



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS
CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN
ORAL DE EMERGENCIA EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS DURANTE
EL AÑO 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR: CINTYA NIEVES SIVINCHA BEJAR

ASESOR: Mg. HUGO GUTIÉRREZ CRESPO

**LIMA – PERÚ
JUNIO, 2018**

ÍNDICE

CARÁTULA	I
PÁGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 Descripción de la realidad problemática	2
1.2 Delimitación de la investigación	5
1.3 Formulación del problema	5
1.3.1 Problema principal	5
1.3.2 Problemas secundarios	6
1.4 Objetivos	6
1.4.1 Objetivo general	6
1.4.2 Objetivos específicos	6
1.5 Hipótesis de investigación	6
1.5.1 Hipótesis	6
1.5.2 Identificación y clasificación de variables e indicadores	7
1.6 Diseño de la investigación	11
1.6.1 Tipo de investigación	11
1.6.2 Nivel de la investigación	11
1.6.3 Método	11
1.7 Población y muestra	12
1.7.1 Población	12
1.7.2 Muestra	12
1.7.3 Criterios de inclusión	13
1.7.4 Criterios de exclusión	13

1.8	Técnicas e instrumentos	14
1.8.1	Técnica	14
1.8.2	Instrumento	14
1.8.3	Prueba Piloto	18
1.9	Justificación e importancia de la investigación	18
1.9.1	Justificación de la investigación	18
1.9.2	Importancia de la investigación	19
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO		20
2.1	Fundamentos teóricos de la investigación	20
2.1.1	Antecedentes	20
2.1.2	Bases teóricas	25
2.1.3	Definición de términos	35
CAPÍTULO III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		37
3.1	Presentación de resultados	37
3.2	Interpretación, análisis y discusión de los resultados	58
CONCLUSIONES		63
RECOMENDACIONES		64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		65
ANEXOS		72
Anexo A: Consentimiento informado		
Anexo B: Instrumento		
Anexo C: Matriz de consistencia		
Anexo D: Juicio de expertos y grado de concordancia		
Anexo E: Confiabilidad del instrumento para la variable conocimiento		
Anexo F: Categorización de la variable conocimiento mediante Escala de Estaninos		
Anexo G: Categorización de la dimensión generalidades de la variable conocimiento mediante Escala de Estaninos		

- Anexo H: Categorización de la dimensión mecanismo de acción de la variable conocimiento mediante Escala de Estaninos
- Anexo I: Categorización de la dimensión eficacia de la variable conocimiento mediante Escala de Estaninos
- Anexo J: Categorización de la dimensión efectos secundarios de la variable conocimiento mediante Escala de Estaninos
- Anexo K: Categorización de la dimensión esquema de toma de la variable conocimiento mediante Escala de Estaninos
- Anexo L: Confiabilidad del instrumento para la variable actitudes
- Anexo M: Categorización de la variable actitudes mediante Escala de Estaninos
- Anexo N: Categorización de la dimensión cognoscitiva de la variable actitudes mediante Escala de Estaninos
- Anexo Ñ: Categorización de la dimensión afectiva de la variable actitudes mediante Escala de Estaninos
- Anexo O: Categorización de la dimensión conductual de la variable actitudes mediante Escala de Estaninos
- Anexo P: Autorización para la aplicación del instrumento.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Operacionalización de las variables	7
Tabla 2.	Muestra probabilística estratificada de la población.	13
Tabla 3.	Distribución de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas por grupos de edad.	37
Tabla 4.	Distribución de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas por año académico.	39
Tabla 5.	Distribución por intervalos de edades de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas con respecto al inicio de relación sexual.	40
Tabla 6.	Metodos anticonceptivos usados por de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	41
Tabla 7.	Valores observados del nivel de conocimiento y actitudes en anticoncepción oral de emergencia.	56
Tabla 8.	Valores esperados del nivel de conocimiento y actitudes en anticoncepción oral de emergencia.	56
Tabla 9.	Cálculo del valor de chi cuadrado	57
Tabla 10.	Prueba de chi-cuadrado de Pearson para relación de significancia de conocimiento y actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia.	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Distribución de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas por estado civil.	38
Figura 2.	Distribución de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas por creencia religiosa.	39
Figura 3.	Inicio de relaciones sexuales en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	40
Figura 4.	Uso de métodos anticonceptivos en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	41
Figura 5.	Respuestas sobre conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión generalidades de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	42
Figura 6.	Respuestas sobre conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión mecanismo de acción de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	43
Figura 7.	Respuestas sobre conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión eficacia de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	44
Figura 8.	Respuestas sobre conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión efectos secundarios de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	45
Figura 9.	Respuestas sobre conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión esquema posológico de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	46
Figura 10.	Nivel de conocimiento por dimensiones en estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	47
Figura 11.	Nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes por año académico de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	48

Figura 12.	Nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	49
Figura 13.	Respuestas de actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión cognoscitiva de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	50
Figura 14.	Respuestas de actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión afectiva de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	51
Figura 15.	Respuestas de actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión conductual de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	52
Figura 16.	Actitudes por dimensiones en estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	53
Figura 17.	Actitud sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes por año académico de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	54
Figura 18.	Actitud sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.	55

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a mis padres Lidia y Feliciano y a mis hermanos, quienes me dan fortaleza para seguir adelante y me ofrecen su amor incondicional.

A mis abuelos Francisco y Julián, aunque ya no estén conmigo, sé que me acompañan en cada momento.

Agradecimiento

A mis Padres y demás familiares, quienes en el transcurso de mi vida han velado por mi bienestar y educación.

Al asesor Hugo Gutiérrez Crespo por su disposición y ayuda en la realización de este estudio.

Al Dr. Juan Gualberto Trelles Yenque, Decano de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas por el permiso para la aplicación del instrumento.

A los estudiantes de la Escuela de Medicina por colaborar con el estudio.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017.

Material y método: Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, prospectivo, de corte transversal. La población estuvo conformado por 180 estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue una encuesta autoadministrada. Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 23.0.

Resultados: Se obtuvo que el 42,8% están entre los 20 a 24 años de edad, el 78,9% iniciaron sus relaciones sexuales, de los cuales solo el 47,2% usan métodos anticonceptivos y siendo así el condón masculino el anticonceptivo más utilizado. El 51,1% de los estudiantes presentó nivel de conocimiento medio, el 31,7% presentó nivel de conocimiento bajo y el 17,2% tuvo nivel de conocimiento alto. El 53.9% de los estudiantes presentaron actitud indecisa sobre el anticonceptivo oral de emergencia, el 35.5% presentó una actitud favorable y el 10.6% una actitud desfavorable. Mediante la prueba chi-cuadrado de Pearson se comprobó que sí existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre la anticoncepción oral de emergencia, siendo el valor de significancia 0.033.

Conclusiones: Los estudiantes de medicina presentaron un nivel de conocimiento medio y una actitud indecisa sobre la anticoncepción oral de emergencia.

Palabras Clave: Conocimiento, actitudes, anticoncepción oral de emergencia, estudiantes.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge and attitudes about oral emergency contraception in the students of Human Medicine of Alas Peruanas University during the year 2017.

Material and method: Quantitative, descriptive correlational, prospective cross-sectional study. The population corresponds to 180 students of the Professional School of Human Medicine. The instrument that was used for data collection was a self-administered survey. The data were analyzed in the statistical program SPSS version 23.0.

Results: It was obtained that 42,8% are between 20 to 24 years old, 78.9% started their sexual relations, of which only 47,2% use contraceptive methods and being the male condom the contraceptive most used. 51,1% of the students had an average level of knowledge, 31,7% had a low level of knowledge and 17,2% had a high level of knowledge. 53,9% of the students presented an indecisive attitude about the oral emergency contraceptive, 35.5% presented a favorable attitude and 10,6% presented an unfavorable attitude. Using Pearson's chi-squared test, it was found that there is a relationship between the level of knowledge and the attitude about oral emergency contraception, the value of significance being 0.033.

Conclusions: Medical students presented a level of intermediate knowledge and an indecisive attitude about oral emergency contraception.

Keywords: Knowledge, attitudes, oral emergency contraceptive, students.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente 16 millones de adolescentes están embarazadas entre las edades de 15 a 19 años. Alrededor de 1 millón de menores de 15 años dan a luz cada año y aproximadamente 3 millones de adolescentes se someten a abortos peligrosos. La anticoncepción de emergencia está aprobada por la OMS, como método anticonceptivo de alto valor para evitar embarazos no deseados o no planificados.

El Ministerio de Salud del Perú ofrece a los jóvenes de manera gratuita una gama de métodos anticonceptivos de planificación familiar el cual le permite a la persona que disfrute de su vida sexual responsablemente y así pueda prevenir un embarazo precoz o gestación no deseada. En el programa de planificación familiar está incluida la distribución y entrega de la anticoncepción oral de emergencia en los servicios públicos de salud, donde se brinda una orientación adecuada para el uso de este anticonceptivo.

La anticoncepción oral de emergencia (AOE) es considerada una alternativa anticonceptiva que puede usarse dentro de los primeros días posteriores a una relación sexual sin protección o por falla de algún método anticonceptivo, con el objetivo de prevenir un embarazo no planificado.

Existen algunos estudios donde la población estudiada son internos de medicina, pero muy pocos se enfocan en los estudiantes que cursan aún la carrera, por ello, el presente trabajo tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017. Es fundamental tener en cuenta los conocimientos previos y las actitudes que poseen los estudiantes de Medicina Humana sobre la anticoncepción oral de emergencia, porque estos son próximos a ser internos y futuros profesionales de la salud, los cuales no serán ajenos en brindar orientación de métodos anticonceptivos a los usuarios o usuarias que pidan por ella.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo realizado en Cairo en 1994, buscaron un nuevo enfoque sobre la salud reproductiva, dando prioridad a la equidad e igualdad de género, con el objetivo de que las mujeres tomen sus propias decisiones y cubran sus necesidades de salud y bienestar, esto se debe a que anteriormente las personas consideraron que el control de nacimientos es tarea solo de la mujer, porque pensaron que eso se debe a que ella es la que ejerce la maternidad. Pero en los últimos años ese concepto ha ido cambiado, porque la natalidad o la procreación es un problema en el cual deben intervenir tanto la mujer como el hombre¹.

El embarazo no deseado y su consecuencia más grave es el aborto inducido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 2010 al 2014 se produjeron anualmente 56 millones de abortos en todo el mundo. El 25% del total de embarazos acabó en aborto provocado y se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos ellos en países en desarrollo².

Los esfuerzos para reducir la incidencia de embarazos no deseados se han centrado en las mujeres, sin embargo los varones también juegan un papel en la prevención del embarazo, en la toma de decisiones de anticonceptivos y de la maternidad^{3,4,5}.

La orientación anticonceptiva masculina típicamente se concentra en el método de barrera que es el condón masculino. Las organizaciones como la Academia Americana de Pediatría, la Sociedad de Salud y Medicina de los Adolescentes y los Centros para Control de las Enfermedades recomiendan que los proveedores de la salud ofrezcan la información en cuanto al anticonceptivo de emergencia a todos sus pacientes, tanto a varones y mujeres, porque la educación de jóvenes sobre el anticonceptivo de emergencia podría aumentar el uso en la compañera sexual en situaciones que solo se requieran y promover la participación masculina en la toma de decisiones en la anticoncepción^{4,5}.

En África Subsahariana se han realizado numerosos estudios sobre el conocimiento de los estudiantes universitarios sobre la anticoncepción de emergencia, estos estudios han reportado varios niveles de conocimiento del anticonceptivo de emergencia para Nigeria (50,7%), Uganda (45%), Camerún (67%), Etiopía (43,5%) y Sudáfrica (56,5%). En Ghana, se realizó un estudio en estudiantes de la Universidad Cape Coast, aunque la mayoría de los encuestados eran sexualmente activos, el conocimiento de la anticoncepción de emergencia así como su uso era relativamente bajo entre ellos⁶.

En Europa, Italia, se declaró que los adultos pueden comprar píldoras anticonceptivas de emergencia sin la obligación de una prescripción médica, sin embargo los menores necesitan la prescripción de un doctor o ginecólogo para que las píldoras puedan ser compradas en farmacias⁷. En una investigación llevada a cabo en Puglia, sur de Italia, 754 mujeres entre 17-30 años, el 16% de las participantes reportaron haber usado el anticonceptivo de emergencia, las razones dadas para recurrir a ella fueron: rotura del preservativo (57%), la falta de pensamiento sobre el riesgo de un embarazo no deseado (25%), y la falta de disponibilidad de los anticonceptivos en el momento del coito (18%)⁸.

Los datos disponibles en estudiantes de 8 escuelas de nivel secundario entre las regiones de Piamonte, Lombardía y Toscana mostraron que los estudiantes de sexo masculino acentuaron la importancia de la anticoncepción de emergencia, relatando fuertes sentimientos de preocupación y miedo hacia la paternidad en la adolescencia; los estudiantes mostraron actitudes positivas sobre los casos en que se indica el uso de la anticoncepción oral de emergencia como en rotura del condón, errores en el consumo de píldora anticonceptiva y en casos de violación sexual⁹.

En América, Estados Unidos, la anticoncepción de emergencia ofrece una alternativa importante si se tiene relaciones sexuales sin protección. La Administración de Alimentos y Fármacos ha apoyado el acceso sin receta médica a varones para comprar el anticonceptivo de emergencia, con las mismas restricciones de la edad en cuanto a mujeres¹⁰.

En un estudio realizado a estudiantes de la Universidad de Alaska, el 93% de las mujeres informaron tener conocimiento previo de la anticoncepción de emergencia, mientras que el 88% de los hombres lo tenía. De los estudiantes que informaron conocimientos previos, 19 estudiantes (21%) habían recibido previamente consejería; dieciséis mujeres informaron que habían recibido consejería, en comparación con tres hombres¹¹. Las principales fuentes de información fueron identificadas en los amigos, la familia, y los medios de comunicación, ya que son fuentes accesibles, y los jóvenes se sienten más cómodos hablando con amigos o utilizando medios de comunicación¹².

En Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Varones realizada en el año 2008 con una población comprendida de 15 a 59 años de edad, el 52.7% conocían acerca de la anticoncepción de emergencia¹³. En otra investigación, en el 2016 ENDES - Nacional y Regional dispuso información sobre el uso del anticonceptivo oral de emergencia en mujeres, pero no sobre conocimiento, del cual 0.1% de ellas lo usan en edades de 15 a 49 años¹⁴.

El conocimiento y las actitudes que tienen los estudiantes de medicina humana sobre anticoncepción oral de emergencia han recibido muy poca atención en investigaciones, a pesar de que son próximos a ser internos y futuros profesionales de la salud, los cuales no serán ajenos en brindar orientación de métodos anticonceptivos por petición del usuario.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación temporal:

Este proyecto se realizó durante el año 2017.

1.2.2 Delimitación geográfica:

Este proyecto se llevó a cabo en la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas, ubicada en el departamento de Lima, provincia de Lima, distrito de Pueblo Libre.

1.2.3 Delimitación social:

El grupo de estudio son los estudiantes de Medicina Humana de 1^{er} a 5^o año académico.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema principal:

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017?.

1.3.2 Problemas secundarios:

- a. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017?
- b. ¿Cuáles son las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017?

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1 Objetivo general:

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017.

1.4.2 Objetivos específicos:

- a. Identificar el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017.
- b. Determinar las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017.

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis alterna y nula:

- H_a : Sí existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017.

- Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017.

1.5.2 Identificación y clasificación de variables e indicadores:

a. Variable independiente: Conocimiento en anticoncepción oral de emergencia.

b. Variable dependiente: Actitudes en anticoncepción oral de emergencia.

TABLA 1. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Conocimiento en Anticoncepción oral de emergencia	Generalidades	Nivel de conocimiento bajo	¿Qué es la planificación familiar?
			¿Qué es la anticoncepción de emergencia?
		Nivel de conocimiento medio	La anticoncepción de emergencia no es un método de planificación familiar.
			¿Cuál de los siguientes métodos de anticoncepción oral de emergencia son utilizados en el Perú?
			¿En qué caso no se indica el uso de la anticoncepción de emergencia?.
			¿Cuál es la contraindicación de la anticoncepción de emergencia?
Nivel de conocimiento alto.	¿Cuál es la composición o fármaco del método de Yuzpe?.		

			¿Cuál es la composición o fármaco del método solo progestágeno?.
Mecanismo de Acción	Nivel de conocimiento bajo		¿Cuál es el mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia?
			Al usar la anticoncepción oral de emergencia ¿Qué hormona es alterada para impedir la salida del ovocito del folículo ovárico?
		Nivel de conocimiento medio	¿Qué efecto produce la anticoncepción oral de emergencia sobre los espermatozoides?
		Nivel de conocimiento alto.	Al usar la anticoncepción oral de emergencia ¿Qué efecto produce el moco cervical en los espermatozoides?
Eficacia	Nivel de conocimiento bajo		Con respecto a la eficacia del método Yuzpe ¿Cuál es la alternativa correcta?
	Nivel de conocimiento medio		Con respecto a la eficacia del método de sólo progestágeno. ¿Cuál es la alternativa correcta?
	Nivel de conocimiento alto.		
Efectos secundarios	Nivel de conocimiento bajo		Con respecto a los posibles efectos secundarios de la anticoncepción oral de emergencia. ¿Cuál es la alternativa correcta?.

		Nivel de conocimiento medio	¿En cuál de los métodos de anticoncepción oral de emergencia ocurren con más frecuencia los efectos secundarios?
		Nivel de conocimiento alto.	
		Nivel de conocimiento bajo	¿Cómo se administra el método de Yuzpe?
			¿Cuál de las siguientes dosis se usa en cada toma con el método de Yuzpe?.
			¿Cuál de las siguientes dosis se usa en una sola toma del método sólo progestágeno?.
		Nivel de conocimiento medio	¿Cuál de las siguientes dosis se usa en dos tomas del método sólo progestágeno?.
			Como se administra el método sólo progestágeno?.
Nivel de conocimiento alto.	¿Qué se debe hacer si ocurre vómito dentro de las dos horas después de haber tomado la primera dosis de anticonceptivo oral de emergencia?		
	¿Con qué frecuencia se debe usar el anticonceptivo oral de emergencia.		
Actitudes en Anticoncepción oral de emergencia	Cognoscitivo	Actitud desfavorable	Considero que la anticoncepción oral de emergencia es abortiva.
		Actitud indecisa	Considero que la anticoncepción oral de emergencia daña al embrión si la mujer ya estuviese embarazada.

		Actitud favorable	Considero que la anticoncepción oral de emergencia interfiere en la implantación.
			Considero que el uso repetido del anticonceptivo oral de emergencia aumenta la efectividad para prevenir un embarazo.
	Afectivo	Actitud desfavorable	Me siento avergonzado (a) después de usar la anticoncepción oral de emergencia.
			Me siento avergonzado (a) o juzgado (a) al comprar el anticonceptivo oral de emergencia.
		Actitud indecisa	Me siento avergonzado (a) o juzgado (a) por sugerir la compra del anticonceptivo oral de emergencia a un usuario.
		Actitud favorable	Me opongo a que el anticonceptivo oral de emergencia sea entregado en los establecimientos de salud.
	Conductual	Actitud desfavorable	Consideraría asistir al establecimiento de salud para recibir gratuitamente el anticonceptivo oral de emergencia.
		Actitud indecisa	Si pudiera brindar consejería sobre la anticoncepción oral de emergencia a los usuarios, estos sabrían darle uso adecuado.
		Actitud favorable	

			Creo que acudir a una farmacia para adquirir el anticonceptivo oral de emergencia toma menos tiempo que adquirirlo en un establecimiento de salud.
			Considero que ir al establecimiento de salud para recibir consejería es la mejor manera de informarme sobre la anticoncepción oral de emergencia.

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de Investigación

Descriptivo, porque tiene el propósito de explicar un fenómeno especificando las propiedades importantes del mismo. Correlacional, porque tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre dos variables. Prospectivo, porque pretende determinar relaciones entre variables sobre hechos que ocurrirán en adelante. Transversal, porque se recolectara los datos en un solo momento, en un tiempo único¹⁵.

1.6.2 Nivel de Investigación

Aplicativo porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren, confronta la teoría con la realidad¹⁵.

1.6.3 Método

Cuantitativo porque toma como centro a las mediciones numéricas para llegar a responder las preguntas de investigación¹⁵.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

La población estuvo conformado por 337 estudiantes de 1^{er} a 5^o año académico, según los registros oficiales de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.

- **Unidad de análisis:** Estudiante matriculado de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.

1.7.2 Muestra

La muestra de estudio corresponde a la denominada muestra probabilística estratificada proporcionalmente para la población de estudiantes por ciclo académico. Previamente se determinó el tamaño de la muestra utilizando la siguiente formula:

Fórmula: $n = \frac{z^2 p \cdot q}{e^2}$	Datos: Z: nivel de confiabilidad P: éxito Q: fracaso E: error
$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2}$	⇒ n=385 (población)
$N = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$	⇒ $N = \frac{385}{1 + \frac{384}{337}}$ ⇒ N= 180

El tamaño de la muestra fue de 180 estudiantes. Después de calcular la muestra, se utilizó el tipo de muestreo probabilístico estratificado.

Fórmula para cálculo del factor de proporción:

$F = \frac{n}{N}$	Datos: n: muestra N: población
$F = \frac{180}{337}$	⇒ F= 0.5341

Tabla 2. Muestra probabilística estratificada de la población.

Estratos	Población	Determinación de la muestra (F)	Muestra por estratos (Población x F)
1 ^{er} año	83		45
2 ^o año	98		52
3 ^{er} año	53		28
4 ^o año	57	0.5341	31
5 ^o año	46		24
Total	337		180

Fuente: Elaboración propia.

La muestra probabilística estratificada consistió en dividir toda la población de estudiantes de Medicina Humana, es decir que se halló la cantidad de estudiantes que participarían en el estudio por año académico. Para la aplicación del instrumento se empleó muestreo aleatorio simple, es decir, que los estudiantes fueron elegidos al azar para el estudio.

1.7.3 Criterios de inclusión

- Estudiantes de Medicina Humana de 1^{er} a 5^o año académico.
- Estudiantes que aceptaron el consentimiento para participar voluntariamente en el estudio.

1.7.4 Criterios de exclusión

- Estudiantes no matriculados en Medicina Humana de 1^{er} a 5^o año académico.
- Estudiantes que no aceptaron el consentimiento para participar en el estudio.
- Estudiantes que no asistieron el día de la aplicación del instrumento.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnica

En la recolección de datos se aplicó una encuesta autoadministrada, con previa autorización del consentimiento informando del participante (ver anexo A).

La base de datos fue elaborada en Microsoft Excel 2013 v15.0, posteriormente para el procesamiento de los datos obtenidos por el instrumento se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Scienses versión 23.0., donde se elaboró tablas y gráficos.

Para el análisis de la hipótesis se utilizó una prueba no paramétrica, llamada Prueba de Chi cuadro de Pearson, este estadístico permite medir la correlación entre variables y si esta es significativa o no, permitiendo rechazar o aceptar la hipótesis nula o alterna de la investigación.

1.8.2 Instrumento

El instrumento, consta de datos generales de cada participante como son: edad, sexo, estado civil, religión, ciclo de estudio, inicio de relaciones sexuales y uso de método anticonceptivo actual (ver anexo B).

- **Cuestionario de Conocimiento**

Será evaluado de acuerdo a un cuestionario, conformado por 23 preguntas cerradas, con 4 alternativas cada una.

Consta de 5 dimensiones:

- a) Generalidades: 8 preguntas.
- b) Mecanismo de acción: 4 preguntas
- c) Eficacia : 2 preguntas.
- d) Efectos secundarios: 2 preguntas.
- e) Esquema posológico: 7 preguntas.

Nivel de medición ordinal por preguntas cerradas dicotómicas, es

decir, 1 punto por respuesta correcta y 0 por respuesta incorrecta.

La validación se realizó mediante el juicio de expertos, para lo cual el cuestionario fue evaluado por 3 obstetras expertos en el tema que cumplieron con los criterios requeridos, obteniendo como valor de concordancia entre jueces 0.77 (ver anexo D).

La confiabilidad del cuestionario de conocimiento se realizó mediante la prueba piloto, para lo cual se encuestaron a 20 estudiantes que tenían similares características a la población de estudio. Para hallar el grado de confiabilidad del instrumento conocimiento se utilizó el análisis estadístico de Kuder Richardson, obteniendo como coeficiente de confiabilidad 0.70, siendo resultado de alta confiabilidad (ver anexo E).

Para la categorización de la variable conocimiento se utilizó la Escala de Estaninos, dando como intervalos: (ver anexo F).

- Nivel de conocimiento bajo: 0-8 puntos
- Nivel de conocimiento medio : 9-15 puntos
- Nivel de conocimiento alto: 16-23 puntos

Para la categorización de las dimensiones de la variable conocimiento también se utilizó la Escala de Estaninos, dando como intervalos:

- Dimensión generalidades:
 - Nivel de conocimiento bajo: 0-3 puntos
 - Nivel de conocimiento medio: 4-6 puntos
 - Nivel de conocimiento alto: 7-8 puntos (ver anexo G).
- Dimensión mecanismo de acción:
 - Nivel de conocimiento bajo: 0 puntos
 - Nivel de conocimiento medio: 1-3 puntos
 - Nivel de conocimiento alto: 4 puntos (ver anexo H).
- Dimensión eficacia:
 - Nivel de conocimiento bajo: 0 puntos

- Nivel de conocimiento medio: 1 puntos
- Nivel de conocimiento alto: 2 puntos (ver anexo I).
- Dimensión efectos secundarios:
 - Nivel de conocimiento bajo: 0 puntos
 - Nivel de conocimiento medio: 1 punto
 - Nivel de conocimiento alto: 2 puntos (ver anexo J).
- Dimensión esquema posológico:
 - Nivel de conocimiento bajo: 0 puntos
 - Nivel de conocimiento medio: 1-5 puntos
 - Nivel de conocimiento alto: 6-7 puntos (ver anexo K).

- **Escala de Actitudes**

Conformado por un cuestionario de 12 enunciados, dividido en 3 dimensiones:

- a) Componente cognoscitivo: 4 enunciados.
- b) Componente Afectivo: 4 enunciados.
- c) Componente conductual: 4 enunciados.

Nivel de medición ordinal mediante la escala de Likert.

Las opciones y puntaje de las dimensiones cognoscitivo y afectivo son:

- Totalmente de acuerdo: 1 punto
- De acuerdo: 2 puntos
- Indiferente: 3 puntos
- En desacuerdo: 4 puntos
- Totalmente en desacuerdo: 5 puntos

Las opciones y puntaje de la dimensión conductual son:

- Totalmente de acuerdo: 5 puntos
- De acuerdo: 4 puntos
- Indiferente: 3 puntos
- En desacuerdo: 2 puntos
- Totalmente en desacuerdo: 1 punto

Siendo el mínimo puntaje 12 puntos y el mayor puntaje 60 puntos.

La validación se realizó mediante el juicio de expertos, para lo cual el cuestionario fue evaluado por 3 jueces obstetras expertos en el tema, que cumplieron con los criterios requeridos, obteniendo como valor de concordancia entre jueces 0.77 (ver anexo D).

La confiabilidad del cuestionario de actitudes se realizó mediante la prueba piloto, para lo cual se encuestaron a 20 estudiantes que tenían similares características a la población de estudio. Para hallar la confiabilidad de los enunciados de Actitudes se utilizó el análisis estadístico de Alfa de Cronbach, obteniendo como coeficiente de confiabilidad 0.722, siendo la confiabilidad alta (ver anexo L).

Para la categorización de la variable actitudes se utilizó la Escala de Estaninos, dando como intervalos: (ver anexo M).

- Actitud desfavorable: 12 a 34 puntos
- Actitud indecisa: 35 a 47 puntos
- Actitud favorable: 48 a 60 puntos

Para la categorización de las dimensiones de la variable actitudes también se utilizó la Escala de Estaninos, dando como intervalos:

- Dimensión cognoscitiva:
 - Actitud Desfavorable: 4-8 puntos
 - Actitud Indecisa: 9-15 puntos
 - Actitud Favorable: 16-20 puntos (ver anexo N).
- Dimensión afectiva:
 - Actitud Desfavorable: 4-10 puntos
 - Actitud Indecisa: 11-18 puntos
 - Actitud Favorable: 19-20 puntos (ver anexo Ñ).
- Dimensión conductual:

- Actitud Desfavorable: 4-11 puntos
- Actitud Indecisa: 12-17 puntos
- Actitud Favorable: 18-20 puntos (ver anexo O).

1.8.3 Prueba piloto

En la prueba piloto se utilizó la encuesta autoadministrada a 20 estudiantes voluntarios que tenían similares características a la población de estudio.

Mediante este procedimiento, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- El tiempo promedio invertido en la realización de la encuesta fue de 15 minutos.
- Respecto a la claridad de los enunciados, no hubo problemas de interpretación en la sección de conocimientos ni de actitudes.
- Coeficiente de confiabilidad del instrumento fue alta en conocimiento (0.70) y actitudes (0.72).

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.9.1 Justificación de la investigación

La planificación familiar se define como la decisión de la pareja para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo tener hijos, así como la decisión de hombres y mujeres para ejercer su derecho a elegir métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia, como se menciona, implica a la pareja, es decir tanto mujer como hombre.

El uso de métodos anticonceptivos es una estrategia importante para la prevención de embarazos no deseados, la anticoncepción de emergencia ofrece esta última oportunidad para lograrlo. A pesar de la disponibilidad de los numerosos métodos anticonceptivos existentes, aun se evidencia la falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, específicamente

de la anticoncepción oral de emergencia o también conocida comúnmente como píldora del día siguiente.

Es fundamental determinar el conocimiento y las actitudes de los estudiantes de Medicina Humana como usuarios y futuros profesionales de la salud, ya que aún no han sido estudiados en investigaciones previas en comparación con su contraparte femenina.

1.9.2 Importancia de la investigación

La anticoncepción oral de emergencia es un método anticonceptivo poscoital que puede prevenir el embarazo con mayor efectividad hasta los 3 días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección, cuando falla la anticoncepción o el anticonceptivo se usa incorrectamente, y en caso de agresión sexual.

Cabe reconocer la importancia que tiene el personal de salud en la planificación familiar, ya que influyen en las decisiones de la mayoría de las parejas en cuanto a la elección de la utilización de algún método anticonceptivo.

Se debe tener en cuenta el papel fundamental que van a desarrollar los futuros profesionales de la salud en orientación de métodos anticonceptivos. Por tal motivo la importancia de este trabajo de investigación es aportar un nuevo conocimiento y demostrar el nivel de conocimiento y las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana durante el año 2017.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes

- **Antecedentes Nacionales**

- **Panta Oré, Miguel Ángel** en su trabajo Conocimiento y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de 5º año de Medicina Humana, realizado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú en febrero de 2016. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimientos y actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de 5º año de medicina humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, febrero 2016. **Material y Método:** Estudio de método cuantitativo, tipo descriptivo de corte transversal. Se realizó una encuesta a 109 estudiantes del 5º año de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La encuesta presentaba 30 preguntas que contiene aspectos sociodemográficos, conocimientos y actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia. **Resultados:** De 109 estudiantes de medicina, el 11% (12 estudiantes) obtuvo conocimiento alto, el 62.3% (68 estudiantes) obtuvo nivel de conocimiento medio y el 26.6 % (29 estudiantes) obtuvo nivel de conocimiento bajo sobre la

anticoncepción oral de emergencia. En cuanto a las actitudes, el 14.6% (16 estudiantes) de los encuestados presentó actitud de aceptación, el 70.6% (77 estudiantes) presentó actitud indecisa y el 14.6 % (16 estudiantes) presentó actitud de rechazo. **Conclusiones:** En términos generales los estudiantes de 5º año de Medicina Humana (89%) presenta conocimiento entre bajo y medio sobre la anticoncepción oral de emergencia. La actitud general de los estudiantes de 5º año de medicina es indecisa sobre la anticoncepción oral de emergencia¹⁶.

- **Changana Herreros, Katherine Ivonne** en su trabajo Nivel de conocimiento sobre anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de Obstetricia del VII-VIII ciclo, realizado en la Universidad Arzobispo Loayza, Lima durante abril a junio de 2015. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimiento sobre Anticonceptivo Oral De Emergencia en estudiantes de Obstetricia del VII-VIII ciclo de la Universidad Arzobispo Loayza en Abril-Junio 2015. **Material y métodos:** El diseño de estudio fue no experimental descriptivo de corte transversal. La población corresponde a 109 alumnos de la carrera de Obstetricia del VII y VIII ciclo de la Universidad Privada Arzobispo Loayza. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue un cuestionario con 18 ítems. Los datos fueron procesados y analizados en el programa SPSS versión 21. **Resultados:** En relación al nivel de conocimiento teórico del anticonceptivo oral de emergencia 8 (7.3%) de los alumnos tuvo un conocimiento bajo; 90 (82.6%) un conocimiento medio y 11 (10.1%) con un conocimiento alto. En comparación con el nivel de conocimiento práctico del anticonceptivo oral de emergencia 33 (30.3%) de los alumnos tuvieron un conocimiento bajo; 46 (42.2%) un conocimiento medio y 30 (27.5%) con un conocimiento alto. **Conclusiones:** Los estudiantes de la carrera de obstetricia del VII y VIII ciclo de la Universidad Arzobispo Loayza poseen un nivel de conocimiento teórico medio sobre el

anticonceptivo oral de emergencia, 90 (82.6%) y un conocimiento práctico medio de 46 (42.2%)¹⁷.

- **Choque Nolasco, Francesca Ginna** en su estudio Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en internos de Medicina Humana, realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima - Perú en febrero 2015. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos e identificar las actitudes sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. **Materiales y Métodos:** Método cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal. Se utilizó un cuestionario estructurado se distribuyó a un total de 92 internos de medicina. El cuestionario contenía tres dominios principales: características sociodemográficas, conocimiento sobre anticoncepción oral de emergencia, y actitud hacia la anticoncepción oral de emergencia. Los participantes del estudio fueron seleccionados por muestreo por conveniencia. Los datos fueron introducidos y analizados con el programa SPSS versión 20.0. **Resultados:** Se encuestaron a 92 internos de medicina, de los cuales 58 (63%) alcanzaron un nivel de conocimiento medio sobre la anticoncepción oral de emergencia, 18 (20%) obtuvieron un nivel de conocimiento alto y 16 (17%) un conocimiento bajo. En lo que respecta al nivel de actitud que tienen los internos sobre la anticoncepción oral de emergencia, 54 (58,7%) obtuvieron una actitud de indecisión, 20 (21,7%) una actitud de rechazo, y 18 (19,6%) una actitud de aceptación. **Conclusiones:** Un porcentaje considerable (80%) de internos de medicina obtuvo un nivel de conocimiento entre medio y bajo respecto a la anticoncepción 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 anticoncepción oral de emergencia. Tanto en el presente estudio como en publicaciones realizadas en otros países del mundo afirman que el nivel de conocimientos acerca de la

anticoncepción oral de emergencia en estudiantes del área salud es bajo¹⁸.

- **Antecedentes Internacionales**

- **Maafu, Eugene; Teye, David** en su estudio Conocimiento y uso de la anticoncepción de emergencia en estudiantes universitarios de Cape Coast, en Ghana en el 2015. **Objetivo:** Explorar el conocimiento y el uso de la anticoncepción de emergencia, así como los factores asociados con él entre los estudiantes de la Universidad de Cape Coast. **Material y método:** Método cuantitativo. Los participantes eran universitarios de 20 a 35 años de edad que estudiaban en la Universidad Cape Coast. El análisis de regresión logística se utilizó para investigar la asociación entre las características sociodemográficas de los estudiantes, el conocimiento y el uso. **Resultados:** Más estudiantes varones (72%) que mujeres (59%) eran sexualmente activos. El cincuenta y siete por ciento de los encuestados había oído hablar de la anticoncepción de emergencia y el 36% alguna vez lo había usado. Los resultados mostraron que hubo relación significativa entre el sexo y el conocimiento, donde las mujeres tenían más probabilidades de conocer la anticoncepción de emergencia. **Conclusiones:** Aunque los hombres tenían más probabilidades de ser sexualmente activos, las mujeres tenían más probabilidades de tener conocimiento del uso de la anticoncepción de emergencia en comparación con los hombres. El estudio subraya la necesidad de aumentar la conciencia sobre el anticonceptivo de emergencia entre los estudiantes universitarios con el fin de ofrecerles la oportunidad si en caso se olvidaran otros anticonceptivos⁶.

- **Josephth, Nitin; Shetty, Bhavishya; Hasreen, Fathima; Baniya, Mukesh; Sachdeva, Sahil; Agarwal, Samarth; et al.** En su investigación Conciencia y actitudes hacia los anticonceptivos de emergencia entre estudiantes universitarios en el sur de India, en el 2014. **Objetivo:** Evaluar la conciencia y las actitudes con respecto a

las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE). **Material y Método:** Método cuantitativo. Los datos se recogieron utilizando un cuestionario autoadministrada a los 500 estudiantes universitarios, pero solo 449 encuestas fueron completamente llenadas. **Resultados:** De los 449 estudiantes, 384 (85.5%) escucharon sobre las PAE. La fuente de información más común fue la televisión 299 (77.9%). Solo 128 (33.3%) estudiantes sabían que las PAE no ayudan en la prevención de las ITS. 209 (54.4%) participantes sabían el marco de tiempo correcto para tomar PAE. 109 (28.4%) desconocían sus efectos secundarios. Solo 149 (33.2%) habían recibido educación sobre salud reproductiva en el pasado. El nivel de conciencia de los estudiantes sobre las PAE fue moderado entre 231 (60,2%) participantes. 261 (68%) de los participantes prefirieron la información sobre las PAE en las instituciones educativas, y la mayoría, 186 (48,4%), dijeron que recomendarían las PAE a sus amigos. **Conclusión:** La educación sobre salud reproductiva es imprescindible en las instituciones educativas a fin de promover la conciencia y eliminar los conceptos erróneos sobre las PAE entre los jóvenes. Esto ayudaría a los usuarios a prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros¹⁹.

- **Shiferaw, Bisrat; Gashaw, Bosen; Tesso, Fekadu** en su investigación Conocimiento, actitud y práctica de los anticonceptivos de emergencia entre las estudiantes de la Universidad Mizan-Tepi, suroeste de Etiopía en el 2014. **Objetivo:** Evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica de los anticonceptivos de emergencia entre las estudiantes de la Universidad de Mizan-Tepi, en el sudoeste de Etiopía. **Material y Métodos:** Estudio transversal, de base institucional, del 10 al 30 de marzo de 2014. Se utilizó una técnica de muestreo de múltiples etapas para seleccionar a los participantes del estudio. Los datos fueron limpiados, codificados e ingresados en Epi-data 3.1 y analizados utilizando SPSS versión 20.00. **Resultados:** Del total, encuestados, 188 (38.4%) de ellos eran sexualmente activos,

solo 24.1% tenían un adecuado conocimiento sobre anticonceptivos de emergencia, 229 (46.8%) de los estudiantes tenían una actitud favorable hacia él y entre los participantes sexualmente activos, solo 68 (36.2%) usaron métodos anticonceptivos de emergencia. **Conclusión:** El estudio muestra la falta de conocimiento, conocimiento y utilización de anticonceptivos de emergencia entre las estudiantes de la Universidad Mizan-Tepi. Por lo tanto, se recomienda diseñar estrategias específicas para mejorar la utilización de anticonceptivos de emergencia aumentando el nivel de conocimiento de las mujeres sobre los anticonceptivos de emergencia²⁰.

2.1.2 BASES TEÓRICAS

La planificación familiar es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de hombres y de mujeres para que ejerzan su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia; esto se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos²¹.

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente²².

A. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Los inicios de la anticoncepción de emergencia fueron en los años 20, cuando los investigadores inicialmente demostraron que los extractos de estrógeno ovárico interfieren con el embarazo en los mamíferos²³. Los veterinarios fueron los primeros en aplicar la anticoncepción de emergencia y comenzaron a usar estrógenos en perros y caballos que se habían apareado cuando el dueño no quería que lo hicieran.

El primer caso en personas fue documentado en 1964, cuando la policía de Ámsterdam encontró a una niña de 13 años que había sido

violada en la mitad de su ciclo menstrual por 3 hombres, los médicos aplicaron la práctica veterinaria de tratamiento de estrógenos²⁴. Más o menos al mismo tiempo, expertos de los Estados Unidos investigaban la eficacia de altas dosis de estrógenos y hacia finales de la década de los 60, esas preparaciones se convirtieron en el tratamiento estándar. En 1972 el médico canadiense Albert Yuzpe y sus colegas comenzaron a estudiar un tratamiento combinado de estrógeno y progestina, orientados por su observación de que una dosis de 100 mcg de estrógenos junto con 1,0 mg de progestina norgestrel-dl induce a cambios endometriales que son incompatibles con la implantación, este método pasó a ser conocido como el “método Yuzpe” y reemplazó las preparaciones de altas dosis de estrógenos. La investigación sobre tratamiento que deja de lado al estrógeno, también comenzó a principios de la década de los años 70 en América Latina²².

En 1909 el ginecólogo alemán Richard Richter fabricó el primer dispositivo intrauterino (DIU) en Alemania, este tenía forma de anillo, con dos tiras trenzadas de seda, obtenida del gusano de seda, recubiertas con celulosa. En 1930 el ginecólogo alemán Ernst Gräfenberg diseñó un DIU con plata y cobre, sin cola extra-cervical, con lo cual disminuyó las infecciones y la tasa de embarazos de manera importante. En 1934 el médico japonés Tenrei Ota modificó el DIU de Gräfenberg, le dio forma de anillo y le agregó un soporte intrauterino, hecho con láminas de oro y plata. La producción tecnificada de los dispositivos intrauterinos apareció en 1958 con el invento, por parte del médico estadounidense Lazar Margulies, en ese entonces se fundamentó el concepto técnico de que el DIU no interrumpe el embarazo pues uno de sus mecanismos de acción sería impedir el inicio de la implantación²⁵.

El término anticoncepción de emergencia o anticoncepción poscoital se refiere a un anticonceptivo que se puede utilizar para prevenir el embarazo posterior a la relación sexual.

La anticoncepción de emergencia solo es eficaz en los primeros días posteriores a la relación sexual, antes de la salida del óvulo del ovario y antes de que ocurra la fertilización por un espermatozoide. La anticoncepción de emergencia no puede interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo²⁶.

Las situaciones en que se puede utilizar la anticoncepción de emergencia son cuando no se usó ningún método anticonceptivo durante la relación sexual, en casos de violación o relaciones sexuales forzadas cuando la mujer no estaba protegida por un método anticonceptivo, o cuando ha ocurrido un fallo en el método anticonceptivo utilizado o se ha utilizado incorrectamente, como: rotura, deslizamiento o uso incorrecto del preservativo; omisión de las píldoras anticonceptivas combinadas consecutivas y las de progestágeno; 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; error de cálculo en el periodo de abstinencia; expulsión del dispositivo intrauterino o el implante anticonceptivo hormonal²⁶⁻²⁷.

En el Perú, la anticoncepción o anticonceptivo oral de emergencia (AOE) se vende en farmacias desde el 2002 habiendo concedido la Dirección General de Medicamentos, insumos y Drogas (DIGEMID) 15 registros sanitarios a distintas marcas de AOE. En cambio, la orden para distribuir gratuitamente AOE a través de los establecimientos públicos sólo se dio en el 2004, sin embargo, dada la controversia judicial de aquel entonces, los centros de salud del Estado no distribuyeron gratuitamente AOE²⁸. Hasta que el 22 de agosto del 2016, el Primer Juzgado Especializado Constitucional de Lima ordenó la distribución gratuita del anticonceptivo oral de emergencia Levonorgestrel en 30 días a todos los hospitales del país²⁹.

Entre los tipos métodos de anticoncepción de emergencia, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos lo clasifica en dispositivo intrauterino de cobre y anticoncepción oral de emergencia³⁰.

La función del dispositivo intrauterino (DIU) de cobre es reducir la capacidad del espermatozoide de fertilizar el óvulo. Es el método más eficaz para prevenir el embarazo. Cuando se utiliza como anticonceptivo de emergencia, el DIU de cobre se debe insertar dentro de los 5 días de tener relaciones sexuales sin protección. Su inserción debe ser por un profesional de la salud. Puede utilizarse el DIU de allí en adelante como método anticonceptivo a largo plazo (por hasta 10 años), pero el DIU puede también extraerse en cualquier momento si se desea un embarazo³⁰⁻³¹.

B. ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

Método de emergencia de administración por vía oral, para prevenir el embarazo no deseado, no reemplaza el uso continuado de otros métodos anticonceptivos^{27, 32}.

No es un método anticonceptivo de rutina, sino de excepción; por lo que no debe usarse en lugar de los otros métodos de planificación familiar. Por lo tanto no se debe incluir en la opción de métodos anticonceptivos. Cualquier mujer puede usarlo siempre y cuando no esté embarazada, aunque en estudios anteriores no se ha reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos en caso de falla del método³².

No existe contraindicaciones médicas conocidas para el uso ocasional de las pastillas anticonceptivas de emergencia, sin embargo su uso repetido implica las mismas contraindicaciones que los anticonceptivos hormonales orales de uso rutinario^{26-27, 32}.

Según la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar, existen dos regímenes de anticoncepción oral de emergencia; el método Yuzpe y el método de solo progestágeno²⁷.

El método Yuzpe o régimen combinado utiliza las pastillas anticonceptivas de uso regular, pero administradas en dosis más altas. La primera dosis se administra dentro de las 72 horas siguientes a la relación sexual y la segunda 12 horas después. Como el método Yuzpe emplea píldoras anticonceptivas de uso regular, comprende los regímenes conformados por píldoras anticonceptivas que contienen una combinación de estrógenos (etinilestradiol) y progestágenos (levonorgestrel, norgestrel).²⁸

Las que contienen etinilestradiol 50 mcg y levonorgestrel 250 mcg, dos dosis de 2 tabletas cada una; o etinilestradiol 30 mcg y levonorgestrel 150 mcg, dos dosis de 4 tabletas cada una²⁷.

Los efectos secundarios ocurren con más frecuencia que con el otro régimen, pero son temporales y la mayoría desaparece en 24 horas. Los efectos secundarios son náuseas y vómitos, dolor abdominal, sensibilidad en los pechos, dolor de cabeza, mareos o fatiga, entre otros. Tomar la dosis correcta de píldoras combinadas de estrógeno y progestágeno reduce el riesgo de embarazo en un único coito desprotegido hasta en un 75%. La eficacia depende del ciclo menstrual de la mujer y de cuán rápido después del coito desprotegido se toma la dosis. El régimen Yuzpe es menos efectivo que el método de solo progestágeno y no debería ser la primera opción si hay otros métodos disponibles³³.

El método de solo progestágeno consiste en una sola dosis de levonorgestrel de 1.5 mg; o dos dosis de levonorgestrel de 0.75 mg en cada una, la segunda dosis es 12 horas después de la primera dosis, que debe tomarse tan pronto como sea posible después del coito sin protección. La progestina es una hormona que contienen las píldoras anticonceptivas y otros métodos anticonceptivos hormonales. Impide o

posterga la ovulación para prevenir el embarazo. La mayor efectividad se obtiene al tomar la píldora en los 3 días posteriores al coito sin protección. Es medianamente eficaz si se la toma en los 5 días posteriores^{27,31}. No presentan riesgo de sobredosis y no tienen interacciones importantes con otros medicamentos ni contraindicaciones para su uso. No presentan efectos secundarios serios o duraderos. Algunas mujeres (menos de una de cada cinco, según los estudios) experimentan efectos secundarios leves y de corta duración, siendo los sangrados irregulares los más frecuentes. Otros efectos secundarios reportados incluyen fatiga, molestias abdominales y náusea³⁴.

No dañan a un feto en desarrollo si se toman por error durante un embarazo inicial. Un estudio que comparó el resultado de los embarazos en mujeres que usaron el anticonceptivo oral de emergencia de levonorgestrel durante el ciclo concepcional con el de mujeres que no las usaron encontró que no había diferencia en las tasas de aborto espontáneo, peso al nacimiento, malformaciones, o en la razón de sexos al nacer^{34,35}.

Para entender cómo funciona la anticoncepción oral de emergencia es indispensable conocer primero el ciclo reproductivo femenino, el cual es bastante complejo, pues involucra el útero y ovario, además del sistema nervioso central (eje hipotálamo-hipófisis).

- La secuencia reproductiva, empieza través de un coito, los espermatozoides son depositados en la vagina adquiriendo la capacidad de fecundar; la mujer tiene que estar en el período fértil de su ciclo reproductor, es decir tiene que haber ocurrido la ovulación. El siguiente paso ocurre cuando el óvulo y el espermatozoide 'capacitado' se encuentran en el tercio externo de la trompa de Falopio y se unen, dando lugar a la fecundación y con ello al inicio del intercambio de material genético. El óvulo fecundado, también llamado cigoto, inicia una serie de cambios celulares a medida que es transportado hacia el útero, donde ocurre la

implantación. El período que transcurre entre la fecundación y la implantación es de seis días. En este momento el óvulo fecundado recibe el nombre de blastocisto. Cuando este inicia su inserción en el endometrio, secreta hacia el torrente sanguíneo de la mujer una hormona llamada gonadotropina coriónica humana (hCG). Esta hormona estimula la producción de estrógenos y progesterona en la mujer, y de esta manera se mantiene el endometrio nutrido y, por tanto, se crean las condiciones necesarias para el embarazo³⁶.

- El ciclo reproductor femenino es una secuencia de cambios en los ovarios y en el útero que la mujer experimenta durante sus años fértiles. Estos cambios son el proceso de la maduración de un ovocito y su salida del ovario. Esto se conoce como ciclo ovárico. Simultáneamente, ocurre en el endometrio un proceso de preparación que permite recibir un óvulo fecundado (blastocisto). Si no hubiese ocurrido la fecundación, el nivel de progesterona disminuye y el endometrio que había proliferado entra en un ciclo de degradación celular y se desprende hacia el exterior en un sangrado que es conocido como menstruación. Este proceso se denomina ciclo menstrual o uterino.
 - El ciclo ovárico es el conjunto de cambios que ocurren en el ovario, se regula de manera coordinada con el hipotálamo y la hipófisis. Estas utilizan las hormonas, que a través del torrente sanguíneo se dirigen hacia los ovarios. Existen hormonas que forman parte del sistema reproductor; estas son: la folículoestimulante (FSH) y la luteinizante (LH). La FSH estimula el desarrollo de los folículos ováricos, que son compartimientos donde se aloja el ovocito y desde donde se secretan los estrógenos, que a su vez actuarán sobre el endometrio. Por ello se puede observar una relación directa entre la FSH y el estrógeno. A medida que el folículo crece por la FSH, también crece la cantidad de células que secretan estrógenos y por eso la

primera fase del ciclo reproductor es una etapa en la que prevalece la concentración de estrógenos. Por otro lado, la LH estimula el desarrollo posterior de los folículos ováricos y llega a un pico de concentración un poco antes de la mitad del ciclo. Este pico es activado por la gran cantidad de estrógenos que hay en sangre. Este evento es conocido como pico de LH y es el que desencadena la serie de eventos que darán lugar a la salida del ovocito del folículo ovárico, es decir, activa la ovulación. El residuo del folículo que liberó al ovocito se conoce como cuerpo lúteo. El cuerpo lúteo es una glándula temporal, es decir un órgano secretor de hormonas que en este caso secreta grandes cantidades de progesterona. Al igual que existe una relación directa entre la FSH y los estrógenos, existe una relación directa entre la LH y la progesterona, que favorecería una eventual gestación. El cuerpo lúteo tiene un tiempo de vida de 14 días aproximadamente, después de los cuales es reabsorbido por el ovario. Al desaparecer, también cae sustancialmente la concentración de progesterona. Esta caída envía señales al hipotálamo y a la hipófisis, con lo que se reactiva un nuevo ciclo³⁶.

- El Ciclo menstrual o uterino se produce cambios en el útero, particularmente en el endometrio. Estas transformaciones son causadas por las hormonas ováricas. Durante la primera parte del ciclo se produce la menstruación, que es consecuencia de la disminución considerable de la concentración de progesterona, proceso descrito en la sección anterior. La menstruación es el desprendimiento del endometrio y ocurre a menos que se produzca la implantación de un óvulo fecundado. Este tejido vuelve a crecer por acción del estrógeno, ya que las células del endometrio proliferan formando una capa de 3 mm a 5 mm de espesor. Después de la ovulación y su subsiguiente elevación de progesterona el endometrio se convierte en un tejido secretor de nutrientes y se eleva hasta por lo menos 6 mm de espesor,

medida suficiente para recibir a un posible óvulo fecundado y dar inicio a la implantación. En ausencia de un embrión, el cuerpo lúteo es reabsorbido en el ovario, de manera que la cantidad de progesterona decae y con ella la capa vieja de endometrio, lo que da lugar a una capa nueva. Por el contrario, cuando ocurre la fecundación, el embrión secreta una hormona (hCG) que mantiene al cuerpo lúteo y con ello la secreción de progesterona³⁶.

El anticonceptivo oral de emergencia consta de dos mecanismos de acción:

- Inhibe o posterga la ovulación

La alta dosis de hormonas sintéticas inhibe o posterga la ovulación, ya que evita que se dé el pico de LH (hormona luteinizante), la cual es indispensable para que ocurra la ovulación³².

- Espesar el moco cervical

Los anticonceptivos orales incluyendo la anticoncepción oral de emergencia actúan espesando el moco cervical. Este efecto complementario, de dificultar el ascenso de los espermatozoides hacia las trompas de Falopio y prevenir la fecundación es por acción de la progesterona sintética Levonorgestrel³⁶.

En algunos artículos se menciona los efectos en los espermatozoides, donde se evidencia disminución del número de espermatozoides y no se evidencia cambios en la capacidad del espermatozoide en penetrar al óvulo³⁶.

La anticoncepción oral de emergencia no son métodos de uso regular, se puede indicar en cualquier paridad o edad, no requiere de ningún tipo de examen previo, no brinda protección para las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, mientras más pronto sea su uso mayor será la eficacia, el método Yuzpe tiene 75% de eficacia y el método o régimen de solo progestágeno hasta 95% de eficacia²⁷.

C. CONOCIMIENTO

Es la información que un sujeto posee acerca de un objeto. Es evidente, por una parte, que el ser humano es capaz de recibir información de su entorno a través de sus sentidos. Se trata de una información de carácter sensible que se nos presenta de manera inmediata, directa y en forma de sensaciones de carácter diverso (visuales, auditivas, táctiles, olfativas, gustativas)³⁷.

Según docentes de la universidad de Navarra, Rafael Andreu y Sandra Sieber, el conocimiento tiene tres características:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina en las personas, lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su vida personal estando convencidas de su significado.
- Su utilización permite entender los fenómenos que las personas perciben y también permite evaluarlos en cada situación.
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento³⁸.

Según el filósofo inglés John Locke hay tres niveles o tipos de conocimientos:

- Intuitivo: Surge cuando la mente percibe de un modo inmediato el acuerdo o desacuerdo de las ideas sin que se dé algún proceso de mediación.
- Demostrativo: Este conocimiento se da cuando se establece el acuerdo o desacuerdo entre dos ideas acudiendo a otras que actúan de mediadoras a lo largo de un proceso discursivo. De este modo, este conocimiento es una serie de intuiciones que permitirán demostrar el acuerdo o el desacuerdo entre las ideas.

- Sensible: Es el que se tiene sobre las existencias individuales, cuando están presentes a la sensación, que están más allá de nuestras ideas³⁹.

D. ACTITUD

Según el modelo tridimensional la actitud es el conjunto de creencias, sentimientos y acciones que nos predisponen a comportarnos de una determinada manera frente a un determinado objeto o idea, incluye tres componentes:

- Componente cognitivo: Incluye los pensamientos y creencias de la persona acerca del objeto de actitud.
- Componente afectivo: Agrupa los sentimientos y emociones asociados al objeto de actitud.
- Componente conductual: Recoge las intenciones o disposiciones a la acción así como los comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud.

La mayoría de las actitudes tiene sus raíces en el aprendizaje y el desarrollo social. Las actitudes se adquieren:

- Por condicionamiento instrumental, es decir, por medio de los premios y castigos que recibimos por nuestra conducta.
- Por modelado o imitación de otros.
- Por refuerzo vicario u observación de las consecuencias de la conducta de otros⁴⁰.

2.1.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS:

- **Conocimiento:**

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del individuo³⁷.

- **Actitud:**
Conjunto de creencias, sentimientos y acciones que nos predisponen a comportarnos de una determinada manera frente a un determinado objeto o idea⁴⁰.
- **Anticoncepción o anticonceptivo oral de emergencia:**
Consiste en la administración de tabletas después de las relaciones sexuales sin protección, por uso incorrecto de un anticonceptivo regular, en caso de falla accidental de otro método o por violación; con el fin de evitar un embarazo no deseado²⁶.
- **Método de Yuzpe:**
Método anticonceptivo oral de emergencia cuya dosis incluye 100 microgramos de etinilestradiol y 500 microgramos de levonorgestrel. La primera dosis se administra dentro de las 72 horas después de la relación sexual sin protección y la segunda 12 horas después de la primera dosis²⁷.
- **Método solo progestágeno:**
Anticonceptivo oral de emergencia usado en dosis única de 1.5 mg de levonorgestrel, o en dos dosis de 0,75 mg de levonorgestrel; la primera dosis se administra durante las primeras 72 horas después de la relación sexual sin protección y la segunda dosis 12 horas después de la primera dosis²⁷.

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS
Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el estudio participaron 180 estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas que cumplieron los criterios de inclusión.

3.1.1 Datos Generales:

TABLA 3. Distribución de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas por grupos de edad.

	N	%
Media de la edad (\pm DE) (años)	23,7 (\pm 5,1)	
17-19 años	36	20,0
20-24 años	77	42,8
25-46 años	67	37,2
Total	180	100,0

Fuente: Elaboración propia.

La edad de los estudiantes estuvo comprendida entre los 17 a 46 años. El grupo de edad de 20 a 24 años representó el 42,8% (77) y el grupo de 17 a 19 años representó el 20,0% (36) del total de estudiantes. La media de

la edad de los estudiantes fue de 23,7 con una media de 23,7 DE±5,1 según los datos procesados en el estudio. Mientras que la distribución de los estudiantes por sexo; el 55,6% (100) fueron estudiantes de sexo femenino y el 44,4% (80) fueron estudiantes de sexo masculino.

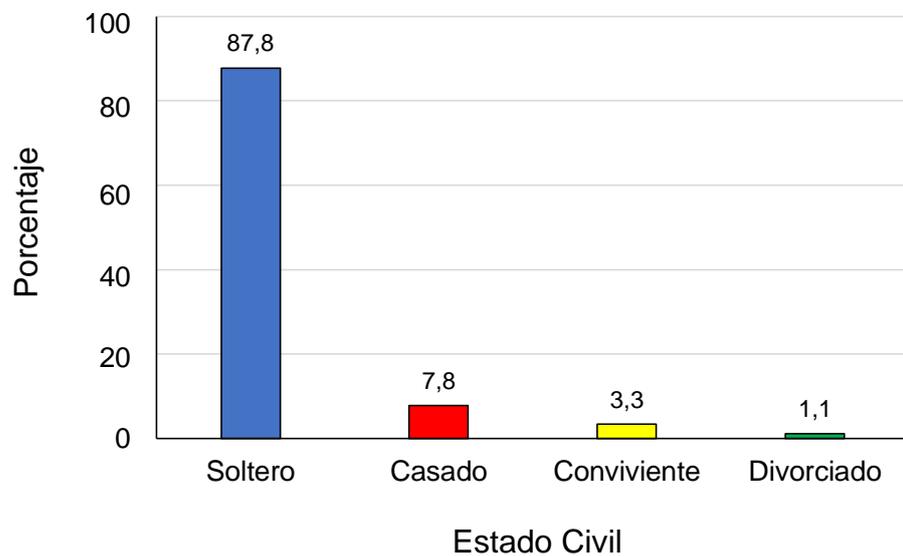


Figura 1. Distribución de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas por estado civil. **Fuente:** Elaboración propia.

El estado civil con mayor proporción en los estudiantes de Medicina Humana, fue la población soltera en un 87,8% (158), esto es debido a la edad y a su condición de estudiante. También se presentaron otros estados civiles pero con menor proporción, los cuales fueron: la población casada representó el 7.8% (14), la población conviviente el 3.3% (6) y la población divorciada el 1.1% (2).

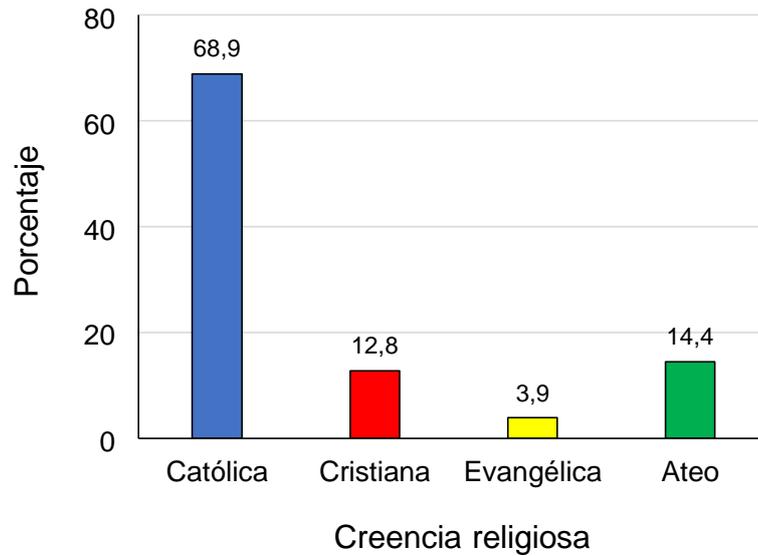


Figura 2. Distribución de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas por creencia religiosa. **Fuente:** Elaboración propia.

Las creencias religiosas o comúnmente llamadas religiones, abundan en esta sociedad, de las cuales solo se consideró a las más comunes. De acuerdo a la creencia religiosa; el 68,9% (123) de los estudiantes son católicos y el 12,8% (23) son de creencia cristiana.

Tabla 4. Distribución de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas por año académico.

	N	%
1° año académico	45	25,0
2° año académico	52	28,9
3° año académico	28	15,6
4° año académico	31	17,2
5° año académico	24	13,3
Total	180	100,0

Fuente: Elaboración propia.

La participación de los alumnos del estudio fueron; el 25% (45) de 1^{er} año, el 28,9% (52) de 2° año, el 15,6% (28) de 3^{er} año, el 17,2% (31) de 4° año

y el 13,3% (24) de 5° año. Siendo en mayor porcentaje los estudiantes de 2° año.

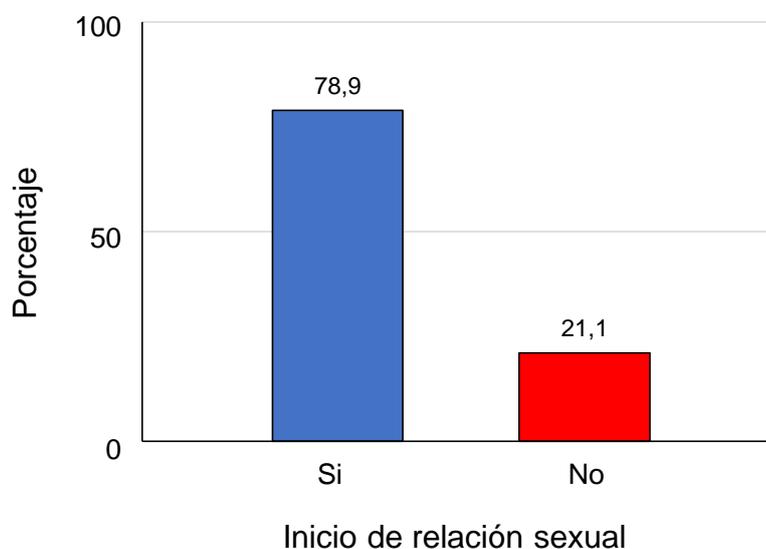


Figura 3. Inicio de relaciones sexuales en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas. **Fuente:** Elaboración propia.

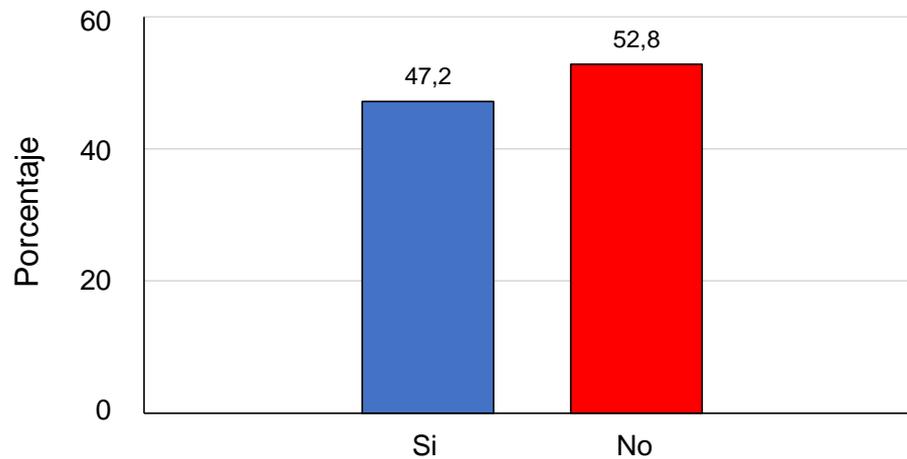
Con respecto al inicio de relación sexual, el 78,9% (142) de los estudiantes si iniciaron su relación sexual y el 21,1% (38) aun no ha iniciado su relación sexual.

Tabla 5. Distribución por intervalos de edades de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas con respecto al inicio de relación sexual.

	N	%
11 - 19 años	114	80,3
20 - 24 años	24	16,9
25 - 30 años	4	2,8
Total	142	100,0

Fuente: Elaboración propia.

De los 142 estudiantes que iniciaron su relación sexual; los grupos de edad más representativos fueron de 11 a 19 años que representó el 80,3% (114) y el de 20 a 24 años que representó el 16,9% (24).



Uso de método anticonceptivo

Figura 4. Uso de métodos anticonceptivos en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas **Fuente:** Elaboración propia.

De los 142 estudiantes que iniciaron su relación sexual, el 47,2% (67) usa algún método anticonceptivo, mientras que el 52,8% (75) no usa ninguno.

Tabla 6. Métodos anticonceptivos usados por de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.

	n	%
Condón masculino	43	64,2
Coito interrumpido	1	1,5
Inyectable mensual	12	17,9
Píldoras	5	7,5
Implante subdérmico	3	4,5
Inyectable trimestral	2	3,0
DIU	1	1,5
Total	67	100,0

Fuente: Elaboración propia.

De los 67 estudiantes que usan algún método anticonceptivo; los métodos usados con mayor frecuencia en los estudiantes de Medicina Humana fueron, el condón masculino en un 64,2% (43) y el inyectable mensual en un 17,9% (12).

3.1.2 Área de Conocimientos:

El área de conocimiento consta de 23 preguntas, que se están dividiendo en 5 dimensiones, las cuales son: dimensión generalidades, dimensión mecanismo de acción, dimensión eficacia, dimensión efectos secundarios y dimensión esquema posológico.

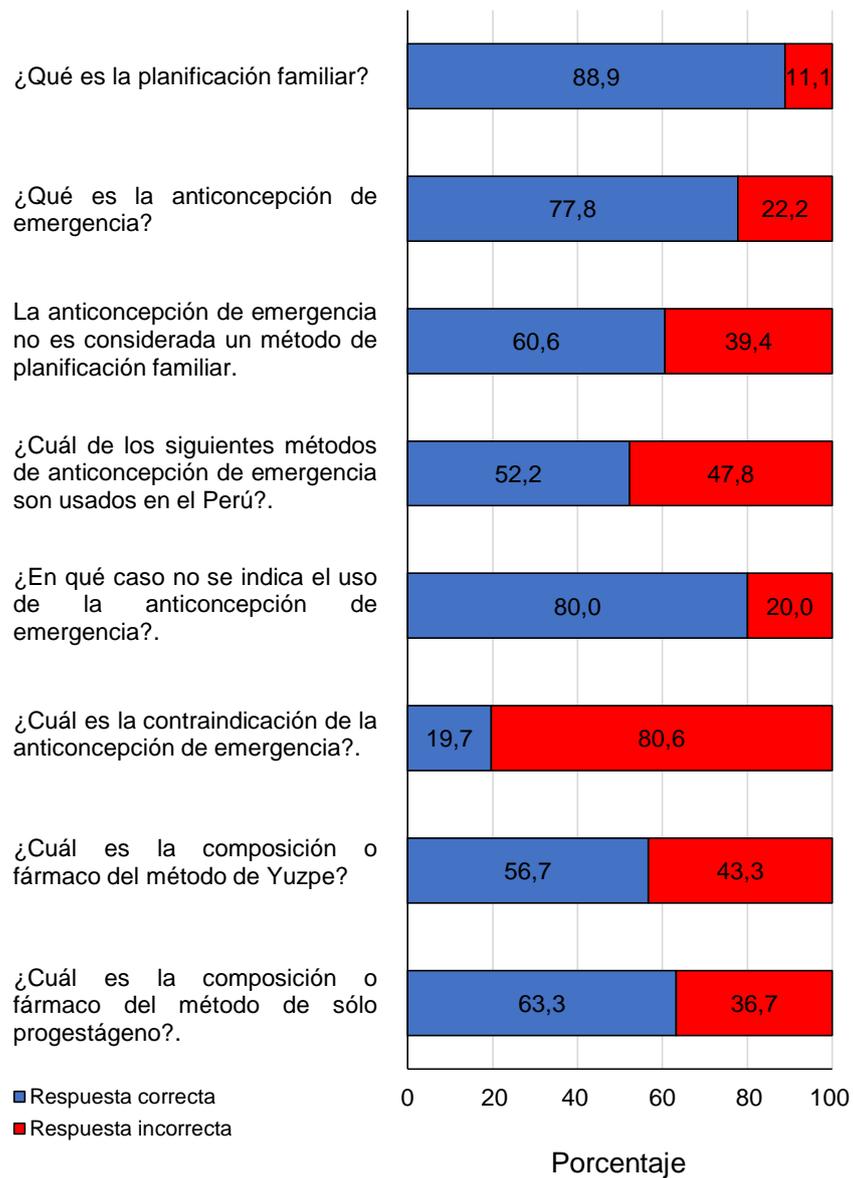


Figura 5. Respuestas sobre conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión generalidades de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas. **Fuente:** Elaboración propia.

Con respecto a las preguntas de la dimensión generalidades de la variable conocimiento; el 80,6% (145) desconoce que no hay base científica que demuestre contraindicaciones en la anticoncepción de emergencia, mientras que el 88,9% (160) de estudiantes conoce el concepto de planificación familiar, el 52,2% (94) conoce que métodos de anticoncepción oral de emergencia son usados en el país, el 80% (144) conoce en que caso no se indica la anticoncepción de emergencia.

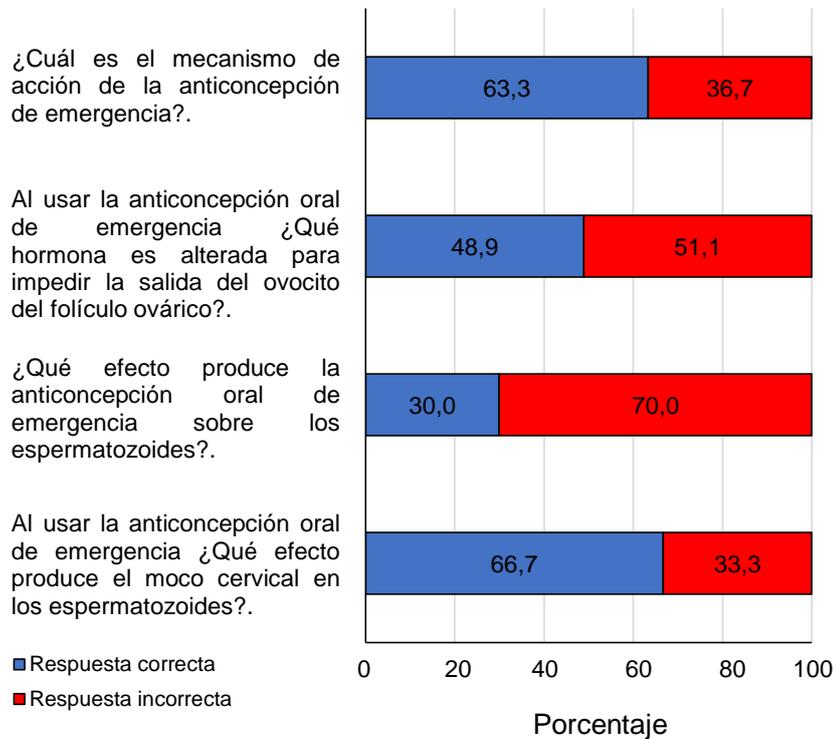


Figura 6. Respuestas de conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión mecanismo de acción de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas. **Fuente:** Elaboración propia.

Con respecto a las preguntas de la dimensión mecanismo de acción; el 51,1% (92) de los estudiantes desconoce que hormona luteinizante es alterada para impedir la salida del folículo del folículo ovárico y el 70% (126) desconoce que el efecto que produce la anticoncepción oral de emergencia en los espermatozoides, mientras que alrededor del 65% conoce el mecanismo de acción y el efecto que produce en el moco cervical la anticoncepción oral de emergencia.

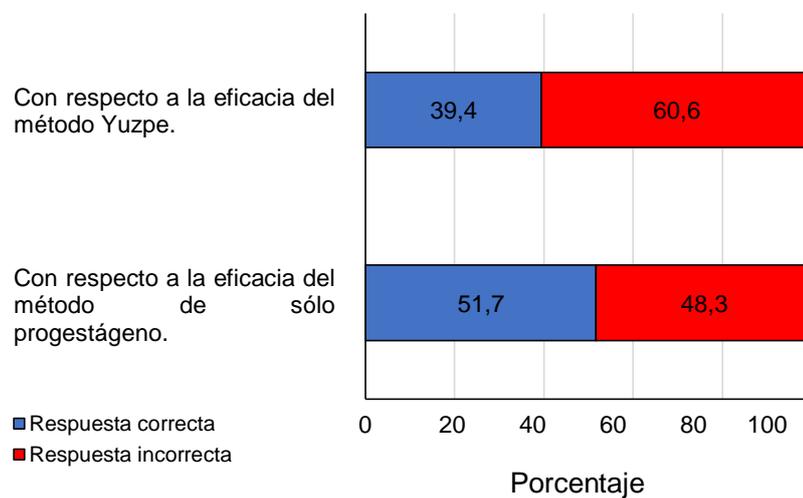


Figura 7. Respuestas de conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión eficacia de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.
Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a las preguntas de la dimensión eficacia, el 60,6% (109) desconoce la eficacia del método Yuzpe, notándose una diferencia en la eficacia del método solo progestágeno, donde el 51,7% (93) de los estudiantes lo conoce.

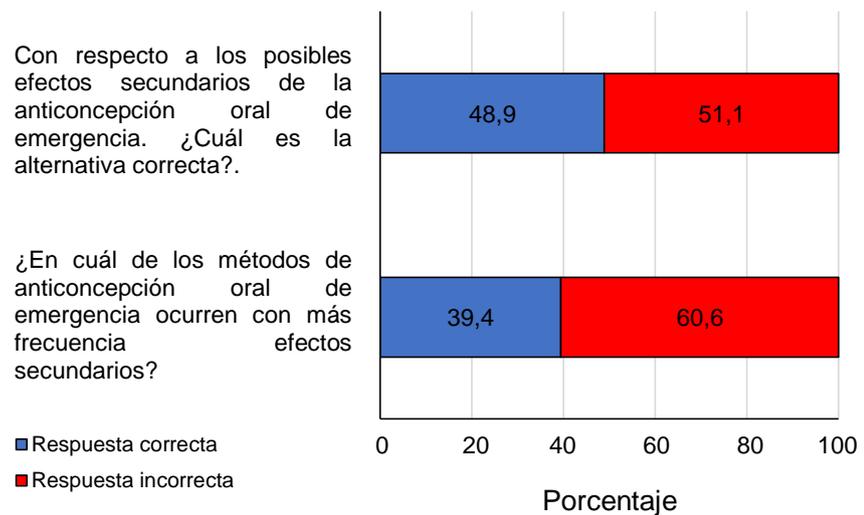


Figura 8. Respuestas de conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión efectos secundarios de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas. **Fuente:** Elaboración propia.

Con respecto a las preguntas de la dimensión efectos secundarios; el 51,1% (92) desconoce cuáles son los efectos secundarios de la anticoncepción oral de emergencia y el 60,6% (109) desconoce en cuál de los dos métodos de anticoncepción de emergencia ocurre con mayor frecuencia los efectos secundarios.

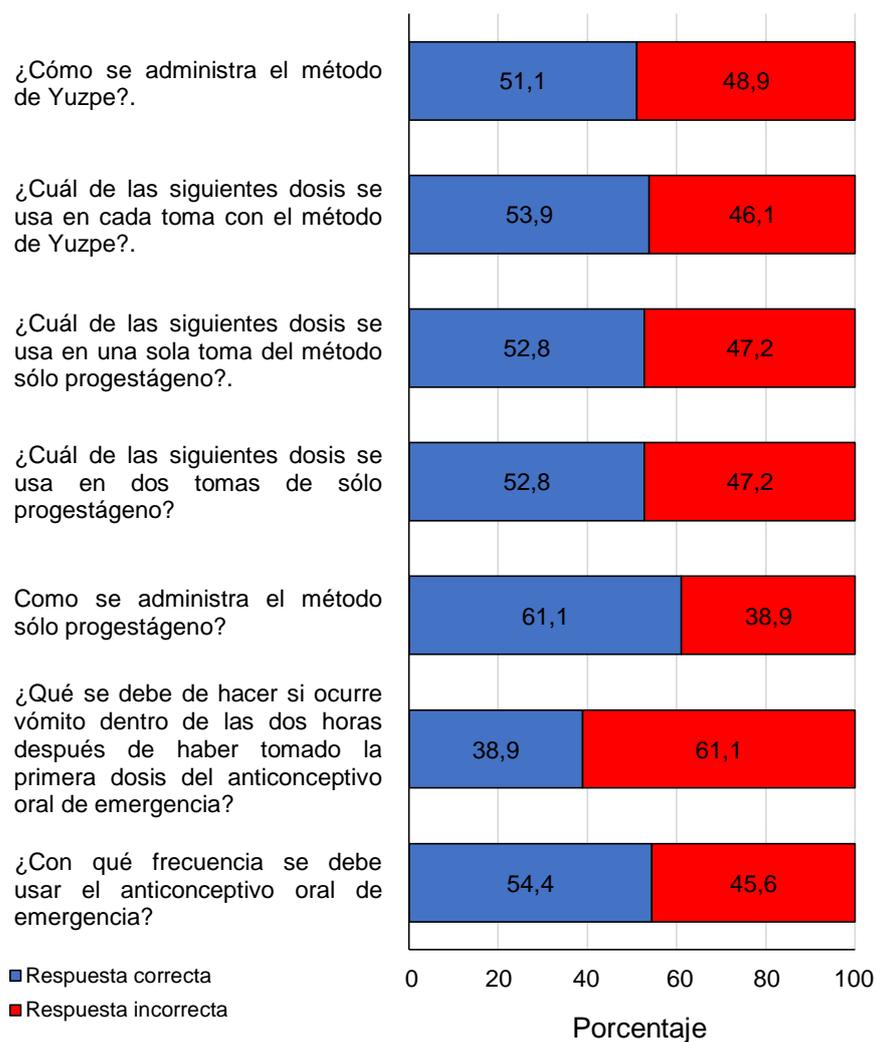


Figura 9. Respuestas de conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión esquema posológico de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas. **Fuente:** Elaboración propia.

Con respecto a las preguntas de la dimensión esquema posológico, el 61,1% (110) conoce como se administra en método solo progestágeno, por otra parte, el 61,1% (110) desconoce que se debe hacer si ocurre vomito dentro las dos horas después de haber tomado el anticonceptivo oral de emergencia.

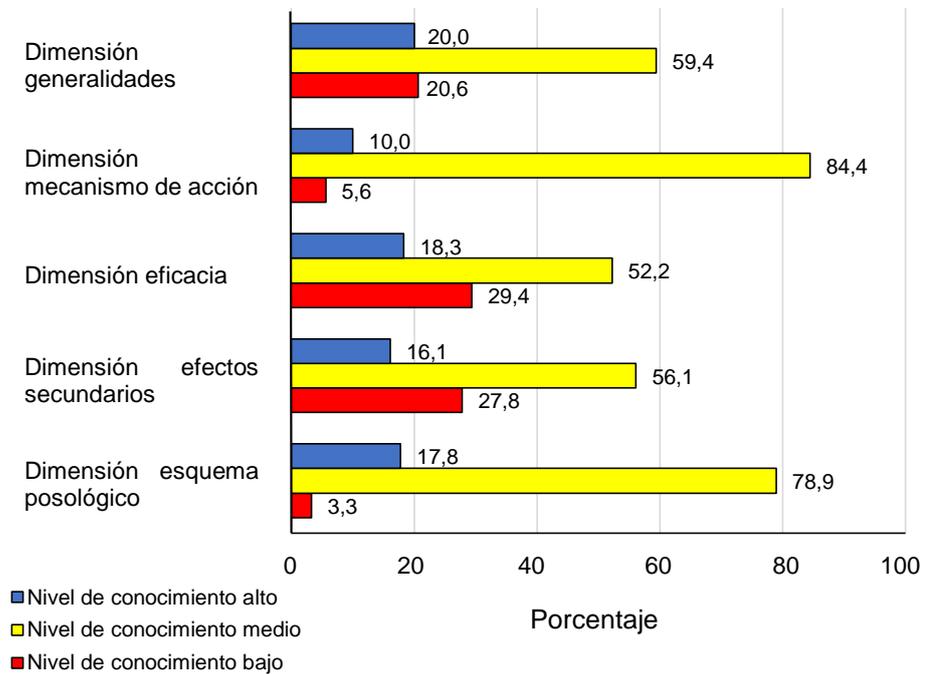


Figura 10. Nivel de conocimiento por dimensiones en estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas. **Fuente:** Elaboración propia.

El nivel de conocimiento medio fue predominante en todas las dimensiones, demostrando así que el 84,4% (152) y 78,9% (142) de los estudiantes tuvieron conocimiento medio en la dimensión mecanismo de acción y en la dimensión esquema posológico de la anticoncepción oral de emergencia respectivamente. A pesar que el nivel de conocimiento alto no predominó en ninguna dimensión, el 20% (36) de los estudiantes conoce más acerca de la dimensión generalidades de la anticoncepción oral de emergencia. Se puede evidenciar que en la dimensión eficacia y la dimensión efectos secundarios, el 29,4% (53) y el 27,8% (50) de los estudiantes respectivamente, tienen un conocimiento bajo a comparación de las otras dimensiones.

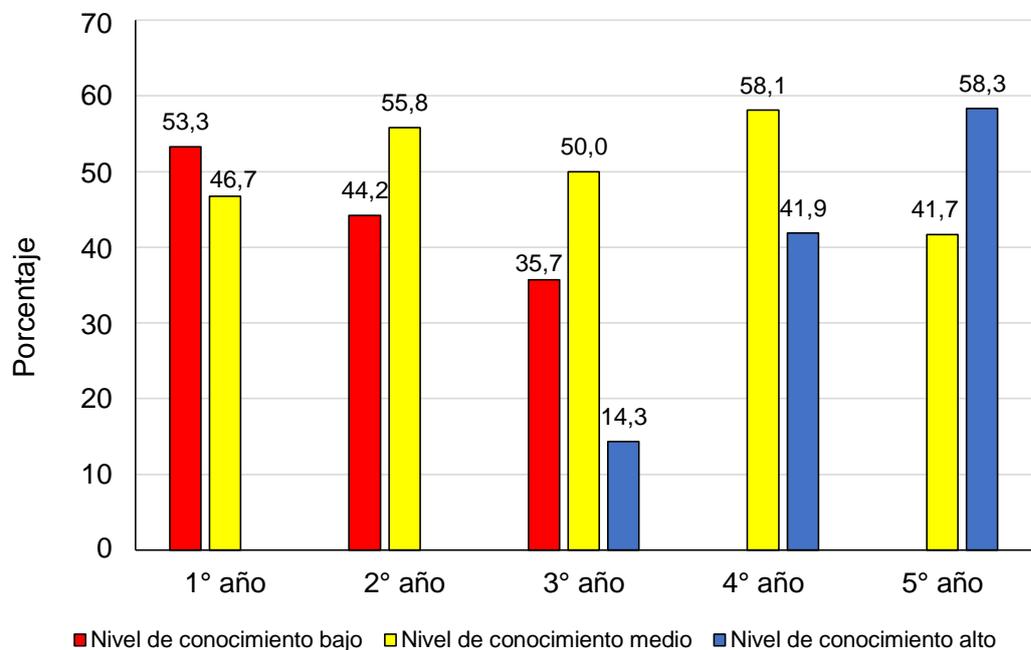


Figura 11. Nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes por año académico de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas. **Fuente:** Elaboración propia.

El 53,3% (24) de los estudiantes de primer año presentaron nivel de conocimiento bajo sobre anticoncepción oral de emergencia, seguido por nivel de conocimiento medio en el 55,8% (29) de los estudiantes de segundo año, notándose que a partir del tercer año académico los porcentajes de nivel de conocimiento alto en anticoncepción oral de emergencia fue aumentado, pero prevaleciendo un nivel de conocimiento medio en tercer y cuarto año académico

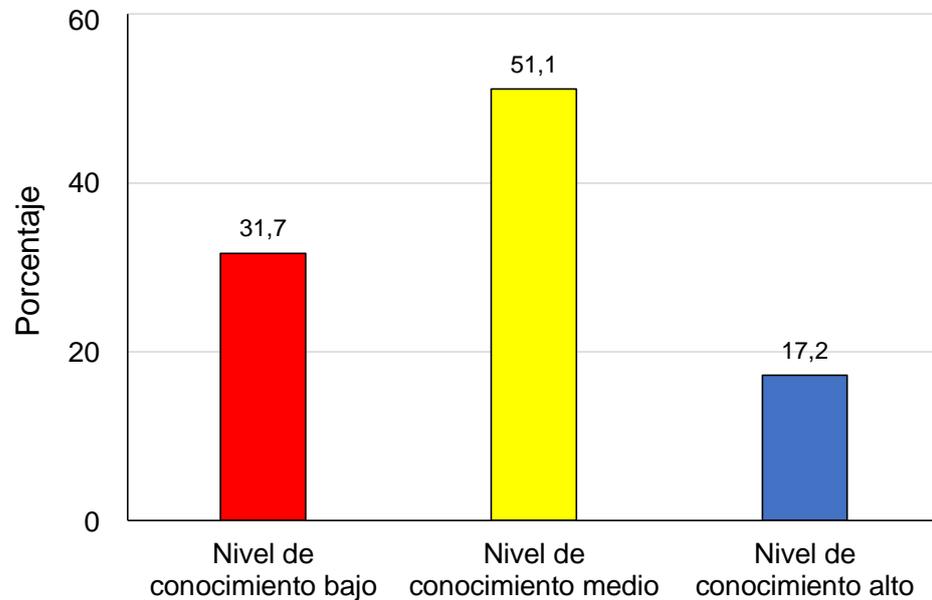


Figura 12. Nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas. **Fuente:** Elaboración propia.

El área de conocimientos estuvo conformado por 23 preguntas, donde el 51,1% (92) de los estudiantes presentó nivel de conocimiento medio, el 31,7% (57) presentó nivel de conocimiento bajo y el 17,2% (31) tuvo nivel de conocimiento alto.

3.1.3 Área de Actitudes:

El área de actitudes consta de 12 enunciados, que se están divididas en 3 dimensiones, las cuales son: dimensión cognoscitiva, dimensión afectiva y dimensión conductual.

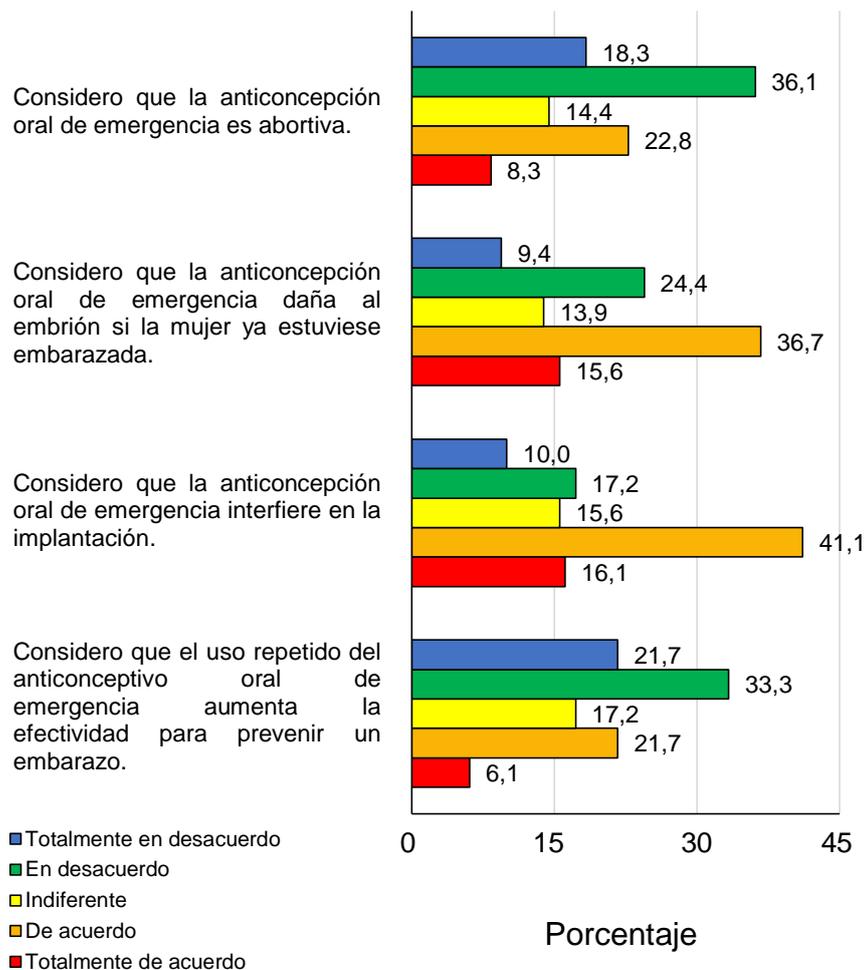


Figura 13. Respuestas de actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión cognoscitiva de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas. **Fuente:** Elaboración propia.

En la dimensión cognoscitiva, el 36,1% (65) de los estudiantes estuvieron en desacuerdo que la anticoncepción oral de emergencia sea abortiva, el 36,7% (66) expresaron estar de acuerdo que la anticoncepción oral de emergencia daña el embrión, el 41,1% (74) manifestaron estar de acuerdo que la anticoncepción oral de emergencia interfiere en la implantación, el 33,3% (60) mostraron estar en desacuerdo que el uso repetido de la anticoncepción oral de emergencia aumente la efectividad para prevenir un embarazo, en cambio el 6,1% (11) estaban en total de acuerdo.

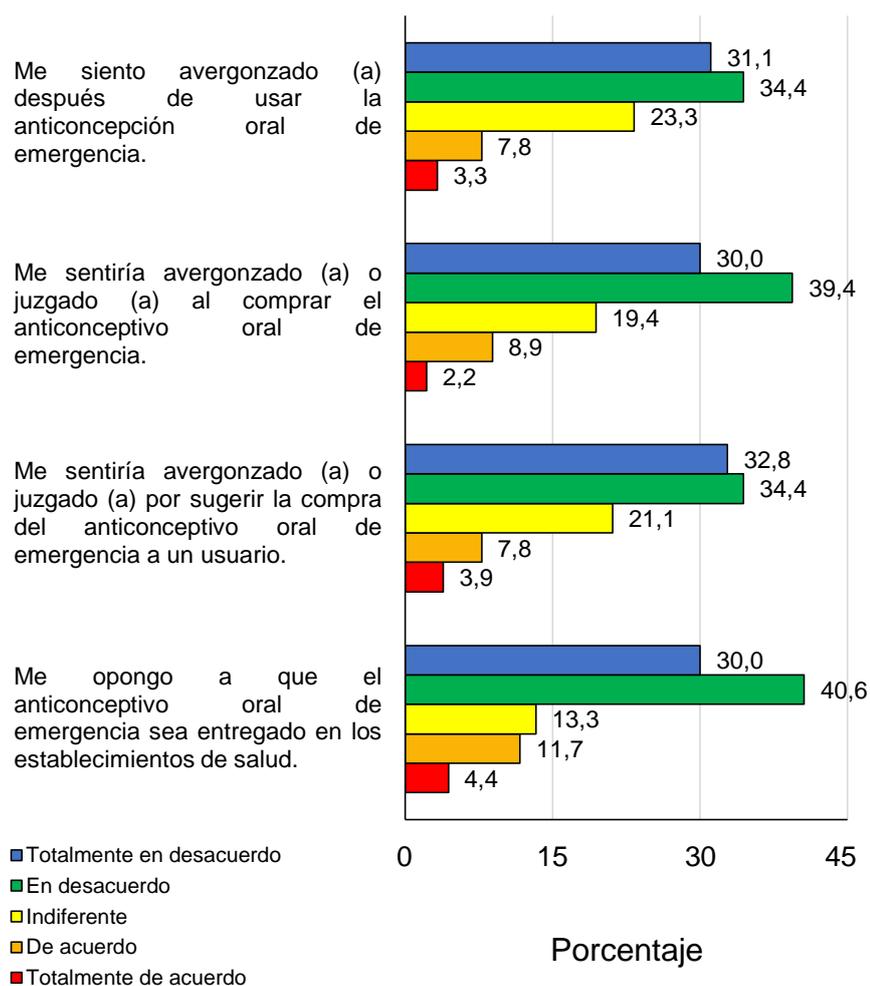


Figura 14. Respuestas de actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión afectiva de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas. **Fuente:** Elaboración propia.

En la dimensión afectiva, el 34,4% (62) de los estudiantes manifestaron estar en desacuerdo en sentir vergüenza después de usar la anticoncepción oral de emergencia, el 39,4% (71) estuvieron en desacuerdo de sentirse avergonzado por comprar la anticoncepción oral de emergencia, el 34,4% (62) mostraron su desacuerdo en avergonzarse por sugerir la compra del anticonceptivo oral de emergencia, el 40,6% (73)

expresaron su desacuerdo que el anticonceptivo oral de emergencia no sea entregado en los establecimientos de salud.

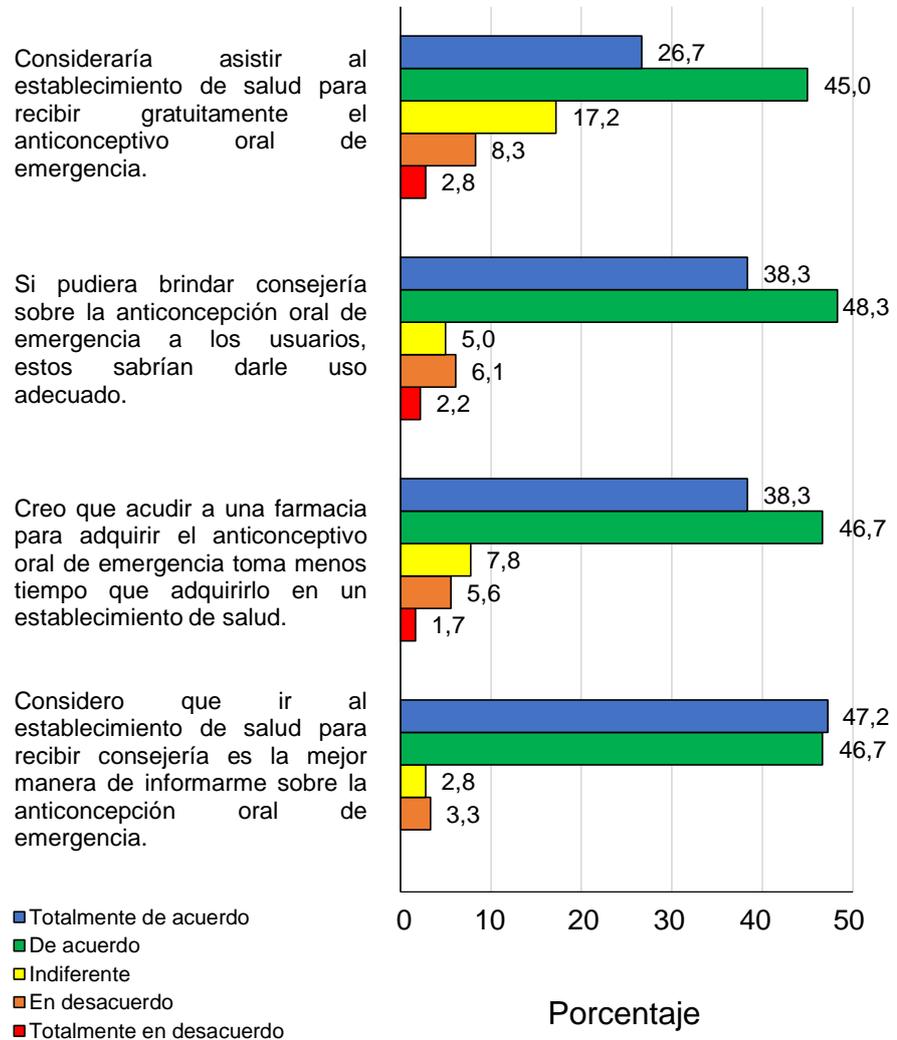


Figura 15. Respuestas de actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en la dimensión conductual de los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas. **Fuente:** Elaboración propia.

En la dimensión conductual, el 45% (81) de los estudiantes estuvieron de acuerdo en ir al establecimiento de salud para recibir el anticonceptivo oral de emergencia, el 48,3% (87) opinaron que si brindarían consejería sobre

la anticoncepción oral de emergencia los usuarios sabrían usarlo adecuadamente, el 46,7% (84) declararon estar de acuerdo que ir a la farmacia es más rápido adquirir el anticonceptivo oral de emergencia, el 47,2% (85) estuvo totalmente de acuerdo y el 46,7% (84) afirmaron estar de acuerdo que ir al establecimiento de salud para recibir consejería es la mejor opción para informarse sobre el anticonceptivo oral de emergencia.

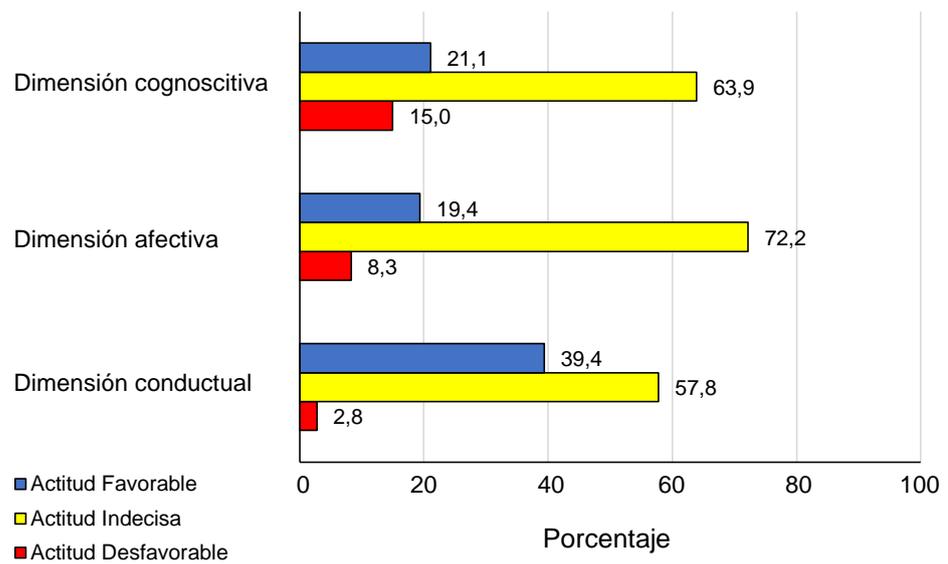


Figura 16. Actitudes por dimensiones en estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.
Fuente: Elaboración propia.

La actitud indecisa fue predominante en todas las dimensiones. La actitud favorable a pesar que no logro mayor porcentaje en ninguna dimensión, tuvo una notoriedad en la dimensión conductual (39,4%), mientras que en la dimensión cognoscitiva se aprecia una mayor actitud desfavorable (15,0%) a comparación de las otras dimensiones.

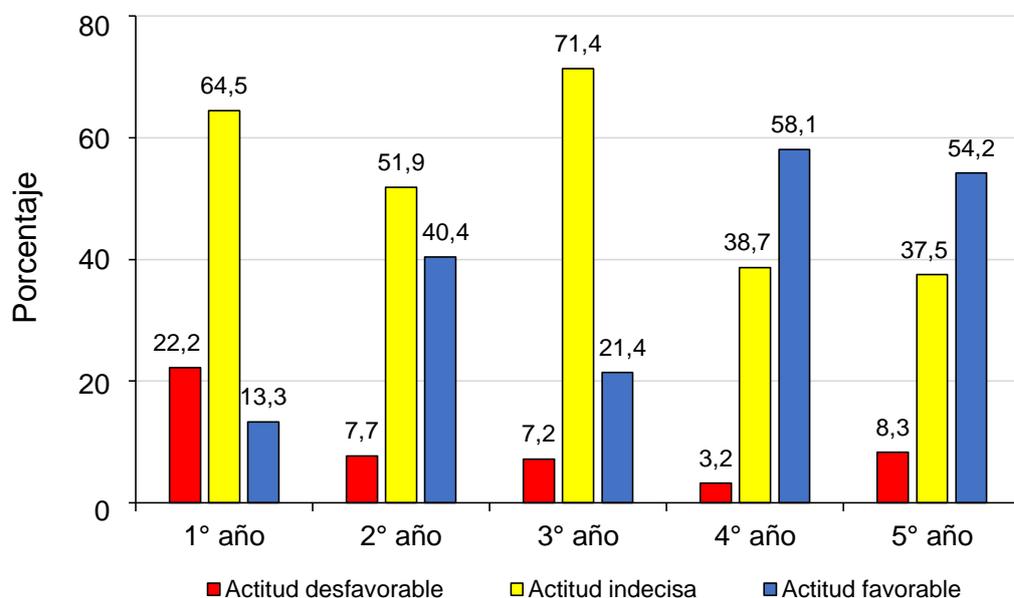


Figura 17. Actitud sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes por año académico de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas. **Fuente:** Elaboración propia.

La actitud indecisa sobre la anticoncepción oral de emergencia predominó en el 64,5% (29), 51,9% (27) y 71,4% (20) de los estudiantes de primer, segundo y tercer año académico, respectivamente. Mientras que el 58,1% y 54,2% de los estudiantes de cuarto y quinto año académico presentaron una actitud favorable, respectivamente. Notándose así que a partir del cuarto año académico el porcentaje de actitud favorable en anticoncepción oral de emergencia fue aumentado.

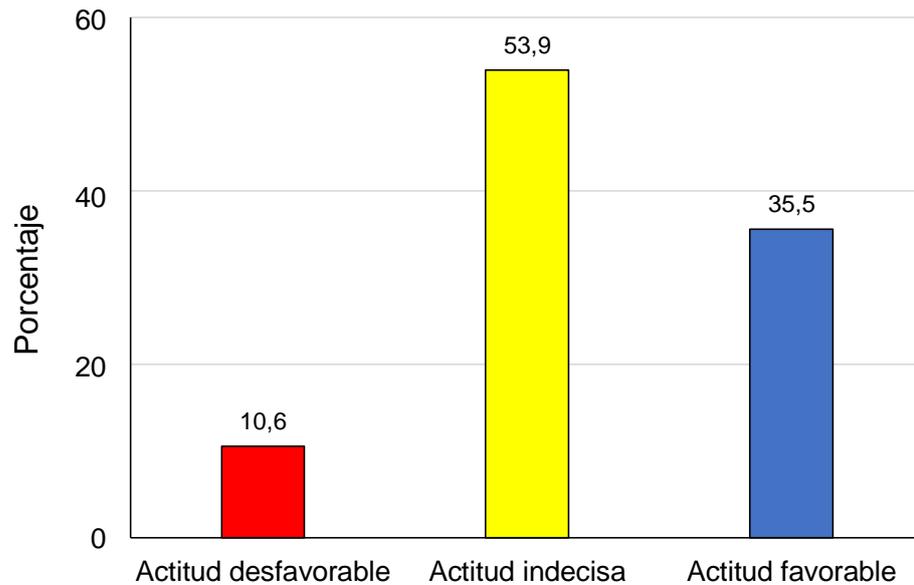


Figura 18. Actitud sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas. **Fuente:** Elaboración propia.

El área de actitudes estuvo conformado por 12 enunciados, las respuestas fueron categorizadas por los estudiantes. El 53.9% (97) los estudiantes presentaron actitud indecisa sobre el anticonceptivo oral de emergencia, el 35.5% (64) presentó actitud favorable y el 10.6% (19) actitud desfavorable.

3.1.4 Análisis Bivariado: Prueba de hipótesis sobre la relación entre el nivel de conocimientos y la actitud sobre la anticoncepción oral de emergencia.

a. Prueba de hipótesis

- H_a : Sí existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia.
- H_0 : No existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia.

b. Nivel de significancia

El nivel de significancia es del 5%, es decir:

$$\alpha=0.05$$

Si el Pvalor (sig.)< 0.05, entonces se rechaza Ho.

c. Estadístico de prueba:

Para calcular el valor de chi-cuadrado, la estadística de prueba estuvo definida por:

- Valor observado (f_o): Se obtuvo de los resultados de la muestra.

Tabla 7. Valores observados del nivel de conocimiento y actitudes en anticoncepción oral de emergencia.

	Valores Observados			Total
	Actitud desfavorable	Actitud indecisa	Actitud favorable	
Conocimiento bajo	6	40	11	57
Conocimiento medio	10	49	33	92
Conocimiento alto	3	12	16	31
Total	19	101	60	180

Fuente: Elaboración propia.

- Valor esperado (f_e): Se obtuvo luego de dividir el producto de los totales de la filas y columnas entre el total de encuestados.

Tabla 8. Valores esperados del nivel de conocimiento y actitudes en anticoncepción oral de emergencia.

	Valores esperados		
	Actitud desfavorable	Actitud indecisa	Actitud favorable
Conocimiento bajo	6.017	31.983	19.000
Conocimiento medio	9.711	51.622	30.667
Conocimiento alto	3.272	17.394	10.333

Fuente: Elaboración propia.

Calcular valor de chi-cuadrado:

$$X^2_{calc} = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Tabla 9. Cálculo del valor de chi-cuadrado.

	f _o	f _e	f _o - f _e	(f _o -f _e) ²	$\frac{[(f_o-f_e)^2]}{f_e}$
Conocimiento bajo vs Actitud desfavorable	6	6.017	-0.017	0.000	4.617
Conocimiento bajo vs Actitud indecisa	40	31.983	8.017	64.267	2.009
Conocimiento bajo vs Actitud favorable	11	19.000	-8.000	64.000	3.368
Conocimiento medio vs Actitud desfavorable	10	9.711	0.289	0.083	0.009
Conocimiento medio vs Actitud indecisa	49	51.622	-2.622	6.876	0.133
Conocimiento medio vs Actitud favorable	33	30.667	2.333	5.444	0.178
Conocimiento alto vs Actitud desfavorable	3	3.272	-0.272	0.074	0.023
Conocimiento alto vs Actitud indecisa	12	17.394	-5.394	29.100	1.673
Conocimiento alto vs Actitud favorable	16	10.333	5.667	32.111	3.108
Total valor de chi-cuadrado					10.500

Fuente: Elaboración propia

d. Grado de Libertad

Para calcular el grado de libertad se realiza:

$$gl = (\text{cantidad de filas} - 1)(\text{cantidad de columnas} - 1)$$

Tabla 10. Prueba de chi-cuadrado de Pearson para relación de significancia de conocimiento y actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia.

	Valor	gl	Sig. Asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	10,500	4	0.033

Fuente: Elaboración propia.

Regla:

Si el Pvalor (sig.) < 0.05, entonces se rechaza H_0 .

$$\chi^2_c = 10,500$$

Pvalor = 0.033

Como el Pvalor (sig.) = 0.033 es menor que el nivel de significancia de 0.05, entonces se rechaza H_0 y se acepta H_a , por lo tanto, se demuestra que sí existe relación entre el nivel de conocimientos en anticoncepción oral de emergencia y la actitud sobre anticoncepción oral de emergencia.

3.2 Interpretación, análisis y discusión de los resultados.

La anticoncepción de emergencia no es considerada como un método de planificación familiar habitual, pero sí es un método útil para ser usado después de una relación sexual sin protección o por falla de algún método anticonceptivo. A pesar de eso, aún se genera controversias éticas y religiosas, aunque desde una perspectiva de la salud pública, la anticoncepción oral de emergencia puede ser beneficioso para la población, la economía y la salud sexual y reproductiva de las personas⁴¹.

Durante el presente estudio, la edad de los estudiantes estuvo comprendida entre los 17 a 46 años de edad con un promedio de 23,7, donde más de la mitad de los estudiantes eran de sexo femenino, siendo similar a otros estudios realizados, como en la investigación de Downing¹¹ y Maafo⁶, donde la población estudiada en dichas investigaciones fueron estudiantes universitarios. El rango de edades es similar en otros estudios ya que es común que los estudiantes empiecen su vida universitaria entre esas edades, luego de culminar la educación secundaria.

Prevalece el estado civil soltero en los estudiantes del presente estudio y de creencia religiosa católica, cifras comparadas al estudio de Maafo y col.⁶ y de Tilahun y col.⁴², indicaron semejanza solo en el estado civil, donde la población

de solteros era semejantes a este estudio, pero encontrando una discordancia en la creencia religiosa, donde el alrededor del 70% de los estudiantes eran cristianos, esto se debió a que es común que predomine esta religión en los países africanos, ya que ellos consideran que ser católico es ser cristiano, mientras que en otros lugares, como en este país, no todas las personas cristianas se consideran católicas.

La mayor cantidad de estudiantes iniciaron sus relaciones sexuales, pero menos de la mitad de ellos usaron algún método anticonceptivo, estos datos difieren al estudio de Silva y col., donde alrededor del 47% de los universitarios habían iniciado su relación sexual y más de la mitad de ellos usó algún método anticonceptivo, mostrando mayor conciencia y responsabilidad en su salud sexual y reproductiva⁴³. Esto se podría atribuir a que desde el 2007 en Brasil se realizó campañas informativas sobre salud sexual y reproductiva en las escuelas, demostrado así que la escolaridad generó impacto sobre la edad en que ocurrió la iniciación sexual.

El condón masculino es el método anticonceptivo más utilizado y preferido por los universitarios⁴⁴, esto se debería a que el condón es un método de doble protección, ya que previene el embarazo no deseado y protege de las infecciones de transmisión sexual, es de fácil accesibilidad porque no requiere de prescripción médica, solo basta con ir a la farmacia para adquirirlo y no se tiene que invertir mucho dinero para comprarlo.

En el estudio realizado por Tilahun y col., menos del 45% de los estudiantes universitarios identificaron correctamente los anticonceptivos orales de emergencia⁴², esto podría ser un riesgo, porque al no conocer cuál es el anticonceptivo que se puede utilizar después de una relación sexual sin protección, esto conllevaría a no usarlo, por ende aumentaría los embarazos no deseados. Mientras que en este estudio la mayoría de los universitarios conocen que métodos de anticoncepción oral de emergencia son utilizados en este país.

Es importante conocer los mecanismos de acción de la anticoncepción oral de emergencia, ya que es por esto que se genera la controversia política, social y religiosa. A pesar que hay algunos estudios que informan sobre esto, aún existen personas escépticas a este tipo de evidencia. En el estudio realizado por Veloso y col., menos del 50 % de los estudiantes universitarios conocía el mecanismo de acción de la anticoncepción oral de emergencia, encontrando diferencia en este estudio, donde el 63,3% de los estudiantes conoce el mecanismo de acción de la anticoncepción oral de emergencia⁴⁵.

Se ha evidenciado que los estudiantes no conocen la eficacia⁴³ y los posibles efectos secundarios de la anticoncepción oral de emergencia¹⁹, estos hallazgos son similares al presente estudio. Se considera a la anticoncepción oral de emergencia como un método eficaz para la anticoncepción, y solo presenta algunos efectos secundarios como son náuseas y vómitos, siendo tolerada por algunas mujeres, pero al no conocer sobre ella, este anticonceptivo no se utilizaría.

En el estudio de Shiferaw y col. los estudiantes universitarios desconocen que la anticoncepción oral de emergencia es más efectiva dentro de las 72 horas después de la relación sexual y no identificaron la dosis recomendada²⁰, sin embargo en el presente estudio, los estudiantes conocen la administración del método solo progestágeno y la cantidad recomendada de dosis. La diferencia entre estos estudios es atribuida a la deficiencia en la educación sexual y reproductiva en los países de África.

Con respecto al nivel de conocimiento de este estudio, en los estudiantes de Medicina Humana predominó el nivel de conocimiento medio, siendo similar al estudio de Josept, donde también predominó el mismo nivel de conocimiento¹⁹, esto podría deberse a que en el 2012, India se integró a una asociación mundial para cumplir el tres y el cinco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y asegurar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, donde se comprometió a reducir las necesidades insatisfechas y atender la igualdad para que las poblaciones más pobres y vulnerables tengan un mayor

acceso a suministros y servicios de calidad. Mientras que en el estudio de Shiferaw y col. predominó el nivel de conocimiento bajo²⁰, lo mismo sucedió en el estudio de Hailemariam y col.⁴⁶, ambos estudios se llevaron a cabo de Etiopía. Esto podría deberse a la baja inversión en programas de salud sexual y reproductiva en países de África, por la condición de pobreza en la que se encuentran.

Por otra parte, algunos estudiantes consideraron que la anticoncepción oral de emergencia no causa aborto ni daño al embrión, datos que son similares al estudio en universitarios norteamericanos⁴⁷, lo cual puede generar una posible barrera para el uso y la prescripción de este anticonceptivo en los futuros profesionales de la salud.

Gran parte de los estudiantes no sentirían vergüenza por acceder o usar el anticonceptivo oral de emergencia, ni por sugerir su compra a alguien, esto se debería a que su uso no está restringido en el país y no se comete ningún delito al usarlo. Este hallazgo es similar al estudio de Miller, donde casi la mitad de los estudiantes informaron sentirse cómodos con el uso de la anticoncepción oral de emergencia⁴⁸ y en otro estudio donde en gran porcentaje los universitarios declararon que la recomendarían a un amigo o pariente⁴⁹.

Para adquirir el anticonceptivo oral de emergencia, los estudiantes preferirían ir al establecimiento de salud, ya que es entregado gratuitamente y previamente el usuario recibiría consejería sobre este anticonceptivo, pero también consideran que ir a la farmacia a adquirir el anticonceptivo oral de emergencia es más rápido y accesible, ya que en este establecimiento se evitan colas, no se necesita de prescripción y se evitan preguntas que podrían ser incómodas responder en un establecimiento de salud. Esta información es similar al estudio de Maafo y col., donde los estudiantes consideran a la farmacia como su abastecedor preferido.⁶

La consejería en métodos anticonceptivos debe ser fundamental para todas las personas, en esta se debería incluir la anticoncepción oral de emergencia, porque es mejor recibirla de un profesional de salud que de otra fuente de

información. La mayoría de los estudiantes consideran que ir al establecimiento de salud para recibir consejería es la mejor opción para informarse sobre la anticoncepción oral de emergencia, siendo similar a otro estudio, donde los participantes en la encuesta informaron que la fuente para aprender más sobre la anticoncepción oral de emergencia sería un profesional de la salud.¹¹

Con respecto a las actitudes de los estudiantes de Medicina Humana, predominó la actitud indecisa, diferenciándose al estudio realizado por Giri y col., donde más de 70% de los universitarios de Medicina Humana mostraron una actitud positiva o favorable hacia la anticoncepción oral de emergencia⁵⁰, esto se debería a que en India se llevó a cabo el programa de bienestar familiar donde se recibió asesoramiento en educación sexual, anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual.

Por último, en cuanto a la relación entre los conocimientos y las actitudes, los estudiantes encuestados que tuvieron un conocimiento alto presentaron una actitud favorable sobre la anticoncepción oral de emergencia, mientras que los estudiantes que presentaron un conocimiento medio y conocimiento bajo en su mayoría presentaron una actitud indecisa, observándose una relación significativa entre el conocimiento y las actitudes frente a la anticoncepción oral de emergencia, siendo el valor de $p=0.033$ ($p<0.05$). Estos hallazgos son similares a los revelados por Downing y col.¹¹, en su estudio se encontró relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente la anticoncepción oral de emergencia.

CONCLUSIONES

- Sí existe una relación entre el conocimiento y las actitudes de los estudiantes sobre la anticoncepción oral de emergencia. Mediante la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson, la significancia fue de 0.033 demostrando así que existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente la anticoncepción oral de emergencia.
- El nivel de conocimiento que presentaron los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas sobre la anticoncepción oral de emergencia fue nivel de conocimiento medio (51,1%), seguido por el nivel de conocimiento bajo (31,7%) y por último el nivel de conocimiento alto (17,2%).
- Las actitudes que presentaron los estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas sobre la anticoncepción oral de emergencia fueron, actitud indecisa (53,9%), actitud favorable (35,5%) y actitud desfavorable (10,6%).

RECOMENDACIONES

Considerando los resultados obtenidos en el presente estudio, se recomienda lo siguiente:

- A la Escuela Profesional de Medicina Humana, responsable de la formación de los estudiantes de medicina, enfatizar sobre el tema de la anticoncepción oral de emergencia y métodos anticonceptivos e implementar el contenido en la asignatura de salud reproductiva, ya que es importante que los estudiantes conozcan adecuadamente sobre este anticonceptivo.
- Es importante que la universidad implemente un consultorio de salud sexual y reproductiva o talleres a cargo de la Escuela Profesional de Obstetricia, para que los estudiantes de Medicina Humana y de las demás carreras profesionales reciban orientación y consejería en salud sexual y reproductiva y conozcan sobre la anticoncepción oral de emergencia, ya que estos (estudiantes de medicina humana) desempeñaran un rol fundamental como usuarios y futuros profesionales de la salud.
- Realizar otros estudios que evalúen las causas por la que todavía existen actitudes desfavorables y de indecisión hacia la anticoncepción oral de emergencia y si ello se debe al mecanismo de acción de esta. Por ello las futuras investigaciones no deben centrarse solo en estudiantes de medicina, sino también en otras carreras profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Shahjahan M, Jahan S, Afroz A, Akhter H, Kabir R, Ahmed K. Determinants of male participation in reproductive healthcare services: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2013;10(27):1-5. DOI: 10.1186/1742-4755-10-27.
02. Organización Mundial de la Salud [Página principal en internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2016 [actualizado 18 Feb 2017; citado 29 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>
03. Marcell A, Waks A, Rutkow L, McKenna R, Rompa A, Hogan T. What do we know about males and emergency contraception? A synthesis of the literatura. *Perspect Sex Reprod Health*. 2012;44(3):184-93. DOI: 10.1363/4418412.
04. Richards M, Peters M, Sheeder J, Kaul P. Contraception and adolescent males: an opportunity for providers. *J Adolesc Health*. 2016;58(3):366-8. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2015.10.011.
05. Richards M, Peters M, Sheeder J, Kaul P. Promoting adolescent and Young adult male contraceptive knowledge: Can health care providers make a difference? [abstract]. *J Adolesc Health*. 2015;56(2):S5.
06. Maafo E, Teye D. Knowledge and usage of emergency contraceptives among university students in Ghana. *J Community Health*. 2016;41(1):15-21. DOI: 10.1007/s10900-015-0057-6.
07. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana [Página principal en internet]. Roma: Dirección General; c2015 - [actualizado 8 Nov 2011; citado 29 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/05/08/15A03360/sg>

08. Tafuri S, Martinelli D, Germinario C, Prato R. A survey of opinions on emergency contraception in Young women in Southern Italy. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012;17(2):164-9. DOI: 10.3109/13625187.2012.655810.
09. Olivari M, Cucci G, Confalonieri E. Italian adolescents and emergency contraception: a focus group study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017;30(1):41-6. DOI: 10.1016/j.jpag.2016.08.012.
10. Bell D, Camacho E, Velasquez A. Male Access to emergency contraception in pharmacies: a mystery shopper survey. *Contraception*. 2014;90(4):413-5. DOI: 10.1016/j.contraception.2014.06.032.
11. Downing A. University students knowledge and attitudes toward emergency contraception pills. *J Community Health Nurs*. 2014;31(2):75-89. DOI: 10.1080/07370016.2014.901089.
12. Garrett K, Widman L, Francis D, Noar S. Emergency contraception: Sources of information and perceptions of Access among Young adults. *J Womens Health*. 2016;56(6):668-79. DOI: 10.1080/03630242.2015.1118727.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Perú: Salud sexual y reproductiva de los varones 2008; Lima: INEI-UNFPA; 2010.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar; Lima: INEI; 2016.
15. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6a ed. México: Mc Graw Hill; 2014.

16. Panta M. Conocimiento y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de quinto año de medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana y ciencias de la Salud; 2016.
17. Changana K. Nivel de conocimiento sobre anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de obstetricia del VII-VIII ciclo de la Universidad Arzobispo Loayza [Tesis]. Lima: Universidad Arzobispo Loayza. Facultad de Medicina Humana y ciencias de la Salud; 2015.
18. Choque F. Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en internos de Medicina Humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana y ciencias de la Salud; 2015.
19. Joseph N, Shetty B, Hasreen F, Ishwarya R, Baniya M, Sachdeva S, et al. Awareness and Attitudes Toward emergency contraceptives among college students in South India. J Obstet Gynaecol India. 2016;66 Suppl 1:363-9. DOI: 10.1007/s13224-015-0743-4.
20. Shiferaw B, Gashaw B, Tesso F. Knowledge, attitude and Practice of emergency contraceptives among Mizan-Tepi university female students, South West Ethiopia. Pain Manage Med. 2016;2(2):111. DOI:10.4172/jpmme.1000111.
21. Ministerio de Salud [Página principal en internet].. Lima: Ministerio de Salud. c2014 - [citado 8 Agos 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/planfam/index.html>
22. Planificación Familiar [Página principal en internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. c2017 - [actualizado 15 Ene 2018; citado 10 Agos 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

23. Ellertson C. Historia y eficacia de la anticoncepción de emergencia: más allá de la Coca Cola. *Family Planning Perspectives*. 1996;28(2):44–8. DOI: 10.2307/2136122.
24. Halpels A. Emergency contraception: a review. *Contraception*. 1994;50(2):101-108. DOI: 10.1016/0010-7824(94)90046-9.
25. Alarcón M. Los dispositivos intrauterinos: evolución a través de los tiempos, método de inserción beneficios y riesgos. *Rev. Medicas UIS*. 2007;20(2):121-129.
26. Organización Mundial de la Salud [Página principal en internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. c2016 - [actualizado 20 Dic 2015; citado 10 Agos 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
27. Norma Técnica de Planificación Familiar. Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA. Diario Oficial del Bicentenario El Peruano, n° 13789, (02-09-2016).
28. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. La anticoncepción oral de emergencia: el debate legal en América Latina. San José: IIDH; 2008.
29. Martínez C. Gobierno acatará distribución de píldora del día siguiente. Perú 21 [en línea]. 2016. [acceso 12 Agos 2017]. Disponible en: <https://peru21.pe/lima/gobierno-acatara-distribucion-pildora-dia-siguiente-infografia-226624>
30. The American College of Obstetricians and Gynecologist [Página principal en internet]. Washington DC: The American College of Obstetricians and Gynecologist. c2015 - [actualizado Mar 2017; citado 12 Agos 2017]. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Emergency-Contraception>

31. The American College of Obstetricians and Gynecologist [Página principal en internet]. Whashington DC: The American College of Obstetricians and Gynecologist. c2017 - [actualizado Mar 2018; citado 12 Agos 2017]. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Anticonceptivos-de-emergencia>
32. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Sustento Normativo de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en el Perú. Lima: SPOG-PROMSEX-UNFPA; 2006.
33. International Consortium for Emergency Contraception [Página principal en internet]. New York: International Consortium for Emergency Contraception. c2015 - [actualizado Abr 2015; citado 15 Agos 2017]. Disponible en: http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2015/02/Yuzpe_FactSheet_2015_Spanish.pdf
34. Organización Mundial de la Salud [Página principal en internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. c2010 - [citado 15 Agos 2017]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/HRP_RHR_10_06/es/
35. Zhang L, Chen J, Wang Y, Ren F, Yu W, Cheng L. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only Emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Human Reprod.* 2009;24(7):1605-11. DOI: 10.1093/humrep/dep076.
36. Ramírez F. Anticoncepción Oral de Emergencia: Una mirada Científica. Lima: SPOG; 2006.
37. Centro Aragonés de Tecnologías para la educación. El Conocimiento. [internet]. Aragón: Centro Aragónes de Tecnologías para la educación. 2016 - [citado 17 Agos 2017]. Disponible en: http://educativa.catedu.es/44700165/aula/archivos/repositorio/1000/1249/html/2_el_conocimiento_definicion_y_tipos.html

38. Andreu R, Sieber S. La gestión integral del conocimiento y del aprendizaje. *Economía Industrial*. 1999;326:63-72.
39. Webdianoia. Tipos de conocimiento [internet]. Madrid: Webdianoia. 2017 - [citado 17 Agos 2017]. Disponible en: https://www.webdianoia.com/moderna/locke/locke_fil_conoc.htm
40. Morales J, Gaviria E, Moya M, Cuadrado M. Psicología Social. En: Briñol P, Falces C, Becerra A, editor. *Actitudes*. Madrid: McGraw-Hill; 2007. p. 457-490.
41. 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*. 2007 Jun;18(2):92-9. DOI: 10.20453/rmh.v18i2.036.
42. Tilahun D, Assefa T, Belachew T. Knowledge, attitude and practice of emergency contraceptives among Adama University female students. *Ethiop J Health Sci*. 2010 Nov; 20(3): 195–202.
43. Silva F, Vitalle M, Maranhão S, Canuto M, Pires M, Fisberg M. Regional differences in knowledge, attitudes, and practice in emergency contraceptive use among health sciences university students in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(9):1821-31. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000900015.
44. Poscia A, Milia D, Lohmeyer F, Teleman A, Waure C, Ricciardi W. Sexual behaviours and preconception health in Italian university students. *Ann Ist Super Salud*. 2015;51(2):116-20. DOI: 10.4415/ANN_15_02_08.
45. Veloso D, Peres V, Lopes S, Salge A, Guimarães J. Emergency contraception: knowledge and attitudes of nursing students. *Rev Gaucha Enferm*. 2014;35(2):33-9. Doi: 10.1590/1983-1447.2014.02.41561.

46. Hailemariam T, Tesfaye T, Melese T, Alemayehu W, Kenore Y, Lelamo Y, et al. Sexual experiences and emergency contraceptive use among female university students: a cross-sectional study at Wachamo University, Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2015;8:112. DOI: 10.1186/s13104-015-1070-7.
47. Lehan M, Clark M, McCarthy A, Farris K. Knowledge and use of emergency contraception in college women. *West J NursRes*. 2015;37(4):462-80. DOI: 10.1177/0193945914551005.
48. Miller L. College student knowledge and attitudes toward emergency contraception. *Contraception*. 2011;83(1):69-73. Doi: 10.1016/j.contraception.2010.06.005.
49. Lee C, Ahonen K, Apling M, Bork C. Emergency contraception knowledge among nurse practitioner students. *J Am Acad Nurse Pract*. 2012;24(10):604-11. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2012.00742.x.
50. Giri P, Bangal V, Phalke D. Knowledge and attitude of medical undergraduate, interns and postgraduate students in India towards emergency contraception. *N Am J Med Sci*. 2013;5(1):37-40. DOI: 10.4103/1947-2714.106193.

ANEXOS

ANEXO A
CONSENTIMIENTO INFORMADO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

El objetivo de este estudio es determinar los Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017.

✓ Requisito:

- Estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana que cursan de 1^{ER} a 5^o año.

Los datos obtenidos por medio de esta encuesta serán totalmente confidencial y anónimo, por lo cual se solicita permiso al usuario para el presente estudio.

Agradezco por anticipado su participación.

ANEXO B
INSTRUMENTO: ENCUESTA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS DURANTE EL AÑO 2017

• DATOS GENERALES

Edad: _____ años.

Sexo: Femenino Masculino

Estado Civil:

Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado

Religión:

Católica Cristiana Evangélica Ateo

Ciclo de estudio:

1^{ER} Año 2^O Año 3^{ER} Año 4^O Año 5^O Año

Edad en la que inicio su relación sexual: _____ años.

¿Actualmente usa algún método anticonceptivo?

No Si ¿Cuál? _____

I. ÁREA DE CONOCIMIENTOS

Marque con un aspa (X) o encierre en un círculo (O) la opción que usted crea correcta.

01. ¿Qué es la planificación familiar?

- a. Es la decisión del varón de elegir cuándo tendrá hijos.
- b. Es la obligación de las personas de utilizar métodos anticonceptivos que no les permita tener más hijos.
- c. Implica la utilización de métodos anticonceptivos hormonales para controlar el número de embarazos.
- d. Es la decisión de la persona de elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo tendrá hijos.

- 02. ¿Qué es la anticoncepción de emergencia?**
- Es un método anticonceptivo de barrera.
 - Es un método anticonceptivo de emergencia de uso regular.
 - Es un método postcoital de emergencia que se usa en la mañana siguiente, luego de cada relación sexual.
 - Es un método que se usa en casos de emergencia después de tener una relación sexual sin protección, violación o ruptura de condón.
- 03. La anticoncepción de emergencia: (Complete con la respuesta correcta)**
- No es considerado un método de planificación familiar.
 - Elimina completamente el riesgo de embarazo.
 - Previene las Infecciones de Transmisión Sexual.
 - Es considerado un método anticonceptivo de uso regular.
- 04. ¿Cuál de los siguientes métodos de anticoncepción de emergencia son usados en el Perú?(Según norma Técnica de Planificación Familiar)**
- Dispositivo intrauterino (DIU)
 - Levonorgestrel y oral combinado
 - Mifepristona y levonorgestrel
 - Antiprogestágenos
- 05. ¿En qué caso no se indica el uso de la anticoncepción de emergencia?.**
- En caso de violación.
 - En caso de ruptura de preservativo.
 - En caso de tener relación sexual sin protección.
 - En sospecha de un posible embarazo.
- 06. ¿Cuál es la contraindicación de la anticoncepción de emergencia?**
- Está contraindicado porque puede producir malformaciones congénitas.
 - Está contraindicada en la gestante porque interrumpe el embarazo.
 - Está contraindicada porque su uso rutinario produce esterilidad.
 - No hay base científica que demuestre contraindicaciones.
- 07. ¿Cuál es la composición o fármaco del método de Yuzpe?**
- Levonorgestrel
 - Etinilestradiol
 - Etinilestradiol y levonorgestrel
 - Etonogestrel
- 08. ¿Cuál es la composición o fármaco del método de sólo progestágeno?**
- Levonorgestrel
 - Etinilestradiol
 - Etinilestradiol y levonorgestrel
 - Etonogestrel
- 09. ¿Cuál es el mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia?**
- Produce la ovulación
 - El moco cervical se torna elástico.
 - Inhibe la ovulación
 - Facilita la migración espermática

- 10. Al usar la anticoncepción oral de emergencia ¿Qué hormona es alterada para impedir la salida del ovocito del folículo ovárico?**
- La hormona luteinizante
 - La hormona progesterona
 - La hormona estrógeno
 - La hormona estradiol
- 11. ¿Qué efecto produce la anticoncepción oral de emergencia sobre los espermatozoides?**
- Aumenta el número de espermatozoides.
 - Aumenta la velocidad de los espermatozoides.
 - Actúa sobre la migración de los espermatozoides.
 - Impide la capacidad del espermatozoide en penetrar el óvulo.
- 12. Al usar la anticoncepción oral de emergencia ¿Qué efecto produce el moco cervical en los espermatozoides?**
- El moco cervical se torna viscosa, aumentando la velocidad de los espermatozoides.
 - El moco cervical se torna viscosa, impidiendo el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina.
 - El moco cervical se torna elástico, inmovilizando a los espermatozoides.
 - El moco cervical se torna elástico y no produce ningún efecto en los espermatozoides.
- 13. Con respecto a la eficacia del método Yuzpe ¿Cuál es la alternativa correcta?**
- 75%
 - 95%
 - 20%
 - 85%
- 14. Con respecto a la eficacia del método de sólo progestágeno. ¿Cuál es la alternativa correcta?**
- 75%
 - 95%
 - 50%
 - 100%
- 15. Con respecto a los posibles efectos secundarios de la anticoncepción oral de emergencia. ¿Cuál es la alternativa correcta?.**
- Efectos cardiovasculares
 - Enfermedades neurológicas
 - Inhibe la lactancia
 - Náuseas y fatiga
- 16. ¿En cuál de los métodos de anticoncepción oral de emergencia ocurren con más frecuencia efectos secundarios?**
- Método Yuzpe
 - Método solo progestágeno
 - En ambos
 - Método levonorgestrel

- 17. ¿Cómo se administra el método de Yuzpe?**
- Primera dosis en las primeras 96 horas post coito, seguida por una segunda dosis 6 horas después de la inicial.
 - Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 24 horas después de la inicial.
 - Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 12 horas después de la inicial.
 - Primera dosis en las primeras 96 horas post coito, seguida por una segunda dosis 18 horas después de la inicial.
- 18. ¿Cuál de las siguientes dosis se usa en cada toma con el método de Yuzpe?**
- 0,5mg de levonorgestrel
 - 100 mcg de etinilestradiol
 - 100 mcg de etinilestradiol + 0,5mg de levonorgestrel
 - 50 mcg de etinilestradiol + 250 mcg de levonorgestrel.
- 19. ¿Cuál de las siguientes dosis se usa en una sola toma del método sólo progestágeno?**
- 1.5 mg de levonorgestrel
 - 0.15 mg de levonorgestrel
 - 1.5 mcg de levonorgestrel
 - 0.15 mcg de levonorgestrel
- 20. ¿Cuál de las siguientes dosis se usa en dos tomas del método sólo progestágeno?**
- 75 mg de levonorgestrel
 - 0.75 mg de levonorgestrel
 - 0.75 mcg de levonorgestrel
 - 7.5 mcg de levonorgestrel
- 21. Como se administra el método sólo progestágeno?**
- Primera dosis en las primeras 96 horas post coito, seguida por una segunda dosis 6 horas después de la inicial.
 - Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 24 horas después de la inicial.
 - Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 12 horas después de la inicial.
 - Primera dosis en las primeras 96 horas post coito, seguida por una segunda dosis 18 horas después de la inicial.
- 22. ¿Qué se debe de hacer si ocurre vómito dentro de las dos horas después de haber tomado la primera dosis del anticonceptivo oral de emergencia?**
- Seguir con la segunda dosis.
 - Repetir la primera dosis.
 - No tomar la segunda dosis.
 - Dar de tomar leche a la usuaria.
- 23. ¿Con qué frecuencia se debe usar el anticonceptivo oral de emergencia?**
- Se recomienda usar lo menos posible, sólo en casos de emergencia.
 - Dos veces por año.
 - Solo una vez al año.
 - Hasta tres veces al año.

II. ACTITUDES

Marque con un aspa (X) la opción de respuesta que usted crea correcta:

N°	ENUNCIADOS	OPCIONES				
		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
01.	Considero que la anticoncepción oral de emergencia es abortiva.					
02.	Considero que la anticoncepción oral de emergencia daña al embrión si la mujer ya estuviese embarazada.					
03.	Considero que la anticoncepción oral de emergencia interfiere en la implantación.					
04.	Considero que el uso repetido del anticonceptivo oral de emergencia aumenta la efectividad para prevenir un embarazo.					
05.	Me siento avergonzado (a) después de usar la anticoncepción oral de emergencia.					
06.	Me sentiría avergonzado (a) o juzgado (a) al comprar el anticonceptivo oral de emergencia.					
07.	Me sentiría avergonzado (a) o juzgado (a) por sugerir la compra del anticonceptivo oral de emergencia a un usuario.					
08.	Me opongo a que el anticonceptivo oral de emergencia sea entregado en los establecimientos de salud.					
09.	Consideraría asistir al establecimiento de salud para recibir gratuitamente el anticonceptivo oral de emergencia.					
10.	Si pudiera brindar consejería sobre la anticoncepción oral de emergencia a los usuarios, estos sabrían darle uso adecuado.					
11.	Creo que acudir a una farmacia para adquirir el anticonceptivo oral de emergencia toma menos tiempo que adquirirlo en un establecimiento de salud.					
12.	Considero que ir al establecimiento de salud para recibir consejería es la mejor manera de informarme sobre la anticoncepción oral de emergencia.					

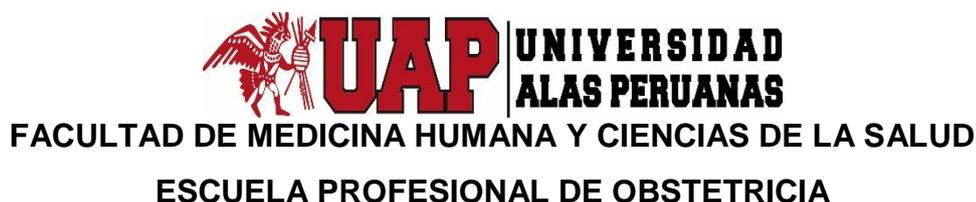
ANEXO C

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS DURANTE EL AÑO 2017

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización			Metodología
			Variable	Dimensiones	Indicadores	
<p>• Problema principal: ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017?.</p> <p>• Problemas secundarios: a. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017?.</p> <p>b. ¿Cuáles son las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017?.</p>	<p>• Objetivo general: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017.</p> <p>• Objetivos específicos : a. Identificar el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017.</p> <p>b. Determinar las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017.</p>	<p>Sí existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017.</p>	Conocimiento en anticoncepción oral de emergencia	Generalidades	Nivel de conocimiento bajo	<p>Tipo de investigación: Descriptivo correlacional, prospectivo de corte transversal.</p> <p>Nivel de investigación: Aplicativo.</p> <p>Método: Cuantitativo.</p> <p>Población: La población estuvo conformada por 337 estudiantes de Medicina Humana.</p> <p>Muestra: El tamaño de la muestra para la investigación fue de 180 estudiantes de Medicina Humana.</p> <p>Instrumento: Cuestionario.</p> <p>Técnica: Encuesta.</p>
					Nivel de conocimiento medio	
					Nivel de conocimiento alto	
				Mecanismo de acción	Nivel de conocimiento bajo	
					Nivel de conocimiento medio	
					Nivel de conocimiento alto	
				Eficacia	Nivel de conocimiento bajo	
					Nivel de conocimiento medio	
					Nivel de conocimiento alto	
				Efectos secundarios	Nivel de conocimiento bajo	
					Nivel de conocimiento medio	
					Nivel de conocimiento alto	
			Esquema posológico	Nivel de conocimiento bajo		
				Nivel de conocimiento medio		
				Nivel de conocimiento alto		
			Actitudes en anticoncepción oral de emergencia	Cognoscitivo	Actitud desfavorable	
					Actitud indecisa	
					Actitud favorable	
Afectivo	Actitud desfavorable					
	Actitud indecisa					
	Actitud favorable					
Conductual	Actitud desfavorable					
	Actitud indecisa					
	Actitud favorable					

ANEXO D
JUICIO DE EXPERTOS Y GRADO DE CONCORDANCIA



Valoración de evaluación de Juicio de Expertos

Datos de la clasificación:

CRITERIOS	JUECES			TOTAL
	J1	J2	J3	
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	3
La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	3
Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	0	1	1	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	0	1	1	2
Los ítems son claros y entendibles.	0	1	1	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	0	1	1	2
TOTAL				14

0: desacuerdo

1: de acuerdo

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES

Siendo:

b: Grado de concordancia significativa

Ta: N° total “de acuerdo” de jueces

Td: N° total de “desacuerdo” de jueces

Fórmula:

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

- Reemplazamos por los valores obtenidos:

$$b = \frac{14}{14 + 4} \times 100$$

$$b = 77.7\%$$

El resultado es que el 77.7% de las respuestas de los jueces concuerdan.

Según Herrera

0.53 a menos	Validez nula
0.54 a 0.59	Validez baja
0.60 a 0.65	Válida
0.66 a 0.71	Muy válida
0.72 a 0.99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

Conclusión de jueces expertos:

Excelente Validez

Estimado juez experto (a): Sarka R. Moreno Garrido

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS DURANTE EL AÑO 2017.

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable.		✓	
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.		✓	
5. Los ítems son claros y entendibles.		✓	
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación.		✓	

SUGERENCIAS:

Algunas preguntas tienen respuestas direccionadas. Entorpecer podría ser parte incorrecta
 Revisar preguntas de la ítem 22, es para resumir, no para el 2° ítem; Revisar pregunta 25
 En la escala Likert, algunas (preguntas) afirmaciones poseen preguntas, revisar que los 7 y 12
 Revisar los ítems de número 9' no existe ambigüedad
 Debe quedar claro 9' acerca conocer actitudes, algunas

ítem por un de conocimientos, pensar.
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

[Firma]
 MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN NACIONAL DE OBSTETRICIA
 Mg. ZOLA MORENO GARRIDO
 SERVICIO DE OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Mg. María Beatriz Nizama Avila

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS DURANTE EL AÑO 2017.

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable.	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
5. Los ítems son claros y entendibles.	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....

MINISTERIO DE SALUD
DRS - SJM - VMT

Obs. MARIA BEATRIZ NIZAMA AVILA
C.O.P. 4312
MINISTERIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

María Beatriz Nizama Avila

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Liliana Falcon Leonardo

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS DURANTE EL AÑO 2017.

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable.	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
5. Los ítems son claros y entendibles.	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....

MINISTERIO DE SALUD
REGISTRO NACIONAL VMT
Liliana Falcon Leonardo
OBSTETRA - COP 4205
CALLE BARRIO AGUA ESSECA
CALLE TRIPULAZUL - SJM

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

ANEXO E

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO POR COEFICIENTE DE KUDER RICHARDSON PARA LA VARIABLE CONOCIMIENTO

SUJ.	PREGUNTAS																				Total		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	22
1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0
3	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
4	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
5	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0
6	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0
7	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
8	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
9	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
10	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
11	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
12	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
13	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0
15	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0
16	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
17	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1
18	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
19	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0
20	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
p	1.00	0.80	0.65	0.35	0.80	0.25	0.50	0.55	0.60	0.30	0.30	0.55	0.60	0.55	0.65	0.45	0.55	0.55	0.55	0.50	0.40	0.10	0.25
q	0.00	0.20	0.35	0.65	0.20	0.75	0.50	0.45	0.40	0.70	0.70	0.45	0.40	0.45	0.35	0.55	0.45	0.45	0.45	0.50	0.60	0.90	0.75
p*q	0.00	0.16	0.23	0.23	0.16	0.19	0.25	0.25	0.24	0.21	0.21	0.25	0.24	0.25	0.23	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.24	0.09	0.19
Vt (σ²)																							14.69

Rangos Magnitud

- 0,81 a 1,00 Muy Alta
- 0,61 a 0,80 Alta
- 0,41 a 0,60 Modearada
- 0,21 a 0,40 Baja
- 0,01 a 0,20 Muy Baja

n	23
σ²	14.69
Σpq	4.84

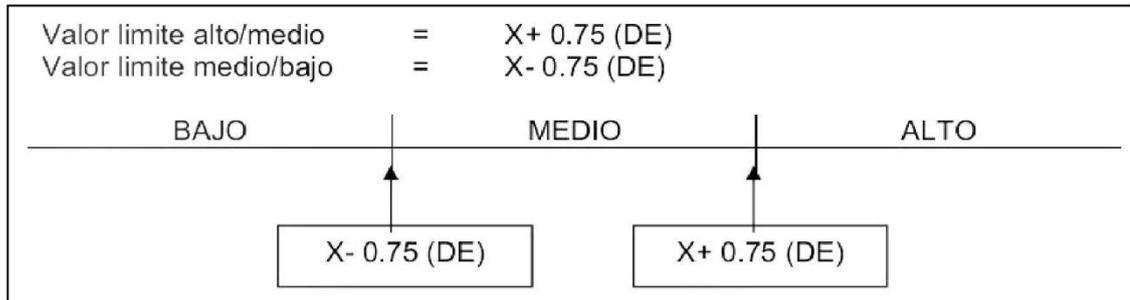
N= número de items
 σ²= varianza total
 Σpq= sumatoria p*q

$$KR20 = \left(\frac{N}{N-1} \right) \left(\frac{\sigma^2 - \sum pq}{\sigma^2} \right)$$

KR 20 = 0.701 Alta

ANEXO F

PROCEDIMIENTO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO MEDIANTE LA ESCALA DE ESTANINOS



SUJETOS	PUNTUACIÓN
1	15
2	15
3	10
4	8
5	14
6	15
7	16
8	7
9	8
10	18
11	10
12	14
13	8
14	15
15	14
16	6
17	14
18	7
19	15
20	7

Donde:

X=media

DE= desviación estándar

*** Calculando la media:**

$$x = \frac{\Sigma \text{ de puntuaciones}}{n^{\circ} \text{ de sujetos}}$$

$$X = 11.80$$

*** Calculando la desviación estándar:**

$$S = \sqrt{\frac{\Sigma(Xi-X)^2}{n-1}} \longrightarrow S = \sqrt{\frac{279.20}{19}}$$

$$DE = 3.83$$

Reemplazando en la escala de Estaninos:

Valor limite alto/medio: 14.7 ≈ 15

Valor limite medio/bajo: 8.9 ≈ 9

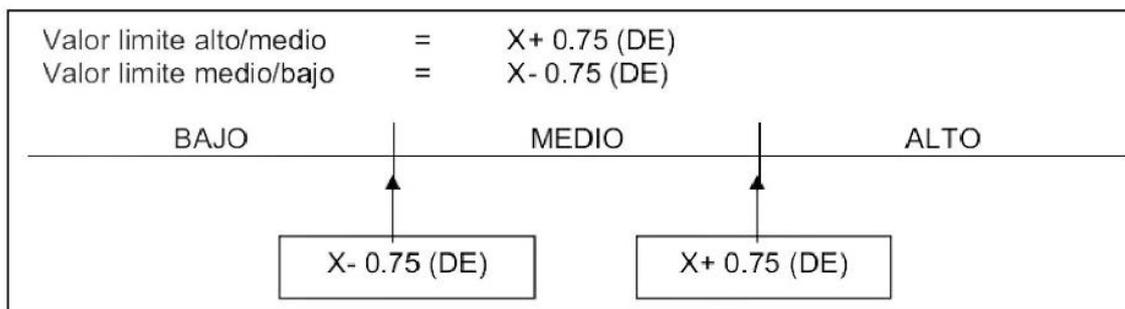
Por lo tanto:

Conocimiento bajo: 0 - 08

Conocimiento medio: 09 - 15

Conocimiento alto: 16 - 23

ANEXO G
PROCEDIMIENTO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSIÓN
GENERALIDADES DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO MEDIANTE LA
ESCALA DE ESTANINOS



SUJETOS	PUNTUACIÓN
1	6
2	5
3	3
4	5
5	6
6	6
7	4
8	3
9	5
10	6
11	4
12	5
13	5
14	5
15	5
16	4
17	5
18	5
19	7
20	4

Donde:

X=media

DE= desviación estándar

*** Calculando la media:**

$$x = \frac{\Sigma \text{ de puntuaciones}}{n^{\circ} \text{ de sujetos}}$$

X = 4.9

*** Calculando la desviación estándar:**

$$S = \sqrt{\frac{\Sigma(Xi-X)^2}{n-1}} \longrightarrow S = \sqrt{\frac{279.20}{19}}$$

DE = 1.02

Reemplazando en la escala de Estaninos:

Valor limite alto/medio: 5.7 ≈ 6

Valor limite medio/bajo: 4.1 ≈ 4

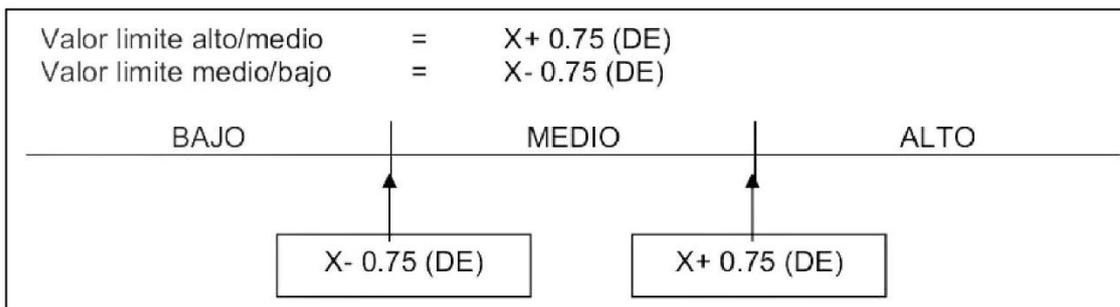
Por lo tanto:

Conocimiento bajo: 0 - 3

Conocimiento medio: 4 - 6

Conocimiento alto: 7 - 8

ANEXO H
PROCEDIMIENTO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSIÓN
MECANISMO DE ACCIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO MEDIANTE LA
ESCALA DE ESTANINOS



SUJETOS	PUNTUACIÓN
1	3
2	2
3	3
4	0
5	2
6	1
7	3
8	2
9	2
10	2
11	1
12	0
13	1
14	3
15	2
16	0
17	3
18	0
19	2
20	3

Donde:

X=media

DE= desviación estándar

*** Calculando la media:**

$$X = \frac{\Sigma \text{ de puntuaciones}}{n^{\circ} \text{ de sujetos}}$$

X = 1.75

*** Calculando la desviación estándar:**

$$S = \sqrt{\frac{\Sigma(Xi - X)^2}{n-1}} \longrightarrow S = \sqrt{\frac{279.20}{19}}$$

DE = 1.12

Reemplazando en la escala de Estaninos:

Valor limite alto/medio: 2.6 ≈ 3

Valor limite medio/bajo: 0.9 ≈ 1

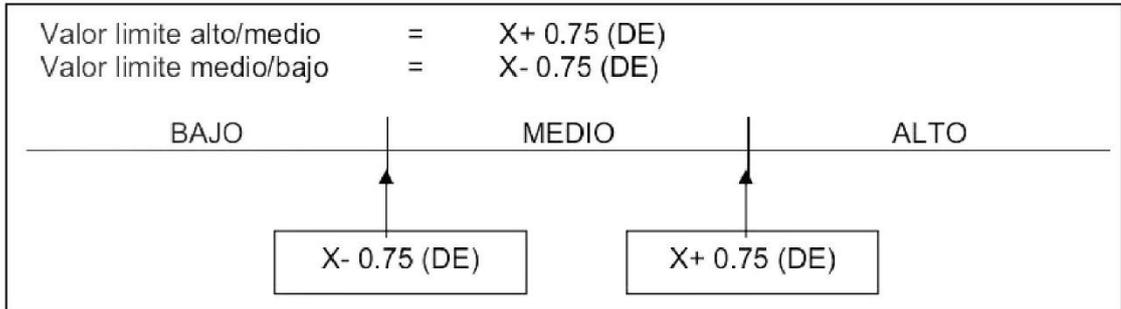
Por lo tanto:

Conocimiento bajo: 0

Conocimiento medio: 1 - 3

Conocimiento alto: 4

ANEXO I
PROCEDIMIENTO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSIÓN
EFICACIA DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO MEDIANTE LA ESCALA DE
ESTANINOS



SUJETOS	PUNTUACIÓN
1	1
2	2
3	2
4	1
5	1
6	1
7	2
8	0
9	0
10	2
11	2
12	1
13	2
14	2
15	1
16	0
17	1
18	1
19	1
20	0

Donde:

X=media

DE= desviación estándar

*** Calculando la media:**

$$X = \frac{\Sigma \text{ de puntuaciones}}{n^{\circ} \text{ de sujetos}}$$

X = 1.15

*** Calculando la desviación estándar:**

$$S = \sqrt{\frac{\Sigma(Xi-X)^2}{n-1}} \longrightarrow S = \sqrt{\frac{279.20}{19}}$$

DE = 0.75

Reemplazando en la escala de Estaninos:

Valor limite alto/medio: 1.4 ≈ 1

Valor limite medio/bajo: 0.6 ≈ 1

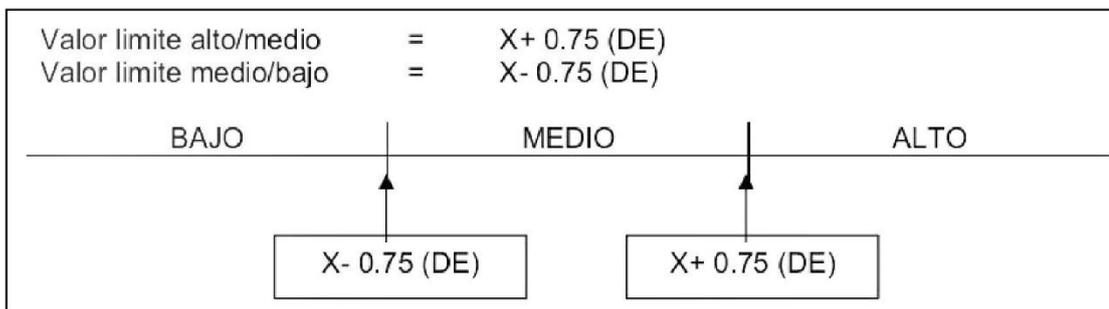
Por lo tanto:

Conocimiento bajo: 0

Conocimiento medio: 1

Conocimiento alto: 2

ANEXO J
PROCEDIMIENTO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSIÓN
EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO MEDIANTE
LA ESCALA DE ESTANINOS



SUJETOS	PUNTUACIÓN
1	0
2	2
3	1
4	0
5	1
6	2
7	2
8	1
9	1
10	2
11	1
12	2
13	0
14	1
15	2
16	0
17	1
18	1
19	2
20	0

Donde:

X=media

DE= desviación estándar

*** Calculando la media:**

$$X = \frac{\Sigma \text{ de puntuaciones}}{n^\circ \text{ de sujetos}}$$

X = 1.1

*** Calculando la desviación estándar:**

$$S = \sqrt{\frac{\Sigma(Xi-X)^2}{n-1}} \longrightarrow S = \sqrt{\frac{279.20}{19}}$$

DE = 0.79

Reemplazando en la escala de Estaninos:

Valor limite alto/medio: 1.4 ≈ 1

Valor limite medio/bajo: 0.5 ≈ 1

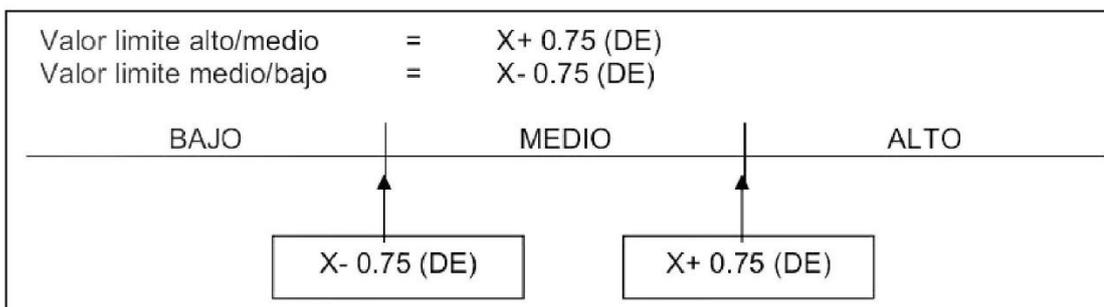
Por lo tanto:

Conocimiento bajo: 0

Conocimiento medio: 1

Conocimiento alto: 2

ANEXO K
PROCEDIMIENTO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSIÓN
ESQUEMA POSOLÓGICO DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO MEDIANTE
LA ESCALA DE ESTANINOS



SUJETOS	PUNTUACIÓN
1	5
2	4
3	1
4	2
5	4
6	5
7	5
8	1
9	0
10	6
11	2
12	6
13	0
14	4
15	4
16	2
17	4
18	0
19	3
20	0

Donde:

X=media

DE= desviación estándar

*** Calculando la media:**

$$x = \frac{\Sigma \text{ de puntuaciones}}{n^{\circ} \text{ de sujetos}}$$

X = 2.9

*** Calculando la desviación estándar:**

$$S = \sqrt{\frac{\Sigma(Xi-X)^2}{n-1}} \longrightarrow S = \sqrt{\frac{279.20}{19}}$$

DE = 2.07

Reemplazando en la escala de Estaninos:

Valor limite alto/medio: 4.5 ≈ 5

Valor limite medio/bajo: 1.3 ≈ 1

Por lo tanto:

Conocimiento alto: 6 - 7

Conocimiento medio: 1 - 5

Conocimiento bajo: 0

ANEXO L

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO POR COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH PARA LA VARIABLE ACTITUDES

	PREGUNTAS												Varianza total	Total		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
SUJETOS																
1	5	2	2	5	5	2	5	3	3	5	5	5	5	5	47	
2	4	4	4	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	44	
3	4	2	2	1	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	37	
4	5	1	2	1	5	2	3	5	4	5	4	4	5	5	42	
5	1	1	1	3	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	16	
6	5	5	1	5	5	5	5	5	1	5	5	5	4	4	51	
7	2	2	2	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	35	
8	5	5	1	4	2	2	2	1	4	2	5	5	5	5	38	
9	5	5	1	5	5	5	5	5	2	5	1	5	5	5	49	
10	4	3	2	3	5	3	3	3	2	2	4	5	5	5	39	
11	3	2	1	5	2	5	5	5	2	4	5	5	5	5	44	
12	4	2	4	4	5	2	2	4	2	5	5	2	2	2	41	
13	2	2	4	5	3	2	2	2	2	5	5	5	4	4	38	
14	4	3	1	5	5	5	5	4	3	2	4	4	4	4	45	
15	5	2	2	5	2	4	4	5	5	5	2	5	5	5	46	
16	4	2	1	5	5	5	5	5	3	2	5	3	3	3	45	
17	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	3	2	2	2	37	
18	1	1	1	2	3	4	4	4	2	5	5	5	5	5	37	
19	2	1	1	2	4	2	2	3	2	5	4	4	5	5	33	
20	4	4	4	5	4	5	5	4	4	5	2	2	4	4	50	
media	3.55	2.55	1.95	3.75	3.60	3.45	3.60	3.70	2.80	3.95	3.80	4.00	4.00	4.00	60.537	Vt
varianza	1.94	1.84	1.31	2.09	1.94	1.84	1.62	1.59	1.12	1.84	1.85	1.47	1.47	20.46		

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

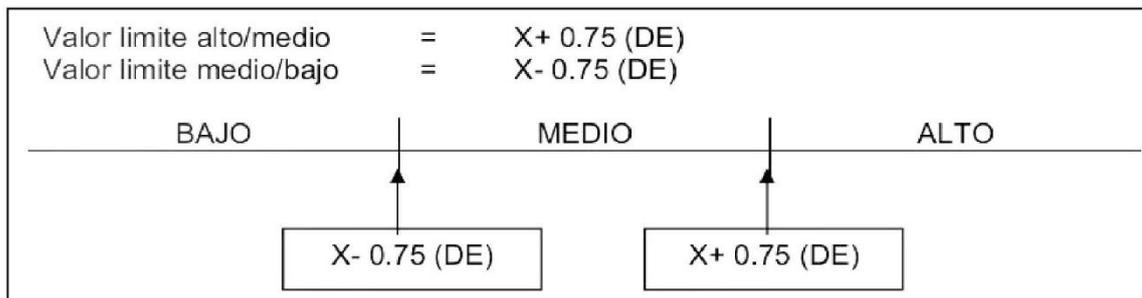
K = 12
 $\sum Vi = 20.46$
 Vt = 60.54

Alfa de Cronbach = 0.72 Alta

Rangos Magnitud
 0,81 a 1,00 Muy Alta
 0,61 a 0,80 Alta
 0,41 a 0,60 Modearada
 0,21 a 0,40 Baja
 0,01 a 0,20 Muy Baja

Elaborado por: Cintya N. Sivincha Bejar

ANEXO M
PROCEDIMIENTO PARA LA CATEGORIZACION DE LA VARIABLE
ACTITUDES MEDIANTE LA ESCALA DE ESTANINOS



SUJETOS	PUNTAJE
1	47
2	44
3	37
4	42
5	16
6	51
7	35
8	38
9	49
10	39
11	44
12	41
13	38
14	45
15	46
16	45
17	37
18	37
19	33
20	50

Donde:

X=media

DE= desviación estándar

*** Calculando la media:**

$$x = \frac{\Sigma \text{ de puntuaciones}}{n^{\circ} \text{ de sujetos}}$$

X = 40.7

*** Calculando la desviación estándar:**

$$S = \sqrt{\frac{\Sigma (xi - X)^2}{n-1}} \longrightarrow S = \sqrt{\frac{1150.20}{19}}$$

DE = 7.78

Reemplazando en la escala de Estaninos:

Valor limite alto/medio: 46.5 ≈ 47

Valor limite medio/bajo: 34.9 ≈ 35

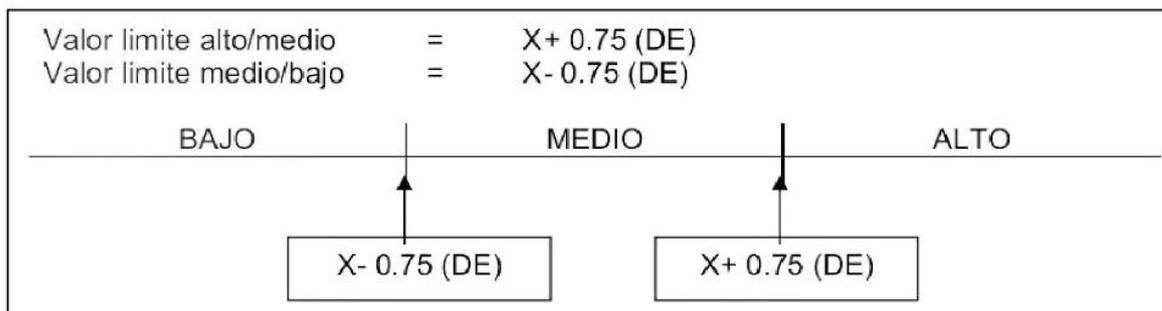
Por lo tanto:

Actitud Desfavorable: 12 - 34

Actitud Indecisa: 35 - 47

Actitud Favorable: 48 - 60

ANEXO N
PROCEDIMIENTO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSIÓN
COGNOSCITIVA DE LA VARIABLE ACTITUDES MEDIANTE LA ESCALA DE
ESTANINOS



SUJETOS	PUNTAJE
1	47
2	44
3	37
4	42
5	16
6	51
7	35
8	38
9	49
10	39
11	44
12	41
13	38
14	45
15	46
16	45
17	37
18	37
19	33
20	50

Donde:

X=media

DE= desviación estándar

*** Calculando la media:**

$$x = \frac{\Sigma \text{ de puntuaciones}}{n^{\circ} \text{ de sujetos}}$$

X = 11.8

*** Calculando la desviación estándar:**

$$S = \sqrt{\frac{\Sigma(Xi-X)^2}{n-1}} \longrightarrow S = \sqrt{\frac{1150.20}{19}}$$

DE = 3.66

Reemplazando en la escala de Estaninos:

Valor limite alto/medio: 14.5 ≈ 15

Valor limite medio/bajo: 9.1 ≈ 9

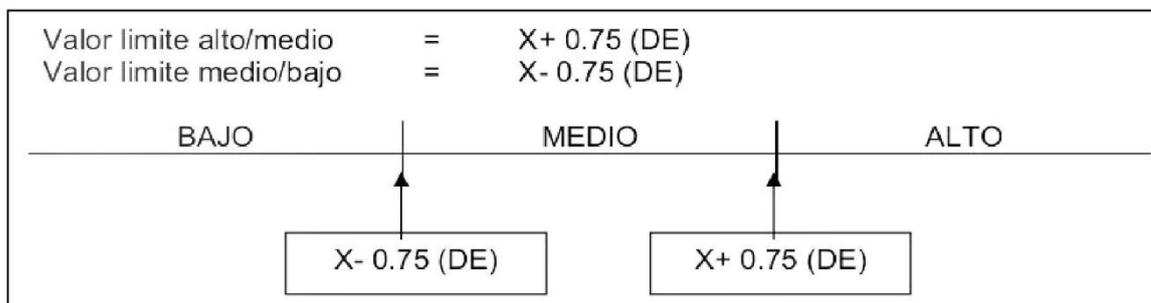
Por lo tanto:

Actitud Desfavorable: 4 - 8

Actitud Indecisa: 9 - 15

Actitud Favorable: 16 - 20

ANEXO O
PROCEDIMIENTO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSIÓN
CONDUCTUAL DE LA VARIABLE ACTITUDES MEDIANTE LA ESCALA DE
ESTANINOS



SUJETOS	PUNTAJE
1	47
2	44
3	37
4	42
5	16
6	51
7	35
8	38
9	49
10	39
11	44
12	41
13	38
14	45
15	46
16	45
17	37
18	37
19	33
20	50

Donde:

X=media

DE= desviación estándar

*** Calculando la media:**

$$x = \frac{\Sigma \text{ de puntuaciones}}{n^{\circ} \text{ de sujetos}}$$

X = 14.55

*** Calculando la desviación estándar:**

$$S = \sqrt{\frac{\Sigma(Xi-X)^2}{n-1}} \longrightarrow S = \sqrt{\frac{1150.20}{19}}$$

DE = 2.84

Reemplazando en la escala de Estaninos:

Valor limite alto/medio: 16.7 ≈ 17

Valor limite medio/bajo: 12.4 ≈ 12

Por lo tanto:

Actitud Desfavorable: 4 - 11

Actitud Indecisa: 12 - 17

Actitud Favorable: 18 - 20

ANEXO P
AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN LA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Lima, 20 de Noviembre del 2017

Oficio N° 2910-2017-D-FMHyCS-UAP

Señorita Magister:
FLOR ESCALANTE CELIS
Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia
Universidad Alas Peruanas
Presente.-



Reciba un cordial saludo. Por medio del presente, autorizo a la señorita Sivincha Bejar Cintya Nieves, egresada de esta casa superior de estudios, para que pueda efectuar la aplicación de instrumento del proyecto de tesis en la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, en el tema: "CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS"; con la finalidad que realice su trabajo de investigación.

Atentamente


DR. JUAN GUALBERTO TRELLES YENQUE
DECAÑO DE LA FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD