



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Maestría en Educación Sexual

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) en estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magister en Educación Sexual.

AUTOR:

Dr. José Marcelo Flores Albarracín

CI: 0101770857

DIRECTORA:

Lcda. Mireya del Pilar Palacios Cordero Mst.

CI: 0102916327

Cuenca, Ecuador

07-06-2019



RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca sobre la Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE). Para ello se diseñó un estudio transversal y descriptivo; se empleó como instrumento de recolección de información un cuestionario que evalúa tres dimensiones: conocimientos, prácticas y actitudes, con un total de 16 ítems cada una, además de preguntas confirmatorias adicionales. En un universo de 463 estudiantes del último semestre previo al internado de las carreras de las áreas de la salud se obtuvo una muestra probabilística de un total de 211 participantes. Los resultados revelaron que la mayoría de conocimientos generales fueron acertados sobre la PAE. Sin embargo, en la práctica, la mayoría de estudiantes no ha recomendado el uso de la PAE. Al evaluar el nivel específico de recomendaciones que realizan los estudiantes, se advierte que PAE específicas como el meloxican, levonorgestrel y ulipristal es mínima; además, se encontró que la mayoría de estudiantes no recomienda el uso de la PAE en menores de edad y tampoco lo sugieren como alternativa de planificación familiar. En cuanto a las actitudes, éstas son poco favorables. Se encontraron correlaciones significativas de religión con algunas creencias: la PAE es abortiva, las mujeres no tienen derecho a usarlas, incitan a la vida sexual en los adolescentes, afectan a la dignidad y promueven la promiscuidad.

Palabras clave: PAE. Píldoras anticonceptivas de emergencia. AE. Anticonceptivos de emergencia. CAP estudiantes.



ABSTRACT

The aim of the present study was to establish the knowledge, practices, and attitudes of the students of health sciences of the University of Cuenca on the Emergency Contraceptive Pills (ECP). To this end, a cross-sectional and descriptive study was designed; A questionnaire that assesses three dimensions: knowledge, practices, and attitudes, with a total of 16 items each, as well as additional confirmatory questions was used as a data collection instrument. In a universe of 463 students from the last semester of health sciences careers, a probabilistic sample of 211 participants. The results revealed that there is a general knowledge friendly with ECP. However, in practice, most students have not recommended the use of ECP, when evaluating specific level of recommendations made by students, it is noted that specific ECP such as meloxicam, levonorgestrel and ulipristal is minimum; In addition, it was found that the majority of students do not recommend the use of ECP in minors and neither suggest it as an alternative to family planning. As for attitudes, they are little favorable. Significant correlations of religion with some beliefs were found: PAE is abortive, women have no right to use them, they incite sexual life in adolescents, affect dignity, and promote promiscuity.

Keywords: ECP. Emergency contraceptive pills. AC. Emergency contraceptives. Students KAP.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE.....	4
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	13
1.1. Antecedentes	13
1.2. Definición de AE y PAE.....	17
1.3. Epidemiología.....	19
1.3.1. Distribución.....	19
1.3.2. Administración de la PAE	23
1.3.3. Predicciones	23
1.3.4. Mecanismos de acción y control.....	24
1.4. Tipos de anticoncepción de emergencia	25
1.5. Antecedentes en el mundo y América Latina	26
1.6. Presentaciones comerciales en Ecuador.....	27
1.6.1. Generalidades.....	27
1.6.2. Indicaciones y dosificación.....	28
1.6.3. Eficacia	29
1.6.4. Contraindicaciones y efectos secundarios	30
1.6.5. Advertencias	31
1.7. Acceso a la anticoncepción de emergencia en Cuenca.....	31
1.7.1. Distribución.....	31
1.7.2. Conocimientos de la población universitaria.....	34
1.7.3. Actitudes de la población universitaria.....	36
1.7.4. Prácticas de la población universitaria.....	38
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	40
2.1. Pregunta de investigación	40
2.2. Objetivos	40
2.2.1. General.....	40
2.2.2. Específicos	40
2.3. Enfoque de investigación.....	40



2.4.	Tipo de investigación.....	40
2.5.	Participantes.....	41
2.5.1.	Universo.....	41
2.5.2.	Muestra.....	41
2.6.	Instrumento.....	42
2.7.	Procedimiento.....	43
2.8.	Procesamiento de datos.....	43
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....		44
3.1.	Análisis de resultados.....	44
Sí	No.....	45
3.2.	Discusión.....	53
LIMITACIÓN DEL ESTUDIO.....		57
CONCLUSIONES.....		58
RECOMENDACIONES.....		61
BIBLIOGRAFÍA.....		63
ANEXOS.....		72
Anexo 1: Instrumento.....		73
Anexo 2: Consentimiento informado.....		78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Países que permite la venta de AE sin receta.....	20
Tabla 2.	Métodos disponibles.....	25
Tabla 3.	Eficacia comparativa.....	30
Tabla 4.	Muestra de participantes del estudio.....	42
Tabla 5.	Variables sociodemográficas.....	44
Tabla 6.	Conocimientos de la PAE según el cuestionario aplicado.....	45
Tabla 7.	¿Qué otro método de anticoncepción de emergencia conoce?.....	46
Tabla 8.	Prácticas del uso de la PAE según el cuestionario aplicado.....	48
Tabla 9.	Actitudes hacia el uso de la PAE.....	50
Tabla 10.	Correlación de Pearson de la variable Religión con los ítems de Actitudes.....	51



ABREVIATURAS

EC	Emergency Contraception
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AE	Anticoncepción de emergencia
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas
CEMOPLAF	Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar
CLAE	Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia
DIU	Dispositivo intrauterino
ECP	Emergency Contraceptive Pills
EE	Etinilestradiol
IPPF/RHO	International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region
LH	Hormona luteinizante
LNG	Levonorgestrel
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
PAE	Píldora Anticonceptiva de Emergencia



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

José Marcelo Flores Albarracín en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación " Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) en estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca ", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, junio de 2019

José Marcelo Flores Albarracín

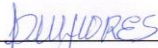
C.I: 0101770857



Cláusula de Propiedad Intelectual

José Marcelo Flores Albarracín, autor/a del trabajo de titulación "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las Píldoras Anticonceptivas de Emergen (PAE)", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 07 de junio de 2019



José Marcelo Flores Albarracín

C.I.: 0101770857



AGRADECIMIENTOS

La gratitud se da cuando la memoria se almacena en el corazón y no en la mente. Sentir gratitud y no expresarla es como envolver un regalo y no darlo. Por ello mi más profundo agradecimiento a la Mst. Mireya Palacios Cordero (Lcda.), por orientar y dar un norte a este estudio; ya que, sin su aporte, constancia y estímulo, no hubiese logrado esta meta.



DEDICATORIA

A Rosita, Pablo Andrés, y María Belén, el mejor tesoro que me ha dado la vida.



INTRODUCCIÓN

Los estudiantes de ciencias de salud de la Universidad de Cuenca, futuros profesionales de las áreas de la salud al servicio de la comunidad, tienen determinados conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia PAE. Es importante mencionar que ellos serán los vínculos directos que tengan los pacientes en torno a la anticoncepción de emergencia.

Estudios realizados en Cuenca, tales como los de Gómez e Idrovo (2009) y Briones, Ñauta y Mosquera (2008), realizados en estudiantes de enfermería y medicina, respectivamente, en la Universidad de Cuenca, demuestran la deficiencia de conocimientos acerca de la PAE en estudiantes de ciencias de la salud. Dichos resultados concuerdan con las conclusiones de estudios internacionales, entre éstos se encuentran trabajos como los de Choque (2015), en Lima, Perú; Cárdenas, et al. (2014); Leyva (2010); Ramírez, et al. (2009) en México; Gómez, et al. (2010) en Colombia, y Galvao, et al. (2000) en Brasil.

El presente estudio constituye un parámetro de referencia sobre cómo los estudiantes en el área de la salud enfocarán y enfrentarán el uso de la PAE con pacientes que asistan a su consulta en demanda de dicho producto; ya que, el principal apoyo para los usuarios debe ser siempre una información precisa, científica y actualizada, la misma que permita orientar y educar a la población al derecho de ejercer su sexualidad, ofreciéndoles la anticoncepción de emergencia, que tiene la potencialidad de prevenir un embarazo no deseado. Esto significa que es el "puente hacia la anticoncepción" regular para todos los individuos o parejas que mantengan relaciones sexuales no protegidas. "La información que brinde el futuro médico permitirá un ejercicio más responsable de la sexualidad en la población" (Zepeda y Del Castillo, 2011, p. 7). Sin embargo, no en todos los contextos y menos aún en países subdesarrollados como Ecuador se emplea la PAE pese a que por ley existe libre acceso a ella, por lo que se requiere un conocimiento y actitud oportunos de los estudiantes de las áreas de la salud que se están formando como profesionales para promocionar este anticonceptivo.

En este marco es que se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca sobre la PAE? Para ello se formulan los siguientes



objetivos específicos, como son: 1) Identificar el nivel de conocimientos de los estudiantes en relación a la PAE. 2) Determinar cuáles son las actitudes de los estudiantes hacia el uso de la PAE. 3) Determinar el uso en la pre-práctica profesional que los estudiantes hacen de la PAE. 4) Determinar relación entre el conocimiento, la actitud y práctica hacia la PAE en los estudiantes de las áreas de la salud.

El presente estudio está estructurado en tres capítulos: el primero aborda los postulados teóricos relativos a la farmacopea de la PAE conjuntamente con los conocimientos, prácticas y actitudes de los estudiantes de las áreas de la salud que revelan otros estudios que se han realizado en el contexto internacional, nacional y local. El segundo capítulo aborda la cuestión metodológica del estudio en la que se especifica quiénes son los participantes del estudio y cuáles son los instrumentos que se emplearon para realizar el estudio. Finalmente, en el tercer capítulo se exponen los resultados descriptivos de la investigación, destacando hallazgos específicos en materia de conocimiento, actitud y práctica que se realiza de la PAE en la actividad pre-profesional estudiantil.



CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

Las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia, desde aquí en adelante referidas con las siglas PAE, o también conocidas como «píldoras del día después», son un grupo de anticonceptivos orales que llevan el compuesto de acetato de ulipristal, levonorgestrel y meloxicam. Estas píldoras se utilizan para evitar embarazos no deseados después de tener un contacto sexual sin ninguna protección. Según Lugones y Ramírez (2006) la denominación de píldora del día después puede crear desconcierto entre las interesadas dado que puede ser ingerido pasados tres días del acto sexual y no solo el día siguiente. El término lo que intenta explicar es que se trata de una píldora para usos de emergencia sin concretar el momento máximo para ser utilizada.

El presente estudio aborda los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de las áreas de salud de la Universidad de Cuenca.

Los conocimientos se definen como el dominio conceptual de anticonceptivos de emergencia que pueden prevenir un embarazo después de un acto sexual sin protección y el nivel de riesgo que conlleva (Peláez, 2011). Como indican Blasco y Grimaltos (2004), el conocimiento es la “creencia verdadera justificada” (p. 332). Por tanto, es el conjunto de datos, conceptos y prácticas alrededor de una materia o asunto, un sinónimo de saber. También se puede entender como las informaciones y verdades obtenidas a partir de la realidad o de la enseñanza de un maestro. El conocimiento de la PAE tiene múltiples fuentes como las lecturas, lecciones de clase, conversaciones, experiencias propias, ente otras. Sin embargo, conocer no implica necesariamente estar de acuerdo con dichos conocimientos. Por ello, varios estudios han medido el conocimiento definiendo un número de ítems que aproximan a un buen conocimiento o un pobre conocimiento en aspectos como el lugar donde conseguir la PAE, identificar píldoras fáciles de conseguir en una farmacia, si sirven para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, situaciones en las que se debe utilizar, tiempo en el que se debe tomar, efecto de la PAE, así como la dosis adecuada (Shiferaw, Gashaw y Tesso, 2016). En definitiva, el conocimiento se define como “...el estado de conciencia de los métodos anticonceptivos, cualquier tipo específico y la fuente de anticonceptivos” (Nsubuga, Sekandi, Sempeera y Makumbi, 2015, párr. 14).



Por su parte la actitud es la predisposición favorable o no al uso de la PAE en relación a distintos ítems, tales como: entrega de AE a menores de edad, aborto, promiscuidad, relaciones sexuales de riesgo, entre otros (Carlón, García, González, Martínez y Suárez, 2000). La actitud es el estado de disposición corporal, nerviosa y mental de un individuo o de un grupo que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas a las situaciones en que se encuentra, los objetos y sujetos con que se relaciona. Para algunos tiene que ver con la experiencia previa. Representa la intención y el *querer* (frente a la acción, que sería el *hacer*), querer que señala “una actitud de indiferencia, rechazo y aceptación...” (Fernández de Castro, 1986, p. 205) hacia la PAE. Los estudiantes universitarios toman las actitudes frente a situaciones que se dan en las diferentes experiencias, y los recursos a los métodos anticonceptivos se plantean del mismo modo. En actitud se evalúa si consideran que puede prevenir el embarazo no deseado, el derecho de acceder a la PAE, si el acceso a la PAE puede alimentar la promiscuidad, si la PAE puede afectar al feto en caso de que no funcione, si es una forma de aborto, si es un pecado, si es que causa infertilidad y afecta la acción de otros anticonceptivos (Shiferaw, Gashaw y Tesso, 2016). Es así que “la actitud o percepción se define como la opinión del encuestado, ya sea positiva o negativa hacia una práctica o comportamiento respecto al uso de anticonceptivos” (Nsubuga, Sekandi, Sempeera y Makumbi, 2015, párr. 14).

Por último, la práctica constituye el nivel de “demandas recibidas de píldoras poscoitales, prescripción o no en caso de solicitud” (Carlón, García, González, Martínez y Suárez, 2000, p. 596). Entiéndase a la práctica como la actividad pre-profesional que permite evaluar la madurez del aprendizaje del estudiante. La práctica como promoción de la PAE en el mundo laboral y social. De este modo, las prácticas son una buena herramienta de formación porque se aprende a reaccionar ante determinadas situaciones, a relacionarse con los compañeros y a trabajar en equipo, pero sobre todo atender al paciente (Zabala, 1995). En tal sentido, Fernández de Castro (1986), distingue a la *práctica* que es un hacer (frente a la actitud que es un *querer*), un ejecutar una acción, teniendo o no una actitud favorable al uso de la PAE. La práctica trasciende a la prescripción del médico e involucra las demás áreas de salud, particularmente la del bioquímico farmacéutico, quien a menudo tiene que enfrentar la demanda de la PAE por parte de los usuarios, de ahí que la práctica se entienda como el hecho de sugerir la píldora de anticoncepción de emergencia (Vu, Rafie,



Grindlay, Gutierrez y Grossman, 2019). En definitiva, la práctica constituye las recomendaciones que en la labor de los estudiantes realizan de la PAE.

En la actualidad, alrededor del mundo, se realizaron 56 millones de abortos entre el 2010-2014 esto como resultado de embarazos no planificados, según la Organización Mundial de la Salud OMS (2018), “entre un 4,7% y un 13,2% de la mortalidad materna anual puede atribuirse a un aborto sin condiciones de seguridad” (párr. 10). La OMS (2014) se refiere al aborto peligroso como: “una intervención destinada a la interrupción de un embarazo, practicada ya por personas que carecen de la preparación necesaria, o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez” (párr. 1). Por otro lado, la misma OMS (2014) indica que casi todas las muertes y los riesgos de los abortos inseguros pueden prevenirse mediante una adecuada educación sexual y planificación familiar, sugiriendo, entre las múltiples alternativas de prevención, a los métodos de Anticoncepción de Emergencia, AE.

La Anticoncepción de Emergencia, AE, según el Ministerio de Salud Pública (2014) está “indicada en situaciones de emergencia en los casos de olvido del método regular, relaciones sexuales desprotegidas o violencia sexual” (p. 17). Por ello, en el acuerdo Ministerial 2490, señala la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud, al respecto:

Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud, proveerán la información y asesoría sobre el uso de métodos anticonceptivos; y entregarán los mismos de acuerdo al Nivel de Atención, incluida la anticoncepción oral de emergencia (AOE), a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres que lo requieran. La edad, la etnia, el sexo, la identidad sexo-genérica, la condición migratoria, el nivel de instrucción no serán, en ningún caso, condicionamientos para brindar esta información. Ninguna persona requiere autorización de sus familiares o de su pareja para acceder a la misma (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 3).

Por otro lado, el Ministerio de Salud Pública (2013) es explícito en señalar que la PAE es parte del Cuadro nacional de medicamentos básicos, en el que se incluye a los progestágenos y estrógenos, preparados de dosis fijas, de manera explícita se incluye al Levonorgestrel + Etinilestradiol como tabletas y Levonorgestrel como tabletas.



Existen tres métodos de anticoncepción de emergencia: Píldoras Anticonceptivas de Emergencia PAE (también conocidas como Anticoncepción Oral de Emergencia), píldoras de anticonceptivos orales combinados o método Yuzpe¹ y dispositivos intrauterinos de cobre. Las PAE son píldoras que contienen progestágeno solo, o una combinación de éste y estrógeno. Tienen la función de evitar o retrasar la liberación de óvulos de los ovarios, sin embargo, no son eficaces cuando ya hay un proceso de gestación (García, Martínez, Pintor, Caelles, y Ibañez, 2015).

La OMS recomienda uno de los siguientes fármacos en forma de PAE: Levonogestrel en una dosis de 1,5 mg y Acetato de ulipristal en una dosis de 30 mg. Uno de éstos puede ser ingerido en los cinco días posteriores (120 horas) al coito sin protección. Otra opción para ingerir Levonogestrel son dos dosis de 0,75 mg separadas por 12 horas. (Organización Mundial de la Salud, 2016). Además, el Levonogestrel no presenta reacción con los antiretrovirales, siendo ideal para pacientes seropositivas, o para víctimas de violencia sexual; mientras que el método Yuzpe presenta algunas limitaciones en situaciones clínicas como Stroke o enfermedad tromboembólica, por lo se sugiere el uso del LNG.

Como el tema se ha convertido en uno de los más significativos en el ámbito de la educación sexual y reproductiva y de los derechos sexuales y reproductivos, los especialistas de la salud en su proceso de formación deben construir una serie de conocimientos al respecto, así como actitudes. Sin embargo, esto no quiere decir que, en su práctica personal, los estudiantes de las áreas de la salud deban usar frecuentemente PAE.

Torres (2016) estudió en disciplinas de las áreas de la salud, no médicas, de dos institutos universitarios privados de Madrid, en un total de 196 encuestados. La autora empleó la encuesta auto administrada como instrumento investigativo, con el objetivo de determinar el conocimiento sobre la anticoncepción, fisiología reproductiva y la fertilidad según estudiantes de las áreas de la salud no médicas. Los resultados señalaron que el conocimiento sobre la anticoncepción, fisiología reproductiva y fertilidad de estos estudiantes es escaso. En cuanto al uso y la actitud sobre los

¹ El régimen de Yuzpe lleva el nombre del investigador que hizo los primeros estudios sobre las PAE en 1974.



anticonceptivos, el 36,2% de estos universitarios no utilizan métodos de planificación en todas sus relaciones. Pese a que el 20,1% recomienda el empleo de anticonceptivos, el 36,7% señaló que nunca lo haría sin una prescripción médica.

Por otro lado, Gallegos, Silva y Ramírez (2016) realizaron una investigación en Managua, Nicaragua, con el fin de investigar conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en estudiantes de Enfermería de la UNANA-MANAGUA. El estudio se limitó a estudiar a 126 estudiantes mujeres, quienes respondieron a una encuesta, misma que fue validada previamente con un grupo piloto. Los resultados indicaron que la mayoría de ellas tienen un grado significativo de conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos. Mientras que, a nivel local, Alvarado, Idrovo y Manzano (2011), en su estudio realizado de forma limitada únicamente en mujeres, encontraron que el 47,95% de estudiantes mujeres de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca tienen un adecuado conocimiento sobre la anticoncepción, el 97.27% señaló que acepta los métodos anticonceptivos, pero solo el 67,92% indicó que sí los usaría.

Los resultados de los estudios antes mencionados, conforman un antecedente respecto del tema de estudio, con lo cual se marca un punto de partida y una base que, posteriormente, permitirá comparar, contrastar y, por supuesto, ampliar la información y los resultados que se encuentren en la presente investigación; además que, en el ámbito local, permitirá hacer un comparativo actualizado, después de siete años a partir del estudio de Alvarado, Idrovo y Manzano (2011), con el fin de contextualizar la realidad actual respecto de los conocimientos, actitudes y prácticas de los y las estudiantes universitarios respecto a las píldoras anticonceptivas de emergencia.

1.2. Definición de AE y PAE

El Anticonceptivo de Emergencia, desde aquí en adelante referido con las siglas: AE, es una forma de control natal para evitar el embarazo. Su uso se extiende desde la necesidad ante un olvido de tomar un anticonceptivo, la rotura de profilácticos, hasta la prevención del embarazo frente a una violación o ataque sexual. Como definen Lete, Arróniz y Esquisábel (Lete, Arróniz y Esquisábel, 2001), el AE es “la utilización de un fármaco o sustancia, un mecanismo o dispositivo, con el fin de prevenir un embarazo después de una relación coital desprotegida” (p. 54).



La direccionalidad del AE es el impedir o retardar la liberación de uno de los óvulos de la mujer o, imposibilitar que un espermatozoide pueda fertilizar un óvulo. La utilización es a través del uso de pastillas con contenidos de progesterona, o la colocación de un DIU dentro de los cinco días posteriores al contacto sexual.

El dispositivo intrauterino (DIU) sin hormonas es el más efectivo. Puede ser colocado hasta cinco días después del coito. Según concluyeron Gómez y Gaitán (2004), los tipos de DIU fiables como anticonceptivos de emergencia son los “bioactivos, especialmente el DIU tipo T Cu 380 A (p. 265). También deben tenerse en cuenta los DIU con progestinas.

Todos los países hispanoamericanos han ratificado los tratados de derechos humanos internacionales que reconocen los derechos a la autonomía, la intimidad, y la salud. Estos tratados han sido interpretados para proteger derechos reproductivos y el derecho a la planificación familiar, pero la personalidad jurídica de contracepción oral de emergencia varía entre países. Algunos países de la región permiten a la distribución libre de la AE, sin embargo, la regulación no es uniforme. Este es el caso de la legislación en Chile, Colombia y Ecuador en el que expresamente se reconoce el derecho de tener el acceso a la AE, sin embargo, en países como Bolivia, Nicaragua, Brasil, Argentina y México, el estatus legal y los decretos ministeriales varían sin llegar a prohibir el uso de la PAE (Hevia, 2012).

Sobre los efectos de las PAE en la salud, en el informe de la OMS (2014), se indica que estos fármacos se usan por más de 30 años y han sido ampliamente estudiados en mujeres en edad reproductiva, y se ha demostrado que no tienen efectos secundarios nocivos para la salud de la mujer, es seguro para todas las mujeres, incluidas las adolescentes. Las PAE, no provocan abortos posteriores, ni dañan la fertilidad futura e indica que no hay ninguna relación con el riesgo cancerígeno, a pesar de que algunos estrógenos aplicados en ciertas píldoras anticonceptivas están asociadas con un riesgo bajo con incidentes cerebrovasculares y de tromboembolismo venoso, con especial incidencia en mujeres fumadoras mayores de 35 años. No se aconseja su uso en de hipertensión, trombofilias hereditarias, enfermedad hepática activa que incluya tumores, hepatitis viral activa y cirrosis grave (OMS, 2009; González et al, 2013; OMS, 2014; OMS, 2016; OMS, 2018), al igual que los otros anticonceptivos.



Si bien es cierto, se han generado dudas con respecto al impacto negativo del consumo continuo de PAE en la fertilidad o el riesgo de desarrollar embarazos ectópicos; sin embargo, numerosos estudios han demostrado que los únicos efectos que algunas mujeres (menos de una de cada cinco, según los estudios) pueden experimentar son leves y de corta duración (sangrados irregulares, fatiga, molestias abdominales y náusea), el efecto anticonceptivo es reversible y cuando las píldoras dejan de tomarse, la fertilidad regresa; además, cuando se usa sistemáticamente las PAE, puede ayudar a reducir el riesgo de desarrollar cáncer de ovario y de endometrio, protege contra el embarazo ectópico, disminuye el riesgo de quistes funcionales ováricos, regula el ciclo menstrual y reduce el dolor menstrual (dismenorrea) (Frost y Darroch, 2008; OMS, 2009; Agencia española del Medicamento, 2013; González et al, 2013 OMS, 2014; OMS, 2016; OMS, 2018).

Como investigaron Tussell, Rodríguez y Ellertson (1998), es probable que la verdadera efectividad sea de al menos el 75% porque las fallas en el tratamiento (embarazos observados) incluyen mujeres que ya estaban embarazadas cuando fueron tratadas y mujeres que quedaron embarazadas después de ser tratadas. Aunque López y Fernández (2006) apuntan que “el uso de una pauta de progestágenos solos es más eficaz (el riesgo de embarazo es casi la mitad) y tiene una menor incidencia de efectos secundarios” (p. 136).

Un estudio de las razones de uso de las PAE entre las mujeres de España, de Lete, Veiga y Lobo (2012) concluye que para el 92% de las encuestadas se debería dar más información. Por consiguiente, falta de conocimiento en relación a los mecanismos de acción y formas de empleo, además de que hay una gran carencia de claridad en la percepción del uso de la PAE sobre los riesgos de embarazos. La investigación determinó una baja tasa de utilización por baja percepción de riesgo en un 63%.

1.3. Epidemiología

1.3.1. Distribución

Hasta el año 2012, únicamente 140 países tenían disponibilidad de la anticoncepción de emergencia, no requiriendo receta médica para su adquisición en sesenta de ellos, e incluso, pudiendo disponer directamente de



un mostrador.

Tabla 1. Países que permite la venta de AE sin receta

Continente	Países
Europa	Albania, Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Hungría, Irlanda, Islandia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Portugal, Reino Unido, República Checa y Rumanía.
América del Norte	Estados Unidos y Canadá.
América del Sur y Caribe	Nicaragua, Paraguay, Uruguay y Venezuela.
África	Burkina Faso, Camerún, Costa de Marfil, Gabón, Gana, Guinea, Kenya, Madagascar, Mali, Marruecos, Mauricio, Namibia, República del Congo, Senegal y Sudáfrica.
Oriente Medio	Israel e Irán.
Asia	Bangladesh, China, India, Malasia, Sri Lanka, Tailandia y Vietnam.
Oceanía	Australia y Nueva Zelanda.

Fuente: Foster y Wynn (2012) citado en International Consortium for Emergency Contraception (2018)

Pese a que la publicación de Foster, A. y Wynn L. se realizó en marzo del 2012, el Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia mantiene la lista de esta fuente en su portal web hasta la actualidad, sin incluir al Ecuador². Dicha publicación constituye un referente internacional que muestra que la mayoría de países desarrollados han adoptado el tratamiento anticonceptivo de urgencia sin necesidad de una receta prescrita por el médico. En el caso de Sudamérica y el Caribe solo cuatro países se hallaban abiertos a esta facilidad hasta el año 2012. Ecuador tenía registrado productos para la anticoncepción de emergencia (bajo prescripción), como el resto de países de Latinoamérica (exceptuando Honduras y Guyana) en la lista señalada, pero sin acceso libre al producto. Todo ello con independencia de las mayores o menores

² El Ecuador mediante Decreto Ministerial del MSP con el Acuerdo 2490, del 27 de noviembre del 2012 autoriza venta libre de la AE y su distribución gratuita en los establecimientos del MSP.



políticas de información que en esos países se lleven a cabo (Foster y Wynn, 2012).

Es importante conocer algunos antecedentes epidemiológicos para entender la evolución que ha tenido la PAE en el contexto Latinoamericano. Grupos importantes de organizaciones e instituciones no gubernamentales preocupadas por la salud, educación y derechos sexuales y reproductivos, alcanzaron a finales del año 2000 el consenso para crear el CLAE (Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia) en Nueva York. A través de esta formación se iniciaron algunos análisis enfocados en la identificación de las mejores estrategias para implantar los anticonceptivos de urgencia en los países de la Región (Heimburger et al., 2002).

Se realizaron exploraciones de campo, especialmente en México, para conocer el alcance informativo sobre los AE, sobre las actitudes frente a estos fármacos y sus prácticas. Las conclusiones de los datos destacados arrojaron la necesidad de plantear estrategias para la popularización del método:

- Consultas entre dirigentes y líderes políticos para su aplicación
- La capacitación de los servicios de salud
- La apertura de una línea telefónica gratuita para las consultas sobre las AE, además de la elaboración de un portal en la Red donde se brinde información amplia sobre los anticonceptivos
- Creación de campañas de promoción a través de los medios de comunicación, las redes sociales, publicidad, cartelera, dípticos, entre otros materiales.

En octubre de 2002 se llevó a cabo la primera conferencia de esta organización bajo el título de: Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en América Latina, celebrado en Quito Ecuador (CLAE, 2014).

Los objetivos planteados en la Conferencia fueron los siguientes:

- a) Desarrollar el conocimiento y la aceptación del anticonceptivo de emergencia como un método seguro y eficaz para prevenir embarazos no deseados.
- b) Reclamar a los funcionarios encargados de las políticas de interés público de los países de la Región, para que faciliten la inclusión de la anticoncepción de emergencia en las normas oficiales de planificación familiar de sus gobiernos (CLAE, 2014).



En las actividades que se gestionan en el CLAE se realizaron las mediciones sobre el impacto que van teniendo las estrategias en un seguimiento entre los años 1997 y 2000. Los datos resaltaron que hay un gran desconocimiento de los métodos entre las mujeres.

En 1997, escasamente el 13% de las mujeres conocía o habían oído hablar de los anticonceptivos poscoitales; mientras que, en los resultados posteriores del año 2000, se llegó a un 32%. Desde otra perspectiva, los proveedores farmacéuticos investigados en el 97, únicamente el 88% sabían alguna cosa de las PAE; en contraste en el 2000 ya todos estaban al corriente, además de que el 93% de los proveedores de servicios opinaban que era adecuado su distribución en México, en contraste con un 31% inicial (Gerstein, 2000).

Según Antonieta Martín (2004), a partir del 1997, cinco organizaciones no gubernamentales que no se especifican, comenzaron a realizar campañas de salud ofreciendo anticonceptivos gratuitamente. A través de estas acciones se comenzó a investigar sobre los conocimientos de la población y los métodos que utilizaban. Al año siguiente, algunas de estas organizaciones presionaron a las administraciones para que incluyeran los anticonceptivos dentro de las estrategias de salud reproductiva. Los logros alcanzados permitieron que los proveedores farmacéuticos tuvieran el respaldo legal necesario para distribuir sus productos. En la actualidad se tiene en nuestro medio los 4 tipos de PAE indicados anteriormente: Levonorgestrel, Acetato de Ulipristal, Método Yuzpe, Mifepristone.

Una indagación llevada a cabo por Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar CEMOPLAF (2018), indica que las mujeres usuarias de los anticonceptivos de emergencia corresponden a un perfil de mujeres solteras y de clase media. El estudio resalta que en los veintiocho centros de la fundación se entregan cerca de treinta dosis mensualmente en cada uno. Además de aseverar que no se ha encontrado ninguna relación negativa con el uso de otros métodos como los anticonceptivos o el profiláctico.

Un informe del consultor José Morán (2010), a través del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, indicó que, en el Ecuador, las mujeres en edad fértil (entre 10 y 50 años) en el 2010 asciende a 4.246.546, y que, de este grupo humano, el 43,46% está



en situación de pobreza o es indígena. El informe denuncia una resistencia hacia la accesibilidad creándose una barrera que se inicia desde la propia normativa, el personal médico y la violación de la confidencialidad.

1.3.2. Administración de la PAE

Las píldoras de emergencia no deben ser utilizadas de forma constante, puesto que, como su nombre lo indica, son de emergencia y no recomendadas como un método anticonceptivo permanente, pues si bien no tiene efectos nocivos, Trussell, Raymond y Cleland (2016), indican que la ingesta excesiva puede producir un desequilibrio hormonal, aunque “no existen datos disponibles sobre la seguridad de los regímenes actuales de las PAE si se utilizan con frecuencia durante un largo período de tiempo” (p. 10).

Fernández y Giménez (2011) informan de la reacción con el consumo, aunque pasajero, aumenta con el consumo del fármaco con relativa frecuencia, indicando que los efectos más destacados son las náuseas, mareos, vómitos, sangrado genital, dolor en las zonas mamarias, molestias abdominales hipogástricas; todo ello debido a un aumento repentino de estrógenos en la sangre que se produce con la administración del medicamento, pero que son leves y frecuentes solo en algunas mujeres (una de cada cinco).

Según Gómez et al. (2009), las píldoras orales son los más requeridos entre las mujeres de 15 a 19 años en Norteamérica y es la segunda opción en Europa. Este grupo etario es el que más incidencias tiene en la regularidad de la toma, estimándose que tienen un descuido promedio de tres píldoras por mes. Esto supone un incremento en los fallos que alcanzan el 32% frente al 5% del resto de usuarias.

1.3.3. Predicciones

La toma de decisiones de una mujer con respecto a los anticonceptivos que debe tomar o las soluciones a posibles riesgos de embarazo, después de una relación sexual sin prevenciones, debe basarse en una correcta consejería. Ésta debe apoyar y orientar a la mujer en la mejor elección para ella. La elección del método más adecuado, vendrá a través de una predicción correcta y de la información complementaria que se ofrece desde la promoción de la salud sexual y reproductiva; por consiguiente, esta información debe ser clara, confiable y especialmente neutral (OMS, 2009; OMS, 2011; Obaya, 2014; Centro



Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2015; OMS, 2018)

Tal como se ha mencionado anteriormente, la PAE no es un método anticonceptivo corriente, Carvajal y Gavilánez (2014), recomiendan que la píldora no se consuma indiscriminadamente, a pesar de que se aconseja su consumo hasta dos veces por mes, este fármaco no debe ser considerado como un instrumento de planificación familiar.

1.3.4. Mecanismos de acción y control

La anticoncepción hormonal de emergencia es únicamente una alternativa de emergencia cuando no hay otra manera de imposibilitar un embarazo. No es un fármaco apropiado para ser utilizado en sustitución de la anticoncepción hormonal de uso regular, dado que no tiene una efectividad adecuada y por poseer una dosis más alta origina más síntomas adversos.

La anticoncepción hormonal de emergencia comprende las píldoras de progestina sola que contienen 0,75 mg de levonorgestrel (LNG) y las píldoras combinadas que contienen 0,5 mg de LNG y 0,1 mg de Etinilestradiol, también conocido como método de Yuzpe. Estas deben ser utilizadas dentro de los 5 días (120 h.), después de haber tenido la relación sexual, aunque es importante no demorarlo para que haya mayor eficacia (Piaggio, von Hertzen y Van Look, 1999).

El mecanismo de acción del levonorgestrel es un derivado de la 19-nortestosterona que interviniendo a través del receptor de la progesterona reproduce las manifestaciones de la hormona natural, por lo que se clasifica como agonista o progestina. “Como toda progestina, mantiene el embarazo en animales ovariectomizados, convierte el endometrio proliferativo en receptivo e inhibe la ovulación cuando se administra en la fase folicular” (Craxatto y Ortiz, 2004, p. 158).

Las PAE-LNG (Píldoras Anticonceptivas de Emergencia con Levonorgestrel) inhabilitan o aplazan la liberación de un óvulo desde el ovario cuando la píldora se ingiere antes de la ovulación. Seguramente imposibilita que los espermatozoides y el óvulo se unan, dado que se interviene en el moco cervical o la capacidad de los espermatozoides se encuentre con el óvulo.

Algunas investigaciones evidencian que las PAE de levonorgestrel frenan o retrasan la ovulación. Si son ingeridas previo a la ovulación inhiben el pico pre-ovulatorio de la



hormona luteinizante (LH), paralizando el progreso y la maduración folicular, además de la liberación del óvulo. Éste es el principal mecanismo de acción de las PAE de levonorgestrel y es viable que sea su único mecanismo de acción anticonceptiva.

1.4. Tipos de anticoncepción de emergencia

El tratamiento con gestágeno (levonorgestrel) o la inserción de un DIU son los métodos de elección actualmente y la pauta de Yuzpe (estrógenos y gestágeno) se reserva para situaciones excepcionales.

Tabla 2. Métodos disponibles

	Gestágeno	Estrógenos y Gestágeno	Dispositivo Intrauterino (DIU)
Indicaciones	< 72 horas desde el coito de riesgo	<72 horas desde el coito de riesgo	<5 días desde el coito de riesgo
Dosis total	1,5 mg de levonorgestrel	0,2 mg de etinilestradiol y 1 mg de levonorgestrel	
Posología	Dosis única de 2 comprimidos	2 dosis de 2 comprimidos cada 12 horas	
Efectos secundarios	Náuseas, vómitos, mastodinia, cansancio, cefaleas	Náuseas, vómitos, mastodinia, cansancio, cefaleas. Más intensos y frecuentes en la pauta de Yuzpe	Hipermenorrea, dismenorrea, metrorragia
Contraindicaciones absolutas	Embarazo. Hipersensibilidad a algunos de los componentes	Embarazo. Hipersensibilidad a algunos de los componentes.	Embarazo. Sospecha clínica de ITS
Contraindicaciones relativas	Síndrome de mala absorción grave	Amamantamiento materno. Periodo postparto (6 semanas). Antecedentes de tromboembolismo venoso. Síndrome de mala absorción grave	Alergia al cobre. Enfermedad de Wilson. Cirugía uterina previa (excepto cesaria). Hipermenorreas. Trastornos de la coagulación. Tratamientos anticoagulantes. Anemia grave. Conductas de riesgo de ITS



Tasa de embarazos	0,8% - 2,3%	0,2% - 2,3%	0 % - 0,1%
Ventajas	Menor frecuencia de efectos secundarios. Más efectividad que el método de Yuzpe		Más efectivo que el método de Yuzpe o gestagen. Asegura la contracepción a largo plazo
Desventajas		Mayor frecuencia de efectos secundarios. Más contraindicaciones relativas: menos efectiva que gestagen o DIU	Necesidad de profesionales preparados para la inserción. Menos asequible económicamente.

Fuente: Institut Catalá de la Salut (Institut Catalá de la Salut, 2015)

1.5. Antecedentes en el mundo y América Latina

Los inicios de las píldoras anticonceptivas de emergencia se remontan a la década de los años 20, cuando los investigadores médicos veterinarios observaron que los extractos de estrógeno ovárico inciden en los estados de embarazo de los mamíferos (Haspels y Andriessse, 1973). Por consiguiente, la práctica veterinaria fue la incipiente en la aplicación de estos descubrimientos, usando estrógenos en perros, vacas o caballos.

El primer caso documentado en seres humanos sucedió en los años 40, pero no fue hasta mediados de los 60 que se aplicó en Holanda de manera pública, en el tratamiento con estrógenos llevado a cabo en una joven de trece años que fue violada (Haspels, 1994).

En la década de los 70 se empezó a utilizar una combinación estándar de estrógeno-progestina. El investigador Yuzpe, junto a su equipo colaborador iniciaron en 1972 un tratamiento combinado para lograr inducir cambios endometriales, con dosis de 100 mcg., de estrógeno al mismo tiempo que 1,0 mg de progestina norgestrel. Este método sustituyó los planteamientos anteriores donde se utilizaban altas dosis de estrógenos, ofreciendo una menor incidencia en los efectos secundarios, además de que se demostró que el DES (Dietilestilbestrol) está vinculado al cáncer de vagina en las hijas de mujeres que ingerían el medicamento para la prevención de la pérdida fetal



(Ellertson, 1997).

A finales de los 70 y principios de los 80 surgieron los métodos no hormonales, el DIU T de cobre. Este método causa variaciones endometriales que inhiben la implantación, además de ser embriotóxicos debido a los iones de cobre (Van Look y von Hertzen, 1993). Otros métodos utilizados en los 80, son el danazol que es una progestina sintética y antigonadotropina; y, el mifepristone, también denominado RU-486, con una potente antiprogesterona.

La implantación de los métodos de anticoncepción de urgencia en Sudamérica ha soportado obstáculos para su introducción especialmente por las normativas oficiales y por la introducción en los programas públicos y privados. Los partidos políticos de corte conservador y la Iglesia Católica han influido para que este fármaco no se distribuyera con plena libertad. Además, ha chocado, como explica Martín (2004), con “la misma percepción errónea existe entre muchos proveedores de servicios de salud al igual que en algunos sectores de la población” (p. 424). Por tanto, debido a estas objeciones y de grupos mal informados, ha habido problemas para la distribución. La idea errónea de que las PAE provocan abortos ha tenido gran culpa en la satanización de la AE. Tal vez una mejor y extensa campaña educativa hubiera sido útil para concienciar que el método postcoital previene la ovulación, la inseminación o la implantación, sin llegar a provocar abortos.

1.6. Presentaciones comerciales en Ecuador

1.6.1. Generalidades

En el país, a finales de la década de los 90, se empezó a distribuir los anticonceptivos de emergencia en los servicios como Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar, Consorcio Ecuatoriano de Anticoncepción de Emergencia, entre otros. A partir de entonces, se iniciaron estudios sobre los conocimientos y prácticas de la AE. En 1998 algunas de estas ONG (Organización No Gubernamental) apoyaron la revisión legal sobre las normas de reproducción en el país, consiguiendo que se agregaran a las nuevas normativas el uso de los anticonceptivos. Desde ese momento, se logró que los proveedores de salud contaran con el apoyo legal y pudieran comenzar a informarse para suministrar el único método al principio con que se contaba, que era



el método Yuzpe (Martín, 2004).

En Ecuador, dichos fármacos estaban registrados y autorizados bajo prescripción médica, sin embargo, existía un vacío legal respecto a su promoción y venta libre. Fue así que, un lobby de juristas «Abogados por la Vida», incitados por la idea de que la PAE es abortiva, interpuso una acción de protección. Dando como resultado la prohibición del uso del Postinor 2/ Levonorgestrel 0,75 mg comprimidos, por parte de un Juez de la provincia del Guayas en diciembre del 2004 (Bolaños, 2009). Este hecho suscitó polémica entre los profesionales del derecho y profesionales del campo de la salud.

Las PAE, al tener una naturaleza anticonceptiva y no abortiva no estaba en contradicción con el Artículo 23, numeral 1 de la Constitución (Asamblea Constituyente, 2008). Por consiguiente, las píldoras no afectaban a la vida del *nasciturus* (del Lat. «[él que] nacerá», Enciclopedia Jurídica, 2014). Estos fármacos no deben ser utilizados cuando se está embarazada, dado que no surtiría efecto.

La posición del Estado se transparentó el 27 de noviembre del año 2012, con la emisión del Decreto Ministerial del Ministerio de Salud Pública MSP con el Acuerdo 2490, según el cual, se autoriza la distribución gratuita y la adquisición sin prescripción médica de las píldoras anticonceptivas de emergencia PAE en los centros de salud del país, pudiendo administrarlas incluso en niñas a partir de los doce años.

Finalmente, el MSP del Ecuador según la Ley Orgánica de Salud (Asamblea Nacional del Ecuador, 2016), en su artículo 148 manifiesta que la Autoridad Sanitaria Nacional garantizará la disponibilidad y libre acceso a los métodos anticonceptivos temporales, definitivos, de emergencia y naturales. Para lo cual, garantiza la disponibilidad adecuada y oportuna de dichos métodos en la Red Pública Integral de Salud.

En la actualidad, las PAE son distribuidas gratuitamente y sin receta médica en los centros de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; o, también pueden adquirirse sin receta en las farmacias del país con un precio módico asequible.

1.6.2. Indicaciones y dosificación

El método de progestina solo usa la progestina levonorgestrel, se aplica en una dosis de 1,5 mg, o en dos dosis de 0,75 mg, cada doce horas, aunque lo más frecuente es en



una sola dosis. Puede estar suministrado en diferentes nombres comerciales.

El método de Yuzpe, está compuesto de estrógeno y progestina. Se ingiere en dos dosis con un intervalo de doce horas. Administración de 100 mcg de etinilestradiol y 0,5 mg de levonorgestrel, en cada una de las dosis. Si la mujer vomita antes de que transcurran 2 horas después de tomar una dosis, se recomienda administrar metoclopramida, esperar una hora y repetir la dosis de levonorgestrel vomitada. Si los vómitos impiden el uso de la vía oral, hay datos favorables a la administración intravaginal del método de Yuzpe.

Antes se recomendaba dividir las dosis en dos tomas separadas entre sí, y administrar cada 12 horas, pero ensayos más recientes han comprobado que la eficacia no se reduce de manera destacada si el intervalo entre las dos dosis no supera las 24 horas. Por otro lado, la preferencia por las dosis separadas se debía a un intento de reducir la incidencia de náuseas y vómitos. No obstante, este problema es menor con levonorgestrel que con el método de Yuzpe, y se ha comprobado que la toma de 1,5 mg en dosis única es igual de eficaz y habitualmente muy tolerada, y no afecta la incidencia de vómitos.

Otros efectos no deseados que se pueden observar y que presentan una incidencia similar con los dos métodos son: tensión o dolor mamario, cefalea, vértigo, dolor abdominal y sangrado vaginal irregular.

1.6.3. Eficacia

Las PAE presentan una eficacia anticonceptiva inferior a la de los métodos habituales de anticoncepción, 1,1 % de embarazos con levonorgestrel postcoital después de un coito no protegido, por comparación a 1-3 embarazos por cada 100 parejas y año con anticonceptivos hormonales empleados en condiciones óptimas.

La eficacia comparativa de ambos métodos se ha establecido en varios ensayos clínicos. En el principal (Organización Mundial de la Salud, 1998) se obtuvieron los resultados siguientes:

**Tabla 3.** Eficacia comparativa

	Embarazos por 100 coitos no protegidos
Esperados	7
Levonorgestrel	1,1
Método Yuzpe	3,2

Fuente: OMS (1998)

Es difícil establecer con precisión la magnitud de la eficacia preventiva de un método de anticoncepción de emergencia (AE). La eficacia se define como la fracción de prevención (número de embarazos observados dividido por el número de embarazos previstos). Esta fracción puede verse alterada tanto por factores que afecten el numerador (otras relaciones mantenidas después de la AE o embarazos debido a contactos sexuales previos que se consideraban protegidos) como el denominador (fase exacta del ciclo en el momento del coito).

1.6.4. Contraindicaciones y efectos secundarios

Las contraindicaciones y precauciones habituales para el uso de anticonceptivos hormonales se refieren al uso crónico. A pesar de que no hay estudios específicos en subpoblaciones, en general se considera que no son aplicables en un uso puntual como anticoncepción de urgencia.

Las recomendaciones del American College of Obstetricians and Gynecologist ACOG (2015) y de la Organización Mundial de la Salud (2014), no permiten el uso de anticoncepción de urgencia en mujeres:

- Mujeres en periodo de lactancia.
- Con historial previo de embarazo ectópico.
- Con hepatopatías.
- Con contraindicaciones para el uso de anticonceptivos orales.
- Con historial cardiovascular (aunque datos recientes indican que una sola dosis hormonal puede alterar la hemostasia, razón por la cual se aconseja precaución si hay historial trombo embólico).
- Migrañosas.



El sangrado vaginal no diagnosticado se tendrá que valorar siempre médicamente, pero por sí mismo no contraindica el anticonceptivo de urgencia.

El levonorgestrel no interrumpe el embarazo en ningún caso si la implantación ya se ha producido. Si bien el uso se contraindica en mujeres embarazadas, el motivo es porque utilizarlo en esta situación es inútil e irracional.

Sobre el uso repetido, el anticonceptivo de urgencia es menos eficaz que las medidas anticonceptivas habituales e implica el uso de dosis elevadas de hormonas. Por eso, no se tiene que confundir en ningún caso con una alternativa anticonceptiva habitual. A pesar de esto, una mujer que haya recibido levonorgestrel previamente no impide que se pueda volver a prescribir, incluso en el mismo ciclo menstrual. Ahora bien, se tiene que advertir a la mujer que se trata de una medida excepcional y se le tiene que recomendar iniciar una estrategia contraceptiva más segura basada en la planificación familiar.

1.6.5. Advertencias

Ciertos tópicos circundan a los fármacos anticonceptivos de urgencia. Uno de ellos es que la contracepción de urgencia no protege el riesgo de infección de transmisión sexual ITS. Otra de las creencias erróneas es pensar que las píldoras de urgencia provocan un aborto; nada más lejos, la píldora evita el embarazo actuando antes de que éste se produzca. Las PAE actúan posponiendo la ovulación, si es que no se ha producido, y evitando el embarazo. Los espermatozoides que se sitúan en las trompas de Falopio no pueden acceder al óvulo y fecundarlo.

1.7. Acceso a la anticoncepción de emergencia en Cuenca

1.7.1. Distribución

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) que más se distribuyen en la ciudad de Cuenca, se especifican a continuación con sus respectivos nombres comerciales.

Las PAE que llevan progestina (levonorgestrel). Como indica Peláez (2011), la eficacia de las píldoras de levonorgestrel se superior a los demás AE orales combinados y conocidos como el método Yuzpe. En Ecuador llevan el nombre de



Escapel, Glanique y Tace. Cabe señalar que el levonorgestrel ha sido recomendado para el uso en menores de edad (García, Loredó, Hernández y Casas, 2013).

Escapel: un comprimido 1,5 mg, Laboratorio Gedeon Richter Ecuador. Su administración es oral, con una única dosis, recomendándose aplicarla lo más pronto posible dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual. Está recomendado como anticonceptivo de emergencia dentro de las 72 horas posteriores de haberse producido las relaciones sexuales sin protección, también en los casos de violación.

Contraindicaciones: antecedentes de hipersensibilidad a levonorgestrel u otras hormonas o a cualquiera de los componentes descritos que acompañan. Los efectos adversos más comunes incluyen náusea, dolor abdominal, fatiga, dolor de cabeza, sangrado menstrual leve o profuso, mareos, dolor o sensibilidad de las mamas, vómitos y diarrea.

Glanique: un comprimido 1,5 mg, caja 1 comprimido, Laboratorio Medicamenta Ecuatoriana. El uso de este fármaco es para mujeres en edad reproductiva, incluyendo adolescentes. La eficacia contraceptiva de este método de urgencia está en el rango de un 85% en una sola toma. Los efectos adversos que están más reportados son, náusea, vómito, cefalea, astenia, vértigo, dolor abdominal bajo, sensación de tensión mamaria. El fabricante indica que estos efectos adversos se desvanecen de manera espontánea en los dos o tres días siguientes.

Tace: tabletas, una caja blíster, 2 tabletas 0,75 mg, Laboratorio Recalcine. Debe suministrarse cuando no se ha usado un método anticonceptivo o éste ha fallado, por ruptura del preservativo, mal uso, violencia sexual, etc. El fármaco se presenta en un envase con dos comprimidos recubiertos. Debe ingerirse un comprimido lo más pronto posible y dentro de las 72 horas ocurrida la relación sexual, con preferencia a las 12 o 24 horas, dado que la eficacia disminuye a medida que aumenta el intervalo entre la relación y la toma. La segunda píldora se tomará doce horas después de la primera.

Las PAE con contenidos de ulipristal y conocidos como **Postday Plus**, Tabletado 30 mg, Laboratorio Abbott. No se suministra a menores de 18 años (según el laboratorio). Postday Plus afecta a la ovulación de dos maneras: a) a nivel de la hipófisis, retrasa el aumento de los niveles de la hormona luteinizante; y, b) a nivel de ovario, inhibe la



ruptura folicular, incluso en un estadio tardío preovulatorio en el que levonorgestrel (la opción de tratamiento estándar) ya no es eficaz. Los estudios clínicos demuestran que Postday Plus es un anticonceptivo de emergencia oral seguro, efectivo hasta 5 días (la vida útil de los espermatozoides en el tracto genital de la mujer) después del coito sin protección. Como indica Muñoz (2015), tiene una gran efectividad en la prevención del embarazo.

Aparte del Levonorgestrel y el Uripristal, los usuarios, pueden emplear un fármaco que tiene su acción como antiinflamatorio no esteroideo y que ha sido recomendado como PAE (Weiss y Gandhi, 2016). **Meloxicam**, en comprimidos, comprimidos de 7,5 y 15 mg, Ecuaquímica. Otros nombres comerciales del producto son: **Oxa**, **Bienex**, entre los más conocidos. El Meloxicam es un fármaco que inhibe la ciclooxigenasa, se considera como antiinflamatorio no esteroide. Normalmente se destina al empleo en patologías como la artritis, dismenorrea primaria, fiebre e incluso como analgésico. Sin embargo, como PAE, se emplea como un eficaz anticonceptivo de emergencia pues inhibe la ovulación (impidiendo que se rompa el folículo que contiene el óvulo) con lo cual se evita la fecundación, tanto más cuanto que tiene precios accesibles. Se recomienda tomar una dosis de 30mg. durante 5 días seguidos posteriores a la relación sexual. Se indica claramente que este producto no causa alteraciones menstruales ni modifica el sistema endócrino. No se recomienda el uso en mujeres embarazadas hasta el segundo trimestre y se contraindica para el tercer trimestre. Tampoco se recomienda emplear en menores de 16 años. Existen estudios que sugieren el uso de Meloxicam en combinación con Levonorgestrel (Massai, et al., 2007)

El método Yuzpe reduce la probabilidad de embarazo en un 75% de eficacia. Existen dos presentaciones como **Microgynon**, compuesto de Etinilestradiol y Levonorgestrel, comprimidos recubiertos 1 Caja de 21 Grageas, de Bayer; también se encuentra como **Microgynon Cd**, que es un compuesto de Etinilestradiol y Levonorgestrel, en comprimidos recubiertos en 1 caja con 28 Grageas, de Laboratorio Bayer. Como se advierte, el método Yuzpe es una combinación de estrógenos y progestágenos dosificados en dos tomas, una previo a las 72 horas del acto sexual y otra posterior a esta en doce horas. Consiste en la toma de un total de cuatro comprimidos de 0,1 mg de Etinilestradiol (EE) y 0,5 mg de Levonorgestrel (LN), separados en un intervalo de 12 horas, tal como se ha expresado (Piaggio, von Hertzen y Van Look, 1999). Si la



mujer vomita antes de que transcurran 2 horas después de ingerir una dosis, se recomienda administrar metoclopramida 10 mg, esperar 1 hora y repetir la dosis de levonorgestrel vomitada. Si el vómito impide el uso de vía oral, hay datos favorables a la administración vía intravaginal (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse y Spong, 2011).

1.7.2. Conocimientos de la población universitaria

Los conocimientos de los estudiantes universitarios son el resultado de un largo proceso que responde a etapas de aprendizaje que se recogen desde la adolescencia hasta la vida adulta. De este modo, los estudiantes universitarios, están capacitados como personas maduras y en posesión de los conocimientos necesarios para afrontar una carrera, no solo la composición de las PAE y su aplicación, sino que también tienen conocimientos respecto a la legalidad que lleva consigo el uso, los derechos sexuales y reproductivos, entre otros temas. Todas estas dimensiones son asimiladas y asumidas por los estudiantes universitarios, por su madurez en la edad y en los conocimientos que tienen considerando su condición de estudiantes con acceso a los grados universitarios.

Aunque la anticoncepción de emergencia está incluida dentro de la normatividad nacional, algunos estudios como los de Tapia, Villaseñor y Nuño (2008) y Gómez et al. (2010), destacan que existe un gran desconocimiento por parte de los universitarios en general. El estudio denominado “Conocimiento sobre el manejo de las pastillas del día siguiente en estudiantes del área de la salud” realizado por Ramírez et al. (2009) con 142 universitarios del nivel formativo del área de la salud de la Universidad Autónoma de Puebla, México, indica que el 51% de los universitarios tiene un deficiente conocimiento de la píldora del día después, 46% un conocimiento regular y sólo un 3% tiene un buen conocimiento, sin hallar diferencias significativas por sexo; además, dentro del grupo de quienes conocen sobre el tema el 92% domina más la información sobre la dosificación y solo el 22% conoce el mecanismo de acción. Ante estos hallazgos, los autores señalaron que “a pesar de la disponibilidad de los numerosos métodos contraceptivos existentes, muchos embarazos no son planeados, ni deseados, evidenciando la falta de conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, específicamente de la anticoncepción hormonal poscoito” (p. 15).

El estudio de Gómez et al. (2010) indica que el 90% de las estudiantes conoce sobre



las PAE, dentro de ese grupo el 6% erróneamente consideran ésta como un método anticonceptivo rutinario, el 2% creían que protege contra infecciones de transmisión sexual, solo el 30% conoce el verdadero mecanismo de acción, el 65% conoce únicamente progestinas, 17% el método Yuzpe, solo el 1% conoce el DIU, el 34% desconoce la efectividad de estos métodos anticonceptivos y solo el 2% conoce exactamente el tiempo límite para utilizar PAE.

Otro estudio denominado “Conocimiento métodos anticonceptivos en estudiantes de pregrado” realizado por Artehortua et al. (2011) a un grupo de 72 estudiantes de enfermería del primer al octavo semestre en la Universidad Francisco de Paula Santander, en la ciudad de San José de Cúcuta, Colombia, de ambos sexos y en edades comprendidas desde los 16 años hasta 30 años de edad; encontró que los estudiantes tienen un 58% de conocimientos sobre métodos naturales, 42% métodos hormonales, 65,30% métodos de barrera, predominando el nivel de conocimientos en los estudiantes de mayor edad; además, el estudio determinó que los métodos anticonceptivos que más conocen los estudiantes, son: coito interrumpido los anticonceptivos hormonales, y preservativos en el mismo orden mencionado.

Por otra parte, el estudio “Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos entre estudiantes de Medicina Humana” de Méjico, Melgar, Mendoza y Salinas (2012), realizado en 182 estudiantes de medicina de la Universidad San Martín de Porres, Perú, encontró que: El 29,5% de los estudiantes tuvo un nivel de conocimiento aceptable, el 51,7% un conocimiento regular y en el 18,8% fue deficiente: además que, hubo un incremento visible entre los estudiantes de tercer año comparado con los de primer año; evidenciando así, que el conocimiento de los estudiantes universitarios de las áreas de la salud, es insuficiente y que, es necesario plantearse programas de educación sexual para la planificación familiar.

Al respecto, Bastidas, Chávez, Orozco y Merchán (2014) con base en su estudio realizado en jóvenes universitarios de Colombia, agregan: “a pesar de que se lideran múltiples iniciativas de educación y promoción de la salud sexual y reproductiva desde los años 60’s, no ha sido suficiente para garantizar el conocimiento y uso adecuado de los métodos anticonceptivos” (p. 10), lo cual, según estos autores, impide que los jóvenes puedan decidir de forma responsable sobre si tener o no hijos, el cuándo tener



hijos, y sobre el número y espaciamientos de los hijos que deseen tener.

Como se puede observar en los distintos hallazgos antes mencionados, hay una brecha importante en los conocimientos sobre las PAE, entre los estudiantes universitarios, específicamente en los estudiantes del área de la salud, quienes “a pesar de estar involucrados en una carrera de la salud, no toman las medidas efectivas para evitar un embarazo no planeado” (Covarrubias et al, 2016, p. 33). En tal sentido, no basta conocer, también es necesario tener una actitud para el uso de la PAE.

1.7.3. Actitudes de la población universitaria

Desde mediados del siglo XX, como explican Thomás, Sempere y Tolrá (1996), han sucedido diferentes fenómenos sociales surgidos de la sociedad civil y vinculadas a la promoción de nuevos valores culturales, sociales y políticos, de los cuales sería un ejemplo la aparición en la década de los sesenta de los métodos anticonceptivos, que revolucionaron el comportamiento social de género, las libertades sexuales y la liberación de los clichés que soportaban las mujeres. Ello, ha ido de la mano de los logros en derechos sexuales y reproductivos que forman parte de los derechos humanos. En este sentido, al abordar las actitudes de la población respecto al empleo de la PAE es importante tener en consideración que los derechos sexuales y reproductivos se hayan naturalizado en los estudiantes, es decir, formen parte de su sistema de creencias. Para abordarlo, se tiene en cuenta algunos estudios que han estudiado la actitud en el ámbito universitario respecto a la PAE.

Tapia, Villaseñor y Nuño (2008) señalan que, las mujeres se muestran mucho más reflexivas ante el tema, indicando mayor número de razones que justifican su necesidad de obtener mayor información y justificativos morales del no uso de la AE. En este sentido, los hombres aceptan el uso de AE fundamentados en tres razones: casos de violación, al considerarlo un buen método y al creer que su uso es de responsabilidad personal; mientras que, las mujeres basan su argumento del no uso de AE en fundamentos como: las AE están principalmente relacionados a la concepción, las AE son métodos potencialmente abortivos y las AE contradicen preceptos religiosos.

Entre las actitudes de los jóvenes frente a las PAE, y los anticonceptivos en general, al



menos dos estudios (Pulerwitz et al, 2002; Casique, 2011), indican que hay un aspecto de rol de género que tiene que ver con la posibilidad de uso de uno u otro anticonceptivo; indicando que, dependiendo del tipo de relación entre la pareja joven y el poder de negociación, la mujer tiene mayor o menor poder de decisión; así las mujeres jóvenes con mayor poder de decisión en la pareja tienen cinco veces mayor probabilidad de hacer uso consistente del condón, que las jóvenes con bajo poder de decisión, respecto a este último grupo, entonces habrá mayor uso de otros métodos anticonceptivos, entre ellos las PAE, para prevenir el embarazo. Por lo tanto, aquellos jóvenes que tienen una relación de apoyo con su pareja, estarán mayormente dispuestos a plantearse el uso de anticonceptivos, lo cual, es importante en términos de actitudes respecto de las PAE.

En el estudio de Mendoza (2014), se destaca que, entre los universitarios, los hombres hablan con mayor soltura sobre las PAE y muestran mayor aceptación al uso de píldoras, mientras que, la mayoría de mujeres están en desacuerdo respecto a su uso y comercialización, esto, asociado a criterios morales, sociales y religiosos, entre los argumentos se indica: “van en contra de las normas católicas y cristianas porque incentiva a las relaciones sexuales fuera del matrimonio” (párr. 5). Finalmente, en el estudio de Panta (2016) en estudiantes universitarios de Medicina Humana, se encontró que el 14.6% tuvo una actitud de aceptación, el 70.6% estuvo indeciso ante lo sí usaría o no, y el 14.6% manifestó actitud de rechazo, dentro del grupo de estudiantes universitarios que manifestaron indecisión y rechazo, el 22.9% consideró la anticoncepción oral de emergencia es abortiva.

Por otro lado, la mayoría de profesionales podría estar atravesado por sus creencias religiosas; un estudio reveló que muchos profesionales que no prescriben son católicos, la principal razón radica en que la objeción de conciencia les hace suponer a este método como abortivo (Carlón, García, González, Martínez y Suárez, 2000). Por ello es que en varios países frente a los profesionales que se acogían inadecuadamente a la objeción de conciencia, se ha autorizado el libre acceso, como derecho dentro de la salud sexual y reproductiva para conseguir PAE, más allá de la objeción de conciencia que quiera ejercer incluso un expendedor farmacéutico (García y Lomas, 2016). Al respecto, se ha generado textos que recomiendan el uso de la PAE sin necesidad de tener una prescripción profesional (IPPF/RHO, 2006).



1.7.4. Prácticas de la población universitaria

La práctica en el mundo universitario, pre-profesional, es un factor determinante para poder evaluar la madurez del aprendizaje del estudiante. Con la práctica como acción de la promoción de la PAE en el mundo laboral y social, afín a las áreas de la salud, que el estudiante realiza de la PAE. Es sabido que no siempre se cumplen los requisitos de profesionales para recomendar el uso de fármacos, sino que, en la vida cotidiana, el enfermero, el farmacéutico, el tecnólogo médico y cualquier otra persona con mínimos conocimientos recomienda el uso de algunas píldoras (automedicación). De este modo, el estudiante de las áreas de la salud actúa a su vez como individuo (si se quiere paciente), pero también se prepara para el ejercicio profesional en el que eventualmente podrían prescribir fármacos como la PAE (médico y con cierta proximidad el enfermero que tiene acceso a los fármacos), aunque no en todos los casos ocurre así (pues se incluye en la muestra a estudiantes de odontología, bioquímica y de tecnología médica). Es así que, este apartado se aborda desde la perspectiva de las recomendaciones que en la práctica estudiantil los estudiantes realizan de la PAE.

El presente estudio decidió abordar el uso en terceros debido a la formación que reciben los estudiantes de las áreas de la salud, una perspectiva parecida a la de Carlón, et al. (2000), respecto a profesionales que reciben demandas de PAE y prescriben o no su empleo; con la diferencia que, en lugar de aplicar a profesionales, el presente estudio se orienta a pre-profesionales. De este modo, el presente estudio marca la diferencia con otros estudios se concentran en el uso individual o personal de la PAE, como se advierte a continuación.

En el estudio de Mandujano et al. (2018), se encontró que en las estudiantes universitarias existe un uso de la PAE del 53% que consume más de 2 veces al año, debido a que confían que este método es seguro y efectivo. Ellos encontraron que los síntomas más frecuentes son la fatiga y el dolor de cabeza, seguidos de sensibilidad y dolor en las mamas, sin embargo, un porcentaje medio, no presentó ningún síntoma, lo cual coincide con lo señalado con la OMS (2014). Además, el estudio encontró que las jóvenes prefieren usar las PAE porque fácil de adquirir ya que no requieren prescripción médica; la principal fuente de información fue la recomendación de alguna amiga universitaria. Por su parte, Ojeda et al. (2016), encontraron un uso recurrente en el 37,6% de estudiantes universitarias que ya han tenido relaciones



sexuales, 73% presentaron algún evento adverso luego del uso (náusea y cefalea), en el 38% de los casos la pareja fue quien sugirió su uso en la primera oportunidad, el 26% se informaron a través de la web, y 17% fueron recomendados por un amigo de la Universidad.

Mientras que, Campos et al. (2014) en su estudio sobre la frecuencia de uso del anticonceptivo oral de emergencia, encontraron que el 42,85% de las usuarias obtuvieron información a través del internet. Por otro lado, en el estudio de Gómez et al. (2010), se evidenció seis de cada diez estudiantes universitarias han usado alguna vez PAE y el 2% lo habían consumido hasta cuatro veces, dentro de este grupo, el 88% utilizó PAE de progestina, el 11% el método Yuzpe, y el 1% DIU. Mientras que, los resultados del estudio de Cárdenas, Sánchez, Ramírez y Robledo (2014) que, entre los métodos anticonceptivos utilizados, solo el 6.6% utiliza PAE y el 4.7% utiliza doble método (condón y PAE); además, este estudio señala que la vida sexual activa entre el grupo de investigación fue a los 17 años, del grupo de mujeres que ya había empezado su vida sexual, el 27% había hecho uso de la PAE una vez y 15% dos veces.

Sin embargo, existen estudios que abordan, indirectamente, las recomendaciones que en la práctica estudiantil los estudiantes de las áreas de la salud realizan sobre la PAE. Así un estudio desarrollado en estudiantes de obstetricia de la Universidad Privada de Lima señaló que, en un 65%, en la práctica se informan en la universidad (mediante recomendaciones entre pares) sobre el uso de la PAE (Reyes, Morales y Valdivieso, 2017). Un estudio desarrollado en el Hospital Gineco-obstétrico "Ramón González Coro" de La Habana, demostró que la mayoría de mujeres practicantes de enfermería había obtenido información de la AE de los trabajadores de la salud y sus compañeros de la universidad, no de sus profesores directamente, por lo que se entiende que la recomendación entre pares es un elemento crucial en la formación del estudiantado de las áreas de la salud (Sili y Peláez, 2018). Otro estudio señala que la fuente principal, con el 35%, es el profesional de la salud o el que estudia para profesional de la salud (Bautista y Delgado, 2018).



CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca sobre la PAE?

2.2. Objetivos

2.2.1. General

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca sobre la PAE.

2.2.2. Específicos

- Identificar el nivel de conocimientos de los estudiantes en relación a la PAE.
- Determinar cuáles son las actitudes de los estudiantes hacia el uso de la PAE.
- Determinar el uso que los estudiantes le den a la PAE.
- Determinar la relación entre el conocimiento, la actitud y práctica hacia la PAE en los estudiantes de las áreas de la salud.

2.3. Enfoque de investigación

La investigación se desarrolla como un estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, de carácter transversal, con diseño no experimental.

2.4. Tipo de investigación

El presente estudio se considera prospectivo en tanto que es el propio investigador quien levanta información primara, observacional en tanto que únicamente se limita a recoger información de campo sin intervenir en él. Es transversal en vista de que se evalúa por una sola vez y descriptivo en tanto que presenta los resultados de forma



univariada (Hernández, Fernández y Baptista, 2010; Supo, 2014).

2.5. Participantes

2.5.1. Universo

El universo de estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca está conformado por 463 estudiantes que están cursando el último semestre previo al internado de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca: Medicina, Tecnología Médica, Enfermería, Odontología, Bioquímica y Farmacia.

2.5.2. Muestra

Puesto que no es posible acceder a todo el universo de estudio para realizar un censo, se ha optado por seleccionar una muestra probabilística de estudiantes, misma que permita generalizar los resultados. Para la obtención de la muestra se considera a la población de 463 personas. Se ha establecido un margen de error del 5 % y un nivel de confianza del 95%, así como un nivel de heterogeneidad del 50% en función de la siguiente ecuación:

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

De donde:

Z=Nivel de confianza 95% (1,96)

P=Probabilidad de ocurrencia

Q= Probabilidad de no ocurrencia

N= Población: 463

e= error del 5%

n= tamaño de la muestra

De acuerdo con los datos se tiene la siguiente muestra:



$$n = \frac{463 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2(463-1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = 211$$

La muestra recomendada por lo tanto corresponde a 211 estudiantes. Esta muestra se plantea esté estructurada respondiendo a conglomerados de todas las áreas de las áreas de la salud, cuya propuesta se expresa a continuación:

Tabla 4. Muestra de participantes del estudio

Área	Total	Muestra
Medicina	133	62
Tecnología Médica	95	44
Enfermería	104	46
Odontología	61	27
Bioquímica y Farmacia	70	32
Total	463	211

Está constituida por todos los estudiantes que manifiesten su deseo de participar voluntariamente en la investigación.

2.6. Instrumento

La técnica de encuesta auto aplicada es un cuestionario autoadministrado, estructurado, voluntario y anónimo. El mismo que se denomina CAP-Anticonceptivos de Emergencia (Estrada, Corea y Acevedo, 2014). Este instrumento fue diseñado tanto por preguntas cerradas de escala 1-5, con un total de 16 ítems para cada dimensión evaluada (conocimientos, actitudes y prácticas), la sumatoria de estos ítems (80 puntos) es el total de cada dimensión. Se califica a la escala de la siguiente manera: Malo <30 puntos, regular 31-69 puntos y bueno ≥ 70 puntos (Véase Instrumento en Anexos).



2.7. Procedimiento

Se aplicó el instrumento en diciembre del año 2018. Para garantizar la información confidencial, los estudiantes firmaron el consentimiento informado. Cada uno tardó un tiempo promedio de 18 minutos llenando la presente encuesta.

2.8. Procesamiento de datos

Los datos fueron procesados en el Software SPSS 22. En él se generaron valores de frecuencia (n) y porcentaje (%), así como medias con las respectivas desviaciones estándar. Además, para verificar la relación que tienen los conocimientos, actitudes y prácticas con el perfil de los estudiantes, se empleó la prueba de Correlación R de Pearson con un nivel de significancia del 0,05* (2 colas) o el nivel 0,01** (2 colas).



CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Análisis de resultados

En la tabla 5 se presenta el perfil de los estudiantes evaluados, en su mayoría corresponde a estudiantes de entre 22 y 24 años de edad (65.4%), el promedio de edad es de 23.56 años, para este estudio están considerados estudiantes que tienen desde 19 años hasta aquellos que están sobre los 25 años, mismos que están en el último semestre previo al internado en las respectivas carreras. Respecto al sexo, la mayoría de participantes del estudio fueron mujeres con el 74.9% de presencia. Otra característica es que, el 74.4% de participantes del estudio profesan algún credo religioso.

Tabla 5. Variables sociodemográficas

Variable	Valor final	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Media	Desviación Estándar
	19-21	19	9.0	-	-
Edad	22-24	138	65.4	23.56	2.23
	25 o más	54	25.6		
Sexo	Masculino	53	25.1	-	-
	Femenino	158	74.9		
Religión	Si	157	74.4	-	-
	No	54	25.6		

La tabla 6 presenta los resultados de conocimiento respecto a las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) que tienen los estudiantes de las áreas de la salud. Al respecto, se identificó que la mayoría no considera a la PAE como un método de Planificación Familiar (83.4%). En cuanto al tiempo transcurrido posterior al coito, la mayoría sostiene que es anterior a las 72 horas (62.6%). El 92.4% de los estudiantes sostuvo que definitivamente no se puede utilizar la PAE estando embarazada. La mayoría (77.7%) sostiene que no se puede consumir cuatro veces al año. El 83.8% afirma que la PAE puede causar náuseas y vómitos y el 88.6% sensibilidad en mamas, sangrado irregular, mareos, cefaleas e irritabilidad. Los estudiantes de las áreas de la



salud en un 40.8% de casos afirman que la PAE causa cáncer, ausencia de sangrado menstrual, infertilidad, intoxicación y muerte. El 96.7% de estudiantes sostiene que la PAE no protege de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Para el 56.9% es importante saber en qué día del período está la posible usuaria de la PAE. En contraparte, es fundamental saber el tiempo transcurrido desde la relación sexual hasta el momento de la toma de la PAE cuestión que lo afirma el 96.7% pues se tiene que especificar que es máximo de 72 horas. La mayoría de estudiantes sostiene no haberse informado en otras fuentes como amigos, compañeros y conocidos (88%) sino en los libros e internet (83.8%), mientras que el 55.0% sostiene que fueron los profesores de la universidad quienes les dieron información relativa a la PAE. La mayoría de estudiantes (82.5%) afirman que el meloxican (y más aún si está combinado con levonorgestrel) no es una PAE, mientras que muchos estudiantes sostienen que este fármaco altera el sistema endocrino y causa alteraciones menstruales (40.1%). Pese a estas aclaraciones, es alrededor del 70% tiene conocimientos acertados respecto a la PAE.

Tabla 6. Conocimientos de la PAE según el cuestionario aplicado

Ítems	Sí		No	
	n	%	n	%
1. La Píldora de Anticoncepción de Emergencia (PAE) es un método de planificación familiar.	35	16.6	176	83.4
2. La píldora se utiliza en las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección.	132	62.6	79	37.4
3. La PAE se puede utilizar estando embarazada.	16	7.6	195	92.4
4. Según las indicaciones, se pueden tomar 4 píldoras al año.	47	22.3	164	77.7
5. La PAE puede causar náuseas y vómitos.	176	83.8	34	16.2
6 La PAE puede causar sensibilidad en mamas, sangrado irregular, mareos, cefaleas e irritabilidad.	187	88.6	24	11.4
7 La PAE causa complicaciones como: cáncer, ausencia de sangrado menstrual, infertilidad, intoxicación y muerte.	86	40.8	125	59.2
8. La PAE protege de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).	7	3.3	204	96.7
9. Es importante saber en qué día del período está la posible usuaria de la PAE.	120	56.9	91	43.1
10. Es fundamental saber el tiempo transcurrido desde la relación sexual hasta el momento de la toma de la PAE.	204	96.7	7	3.3
11. Me he informado sobre la PAE en libros o Internet.	176	83.8	34	16.2



12. Me he informado sobre la PAE con un profesor o especialista.	116	55.0	95	45.0
13. Me he informado sobre la PAE en otras fuentes.	22	12.0	162	88.0
14. Se puede usar meloxican como método de Anticoncepción de Emergencia (AE).	35	17.5	165	82.5
15. El meloxican altera el sistema endocrino y causa alteraciones menstruales.	81	40.1	121	59.9
16. El meloxican en combinación con levonorgestrel es más efectivo como anticonceptivo de emergencia.	41	20.3	161	79.7

La tabla 7 muestra a los estudiantes que señalaron otros mecanismos de anticoncepción de emergencia que conocían. El 59.7% señaló no conocer ninguno, seguida del 21.8% que no contestó, sumando más de un 80% de desconocimiento de otros mecanismos. Entre los medios conocidos, se advierte que el 8.5% considera al preservativo como alternativa, cuando éste no se considera un anticonceptivo de emergencia. Algunos especifican al Levogestrel con PAE (1%), siendo más quienes señalan directamente píldoras abortivas como Misoprostol (2.4%) o acudir al lavado vaginal (2.4%). El aborto inducido y las aguas medicinales son alternativas excepcionalmente consideradas.

Tabla 7. ¿Qué otro método de anticoncepción de emergencia conoce?

Respuestas	n	%
Ninguno	126	59.7
No contesta	46	21.8
Preservativo	18	8.5
Levogestrel	2	1.0
Glanique	7	3.3
Lavado vaginal	5	2.4
Misoprostol	5	2.4
Aborto inducido	1	0.5
Aguas medicinales	1	0.5
Total	211	100.0

La tabla 8 presenta ítems relacionados con la práctica de recomendar la utilización de la PAE en terceros, se incluye el ítem no aplica, debido a que algunos estudiantes de las áreas de la salud pueden reservarse no recomendar la PAE al considerar que no pertenece a su carrera. Sin embargo, indistintamente de la carrera, al menos el 47.4% de



estudiantes sostiene que alguna vez ha sugerido el uso de la PAE. La mayoría de estudiantes que han realizado alguna recomendación del empleo de la PAE (72%) ha especificado que no se lo haga en un intervalo menor de tres meses. No obstante, al averiguar por aspectos concretos, la mayoría (78.1%) sostiene no haber sugerido el meloxicam como PAE, incluso considerando que existe facilidad de acceder a él (79.9%). Ni siquiera ha recomendado el uso de meloxicam en combinación con levonorgestrel (81.3%). El ulipristal como método anticonceptivo de emergencia tampoco ha sido recomendado por los estudiantes (77.5%). Alrededor del 20% de estudiantes, respecto a los fármacos señalados, sostiene que no aplica a su condición de estudiantes. En definitiva, menos del 4% ha realizado algún tipo de recomendación de fármacos concretos empleados como PAE. Al hablar a nivel general, respecto de la PAE, el 27.6% sostiene haberla recomendado sin importar la edad si es que la persona ha tenido relaciones sexuales sin protección. El 30.3% manifiesta haber recomendado únicamente a adultos y el 31.3% a adolescentes (alrededor del 80% no recomienda a ninguno de los dos grupos). El 40% de estudiantes de las áreas de la salud sabe que la PAE se puede conseguir en cualquier farmacia o centro de salud del MSP. Solamente el 4.3% de estudiantes ha sugerido el empleo de la PAE como método de planificación familiar³. El 6.2% ha prescrito el uso de la PAE como método anticonceptivo. Cuando se trata de indicar concretamente a alguien dónde conseguir una PAE, el 46.9% lo ha realizado sin problema. El 22.7% de estudiantes manifiesta haber visto alguna contraindicación en alguna persona que ha utilizado la PAE. Por su parte, el 10% ha sugerido a los adolescentes utilicen la PAE después de no haber practicado relaciones sexuales seguras. Finalmente, el 20.5% ha manifestado que el uso de la PAE es un método abortivo. En efecto existe mucha variación que va desde un aproximado de un 4% que señala haber recomendado algún fármaco en concreto a un 45% que recomienda el uso de la PAE a nivel general. En definitiva 4 de los 16 ítems muestran una práctica afín al uso o recomendación de la PAE en estudiantes universitarios.

Adicionalmente, se preguntó cuántas veces habían sugerido el uso de la PAE, al respecto, el 57.8% de estudiantes manifestó que no lo había hecho. Sin embargo, en aquellos mismos casos que respondieron afirmativamente, se pudo conocer que el mínimo de ocasiones que habían recomendado era de 1 y el máximo de 10 veces, en promedio cada estudiante había recomendado 2.6 veces el uso de la PAE (Desviación estándar de 1.68).

³ Entiéndase a la *planificación familiar* como el derecho y la decisión de ser o no padres y madres, a diferencia del *método anticonceptivo* que se refiere específicamente a una forma de evitar el embarazo. En este sentido, la PAE es un método anticonceptivo para evitar el embarazo, lo cual, a su vez, responde a la planificación familiar.

**Tabla 8.** Prácticas del uso de la PAE según el cuestionario aplicado

Ítems	Sí		No		No aplica	
	n	%	n	%	n	%
1. He sugerido alguna vez el uso de la PAE.	100	47.4	90	42.7	21	10.0
2. He indicado que se emplee la PAE en un intervalo menor de tres meses.	24	11.4	152	72.0	35	16.6
3. He sugerido el uso de meloxicam como método anticonceptivo de emergencia.	7	3.3	164	78.1	39	18.6
4. He recomendado utilizar meloxicam por la facilidad de acceder a él.	5	2.4	167	79.9	37	17.7
5. He recomendado el empleo de meloxicam en combinación con levonorgestrel, pues ambos se pueden conseguir con facilidad.	2	1.0	169	81.3	35	17.3
6. He sugerido la ulipristal como método Anticonceptivo de Emergencia.	6	2.9	162	77.5	39	19.7
7. He sugerido el uso de la PAE cuando una persona sin importar su edad tiene relaciones sexuales sin protección.	58	27.6	132	62.9	20	9.5
8. Como estudiante de las áreas de la salud he recomendado el uso de la PAE solamente a adultos.	64	30.3	122	57.8	25	11.8
9. Como estudiante de las áreas de la salud he recomendado el uso de la PAE a adolescentes.	66	31.3	120	56.9	25	11.8
10. He manifestado que la PAE es accesible en cualquier centro comercial.	85	40.5	102	48.6	23	11.0
11. He sugerido el empleo de la PAE como un método de planificación familiar.	9	4.3	181	85.8	21	10.0
12. He prescrito el uso de la PAE como método anticonceptivo.	13	6.2	164	77.7	34	16.1
13. He indicado a alguien dónde puede encontrar una PAE.	99	46.9	92	43.6	20	9.5
14. He visto alguna contraindicación en alguna persona que sé que ha utilizado la PAE.	48	22.7	137	64.9	26	12.3
15. He sugerido que los adolescentes utilicen la PAE para que tengan relaciones seguras y no abandonen sus estudios.	21	10.0	163	77.3	27	12.8
16. He manifestado que el uso de la PAE es un método abortivo.	43	20.5	139	66.2	28	13.3



La tabla 9 muestra los resultados de la escala (0-4) respecto a las actitudes que tienen los estudiantes respecto al uso de la PAE. Con fines didácticos se ha porcentuado el nivel de acuerdo que tienen los estudiantes respecto a los ítems propuestos. De este modo, el 92.4% señala que todos los estudiantes de la universidad deberían tener información respecto a los métodos anticonceptivos de emergencia; un 65.3% sabe que es recomendable utilizarlos. El 76.2% señala que las mujeres jóvenes y adultas tienen el derecho de utilizar las PAE y en este mismo porcentaje aprueban que se lo haga previo a consultar con un profesional de la salud. Un 74.8% sostiene que prohibir el uso de la PAE conlleva la búsqueda de otras alternativas clandestinas y de alto riesgo para interrumpir un embarazo.

Todos los porcentajes señalados son muy alentadores en términos de buena actitud hacia el uso de la PAE. Otras actitudes favorables tienen que ver con los bajos porcentajes que muestran más desacuerdo que acuerdo respecto a que la PAE sea abortiva y afecte la dignidad de la mujer (23.3%), o que simplemente les incomode hablar de estos aspectos (16.7%). Aunque con poco énfasis, el 33.7% sostendría una actitud que afirma que la PAE es abortiva.

Sin embargo, en algunos aspectos que requieren un amplio debate, existe cierto nivel de indecisión como el uso únicamente en casos de violación (44.3%), que sea una excusa para iniciarse sexualmente a edad más temprana (42.1%), que cause daños psicológicos (41.9%), que sirva para controlar la sobrepoblación (46.2%) o sea la panacea a los problemas de embarazos no deseados (46.7%). Con excepción de estos cuatro casos que muestran cierto nivel de indecisión (25%), el 75% de tendencia en el nivel de acuerdo de los estudiantes, se advierten actitudes muy favorables al empleo de la PAE. De los 16 aspectos actitudinales revisados, 6 (38%) muestran una actitud favorable al empleo de la PAE.

**Tabla 9.** Actitudes hacia el uso de la PAE

Ítems	Media		
	Valor	Desv. Estándar	f %
1. Es recomendable el uso de anticonceptivos de emergencia.	2.61	1.12	65.3
2. La PAE solamente debería usarse en casos de violación.	1.77	1.30	44.3
3. Todos los universitarios deberían de tener información sobre métodos anticonceptivos de emergencia.	3.70	0.69	92.4
4. Creo que la PAE es abortiva.	1.35	1.32	33.7
5. Creo que todas las mujeres jóvenes y adultas tienen el derecho a usar la PAE.	3.05	1.07	76.2
6. Creo que este método debe usarlo solamente, cuando se lo explique un profesional de la salud.	3.05	1.05	76.2
7. Creo que el Ministerio de Salud Pública debe ofrecer esta pastilla o inyección para solucionar embarazos no deseados.	2.38	1.30	59.6
8. Me parece que la PAE sirve de excusa para que las adolescentes tengan una vida sexual activa.	1.69	1.43	42.1
9. La PAE puede causar daños psicológicos en las adolescentes.	1.67	1.12	41.9
10. Prohibir el uso de la PAE conlleva la búsqueda de otras alternativas clandestinas y de alto riesgo para interrumpir un embarazo.	2.99	1.09	74.8
11. Me opongo al uso de la PAE porque afecta la dignidad de la mujer.	0.93	1.05	23.3
12. Me opongo al uso de la PAE porque conduce a la promiscuidad.	1.20	1.17	30.0
13. Me incomoda hablar de la PAE.	0.67	0.91	16.7
14. Con la PAE se podría controlar la sobrepoblación.	1.85	1.32	46.2
15. La PAE es una solución a los problemas de embarazos no deseados.	1.87	1.35	46.7
16. La PAE atenta a la consolidación de la familia.	1.18	1.13	29.6

f %: Frecuencia relativa porcentual de respuestas de la escala 0-4.

Media: Valor promedio de las respuestas que van de “totalmente en desacuerdo” =0 a “totalmente de acuerdo” =4).



Respecto a la actitud, adicionalmente, se preguntó de forma abierta, si es que recomendarían el uso de PAE a algún grupo en específico, encontrando diversas respuestas. La mayoría escribió que recomendaría a personas que se hayan iniciado sexualmente y que estén informadas sobre el empleo adecuado de la PAE (40%). Solamente el 20% señaló que recomendaría a todas las mujeres en edad reproductiva, siendo otras respuestas recurrentes la violación (12%), así como, casos que se refieren específicamente a adolescentes o a adultos con criterio formado. También se preguntó a quiénes no se debería recomendar y, en un 40%, los estudiantes de las áreas de la salud respondieron que a los adolescentes o más específicamente a las mujeres menores de 16 años, por diversas razones, como falta de criterio o por los cambios hormonales que se tienen en la adolescencia; en los demás casos, se advierten respuestas favorables al uso pues no encuentran restricciones, salvo el caso de utilizar en mujeres que no se encuentren en edad reproductiva. Este aspecto también es revelador en la actitud pues el 40% especifica que no recomendaría la PAE en menores de edad.

Finalmente, con los resultados expuestos, es menester señalar que no se encontraron relaciones del perfil sociodemográfico en cuanto a edad, sexo y carrera que estudian con respecto a la actitud, conocimientos y prácticas. Sin embargo, con relación a la religión, se advirtieron correlaciones significativas con los que practican alguna devoción y creer que la PAE es abortiva (0,221), creer que las mujeres tienen derecho a usarlas (-0,188), son una excusa para para que las adolescentes tengan vida sexual activa (0,187), afecte a la dignidad de la mujer (0,182), conduzca a la promiscuidad (0,194) o ayude a controlar la sobrepoblación (-0,143).

Tabla 10. Correlación de Pearson de la variable Religión con los ítems de Actitudes

		Practica un credo religioso
1. Es recomendable el uso de anticonceptivos de emergencia.	Correlación de Pearson	-.133
	Sig. (bilateral)	.053
	N	211
2. La PAE solamente debería usarse en casos de violación.	Correlación de Pearson	.132
	Sig. (bilateral)	.057
	N	210
3. Todos los universitarios deberían de tener información sobre métodos anticonceptivos de emergencia.	Correlación de Pearson	.089
	Sig. (bilateral)	.196
	N	211
4. Creo que la PAE es abortiva.	Correlación de Pearson	.221**
	Sig. (bilateral)	.001
	N	210



5. Creo que todas las mujeres jóvenes y adultas tienen el derecho a usar la PAE.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.188** ,006 210
6. Creo que este método debe usarlo solamente, cuando se lo explique un profesional de la salud.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.119 ,084 211
7. Creo que el Ministerio de Salud Pública debe ofrecer esta pastilla o inyección para solucionar embarazos no deseados.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,103 ,136 211
8. Me parece que la PAE sirve de excusa para que las adolescentes tengan una vida sexual activa.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.187** ,007 210
9. La PAE puede causar daños psicológicos en las adolescentes.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.171* ,013 209
10. Prohibir el uso de la PAE conlleva la búsqueda de otras alternativas clandestinas y de alto riesgo para interrumpir un embarazo.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.095 ,171 209
11. Me opongo al uso de la PAE porque afecta la dignidad de la mujer.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.182** ,008 210
12. Me opongo al uso de la PAE porque conduce a la promiscuidad.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.194** ,005 210
13. Me incomoda hablar de la PAE.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.025 ,718 211
14. Con la PAE se podría controlar la sobrepoblación.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.143* ,039 210
15. La PAE es una solución a los problemas de embarazos no deseados.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.058 ,405 211
16. La PAE atenta a la consolidación de la familia.	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.058 ,403 211

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas). ** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Nota: La religión se ha considerado como variable Dummy 0= no religión y 1=religión, mientras que los ítems de actitudes corresponden a las respuestas de escala que van de “totalmente en desacuerdo” =0 a “totalmente de acuerdo” =4).

De este modo, se concluye en los resultados que existe asociación de la variable religión con la mitad de los dieciséis aspectos formulados dentro de esta escala de actitud.



3.2. Discusión

La discusión se aborda desde los ítems particulares que configuran cada una de las dimensiones abordadas en el presente estudio (conocimientos, actitudes y prácticas), así como de los promedios alcanzados por cada una de ellas. Se contrasta con investigaciones que anteceden a la presente, aclarando las diferencias encontradas con respecto a la presente investigación.

Dentro de los conocimientos, la mayoría de estudiantes no considera a la PAE como un método de planificación familiar, aunque en el marco de regulación ecuatoriano se incluya a la Anticoncepción de Emergencia como parte de los derechos reproductivos y planificación familiar (Hevia, 2012), lo cual contradice a las disposiciones ministeriales (MSP, 2012) y lo señalado por la Ley Orgánica de Salud (Asamblea Nacional del Ecuador, 2016). En cuanto al tiempo, la mayoría refiere que es anterior a las 72 horas que es el tiempo recomendable, tal como lo especifica el método Yuzpe (Trussell, Rodríguez y Ellertson, 1998; Díaz y Croxatto, 2003). La mayoría también señaló que no se puede utilizar la PAE estando embarazada, aunque la propia OMS (2009) sostiene que la PAE no provoca abortos, sin embargo, existen especificaciones de cada fármaco en el que no se recomienda el uso hasta el segundo trimestre de gestación y se contraindica en el tercero. Contrariamente a lo que la literatura específica (Carvajal y Gavilanez, 2014), los estudiantes le dan mucha importancia a algunos efectos que podrían causar la PAE como sensibilidad en mamas, sangrado irregular, mareos, cefaleas e irritabilidad, aunque estudios en el tema sostienen que estos síntomas no abarcan más del 20% de casos (Fernández y Giménez, 2011). Casi la mitad de estudiantes afirmó que la PAE causa cáncer, ausencia de sangrado menstrual, infertilidad, intoxicación y muerte, lo cual contradice a la literatura científica (Frost y Darroch, 2008; OMS, 2009; Agencia española del Medicamento, 2013; González et al, 2013 OMS, 2014; OMS, 2016; OMS, 2018). La mayoría sabe correctamente que la PAE no protege de las ITS, lo cual es corroborado por el Institut Catalá de la Salut (2015). Por último, si bien el meloxican (y más aún si está combinado con levonorgestrel) es aceptado como PAE (Lugones & Ramírez, 2006), la mayoría de estudiantes afirma que no lo es, lo cual deja ver el poco conocimiento que tienen los estudiantes sobre la PAE en cuanto a la farmacología.

Pese a las particularidades señaladas, el conocimiento de la PAE, en los 16 ítems, alcanza un 70% de respuestas acertadas. Esta cifra es alta, pero difiere de otros



estudios que indican haber alcanzado porcentajes más altos como el 90% (Gómez, y otros, 2010), o el 81,2% que ha obtenido conocimientos regulares y aceptables (Méjico, Melgar, Mendoza y Salinas, 2012). Sin embargo, el conocimiento de los estudiantes de la Universidad de Cuenca en el área de la salud, es más alto que otros estudios en los que se advierten resultados aceptables de un 48% (Ramírez, et al., 2009) o un 60% (Galindo y Manuel, 2018). Por lo expuesto, los resultados descriptivos obtenidos muestran valores intermedios entre los resultados de otros estudios desarrollados en estudiantes de las áreas de la salud.

A continuación, se discute las actitudes de los estudiantes respecto a algunos estudios. Pese a que la mayoría muestra una tendencia actitudinal positiva, también se advierten condiciones moralistas no muy favorables al empleo de la PAE. Este resultado coincide con el desarrollado por Gómez et al. (2010), quienes sostienen que el 20% de estudiantes muestra actitudes contrarias al empleo de la PAE basado en motivos morales y religiosos. Lo propio se encontró en el estudio de Panta (2016) quien manifiesta que existe un porcentaje de un 14.6% de rechazo al uso de la PAE. En el campo profesional de la salud, se sabe que la objeción de conciencia muchas veces ha llevado a que los profesionales de la salud no prescriban la PAE por entenderla como abortiva (Carlón, García, González, Martínez y Suárez, 2000), es por ello que, se promociona la PAE como un derecho dentro de la salud sexual y reproductiva, de modo que no se malinterprete a esta píldora (García y Lomas, 2016). El presente estudio no encontró asociación de la actitud con el género de los estudiantes, cuestión que sí lo hizo el estudio de Tapia, Villaseñor y Nuño (2008), en el que los estudiantes varones tuvieron más actitudes favorables sobre el uso de las PAE.

En efecto, al uso de la PAE se adhieren en un 38% de ítems favorables dentro del presente estudio. Este porcentaje es un valor superior al del estudio desarrollado por Panta (2016), según él, la aceptación de la PAE en la Universidad San Marcos de Lima es únicamente del 14,6%. En las actitudes, el presente estudio encontró que los estudiantes de las áreas de la salud muestran rechazo al uso de las PAE en los adolescentes, cuestión que contradice al informe de la propia OMS (2014) que sostiene que es recomendable el uso en mujeres que se encuentren en cualquier edad reproductiva que, en nuestro medio, varía entre los 10 a los 50 años, incluso considerando que existen fármacos especificados como Glanique, Postday y Postinor2, entre otros, que se recomiendan propiamente a los adolescentes (García,



Loredo, Hernández y Casas, 2013).

Por su parte, la práctica entendida como las recomendaciones que en la labor estudiantil los estudiantes realizan de la PAE a terceros, el presente estudio dio como resultado un 25% en este aspecto, sin embargo, existen escasos estudios de referencia. Este porcentaje sería inferior en términos de recomendación con el estudio de Bautista y Delgado (2018) que sostiene que la fuente de recomendación principal de la PAE es el profesional de salud o el que se prepara para ello, con un 35%. No obstante, el porcentaje encontrado es superior al del estudio de la Unidad de Castilla de La Mancha en la que recomiendan únicamente en un 20.1% (Torres, 2016).

Sin embargo, a nivel específico, al nombrar fármacos comunes como meloxicam, levonorgestrel y ulipristal, las recomendaciones que hacen los estudiantes no sobrepasan el 4%, en cuyo caso se encuentra muy por debajo de los resultados de la investigación realizada en la Universidad Castilla de La Mancha. Otro aspecto que llama la atención es que no se recomiende el uso en adolescentes, pese a que la OMS (2014), manifiesta que la PAE se puede emplear en todas las mujeres en edad reproductiva (salvo especificaciones de laboratorios), ello incluye a menores de edad que en el Ecuador estarían entre los 10 y 17 años (Morán Faúndes, 2010). La limitada promoción de las PAE entre los estudiantes de las áreas de la salud ocurre pese a que en Ecuador se reconoce el derecho de tener el acceso a ellas según del Decreto Ministerial 2490 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012) e incluso como ley según el Código Orgánico de Salud (Asamblea Nacional, 2016). Por lo expuesto, se advierte que, en la práctica, existe muy poca promoción de la PAE en los estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca. Es así que, conviene desarrollar campañas de promoción en el ámbito académico estudiantil pues, al respecto, Reyes, Morales y Valdivieso (2017) señalan que la universidad y los estudiantes son las principales fuentes de recomendación para el uso de la PAE.

Al estudiar la relación de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas con respecto al perfil de los estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca, únicamente se advirtieron correlaciones de la variable Religión con los ítems de Actitudes (Tabla 10). Al respecto, llama mucho la atención que quienes practiquen alguna religión consideren que la PAE sea abortiva, creen que no es un derecho utilizarlas, que es una excusa para iniciarse sexualmente de manera temprana, que afecta la dignidad de la mujer, que conduce a la promiscuidad o que no evita la sobrepoblación. Esta actitud de rechazo a



la PAE ha sido identificada en otros estudios como el de Tapia, Villaseñor y Nuño (2008) y de Gómez e Idrovo (2009) que señalan que la PAE se opone a los preceptos religiosos; u otros que sostienen que la PAE como abortiva (ej. Barrientos et al., 2012). Del mismo modo que Mendoza (2014) manifiesta que las PAE “van en contra de las normas católicas y cristianas porque incentiva a las relaciones sexuales fuera del matrimonio” (párr. 5). En tal razón García y Lomas (2016) en su estudio sobre la objeción de conciencia, señalan que ésta no puede anteponerse al derecho que tiene la mujer de comprar un producto de venta libre como es la PAE.

Por lo expuesto, cabe indicar que, respecto al conocimiento del 70%, las actitudes del 38% y las prácticas de promoción del 25%, se muestra un nivel promedio conjunto del 44% en el conocimiento, actitud y práctica de los estudiantes. En tal virtud, es menester señalar que la presencia de la PAE entre los estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca está por debajo del 50%. Cabe indicar que, la OMS (2014) considera que educar a la población adolescente y joven sobre los anticonceptivos de emergencia, puede ayudar a reducir el índice de embarazos no deseados, señala incluso que, es recomendado como medida efectiva en casos de mujeres que tienen relaciones sexuales en condiciones de inequidad de género o que han sido víctimas de violencia sexual; además, trabajar en la educación sexual y reproductiva es beneficioso para cambiar los paradigmas, concientizar a los jóvenes, reducir el uso indiscriminado de los anticonceptivos de emergencia, beneficiando a la población para que tenga acceso a información y a ejercer el derecho a una vida sexual responsable con la vida.

A todo ello se suma el problema de ignorar el Decreto 2490 (MSP, 2012) en el que se exhorta a promocionar la PAE y los anticonceptivos como un derecho dentro de la salud sexual y reproductiva de la mujer, por lo que, se dispone a los centros de salud entregar gratuitamente, incluyendo a menores de edad; así como conseguirla en cualquier farmacia sin prescripción médica. Además, del mandato legal que supuso la inclusión de la PAE en la Ley Orgánica de Salud (Asamblea Nacional, 2016), ante la cual no se puede presentar objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud.



LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio tuvo la limitación de evaluar la práctica en estudiantes que no necesariamente en su vida profesional y en las prácticas profesionales de carrera, tienen que prescribir la PAE. Sin embargo, ellos están vinculados con las áreas de la salud y no omitieron las preguntas relativas a promocionar la PAE desde su ámbito pre-profesional, estos estudiantes pertenecen a odontología, tecnología médica, enfermería, y, bioquímica y farmacia.



CONCLUSIONES

- Al promediar los conocimientos (70%), actitudes (38%) y prácticas (25%), se encuentra un 44% de acierto conforme a las recomendaciones que realiza la OMS para ofrecer información y poner la PAE al alcance de las mujeres en edad de concepción. Es importante señalar que no se encontró relación de las actitudes, conocimientos y prácticas con el perfil del encuestado, con excepción de la religión.
- En cuanto a los conocimientos, se advirtió que en su mayoría conjugan con la literatura científica (70%), no obstante, se advierten algunos errores latentes como el hecho de descartar el uso de la PAE como parte de la planificación familiar. Otro aspecto que mayoritariamente contradice a la literatura científica es que no se puede consumir cuatro veces al año, cuando se lo puede hacer hasta por dos ocasiones dentro de un mismo mes. También se advirtió que un gran número de estudiantes (sin ser mayoría) afirma que la PAE causa cáncer, ausencia de sangrado menstrual, infertilidad, intoxicación y hasta muerte, cuando la propia OMS ha desacreditado estas afirmaciones.
- Para la mayoría de estudiantes es importante conocer el día del período menstrual de la usuaria, cuando la literatura señala que no hay contraindicaciones al respecto, es decir, no es necesario saber la fecha exacta de la menstruación. Finalmente, las píldoras más accesibles en el mercado ecuatoriano, como son el meloxicam y el levonorgestrel son desacreditadas por la mayoría de estudiantes como PAE. Aparte de los fármacos señalados en el cuestionario, menos del 5% de estudiantes de las áreas de la salud, pudo especificar otros relativos a la anticoncepción de emergencia.
- En cuanto a las actitudes favorables al empleo de la PAE que, en promedio, son el 38%, se advierte que existe una tendencia favorable al empleo en ítems que hablan de manera general y que se refieren principalmente a que el usuario se encuentre bien informado (75%), sin embargo, algunos aspectos relativos al ámbito moral generan ambigüedad en declararse o no partidario del uso de la PAE. Aspectos morales como considerar a la PAE abortiva (33.7%), que su uso sea específico en casos de violación (44.3%). Afirmar que estimula la



iniciación sexual temprana (42.1%), que causa daños psicológicos (41.9%), sirva para controlar la sobrepoblación (46.2%) o que resuelva los embarazos no deseados (46.7%).

- Dentro de las actitudes, al preguntarles a quiénes recomendarían utilizar la PAE los estudiantes de las áreas de la salud, señalaron que lo harían con cualquier persona en edad reproductiva, pero más con las mujeres que han sido violadas. Sin embargo, al preguntarles a quiénes no recomendarían, se encontró que al menos en un 40%, no recomendarían a menores de edad debido a la falta de madurez o al desarrollo hormonal propio de la edad. Ello contradice lo planteado por la OMS respecto a que se puede utilizar en cualquier mujer en edad reproductiva.
- En la práctica se obtuvo que existe un nivel bajo de recomendaciones que apenas llega al 25%. Por su parte, en los ítems que hablan de manera general sobre el uso de la PAE se advierte claramente que los estudiantes simpatizan con ella para sugerirla por estar al alcance de cualquier usuario, cuestión que se muestra sobre un 40%, sin embargo, al especificar el uso en función de una población, concreta, las recomendaciones están por debajo del 30%. Mientras que, cuando se trata de especificar el empleo de fármacos como meloxicam, levonorgestrel o ulipristal, los estudiantes reconocen únicamente haber sugerido su uso en un porcentaje menor al 4%. El 40% no recomienda emplear la PAE en los adolescentes.
- Alrededor del 15%, en todos los ítems, los estudiantes manifestaron que, en la práctica, no aplica recomendar o sugerir el uso de la PAE en su formación profesional. En efecto, el 58% de estudiantes expresó que definitivamente nunca había recomendado la PAE, mientras que, quienes recomendaban lo habían hecho en un promedio de 2.6 veces.
- En cuanto a la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas respecto al perfil de los estudiantes, se encontró que la religión prima en las actitudes de rechazo de la PAE. Resulta que quienes practican una religión están correlacionados (Correlación de Pearson) con algunas creencias, creen que la PAE es abortiva (0,221), creen que las mujeres tienen derecho a usarlas (-



0,188), creen que son una excusa para que las adolescentes tengan vida sexual activa (0,187), creen que afecta a la dignidad de la mujer (0,182), creen que conduce a la promiscuidad (0,194) o que ayuda a controlar la sobrepoblación (-0,143).



RECOMENDACIONES

- Es importante informar a los estudiantes universitarios de las áreas de la salud en aspectos concretos del uso de la PAE como parte de la planificación familiar. También conviene indicar la frecuencia con la que se puede utilizar cada fármaco en específico, incluso señalando la edad indicada para el uso. Es importante que el propio estudiante conozca de farmacología mínima pues tan sólo el 5% pudo especificar alguna PAE aparte de las mencionadas. Además, es necesario capacitar respecto al Acuerdo Ministerial 2490 y el Código Orgánico de Salud en cuando al acceso a la PAE como un derecho sexual y reproductivo.
- Puesto que los estudiantes señalan haber recomendado el empleo de la PAE en nivel bajo, conviene que conozcan más respecto a productos específicos que se encuentran en el cuadro básico de los medicamentos del MSP del Ecuador y que se consideran PAE como Levonorgestrel en presentaciones comerciales como Escapel, Glanique y Tace; así como, método Yuzpe en presentaciones como Microgynon y Microgynon Cd. Además, de otros productos, que no constan en dicha canasta, pero que se consideran PAE como el Ulipristal (Post Day Plus) y el Meloxicam (Oxa y Bienex) y se pueden adquirir en cualquier farmacia.
- A nivel práctico es importante que la mayoría de estudiantes de las áreas de la salud, recomiende el uso de la PAE, como ello ocurre en un bajo porcentaje, conviene promover una campaña de sensibilización y promoción de la salud sexual y reproductiva para que, en un segundo momento, ellos mismos se conviertan en promotores del empleo de estos mecanismos de anticoncepción de emergencia.
- Es necesario que los estudiantes no solamente tengan una actitud favorable al empleo de la PAE, sino que también puedan diferenciar entre un fármaco abortivo y uno que no lo es. Del mismo modo se incursione en debates bioéticos que refieran el uso en casos que tengan que ver con violación, control natal o solución de embarazos no deseados.



- Finalmente, es importante concienciar el uso de la PAE desde el ámbito científico y legal, haciendo hincapié que estas píldoras son de venta libre justamente porque se consideran como un derecho, un derecho al que no puede anteponerse la objeción de conciencia del profesional de la salud o el farmacéutico.

**BIBLIOGRAFÍA**

- American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG. (septiembre de 2015). Emergency contraception. *Practice Bulletin*(152). Obtenido de <https://www.acog.org/>
- Agencia española del Medicamento. (2013). *Anticonceptivos hormonales combinados: conclusiones de la revisión del riesgo de tromboembolismo venoso. Información para profesionales sanitarios*. Obtenido de <http://bit.ly/1cl3IN1>
- Alvarado Vintimilla, A., Idrovo Idrovo, M. y Manzano, P. (2011). *Embarazo- prevención, anticoncepción, conocimientos, actitudes, prácticas en salud, adulto, estudiantes de Medicina, instituciones académicas, educación superior, Universidad de Cuenca, Cuenca Ecuador. Tesis de Pregrado*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Artehortua, W., Acosta, S., López, A., Suárez, J., Melo, A. y Carrascal, S. (2011). Conocimiento métodos anticonceptivos en estudiantes de pregrado. *Revista Ciencia y Cuidado*, 8(1), 47-54.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi: Registro Oficial, n° 449.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2016). *Código Orgánico de Salud*. Asamblea Nacional, Quito, Ecuador. Disponible en https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD_248332rivas_248332_355600.pdf.
- Barrientos, A., Vega, A., Marín, C., Gómez, C. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales en farmacia sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (PAE) en Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9(2). Obtenido de: <https://www.redalyc.org/html/446/44623231006/>
- Bastidas, B., Chávez, M., Orozco, C. y Merchán, Á. (2014). Conocimiento y prácticas de métodos anticonceptivos en una población universitaria en el año 2010. *Revista Facultad Ciencias de la Salud*, 16(2), 10-16.
- Bautista, J. y Delgado, D. (2018). *Análisis sobre el uso de la píldora anticonceptiva oral de emergencia (PAOE) en mujeres de 14 a 30 años de edad en la ciudad de Cajamarca*. Cajamarca, Perú: UPAGU.
- Blasco, J. y Grimaltos, T. (2004). *Teoría del conocimiento*. Valencia, España: Universitat de Valencia.
- Bolaños, M. (2009). La distribución de la Píldora del día después después durante el plazo



- de 72 horas como garantía de los derechos de la mujer violada. Universidad de las Américas (Tesis de grado de abogacía), Quito, Ecuador. Disponible en <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/553>
- Briones, L., Ñauta, J. y Mosquera, L. (13 de febrero de 2008). *Conocimientos, actitudes y prácticas referentes a anticoncepción de emergencia entre los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca (Tesis Pregrado)*. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/19782>
- Campos, M., Bocangel, L., Chasin, Y. y Huesembe, A. (2014). Frecuencia del uso del Anticonceptivo Oral de Emergencia. *Revista Científica Alas Peruanas*, 1(2). Obtenido de <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/894/710>
- Cárdenas, L., Sánchez, M., Ramírez, O. y Robledo, A. (2014). Uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias. *Revista Atención Familiar*, 21(3), 90-93. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2014/af143g.pdf>
- Carlón, R., García, R., González, A., Martínez, M. y Suárez, P. (2000). Intercepción poscoital hormonal: estudio sobre actitudes y prescripción de los médicos de atención primaria. *Atención primaria*, 26(9), 595-599. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656700787300>
- Carvajal, L. y Gavilanez, A. (2014). *Conocimiento y uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en la prevención del embarazo, en los/las adolescentes que acuden a la consulta externa del Centro de Salud Latacunga, en el periodo de abril 2013 a marzo 2014*. Guaranda: Universidad Estatal de Bolívar.
- Casique, I. (2011). Conocimiento y uso de anticonceptivos entre los jóvenes mexicanos. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 26(3), 601-637. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/312/31223580003.pdf>
- Cemoplaf Ecuador. (2018). *Comunicación y medios para el desarrollo de América Latina y el Caribe*. Obtenido de <http://www.comminit.com/?q=la/node/34470>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2015). *Modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes*. México D.F.: Secretaría de Salud de México.
- Choque, F. (2015). *Conocimientos y Actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia en Internos de Medicina Humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. Lima-



Perú.

- Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia CLAE. (2014). *Recorrido del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE)*. Obtenido de Historia: <http://clae-la.org/historia/>
- Covarrubias, E., Ramírez, R., de Jesús Verde, E., Rivas, J. y Rivero, L. (2016). Utilización de métodos anticonceptivos en estudiantes de enfermería. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 18(1), 31-43.
- Craxatto, H. y Ortiz, M. (2004). Mecanismo de acción del levonorgestrel en la anticoncepción de emergencia. *Revista chilena de obstetricia ginecología*, 69(2), 157-162.
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D. y Spong, C. (2011). *Williams Obstetricia*. México D.F.: Mc Graw-Hill.
- Díaz, S. y Croxatto, H. (2003). *Anticoncepción hormonal de emergencia* (3ª ed.). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Enciclopedia Jurídica. *Definiciones: Nasciturus*. Disponible en <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/nasciturus/nasciturus.htm>
- Ellertson, C. (1997). Historia y eficacia de la anticoncepción de emergencia: Más allá de la Coca-Cola. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*(Especial), 36-40.
- Estrada, R., Corea, K. y Acevedo, S. (2014). *Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Anticoncepción de emergencia en estudiantes de IV y V año de la carrera de medicina*. Managua (Nicaragua): UNAN (Tesis para obtención de Doctorado en Medicina).
- Fernández de Castro, I. (1986). *Análisis de la actitud de rechazo de los alumnos al sistema educativo y de su incidencia en las enseñanzas medias*. Madrid, España: Ministerio de Educación.
- Fernández, A. y Giménez, A. (2011). La píldora del día después: de la opinión a la evidencia. *Biomedicina*, 6(2), 50-58.
- Foster, A. y Wynn L. (2012). *Emergency Contraception: The Story of a Global Reproductive Health Technology*. Pallgrave, Macmillan Editor, New York, USA.
- Frost, J. y Darroch, J. (2008). Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use. *Perspect Sex Reprod Health*, 40(2), 94-104. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18577142>



- Galindo, S. y Manuel, J. (2018). *Nivel de conocimientos sobre anticoncepción oral de emergencia de las mujeres que se atienden en el área de planificación familiar del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz durante los meses de abril a junio del año 2017*. Lima, Perú: Universidad Privada San Juan Bautista (Tesis de médico cirujano).
- Gallegos, D., Silva, C. y Ramírez, U. (2016). *Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes de Enfermería del Polisal UNAN-Managua II Semestre 2015. Tesis de Licenciatura*. Managua (Nicaragua): Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
- Galvao, L., Díaz, J., Díaz, M., Osis, M., Clarck, S. y Ellertson, C. (2000). Anticoncepción de Emergencia: Conocimiento, Actitudes y Prácticas De los Gineco-Obstetras del Brasil. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, 2-6.
- García, M. y Lomas, V. (2016). Anticoncepción de urgencia y objeción de conciencia: un debate sin cerrar. *Gaceta Sanitaria*, 30(2), 91-93. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/ga/2016.v30n2/91-93/es>
- García, C. A., Loredó, A., Hernández, J. T. y Casas, A. (2013). Violación sexual en niños y adolescentes: una urgencia médica. *Acta Pediátrica de México*, 34(5), 288-294.
- García, P., Martínez, F., Pintor, A., Caelles, N. y Ibañez, J. (2015). *Anticonceptivos hormonales*. Granada (España): Cátedra Sandoz - Universidad de Granada.
- Gerstein, L. (2000). Providers, clients okay emergency contraception in Nairobi and Mexico City. *International Family Planning Perspectives*, 26(2).
- Gómez, M., Ruiz, P., Hurtado, M., Gómez, M. y García, P. (2009). *Dispensación de anticonceptivos hormonales y anticoncepción postcoital*. Granada (España): Grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.
- Gómez, E., e Idrovo, V. (2009). *Conocimientos y uso de la anticoncepción de emergencia en estudiantes de la Escuela de Enfermería y Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (Tesis Pregrado)*. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Gómez, P. y Gaitán, H. (2004). Dispositivo intrauterino (DIU) como anticonceptivo de emergencia: conocimientos, actitudes y prácticas en proveedores de salud latinoamericanos. Encuesta. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 55(4), 261-266.
- Gómez, P., Auguello, K., Cáceres, C., Gutierrez, E., Rodríguez, A., Rojas, L. y Miryam., T. (2010). Anticoncepción de emergencia hormonal: conocimientos, actitudes y



- prácticas en estudiantes universitarias. Estudio de corte transversal. Colombia. 2008. *Revista Colombiana de Enfermería*. Vol 5. Año 5, 9-13.
- González, C., Souza, M., Martín, P., Cao, M. y Castro, M. (2013). La píldora anticonceptiva a debate. *Enfermería Universitaria*, 10(3), 98-104. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n3/v10n3a5.pdf>
- Haspels, A. (agosto de 1994). Emergency contraception: a review. *Contraception*, 50(2), 101-108.
- Haspels, A. y Andriessse, R. (1973). The effect of large doses of estrogens post coitum in 2000 women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 3(4), 113-117.
- Heimburger, A., Acevedo, D., Schiavon, R., Langer, A., Mejia, G., Corona, G., . . . Ellertson, C. (noviembre de 2002). Emergency contraception in Mexico City: knowledge, attitudes and practices among providers and potential clients after a three-year introduction effort. *Contraception*. *Contraception*, 66(5), 321-329.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta ed.). México D.F.: McGraw Hill.
- Hevia, M. (2012). The legal status of emergency contraception in Latin America. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (116), 87-90. Institut Català de la Salut. (2015). *Contracepción de emergencia*. Obtenido de Guías de práctica clínica: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/Contracepcio_GPC_breu.pdf
- International Consortium for Emergency Contraception. (2018). *Searchable Databases*. Obtenido de <http://www.cecinfo.org/>
- International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region IPPF/RHO. (2006). *Recomendaciones para aumentar los conocimientos y el acceso a la anticoncepción de emergencia*. New York, USA: International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region.
- Lete, I., Arróniz, M. y Esquisábel, R. (junio de 2001). Anticoncepción de emergencia. *Atención Primaria*, 28(1), 59-68.
- Lete, I., Veiga, C. y Lobo, P. (2012). *Percepción de la mujer sobre píldora anticonceptiva de urgencia (PAU)*. Madrid (España): HRA Pharma.
- Leyva, A. (2010). Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos. *Salud pública México*, 52(2).



- López de Castro, F. y Fernández Rodríguez, O. (febrero de 2006). Actualización en anticoncepción de emergencia. *Revista Clínica de Medicina de Familia* (1), 135-141.
- Lugones, M. y Ramírez, M. (abril-junio de 2006). Anticoncepción de emergencia en la adolescencia. *Scielo*, 78(2).
- Massai, M.R., Forcelledo, M.L., Brache, V., Tejada, A.S., Salvatierra, A.M., Reyes, M.V., Alvarez, F., Faúndes, A., Croxatto, H.B. (2007). Does meloxicam increase the incidence of anovulation induced by single administration of levonorgestrel in emergency contraception? A pilot study. *Human Reproduction*, 22(1), 434-439
- Mandujano, J., Reyes, C., Sarmiento, Z., Murillo, A. y Osorio, D. (2018). Conocimiento y uso de la píldora de emergencia en jóvenes universitarias de Tabasco. *Revista Horizonte Sanitario*, 17(3). Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n3/2007-7459-hs-17-03-227.pdf>
- Martín, A. (2004). La anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe. *Scielo*, 16(6), 424-432. Obtenido de <https://scielosp.org/article/rpsp/2004.v16n6/424-431/es/>
- Méjico, J., Melgar, F., Mendoza, A. y Salinas, W. (2012). 2012 Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos entre estudiantes de Medicina Humana. *Revista Horizonte Médico*, 12(3), 33-39. Obtenido de <https://www.redalyc.org/html/3716/371637126006/>
- Mendoza, N. (2014). *¿Qué opinan los universitarios sobre la píldora del día después?* Obtenido de <https://presencia.unah.edu.hn/noticias/que-opinan-los-universitarios-sobre-las-pildoras-del-dia-despues/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Acuerdo ministerial número 00002490*. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/upload/upload/1_00002490_2012_ac_00002490_2012_RO.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Cuadro nacional de medicamentos básicos*. Novena edición. MSP, Quito, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Instructivo de Implementación del Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos – Acuerdo Ministerial 2490*. Recuperado el 2017, de Dirección de salud sexual y reproductiva: Recuperado de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/instructivo_de_implementaci%C3%B3n_del_acuerdo_ministerial_2490_ aprob



ado.pdf

- Morán Faúndes, J. (2010). *La Situación de la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y El Caribe: Barreras y Facilitadores en la Accesibilidad*. Madrid (España): Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia.
- Muñoz Calvo, T. (2015). Anticoncepción en la adolescencia y situaciones especiales. *Revista Española de Endocrinología y Pediatría*, 6(suplemento), 53-61.
- Nsubuga, H., Sekandi, J. N., Sempeera, H. y Makumbi, F. E. (2015). Contraceptive use, knowledge, attitude, perceptions and sexual behavior among female University students in Uganda: a cross-sectional survey. *BMC women's health*, 16(1), 6. Obtenido de <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-016-0286-6>
- Obaya, C. (2014). Planificación familiar desde la consulta de enfermería de atención primaria. *Revista SEAPA*, 2(2), 62-81.
- Ojeda, D., Orellano, A., Seminario, K. y Soto, V. (2016). Conocimiento y uso del anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de la Universidad Nacional Pedro Ruis Gallo. *Revista Experiencia Médica*, 4(2), 67-70.
- Organización Mundial de la Salud. (junio de 1998). Serie sobre Salud Sexual y Reproductiva de Lancet. *The Lancet*. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9708750>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Recuperado el 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43391/1/9275324824_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Luxemburgo: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Planificación Familiar. Un manual mundial para proveedores*. New York: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Hoja informativa sobre la seguridad de las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia de Levonorgestrel solo (PAE-LNG)*. Ginebra (Suiza): Departamento de Salud Reproductiva e Investigación.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Planificación Familiar*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>



- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Anticoncepción de Emergencia*. Recuperado el 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Anticoncepción de urgencia*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Berna: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Prevención del aborto peligroso*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- Panta, M. (2016). *Conocimiento y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de 5to año de Medicina Humana de la UNMSM*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Peláez, J. (2011). Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 37(3).
- Piaggio, G., von Hertzen, H. y Van Look, P. (febrero de 1999). Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet*(353), 721-726.
- Pulerwitz, J., Amaro, H., De Jong, W., Gortmaker, S. y Rudd, R. (2002). Relationship Power, Condom Use and hiv Risk among Women in the USA. *AIDS Care*, 14(6), 789-800. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12511212>
- Ramírez, A., Muñoz, G., Ramírez, F., Ramírez, A. y Rojas, N. (2009). Conocimiento sobre el manejo de las pastillas del día siguiente en estudiantes del área de la salud. *Conamed*, Vol.14, No 4, 15-20. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3632037.pdf>
- Reyes, N., Morales, S. y Valdivieso, V. (2017). Factores asociados al uso de la anticoncepción oral de emergencia por estudiantes de obstetricia de la Universidad Privada de Lima, Perú, 2016. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*, 1(6), 49-60. Obtenido de https://intranet.uwiener.edu.pe/univwiener/portales/centroinvestigacion/documentacion/revista_6/06Reyes_Morales_Valdivieso.pdf
- Sili, P. y Peláez, J. (2018). Nivel de conocimientos sobre la anticoncepción hormonal de emergencia en estudiantes de Medicina. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 44(2). Obtenido de <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/343>
- Shiferaw, B.Z., Gashaw, B.T. y Tesso, F.Y., (2016). Knowledge, Attitude and Practice of



Emergency Contraceptives among Mizan-Tepi University Female Students, South West Ethiopia. *Journal of Pain Management & Medicine*, 2(2), 1-7. Obtenido de https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:GTdGwn4NksEJ:scholar.google.com/+Emergency+Contraceptive+Pills+knowledge+attitudes+and+practices+sexual+education+students+from+university&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2015

- Supo, J. (2014). *Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la Investigación*. Arequipa: Bioestadístico.
- Tapia, A., Villaseñor, M. y Nuño, B. (2008). Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(1), 33-41.
- Torres, F. (2016). *Conocimiento de fisiología reproductiva y anticonceptivos entre estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud. Tesis Doctoral*. Cuenca (España): Universidad de Castilla La Mancha.
- Trussell, J., Raymond, E. y Cleland, K. (2016). *Anticonceptivos de emergencia: Una última oportunidad para prevenir embarazos no deseados*. Princeton (EE.UU.): Princeton University.
- Trussell, J., Rodríguez, G. y Ellertson, C. (junio de 1998). New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception*, 57(6), 363-369.
- Van Look, P. y von Hertzen, H. (1993). Emergency contraception. *British Medical Bulletin*(49), 158-170.
- Vu, K., Rafie, S., Grindlay, K., Gutierrez, H. y Grossman, D. (2019). Pharmacist intentions to prescribe hormonal contraception following new legislative authority in California. *Journal of pharmacy practice*, 32(1), 54-61.
- Weiss, E. A., & Gandhi, M. (2016). Preferential cyclooxygenase 2 inhibitors as a nonhormonal method of emergency contraception: a look at the evidence. *Journal of pharmacy practice*, 29(2), 160-164.
- Zepeda, E. y Del Castillo, S. (2011). *Conocimiento y uso de la píldora de emergencia en estudiantes de preparatoria*. Manatitlan, México: Universidad Veracruzana (Tesis de grado).



ANEXOS

**Anexo 1:
Instrumento****ANTICONCEPTIVOS DE
EMERGENCIA ENCUESTA**

La presente encuesta forma parte del trabajo de fin de Maestría en Educación Sexual titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) en estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca. Los datos recabados, únicamente tienen propósitos académicos. En tal razón, se le garantiza absoluta confidencialidad respecto a su identidad, toda vez que, la encuesta es anónima. De antemano agradecemos su colaboración.

a. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS**EDAD**

_____ años

SEXO

Masculino_____

Femenino_____

RELIGIÓN

Profesa usted algún credo religioso SI__NO_

b. CONOCIMIENTOS**b.1. Parte 1**

Según su conocimiento, marque con una equis (X) en cada ítem debajo de SI o No.

	Si	No
1. La Píldora de Anticoncepción de Emergencia (PAE) es un método de planificación familiar.		
2. La píldora se utiliza en las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección.		
3. La PAE se puede utilizar estando embarazada.		
4. Según las indicaciones, se pueden tomar 4 píldoras al año.		
5. La PAE puede causar náuseas y vómitos.		
6. La PAE puede causar sensibilidad en mamas, sangrado irregular, mareos, cefaleas e irritabilidad.		
7. La PAE causa complicaciones como: cáncer, ausencia de sangrado menstrual, infertilidad, intoxicación y muerte.		
8. La PAE protege de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).		



9. Es importante saber en qué día del período está la posible usuaria de la PAE.		
10. Es fundamental saber el tiempo transcurrido desde la relación sexual hasta el momento de la toma de la PAE.		
11. Me he informado sobre la PAE en libros o Internet.		
12. Me he informado sobre la PAE con un profesor o especialista.		
13. Me he informado sobre la PAE en otras fuentes, por favor, señale cuáles _____		
14. Se puede usar meloxicam como método de Anticoncepción de Emergencia (AE).		
15. El meloxicam altera el sistema endocrino y causa alteraciones menstruales.		
16. El meloxicam en combinación con levonorgestrel es más efectivo como anticonceptivo de emergencia.		

b.2. Parte 2 ¿Qué otro método de anticoncepción de emergencia conoce?

c. PRÁCTICAS

c.1. Parte 1.

De acuerdo a su experiencia, marque con una equis (X) según sea su respuesta en cada ítem debajo de Si o No, pero si usted considera que No aplica en su caso, marque esta opción.

	Si	No	No aplica
1. He sugerido alguna vez el uso de la PAE.			
2. He indicado que se emplee la PAE en un intervalo menor de tres meses.			
3. He sugerido el uso de meloxicam como método anticonceptivo de emergencia.			
4. He recomendado utilizar meloxicam por la facilidad de acceder a él.			
5. He recomendado el empleo de meloxicam en combinación con levonorgestrel, pues ambos se pueden conseguir con facilidad.			
6. He sugerido la ulipristal como método Anticonceptivo de Emergencia.			
7. He sugerido el uso de la PAE cuando una persona sin importar su edad tiene relaciones sexuales sin protección.			
8. Como estudiante de las áreas de la salud he recomendado el uso de la PAE solamente a adultos.			
9. Como estudiante de las áreas de la salud he recomendado el uso de la PAE a adolescentes.			
10. He manifestado que la PAE es accesible en cualquier centro comercial.			



11.He sugerido el empleo de la PAE como un método de planificación familiar.			
12.He prescrito el uso de la PAE como método anticonceptivo.			
13.He indicado a alguien dónde puede encontrar una PAE.			
14.He visto alguna contraindicación en alguna persona que sé que ha utilizado la PAE.			
15. He sugerido que los adolescentes utilicen la PAE para que tengan relaciones seguras y no abandonen sus estudios.			
16. He manifestado que el uso de la PAE es un método abortivo.			

c.2. Parte 2.

¿Cuántas veces ha sugerido el uso de la PAE?

1. No he sugerido el uso de la PAE ()
2. Si su respuesta es afirmativa ¿cuántas veces ha sugerido?_____veces. ()

d. ACTITUDES

d.1. Parte 1

Marque con una equis (X) en el nivel de acuerdo con el que se encuentre en cada afirmación planteada.

	Totalmente acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Es recomendable el uso de anticonceptivos de emergencia.					
2. La PAE solamente debería usarse en casos de violación.					
3. Todos los universitarios deberían de tener información sobre métodos anticonceptivos de emergencia.					
4. Creo que la PAE es abortiva.					
5. Creo que todas las mujeres jóvenes y adultas tienen el derecho a usar la PAE.					
6. Creo que este método debe usarlo solamente, cuando se lo explique un profesional de la salud.					
7. Creo que el Ministerio de Salud Pública debe ofrecer esta pastilla o inyección para solucionar embarazos no deseados.					
8. Me parece que la PAE sirve de excusa para que las adolescentes tengan una vida sexual activa.					
9. La PAE puede causar daños psicológicos en las adolescentes.					
10. Prohibir el uso de la PAE conlleva la búsqueda de otras alternativas clandestinas y de alto riesgo para interrumpir un embarazo.					
11. Me opongo al uso de la PAE porque afecta la dignidad de la					



mujer.					
12. Me opongo al uso de la PAE porque conduce a la promiscuidad.					
13. Me incomoda hablar de la PAE.					
14. Con la PAE se podría controlar la sobrepoblación.					
15. La PAE es una solución a los problemas de embarazos no deseados.					
16. La PAE atenta a la consolidación de la familia.					

d.2. Parte 2

A continuación, por favor escriba sus respuestas:

¿A qué tipo de población usted recomendaría el uso de la PAE? ¿Por qué?

¿A qué población usted no recomendaría el uso de la PAE? ¿Por qué?

GRACIAS



Estimado Estudiante:

De la manera más encarecida le pido que adicionalmente responda estas inquietudes a propósito de la validación de este instrumento:

	Totalmente acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente
1. Las preguntas están claras.					
2. El tiempo que lleva llenar la encuesta es adecuado.					
3. La temática está acorde a su formación.					
4. Me gustó el cuestionario					
5. Sugiero el uso de este instrumento en otros compañeros.					

Sugerencias adicionales:

Muchas gracias.

Dr. Marcelo Flores Albarracín

Maestrante de Educación Sexual

**Anexo 2: Consentimiento informado****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) en estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca.

Organización de la investigación: Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. Maestría en Educación Sexual, Cohorte I.

Investigador responsable: Dr. José Marcelo Flores Albarracín.

Datos de localización del investigador principal: Teléfono 0997320259; correo electrónico: j_marcelo_f@hotmail.copm

Por este medio, se le invita a participar en el proyecto de investigación titulado **Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) en estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca**. Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio, por tanto, puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Le informamos que ha sido seleccionado como posible participante en este estudio porque es estudiante de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca.

El propósito del estudio es determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) en estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca. Si usted decide participar, le pedimos contestar –además de las preguntas sociodemográficas– un cuestionario dividido en tres partes: Conocimientos con 17 preguntas; Prácticas con 18 preguntas; y, Actitudes con 18 preguntas. El tiempo estimado de la recolección de datos será de 15 minutos.

Le informamos que su participación además de voluntaria, es confidencial por lo que aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un número que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador responsable tendrá acceso.
- 2) Los datos se almacenarán en una base de datos en el programa SPSS y serán utilizadas únicamente para esta investigación.
- 3) Para los propósitos de esta investigación no es necesario conocer su nombre, sino únicamente datos como su edad, sexo y religión.

Si usted decide no participar en este estudio, es libre de retirar su consentimiento y discontinuar su participación en cualquier momento y sin perjuicios.

Antes de completar y firmar el formulario, por favor, hacer preguntas sobre cualquier aspecto del estudio que no sea del todo claro para usted. Si usted tiene alguna pregunta adicional después puede comunicarse con el investigador Dr. Marcelo Flores Albarracín (07-2849338, Calle Benigno Malo 10-96 y Mariscal Lamar) quien con gusto le atenderá.

Usted está haciendo una decisión de si participar o no. SU FIRMA O RÚBRICA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO PARTICIPAR, HABIENDO LEÍDO LA INFORMACIÓN PREVISTA ANTERIORMENTE. Ha recibido una copia personal de este formulario de consentimiento. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante

Firma del investigador

Fecha _____