



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**Conocimiento y actitudes sobre anticoncepción oral de
emergencia en estudiantes de 5to año de Medicina
Humana de la UNMSM, febrero 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Miguel Angel PANTA ORÉ

ASESOR

Julio Raymundo AGUILAR FRANCO

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Panta M. Conocimiento y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de 5to año de Medicina Humana de la UNMSM, febrero 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana; 2016.

368



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

7(r)

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

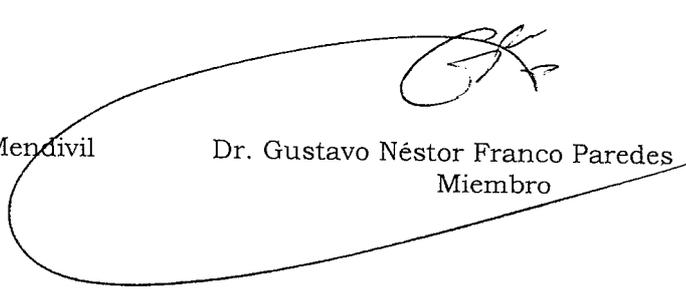
62

Siendo las 13:00 horas del día veintiuno de marzo del año dos mil dieciséis, en el Aula 2A del Pabellón de aula de la Facultad de Medicina, en cumplimiento de lo señalado en el inciso "c" del Art. 66 del Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. 78337-84), se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Federico Augusto Solidoro Cisneros (Presidente), Ronald Espíritu Ayala Mendivil (Miembro) y Gustavo Néstor Franco Paredes (Miembro).

Se realizó la exposición de la tesis titulada **"CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNMSM, FEBRERO 2016"**, presentado por don **Miguel Angel Panta Oré**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, habiendo obtenido el calificativo de.....**TRECE**..... (13).


Dr. Federico Augusto Solidoro Cisneros
Presidente


Dr. Ronald Espíritu Ayala Mendivil
Miembro


Dr. Gustavo Néstor Franco Paredes
Miembro

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres por el apoyo incondicional en todo momento.

A mi Asesor el Dr. Julio Aguilar Franco por darme el apoyo necesario para la realización del estudio.

A la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por la formación ininterrumpida a lo largo de la carrera.

A los compañeros que se encuentran en 5to año de Medicina Humana de la UNMSM por colaborar con el estudio.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimientos y actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en estudiantes de 5to año de medicina humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), febrero 2016.

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta a 109 estudiantes del 5to año de Medicina Humana de la UNMSM. La encuesta presentaba 30 preguntas que contiene aspectos sociodemográficos, conocimientos y actitudes sobre la AOE.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Resultados: De 109 estudiantes de medicina, el 11% (12 estudiantes) obtuvo conocimiento alto, el 62.3% (68 estudiantes) obtuvo nivel de conocimiento medio y el 26.6% (29 estudiantes) obtuvo nivel de conocimiento bajo sobre la anticoncepción oral de emergencia. En cuanto a las actitudes, el 14.6% (16 estudiantes) de los encuestados presentó actitud de aceptación, el 70.6% (77 estudiantes) presentó actitud indecisa y el 14.6% (16 estudiantes) presentó actitud de rechazo.

Conclusion: En términos generales los estudiantes de 5to año de Medicina Humana (89%) presenta conocimiento entre bajo y medio sobre la anticoncepción oral de emergencia. La actitud general de los estudiantes de 5to año de medicina es indecisa sobre la AOE.

Palabras clave: Conocimientos, Actitudes, Anticoncepción oral de emergencia, Estudiantes de medicina humana.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the level of knowledge and attitudes about emergency contraception oral (ECO) in 5th year medical students from San Marcos University February 2016.

Materials and Methods: A survey was conducted to 109 of 5th year medical students from San Marcos University. The survey had 30 questions containing socio-demographic characteristics, knowledge and attitudes about ECO.

Design: Descriptive cross-sectional study.

Results: Of the 109 medical students, 11% (12 students) had high knowledge, 62.3% (68 students) had medium level of knowledge and 26.6% (29 students) had low level of knowledge about oral emergency contraception. Regarding attitudes, 14.6% (16 students) of respondents showed attitude of acceptance, 70.6% (77 students) showed indecisive attitude and 14.6% (16 students) showed attitude of rejection.

Conclusion: In general terms the 5th year medical students (89%) has among medium and lower knowledge about emergency contraception oral. The general attitude of the 5th year medical students towards ECO was undecided.

Keywords: knowledge, attitude, emergency contraception oral, 5th year medical students.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	IV
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.....	2
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.1.1 Descripción de la realidad problemática.....	2
1.1.2 Formulación de la pregunta de investigación.....	3
1.2 Objetivos.....	4
1.2.1 Objetivo general.....	4
1.2.2 Objetivos específicos.....	4
1.3 Justificación.....	5
1.4 Limitaciones del estudio.....	6
1.5 Hipótesis.....	6
CAPITULO II.....	7
2.1 Marco Teórico.....	7
CAPITULO III.....	17
3.1 Diseño metodológico.....	17
3.1.1 Tipo de investigación.....	17
3.1.2 Población y Muestra.....	17
3.1.3 Operacionalización de variables.....	19
3.1.4 Instrumento.....	20
3.1.5 Plan de procedimientos.....	22
3.1.6 Análisis de datos.....	22
CAPITULO IV.....	25
4.1 Resultados.....	25
4.2 Discusión.....	37
CAPITULO V.....	42
5.1 Conclusiones.....	42
5.2 Recomendaciones.....	43
Referencias bibliográficas.....	44
Anexos.....	51

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1.Operacionalización de las variables de estudio.....	19
Tabla 2. Características de la edad de los estudiantes de 5to año de medicina humana.....	26
Tabla 3. Conocimiento sobre la definición, indicación y contraindicación anticoncepción oral de emergencia.....	30
Tabla 4 .Conocimiento sobre el método Yuzpe.....	31
Tabla 5. Conocimiento del método con levonorgestrel.....	32
Tabla 6. Anticonceptivos orales de emergencia aprobados en el país.....	33
Tabla 7. Actitudes respecto al componente cognitivo sobre la AOE.....	34
Tabla 8. Actitudes acerca del componente afectivo sobre la AOE.....	35
Tabla 9.Actitudes acerca del componente conductual sobre la AOE.....	36

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Fórmula del cálculo del Coeficiente de Alfa de Crombach.....	21
Figura 2. Distribución por género de estudiantes de 5to año de Medicina de la UNMSM, Febrero, 2016.....	25
Figura 3. Distribución por edad de estudiantes de 5to año de Medicina de la UNMSM, Febrero, 2016.....	26
Figura 4. Estado civil de estudiantes de 5to año de Medicina Humana de la UNMSM, Febrero, 2016.....	27
Figura 5. Religión de estudiantes de 5to año de Medicina de la UNMSM, Febrero, 2016.....	27
Figura 6. Nivel de conocimiento acerca de la anticoncepción oral de emergencia de los estudiantes de 5to año de Medicina de la UNMSM, Febrero ,2016.....	28
Figura 7. Actitudes acerca de la anticoncepción oral de emergencia de los estudiantes de 5to año de Medicina de la UNMSM, Febrero, 2016.....	29

1. Introducción

En todo el mundo al año se realizan alrededor de 20 millones de abortos inseguros como consecuencia de gestaciones no planificadas, por lo que los embarazos no planeados conducen a un mínimo de 20 millones de abortos en condiciones de riesgo, muriendo aproximadamente 80.000 mujeres (1). La anticoncepción de emergencia es un recurso de urgencia que la mujer puede usar para evitar un embarazo no deseado después de haber tenido una relación sexual sin protección (violación, no uso de método anticonceptivo, olvido del método anticonceptivo o utilización inadecuada (2).

Aún así no existe un claro conocimiento en el uso de los anticonceptivos de emergencia por lo que en los últimos años se los anticonceptivos de emergencia se están estudiando más detenidamente ya que su uso está incrementándose siendo los jóvenes y adolescentes los principales protagonistas (3).

Las publicaciones llevadas a cabo en estudiantes universitarios y profesionales del sector salud, concluyen bajos niveles de conocimientos sobre este método anticonceptivo (4).

En el Perú cuenta con pocos estudios que evalúen los conocimientos y actitudes hacia la AOE en estudiantes de Medicina Humana, por lo anterior sería relevante indagar sobre la situación en la Facultad de Medicina Humana de la UNMSM.

CAPITULO 1

1.1 Planteamiento del Problema

1.1.1 Descripción de la realidad problemática

Un buen porcentaje de adolescentes que comienzan su vida sexual temprana, lo hacen sin protección anticonceptiva adecuada y sin protección por lo que trae como consecuencia el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual y/o embarazos no planificados. Sobre todo los embarazos no planificados que se han convertido en un problema de salud, social y económico. En los Estados Unidos y los países en vías de desarrollo aparecen como los lugares donde más alta incidencia de embarazos no deseados existen, a diferencia de Europa y Canadá (5).

Según la Organización Mundial de la Salud, al año los embarazos no planificados causan 40 millones de abortos, de estos la mitad se realizan en malas condiciones y son causas de muerte cada año (6).

Se sabe que los anticonceptivos de emergencia (AE) son métodos que la mujer puede utilizar para prevenir un embarazo no deseado después de tener relaciones sexuales no protegidas. Varios métodos anticonceptivos de emergencia son seguros y eficaces, inclusive los anticonceptivos hormonales combinados, tomados en una dosis más elevada que la que se usa regularmente para la anticoncepción (7).

En el Perú, al año se producen más de 350 mil abortos inducidos que constituyen 30% de la mortalidad materna; 20% de los partos en los hospitales públicos son adolescentes cuyas edades comprenden entre 10 y 19 años, 25% de los embarazos son no deseados y 35% llegan a convertirse en abortos inducidos. Considerándose que esta nueva opción anticonceptiva puede constituir y cumplir un papel importante en disminuir las cifras de embarazos no deseados y de abortos y las complicaciones de esta práctica (8,9).

Según la ENDES 2008 determinar el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos es necesario para su uso, además manifestó haber encontrado que el 98,6 por ciento de las adolescentes entre 15 y 19 años refirieron que conocen o han oído hablar de algún método de planificación familiar, sin embargo no significa que tenga un buen nivel de información sobre el método necesariamente; además la anticoncepción oral de emergencia está considerado como uno de los métodos modernos menos conocidos con un 65 por ciento de desconocimiento en mujeres en edad fértil (10).

1.1.2. Formulación de la pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de 5to año de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el mes de Febrero del 2016?

1.2 Formulación de objetivos

1.2.1 Objetivo general:

Determinar el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de 5to año de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), durante el mes de febrero del 2016.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de 5to año de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el presente estudio.
- Determinar el nivel de conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de 5to año de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, durante el mes de febrero del 2016.
- Determinar las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de 5to año de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, durante el mes de febrero del 2016.

1.3 Justificación de la investigación

Según la OMS incrementar la cobertura y la calidad de los servicios de planificación familiar con tal que disminuyan los embarazos no deseados el costo es menor que atender las complicaciones de los abortos inseguros. La anticoncepción oral de emergencia es reconocida como herramienta importante pues contribuye positivamente al cumplimiento del Programa de Acción de El Cairo ya que previene los embarazos no deseados y conllevaría a reducir la mortalidad materna. Según estudios patrocinados por la United Nations Population Fund (UNFPA), la prevención de los embarazos no deseados evitaría entre 20 a 35% de las defunciones maternas (11).

La anticoncepción de emergencia produciría ahorro de gastos médicos y sociales, (12) con una efectividad superior a 74 % para evitar embarazos no deseados, (13) el fácil acceso a la píldora y de la ausencia de daño en la usuaria, (14) se recomienda una amplia divulgación entre la población joven (15).

A pesar de la disponibilidad de los numerosos métodos anticonceptivos existentes, muchos embarazos son no planeados, gran parte de estos son de adolescentes, por lo que se evidencia la falta de conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, específicamente de la anticoncepción hormonal poscoito o también llamada “pastilla del día siguiente” (16).

Algunos estudios realizados en Perú en estudiantes universitarios de ciencias de la salud obtuvieron que la mayor parte de los estudiantes universitarios de la carrera de Obstetricia tenían un nivel de conocimiento medio sobre la anticoncepción oral de emergencia (17).

Por tal motivo es necesario que conozcan investigar los conocimientos y actitudes de los métodos de anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de Medicina de 5to año de la UNMSM ya que ellos también podrían contribuir a disminuir la mortalidad materna como consejeros sobre este método anticonceptivo.

1.4 Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones fue el tiempo y disponibilidad que ofrecían los estudiantes de 5to año Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2016 para la recopilación de datos ya que se tuvo que esperar hasta la elección de sedes del curso de Psiquiatría que fue el 25/02/16 en el que se concentró la mayor parte de la población.

1.5. Formulación de la hipótesis

El diseño de esta investigación es de tipo descriptivo por lo que no se necesita la formulación de una hipótesis, porque ésta no se someterá a prueba alguna (verificación de hipótesis).

CAPITULO II

2.1. Marco teórico

2.1.1. Antecedentes Mundiales y Perú

En los años setenta cuando se inicia la utilización de las pastillas anticonceptivas como recurso de emergencia hubo grandes esfuerzos para lograr su acceso y difusión (18).

Se han realizado distintas acciones: publicaciones científicas, la creación de un Consorcio para la Anticoncepción de Emergencia que fue constituido por ocho de las principales organizaciones internacionales relacionadas con la salud reproductiva y la planificación familiar, más de 300 páginas web que abordando el tema, (19,20) las acciones al respecto sobre los anticonceptivos de emergencia en Estados Unidos y Europa, (21,22) los acuerdos de las Conferencias del Cairo y Beijing (22).

Según Glassier. A (2002). En países como Brasil, Chile y México se llevaron a cabo estudios antes de la de su introducción de la anticoncepción oral de emergencia y evaluaron conocimientos, actitudes y prácticas en diversos sectores para reconocer las facilidades y obstáculos. Debido a esos estudios se diseñaron campañas de difusión para la anticoncepción de emergencia (23).

Los embarazos no deseados afectan mayoritariamente a mujeres jóvenes, se ignora qué proporción conoce y ha usado la anticoncepción de emergencia (24).

En un estudio español Vergara, C (2004) que buscó identificar el perfil de las usuarias de la anticoncepción de emergencia en los servicios de urgencias de atención primaria, se encontró que las mujeres solicitantes del método eran jóvenes de 27.7 años promedio de edad, percibían los coitos desprotegidos como urgencias y utilizaban el preservativo como método habitual (25).

En un estudio por Walker y Cols (2004) realizado con adolescentes en México, registró que el 61 % había oído hablar de la anticoncepción de emergencia y el 39.3 % de los hombres y 35.7 % de las mujeres tenían conocimientos correctos del uso; 6.2 % de los hombres y 4.1 % de las mujeres pensaba que era un método abortivo y 53.3 % de los hombres y 46.2 % de mujeres señalaron estaban dispuestos a usarla en el futuro (26).

Otro estudio realizado por Consulta Mitofsky, también en México (2004) con individuos mayores de 18 años del Distrito Federal se reportó que 84.9 % refirió que había escuchado de la anticoncepción de emergencia, y de éstos, 21 % indicó que prevenía el embarazo, 20 % consideró que se usaba ante situaciones de emergencia, 19 % indicó que su uso era controversial y 8.8 % pensaba que era abortivo (27).

En Ecuador, Lituma.C (2014) realizó un estudio en adolescentes escolarizados encontrando que el 86,3% ha escuchado hablar sobre anticoncepción oral de emergencia, los porcentajes disminuyeron al explorar el conocimiento con más precisión; 74,3% tuvieron actitudes positivas hacia este método y el 52,8% de las adolescentes que tuvieron relaciones sexuales la usaron alguna vez. Concluyendo que los adolescentes escolarizados presentaban conocimientos parciales acerca de la anticoncepción oral de emergencia, a pesar de presentar actitudes positivas ante este método anticonceptivo, su aplicación fue insuficiente (28).

Ya en población universitaria se hicieron estudios como en México, Tapia Curiel (2008) realizada en universitarios de ciencias de la salud concluía que los conocimientos y actitudes de la AOE eran diferentes entre hombres y mujeres. Los varones presentaron mayores conocimientos y actitudes para su uso. La mayor parte ha escuchado sobre la AOE, cerca de la mitad conoce su uso correcto y una parte mostro actitudes no favorables por influencia de concepciones éticos morales (4).

Otra investigación realizada en Colombia por Gómez Pio (2008) realizada en mujeres universitarias de áreas de salud, los resultados fueron que el 76% ya inicio vida sexual; 27% utilizan métodos modernos. Aunque el 90% conoce la AOE, solo la tercera parte conoce el verdadero mecanismo de acción, el 25% refiere desconocer la efectividad de la AOE y solo el 2% conoce el uso correcto. Dos de cada 10 mujeres están en desacuerdo con su uso. Seis de cada 10 estudiantes la han utilizado alguna vez, 2% la ha utilizado hasta 4 veces. El 88% utilizo la AOE de progestágeno y 11% Yuzpe (29).

En México, Ramírez .A (2009) realizó un estudio en estudiantes universitarios del área de salud. Se encontró que 51% de universitarios tiene un bajo conocimiento sobre el uso de la pastilla del día siguiente, 46% conocimiento regular y solo el 3% tienen un buen conocimiento. No hubo diferencias significativas según sexo. Hay mayor conocimiento sobre la dosificación de la pastilla del día siguiente (92%), y un menor conocimiento acerca del mecanismo de acción (22%). Los estudiantes de Medicina tienen un nivel de conocimiento bueno del 6,8% a diferencia de los estudiantes de Estomatología y enfermería que tienen un nivel de conocimiento bueno del 0,1% y 2,1% respectivamente. Concluyendo que hay un menor conocimiento en universitarios de las áreas de la salud (30).

En Trinidad y Tobago se hicieron estudios como el de B.Parey (2010) realizada en estudiantes universitarios encontrando que el 9% había oído la anticoncepción de emergencia. Entre los factores relacionados con las

actitudes hacia la anticoncepción de emergencia .El 62 % de los estudiantes pensaban que un aumento en el uso de la anticoncepción de emergencia equivaldría a un aumento de la promiscuidad, pero el 59% también creía que la anticoncepción de emergencia debía tener fácil accesos para todos. Concluyendo en relación a la anticoncepción de emergencia solo el 10% de estudiantes tuvieron alto nivel de conocimientos siendo pobre por otro lado hubo actitud favorable hacia la anticoncepción de emergencia (31).

También se realizó investigaciones en Perú a médicos gineco-obstetras , como el estudio de Romero y Cols (2007) en Lima encontrando el 18% conocía los mecanismos de acción descritos en la literatura, 82% refirieron correctamente el modo de administración y el 31% considera que la píldora anticonceptiva de emergencia posee algún mecanismo abortivo y concluía que es bajo el conocimiento sobre el mecanismo de acción en los médicos gineco-obstetras(32).

En Perú también se hizo investigación en población universitaria en áreas de la salud como el de Cerrón .L , Mendoza V(2012) concluía que la mayor parte de los estudiantes universitarios de la carrera de obstetricia tenían un nivel de conocimiento medio sobre la anticoncepción oral de emergencia(17).

Otro estudio en Perú Salinas, Kely (2014) encontró como Resultados: El nivel de conocimiento bueno se ubica en las Facultades de estudio con 93,75%; seguido de conocimiento regular en 6,11% de estudiantes. El nivel de actitud favorable se determino en 58,14 % de estudiantes, seguido de actitud poco favorable en 23,26 % de estudiantes y actitud desfavorable en 18,3; según sexo se observa que el nivel de actitud favorable se ubica en el sexo masculino con 67,44 %; y con nivel de actitud desfavorable está en el sexo femenino con 60,0 %(33).

Otro estudio en Perú, Nolasco. Ch (2015) , se realizó a internos de Medicina en los que se encuestaron a 92 internos de Medicina, de los cuales 58 (63%) alcanzaron un nivel de conocimiento medio sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), 18(20%) obtuvieron un nivel de conocimiento alto y 16 (17%) un conocimiento bajo. En lo que respecta al nivel de actitud que tienen los internos sobre la AOE, 54 (58,7%) obtuvieron una actitud de indecisión, 20 (21,7%) una actitud de rechazo, y 18 (19,6%) una actitud de aceptación. Concluyendo que un porcentaje considerable (80%) de internos de Medicina obtuvo un nivel de conocimiento entre medio y bajo respecto a la Anticoncepción Oral de Emergencia. La actitud predominante fue la indecisión en 54 de los encuestados (58,7%) y sólo el 19,6% tienen una actitud de aceptación hacia la AOE (34).

2.1.2 Anticoncepción oral de emergencia (AOE)

La anticoncepción de emergencia es un conjunto de métodos que las mujeres pueden usar después de la relación sexual en casos donde no se utilizó un método anticonceptivo durante la relación sexual, o si la mujer pensó que el método que ella y su pareja utilizan puede fallar para protegerlos de un embarazo no deseado(35). La anticoncepción de emergencia incluye las píldoras anticonceptivas de emergencia y la inserción de un dispositivo intrauterino de cobre (DIU) por un proveedor de servicios médicos.(35-37)

El origen de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) nos lleva hasta Holanda, en la década de los sesenta, cuando una niña de 13 años que había sido víctima de violación sexual un médico suministró una alta dosis de estrógenos (38). De esta manera, empezó la anticoncepción de emergencia y las investigaciones para adaptar las dosis hormonales a la mujer de tal forma que se obtuviera el máximo de eficacia anticonceptiva con el mínimo de aporte hormonal y efectos secundarios (39).

La anticoncepción de emergencia fue descrita como “el secreto mejor guardado de la anticoncepción” (5, 40,41), ya que su efectividad fuera comprobada hace más de 40 años (42). En el Perú, la AOE desde el 2002 se vende en las farmacias habiendo concedido la DIGEMID 15 registros sanitarios a distintas marcas de la AOE (43).

Los métodos más usados de la anticoncepción de emergencia son los hormonales (anticonceptivos hormonales poscoito), llamados comúnmente como “la píldora poscoital” o “píldora del día siguiente”, mal utilizado esta última palabra por la confusión que causa en la población consumidora (44). No se considera un método de planificación familiar, su uso se reserva solo para situaciones de emergencia (45).

La anticoncepción de emergencia es un método seguro y eficaz de prevención del embarazo y tiene el potencial para prevenir hasta un 75% de los embarazos no planificados (46,47).

Ampliando la información sobre los métodos de anticoncepción de emergencia son básicamente dos: preparados hormonales o implantación de un dispositivo intrauterino (DIU). Dentro de los hormonales, pueden usarse estrógenos solos o con progestágenos, progestágenos solos, danazol o mifepristona (RU- 486) (48,49).

Desde el año 1975, Albert Yuzpe desarrollo un método el cual llevaría su nombre además posibilitó el uso de un contraceptivo oral que combina estrógeno y progesterona en dosis bajas como tratamiento estándar. Desde década de los 1990 el Levonorgestrel (LNG) la es investigado como posible pauta la anticoncepción de emergencia. A partir de 1988, cuando la OMS publico estudios experimentales, se demostró que su eficacia es superior al régimen de Yuzpe,dando una mejor tolerancia; por ello en países como España , la LNG es considerado el tratamiento de elección (50).

El mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales de emergencia para que no se dé el embarazo se relaciona con el periodo del ciclo menstrual en que la mujer la use, si más temprano se usa en el ciclo, mayor posibilidad de retrasar la ovulación. Estudios en animales han demostrado que la anticoncepción hormonal de emergencia no impide la implantación, y tiene efecto de inhibir o retrasar la ovulación, alterar los cilios de las trompas, espesamiento del moco cervical, produce cambios en el pH endouterino alterando el transporte de los espermatozoides de tal forma que impide la fecundación (51,52). El consenso actual en base a investigaciones, es que la anticoncepción hormonal de emergencia previene el embarazo interfiriendo en los procesos previos a la fecundación y no hay sustento alguno de que una vez implantado el blastocisto, se altere el embarazo (2,53-55).

Dispositivo Intrauterino (DIU) T de cobre se pueden insertar hasta el momento de la implantación seis a doce días después de la ovulación para evitar el embarazo (56). Hay dificultad para determinar el día de la ovulación, sin embargo, muchos protocolos permiten la inserción hasta sólo cinco días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. Las última guía de OMS permiten al DIU ser insertado hasta el día 12 del ciclo, sin restricciones y en cualquier otro momento del ciclo si se está razonablemente seguro de que ella no está embarazada (57). Un DIU de cobre también se puede dejar en su lugar para anticoncepción permanente efectiva por hasta 12 años. Es un método altamente efectivo con una tasa de fallos menor al 1% (58).

El uso del DIU está asociado con complicaciones como: dolor, sangrados y enfermedad inflamatoria pélvica. No se recomienda usar en mujeres con riesgos de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica como aquellas con varias parejas sexuales y las que han sido víctimas de violación. Por lo que su uso queda restringido a casos especiales. Se ha demostrado que altera la migración y función espermática (4,59-62).

Levonorgestrel (LNG) es una píldora constituida sólo de progestina con licencia en muchos países de todo el mundo. Al igual que con las otras formas de anticoncepción de emergencia, el mecanismo exacto no se entiende completamente. Los estudios indican que el LNG suprime la ovulación retrasando a la hormona luteinizante (LH). Para para ser eficaz, debe administrarse antes de que comience el pico de LH. Por tanto, es razonable inferir que LNG es menos eficaz cuando se administra más cerca del momento de ovulación (63).

Sin embargo, un estudio encontró que el LNG aumenta la cantidad de glicodelina en el cuerpo, por lo que teóricamente puede inhibir la fertilización después que ha ocurrido la ovulación (64). Sin embargo, los estudios indican que después de que ocurre la ovulación ocurre, el LNG tiene sólo efectos menores sobre la función del cuerpo lúteo, y se piensa que es ineficaz una vez la fertilización ha tomado lugar (65).

Los estudios realizados en ratas y monos han demostrado ningún efecto post-fertilización de LNG, y la mayoría de los expertos coinciden en que la mayoría de los efectos levonorgestrel derivan de la inhibición de la ovulación (66,67).

El acetato de ulipristal se ha demostrado que previene la ovulación, tanto antes como después del pico de LH ha comenzado (pero antes del pico LH), lo que retrasa la ruptura folicular durante al menos 5 días (68). El hecho de que ulipristal es efectiva después del inicio del pico de LH, mientras que el levonorgestrel no es así, puede dar cuenta de su mayor eficacia. Datos publicados post-comercialización de vigilancia del acetato de ulipristal muestran que hay un mayor riesgo de aborto involuntario entre las mujeres que tomaron ulipristal cuando ya estaban embarazadas, o quedaron embarazadas debido a la falta de ulipristal; Además, la exposición a ulipristal en el útero no aumentó el riesgo de defectos entre los recién nacidos (69).

La mifepristona, conocida como RU-486, puede usarse como método para anticoncepción de emergencia, ya que inhibe la ovulación si se administra en la fase folicular, y si se administra después de la ovulación retrasa la maduración endometrial. La administración de 10 mg de mifepristona, dentro de las 72 horas de una relación no protegida, es tan o más efectiva que el régimen de levonorgestrel o el de Yuzpe y produce menos efectos secundarios (70).

La mifepristona es la única píldora que, a dosis más altas (200 a 600 mg), es eficaz si la implantación se produce y puede detener un embarazo temprano de continuar, por lo que considera un abortivo en esa situación (71,72).

Sobre el método Yuzpe este método para la anticoncepción de emergencia utiliza píldoras que contienen tanto estrógenos como progestina (100 mg de etinilestradiol y 0,50 mg de levonorgestrel) y se administran en 2 dosis. La dosis inicial dentro de las primeras 72 horas después de un contacto sexual sin protección y una segunda dosis, 12 horas después (45).

Los efectos secundarios del método Yuzpe son los mismos que se dan con el uso a corto plazo de anticonceptivos orales: náuseas, incluidos vómitos en 20 % de los casos, dolores de cabeza, hipersensibilidad de mamas, dolores abdominales y mareos. La náusea es el efecto más común que se da en el 50 % de las usuarias. Algunos clínicos recomiendan un antiemético que previene las náuseas, como el dimenhidrinato o el clorhidrato de ciclizina 1 hora antes de la dosis. Con respecto a la siguiente menstruación ocurre antes o después del tiempo esperado (73).

En Perú el uso indicado de la anticoncepción oral de emergencia se basa en la Norma Técnica de Planificación Familiar menciona que la AOE (74):

-Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas)

-Inicio:

- La primera dosis dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- La segunda y última dosis 12 horas después de la primera dosis.

-Métodos más frecuentemente usados:

- Método de sólo progestágeno:
Levonorgestrel una tableta de 0.75 mg, por dos dosis.
Levonorgestrel, 1.5 mg, una sola dosis.
Norgestrel , 75ug , dos dosis de 20 píldoras cada uno.
- Método de Yuzpe o de píldoras anticonceptivas combinadas, hay que verificar la cantidad de etinilestradiol y calcular cuantas píldoras suman 100 o más microgramos, de esas se tomarán dos dosis. Las disponibles en el Ministerio es el etinilestradiol de 30 ug se tomarán cuatro píldoras en cada dosis. Para las de 50 ug se tomarán dos dosis de dos píldoras cada una.

Contraindicación: Mujeres embarazadas pero porque no tendría sentido seguir. La Eficacia del Método Yuzpe se considera hasta 75% y la eficacia del levonorgestrel es de 95% Según la Norma Técnica de Planificación Familiar (74).

2.1.3 Conocimiento

Respecto al conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto (75).

2.1.4 Actitud

La percepción y formación de actitudes procede de observaciones, del análisis de estas observaciones, de la apropiación de las nociones y lenguajes y la emisión de valoraciones sobre un fenómeno de la vida cotidiana (76).

CAPITULO III

3.1. Metodología

3.1.1 Tipo de investigación

Este tipo de estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo de corte transversal.

3.1.2. Población y muestra

3.1.2.1. Unidad de análisis

La unidad de análisis es cada uno de los estudiantes de 5to año de Medicina Humana de la UNMSM

3.1.2.2 Población y tamaño de muestra

Se solicitó el registro de estudiantes de 5to año de Medicina Humana a la unidad de matrícula de la UNMSM que llevaran Psiquiatría para el año académico 2016 siendo 146 personas.

3.1.2.3. Tipo de muestreo

No se calculó tamaño de muestra pues se trabajó con la población total: Por ello no requiere procedimiento de muestreo.

3.1.2.4. Criterios de inclusión

- Estudiante matriculado en la E.A.P de Medicina Humana
- Estudiante de 5to año de Medicina Humana que llevará el curso de Psiquiatría.
- Estudiante de 5to año de Medicina Humana del curso de Psiquiatría que acepte participar de la encuesta y de su consentimiento para participar del estudio.

3.1.2.5. Criterios de exclusión

- Estudiante no matriculado en la E.A.P de Medicina Humana
- Estudiante que no es de 5to año de Medicina Humana que llevará el curso de Psiquiatría.
- Estudiante de 5to año de Medicina Humana del curso de Psiquiatría que no acepte participar de la encuesta y no de su consentimiento para participar del estudio.

3.1.3. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variables	Escala de clasificación	Escala de medición	Criterio de medición
Conocimientos	Son conceptos e informaciones que utiliza una persona para decidir lo que se debe o puede hacer frente a una situación.	Es la Información con la que cuentan los estudiantes de 5to año de medicina humana de la UNMSM acerca de la anticoncepción oral de emergencia	Conocimiento general acerca de la anticoncepción oral de emergencia	Cualitativa	Alto	Ordinal	Puntaje acumulado mayor a 9
			Conocimiento acerca del método de Yuzpe		Medio		Puntaje acumulado entre 6 a 9
			Conocimiento Acerca del levonorgestrel		Bajo		Puntaje acumulado menor a 6
Actitudes	Es un conjunto relativamente estable, de creencias acerca de un objeto o situación que predispone al sujeto para responder preferentemente en un determinado punto de vista	Es la respuesta de los estudiantes de 5 to año de medicina humana de la UNMSM acerca de su postura sobre la anticoncepción oral de emergencia.	Componente cognitivo	Cualitativa	Aceptación	Ordinal	ESCALA DE LIKERT 11 preguntas: puntaje acumulado mayor a 30 puntos.
			Componente afectivo		Indecisión		ESCALA DE LIKERT 11 preguntas: puntaje acumulado entre 25 y 30 puntos.
			Componente comportamental		Rechazo		ESCALA DE LIKERT 11 preguntas: puntaje acumulado menor a 25 puntos.

Tabla 1. Operacionalización de las variables de estudio

3.1.4 Instrumento

Se utilizó como instrumento un cuestionario basado de la tesis “Conocimientos y actitudes sobre el Anticonceptivo Oral de Emergencia en estudiantes de la escuela académico profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos” (17) , incluso fue ejecutado anteriormente en un estudio publicado en el 2015 (34).

Presenta preguntas para evaluar el conocimiento y una escala de tipo Likert para evaluar las actitudes. El cuestionario conto con Introducción, presentación, objetivos, instrucciones, datos generales y específicos; para evaluar el grado de conocimiento se evaluara con 15 preguntas (ANEXO 2). La escala tipo Likert, con 3 ítems, presento las siguientes partes: presentación, instrucciones y datos generales; constara con 11 enunciados. (ANEXO 3).

3.1.4.1 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la confiabilidad del cuestionario, se utilizó la prueba de coeficiente “Alfa de Cronbach”, obteniendo como resultado de 0.69, lo cual indicó que dichos instrumento es confiable. Calculado en el Programa Excel 2007

Se aplicó la fórmula el Alfa de Crombach a la prueba piloto de 25 instrumentos.

Se aplicó a 25 estudiantes de Medicina Humana de la UNMSM que llevaban el curso de Historia de la Medicina verano 2016.

Figura 1. Fórmula del cálculo del Coeficiente de Alfa de Crombach

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k \sigma^2 (i)}{\sigma^2 (X)} \right]$$

Donde:

α : Coeficiente alfa de Cronbach

k: Cantidad de Items del test

$\sigma^2 (X)$: Varianza al cuadrado de los puntajes totales

$\sigma^2 (X_1); \sigma^2 (X_2); \dots \sigma^2 (X_k)$: Son las varianzas de los Items

$$\alpha = \frac{26}{25} \left[1 - \frac{7,93}{23,79} \right]$$

$\alpha = 0.69$ que se encuentra en el rango de 0.61- 0.80 por lo que su confiabilidad es alta

3.1.4.2 Prueba piloto

La prueba piloto brindó información sobre si la redacción de la encuesta es clara para todos los encuestados y si todos interpretan las preguntas de la misma manera.

Los objetivos principales fueron:

- Evaluar la idoneidad del cuestionario.
- Calcular el tiempo necesario para completar la encuesta.

El instrumento en la presente investigación se aplicó a 25 estudiantes de Medicina Humana de la UNMSM que llevaron el curso de verano Historia de la Medicina 2016.

3.1.4.3 Resultados de la Prueba Piloto

Se realizó la prueba piloto a 25 estudiantes de Medicina Humana que llevaron el curso de verano Historia de la Medicina 2016.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1. El tiempo promedio invertido en la realización de la encuesta fue de 8 minutos, siendo el tiempo mínimo de 6 minutos y el máximo de 10 minutos.
2. Respecto a la claridad de los enunciados, no hubo problemas de interpretación en la sección de conocimientos ni de actitudes.
3. Se mantuvo el número de ítems que fue de 26 preguntas.

3.1.5 Plan de procedimiento

Para la recolección de datos se hizo coordinaciones con los delegados del curso de Psiquiatría para realizar la encuesta el día de la elección de sedes del curso de Psiquiatría.

3.1.6 Análisis de datos

Con la información que se obtuvo se elaboró una base de datos en el programa de Excel, versión 2007.

Para el análisis estadístico de las variables se realizó el programa All stata 12.

3.1.7 Proceso de Tabulación

Respecto a la variable de conocimientos se codificó 1 punto a la respuesta correcta y 0 a la respuesta incorrecta.

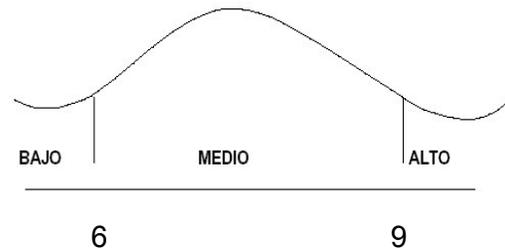
Para la variable actitudes, la valoración es: De acuerdo 1 punto, Indeciso 2 puntos, y En desacuerdo 3 puntos; a excepción del ítem 4 donde, De acuerdo 3 puntos, Indeciso 2 puntos y En desacuerdo 1 punto.

Categorización del conocimiento:

Nivel de Conocimiento Bajo: 0-5

Nivel de Conocimiento Medio: 6-9

Nivel de Conocimiento Alto: 10-15

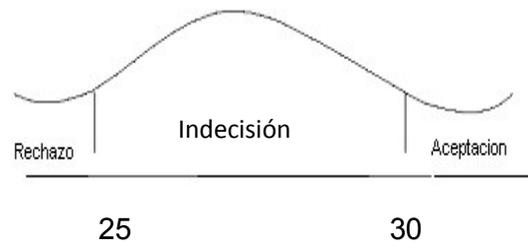


Categorización de las actitudes:

Actitud de Rechazo: 11-24

Actitud de Indecisión: 25-30

Actitud de Aceptación: 31-33



3.2. Consideraciones éticas

Este estudio cuenta con un consentimiento informado en ella se explicó la finalidad de la investigación y se respetó la confidencialidad de las respuestas y el anonimato por lo que los participantes tuvieron la libre oportunidad de participar. (ANEXO 1)

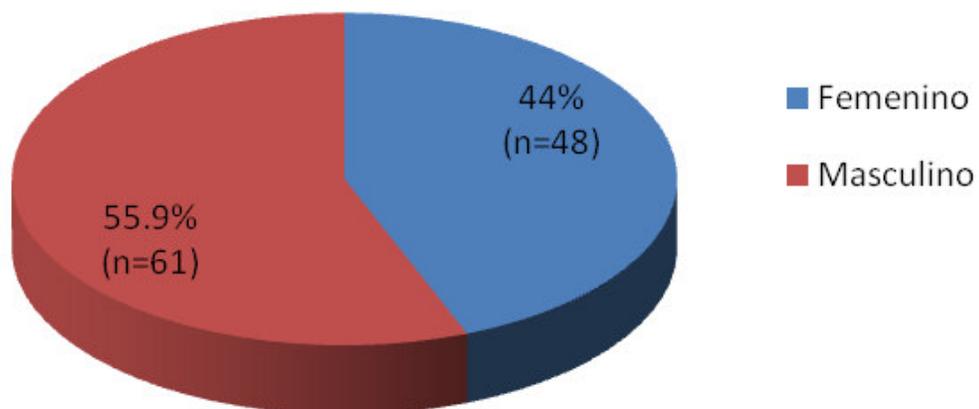
CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

4.1.1 Datos socio demográficos

En el estudio la población de estudiantes de 5to año de medicina humana era 146 estudiantes pero 21 personas faltaron a la elección de sedes del curso de Psiquiatría por lo que la población fue 125, pero hubo 16 fichas mal llenadas por lo que la población final resultó 109 estudiantes. En la figura 2. De los estudiantes de 5to año de medicina la distribución del género masculino fue 61 (55.9%) y del género femenino 48 (44.1%).

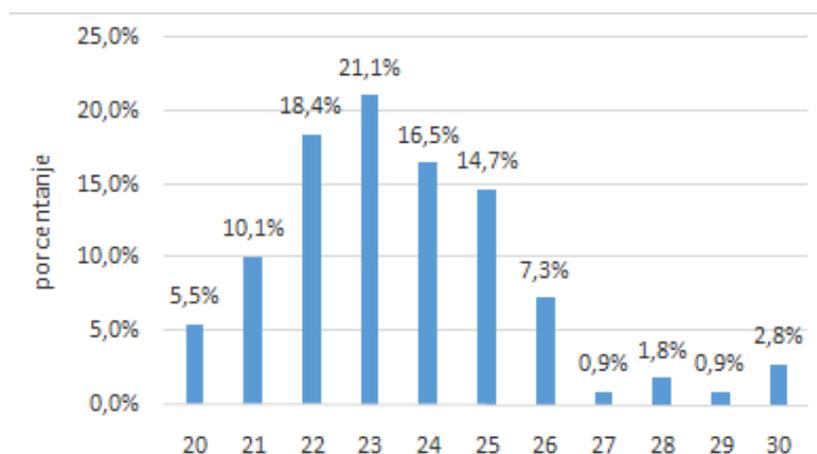
Figura 2. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE MEDICINA DE LA UNMSM, Febrero ,2016.



Fuente: Encuesta 109 estudiantes 5to año de Medicina Humana, UNMSM, Febrero 2016

Como se observa en la figura 3. La distribución de la edad de los estudiantes de 5to año de medicina humana, las edades varían desde 20 años hasta 30 años .

Figura 3. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE MEDICINA DE LA UNMSM, Febrero, 2016.



Fuente: Encuesta 109 estudiantes 5to año de Medicina Humana, UNMSM, Febrero 2016

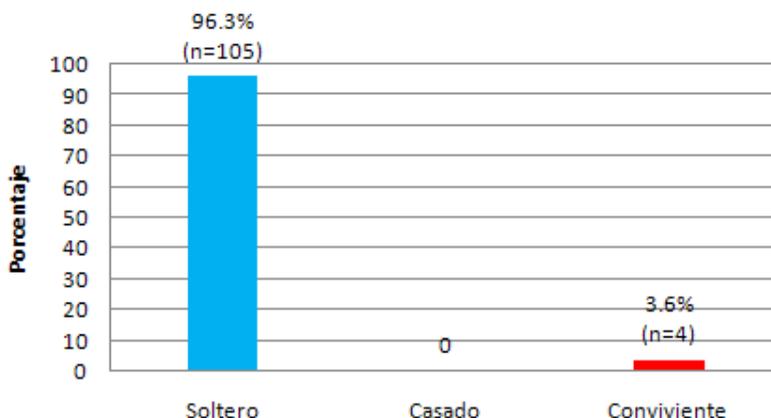
La edad promedio de los participantes fue de 23.50 años, la edad mínima 20, la máxima de 29 y la desviación estándar 2.137, como podemos apreciar en la Tabla 2.

Edad			
Promedio	Min	Max	Desv.Std
23,504	20	30	2,137

Tabla 2. Características de la edad de los estudiantes de 5to año de Medicina Humana

En la Figura 4 , se observa sobre el Estado civil que la población soltera fue 105 (96.3%) , convivientes 4 (3.6%) y ningún casado

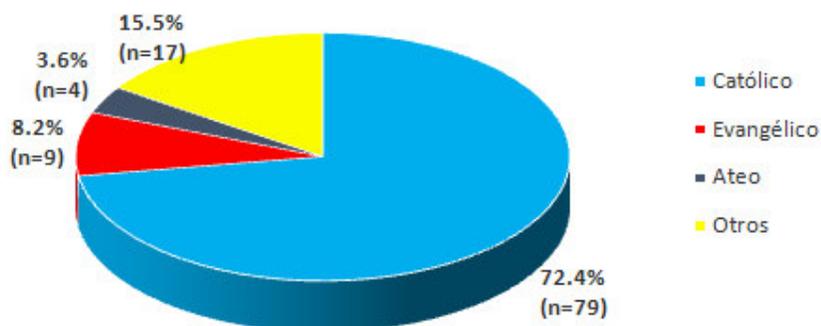
Figura 4. ESTADO CIVIL DE ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNMSM, Febrero, 2016.



Fuente: Encuesta 109 estudiantes 5to año de Medicina Humana, UNMSM, Febrero 2016

En la Fig 5. Se observa con respecto a la orientación religiosa que la religión católica fue 79 (72.4%) , evangélica 9(8.2%) ,la posición atea 4 (3.6%) y otras creencias 17 (15.5%)

Figura 5. RELIGIÓN DE ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE MEDICINA DE LA UNMSM,Febrero,2016.

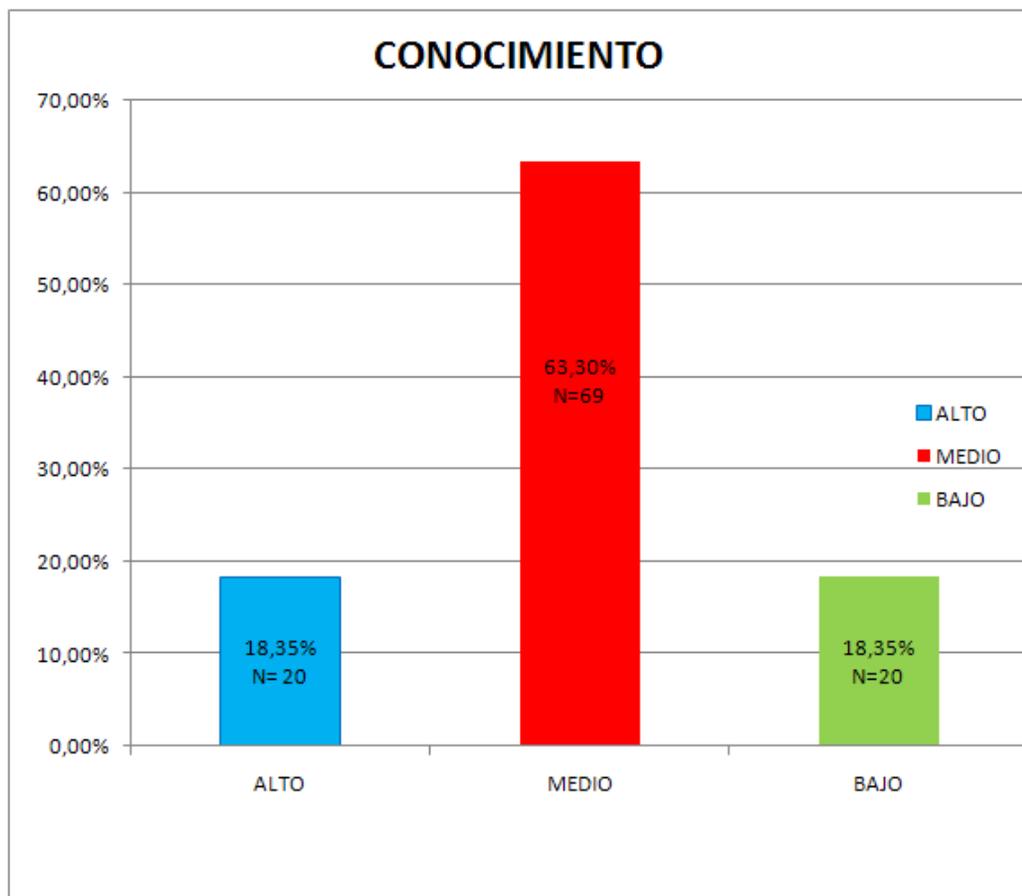


Fuente: Encuesta 109 estudiantes 5to año de Medicina Humana, UNMSM, Febrero 2016

4.1.2 Conocimientos

El nivel de conocimientos se observa en la Fig 6. Donde el nivel de conocimiento alto fue de 18.35% (N=20) , nivel de conocimiento medio fue 63.3% (N=69) y nivel de conocimiento bajo que se obtuvo fue 18.35 % (N=20)

Figura 6. NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA DE LOS ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE MEDICINA DE LA UNMSM, FEBRERO ,2016.

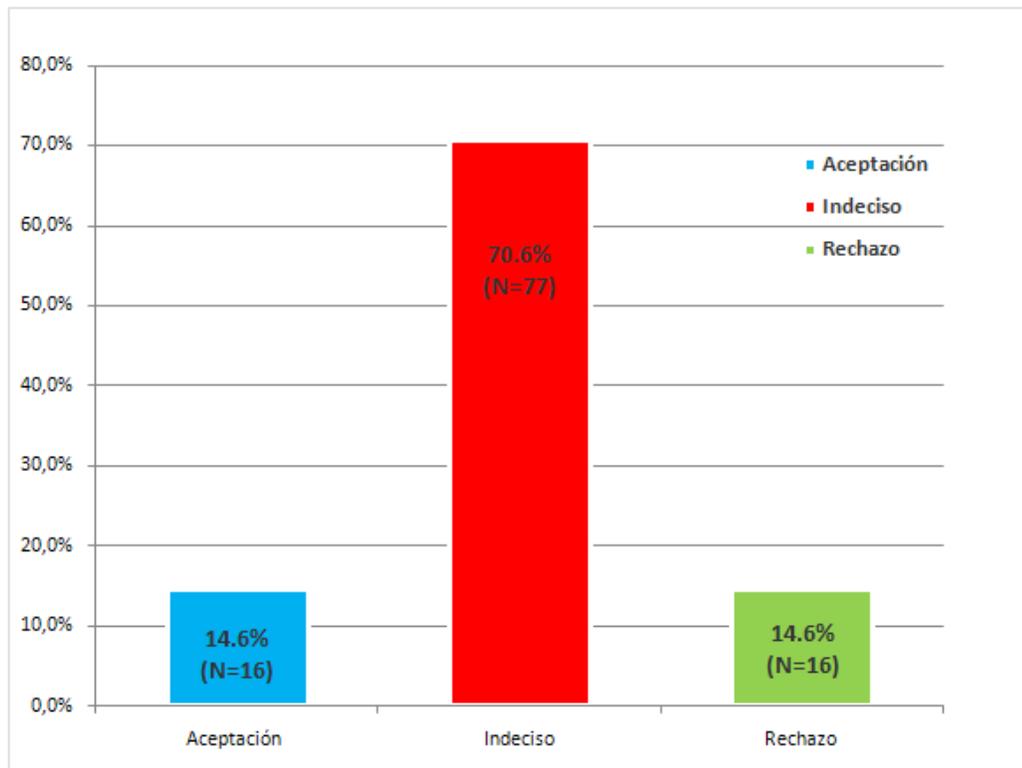


Fuente: Encuesta 109 estudiantes 5to año de Medicina Humana, UNMSM, Febrero 2016

4.1.3 Actitudes

En la fig 7. Se observa respecto a las actitudes que el nivel de actitud de aceptación fue 14.6% (N=16), el nivel de actitud de indecisión fue 70.6%(N=77) y el nivel de actitud de rechazo fue 14.6 % (N=16).

Figura 7. ACTITUDES ACERCA DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA DE LOS ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE MEDICINA DE LA UNMSM, FEBRERO ,2016.



Fuente: Encuesta 109 estudiantes 5to año de Medicina Humana, UNMSM, Febrero 2016

**Tabla 3. Conocimiento sobre la definición , indicación y
 contraindicación anticoncepcion oral de emergencia**

Conocimientos sobre la AOE	CORRECTO		INCORRECTO	
	N	%	N	%
Concepto de AOE	95	87,1	14	12,8
Indicación de la AOE	100	91,7	9	8,2
Contraindicación de la AOE	47	43,1	62	56,9

Fuente: Encuesta 109 estudiantes 5to año de Medicina Humana, UNMSM, Febrero 2016

De la tabla 3 se observa sobre los conocimientos acerca del concepto de la AOE 87.1% (N=95) conoce ,sobre las situaciones en que se indica 97.1% (N=100) conoce , y sobre las contraindicaciones 43.1%(N=47) conoce que de las alternativas ninguna era .

Tabla 4 .Conocimiento sobre el método Yuzpe

Conocimientos sobre el método de Yuzpe	CORRECTO		INCORRECTO	
	N	%	N	%
Mecanismo de acción del método de Yuzpe	18	16,5	91	83,5
Composición del método de Yuzpe	58	53,2	51	46,8
Dosificación del método de Yuzpe	54	49,5	55	50,5
Administración del método de Yuzpe	46	42,2	63	57,7
Eficacia del método Yuzpe	43	39,4	66	60,6
Efectos secundarios del método Yuzpe	39	35,7	70	64,2

Fuente: Encuesta 109 estudiantes 5to año de Medicina Humana, UNMSM, Febrero 2016

Respecto al método Yuzpe , sobre su composición, el 53.2%(N=58) lo sabe.

Respecto al mecanismo de acción del método Yuzpe ,el 16.5% (N=18) lo conoce .

Respecto a la dosificación del método Yuzpe el 49.5% (N=54) lo conocen .

Acerca de cómo se admistra el método Yuzpe, el 42.2% (N=46) conoce el método.

Sobre la eficacia del método Yuzpe el 39.4% (N= 43) lo conoce.

Respecto a los efectos secundarios del método Yuzpe el 35.7% (N=39) los conocen .

Tabla 5 . Conocimiento del método con levonorgestrel .

Conocimientos sobre el método con levonorgestrel	CORRECTO		INCORRECTO	
	N	%	N	%
Mecanismo de acción del método con levonorgestrel	38	34,9	71	65,1
Dosis del método con levonorgestrel	52	47,7	57	52,3
Administración el método con levonorgestrel	60	55	49	45
Eficacia del método con levonorgestrel.	56	51,3	53	48,6
Efectos secundarios del levonorgestrel	26	23,8	83	76,1

Fuente: Encuesta 109 estudiantes 5to año de Medicina Humana, UNMSM, Febrero 2016

De la tabla 5. Se observa respecto al mecanismo de acción del método con levonorgestrel 34.8% (N=38) los conoce .

Respecto a la dosificación del método con levonorgestrel ,el 47.7% (N=52) sabe su dosificación .

Acerca de cómo se admistra el método con levonorgestrel ,el 55% (N=60) sabe cómo se administra .

Sobre la eficacia del método con levonorgestrel , el 51.3% (N=56) sabe su eficacia.

Respecto a los efectos secundarios del método con levonorgestrel, el 23.8% (N=26) saben sus efectos.

Tabla 6. Anticonceptivos orales de emergencia aprobados en el país

Que AOE está aprobado en el país	CORRECTO		INCORRECTO	
	N	%	N	%
levonorgestrel aprobado en Perú	80	73,3	29	26,6

Fuente: Encuesta 109 estudiantes 5to año de Medicina Humana, UNMSM, Febrero 2016

De la tabla 6. Sobre que AOE están aprobados en el país, el 73.3% (N=80) conoce que el levonorgestrel está aprobado en el Perú

Tabla 7. Actitudes respecto al componente cognitivo sobre la AOE

Actitudes respecto a la AOE	Acuerdo		Indeciso		Desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%
1. La AOE es abortiva	25	22,9	18	16,5	66	60,5
2. La AOE protege contra las ITS, incluyendo el VIH/SIDA.	1	0,9	4	3,6	104	95,4
3. La menstruación ocurre inmediatamente después de ser tomadas.	6	5,5	41	37,6	62	56,8
4. Su efectividad disminuye, si es usado como método regular.	78	71,5	20	18,3	11	10
5. La AOE puede dañar al embrión si la mujer ya está embarazada.	41	37,6	34	31,1	34	31,1
6. No se debe brindar AOE porque interfiere con la implantación.	28	25,6	29	26,6	52	47,7

Fuente: Encuesta 109 estudiantes 5to año de Medicina Humana, UNMSM, Febrero 2016

De la tabla 7. Acerca de la idea si la anticoncepción oral de emergencia es abortiva fue del 22.9% en los estudiantes de 5to año de Medicina Humana.

El 0.92 % de los estudiantes cree que la anticoncepción oral de emergencia da protección contra las ITS/Sida.

Sobre el uso de la anticoncepción oral de emergencia ocasionará la menstruación inmediatamente una vez ingerida se obtuvo que 5.5 % está de acuerdo.

Respecto a la efectividad de la anticoncepción oral de emergencia disminuye si se usa como método regular se obtuvo que 71.5 % de los estudiantes tiene esa postura.

Con relación a que si la AOE puede dañar al embrión si la mujer ya está embarazada el 37.6% de los estudiantes creen que dañaría al embrión.

Respecto a si interfiere los anticonceptivos orales de emergencia con la implantación se encontró un 25.7% de los estudiantes de Medicina cree que si interfiere.

Tabla 8. Actitudes acerca del componente afectivo sobre la AOE

Actitudes respecto a la AOE	Acuerdo		Indeciso		Desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%
7. Siento rechazo por las personas que toman AOE para prevenir un embarazo.	1	0,9	20	18,3	88	80,7
8. Si alguna vez recetara AOE, tendría sentimientos de culpa.	9	8,2	19	17,4	81	74,3

Fuente: Encuesta 109 estudiantes 5to año de Medicina Humana, UNMSM, Febrero 2016

De la tabla 8. En referencia al rechazo que sentirían los estudiantes de medicina a las personas que lo consumen para evitar un embarazo el 0.92 % sentiría rechazo.

Respecto a si alguna vez recetara AOE tendrá sentimientos de culpa 8.2% estuvo de acuerdo.

Tabla 9. Actitudes acerca del componente conductual sobre la AOE

Actitudes respecto a la AOE	Acuerdo		Indeciso		Desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%
9. Si brindo información sobre la AOE a los adolescentes, incentivo las relaciones sexuales entre ellos.	7	6,4	12	11	90	82,5
10. Si prescribo la AOE, las usuarias lo usarán de manera indiscriminada.	9	8,2	51	46,7	49	44,9
11. Si promuevo el uso de la AOE disminuirá el uso de métodos anticonceptivos de uso regular.	25	22,9	32	29,3	52	47,7

Fuente: Encuesta 109 estudiantes 5to año de Medicina Humana, UNMSM, Febrero 2016

De la tabla 9. Sobre la información de la anticoncepción oral de emergencia a los adolescentes fomentara actividad sexual entre ellos se obtuvo que un 6.42 % de los estudiantes lo cree.

Respecto a la promoción del uso de la AOE disminuirá el uso de métodos anticonceptivos de uso regular se obtuvo el 22.9 % de los estudiantes está de acuerdo.

4.2 DISCUSIÓN

En este estudio el 81.6 % de los estudiantes de 5to año la mayor parte presentan desconocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia ya que su conocimiento es mediano y bajo, esto en cierta forma coincide con los estudios realizados (4, 17, 30, 31,34).

Tapia Curiel (2008) encontró en universitarios, que la totalidad ha escuchado sobre la Anticoncepción de emergencia y apenas la mitad conoce su uso correcto (4).

Ramírez .A en estudiantes universitarios del área de salud, encontró que la mayor parte de universitarios tiene un bajo conocimiento sobre el uso de la pastilla del día siguiente (30).

En Trinidad y Tobago B .Parey (2010) realizada en estudiantes universitarios halló un bajo porcentaje de estudiantes con un alto nivel de conocimiento (31).

En Perú, Nolasco. Ch (2015), obtuvo un mayor porcentaje de conocimiento medio en internos de Medicina (34).

Respecto a la actitudes, los estudiantes de 5to año de Medicina Humana presentó un 14.68 % de aceptación hacia la anticoncepción oral de emergencia en comparación con una cuarta parte que mostró actitudes no favorables hacia la anticoncepción de emergencia en estudiantes universitarios (4).

También contrasta con el estudio de B Parey y cols .En el que la actitud general hacia las píldoras anticonceptivas de emergencia era positiva (31).

También es menor la actitud de aceptación en comparación con el estudio de Kely (2014) realizado en Perú en el que la actitud favorable se determinó en 58,14 % de estudiantes universitarios (33).

Por otro lado el estudio realizado en Perú, Nolasco. Ch (2015), se realizó a internos de Medicina. La actitud predominante fue la indecisión en 54 de los encuestados (58,7%) y sólo el 19,6% tienen una actitud de aceptación hacia la AOE (34).

En esta investigación, el 91.7 % de los estudiantes de 5to año de Medicina Humana conoce los casos en que se indica la anticoncepción oral de emergencia en comparación con el 81,5% en el estudio que se realizó en los internos de Medicina (34), y en comparación con el 99% de los estudiantes de Obstetricia (17).

Respecto a las situaciones en la que se indica la AOE, el estudio de Lituma en Ecuador mostró que el 45.7% de los participantes conocen que se indica en caso de violación y 54.1% en casos de relaciones (28).

Con respecto al conocimiento sobre la administración del método Yuzpe se obtuvo 42.2 % que es menor si se compara con el 62 % obtenido en internos de Medicina y de solo levonorgestrel un 55% que es casi similar al 56.5% de los internos de Medicina (34).

Respecto al conocimiento acerca del mecanismo de acción de los métodos en esta investigación se encontró que el 16.5 % conoce el mecanismo del método Yuzpe, en comparación con el 22.8% de los internos de Medicina en Lima y con respecto al mecanismo de acción del levonorgestrel el 34.8% conoce su mecanismo a diferencia del 28.3 % de los internos de Medicina también en Lima (34).

Con respecto a la contraindicación de la AOE, en nuestro estudio el porcentaje fue el 43.1% que es menor comparado con los internos de Medicina en Lima que fue del 51.1% (34).

También con respecto al conocimiento de la dosificación del método Yuzpe se obtuvo 49.5% comparado con el 43.5% de internos de Medicina pero el conocimiento sobre la dosificación del levonorgestrel se obtuvo 47.7% que es menor al 57.7% de internos de Medicina (34). Ambos estudios con respecto a la dosificación es menor comparada a la de México en estudiantes de áreas de la salud que fue del 92 % (30).

Respecto al conocimiento sobre la eficacia del método Yuzpe se obtuvo el 34.4% menor al 54.3% de los internos de Medicina, aunque la eficacia del método usando levonorgestrel se obtuvo 51.3% acercándose al 55.4% de los internos de Medicina (34).

Respecto al conocimiento sobre los efectos secundarios del método Yuzpe se obtuvo 35.7% siendo menor respecto a los internos de Medicina que fue 57.6% siendo menor también los conocimientos de los efectos secundarios sobre el levonorgestrel en nuestro estudio que fue del 23.8% comparado al 55.4 % respecto a los internos (34). También es menor el conocimiento de los efectos adversos en estudiantes universitarios del área de salud en México que fue del 32 %(30).

El 73.3% de los estudiantes de 5to año de Medicina Humana conoce que el levonorgestrel es uno de los anticonceptivos orales de emergencia que tiene aprobación en Perú en comparación con el 82,6% de los internos de Medicina (34).

Acerca de la idea si la anticoncepción oral de emergencia es abortiva fue del 22.9% casi similar al estudio realizado en internos de Medicina (34) coincide con la literatura ya que incluso en el 31,0% de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao - consideró que tiene un efecto abortivo (32).

Resultado similar se encuentra en otro estudio en México en el que los argumentos para respaldar la no aceptación principalmente se relacionaron con una concepción de la AE como método potencialmente abortivo (4).

Similar resultado se obtuvo en Colombia ya que el 35% consideraba que al ser utilizadas produciría aborto (29). A pesar de que no hay sustento alguno de que una vez implantado el blastocisto, se altere el embarazo (53-56).

Se encontró que solo el 0.92 % de los estudiantes tiene la idea errada de que la anticoncepción oral de emergencia da protección contra las ITS/Sida siendo esta menor que la encontrada en internos de Medicina que fue del 2.2%(34) y en estudiantes de Colombia que fue del 2%(29). También difiere del 38.6% que se encontró en los estudiantes de Trinidad y Tobago (31).

Con relación a que si la AOE puede dañar al embrión si la mujer ya está embarazada. En este estudio se encontró que el 37.6% de los estudiantes creen que dañaría al embrión, casi similar resultado se encontró en el 34.8% de los internos de Medicina (34) en Colombia el 29% de los estudiantes universitarios en áreas de salud creen que se presentarían malformaciones fetales (29).

Respecto a si interfiere los anticonceptivos orales de emergencia con la implantación se encontró un 25.7 de los estudiantes de Medicina cree que si interfiere comparado con el 32.6 % de los internos de Medicina (34).

En este estudio, el 8.2% de los estudiantes de Medicina con respecto a la prescripción de la anticoncepción oral de emergencia cree que las usuarias le darán uso indiscriminado, este porcentaje es menor que el 26.1% de los internos de Medicina (34). También es menor según el 33.5% de estudiantes universitarios de Trinidad y Tobago creen que Incentivara un comportamiento irresponsable (31).

En referencia al rechazo que sentirían los estudiantes de Medicina a las personas que lo consumen para evitar un embarazo se encontró solo el 0.92% comparado con el 6.5 % de los internos de Medicina (34).

En esta investigación sobre la información de la anticoncepción oral de emergencia a los adolescentes fomentara actividad sexual entre ellos se obtuvo 6.42% en los estudiantes de Medicina comparado con el 10.9 % de los internos de Medicina (34).

Respecto a la promoción del uso de la AOE disminuirá el uso de métodos anticonceptivos de uso regular se obtuvo en nuestro estudio el 22.9 % casi similar al 23,9% de los internos de Medicina (34) y difiere del 17% que dejo de utilizar su método rutinario por utilizar la anticoncepción hormonal de emergencia en estudiantes de Colombia (29).

En nuestro estudio respecto a la efectividad de la anticoncepción oral de emergencia disminuye si se usa como método regular se obtuvo 71 .5 % diferencia del 21.7 % que se halló en de internos de Medicina (34).

CAPITULO V

5.1 Conclusiones

De los 109 integrantes del estudio la edad promedio fue 23 años , el sexo masculino predominio ligero del 55.9 % , el estado civil mayoritariamente soltero con 96.3% y sobre sus creencias religiosas la mayoría 67.8 % refería a la religión Católica .

Existe un porcentaje alto de estudiantes de Medicina de 5to año, el 81.6 % que presenta conocimiento bajo y medio acerca de la anticoncepción oral de emergencia.

Los conocimientos que tienen los estudiantes de Medicina de 5to son mayores respecto a la definición, e indicación de los anticonceptivos orales de emergencia, pero desconocen mayormente el mecanismo de acción y los efectos secundarios.

Hay un mayor porcentaje 70.6% de actitud de indecisión respecto a la anticoncepción oral de emergencia, mayormente opinan que la anticoncepción oral de emergencia si se reemplaza como método regular disminuye su efectividad y que no ofrecen protección contra las ITS/VIH y no sentirían rechazo por las personas que los consumen.

5.2 Recomendaciones

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos debería brindar mayor asesoría respecto a los anticonceptivos orales de emergencia ya que el estudiante de Medicina Humana debería tener los conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia incluso desde el primer año de carrera.

Una vez que los estudiantes de Medicina Humana adquieran mayor conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia no tendrán actitudes de indecisión respecto a ese método.

Realizar estudios en estudiantes de Medicina Humana en varios años académicos ya que en nuestro país cuenta con pocos estudios y no se puede concluir sobre toda la población de estudiantes.

Referencias Bibliográficas

1. Gómez PI, Gaitán H. DIU como anticonceptivo de emergencia: Conocimientos, actitudes y prácticas en proveedores de salud latinoamericanos. Encuesta. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005; 55(4): 261-266.
2. Gómez PI. Autonomía de los cuerpos, anticoncepción una herramienta. Bogotá D.C.: Publimpacto; 2007. ISBN: 978-958-44-1704-6.
3. Conserjería de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Anticoncepción postcoital [en línea]. Boletín Red Centinela nº11 1999. Editado el 20 de enero de 2000. <<http://dgsp.san.gva.es/SSCC/Epidemiología/CENTINELAS/RCS99/BOLCEN11.htm>> [Consulta: 25 jul. 2000].
4. Tapia- Curiel y cols. Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios, 2008. México. [citado 2. 07.14] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im081f.pdf>
5. Rojas J y cols. “Nivel de conocimientos y actitudes hacia las píldoras anticonceptivas de emergencia en los médicos ginecoobstetras y obstetras del Instituto Materno Perinatal de Lima Metropolitana Abril - Julio 2003” CIMEL, 2005; 10(1): 29-40.
6. Lugones BM., Ramírez BM. “Anticoncepción de emergencia en la adolescencia”. Rev. Cubana Pediatr. 2006; 78 (2): 1 – 6.
7. Galvao L. Díaz J. Díaz M. Osis M. Clark S. Ellertson C. Anticoncepción de emergencia: Conocimiento, actitudes y prácticas de los Gineco-obstetras del Brasil. Perspectivas Internacionales en planificación familiar 2005. Fecha de acceso: 22 de Febrero del 2011; Edición especial 2-6. Disponible en: <http://alangutmacherinstitute.net/pubs/journals/2600200S.pdf>
8. Ferrando D. Aborto clandestino en el Perú: Hechos y cifras. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Lima: Pathfinder Internacional; 2002.
9. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, DEMUS. Exigencias al gobierno peruano: seis acciones urgentes para reducir la mortalidad materna y el aborto inseguro. 2002. http://www.mujeresenred.net/print.php?id_article=182 . (Fecha de acceso Enero 2006).

10. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2008 [base de datos en internet] Perú: 2008 [fecha de acceso 14 de diciembre de 2012]. Disponible en:
<http://desa.inei.gob.pe/endes/endes2007/5.%20Planificaci%C3%B3n%20Familiar/5.1%20Conocimiento%20de%20M%C3%A9todos.html>
11. Organización Mundial de la Salud. Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP). PNUD, UNFPA, OMS, Banco Mundial. Boletín Informativo. Marzo/Octubre 2005.
12. Casanova FJ, Iglesias AE, Alemán PE. Anticoncepción de emergencia. *Medicentro Electrónica* 2003;7(2):1-10.
13. Trussell J, Rodríguez G, Ellertson C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1999; 59:147-151.
14. Glasier A, Bair D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1998;339(1):1-4.
15. García MR, Ley RA, Riverón CA, Gallego RJ. Anticoncepción de emergencia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002;18(4):278-280.
16. Antúnez R.J.A. Zurita M.G. Antúnez R.P.F. Antúnez R.A.I. Ruiz R.N.L. Conocimiento sobre el manejo de las pastillas del día siguiente en estudiantes del área de la salud. *Rev. CONAMED*. Octubre-Diciembre. 2009. (Citado 28 de febrero del 2011) Vol.14, no 4 p.17-22.
17. Cerrón L, Mendoza V. Conocimientos y actitudes sobre el anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de la escuela académico profesional de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. [tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2012.
18. Rocha-Galván E, Otero-Flores JB. Métodos anticonceptivos. Anticoncepción hormonal poscoito. *A tu Salud* 2004;(6):72-75.
19. Schiappacasse V. Antecedentes y situación actual de la anticoncepción de emergencia en Chile. Santiago, Chile; 2002. Disponible en <http://www.anticoncepciondeemergencia.cl/word/antecedentes.doc> Consultada el 23 de octubre de 2004.
20. Profesionales Sanitarios NorLevo. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. Evolución de la anticoncepción de emergencia. Disponible en <http://www.sec.es/publicaciones/guiaanticon/guia.php> Sociedad Española de Contracepción. Contracepción: Contracepción de

emergencia/Poscoital. Consultada el 19 de octubre de 2004.

21. Ellertson Ch. Historia y eficacia de la anticoncepción de emergencia. Nueva York, USA: Population Council; 1997.
22. Mora-Ramírez G. Políticas y programas de salud reproductiva: Papel de OPS/OMS. En: UNFPA . Memorias de la Reunión Regional sobre Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe Cancún México 1995. México: UNFPA; 1996. p. 257-264.
23. Glassier A . Implantable contraceptives for women ; effectiveness, discontinuation rates , returns of fertility , and outcome of pregnancies. *Contraception* 2002;65 :29-37
24. Bailón ME, Arribas ML. La píldora del día después: una segunda oportunidad. *Aten Primaria* 2002;29(7):430-432
25. Vergara CJ, López-Guerrero A, López LF. Anticoncepción de emergencia: perfil de la usuaria en servicios de urgencias de atención primaria. *Aten Primaria* 2004;34(6):279-285.
26. Walker DM, Torres P, Gutiérrez JP, Flemming K, Bertozzi S. Emergency contraception use is correlated with increased condom use among adolescents: results from Mexico. *J Adolesc Health* 2004; (35):329-334.
27. Consulta Mitofsky. La píldora del día siguiente. Encuesta de opinión en viviendas. Marzo 2004. Disponible en <http://www.consulta.com.mx> Consultada el 15 -12- 2004.
28. LITUMA, C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes escolarizados de la ciudad de Cuenca, 2014
29. Gómez Sánchez Pio. Arguello G., Cáceres V., Gutiérrez A., Rodríguez R. Rojas M., Torres B. (2008) Colombia. Anticoncepción de emergencia hormonal: conocimientos, actitudes y prácticas. 2008. [citado 21.08.14] Disponible en: http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/48044.
30. Ramírez Antúnez Ángel, Guillermo Muñoz Zurita, Félix Patricia Ramírez Antúnez. Conocimientos sobre el manejo de la pastilla del día siguiente en estudiantes universitarios del área de salud. 2014. [citado 11.08.14] Disponible en: [file:///C:/Users/Marcelo/Downloads/Dialnet Conocimiento Sobre El Manejo De Las Pastillas Del Dia Sigui-3632037.pdf](file:///C:/Users/Marcelo/Downloads/Dialnet%20Conocimiento%20Sobre%20El%20Manejo%20De%20Las%20Pastillas%20Del%20Dia%20Sigui-3632037.pdf)

31. Parey, B. Conocimientos, actitudes y práctica de las píldoras anticonceptivas de emergencia entre estudiantes de nivel terciario en Trinidad. *West Indian Med. J.* 2010, vol.59, n.6, pp. 650-655.
32. Romero y cols. Conocimientos y actitudes de médicos ginecoobstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia. *Revista Médica Herediana.* 2007; 18(2), 92-99
33. Salinas, Kely. Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman. Tacna Perú. 2014. [accedido el 10.12.14] Disponible en: <https://prezi.com/vhmcytgygwae/conocimientos-y-actitudes-sobre-anticoncepcion-oral-de-emerg/>
34. Nolasco F. Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en internos de medicina humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Febrero Perú 2015.
35. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2ª edición. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/spr/> [consultado el 2-11-2005]
36. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar MS. *Contraceptive technology.* 20th ed rev. New York: Ardent Media. 2011.
37. Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: A systematic review of 35 years of experience. *Hum Reprod* 27(7):1994–2000. 2012.
38. Defensoría del Pueblo, Informe Defensorial N° 78, Anticoncepción oral de emergencia, Lima, 2003, p. 21.
39. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, Profamilia, “La anticoncepción de emergencia en Colombia”, en *La anticoncepción de emergencia es un derecho*, Profamilia, Espacio 4 Libre, Colombia, 2005, p. 25.
40. Coeytaux F, Pillsbury B. “Bringing emergency contraception to American women: the history and remaining challenges”. *Womens Health Issues*, 2001; 11(2): 80 – 86.
41. Schiavon ER. “Anticoncepcion de emergencia: de viejo secreto a derecho sexual y reproductivo”. *Perinatol. Reproduc. Hum.*, 2003; 17: 245 – 254.

42. Ricardo S-FF., Melian SC., Valon RO., Reinoso OS., Garcia AE. "Anticoncepción de emergencia" [artículo en línea]. MEDISAN 2006; 10(1) <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san10106.htm> [2 de febrero de 2009].
43. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. La anticoncepción oral de emergencia: el debate legal en América Latina / Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José, C.R.: IIDH, 2008 146 p.
44. Schiavon R. "Adolescentes y anticoncepción de emergencia". Gac. Med. Mex. 2006; 142(2): 111 – 116.
45. Anticoncepción de emergencia [biblioteca virtual en línea] <<http://www.vidahumana.org/temas/abortivos.html>> [consulta: 20 septiembre 2005].
46. Speroff Leon, Darney Philip D. Injectable contraception. In: Speroff Leon, Darney Philip D, eds. A Clinical Guide for Contraception. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005: 201-220.
47. Trussell, J., & Raymond, E. G. (2011). Emergency contraception: A last chance to prevent unintended pregnancy. Retrieved 29/04, 2011, from <http://ec.princeton.edu/questions/ecreview.pdf>
48. Association of Reproductive Health Professionals. Reproductive Health [en línea]: An Update. Emergency Contraception Update. Clinical Proceedings (electronic edition) August 2000. <<http://www.arhp.org/updateframe.html>> [Consulta: 21 mar. 2001].
49. Gy. Bártfai. Emergency contraception in clinical practice: global perspectives. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2000; 70: 49-58.
50. Área científica de la Sociedad Española de Contracepción. (2010). Manuales SEC. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. Retrieved 29/04, 2011, from http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/anticoncepcion_emergencia/index.php
51. Croxatto H, Ortiz ME. Mecanismo de acción del levonorgestrel en la anticoncepción de emergencia. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004; 69 (2): 157-162.
52. Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia (ICEC). Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Declaración sobre el mecanismo de acción de la píldora anticonceptiva de emergencia (Octubre de 2008). Consultado en línea el 17 de mayo de 2009 en: http://www.flasog.org/uploads/TBL_DOCTOS_3_1_54.pdf.

53. Gómez PI. Anticoncepción de emergencia. En: Obstetricia y ginecología. Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 1ra. Edición. Distribuna. 2004: 844-847.
54. Croxatto H, Ortiz ME. Mecanismo de acción del levonorgestrel en la anticoncepción de emergencia. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004; 69 (2): 157-162.
55. Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia (ICEC). Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Declaración sobre el mecanismo de acción de la píldora anticonceptiva de emergencia (Octubre de 2008). Consultado en línea el 17 de mayo de 2009 en: http://www.flasog.org/uploads/TBL_DOCTOS_3_1_54.pdf.
56. Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2006;108:1089-97.
57. Fine P, Mathé H, Ginde S, et al. Ulipristal acetate taken 48-120 hours after intercourse for emergency contraception. Obstet Gynecol. 2010;115:257-63.
58. Wanner MS, Couchenour RL. "Hormonal emergency contraception". Pharmacotherapy, 2002; 22(1): 43 – 53.
59. Lugones BM., Ramirez BM. "Anticoncepcion de emergencia en la adolescencia". Rev. Cubana Pediatr. 2006; 78 (2): 1 – 6.
60. "Píldoras Anticonceptivas de Emergencia: Seguras y Eficaces, Pero Poco Usadas" Program for Appropriate Technology in Health (PATH) Volumen 14, Numero 2 Abril 1997. 1 – 8.
61. Monterrosa CA, MD. "Anticoncepcion de emergencia: .Como, cuando y con que? Med. UNAB Abril de 2006 Vol. 9 Numero1;45–50.
62. Martin A. "La anticoncepcion de emergencia en America Latina y el Caribe". Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health 2004;16(6),424–431.
63. Durand M, Del Carmen Cravioto M, Raymond EG, et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. Contraception. 2001;64(4):227–34.
64. Durand M, Koistinen R, Chirinos M, et al. Hormonal evaluation and midcycle detection of intrauterine glycodeclin in women treated with levonorgestrel as in emergency contraception. *Contraception*. 2010;82(6):526–33.

65. Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B, Danielsson KG. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: Mechanism of action. *Obstet Gynecol.* 2002;100(1):65-71.
66. Müller AL, Lladós CM, Croxatto HB. Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat. *Contraception.* 2003;67(5):415–9.
67. Ortiz ME, Ortiz RE, Fuentes MA, Parraguez VH, Croxatto HB. Postcoital administration of levonorgestrel does not interfere with postfertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. *Hum Reprod.* 2004;19(6): 1352–6.
68. Brache V, Cochon L, Jesam C, et al. Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Hum Reprod.* 2010; 25:2256–2263. [PubMed: 20634186].
69. Levy DP, Jager M, Kapp N, et al. Ulipristal acetate for emergency contraception: Postmarketing experience after use by more than 1 million women. *Contraception.* 2014
70. World Health Organization (WHO, 1999b). Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomized trial. *Lancet* 1999; 353:697-702
71. Silvestre L, Dubois C, Renault M, Rezvani Y, Baulieu E-E, Ulmann A. Voluntary interruption of pregnancy with mifepristone (RU 486) and a prostaglandin analogue. *N Engl J Med.* 1990;322(10):645–8.
72. Rodger M, Baird D. Induction of therapeutic abortion in early pregnancy with mifepristone in combination with prostaglandin pessary. *Lancet.* 1987;2(8573):1415–8.
73. Pack Chung H. Emergency contraception: methods and efficacy. Queen Mary Hospital Hong Kong: University of Hong Kong, 2000.
74. MINSAs (2005). Norma Técnica de Planificación Familiar. Anticoncepción de Emergencia Pág 77.
75. BUNGE, Mario “La ciencia, su métodos y su filosofía”. Buenos Aires. Ed. Siglo XX, 1971. Pág. 46-48.
76. Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires, Argentina: Huemul; 1979.

ANEXO 2

CUESTIONARIO

Soy estudiante de la E.A.P de Medicina Humana de la UNMSM a continuación hay algunas preguntas que ayudarán a desarrollar un trabajo de investigación titulado “Conocimientos y Actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de 5to año de Medicina Humana de la UNMSM, Febrero 2016” que tiene como objetivo general determinar el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la anticoncepción oral de emergencia. Agradezco de antemano su sinceridad, paciencia y veracidad en los datos brindados al responder esta entrevista.

INSTRUCCIONES:

A continuación se entrega una lista de datos generales y de enunciados que deberá leer cada uno cuidadosamente para luego proceder a completar con letra legible los espacios en blanco y marcar con un aspa(X) la respuesta que usted crea conveniente que es la correcta.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Género

- a. Varón b. Mujer

2. Edad _____ años

3. Estado Civil

- a. Soltero b. Casado c. Conviviente d. Divorciado e. Viudo

4. Religión

- a. Católico b. Evangélico c. Ateo d. Otros(especificar)_____

5. Año de estudio

- a. 1ro b. 2do c.3er d.4to e. Otros(especificar)_____

II. ÁREA DE CONOCIMIENTOS

1. Defina correctamente el concepto de anticoncepción oral de emergencia

(AOE):

- a. Es un método anticonceptivo de barrera
- b. Es un método para prevenir el embarazo de uso regular
- c. Es un método postcoital que se usa en cada relación sexual a la mañana siguiente
- d. Es un método para prevenir el embarazo cuando se ha tenido relaciones sexuales sin protección

2. ¿En qué casos se indicaría el uso de la AOE?

- a. En caso de violación
- b. En caso de ruptura de preservativo
- c. En caso de tener relación sexual sin protección
- d. Todas las anteriores

3. ¿Cuál de las respuestas es correcta sobre las contraindicaciones de la AOE?

- a. Está contraindicado porque puede producir malformaciones congénitas
- b. Está contraindicada en la gestante porque interrumpe el embarazo
- c. Está contraindicada porque su uso rutinario produce esterilidad
- d. Ninguna de las anteriores

4. Con respecto al mecanismo de acción del método de Yuzpe. ¿Cuál es la alternativa correcta?

- a. Inhibe la ovulación
- b. No altera el moco cervical
- c. Interrumpe la implantación
- d. Todas

5. ¿Cuál es la composición del método de Yuzpe?

- a. Levonorgestrel
- b. Etinilestradiol
- c. Etinilestradiol y levonorgestrel
- d. Ninguna de las anteriores

6. ¿Cuál de las siguientes dosis se usa en cada toma con el método de Yuzpe?

- a. 0,5mg de levonorgestrel
- b. 100 mcg de etinilestradiol
- c. 100 mcg de etinilestradiol-0,5mg de levonorgestrel
- d. Ninguna de las anteriores

7. ¿Cómo se administra el método de Yuzpe?

- a. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 6 horas después de la inicial.
- b. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 24 horas después de la inicial.
- c. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito , seguida por una segunda dosis 12 horas después de la inicial
- d. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito , seguida por una segunda dosis 18 horas después de la inicial

8. Con respecto a la eficacia del método Yuzpe ¿Cuál es la alternativa correcta?

- a. 75% b. 95% c. 20% d. Ninguna de las anteriores

9. Respecto a los efectos secundarios del método Yuzpe. ¿Cuál es la alternativa correcta?

- a. Irregularidad menstrual b. Tensión mamaria c. Fatiga d. Todas

10. Con respecto al mecanismo de acción del método de levonorgestrel ¿Cuál es la alternativa correcta?

- a. Inhibe la ovulación
- b. Disminuye la motilidad de los hilios de la trompa de Falopio
- c. Aumenta el pH del fluido uterino
- d. Todas

11. ¿Cuál de las siguientes dosis se usa en cada toma del método con lenonorgestrel?

- a. 75mg de levonorgestrel
- b. 0.75mg de levonorgestrel
- c. 0.75mcg de levonorgestrel
- d. Ninguna de las anteriores

12. Como se administra el método con levonorgestrel?

- a. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 6 horas después de la inicial.
- b. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 24 horas después de la inicial.
- c. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito , seguida por una segunda dosis 12 horas después de la inicial
- d. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito , seguida por una segunda dosis 18 horas después de la inicial

13. Con respecto a la eficacia del método con levonorgestrel. ¿Cuál es la alternativa correcta?

- a. 75% b. 95% c. 50% d. 100%

14. Respecto a los efectos secundarios del levonorgestrel. ¿Cuál es la alternativa correcta?

- a. Náuseas y fatiga
- b. Cardiopatías
- c. Tromboembolismo
- d. Ninguna de las anteriores

15. ¿Cuál de los siguientes métodos de anticoncepción oral de emergencia ha sido aprobada en el Perú?

- a. DIU b. Levonorgestrel c. Mifepristona d. Antiprogestágenos

ANEXO 3 ESCALA DE TIPO LICKERT

Estimado(a) estudiante le voy a presentar una serie de ITEMS que han sido elaborados con la finalidad de determinar las actitudes que tienen los estudiantes de Medicina Humana hacia los anticonceptivos orales de emergencia. Se le pide que responda con sinceridad

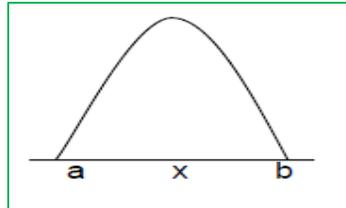
III. AREA DE ACTITUDES

INSTRUCCIONES: a continuación encontrarás una serie de preguntas con tres opciones de respuesta, con las cuales puedes estar en desacuerdo o no. Coloca un aspa (X) debajo de la columna:

ITEMS	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
1. La AOE es abortiva			
2. La AOE protege contra las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH/SIDA.			
3. La AOE siempre provoca la menstruación inmediatamente después de ser tomadas.			
4. Su efectividad disminuye, si es usado como método regular.			
5. La AOE puede dañar al embrión si la mujer ya está embarazada.			
6. No se debe brindar AOE porque interfiere con la implantación.			
7. Siento rechazo por las personas que toman AOE para prevenir un embarazo.			
8. Si alguna vez recetara AOE, tendría sentimientos de culpa.			
9. Si brindo información sobre la AOE a los adolescentes, incentivo las relaciones sexuales entre ellos.			
10. Si prescribo la AOE, las usuarias lo usarán de manera indiscriminada.			
11. Si promuevo el uso de la AOE disminuirá el uso de métodos anticonceptivos de uso regular.			

Anexo 4. APLICACIÓN DE LA ESCALA STANONES PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS EN LOS CONOCIMIENTOS

Para la clasificación del nivel de actitudes de las estudiantes se utilizó la comparación a través de la campana de Gauss con la constante 0.75 a través del siguiente procedimiento:



1. Cálculo de X media aritmética

$$X = 7.45$$

2. Cálculo la Desviación Estándar

$$DS = 2.51$$

3. Se establecieron valores para a y b

$$a = X - 0.75(DS);$$

$$b = X + 0.75(DS)$$

$$a = 7.45 - 0.75 (2.51)$$

$$b = 7.45 + 0.75 (2.51)$$

$$a = 5.56$$

$$b = 9.33$$

$$a = 6.$$

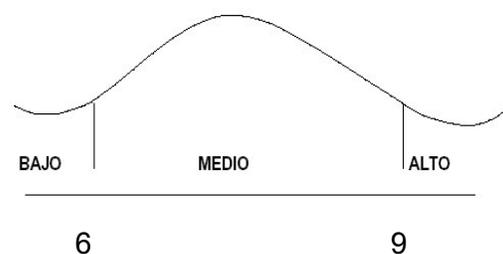
$$b = 9.$$

CATEGORIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO:

Nivel de Conocimiento Bajo: 0-5

Nivel de Conocimiento Medio: 6-9

Nivel de Conocimiento Alto: 10-15

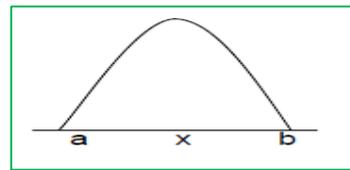


**Anexo 5. APLICACIÓN DE LA FORMULA STANONES PARA LA
OBTENCIÓN
DE INTERVALOS EN LAS ACTITUDES**

Para la clasificación del nivel de actitudes de las estudiantes se utilizó la comparación a través de la campana de Gauss con la constante 0.75 a través del siguiente procedimiento:

1. Cálculo de X promedio

$$X = 27.44$$



2. Cálculo la Desviación Estándar

$$DS = 3.31.$$

3. Se establecieron valores para a y b

$$a = X - 0.75(DS)$$

$$b = X + 0.75(DS)$$

$$a = 27.44 - 0.75 (3.31)$$

$$b = 27.44 + 0.75 (3.31)$$

$$a = 24.96$$

$$b = 29.92$$

$$a = 25$$

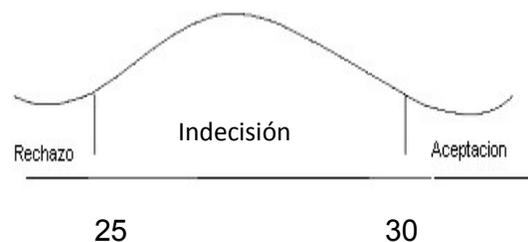
$$b = 30$$

CATEGORIZACIÓN DE LAS ACTITUDES:

Actitud de Rechazo: 11-24

Actitud de Indecisión: 25-30

Actitud de Aceptación: 31-33



Anexo 6. Base de datos codificada

numera	genera	edad	arteda	religión	étnico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
1	2	20	1	2	5	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	9																																				
2	1	21	1	1	5	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	7																																					
3	1	23	1	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1																																					
4	1	22	1	1	5	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3																																					
5	1	25	1	1	5	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	7																																				
6	1	29	1	1	5	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	4																																					
7	1	25	1	1	5	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	8																																					
8	1	23	1	1	5	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	8																																					
9	1	30	1	1	5	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	7																																					
10	2	25	1	4	5	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	10																																						
11	1	21	1	1	5	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6																																						
12	2	20	1	1	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4																																						
13	2	25	1	1	5	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	7																																						
14	1	22	1	1	5	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	9																																						
15	1	27	1	1	5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	7																																						
16	1	21	1	3	5	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	7																																						
17	1	22	1	4	5	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	9																																						
18	1	23	1	1	5	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	8																																						
19	1	24	1	1	5	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	6																																						
20	2	24	1	4	5	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	7																																						
21	2	26	1	1	5	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	9																																						
22	2	24	1	4	5	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12																																						
23	2	21	1	4	5	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	12																																						
24	1	25	1	1	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4																																						
25	1	21	1	2	5	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	7																																						
26	2	23	1	1	5	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	7																																						
27	1	21	1	1	5	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	7																																						
28	2	21	1	1	5	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	10																																						
29	2	23	1	1	5	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	7																																						
30	2	26	1	1	5	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	6																																						
31	2	25	1	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1																																						
32	1	21	1	4	5	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	11																																						
33	1	24	1	1	5	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	7																																						
34	2	20	1	1	5	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	9																																						
35	1	25	1	1	5	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	7																																						
36	1	26	1	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1																																						
37	1	22	1	1	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	5																																						
38	2	30	1	1	5	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	9																																						
39	1	24	1	1	5	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	10																																						
40	1	30	1	1	5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5																																							
41	2	26	1	1	5	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	6																																						
42	2	22	1	2	5	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	10																																						
43	2	24	1	1	5	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	5																																						
44	1	23	1	2	5	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	11																																						
45	1	23	1	1	5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	8																																						
46	1	22	1	3	5	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	7																																						
47	2	25	1	1	5	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	7																																						
48	2	23	1	1	5	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	7																																						
49	2	23	1	1	5	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	10																																						
50	2	20	1	1	5	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	7																																						
51	2	23	1	1	5	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	8																																						
52	2	22	1	1	5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4																																						
53	1	25	1	1	5	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	12																																						
54	1	26	1	1	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	7																																						

Aproq	punteja											
3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	30
3	3	3	3	1	2	1	1	3	2	1	23	
2	3	2	3	1	2	3	2	2	3	2	25	
2	3	3	3	1	3	3	2	3	2	3	28	
3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	1	28
1	3	3	3	1	1	3	3	2	3	3	26	
3	3	3	1	2	3	3	3	3	2	3	29	
3	3	2	3	1	1	3	3	3	2	3	27	
3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	29	
3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2	29	
3	3	2	2	1	1	3	3	3	3	3	27	
3	3	1	2	3	2	3	3	3	2	2	27	
1	2	3	1	2	1	2	2	3	3	2	22	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	
1	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	27	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	
3	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	30	
3	3	2	3	1	3	3	2	3	2	3	28	
3	3	3	1	1	2	3	3	3	3	1	26	
1	3	2	2	1	2	3	3	3	3	2	25	
1	3	2	2	1	3	3	3	2	1	2	23	
3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	29	
3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	32	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22	
3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	32	
1	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	25	
2	3	3	3	1	3	2	2	3	2	3	27	
2	2	2	2	2	3	2	1	2	3	2	23	
1	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	25	
3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	27	
3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	1	27	
3	3	1	3	2	1	3	3	3	3	3	28	
1	3	3	3	3	1	3	3	1	1	3	25	
2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	30	
3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	29	
3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	1	29	
1	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	28	
3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	32	
3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	31	
3	3	2	1	2	3	3	1	1	2	2	23	
1	3	3	1	1	1	3	2	2	1	1	19	
2	3	3	3	1	2	3	3	3	2	1	26	
1	2	1	2	3	2	2	1	3	2	1	20	
3	3	1	3	3	3	3	1	3	2	1	26	
3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	31	
1	3	3	3	1	2	2	3	3	2	3	26	
3	3	3	3	1	2	3	3	2	2	2	27	
3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	1	28	
3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	1	29	
3	3	1	3	1	2	3	3	3	3	3	28	
2	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	28	
1	3	3	3	1	2	2	3	3	2	3	26	
3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	1	29	
3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	36	

