



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA Y EL PERFIL BIOSOCIAL EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO - MARZO, AREQUIPA 2017

Tesis presentada por las Bachilleres:

*ANDREA SHIRLEY ACOSTA ALVAREZ
INES YANCACHAJLLA CAMARGO*

Para optar el Título Profesional de:
Licenciada en Obstetricia

Asesora: Mgter. Fabiola Meza Flores

**AREQUIPA – PERÚ
2017**





Los anticonceptivos tienen un historial probado de mejorar la salud de las mujeres y los niños, la prevención de embarazos no deseados y reducir la necesidad del aborto.

Louise Slaughter

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL.....	04
RESUMEN.....	05
SUMMARY.....	06
INTRODUCCIÓN.....	07
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	10
CAPÍTULO II	
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	36
CAPÍTULO III	
RESULTADOS.....	41
DISCUSIÓN.....	65
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES.....	69
BIBLIOGRAFÍA.....	70
ANEXOS.....	73

RESUMEN

La presente investigación titulada Relación del Conocimiento sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia y el Perfil Biosocial en usuarias de Planificación Familiar. Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, enero - marzo, Arequipa 2017, es un estudio de tipo observacional de nivel relacional, con el objeto de establecer la relación entre el perfil biosocial y el nivel de conocimiento que presentaron las usuarias. La metodología utilizada fue el Cuestionario, el cual fue aplicado en 250 usuarias atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar.

Los resultados demostraron que el perfil biosocial de las usuarias atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, en cuanto al perfil social de las usuarias, se encontró que tienen de 18 a 39 años de edad con un porcentaje acumulado de 91.6%, su grado de instrucción es de nivel secundario con un 70.4%, La mayoría de las usuarias viven con sus parejas ya sea en unión libre como convivientes o con el estado civil de casadas con un acumulado del 90.8%. Su procedencia se da mayoritariamente de la ciudad de Arequipa (75.2%). La ocupación preponderante es ama de casa con un 67.0% y casi la totalidad de usuarias afirman profesar la religión católica en un 98.0%. En cuanto al perfil biológico, la edad de inicio de relaciones sexuales predominantemente es de 14 a 17 años en un 56.4%, en razón a las parejas sexuales podemos evidenciar que la mayoría de las usuarias sólo han tenido 1 pareja sexual en su vida (76.4%). En cuanto al número de hijos existe una distribución muy equitativa entre las que tienen 3 y 4 hijos con 33.2% y 32.4% respectivamente, el 92.4% de las usuarias encuestadas hacen uso de métodos anticonceptivos, siendo el de más uso la ampolla de tres meses y las píldoras anticonceptivas. En cuanto a poder conocer como se informaron sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia, la mayoría de las usuarias afirman que se enteraron de este medio de anticoncepción mediante los medios de comunicación. El nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola es regular (73.2%), alto (25.6%) y un menor porcentaje fue el de bajo (1.2%). La prueba estadística del chi cuadrado indica que si existe una relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento y el perfil biosocial, en cuanto al grado de instrucción, el estado civil, la procedencia, la ocupación, la religión, la edad de inicio de relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos y como se informó sobre la existencia de Anticoncepción Oral de Emergencia.

Palabras Clave: Perfil Biosocial – Nivel de Conocimiento – Usuarias - Planificación Familiar

ABSTRACT

This research entitled Relationship of Knowledge on Emergency Oral Contraception and Biosocial Profile in Family Planning users. Arequipa 2017, is an observational study of relational level, in order to establish the relationship between the biosocial profile and the level of knowledge that the users present. The sample was made up of 250 users attended at the Family Planning Office, as a tool was used a Questionnaire.

The results show that the biosocial profile of the users served at the Family Planning Clinic of the Maritza Campos Díaz - Zamácola Health Center, regarding the social profile of the users, has women between 18 and 39 years of age, with a cumulative percentage of 91.6 %, Their level of education is secondary level with 70.4%, most users live with their partners either in free union as cohabiting or married with civil status with a cumulative of 90.8%. Its origin comes mainly from the city of Arequipa (75.2%). The predominant occupation is housewife with 67.0% and almost all users claim to profess the Catholic religion in 98.0%. As for the biological profile, the age of onset of sexual relations predominantly from 14 to 17 years old in 56.4%, due to the sexual partners we can show that the majority of the users have only had 1 sexual partner in their life (76.4%). As for the number of children, there is a very even distribution among those who have 3 and 4 children with 33.2% and 32.4%, respectively, 92.4% of the users surveyed use contraceptive methods, the most used being the three-month ampoule And birth control pills. In terms of knowing how they were informed about Emergency Contraception, the majority of the users affirm that they learned of this means of contraception through the means of communication. The level of knowledge about emergency oral contraception of the users attended at the Family Planning Clinic of the Maritza Campos Díaz - Zamácola Health Center is regular (73.2%), high (25.6%) and a lower percentage was the low 1.2%). Therefore, it is concluded that there is a direct relationship between the level of knowledge and the level of education, marital status, origin, occupation, religion, age of onset of sexual intercourse, use of contraceptive methods, and The existence of Emergency Oral Contraception was reported.

Keywords: Biosocial Profile - Level of Knowledge - Users - Family Planning

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad, el uso de métodos anticonceptivos sigue siendo un tema tan polémico, ya que se encuentra entre la disyuntiva de educar en sexualidad y tratar de disminuir los embarazos no deseados, como profesionales de salud siempre debemos estar pendientes de esta regulación, y si bien es cierto que es un derecho el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, en particular de planificación familiar y de salud sexual como derecho reproductivo de la mujer y el hombre, también debemos tratar de que el uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia se dé en forma más consciente, ya que no debe ser utilizada de manera frecuente, o como método de planificación familiar.

También se recomienda no recurrir a ella, pero si el caso así lo amerita, se sugiere que como máximo se la pueda tomar tres veces al año, esta situación hace necesario el poder saber que conocimiento poseen las mujeres en edad fértil, debido a que la distribución del anticonceptivo oral de emergencia también llamada Anticoncepción Oral de Emergencia se inició en Arequipa a partir del lunes 26 de setiembre¹, el cuál será entregado en los principales hospitales y centros de salud de la región Arequipa.

Esta investigación, hace referencia a un grupo reducido de anticonceptivos orales (AOE), los cuáles deben ser utilizados en caso de emergencia para prevenir embarazos no deseados. Son ingeridos en forma de pastillas, durante las primeras horas después de haber tenido relaciones sexuales. Se recomienda tomarlas entre las 72 horas después del sexo, aunque su rango de efectividad puede alcanzar como máximo las 120 horas. Según la Organización Mundial de la Salud, su efectividad se encuentra entre un 52% y 96% de las ocasiones, siendo más efectivos mientras se consuman lo más pronto posible tras el

¹ Nota de prensa emitida por el Ministerio de Salud del Perú: Agosto; 2016

coito². Vale la pena recalcar que estas píldoras no representan ninguna protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS). El preservativo es el único método aprobado.

En cuanto a su farmacología, debemos mencionar que el levonorgestrel es el componente base de esta clase de fármacos, y tiene varios efectos secundarios que varían de una mujer a otra, así tenemos que puede causar infertilidad, la ingesta de esta clase de anticonceptivos puede causar irregularidades en el ciclo menstrual, cambios hormonales, acné y caída del cabello y genera un síndrome pre-menstrual en la mayoría de mujeres, que puede incluir vómitos, diarreas, cólicos y dolores en el pecho. Por ello, las píldoras del día siguiente solo deben ser utilizadas como un método de emergencia, en caso de que exista un inminente riesgo de embarazo no deseado. En el Perú, el Ministerio de Salud no cuenta con cifras oficiales sobre su uso, pero según especialistas, representaría a un 30% de jóvenes sexualmente activas, entre 16 y 29 años.

Por las razones antes expuestas, es que se realiza el presente estudio de investigación que buscar cómo se relaciona el nivel de conocimiento sobre anticoncepción oral de emergencia y el perfil biosocial que poseen las usuarias que acuden al programa de planificación familiar en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Arequipa.

² Organización Mundial de la Salud (OMS) Nota descriptiva N° 14. Ginebra; 2014



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA Y EL PERFIL BIOSOCIAL EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO A MARZO, AREQUIPA, 2017

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a. Campo, Área y Línea

CAMPO : Ciencias de la Salud

ÁREA : Obstetricia

LÍNEA : Salud de la Mujer

b. Operacionalización de Variables

El estudio de investigación es bivariable:

Variables	Indicadores	Subindicadores
Variable Independiente Perfil Biosocial	1. Perfil sociodemográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Grado de Instrucción • Estado Civil • Procedencia • Ocupación • Religión
	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil biológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de inicio de Relaciones Sexuales • Número de parejas sexuales • Número de hijos

Variables	Indicadores	Subindicadores
Variable Dependiente Nivel de Conocimientos, sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia	1. Percepción	1.1.Método utilizado en casos de emergencia. 1.2.Métodos de planificación familiar 1.3.Método abortivo
	2. Indicaciones	2.1.En casos de violación 2.2.Preservativo mal colocado 2.3.Olvido en la toma de dos días su anticonceptivo oral 2.4.Retraso de dos semanas en la ampolla de 3 meses 2.5.T de cobre expulsada
	3. Características	3.1.Se utiliza regularmente 3.2.Protege contra la ITS, VIH/SIDA 3.3.Produce malformaciones congénitas cuando hay falla de método
	4. Formas de uso	4.1.La AOE se toma dentro de las 72 horas de haber ocurrido el coito
	5. Efectos secundarios	5.1.Náuseas, vómitos y dolor de cabeza. 5.2.Sangrado o goteo irregular.

c. Interrogantes Básicas

1. ¿Qué perfil biosocial presentan las usuarias atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola de Enero a Marzo 2017?
2. ¿Cuál es el nivel del conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola de Enero a Marzo 2017?
3. ¿Cómo es la relación entre el perfil biosocial y el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola de Enero a Marzo 2017?

d. Tipo y Nivel de Investigación

Tipo : Observacional

Nivel : Relacional

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

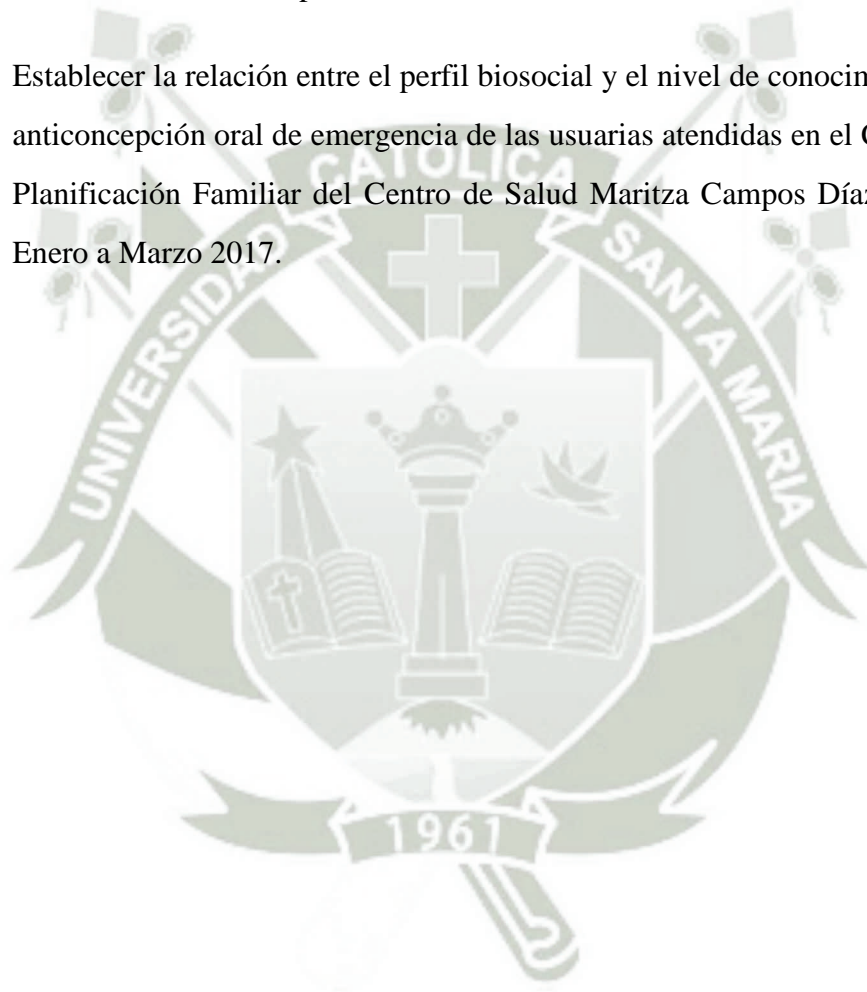
La presente investigación se justifica en razón a que la mayoría de usuarias del Programa de Planificación Familiar acuden a este para poder reducir los embarazos no deseados, para obtener información sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos y también conocer sobre la denominada “píldora del día siguiente”, que es usada ante la presencia de algún descuido durante la práctica de relaciones sexuales.

Posee relevancia social, ya que existe una gran controversia entre diversos sectores de la sociedad, la iglesia, la comunidad en general está dividida ante la reciente promulgación, donde se autoriza a los establecimientos de salud a poder entregar la Anticoncepción Oral de Emergencia en forma gratuita a las mujeres que así lo soliciten. Muchos consideran que esto afectará a la sociedad con la presencia del libertinaje en nuestra juventud, que verá en este método el hecho de tener una solución para lo que se conoce coloquialmente como “metida de pata”. Las que se benefician con la presente investigación son las mujeres que obtendrán mayor información sobre este método anticonceptivo, y podrán tomar las mejores decisiones en base a lo conocen.

Posee relevancia científica, ya que la información obtenida sobre el nivel de conocimiento sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia, nos ayudará a fortalecer y enriquecer los conocimientos existentes y lograr tener una proyección de lo que conocen las mujeres de esta localidad.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Describir el perfil biosocial de las usuarias atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, Enero a Marzo 2017.
- 2.2. Determinar el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, Enero a Marzo 2017.
- 2.3. Establecer la relación entre el perfil biosocial y el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, Enero a Marzo 2017.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. PERFIL BIOSOCIAL DE LA MUJER

El perfil biopsicosocial es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico (factores químico-biológicos), el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

De esta manera, la salud se entiende mejor en términos de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales y no puramente en términos biológicos.³ Contrasta con el modelo reduccionista tradicional, únicamente biológico que sugiere que cada proceso de la enfermedad puede ser explicado en términos de una desviación de la función normal subyacente, como un agente patógeno, genético o anormalidad del desarrollo o lesión.⁴

Este enfoque se utiliza en campos como la ganadería, agricultura, psicología clínica, psicopedagogía y la sociología y en particular en ámbitos más especializados como la psiquiatría, la fisioterapia, la terapia ocupacional y el trabajo social clínico. En el ámbito de la atención a las personas con discapacidad y enfermedad crónica es básico este enfoque dentro del equipo de rehabilitación formado por médicos especialistas en medicina familiar, rehabilitación, neuropsicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, enfermeros, fisioterapeutas, trabajadores sociales y otros profesionales.

El paradigma biopsicosocial es también un término mal utilizado para el concepto popular de la conexión mente-cuerpo, que se dedica a aportar argumentos filosóficos y espirituales entre los modelos biopsicosociales y biomédicos, más que a la investigación y su aplicación clínica.⁵

³ Santrock, J. W. *A Topical Approach to Human Life-span Development* (3rd ed.). St. Louis, MO: McGraw-Hill; 2007

⁴ Engel, George L. "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine". *Science* 196:129–136. ISSN 0036-8075 (print) / ISSN 1095-9203 (web) DOI: [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460); 1997

⁵ Sarno, John E. MD "The Mindbody Prescription: Healing the Body, Healing the Pain"; 1998

3.1.1. Perfil sociodemográfico

- **Edad**

Edad biológica, tiempo transcurrido a partir del nacimiento de una persona hasta el momento actual. Una división común de la vida de una persona por edades es la de bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto, mediana edad y tercera edad.

- **Grado de Instrucción**

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Se distinguen los siguientes niveles:

- Analfabetos: Personas que no han recibido educación alguna o la que recibieron fue tan corta en sus primeros años, que no saben ni leer ni escribir.
- Primarios: Personas que saben leer y escribir, sin estudios secundarios.
- Secundarios. Estudios de nivel secundario, con mayor dominio en conocimientos propios de este sistema educativo.
- Técnicos: Estudios que se cursan para obtener una labor técnica.
- Superiores: Son los que cursan estudios a nivel universitario.

- **Estado Civil**

El estado civil es la situación de las provenientes del matrimonio o de la unión libre, que en esgrimen derechos de convivencia.

Aunque las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un estado a otro, la enumeración de estados civiles más habitual es la siguiente: Soltero/a, Comprometido/a, Casado/a, Divorciado/a, Viudo/a

- **Ocupación**

Ocupación es un término vinculado al verbo ocupar que se dice de aquella actividad que se realizan para poder obtener un beneficio económico, sea de orden manual o intelectual.

- **Religión**

La religión es un dogma, una creencia, en determinadas sociedades puede ser considerada fanatismo, pero en nuestro país, es la fé que uno profesa, por la cual no puede ser discriminado, y según la constitución las personas tienen libertad de religión.

3.1.2. Perfil biológico

- **Edad de inicio de Relaciones Sexuales**

Los adolescentes inician cada vez más tempranamente los noviazgos, y aunque esto es normal, ya que responde a la necesidad de todas las personas de establecer vínculos, los padres deben estar vigilantes, pues esta situación trae consigo algunos riesgos como el comienzo de las relaciones sexuales.

Lo ideal es que los padres no tengan una actitud represiva, sino más bien que inspiren confianza para que la comunicación entre ellos y los adolescentes sea fluida, esto les permitirá crear un ambiente sano en donde existen límites y reglas claras que puedan ser respetados por los jóvenes sin problema alguno.

Ahora los noviazgos comienzan más tempranamente incluso entre los 13 y 14 años, y entre más pronto inicien una relación más atentos deben estar los padres de familia. Si la diferencia de edad de los jóvenes es mucha, los padres pueden intervenir porque esto puede conllevar riesgos.

El hecho de que inicien más temprano los noviazgos hace más factible el comienzo de su vida sexual, no siempre es la relación coital, pero sí de juegos eróticos, caricias, intentos de aproximación y besos más intensos, de ahí que los padres deban educar a los adolescentes y hablarles con naturalidad.

El inicio de la vida sexual a corta edad y sin la educación y la información correcta puede llevar a embarazos no deseados, contagio de enfermedades de transmisión sexual, entre otras situaciones de riesgo, por tanto, deben tener las herramientas para que se cuiden y que asuman con seriedad el tema

y sepan que es un asunto que requiere madurez, por lo cual, no están en la edad adecuada.⁶

- **Número de parejas sexuales**

La promiscuidad es la práctica de relaciones sexuales con varias parejas o grupos sexuales. Está en contraposición con la fidelidad en general y con la fidelidad matrimonial, contra la castidad, la virginidad, cada uno en sus distintos estados específicos y particulares. A la persona promiscua le dominan las pasiones, especialmente las del sexo y carece de control sobre ellas. El comportamiento sexual se considera promiscuo y cuál no lo es no depende de la cultura y de la época, sino que debe atenerse a las definiciones dadas sin juicios de valor de las diferentes culturas.

Promiscuidad y promiscuo se han venido utilizando, en algunas ocasiones en sentido despectivo para calificar como negativo (descalificar) el comportamiento sexual de otras personas; en otras, una gran cantidad de personas se definían, y se definen así, ufanándose del término. Esta forma se suele utilizar para definir claramente la actividad sexual de ciertas personas. Es por ello que ambos términos no se utilizan en los estudios científicos de la sexualidad humana ni tampoco en la educación sexual.⁷

- **Número de hijos**

En alguna ocasión hemos comentado que flota en el ambiente la sensación de que dos es el número de hijos que la gente considera ideal. Cuando tienes un hijo y pasa el tiempo empiezas a recibir mensajes tipo “¿para cuando el segundo?” y, cuando ya lo tienes, los mensajes cambian a “ahora ya está”, “ya habéis cumplido” o incluso “ahora el gato y la familia completa”, que nos dijeron a nosotros una vez.

Esta sensación se confirma con el estudio “Infancia y futuro: nuevas realidades, nuevos retos” de La Caixa, del que ya hablamos hace un par de

⁶ Consultado 25/01/2017. Disponible en: <http://www.mentesana.net/inicio-de-relaciones-sexuales-en-adolescentes/>

⁷ Sánchez, Rocío (5 de mayo de 2005). «Promiscuidad el falso dilema». *La Jornada (suplemento Letra S)* (Suplemento Letra S: Demos). Consultado el 28 de abril de 2017.

días, en el que las parejas encuestadas consideraban que lo ideal era tener en torno a 2 - 13 hijos por pareja.

Esta cifra queda, sin embargo, bastante alejada de lo que sucede en la realidad, puesto que en 2008 la tasa de fertilidad se situó en 1 - 5 hijos por pareja, dato que nos deja en muy mala situación si pensamos en la importancia de que se produzca un correcto relevo generacional. De hecho, se calcula que, si todo sigue igual, el 35% de nuestra población será mayor de 65 años en 2050 (y yo seré uno de ellos).⁸

3.2. ANTICONCEPCIÓN

3.2.1. Concepto

Se puede definir a la anticoncepción de emergencia como un recurso para evitar un embarazo tras una relación sexual no protegida, ya que no es un método anticonceptivo como tal y sólo se usa en determinadas circunstancias.⁹

Las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad nos ofrece como concepto de Anticonceptivo el siguiente: Métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus pareja quienes los usen.¹⁰

3.2.2. Prevención de Embarazo e Infecciones de Transmisión Sexual

Actualmente se tienen novedades tecnológicas, así tenemos el condón femenino representa una valiosa herramienta para aquellas mujeres que necesitan protegerse de los riesgos de infecciones sexuales y de embarazos y que han asumido el cuidado efectivo de su cuerpo y su salud sexual. Con la aparición del SIDA y la proliferación de otras infecciones sexuales han tenido que variar las prácticas sexuales y ha habido necesidad de incorporar comportamientos preventivos. Es un sustituto del condón masculino con el cual las mujeres pueden tener más control sobre su cuerpo y su salud.

⁸<https://www.bebesymas.com/ser-padres/el-numero-ideal-de-hijos-en-la-actualidad-es-dos>

⁹ Cano Edson. Anticoncepción de Emergencia. Píldoras de Anticoncepción de Emergencia. México: Publicado por: Edsongcano de www.edsongcano.com; 2009

¹⁰ Alvarez L, Ortiz J. Anticoncepción de Emergencia: Atentado contra el que está por nacer o derecho reproductivo de la Mujer. Chile: Universidad de Chile; 2014. p. 6

El condón femenino está hecho de poliuretano (plástico blando y más resistente que el látex), es un método de barrera cuyo diseño combina las características del condón masculino y del diafragma. A diferencia de otros métodos, su colocación no requiere del personal de salud y su uso no produce efectos secundarios.¹¹

El condón femenino es un eficaz anticonceptivo si se usa sistemática y correctamente. Solamente 5 por ciento de las mujeres tendrán un embarazo no deseado si utilizan el condón femenino comparado con un 3 por ciento de los casos en que usan condón masculino. Cuando no se usa siempre correcta y sistemáticamente puede fallar en un 21 por ciento.

Los estudios de laboratorio han observado que el dispositivo es impermeable a varias infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA. Dado que el anillo exterior cubre parcialmente los genitales externos, a diferencia del condón masculino, es posible que el condón femenino proteja más contra el herpes y el chancroide, que el condón masculino.¹²

3.3. ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

3.3.1. Concepto

Muchas personas desconocen la existencia de anticonceptivos que pueden evitar un embarazo después de un acto sexual. La anticoncepción de emergencia (AE) se refiere a los métodos que pueden usar las mujeres para impedir el embarazo luego de una relación sexual sin protección (acto sexual en el que no se ha usado un método anticonceptivo o que ocurrió un accidente al usarlo). Existen varios tipos de anticoncepción de emergencia que se usan en todo el mundo, incluyendo píldoras hormonales y también se recurre a la inserción post-coital del DIU. Todos pueden utilizarse dentro de algunos días después de una relación sexual desprotegida para evitar un embarazo.

Desde los años sesentas se han desarrollado una serie de métodos de

¹¹ Rodríguez R. G. Sexualidad, Anticoncepción y Aborto para Jóvenes, ¿Cómo ves? El aborto, Dirección General de Divulgación de la Ciencia., México: UNAM; 2004. p.71

¹² Ídem

anticoncepción de emergencia que son seguros y eficaces. Estas opciones son predominantemente variaciones de las fórmulas de los anticonceptivos orales, en algunos países son conocidos como “píldoras de la mañana siguiente”. La AE Son píldoras anticonceptivas normales, que contienen las hormonas estrógeno y progestina. Aunque este tratamiento se conoce con frecuencia como "la píldora de la mañana siguiente", el término puede ser engañoso toda vez que las pastillas anticonceptivas de emergencia se pueden utilizar inmediatamente después de haber tenido relaciones sexuales sin protección o dentro de un periodo de hasta 72 horas. El esquema de tratamiento es una dosis dentro de las primeras 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales sin protección y una segunda dosis, 12 horas después de la primera.¹³

Por lo que se considera que la Anticoncepción Oral de Emergencia es un método anticonceptivo de los denominados de emergencia. No debe ser utilizado de modo habitual, sino solo cuándo fallan otros medios. Tiene un probado efecto sobre la ovulación, retrasándola, lo que evita el embarazo en un porcentaje variable de casos, según el momento en que se administre.

3.3.2. Ficha técnica

Forma farmacéutica y formulación: Tabletas. Cada tableta contiene: levonorgestrel 1.5 mg. Excipiente cbp 1 tableta.

Indicaciones terapéuticas: Es un anticonceptivo de emergencia (postcoital) únicamente.

Farmacocinética y farmacodinamia: La variabilidad aparente de los parámetros farmacocinéticos reportada en varios estudios es particularmente cierta para la vida media de eliminación, los promedios varían de 8 a 30 horas, pero la variabilidad entre los valores individuales es más de 10 veces. El valor promedio general es de 16 horas. Todos los estudios están de acuerdo en que la absorción es rápida (en la mayoría de los sujetos, menos de 4 horas). La biodisponibilidad de levonorgestrel es de más de 95%. La concentración máxima promedio de levonorgestrel, a dosis de 0.75 mg es de

¹³ Rodríguez R. G. Ob. Cit. p. 19

12.1 mg/ml. Existen pocos estudios que han investigado la concentración plasmática de levonorgestrel cuando este gestágeno es administrado sin estrógenos. En estudios de farmacocinética y farmacodinamia se encontró que las concentraciones en estado estable fueron alcanzadas dentro de tres días. Cuatro principales tetrahidrometabolitos de levonorgestrel han sido identificados. Los tetrahidrometabolitos están presentes en concentraciones plasmáticas en cerca de una décima parte de la del levonorgestrel. Pequeñas cantidades de levonorgestrel y sus metabolitos están presentes en el plasma como conjugados sulfatados y glucorónidos. Como la noretisterona, la mayoría del levonorgestrel en plasma está unido a albúmina y SHBG. Los estudios realizados para determinar el mecanismo de acción del levonorgestrel como anticonceptivo postcoital, sugieren que puede afectar tanto el crecimiento folicular y el desarrollo del cuerpo lúteo. Aunque existe un acuerdo general en que el anticonceptivo de emergencia protege contra embarazos no deseados, la magnitud del efecto protector continúa en debate. El levonorgestrel administrado dentro de la primera hora después del coito, ha demostrado ser un método efectivo de anticoncepción en múltiples estudios. En 1.315 mujeres (en 15 centros), se usó levonorgestrel (0.75 mg) durante 8.815 ciclos y durante este período de 27.253 relaciones sexuales se llevaron a cabo. La incidencia de náusea fue únicamente de 5.7% y ninguna de las pacientes presentó vómitos. El índice de embarazos fue de 3.4%. Subsecuentemente, se reportó que cuando el levonorgestrel fue administrado dentro de las primeras 12 horas posteriores al coito, el índice de embarazos fue del 2.9%. En un estudio multicéntrico de la OMS, una tableta de levonorgestrel (0.75 mg) fue administrada dentro de las primeras 8 horas después del coito y una segunda tableta 24 horas después. Subsecuentemente, una tableta fue administrada después de cada coito, con un máximo de una tableta en 24 horas. Con este régimen, el índice de falla fue de 0.8% por ciclo de tratamiento.

Contraindicaciones: Además de un embarazo existente, no existe una contraindicación médica para el uso de este anticonceptivo de emergencia. No es recomendado para ser utilizado en mujeres en quienes se haya confirmado el embarazo, principalmente porque no es efectivo. En caso de

sangrado vaginal anormal de etiología desconocida, enfermedad hepática y de vesícula biliar, ictericia del embarazo, carcinoma de mama, carcinoma de ovario o de útero (o historia), debe de ser administrado después de una cuidadosa consideración del rango riesgo/beneficio.

Precauciones generales: Antes de comenzar el tratamiento, debe excluirse el embarazo. El tiempo de la primera relación sexual sin protección desde la última menstruación debe de ser establecido para asegurar que la mujer esté dentro de las primeras 72 horas después del coito. Las siguientes condiciones requieren una cuidadosa observación: asma, enfermedad cardiovascular severa, hipertensión, migraña, epilepsia, enfermedad renal, diabetes mellitus, hiperlipidemia, historias de estados depresivos severos, tromboflebitis, enfermedad tromboembólica e infarto cerebral.

Precauciones o restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia: no debe de ser administrado en mujeres en quienes se ha confirmado el embarazo. Si el embarazo no puede ser diagnosticado con absoluta certeza, es permisible el uso del anticonceptivo de emergencia. Los anticonceptivos orales pueden disminuir la cantidad de leche materna.

Reacciones secundarias y adversas: La náusea ocurre en cerca del 25% de las mujeres que lo toman. La incidencia de vómito es cercana al 5% en mujeres que lo reciben. Si el vómito ocurre dentro de las primeras dos horas después de la toma del anticonceptivo de emergencia, la dosis debe ser repetida. Algunas mujeres pueden experimentar manchado después de tomar la píldora. La mayoría de las mujeres presentan su siguiente período menstrual en la fecha esperada o antes. Si hay un retraso en el inicio de la menstruación de más de una semana, la posibilidad de embarazo debe ser excluida. Otros efectos que se presentan son dolor de mamas, cefalea, mareo y fatiga. Estos efectos generalmente no duran más de 24 horas.

Interacciones medicamentosas y de otro género: Algunos fármacos aceleran el metabolismo de los anticonceptivos orales cuando son tomados conjuntamente. Los fármacos que probablemente tengan la capacidad de reducir la eficacia de los anticonceptivos orales incluyen barbitúricos,

fenitoína, fenibutazona, rifampicina, ampicilina, griseofulvina y otros antibióticos.

Alteraciones en los resultados de pruebas de laboratorio: Hasta la fecha, no se han reportado alteraciones en los parámetros normales de las pruebas de laboratorio.

Precauciones y relación con efectos de carcinogénesis, mutagénesis, teratogénesis y sobre la fertilidad: De los reportes existentes hasta la fecha, no existen datos de casos reportados en cuanto a efectos de carcinogénesis, teratogénesis, mutagénesis o sobre la fertilidad. POSTINOR-2® UNIDOSIS es un medicamento que debe ser utilizado únicamente como anticonceptivo de emergencia. No se recomienda para uso rutinario debido a que se incrementa la posibilidad de falla, en comparación con los anticonceptivos regulares y el incremento de efectos secundarios. En caso de vida sexual muy activa, se recomienda tabletas combinadas u otro método anticonceptivo.

Dosis y vía de administración: Una tableta (1.5 mg) de píldora administrada dentro de las primeras 72 horas (3 días) después del coito no protegido. El tratamiento no debe ser retrasado innecesariamente, ya que la eficacia puede declinar con el tiempo. La píldora puede ser utilizada en cualquier momento del ciclo menstrual. Vía de administración: oral.

3.3.3. Uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia

En el régimen combinado conocido como Yuzpe, la dosis total es de 200 microgramos de etnilil-estradiol y 1 miligramo de levonorgestrel. Para las píldoras que sólo contienen progestina, la dosis total es de 1.5 miligramos de levonorgestrel. El régimen de Yuzpe consiste en tomar la primera dosis (si es la AE especialmente empaquetada, Vika) o dos dosis de 2 pastillas anticonceptivas orales la primera dentro de las 72 horas siguientes (3 días) a una relación sexual desprotegida, y 12 horas después debe tomarse la segunda dosis. En el caso de anticonceptivos orales de baja dosis deben tomarse 4 pastillas dentro de las primeras 72 horas después de la relación sexual y 4 más 12 horas después. En el caso de las pastillas que sólo contienen progestina deben tomarse 2 pastillas en la primera dosis y 2 en la segunda.

En todo caso hay que tomar dos dosis, una dosis cada 12 horas:

PRIMERA DOSIS: La primera dosis se debe tomar dentro de 72 horas — tres días — después de haber tenido relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. Se debe utilizar sólo un tipo de píldora para las dos dosis.

SEGUNDA DOSIS: Toma la segunda dosis 12 horas después de haber tomado la primera.

La dosis varía según la fórmula y marca de la píldora que utilices, en la siguiente tabla se precisa con claridad.¹⁴

Fórmula, marca y dosis de AE*

Fórmula	Marcas	1ª. DOSIS: Número de tabletas que deben tomarse en la primera dosis (dentro de las 72 horas después del acto desprotegido)	2ª DOSIS: Número de tabletas que deben tomarse en la segunda dosis (12 horas después de la primera dosis)
Levonorgestrel (0.75mg)	<ul style="list-style-type: none"> • Vika • Postinor-2 	1	1
Levonorgestrel (0.25 mg)+ etinil estradiol (50 mcg)	<ul style="list-style-type: none"> • Neogynon • Nordiol • Ovral 	2	2
Norgestrel (0.50 mg)+ etinil estradiol (50mcg)	<ul style="list-style-type: none"> • Eugynon 50 	2	2
Levonorgestrel (0.15mg)+ etinil estradiol (30mcg)	<ul style="list-style-type: none"> • Microgynon • Nordet • Lo-Femenal 	4	4
Levonorgestrel (0.30 mg)	<ul style="list-style-type: none"> • Microlut 	25	25

Fuente: Consorcio para la Anticoncepción de Emergencia.

La Anticoncepción Oral de Emergencia (píldora postcoital) forma parte de los denominados anticonceptivos de emergencia o de urgencia. Está indicada para disminuir el riesgo de embarazo cuando ha habido una relación sexual con penetración y se ha producido un fallo en el anticonceptivo habitual, por

¹⁴ Rodríguez R. G. Ob. Cit. pp. 75-76

ejemplo, la rotura o la retención del preservativo, el olvido de alguna píldora contraceptiva, la expulsión del diafragma o del DIU coincidiendo con el coito o un mal uso de cualquier otro método.

La "Anticoncepción Oral de Emergencia" únicamente debe utilizarse como método anticonceptivo en casos de emergencia, por ejemplo, cuando se rompe el preservativo durante una relación sexual. Conclusión: solo para casos de emergencia (el índice de Pearl varía según el tipo de píldora)

La Anticoncepción Oral de Emergencia actúa sobre la ovulación, evitándola o retrasándola. También parece alterar el movimiento de los espermatozoides dentro del aparato reproductor femenino. Y está en estudio si a nivel endometrial dificulta la anidación, aunque el efecto más claro es sobre la ovulación, retrasándolo o evitándola.

La Anticoncepción Oral de Emergencia no puede considerarse abortiva como la píldora. La Anticoncepción Oral de Emergencia tiene un mecanismo de acción diferente, pues actúa antes de la implantación, cuando aún no hay embarazo. De hecho, si la implantación ya se ha producido, la gestación es inevitable aunque se tome la Anticoncepción Oral de Emergencia.

3.3.4. Efectividad de la Anticoncepción Oral de Emergencia

La eficacia máxima de la Anticoncepción Oral de Emergencia es del 95%, inferior a la que ofrece el preservativo u otros métodos anticonceptivos, por lo que se aconseja adoptar una fórmula anticonceptiva habitual en lugar de recurrir a la de emergencia.

La Anticoncepción Oral de Emergencia no es efectiva al cien por ciento. Si la mujer ya está embarazada o la ovulación ya se ha producido, la Anticoncepción Oral de Emergencia no tendría efecto, según la Sociedad Española de Contracepción.

Además, influye mucho el momento en que se tome. El límite está en 72 horas, pero es más efectiva tomada inmediatamente después de la relación sexual sin protección (95% a las 24 horas; 85% a las 48 y 58% a las 72).

Hasta la llegada de la siguiente regla se aconseja utilizar preservativo para todas las relaciones sexuales con penetración. Si la mujer tomaba la píldora anticonceptiva, debe empezar un nuevo envase el día siguiente de haber tomado la anticoncepción de emergencia. Si se plantea empezar a tomar la píldora anticonceptiva ahora, debe esperar al primer día de la regla para comenzar. Si la mujer usa habitualmente el parche anticonceptivo o el anillo vaginal, debe ponérselo el mismo día en que tome la Anticoncepción Oral de Emergencia, pero si va a comenzar a utilizarlos por primera vez, ha de esperar al primer día de la siguiente menstruación para usarlos.

En todos los casos anteriores **hay que utilizar, además, preservativo hasta la llegada de la menstruación.** Si la regla se retrasa más de tres días del día previsto, es muy ligera o muestra algún otro aspecto no habitual, conviene hacerse un test de embarazo.

Si se vomita en un plazo de tres horas desde la toma de la Anticoncepción Oral de Emergencia, habría que volver a tomarla por si se ha expulsado.

La Anticoncepción Oral de Emergencia suele tener una caducidad de dos años. En general, los medicamentos caducados pierden efectividad al ser consumidos tras su fecha límite. No obstante, se recomienda comprarla en el momento de ser utilizada.

La Anticoncepción Oral de Emergencia no es efectiva si se toma antes de la relación sexual. Es muy importante saber que este fármaco únicamente hace efecto cuando se administra después de la relación sexual con penetración.

Algunos fármacos interaccionan con la Anticoncepción Oral de Emergencia reduciendo su eficacia. Es el caso de los barbitúricos, la fenitoína, la carbamazepina, la rifampicina, el ritonavir, la rifabutina y la griseofulvina. Se puede tomar la Anticoncepción Oral de Emergencia si se sigue un tratamiento con alguno de ellos, pero teniendo en cuenta que la anticoncepción de urgencia puede no ser tan eficaz. Igualmente, la hierba de San Juan o hipérico reduce la efectividad de la píldora postcoital.

3.3.5. Efectos secundarios

Si hay vómito después de la primera dosis, hay que tomar el medicamento para controlar la náusea 30 minutos antes de la segunda. También se puede tomar la segunda dosis en forma de supositorio vaginal. Se colocan las píldoras dentro de la vagina hasta el último punto que se alcance. (El medicamento se absorbe por el tejido de la vagina.) Pero una vez que se ha vomitado la segunda dosis, no se deben tomar más pastillas, y lo más probable es que estas pastillas no resulten efectivas para evitar el riesgo de embarazo. Además es posible que causen más náuseas.

Las náuseas también son uno de los efectos secundarios más habituales en las usuarias de la Anticoncepción Oral de Emergencia. Si las náuseas se acompañan de vómitos en las primeras tres horas tras la administración de la pastilla postcoital, conviene tomar otra. Además de estos, se pueden producir otros efectos secundarios como dolor de cabeza, cansancio, molestias en las mamas, desarreglos en la menstruación y manchado irregular. El sangrado puede prolongarse hasta la siguiente regla, pero el resto de molestias suelen desaparecer a los dos días.

Normalmente los efectos secundarios asociados con el uso de las AOE desaparecen unos días después de tomar la segunda dosis. El 50 por ciento de las mujeres que usan las AOE sufren náuseas. El 30 por ciento de las mujeres tienen vómitos. También podrías tener sensibilidad en los senos, sangrado irregular, retención de fluido, y dolor de cabeza. El uso frecuente de las AOE podría resultar en reglas irregulares e inconstantes y no es recomendable.

Según la información disponible, las AOE no tendrán ningún efecto sobre un embarazo en curso. Sin embargo, no es recomendable el uso de las AE si ya hay embarazo. Diversos estudios muestran que no existe un mayor riesgo de defectos congénitos y otro tipo de problemas se toman las píldoras anticonceptivas durante el embarazo y éste llega a su término. Por lo tanto, no existe razón para sospechar que si se toma una sola vez la AOE vaya a causar defectos congénitos.¹⁵

¹⁵ Rodríguez R. G. Ob. Cit. pp. 78

Además se presentan otras reacciones adversas graves tras la administración de la píldora del día siguiente. Estos riesgos hacen referencia, fundamentalmente, a los embarazos ectópicos y al riesgo de enfermedad tromboembólica.

- **Embarazo ectópico.** La tasa de embarazo ectópico observado entre las usuarias de anticoncepción de emergencia es del 0,8%-2%, un porcentaje que no difiere del observado para la población general.
- **Enfermedad tromboembólica.** Aunque no hay estudios que evalúen específicamente el riesgo del uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia en la aparición de tromboembolismos (formación de un coágulo en el interior de las venas que puede desplazarse hacia los pulmones), sí hay trabajos que han estudiado la relación entre el uso de anticonceptivos hormonales y la aparición de alteraciones tromboembólicas.

Por lo que se puede decirse que las mujeres que usan anticonceptivos hormonales en general tienen un riesgo 3,4 veces mayor de padecer un tromboembolismo al compararlas con mujeres que no utilizan este tipo de anticonceptivos.

La Anticoncepción Oral de Emergencia no afecta a la fertilidad ni de forma inmediata, ni, según los estudios de los que se dispone, a largo plazo, en la línea de lo que ocurre con otros anticonceptivos hormonales.

La Anticoncepción Oral de Emergencia se puede tomar durante la lactancia, ya que el levonorgestrel no se excreta en la leche en una cantidad significativa, por lo que es segura para la madre y el hijo. El levonorgestrel es un progestágeno, lo que significa que no reduce la producción de leche ni afecta al bebé lactante. Puede tomarse con seguridad, aunque algunos autores recomiendan esperar unas 3-4 horas para volver a dar el pecho, mientras que otros amplían ese periodo a 8 horas. No obstante, para otros se puede volver a amamantar de forma inmediata tras la administración de la píldora.

En el caso de la píldora de los cinco días después, no hay estudios publicados

en relación a la lactancia, pero se considera improbable el paso del acetato de ulipristal a la leche, dada su elevada fijación a proteínas plasmáticas. Sin embargo, se suele aconsejar suspender la lactancia durante 36 horas para minimizar el riesgo, periodo en el que la madre debe extraerse leche para que no disminuya la producción.

3.4. ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN EL PERÚ

3.4.1. Historia de la Anticoncepción Oral de Emergencia

La historia de la Anticoncepción Oral de Emergencia es una historia de polémicas desde que llegó al Perú en 2001. Inicialmente fue comercializada, sin embargo, en 2002, debido a su costo “elevado” para el sector menos pudiente un grupo de Organismos no Gubernamentales, interponen la primera demanda ante el Tribunal Constitucional para que esta píldora se distribuya de manera gratuita y contener de alguna manera los embarazos no deseados.

- **Fallo del Tribunal Constitucional (TC).** Cuatro años después se logra el cometido, pero en 2008 la ONG "Ala Sin Componenda" presenta una acción ante el TC para que se aclare si la píldora tiene efectos abortivos. Una nueva polémica entra en discusión. Un año después en TC prohíbe que se reparta la píldora de manera gratuita en los centros de salud del Estado, sin embargo, no prohíbe la comercialización de dicho fármaco y deja abierta la posibilidad de llegar a un consenso futuro. No hay certeza de un efecto abortivo.
- **Acción de amparo.** En 2014 la ciudadana Violeta Cristina Gómez presenta una acción de amparo para que el sector Salud redistribuya la píldora, pues la sentencia del 2009 dejaba abierta la posibilidad de llegar a un consenso futuro sobre la inocuidad de la píldora. Dos años después Gómez y la ONG Promsex solicitan la medida cautelar para acelerar la sentencia final del proceso a cargo del juez David Suarez Burgos.
- **Peligros.** Las partes demandantes argumentaron discriminación hacia el sector más pobre que no cuenta con los medios económicos suficientes para obtener el fármaco y que además viven en zonas declaradas en

emergencia por el zika. Estas mujeres estarían vulnerables a llevar un embarazo peligroso y podrían traer al mundo niños con cuadros de microcefalia.

- **Prohibición.** El magistrado a cargo del proceso además tomó en cuenta lo resuelto en 2014 por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) sobre el caso *Artavia vs. Costa Rica*. En este caso se estableció que la vida iniciaba cuando el óvulo fecundado anidaba en el útero y no cuando el óvulo era fecundado por el espermatozoide como se estableció en el Tribunal Constitucional del Perú en 2009 y por lo que se prohibió el reparto gratuito por parte del Estado.¹⁶

3.4.2. Análisis de su uso y distribución en nuestro país.

La AOE en el Perú, es un tema que ha sido un punto de debate por muchos años, debemos conocer que este método ha sido reconocido después de 25 años de estudio por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como método anticonceptivo de alto valor para evitar embarazos no deseados o no planificados.

Actualmente las normas legales en el Perú referidas a planificación familiar, incluyen la distribución y uso de la AOE en los servicios públicos de salud, por ello se puede recibir información para su uso. La AOE fue incorporada como método anticonceptivo el 13 de julio del 2001 por Resolución Ministerial 399 -2001-SA/DM: “Ampliación de las Normas de Planificación Familiar, incorporando la Anticoncepción Oral de Emergencia”. Además de que la Comisión de Alto Nivel convocada por el Presidente de la República y el Ministerio de Salud el 11 de septiembre del 2003, emitió un Informe Científico-Médico y Jurídico, en torno a la AOE, en el cual se concluye que la AOE no es abortiva. Por otro lado, el informe Defensorial No. 78, elaborado por la Defensoría del Pueblo sobre AOE, recomienda al Ministerio de Salud cumplir con la resolución del año 2001, brindando la información correspondiente a las usuarias y usuarios y garantizar el derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener, eligiendo el método de planificación que consideren más adecuado.

¹⁶ Disponible en: <http://vital.rpp.pe/salud/cronologia-la-pildora-del-dia-siguiente-en-el-peru-noticia-989345>

Lo anteriormente mencionado, nos ayuda a comprender lo importante que es conocer más a profundidad sobre este método de emergencia, para que la población femenina, pueda tomar la decisión correcto en su uso y el cómo poder cuidar de su salud, considerando que somos una sociedad conservadora, arraigada a un ideal religioso, es que nos hemos podido comprobar que a pesar de esto, las mujeres que se atienden en el centro de salud, conoce sobre este método y se informa antes de su uso, lo cual es positivo considerando que no existe mayor difusión sobre el mismo.

La Anticoncepción Oral de Emergencia no protege ni frente al VIH (sida) ni frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), ya que no es un método de barrera como el preservativo. La Anticoncepción Oral de Emergencia solo protege, en algunos casos, de la posibilidad de un embarazo no deseado, retrasando la ovulación.

La Anticoncepción Oral de Emergencia se dispensa en farmacias, en algunos centros de salud, en centros de planificación familiar y en algunas urgencias, dependiendo de cada comunidad autónoma.

La Anticoncepción Oral de Emergencia se puede adquirir sin receta en las farmacias.

Desde el 26 de setiembre del 2016, en el Perú la distribución de este método anticonceptivo de emergencia, es entregado en forma gratuita en todos los establecimientos de salud.

Para mujeres sanas, sin antecedentes de tromboembolismo ni trombofilia, no es necesario hacer ningún examen previo médico (ni exploraciones ni analíticas) para usar la anticoncepción de emergencia.

La persona que dispense la Anticoncepción Oral de Emergencia (farmacéutico o personal sanitario) puede rellenar un formulario donde recoja los datos de la usuaria y las circunstancias de la administración. Pero la identidad de la mujer quedará en el anonimato si ella así lo desea y no tiene que firmar ningún papel al retirarla, ya que el consentimiento informado (donde te declaras sabedor de los riesgos de una acción médica) no es escrito sino verbal.

En principio, las farmacias están obligadas a dispensar la Anticoncepción Oral de Emergencia, al igual que cualquier otro medicamento que les sea demandado “tanto por los particulares como por el Sistema Nacional de Salud en las condiciones reglamentarias establecidas”, según se detalla en la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Ahora bien, la realidad es que hay un porcentaje de farmacéuticos que se declaran objetores y no la dispensan. La objeción de conciencia se ejerce a nivel particular, por lo que no es la farmacia la que se declara objetora sino los farmacéuticos en concreto; así, en una misma oficina de farmacia puede haber profesionales que la dispensen y otros que no.

La razón de que algunos farmacéuticos se declaren objetores en la dispensación de la Anticoncepción Oral de Emergencia es el posible efecto antiimplantatorio que tendría la anticoncepción de emergencia. Si la píldora postcoital actuara de este modo, estaría dificultando la implantación del óvulo fecundado en el endometrio, lo que para algunos profesionales ya puede ser considerado abortivo. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el embarazo se inicia a los siete días post-fecundación, cuando el blastocisto se implanta en el útero materno, por lo que no considera que la Anticoncepción Oral de Emergencia sea abortiva sino interceptiva. No obstante, cuando un farmacéutico objetor es requerido para administrar la Anticoncepción Oral de Emergencia, debe informar a la usuaria con datos actualizados de en qué otro establecimiento cercano la puede adquirir.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. Antecedentes Internacionales

- RAMÍREZ-ANTÚNEZ, A y colb. México (2009). **Conocimiento sobre el manejo de las pastillas del día siguiente en estudiantes del área de la salud.**

Fuente: Artículo científico disponible en:

file:///D:/USUARIO/Downloads/Dialnet-

ConocimientoSobreElManejoDeLasPastillasDelDiaSigui-3632037.pdf.

A pesar de la disponibilidad de los numerosos métodos contraceptivos existentes, muchos embarazos no son planeados, ni deseados y gran parte de estos son de adolescentes, evidenciando la falta de conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, específicamente de la anticoncepción hormonal pos-coito (AHP) o también llamada “pastilla del día siguiente”. El personal del área de la salud es la principal fuente de información sobre los métodos anticonceptivos incluyendo la AHP.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos sobre el manejo de la pastilla del día siguiente en estudiantes universitarios. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal a 142 universitarios del nivel formativo del área de la salud de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), por medio de un cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre la AHP.

Resultados: Se encontró que el 51% de los universitarios tienen un deficiente conocimiento de la AHP, 46% un conocimiento regular y sólo un 3% tiene un buen conocimiento. No hubo diferencias significativas por sexo. Hay un mayor conocimiento con respecto a la dosificación (92%) y un menor conocimiento en el mecanismo de acción (22%). Los estudiantes de la carrera de Medicina tienen un nivel de conocimientos bueno del 6.8% a diferencia de los estudiantes de Estomatología y Enfermería que tiene un nivel de conocimientos bueno del 0% y 2.1% respectivamente.

Conclusiones: Existe un nivel deficiente sobre el conocimiento de la anticoncepción hormonal pos-coito en estudiantes del área de la salud de la BUAP. Los estudiantes de Estomatología y Enfermería tienen menor conocimiento sobre la AHP que los de Medicina.

- TAPIA – CURIEL. Amparo. México (2008) **Conocimiento y actitudes hacia el uso de la Anticoncepción de Emergencia en Jóvenes Universitarios.**

Fuente: Revista Médica INST MEX Seguro Social 2008; 46 (1): 33-41 33

Objetivo: Identificar los conocimientos y las actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia desde una perspectiva de género, en población joven universitaria derecho ambiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Método: encuesta transversal cualicuantitativa aplicada a los 583 estudiantes universitarios de primer ingreso del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. La exploración cuantitativa incluyó conocimientos de la Anticoncepción de Emergencia y actitudes hacia el uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia. La exploración cualitativa incluyó razones para el uso/no uso de Anticoncepción Oral de Emergencia.

Resultados: 95 % de la población refirió haber escuchado de la Anticoncepción Oral de Emergencia y 80 % la consideró un método útil de planificación familiar. Los conocimientos del uso correcto de la Anticoncepción de Emergencia, así como su aceptación, fueron significativamente mayores en hombres que en mujeres. Las mujeres se mostraron más reflexivas al incluir un mayor número de razones para justificar la necesidad de obtener mayor información de la Anticoncepción Oral de Emergencia. Las razones de no uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia se vincularon con aspectos morales.

Conclusiones: los conocimientos y actitudes de la Anticoncepción Oral de Emergencia fueron diferentes entre hombres y mujeres. Los hombres tuvieron mayores conocimientos y actitudes más favorables para su uso. Aunque casi la totalidad ha escuchado sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia, apenas la mitad conoce su uso correcto y una cuarta parte mostró actitudes no favorables por influencia de concepciones ético morales.

4.2. Antecedentes Locales

- AÑASCO ARELA, Marcos Alberto. Arequipa (2006). **Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre Anticoncepción de Emergencia en Adolescentes Preuniversitarios de la Academia Bryce.**

El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre anticoncepción de emergencia que tienen los adolescentes. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en una población de 415 adolescentes preuniversitarios.

Se encontró que el nivel de conocimientos sobre anticoncepción de emergencia en la población estudiada fue deficiente con un 62.7% y bueno solo un 0.5%. No se encontró relación entre el nivel de conocimientos y la actitud frente a la anticoncepción de emergencia en la población estudiada.

5. HIPÓTESIS

Dado que es necesario que las usuarias del programa de planificación familiar conozcan cómo funciona la anticoncepción oral de emergencia, necesitan obtener mayor conocimiento objetivo, verdadero y congruente con la realidad, para que pueda tener una mejor construcción mental sobre este tema.

Es probable que el perfil biosocial se relacione significativamente con el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia que poseen las usuarias que acuden al Consultorio de Planificación Familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamacola.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

La técnica que se aplicó para la recolección de la información fue la encuesta a las usuarias de planificación familiar.

1.2. Instrumento

Se utilizó como instrumento un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas estructurados en dos partes. En la primera parte se recolectó datos relacionados al perfil biosocial de las usuarias, los cuales correspondieron a sus características sociodemográficas y biológicas; este nivel estuvo conformado por 11 preguntas. En la segunda parte se plantearon preguntas que evaluaron el nivel de conocimiento de las usuarias sobre la anticoncepción oral de emergencia, este nivel estuvo conformado por 15 preguntas.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

2.1.1. Precisión del lugar:

La investigación se llevó en el ámbito general de:

- **País** : Perú
- **Región** : Arequipa
- **Provincia:** Arequipa
- **Distrito** : Cerro Colorado, Esquina Yaravi con Marañón.

Ámbito específico: El estudio se realizó en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola, se encuentra ubicado en la Esquina Yaravi - Cerro Colorado.

2.1.2. Caracterización del lugar: El establecimiento Maritza Campos Díaz Centro, centro de salud con camas de internamiento, categoría I-4, con horario de atención de 24 horas, perteneciente al DISA Arequipa, a la Red Arequipa Caylloma.

2.1.3. Delimitación gráfica del lugar: Anexo N° 4

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

2.2.1. **Cronología:** Se desarrolló de enero a mayo del 2017

2.2.2. **Corte temporal:** Transversal, porque se tomó la información en un solo momento.

2.3. UNIDAD DE ESTUDIO

2.3.1. Universo

El universo estuvo conformado por 720 mujeres atendidas en el Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz del distrito de Zamácola.

2.3.2. Muestra

Para determinar la muestra se consideró dos aspectos:

2.3.2.1. Fórmula para calcular el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{(Z\alpha/2)^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{(N - 1) \cdot E^2 + (ZN)^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 \times 720 \times 0.5 \times 0.5}{(720 - 1) \times 0.05^2 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$
$$n = \frac{691.488}{2.7579}$$
$$n = 250$$

2.3.2.2. Criterios de inclusión y exclusión

a. Criterios de Inclusión:

- Mujeres que asistan al Programa de Planificación Familiar.
- Mujeres de 18 a 49 años de edad
- Mujeres que acepten participar del estudio.

b. Criterios de Exclusión

- Mujeres sin instrucción
- Mujeres que no acepten participar del estudio

La muestra de estudio estuvo conformada por 250 mujeres, seleccionadas después de haber aplicado los criterios de inclusión y exclusión.

3. ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**3.1. Organización**

- Permiso para acceder a las unidades de estudio
- Preparación de las unidades de estudio
- Supervisión, coordinación y control

3.2. Recursos**a. Recursos humanos****Investigadoras:**

- Bachilleres:
Andrea Shirley Acosta Alvarez
Ines Yancachajlla Camargo

Asesora: Mgter. Fabiola Meza Flores

b. Recursos físicos:

Infraestructura: Centro de Salud Zamácola, Área de Programa de Planificación Familiar, Formulario de Preguntas, lapiceros, etc.

3.3. Validación de los Instrumentos

El instrumento fue validado por Karol Juliette López Ramírez y su confiabilidad por Coeficiente de Kuder – Richardson fue 9.206 (Muy confiable).

El instrumento Conocimientos: Se calificó como conocimiento correcto la alternativa “Si” cuyo valor será de 2 puntos por cada pregunta y el conocimiento incorrecto la alternativa “No” cuyo valor será de 1 punto por pregunta.

Baremo:

Conocimiento Correcto 16 a 30 pts.

Conocimiento Incorrecto 15 a 1 pts.

3.4. Criterios para el manejo de los resultados

A nivel de Recolección: Se realizó un vaciado manual del protocolo de recolección de datos a la matriz.

A nivel de Sistematización: Para el procesamiento de datos se procedió a tabular manualmente los datos recogidos, para luego convertirlos al sistema digital, para su posterior análisis estadístico.

4. Estrategia para manejar resultados**4.1. Plan de procesamiento**

a) Tipo de procesamiento: En el presente trabajo de investigación optó por un procesamiento mixto (procesamiento electrónico y procesamiento manual)

b) Operaciones de la Sistematización: Se realizó un plan de tabulación y un plan de codificación.

4.2. Plan de Análisis Estadístico: Con el fin de obtener con mayor precisión, velocidad, consumo de recursos y tiempo, los datos serán procesados y analizados en El programa SPSS21, para su análisis y procesamiento. Cada variable ingresada fue analizada mediante estadísticos descriptivos tales como, frecuencias absolutas y relativas. Las relaciones entre el perfil biosocial y los conocimientos de las usuarias serán estimados mediante la prueba estadística de chi cuadrado. Todos los resultados analizados fueron presentados en tablas y gráficos según permita entender mejor los resultados del estudio, cada uno con su respectiva interpretación descriptiva de los datos.

4.3. Consideraciones éticas: La investigación será realizada guardando el anonimato de las participantes del estudio, respetando la confidencialidad de los datos obtenidos, utilizándolos solo con fines académicos e investigativos.¹⁷

¹⁷ Metodología de la Investigación. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina. Departamento Académico de Salud Pública; 2016



1. PERFIL SOCIAL

TABLA 1

**USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN EDAD. CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO – MARZO,
AREQUIPA 2017**

EDAD (Años)	Nº	%
18 a 28	84	33.6
29 a 39	145	58.0
40 a 49	21	8.4
TOTAL	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

En la tabla N° 1, podemos observar que las usuarias que acuden al Programa de Planificación Familiar, sus edades oscilan entre 29 a 39 años en un 58.0%, de 18 a 28 años con un 33.6% y de 40 a 49 años en un 8.4%.

Por lo que se deduce que más de la mitad de las usuarias investigadas, tiene de 29 a 39 años considerada en la escala de la OMS como adulto joven.

TABLA 2

**USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN
EDAD. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA,
ENERO – MARZO, AREQUIPA 2017**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	2	0.8
Secundaria	176	70.4
Superior Técnica	63	25.2
Superior Universitaria	9	3.6
TOTAL	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

En la tabla N° 2, podemos observar que las usuarias que acuden al Programa de Planificación Familiar, tiene en un 70.4% grado de instrucción secundaria, el 25.2% cuenta con estudios de superior técnico, el 3.6% con estudios universitarios y sólo el 0.8% cuenta con estudios primarios.

Por lo que se deduce que casi las tres cuartas partes de las usuarias investigadas, tiene un grado de instrucción de nivel secundario.

TABLA 3

**USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN ESTADO CIVIL. CENTRO
DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO – MARZO,
AREQUIPA 2017**

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	18	7.2
Casada	61	24.4
Conviviente	166	66.4
Separada	5	2.0
TOTAL	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

En la tabla N° 3, podemos observar que las usuarias que acuden al Programa de Planificación Familiar presentan el estado civil de conviviente con un 66.4%, el 24.4% son casadas, el 7.2% son solteras y el 2.0% son separadas.

Por lo que se deduce que más de la mitad de las usuarias investigadas conviven con sus parejas en situación de unión libre.

TABLA 4

**USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN PROCEDENCIA.
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO –
MARZO, AREQUIPA 2017**

PROCEDENCIA	N°	%
Arequipa	188	75.2
Puno	28	11.2
Cusco	15	6.0
Juliaca	14	5.6
Moquegua	2	0.8
Tacna	3	1.2
TOTAL	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

En la tabla N° 4, podemos observar que las usuarias que acuden al Programa de Planificación Familiar proceden en un 75.2% de la ciudad de Arequipa, el 11.2% de la ciudad de Puno, el 6.0% de Cusco, el 5.6% de Juliaca, el 1.2% de Tacna y el 0.8 de Moquegua.

Por lo que se deduce que tres cuartas partes de las usuarias investigadas proceden de la ciudad de Arequipa.

TABLA 5

**USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN OCUPACIÓN. CENTRO
DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO – MARZO,
AREQUIPA 2017**

OCUPACIÓN	N°	%
Ama de Casa	169	67.6
Trabajo Dependiente	40	16.0
Trabajo Independiente	33	13.2
Estudiante	8	3.2
TOTAL	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

En la tabla N° 5, podemos observar que las usuarias que acuden al Programa de Planificación Familiar tienen la ocupación de Ama de Casa en un 67.6%, realizan trabajo dependiente en un 16.0%, un 13.2% tienen trabajo independiente y un 3.2% son estudiantes.

Por lo que se deduce que más de la mitad de las usuarias investigadas se desempeñan actualmente como amas de casa.

TABLA 6

**USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN RELIGIÓN. CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO – MARZO,
AREQUIPA 2017**

RELIGIÓN	N°	%
Católica	245	98.0
Evangelista	1	0.4
Ninguno	1	0.4
Otros	3	1.2
TOTAL	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

En la tabla N° 6, podemos observar que las usuarias que acuden al Programa de Planificación Familiar profesan la religión católica en un 98.0%, profesan otras religiones en un 1.2%, es evangelista y no profesa ninguna religión un 0.4% en ambas alternativas.

Por lo que se deduce que la mayoría de las usuarias investigadas profesan la religión católica.

2. PERFIL BIOLÓGICO

TABLA 7

USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO – MARZO, AREQUIPA 2017

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	N°	%
14 a 17	141	56.4
18 a 21	99	39.6
22 a 27	10	4.0
TOTAL	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

En la tabla N° 7, podemos observar que las usuarias que acuden al Programa de Planificación Familiar, un 56.4% inicio sus relaciones sexuales cuando tenían de 14 a 17 años, el 39.6% cuando contaban con 18 a 21 años, el 4.0% cuando contaban con 22 a 27 años.

Por lo que se deduce que más de la mitad de las usuarias investigadas iniciaron su vida sexual en edades tempranas considerando las edad de 14 a 17 años.

TABLA 8

USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN NUMERO DE PAREJAS SEXUALES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO – MARZO, AREQUIPA 2017

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	N°	%
Uno	191	76.4
Dos	52	20.8
Tres	6	2.4
Cuatro	1	0.4
TOTAL	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

En la tabla N° 8, podemos observar que las usuarias que acuden al Programa de Planificación Familiar en un 76.4% afirman haber tenido una pareja, el 20.8 que tuvieron dos parejas, el 2.4% que tuvieron tres y un 0.4% que tuvieron cuatro parejas sexuales

Por lo que se deduce que más de las tres cuartas partes sólo tuvieron una pareja sexual.

TABLA 9

**USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN NUMERO DE HIJOS.
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO –
MARZO, AREQUIPA 2017**

NÚMERO DE HIJOS	N°	%
Uno	18	7.7
Dos	42	16.8
Tres	83	33.2
Cuatro	81	32.4
Cinco	25	10.0
Seis	1	0.4
TOTAL	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

En la tabla N° 9, podemos observar que las usuarias que acuden al Programa de Planificación Familiar actualmente tienen tres hijos en un 33.2%, el 32.4% tiene cuatro hijos, el 16.8% tiene dos hijos, el 10.0% tiene cinco hijos, el 7.7% un hijo y el 0.4% tiene seis hijos.

Por lo que se deduce que en un acumulado del 65.6% de usuarias tienen de tres a cuatro hijos.

TABLA 10

**USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN USO ACTUAL DE
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO – MARZO, AREQUIPA 2017**

USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	N°	%
No utilizó	19	7.6
Píldoras anticonceptivos	84	33.6
Ampollas de tres meses	104	41.6
Ampolla de un mes	22	8.8
Preservativo	17	6.8
T de Cobre	4	1.6
TOTAL	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

En la tabla N° 10, podemos observar que las usuarias que acuden al Programa de Planificación Familiar que en cuanto al uso de métodos anticonceptivos el 41.6% utiliza ampollas de tres meses, el 33.6% píldoras anticonceptivas, el 8.8% ampolla de un mes, el 7.6% no utiliza ningún método anticonceptivo, el 6.8% utiliza preservativo y el 1.6% tiene la T de cobre.

Por lo que se deduce que menos de la mitad de las usuarias investigadas, utiliza la ampolla de tres meses.

TABLA 11

USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN COMO SE INFORMO DE LA EXISTENCIA DEL AOE. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO – MARZO, AREQUIPA 2017

SE INFORMÓ DE LA EXISTENCIA DEL AOE POR MEDIO DE:	N°	%
Familiares	17	6.8
Amigos	12	4.8
Pareja	8	3.2
Medios de Comunicación	197	78.8
Personal de Centros de Salud u Hospital	16	6.4
TOTAL	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

En la tabla N° 11, podemos observar que las usuarias que acuden al Programa de Planificación Familiar, recibieron información sobre la existencia de la Anticoncepción Oral de Emergencia en un 78.8% por los medios de comunicación, el 6.8% por parte de familiares, el 6.4% de parte del Personal de Salud u Hospital, el 4.8% por parte de amigos, el 3.2% por parte de su pareja.

Por lo que se deduce que más de las tres cuartas partes de las usuarias investigadas, se informaron sobre la existencia de la Anticoncepción Oral de Emergencia mediante los medios de comunicación.

3. NIVEL DE CONOCIMIENTO

TABLA 12

**USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA.
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO –
MARZO, AREQUIPA 2017**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
Alto	64	25.6
Regular	183	73.2
Bajo	3	1.2
TOTAL	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

En la tabla N° 12, podemos observar que las usuarias que acuden al Programa de Planificación Familiar, presentan en un 73.2% nivel de conocimiento regular, el 25.6% un nivel de conocimiento alto y el 1.2% un nivel de conocimiento bajo.

Por lo que se deduce que menos de las tres cuartas parte de las usuarias investigadas presentan un nivel de conocimiento regular.

4. TABLAS DE RELACIÓN

TABLA 13

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EDAD EN LAS USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO - MARZO, AREQUIPA 2017

Edad	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Regular		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 18 á 28 años	24	9.6	59	23.6	1	0.4	84	33.6
De 29 á 39 años	36	14.4	108	43.2	1	0.4	145	58.0
De 40 á más años	4	1.6	16	6.4	1	0.4	21	8.4
Total	64	25.6	183	73.2	3	1.2	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

$$x^2 = 3.37 \text{ NS. } (x^2 5\% = 9.49, \text{ GL} = 4) \quad p = 0.49$$

(p>0.05)

En la tabla N° 13 se observa que las usuarias de 29 a 39 años de edad tienen en mayoría un nivel de conocimiento regular (43.2%), un conocimiento alto (14.4%), un conocimiento bajo (0.4%).

Las usuarias de 18 a 28 años tienen un nivel de conocimiento regular (23.6%), alto (9.6%) y bajo (0.4%).

De lo que se deduce, que más de la mitad de usuarias encuestadas tienen de 29 a 39 años y presentan en menos de la mitad un nivel de conocimiento regular.

La prueba estadística del chi cuadrado indica que la edad actúa en forma independiente del nivel de conocimiento; por consiguiente, no se encuentra relación.

TABLA 14

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LAS USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO - MARZO, AREQUIPA 2017

Grado de Instrucción	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Regular		Bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	0	0.0	1	0.4	1	0.4	2	0.8
Secundaria	31	12.4	143	57.2	2	0.8	176	70.4
Superior Técnica	27	10.8	36	14.4	0	0.0	63	25.2
Superior Universitaria	6	2.4	3	1.2	0	0.0	9	3.6
Total	64	25.6	183	73.2	3	1.2	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

$$x^2 = 64.59 * (x^2 5\% = 12.59, GL = 6) \quad p = 0.00$$

(p < 0.05)

En la tabla N° 14 se observa que las usuarias investigadas poseen un grado de instrucción secundario y en su mayoría presentan un nivel de conocimiento regular (57.2%), un conocimiento alto (12.4%), un conocimiento bajo (0.8%).

Las usuarias con nivel de instrucción superior técnica tienen un nivel de conocimiento regular (14.4%), alto (9.6%) y bajo (0.8%).

De lo que se deduce, que casi tres cuartas partes de las usuarias encuestadas tienen grado de instrucción secundario y presentan en más de la mitad un nivel de conocimiento regular.

La prueba estadística del chi cuadrado indica que el grado de instrucción actúa en forma dependiente del nivel de conocimiento; por consiguiente, se encuentra relación.

TABLA 15

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ESTADO CIVIL EN
LAS USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO - MARZO, AREQUIPA 2017**

Estado Civil	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Regular		Bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	9	3.6	8	3.2	1	0.4	18	7.2
Casada	27	10.8	34	13.6	0	0.0	61	24.4
Conviviente	26	10.4	139	55.6	1	0.4	166	66.4
Separada	2	0.8	2	0.8	1	0.4	5	2.0
Total	64	25.6	183	73.2	3	1.2	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

$$x^2 = 45.93 * (x^2 \text{ 5\%} = 12.59, \text{ GL} = 6) \quad p = 0.00$$

$$(p < 0.05)$$

En la tabla N° 15 se observa que las usuarias investigadas se encuentran en estado de convivencia y en su mayoría presentan un nivel de conocimiento regular (55.6%), un conocimiento alto (10.4%), un conocimiento bajo (0.4%).

Las usuarias según estado civil de casadas tienen un nivel de conocimiento regular (13.6%) y alto (10.8%).

De lo que se deduce, que más de la mitad de las usuarias encuestadas tienen el estado civil de conviviente y presentan en más de la mitad un nivel de conocimiento regular.

La prueba estadística del chi cuadrado indica que el estado civil actúa en forma dependiente del nivel de conocimiento; por consiguiente, se encuentra relación.

TABLA 16

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PROCEDENCIA EN
LAS USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO - MARZO, AREQUIPA 2017**

Procedencia	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Regular		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Arequipa	45	16.0	142	56.8	1	0.4	188	75.2
Puno	7	2.8	21	8.4	0	0.0	28	11.2
Cusco	5	2.0	10	4.0	0	0.0	15	6.0
Juliaca	6	2.4	8	3.2	0	0.0	14	5.6
Moquegua	0	0.0	1	0.4	1	0.4	2	0.8
Tacna	1	0.4	1	0.4	1	0.4	3	1.2
Total	64	25.6	183	73.2	3	1.2	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

$$x^2 = 71.18 * (x^2 \text{ 5\%} = 18.30, \text{ GL} = 10) \quad p = 0.00$$

(p<0.05)

En la tabla N° 16 se observa que las usuarias investigadas proceden de la ciudad de Arequipa y presentan un nivel de conocimiento regular (56.8%), un conocimiento alto (16.0%), un conocimiento bajo (0.4%).

Las usuarias que proceden de la Puno tienen un nivel de conocimiento regular (8.4%) y alto (2.8%).

De lo que se deduce, que tres cuartas partes de las usuarias encuestadas proceden de la ciudad de Arequipa y presentan en más de la mitad un nivel de conocimiento regular.

La prueba estadística del chi cuadrado indica que la procedencia actúa en forma dependiente del nivel de conocimiento; por consiguiente, se encuentra relación.

TABLA 17

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y OCUPACIÓN EN LAS
USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO - MARZO, AREQUIPA 2017**

Ocupación	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Regular		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Ama de Casa	29	11.6	137	54.8	3	1.2	169	67.6
Trabajo Dependiente	17	6.8	23	9.2	0	0.0	40	16.0
Trabajo Independiente	15	6.0	18	7.2	0	0.0	33	13.2
Estudiante	3	1.2	5	2.0	0	0.0	8	3.2
Total	64	25.6	183	73.2	3	1.2	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

$$x^2 = 20.59 * (x^2 5\% = 12.59, GL = 6) \quad p = 0.00$$

(p<0.05)

En la tabla N° 17 se observa que las usuarias investigadas tienen una ocupación de ama de casa y en su mayoría presentan un nivel de conocimiento regular (54.8%), un conocimiento alto (11.6%), un conocimiento bajo (1.2%).

Las usuarias con trabajo independiente tienen un nivel de conocimiento regular (9.2%) y alto (6.8%).

De lo que se deduce, que más de la mitad de las usuarias encuestadas se desempeñan como amas de casa y presentan en más de la mitad un nivel de conocimiento regular.

La prueba estadística del chi cuadrado indica que la ocupación actúa en forma dependiente del nivel de conocimiento; por consiguiente, se encuentra relación.

TABLA 18

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RELIGIÓN EN LAS
USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO - MARZO, AREQUIPA 2017**

Religión	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Regular		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Católica	63	25.2	182	72.8	0	0.0	245	98.0
Evangelista	0	0.0	0	0.0	1	0.4	1	0.4
Ninguno	0	0.0	0	0.0	1	0.4	1	0.4
Otros	1	0.4	1	0.4	1	0.4	3	1.2
Total	64	25.6	183	73.2	3	1.2	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

$$x^2 = 194.18 * (x^2 5\% = 12.59, GL = 6) \quad p = 0.00$$

$$(p < 0.05)$$

En la tabla N° 18 se observa que las usuarias investigadas profesan la religión católica y presentan un nivel de conocimiento regular (72.8%) y un conocimiento alto (25.2%)

De lo que se deduce, que casi la totalidad de las usuarias encuestadas profesan la religión católica y presentan en menos de las tres cuartas partes un nivel de conocimiento regular.

La prueba estadística del chi cuadrado indica que la religión actúa en forma dependiente del nivel de conocimiento; por consiguiente, se encuentra relación.

TABLA 19

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EDAD DE INICIO DE
RELACIONES SEXUALES EN LAS USUARIAS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ –
ZAMÁCOLA, ENERO - MARZO, AREQUIPA 2017**

Edad de Inicio de Relaciones Sexuales	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Regular		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
14 a 17	13	5.2	125	50.0	3	1.2	141	56.4
18 a 21	47	18.8	52	20.8	0	0.0	99	39.6
22 a 27	4	1.6	6	2.4	0	0.0	10	4.0
Total	64	25.6	183	73.2	3	1.2	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

$$x^2 = 47.03 * (x^2_{5\%} = 9.49, GL = 4) \quad p = 0.00$$

$$(p < 0.05)$$

En la tabla N° 19 se observa que las usuarias investigadas iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 a 17 años, y en su mayoría presentan un nivel de conocimiento regular (50.0%), un conocimiento alto (5.2%), un conocimiento bajo (1.2%).

Las usuarias que iniciaron sus relaciones sexuales entre los 18 a 21 años tienen un nivel de conocimiento regular (20.8%) y alto (18.8%)

De lo que se deduce, que más de la mitad de las usuarias encuestadas iniciaron su vida sexual entre los 14 a 17 años y presentan en la mitad un nivel de conocimiento regular.

La prueba estadística del chi cuadrado indica que la edad de inicio de relaciones sexuales actúa en forma dependiente del nivel de conocimiento; por consiguiente, se encuentra relación.

TABLA 20

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y NUMERO DE PAREJAS
EN LAS USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO - MARZO, AREQUIPA 2017**

Número de Parejas	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Regular		Bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Uno	40	16.0	148	59.2	3	1.2	191	76.4
Dos	22	8.8	30	12.0	0	0.0	52	20.8
Tres	2	0.8	4	1.6	0	0.0	6	2.4
Cuatro	0	0.0	1	0.4	0	0.0	1	0.4
Total	64	25.6	183	73.2	3	1.2	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

$$x^2 = 10.93 \text{ NS. } (x^2_{5\%} = 12.59, \text{ GL} = 6) \quad p = 0.09$$

$$(p > 0.05)$$

En la tabla N° 20 se observa que las usuarias investigadas han tenido una sola pareja sexual y en su mayoría presentan un nivel de conocimiento regular (59.2%), un conocimiento alto (16.0%), un conocimiento bajo (1.2%).

Las usuarias que tuvieron dos parejas sexuales tienen un nivel de conocimiento regular (12.0%) y alto (8.8%).

De lo que se deduce, que más de las tres cuartas partes de las usuarias encuestadas tuvieron una sola pareja sexual y presentan en más de la mitad un nivel de conocimiento regular.

La prueba estadística del chi cuadrado indica que el número de parejas sexuales actúa en forma independiente del nivel de conocimiento; por consiguiente, no se encuentra relación.

TABLA 21

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y NUMERO DE HIJOS
EN LAS USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO - MARZO, AREQUIPA 2017**

Número de Hijos	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Regular		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Uno	6	2.4	12	4.8	0	0.0	18	7.7
Dos	14	5.6	28	11.2	0	0.0	42	16.8
Tres	20	8.0	62	24.8	1	0.4	83	33.2
Cuatro	15	6.0	65	26.0	1	0.4	81	32.4
Cinco	9	3.6	15	6.0	1	0.4	25	10.0
Seis	0	0.0	1	0.4	0	0.0	1	0.4
Total	64	25.6	183	73.2	3	1.2	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

p = 0.59

$$x^2 = 8.35 \text{ NS. } (x^2 5\% = 18.30, \text{ GL} = 10) \\ (p > 0.05)$$

En la tabla N° 21 se observa que las usuarias investigadas que tienen cuatro hijos en su mayoría presentan un nivel de conocimiento regular (26.0%), un conocimiento alto (6.0%), un conocimiento bajo (0.4%).

Las usuarias con tres hijos tienen un nivel de conocimiento regular (24.8%), un conocimiento alto (8.0%) y un conocimiento bajo (0.4%).

De lo que se deduce, que en más de la mitad de las usuarias encuestadas en porcentajes acumulados tienen de tres a cuatros hijos y presentan en más de la mitad un nivel de conocimiento regular.

La prueba estadística del chi cuadrado indica que el número de hijos actúa en forma independiente del nivel de conocimiento; por consiguiente, no se encuentra relación.

TABLA 22

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO - MARZO, AREQUIPA 2017

Uso actual de Métodos Anticonceptivos	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Regular		Bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No utilizo	9	3.6	7	2.8	3	1.2	19	7.6
Píldoras anticonceptivos	26	10.4	58	23.2	0	0.0	84	33.6
Ampollas de tres meses	14	5.6	90	36.0	0	0.0	104	41.6
Ampolla de un mes	5	2.0	17	6.8	0	0.0	22	8.8
Preservativo	8	3.2	9	3.6	0	0.0	17	6.8
T de Cobre	2	0.8	2	0.8	0	0.0	4	1.6
Total	64	25.6	183	73.2	3	1.2	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

$$x^2 = 58.43 * (x^2 5\% = 18.30, GL = 10) \quad p = 0.00$$

$$(p < 0.05)$$

En la tabla N° 22 se observa que las usuarias investigadas utilizan como método anticonceptivo la ampolla de tres meses y en su mayoría presentan un nivel de conocimiento regular (36.0%) y un conocimiento alto (5.6%).

Las usuarias que usan como método las píldoras anticonceptivas tienen un nivel de conocimiento regular (23.2%) y alto (10.4%).

De lo que se deduce, que menos de la mitad de las usuarias encuestadas hacen uso de la ampolla de tres meses como método anticonceptivo y presentan en menos de la mitad un nivel de conocimiento regular.

La prueba estadística del chi cuadrado indica que el uso actual de métodos anticonceptivos actúa en forma dependiente del nivel de conocimiento; por consiguiente, se encuentra relación.

TABLA 23

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y COMO SE INFORMO DE LA EXISTENCIA DEL AOE EN LAS USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO - MARZO, AREQUIPA 2017

Se informo por medio de:	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Regular		Bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Familiares	6	2.4	10	4.0	1	0.4	17	6.8
Amigos	4	1.6	6	2.4	2	0.8	12	4.8
Pareja	3	1.2	5	2.0	0	0.0	8	3.2
Medios de Comunicación	44	17.6	153	61.2	0	0.0	197	78.8
Personal de Centros de Salud u Hospital	7	2.8	9	3.6	0	0.0	16	6.4
Total	64	25.6	183	73.2	3	1.2	250	100.0

Fuente: Elaboración propia – Matriz de datos

$$x^2 = 36.55 * (x^2 5\% = 15.50, GL = 8) \quad p = 0.00$$

$$(p < 0.05)$$

En la tabla N° 23 se observa que las usuarias investigadas se informan mediante los medios de comunicación y en su mayoría presentan un nivel de conocimiento regular (61.2%) y un conocimiento alto (17.6%)

De lo que se deduce, que más de las tres cuartas partes de las usuarias encuestadas obtuvieron información sobre el Anticonceptivo Oral de Emergencia mediante los medios de comunicación y presentan en más de la mitad un nivel de conocimiento regular.

La prueba estadística del chi cuadrado indica que el medio de información actúa en forma dependiente del nivel de conocimiento; por consiguiente, se encuentra relación.

DISCUSIÓN

La Anticoncepción Oral de Emergencia en el Perú, ha sido un tema que cobró notoriedad frente a las críticas a favor y en contra sobre la legalización en cuanto a su uso, como medio que pueda disminuir los embarazos no deseados, que se dan en adolescentes y que significa para el Estado Peruano y el Ministerio de Salud, un reto muy difícil de vencer, en razón a esta situación se ha ejecutado la presente investigación para saber que tanto conoce la mujer sobre el uso del método de anticoncepción oral de emergencia, y determinar si existen ciertos factores asociados que condicionen su nivel de conocimiento.

El Perfil Biosocial encontrado en las usuarias se ha dividido en: **Perfil Social**, donde se ha identificado que son mujeres jóvenes, ya que su rango de edad es de 18 a 39 años de edad con un porcentaje acumulado de 91.6%, y sólo el 8.4% son mujeres de 40 a más años. El grado de instrucción que presentan es de nivel secundario con un 70.4%, cabe destacar que el 25.2% de ellas han realizado estudios técnicos. La mayoría de las usuarias viven con sus parejas ya sea en unión libre como convivientes o con el estado civil de casadas, siendo un 90.8%. Proceden mayoritariamente de la ciudad de Arequipa (75.2%). La ocupación preponderante es ama de casa con un 67.9%, casi en su totalidad las usuarias afirman profesar la religión católica (98.0%). En otras investigaciones se ha considerado poblaciones más jóvenes, así tenemos a **Ramirez-Antunez**, que trabajaron con estudiantes universitarios del área de Salud; **Añasco Arela**, trabajaron con adolescentes preuniversitarios de la Academia Preuniversitaria Bryce; **Tapia-Curiel**, trabajaron con jóvenes universitarios de primer ingreso del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, lo que evidencia que se ha trabajado con poblaciones con rango de edades de 16-20 años.

En cuanto al **Perfil Biológico**, se ha considerado la edad de inicio de relaciones sexuales predominantemente fue 14 a 17 años en un 56.4%, cabe tomar en consideración que las usuarias han iniciado su vida sexual en su adolescencia, el 39.6% han iniciado su vida sexual con 18 a 21 años, si bien es cierto que en esta etapa la mujer es considerada joven, es un periodo considerado aún de crecimiento y formación personal y profesional, lo cual se ve frustrado si este inicio sexual tuvo como consecuencia un embarazo no deseado. En razón a las parejas sexuales podemos evidenciar que la mayoría de las usuarias sólo han tenido 1 pareja sexual en su vida (76.4%) y el 23.6% tuvieron más de dos parejas.

Considerando el número de hijos existe una distribución muy equitativa entre las que tienen 3 y 4 hijos, seguidos de los que tienen 2 y 5 hijos, en menores porcentajes encontramos que tienen 1 y 6 hijos. Haciendo el análisis de los datos obtenidos, se obtuvo que la mayoría de mujeres que inician su vida sexual tempranamente tienen más hijos, existiendo algunas excepciones, pero es lo que se evidenció en la recolección de datos.

El uso de métodos anticonceptivos se da casi en la totalidad de usuarias que acuden al programa de Planificación Familiar (92.4%), siendo el de más uso la ampolla de tres meses y las píldoras anticonceptivas y que el 7.6% de ellas no hacen uso de ningún método anticonceptivo.

En cuanto a cómo se informó sobre el uso del método de Anticoncepción Oral de Emergencia, la mayoría de las usuarias afirman que se enteraron de este por medio de televisión y radio, en menores porcentajes afirmaron que fueron informadas por familiares, personal de salud, amigos y su pareja.

El nivel de conocimiento que poseen las usuarias investigadas ha sido regular (73.2%), alto (25.6%) y un menor porcentaje fue el de bajo (1.2%), resultados favorables que se vieron fortalecidos por la edad y el nivel de instrucción, ya que conocían que el AOE previene un embarazo no deseado, no es 100% seguro, que la primera dosis se toma dentro de las 72 horas de haber tenido relaciones sexuales sin protección y no protege contra las infecciones de transmisión sexual. **Ramirez-Antúnez**, en su estudio encontró que los universitarios presentaron un nivel de conocimiento deficiente (51.0%), un conocimiento regular (46.0%) y tienen un buen nivel de conocimiento sólo el 3.0%.

La relación entre el nivel del conocimiento sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia el perfil biosocial de la usuaria que acuden al Programa de Planificación Familiar, ha tenido relación con el grado de instrucción, el estado civil, la procedencia, la ocupación y la religión. En cuanto al perfil biológico se relacionó con la edad de inicio de las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos y como se informó sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia, en cambio los datos obtenidos por **Añasco**, adicionando además que los estudiantes que indicaron estar de acuerdo guarda relación con la edad. Asimismo, **Tapia** indicó que si bien es cierto que los estudiantes en su mayoría estaban de acuerdo con éste método de anticoncepción oral, estaba relacionada con concepciones ético morales.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** : Las usuarias atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, en cuanto al perfil sociodemográfico se encontró que acuden al consultorio mujeres de 18 a 39 años de edad con un porcentaje acumulado de 91.6%, su grado de instrucción es de nivel secundario con un 70.4%, La mayoría de las usuarias viven con sus parejas ya sea en unión libre como convivientes o con el estado civil de casadas con un acumulado del 90.8%. Su procedencia se da mayoritariamente de la ciudad de Arequipa (75.2%). La ocupación preponderante es ama de casa con un 67.0% y casi la totalidad de usuarias afirman profesar la religión católica en un 98.0%. En cuanto al perfil biológico, la edad de inicio de relaciones sexuales predominantemente es de 14 a 17 años en un 56.4%, en razón a las parejas sexuales podemos evidenciar que la mayoría de las usuarias sólo han tenido 1 pareja sexual en su vida (76.4%). En cuanto al número de hijos existe una distribución muy equitativa entre las que tienen 3 y 4 hijos con 33.2% y 32.4% respectivamente; el 92.4% de las usuarias encuestadas hacen uso de métodos anticonceptivos, siendo el de más uso la ampolla de tres meses y las píldoras anticonceptivas. La mayoría de las usuarias obtuvieron información sobre la anticoncepción oral de emergencia mediante los medios de comunicación.
- SEGUNDA** : El nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola es regular (73.2%), alto (25.6%) y un menor porcentaje fue el de bajo (1.2%).

TERCERA : La prueba estadística del chi cuadrado indica que existe una relación directa entre el nivel de conocimiento de las usuarias atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, y el grado de instrucción, el estado civil, la procedencia, la ocupación, la religión, la edad de inicio de las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos y como se informó sobre la existencia de Anticoncepción Oral de Emergencia.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA** : A las Obstetras del Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola encargadas del Programa de Planificación Familiar, que se programen, implemente y ejecuten programas educativos para dar a conocer los aspectos más importantes sobre el uso que tiene la anticoncepción oral de emergencia, para orientar y explicar detalladamente sobre el mecanismo de acción y los efectos adversos de la Anticoncepción Oral de Emergencia.
- SEGUNDA** : Se sugiere a la Dirección del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, que tomen en consideración la presente investigación, y que se pueda aplicar charlas educativas sobre “Anticoncepción Oral de Emergencia: Usos y Creencias” en estudiantes de nivel secundario de las instituciones educativas de la zona, considerando que son una población altamente susceptible a utilizarla.
- TERCERA** : Se recomienda al Equipo Multidisciplinario del Centro de Salud, que coordine con la Municipalidad de esta localidad, para que se brinde Consejería sobre “Anticoncepción Oral de emergencia” a las mujeres en edad reproductiva del distrito de Zamácola.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez L, Ortiz J. Anticoncepción de Emergencia: Atentado contra el que está por nacer o derecho reproductivo de la Mujer. Chile: Universidad de Chile; 2014.
2. Bolton G.: Uso de los anticonceptivos por los adolescentes, Volumen III, México: Educated; 2008.
3. Cano Edson. Anticoncepción de Emergencia. Píldoras de Anticoncepción de Emergencia. México: Publicado por: Edsongcano de www.edsongcano.com; 2009
4. F. Gary Cunningham y colabs. Obstetricia de Williams. 20 ava Ed. México: Mc. Graw Hill Interamericana; 2006
5. Hernández Sampieri, R. Metodología de la Investigación. Quinta Edición. Editorial. Mc Graw-Hill / Interamericana Editores, México: 2010.
6. Hernández, Roberto y Otros. Metodología de la Investigación, México: Ed. McGraw-Hill; 2003
7. Labron N., Holking J. et. al, Ginecología y Obstetricia. Madrid: Marban; 2001.
8. Mongrut, Andrés: Tratado de Obstetricia. Perú-Lima: Mompress EIRL; 2000.
9. Pérez Sánchez. "Obstetricia" III Edit. Chile: Mediterráneo; 2003
10. Pinilla, A.: Psicología Social. Conocimiento de la Interacción Humana. Universidad de Lima. Lima;2004.
11. Rodríguez R. G. Sexualidad, Anticoncepción y Aborto para Jóvenes, ¿Cómo ves? El aborto, Dirección General de Divulgación de la Ciencia., México: UNAM; 2004. p.71
12. Schwarcs y colbs.: Obstetricia. Buenos Aires: Sexta Edición. El Ateneo; 2005.
13. Tamayo Mario. El proceso de la investigación científica: incluye glosario y manual de evaluación de proyectos, México: Ed. Limusa; 1995
14. Williams. Obstetricia. Edit. Médica Panamericana S.A. Madrid, España. 2002.

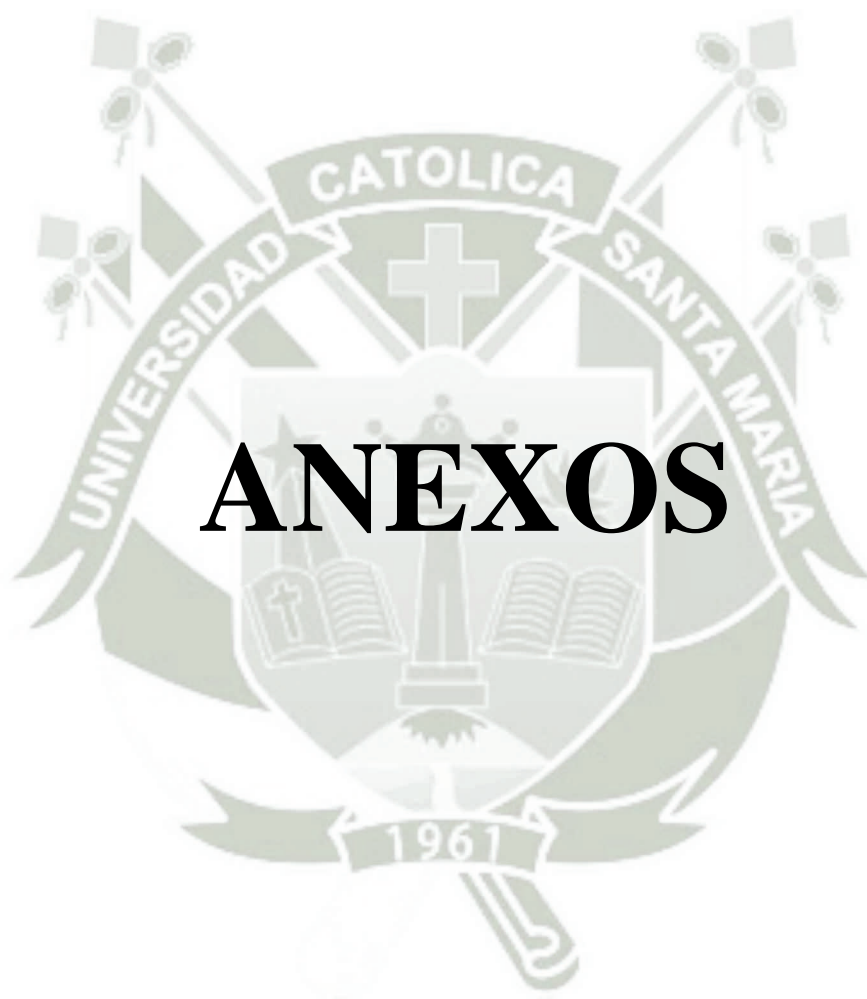
HEMEROGRAFÍA

15. Guía de Actuación en Anticoncepción de Urgencia. Sociedad Española de Contracepción (SEC).
16. Guía práctica de actuación en la dispensación de la píldora postcoital o anticoncepción de urgencia (AU). Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFSC) 2009.
17. Informe sobre la actualización de la información de los anticonceptivos de emergencia que contienen levonorgestrel 1.500 mcg. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) 2012.
18. JHPIEGO. Guías de Aprendizaje de Habilidades en Salud Reproductiva. Lima, Perú. 2003.
19. Maiztegui, Laura Carolina. Córdoba (2006). Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del hospital materno provincial de Córdoba. Fuente: Artículo científico disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/226>
20. Ministerio de Salud: Guía Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obst. Según capacidad resolut. Lima, Perú. 2007
21. Montes Cornejo, Gricelda y Suárez Lima, Claudia. Arequipa (2005). Conocimientos, Conductas y Opiniones, sobre métodos anticonceptivos en los alumnos de la Academia Preuniversitaria Bryce de Arequipa. Fuente: Biblioteca de la Universidad Nacional de San Agustín.
22. Moreno Ra, Adolescentes y embarazo. Rev Colomb Obstet Ginecol; 2000
23. Ortiz R. Anaya N. Sepúlveda C. Torres S. Camacho. P. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. Med UNAB. 2005; 8: 71-77.
24. Parra J, Pinedo A, Távara L, Vereau Ayasta, Comportamiento reproductivo de las adolescentes. Ginecol Obstet; 1999.

25. Ramírez-Antúnez, A y colb. México (2009). Conocimiento sobre el manejo de las pastillas del día siguiente en estudiantes del área de la salud. Fuente: Artículo científico disponible en: [file:///D:/USUARIO/Downloads/Dialnet-Conocimiento sobreelManejodelasPastillas delDiaSigui-3632037.pdf](file:///D:/USUARIO/Downloads/Dialnet-Conocimiento%20sobreelManejodelasPastillas%20delDiaSigui-3632037.pdf).
26. Zapana Castillo, Beatriz y Valeriano Morán Jenny. Arequipa (2005). Conocimientos y Actitudes sobre el Uso de Métodos Anticonceptivos en usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud Sandrita Pérez – Pedregal. Fuente: Biblioteca de la Universidad Nacional de San Agustín.
27. Sánchez, Rocío (5 de mayo de 2005). «Promiscuidad el falso dilema». La Jornada (suplemento Letra S (Suplemento Letra S: Demos). Consultado el 28 de abril de 2017.

INFORMATOGRAFÍA

28. León, Yolanda En línea (s.f) Embarazo en la adolescencia en el Perú. Consultado el 20 de setiembre de 2016. Disponible en: <http://www.guamanpoma.org/escuela%e lideres/II%20congreso/embarazo.pdf>
29. OMS, Planificación familiar. Nota descriptiva N° 351, Mayo 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
30. Nota de prensa emitida por el Ministerio de Salud del Perú: Agosto; 2016
31. Organización Mundial de la Salud (OMS) Nota descriptiva N° 14. Ginebra; 2014
32. OMS, Planificación familiar. Nota descriptiva N° 351, Mayo 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
33. Consultado 25/01/2017. Disponible en: <http://www.mentesana.net/inicio-de-relaciones-sexuales-en-adolescentes/>
34. <https://www.bebesymas.com/ser-padres/el-numero-ideal-de-hijos-en-la-actualidad-es-dos>
35. Disponible en: <http://vital.rpp.pe/salud/cronologia-la-pildora-del-dia-siguiente-en-el-peru-noticia-989345>



ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Yo de años de edad,
y con domicilio

habiéndome explicado en lenguaje, claro y sencillo sobre el proyecto de investigación:

RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA Y EL PERFIL BIOSOCIAL EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMÁCOLA, ENERO - MARZO, AREQUIPA 2017

Dicha investigación publicará los resultados guardando reserva de mi identidad.

Habiéndome informado de todo lo anterior señalado y estando en pleno uso de mis facultades mentales, es que suscribo el presente documento.

Fecha:

Firma..... Huella digital



ANEXO N° 2

CUESTIONARIO

El siguiente cuestionario es ANÓNIMO, por lo tanto no se le pedirá que se identifique. La información que usted nos brinde solamente será usada para un estudio. Por tales razones expuestas le pedimos que sea totalmente sincera. Le agradecemos de antemano su colaboración.

EDAD: _____

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- | | | | | |
|--------------------------|----------|-----|------------|-----|
| • Primaria | Completa | () | Incompleta | () |
| • Secundaria | Completa | () | Incompleta | () |
| • Superior técnica | Completa | () | Incompleta | () |
| • Superior universitaria | Completa | () | Incompleta | () |

ESTADO CIVIL:

- Soltera ()
- Casada ()
- Conviviente ()
- Separada ()

OCUPACIÓN: _____

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

RELIGIÓN:

- Católica ()
- Evangélica ()
- Ninguno ()
- Otros: _____

¿A qué edad inicio sus relaciones sexuales?: _____ años

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido: _____

Número de hijos: _____

¿Actualmente utiliza alguno de los siguientes métodos anticonceptivos?

- No utilizo ()
- Píldoras anticonceptivas ()
- Ampolla de tres meses ()
- Ampolla de un mes ()
- Preservativo ()
- T de Cobre ()
- Otro _____

Usted conoce sobre la existencia de la Anticoncepción Oral de Emergencia por:

- Familiares ()
- Amigos ()
- Pareja ()
- Medios de comunicación ()
- Personal del centro de salud u hospital ()
- Personal de clínica o consultorio privado ()



ANEXO N° 3

CONOCIMIENTOS

A continuación responda las siguientes preguntas marcando con un aspa(X), si la respuesta es “Si” o “No”.

N°	PREGUNTAS	SI	NO
1	La anticoncepción oral de emergencia se utiliza para prevenir un embarazo no deseado		
2	La anticoncepción oral de emergencia es un método de planificación familiar.		
3	La anticoncepción oral de emergencia provoca el aborto.		
4	La anticoncepción oral de emergencia es 100% segura.		
5	La anticoncepción oral de emergencia se utiliza en casos de violación.		
6	La anticoncepción oral de emergencia se utiliza cuando por accidente se rompe el preservativo durante la relación sexual.		
7	La anticoncepción oral de emergencia se utiliza cuando una mujer se olvidó de tomar sus píldoras anticonceptivas.		
8	La anticoncepción oral de emergencia se utiliza cuando una mujer no se colocó su ampolla anticonceptiva y tuvo relaciones sexuales sin protección en ese periodo.		
9	La anticoncepción oral de emergencia se utiliza cuando una mujer expulso accidentalmente la T de Cobre.		
10	La anticoncepción oral de emergencia se puede usar de forma continua		
11	La anticoncepción oral de emergencia protege contra las Infecciones de Transmisión sexual, VIH/SIDA.		
12	La anticoncepción oral de emergencia podría ocasionar malformaciones en los recién nacidos.		
13	El anticonceptivo oral de emergencia se debe tomar dentro de las 72 horas desde ocurrido la relación sexual no protegida.		
14	Posterior a la toma de el anticonceptivo oral de emergencia podría presentarse nauseas o dolor de cabeza.		
15	El uso de anticonceptivo oral de emergencia puede producir un sangrado vaginal o goteo irregular.		

ANEXO N° 4

UBICACIÓN CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMACOLA



ANEXO N° 5



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MORO RED ZAMACOLA

CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE MG. CD. ORTODONCISTA JUAN ALARCÓN ARENAS JEFE DE LA
MICRO RED ZAMÁCOLA:

DA CONSTANCIA QUE:

Las señoritas **ANDREA SHIRLEY ACOSTA ALVAREZ** e
INES YANCACHAJLLA CAMARGO han aplicado su instrumento de su proyecto de
tesis titulado **"RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL
DE EMERGENCIA Y EL PERFIL BIOSOCIAL EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMACOLA"**, en el Centro
de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola, del 08 al 31 de Mayo del año en curso.

Se otorga la presente a solicitud de las interesadas para los
fines que estime por conveniente.

Arequipa, 12 de Junio del 2017

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED ZAMACOLA

Mg. Juan H. Alarcón Arenas
C.D. ORTODONCISTA
C.O.P. 8449 R.N.E. 931
JEFE DE LA MICRORED

Calle Yavari s/n frente al Mercado de Zamácola
MICRO RED ZAMACOLA
Teléfono 054-443087 – Fax 444576