	Cédula de preguntas
Efectos secundarios de los métodos de anticoncepción de emergencia	Encuesta	Cédula de preguntas

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRIA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

I. CEDULA DE PREGUNTAS

Nº: Año de estudios: Sexo:
Estado Civil:

Por favor, tenga Ud. a bien marcar la respuesta que considere más adecuada.

1. La anticoncepción de emergencia es usada por:

- a) El varón
- b) La mujer
- c) El varón y la mujer
- d) Ninguna es correcta

Respuesta

- b) Conoce
- a.c.d) No conoce

2. Los anticonceptivos orales usados como anticoncepción de emergencia contienen:

- a) Sólo progestina
- b) Estrógeno y progestina
- c) Todas son correctas

Respuesta

- c) Conoce
- a.b) No conoce

3. El método anticonceptivo de emergencia con píldoras, la dosis a usar es:

- a) El cuádruple de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar
- b) El triple de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar
- c) El doble de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar
- d) La mitad

Respuesta

- a) Conoce
- b,c,d) No conoce

4. Las píldoras de anticoncepción de emergencia actúan:
- a) Desprendiendo el óvulo de la superficie uterina
 - b) Evitando la implantación del óvulo
 - c) Alterando en PH del útero
 - d) Todas las anteriores son correctas
- Respuesta**
b) Conoce
a,c,d) No conoce
5. La anticoncepción de emergencia, puede ser utilizada en las siguientes circunstancias:
- a) El condón se rompe
 - b) El DIU se desplaza
 - c) Las parejas que nunca han usado anticonceptivos
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas
- Respuesta**
d) Conoce
a,b,c) No conoce
6. El uso de métodos anticonceptivos de emergencia están contraindicadas en:
- a) Mujeres con enfermedad del corazón
 - b) Mujeres con antecedente de coagulopatías
 - c) Personas con hipertensión arterial
 - d) Ninguna de las alternativas es correcta
- Respuesta**
d) Conoce
a,b,c) No conoce
7. Una de las siguientes es contraindicación para el uso de métodos de anticoncepción de emergencia:
- a) Presencia de tumoración en mamas
 - b) Presencia de tumoración en útero
 - c) Amenorrea secundaria a fecundación
 - d) Historia de tromboflebitis
- Respuesta**
c) Conoce
a,b,d) No conoce
8. La contraindicación para el uso del DIU (T de cobre) como método de anticoncepción de emergencia es:
- a) Sangrado
 - b) Multiparidad
 - c) Primíparas
 - d) Ninguna de las anteriores
- Respuesta**
a) Conoce
b,c,d) No conoce

9. Los efectos secundarios de las píldoras de anticoncepción de emergencia son:

- a) Nauseas y/o vómitos
- b) Retención de líquidos
- c) Sensibilidad en los senos
- d) Todo lo anterior

Respuesta

- a) Conoce
- b,c,d) No conoce

10. La anticoncepción de emergencia con anticonceptivos orales debe ser usada antes de cumplir:

- a) Las 2 horas
- b) Las 12 horas
- c) Las 24 horas
- d) Las 72 horas

Respuesta

- d) Conoce
- a,b,c) No conoce

11. Desde el punto de vista estrictamente científico, de haber fallado la anticoncepción de emergencia hormonal o por T de cobre, se considera:

- a) El embarazo puede continuar normalmente
- b) El embarazo debe terminar por el mayor riesgo de malformaciones congénitas
- c) El aborto se producirá de todas maneras
- d) Intentar nuevamente el método

Respuesta

- a) Conoce
- b,c,d) No conoce

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

La investigación se realizará en la Universidad Católica Santa María, considerando a los alumnos de Obstetricia desde el primer al cuarto año.

2.2 Ubicación temporal

La presente investigación es de tipo coyuntural o actual porque la verificación de la información corresponde a una investigación descriptiva y comparativa a realizarse en los meses de abril a junio.

2.3 Unidades de estudio

- * **Universo o Población:** Para determinar el conocimiento sobre los métodos de anticoncepción de emergencia, modo de aplicación y utilización de los métodos de anticoncepción de emergencia, grado de confiabilidad de los métodos de anticoncepción de emergencia y efectos secundarios o complicaciones que se presentan por el uso de los mismos en los alumnos de Obstetricia de la Universidad Católica Santa María, el universo de la unidad de estudio de la presente investigación estará compuesto por todos los alumnos del primero al cuarto año de Obstetricia de la Universidad Católica Santa María, considerando una muestra representativa que involucre a todos los niveles de estudio de dicha carrera profesional. Dicho universo estará constituido por un total de 250 alumnos distribuidos del primero al cuarto año.
- * **Muestra:** Se tomará como muestra una población representativa del universo, realizando una encuesta preliminar a todos los alumnos de Obstetricia de la Universidad Católica

Santa María con la finalidad de estimar el conocimiento, para determinar el tamaño de la muestra.

El muestreo a realizar es no probabilístico.

PRUEBA PILOTO

Se tomó el 10% de la población total de la muestra = 25

El 93% de los alumnos encuestados no tienen un claro conocimiento de los PAE

Entonces:

$$n = \frac{F^2 (P) (Q)}{(E)^2}$$

F^2 = nivel de confiabilidad

P = Proporción característica a investigar

E = Error de precisión

Entonces: P = 0.93

Q = 1-P

Q = 0.07

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.93) (0.07)}{(0.05)^2}$$

n = 99

Total a muestrear = 97alumnos.

2.4 Estrategia De Recolección De Datos:

2.4.1. Organización:

- Se coordinará con el decanato de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa para la obtención del permiso correspondiente que permita realizar la presente investigación.

- EL responsable de la recolección de datos es el autora del presente proyecto de investigación, la cual se realizará mediante la aplicación de una encuesta a profundidad aplicando la cedula de preguntas formulada adecuadamente, con la finalidad de asegurar la obtención de información clara y confiable de parte de la población encuestada.
- Por tratarse de una encuesta estandarizada no será necesario validarla.
- Una vez obtenida la información se procederá a la interpretación y análisis de los resultados con la finalidad de verificar el logro de los objetivos planteados en la presente investigación.

2.4.2. Recursos

- Potencial Humano: Representado por el investigador, quien estará apoyado por un grupo de recolectores de datos para aplicar la encuesta.
- Recursos físicos: La Facultad de Obstetricia de la Universidad Católica Santa María de Arequipa
- Se utilizará una cédula de encuesta a profundidad la cual nos permitirá medir el conocimiento sobre los métodos de anticoncepción de emergencia, modo de aplicación y utilización de los métodos de anticoncepción de emergencia, grado de confiabilidad de los métodos de anticoncepción de emergencia y efectos secundarios o complicaciones que se presentan por el uso de los métodos de anticoncepción de emergencia en los alumnos de Obstetricia de la Universidad

Católica Santa María, considerando para ello las normas establecidas por el Programa de Planificación Familiar, así como los objetivos planteados en nuestra investigación.

2.4.3. Criterio para el manejo de los resultados

- a. Clasificación y ordenamiento de la información obtenida
- b. Tabulación: Presentación de Tablas según los indicadores de evaluación
- c. Criterios de codificación: conoce, no conoce y aplicación de la prueba de Ji cuadrado, para comparar lo observado con lo esperado en la población muestral.
- d. Elaboración y presentación de un informe final que incluye la difusión, los resultados, conclusiones y propuesta de aplicación de la investigación.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Abril				Mayo				Junio			
ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aplicación de encuesta para la recolección de datos.	X	X	X	X								
Procesamiento, ordenamiento y tabulación de datos.					X	X	X	X				
Presentación de resultados y elaboración del informe final.									X	X	X	X

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Anticoncepción de emergencia en Argentina.
<http://www.geocities.com/rimaweb/anticoncepcionemergencia.html>
2. Anticoncepción de Emergencia o Anticonceptivos post-coito.
<http://www.vigahumana.org/vidafam/anticon/emergenciaindex.html>
3. Association of Reproductive Health Professionals 2003. anticoncepción de Emergencia.
<http://ec.princeton.edu/indice.html>.
4. Britt, A. 2002. Decisiones Informadas: Ampliando el acceso a la Anticoncepción de Emergencia en el Perú.
<http://www.genderhealth.org/pubs/CoeECPPeruSpanSept2002.pdf>
5. Centro Centroamericano de Población 2003. Anticoncepción de Emergencia. Costa Rica. <http://ccp.ucr.ac.cr/ac/>.
6. Cohall AT, Dickenson D., Vaughan R., Cohall R. Imer-City adolescents awarennes of emergency contraception. J. Am Med, Women Assoc 1998; 53 (5suppl2): 258-61
7. Colegio Obstétrico y Ginecológico. Washington DC. "Contracepción Oral de Emergencia". Informe de Prácticas Desarrolladas a Pacientes. Noviembre 1996.
8. Editor Family Health Internacional. Serie de Actualizaciones de Tecnología Anticonceptiva. Anticonceptivos Orales 1997.

9. Federación Internacional de Planificación de la Familia Anticoncepción de Emergencia. 2002. Venezuela.
<http://www.ippfwhr.org/programs/ programecs.asp>
10. Geosalud Anticoncepción de Emergencia. <http://geosalud.com/Salud%20Reproductiva/aemergencia.htm>
11. Giganchi PB, Karnaja JG, Kigundu CS, Fonck K, Termerman M. Knowledge, attitudes, and practices regarding emergency contraception among nurses and nursing students in two hospitals in Nairobi, Kenya. Contraception 1999 Apr; 59 (4): 253-6.
12. Glacier Anna, Emergency Post - coital Contraception, The New England Journals Of Medicine 1997; Oct. 70(15) 1058-64
13. Hatcher R.A.; Reinchart W. Blackbin R. Geller, j.S. Shelton J.D. Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Baltimore. Facultad de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins. Programa de Información en la Población, 1999.
14. Hohns Hopkins. 1999. Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Manual para Personal Clínico. Programa de Información en Población Editor de Population reports.
15. <http://www.plannedparenthood.org/ESPANOL/SPANISHECpage1.html>2003
16. La anticoncepción de emergencia. California.
<http://www.choice.org/espanol/ec/tipos.html>.
17. Langille D.B., Delany ME Knowledge and use of emergency post coital contraception by female students at a high school in Nova Scotia. Can J. Public Health 2000 Jan-Feb 91(1): 29-32
18. Loren Galaoyols y cols Emergency Contraception: Knowledge, Attitudes And Practices Among Brazilian Obstetrician-

Gynecologists International Family Planning perspectives
Volumen 25, Number 4, December 1999

19. Ministerio de Salud: Manual de Salud Reproductiva, Métodos y procedimientos, 1996. Lima. Perú.
20. Network en español, Anticoncepción después del coito sin protección, 1995; 10 (1): 4-9
21. Propuestas del Taller de Anticoncepción de Emergencia por xls.
Monday August 18, 2003 at 11:24 PM.
<http://argentina.indymedia.org/news/2003/08/127310.php>.
22. Ramón García Miras, 1 Adalberto Lay Rodriguez, 2 Ana María Riverón Cobo, 3 y Jany Gallegos Ramos 4 2002.
Anticoncepción de Emergencia.
http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol18_4_02/mgi1042002.htm
23. Rebert, A.; Ward, R.; Richard, B.; Judith, S. y Shelton J. 1999.
Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva. U.S.A.
24. Revistas p-e Network en español, Mejoras en los Servicios de Salud Reproductivos,. Vol 21 Nº 3 2002
25. Sanger, A. 2001. Chile prohíbe la anticoncepción de emergencia.
<http://www.alexandersanger.com/file/esp/04.esp.html>.
26. Schein AB, Pregnancy prevention using emergency contraception: efficacy, attitudes, and limitations to use, J.-pediatry Adolesc Gynecol 1999 Feb; 12(1): 3-9
27. Steiner MJ, Raymond E., Attaffuah J.D. hays M. Provider Knowledge about emergency contraception in Ghana. J. Biosoc Sci 2000 Jan: 21(1): 99-106.32.

28. The Alan Guttmacher Institute. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar – N° especial de 1997.
29. Trusell, J. Ellertson C. Rodríguez G. The Yuzpe régimen of emergency contraception. How long after the morning after. Obstetrics and Gynecology. 1996
30. Van Look, H von Hertzen. Organización Mundial de la Salud. Anticoncepción de Emergencia. Boletín British Medical. 1993. Vol 49
31. Vivas García Alfonso. La Píldora del día después. URL: <http://www.arconet.es/med/avg>
32. Yañez Aguirre Víctor, 1992. “Embarazo Indeseado en Adolescentes” revista de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú 53(2) 89-96



2. MATRIZ DE BASE DE DATOS

**RESPUESTAS OBTENIDAS SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA EN LOS ALUMNOS
DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA,
AÑO 2002.**

ESTUDIANTES DEL PRIMER SEMESTRE

RESPUESTAS	SEXO	
	F	M
PREGUNTA Nro1		
1. El varón	4	-
2. La mujer	8	1
3. El varón y la mujer	26	1
4. Ninguna es correcta	-	-
NO CONOCE	32	1
NO RESPONDEN	1	
PREGUNTA Nro2		
5. Sólo estrógenos	2	-
6. Sólo progestina	-	1
7. Estrógenos y progestina	20	1
8. Todas son correctas	11	-
NO CONOCE	22	2
NO RESPONDEN	6	
PREGUNTA Nro3		
9. El cuádruple de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar	-	-
10. El triple de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar	1	1
11. El doble de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar	11	1
12. La mitad	7	-
NO CONOCE		2
NO RESPONDEN	20	
PREGUNTA Nro4		
13. Desprendiendo el óvulo de la superficie uterina	-	-
14. Evitando la implantación del óvulo	19	1
15. Alterando el pH del útero	1	1
16. Todas las anteriores son correctas	10	-
NO CONOCE	11	1
NO RESPONDEN	9	
PREGUNTA Nro5		
17. El condón se rompe	-	1
18. El DIU se desplaza	-	1
19. Las parejas que nunca han usado anticonceptivos	3	-
20. Todas las respuestas anteriores son correctas	30	-
NO CONOCE	3	2
NO RESPONDEN	6	

PREGUNTA Nro6		
21. Mujeres con enfermedad del corazón	2	-
22. Mujeres con antecedente de coagulopatías	4	2
23. Personas con hipertensión arterial	2	-
24. Ninguna de las alternativas es correcta	20	-
NO CONOCE	8	2
NO RESPONDEN	11	
PREGUNTA Nro7		
25. Presencia de tumoración en mamas	-	-
26. Presencia de tumoración en útero	18	1
27. Amenorrea secundaria a fecundación	2	-
28. Historia de tromboflebitis	1	-
NO CONOCE	19	1
NO RESPONDEN	18	1
PREGUNTA Nro8		
29. Sangrado	13	1
30. Multiparidad	3	-
31. Primíparas	3	-
32. Ninguna de las anteriores	10	-
NO CONOCE	19	1
NO RESPONDEN	10	1
PREGUNTA Nro9		
33. Nauseas y/o vómitos	4	-
34. Retención de líquidos	1	1
35. Sensibilidad en los senos	4	-
36. Todo lo anterior	20	1
NO CONOCE	25	1
NO RESPONDEN	10	1
PREGUNTA Nro10		
37. Las 2 horas	9	2
38. Las 12 horas	2	-
39. Las 24 horas	8	-
40. Las 72 horas	1	-
NO CONOCE	19	2
NO RESPONDEN	19	
PREGUNTA Nro11		
41. El embarazo puede continuar normalmente	8	-
42. El embarazo debe terminar por el mayor riesgo de malformaciones congénitas	5	-
43. El aborto se producirá de todas maneras	6	-
44. Intentar nuevamente el método	1	-
NO CONOCE	12	
NO RESPONDEN	19	2

**RESPUESTAS OBTENIDAS SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA EN LOS ALUMNOS
DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA,
AÑO 2002.**

ESTUDIANTES DEL TERCER SEMESTRE

RESPUESTAS	SEXO	
	F	M
PREGUNTA Nro1		
1. El varón	-	
2. La mujer	10	
3. El varón y la mujer	8	
4. Ninguna es correcta	-	
NO CONOCE	8	
NO RESPONDEN	1	
PREGUNTA Nro2		
5. Sólo estrógenos	1	
6. Sólo progestina	9	
7. Estrógenos y progestina	1	
8. Todas son correctas	-	
NO CONOCE	-	
NO RESPONDEN	8	
PREGUNTA Nro3		
9. El cuádruple de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar	-	
10. El triple de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar	-	
11. El doble de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar	2	
12. La mitad	2	
NO CONOCE	4	
NO RESPONDEN	15	
PREGUNTA Nro4		
13. Desprendiendo el óvulo de la superficie uterina	-	
14. Evitando la implantación del óvulo	8	
15. Alterando el pH del útero	2	
16. Todas las anteriores son correctas	2	
NO CONOCE	10	
NO RESPONDEN	7	
PREGUNTA Nro5		
17. El condón se rompe	2	
18. El DIU se desplaza	1	
19. Las parejas que nunca han usado anticonceptivos	2	
20. Todas las respuestas anteriores son correctas	8	
NO CONOCE	5	
NO RESPONDEN	6	

PREGUNTA Nro6		
21. Mujeres con enfermedad del corazón	3	
22. Mujeres con antecedente de coagulopatías	2	
23. Personas con hipertensión arterial	3	
24. Ninguna de las alternativas es correcta	1	
NO CONOCE	8	
NO RESPONDE	10	
PREGUNTA Nro7		
25. Presencia de tumoración en mamas	1	
26. Presencia de tumoración en útero	2	
27. Amenorrea secundaria a fecundación	2	
28. Historia de tromboflebitis	-	
NO CONOCE	3	
NO RESPONDEN	14	
PREGUNTA Nro8		
29. Sangrado	6	
30. Multiparidad	-	
31. Primíparas	-	
32. Ninguna de las anteriores	6	
CONOCE	6	
NO RESPONDEN	7	
PREGUNTA Nro9		
33. Nauseas y/o vómitos	6	
34. Retención de líquidos	-	
35. Sensibilidad en los senos	2	
36. Todo lo anterior	4	
NO CONOCE	6	
NO RESPONDE	7	
PREGUNTA Nro10		
37. Las 2 horas	5	
38. Las 12 horas	1	
39. Las 24 horas	2	
40. Las 72 horas	-	
NO CONOCE	8	
NO RESPONDE	11	
PREGUNTA Nro11		
41. El embarazo puede continuar normalmente	4	
42. El embarazo debe terminar por el mayor riesgo de malformaciones congénitas	2	
43. El aborto se producirá de todas maneras	1	
44. Intentar nuevamente el método	1	
NO CONOCE	4	
NO RESPONDE	11	

**RESPUESTAS OBTENIDAS SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA EN LOS ALUMNOS
DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA,
AÑO 2002.**

ESTUDIANTES DEL QUINTO SEMESTRE

RESPUESTAS	SEXO	
	F	M
PREGUNTA Nro1		
1. El varón	2	-
2. La mujer	8	2
3. El varón y la mujer	3	-
4. Ninguna es correcta	-	-
NO CONOCE	5	
NO RESPONDE	1	
PREGUNTA Nro2		
5. Sólo estrógenos	1	-
6. Sólo progestina	6	-
7. Estrógenos y progestina	5	2
8. Todas son correctas	1	-
NO CONOCE	12	2
NO RESPONDE	1	
PREGUNTA Nro3		
9. El cuádruple de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar	2	-
10. El triple de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar	2	-
	6	2
11. El doble de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar	-	-
	8	2
12. La mitad	4	
NO CONOCE		
NO RESPONDE		
PREGUNTA Nro4		
13. Desprendiendo el óvulo de la superficie uterina	1	-
14. Evitando la implantación del óvulo	8	2
15. Alterando el pH del útero	1	-
16. Todas las anteriores son correctas	3	-
NO CONOCE	5	
NO RESPONDE	1	
PREGUNTA Nro5		
17. El condón se rompe	-	1
18. El DIU se desplaza	-	-
19. Las parejas que nunca han usado anticonceptivos	3	1
20. Todas las respuestas anteriores son correctas	10	-
NO CONOCE	3	2
NO RESPONDE	1	

PREGUNTA Nro6		
21. Mujeres con enfermedad del corazón	1	-
22. Mujeres con antecedente de coagulopatías	2	-
23. Personas con hipertensión arterial	4	1
24. Ninguna de las alternativas es correcta	3	1
NO CONOCE	7	1
NO RESPONDE	4	
PREGUNTA Nro7		
25. Presencia de tumoración en mamas	1	-
26. Presencia de tumoración en útero	3	2
27. Amenorrea secundaria a fecundación	7	-
28. Historia de tromboflebitis	1	-
NO CONOCE	5	2
NO RESPONDE	2	
PREGUNTA Nro8		
29. Sangrado	3	-
30. Multiparidad	1	-
31. Primíparas	6	1
32. Ninguna de las anteriores	3	1
NO CONOCE	10	1
NO RESPONDE	1	
PREGUNTA Nro9		
33. Nauseas y/o vómitos	5	2
34. Retención de líquidos	-	-
35. Sensibilidad en los senos	-	-
36. Todo lo anterior	7	-
NO CONOCE	7	
NO RESPONDE	2	
PREGUNTA Nro10		
37. Las 2 horas	1	-
38. Las 12 horas	3	-
39. Las 24 horas	5	1
40. Las 72 horas	4	1
NO CONOCE	9	1
NO RESPONDE	1	
PREGUNTA Nro11		
41. El embarazo puede continuar normalmente	6	2
42. El embarazo debe terminar por el mayor riesgo de malformaciones congénitas	5	-
43. El aborto se producirá de todas maneras	-	-
44. Intentar nuevamente el método	2	-
NO CONOCE	7	
NO RESPONDE	1	

**RESPUESTAS OBTENIDAS SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA EN LOS ALUMNOS
DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA,
AÑO 2002.**

ESTUDIANTES DEL SETIMO SEMESTRE

RESPUESTAS	SEXO	
	F	M
PREGUNTA Nro1		
1. El varón	1	
2. La mujer	13	
3. El varón y la mujer	6	
4. Ninguna es correcta	1	
NO CONOCE	8	
NO RESPONDE		
PREGUNTA Nro2		
5. Sólo estrógenos	-	
6. Sólo progestina	1	
7. Estrógenos y progestina	7	
8. Todas son correctas	11	
NO CONOCE	8	
NO RESPONDE	2	
PREGUNTA Nro3		
9. El cuádruple de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar	1	
10. El triple de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar	1	
11. El doble de la dosis utilizada por el programa de planificación familiar	15	
12. La mitad	1	
NO CONOCE	17	
NO RESPONDE	3	
PREGUNTA Nro4		
13. Desprendiendo el óvulo de la superficie uterina	-	
14. Evitando la implantación del óvulo	12	
15. Alterando el pH del útero	3	
16. Todas las anteriores son correctas	4	
NO CONOCE	7	
NO RESPONDE	2	
PREGUNTA Nro5		
17. El condón se rompe	2	
18. El DIU se desplaza	-	
19. Las parejas que nunca han usado anticonceptivos	2	
20. Todas las respuestas anteriores son correctas	15	
NO CONOCE	4	
NO RESPONDE	2	

PREGUNTA Nro6		
21. Mujeres con enfermedad del corazón	1	
22. Mujeres con antecedente de coagulopatías	-	
23. Personas con hipertensión arterial	5	
24. Ninguna de las alternativas es correcta	9	
NO CONOCE	6	
NO RESPONDE	6	
PREGUNTA Nro7		
25. Presencia de tumoración en mamas	2	
26. Presencia de tumoración en útero	5	
27. Amenorrea secundaria a fecundación	5	
28. Historia de tromboflebitis	1	
NO CONOCE	8	
NO RESPONDE	8	
PREGUNTA Nro8		
29. Sangrado	6	
30. Multiparidad	3	
31. Primíparas	7	
32. Ninguna de las anteriores	2	
NO CONOCE	16	
NO RESPONDE	3	
PREGUNTA Nro9		
33. Nauseas y/o vómitos	4	
34. Retención de líquidos	1	
35. Sensibilidad en los senos	12	
36. Todo lo anterior	-	
NO CONOCE	13	
NO RESPONDE	4	
PREGUNTA Nro10		
37. Las 2 horas	3	
38. Las 12 horas	3	
39. Las 24 horas	2	
40. Las 72 horas	8	
NO CONOCE	8	
NO RESPONDE	5	
PREGUNTA Nro11		
41. El embarazo puede continuar normalmente	8	
42. El embarazo debe terminar por el mayor riesgo de malformaciones congénitas	4	
43. El aborto se producirá de todas maneras	1	
44. Intentar nuevamente el método	2	
NO CONOCE	7	
NO RESPONDE	6	