

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA  
ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN LOS  
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°006 -  
TUMBES, 2017

**AUTORAS**

**BACH. OBST. MENDOZA NÚÑEZ, TANIA LIBERTAD.**

**BACH. OBST. VALLADOLID DIOSES, ERIKA MILLENCKA.**

**TUMBES -PERÚ**

**2017.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÈMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN  
ORAL DE EMERGENCIA EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA N°006 - TUMBES, 2017.

**AUTORAS:**

---

**BACH. OBST: MENDOZA NUÑEZ, TANIA LIBERTAD.**

---

**BACH. OBST: VALLADOLID DIOSES, ERIKA MILLENCKA.**

**MIEMBROS DEL JURADO**

---

**PRESIDENTE**

---

**SECRETARIO**

---

**VOCAL**

**TUMBES, 2017**

## CERTIFICACIÓN

**MG. OBST. LUCIANO SALAZAR CESAR WILLIAM**, docente ordinario de la Universidad Nacional de Tumbes, adscrito a la Facultad Ciencias de la Salud, Departamento Académico Profesional de Obstetricia.

### CERTIFICA:

Que la Tesis **NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°006 - TUMBES, 2017**; presentado por las Bachilleres en Obstetricia Mendoza Núñez Tania Libertad y Valladolid Dioses Erika Millencka; ha sido asesorado y revisado por mi persona, por lo tanto, queda autorizado para su presentación e inscripción a la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Tumbes, así como para su revisión y aprobación correspondiente.

Tumbes 01 de Diciembre del 2017

---

**Mg. Obst. Luciano Salazar Cesar William**

Asesor del Proyecto de Tesis

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, Mendoza Núñez Tania Libertad y Valladolid Dioses, Erika Millencka, declaro que los resultados reportados en esta tesis, son producto de los resultados de mi investigación, con el apoyo permitido de terceros en cuanto a su concepción y análisis. Asimismo, declaro que hasta yo conozco, no contiene material previamente publicado o escrito por otra persona excepto donde se reconoce como tal a través de citas y con propósitos exclusivos de ilustración o comparación. En este sentido, afirmo que cualquier información presentada sin citar a un tercero es de nuestra propia autoría. Declaro, finalmente, que la redacción de esta tesis, también ha sido ejecutada por mi persona, con la dirección y apoyo de asesores de tesis y jurado calificador, en cuanto a la concepción y al estilo de la presentación o a la expresión escrita.

---

Mendoza Núñez, Tania Libertad

---

Valladolid Dioses, Erika Millencka.

**BACHILLER EN OBSTETRICIA BACHILLER EN OBSTETRICIA**

---

Mg. Cesar William Luciano Salazar

---

Mg. Gloria Margot Taica Sánchez

**ASESORCO-ASESORA**

# DEDICATORIA

A Dios, Padre Celestial.  
Por la maravilla de la vida y  
las cosas bellas de la  
naturaleza.

A Ronald Mendoza y Elva Núñez mis  
padres, con todo mi cariño y amor, por  
darme la vida, perdonar mis errores y  
hacer de todo para que logre mis  
objetivos.

A José Jiménez y Ximena  
Jiménez Mendoza, mi familia,  
por su apoyo, cariño y  
comprensión, y ser mimotor  
que me ayudan y alientan a  
luchar y desarrollarme cada  
día.

**MENDOZA NUÑEZ TANIA L.**

# DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida, Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más,

A Genoveva Medina, mi hermosa abuela porque fue la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y esforzarse cada día para llegar a ser un profesional.

A mi esposo Joao Moran, quien con su ayuda económica y consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional, y

A mi hijo Luciano Moran Valladolid, quien me comprende y me ayuda a ser mejor cada día.

**VALLADOLID DIOSES, ERIKA M**

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos expresar nuestro agradecimiento a:

Mg. Obst.Cesar William Luciano Salazar Asesor y Mg. Obst. Gloria Margot Taica Sánchez; Co-Asesora, por el asesoramiento y las sugerencias para el desarrollo de la presente investigación.

A nuestros profesores, por su contribución con su experiencia, así como por la sabiduría para transmitirnos conocimientos que forjaron nuestra formación profesional.

A los docentes y administrativos de la Institución Educativa N<sup>a</sup> 006, por su inapreciable apoyo en la atención a la encuesta y consultas posteriores, y a todas aquellas personas que de una u otra manera permitieron que culminemos con éxito nuestra formación profesional y la ejecución de la presente tesis.

Las autoras.

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitudes sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los adolescentes de la Institución Educativa N° 006 – Tumbes, 2017. El estudio fue de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo y de corte transversal; la muestra estudiada estuvo conformada por un total de 66 adolescentes, los cuales cumplieron los criterios de inclusión y de exclusión; el método utilizado fue la encuesta y la técnica el cuestionario, el mismo que fue validado por juicio de expertos y la aplicación de la prueba piloto. Los resultados encontrados en el nivel de conocimiento fueron: el 61% presentaron un nivel de conocimiento suficiente, el 38% tienen un conocimiento deficiente y el 2% tienen un conocimiento excelente. Así mismo, en la Actitud se encontró: el 67% de los encuestados tienen una actitud de indecisión, el 24% tienen una actitud desfavorable, y otro 9% tuvo una actitud favorable. Se concluye que gran parte de la población tuvo un conocimiento suficiente sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia, prevaleció la actitud de indecisión; por lo que se recomienda realizar medidas para poder acceder a los servicios de anticoncepción y educación sexual.

**Palabras claves:** Anticoncepción Oral de Emergencia, Adolescencia, Nivel de Conocimiento y Grado de actitud.



## SUMMARY

The objective of the study was to determine the level of knowledge and attitudes about Emergency Oral Contraception in adolescents of the Educational Institution N° 006 - Tumbes, 2017. The study was of a descriptive type, with a quantitative and transversal approach; The sample studied consisted of a total of 66 adolescents, who met the inclusion and exclusion criteria; The method used was the survey and the technical questionnaire, which was validated by expert judgment and the application of the pilot test. The results found in the level of knowledge were: 61% had a sufficient level of knowledge, 38% have poor knowledge and 2% have excellent knowledge. Likewise, in the Attitude it was found: 67% of the respondents have an attitude of indecisión, 24% have an unfavorable attitude, and another 9% had a favorable attitude. It is concluded that a large part of the population had sufficient knowledge about Emergency Oral Contraception, the attitude of indecision prevailed; so it is recommended to take measures to access contraception and sex education services.

**Key Words:** Emergency Oral Contraception, Adolescence, Level of Knowledge and Degree of attitude.

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
1. INTRODUCCIÓN.	11
2. MARCO TEÓRICO	13
3. MATERIALY MÉTODOS.	22
4. RESULTADOS.	28
5. DISCUSIÓN.	38
6. CONCLUSIONES.	43
7. RECOMENDACIONES.	44
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
9. ANEXOS	49

Anexo 1: Instrumento cuestionario nivel de conocimiento.

Anexo 2: Escala de valoración del test de actitudes.

Anexo 3: Instrumento test de actitudes.

Anexo 4: Escala de valoración del cuestionario nivel de conocimientos.

Anexo 5: Consentimiento informado

Anexo 6: Prueba de confiabilidad estadística

Anexo 7: Matriz de Operacionalización de las variables.

## 1. INTRODUCCIÓN

La Organización de Naciones Unidas (ONU), manifiesta que la población aproximada de adolescentes a nivel mundial suma más de 1.200 millones de los cuales las edades oscilan entre 15-24 años en los países de desarrollo. Así mismo esta situación los ubica en un lugar importante dentro de la sociedad por lo cual resulta determinante la preocupación por los problemas que puedan afectar su desarrollo y bienestar y dentro de éstos los que puedan afectar su salud sexual y reproductiva, como es la falta de planificación familiar a causa de conocimientos erróneos o actitudes negativas <sup>1</sup>.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000, manifiesta que un 59.3% de mujeres adolescentes que tienen una pareja estable han discutido uno o dos veces con esta sobre planificación familiar y un 22.9% nunca lo hizo, por lo que dicha falta de comunicación influye en la adopción de un método anticonceptivo (MAC) por la pareja ya que ello exige la colaboración y responsabilidad de ambos <sup>2</sup>.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática, refiere que hay una persistente prevalencia del embarazo en adolescente en el Perú, dicha investigación se estima que actualmente existen 207,800 adolescentes de 15 a 19 años de edad tienen vida sexual activa a temprana edad<sup>3</sup>. Situación que se podría evitar mediante una anticoncepción responsable y oportuna.

La mayoría de los adolescentes no planean con anticipación su primera relación por lo que también es poco probable que prevean el uso de algún método anticonceptivo, sea este de uso continuo o en situaciones de emergencia. Todo esto aumenta el riesgo a un embarazo no deseado y como consecuencia, los adolescentes pueden optar por el uso de métodos alternativos para prevenirlo o interrumpirlo, entre los cuales se encuentra la llamada “píldora del día siguiente”, o “píldora oral de emergencia” que consiste en un concentrado hormonal utilizado para evitar el embarazo <sup>3</sup>.

Para esto se hace de vital importancia estudiar a la población adolescente, la cual se encuentra concentrada mayormente en las instituciones educativas. A nivel del Departamento de Tumbes, la Institución Educativa N°006, no escapa a esta realidad; Así su población adolescente de ambos sexos es de 570 en el nivel secundario, de los cuales 205 estudiantes cursan el 3° al 5° grado, que representan la población en estudio de acuerdo a datos estadísticos del centro educativo antes mencionado.

Esta problemática detectada llevó a los investigadores a estudiar el tema en la población adolescente, sobre todo en una población cautiva debido a que durante la formación educativa reciben información sobre temas de sexualidad y planificación familiar, y además que por sus características psico-sociales, los adolescentes tienden a formar grupos y compartir temas relacionados al sexo y la sexualidad que se convierten en asuntos de gran interés en esta etapa de la vida.

Por tal motivo, en esta investigación se propuso dilucidar el siguiente problema científico: ¿Cuál es el nivel de Conocimientos y actitudes sobre la Anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes de la Institución Educativa N°006- Tumbes, 2017?; así, para responder al problema se planteó como Objetivo General: Describir el Nivel de Conocimiento y Actitudes sobre el uso de la Anticoncepción oral de Emergencia en los adolescentes de la Institución Educativa N°006 –Tumbes 2017.

Así mismo, se propusieron los siguientes objetivos específicos, primero describir los niveles de conocimiento en función a las características socio demográficas sobre la anticoncepción oral de emergencia que presentan los adolescentes sometidos a este estudio; segundo describir el grado de actitud en función a las características socio demográficas sobre la anticoncepción oral de emergencia, que presentan los adolescentes participantes de la investigación.

## **2. MARCO TEÓRICO:**

### **2.1. ANTECEDENTES**

La problemática de la Anticoncepción Oral de Emergencia ha sido investigada en muchos países ya que es un tema de interés público por tal motivo se realizó una revisión exhaustiva pudiendo compararlo con otros trabajos de investigación, destacando las siguientes investigaciones:

En el ámbito internacional, Gómez E. y Idrovo V. (2010), Cuenca Ecuador, realizaron un estudio de tipo descriptivo de corte transversal; con el objetivo de determinar cuál es el conocimiento y el uso de la anticoncepción de emergencia de los 400 estudiantes encuestados. Obtuvieron que el 90.8% de las personas encuestadas refieren no haber utilizado en ningún momento la anticoncepción de emergencia. Por otro lado 37 personas es decir el 9.3% ha utilizado anticoncepción de emergencia en algún momento, Así mismo se evidencia que el 63.3% no han tenido relaciones sexuales, el restante 36.8% si lo ha tenido relaciones sexuales<sup>4</sup>.

SzamesC., Vázquez S. y Discacciat V. (2012), Argentina, realizaron un estudio tipo descriptivo de corte transversal; con el objetivo de establecer el grado de conocimiento, utilización y distribución de la POE; obtuvieron que el 77% sabía de la existencia del método anticonceptivo, el 28% poseía un conocimiento adecuado acerca de él y el 11% lo había utilizado. Conclusión: Que los adolescentes no conocen adecuadamente las características de la POE, aunque la utilizan<sup>5</sup>.

Moreno. L, Estado Bolívar (2010), realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, con el Objetivo de determinar el conocimiento sobre MAC que poseen los estudiantes. en las edades de 13 y 14 años se evidenció un conocimiento óptimo con 58,1%, el sexo femenino se observó un 62,7% que calificó excelente. Hubo diferencias representativas en el uso de MAC en cuanto al sexo, el 90,2% del sexo femenino no utilizan, en cambio el 46,9% del sexo masculino si utilizan MAC. Conclusión: Que los estudiantes poseen un conocimiento óptimo evidenciándose en sus dos dimensiones edad y sexo con mayor peso en las edades 13 – 14 años y el sexo femenino<sup>6</sup>.

A nivel nacional, Contreras H. (2012), Perú-Tacna, realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal; con el objetivo: Definir el nivel de conocimiento en los y las adolescentes de dos centros educativos, la muestra estuvo conformada por 237 adolescentes de 15 a 19 años. Según el sexo, las adolescentes presentan un nivel de conocimiento alto, pero los varones presentan un nivel de conocimiento más elevado; los estudiantes de primer y segundo año no tienen conocimientos del AOE a diferencia de los estudiantes de cuarto año que tienen un 48.15 % de conocimiento del AOE el más alto de todos los años de estudios, asimismo los de quinto, cuarto y tercer año tienen mayor conocimiento acerca del AOE, donde los alumnos del tercer año tienen un 83.33 % con los 55.42 % y 40.48 % para los alumnos del cuarto y quinto año respectivamente<sup>7</sup>.

Fernández H. (2015), Perú-Lima, realizó un estudio de tipo descriptivo; con el objetivo: Determinar la relación del nivel de conocimiento, el uso de los MAC y la AOE, obtuvo que el conocimiento de la AOE es alto con el 91.5 %, en la primera relación sexual un 50% hizo uso del método, y en la última relación sexual el 64 %. Las razones de no uso, el 57 % no planeó tener relaciones coitales, 27% no disponía del método, 13 % no sabía cómo usarlo, 3% no conocía ningún método, el 58 % usa a veces, el 26 % siempre, y 16 % nunca. El nivel de conocimiento es medio, usaron más el preservativo, el conocimiento del AOE es alto, existe ausencia de protección anticonceptiva en la primera y última relación, una proporción importante no conoce<sup>8</sup>.

Panta M. (2016), Perú- Lima, realizó un estudio tipo descriptivo y corte transversal; con el objetivo: Evaluar el nivel de conocimientos y actitudes sobre la AOE. La encuesta presentaba 30 preguntas que contiene aspectos socio demográficos, conocimientos y actitudes sobre la AOE, encontró que el 11% tuvo conocimiento alto, el 62.3% obtuvo conocimiento medio y el 26.6 % obtuvo conocimiento bajo sobre la AOE. En cuanto a las actitudes, el 14.6% presentó aceptación, el 70.6% indecisa y el 14.6 % de rechazo. Los estudiantes de 5to año de Medicina Humana (89%) presentan conocimiento entre bajo y medio sobre la AOE. La actitud de los estudiantes de 5to año de medicina es indecisa sobre la AOE<sup>9</sup>.

Salinas K.(2014), Perú- Tacna, realizó un estudio tipo prospectivo descriptivo no experimental de corte transversal; con el objetivo: Identificar el conocimiento acerca de la AOE, la muestra la constituyeron los estudiantes entre 16 y 27. El conocimiento bueno se ubica en las Facultades de estudio con 93.75%; seguido de conocimiento regular en 6,11%, la actitud favorable en 58.14%, seguido de poco favorable en 23.26 % y desfavorable en 18.3; según sexo se observa que la actitud favorable se ubica en el sexo masculino con 67.44 %; y con actitud desfavorable está en el sexo femenino con 60.0 %<sup>10</sup>.

Delgado J, Silva T. y Távara Y. (2009), Perú- Lambayeque, realizaron un estudio tipo cuantitativo transversal y correlacional; se obtuvo que el 7.2% los adolescentes de 17 años cuentan con un conocimiento bueno, el regular en un 3.2% y el deficiente en un 0.4%, los adolescentes de 18 años a su vez cuentan con un conocimiento bueno y regular en igual cantidad (1.2%) y un deficiente y muy bueno en un 0.4%, en lo que respecta al conocimiento deficiente el 4.8% y el 3.6% lo presentan los adolescentes de 15 y 16 años respectivamente, en el 3er grado el 56.8% es regular sobre POE, en el 4to grado el 44.6% presentan conocimiento regular sobre la POE. Mientras que en 5to grado de secundaria el 51.1% presentan conocimiento bueno sobre la POE. Se evidencia que tanto 3ro como 4to grado de secundaria, presentan conocimiento regular sobre la POE, siendo el grado mayor como es el 5ª de secundaria el que presenta conocimiento bueno acerca de la POE<sup>11</sup>.

A nivel Local, Chunga J. y Marchan K. (2011), Perú – Tumbes, realizaron un estudio tipo descriptivo, la muestra estuvo constituida por 68 estudiantes, Obtuvieron que el 72.06% mostraron tener un conocimiento malo acerca de la AOE, indicando que obtuvieron la información de un profesional de salud y la mayoría de ellos han utilizado solo levonogestrel en caso de ruptura o mal uso del preservativo; ingiriendo la primera dosis antes de las 72 horas y la segunda dosis 12 horas después; señalando que en los últimos seis meses lo han utilizado una sola vez<sup>12</sup>.

Alemán C. y Ordinola Y. (2010), Perú - Tumbes, realizaron un estudio descriptivo; encontraron que 67.9% de los estudiantes tienen un conocimiento deficiente sobre AOE, según su definición es regular (77.7%), mecanismo de acción es deficiente (55.4%), el modo de uso es deficiente (83%), efectos colaterales es deficiente (83%), sus indicaciones es regular (57.1%), manifestaron una práctica inadecuada (81.8%), se informaron que otras fuentes: internet, folletos (56.3%), si utilizaron el método (19.6%), respecto al tipo de uso es solo levonogestrel (54.5 %), referente a la situación de uso es por ruptura o mal uso del preservativo (63.6 %), manifestaron el uso de la AOE solo la primera dosis antes de las 72 horas (54.5%) y en cuanto a la frecuencia de uso del método lo utilizaron una a dos veces (72.8%) en los últimos 6 meses <sup>13</sup>.

Espinoza A. y Panta D. (2008), Perú- Tumbes, realizaron un estudio tipo descriptivo; obtuvieron que el 89.2% de profesionales Obstetras, presentan un conocimiento alto sobre Anticoncepción oral de emergencia, el 10.8% conocimiento regular, en ningún caso se presentó conocimiento bajo. De manera específica, los aspectos sobre los cuales se aprecia un mejor conocimiento es en el 94.6% y el 91.9% son los relacionados con el concepto y circunstancias de uso de la AOE. Los aspectos en los que los profesionales Obstetras denotan un menor nivel de conocimientos son los relacionados con la eficacia, contraindicaciones, efectos secundarios, mecanismo de acción, dosis y administración de la AOE <sup>14</sup>.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa especialmente conflictiva para el individuo, en razón del proceso de maduración biológica que opera en el organismo y de la correspondiente aparición de intereses, deseos y sentimientos nuevos angustiantes y excitantes que modifican la perspectiva que el adolescente tiene de sí mismo y del entorno social y que debe aprender a manejar.

Peñaherrera (1998) en Arias W. 2013 , refiere que la adolescencia es un proceso en el cual los individuos pasan de un estado de niño a adulto joven, pero no se trata de un proceso uniforme, por esta razón, se pueden identificar 03 periodos: La adolescencia temprana que va de los 10 a 13 años caracterizada por el desarrollo



físico y se conoce como pubertad, la adolescencia media que va de los 14 a 16 años, y se caracteriza por un distanciamiento de la familia y la adolescencia tardía entre los 17 y 19 años en la que se termina de formar la identidad<sup>15</sup>.

Así también, Peñaherrera, afirma que, a lo largo de la etapa de adolescencia, se van intensificando los procesos de individualización que conducen a la consolidación de la personalidad de este individuo. De modo que los retos del adolescente son: La reestructuración y consolidación de su imagen corporal, el proceso de independencia y autonomía económica y social, el desarrollo y asunción de un sistema de valores, y el desarrollo de su identidad psicosexual<sup>15</sup>.

Aunque actualmente muchos programas abordan la educación sexual, sigue detectándose falta de información y abundancia de ideas erróneas, así como la dificultad a la que se enfrentan los adolescentes para poder acceder a los servicios de anticoncepción y educación sexual. Muchos de los programas de planificación familiar no se adaptan a la realidad de los jóvenes y por lo tanto no suelen ser atractivos para ellos<sup>16</sup>.

Fernández H. manifiesta que el nivel de conocimiento del uso de MAC el 65,6 % se ubica en el nivel medio. Las adolescentes (35%) tienen mayor conocimiento que los adolescentes (30,0 %). El conocimiento de la AOE es alto con el 91.5 %. En la primera relación sexual un 50% hizo uso del método, y en la última relación sexual el 64 %. Las razones de no uso, el 57 % no planeó tener relaciones sexuales, 27% no disponía del método, 13 % no sabía cómo usarlo, 3% no conocía ningún método. El 58 % usa a veces, el 26 % siempre, y 16 % nunca<sup>8</sup>.

Las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) que se usan en dosis especiales para prevenir un embarazo no planeado se utilizan en violaciones, en relaciones sexuales sin protección o falla de método anticonceptivo, se rompió el condón o este se quedó dentro de su vagina, olvidó tomar la píldora, expulsó el dispositivo intrauterino, no hizo abstinencia sexual en los días fértiles, etc. Las PAE no alteran el endometrio, no impiden la implantación ni interrumpen un embarazo. No son abortivas; Deben tomarse dentro de las 120 horas, es decir, hasta cinco días después de la relación sexual no protegida. Son más efectivas mientras antes

se tomen; de 100 mujeres que usan AOE se pueden embarazar entre 1 a 3, Son casi 100% efectivas si se toman en las primeras 24 horas. Por eso, mientras antes se tomen mejor. Pueden presentarse náuseas, vómitos, dolor de cabeza, dolor en los senos y cansancio, pero estas molestias son leves y no duran más de 24 horas<sup>15</sup>.

Young (2004) las concepciones sobre el procedimiento abortivo ha variado debido a los problemas éticos y morales para realizar métodos anticonceptivos; siendo así que en 1963, el departamento de salud, educación y bienestar de Estados Unidos, definió éste como toda medida que impide la viabilidad del cigoto en cualquier momento entre el instante de la fertilización y el parto; Luego de dos años el Colegio de Obstetricia y Ginecología de Estados Unidos cambió la definición del comienzo del embarazo, de la fecundación a la implantación y también modificó la definición de concepción que antes era sinónimo de fecundación y que ahora sería la implantación, de esta forma, los partidarios del uso de la píldora anticonceptiva de emergencia, afirman que: “el uso de la píldora no es abortiva porque aborto se entiende a la interrupción del embarazo, que, según la OMS, comienza con la implantación y no con la concepción”<sup>17</sup>.

Para Muñoz y Riverola (1997) el “conocimiento es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada”, para los mismos autores, el conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y una experiencia, que ha sucedido en una organización, bien de una forma general o personal<sup>18</sup>.

El conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente. Como vemos existen múltiples definiciones de conocimiento, desde las clásicas y fundamentales como una creencia cierta y justificada, a otras más recientes y pragmáticas como una mezcla de experiencia, valores, información y “saber hacer” que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción<sup>19</sup>.

Los conocimientos de acuerdo a la opinión de diversos autores tienen clasificaciones diversas, no obstante, para en este estudio se clasificarán en los siguientes niveles: conocimiento muy bueno, conocimiento regular y conocimiento malo; estos niveles los describimos a continuación <sup>19</sup>.

Conocimiento Excelente, este nivel comprende los conocimientos desarrollados en un nivel alto u óptimo sobre la Anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes, considerándose, así como un nivel bueno del conocimiento. En Conocimiento suficiente, este nivel comprende los conocimientos desarrollados en un nivel medio o capacitado sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los adolescentes, considerándose, así como un nivel regular del conocimiento. En Conocimiento Deficiente, este nivel comprende los conocimientos desarrollados en un nivel bajo o insuficiente sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los adolescentes, considerándose, así como un nivel malo del conocimiento <sup>18</sup>.

Para Hernández, Fernández y Baptista (2003), La actitud es la “predisposición aprendida para responder de manera consistente ante ciertos objetos o símbolos”<sup>20</sup>.

Gordon Allport, según Wikipedía (2009). Definió la actitud como un estado de disposición nerviosa y mental, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con los que guarda relación<sup>21</sup>.

Eiser (1991), Define la actitud como la predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social en la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas, para el mismo autor, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana basándose en diversas definiciones de actitudes <sup>22</sup>.

Rodríguez (1991), Definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto, las actitudes son consideradas variables

intercurrentes, al no ser observables, pero directamente sujetas a inferencias observables componentes de la actitud, para este mismo autor distingue tres componentes de las actitudes.<sup>23</sup>.

Componente cognitivo: Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva de objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos de un objeto. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto <sup>23</sup>.

Componente afectivo: Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo<sup>23</sup>.

Componente conductual: Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud <sup>23</sup>.

Jarriot y Rodríguez (2007), Aceptan que las actitudes son predisposiciones a actuar de una determinada manera a partir de respuestas que podrían ser de carácter afectivo, cognitivo y conductual, siendo estos tres elementos, interrelacionados, los que configuran la actitud <sup>22</sup>. Por su parte, Eagly y Chaiken (1993, 1998, 2005, 2007) reconocen la existencia de los factores afectivos, cognitivos y conductuales, no como constitutivos de la actitud precepto asumido por la teoría trídicasino como resultantes de una respuesta evaluativa global influenciada por la información que aporta cada uno de ellos a la tendencia a actuar, a veces por separado y, a veces, de manera interactiva. En este sentido, asumimos que la actitud es una tendencia a actuar de una manera determinada que se expresa en la evaluación a favor o en contra hacia un objeto y que está condicionada por la incidencia de los elementos cognitivos, afectivos y conductuales <sup>22</sup>.

Las actitudes de acuerdo a la opinión de diversos autores tienen clasificaciones diversas, no obstante, para este estudio se clasificarán en los siguientes niveles: actitud favorable, duda o indecisión y actitud desfavorable, estas escalas las describimos a continuación.

La actitud Favorable; en este grado comprende las actitudes en un grado positivo sobre la Anticoncepción oral de Emergencia en los adolescentes. En la actitud de Duda o Indecisión; esta comprende las actitudes, en un grado incierto sobre la Anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes. En la actitud Desfavorable; este grado comprende a las actitudes en un grado negativo sobre la Anticoncepción Oral de emergencia en los adolescentes.

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.**

**Nivel de conocimiento:** Es el grado de la asimilación de una información por una persona de acuerdo con sus circunstancias particulares: Educación, experiencias previas, capacidad de interpretación y comprensión, etc. La asimilación de esta información provoca un enriquecimiento de su "saber hacer" y produce una mejora en su proceso de toma de decisiones.

**Grado de Actitud:** Es el grado de tendencia o inclinación de los adolescentes a responder de forma uniforme determinada ante un objeto o situación y que está determinada por sus opiniones, creencias, sentimientos, etc.

**Anticoncepción Oral de Emergencia:** Métodos hormonales que pueden utilizarse para evitar el embarazo después de un coito practicado sin protección. Mal llamadas Píldoras del día siguiente o Postcoitales.

**La Adolescencia:** Es la etapa que supone la transición entre la infancia y la edad adulta. Este periodo de la vida se identifica con cambios fisiológicos en el cuerpo y la psicología.

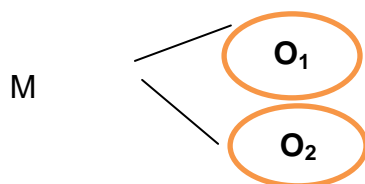
### 3. MATERIAL Y MÉTODOS.

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación se realizó de acuerdo a los objetivos que correspondieron a un estudio de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo.

El diseño de la investigación fue de tipo no experimental y de corte transversal, el cual tuvo como propósito describir variables a través de la muestra en estudio.

Este diseño presenta el siguiente esquema:



#### Dónde:

M: Muestra en estudio (Estudiantes de 3° a 5° grado de secundaria de la Institución educativa N°006)

O1: Variable nivel de conocimientos.

O2: Variable Grado de Actitud.

#### 3.2. Población y muestra:

La población a investigar estuvo conformada por todos los estudiantes de 3° a 5° grado de secundaria de la Institución Educativa N°006 – Tumbes, 2017. Cuyo número de matriculados fue de 205 alumnos en el año 2017, (Matriz N°01), datos que fueron obtenidos en la Oficina de Dirección de la misma Institución Educativa.

El tamaño de la muestra fue de 66 adolescentes (Matriz N°01), habiéndose calculado mediante la siguiente fórmula probabilística

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{Z^2 \cdot P \cdot q + e^2(N-1)}$$

Dónde:

- n° : Tamaño de la muestra: (205)
- Z : Estimación de confianza del 95% para distribuciones normales, le corresponde un estadístico  $Z = 1,96$ .
- N : Tamaño de la población (206)
- e : Error de estimación ( $e = 0.1$ ) (10%)
- P : (asumimos que  $p = 0.50$ )
- q : ( $1 - P$ )
- n : Tamaño final de la muestra

En lo que concierne al tamaño de la muestra, los datos obtenidos se reemplazaron en la fórmula y se obtuvo como resultado **n =66**

Así mismo, debido a la falta de problemas como son la ausencia o negatividad de estudiantes de participar en la investigación no fue necesario disminuir el 10% de la muestra obtenida quedando como población el tamaño calculado.

### Matriz N°01

Población y Muestra de Estudiantes de la Institución Educativa N° 006  
"Mercedes Matilde Avalos de Herrera"

Grados de Estudios	Población	Muestra
3er Grado	76	25
4to Grado	79	24
5to Grado	50	17
Total	205	66

Así mismo, el tipo de muestreo que se realizó fue de manera aleatoria y sistemática debido a que la población universo que estuvo conformada por 205 estudiantes se dividió entre el tamaño de la muestra en estudio que fueron 66 estudiantes, obteniendo como resultado un intervalo de 5; entonces se consideró que por cada cinco estudiantes se encuesta a uno.

## **Criterios de selección**

### **- Criterios de inclusión**

- ✓ Adolescentes Matriculados en la I.E. N°006, que cursan el tercer, cuarto y quinto de secundaria.
- ✓ Estudiantes informados sobre los objetivos de la investigación y que aceptan voluntariamente ser partícipes del estudio.

### **- Criterios de exclusión**

- ✓ Adolescentes que cursan el tercer, cuarto y quinto grado que tengan habilidades especiales.
- ✓ Estudiantes que se nieguen a firmar el consentimiento informado.

## **3.3. Método, técnica e instrumento de recolección de datos:**

### **3.3.1. Método y técnica:**

Durante la realización de este estudio se aplicó como método de investigación cuantitativo que permitió describir a las variables nivel de conocimiento y grado de actitud según sus dimensiones.

Así mismo para el recojo de la información se utilizó como técnica la encuesta, la que permite obtener datos brindados por el participante a través de diversos instrumentos como son el cuestionario, la prueba escrita, el test, entre otros.

### **3.3.2. Instrumento de recojo de información.**

El primer instrumento fue para determinar el nivel de conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia, habiéndose utilizado un cuestionario estructurado (Ver Anexo N° 01), el cual consta de 20 preguntas; con respuestas alternativas, los que valoran la dimensión cognoscitiva, conductual y procedimental:

Para valorar la encuesta cada pregunta tuvo un puntaje de 01 punto para la respuesta correcta y 00 puntos la respuesta incorrecta. La puntuación máxima total fue de 20 puntos y mínima de 00 puntos. (Ver anexo N° 02), obteniendo según la escala alcanzada el siguiente calificativo:



<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>PUNTAJE</b>
Conocimiento Deficiente	0- 7 puntos
Conocimiento Suficiente	8- 14 puntos
Conocimiento Excelente	15-20 puntos

El segundo instrumento fue para determinar el grado de Actitud sobre la anticoncepción oral de emergencia, se utilizó un test estructurado usando la escala de Likert (Ver Anexo N° 03), el cual consta de 20 ítems; los que valoran la dimensión cognitiva, afectiva y conductual:

Para valorar el test, cada ítem tuvo un puntaje de 5 puntos para la respuesta favorable, 3 puntos para la duda y 1 punto para la desfavorable. La puntuación máxima total fue de 100 puntos y mínima de 20 puntos (Ver anexo N° 04), obteniendo según la escala alcanzada el siguiente calificativo:

<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>PUNTAJE</b>
Favorable	5
Duda o Indecisión	3
Desfavorable	1

Con respecto a la metodología para valorar los datos, la misma esta detallada mediante la elaboración de escalas de valoración de los instrumentos confeccionados para este fin (Anexo N° 02 y anexo N° 04).

### **3.3.3. Validación y Confiabilidad del Instrumento.**

Los instrumentos del estudio fueron diseñados y elaborados por las autoras Mendoza T. y Valladolid E. (2017), de acuerdo al contexto y fueron sometidos a una meticolosa validación, en cuanto a estructura, contenido y consistencia por profesionales de la salud y especialista con

post grado y experiencia docente de la Universidad nacional de Tumbes. Los expertos, dieron sus opiniones y sugerencias para mejorar los instrumentos (validez de constructo, de contenido y de criterio).

El control de calidad también se realizó mediante una prueba piloto, donde los instrumentos, previo al estudio, fueron aplicados a un grupo de 20 estudiantes de otras Instituciones Educativas quienes no forman parte de la muestra. La prueba piloto permitirá conocer la practicidad y comprensión del instrumento, así como evaluar la redacción de los enunciados (validez de consistencia); además será útil para proporcionar las bases para la prueba de confiabilidad estadística.

### **3.1.1. Procedimiento de recolección de datos:**

Se aplicó de manera aleatoria un cuestionario a los estudiantes que cursan tercero, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución educativa N°006-Tumbes, 2017, en el periodo de estudio, para ello se gestionó el permiso a la Directora: Moran Dioses, Karla V. para poder llevar a cabo la aplicación de las encuestas.

Para la aplicación del cuestionario se les brindó instrucciones a los estudiantes acerca del objetivo de estudio y la manera adecuada de responder el cuestionario, luego se les entregó para su respectivo llenado, constatado en el consentimiento informado. (Anexo 5)

Se visitó la Institución Educativa N°006, en un periodo de 2 a 4 días, acudiendo en los horarios en que iban a recibir su tutoría; realizando de 5 encuestas por día; en el turno de la tarde a los estudiantes que se encontraban en dicha Institución educativa.

### **3.2. Procesamiento, análisis e interpretación de datos:**

Una vez recolectados los datos se elaboró una base de datos donde se ingresó la información que luego fue sometida a un proceso de crítica y codificación a través del programa SSPS versión 21, luego se organizaron y presentaron en

cuadros y gráficos estadísticos, de acuerdo a la escala de medición de cada variable.

El análisis de datos se realizó mediante los procedimientos y métodos de la estadística descriptiva, donde se utilizaron procedimientos o pruebas estadísticas de independencia; ingresando en análisis, tablas cruzadas, tabla de contingencia de dos por dos.

### **3.3. Aspectos éticos de la investigación**

Los instrumentos de esta investigación fueron aplicados teniendo en cuenta los principios de beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia del participante. En el desarrollo de esta investigación se puso en práctica los principios éticos como; El respeto a la dignidad humana a través del consentimiento informado, ya que se respetó la libre decisión de participar o no en esta investigación.

Así mismo, se promovió el principio de respeto al participante sobre sus decisiones ya que una vez aceptada su participación tendría el derecho a retractarse para no continuar con el estudio. También se tuvo en cuenta el principio de justicia ya que todos los estudiantes tuvieron la posibilidad de participar de la encuesta; así como también el principio de beneficencia y no maleficencia, porque siempre se evitó generar algún tipo de daño en la población de estudio.

#### 4. RESULTADOS

Los resultados de este trabajo se presentan en tablas de una y doble entrada, mostrando los datos encontrados en la población en estudio.

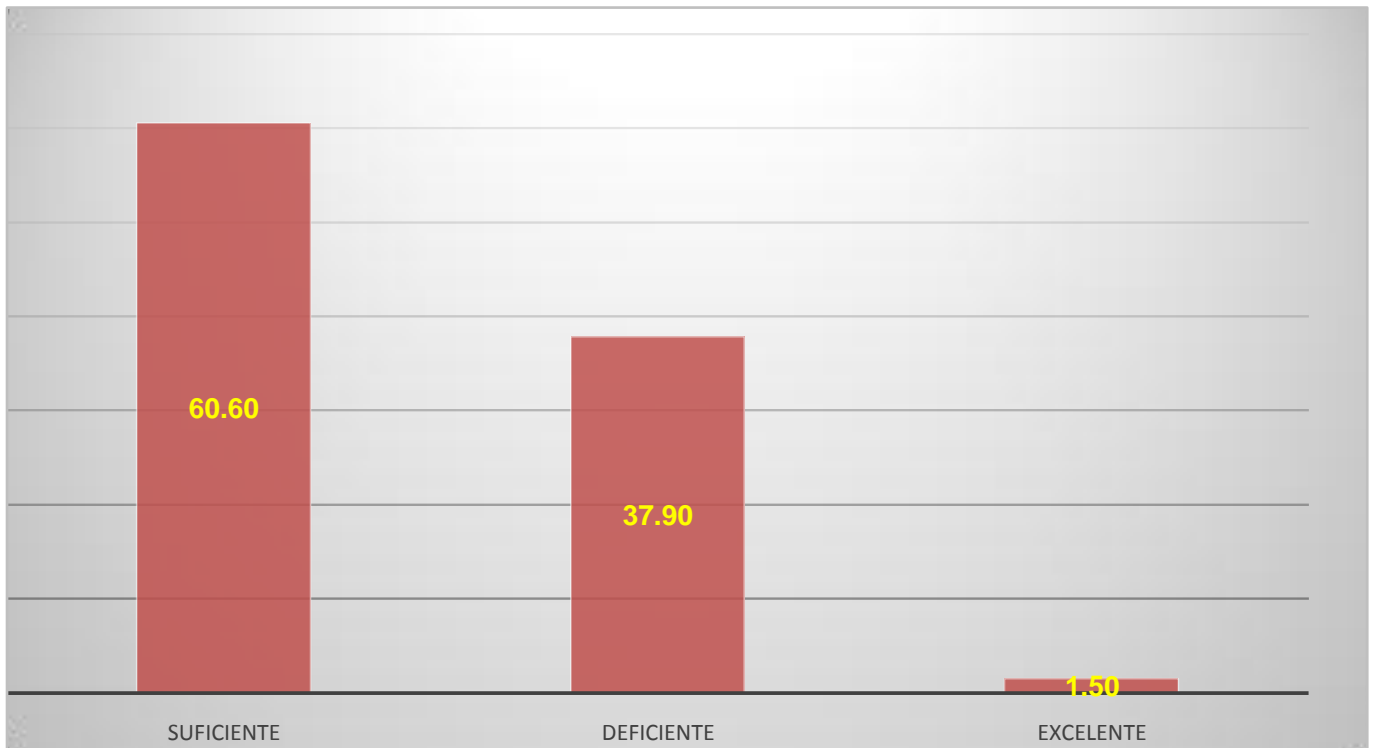
**Tabla 1: DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°006- SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS TUMBES, 2017.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ADOLESCENTES	
	n	%
Suficiente	40	60.60%
Deficiente	25	37.90%
Excelente	1	1.50%
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>

**Fuente:**Cuestionario sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los adolescentes de la Institución Educativa N°006.Tumbes-2017.

**Interpretación:**En el nivel de conocimientos el 60.60%de los adolescentes encuestados presentan un conocimiento suficiente y un 37.90% presentan un conocimiento deficiente, y solo el 1.50% presenta un conocimiento excelente.

**FIGURA 1.DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°006-SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS TUMBES, 2017.**



**FUENTE:Tabla N° 01**

**TABLA N° 02: DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°006-SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN CARÀCTERISTICAS SOCIODEMOGRÀFICAS TUMBES, 2017.**

VARIABLES	NIVELES	Excelente		Suficiente		Deficiente		Total
		n	%	n	%	N	%	
<b>Sexo</b>	masculino	1	2%	21	32%	14	21%	<b>36</b>
	femenino	0	0%	19	29%	11	17%	<b>30</b>
<b>Edad</b>	14 – 16	1	2%	35	53%	25	38%	<b>61</b>
	17- 19	0	0%	5	8%	0	0%	<b>5</b>
<b>Grado de instrucción</b>	3 ro	0	0%	11	17%	14	21%	<b>25</b>
	4to	0	0%	22	33%	11	17%	<b>33</b>
	5to	1	2%	7	11%	0	0%	<b>8</b>
<b>Inicio de relaciones sexuales</b>	Si	1	2%	12	18%	1	2%	<b>14</b>
	No	0	0%	28	42%	24	36%	<b>52</b>
<b>Uso</b>	Si	0	0%	8	12%	1	2%	<b>9</b>
	No	1	2%	32	48%	24	36%	<b>57</b>
<b>TOTAL MUESTREADO</b>								<b>66</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre la Anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes de la Institución Educativa N°006. Tumbes-2017.

**Interpretación:** Con respecto al sexo masculino predominó el conocimiento suficiente con un 32%, seguido del conocimiento deficiente con un 21%, y el conocimiento excelente solo se presentó en un 2%; de manera similar en el sexo femenino prevaleció el conocimiento suficiente con un 29% seguido del deficiente con un 17%.

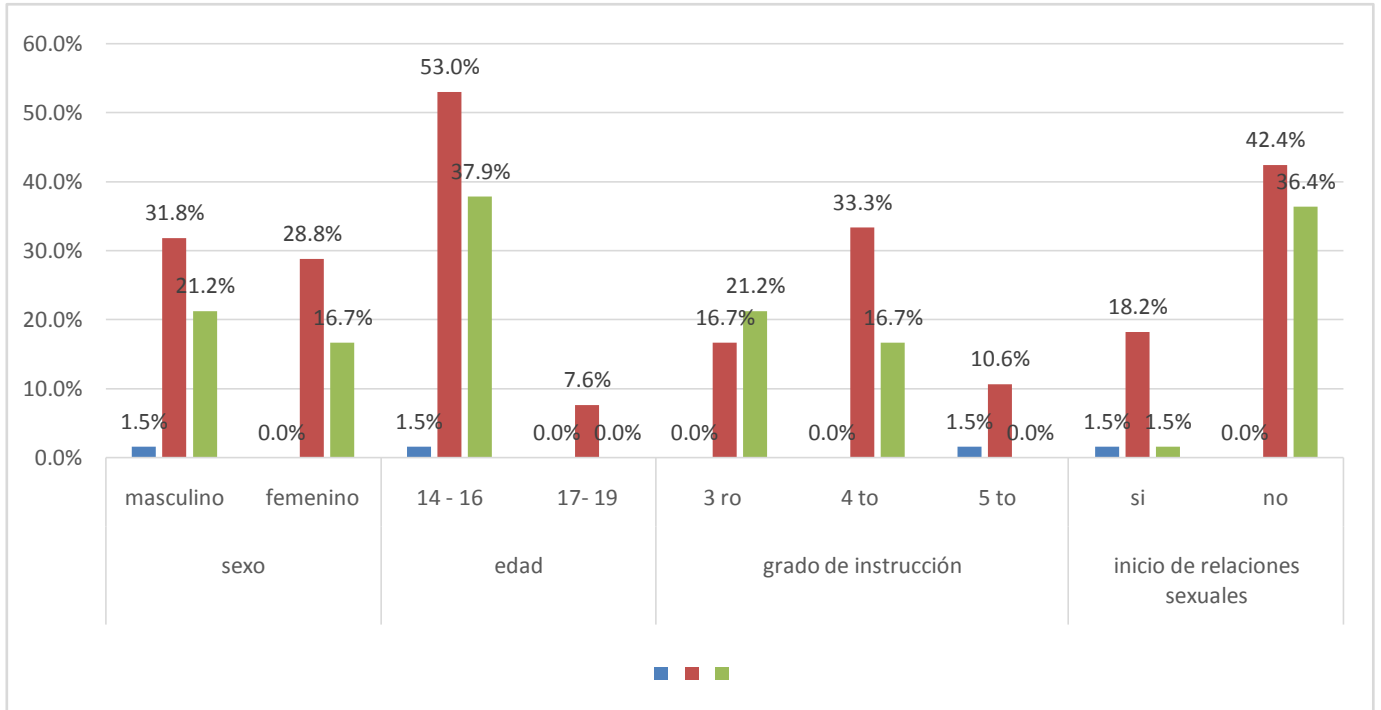
Con relación al grupo etario de 14 -16 años predominó el conocimiento suficiente con un 53%, seguido del conocimiento deficiente con un 38%, y el conocimiento excelente solo presento un 2%; y en el grupo etario de 17-19 años predominó el conocimiento suficiente con un 8%, el conocimiento deficiente y excelente no presento proporción alguna.

Con respecto a la instrucción, en el 3er grado de instrucción predominó con un 17% el conocimiento suficiente, seguido del deficiente con un 21%; en el 4to grado predominó el conocimiento suficiente con un 33%, seguido del deficiente con un 17% y en el nivel excelente no presentó proporción; en el 5to grado de instrucción prevaleció el conocimiento suficiente con un 11%, seguido del excelente con 2%.

Referente al inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes que no han iniciado vida sexual, predominó el conocimiento suficiente con un 42%, seguido del deficiente con un 36%; mientras que en los adolescentes que, si han iniciado vida sexual, prevaleció el conocimiento suficiente con un 18%, seguido del excelente y deficiente con un 2% cada uno.

Con respecto al uso de la AOE en los adolescentes, en los que usaron este método prevaleció el conocimiento suficiente con un 48%, seguido del conocimiento deficiente con un 36%, y el conocimiento excelente con un 2%; por otro lado, los adolescentes que no usaron la AOE su conocimiento predominante fue de suficiente con un 12%, seguida de un conocimiento deficiente con un 2%, mientras que un conocimiento excelente no se presentó.

**GRAFICO N° 02: DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°006-SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN CARÁCTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS TUMBES, 2017.**



Fuente: Tabla N° 02



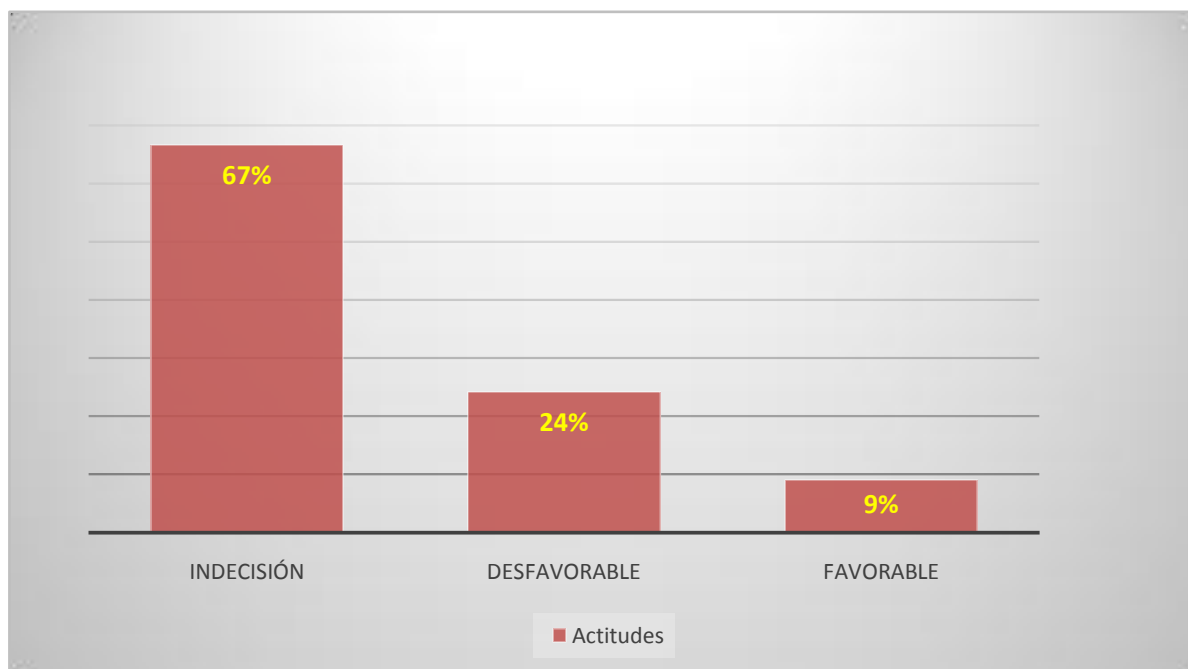
**Tabla 3: DISTRIBUCIÓN NÚMÉRICA DEL GRADO DE ACTITUD SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°006- TUMBES,2017.**

Grado de Actitud	Adolescentes.	
	n	%
Indecisión	44	67%
Desfavorable	16	24%
Favorable	6	9%
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de actitudes sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los adolescentes de la Institución Educativa N°006.Tumbes-2017.

**Interpretación:** El 67% de los adolescentes encuestados presentan una actitud de indecisión, mientras el 24% presentan una actitud desfavorable, y solo el 9% presentan una actitud favorable.

**GRÁFICO N°03: DISTRIBUCIÓN NÚMÉRICA Y PORCENTUAL DEL GRADO DE ACTITUD EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 006-TUMBES, 2017.**



**Fuente:** Tabla N°03.

**TABLA 4: DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°006- SEGÚN EL GRADO DE ACTITUD EN CARÁCTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS-TUMBES, 2017.**

		Actitud						Total
		Favorable		Indecisión		Desfavorable		
variable		n	%	N	%	n	%	
<b>Sexo</b>	masculino	1	2%	21	32%	14	21%	<b>36</b>
	femenino	0	0%	19	29%	11	17%	<b>30</b>
<b>Edad</b>	14 - 16	1	2%	35	53%	25	38%	<b>61</b>
	17- 19	0	0%	5	8%	0	0%	<b>5</b>
<b>Grado de instrucción</b>	3 ro	0	0%	11	17%	14	21%	<b>25</b>
	4 to	0	0%	22	33%	11	17%	<b>33</b>
	5 to	1	2%	7	11%	0	0%	<b>8</b>
<b>Inicio de relaciones sexuales</b>	Si	1	2%	12	18%	1	2%	<b>14</b>
	No	0	0%	28	42%	24	36%	<b>52</b>
<b>Uso</b>	Si	0	0%	8	12%	1	2%	<b>9</b>
	No	1	2%	32	48%	24	36%	<b>57</b>
							<b>TOTAL</b>	<b>66</b>

**Fuente:** Test de actitudes sobre la Anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes de la Institución Educativa N°006. Tumbes-2017.

**Interpretación:** Con respecto al sexo masculino predomino la actitud de indecisión con un 32%, seguido de la actitud desfavorable con un 21%, y la actitud favorable solo se presentó en un 2%; de manera similar en el sexo femenino prevaleció la actitud de indecisión con un 29% seguido de la actitud desfavorable con un 17%.

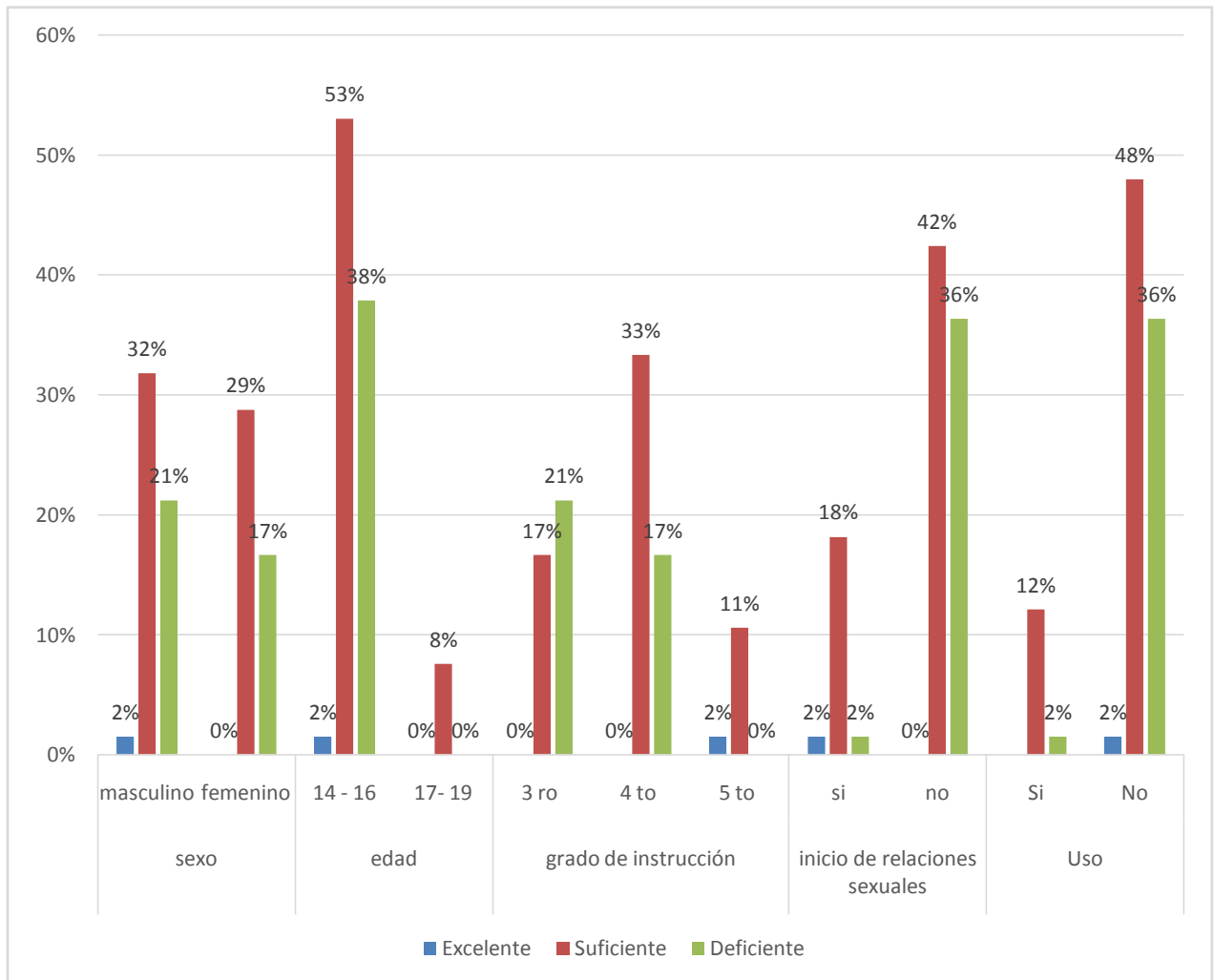
Con respecto a la edad de 14 -16 años predomino la actitud de indecisión con un 53%, seguido de desfavorable con un 38%, y favorable solo presento un 2%; de manera similar en el grupo etario de 17-19 años predomino la actitud de indecisión con un 8%, mientras que la actitud desfavorable y favorable no se presentó.

En relación al grado de instrucción, en el 4to grado predominó la actitud de indecisión con un 33%, seguido de una actitud desfavorable con un 17%, no presentándose una actitud favorable; en el 3er grado de instrucción el porcentaje que predominó con un 17% fue la actitud indecisión, seguido con un 21% la actitud desfavorable con no presentándose la actitud favorable; en el 5to grado de instrucción prevaleció la actitud de indecisión con un 11%, seguido con un 2% la actitud favorable, no se presentó la actitud desfavorable.

Referente al inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes que no han iniciado vida sexual, predominó la actitud de indecisión con un 42%, seguido de la desfavorable con un 36%; mientras que en los adolescentes que, si han iniciado vida sexual, prevaleció la indecisión con un 18%, seguido del excelente y deficiente con un 2% cada uno.

Con respecto al uso de la AOE en los adolescentes, en los que usaron este método prevaleció la actitud de indecisión con un 48%, seguido de la actitud desfavorable con un 36%, y la actitud favorable con un 2%; por otro lado, los adolescentes que no usaron la AOE su actitud predominante fue de indecisión con un 12%, seguida de una actitud desfavorable con un 2%, mientras que una actitud favorable no se presentó.

**GRAFICO N° 04: DISTRIBUCIÓN NÚMÉRICA Y PORCENTUAL EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 006- SEGÚN EL GRADO DE ACTITUD EN CARÁCTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS-TUMBES,2017.**



Fuente: Tabla N° 04

#### **4. DISCUSIÓN:**

La anticoncepción oral de emergencia es uno de los métodos hormonales que pueden utilizarse para evitar el embarazo después de un coito practicado sin protección. Mal llamadas Píldoras del día siguiente o Postcoitales.

En este estudio ha sido poco utilizada con un 13.6%, resultado estrechamente vinculado a que estos adolescentes en su mayoría con un 78.8% aún no han iniciado su vida sexual activa, habiendo solo un 21.2% que iniciaron su actividad sexual.

Respecto al estudio del nivel de conocimiento sobre la Anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes de la Institución Educativa N°006–Tumbes, durante el año 2017, se encontró que en el nivel de conocimiento el 61% de los adolescentes presentan un conocimiento suficiente, y un 38% presentan un conocimiento deficiente, y solo el 2% presenta un conocimiento excelente (Tabla N°01); este resultado difiere del estudio realizado por Fernández H. (2015) denominado Nivel de conocimientos y prácticas acerca de la Anticoncepción oral de emergencia en Perú- Lima; donde encontró que el conocimiento de la AOE es alto con el 91.5 % de los encuestados<sup>8</sup>.

Así mismo; Espinoza A. y Panta D. (2008), Perú- Tumbes, realizaron un estudio donde se encontró que el 89.2% de profesionales Obstetras presentan un nivel alto de Conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, el 10.8% un nivel medio de conocimiento, y no hubo nivel bajo de Conocimiento<sup>14</sup>; Cabe mencionar que en el estudio solo un porcentaje mínimo de 2% llegó al conocimiento excelente situación que es concordante con el grado de instrucción y la edad de los participantes. En el conocimiento deficiente existió una alta proporción (37.9%), este resultado hace que los adolescentes de la zona urbana de Tumbes sean más susceptibles al riesgo de un embarazo en adolescentes por el desconocimiento acerca del uso de la Anticoncepción oral de Emergencia.

Desde el punto de vista descriptivo se valoraron los niveles de conocimiento en función a las características socio demográficas: sexo, edad, grado de instrucción, inicio de relaciones sexuales y uso de la AOE, así tenemos que según el sexo se observa que en el sexo masculino predominó el conocimiento suficiente con un

32%, seguido del conocimiento deficiente con un 21%, y el conocimiento excelente solo se presentó en un 2%; de manera similar en el sexo femenino prevaleció el conocimiento suficiente con un 29% seguido del deficiente con un 17% (Tabla N°02). En este aspecto se puede notar que no existen diferencias entre ambos sexos.

Al respecto, Contreras H; en Tacna; encontró que, según el sexo, las adolescentes presentan un nivel de conocimiento alto, pero los varones presentan un nivel de conocimiento más elevado; concluyéndose que ambos sexos presentan un nivel de conocimiento alto acerca de la AOE<sup>7</sup>, resultados que no concuerdan con lo investigado. En el mismo sentido, Delgado J, Silva T y Távora Y; encontraron resultados que difieren a la presente investigación, así se observó que en el sexo masculino en el 24% se presentó un conocimiento regular, el 21.2% tuvo un conocimiento bueno, el 6% un conocimiento deficiente y el 1.8% un conocimiento muy bueno; y en las mujeres el 20.8% presentó un conocimiento regular, otro 20.8% un conocimiento bueno, el 3.2% un conocimiento deficiente y un 1.6% un conocimiento muy bueno<sup>11</sup>.

Con respecto al grupo etario de 14 -16 años predominó el conocimiento suficiente con un 53%, seguido del conocimiento deficiente con un 38%, y el conocimiento excelente solo presentó un 2%; y en el grupo etario de 17-19 años predominó el conocimiento suficiente con un 8%, el conocimiento deficiente y excelente no presentó proporción alguna. Así mismo Salinas K. en Tacna, se encontró que el nivel de conocimiento bueno se ubica en las Facultades de estudio con 93,75%; seguido de conocimiento regular en 6,11% de estudiantes <sup>10</sup>. Moreno. L, se evidenció un conocimiento óptimo con 58,1% <sup>6</sup>.

Con respecto a la instrucción, en el 3er grado de instrucción predominó con un 17% el conocimiento suficiente, seguido del deficiente con un 21%; en el 4to grado predominó el conocimiento suficiente con un 33%, seguido del deficiente con un 17% y en el nivel excelente no presentó proporción; en el 5to grado de instrucción prevaleció el conocimiento suficiente con un 11%, seguido del excelente con 2%. Situación similar al estudio de Contreras H, que encontró que los estudiantes de primer y segundo año no tienen conocimientos de AOE a diferencia de los

estudiantes de años superiores, como el quinto, cuarto y tercer año que tienen mayor conocimiento acerca del AOE, donde los alumnos de quinto año tienen un 83.33 % con los 55.42 % y 40.48 % para los alumnos del cuarto y tercer año respectivamente<sup>7</sup>.

Manera similar, Delgado J, Observó sobre la Píldora oral de emergencia que en el 3er grado de secundaria el 56.8% presentaron un conocimiento regular; en el 4to grado el 44.6% tuvieron un conocimiento regular; mientras que en 5to grado de secundaria el 51.1% tuvo un conocimiento bueno. Con estos resultados obtenidos se evidencio sobre la Píldora oral de emergencia que tanto 3ro como 4to grado de secundaria presentan conocimiento regular, siendo el grado mayor como es el 5ª de secundaria el que presenta conocimiento <sup>11</sup>.

Referente a las relaciones sexuales en los adolescentes que no han iniciado vida sexual (78.8%), predominó el conocimiento suficiente con un 42%, seguido del deficiente con un 36%; mientras que en los adolescentes que han iniciado vida sexual (21.2%) prevaleció el conocimiento suficiente con un 18%, seguido del excelente y deficiente con un 2% cada uno. Comparado con Gómez E. y Idrovo V. (2010), se evidencia que el 63.3% no han tenido relaciones sexuales, y el restante 36.8% si ha tenido relaciones sexuales<sup>4</sup>; resultados concordantes con este estudio.

Con respecto al uso de la AOE en los adolescentes, en los que usaron este método prevaleció el conocimiento suficiente con un 48%, seguido del conocimiento deficiente con un 36%, y el conocimiento excelente con un 2%; por otro lado, los adolescentes que no usaron la AOE su conocimiento predominante fue de suficiente con un 12%, seguida de un conocimiento deficiente con un 2%, mientras que un conocimiento excelente no se presentó; Resultados que son distintos a nivel de conocimientos en aquellos que han usado el método con los que no hicieron uso. Comparado con el estudio de Alemán C. y Ordinola Y. (2010), quien difiere con estos resultados, pues encontró que en los estudiantes de derecho que utilizaron la AOE presentaron un conocimiento deficiente 83%, y además se evidencio un conocimiento regular con un 19.6% <sup>13</sup>.



Con respecto al grado de actitud presentaron que el 67% de los adolescentes tienen una actitud de indecisión, y un 24% presentan una actitud desfavorable, y solo el 9% presenta una actitud favorable (tabla N°03); este estudio difiere de lo investigado por Salinas K. (2014), donde encontró que el nivel de actitud favorable se determinó en 58,14 % de estudiantes, seguido de actitud poco favorable en 23,26 % de estudiantes y actitud desfavorable en 18,3 %<sup>10</sup>. En el estudio el mayor porcentaje se presentó en la actitud de indecisión (67%), situación que nos hace pensar que aun los adolescentes están en proceso de formación de sus actitudes pues sus actitudes son inciertas y aún no se inclinan hacia el favorecimiento o desfavorecimiento del AOE.

Por otro lado, los grados de actitud también se han descrito en función a características socio demográficas: sexo, edad, grado de instrucción, inicio de relaciones sexuales y uso de la AOE; Con respecto al sexo masculino predominó la actitud de indecisión con un 32%, seguido de la actitud desfavorable con un 21%, y la actitud favorable solo se presentó en un 2%; de manera similar en el sexo femenino prevaleció la actitud de indecisión con un 29% seguido de la actitud desfavorable con un 17% (Tabla N°04). Resultados concordantes con el estudio de Salinas K (2014), Perú- Tacna, que observó que el nivel de actitud favorable se ubica en el sexo masculino con 67,44 %; y con nivel de actitud desfavorable está en el sexo femenino con 60,0 %<sup>10</sup>.

Con respecto a la edad de 14 -16 años predominó la actitud de indecisión con un 53%, seguido de desfavorable con un 38%, y favorable solo presentó un 2%; de manera similar en el grupo etario de 17-19 años predominó la actitud de indecisión con un 8%, mientras que la actitud desfavorable y favorable no se presentó. Estos resultados nos permiten asumir que los adolescentes de menor edad tienen mayor grado de indecisión a comparación de los de mayor edad; situación que resulta preocupante pues pone en riesgo a los adolescentes que dudarían en optar por este método anticonceptivo de emergencia.

En relación al grado de instrucción, en el 3er grado de instrucción el porcentaje que predominó con un 17% fue la actitud indecisión, seguido con un 21% la actitud desfavorable con no presentándose la actitud favorable; en el 4to grado predominó

la actitud de indecisión con un 33%, seguido de una actitud desfavorable con un 17%, no presentándose una actitud favorable; en el 5to grado de instrucción prevaleció la actitud de indecisión con un 11%, seguido con un 2% la actitud favorable, no se presentó la actitud desfavorable; lo que nos permite percibir que a mayor grado de instrucción las actitudes son más favorables. En sentido contrario, Panta M. (2016), Perú- Lima, encontró que el 14.6% de los encuestados presentó actitud de aceptación, el 70.6% tuvo una actitud indecisa y el 14.6 % presentó actitud de rechazo, teniendo los estudiantes de medicina una actitud general de indecisión sobre la AOE<sup>9</sup>.

Referente a las relaciones sexuales, en los adolescentes que no han iniciado vida sexual, predominó la actitud de indecisión con un 42%, seguido de la desfavorable con un 36%; mientras que en los adolescentes que, si han iniciado vida sexual, prevaleció la indecisión con un 18%, seguido del excelente y deficiente con un 2% cada uno. Cabe indicar que Delgado J y Silva T; Távara Y, reportó que el 23% de adolescentes se inician sexualmente antes de los 15 años, es decir, uno de cada 4 adolescentes menores de 15 años ya se ha iniciado sexualmente (Raguz citado en el artículo publicado por RPP, 2007) <sup>11</sup>.

Con respecto al uso de la AOE en los adolescentes, en los que usaron este método prevaleció la actitud de indecisión con un 48%, seguido de la actitud desfavorable con un 36%, y la actitud favorable con un 2%; por otro lado, los adolescentes que no usaron la AOE su actitud predominante fue de indecisión con un 12%, seguida de una actitud desfavorable con un 2%, mientras que una actitud favorable no se presentó; no habiendo diferencias entre ambos grupos. Al respecto, Delgado J, Silva T y Távara Y; encontró que el 42,4% de los adolescentes presenta una actitud desfavorable manifestada en el rechazo al uso de la píldora oral de emergencia, lo que puede repercutir que este grupo de adolescentes no utilicen la píldora como opción para evitar un embarazo no deseado<sup>11</sup>.

## 5. CONCLUSIONES

- Se encontró en conocimientos que el 61% de los adolescentes investigados tuvieron un nivel suficiente y que el 67% una actitud de indecisión, predominando éstos niveles en el estudio.
- En el nivel de conocimiento, predominó el suficiente, así en el sexo masculino fue de 32%, y en el femenino de 29%, en edad de 14-16 el conocimiento suficiente fue de 53 %, y en las edades de 17-19 se presentó con el 8%, en el 4to grado de instrucción prevaleció el nivel suficiente con un 33% y en el año 5to grado fue el único que presento nivel excelente con un 2%.
- En el grado de actitud prevaleció la actitud de indecisión, así en el sexo masculino fue de 32%, y en el femenino fue 29%, en edad de 14-16 la actitud de indecisión fue de 53%, y en las edades de 17-19 fue de un 8%, en el 4to grado de instrucción predomino la indecisión con un 33% y solo en el 5to grado presento actitud favorable con un 2%.

## 6. RECOMENDACIONES

- Que el Colegio de Obstetras del Perú, a través de sus profesionales, apliquen talleres, sesiones educativas y actividades preventivas promocionales refuercen el conocimiento en los adolescentes acerca de la anticoncepción oral de emergencia y establezcan mecanismos de mejora en sus actitudes.
- Que la Unidad de Gestión educativa Tumbes brinde capacitaciones dirigidas a los docentes de las instituciones educativas, con el fin de que se promuevan en los estudiantes conocimientos específicos sobre la anticoncepción en general y así prevenir los embarazos no deseados.
- Que la Institución Educativa N° 006 promueva investigaciones sobre el tema de anticoncepción de emergencia y respecto a las posibles causas por las cuales persisten actitudes de indecisión y rechazo en los adolescentes; ya que son ellos el futuro de una nueva generación.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas. La situación demográfica en el mundo, informe conciso [En línea]. Nueva York, 2014. [Citado el 12 de julio del 2017]. Disponible en: [www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf).
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014- ENDES. Perú, 2015. [Internet Artículo]. [Citado el 22 de julio del 2017]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf)
3. UNFPA. Informe Nacional de las Juventudes en el Perú 2015. Lima Perú. [En Internet]; [Citado el 12 de julio del 2017]. Disponible en: [www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/SENAJU-Informe-Nacional-Juventudes-2015.pdf](http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/SENAJU-Informe-Nacional-Juventudes-2015.pdf).
4. Gómez E. y Idrovo V. Conocimientos y uso de la anticoncepción de emergencia en estudiantes de la escuela de enfermería y tecnología médica de la facultad de ciencias médicas. [Tesis Pregrado.] Cuenca Ecuador (2010), [Citado 14 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3738/1/MED30.pdf>
5. Szames C., Vásquez S, Discacciati V. Conocimiento, utilización y obtención de la anticoncepción hormonal de emergencia por adolescentes en Rauch, provincia de Buenos Aires. Rev. Argentina de Salud Pública. 2012 junio. Argentina 2012. [Citado el 20 de julio del 2017].

6. Moreno L. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes de 9no de la U.E "Nuestra Señora de Lourdes". Bolívar: Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, Departamento de Enfermería; 2010.
7. Contreras H. Nivel de conocimiento acerca del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes del nivel secundario de los centros educativos Carlos Armando Laura y Gerardo Arias Copaja. Perú. Universidad Jorge Basadre Grohman de Tacna, [Tesis Pregrado] Tacna, Perú- 2012.  
[http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/unjbg/217/102\\_2013\\_Contreras\\_Velasco\\_HN\\_FACS\\_Obstetricia\\_2013\\_resumen.pdf?sequence=2](http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/unjbg/217/102_2013_Contreras_Velasco_HN_FACS_Obstetricia_2013_resumen.pdf?sequence=2)
8. Fernández H. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. *Agora Rev. Cient.* 2015; 2(1).
9. Panta M. Conocimiento y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de 5to año de Medicina Humana de la UNMSM, [Tesis Pregrado.] Lima, Perú- 2016. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4749>
10. Salinas K. Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de la Universidad nacional Jorge Basadre Goodman, [Tesis Pregrado.] Tacna, Perú – 2014. Disponible en: <https://prezi.com/vhmcytgygwae/conocimientos-y-actitudes-sobre-anticoncepcion-oral-de-emerg/>
11. Delgado José, Silva T y Távara Y. “Relación entre el nivel de conocimiento y actitudes de Adolescentes sobre la Píldora Oral de Emergencia – I.E. "Mater Admirabilis, [Tesis Pregrado.] Lambayeque, Perú 2009.
12. Chunga J. y Marchan K. Nivel de conocimientos y prácticas acerca de la anticoncepción oral de emergencia, en estudiantes de la escuela académica profesional de Obstetricia de la Universidad nacional de Tumbes”; [Tesis de pre grado], Universidad nacional de Tumbes, Perú-2011.

13. Alemán C. y Ordinola Y. Conocimientos y Prácticas acerca de la Anticoncepción Oral de Emergencia en estudiantes de la Escuela Académica Profesional de Derecho de la Universidad Nacional de Tumbes”; 2010 [Tesis pre grado] Universidad nacional de Tumbes, Perú-2010.
14. Espinoza A. y Panta D. Nivel de conocimientos de los Profesionales Obstetras del Ministerio de Salud sobre Anticoncepción Oral de Emergencia” [Tesis Pregrado.] Tumbes, Perú- 2008.
15. Arias W. Agresión y violencia en la adolescencia: la importancia de la familia: pdf [En Internet] Perú 2013 Programa Profesional de Psicología de la Universidad Católica San Pablo; [Citado el 22 de julio del 2017] disponible en: <https://es.scribd.com/document/358747798/Agresion-y-violencia-en-la-adolescencia-la-importancia-de-la-familia-pdf>
16. Mantilla C. Nivel de conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos en las adolescentes entre 11 y 19 años del consultorio de Gineco-Obstetricia del HNHU, octubre - noviembre 2015” [tesis pregrado.] Perú – 2015, disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/550/1/Mantilla\\_c.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/550/1/Mantilla_c.pdf)
17. Young L. La Píldora del día siguiente “Nueva Amenaza Contra La Vida” Área departamental de Ciencia Biomédicas - Universidad De Piura 2003. [citado el 18 de julio del 2017]; Disponible: [http://www.udep.edu.pe/publicaciones/desdeel\\_campo/Art1122.Html\(22-nov-2006\)](http://www.udep.edu.pe/publicaciones/desdeel_campo/Art1122.Html(22-nov-2006))
18. Muñoz S, Riverola. Gestión del conocimiento. Nelson R. psicopatología del niño y adolescente. [En Internet]; (citado 02 de julio del 2017) Edit. Prentice Hall 3era. Ed. España 1997. Disponible en: [http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos\\_conocimiento.htm](http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos_conocimiento.htm).
19. Just A. El conocimiento. Blog Just another WordPress.com site. [En Internet]; Perú 2011. [Citado el 12 de agosto del 2017]. Disponible en: <https://carlosfab.wordpress.com/2011/04/25/el-conocimiento/>

20. Hernández, Fernández y Baptista. 101 Términos de Investigación Científica/ Espacio Virtual Otra alternativa de comunicación. [En Internet]; Perú 2007. [Citado el 29 de Agosto del 2017]. Disponible en: <https://espaciovirtual.wordpress.com/2007/08/11/101-terminos-de-investigacion-cientifica/>
21. Allport G. Aptitud - Actitud - de Gerencia. [En Internet]; Perú, 2009 [Citado el 29 de agosto del 2017]. Disponible en: [http://www.degerencia.com/articulo/aptitud\\_actitud](http://www.degerencia.com/articulo/aptitud_actitud)
22. Rodríguez. A. Wikipedia, la enciclopedia libre ([En Internet]; Perú 1991. [Citado el 29 de agosto del 2017]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>
23. Arnau L. Montane J. Aportaciones sobre la relación conceptual entre actitud y competencia desde la teoría del cambio de actitudes. [En Internet]; España-Barcelona 2007. [Citado el 19 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2931/293122000016/index.html>



## 8. ANEXOS.



### ANEXO N° 01

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES.**

#### **INSTRUCCIONES:**

La encuesta tiene como propósito recolectar información con fines de investigación; los datos obtenidos serán estrictamente confidenciales y de carácter anónimo; por lo cual se solicita llenar el cuestionario con la mayor veracidad posible.

#### **I. DATOS GENERALES**

Edad: ..... Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) Otro ( ).

Grado de instrucción: ..... Sección: .....

Inició relaciones coitales: Si ( ) No ( )

Utilizó la Píldora oral de Emergencia: Si ( ) No ( )

#### **II. CONOCIMIENTO**

##### **1. ¿Cuál crees que es la definición correcta de Anticonceptivo Oral de Emergencia?**

- a) Método de planificación familiar que se coloca en la vagina al día siguiente de tener relaciones coitales.
- b) Método de emergencia que se toma hasta los tres días siguientes para evitar el embarazo después de un acto sexual sin protección.
- c) Medicamento oral que se puede utilizar de manera continua después de cada relación sexual coital.
- d) Medicamento de planificación familiar que evita el embarazo y también las infecciones de transmisión sexual.
- e) No Sabe o desconoce.

2. **¿Quién crees que es la persona más capacitada para brindar información sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia?**
- a) Mis padres y familiares
  - b) Mis amigos y enamorado(a)
  - c) Medios de comunicación
  - d) Docentes y/o profesionales de la salud.
  - e) No sabe o desconoce.
3. **¿Has recibido charlas o capacitaciones sobre la Anticoncepción oral de emergencia?**
- a) No Sabe o desconoce.
  - b) Nunca he recibido.
  - c) Tal vez he recibido.
  - d) Recibí información de amigos, familiares
  - e) Recibí charlas de profesionales de salud
4. **¿Cómo evita el embarazo el Anticonceptivo oral de emergencia?**
- a) Evitando que el óvulo salga del ovario y luego sea fertilizado.
  - b) Impide que óvulo y espermatozoide se unan o unidos se adhieran al útero.
  - c) Evitando que los espermatozoides entren al útero y fertilicen al ovulo.
  - d) Adelantando la ovulación y alterando el ciclo hormonal de la mujer.
  - e) No Sabe o desconoce.
5. **¿En qué casos se utiliza la Anticoncepción oral de emergencia?**
- a) Durante el embarazo para evitar su progreso.
  - b) Después de haber tenido relaciones coitales con un condón.
  - c) Siempre que la mujer tiene relaciones sexuales coitales sin protegerse.
  - d) Después de una Violación sexual para evitar el embarazo.
  - e) No Sabe o desconoce.
6. **¿Cómo se utiliza el Anticonceptivo Oral de Emergencia?**
- a) Se toman antes de tener relaciones sexuales coitales.
  - b) Se toman al día siguiente de que la mujer este menstruando.
  - c) se toman inmediatamente después de las relaciones coitales sin protección, hasta las 72 horas de haber tenido relaciones coitales.
  - d) Se toman en cualquier momento para evitar el embarazo.
  - e) No Sabe o desconoce.

- 7. ¿Cuál es la vía de administración del Anticonceptivo Oral de Emergencia?**
- a) Oral
  - b) Vaginal
  - c) Inyección intramuscular
  - d) Endovenoso
  - e) Ninguno o no sabe.
- 8. ¿A partir de cuando la mujer puede utilizar el Anticonceptivo Oral de Emergencia?**
- a) Luego de la primera menstruación hasta la menopausia.
  - b) A partir de la primera menstruación hasta casarse.
  - c) Cuando se ha iniciado la menopausia luego de tener hijos.
  - d) Antes de la primera menstruación sin hijos.
  - e) No Sabe o desconoce.
- 9. ¿Cuántas veces es recomendable el uso del Anticonceptivo Oral de Emergencia?**
- a) Una a 2 veces al año como máximo, porque no es un método anticonceptivo.
  - b) Más de dos veces al año.
  - c) Una vez por mes.
  - d) Una vez por semana
  - e) Cada vez que se tienen relaciones coitales.
- 10. ¿Cuáles son los efectos secundarios del Anticonceptivo Oral de Emergencia?**
- a) Aumento de peso, nerviosismo.
  - b) Adelgazamiento, anemia, náuseas.
  - c) Falta de apetito, estreñimiento, fatiga
  - d) vómitos, hemorragias anormales, malestar.
  - e) No Sabe o desconoce.
- 11. ¿Cuál es la ventaja de usar el Anticonceptivo Oral de Emergencia?**
- a) Ayuda a disminuir el riesgo de embarazo.
  - b) Previene infecciones de transmisión sexual.
  - c) Previene el cáncer de cuello uterino.
  - d) Mejora el desarrollo de los órganos sexuales.
  - e) No Sabe o desconoce.

**12. ¿Cuál es la desventaja de utilizar el Anticonceptivo Oral de Emergencia?**

- a) Es difícil de conseguir en boticas o centros de salud
- b) No previene las infecciones de transmisión sexual
- c) No muestra el 100 por ciento de eficacia.
- d) a y c, son desventajas
- e) b y c, son desventajas

**13. ¿Cuál es el lugar para adquirir adecuadamente el Anticonceptivo Oral de emergencia?**

- a) De vendedores ambulantes.
- b) De Amigos de confianza
- c) En tiendas/boutiques.
- d) En farmacias.
- e) En el mercado.

**14. ¿Cuál es el costo aproximado del Anticonceptivo Oral de Emergencia?**

- a) 5 – 9 soles
- b) 10 – 20 soles
- c) 21 – 30 soles
- d) 31 soles – más
- e) No Sabe o desconoce.

**15. ¿Qué medicamento contiene el Anticonceptivo Oral de Emergencia?**

- a) Antiinflamatorios.
- b) Antibióticos.
- c) Hormonas
- d) Multivitamínicos.
- e) No Sabe o desconoce

**16. ¿Quiénes no pueden usar el Anticonceptivo Oral de Emergencia?**

- a) Personas con tratamiento para epilepsia o tuberculosis.
- b) Personas con problemas crónicos al hígado o riñón.
- c) Personas que son alérgicas a las píldoras hormonales.
- d) Personas con una sospecha de embarazo.
- e) Todas las Anteriores

**17. ¿Cómo es la presentación del Anticonceptivo Oral de Emergencia?**

- a) Píldoras orales de Levonorgestrel de dosis única.
- b) Píldoras orales combinadas de dos dosis (Método Yuzpe).
- c) Píldoras orales diarias por un mes.
- d) a y c, son ciertas.
- e) No Sabe o desconoce.

**18. ¿Alguna vez ha usado Ud. Anticonceptivo Oral de Emergencia?**

- a) Si
- b) No

**19. ¿Puedo tomar Anticonceptivo Oral de Emergencia si estoy amamantando?**

- a) Si
- b) No

**20. ¿Ha oído hablar alguna vez sobre el Anticonceptivo Oral de Emergencia o Píldora del día siguiente?**

- a) Sí.....
- b) No.....

¡Gracias de por su colaboración

## ANEXO N° 02

### ESCALA DE VALORACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

N° ÍTEMS	PUNTAJE SEGÚN RESPUESTA				
1	a) = 0	b) =2	c) =0	d) =0	e) = 0
2	a) = 0	b) =0	c) =0	d) =2	e) = 0
3	a) = 0	b) =2	c) =0	d) =0	e) = 0
4	a) = 0	b) =0	c) =2	d) =0	e) = 0
5	a) = 0	b) =0	c) =2	d) =0	e) = 0
6	a) = 0	b) =0	c) =2	d) =2	e) = 0
7	a) =2	b) =0	c) =0	d) =0	e) = 0
8	a) = 2	b) =0	c) =0	d) =0	e) = 0
9	a) =2	b) =0	c) =2	d) =0	e) = 0
10	a) = 0	b) =0	c) =0	d) =2	e) = 0
11	a) =2	b) =0	c) =0	d) =0	e) =0
12	a) =0	b) =0	c) =0	d) =0	e) =2
13	a) =0	b) =0	c) =0	d) =2	e) =0
14	a) =0	b) =2	c) =0	d) =0	e) =0
15	a) =0	b) =0	c) =2	d) =0	e) =0
16	a) =0	b) =0	c) =0	d) =0	e) =2
17	a) =2	b) =0	c) =0	d) =0	e) =0
18	a) =2	b) =0	c) =0	d) =0	e) =0
19	a) =2	b) =0	c) =0	d) =0	e) =0
20	a) =2	b) =0	c) =0	d) =0	e) =0

#### ESCALA DE VALORACIÓN:

CLASIFICACIÓN	PUNTAJE
Deficiente	0- 7 puntos
Suficiente	8- 14 puntos
Excelente	15-20 puntos

## ANEXO N° 03



### UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

#### TEST DE ACTITUDES (Likert)

Fecha: \_\_\_\_\_

#### Instrucciones:

Estimado estudiante, el presente test servirá para una investigación sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia. Su objetivo es identificar las Actitudes de los adolescentes, contestando de manera anónima y con toda veracidad posible.

A continuación, lea cuidadosamente los enunciados y marca con un aspa (X) en la alternativa que creas conveniente, las respuestas son: **AC** = de Acuerdo; **NS** = No está Seguro; y **DS** = en Desacuerdo

ITEMS- PROPOSICIÓN	RESPUESTAS		
1) Pienso que la Anticoncepción Oral de Emergencia no es capaz evitar un embarazo.	AC	NS	DS
2) Creo que la distribución del Anticonceptivo Oral de Emergencia por parte del gobierno es beneficiosa para los usuarios.	AC	NS	DS
3) Considero que el uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia, es una buena opción para prevenir un embarazo no planificado.	AC	NS	DS
4) Si tuviera una relación coital sin protección, aceptaría usar el Anticonceptivo.	AC	NS	DS
5) Siento que el consumo del Anticonceptivo Oral de Emergencia conlleva a falta de respeto al propio cuerpo.	AC	NS	DS
6) Creo que nunca aceptaría usar el Anticonceptivo Oral de Emergencia.	AC	NS	DS
7) Me sentiría seguro al tener una opción anticonceptiva oral en caso de una situación de emergencia.	AC	NS	DS
8) Considero que la Anticoncepción Oral de Emergencia fomenta una conducta irresponsable en quien la consume.	AC	NS	DS
9) Pienso que mientras más pronto se usa después de la relación sexual sin protección es más eficaz.	AC	NS	DS
10) Me siento prepara para afrontar las reacciones secundarias del	AC	NS	DS

Anticonceptivo Oral de Emergencia.			
ITEMS- PROPOSICIÓN	RESPUESTAS		
11) El Anticonceptivo Oral de Emergencia para mi es abortiva.	AC	NS	DS
12) Recomendaría el uso del Anticonceptivo Oral de Emergencia a un amigo (a) o a un familiar.	AC	NS	DS
13) Si existe un accidente en el uso de algún método anticonceptivo, creo que es necesario la toma del Anticonceptivo Oral de Emergencia.	AC	NS	DS
14) Considero poco interesante recibir información sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia.	AC	NS	DS
15) Si tuviera que comprar el Anticonceptivo Oral de Emergencia sentiría vergüenza de hacerlo.	AC	NS	DS
16) Pienso que en emergencia, si mi pareja me insiste en tomar el Anticonceptivo Oral de Emergencia, yo me negaría.	AC	NS	DS
17) Usaría el Anticonceptivo Oral de Emergencia cuando lo considere necesario.	AC	NS	DS
18) Siento que al usar el Anticonceptivo Oral de Emergencia estoy faltando a mi religión.	AC	NS	DS
19) Siento que el Anticonceptivo Oral de Emergencia no me da ninguna confianza para protegerme de un embarazo no deseado.	AC	NS	DS
20) No me daría temor de usar el Anticonceptivo Oral Emergencia por primera vez.	AC	NS	DS

¡Gracias de por su colaboración!



## ANEXO N° 04

### ESCALA DE VALORACIÓN DEL TEST DE ACTITUDES SOBRE EL USO DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

N° ÍTEMS	PUNTAJE SEGÚN RESPUESTA		
1	AC = 1	NS =3	DS = 5
2	AC = 5	NS =3	DS = 1
3	AC = 5	NS =3	DS = 1
4	AC = 5	NS =3	DS = 1
5	AC = 1	NS =3	DS = 5
6	AC = 1	NS =3	DS = 5
7	AC = 5	NS =3	DS = 1
8	AC = 1	NS =3	DS = 5
9	AC = 5	NS =3	DS = 1
10	AC = 5	NS =3	DS = 1
11	AC = 1	NS =3	DS = 5
12	AC = 5	NS =3	DS = 1
13	AC = 5	NS =3	DS = 1
14	AC = 1	NS =3	DS = 5
15	AC = 1	NS =3	DS = 5
16	AC = 1	NS =3	DS = 5
17	AC = 5	NS =3	DS = 1
18	AC = 1	NS =3	DS = 5
19	AC = 1	NS =3	DS = 5
20	AC = 5	NS =3	DS = 1

#### ESCALA DE VALORACIÓN:

CLASIFICACIÓN	PUNTAJE
Desfavorable	20- 59 puntos
Indecisión	60- 79 puntos
Favorable	80-100 puntos

## ANEXO N° 05

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación “Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre la Anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes”, está planteada por las egresadas de la Escuela académica profesional de Obstetricia de la Universidad nacional de Tumbes, para realizarse en adolescentes de la Institución Educativa N° 006 - Tumbes, 2017

Después de haberseme informado, Yo .....  
Identificado con ....., en pleno uso de mis facultades doy mi consentimiento y acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por las egresadas de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Tumbes. He sido informado (a) sobre el objetivo de la investigación y que la información que yo provea de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima, además que puedo dar por terminada mi participación en la investigación en cualquier momento.

Al acceder a participar en este estudio, responderé preguntas en una encuesta y un test. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Los resultados de esta investigación serán publicados estrictamente como literatura académica.

Fecha.

**ANEXO N° 07**  
**MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escalas de Medición	Técnicas
Nivel de conocimientos en anticoncepción de emergencia.	Es el grado de asimilación de una información acerca de la pildora oral de emergencia por parte de los adolescentes de acuerdo con sus circunstancias particulares: educación, experiencias, capacidad de expresión etc.	<p>Cognitivos</p> <p>Procedimentales</p> <p>Actitudinales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición del Anticonceptivo Oral de Emergencia.</li> <li>- Conocimiento sobre fuentes de información adecuada.</li> <li>- Conocimiento sobre Mecanismo de acción.</li> <li>- Conocimiento sobre utilización adecuada.</li> <li>- Conocimiento sobre uso.</li> <li>- Conocimiento sobre la vía de administración.</li> <li>- Momento en el que se utiliza.</li> <li>- Conocimiento sobre frecuencia de uso.</li> <li>- Conocimientos sobre efectos secundarios.</li> <li>- Conocimiento sobre ventajas.</li> <li>- Conocimiento sobre desventajas.</li> <li>- Conocimiento sobre el lugar de adquisición.</li> <li>- Conocimiento sobre el costo.</li> <li>- Conocimiento sobre el contenido.</li> <li>- Conocimiento sobre las contraindicaciones.</li> <li>- Conocimiento sobre la presentación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excelente (15-20 pts)</li> <li>• Suficiente (08-14 pts)</li> <li>• Deficiente (00-07pts)</li> </ul>	Encuesta

## VARIABLE 02: GRADO DE ACTITUD

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escalas de Medición	Técnica
Nivel de Actitudes en anticoncepción de emergencia	Es el grado de tendencia o inclinación ante la posibilidad de usar la píldora oral de emergencia por los adolescentes, determinada por sus opiniones, creencias y sentimientos etc.	<p>Cognitiva</p> <p>Afectiva</p> <p>Conductual</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creencias acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia.</li> <li>- Opiniones acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia.</li> <li>- Valores acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia.</li> <li>- Sentimientos acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia.</li> <li>- Emociones acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia.</li> <li>- Tendencia de actuación a favor o en contra de usar el acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia.</li> <li>- Adquisición acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia.</li> <li>- Conductas acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia.</li> <li>- Conocimientos acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia.</li> <li>- Efectos secundarios acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia.</li> <li>- Mitos acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia.</li> <li>- Recomendaciones acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia.</li> <li>- Toma de decisiones acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia.</li> </ul>	<p>Favorable (80 a 100 ptos)</p> <p>Duda o indecisión (60 a 70 ptos)</p> <p>Desfavorable (20 a 59 ptos)</p>	Test de Likert

