

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“DR. WILMAN RUÍZ VIGO”

CARRERA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

**Análisis sobre el uso de la píldora anticonceptiva oral de
emergencia (PAOE) en mujeres de 14 a 30 años de edad en la
ciudad de Cajamarca.**

Autores:

Bach. Jorge Luis Bautista Llamoctanta

Bach. Doris Elena Delgado Tapia

Asesora:

Dra. Q.F. Martha Adriana Sánchez Uceda

Cajamarca – Perú

Octubre – 2018

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“DR. WILMAN RUÍZ VIGO”

CARRERA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

**Análisis sobre el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE)
en mujeres de 14 a 30 años de edad en la ciudad de Cajamarca.**

Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para optar el
Título Profesional de Químico Farmacéutico

Bach. Jorge Luis Bautista Llamoctanta

Bach. Doris Elena Delgado Tapia

ASESORA: Dra. Q.F. Martha Adriana Sánchez Uceda

Cajamarca – Perú

Octubre – 2018

COPYRIGHT© 2018 by

Bautista Llamoctanta, Jorge Luis

Delgado Tapia, Doris Elena

Todos los derechos reservados

PRESENTACIÓN

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR:

Cumpliendo con las disposiciones emanadas del Reglamento de Grados y Títulos Profesionales de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo de Cajamarca, sometemos a vuestro elevado criterio el presente trabajo de investigación titulado:

Análisis sobre el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE) en mujeres de 14 a 30 años de edad en la ciudad de Cajamarca

Con el cual aspiramos obtener el Título Profesional de Químico Farmacéutico.

Es propicia esta oportunidad para manifestar nuestro sincero reconocimiento a nuestra Universidad y a toda su plana docente, que con su capacidad y buena voluntad contribuyeron a nuestra formación profesional.

Señores miembros del jurado, dejamos a su disposición la presente tesis para su evaluación y sugerencia.

Cajamarca, octubre de 2018

Jorge Luis Bautista Llamoctanta
BACH. EN FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Doris Elena Delgado Tapia
BACH. EN FARMACIA Y BIOQUÍMICA

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“DR. WILMAN RUÍZ VIGO”

CARRERA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

**APROBACIÓN DE TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO**

**Análisis sobre el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE)
en mujeres de 14 a 30 años de edad en la ciudad de Cajamarca.**

JURADO EVALUADOR

**Mg. Q.F. Patricia Ivonne Minchán Herrera
(PRESIDENTE)**

**Q.F. Walter Nelson Gutiérrez Zerpa
(MIEMBRO)**

**Dra. Q.F. Martha Adriana Sánchez Uceda
(MIEMBRO)**

DEDICATORIA

A: DIOS,

por cuidarme y guiarme en mí camino día a día, por brindarme la oportunidad de vivir, amar y sonreír; y darme la fortaleza, esperanza de seguir adelante y culminar cada meta trazada.

A: MIS PADRES,

José Santos Bautista y María Bertila Llamoctanta

quienes me apoyaron en todo el tiempo de mis estudios.

A mi hermano Oscar quien depositó su confianza y su apoyo

incondicional en mí; porque gracias a ellos se ha hecho realidad

la culminación de mis estudios.

A: MIS MAESTROS,

quienes nunca desistieron al enseñarme.

Y a todos aquellos, familiares y amigos por su confianza depositada.

Jorge Luis

DEDICATORIA

A: MIS PADRES,

Segundo Delgado y Guillermina Tapia por ser siempre la fuente de fortaleza, y sobre todo el apoyo moral en todo momento de mi vida, inculcándome siempre amor y dedicación a lo que se va a desarrollar

A: MIS HERMANOS,

Enma y Miguel Delgado Tapia por su apoyo moral constante.

A: MIS AMIGOS,

Compañeros de trabajo, quienes me apoyaron para la culminación de la tesis.

A: LOS DOCENTES,

de la UPAGU, ya que gracias a sus experiencias impartidas hemos enriquecido el aprendizaje y pulido la formación profesional.

Doris Elena

AGRADECIMIENTO

A Dios por iluminarnos, bendecirnos y darnos fortaleza en esos momentos donde parecía imposible realizar y seguir adelante con el trabajo.

A la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, a la Facultad de Ciencias de la Salud por darnos la oportunidad de estudiar y ser profesionales.

A nuestra asesora, Dra. Q. F. Martha Adriana Sánchez Uceda, por su esfuerzo y dedicación, quien con su conocimiento, su experiencia, paciencia y motivación, nos guía para terminar nuestra tesis con éxito.

A nuestros profesores quienes durante toda la carrera profesional aportaron con un granito de arena en nuestra formación.

A todas aquellas mujeres que formaron parte de nuestro estudio y dejaron sus quehaceres para poder apoyarnos y así culminar el trabajo.

Doris y Jorge

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo principal analizar aspectos relacionados con el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad de la ciudad de Cajamarca, durante el mes de enero del 2018. Se realizó una investigación descriptiva - transversal con una muestra de 223 mujeres de 14 a 30 años de edad; recolectándose la información a través de una encuesta validada.

El análisis se hizo en base a tres resultados, el primer grupo sobre datos demográficos, entre los que destacan la edad adulta de 19 – 30 años con 70,4%, estudiantes 59,2% de nivel superior 61,9%, solteras 48,9%, que viven en el área urbana 85,2%, y que profesan la religión católica 75,8%. En el segundo grupo, aspectos de interés que se relacionan con la percepción positiva sobre el conocimiento de la píldora con 79,8%, la adquisición del conocimiento a través de un médico con 34,5%, el colegio 30% y negar su frecuencia de uso con 59,2%. En el tercer grupo, grado de conocimiento de las mujeres de 14 a 30 años es regular con un 63,2%. El estudio concluyó que la píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad en la ciudad de Cajamarca, no es de uso frecuente y que tuvieron un conocimiento de nivel regular desconociéndose su mecanismo de acción y efectos secundarios.

Palabras claves: píldora anticonceptiva, anticonceptivo oral, anticonceptivo de emergencia.

ABSTRACT

The study had as main objective analyze aspects with the use of the emergency oral contraceptive pill in women from 14 end 30 years old in the city of Cajamarca, during the month of January 2018. A descriptive - transversal an investigation was made, with a sample of 223 women from 14 to 30 years old; collecting the information through a validated survey.

The analysis was made based three results, the first group on demographic data, among which stand out the adult age of 19 - 30 years old with 70,4%, students 59,2%, of higher level 61,9%, singles 48,9%, who live in the urban area 85,2%, and who professing the Catholic religion with 75,8%. In the second group, aspects of interest that are related with the positive perception about the knowledge of the pill with 79,8%, the acquisition of knowledge through a doctor with 34,5%, the school 30% and deny its frequency of use with 59,2%. In the third group, degree of knowledge of women aged 14 to 30 years old is regular with a 63,2%. The study concluded that the emergency oral contraceptive pill in women from 14 to 30 years of age in the city of Cajamarca it is not frequently used and that they had a knowledge of regular level not knowing its mechanism of action and secondary effects.

Keywords: contraceptive pill, oral contraceptive, emergency contraceptive.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	II
JURADO EVALUADOR.....	III
DEDICATORIAS.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	VI
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT.....	VII
ÍNDICE.....	IX
LISTA DE TABLAS.....	XII
LISTA DE GRÁFICOS.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Antecedentes teóricos.....	5
2.2. Bases Teóricas.....	11
2.2.1. Desarrollo de la píldora anticonceptiva de emergencia....	11
2.2.2. Definición.....	13
2.2.3. Situaciones de uso.....	13
2.2.4. Indicaciones.....	15
2.2.5. Tipos de anticonceptivo oral de emergencia.....	16
2.2.6. Mecanismo de acción.....	18

2.2.7. Fisiología de la ovulación y fecundación.....	19
2.2.8. Efectos sobre la ovulación.....	22
2.2.9. Efectos sobre el endometrio.....	22
2.2.10. Efectos sobre la migración y función espermática.....	23
2.2.11. Eficacia.....	24
2.2.12. Efectos en el embarazo.....	25
2.2.13. Seguridad.....	25
2.2.14. Contraindicaciones y precauciones.....	25
2.2.15. Evaluación clínica.....	27
2.2.16. Uso en adolescentes.....	27
2.2.17. Uso en lactancia.....	29
2.2.18. Uso de la anticoncepción oral de emergencia antes de la relación sexual.....	30
2.2.19. Uso repetitivo.....	30
2.2.20. Conocimientos sobre el anticonceptivo hormonal de emergencia en el mundo y en el Perú.....	31
III. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	34
3.1. Unidad de análisis, universo y muestra.....	34
3.1.1. Unidad de análisis.....	34
3.1.2. Universo.....	34
3.1.3. Muestra.....	34
3.2. Métodos de investigación.....	35
3.2.1. De acuerdo al fin que se persigue.....	35

3.2.2. De acuerdo a la técnica de contrastación.....	35
3.3. Técnicas de investigación.....	35
3.3.1. Elaboración de encuesta.....	37
3.3.2. Validación de la encuesta.....	37
3.3.3. Información y participación del paciente en la investigación.....	37
3.3.4. Aplicación de encuesta.....	37
3.3.5. Evaluación del grado de conocimiento.....	38
3.4. Instrumentos.....	38
3.5. Técnica de análisis estadístico.....	38
3.6. Aspectos éticos de la investigación.....	39
IV. RESULTADOS.....	40
V. DISCUSIÓN.....	52
VI. CONCLUSIONES.....	58
VII. RECOMENDACIONES.....	60
VIII. LISTA DE REFERENCIAS.....	61
ANEXOS.....	71

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Uso de píldoras combinadas (estrógeno y progestágeno).....	15
Tabla 2: Uso de las píldoras que contienen sólo progestágenos.....	16
Tabla 3: Frecuencia y manejo de efectos secundarios.....	27
Tabla 4: Conocimiento de métodos anticonceptivos por todas las mujeres, las actualmente casadas o unidas y no unidas sexualmente activas, según método anticonceptivo específico...	34
Tabla 5: Distribución por edad de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.....	41
Tabla 6: Estado civil de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.....	42
Tabla 7: Zona de procedencia de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.....	43
Tabla 8: Ocupación de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, 2018.....	44
Tabla 9: Nivel de instrucción de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.....	45
Tabla 10: Creencia religiosa de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.....	46

Tabla 11: Disponibilidad de información sobre la utilización de la PAOE en mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.....	47
Tabla 12: Disposición de recomendar el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE), en mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.....	48
Tabla 13: Frecuencia de uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia, en mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de cajamarca, enero 2018.....	49
Tabla 14: Percepción de conocimiento de la píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.....	50
Tabla 15: Nivel de conocimiento de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.....	51
Tabla 16: Grado de conocimiento de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de cajamarca, enero 2018.....	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años, de la ciudad de Cajamarca, según edad.....	41
Gráfico 2: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según estado civil.....	42
Gráfico 3: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según zona de procedencia.....	43
Gráfico 4: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según ocupación.....	44
Gráfico 5: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según nivel de instrucción.....	45
Gráfico 6: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según religión.....	46
Gráfico 7: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según disponibilidad de información sobre la utilización de la PAOE.....	47
Gráfico 8: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según disposición de recomendar el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia	48
Gráfico 9: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según frecuencia de uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia	49

Gráfico 10: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según percepción de conocimiento sobre la PAOE.....	50
Gráfico 11: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según el nivel de conocimiento.....	51
Gráfico 12: Porcentaje en el total de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según el grado de conocimiento sobre la PAOE.....	52

I. INTRODUCCIÓN

La píldora anticonceptiva de emergencia ha demostrado que al ser usada hasta menos de 24 horas después del coito puede evitar el 95% de embarazos no deseados; por consecuencia de relaciones sexuales tempranas⁽³⁹⁾, sin protección, por agresiones sexuales que terminan en abortos realizados en condiciones inseguras, que son las principales causas de mortalidad materna.

En el Perú los abortos clandestinos ocurren en el 11,6% de las mujeres, siendo la cifra más alta comparada con otros países; pero dicha cifra podría ser mayor si no existiera la anticoncepción oral de emergencia⁽¹⁸⁾.

La píldora anticonceptiva oral de emergencia es parte del derecho sexual preventivo y reproductivo de la mujer⁽²⁵⁾. En el año 2001, esta política de salud fue incorporada en las Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, principalmente para prevenir el embarazo no deseado y sus graves consecuencias, el aborto inducido y la alta tasa de mortalidad materna que conlleva, los cuales constituyen importantes problemas de salud pública. La investigación científica ha confirmado que el principal mecanismo de acción del levonorgestrel, componente de la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE), es inhibir o postergar la ovulación, evitando la fecundación del óvulo; adicionalmente incrementa el espesamiento del moco cervical que dificulta la migración espermática. Ningún estudio ha encontrado alteraciones endometriales que puedan interferir con la anidación del óvulo fecundado ni del desarrollo embrionario de un óvulo implantado.

No obstante, del soporte de la ciencia médica y del aval legal recibido, la píldora anticonceptiva oral de emergencia está disponible en Perú desde el 2016, su uso no se ha implementado plenamente en los servicios del sector público, debido a obstáculos generados por grupos opositores a la anticoncepción, enfrentamientos legales entre los grupos de poder aferrándose a un supuesto efecto abortivo que ha sido descartado científicamente.

El aborto inducido y el embarazo no deseado, constituyen graves problemas de salud pública en América Latina y El Caribe. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2010 al 2014, anualmente se produjeron 56 millones de abortos seguros y peligrosos, de los cuales 35 abortos fueron provocados por cada 1 000 mujeres de 15 – 44 años, la tasa de abortos fue superior en las regiones en desarrollo que en las desarrolladas.

En el Perú, estos problemas de salud pública son igualmente dramáticos, donde antes de su incorporación de PAOE, se estimaba que, de un millón de embarazos anuales, 56% eran no deseados, de ellos 25% correspondía a adolescentes y 50% a hogares en situación de pobreza o pobreza extrema. Más aun, el 83% de embarazos no deseados eran debido al abuso sexual. Se estimaba que el número de abortos clandestinos alcanzaba la cifra alarmante de 400 000 anuales, lo cual contribuía significativamente a la elevada tasa de mortalidad materna debida a las complicaciones (85/100 000 nacidos vivos). Aproximadamente 56% de mujeres en edad fértil no estaban protegidas adecuadamente contra un embarazo no deseado, un tercio de las cuales correspondía a parejas unidas.

Además, en los últimos cinco años nacieron aproximadamente un millón de niños no deseados (31% de los nacimientos ocurridos), quienes incrementarían el número de niños abandonados⁽³¹⁾.

La importancia de la investigación es contribuir al conocimiento de los aspectos relacionados con el uso de la PAOE y que puedan contribuir a evitar los embarazos no deseados, los abortos en condiciones de riesgo para la mujer y los embarazos a edades muy tempranas que se presentan con elevada frecuencia en la actualidad y afectan la salud y la vida de miles de mujeres, causando graves consecuencias psicológicas y sociales para los grupos familiares.

Por lo anteriormente expuesto, se planteó la siguiente pregunta:

¿Qué aspectos relacionados con el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia son conocidos por las mujeres de 14 a 30 años de edad de la ciudad de Cajamarca?

Planteándose como objetivo general:

- ✓ Analizar aspectos relacionados con el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE) en mujeres de 14 a 30 años de edad en la ciudad de Cajamarca, 2018.

Como objetivos específicos:

- ✓ Conocer los aspectos sociodemográficos que influyen en la utilización de la píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad en la ciudad de Cajamarca, 2018.

- ✓ Identificar la percepción sobre conocimiento, obtención de información y frecuencia de uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad de la ciudad de Cajamarca.

- ✓ Identificar los aspectos relacionados con el conocimiento sobre la píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad de la ciudad de Cajamarca.

- ✓ Establecer el grado de conocimiento sobre la píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad de la ciudad de Cajamarca.

Y como hipótesis:

La píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad en la ciudad de Cajamarca es de uso frecuente y de amplio conocimiento.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes teóricos

- **Arredondo R, Pozo M, Gómez J y Cañadas G (2015)⁽¹⁾** en España realizaron el estudio denominado “Conocimientos y uso de la anticoncepción de urgencia (levonorgestrel) por estudiantes del grado en Enfermería y Fisioterapia”.

Los resultados mostraron que: el 87% de estudiantes afirmaron que la anticoncepción de urgencia evitaba el embarazo y un 64% que no lo interrumpía. Un 59,3% negó que se tratara de un método abortivo y un 69,3% que sólo podía tomarse dentro de las 24 horas después de una relación coital desprotegida. Un 34,7% ha recurrido al uso de la anticoncepción de urgencia y un 28,8% son repetidoras. El estudio concluyó que el grado de conocimiento sobre anticoncepción de urgencia en el alumnado analizado es elevado y que menos de la mitad de los estudiantes han recurrido a ella.

- **Leyva A, et al (2010)⁽²¹⁾** en México en el año 2010 realizaron un estudio denominado “El conocimiento y sus factores acerca de la anticoncepción de emergencia”.

Este estudio se efectuó en 1 550 adolescentes mexicanos de 14 a 24 años, los resultados arrojaron que el 60% fueron de sexo femenino y el 40% fueron de sexo masculino con una edad promedio de 19 años. El 60% de los estudiantes han escuchado hablar sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOE), pero el 45% tiene un conocimiento correcto del AE y el 3% de los estudiantes sexuales activos la han usado. Los investigadores concluyeron que el conocimiento de los adolescentes acerca de la anticoncepción de emergencia es escaso.

- **Szames C, Vázquez S, Discaccia V (2010)⁽³⁶⁾** en Argentina, en su estudio “El grado de conocimiento, utilización y distribución de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)”, encontraron que, el 77% de ellos tenían una definición correcta de la AHE, solo el 10% conocía el tiempo adecuado para la toma, el 47% estaba informado sobre el concepto de efectividad y tiempo de protección (cuanto más cercana es la toma tras la relación sexual, mayor es la eficacia anticonceptiva), el 43% identificó adecuadamente el tiempo de protección y el 26 % sabía cuál es la dosis correcta. El 21% dijo que se necesitaba una receta médica para la adquisición, y un 74% reconoció que no ofrece protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS). Solamente el 11% pudo contestar correctamente cuándo se produce el retorno de la menstruación, y el 45% no sabía si la AHE era similar a los anticonceptivos orales combinados (ACO).

En lo que respecta a la posibilidad de dañar al feto o producir una interrupción del embarazo, el 53% no conocía la respuesta, y el 37% creía que el método podía provocar un aborto al interferir con la implantación, además el 10,33% respondió erróneamente a la pregunta sobre protección frente a las ITS y el 28% tenía un conocimiento adecuado acerca de AHE. Concluyeron que, los adolescentes no conocen adecuadamente las características de la anticoncepción hormonal de emergencia.

- **Gómez P, Arguello G, Cáceres C, et al (2008)⁽¹⁵⁾** en Colombia realizaron un estudio: “Anticoncepción de emergencia hormonal: conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes universitarias”, para lo cual se aplicó 496 encuestas a mujeres de edad promedio 22,5 años, cuyos resultados arrojaron que: el 90% de las estudiantes mujeres referían conocer sobre el anticonceptivo oral de emergencia (AOE), el 6% erróneamente consideran que el AOE como un método anticonceptivo de rutina y 2% creía que protege contra infecciones de transmisión sexual (gonorrea, clamidia, herpes genital, VPH, sífilis, tricomoniasis y VIH/SIDA), al indagar sobre los posibles efectos secundarios del uso anticonceptivo hormonal de emergencia, el 22% mencionó náuseas, 18% vómitos, 16% sangrado genital, 16% cefalea, 14% mareo, 6% dolor abdominal, 5% hipersensibilidad mamaria y 3% acné.

- **Brasa J, Celada M, Estepa A y Menéndez M (2007)⁽³⁾** en España, realizaron el estudio “Contracepción de emergencia. Una perspectiva desde la adolescencia”, con el objetivo de describir el grado de conocimiento, actitudes y prácticas de adolescentes sobre anticoncepción de emergencia, mediante la aplicación de una encuesta auto complementada y anónima con 30 ítems a 446 alumnos (mujeres y varones) de dos Institutos de Educación Secundaria de Torrijos, los resultados arrojaron que el 53,4% son mujeres de edad media: 15,6 años (promedio: 13 a 19). El 33,1% (Intervalo de confianza de 95% 28,7 - 37,6) han mantenido relaciones sexuales, apreciando diferencia por edades ($p < 0,001$). La valoración de conocimientos acerca de la anticoncepción oral de emergencia fue de 3,9 sobre 10; mayor en mujeres (4,3 vs. 3,5; $p < 0,001$) y en edades superiores $p < 0,001$. La principal fuente de información son los medios de comunicación (radio, televisión, web y revistas) (45,3%), pero los más indicados para dar este tipo de información son los profesionales de salud sanitarios (86,3%). El 61,1% prefiere conseguirlo en centros especiales para jóvenes. El 66,1% está de acuerdo en que solo debe usarse en una violación, cuando falla el anticonceptivo de rutina, en relaciones sexuales sin protección, cuando hay ruptura o mal uso del preservativo, se olvidó de tomar una o varias tabletas anticonceptivas. Un 8,4% (Intervalo de confianza de 95% 4,5 - 14,9) de los que han tenido relaciones sexuales ha usado alguna vez anticoncepción de emergencia.

Un 9,1% son repetidoras. El 54,5% la obtuvo en urgencias de atención primaria. El 45,5% tuvo dificultades para conseguirla. El estudio concluye que, el grado de conocimiento sobre anticoncepción de emergencia es bajo. Un alto porcentaje no considera el método como de emergencia. En el rango de edades analizado, el uso es escaso.

- **Choque N, Francesca G (2015)⁽⁶⁾** realizaron una investigación denominada “Conocimientos y actitudes: anticoncepción oral de emergencia en internos de medicina humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, febrero 2015” donde concluyen que un porcentaje considerable (80%) de internos de medicina tiene un nivel de conocimiento entre medio y bajo respecto a la píldora anticonceptiva oral de emergencia.

La actitud predominante fue la indecisión en 54 de los encuestados (58,7%) y sólo el 19,6% tienen una actitud de aceptación hacia la PAOE. El estudio afirma que el nivel de conocimientos acerca de la píldora anticoncepción oral de emergencia en estudiantes del área salud es bajo.

- **Conde S (2014)⁽⁷⁾**, realizó una investigación denominada: “Conocimientos, actitudes y prácticas frente al uso de anticonceptivos orales de emergencia en internos de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”, los resultados muestran que el 82% de encuestados afirmó que tiene un conocimientos regular sobre la AOE, 79% indicó que tiene una actitud adecuada y 40% afirmaron que tienen prácticas adecuadas sobre el uso de la PAOE. El estudio concluye que sí, hay relación estadística significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud, así como el nivel de conocimientos y las prácticas frente a la anticoncepción oral de emergencia.
- **Romero L, Llanos L, Salhuana J, Mayca J, Quijano B (2007)⁽³²⁾** realizaron la investigación: “Conocimientos y actitudes de médicos gineco - obstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia”, en el cual se aplicó una encuesta estructurada basada en anteriores experiencias, previa validación de "expertos". Se realizó un estudio transversal descriptivo de corte prospectivo en nueve hospitales del Ministerio Salud en Lima y Callao en una muestra aleatoria representativa de 94 médicos gineco - obstetras. Observaron en su estudio que 100% de los médicos entrevistados había escuchado acerca de la AOE. El 18% conocía los tres mecanismos de acción descritos en la literatura, 82% refirieron correctamente el modo de administración y 72% conocía el

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

El 31% considera que la píldora anticonceptiva de emergencia posee algún mecanismo abortivo y 20% no estaría dispuesto a utilizarla en su pareja ni en su persona. Se llegó a la conclusión que un porcentaje alto de los médicos gineco - obstetras están sensibilizados con el tema, conocen su modo de uso, los principales efectos adversos y contraindicaciones, pero es bajo su conocimiento sobre el mecanismo de acción.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Desarrollo de la píldora anticonceptiva de emergencia⁽⁶⁾.

La píldora de anticoncepción de emergencia (AE) fue descubierta en 1977 por el canadiense Dr. Albert Yuzpe mientras realizaba investigaciones para suplir la omisión u olvido de una o dos píldoras de uso regular, manteniendo la protección anticonceptiva, donde en los primeros ensayos clínicos se usaron altas dosis de un estrógeno.

Posteriormente el uso de un estrógeno se reemplazó por el uso de dosis altas de anticonceptivos orales combinados, conteniendo etinil - estradiol y levonorgestrel, conocido hoy como régimen de Yuzpe. El uso de levonorgestrel solo como anticoncepción de emergencia se propuso por primera vez en América Latina y es hoy el método de elección dados los resultados de un estudio realizado por la OMS en el que se comparó el régimen de Yuzpe con la administración de levonorgestrel puro.

La aparición de la píldora anticonceptiva oral de emergencia trajo consigo un sin número de paradigmas e inclusive transformó una sociedad que, poco a poco, comenzó a internalizar conceptos como la planificación familiar y el respeto a los derechos reproductivos⁽²⁵⁾. Sin embargo, a pesar de que los avances en este sentido han sido bastantes, los especialistas afirman que aún falta mucho, sobre todo en materia de anticoncepción de emergencia.

La anticoncepción de emergencia está aprobada por la Organización Mundial de salud, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), y las agencias reguladoras de la mayoría de los países incluyendo la FDA (Food and Drug Administration). En la mayoría de los países, también se incluye la anticoncepción de emergencia (AE) en las normas para la atención de los casos de violación.

2.2.2. Definición^(24, 27, 28, 30, 38)

La píldora Anticonceptiva oral de emergencia (PAOE) es la utilización de un fármaco para prevenir un embarazo después de una relación sexual coital desprotegida o en la que se haya producido un potencial fallo del método anticonceptivo.

Es una segunda oportunidad para evitar un embarazo no deseado, pero que no debe ser considerada, en ningún caso, un método anticonceptivo de uso habitual.

2.2.3. Situaciones de uso^(28, 29)

La anticoncepción de emergencia puede ser útil en diferentes situaciones después de una relación sexual.

- Cuando no se usó ningún método anticonceptivo.
- En casos de violación o relaciones sexuales forzadas cuando la mujer no estaba protegida por un método anticonceptivo eficaz.
- Cuando ha ocurrido un fallo en el método anticonceptivo utilizado o se ha utilizado incorrectamente, por ejemplo: Rotura, deslizamiento o uso incorrecto del preservativo.
- Omisión de tres o más píldoras anticonceptivas combinadas consecutivas.
- Tres horas de retraso en la toma de la píldora anticonceptiva que solo contiene progestágeno (mini píldora).

- Más de 12 horas de retraso en la toma de las píldoras de emergencia de 0,75 mg de desogestrel.
- Más de dos semanas de retraso en la administración de la inyección de progestágeno solo de enantato de noresterona.
- Más de cuatro semanas de retraso en la administración de la inyección de progestágeno solo de acetato de medroxiprogesterona de depósito.
- Más de siete días de retraso en la administración de la inyección mensual combinada de estrógenos y progestágeno.
- Desplazamiento, colocación tardía o extracción prematura del parche transdérmico o el anillo hormonal vaginal.
- Fallo del coito interrumpido (eyaculación en la vagina o los genitales externos).
- Error de cálculo en el período de abstinencia o relaciones sexuales en los días fértiles del ciclo en las que no se ha usado un método anticonceptivo de barrera cuando se utilicen métodos basados en el calendario de días fértiles.
- Expulsión del dispositivo intrauterino o el implante anticonceptivo hormonal.
- Una relación sexual vaginal sin la protección de ningún método anticonceptivo (condón, DIU, píldora, implante, diafragma...) en las últimas 120 horas.

2.2.4. Indicaciones:

Levonorgestrel en comprimidos de 0,75 mg, deben ser tomados 2 juntos de una sola vez o separados por 12 horas de intervalo y la píldora de 1,5 mg es de toma única⁽²⁾.

Esquemas de uso⁽⁴⁾.

Píldoras combinadas:

Se denominan así porque se usan píldoras con estrógeno y progestágeno. Es también conocido como el método de Yuzpe.

Tabla 1: Uso de píldoras combinadas (estrógeno y progestágeno)

FÓRMULA POR TABLETA	DOSIS INICIAL (antes de 72 horas)	2DA. DOSIS (12 horas después de dosis inicial)
Etinilestradiol 30 µg Norgestrel 0,30 mg	4 tabletas	4 tabletas
Etinilestradiol 50 µg L-norgestrel 0,25 mg	2 tabletas	2 tabletas
Etinilestradiol 30 µg L-norgestrel 0,25 mg	4 tabletas	4 tabletas

Fuente: Centro de Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Sustento Normativo de la Anticoncepción Oral de Emergencia en el Perú. [Sede web]. Lima: PROMSEX; 2006.⁽⁴⁾

Píldoras de sólo progestágeno⁽⁴⁾

Se usan píldoras que sólo contienen progestágeno. Los únicos componentes estudiados hasta la fecha son el L-norgestrel y el norgestrel. El esquema es el siguiente:

Tabla 2: Uso de las píldoras que contienen sólo progestágenos

Fórmula por tableta	Dosis inicial (antes de 72 horas)	2da. Dosis (12 horas después de dosis inicial)
L-norgestrel 0,75 mg	1 tabletas	1 tabletas
Norgestrel 0,075 mg	10 tabletas	10 tabletas

Fuente: Centro de Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Sustento Normativo de la Anticoncepción Oral de Emergencia en el Perú. [Sede web]. Lima: PROMSEX; 2006⁽⁴⁾.

2.2.5. Tipos de anticonceptivo oral de emergencia

Existen dos tipos de anticoncepción oral de emergencia:

- Píldoras anticonceptivas de emergencia (con progestágenos solo).
- Píldoras combinadas que contiene estrógenos y progestágenos (método Yuzpe)⁽³⁰⁾.

Píldoras anticonceptivas de emergencia (progestágeno solo):

Conocida también como píldora anticonceptiva de emergencia y comúnmente llamada “después.

Las “píldoras del día después” actúan antes de la implantación del embrión y, por lo tanto, son consideradas médica y legalmente anticonceptivas, nunca abortivas. La píldora anticonceptiva de emergencia tiene una eficacia del 75% al 89%⁽¹¹⁾.

Acetato de ulipristal: recibe el nombre de píldora de los cinco días después ya que es efectiva hasta 120 horas después del coito, es considerado como el anticonceptivo de urgencia no hormonal más eficaz para la mujer, siendo cinco veces más potente que el levonorgestrel en la inhibición o retraso de la ovulación. Además, y en comparación con el levonorgestrel es el triple de eficaz si se administra en las primeras 24 horas, y el doble si se suministra en las primeras 72 horas después de la relación sexual sin protección o haberse producido un fallo en el método anticonceptivo utilizado.

Mifepristona: “en pequeñas dosis (de 25 mg a 50 mg) es considerada como anticonceptivo de emergencia por delante del levonorgestrel. En dosis de 600 mg junto con (Misoprostol 400 µg) se considera abortivo y debe administrarse bajo supervisión médica”.

Como se puede observar existen varias opciones de píldoras para prevenir un embarazo luego de haber tenido relaciones sexuales sin protección, los adolescentes solo necesitan a información adecuada sobre cada uno estas opciones para poder utilizarlas⁽¹³⁾.

Método Yuzpe. Es un tipo de método anticonceptivo oral combinado, que se toma en dos dosis, y ambas deben contener un estrógeno (de 100 a 120 µg de etinilestradiol) y un progestágeno (de 0,50 a 0,60 mg de levonorgestrel o de 1,0 a 1,2 mg de norgestrel).

La primera dosis se debe tomar tan pronto como sea posible después de la relación sexual sin protección (preferentemente en las 72 horas posteriores y, a más tardar, en las 120 horas posteriores [5 días]) y la segunda dosis, 12 horas más tarde. Si se experimentan vómitos durante las 2 horas posteriores a la toma del medicamento, se debe administrar una nueva dosis⁽²⁹⁾.

2.2.6. Mecanismo de acción^(9, 11, 24, 38, 20, 34)

Teóricamente los mecanismos de acción propuestos para un anticonceptivo oral de emergencia es prevenir el embarazo impidiendo o retrasando la ovulación, además interfiere con los procesos de desarrollo folicular, ovulación, transporte y capacitación espermática, fecundación, desarrollo y transporte del cigoto, receptividad uterina y los procesos de adhesión endometrial.

Todos los mecanismos propuestos teóricamente serán eficaces siempre que la píldora se administre dentro de las 72 horas de haber tenido relaciones sexuales sin protección.

A la fecha, en las bases de datos Medline y Cochrane Library se encuentran 444 artículos que mencionan que el principal mecanismo de acción del levonorgestrel, a las dosis recomendadas como AOE, es la inhibición o retraso de la ovulación; no afecta a los espermatozoides en su capacidad de migración ni de penetración al óvulo.

2.2.7. Fisiología de la ovulación y fecundación^(16, 37, 33,19).

Hasta hace algunos años se creía que el coito, la ovulación, la fecundación y la implantación eran fenómenos que ocurrían todos simultáneamente, y algunas personas lo siguen creyendo así. Sin embargo, para que ocurra la implantación y, como consecuencia, el inicio de un embarazo, se dan una serie de fenómenos sucesivos, muchos de ellos aleatorios.

La mujer en edad fértil tiene un ciclo menstrual que se extiende desde el primer día de una menstruación hasta el día inmediatamente antes de la siguiente menstruación. Este ciclo es el resultado de mecanismos sincrónicos entre el hipotálamo, la hipófisis, el ovario y el endometrio (mucosa del útero).

El hipotálamo, a través de las hormonas liberadoras de gonadotropinas regula la producción de hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH) a nivel de la hipófisis.

Estas dos hormonas hipofisarias, a su vez, regulan el crecimiento y desarrollo del folículo ovárico y la producción de hormonas del ovario: estrógenos y progesterona.

La ovulación, que ocurre al promediar el ciclo menstrual, es precedida por una súbita elevación de la LH hipofisaria. Los estrógenos producidos en el ovario estimulan el crecimiento del endometrio uterino y la progesterona, también producida en el ovario, prepara al endometrio para la probable implantación de un huevo fecundado que llega al útero en forma de blastocito. Si no hay fecundación, no hay implantación, y consecuentemente terminada la segunda parte del ciclo, ocurre la menstruación.

Cuando ocurre un coito, los espermatozoides son depositados en la vagina, los que entran en contacto con el moco cervical y son almacenados en las criptas de las glándulas endocervicales.

Aquí inician el proceso llamado de capacitación espermática, el que dura horas y días, antes de que estén listos para migrar hacia las partes más altas del tracto genital femenino. En condiciones normales, los espermatozoides deben esperar entre 1 y 5 días para poder migrar, porque sin el requisito de la capacitación no son capaces de fecundar al óvulo.

A partir del momento en que ocurre la ovulación queda un tiempo máximo de 24 horas para que se produzca la fecundación.

Terminada la migración espermática a lo largo del cuello uterino, del útero y de la trompa de Falopio y habiendo ocurrido el fenómeno ovulatorio, el espermatozoide que ha completado su capacitación y luego de la reacción acrosómica (que lo hace fecundante) a nivel de la trompa de Falopio, penetra al óvulo en el tercio externo de la trompa, produciéndose así el fenómeno de la fecundación o fertilización. Después de este momento se restituye la fórmula cromosomal en el huevo fecundado, empieza un proceso de multiplicación celular que da lugar a la mórula y luego de 3 a 4 días de tránsito por la trompa llega al endometrio, el mismo que ha sido preparado morfológica y bioquímicamente por la progesterona para facilitar la implantación de la formación pre -embrionaria llamada blastocisto, aproximadamente una semana después de la fecundación. Con la implantación del blastocisto en el endometrio de la mujer se inicia el embarazo.

Es importante mencionar que las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel no son eficaces una vez que ha comenzado el proceso de implantación y no existe evidencia científica actual disponible que sustente que el uso de levonorgestrel como AOE sea abortivo.

2.2.8. Efectos sobre la ovulación^(5,20, 35)

La interferencia sobre la ovulación por parte de la píldora de emergencia ha sido bien estudiada, varios estudios afirman que la combinación de estrógenos y progestina impiden la ovulación ya que evita que se dé el pico de LH (hormona luteinizante); dependiendo de la fase en que se instituyó el tratamiento es decir si se administra el fármaco antes de determinado desarrollo folicular (12 a 17 mm) o lo que correspondería a dos o más días antes que la ovulación ocurra. Si se administra el día de la ovulación la probabilidad de evitar la misma es baja. Para que se produzca embarazo es necesario entonces, que se haya liberado un óvulo (ovulación) que pueda ser fecundado, en caso de que se mantenga una relación sexual no protegida.

Es claro por lo dicho anteriormente, que la efectividad de la anticoncepción de emergencia varía con los factores mencionados y no es del 100%, excepto que se administre hasta 72 horas previo a la ovulación.

2.2.9. Efectos sobre el endometrio^(10, 35)

Los efectos sobre el endometrio han generado mayor discusión que los efectos sobre la ovulación, esto debido al riesgo que pueda perturbar la implantación del embrión.

Es por ello que varios investigadores han realizado estudios en ratas y mujeres llegando a la conclusión que la píldora de emergencia no produce cambios en el endometrio que sean suficientes para interferir con la implantación.

La OMS reportó que solo se observan cambios significativos en el endometrio de las mujeres que tomaron dosis de cuatro a seis veces más elevadas que lo normal⁽¹⁰⁾.

2.2.10. Efectos sobre la migración y función espermática⁽³⁵⁾

La evaluación de los efectos sobre la migración y función espermática ha sido estudiada de manera in vitro los resultados arrojados por estos estudios muestran que el levonorgestrel no provoca alteraciones significativas sobre la funcionalidad de los gametos masculinos, sin embargo, de acuerdo con revisiones bibliográficas de la base de datos Cochrane revela que los cambios que se presentan son a nivel del moco cervical y son las propiedades físico-químicas las que se verían alteradas.

Diversos estudios han confirmado que el levonorgestrel actúa sobre las células mucosas del cuello uterino alterando su secreción de un modo que la torna muy viscosa hasta el punto de suprimir totalmente el avance de los espermatozoides a través del moco cervical afectando la penetración del espermatozoide⁽¹⁰⁾.

2.2.11. Eficacia^(8, 38)

Su eficacia dependerá de qué tipo de anticonceptivo de emergencia se usa y cuán pronto se tome luego de una relación sexual no protegida. La eficacia anticonceptiva del levonorgestrel utilizado como anticonceptivo oral de emergencia hasta ahora no se ha podido determinar con una precisión comparable a la del resto de los métodos anticonceptivos, esto debido a la falta de un grupo control que permita establecer cuantos embarazos se producirían si no se usara el método.

En general, las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola son más eficaces que las píldoras combinadas para anticoncepción de emergencia. Y las píldoras que contienen una antiprogestina, como ella, son más eficaces que las píldoras con progestina sola. Es por ello que solo encontraremos estimaciones sobre la eficacia.

Un estudio realizado por Cheng et al⁽⁵⁾, estiman que cuando se usa en los primeros 4 días que siguen a la relación sexual, se previene 79 - 85% de los embarazos esperados y cuando se usa en el 5° día previene sólo el 31%. Otros autores revelan que la eficacia está íntimamente relacionada con el mecanismo de acción del anticonceptivo oral de emergencia.

2.2.12. Efectos en el embarazo^(8, 24)

El anticonceptivo de emergencia no interrumpe el embarazo, si la mujer estuviera embarazada en el momento de su administración este no ejerce ningún daño sobre el embrión. No existe evidencia epidemiológica de mujeres que accidentalmente han utilizado el anticonceptivo oral combinado durante la fase inicial del embarazo presente mayor incidencia de anomalías fetales y abortos.

2.2.13. Seguridad

No se ha encontrado estudios que evidencien que los riesgos superen los beneficios de utilizar algún método oral de emergencia después de una relación sexual sin protección.

Los estudios revelan que las píldoras anticonceptivas de emergencia no tienen efectos secundarios graves en el largo plazo por lo que se pueden considerar seguras⁽⁸⁾.

2.2.14. Contraindicaciones y precauciones⁽⁸⁾

La anticoncepción oral de emergencia no es peligrosa en ninguna circunstancia conocida, ni en mujeres que presentan alguna condición médica especial.

Por ser de uso ocasional no está contraindicado en el adolescente, obesidad, tromboembolias, cáncer de mama, embarazo ectópico, lactancia, migraña, enfermedad cardiovascular, enfermedad hepática, diabetes, hipertensión y uso previo del anticonceptivo de emergencia en el mismo ciclo menstrual.

Tabla 3: Frecuencia y manejo de efectos secundarios.

Efecto secundario	Régimen combinado	Régimen de solo progestágeno	Manejo
Náuseas	46,5%	16,1%	Administrar antieméticos como el dimenhidrinato, media hora antes de tomar las pastillas. Si la mujer vomita en las 2 horas siguientes de haber tomado las pastillas, debe tomar otra dosis.
Vómitos	22,4%	2,7%	
Mareos	23,1%	16,5%	
Fatiga	36,8%	16,5%	
Tensión	20,8%	15,9%	
Mamaria			

Fuente: Centro de Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Sustento Normativo de la Anticoncepción Oral de Emergencia en el Perú. [Sede web]. Lima: PROMSEX; 2006⁽⁴⁾.

2.2.15. Evaluación clínica⁽⁸⁾.

No se requiere la evaluación de un profesional de salud antes de su utilización ya que es seguro para todas las mujeres, ellas pueden determinar si han tenido una relación sexual sin protección o de forma inapropiada y no se necesitan realizar estudios tales como prueba de embarazo, toma de la presión arterial o exámenes de laboratorio o pélvico.

2.2.16. Uso en adolescentes^(12, 22, 23, 26, 27, 29).

Este método llama la atención a la mayoría de los adolescentes, ya que en esta etapa son frecuentes las conductas sexuales de riesgo y, por las características que tiene este grupo, no se utiliza adecuadamente o no se utilizan de ninguna forma los diferentes métodos anticonceptivos. Aunque lo ideal sería que se abstuvieran de tener relaciones sexuales, en la práctica médica se ha observado que además de ser muy difícil, no se hace, y el inicio precoz y sin protección de las relaciones sexuales es una realidad palpable en la mayoría de los adolescentes. De ahí que sea una alternativa para evitar el embarazo no deseado y sus complicaciones.

El inicio de la actividad sexual en adolescente en la actualidad es cada vez a más temprana edad y en las cuales los adolescentes no se encuentran totalmente preparados y con la suficiente información para

enfrentarse a las repercusiones de una relación sexual sin protección, en la cual tiene como consecuencia un embarazo no deseado y precoz, así como las enfermedades de transmisión sexual.

El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea toda una serie de problemas entre los que se destacan:

- Embarazo de alto riesgo o temprana edad
- Concepciones prematrimoniales
- Matrimonio o unión precoz
- Índice mayor de separación marital
- Incremento del aborto y sus secuelas
- Deserción escolar y/o laboral
- Embarazo no deseado
- Incremento de la morbilidad perinatal, infantil y materna.

Antes de la era anticonceptiva existían 2 grupos bien definidos, los adolescentes sexualmente activos y aquellos que no lo eran.

Con el advenimiento de los anticonceptivos la conducta del primer grupo no se vio afectado, salvo por la reducción del número de hijos y en la edad de las madres; pero el segundo grupo sufre modificaciones, pues un grupo de estos adolescentes conscientes de las ventajas de la anticoncepción pueden disfrutar de una actividad sexual variable sin el temor al embarazo. Lo que sí puede incrementar la promiscuidad con sus riesgos morales y médicos es que la anticoncepción no se acompañe de una adecuada y precisa educación sexual.

Tener un mejor conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de los profesionales y poder compartir esta información con la población adolescente ayudarían a prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

2.2.17. Uso en lactancia^(36, 11, 26, 38)

Una mujer que está amamantando de forma exclusiva, que tiene menos de seis meses de posparto, y no ha tenido ningún periodo menstrual desde el parto, hay pocas posibilidades que necesite la anticoncepción de emergencia, pero dado el caso de que no cumpla con estos requisitos; el régimen de levonorgestrel no está contraindicado en el periodo de lactancia materna.

Un estudio realizado por Gainer et al⁽¹⁴⁾ en Estados Unidos, acerca de la farmacocinética del levonorgestrel en el plasma y leche materna en mujeres que toman el anticonceptivo, muestra que el levonorgestrel se excreta en la leche materna en las primeras horas (1- 4 horas) de su uso; por ello, es recomendable amamantar antes de su utilización al recién nacido y luego utilizar la anticoncepción oral de emergencia, y en 8 horas desechar la leche materna antes de dar de lactar al recién nacido, para el régimen combinado se recomienda lo mismo, pero en este régimen se debe desechar en 36 horas.

2.2.18. Uso de la anticoncepción oral de emergencia antes de la relación

sexual⁽³⁴⁾.

No existen datos o investigaciones disponibles en relación con el tema, pero es de suponer que, si se ingiere inmediatamente antes de la relación sexual la anticoncepción oral de emergencia sería igualmente efectiva que si se toma inmediatamente después.

Pero si la mujer tiene la posibilidad de elegir alguno de los métodos anticonceptivos de uso regular antes de comenzar el acto sexual.

En el caso de varias relaciones sexuales sin protección la mujer puede utilizar esta anticoncepción de emergencia en los primeros 5 días inmediatamente después de estas relaciones en dosis única independientemente al número de relaciones sexuales no protegidas.

2.2.19. Uso repetitivo^(34, 27, 8).

Como es sabido no hay límites para el número de veces que una mujer utilice el anticonceptivo de emergencia ya que éste no afecta la salud de la mujer, pero no se recomienda el uso repetido del anticonceptivo de emergencia o como método anticonceptivo de uso regular.

Se recomienda a toda la población femenina que haya usado la anticoncepción de emergencia inicie planificación familiar con alguno de los métodos anticonceptivos de uso regular.

Según guías médicas y de entrega de servicios en América Latina y el Caribe (2013); se afirma que levonorgestrel administrado por ciclos varias veces no causa efectos secundarios serios, siendo el efecto secundario más común fue el sangrado irregular.

2.2.20. Conocimientos sobre el anticonceptivo hormonal de emergencia en el mundo y en el Perú.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el 2013, reportó que a nivel nacional el 99,8% de las mujeres en edad fértil conoce algún método anticonceptivo. Es decir, a pesar del conocimiento que tienen sobre el método anticonceptivo oral de emergencia la mayoría de mujeres prefieren utilizar el condón masculino (98,7 %), seguido por la inyección (97,3%). El método folclórico es usado por el 9,7 % y la anticoncepción de emergencia (78,8%)⁽¹⁸⁾.

Szames et al⁽³⁶⁾ en el Perú realizó un estudio denominado “Conocimiento y uso en anticoncepción hormonal de emergencia” encontró que, en adolescentes de 15 a 18 años, el 77% refería conocer la AHE, pero sólo el 10% indicaba su uso correctamente.

En el Ecuador, las jóvenes que no han recibido información alguna sobre métodos anticonceptivos tienen entre 1,72 y 3 veces más probabilidades de tener un embarazo en la adolescencia que aquella que si han recibido información; además la no utilización de métodos anticonceptivos en la adolescencia incrementa la probabilidad de presentar un embarazo en la adolescencia entre el 6,4 y el 8,3%⁽¹¹⁾.

Tabla 4: Conocimiento de métodos anticonceptivos por todas las mujeres, las actualmente casadas o unidas y no unidas sexualmente activas, según método anticonceptivo específico.

Método anticonceptivo Específico	Conocimiento de métodos en:		
	Todas las mujeres	Mujeres actualmente unidas	Mujeres no unidas sexualmente activas
	%	%	%
Cualquier método	99,8	100,0	100,0
Cualquier método moderno	99,7	99,8	100,0
Esterilización femenina	91,9	93,6	95,8
Esterilización masculina	75,9	78,1	85,4
Píldora	96,8	98,1	98,4
DIU	86,9	91,8	93,6
Inyección	97,3	98,9	99,1
Implantes	54,6	61,2	57,8
Condón masculino	98,7	98,9	99,9
Métodos vaginales (Espuma, jalea y óvulo)	42,1	43,5	56,4
Amenorrea por lactancia (MELA)	20,7	24,7	20,2
Anticoncepción de Emergencia	78,8	74,9	95,3
Condón femenino	51,1	45,0	68,0
Cualquier método tradicional	96,2	97,6	99,6
Abstinencia periódica	93,1	94,4	96,3
Retiro	75,2	79,3	94,2
Método folclórico	9,7	12,0	11,4
Número promedio de métodos conocidos	9,7	9,9	10,7
Número de mujeres	35 766	20 686	2 837

Comprende a las mujeres que tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta.

DIU = Dispositivo intrauterino.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [Sede web]. Lima: INEI; 2013⁽¹⁸⁾.

III. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. Unidad de análisis, Universo y Muestra.

3.1.1. Unidad de análisis

Mujeres de 14 a 30 años de edad de la ciudad de Cajamarca.

3.1.2. Universo

Todas las mujeres de la ciudad de Cajamarca, con edades comprendidas entre 14 a 30 años y que según referencia de datos del INEI censo 2016 y datos estadísticos de proyección poblacional 2017, son 14 056.

3.1.3. Muestra

La muestra fue de 223 mujeres comprendidas entre las edades de 14 a 30 años, y se determinó según los datos estadísticos y por muestreo simple aleatorio de la siguiente manera:

- **Operación del tamaño de la muestra.**

El tamaño de la muestra se calculó considerando el muestreo aleatorio simple para estimación de proporciones poblacionales con una confiabilidad de 95% y la determinación de las 223 unidades muestrales obedecen a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Dónde:

$n = 223$ (Tamaño de la muestra)

$N = 14\ 056$ (Tamaño de la población)

$Z = 1,96$ (Nivel de Confiabilidad 95%)

$P = 0,82$ (Probabilidad de ocurrencia)

$Q = 0,18$ (Probabilidad de no ocurrencia)

$E = 0,05$ (Error de muestreo 5%)

3.2. Métodos de investigación

3.2.1. De acuerdo al fin que se persigue

Básica, ya que estuvo encaminada a ampliar el conocimiento científico, explorando nuevas teorías y transformando las ya existentes.

3.2.2. De acuerdo a la técnica de contrastación⁽¹⁷⁾.

El tipo de la investigación es descriptivo y transversal, porque se desarrolló en un momento concreto del tiempo, sin manipular las variables deliberadamente, y porque se realizó en su entorno natural.

3.3. Técnicas de investigación

3.3.1. Elaboración de encuesta

El presente estudio se desarrolló a través de una encuesta, la cual

fue diseñada y estructurada con la finalidad de cumplir los objetivos del presente estudio de investigación. Estuvo constituida por 21 preguntas de las cuales 18 son preguntas cerradas de opción múltiple y 3 preguntas con alternativa según la percepción del estudiante o encuestado; se ha dividido en secciones la primera sección constituida por las preguntas del 1 al 7 que responden a los indicadores sociodemográficos (edad, estado civil, procedencia, ocupación, religión y número de embarazos) de la variable independiente; la segunda sección de la encuesta que consta de 4 preguntas desde la 8 a la 11 que se relacionan con las percepción y adquisición de conocimiento sobre la píldora anticonceptiva oral de emergencia y frecuencia de uso. La tercera sección por las preguntas de la 12 a la 19 se relaciona con el indicador: grado de conocimiento; disponibilidad y, las preguntas 20 y 21 que recogen datos sobre el deseo de las mujeres encuestadas de recibir mayor información y de recomendar a otras, su utilización.

La encuesta tuvo un lenguaje sencillo para el buen entendimiento del encuestado y de fácil operatividad para el investigador.

3.3.2. Validación de la encuesta⁽¹⁷⁾.

La encuesta fue validada mediante juicio de expertos quienes identificaron la correspondencia de los ítems con los dominios y las dimensiones temáticas del estudio, permitiendo medir con objetividad las variables consideradas. La validación se realizó utilizando un formato a través de una escala de puntaje y proporción de concordancia, considerando válida si es mayor a un puntaje vigesimal de 0,60.

Los resultados de la validación de la encuesta fueron recogidos en un formato, con el puntaje adquirido para cada pregunta por cada uno de los expertos, habiendo obtenido al final de validación un valor de 0,77 que permitió usar la encuesta sin inconveniente por considerarse válida.

3.3.3. Información y participación del paciente en la investigación

Para la aceptación de las mujeres encuestadas se realizó una breve información del proyecto; como objetivo y la finalidad de la investigación, además se entregó una ficha de consentimiento y la información recolectada fue voluntaria y anónima.

3.3.4. Aplicación de encuesta

Se aplicó la encuesta validada a mujeres de 14 a 30 años de edad en puntos estratégicos públicos en la ciudad de Cajamarca como: Plaza de Armas, Plazuela Bolognesi, Centro Comercial El Quinde

(afueras), mercado San Antonio, UNC y UPAGU, durante un periodo de 10 días con un promedio de 37 encuestas por lugar, de forma consecutiva hasta completar el total de encuestas requeridas; se tomaron horarios de mañana y tarde.

3.3.5. Evaluación del grado de conocimiento

Para evaluar el grado de conocimiento del total de las mujeres participantes en el estudio que contestaron las preguntas de la 12 a la 19 se consideró los siguientes criterios: conocimiento amplio de 7 a 8 respuestas correctas, conocimiento regular de 5 a 6 repuestas correctas y conocimiento deficiente si contestaron menos de 5 respuestas correctas.

3.4. Instrumentos.

- ✓ Encuesta validada
- ✓ Programa estadístico IBM-SPSS versión 22.0.

3.5. Técnica de análisis estadístico

Para realizar el análisis de datos se utilizó el software estadístico IBM-SPSS versión 22.0. Los resultados han sido organizados con tablas y gráficos utilizando el programa Excel, los cuales han sido expresados en porcentaje, obtenidos de una manera sintetizada con la finalidad contrastar la hipótesis planteada:

La píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad en la ciudad de Cajamarca, es de uso frecuente y de amplio conocimiento

3.6. Aspectos éticos de la investigación

El proyecto fue sujeto a las normas y códigos éticos, morales por trabajar con un grupo de personas.

Existe el compromiso de respetar los principios éticos, que contienen estos códigos que son: principios de autonomía, principios de no maleficencia y consentimiento informado, además de ello se respetó el contenido original de la información obtenida.

La protección de los derechos humanos se realizó mediante el consentimiento informado de las personas participantes en el presente estudio expresándole que la información que proporcione es de carácter anónimo y confidencial y solo será utilizado para fines de estudio, dándoles la opción de decir si quieren participar de la investigación según crean pertinente, respetando de esta manera el principio de autonomía.

IV. RESULTADOS

Tabla 5: Distribución por edad de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.

Edad	N°	%
De 14 a 18 años	66	29,6
De 19 a 30 años	157	70,4
Total	223	100,0

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

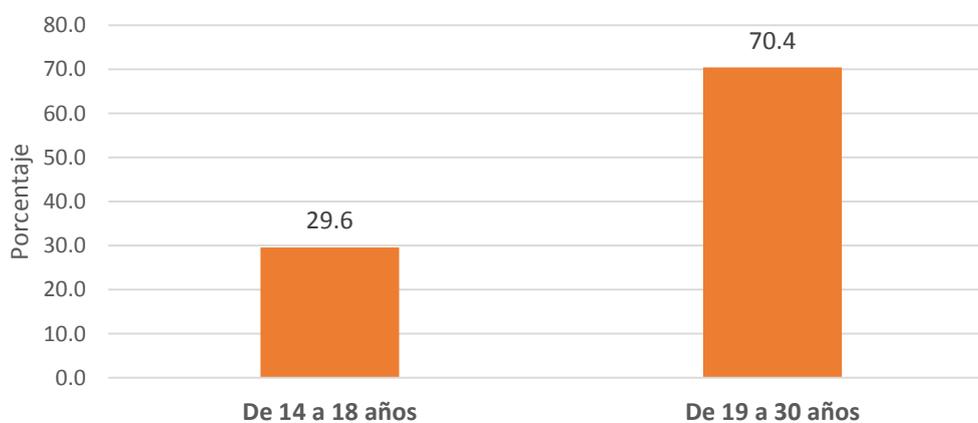


Gráfico 1: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según edad.

Interpretación: En el gráfico 1 se muestra que el 70,4% de las mujeres encuestadas varían entre las edades de 19 a 30 años, el 26,6% entre las edades de 14 a 18 años.

Tabla 6: Estado civil de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.

Estado Civil	N°	%
Soltera	109	48,9
Casada	40	17,9
Conviviente	74	33,2
Total	223	100,0

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

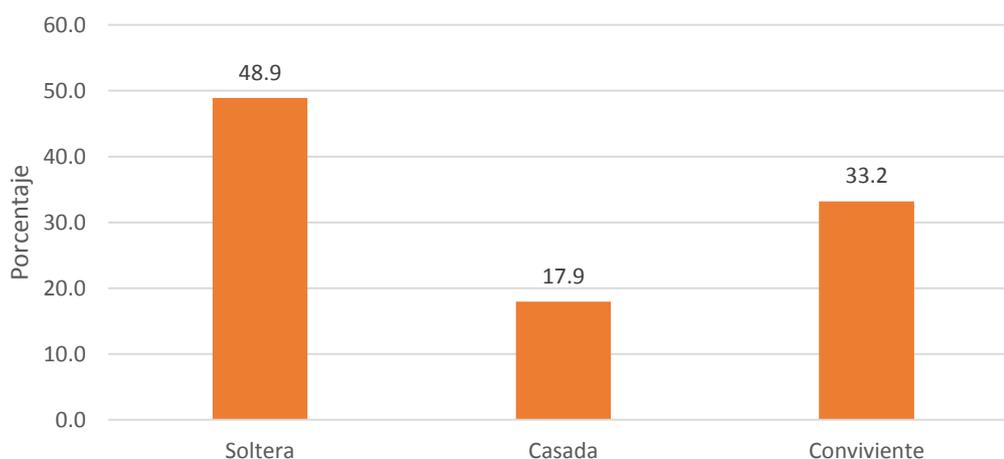


Gráfico 2: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según estado civil.

Interpretación: En el gráfico 2 se muestra el estado civil de las mujeres de 14 a 30 años de edad, encuestadas el 48,9% contestaron ser solteras, 17,9% casadas y el 33,2% convivientes.

Tabla 7: Zona de procedencia de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.

Procedencia	N°	%
Urbana	190	85,2
Rural	33	14,8
Total	223	100,0

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

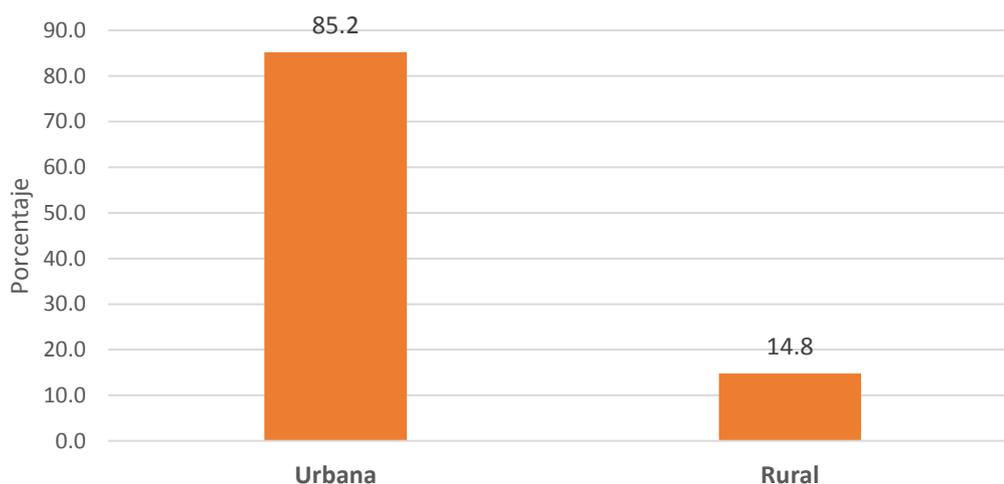


Gráfico 3: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según zona de procedencia.

Interpretación: En el gráfico 3 se muestra que 85,2% de las mujeres encuestadas proceden de la zona urbana y el 14,8% de la zona rural.

Tabla 8: Ocupación de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.

Ocupación	Nº	%
Estudiante	132	59,2
Profesional	30	13,5
Profesional Técnica	20	9,0
Ama de casa	19	8,5
No trabaja	22	9,9
Total	223	100,0

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

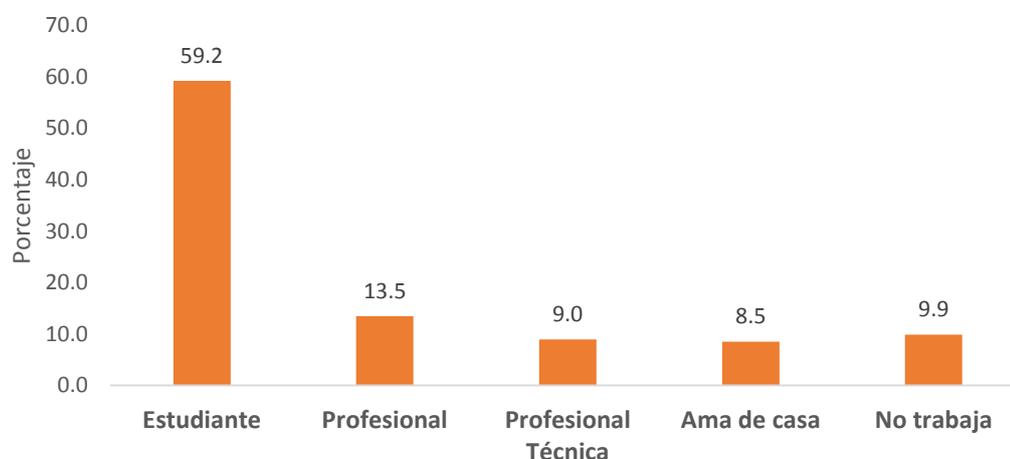


Gráfico 4: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según ocupación.

Interpretación: En el gráfico 4 se muestra que el mayor porcentaje de mujeres encuestadas de 14 a 30 años de edad, indicaron que son estudiantes equivalente al 59,2%, el 13,5% profesionales y el 8,5%, amas de casa.

Tabla 9: Nivel de instrucción de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.

Nivel de instrucción	N°	%
Primaria	10	4,5
Secundaria	75	33,6
Superior	138	61,9
Total	223	100,0

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

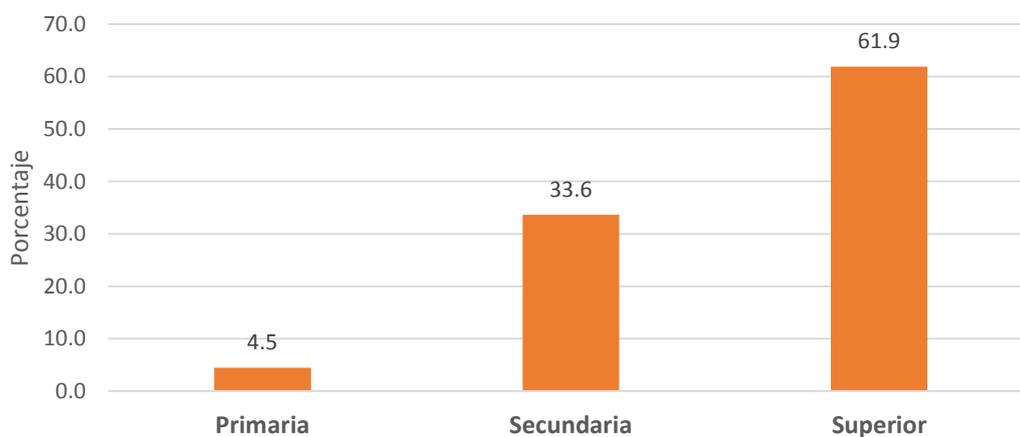


Gráfico 5: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según nivel de instrucción.

Interpretación: En el gráfico 5 se muestra que el 61,9% de las mujeres encuestadas tienen un nivel de instrucción superior, el 33,6% nivel secundario y 4,5% de nivel primario.

Tabla 10: Creencia religiosa de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.

Religión	N°	%
Católica	169	75,8
Evangélica	32	14,3
Otra	22	9,9
Total	223	100,0

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

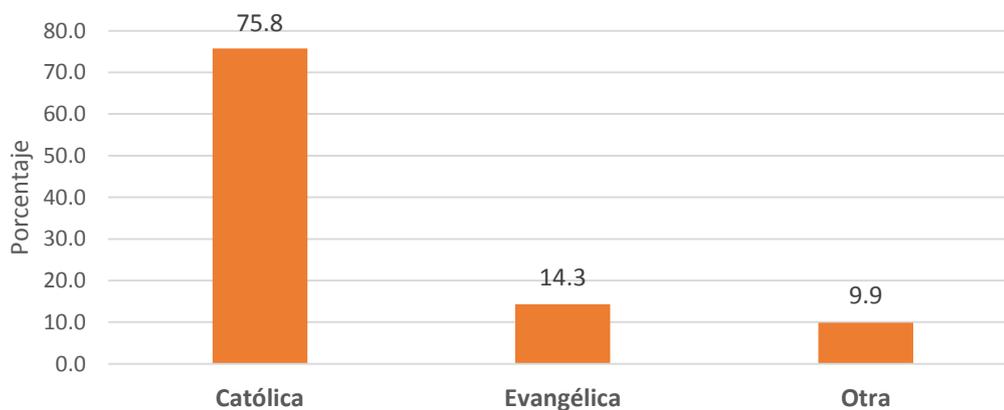


Gráfico 6: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según religión.

Interpretación: En el gráfico 6 se muestra que el 75,8%, de las mujeres encuestadas de 14 a 30 años de edad de la ciudad de Cajamarca son de religión católica, el 14,3% evangélica y el 9,9% de otras religiones.

Tabla 11: Disponibilidad de información sobre la utilización de la píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.

Lugar	N°	%
Colegio	67	30,0
Médico	77	34,5
Televisión	11	4,9
No lo sé	22	9,9
Otros	46	20,6
Total	223	100,0

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

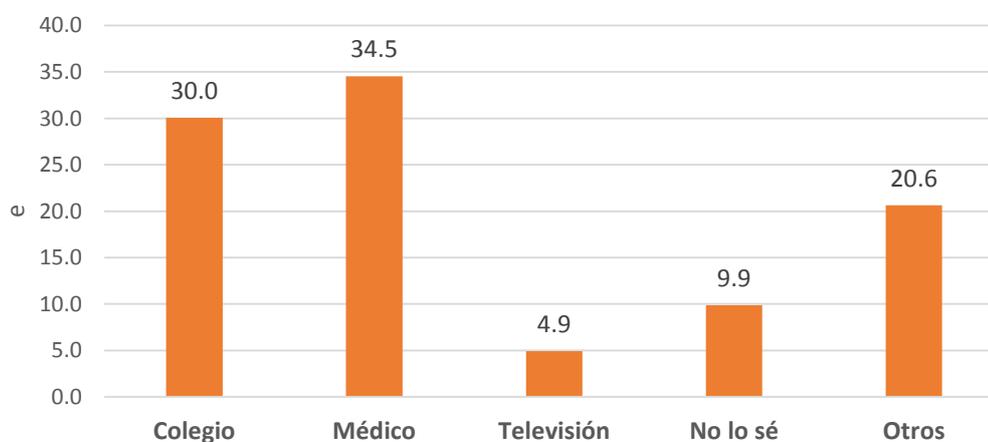


Gráfico 7: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según disponibilidad de información sobre la utilización de la PAOE.

Interpretación: En el gráfico 7 se muestra que el 34,5% de las mujeres encuestadas de 14 a 30 años de edad de la ciudad de Cajamarca obtuvieron la información de un profesional de salud (médico), el 30% del colegio y 4,9% de la televisión.

Tabla12: Disposición de recomendar el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia, en mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.

Recomendaría	Nº	%
Si	133	59,6
No	90	40,4
Total	223	100,0

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

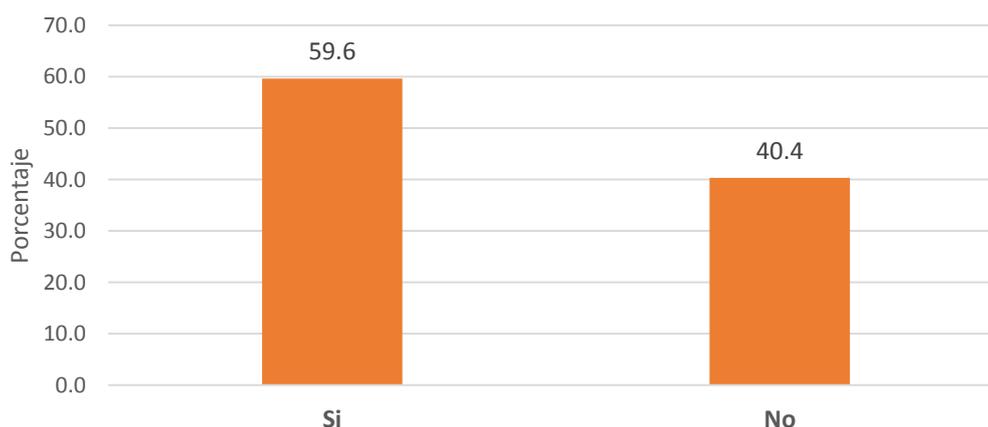


Gráfico 8: Porcentaje de mujeres encuestadas de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según disposición de recomendar el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia.

Interpretación: En el gráfico 8 se muestra que del total de las mujeres encuestadas de 14 a 30 años de edad de la ciudad de Cajamarca, el 59,6% sí recomendarían el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia y el 40,4%, no recomendaría su uso.

Tabla 13: Frecuencia de uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia, en mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.

Frecuencia	N°	%
Nunca	132	59,2
Muy poco	13	5,8
A veces	78	35,0
Total	223	100,0

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

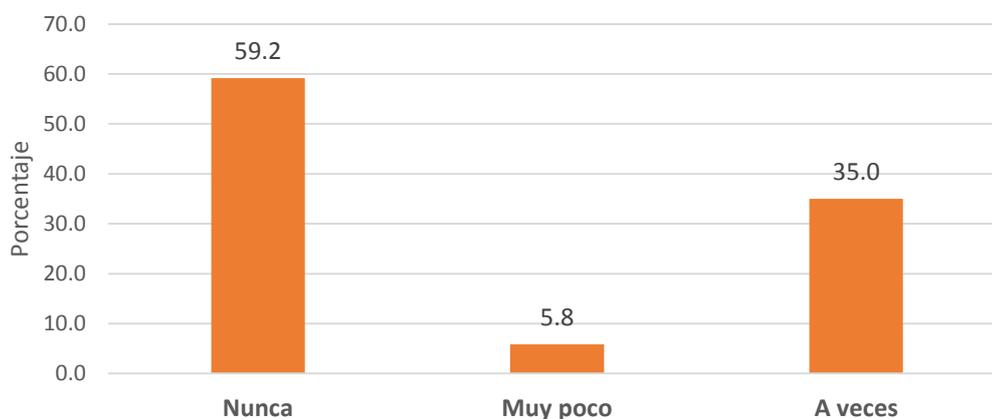


Gráfico 9: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según frecuencia de uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia.

Interpretación: En el gráfico 9 se muestra que del total de las mujeres encuestadas de 14 a 30 años de edad de la ciudad de Cajamarca, el 59,2% no han usado la píldora anticonceptiva oral de emergencia, el 35% han usado alguna vez y el 5,8% muy poco.

Tabla 14: Percepción de conocimiento de la píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.

Conoce	Nº	%
Si	178	79,8
No	45	20,2
Total	223	100,0

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

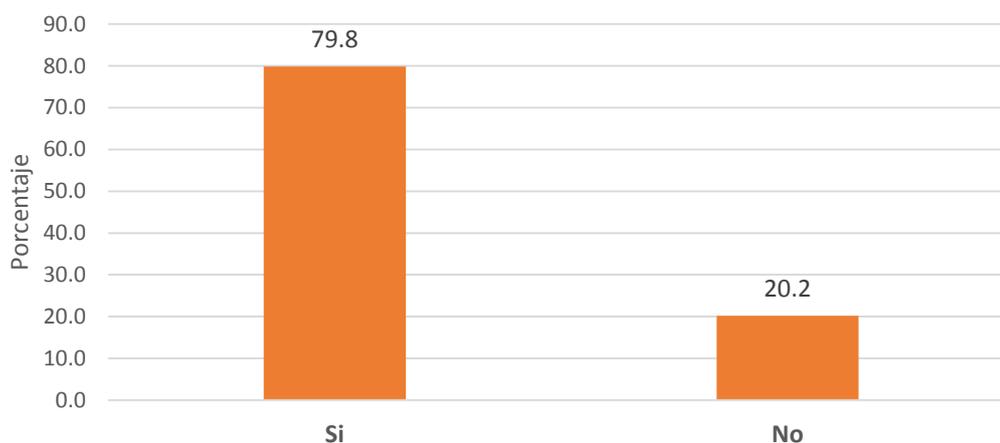


Gráfico 10: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según percepción de conocimiento sobre la píldora anticonceptiva oral de emergencia.

Interpretación: En el gráfico 10 se muestra que el 79,8% de las mujeres encuestadas de 14 a 30 años de edad, si tienen conocimiento acerca de la píldora anticonceptiva oral de emergencia y 20,2% dicen no conocer.

Tabla 15: Nivel de conocimiento de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la Ciudad de Cajamarca, enero 2018.

Aspectos relacionados con el conocimiento sobre la PAOE.	Respuestas				Total	
	Correcta		Incorrecta		N°	%
	N°	%	N°	%		
12. Definición de la PAOE.	155	69,5	68	30,5	223	100
13. Mecanismo de acción.	55	24,7	168	75,3	223	100
14. Efecto principal.	189	84,8	34	15,2	223	100
15. Forma de administración.	146	65,5	77	34,5	223	100
16. Repetición de dosis.	134	60,1	89	39,9	223	100
17. Efectos secundarios.	44	19,7	179	80,3	223	100
18. Circunstancia de uso.	167	74,9	56	25,1	223	100
19. Reacción del organismo.	167	74,9	56	25,1	223	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

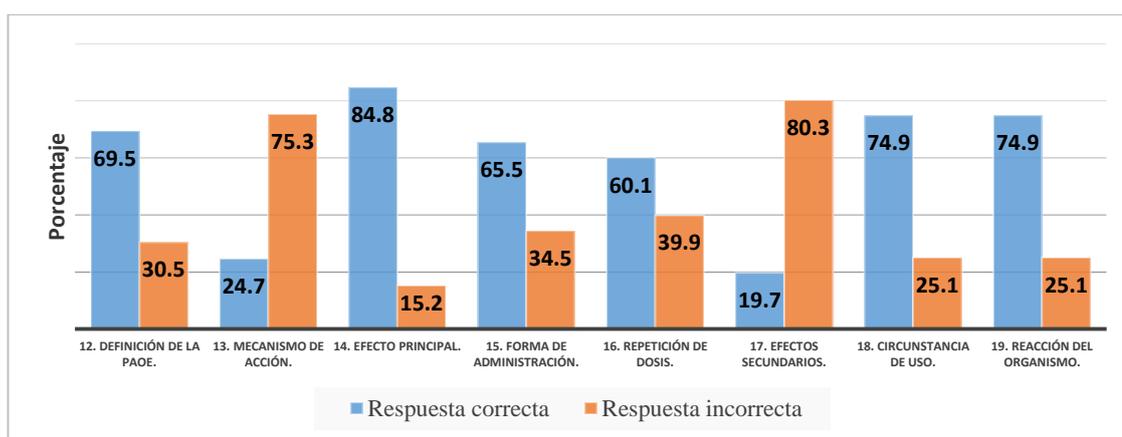


Gráfico 11: Porcentaje de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según el nivel de conocimiento.

Interpretación: En el gráfico 11 se muestra el porcentaje de la evaluación del nivel de conocimiento de las mujeres encuestadas, donde en su mayoría respondieron correctamente a las preguntas 12 (69,5%), 13 (24,7%), 14 (84,8%), 15 (65,5%), 16 (60,1%), 18 (74,9%) y 19 (74,9%) y una minoría respondieron correctamente a la pregunta 17 (19,7%).

Tabla 16: Grado de conocimiento de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, enero 2018.

Respuestas correctas	Nº	%	Grado de Conocimiento
De 7 a 8	35	15,7	Amplio
De 5 a 6	141	63,2	Regular
Menos de 5	47	21,1	Deficiente
Total	223	100,0	

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

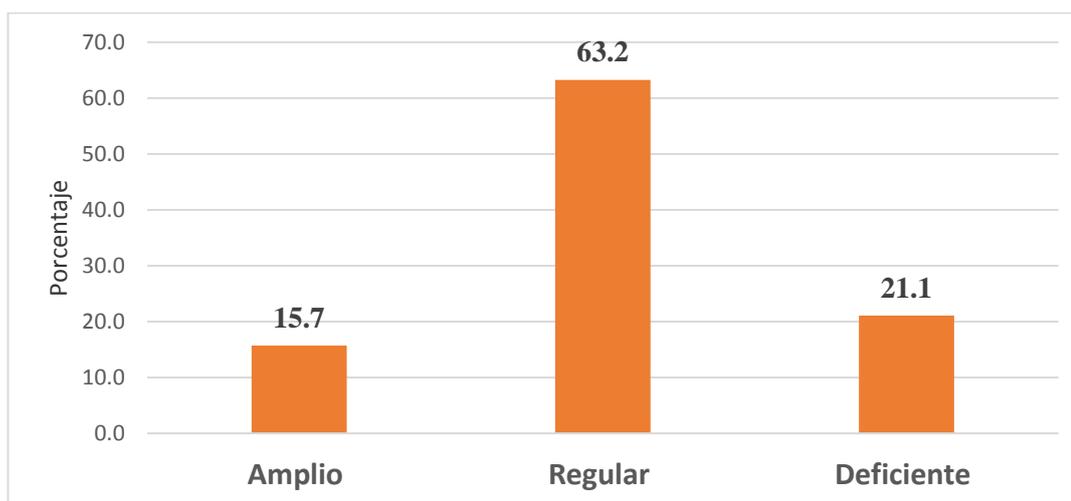


Gráfico 12: Porcentaje en el total de mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, según el grado de conocimiento sobre la PAOE.

Interpretación: En el gráfico 12 se muestra que el 63,2% del total de las mujeres encuestadas tienen un conocimiento de nivel regular, 21,1% deficiente y el 15,7% amplio.

V. DISCUSIÓN

El estudio permitió analizar aspectos relacionados con el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE) en mujeres de 14 a 30 años de edad en la ciudad de Cajamarca, mediante la aplicación de una encuesta a 223 mujeres en el mes de enero del 2018; en diferentes lugares de la ciudad.

Según el gráfico 1, respecto a la edad de las mujeres encuestadas, la mayoría de ellas tienen un rango de 19 a 30 años de edad, equivalente a 70,4% (157) y el 29,6% (66) tienen un promedio de 14 a 18 años, lo que indica que la mayoría se encuentran dentro del periodo de edad fértil; la OMS considera que la edad reproductiva es de 15 a 44 años; observándose por tanto que la mayoría de mujeres encuestadas están dentro de este rango. Otros estudios reportan cifras, tal como Leyva et al⁽²¹⁾ quienes encontraron que el 60% de mujeres son de 14 a 24 años de edad.

La edad es un aspecto que influye relevantemente en la madurez psicológica para afrontar un embarazo no deseado, y lo que se visualizaría en el uso adecuado de PAOE⁽³⁴⁾, pero también repercute al realizar un trabajo de investigación.

Según el estado civil, los resultados indicaron que la mayoría de mujeres encuestadas son solteras, con un porcentaje del 48,9%, como se puede observar en el gráfico 2, factor de gran significancia para conocer sobre el uso de PAOE, pudiendo ser posibles usuarias que consumen la PAOE como cualquier otro medicamento de venta libre, pero que finalmente es negado su uso.

En el gráfico 3, se mostró la procedencia del total de las mujeres encuestadas, donde se observó que el 85,2% (190) proceden de zona urbana, y según los estudios considerados en la investigación; es un factor importante que se relaciona con el uso, con el conocimiento y la disponibilidad de la información sobre la PAOE, debido a que pueden encontrar algún servicio de salud que brinde las orientaciones adecuadas de planificación familiar en la zona urbana, más que en la rural. Aunque en nuestra realidad las usuaria de la zona urbana tienen mayor accesibilidad al marketing por redes sociales y medios de comunicación, además de los beneficios de algún tipo de seguro y programa social que el Estado oferta.

Según el gráfico 4, se observó que la ocupación de las mujeres encuestadas en su mayoría son estudiantes con el 59,2% (132); por lo que se explicaría que es un factor que está relacionado con el tiempo, conocimiento y uso de la PAOE; según Arrendondo⁽¹⁾, Leyva et al⁽²¹⁾, Szames et al⁽³⁶⁾, que han realizado estudios en profesionales enfocándolos al conocimiento de uso de la píldora, indican que la ocupación sería el factor limitante en cuanto a la disposición de su tiempo al momento de aplicar el instrumento, pero también nuestra sociedad machista y la mujer ama de casa cohibida que rehúye al escuchar que se nombran estos temas en la calle.

En el gráfico 5, en cuanto al nivel de instrucción las mujeres que participaron en este estudio tenían un nivel superior correspondiendo al 61,9% (138); según antecedentes encontrados como por ejemplo de Leyva et al⁽²¹⁾, quien realizó un estudio en profesionales, indican que la educación influenciaría de manera directa en el conocimiento y uso de la PAOE; por ende la existencia de una alta tasa de

analfabetismo, es un factor que influye en el desconocimiento de múltiples problemas relacionados con este tema, siendo una de las opciones fomentar tutorías o programas de intervención integrados iniciando por instituciones educativas.

Del total de las mujeres encuestadas se aprecia que el 75,8% (169) profesan la religión católica y el 14,3% (32) son evangélicas (ver gráfico 6). La religión es un factor que se relaciona con el conocimiento y la frecuencia de uso, teniendo una postura contra el consumo de la píldora anticonceptiva oral de emergencia que la considera como un método abortivo, hecho que contribuiría, a que la información correcta sobre la PAOE, no llegue adecuadamente.

En cuanto a la disponibilidad de la información sobre la utilización de la píldora anticonceptiva oral de emergencia, se observó que el 34,5% (77) del total de las mujeres encuestadas obtuvieron la información a través de un profesional de la salud (médico), tal como se muestran en el gráfico 7. Brasa et al⁽³⁾ consideraron que la principal fuente de información son los medios de comunicación en un 45,3%, esto podría deberse a que las mujeres tendrían un cambio de actitud aún demasiado bajo por querer informarse de manera más precisa frente a una persona con la capacidad informativa, además es necesario precisar que los colegios serían una buena propuesta para iniciar un programa de educación, que incluya la información adecuada y sea supervisada por el Ministerio de Salud sobre el uso racional de la PAOE.

En el gráfico 8, sobre la disposición de recomendar el uso de la PAOE, de un total de 223 mujeres, la mayoría corresponde al 59,6% (133) sí recomendaría el uso de la PAOE, coincidiendo con Romero et al⁽³²⁾, que mencionaron que el 71% de profesionales está dispuesto a recetarla, pero que además el 66% ya la había

recetado en alguna oportunidad. La disposición de recomendar su uso de PAOE tanto en profesionales y en la mayoría de encuestadas es significativa a pesar de ser un tema controversial; nosotros como profesionales de salud estaríamos en la capacidad de poder orientar su uso racional, pero además complementado con algún otro método anticonceptivo con otras características de prevención.

En el gráfico 9, sobre la frecuencia de uso de la PAOE, la mayoría de encuestadas fue del 59,2% (132) nunca usaron la PAOE o no fueron sinceras con su respuesta; sin embargo Arredondo et al⁽¹⁾ muestran que un 34,7% ha recurrido al uso de la anticoncepción de urgencia, la información obtenida haría referencia en forma aparente que las mujeres que la usan serían una minoría; en nuestra realidad se puede observar que hay un uso frecuente de esta píldora pero que es negado por la usuaria notándose la falta de cultura al uso racional de los medicamentos y sobre todo a la automedicación.

Con respecto a la percepción de conocimiento, el 79,8% (178) manifiesta que sí conocen acerca de la píldora anticonceptiva oral de emergencia; Gómez et al⁽¹⁵⁾, encontraron que el 90% referían conocer sobre el anticonceptivo oral de emergencia, por lo que el tema es conocido por la mayoría de encuestadas, aportando también de manera significativa a la identificación de la percepción y de los aspectos relacionados con el conocimiento sobre la PAOE; entonces se podría aprovechar este conocimiento básico para poder profundizar acerca de ventajas, desventajas y las veces que se puede administrar, contribuyendo con ello al uso racional.

En el gráfico 11, se presentan los resultados de evaluación de conocimiento, donde en su mayoría respondieron correctamente a las preguntas 12 (69,5%), 13 (24,7%), 14 (84,8%), 15 (65,5%), 16 (60,1%), 18 (74,9%) y 19 (74,9%). En mayor porcentaje, las mujeres sí conocen el efecto principal y las circunstancias de uso de la PAOE, confirmándose con estudios peruanos como de Conde et al⁽⁷⁾ y Romero et al⁽³²⁾, que si hay conocimiento acerca de su uso y que tenían una definición correcta de la anticoncepción de emergencia, el 84,8% conoce el efecto, el 65,5% saben que se debe tomar dentro de las primeras 72 horas, además, teniendo en cuenta la información, se conoce que no interrumpe el embarazo⁽⁶⁾, se puede obtener las indicaciones⁽²⁾ precisas y esquema de uso dependiendo del tipo de píldora, pero no es considerado un método anticonceptivo habitual⁽²⁷⁾, solo puede usarse en situaciones como⁽²⁸⁾ en caso de violación, relaciones sexuales sin protección y rotura del condón; por lo que sería importante realizar campañas informativas respecto a la PAOE y otros métodos anticonceptivos.

En el gráfico 12, se muestra el grado de conocimiento del uso de la PAOE, considerando los resultados finales obtenidos respecto al número de respuestas correctas; se observar que del total de mujeres en estudio, el grado de conocimiento es regular con el 63,2% (141), donde las mujeres destacan un conocimiento correcto principalmente en aspectos como el efecto principal de la PAOE y las circunstancias de uso. Romero et al⁽³²⁾ y Choque et al⁽⁶⁾, en su trabajo afirman el poco conocimiento respecto al mecanismo tanto en personas sin la instrucción como en estudiantes relacionados a la salud.

Esto podría encaminar al aporte como futuros profesionales en Farmacia y Bioquímica y más aún entrar al grupo de Profesiones Médicas donde no sólo nuestra labor debe quedar en la dispensación, sino combinarla con la tutoría, investigación y sobre todo con la proyección social, debe ser la preocupación sensibilizar más a nuestra población acerca de este método de emergencia y otros; iniciando por nuestra realidad inmediata estudiantes de las carreras de salud y que vaya en extensión hacia el resto, que como parte de nuestra responsabilidad social logremos que la Universidad no permanezca aislada, sino que se transforme en el ente integrador de los diferentes sectores públicos y privados del ámbito educativo, de salud, municipales entre otros revisando según región su proyecto educativo local y regional para trabajar con y a favor de la población en diferentes realidades sociales y económicas.

VI. CONCLUSIONES

- ✓ Se analizó los aspectos relacionados con el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE) en mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, teniendo como resultados indicadores sociodemográficos, percepción, adquisición de conocimiento, grado de conocimiento y disponibilidad de información.

- ✓ Se conocieron los aspectos sociodemográficos que influyen en la utilización de la píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, distribución por edad, de 19 a 30 años, con un porcentaje de 70,4%, ocupación con el 59,2%, nivel de instrucción superior 61,9%, profesan la religión católica el 75,8%, zona de procedencia urbana con un porcentaje de 85,2%.

- ✓ Se identificó la percepción sobre el conocimiento, obtención de información y frecuencia de uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, relacionada con el conocimiento básico de la PAOE, la preferencia de obtener información de un profesional de la salud (médico) y negar su uso frecuente.

- ✓ Se identificaron los aspectos relacionados con el conocimiento sobre la píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, resaltando el efecto principal con un 84,8%, definición con un 69,5%, forma de administración 65,5% y las circunstancias de uso con un porcentaje de 74,9%.

- ✓ Se estableció el grado de conocimiento sobre la píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad, de la ciudad de Cajamarca, teniendo un conocimiento regular con porcentaje de 63,2%.

VII. RECOMENDACIONES

- Desarrollar programas integrales para las mujeres adolescentes y adultas de 14 a 30 años de edad, donde puedan acudir y recibir información adecuada sobre el conocimiento y uso correcto de la píldora anticonceptiva oral de emergencia, mediante estrategias de información, educación y comunicación en las unidades de salud.
- Que las instituciones participen, gestionen y faciliten intervenciones por parte del profesional de Salud quienes brinden información acerca de los diferentes métodos anticonceptivos orales de emergencia, donde se incluya la participación de maestros, padres de familia y alumnos los cuales puedan recibir la enseñanza y formación adecuada.
- Realizar un plan de capacitación sobre educación sexual y reproductiva, en anticoncepción oral de emergencia dirigido a las mujeres adolescentes y adultas de 14 a 30 años de edad de la ciudad de Cajamarca, ya que las mujeres adolescentes y adultas constituyen un grupo de riesgo, con miras a rectificar y elevar el conocimiento científicamente fundamentado acerca de sexualidad; y en especial de la píldora anticonceptiva oral de emergencia, que conduzcan a la toma de decisiones correctas y acertadas; para poder reducir los problemas latentes como es: el embarazo no deseado, abortos, enfermedades de transmisión sexual, la práctica de relaciones sexuales sin protección, siendo factores de riesgo que deterioran la calidad de vida de las mujeres adolescentes y adultas de la ciudad de Cajamarca.

VIII. LISTA DE REFERENCIAS

1. Arredondo R, Pozo M, Gómez J y Cañadas G. Conocimientos y uso de la anticoncepción de urgencia con levonorgestrel por estudiantes del grado en Enfermería y Fisioterapia. Rev. Enfermería Comunitaria. [Revista en internet]. 2016; 12 (1):pp.1-3. [citado 25 de mayo del 2017]; Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v12n1/ec10201r.php>.
2. Barcia J, Díaz S, Sancristóbal J y Rodríguez M. Anticoncepción de emergencia. Rev. Cubana de Medicina General Integral. [Revista en internet]. 2009; 25 (2): 1- 12. [citado 15 de marzo del 2017].
Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200013
3. Brasa A, Celada M, Estepa A, Menéndez M. Contracepción de emergencia: Una perspectiva desde la adolescencia. Rev. Index Enferm. [Revista en internet]. 2007; 16 (56):1:18 [citado 02 de marzo del 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100005

4. Centro de Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Sustento Normativo de la Anticoncepción Oral de Emergencia en el Perú. [Sede web]. Lima: PROMSEX; 2006; 1: 9 – 27. [citado 20 de marzo del 2017].
Disponible en:
<http://promsex.org/wpcontent/uploads/2006/08/SustentoNormativoAOE1.pdf>
5. Cheng L, Gülmezoglu A, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look P. Intervenciones para la anticoncepción de emergencia. Base de Datos de Revisiones Sistemáticas. [Internet].2012; 2 (13): 1-5 [citado 01 de abril del 2017].
Disponible en: DOI: 10.1002/14651858.CD001324.pub4.
6. Choque N, Francesca G. Conocimientos y Actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia en Internos de Medicina Humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano]. Lima: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; [Tesis en internet]; 2015. [citado 02 de marzo del 2017]. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/4094>
7. Conde S. Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente al Uso de Anticonceptivos Orales de Emergencia en Internos de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano].

Lima: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos;
[Tesis en internet]; 2014 [citado 02 de marzo del 2017]. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4047>.

8. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. Guías médicas y de entrega de servicios en América Latina y el Caribe [Sede web]. Argentina: FLASOG; 2013; 1: 5 – 13. [citado 2 marzo del 2017].

Disponible en:

http://confederaciondeconcepcion.com/descargas/PAE_Guias_medicas_y_de_entrega_de_servicios_en_America_Latina_y_el_Caribe_2013.pdf

9. Croxatto H, Devoto L, Durand M. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. Rev. Contraception. [Revista en internet]. 2001; 63 (3):111 – 21. [citado 2 de marzo del 2017] Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11368982>

10. Durand C, Palomino A. Efecto del Levonorgestrel en el endometrio. Rev. Perú. med. exp. salud publica. [Revista en internet]. 2010; 27 (2): 222 – 30. [citado 1 de abril del 2017]. Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n2/a10v27n2.pdf>

11. Durand M, Larrea F, Schiavon R. Mecanismos de la anticoncepción hormonal de emergencia: efectos del levonorgestrel anteriores y posteriores a la fecundación. Rev. salud pública. [Revista en internet]. 2011; 27 (3): 1 – 10. [citado 1 abril del 2017]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51n3/17.pdf>

12. Espín L. Evaluación del Conocimiento del uso correcto del método anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de 16 a 18 años de edad. [Tesis para obtener el Grado de Magister en Farmacia Clínica y Hospitalaria]. Ecuador: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Regional Autónoma de los Andes; [Tesis en internet]; 2016. [citado 1 abril del 2017]. Disponible en:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/5355/1/PIUAMFCH003-2016.pdf>

13. Esquivel A, Montoya A, Marín C, Ramírez C. Conocimiento, actitudes y práctica de profesionales en farmacia sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (PAE). Rev. Población y Salud en Mesoamérica. [Revista en internet]. 2012; 9 (2): 1 – 5. [citado 1 abril del 2017]. Disponible en:
<http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/725>.

14. Gainer E, Massai R, Reyes V, Forcelledo M, Caviedes R, Villarroel C. et al. Farmacocinética del levonorgestrel en el plasma y leche de mujeres lactantes que toman 1.5mg de levonorgestrel. Rev.

Hum Reprod. [Revista en internet]. 2007; 22 (6):1578 – 84. [citado 1 febrero del 2017].

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17337471>

15. Gómez S, Arguello G, Cáceres V, Gutiérrez A, Rodríguez R, Rojas M. et al. Anticoncepción de emergencia hormonal: conocimiento, actitudes y prácticas en estudiantes universitarias. Rev. Col. Enf. [Revista en internet]. 2008; 5(5): 10 – 12. [citado 20 de octubre del 2017].

Disponible en:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=245&id_seccion=3990&id_ejemplar=6607&id_articulo=65814.

16. Gonzales G. Ovario: Fisiología, desarrollo, función e involución. En Pacheco J edit. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. 2^a ed. Lima: Médica Panamericana; 2007. p. 239-47.

17. Hernández S, Fernández C. Metodología de la investigación. 6^{ta} ed. México: McGraw-Hill / Interamericana; 2014. p.12.

18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [Sede web]. Lima: INEI; 2013. [citado 2 marzo del 2017].

Disponible en:

http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas_INEI/.

19. Laguna E , Beuermann C. Cambios cíclicos del cérvix. Espermomigración.
In Cabero L, editor. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. 2ª ed. Lima:
Médica Panamericana. Tomo I; 2007. p. 252 – 54.

20. Leung V, Levine M, Soon J. Mechanisms of action of hormonal emergency
contraceptives. Rev. Pharmacotherapy. [Revista en internet]. 2012; 30 (2):
1 – 3. [citado 20 de marzo del 2017]. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1592/phco.30.2.158>

21. Leyva A, Chávez R, Atienzo E. Anticoncepción de emergencia en
estudiantes mexicanos. Rev. Salud pública de México. [Revista en internet].
2010; 52 (2): 156 – 63. [citado 20 marzo del 2017]. Disponible en:
[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/me
dia/assets/spm/v52n2/v52n2a08.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v52n2/v52n2a08.pdf)

22. Lugones M, Ramírez M. Anticoncepción de emergencia en la adolescencia.
Rev. Cubana de Pediatr. [Revista en internet]. 2012; 78 (2): 1 – 5. [citado
20 de marzo del 2017]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v78n2/ped09206.pdf>

23. Lugones M. Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en
la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr. [Revista en
internet.]. 2014; 30 (1):1 – 2. [citado 20 de marzo del 2017]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n1/mgi01114.pdf>.

24. Mayo D, Seino J. Anticoncepción de emergencia. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Revista en internet]. 2004; 30 (1): 1 – 5. [citado 1 febrero del 2017]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X200400100005
25. Ministerio de Salud. Manual de Orientación y Consejería de Salud Sexual y Reproductiva. [Sede Web]. Lima: Dirección General de Salud de las Personas; 2006. [citado 1 de febrero del 2017]. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093_DGSP88.pdf
26. Moreno J. Consideraciones al tema: Prevención del embarazo en la adolescencia. Rev. Pediatr Aten Primaria. [Revista en internet]. 2014; 16 (61):e47 – 49. [citado 1 de febrero del 2017]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/3666/366634223019.pdf>
27. Oringanje C, Meremikwu M, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri E. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Revista en internet]. 2016; Issue 2. Art. N°: CD005215. [Citado 1 de febrero del 2017]. Disponible en:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005215.pub3/epdf/abstract>

28. Peláez J. Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. *Revista Cubana de Obstet y Ginecol.* [Revista en internet]. 2008; 37 (2): 399 – 408. [citado 15 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n3/gin12311.pdf>
29. Pérez L, Aparicio C. Artículo: Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes. *Rev Nac (Itauguá).* [Revista en internet]. 2015; 7 (2): 24 - 34. [citado 17 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v7n2/v7n2a05.pdf>
30. Prabakar I y Webb A. Emergency contraception. *Rev British Medical Journal.* [Revista en internet]. 2012; 344: 61 – 64. [citado 17 de febrero del 2017]. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e1492>
31. Pretell E. Política de Anticoncepción Oral de Emergencia: La Experiencia Peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* [Revista en internet]. 2013; 30 (3): 487 – 93. [citado 2 marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a19v30n3.pdf>
32. Romero L, Llanos L, Salhuana J, Mayca J, Quijano B. Conocimientos y actitudes de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia.

- Rev Med Hered. [Revista en internet]. 2007; 18 (2): 92 – 98. [citado 2 de marzo del 2017]. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/936/902>
33. Saona P. El ciclo menstrual. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. [Internet]. Médica Panamericana. Lima: 2007. p. 249-51.
34. Suárez J. Otra mirada al embarazo en la adolescencia. Rev haban cienc. [Revista en internet]. 2011; 1 (10): 155 – 157. [citado 2 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180418876020>
35. Suárez V, Zavala R, Ureta J, Hajar G, Lucero J, Pachas P. Efecto del levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia en la ovulación, el endometrio y los espermatozoides. Rev Peru Med Exp Salud Pública. [Revista en internet]. 2010; 27 (2): 222 – 30. [citado 2 marzo del 2017]. Disponible en:
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1468>
36. Szames C, Vásquez S, Discacciati V. Conocimiento, utilización y obtención de la anticoncepción hormonal de emergencia por adolescentes en Rauch, provincia de Buenos Aires. Rev Argent Salud Pública. [Revista en internet]. 2012; 3 (11): 1 – 7. [citado 2 de marzo del 2017]. Disponible en:

http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen11/articulo_conocimiento.pdf

37. Torres J. Las gonadotropinas y su regulación neuroendocrina. In Cabrillo E, editor. Ginecología, Obstetricia y Reproducción 2da ed. Tomo I. Médica Panamericana. Lima: 2007. p. 177-182.

38. Trussell J, Raymond E, Cleland, K. Anticonceptivo de emergencia: una última oportunidad para prevenir embarazos no deseados. [Sede web]. Nueva Jersey: Universidad de Princeton; 2016. [citado 17 abril del 2017]. Disponible en: <https://ec.princeton.edu/questions/ec-review-espanol.pdf>

39. Valdez D, Failoc V. Conductas sexuales y uso de anticonceptivos en universitarias en ciencias de salud en Huacho. Rev Exp Med. [Revista en internet]. 2017; 3 (1): 5 – 8. [citado 23 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/74/69>

ANEXOS

Anexo 1: Tesistas aplicando las encuestas en la Plazuela Bolognesi.



Anexo 2: Tesistas aplicando las encuestas en la Plaza de Armas de Cajamarca.



Anexo 3: Tesistas aplicando las encuestas en el Mercado Chancha Mayo



Anexo 4: Tesistas aplicando las encuestas a las afueras del Centro Comercial el Quinde de Cajamarca



Anexo 5: Tesistas aplicando las encuestas en la Universidad Antonio Guillermo Urrelo de Cajamarca.



Anexo 6: Tesistas aplicando las afueras de la Universidad Nacional de Cajamarca



Anexo 7: Nota de consentimiento informado

La investigación en la que se solicita su participación está basada en la realización del trabajo final para obtener el título profesional de Químico Farmacéutico. La información recabada en la siguiente encuesta, el cual es voluntario y anónimo, está dirigida a análisis sobre el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia en mujeres de 14 a 30 años de edad de la ciudad de Cajamarca. A continuación, le solicitamos leer atentamente los siguientes enunciados. Luego, y si está de acuerdo con ellos, le pedimos que firme la nota en el lugar indicado.

Me han informado que:

- Se me administrará una encuesta el cual será voluntario y anónimo.
- Mi participación no implica riesgos o molestia alguna para mi persona.
- Los investigadores responderán a cualquier duda relacionada con el trabajo que están realizando.
- Soy libre de abandonar la investigación en cualquier momento, sin consecuencias negativas por esta decisión. El trabajo cumple con las normativas éticas para la investigación con humanos. La información a difundir no presentará ningún dato que permita la identificación de los participantes. Esta nota de consentimiento será separada de su respectiva encuesta, archivándola y velando por el secreto profesional.

Estoy de acuerdo con los enunciados en este consentimiento, por lo que apruebo la publicación de los resultados obtenidos en la encuesta.

Firma del encuestado.....

9. ¿Ha usado alguna vez la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE)

SI () NO ()

10. ¿Con qué frecuencia hizo uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE)?

Nunca ()

Muy poco ()

A veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

11. ¿En dónde adquirió este conocimiento sobre la píldora anticonceptiva oral de emergencia?

- a) Colegio
- b) Internet
- c) A través de un profesional de salud
- d) Televisión
- e) No lo sé
- f) Otros

12. ¿Qué es una píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE)?

- a) La píldora del día después.
- b) Es un fármaco para prevenir un embarazo después de una relación sexual coital desprotegida.
- c) La píldora que se toma todos los días
- d) No lo sé

13. ¿Sabe usted de qué manera actúan los anticonceptivos orales de emergencia?

- a) Es abortiva
- b) Retarda e Impide la ovulación
- c) No permite la fecundación
- d) No lo sé

14. ¿Qué efecto se consigue al tomar un anticonceptivo oral de emergencia?

- a) Evita quedar embarazada
- b) Previene infecciones de transmisión sexual
- c) Provoca un aborto
- d) No lo sé

15. Después de que tiempo de la relación sexual sin protección se debe tomar la PAOE.

- a) A los 6 días
- b) Dentro de las primeras 72 horas.
- c) Inmediatamente después de la relación sexual
- d) No lo sé

16. ¿Si una persona tomó una píldora anticonceptiva oral de emergencia PAOE, sabe usted en que tiempo puede volver a usarla?

- a) En una semana
- b) En un mes
- c) En 4 meses
- d) En un año
- e) No lo sé

17. ¿Sabe usted cuales son los efectos secundarios del uso del PAOE?

- a) Si ¿Cuáles?.....
- b) No

18. ¿En qué circunstancias considera que se debe utilizar la PAOE?

- a) Violación, relaciones sexuales sin protección, rotura de condón,
- b) Olvido de tomar la píldora anticonceptiva de uso diario.
- b) En todas las relaciones sexuales
- c) No lo sé

19. ¿Según usted si una mujer embarazada toma un PAOE; qué sucedería?

- a) No sucede nada
- b) Causa un aborto
- c) Malformación en el feto
- d) Complicaciones con la salud de la madre

20. ¿Recomendaría Usted el uso del PAOE a sus amigos y familiares?

SI () NO ()

¿Porqué?.....

.....

Anexo 9:

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)

Proyecto: Análisis sobre el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE) en mujeres de 14 a 30 años de edad en la ciudad de Cajamarca, 2018

CRITERIOS	INDICADORES	Proporción de Concordancia
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado	0,8
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables	0,7
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0,8
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento	0,7
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0,7
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0,6
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0,7
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0,7
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación	0,8
TOTAL		6,5
		0,72

Firma del juez.

Dr. José Ander Aseño Alarcón
 JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Cajamarca, enero 2018

Anexo 10:

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)

Proyecto: Análisis sobre el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE) en mujeres de 14 a 30 años de edad en la ciudad de Cajamarca, 2018

CRITERIOS	INDICADORES	Proporción de Concordancia
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado	0,9
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables	0,8
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0,7
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento	0,8
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0,8
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0,7
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0,7
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0,8
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación	0,8
TOTAL		7,0
		0,78



Yennil Lary Valderrama Saavedra
QUÍMICO FARMACEUTICO
C.Q.F.P. 11182

Firma del juez. *MAGISTER EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD*

Cajamarca, enero 2018

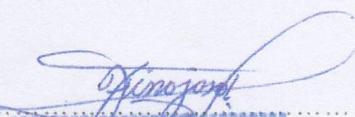
Anexo 11:

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)

Proyecto: Análisis sobre uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE) en mujeres de 14 a 30 años de edad en la ciudad de Cajamarca, 2018

CRITERIOS	INDICADORES	Proporción de Concordancia
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado	0,9
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables	0,8
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0,7
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento	0,6
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0,8
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0,8
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0,9
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0,9
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación	0,8
TOTAL		7,2
		0,8

Firma del juez.



Dr. René A. Hinojosa Benavides
Jefe de la Oficina General de Investigación
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE QUITA

Cajamarca, enero 2018

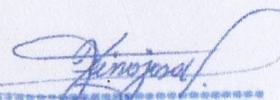
Anexo 12:

Análisis sobre uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE) en mujeres de 14 a 30 años de edad en la ciudad de Cajamarca, 2018.

CRITERIOS	INDICADORES	CÓDIGO					Proporción de Concordancia
		A	B	C	D	TOTAL	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado	0,8	0,9	0,9		2,6	0,87
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables	0,7	0,8	0,8		2,3	0,77
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0,8	0,7	0,7		2,2	0,73
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento	0,7	0,8	0,6		2,1	0,7
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0,7	0,8	0,8		2,3	0,77
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0,6	0,7	0,8		2,1	0,7
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0,7	0,7	0,9		2,3	0,77
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0,7	0,8	0,9		2,4	0,8
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación	0,8	0,8	0,8		2,4	0,8
TOTAL		6,5	7,0	7,2		20,7	
						P =	0,77

CÓDIGO	JUECES O EXPERTOS
A	JOSÉ ANDER ASENJO ALARCON
B	YENNIL LARRY VALDEERRANA SALVEDRA
C	RENE ANTONIO HINOJOSA BENAVIDES

Presidente de jueces:



Dr. René A. Hinojosa Benavides
Jefe de la Oficina General de Investigación
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA