

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE OBSTETRICIA

**Influencia del Nivel de Conocimiento sobre
Actitudes de las Obstetrices Acerca de los
Métodos Anticonceptivos Hormonales de
Emergencia en las Instituciones
Nacionales de Salud - Febrero 2005**

TESIS Para optar el Título Profesional de LICENCIADO EN OBSTETRICIA

AUTORES

Gino Mauricio Calvo Moreno,

César Martín Retuerto Lezama

ASESOR Mercedes Gonzáles Velasco

LIMA – PERÚ 2005

AGRADECIMIENTO

*NUESTRO MAS PROFUNDO AGRADECIMIENTO A NUESTROS PADRES
QUE NOS BRINDARON SU APOYO INCONDICIONAL DURANTE TODO
ESTE TIEMPO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS.*

*A NUESTRA ASESORA DRA MERCEDES GONZALES VELASCO POR SU
ORIENTACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO.*

*A LA LIC EN PSICOLOGIA MARITZA BAUTISTA CARRANZA QUE NOS
AYUDO A MEJORAR NUESTRA VISION RESPECTO AL CONOCIMIENTO Y
A LAS ACTITUDES.*

*AL ESTADISTICO Y PROGRAMADOR LUIS MIGUEL RIVADENEYRA POR SU
COLABORACION Y AYUDA EN LA SECCIÓN ESTADISTICA DEL TRABAJO*

Dedicatoria: A todos aquellos que colaboraron con nosotros en la realización de este trabajo, ya que con su valiosa ayuda nos facilitaron la realización de esta tesis.

INDICE

| | PAGINAS |
|---------------------------|----------------|
| RESUMEN | 5 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 18 |
| RESULTADOS | 22 |
| DISCUSIÓN | 52 |
| CONCLUSIONES | 56 |
| RECOMENDACIONES | 57 |
| BIBLIOGRAFIA | 59 |
| ANEXOS | 67 |

INFLUENCIA DEL CONOCIMIENTO SOBRE LAS ACTITUDES ACERCA DE LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE EMERGENCIA QUE TIENEN LAS OBSTETRICES EN LAS
INSTITUCIONES NACIONALES DE SALUD - FEBRERO 2005

RESUMEN

Objetivos: Determinar de que manera influye el nivel de conocimientos sobre las actitudes acerca de los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia (AHE) que tienen las obstetrices de los hospitales Arzobispo Loayza, Daniel Alcides Carrión e Instituto Especializado Materno Perinatal.

Métodos: El tipo y diseño de esta investigación es transversal, correlacional.

La muestra fue obtenida mediante un muestreo aleatorio estratificado proporcional, obteniéndose un total de 110 obstetrices, y en cada estrato fue de: Hospital Arzobispo Loayza (n =13), Hospital Daniel Alcides Carrión (n =15) e Instituto Especializado Materno Perinatal (n =82). Se utilizó un cuestionario estructurado que comprendía tres secciones en las que se incluían los datos generales, actitudes y los conocimientos. Se realizaron análisis bivariados para los cuales se utilizaron las pruebas estadísticas Chi cuadrado, Coeficiente r de Pearson, Coeficiente de contingencia de Pawlick, de regresión lineal y ANAVA (Análisis de varianza). Para la determinación del tipo de actitud se utilizó el método MEPAC (Método Ponderado de Asignación de Pesos de Acumulación Central) y para la agrupación de los niveles de conocimiento se utilizó el método de “recorrido de las mitades”.

Resultados: La relación entre la actitud y el conocimiento sobre la anticoncepción hormonal de emergencia es positiva con un r de Pearson de 0.22178. Del valor del coeficiente de regresión 0.50, podemos deducir que por cada puntaje de conocimiento hay una tendencia a que los puntajes obtenidos por las obstetrices reporten 0.5 puntos de incremento en los puntajes de actitudes

Para someter a prueba las frecuencias observadas en el Cuadro obtenido, se sometieron al chi cuadrado. A partir de los datos se obtuvo un $Ji^2 = 1.347$ con cuatro grados de libertad (GL). Al cual le esta asociado una probabilidad $p = 0.85335665$, se concluyo aceptar la H_0 (La actitud NO esta asociada al conocimiento). También se calculo el coeficiente de contingencia de Pawlik (CC), siendo este $CC = 13.47\%$, el cual corresponde a variables pobremente asociadas

El tipo de actitud que predomina en estas instituciones es la positiva con un 83.64% en contraste la actitud negativa tiene un 13.64%, el nivel de conocimiento de las obstetrices acerca de los AHE es bajo con un porcentaje elevado en las tres instituciones de salud siendo este de un 81.82%.

Conclusiones: Existe una relación significativa lineal positiva entre el conocimiento y la actitud mediante la vía paramétrica. No se encontró relación entre el conocimiento y la actitud mediante la vía no paramétrica. El nivel de conocimientos acerca de los AHE que tienen las obstetrices en los tres hospitales es bajo y la actitud que tienen hacia la AHE es positiva.

INTRODUCCIÓN

Debido a la alta incidencia de embarazos no deseados que se dan en mujeres en edad reproductiva ^(1,2), y teniendo en cuenta que el profesional de la salud que ejerce la carrera de Obstetricia, está muy ligado hacia estas mujeres, debe estar en la capacidad de poder brindar información completa y una consejería adecuada para proporcionar los métodos anticonceptivos y particularmente los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia en los casos que se puedan requerir su empleo. Las obstetrices forman parte del equipo multidisciplinario del programa de planificación familiar en los diferentes establecimientos de salud y es a ellas a quienes las mujeres en edad reproductiva acuden para satisfacer sus necesidades con relación a anticoncepción y en forma particular, en algunos casos, a la anticoncepción de emergencia.

La prevención del embarazo no deseado es una situación en que los métodos anticonceptivos de emergencia podrían ser de gran ayuda, pudiendo contribuir a la disminución del número de abortos ilegales en condiciones de riesgo y por lo tanto aminorar la morbilidad materna, de ello surgió la inquietud de saber qué tanto conocen las obstetrices acerca de estos métodos y en qué medida influye este conocimiento en sus actitudes acerca de los anticonceptivos hormonales de emergencia.

Hemos observado que hay algunos profesionales de las ciencias de la salud relacionados a la ginecología y obstetricia que por sus creencias o por sus conocimientos prefieren no usar estos métodos.

Existen trabajos en los que se ha querido determinar cuales son los conocimientos o actitudes que tienen los profesionales de salud con respecto a

los métodos de anticoncepción de emergencia pero no determinan si hay relación entre estos; además la medición de las actitudes en estos trabajos no son determinadas con exactitud.

En un trabajo realizado en Brasil realizado en gineco-obstetras se tuvo como resultados que casi el 30% de los entrevistados creía que los métodos anticonceptivos de emergencia funcionaban como abortivos, pero el 61% de los entrevistados había recetado la anticoncepción de emergencia, pero solo un 15 % pudo indicar la manera correcta de la administración de las dosis; Entre los métodos mas utilizados para la anticoncepción de emergencia se encuentran las píldoras combinadas con un 87.6% seguidos por el DIU con un 25.9% y en tercer lugar se encuentran las píldoras de estrógenos solos⁽³⁾.

En una investigación realizada en Costa Rica en el año 2002 con una muestra de 42 gineco obstetras de ellos el 92% había escuchado de los métodos hormonales de anticoncepción de emergencia el 82% de los gineco obstetras que había escuchado de los métodos hormonales de anticoncepción de emergencia respondió correctamente sobre 5 o mas de los efectos secundarios propuestos en el cuestionario el 72% se mostró dispuesto a prescribirlos⁽⁴⁾.

El 51.3% respondió correctamente acerca de la forma de uso de los anticonceptivos hormonales de emergencia, 23.1% lo hicieron erróneamente, 5.1% no lo sabían y 20.5% mencionaron propuestas diferentes a las propuestas⁽⁴⁾.

Acerca de los mecanismos de acción respondieron 44.0% que impide la implantación 23.1% que era abortiva, 12.8% que inhibe la ovulación y 20.1% otros mecanismos⁽⁴⁾.

En lo que respecta a la eficacia el 76.9% respondió que son eficaces o muy eficaces y 43.6% no sabía acerca de la eficacia ⁽⁴⁾

En un estudio realizado en España en el año 2003 se quiso conocer la opinión sobre la disposición a utilizar la “píldora post coital” y forma de uso de los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria de 4 hospitales; de un total de 79 encuestados el 94.9% conocía al menos un método de anticoncepción de emergencia, de los cuales el 96,4% referían entre ellos el uso del levonorgestrel. En cuanto a su disposición de prescribir píldoras anticonceptivas de emergencia no se encontraron diferencias significativas en relación con la edad, sexo, hospital de procedencia y año que cursaba la residencia ⁽⁵⁾.

El 23% de los residentes se posicionaba en el grupo que no se mostraba dispuesto a prescribir la píldora post coital. De ellos el 78% tomaba esta opción desde el punto de vista religioso como una practica abortiva ⁽⁵⁾.

El 24% prescriben a todos los solicitantes; el resto (53%) prescriben pero no en embarazo demostrado por análisis ni en menores de 18 años si acudían sin sus padres. Entre quienes prescriben; explican opciones previas el 58%; los riesgos el 97.7% sin intentar disuadirlas creyendo que se trata de una decisión personal ⁽⁵⁾.

Entre los encuestados, la pauta de dos tomas de 750 µg de levonorgestrel separados por un intervalo de tiempo de 12 horas es la mas utilizada (82%), sin embargo el método Yuzpe no ha sido aun desechado y es usado por el 49.2%, la media de prescripciones de los diferentes métodos de anticoncepción de urgencia que fueron realizados por cada médico residente a lo largo del año anterior fue 7.4 ± 5.9 por médico / año ⁽⁵⁾.

En un estudio realizado en Colombia en el año 2001, se evaluó el nivel de conocimientos sobre anticoncepción de emergencia que tenían los médicos generales que ejercen en Cartagena; se realizó en 175 médicos generales; 16 médicos(9.2%) manifestaron no conocer o no saber sobre la existencia de anticoncepción de emergencia. 144(82.3%) de los 175 médicos evaluados, manifestaron estar de acuerdo con la anticoncepción de emergencia, 23 (13.2%) comunicaron no estar de acuerdo con las bondades de ella y 8(4.5%) no sabían con precisión que contestar. Aunque el 90% de los 175 médicos manifestaron conocer sobre anticoncepción de emergencia, y que de ellos el 85% estaban de acuerdo con su utilización, solo el 42% comunicó que en alguna ocasión había prescrito anticoncepción de emergencia. 114 médicos (65%) manifestaron tener claras las indicaciones, mientras que 51 (29.1%) manifestaron no tener claridad sobre las indicaciones de la anticoncepción de emergencia. 73 médicos (41%) manifestaron no tener claras las diferentes formas disponibles para administrar anticoncepción de emergencia, mientras que un porcentaje similar, el 45%, si comunicó tenerlas claras, pese a ello sólo el 25% de los profesionales que participaron del estudio, consideraron que el dispositivo intrauterino era una opción válida como anticonceptivo de emergencia.⁽⁶⁾.

El 70% de los médicos contestó acertadamente sobre los efectos adversos que producía la anticoncepción de emergencia. 60% de los médicos identificó correctamente la tasa de falla de la anticoncepción de emergencia. La investigación permite colocar en evidencia que los médicos generales participantes poseen un bajo nivel de conocimientos sobre anticoncepción de

emergencia, menos de la mitad de los profesionales manifestó conocer las diferentes formas de administrar anticoncepción de emergencia ⁽⁶⁾.

El objetivo principal de este trabajo es determinar de qué manera influye el nivel de conocimientos sobre las actitudes acerca de los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia que tienen las obstetras de los hospitales Arzobispo Loayza, Daniel Alcides Carrión e Instituto Especializado Materno Perinatal.

Siendo nuestros objetivos específicos:

Determinar el nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia que tienen las obstetras de las instituciones nacionales.

Determinar la actitud que tienen las obstetras acerca de los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia de las instituciones nacionales.

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento alto y la actitud acerca de los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia que tienen las obstetras de las instituciones nacionales.

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento medio y la actitud acerca de los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia que tienen las obstetras de las instituciones nacionales.

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento bajo y la actitud acerca de los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia que tienen las obstetras de las instituciones nacionales.

Teniendo en cuenta que no hemos encontrado trabajos nacionales aplicados en las obstetras en lo que respecta a este tema, consideramos que esta investigación podría contribuir a mejorar la visión de este campo y mejorar las

deficiencias que se encontraron a nivel de conocimientos, considerando que este se relaciona con la actitud de una manera positiva, es decir; teniendo un mayor conocimiento sobre la AHE (Anticoncepción hormonal de emergencia).

Definición conceptual:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS: Es una mezcla de experiencias, valores, información y “saber hacer” que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, que posee un individuo en diferente magnitud ^(7,8)

ACTITUD: Una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones ^(9, 10,11).

La actitud esta compuesta por tres componentes

- a). Componente cognoscitivo: incluye las convicciones y creencias con respecto a un objeto ⁽¹⁰⁾.
- b). Componente afectivo: es la carga afectiva o agradabilidad favorable o desfavorable hacia un objeto ⁽¹⁰⁾.
- c). Componente conductual: consiste en la predisposición del comportamiento del individuo hacia el objeto ^(9, 10)

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: La anticoncepción de emergencia comprende los métodos contraceptivos que pueden utilizar las mujeres en los días siguientes a un coito no protegido^(3,12,13,14,15), se define como coito no

protegido a cuando la pareja no usa ningún método anticonceptivo, en caso de violación en una mujer que no planifica, olvidó de dos o mas píldoras en una usuaria de anticonceptivos orales o cuando el condón se rompe o se produce escurrimiento durante el coito^(14,15,16,17,18,19,20), con el fin de evitar un embarazo no deseado.

En la actualidad se cuenta con los siguientes métodos de emergencia:

1. Combinados de estrógenos sintéticos mas levonorgestrel (método Yuzpe)
2. Levonorgestrel
3. Antiprogesterona
4. Andrógenos
5. Agonistas de la GnRh
6. Dispositivo intrauterino (DIU) tipo T de cobre

Actualmente solo están aprobados el primero y el segundo como anticoncepción de emergencia.

MÉTODO YUZPE (combinados de estrógenos sintéticos mas levonorgestrel):

La primera píldora del “día siguiente” estaba compuesta por dietilestilbestrol que en la actualidad ya no se emplea⁽¹⁸⁾. En 1974 Yuzpe publicó los resultados de un estudio piloto con la combinación de 100µg de etinilestradiol con 1 mg de dl- norgestrel ^(16, 22) en una sola dosis como contraceptivo de emergencia y concluye que es igual de efectivo al uso de dietilestilbestrol. Posteriormente esta combinación se ha modificado y en la actualidad se recomienda la combinación de 100µg de etinilestradiol y 0,5mg de levonorgestrel, conocido como método Yuzpe, que en 1997 fue aprobada por la FDA⁽²¹⁾, administrando idealmente la dosis inicial en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 12 horas después de la inicial ^(16,17,18,22,23) debido a que de esta

manera se obtienen mejores resultados⁽²¹⁾, recientemente Rodríguez y cols realizó un trabajo de investigación en donde prueba la efectividad del método Yuzpe cuando este se toma en un periodo que comprende entre las 72 y 120 horas después del coito sin protección y halló que la efectividad de este método varia de un 87 – 90% para el grupo de menos de 72 horas y 72 – 87% para el grupo de 72 – 120 horas⁽²⁴⁾. Las mujeres en tratamiento con medicamentos que tengan poder de inducción de las enzimas hepáticas (fenitoína, barbitúricos, benzodiacepinas, carbamacepina, isoniacida, rifampicina, tetraciclinas, metronidazol) deben incrementar cada dosis en un 50%⁽²⁵⁾

Cuando la terapia se inicia antes de la ovulación la combinación de estrógenos y progestinas lleva a retraso en la ovulación o anovulación como resultado en la alteración en el desarrollo folicular por supresión de las gonadotropinas hipofisarias. La progestina altera la calidad del moco cervical haciéndolo mas denso, dificultando así los movimientos de los espermatozoides inhibiendo la fecundación. Cuando se administra después de la fecundación pero antes de la implantación la combinación disminuye el número de receptores endometriales hormonales llevando a asincronía del desarrollo endometrial, dificultando así la implantación ⁽¹⁶⁾, un estudio reciente ha demostrado cambios estadísticamente significativos en cuatro marcadores de receptividad endometrial pero se cuestiona la importancia clínica de tales cambios ^(17, 26,27).

Entre los efectos adversos del método Yuzpe se encuentra a la cabeza la nausea ⁽⁴⁴⁾(30 a 70%) y vómito (15 a 25%) por lo cual se recomienda previa a su administración el uso de antieméticos^(20, 21, 22, 29, 30) una hora ante lo cual logra reducir estos en aproximadamente un 50%

METODO DE PROGESTAGENOS SOLOS (levonorgestrel): El levonorgestrel, es una progestina ampliamente usada en anticoncepción hormonal de rutina, es también usada como anticoncepción hormonal de emergencia (AE) por si sola o combinada con estrógenos.

Los métodos basados solo en progestágenos actúan de forma similar a los combinados, se postula que pueden bloquear la ovulación ^(12,26,27,31,32), si esta ocurre pueden llevar a una fase lútea deficiente y producir cambios en la consistencia del moco cervical^(13,16,31), también se ha postulado que puede impedir la implantación alterando el endometrio. Es posible también que impida la fecundación o el transporte de los espermatozoides o los óvulos^(12,26).

A las 9 horas después de ingerido el levonorgestrel se detecta un efecto significativo en el moco haciéndose inhóspito para la sobrevivencia espermática y a las 5 horas podría haber un efecto en los espermios mediante la acidificación del ambiente intrauterino. Se ha visto que el levonorgestrel no impide el alza de la LH cuando se administra en periodo cercano a la ovulación. Desde el punto de vista experimental en las publicaciones se describe efecto a nivel de endometrio, inclusive con sangrado por descamación en algunos casos y acortamiento de la fase lútea ⁽²⁸⁾. Esto puede corresponder a una insuficiencia lútea o a un efecto local endometrial, es posible especular las consecuencias de ello en la nidación. Desde el punto de vista clínico, la evidencia publicada que confiere una alta eficiencia al levonorgestrel permite concluir que el mecanismo postconcepcional existe ^(28, 32).

Los mecanismos de interferencia del levonorgestrel sobre el pico preovulatorio de LH dependen de la fase de desarrollo del folículo. Así la anovulación es el

resultado de solo romper el desarrollo normal y/o actividad hormonal del folículo creciente cuando se da levonorgestrel en la fase preovulatoria.

Es posible que el progestágeno afecte la función de la trompa de Falopio. De hecho los niveles altos de hormona pueden alterar la función ciliar y como consecuencia puede ser posible que se produzca un embarazo ectópico.

Los que se presentan con mayor frecuencia son: náuseas (14%), vómitos(19%), diarrea(4%), fatiga(14%), vértigo(9%), dolor de cabeza(10%), sangrado(31%), etc.^(13,16,32,33,34,35)

ASPECTOS LEGALES DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA: Según la resolución ministerial n° 399-2001 SA/DM que se dio con fecha 13 de julio del año 2001⁽³⁶⁾ por la cual el ministerio de salud incorpora la anticoncepción oral de emergencia a las normas de planificación familiar aprobadas por resolución ministerial n°465-1999 SA/DM; posteriormente en la resoluciones directorales N° 10633 SS/DIGEMID /DERN/DR del 12 de septiembre del año 2000⁽³⁷⁾ con registro sanitario n° E-13203 y la 13958 SS/DIGEMID /DERN/DR del 17 de diciembre del 2001 con registro sanitario n° E-14208 la dirección general de medicamentos, insumos y drogas (DIGEMID), autorizo la venta de las especialidades farmacológicas Norlevo y Postinor 2 respectivamente con receta medica para ser utilizadas como métodos orales de anticoncepción de emergencia⁽⁴⁰⁾ ; actualmente se ha aprobado la venta de una nueva especialidad farmacéutica con fines de anticoncepción oral de emergencia denominada Glaniqué con resolución directoral N° 341 SS/DIGEMID /DERN/DR con fecha 22 de enero del año 2004⁽³⁸⁾.

La defensoría del pueblo en vista a la queja interpuesta por el comité consultivo en anticoncepción de emergencia emitió una resolución defensorial N° 040-

2003/DP en el cual hace una recomendación referente a la anticoncepción oral de emergencia⁽³⁹⁾ y la aplicación de la R:M: N° 399-2001 SA/DM en vista que el ministerio de salud no había cumplido con incorporar a la anticoncepción de emergencia en las normas de planificación familiar aprobadas en el año 1999. En virtud a ello el ministerio de salud responde que si bien las PAE se habían incorporaron a las normas de los programas de planificación familiar ni su protocolización ni su financiamiento para los años 2001 y 2002 fueron previstos por la gestión de aquel entonces. Que dada la controversia del tema el ministerio de salud solicito al colegio médico respecto a la conveniencia del uso de dicho producto. El referido informe que tuvo carácter preliminar señaló que mientras no se determinara claramente el modo de acción principal de las píldoras anticonceptivas de emergencia se recomendaba cautela y prudencia para su prescripción. Mas adelante mediante Resolución Suprema N° 007-2003-SA, el ministerio de salud constituyó una comisión de alto nivel, con catorce integrantes a fin de que analice y emita un informe científico - médico y jurídico sobre la anticoncepción oral de emergencia. El defensor del pueblo fue designado miembro de la referida comisión, actuando en su representación la defensora adjunta para los derechos de la mujer; once de catorce integrantes de la comisión de alto nivel designada suscribieron el informe que concluye que la anticoncepción oral de emergencia, incorporada a las normas de planificación familiar posee pleno sustento constitucional y legal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se elaboraron dos instrumentos de medición para medir las variables de actitudes y conocimiento que fueron sometidas en primera instancia a un juicio de expertos, posteriormente se corrigieron los instrumentos y se procedió a realizar el estudio piloto en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el mes de Enero en el cual se tomo un tamaño de muestra $n=27$ con el fin de determinar la confiabilidad y validez de los instrumentos de medición. Los valores obtenidos fueron satisfactorios, y basándonos en la relación inicial entre las variables del piloto se procedió al cálculo de la muestra.

Se realizó un estudio transversal correlacional en los hospitales nacionales Daniel Alcides Carrión, Arzobispo Loayza e Instituto Especializado Materno Perinatal durante el mes de Febrero del año 2005, en las obstetrices que laboran en dichas instituciones, el universo en estos hospitales es de 226 obstetrices de las cuales para los motivos de nuestra investigación se tomó una muestra de 110 obstetrices mediante un muestreo aleatorio estratificado proporcional con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5% el cual quedó distribuida de la siguiente forma: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC)($n=15$), Hospital Nacional Arzobispo Loayza(HNAL)($n=13$) e Instituto Especializado Materno Perinatal(IEMP)($n=82$) cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión que fueron los siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSION:

Obstetrices que laboran en los hospitales nacionales Arzobispo Loayza, Daniel Alcides Carrión e Instituto Especializado Materno Perinatal que estén comprendidas en la muestra

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Personal de salud que no posea el título profesional de licenciada (o) en obstetricia.

Obstetricas que se encuentren realizando la pasantía en los hospitales ya mencionados.

Obstetricas que se encuentren de vacaciones durante el estudio

Obstetricas que no accedan a la aplicación del instrumento

El instrumento fue un cuestionario estructurado que contiene los dos instrumentos de medición, siendo el instrumento de medición de actitud elaborado en base a la escala de Likert^(41, 42, 43, 44, 45, 46) conteniendo 15 items finales, el instrumento de medición del conocimiento se elaboró teniendo en cuenta la Taxonomía de Bloom conteniendo 18 items finales y una primera sección en la que colocaron los datos generales.

Se aplicó el cuestionario a las obstetricas previa explicación de los propósitos de la investigación y del consentimiento informado de cada una de ellas en la que se aplicó en un periodo de cinco días en cada hospital siendo la recolección de los datos del HNDAC y del HNAL de manera simultanea seguido del IEMP, basándonos en el rol de rotaciones de las obstetricas de cada hospital; después del llenado del instrumento este fue depositado en una ánfora sellada que fue abierta cuando se terminó de aplicar el cuestionario en cada hospital, así se procedió sucesivamente hasta completar la muestra requerida.

La información de los instrumentos de recolección de datos fueron vaciados en una computadora Pentium IV, y se trató la información con los siguientes programas de computo: Visual Basic 6.0, SPSS versión 11.0, Excel y Lotus.

La información en el proceso de cómputo, se codificó, y luego se transformaron a puntajes tanto para las variables de actitudes como de conocimiento.

Para certificar los cálculos hechos en el piloto, se volvió otra vez con la información final a calcular la confiabilidad de los instrumentos de medición, y estos reafirmaron los datos del piloto. Los puntajes obtenidos en los tests se totalizaron por cada obstetriz, en las variables de Actitud y Conocimiento.

Para determinar si existe o no relación entre las Actitudes y el Conocimiento, se procedió a someter la sucesión de los puntajes en diadas (Conocimiento, Actitud) a un ANAVA (Análisis de Varianza) con el fin de determinar si existe un modelo polinómico que explique o detalle la relación entre ambas variables. El ANAVA reporta que existe una relación significativa lineal entre el conocimiento y la actitud. Hasta aquí se siguió la vía paramétrica.

A partir de este paso se determinaron el nivel de actitud, mediante el método: MEPAC (Método Ponderado de Asignación de Pesos de Acumulación Central)^(43, 44). Los puntajes de conocimiento se agruparon en niveles siguiendo el método de "Recorrido de las mitades" (que es usado ampliamente en nuestra escala de calificación vigesimal).

Se obtuvo un Cuadro de doble entrada donde las frecuencias observadas en dicho cuadro, fueron sometidas a la prueba de hipótesis estadística no paramétrica chi cuadrado.

Así mismo también se halló el coeficiente r de Pearson siendo este, $r = 0.22178$.

Los resultados de la aplicación del instrumento se colocaron en tablas de doble entrada y graficados con diagramas de barras, donde se les adjunto los valores

del J_i^2 , coeficiente de contingencia de Pawlick, los grados de libertad y el valor de probabilidad asociado al J_i^2 (p).

RESULTADOS

CUADRO N° 1

PUNTAJES VALORATIVOS DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES, DE REGRESION E INTERVALOS DE CONFIANZA DEL 95% DE LA CURVA DE REGRESION, DE LAS OBSTETRICES EN LAS INSTITUCIONES NACIONALES DE SALUD.
FEBRERO - 2005
LIMA - PERÚ

| Obstetriz | Conocimiento | Actitud | Regresión | LimInf | LimSup |
|-----------|--------------|---------|-----------|--------|--------|
| 1 | 1 | 52 | 46.71 | 43.49 | 49.94 |
| 2 | 10 | 58 | 51.22 | 49.34 | 53.10 |
| 3 | 5 | 43 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 4 | 10 | 24 | 51.22 | 49.34 | 53.10 |
| 5 | 7 | 43 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 6 | 7 | 53 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 7 | 6 | 54 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 8 | 12 | 61 | 52.22 | 49.80 | 54.64 |
| 9 | 15 | 55 | 53.72 | 50.25 | 57.19 |
| 10 | 14 | 54 | 53.22 | 50.12 | 56.32 |
| 11 | 9 | 46 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 12 | 18 | 45 | 55.22 | 50.60 | 59.85 |
| 13 | 5 | 55 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 14 | 8 | 54 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 15 | 7 | 49 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 16 | 8 | 58 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 17 | 8 | 55 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 18 | 9 | 61 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 19 | 10 | 59 | 51.22 | 49.34 | 53.10 |
| 20 | 5 | 42 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 21 | 7 | 49 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 22 | 11 | 62 | 51.72 | 49.59 | 53.85 |
| 23 | 4 | 53 | 48.22 | 45.99 | 50.44 |
| 24 | 0 | 47 | 46.21 | 42.62 | 49.81 |
| 25 | 14 | 61 | 53.22 | 50.12 | 56.32 |
| 26 | 6 | 49 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 27 | 10 | 59 | 51.22 | 49.34 | 53.10 |
| 28 | 6 | 27 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 29 | 5 | 25 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 30 | 15 | 54 | 53.72 | 50.25 | 57.19 |
| 31 | 5 | 49 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 32 | 9 | 48 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 33 | 13 | 54 | 52.72 | 49.97 | 55.47 |
| 34 | 5 | 57 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 35 | 7 | 57 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 36 | 11 | 53 | 51.72 | 49.59 | 53.85 |
| 37 | 9 | 47 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 38 | 7 | 55 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 39 | 3 | 31 | 47.72 | 45.18 | 50.25 |
| 40 | 9 | 57 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |

| Obstetriz | Conocimiento | Actitud | Regresión | LimInf | LimSup |
|------------------|---------------------|----------------|------------------|---------------|---------------|
| 41 | 2 | 26 | 47.22 | 44.34 | 50.09 |
| 42 | 1 | 38 | 46.71 | 43.49 | 49.94 |
| 43 | 9 | 60 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 44 | 3 | 68 | 47.72 | 45.18 | 50.25 |
| 45 | 3 | 47 | 47.72 | 45.18 | 50.25 |
| 46 | 6 | 40 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 47 | 4 | 54 | 48.22 | 45.99 | 50.44 |
| 48 | 6 | 50 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 49 | 1 | 42 | 46.71 | 43.49 | 49.94 |
| 50 | 7 | 54 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 51 | 5 | 61 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 52 | 2 | 53 | 47.22 | 44.34 | 50.09 |
| 53 | 4 | 58 | 48.22 | 45.99 | 50.44 |
| 54 | 6 | 54 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 55 | 9 | 43 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 56 | 1 | 47 | 46.71 | 43.49 | 49.94 |
| 57 | 6 | 56 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 58 | 1 | 48 | 46.71 | 43.49 | 49.94 |
| 59 | 11 | 60 | 51.72 | 49.59 | 53.85 |
| 60 | 4 | 50 | 48.22 | 45.99 | 50.44 |
| 61 | 4 | 56 | 48.22 | 45.99 | 50.44 |
| 62 | 8 | 45 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 63 | 3 | 48 | 47.72 | 45.18 | 50.25 |
| 64 | 9 | 55 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 65 | 9 | 41 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 66 | 9 | 45 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 67 | 5 | 51 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 68 | 6 | 56 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 69 | 12 | 36 | 52.22 | 49.80 | 54.64 |
| 70 | 10 | 48 | 51.22 | 49.34 | 53.10 |
| 71 | 10 | 54 | 51.22 | 49.34 | 53.10 |
| 72 | 9 | 48 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 73 | 9 | 37 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 74 | 8 | 41 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 75 | 2 | 53 | 47.22 | 44.34 | 50.09 |
| 76 | 9 | 44 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 77 | 9 | 48 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 78 | 5 | 40 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 79 | 5 | 49 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 80 | 8 | 37 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 81 | 10 | 47 | 51.22 | 49.34 | 53.10 |
| 82 | 8 | 41 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 83 | 8 | 55 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 84 | 10 | 61 | 51.22 | 49.34 | 53.10 |
| 85 | 13 | 58 | 52.72 | 49.97 | 55.47 |
| 86 | 12 | 59 | 52.22 | 49.80 | 54.64 |
| 87 | 7 | 50 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 88 | 8 | 40 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 89 | 1 | 47 | 46.71 | 43.49 | 49.94 |
| 90 | 3 | 45 | 47.72 | 45.18 | 50.25 |
| 91 | 8 | 58 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |

| Obstetriz | Conocimiento | Actitud | Regresión | LimInf | LimSup |
|------------------|---------------------|----------------|------------------|---------------|---------------|
| 92 | 16 | 65 | 54.22 | 50.38 | 58.07 |
| 93 | 7 | 39 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 94 | 14 | 54 | 53.22 | 50.12 | 56.32 |
| 95 | 8 | 56 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 96 | 18 | 43 | 55.22 | 50.60 | 59.85 |
| 97 | 1 | 41 | 46.71 | 43.49 | 49.94 |
| 98 | 12 | 60 | 52.22 | 49.80 | 54.64 |
| 99 | 5 | 55 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 100 | 10 | 49 | 51.22 | 49.34 | 53.10 |
| 101 | 8 | 60 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 102 | 9 | 61 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 103 | 8 | 59 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 104 | 15 | 51 | 53.72 | 50.25 | 57.19 |
| 105 | 11 | 49 | 51.72 | 49.59 | 53.85 |
| 106 | 12 | 49 | 52.22 | 49.80 | 54.64 |
| 107 | 9 | 46 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 108 | 4 | 53 | 48.22 | 45.99 | 50.44 |
| 109 | 9 | 61 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 110 | 10 | 38 | 51.22 | 49.34 | 53.10 |

Los puntajes obtenidos en los tests se totalizaron por cada obstetriz, en las variables de Actitud y Conocimiento. Estos puntajes valorativos se presentan en las columnas dos y tres del Cuadro N° 1.

Para determinar si existe o no relación entre las Actitudes y el Conocimiento, se procedió a someter la sucesión de los puntajes en diadas (Conocimiento, Actitud) a un ANAVA (Análisis de Varianza), el ANAVA reporta que existe una relación significativa lineal entre el conocimiento y la actitud, y basados en estos resultados se calculo la ecuación de regresión, siendo esta:

$$\text{Puntaje de Actitud} = 46.21 + 0.50 (\text{Puntaje de Conocimiento}) \dots [1]$$

Así mismo también se hallo el coeficiente r de Pearson siendo este, $r = 0.22178$. De estos resultados apreciamos que la relación entre la actitud y el conocimiento es positiva.

CUADRO N° 2

ANAVA PARA DETERMINAR EL MEJOR MODELO POLINOMICO QUE EXPLIQUE O DETALLE LA EXISTENCIA DE RELACION ENTRE LAS VARIABLES CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE EMERGENCIA EN LAS INSTITUCIONES NACIONALES DE SALUD.

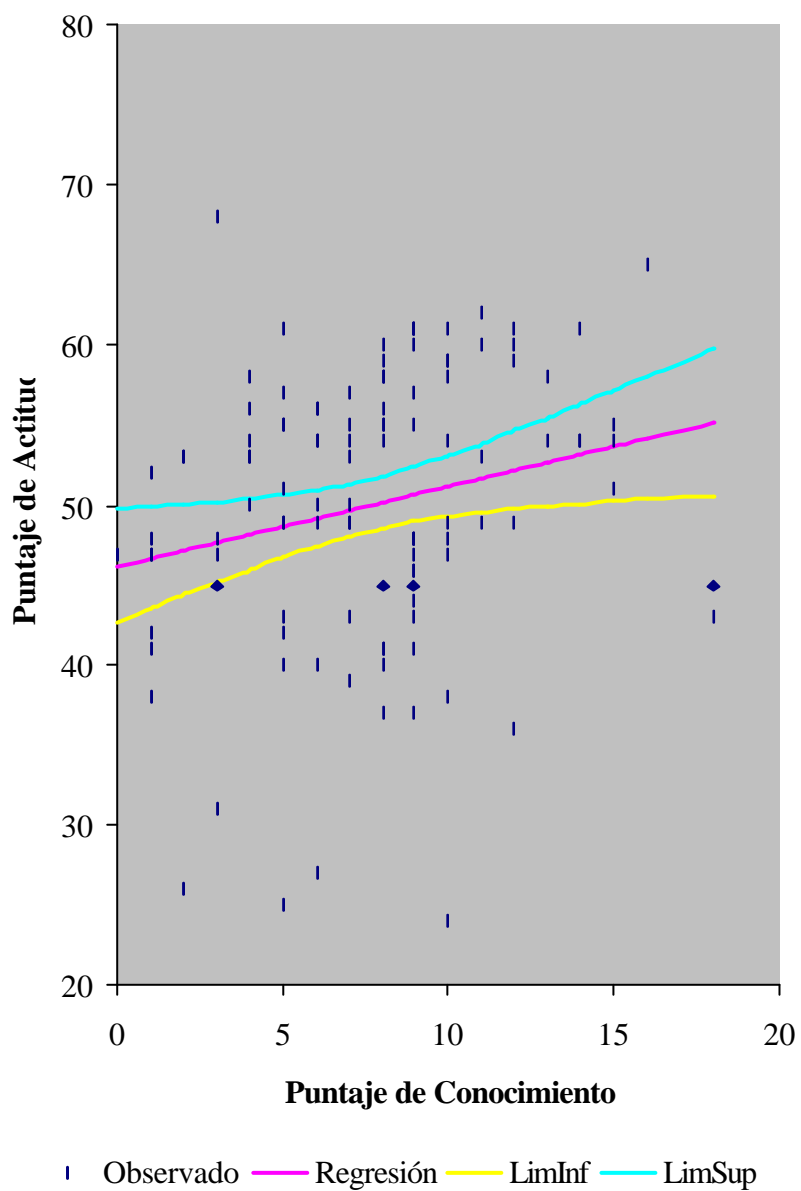
FEBRERO - 2005

LIMA – PERÚ

| Fuente de Variación | Grados de Libertad | Suma de Cuadrados | Cuadrados Medios | Fo | p |
|---------------------|--------------------|-------------------|------------------|-------|----------------|
| Total | 110 | 283782.00 | | | |
| Media | 1 | 275600.33 | | | |
| Term 1° | 1 | 402.41 | 402.41 | 5.587 | 0.01989 |
| Error para 1° | 108 | 7779.26 | 72.03 | | |
| Term 2° | 1 | 43.80 | 43.80 | 0.606 | 0.43808 |
| Error para 2° | 107 | 7735.47 | 72.29 | | |
| Term 3° | 1 | 49.97 | 49.97 | 0.689 | 0.40832 |
| Error para 3° | 106 | 7685.50 | 72.50 | | |
| Term 4° | 1 | 229.29 | 229.29 | 3.229 | 0.07522 |
| Error para 4° | 105 | 7456.21 | 71.01 | | |
| Term 5° | 1 | 34.11 | 34.11 | 0.478 | 0.49088 |
| Error para 5° | 104 | 7422.10 | 71.37 | | |

GRAFICO 1

DIAGRAMA DE DISPERSION DE LAS DIADAS (CONOCIMIENTO, ACTITUD)



CUADRO N° 3

**PUNTAJES VALORATIVOS DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES, DE
REGRESION E INTERVALOS DE CONFIANZA DEL 95% DE LA CURVA DE
REGRESION, DE LAS OBSTETRICES CON UN NIVEL DE
CONOCIMIENTOS ALTO EN LAS INSTITUCIONES NACIONALES DE
SALUD.**

FEBRERO - 2005

LIMA – PERÚ

| Obstetriz | Conocimiento | Observado | Regresión | LimInf | LimSup |
|------------------|---------------------|------------------|------------------|---------------|---------------|
| 9 | 15 | 55 | 53.72 | 50.25 | 57.19 |
| 30 | 15 | 54 | 53.72 | 50.25 | 57.19 |
| 104 | 15 | 51 | 53.72 | 50.25 | 57.19 |
| 92 | 16 | 65 | 54.22 | 50.38 | 58.07 |
| 96 | 18 | 43 | 55.22 | 50.6 | 59.85 |
| 12 | 18 | 45 | 55.22 | 50.6 | 59.85 |

CUADRO N° 4

ANAVA PARA DETERMINAR EL MEJOR MODELO POLINOMICO QUE EXPLIQUE O DETALLE LA EXISTENCIA DE RELACION ENTRE LAS VARIABLES CONOCIMIENTO ALTO Y ACTITUD SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE EMERGENCIA EN LAS INSTITUCIONES NACIONALES DE SALUD.

FEBRERO - 2005

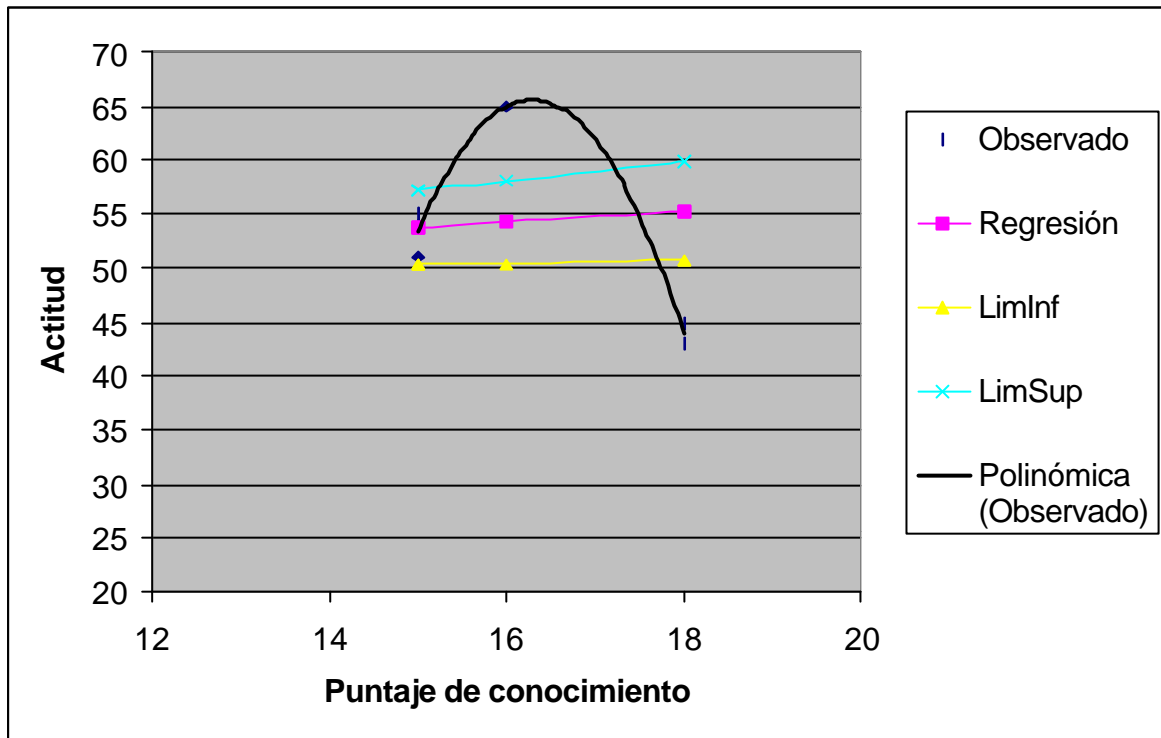
LIMA – PERÚ

| Fuente de Variación | Grados de Libertad | Suma de Cuadrados | Cuadrados Medios | Fo | p |
|---------------------|--------------------|-------------------|------------------|--------|----------------|
| Total | 6 | 16641.00 | | | |
| Media | 1 | 16328.17 | | | |
| Term 1° | 1 | 120.74 | 120.74 | 2.514 | 0.18801 |
| Error para 1° | 4 | 192.09 | 48.02 | | |
| Term 2° | 1 | 181.43 | 181.43 | 51.026 | 0.00565 |
| Error para 2° | 3 | 10.67 | 3.56 | | |
| Term 3° | 1 | 0.00 | 0.00 | 0.000 | 1.00000 |
| Error para 3° | 2 | 10.67 | 5.33 | | |

Para determinar si existe o no relación entre las Actitudes y el Conocimiento Alto, se sometió la sucesión de los puntajes en díadas (Conocimiento Alto, Actitud) a un ANAVA (Análisis de Varianza), el ANAVA reporta que si existe una relación significativa de segundo grado entre el conocimiento alto y la actitud puesto que el p es igual a 0.00565. Pero a la vez se debe tener en cuenta que en este grupo la muestra es reducida (n=6) por lo que se presta a error

GRAFICO 2

DIAGRAMA DE DISPERSION DE LAS DIADAS (CONOCIMIENTO ALTO, ACTITUD)



CUADRO N° 5

**PUNTAJES VALORATIVOS DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES, DE
REGRESION E INTERVALOS DE CONFIANZA DEL 95% DE LA CURVA DE
REGRESION, DE LAS OBSTETRICES CON UN NIVEL DE
CONOCIMIENTOS MEDIO EN LAS INSTITUCIONES NACIONALES DE
SALUD.**

FEBRERO - 2005

LIMA – PERÚ

| Obstetriz | Conocimiento | Observado | Regresión | LimInf | LimSup |
|------------------|---------------------|------------------|------------------|---------------|---------------|
| 36 | 11 | 53 | 51.72 | 49.59 | 53.85 |
| 59 | 11 | 60 | 51.72 | 49.59 | 53.85 |
| 22 | 11 | 62 | 51.72 | 49.59 | 53.85 |
| 105 | 11 | 49 | 51.72 | 49.59 | 53.85 |
| 69 | 12 | 36 | 52.22 | 49.8 | 54.64 |
| 86 | 12 | 59 | 52.22 | 49.8 | 54.64 |
| 98 | 12 | 60 | 52.22 | 49.8 | 54.64 |
| 106 | 12 | 49 | 52.22 | 49.8 | 54.64 |
| 8 | 12 | 61 | 52.22 | 49.8 | 54.64 |
| 85 | 13 | 58 | 52.72 | 49.97 | 55.47 |
| 33 | 13 | 54 | 52.72 | 49.97 | 55.47 |
| 25 | 14 | 61 | 53.22 | 50.12 | 56.32 |
| 94 | 14 | 54 | 53.22 | 50.12 | 56.32 |
| 10 | 14 | 54 | 53.22 | 50.12 | 56.32 |

CUADRO N° 6

ANAVA PARA DETERMINAR EL MEJOR MODELO POLINOMICO QUE EXPLIQUE O DETALLE LA EXISTENCIA DE RELACION ENTRE LAS VARIABLES CONOCIMIENTO MEDIO Y ACTITUD SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE EMERGENCIA EN LAS INSTITUCIONES NACIONALES DE SALUD.

FEBRERO - 2005

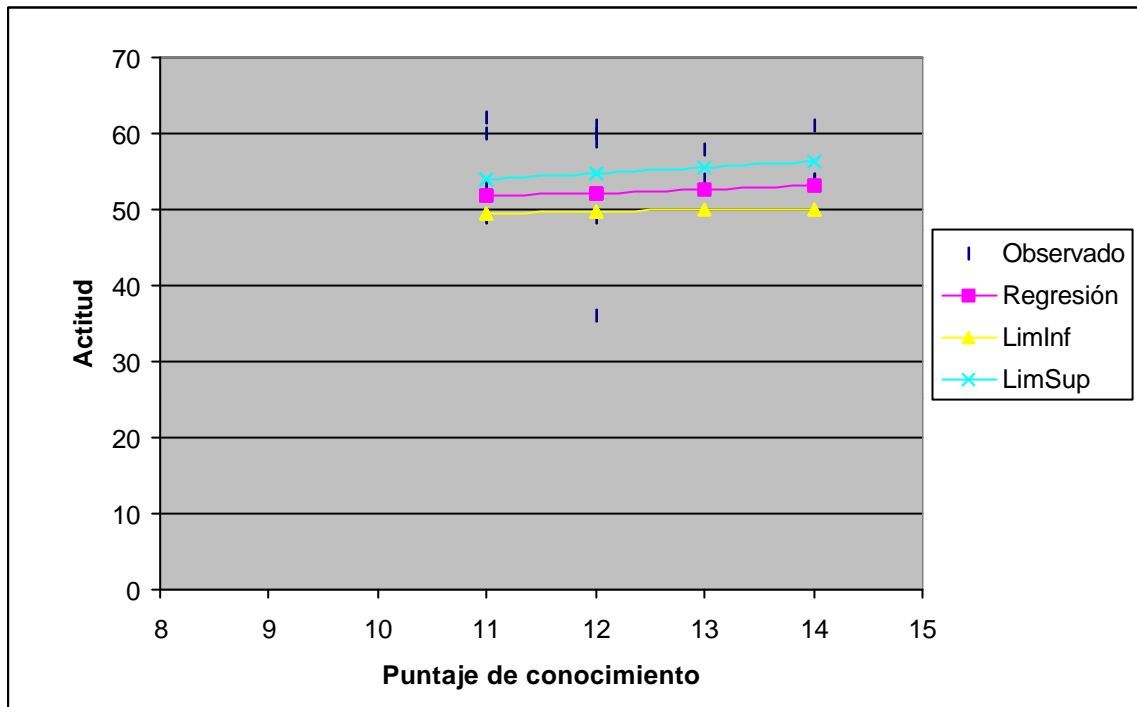
LIMA – PERÚ

| Fuente de Variación | Grados de Libertad | Suma de Cuadrados | Cuadrados Medios | Fo | p |
|---------------------|--------------------|-------------------|------------------|-------|---------|
| Total | 14 | 42986.00 | | | |
| Media | 1 | 42350.00 | | | |
| Term 1° | 1 | 2.14 | 2.14 | 0.040 | 0.84401 |
| Error para 1° | 12 | 633.86 | 52.82 | | |
| Term 2° | 1 | 18.29 | 18.29 | 0.327 | 0.57907 |
| Error para 2° | 11 | 615.58 | 55.96 | | |
| Term 3° | 1 | 10.91 | 10.91 | 0.180 | 0.67997 |
| Error para 3° | 10 | 604.67 | 60.47 | | |
| Term 4° | 1 | 0.00 | 0.00 | 0.000 | 1.00000 |
| Error para 4° | 9 | 604.67 | 67.19 | | |

Para determinar si existe o no relación entre las Actitudes y el Conocimiento medio, se sometió la sucesión de los puntajes en díadas (Conocimiento medio, Actitud) a un ANAVA (Análisis de Varianza), el ANAVA reporta que no existe una relación significativa entre el conocimiento medio y la actitud puesto que el p es mayor que 0.05.

GRAFICO 3

DIAGRAMA DE DISPERSION DE LAS DIADAS (CONOCIMIENTO MEDIO, ACTITUD)



CUADRO N° 7

**PUNTAJES VALORATIVOS DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES, DE
REGRESION E INTERVALOS DE CONFIANZA DEL 95% DE LA CURVA DE
REGRESION, DE LAS OBSTETRICES CON UN NIVEL DE
CONOCIMIENTOS BAJO EN LAS INSTITUCIONES NACIONALES DE
SALUD.**

FEBRERO - 2005

LIMA – PERÚ

| Obstetriz | Conocimiento | Actitud | Regresión | LimInf | LimSup |
|------------------|---------------------|----------------|------------------|---------------|---------------|
| 24 | 0 | 47 | 46.21 | 42.62 | 49.81 |
| 1 | 1 | 52 | 46.71 | 43.49 | 49.94 |
| 42 | 1 | 38 | 46.71 | 43.49 | 49.94 |
| 49 | 1 | 42 | 46.71 | 43.49 | 49.94 |
| 56 | 1 | 47 | 46.71 | 43.49 | 49.94 |
| 58 | 1 | 48 | 46.71 | 43.49 | 49.94 |
| 89 | 1 | 47 | 46.71 | 43.49 | 49.94 |
| 97 | 1 | 41 | 46.71 | 43.49 | 49.94 |
| 41 | 2 | 26 | 47.22 | 44.34 | 50.09 |
| 52 | 2 | 53 | 47.22 | 44.34 | 50.09 |
| 75 | 2 | 53 | 47.22 | 44.34 | 50.09 |
| 39 | 3 | 31 | 47.72 | 45.18 | 50.25 |
| 44 | 3 | 68 | 47.72 | 45.18 | 50.25 |
| 45 | 3 | 47 | 47.72 | 45.18 | 50.25 |
| 63 | 3 | 48 | 47.72 | 45.18 | 50.25 |
| 90 | 3 | 45 | 47.72 | 45.18 | 50.25 |
| 23 | 4 | 53 | 48.22 | 45.99 | 50.44 |
| 47 | 4 | 54 | 48.22 | 45.99 | 50.44 |
| 53 | 4 | 58 | 48.22 | 45.99 | 50.44 |
| 60 | 4 | 50 | 48.22 | 45.99 | 50.44 |
| 61 | 4 | 56 | 48.22 | 45.99 | 50.44 |
| 108 | 4 | 53 | 48.22 | 45.99 | 50.44 |
| 3 | 5 | 43 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 13 | 5 | 55 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 20 | 5 | 42 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 29 | 5 | 25 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 31 | 5 | 49 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 34 | 5 | 57 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |

| | | | | | |
|-----|---|----|-------|-------|-------|
| 51 | 5 | 61 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 67 | 5 | 51 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 78 | 5 | 40 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 79 | 5 | 49 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 99 | 5 | 55 | 48.72 | 46.76 | 50.67 |
| 7 | 6 | 54 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 26 | 6 | 49 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 28 | 6 | 27 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 46 | 6 | 40 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 48 | 6 | 50 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 54 | 6 | 54 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 57 | 6 | 56 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 68 | 6 | 56 | 49.22 | 47.47 | 50.97 |
| 5 | 7 | 43 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 6 | 7 | 53 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 15 | 7 | 49 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 21 | 7 | 49 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 35 | 7 | 57 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 38 | 7 | 55 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 50 | 7 | 54 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 87 | 7 | 50 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 93 | 7 | 39 | 49.72 | 48.09 | 51.35 |
| 14 | 8 | 54 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 16 | 8 | 58 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 17 | 8 | 55 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 62 | 8 | 45 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 74 | 8 | 41 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 80 | 8 | 37 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 82 | 8 | 41 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 83 | 8 | 55 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 88 | 8 | 40 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 91 | 8 | 58 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 95 | 8 | 56 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 101 | 8 | 60 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 103 | 8 | 59 | 50.22 | 48.61 | 51.83 |
| 11 | 9 | 46 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 18 | 9 | 61 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 32 | 9 | 48 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 37 | 9 | 47 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 40 | 9 | 57 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 43 | 9 | 60 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 55 | 9 | 43 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 64 | 9 | 55 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 65 | 9 | 41 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 66 | 9 | 45 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 72 | 9 | 48 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 73 | 9 | 37 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 76 | 9 | 44 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |

| | | | | | |
|-----|----|----|-------|-------|-------|
| 77 | 9 | 48 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 102 | 9 | 61 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 107 | 9 | 46 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 109 | 9 | 61 | 50.72 | 49.02 | 52.42 |
| 2 | 10 | 58 | 51.22 | 49.34 | 53.1 |
| 4 | 10 | 24 | 51.22 | 49.34 | 53.1 |
| 19 | 10 | 59 | 51.22 | 49.34 | 53.1 |
| 27 | 10 | 59 | 51.22 | 49.34 | 53.1 |
| 70 | 10 | 48 | 51.22 | 49.34 | 53.1 |
| 71 | 10 | 54 | 51.22 | 49.34 | 53.1 |
| 81 | 10 | 47 | 51.22 | 49.34 | 53.1 |
| 84 | 10 | 61 | 51.22 | 49.34 | 53.1 |
| 100 | 10 | 49 | 51.22 | 49.34 | 53.1 |
| 110 | 10 | 38 | 51.22 | 49.34 | 53.1 |

CUADRO N° 8

**ANAVA PARA DETERMINAR EL MEJOR MODELO POLINOMICO QUE
EXPLIQUE O DETALLE LA EXISTENCIA DE RELACION ENTRE LAS
VARIABLES CONOCIMIENTO BAJO Y ACTITUD SOBRE LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE EMERGENCIA EN LAS
INSTITUCIONES NACIONALES DE SALUD.**

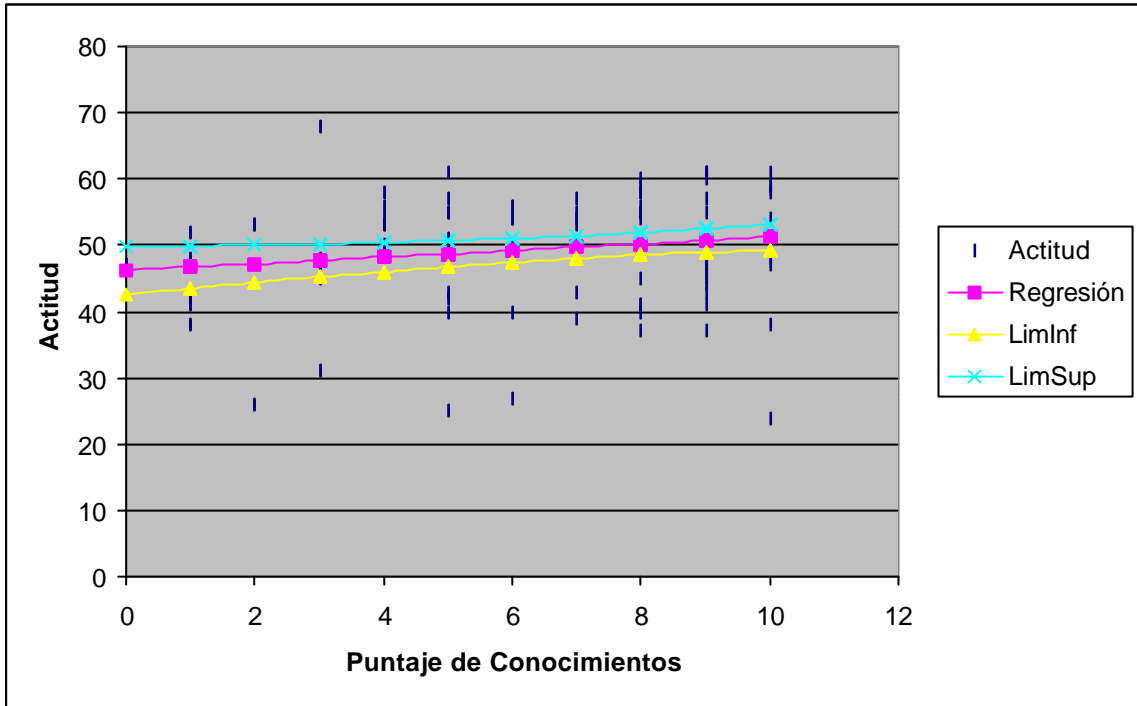
FEBRERO - 2005

LIMA – PERÚ

| Fuente de Variación | Grados de Libertad | Suma de Cuadrados | Cuadrados Medios | Fo | p |
|----------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------|----------|
| Total | 90 | 224155.00 | | | |
| Media | 1 | 217365.88 | | | |
| Term 1° | 1 | 130.36 | 130.36 | 1.723 | 0.19275 |
| Error para 1° | 88 | 6658.76 | 75.67 | | |
| Term 2° | 1 | 46.49 | 46.49 | 0.612 | 0.43627 |
| Error para 2° | 87 | 6612.27 | 76.00 | | |
| Term 3° | 1 | 1.83 | 1.83 | 0.024 | 0.87780 |
| Error para 3° | 86 | 6610.44 | 76.87 | | |

Para determinar si existe o no relación entre las Actitudes y el Conocimiento bajo, se sometió la sucesión de los puntajes en díadas (Conocimiento bajo, Actitud) a un ANAVA (Análisis de Varianza), el ANAVA reporta que no existe una relación significativa entre el conocimiento bajo y la actitud puesto que el p es mayor que 0.05.

GRAFICO 4
DIAGRAMA DE DISPERSION DE LAS DIADAS (CONOCIMIENTO BAJO,
ACTITUD)



CUADRO N° 9

Actitud de las obstetricas Vs conocimiento sobre la AHE

| Actitud | Conocimiento | | | | | | TOTAL | |
|--------------|--------------|---------|-------|---------|------|---------|-------|---------|
| | Alto | | Medio | | Bajo | | | |
| | f | % | F | % | f | % | f | % |
| Positiva | 5 | 83.33% | 13 | 92.84% | 74 | 82.22% | 92 | 83.64% |
| Indiferente | 0 | 00.00% | 0 | 00.00% | 3 | 03.33% | 3 | 2.73% |
| Negativa | 1 | 16.37% | 1 | 07.14% | 13 | 14.44% | 15 | 13.64% |
| TOTAL | 6 | 100.00% | 14 | 100.00% | 90 | 100.00% | 110 | 100.00% |

$Ji^2 = 1.347$; GL = 4; CC = 13.47%; $p = 0.85335665$; NO Significativo.

Regresión Lineal: $Ji^2 = 0.211$; $p = 0.64621657$; NO Significativo.

Las frecuencias observadas en el Cuadro N° 9, fueron sometidas a la prueba de hipótesis estadística, planteándose las siguientes hipótesis:

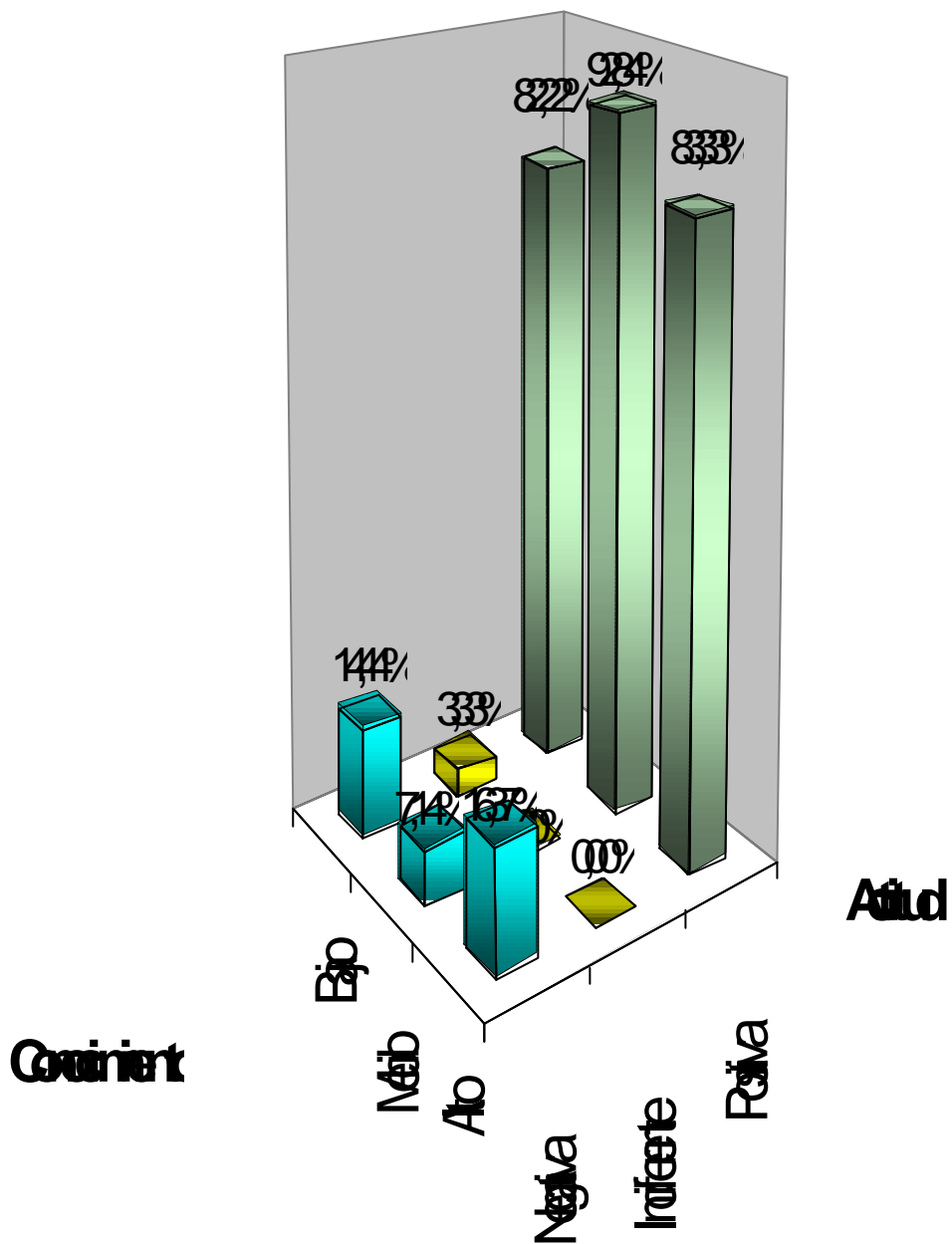
H_0 : La actitud NO esta asociada al conocimiento

H_1 : Actitud esta asociada al conocimiento

Para someter a prueba las frecuencias observadas en el Cuadro obtenido, se sometieron a la prueba estadística no paramétrica chi cuadrado se tiene un $Ji^2 = 1.347$ con cuatro grados de libertad (GL). Al cual le esta asociado una probabilidad $p = 0.85335665$. Se concluye en rechazar la H_1 y aceptar la H_0 . El coeficiente de contingencia de Pawlik (CC), es de 13.47%, el cual corresponde a variables pobremente asociadas.

GRAFICO 5

Atitudes Opositivas Vs Comunitarias de los AE



CUADRO N° 10

| Hospital donde labora | Actitud | | | | | | TOTAL | |
|-----------------------|----------|--------|-------------|-------|----------|--------|-------|---------|
| | Negativa | | Indiferente | | Positiva | | f | % |
| | f | % | f | % | f | % | | |
| HNDAC | 1 | 6.67% | 0 | 0.00% | 14 | 93.33% | 15 | 100.00% |
| IEMP | 13 | 15.85% | 3 | 3.66% | 66 | 80.49% | 82 | 100.00% |
| HNAL | 1 | 7.69% | 0 | 0.00% | 12 | 92.31% | 13 | 100.00% |
| TOTAL | 15 | 13.64% | 3 | 2.73% | 92 | 83.64% | 110 | 100.00% |

$Ji^2 = 2.574$; GL = 4; CC = 18.52%; $p = 0.63145089$; NO Significativo.

Regresión Lineal: $Ji^2 = 0.027$; $p = 0.87027711$; NO Significativo.

Actitud de las obstetricas Vs hospital donde laboran

H1: El hospital donde labora esta asociado a la actitud de las obstetricas sobre los AHE

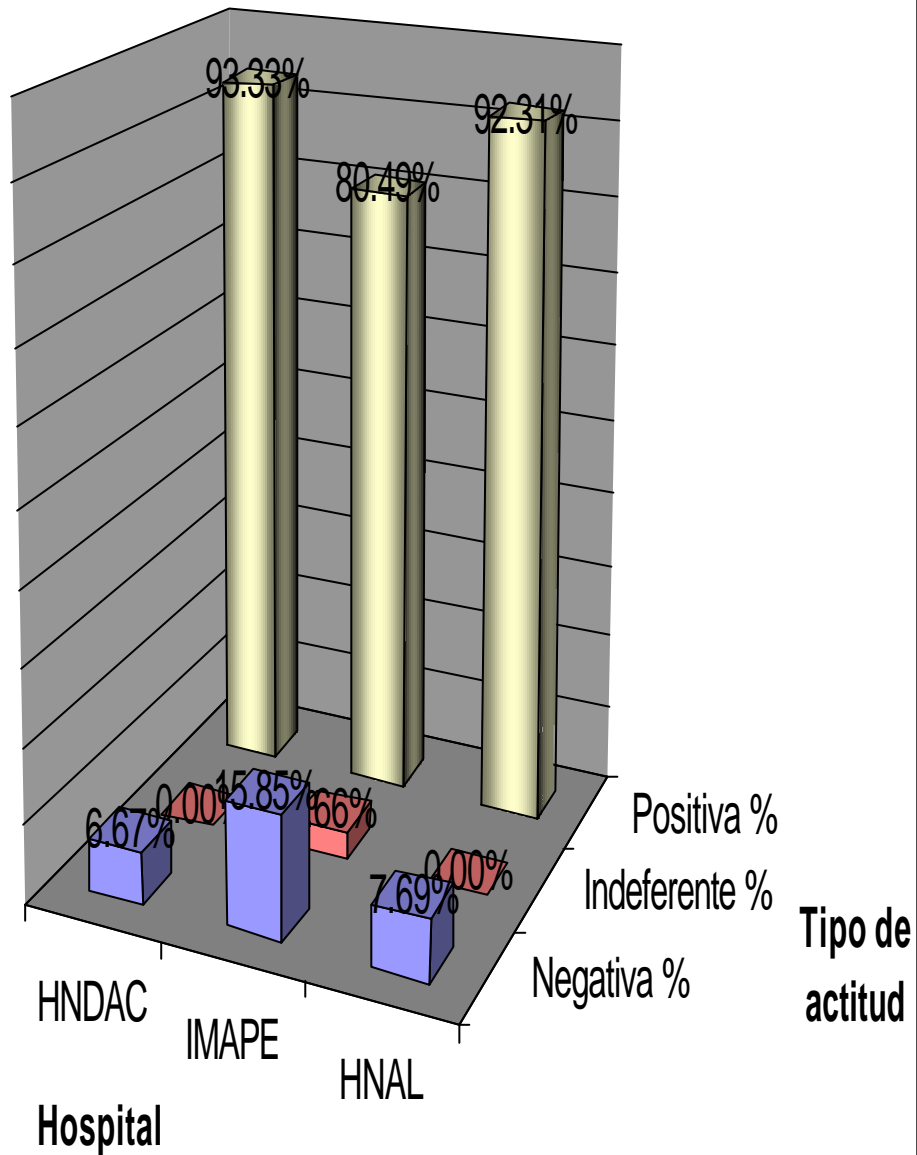
H0: El hospital donde labora NO esta asociado a la actitud de las obstetricas sobre los AHE

En esta cuadro se puede ver que existe una asociación pobre (CC: 18.52%), se obtuvo un $Ji^2 = 2.574$ con un GL de 4 asociado a un $p = 0.63145089$ no siendo significativo por lo cual aceptamos la hipótesis nula

El tipo de actitud que predomina en estas instituciones es la positiva con un 83.64% en contraste la actitud negativa tiene un 13.64%.

GRAFICO 6

Hospital donde labora Vs Tipo de actitud



CUADRO N° 11

Hospital donde laboran las obstetricas Vs nivel de conocimientos sobre

AHE

| Hospital donde labora | Conocimiento | | | | | | TOTAL | |
|-----------------------------|--------------|--------|-------|--------|------|--------|-------|---------|
| | Alto | | Medio | | Bajo | | f | % |
| | f | % | f | % | f | % | | |
| HNDAC | 2 | 13.33% | 3 | 20.00% | 10 | 66.67% | 15 | 100.00% |
| IEMP | 3 | 3.66% | 8 | 9.76% | 71 | 86.59% | 82 | 100.00% |
| HNAL | 1 | 7.69% | 3 | 23.08% | 9 | 69.23% | 13 | 100.00% |
| TOTAL | 6 | 5.45% | 14 | 12.73% | 90 | 81.82% | 110 | 100.00% |

$Ji^2 = 5.498$; $GL = 4$; $CC = 26.72\%$; $p = 0.23990711$; NO Significativo.

Regresión Lineal: $Ji^2 = 0.288$; $p = 0.59147587$; NO Significativo.

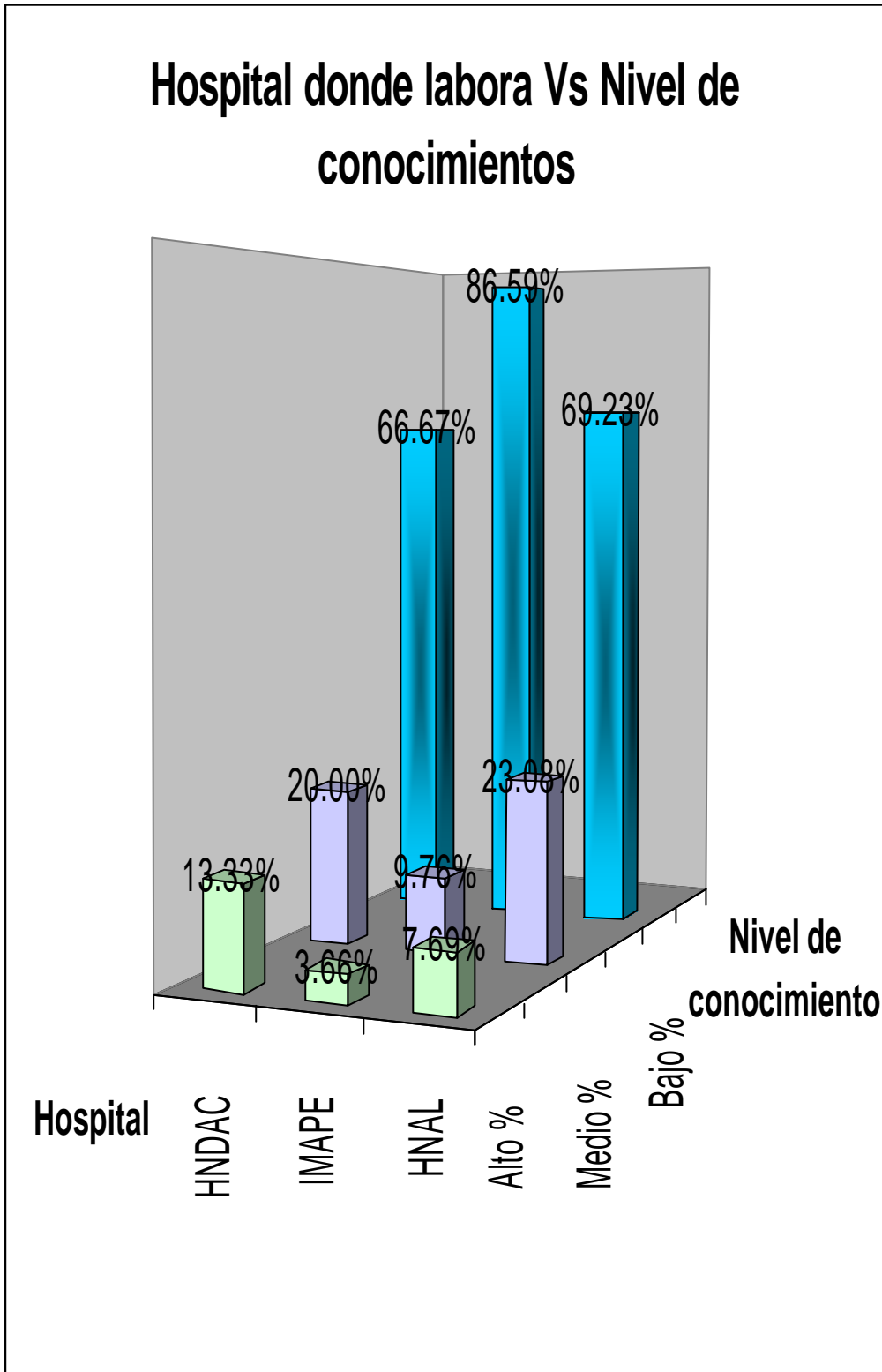
H1: El hospital donde labora esta asociado al nivel de conocimiento de las obstetricas sobre los AHE

H0: El hospital donde labora NO esta asociado al nivel de conocimiento de las obstetricas sobre los AHE

En el cuadro N° 11 se puede observar que existe una asociación regular entre estas dos variables con un coeficiente de contingencia corregido de Pawlik (CC) de 26.72%; un $Ji^2 = 5.498$ con un grado de libertad igual a 4 y un $p = 0.23990711$, no siendo significativa esta asociación debido a ello aceptamos la

En esta tabla se puede apreciar que el nivel de conocimiento de las obstetricas acerca de los AHE es bajo con un porcentaje elevado en las tres instituciones de salud siendo este de un 81.82%, solo un 12.73% de la población tiene un conocimiento medio y un 5,45% un posee un conocimiento elevado.

GRAFICO 7



CUADRO N° 12

Posición ante la premisa: “El embarazo comienza desde el momento de la concepción por tal motivo no se debe brindar la AHE Vs conocimiento de las indicaciones de la AHE.

| ¿Cuál es una indicación de la anticoncepción hormonal de emergencia? | El embarazo comienza desde el momento de la concepción por tal motivo no se debe brindar la AHE | | | | | | TOTAL | | | | | |
|--|---|---------|------------|---------|----------|---------|-------|---------|------------|---------|--------------------------|---------|
| | Totalmente de acuerdo | | De Acuerdo | | Indeciso | | | | Desacuerdo | | Totalmente en desacuerdo | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | | |
| Todas | 10 | 62.50% | 10 | 55.56% | 6 | 85.71% | 47 | 90.38% | 15 | 88.24% | 88 | 80.00% |
| Ninguna | 0 | 0.00% | 1 | 5.56% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 1 | 5.88% | 2 | 1.82% |
| Sexo sin protección | 2 | 12.50% | 5 | 27.78% | 0 | 0.00% | 1 | 1.92% | 0 | 0.00% | 8 | 7.27% |
| Violación sexual | 2 | 12.50% | 0 | 0.00% | 1 | 14.29% | 4 | 7.69% | 0 | 0.00% | 7 | 6.36% |
| Rompimiento del preservativo | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 1 | 5.88% | 1 | 0.91% |
| NR | 2 | 12.50% | 2 | 11.11% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 4 | 3.64% |
| TOTAL | 16 | 100.00% | 18 | 100.00% | 7 | 100.00% | 52 | 100.00% | 17 | 100.00% | 11 | 100.00% |

$Ji^2 = 40.386$; GL = 20; CC = 57.94%; $p = 0.00446307$; **Significativo.**

Regresión Lineal: $Ji^2 = 10.851$; $p = 0.00098719$; **Significativo.**

H_1 : El conocimiento de las indicaciones de la AHE esta asociado al rechazo de la premisa: “el embarazo comienza desde la concepción por lo cual no se debe

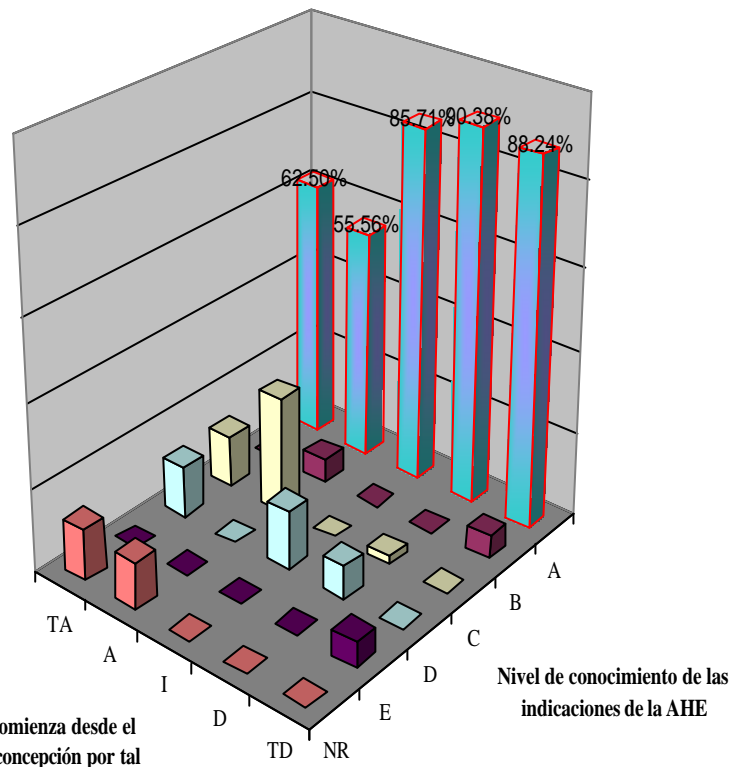
H_0 : El conocimiento de las indicaciones de la AHE NO esta asociado al rechazo de la premisa: “el embarazo comienza desde la concepción por lo cual no se debe brindar la AHE”.

En la distribución de frecuencias se puede ver que existe una fuerte asociación entre estas dos variables siendo el coeficiente de contingencia corregido de Pawlik igual a 57.94%, observándose un $Ji^2 = 40.386$ con un GL = 20 y asociado a un $p = 0.00446307$; por ello se acepta la hipótesis alternante.

17.05% respectivamente.

GRAFICO 8

El embarazo comienza desde el momento de la concepción por tal motivo no se debe brindar la AHE Vs Nivel de conocimiento de las indicaciones de AHE.



El embarazo comienza desde el momento de la concepción por tal motivo no se debe brindar la AHE

CUADRO N° 13

Posición ante la premisa: “Se debe promover la disponibilidad de la AHE por parte de los programas de PPF” Vs conocimiento de la AHE aprobada en el Perú

| ¿Cuál de los siguiente métodos de anticoncepción de emergencia ha sido aprobado en el Perú? | Se debe promover la disponibilidad de la AHE por parte de los programas de PPF | | | | | | | | TOTAL | | | |
|---|--|---------|------------|---------|----------|---------|------------|---------|-------|--------------------------|-----|---------|
| | Totalmente de acuerdo | | De Acuerdo | | Indeciso | | Desacuerdo | | | Totalmente en desacuerdo | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | | f | % | |
| Levonorgestrel | 27 | 81.82% | 31 | 67.39% | 3 | 50.00% | 13 | 65.00% | 2 | 40.00% | 76 | 69.09% |
| Estrógenos solos | 1 | 3.03% | 2 | 4.35% | 0 | 0.00% | 1 | 5.00% | 0 | 0.00% | 4 | 3.64% |
| Mifepristona | 1 | 3.03% | 1 | 2.17% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 2 | 1.82% |
| Antiprogestágenos | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 1 | 5.00% | 0 | 0.00% | 1 | 0.91% |
| DIU | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 1 | 16.67% | 1 | 5.00% | 0 | 0.00% | 2 | 1.82% |
| NR | 4 | 12.12% | 12 | 26.09% | 2 | 33.33% | 4 | 20.00% | 3 | 60.00% | 25 | 22.73% |
| TOTAL | 33 | 100.00% | 46 | 100.00% | 6 | 100.00% | 20 | 100.00% | 5 | 100.00% | 110 | 100.00% |

$Ji^2 = 22.930$; $GL = 20$; $CC = 46.43\%$; $p = 0.29226893$; NO Significativo.

Regresión Lineal: $Ji^2 = 4.388$; $p = 0.03619320$; **Significativo.**

H1: El conocimiento del tipo de anticonceptivo de emergencia aprobado en el Perú esta asociado a la aceptación de la premisa: “Se debe promover la disponibilidad de la AHE por parte de los programas de PPF”

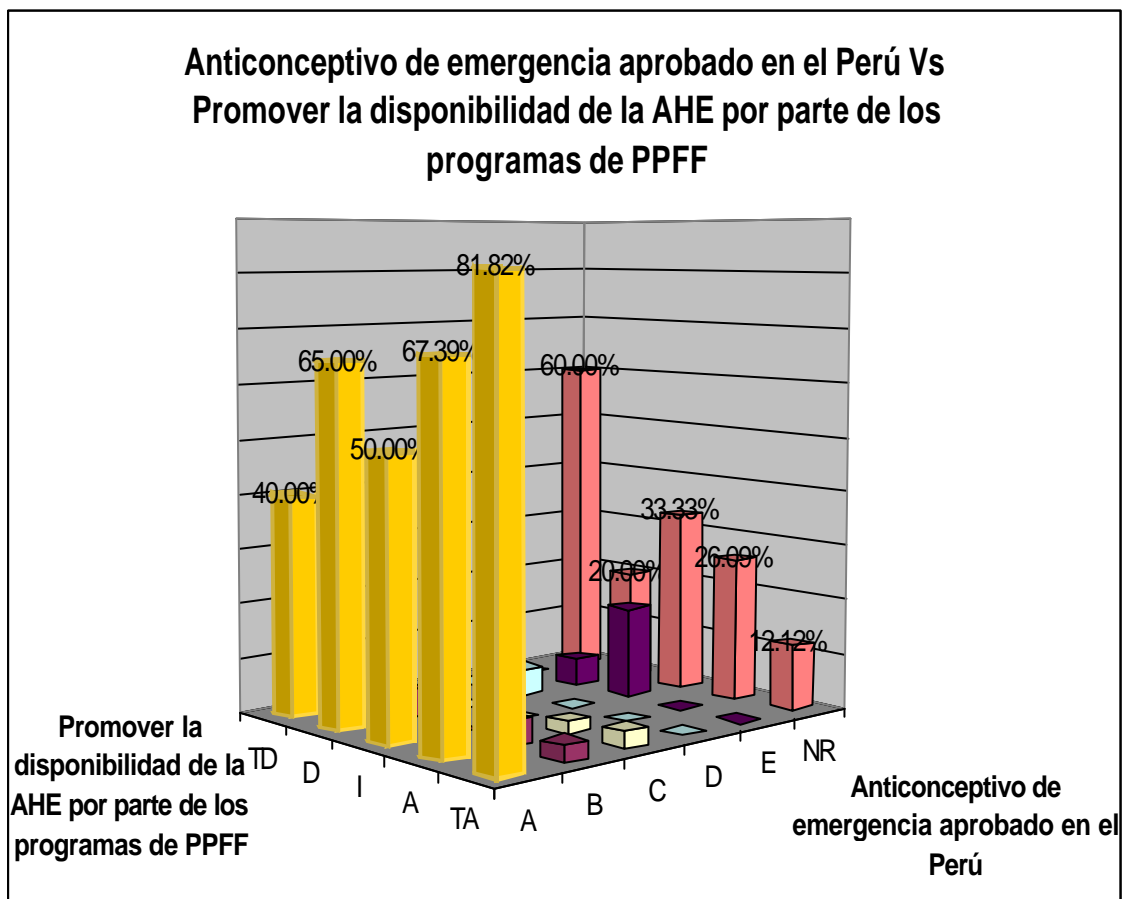
H0: El conocimiento del tipo de anticonceptivo de emergencia aprobado en el Perú NO esta asociado a la aceptación de la premisa: “Se debe promover la disponibilidad de la AHE por parte de los programas de PPF”

Las frecuencias observadas del presente cuadro fueron sometidas a la prueba estadística chi cuadrado, obteniéndose un $Ji^2 = 22.930$ con 20 Grados de Libertad, al cual le esta asociado un valor de probabilidad del error: $p = 0.29226893$. Puesto que el valor hallado del error tipo I es $p > \alpha = 0.05$, se concluyo en aceptar la H_0 (hipótesis nula). Al hacer un rastreo de alguna

componente lineal, el valor Ji^2 arrojó un valor de probabilidad, $p= 0.03619320$. Puesto que este valor $p < 0.05$, se acepta la hipótesis alterna de que existe una componente lineal entre ambas variables.

En este cuadro se puede observar que las obstetrices tienen un mayor conocimiento de la aprobación de los métodos de AHE en el Perú en un 69.09% y de estas están en de acuerdo y totalmente en de acuerdo con la premisa: “Se debe promover la disponibilidad de la AHE por parte de los programas de PPF” en un 40.79% y 35.53% respectivamente.

GRAFICO 9



CUADRO N° 14

Posición ante la premisa: “La AHE fomenta una conducta irresponsable en las mujeres” Vs hospital donde laboran las obstetricas

| La AHE fomenta una conducta irresponsable en las mujeres | Hospital donde labora | | | | | | TOTAL | |
|--|-----------------------|---------|------|---------|------|---------|-------|---------|
| | HNDAC | | IEMP | | HNAL | | f | % |
| | f | % | f | % | f | % | | |
| Totalmente de acuerdo | 0 | 0.00% | 19 | 23.17% | 1 | 7.69% | 20 | 18.18% |
| De Acuerdo | 5 | 33.33% | 26 | 31.71% | 5 | 38.46% | 36 | 32.73% |
| Indeciso | 0 | 0.00% | 7 | 8.54% | 4 | 30.77% | 11 | 10.00% |
| Desacuerdo | 10 | 66.67% | 27 | 32.93% | 3 | 23.08% | 40 | 36.36% |
| Totalmente en desacuerdo | 0 | 0.00% | 3 | 3.66% | 0 | 0.00% | 3 | 2.73% |
| TOTAL | 15 | 100.00% | 82 | 100.00% | 13 | 100.00% | 110 | 100.00% |
| $Ji^2 = 17.788$; $GL = 8$; $CC = 45.69\%$; $p = 0.02287410$; Significativo. | | | | | | | | |
| Regresion Lineal: $Ji^2 = 2.243$; $p = 0.13424868$; NO Significativo. | | | | | | | | |

En esta tabla las frecuencias que se muestran fueron sometidas a la prueba de hipótesis estadística planteándose lo siguiente:

H1: La aceptación de la premisa: “La AHE fomenta una conducta irresponsable en las mujeres” esta asociado a los hospitales donde laboran las obstetricas.

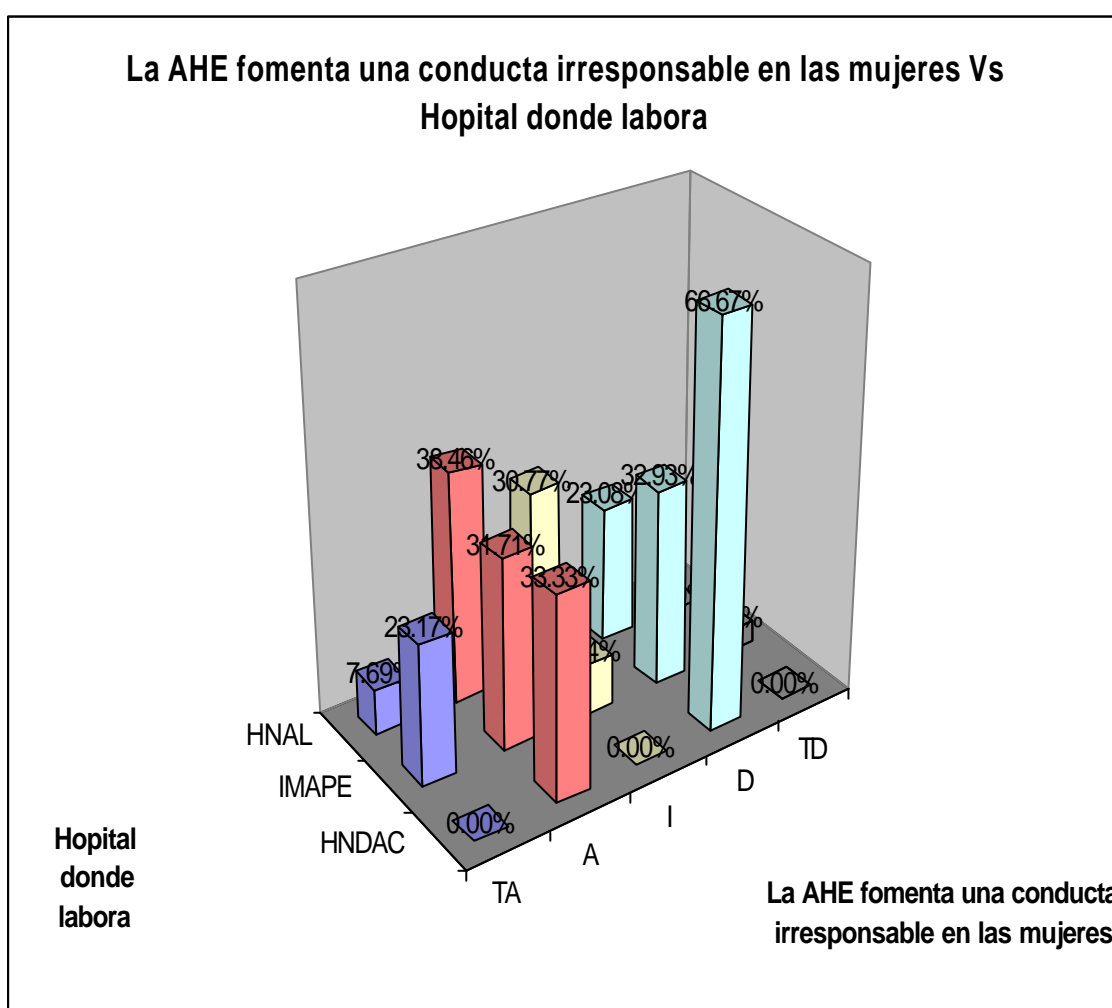
H0: La aceptación de la premisa: “La AHE fomenta una conducta irresponsable en las mujeres” NO esta asociado a los hospitales donde laboran las obstetricas.

A partir de los datos se obtuvo un $Ji^2 = 17.788$ con $CC = 45.69\%$ y un grado de libertad = 8, mostrando una regular asociación entre estas dos variables puesto que $p = 0.02287410$, por lo que se acepta la hipótesis alternante.

En este cuadro se puede visualizar que en el HNDAC existe un 33.33% de obstetricas que están de acuerdo con la premisa previamente mencionada,

pero a su vez existe un 66.67% que se encuentran en desacuerdo, en el IEMP se encuentra un 31.71% de acuerdo y un 32.93% esta en desacuerdo en el HNAL se observa una situación similar a la de IEMAPE con un 38.46% que se encuentran de acuerdo y un 23.08% en desacuerdo, se debe notar que en el HNAL existe un porcentaje importante de obstetricas que se encuentran indecisas (30.77%)

GRAFICO 10



CUADRO N° 15

Hospital donde laboran las obstetrices Vs conocimiento de algún tipo de

| ¿Conoce Ud algún tipo de anticoncepción de emergencia? | Hospital donde labora | | | | | | TOTAL | |
|--|-----------------------|---------|------|---------|------|---------|-------|---------|
| | HNDAC | | IEMP | | HNAL | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Conozco todos los tipos | 4 | 26.67% | 12 | 14.63% | 3 | 23.08% | 19 | 17.27% |
| Conozco a la mayoría de los tipos | 3 | 20.00% | 20 | 24.39% | 4 | 30.77% | 27 | 24.55% |
| Conozco pocos tipos | 8 | 53.33% | 42 | 51.22% | 6 | 46.15% | 56 | 50.91% |
| No conozco tipo alguno | 0 | 0.00% | 3 | 3.66% | 0 | 0.00% | 3 | 2.73% |
| NR | 0 | 0.00% | 5 | 6.10% | 0 | 0.00% | 5 | 4.55% |
| TOTAL | 15 | 100.00% | 82 | 100.00% | 13 | 100.00% | 110 | 100.00% |

$Ji^2 = 4.491$; $GL = 8$; $CC = 24.26\%$; $p = 0.81033729$; NO Significativo.

Regresión Lineal: $Ji^2 = 0.000$; $p = 0.99142899$; NO Significativo.

H_1 : El conocimiento de algún tipo de anticonceptivo de emergencia se relaciona con el hospital donde laboran las obstetrices

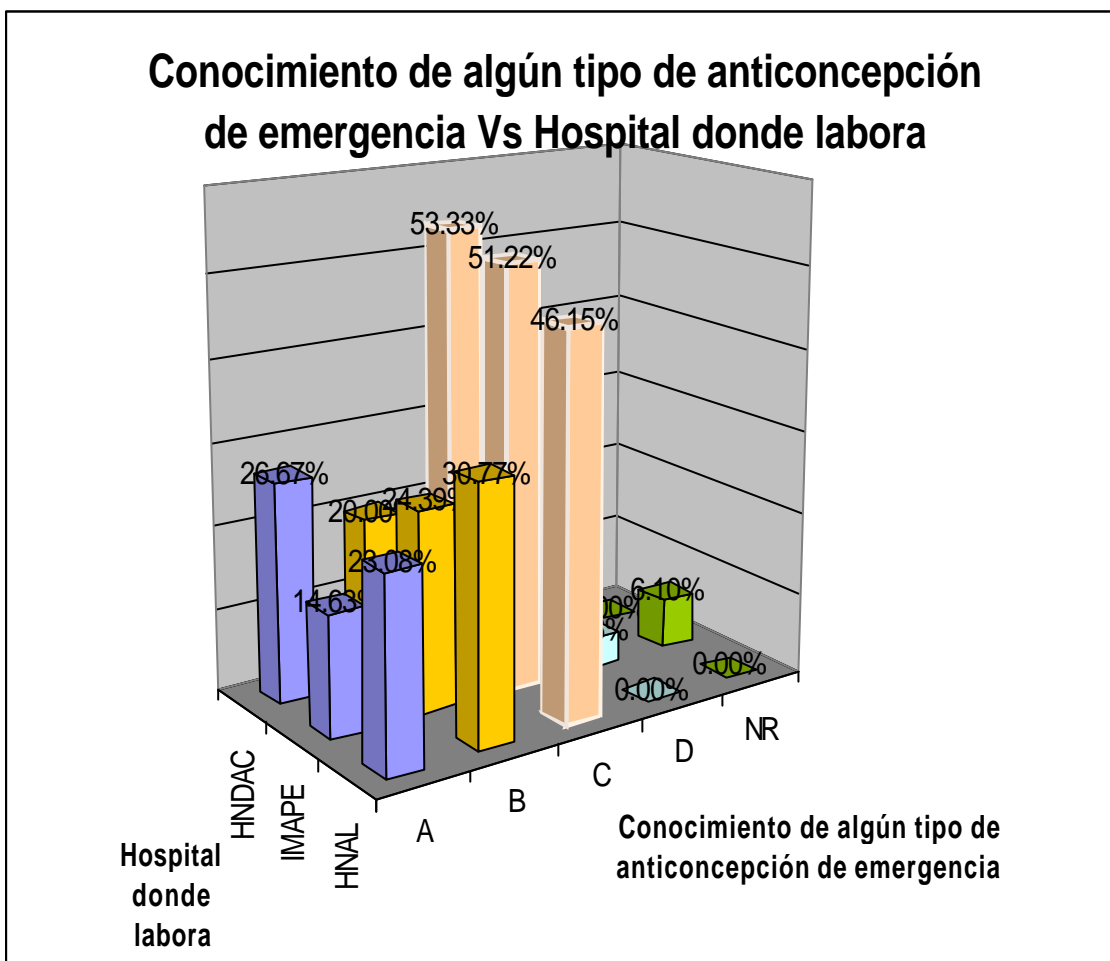
H_0 : El conocimiento de algún tipo de anticonceptivo de emergencia NO se relaciona con el hospital donde laboran las obstetrices.

Se tiene un $CC = 24.26\%$ con lo que se sugiere una asociación débil, las distribuciones de frecuencias fueron sometidas al Ji^2 obteniéndose como resultado 4.491 con un $GL = 8$ y un $p = 0.81033729$ por lo que esta asociación no es estadísticamente significativa, lo que descarta la hipótesis alterna, aceptándose la hipótesis nula.

En este cuadro se puede ver que la mayoría de las obstetrices reconoce conocer pocos tipos de anticonceptivos de emergencia (50.91%), un 17.27%

refiere conocer todos los tipos y un 24.55% refiere conocer la mayoría de los tipos.

GRAFICO 11



DISCUSIÓN

Hasta el momento no se ha encontrado trabajos de investigación de este tipo aplicado en obstetrices ni en otros profesionales de salud; por lo que no tenemos un patrón de referencia en cuanto a la relación, pero si se pueden comparar las variables ya que si se han realizado estudios sobre el nivel de conocimientos pero se repite lo antes mencionado no en obstetrices, en lo que concierne a la medición de las actitudes se ha hallado trabajo alguno que mida la actitud usando la escala de Likert en lo que respecta a la anticoncepción de emergencia ya que en los trabajos internacionales hallados no se miden las actitudes de manera clara y se usan ítems que pueden medir la aceptación o rechazo hacia la anticoncepción de emergencia mas aún no usan la escala, y solo juzgan mediante razonamientos parciales tomando estos como un indicador de algún tipo de actitud; por todo lo antes mencionado este trabajo resulta de importancia.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación reportan una relación entre el nivel de conocimientos de las obstetrices y las actitudes hacia los métodos hormonales de emergencia, describiendo una relación lineal positiva, pero al cruzar dichas variables una vez categorizadas no se halla una relación estadísticamente significativa esto es debido al error que puede existir al agrupar los puntajes individuales; puesto que la actitud y el conocimiento son variables ordinales y estas, al categorizarse en algunos casos, cuando se relacionan pierden significancia debido a un mayor error muestral. Del cruce de cada tipo de conocimientos con el nivel de actitud tampoco se halló una relación significativa salvo en el grupo de conocimientos altos en el que se halló una relación polinomial de segundo grado, pero como se menciono

anteriormente esta puede estar sujeta a error debido a que el número de muestra era de solo 6 obstetras.

En lo que respecta al tipo de actitud esta es positiva en las tres instituciones, pero se debe resaltar que el IEMP tiene un 15.85% de actitud negativa y es la mayor en relación a las otras dos instituciones, esta variable no ha sido medida en otros estudios de manera adecuada ni ha sido categorizada, En estudios realizados en Costa Rica por Marín y cols. y en España López de Castro y cols.refieren que los médicos en un 23% se posicionaba en el grupo que no se mostraba dispuesto a prescribir la anticoncepción de emergencia. De ellos el 78% tomaba esta opción por considerarla desde el punto de vista religioso una abortiva ^(4,47) la idea de que este tipo de anticoncepción es abortiva tiene un importante porcentaje no solo en estos estudios ya que en Brasil se realizó un estudio en el que un 30% refiere que entre los mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia esta el aborto ⁽³⁾.

En relación al nivel de conocimientos en cada hospital se tiene un nivel de conocimientos bajo en estas instituciones que es de 81.82%, un 12.73% el conocimiento medio y el conocimiento alto solo tiene un 5.45%, que es similar al estudio realizado por López de Castro y cols. donde muestran que existe cierta deficiencia en los conocimientos sobre anticoncepción de emergencia.⁽⁴⁷⁾ en otro trabajo de investigación realizado en Colombia se aplicó un cuestionario, a médicos generales, de 20 preguntas con un puntaje máximo de 10 puntos donde se ve que la calificación promedio es de 6.16 lo que estaría dentro de un nivel de conocimientos regular, pero aproximadamente el 40.7% tiene un nivel de conocimiento bajo a pesar que un 90% refirió conocer sobre la anticoncepción de emergencia⁽⁶⁾.

El porcentaje de acierto en la pregunta de indicaciones de la AHE se obtuvo un 80.00% de respuestas adecuadas, este resultado es superior a otra investigaciones ya que en el trabajo de investigación realizado por Monterrosa Castro este llego solamente al 65%, y este nivel de conocimiento se relaciona con el rechazo de la premisa: “el embarazo comienza desde la concepción por lo cual no se debe brindar la AHE”⁽⁶⁾.

El porcentaje de obstetricas que están de acuerdo con que la AHE se distribuya en los servicios de planificación familiar es de 41.82% y las que están totalmente de acuerdo 30.00% y de este grupo el 67.39% y el 81.82% respectivamente, sabían que el levonorgestrel había sido aprobado para la anticoncepción de emergencia en el Perú. Existe un grupo importante (22.73%) de la población que no respondió la pregunta del anticonceptivo de emergencia aprobado en el Perú aunque poco mas de la quinta parte de este grupo esta de acuerdo con que se distribuya en los servicios de planificación. No obstante solo el 9.09% de las obstetricas conocía cuando se agregó la anticoncepción de emergencia a las normas de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, situación similar a la de Brasil que a pesar que este anticonceptivo esta aprobado un porcentaje considerable considera que es ilegal.

Las obstetricas que respondieron que la AHE podría fomentar una conducta irresponsable en las mujeres que la utilizan en un 32.73%, reflejándose porcentajes similares en los tres hospitales en contraste del 36.36% que no piensa lo mismo; además cabe destacar que las obstetricas que laboran en el IEMP están totalmente de acuerdo con que la AHE podría fomentar una conducta irresponsable en las mujeres con un 23.17% aunque esto no se ha

reportado en otros países como Estados Unidos y Europa, si bien nuestra realidad es diferente.

A la pregunta ¿conoce algún tipo de anticonceptivos de emergencia? las obstétricas señalaron en un 53.64% conocer pocos tipos o ningún tipo de anticonceptivos de emergencia y solo un 17.27% conocían todos los tipos mostrándose porcentajes similares en los tres hospitales. En el estudio realizado por Gómez Jiménez y cols. en el cual el 94.9% de los encuestados conocía al menos un método anticonceptivo de emergencia de los cuales el 96,4% referían entre ellos la pauta de levonorgestrel⁽⁵⁾.

RECOMENDACIONES Y COMENTARIOS

Se debe informar y educar al personal de obstetricia sobre el tema de la anticoncepción de emergencia debido a que el conocimiento es bajo.

Si bien el tipo de actitud es positiva en la mayoría de los casos se debe tener en cuenta que mejorando el nivel de conocimientos la actitud mejorara lo que a su vez quiere decir que habrá mayor predisposición a la prescripción de este anticonceptivo en el momento que sea indicado ya que hemos visto que las obstetricas saben cuando prescribirlo pero no saben las dosis.

Se debe ampliar el estudio en obstetricas y a otros profesionales de la salud para de esta manera tener una mejor idea de la influencia del nivel de conocimientos de los anticonceptivos hormonales de emergencia sobre las actitudes y llegar a conclusiones más valederas.

Si bien es cierto que se tomaron a las obstetricas de todos los servicios para este trabajo, el servicio donde laboran las obstetricas no se relacionó con el nivel de conocimiento ni con el tipo de actitud, dato que nos debería hacer reflexionar sobre la calidad de atención que se brinda al usuario de

r

Consideramos que la Anticoncepción de Emergencia podría ser parte de los programas normales de formación de los profesionales prestadores de salud para que ellos tengan conocimientos claros y el suficiente criterio para que

puedan evitar el desarrollo y persistencias de falsas creencias entre la población. A la vez, dichos profesionales deben conocer y/o desarrollar estrategias que permitan a la mujer solicitar o utilizar eficiente y racionalmente la Anticoncepción de Emergencia y esto podría contribuir a reducir la morbimortalidad materna en el país.

3. Galvao L, Diaz J, Diaz M, Osis M, Clark S y Ellertson Ch. Anticoncepción de emergencia: conocimiento, actitudes y practicas de los gineco - obstetras del Brasil. Perspectivas internacionales en planificación familiar. 2000:2 – 6
4. Marin Carmen, Obregon Loria Rafael. Conocimientos, actitudes y practicas de los gineco-obstetras sobre anticoncepción hormonal de emergencia. Estudio piloto en San José de Costa Rica. Centro centroamericano de población. 2002 1- 7.
5. Gomez Jimenez, Bullejos Lopez. Anticoncepción de urgencia: ¿los s de familia nos mostramos dispuestos a utilizar las píldora del día después?. Medicina de Familia 2003; 4(3): 184 190.
6. Monterrosa Castro A; Evaluación del nivel de conocimientos sobre anticoncepción de emergencia que tienen médicos generales que ejercen en Cartagena; Departamento de Ginecología y Obstetricia; Universidad de Cartagena; Colombia; 2001.
7. Arapé Jesús Enrique. La Medición del Conocimiento: ¿Fantasía o Realidad?. CIED, Octubre, 1999.
<http://www.visiongc.net/Documentos/cied%20medicion%20del%20conocimiento>

8. Davenport,TH; Prusak, L; Working Knowledge How Organitazations manage What They Know; Harvard Business School Pres Boston.
9. Triandis H C; Introducción y procesos fundamentales; Triandis H C; Actitudes y cambios de actitudes;1° edición; Ediciones Toray S.A,Barcelona – España. ; 1974;7-10
- 10.Espinoza Saavedra a, Grados Zavala I, Torres Cáceres m. Tesis para optar el título de bachiller de enfermería. Nivel de conocimientos y actitudes que tienen las puérperas adolescentes hacia el uso de los nticonceptivos según estrato social en los hospitales del MINSA. 1995 Lima- Perú UNMSM.
- 11.Ander-Egg,E; Técnicas de Investigación social. Series en Política, Servicios y Trabajo social; 24 Edición Lumen 1995; Buenos Aires.
- 12.OMS. Píldoras anticonceptivas de emergencia y anticoncepción de emergencia con DIU de cobre. Anticoncepción de emergencia: guía para la prestación de servicios.1999.1-43
- 13.June La Valleur MD. Anticoncepción de Urgencia. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas temas actuales. 2000; (4): 775-794
- 14.Mayo Abad D, Seino Valdés J. Anticoncepción de emergencia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2004;30(1)
- 15.Trussell James , Ellertson Charlotte, Stewart Felicia, Raymond Elizabeth G, Shochet Tara; The role of emergency contraception; American Journal of Obstetrics and Gynecology 2004 (190),S30 –38
- 16.Fonseca P. Anticoncepción post-coital. Cifuentes Borrero R. Ginecología y Obstetricia basadas en las evidencias. 1° edición. 2002. (6) 587- 594

17. Glasier Anna. Emergency Contraception. Best Practice & Research Obstetrics and Gynaecology. 2002; 16 (2): 181 – 191.
18. Croxatto H, Devoto L, Durand, Ezcurra E, Larrea F, Nagle C, Ortiz M, Vantman D, Vega M, Von Hertzen H. Mechanism of action of hormonal preparation used for emergency contraception: a review of the literature. Contraception. 2001; (63); 111 – 121.
19. Royal College Obstetrics and Gynecology. Emergency contraception: the journey so far. British Journal Obstetrics and Gynecology ;2003 (110):. 339–345
20. Grimes David A. and Raymond Elizabeth G., Emergency Contraception. Annals Internal Medicine. 2002(137):180-189.
21. Gary Cunningham, Gant Norman, Leveno Kenneth, Gilstrap III Larry. Anticoncepción. Gary Cunningham, Gant Norman, Leveno Kenneth, Gilstrap III Larry Williams. Obstetricia. 21 edición. 2002; (58): 1279 1309
22. Wesrhoff Carolyn. Emergency Contraception. The New England Journal of Medicine. 2003; 349: 1830 – 1835.
23. Wellbery Caroline. Emergency contraception. Archive Family Medicine;2000 (9):642-646
24. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness Of Emergency Contraceptive Pills Between 72 And 120 Hours After Unprotected Sexual Intercourse. American Journal Obstetrics and Gynecology. 2001; (184): 531 – 537
25. López de Castro F, Lombardia Prieto y Rodríguez Alcalá F. Anticoncepción de Emergencia. SEMERGEN. 2001(27); 350 – 357.

26. Croxatto Horacio B, Ortiz Maríya E, Müller Andrés L, Mechanisms of action of emergency contraception, *Steroids* 2003 (68) 1095–1098
27. Wertheimer Randy Ellen; Emergency Postcoital Contraception; *American Family Physician* 2000(62)2287-92
28. Hapangama D; Glasier A; Baird D; The effects peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle; *Contraception*; 2001(63); 123-129.
29. Raymond EG, Creinin MD, Barnhart KT, Lovvorn AE, Rountree RW, Trussell J. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial. *Obstetrics and Gynaecology*. 2000; (95): 271 – 277.
30. Ragan Ronald E., Rock Randall W, and Buck Henry W. Metoclopramide pretreatment attenuates emergency contraceptive-associated nausea. *American Journal Obstetrics and Gynecology* 2003(188):330-333
31. Marions Lena, Kjell Hultenby, Ingrid Lindell, Xiaoxi Sun, Berit Stabi y Gemzell Danielsson. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstetrics and Gynecology*. 2002; 100 (1) 65 – 71
32. Busquets M; Contracepción de emergencia: efecto postfertilización del levonorgestrel; *Revista chilena de obstetricia y ginecología*; 2003;68(2); 163-180.
33. Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J; Single dose mifepristone, single dose levonorgestrel and 2-dose levonorgestrel are all equally safe and effective as emergency contraception; *Evidence- based clinical practice*; 2003;(7); 109-111.

34. Von Hertzen h, Piaggio G, Ding J, Cheng J; Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a who multicentre randomised trial; *The Lancet*; 2002; 360(7); 1803-1810.
35. Arowojolu A.O., Okewole I.A., Adekunle A.O. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception* 2002 (66) 269–273.
36. Resolución Ministerial N° 399-2001 SA/DM 13 de Julio 2001
37. Resolución Directoral N° 10633 SS/DIGEMID/DERN/DR 12 de Septiembre 2000.
38. Resolución Directoral N° 341 SS/DIGEMID/DERN/DR 22 de Enero 2004.
39. Resolución Defensorial N° 040-2003/DP 18 de diciembre de 2003.
40. Resolución Directoral N° 4508 SS/DIGEMID/DERN/DR 17 de Marzo 2004.
41. F.J Elejabarrieta y L. Iñiguez. Construcción de escalas de actitud tipo Thurstone y Likert. 1984: 1- 47.
42. Espinosa García, J. y Román Galán, T. la medida de las actitudes usando las técnicas de Likert y de diferencial semántico *Las Ciencias*, 1998, 16 (3), 477-484.
43. Robyn M. D. *Medición Representativa: Temas Generales*. Robyn M. D. *Fundamentos y Técnicas de Medición de Actitudes*. Editorial Limusa. México D F. Primera edición. 1975: Capitulo 7; 95 – 114
44. Lauren H, Hough L Seiler y Hough L Richard y R. Comparaciones Empíricas entre las Técnicas del Thurstone y Likert. Gene F. Summers.

45. Manassero Mas, Vázquez María Antonia; Instrumentos y Métodos para la evaluación de las Actitudes relacionadas con la Ciencia, la Tecnología y la Sociedad; Enseñanza de las Ciencias; 2001; 20(1); 15-27.
46. Acevedo Díaz J. A, Acevedo Romero P., Manassero Mas M. A. Y Vázquez Alonso Á. Avances Metodológicos En La Investigación Sobre Evaluación De Actitudes Y Creencias Cts. OEI – Revista Iberoamericana De Educación.
47. López de Castro F; Lázaro G; López J; Campos N; Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción de emergencia de los médicos de Atención Primaria en el área de salud de Toledo; MEDIFAM 2001;(11):441-448.
48. Sainz-Maza Aparicio M, Sánchez Otero C y Sánchez Yubero S. Anticoncepción postcoital en Urgencias de Atención Primaria. SEMERGEN; 2003,29(9): 468-70
49. Task Force on Postovulatory methods of fertility regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet. 1998; 352: 428 – 433
50. Parul Gupta, Geri Hewitt. Update on emergency contraception. Reviews in Gynaecological Practice. 2002; 2: 5 – 9.
51. Ashok PW, Stalder C, Wagaarachchi PT, Flett GM, Melvin L, Templeton A. Low-dose mifepristone was more effective than the Yuzpe regimen for

241.

55. Sheffer-Mimouni G, Pazner D, Maslovitch S; Ectopic pregnancies following emergency levonorgestrel contraception; *Contraception* ; 2003(67); 267-269.
56. Ellertson Charlotte, Webb Anne, Blanchard Kelly, Bigrigg Alison, Haskell Sue, Shochet Tara, Trussell James. Modifying the Yuzpe Regimen of Emergency Contraception: A Multicenter Randomized Controlled. *Obstetrics & Gynecology*. 2003;101 (6): 1160 – 1167.
57. Shochet Tara, Blanchard Kelly, King Helen, Henchcliffe Bridget, Hunt Janice, McCaig Chris, Weaver Kate, Stirling Alex, Glasier Anna, Webb Anne, Ellertson Charlotte. Side effects of the Yuzpe regimen of emergency contraception and two modifications. *Contraception*. 2004 (69): 301 – 307.
58. Trussell James, Ellertson Charlotte, von Hertzen Helena, Bigrigg Alison, Webb Anne, Evans Margaret, Ferden Sue, Leadbetter Clare. Estimating

- the Effectiveness of Emergency contraceptive pills. *Contraception*. 2003 (67): 259 – 265.
59. Lete Lasa I, Arroniz A y Esquizavel R. Anticoncepción de Emergencia. *Atención Primaria*. 2001(28): 59 - 68
60. Durand Martha, Cravioto Maria, Raymond Elizabeth; Durán, Sánchez Ofelia; On the Mechanisms of Actions of Short-term Levonorgestrel administration in emergency contraception; *Contraception*; 2001(64); 227-234.
61. Trussell James, Rodriguez Germán y Ellertson Charlotte. Updated Estimates of the Yuzpe Regimen of Emergency Contraception. *Contraception*. 1999(59); 147 – 151
62. Marions Lena, Cekan Sten Z., Bygdeman Marc, Gemzell-Danielsson Kristina. Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. *Contraception* 2004 (69) 373–377
63. Chiang C; Walkman L; Freund K; Ash A; Emergency contraception: prescribing practices of general internists compared with other primary care physicians; *Contraception* 2004(69); 43-45

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

Este es un trabajo de investigación de internos de obstetricia de la UNMSM que busca determinar los conocimientos y las actitudes que tienen las obstetricas que laboran en hospitales de Lima con respecto a los métodos anticonceptivos de emergencia. Por tal motivo se solicita que su respuesta sea lo mas sincera posible.

I. DATOS GENERALES

1. Edad.....

2. Sexo: (M) (F)

3. Estado civil:

- a. Soltera (o)
- b. Casada(o)
- c. Viuda (o)
- d. Conviviente(o)
- e. Divorciada (o)

4. Religión que practica.....

5. Hospital donde labora

a. HNDAC

b. IEMP.

c. HNAL.

6. Servicio donde labora:

.....

7. Año de egreso de la universidad:

8. Estudios de post grado:

a. Si

b. No

Especifique.....

9. Años de experiencia profesional:

10.- Practica profesional privada:

a)si

b)no

especifique :

II. AREA DE ACTITUDES: Marcar con una X en el recuadro correspondiente según su criterio

AHE= Anticoncepción hormonal de emergencia

ETS= Enfermedades de transmisión sexual

PPFF= Planificación familiar

MINSA= Ministerio de salud

| ITEMS | Totalmente de acuerdo | Deacuerdo | Indeciso | Desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|-----------|----------|------------|--------------------------|
| 1. Proporcionar información sobre AHE en la población adolescente mejorará su vida reproductiva. | | | | | |
| 2. Las mujeres utilizaran la AHE de manera indiscriminada. | | | | | |
| 3. La AHE contribuye a reducir la mortalidad por aborto provocado. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| <p>4. La distribución de los AHE por el MINSA es beneficiosa para las usuarias de PPF.</p> | | | | | |
| <p>5. Las creencias religiosas influyen al momento de prescribir algún AHE.</p> | | | | | |
| <p>6. El embarazo comienza desde el momento de la concepción por tal motivo no se debe brindar la AHE.</p> | | | | | |
| <p>7. La AHE incrementara el uso de otros métodos anticonceptivos.</p> | | | | | |
| <p>8. La AHE fomenta una conducta</p> | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| irresponsable en las mujeres. | | | | | |
| 9. La distribución de la AHE debe ser libre ya que carece de riesgo para la salud. | | | | | |
| 10. La AHE ayuda a las mujeres a controlar su fertilidad. | | | | | |
| 11. Se debe negar la anticoncepción de emergencia a las mujeres que no emplean anticonceptivos de uso regular. | | | | | |
| 12. Si se difunde el conocimiento de la AHE, el uso excesivo de la AHE podría volverse un problema? | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| <p>13. El comercio de la AHE en las farmacias discrimina a las mujeres con menos poder adquisitivo.</p> | | | | | |
| <p>14. Se debe promover la disponibilidad de la AHE por parte de los programas de PPF.</p> | | | | | |
| <p>15. El profesional de salud está en la obligación de proporcionar la AHE cada vez que él lo considere necesario previa solicitud de la usuaria.</p> | | | | | |

III.- AREA DE CONOCIMIENTOS:

1.- ¿Conoce Ud algún tipo de anticoncepción de emergencia?

- a) Conozco todos los tipos
- b) Conozco a la mayoría de los tipos
- c) Conozco pocos tipos
- d) No conozco tipo alguno

2.- Si una mujer vomita dos horas después de su primera dosis de AHE, el tratamiento apropiado es:

- a) Sugerir la administración vaginal de la segunda dosis
- b) Repetir la primera dosis
- c) Omitir la segunda dosis
- d) Ninguna de las anteriores

3.- ¿Todas las pacientes deben ser sometidas a un examen pélvico completo antes de recibir AHE?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

4.- ¿Aquellas pacientes que hayan utilizado AHE podrán volver a utilizar inyectables como método anticonceptivo regular?

- a) Inmediatamente
- b) Esperar el segundo ciclo menstrual y estar seguro que no esta embarazada

- c) Dentro de los 7 días del comienzo del ciclo menstrual siguiente
- d) Ninguna de las anteriores

5.-Tras el uso de la AHE solo de progestinas aparecerá vómito en:

- a) mayor medida que el método yuzpe
- b) de igual medida que el método yuzpe
- c) menor medida que el método yuzpe
- d) no sabe

6. Cual de las siguientes alternativas se usa en el Perú como anticoncepción de emergencia?

- a.- El progestágeno Levonorgestrel.
- b.- El progestágeno Noretindrona
- c.- Mifepristona
- d.- T cu 380 A°.
- e.- Ninguna de ellas.

7. Conoce el método de "Yuzpe"?

- a) Lo conozco totalmente
- b) Lo conozco parcialmente
- c) Lo conozco poco
- d) Absolutamente nada

8. ¿Con respecto a la acción farmacológica del método Yuzpe cual es la alternativa correcta?

- a. Inhibe la ovulación
- b. Alteración del moco cervical
- c. Disminuye el número de receptores endometriales para la implantación
- d. Todas
- e. Ninguna

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

- a. 100µg de etinilestradiol - 0,5mg de levonorgestrel
- b. 150 µg de etinilestradiol - 0,75mg de levonorgestrel
- c. 200 µg de etinilestradiol - 0,25mg de levonorgestrel
- d. 50 µg de etinilestradiol - 1,0mg de levonorgestrel
- e. Ninguna de las anteriores

10. ¿Como 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.

10. ¿Cuales de las alternativas son reacciones adversas del método de Yuzpe?

- a. Irregularidad menstrual
- b. Mastodinea
- c. Fatiga
- d. Todas
- e. Ninguna

11. ¿Conoce el método de levonorgestrel?

- a) Lo conozco totalmente
- b) Lo conozco parcialmente
- c) Lo conozco poco
- d) Absolutamente nada

12. ¿Con respecto a la acción farmacológica del método con levonorgestrel cual es la alternativa correcta?

- a. Inhibe la ovulación
- b. Disminuye la motilidad de los cilios de las trompas de falopio
- c. Alcalinización del pH intrauterino
- d. Todas
- e. Ninguna

13. ¿Como se administra el método de 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.

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

- a. 750µg de levonorgestrel
- b. 750 mg de levonorgestrel
- c. 800 µg de levonorgestrel
- d. 800 mg de levonorgestrel
- e. Ninguna de las anteriores

15. ¿Cuál de las sgtes alternativas no son reacciones adversas del método de levonorgestrel?

- a. Cefalea
- b. Fatiga
- c. Tromboembolismo
- d. Irregularidad menstrual
- e. Mastodinea

16. ¿Cual es una indicación de la anticoncepción hormonal de emergencia?

- a. Sexo sin protección
- b. Violación sexual.
- c. Rompimiento del preservativo.
- d. Todas
- e. Ninguna

17. ¿Cual de los siguientes métodos de anticoncepción de emergencia ha sido aprobado en el Perú?

- a) DIU
- b) Levonorgestrel
- c) Estrógenos solos
- d) Mifepristona
- e) Antiprogestágenos

18.- ¿En que año se aprobó la venta de la píldora anticonceptiva de emergencia Postinor-2 en el mercado peruano?

- a. 2000
- b. 2001
- c. 2002
- d. 2003
- e. 2004

19.- ¿En qué año se aprobó la venta de la píldora anticonceptiva de emergencia Glanique en el mercado peruano?

- a. 2000
- b. 2001
- c. 2002
- d. 2003
- e. 2004

ANEXO 2

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL PILOTO APLICADO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

CONOCIMIENTO

1er cálculo

Coeficiente de confiabilidad de las mitades según Spearman-Brown

..... = **0.687**

Coeficiente de confiabilidad de las mitades según Rulon-Guttman

..... = **0.686**

Coeficiente de confiabilidad según la fórmula 20 de Kuder-Richardson

(KR20) = 0.542

Coeficiente de confiabilidad según la fórmula 21 de Kuder-Richardson

(KR21) = 0.401

Coeficiente de confiabilidad según la fórmula KR21 modificada por Horst

..... = **0.560**

| | ITEM | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|-------|
| | C_2 | C_3 | C_4 | C_5 | C_6 | C_7 |
| Media | 0.115 | 0.192 | 0.346 | 0.692 | 0.077 | 0.500 |
| Varianza | 0.102 | 0.155 | 0.226 | 0.213 | 0.071 | 0.250 |
| Desv.Estánd. | 0.319 | 0.394 | 0.476 | 0.462 | 0.266 | 0.500 |
| Rpbi | -0.204 | -0.222 | -0.145 | 0.386 | -0.179 | 0.228 |
| cRpbi | -0.439 | -0.500 | -0.428 | 0.332 | -0.379 | 0.090 |
| Cnf.Cureton | -0.293 | -0.326 | -0.279 | 0.252 | -0.256 | 0.065 |
| Dec.Estadíst. | R | R | R | A | R | A |
| Frontera de discriminación | | | | = | 0.209 | |
| | C_8 | C_9 | C_10 | C_11 | C_12 | C_15 |
| Media | 0.538 | 0.885 | 0.346 | 0.462 | 0.731 | 0.385 |
| Varianza | 0.249 | 0.102 | 0.226 | 0.249 | 0.197 | 0.237 |
| Desv.Estánd. | 0.499 | 0.319 | 0.476 | 0.499 | 0.444 | 0.487 |
| Rpbi | 0.396 | -0.192 | 0.706 | 0.111 | 0.334 | 0.680 |
| cRpbi | 0.330 | -0.422 | 0.780 | -0.075 | 0.266 | 0.738 |
| Cnf.Cureton | 0.252 | -0.282 | 0.685 | -0.052 | 0.198 | 0.642 |
| Dec.Estadíst. | A | R | A | R | A | A |
| | C_16 | C_17 | C_19 | C_20 | C_21 | C_22 |
| Media | 0.577 | 0.500 | 0.385 | 0.423 | 0.731 | 0.423 |
| Varianza | 0.244 | 0.250 | 0.237 | 0.244 | 0.197 | 0.244 |
| Desv.Estánd. | 0.494 | 0.500 | 0.487 | 0.494 | 0.444 | 0.494 |

| | | | | | | |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Rpbi | 0.595 | 0.607 | 0.186 | 0.430 | 0.562 | 0.327 |
| cRpbi | 0.614 | 0.629 | 0.037 | 0.379 | 0.590 | 0.234 |
| Cnf.Cureton | 0.511 | 0.527 | 0.026 | 0.293 | 0.477 | 0.174 |
| Dec.Estadíst. | A | A | R | A | A | A |
| | C_23 | C_24 | C_25 | C_26 | C_27 | TOTAL |
| Media | 0.808 | 0.692 | 0.038 | 0.115 | 0.423 | 10.385 |
| Varianza | 0.155 | 0.213 | 0.037 | 0.102 | 0.244 | 9.237 |
| Desv.Estánd. | 0.394 | 0.462 | 0.192 | 0.319 | 0.494 | 3.039 |
| Rpbi | 0.447 | 0.468 | 0.040 | 0.469 | 0.301 | |
| cRpbi | 0.451 | 0.449 | -0.032 | 0.517 | 0.197 | |
| Cnf.Cureton | 0.346 | 0.351 | -0.023 | 0.394 | 0.145 | |
| Dec.Estadíst. | A | A | R | A | A | |

G L O S A R I O:

Desv.Estánd.: Desviación Estándar

Rpbi : Coeficiente de Correlación Puntual Biserial

cRpbi : Coeficiente de Correlación Puntual Biserial Corregido

Cnf.Cureton Confiabilidad según Cureton

Dec.Estadíst.: Decisión Estadística. A: Item Aceptado, R: Item

Rechazado

2do cálculo

Coeficiente de confiabilidad de las mitades según Spearman-Brown

..... = **0.775**

Coeficiente de confiabilidad de las mitades según Rulon-Guttman

..... = **0.775**

Coeficiente de confiabilidad según la fórmula 20 de Kuder-Richardson

(KR20) = 0.773

Coeficiente de confiabilidad según la fórmula 21 de Kuder-Richardson

(KR21) = 0.729

Coeficiente de confiabilidad según la fórmula KR21 modificada por Horst

..... = **0.798**

| | ITEM | | | | | |
|---|-------------|------------|------------|-------------|--------------|-------------|
| | C_5 | C_7 | C_8 | C_10 | C_12 | C_15 |
| Media | 0.692 | 0.500 | 0.538 | 0.346 | 0.731 | 0.385 |
| Varianza | 0.213 | 0.250 | 0.249 | 0.226 | 0.197 | 0.237 |
| Desv.Estánd. | 0.462 | 0.500 | 0.499 | 0.476 | 0.444 | 0.487 |
| Rpbi | 0.464 | 0.213 | 0.329 | 0.639 | 0.309 | 0.650 |
| cRpbi | 0.402 | 0.082 | 0.224 | 0.609 | 0.218 | 0.619 |
| Cnf.Cureton | 0.351 | 0.068 | 0.191 | 0.555 | 0.185 | 0.567 |
| Dec.Estadíst. | A | R | A | A | A | A |
| Frontera de discriminación | = | | | | 0.258 | |

| | C_16 | C_17 | C_20 | C_21 | C_22 | C_23 |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Media | 0.577 | 0.500 | 0.423 | 0.731 | 0.423 | 0.808 |
| Varianza | 0.244 | 0.250 | 0.244 | 0.197 | 0.244 | 0.155 |
| Desv.Estánd. | 0.494 | 0.500 | 0.494 | 0.444 | 0.494 | 0.394 |
| Rpbi | 0.722 | 0.708 | 0.438 | 0.562 | 0.461 | 0.497 |

| | | | | | | |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| cRpbi | 0.704 | 0.685 | 0.358 | 0.527 | 0.386 | 0.465 |
| Cnf.Cureton | 0.658 | 0.639 | 0.312 | 0.470 | 0.338 | 0.406 |
| Dec.Estadíst. | A | A | A | A | A | A |

| | C_24 | C_26 | C_27 | TOTAL |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Media | 0.692 | 0.115 | 0.423 | 7.885 |
| Varianza | 0.213 | 0.102 | 0.244 | 11.717 |
| Desv.Estánd. | 0.462 | 0.319 | 0.494 | 3.423 |
| Rpbi | 0.513 | 0.469 | 0.393 | |
| cRpbi | 0.461 | 0.458 | 0.303 | |
| Cnf.Cureton | 0.407 | 0.395 | 0.261 | |
| Dec.Estadíst. | A | A | A | |

G L O S A R I O:

Desv.Estánd.: Desviación Estándar

Rpbi : Coeficiente de Correlación Puntual Biserial

cRpbi : Coeficiente de Correlación Puntual Biserial Corregido

Cnf.Cureton Confiabilidad según Cureton

Dec.Estadíst.: Decisión Estadística. A: Item Aceptado, R: Item

Rechazado

ACTITUDES

1er cálculo

Coeficiente de confiabilidad de las mitades según Spearman-Brown

..... = **0.452**

Coeficiente de confiabilidad de las mitades según Rulon-Guttman

..... = **0.445**

Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach

..... = **0.340**

ITEM

| | 1_ | 2_ | 3_ | 4_ | 5_ | 6_ |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Media | 3.846 | 1.923 | 2.346 | 3.846 | 2.923 | 2.308 |
| Varianza | 1.822 | 0.994 | 1.149 | 1.515 | 0.917 | 1.290 |
| Desv.Estánd. | 1.350 | 0.997 | 1.072 | 1.231 | 0.958 | 1.136 |
| R(It-TT) | 0.524 | -0.309 | 0.464 | 0.476 | -0.091 | -0.018 |
| Cnf.Cureton | 0.441 | -0.388 | 0.374 | 0.371 | -0.211 | -0.167 |
| Dec.Estadíst. | A | R | A | A | R | R |
| Frontera de discriminación | = | | | | 0.204 | |

| | 7_ | 8_ | 9_ | 10_ | 11_ | 12_ |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| Media | 1.615 | 3.885 | 2.577 | 3.577 | 3.308 | 3.308 |
| Varianza | 0.698 | 0.794 | 1.244 | 1.783 | 1.290 | 0.905 |
| Desv.Estánd. | 0.836 | 0.891 | 1.115 | 1.335 | 1.136 | 0.951 |
| R(It-TT) | -0.054 | 0.292 | 0.414 | 0.074 | 0.453 | 0.524 |
| Cnf.Cureton | -0.165 | 0.176 | 0.296 | -0.111 | 0.349 | 0.479 |
| Dec.Estadíst. | R | A | A | R | A | A |

13_ 14_ 15_ 16_ 17_ 18_

| | | | | | | |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Media | 2.731 | 2.808 | 2.962 | 3.077 | 2.538 | 2.654 |
| Varianza | 1.351 | 1.694 | 1.883 | 1.994 | 1.941 | 1.611 |
| Desv.Estánd. | 1.162 | 1.301 | 1.372 | 1.412 | 1.393 | 1.269 |
| R(It-TT) | 0.401 | 0.353 | 0.265 | 0.374 | 0.534 | 0.502 |
| Cnf.Cureton | 0.270 | 0.186 | 0.072 | 0.194 | 0.456 | 0.411 |
| Dec.Estadíst. | A | A | A | A | A | A |

| | 19_ | 20_ | 21_ | 22_ | 23_ | 24_ |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Media | 3.577 | 2.692 | 2.308 | 4.077 | 3.923 | 2.269 |
| Varianza | 1.321 | 1.828 | 1.444 | 0.763 | 0.917 | 1.658 |
| Desv.Estánd. | 1.149 | 1.352 | 1.202 | 0.874 | 0.958 | 1.288 |
| R(It-TT) | -0.173 | -0.352 | 0.194 | 0.542 | 0.398 | 0.156 |
| Cnf.Cureton | -0.296 | -0.437 | 0.022 | 0.513 | 0.296 | -0.028 |
| Dec.Estadíst. | R | R | R | A | A | R |

TOTAL

| | |
|---------------------|--------|
| Media | 71.077 |
| Varianza | 48.686 |
| Desv.Estánd. | 6.978 |

G L O S A R I O:

Desv.Estánd. : Desviación Estándar

R(It-TT) : Correlación Item-Test

Cnf.Cureton : Coeficiente de Confiabilidad según Cureton

Dec.Estadíst. : Decisión Estadística

A: Item Aceptado
 R: Item Rechazado

2do cálculo

Coeficiente de confiabilidad de las mitades según Spearman-Brown

..... = **0.837**

Coeficiente de confiabilidad de las mitades según Rulon-Guttman

..... = **0.831**

Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach

..... = **0.730**

| | ITEM | | | | | |
|---|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| | 1_ | 3_ | 4_ | 8_ | 9_ | 11_ |
| Media | 3.846 | 2.346 | 3.846 | 3.885 | 2.577 | 3.308 |
| Varianza | 1.822 | 1.149 | 1.515 | 0.794 | 1.244 | 1.290 |
| Desv.Estánd. | 1.350 | 1.072 | 1.231 | 0.891 | 1.115 | 1.136 |
| R(It-TT) | 0.604 | 0.461 | 0.547 | 0.409 | 0.412 | 0.406 |
| Cnf.Cureton | 0.493 | 0.351 | 0.434 | 0.314 | 0.290 | 0.281 |
| Dec.Estadíst. | A | A | A | A | A | A |
| Frontera de discriminación | | | | | = | 0.258 |

| | 12_ | 13_ | 14_ | 15_ | 16_ | 17_ |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Media | 3.308 | 2.731 | 2.808 | 2.962 | 3.077 | 2.538 |
| Varianza | 0.905 | 1.351 | 1.694 | 1.883 | 1.994 | 1.941 |
| Desv.Estánd. | 0.951 | 1.162 | 1.301 | 1.372 | 1.412 | 1.393 |

| | | | | | | |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| R(It-TT) | 0.464 | 0.504 | 0.436 | 0.305 | 0.297 | 0.555 |
| Cnf.Cureton | 0.369 | 0.390 | 0.295 | 0.139 | 0.126 | 0.426 |
| Dec.Estadíst. | A | A | A | A | A | A |

| | 18_ | 22_ | 23_ | TOTAL |
|----------------------|------------|------------|------------|--------------|
| Media | 2.654 | 4.077 | 3.923 | 47.885 |
| Varianza | 1.611 | 0.763 | 0.917 | 65.410 |
| Desv.Estánd. | 1.269 | 0.874 | 0.958 | 8.088 |
| R(It-TT) | 0.502 | 0.660 | 0.416 | |
| Cnf.Cureton | 0.375 | 0.606 | 0.314 | |
| Dec.Estadíst. | A | A | A | |

G L O S A R I O:

Desv.Estánd. : Desviación Estándar

R(It-TT) : Correlación Item-Test

Cnf.Cureton : Coeficiente de Confiabilidad según Cureton

Dec.Estadíst. : Decisión Estadística

A: Item Aceptado

R: Item Rechazado

ANEXO 3

**PUNTAJES VALORATIVOS DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES, DE
REGRESION E INTERVALOS DE CONFIANZA DEL 95% DE LA CURVA DE
REGRESION, DE LAS OBSTETRICES EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS
DE MAYO.
ENERO - 2005
LIMA – PERÚ**

| | (X) | (Y) | | | |
|---------|-------------------|-----------|-------------|-------------|--------|
| | | | Actitud | | |
| OBSTETR | Conocimiento | Observado | Regresión | LimInf | LimSup |
| 4 | 2 82.25143773 | 81 | 77.2341876 | 72.21693748 | |
| 14 | 2 82.25143773 | 79 | 77.2341876 | 72.21693748 | |
| 19 | 2 82.25143773 | 70 | 77.2341876 | 72.21693748 | |
| 16 | 4 78.95734902 | 77 | 75.14152254 | 71.32569605 | |
| 7 | 5 77.39425666 | 76 | 74.09519 | 70.79612334 | |
| 12 | 5 77.39425666 | 74 | 74.09519 | 70.79612334 | |
| 18 | 5 77.39425666 | 74 | 74.09519 | 70.79612334 | |
| 5 | 6 75.92869165 | 74 | 73.04885747 | 70.16902328 | |
| 6 | 6 75.92869165 | 82 | 73.04885747 | 70.16902328 | |
| 17 | 6 75.92869165 | 70 | 73.04885747 | 70.16902328 | |
| 27 | 6 75.92869165 | 74 | 73.04885747 | 70.16902328 | |
| 11 | 7 74.60816192 | 76 | 72.00252493 | 69.39688795 | |
| 20 | 7 74.60816192 | 75 | 72.00252493 | 69.39688795 | |
| 3 | 8 73.48038302 | 67 | 70.9561924 | 68.43200178 | |
| 22 | 9 72.56316489 | 54 | 69.90985987 | 67.25655484 | |
| 2 | 10 71.82913214 | 73 | 68.86352733 | 65.89792253 | |
| 21 | 10 71.82913214 | 65 | 68.86352733 | 65.89792253 | |
| 1 | 11 71.22833702 | 65 | 67.8171948 | 64.40605258 | |

| | | | | |
|----|-------------------|----|-------------|-------------|
| 8 | 11 71.22833702 | 66 | 67.8171948 | 64.40605258 |
| 10 | 11 71.22833702 | 52 | 67.8171948 | 64.40605258 |
| 25 | 11 71.22833702 | 65 | 67.8171948 | 64.40605258 |
| 26 | 11 71.22833702 | 73 | 67.8171948 | 64.40605258 |
| 9 | 12 70.71589277 | 72 | 66.77086226 | 62.82583176 |
| 13 | 12 70.71589277 | 72 | 66.77086226 | 62.82583176 |
| 23 | 13 70.26071041 | 67 | 65.72452973 | 61.18834905 |
| 24 | 13 70.26071041 | 75 | 65.72452973 | 61.18834905 |

**ANAVA PARA DETERMINAR EL MEJOR MODELO POLINOMICO QUE
EXPLIQUE O DETALLE LA EXISTENCIA DE RELACION ENTRE LAS
VARIABLES CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO.**

ENERO - 2005

LIMA – PERÚ

Actitud = f(Conocimiento)

| Fuente de Variación | Grados de Libertad | Suma de Cuadrados | Cuadrados Medios | Fo | p |
|----------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------|----------------|
| Total | 26 | 132616.00 | | | |
| Media | 1 | 131350.15 | | | |
| Term 1° | 1 | 333.54 | 333.54 | 8.586 | 0.00732 |
| Error para 1° | 24 | 932.31 | 38.85 | | |
| Term 2° | 1 | 26.65 | 26.65 | 0.677 | 0.41914 |

| | | | | | |
|---------------|----|--------|--------|-------|---------|
| Error para 2° | 23 | 905.66 | 39.38 | | |
| Term 3° | 1 | 180.55 | 180.55 | 5.478 | 0.02873 |
| Error para 3° | 22 | 725.11 | 32.96 | | |
| Term 4° | 1 | 0.00 | 0.00 | 0.000 | 0.99338 |
| Error para 4° | 21 | 725.11 | 34.53 | | |
| Term 5° | 1 | 57.38 | 57.38 | 1.719 | 0.20473 |
| Error para 5° | 20 | 667.73 | 33.39 | | |

Regression Output:

| | |
|---------------------|-------------|
| Constant | 79.32685267 |
| Std Err of Y Est | 6.232667757 |
| R Squared | 0.263490643 |
| No. of Observations | 26 |
| Degrees of Freedom | 24 |

| | |
|--------------------------|---|
| X Coefficient(s) | -1.046332534 |
| Std Err of Coef. | 0.357084208 |
| r de Pearson | -0.513313396 |
| t de Student | -2.930212287 |
| p | 0.007320496 |
| r de Pearson | -0.513313396 |
| Arco Tanhiperbolico (r) | -0.567218218 << Media |
| Arc Tanh (r) -r/2(n-1) | -0.55695195 << Media mas precisa |
| 1/(n-3) | 0.043478261 |

Varianza Muestral 0.045217391

Desv Estand Muestral 0.212643813

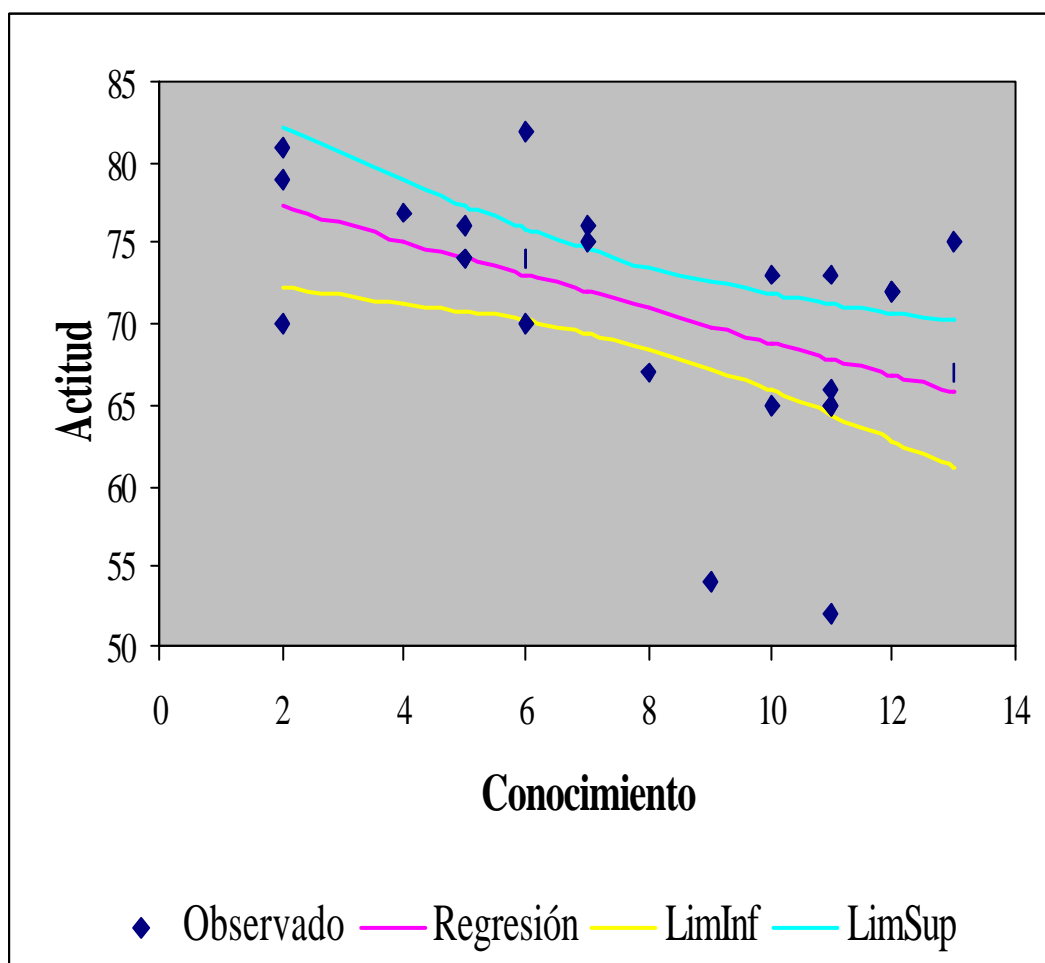
Estadísticos de r:

Media -0.567218218

Desviación Estand Muestral 0.212643813

Población 226

DIAGRAMA DE DISPERSION DE LAS DIADAS (CONOCIMIENTO, ACTITUD) CALCULADO DEL PILOTO



ANEXO 4

CALCULO DE LA MUESTRA

| Confiabilidad Muestral | ERROR RELATIVO DE LA MUESTRA | | | | | | | |
|------------------------|------------------------------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2.5% | 5.0% | 7.5% | 10.0% | 12.5% | 15.0% | 17.5% | 20.0% |
| 70% | 117 | 48 | 24 | 14 | 9 | 7 | 5 | 4 |
| 75% | 128 | 56 | 29 | 17 | 11 | 8 | 6 | 5 |
| 80% | 140 | 66 | 35 | 21 | 14 | 10 | 7 | 6 |
| 85% | 152 | 77 | 42 | 26 | 17 | 12 | 9 | 7 |
| 90% | 165 | 91 | 52 | 33 | 22 | 16 | 12 | 9 |
| 91% | 167 | 94 | 54 | 34 | 23 | 17 | 12 | 10 |
| 92% | 170 | 98 | 57 | 36 | 25 | 18 | 13 | 10 |
| 93% | 173 | 102 | 60 | 38 | 26 | 19 | 14 | 11 |
| 94% | 176 | 106 | 64 | 41 | 28 | 20 | 15 | 12 |
| 95% | 179 | 110 | 67 | 44 | 30 | 22 | 16 | 13 |
| 96% | 183 | 116 | 72 | 47 | 32 | 24 | 18 | 14 |
| 97% | 186 | 122 | 77 | 51 | 36 | 26 | 20 | 15 |
| 98% | 191 | 130 | 85 | 57 | 40 | 29 | 22 | 18 |
| 99% | 196 | 141 | 96 | 66 | 47 | 35 | 27 | 21 |
| 99.5% | 200 | 150 | 105 | 74 | 54 | 40 | 31 | 25 |
| 99.8% | 204 | 159 | 116 | 84 | 62 | 47 | 37 | 29 |
| 99.9% | 207 | 165 | 123 | 91 | 68 | 52 | 41 | 33 |

| | | | |
|-----------------|------------------|-------------------|----------------|
| | | Muestra => | 110 |
| Hospital | Población | Proporción | Muestra |
| Carrión | 30 | 0.132743363 | 15 |
| Loayza | 27 | 0.119469027 | 13 |
| Maternidad | 169 | 0.747787611 | 82 |
| TOTAL | 226 | | 110 |

$$n = \frac{\left(\frac{ts}{r} \right)^2}{1 + 1 \frac{ts}{N} \left(\frac{2}{r} \right)}$$

Donde:

t : Nivel de Confianza del muestreo

r : Error Relativo

s : Desviación Estándar Muestral

: Media

N : Tamaño de la Población Objetivo

n : Tamaño de la muestra

reemplazando en la fórmula :

$$n = \frac{\left[\frac{1.96 \times 0.212643813}{0.05 \times 0.55695195} \right]^2}{1 + \frac{1}{226} \left[\frac{1.96 \times 0.212643813}{0.05 \times 0.55695195} \right]^2}$$

$$n = 110$$

ANEXO 5

Conocimiento del método de Yuzpe Vs hospital donde labora

| Conoce el método "Yuzpe"? | Hospital donde labora | | | | | | TOTAL | |
|---------------------------|-----------------------|---------|------|---------|------|---------|-------|---------|
| | HNDAC | | IEMP | | HNAL | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Lo conozco totalmente | 4 | 26.67% | 9 | 10.98% | 2 | 15.38% | 15 | 13.64% |
| Lo conozco parcialmente | 5 | 33.33% | 27 | 32.93% | 7 | 53.85% | 39 | 35.45% |
| Lo conozco poco | 3 | 20.00% | 13 | 15.85% | 3 | 23.08% | 19 | 17.27% |
| Absolutamente nada | 3 | 20.00% | 27 | 32.93% | 1 | 7.69% | 31 | 28.18% |
| NR | 0 | 0.00% | 6 | 7.32% | 0 | 0.00% | 6 | 5.45% |
| TOTAL | 15 | 100.00% | 82 | 100.00% | 13 | 100.00% | 110 | 100.00% |

$Ji^2 = 9.140$; GL = 8; CC = 33.92%; $p = 0.33061247$; NO Significativo.

Regresion Lineal: $Ji^2 = 0.006$; $p = 0.93853856$; NO Significativo.

**Conocimiento de la administración del método de Yuzpe Vs hospital
donde labora**

| ¿Cómo se administra el método Yuzpe? | Hospital donde labora | | | | | | TOTAL | |
|---|-----------------------|---------|------|---------|------|---------|-------|---------|
| | HNDAC | | IEMP | | HNAL | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 12 horas despues de la inicial | 9 | 60.00% | 38 | 46.34% | 10 | 76.92% | 57 | 51.82% |
| Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 18 horas despues de la inicial | 0 | 0.00% | 1 | 1.22% | 0 | 0.00% | 1 | 0.91% |
| Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 6 horas despues de la inicial | 0 | 0.00% | 6 | 7.32% | 1 | 7.69% | 7 | 6.36% |
| Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 24 horas despues de la inicial | 3 | 20.00% | 9 | 10.98% | 1 | 7.69% | 13 | 11.82% |
| NR | 3 | 20.00% | 28 | 34.15% | 1 | 7.69% | 32 | 29.09% |
| TOTAL | 15 | 100.00% | 82 | 100.00% | 13 | 100.00% | 110 | 100.00% |

Ji² = 7.978; GL = 8; CC = 31.85%; p = 0.43564734; NO Significativo.

Regresion Lineal: Ji² = 0.833; p = 0.36153302; NO Significativo.

Conocimiento de la dosis del método de Yuzpe Vs hospital donde labora

| ¿Cuál de las siguientes dosis se usa en cada toma con el método Yuzpe? | Hospital donde labora | | | | | | TOTAL | |
|--|-----------------------|---------|------|---------|------|---------|-------|---------|
| | HNDAC | | IEMP | | HNAL | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| 100 µg de etinilestradiol - 0.5 mg de levonorgestr el | 3 | 20.00% | 9 | 10.98% | 2 | 15.38% | 14 | 12.73% |
| 150 µg de etinilestradiol - 0.75 mg de levonorgestr el | 4 | 26.67% | 18 | 21.95% | 3 | 23.08% | 25 | 22.73% |
| 200 µg de etinilestradiol - 0.25 mg de levonorgestr el | 0 | 0.00% | 6 | 7.32% | 1 | 7.69% | 7 | 6.36% |
| 50 µg de etinilestradiol - 1.0 mg de levonorgestr el | 1 | 6.67% | 1 | 1.22% | 0 | 0.00% | 2 | 1.82% |
| Ninguna de las anteriores | 1 | 6.67% | 5 | 6.10% | 2 | 15.38% | 8 | 7.27% |
| NR | 6 | 40.00% | 43 | 52.44% | 5 | 38.46% | 54 | 49.09% |
| TOTAL | 15 | 100.00% | 82 | 100.00% | 13 | 100.00% | 110 | 100.00% |

$Ji^2 = 6.542$; GL = 10; CC = 29.02%; $p = 0.76788933$; NO Significativo.

Regresión Lineal: $Ji^2 = 0.095$; $p = 0.75816255$; NO Significativo.

Conocimiento del método de levonorgestrel Vs Hospital donde labora

| ¿Conoce el método de levonorgestrel ? | Hospital donde labora | | | | | | TOTAL | |
|---------------------------------------|-----------------------|---------|------|---------|------|---------|-------|---------|
| | HNDAC | | IEMP | | HNAL | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Lo conozco totalmente | 3 | 20.00% | 15 | 18.29% | 1 | 7.69% | 19 | 17.27% |
| Lo conozco parcialmente | 10 | 66.67% | 32 | 39.02% | 5 | 38.46% | 47 | 42.73% |
| Lo conozco poco | 1 | 6.67% | 22 | 26.83% | 4 | 30.77% | 27 | 24.55% |
| Absolutamente nada | 0 | 0.00% | 3 | 3.66% | 0 | 0.00% | 3 | 2.73% |
| NR | 1 | 6.67% | 10 | 12.20% | 3 | 23.08% | 14 | 12.73% |
| TOTAL | 15 | 100.00% | 82 | 100.00% | 13 | 100.00% | 110 | 100.00% |

$Ji^2 = 8.038$; GL = 8; CC = 31.96%; $p = 0.42979837$; NO Significativo.

Regresión Lineal: $Ji^2 = 3.654$; $p = 0.05593389$; NO Significativo.

Conocimiento de la dosis del método de Lrvonorgestrel Vs hospital donde labora

| ¿Cuál de las siguientes dosis se usa en cada toma del método con levonorgestrel? | Hospital donde labora | | | | | | TOTAL | |
|--|-----------------------|--------|-------|--------|------|--------|-------|---------|
| | HNDAC | | IMAPE | | HNAL | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| 750 µg de levonorgestrel | 5 | 4.55% | 28 | 25.45% | 3 | 2.73% | 36 | 32.73% |
| 750 mg de levonorgestrel | 1 | 0.91% | 10 | 9.09% | 3 | 2.73% | 14 | 12.73% |
| 800 µg de levonorgestrel | 0 | 0.00% | 7 | 6.36% | 0 | 0.00% | 7 | 6.36% |
| 800 mg de levonorgestrel | 0 | 0.00% | 1 | 0.91% | 0 | 0.00% | 1 | 0.91% |
| Ninguna de las anteriores | 3 | 2.73% | 9 | 8.18% | 4 | 3.64% | 16 | 14.55% |
| NR | 6 | 5.45% | 27 | 24.55% | 3 | 2.73% | 36 | 32.73% |
| TOTAL | 15 | 13.64% | 82 | 74.55% | 13 | 11.82% | 110 | 100.00% |

$Ji^2 = 8.690$; GL = 10; CC = 33.14%; $p = 0.56174716$; NO Significativo.

Regresión Lineal: $Ji^2 = 0.121$; $p = 0.72778753$; NO Significativo.

**Conocimiento del año en que se agrego las AHE a las normas de PPF del
MINSA Vs Hospital donde labora**

| ¿En qué año se agregó la anticoncepción hormonal de emergencia a las normas de planificación familiar del ministerio de salud? | Hospital donde labora | | | | | | TOTAL | |
|--|-----------------------|----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|------------|----------------|
| | HNDAC | | IEMP | | HNAL | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| 2001 | 1 | 6.67% | 9 | 10.98% | 0 | 0.00% | 10 | 9.09% |
| 2002 | 0 | 0.00% | 7 | 8.54% | 0 | 0.00% | 7 | 6.36% |
| 2003 | 3 | 20.00% | 14 | 17.07% | 3 | 23.08% | 20 | 18.18% |
| 2004 | 7 | 46.67% | 36 | 43.90% | 7 | 53.85% | 50 | 45.45% |
| 2000 | 0 | 0.00% | 4 | 4.88% | 0 | 0.00% | 4 | 3.64% |
| NR | 4 | 26.67% | 12 | 14.63% | 3 | 23.08% | 19 | 17.27% |
| TOTAL | 15 | 100.00% | 82 | 100.00% | 13 | 100.00% | 110 | 100.00% |

Ji² = 7.209; GL = 10; CC = 30.37%; p = 0.70553558; NO Significativo.

Regresion Lineal: Ji² = 0.007; p = 0.93510510; NO Significativo.

**Conocimiento del año en que se agrego las AHE a las normas de PPF del
MINSA Vs Posición ante la premisa: “Proporcionar información sobre
AHE en la población adolescente mejorará su vida reproductiva**

| ¿En qué año se agregó la anticoncepción hormonal de emergencia a las normas de planificación familiar del ministerio de salud? | Proporcionar información sobre AHE en la población adolescente mejorará su vida reproductiva | | | | | TOTAL | | | | | | |
|--|--|----------------|------------|----------------|------------|----------------|-----------|--------------------------|----------|----------------|------------|----------------|
| | Totalmente de acuerdo | | De Acuerdo | Indeciso | Desacuerdo | | | Totalmente en desacuerdo | | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | | | | |
| 2001 | 3 | 7.89% | 4 | 8.16% | 0 | 0.00% | 2 | 14.29% | 1 | 20.00% | 10 | 9.09% |
| 2002 | 3 | 7.89% | 4 | 8.16% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 7 | 6.36% |
| 2003 | 11 | 28.95% | 5 | 10.2% | 0 | 0.00% | 2 | 14.29% | 2 | 40.00% | 20 | 18.18% |
| 2004 | 14 | 36.84% | 26 | 53.06% | 1 | 25.00% | 8 | 57.14% | 1 | 20.00% | 50 | 45.45% |
| 2000 | 0 | 0.00% | 2 | 4.08% | 2 | 50.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 4 | 3.64% |
| NR | 7 | 18.42% | 8 | 16.33% | 1 | 25.00% | 2 | 14.29% | 1 | 20.00% | 19 | 17.27% |
| TOTAL | 38 | 100.00% | 49 | 100.00% | 4 | 100.00% | 14 | 100.00% | 5 | 100.00% | 110 | 100.00% |

Ji² = 38.461; GL = 20; CC = 56.91%; p = 0.00777515; **Significativo.**

Regresion Lineal: Ji² = 0.002; p = 0.96161062; NO Significativo.

**El embarazo comienza desde el momento de la
concepción por tal motivo no se debe brindar la AHE**

| ¿Con respecto a la acción farmacológica del método Yuzpe cuál es la alternativa correcta? | El embarazo comienza desde el momento de la concepción por tal motivo no se debe brindar la AHE | | | | | | TOTAL | | | | | |
|---|---|---------|------------|---------|----------|---------|-------|---------|------------|---------|--------------------------|---------|
| | Totalmente de acuerdo | | De Acuerdo | | Indeciso | | | | Desacuerdo | | Totalmente en desacuerdo | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Todas | 5 | 31.25% | 7 | 38.89% | 5 | 71.43% | 26 | 50.00% | 7 | 41.18% | 50 | 45.45% |
| Ninguna | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 3 | 5.77% | 2 | 11.76% | 5 | 4.55% |
| Inhibe la ovulación | 0 | 0.00% | 2 | 11.11% | 0 | 0.00% | 4 | 7.69% | 4 | 23.53% | 10 | 9.09% |
| Alteración del moco cervical | 2 | 12.50% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 2 | 3.85% | 0 | 0.00% | 4 | 3.64% |
| Disminuye el número de receptores endometriales para la implantación | 1 | 6.25% | 0 | 0.00% | 1 | 14.29% | 3 | 5.77% | 1 | 5.88% | 6 | 5.45% |
| NR | 8 | 50.00% | 9 | 50.00% | 1 | 14.29% | 14 | 26.92% | 3 | 17.65% | 35 | 31.82% |
| TOTAL | 16 | 100.00% | 18 | 100.00% | 7 | 100.00% | 52 | 100.00% | 17 | 100.00% | 110 | 100.00% |

J² = 25.071; GL = 20; CC = 48.17%; p = 0.19873094; NO Significativo.

Regresión Lineal: J² = 5.080; p = 0.02420122; **Significativo.**

**Conocimiento de la acción farmacológica del método de Levonorgestrel
Vs Posición ante la premisa: “El embarazo comienza desde el momento de
la concepción por tal motivo no se debe brindar la AHE”**

| ¿Con respecto a la acción farmacológica del método con levonorgestrel cuál es la alternativa correcta? | El embarazo comienza desde el momento de la concepción por tal motivo no se debe brindar la AHE | | | | | | TOTAL | | | | | |
|--|---|---------|------------|---------|----------|---------|-------|---------|------------|---------|--------------------------|---------|
| | Totalmente de acuerdo | | De Acuerdo | | Indeciso | | | | Desacuerdo | | Totalmente en desacuerdo | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | | |
| Todas | 7 | 43.75% | 8 | 44.44% | 5 | 71.43% | 21 | 40.38% | 12 | 70.59% | 53 | 48.18% |
| Ninguna | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 2 | 3.85% | 1 | 5.88% | 3 | 2.73% |
| Inhibe la ovulación | 3 | 18.75% | 5 | 27.78% | 1 | 14.29% | 17 | 32.69% | 2 | 11.76% | 28 | 25.45% |
| Disminuye la motilidad de los cilios de las trompas de Falopio | 2 | 12.50% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 8 | 15.38% | 1 | 5.88% | 11 | 10.00% |
| Alcalinización del pH intrauterino | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 3 | 5.77% | 0 | 0.00% | 3 | 2.73% |
| NR | 4 | 25.00% | 5 | 27.78% | 1 | 14.29% | 1 | 1.92% | 1 | 5.88% | 12 | 10.91% |
| TOTAL | 16 | 100.00% | 18 | 100.00% | 7 | 100.00% | 52 | 100.00% | 7 | 100.00% | 110 | 100.00% |

J² = 27.958; GL = 20; CC = 50.33%; p = 0.11039182; NO Significativo.

Regresión Lineal: J² = 4.494; p = 0.03401148; **Significativo.**

Posición ante la premisa: “Se debe promover la disponibilidad de la AHE por parte de los programas de PPF” Vs Conocimiento de la administración del método de Yuzpe

| Se debe promover la disponibilidad de la AHE por parte de los programas de PPF | ¿Cómo se administra el método Yuzpe? | | | | | | TOTAL | | | | | |
|--|---|---------|---|---------|--|---------|-------|---------|---|---------|-----|---------|
| | Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 12 horas después de la inicial | | Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 18 horas después de la inicial | | Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 6 horas después de la inicial | | | | Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 24 horas después de la inicial | | NR | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Totalmente de acuerdo | 21 | 36.84% | 0 | 0.00% | 3 | 42.86% | 2 | 15.38% | 7 | 21.88% | 33 | 30.00% |
| De Acuerdo | 24 | 42.11% | 1 | 100.00% | 1 | 14.29% | 5 | 38.46% | 15 | 46.88% | 46 | 41.82% |
| Indeciso | 4 | 7.02% | 0 | 0.00% | 1 | 14.29% | 0 | 0.00% | 1 | 3.13% | 6 | 5.45% |
| Desacuerdo | 7 | 12.28% | 0 | 0.00% | 2 | 28.57% | 6 | 46.15% | 5 | 15.63% | 20 | 18.18% |
| Totalmente en desacuerdo | 1 | 1.75% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 4 | 12.50% | 5 | 4.55% |
| TOTAL | 57 | 100.00% | 1 | 100.00% | 7 | 100.00% | 13 | 100.00% | 32 | 100.00% | 110 | 100.00% |

J² = 21.638; GL = 16; CC = 45.33%; p = 0.15527295; NO Significativo.

Regresión Lineal: J² = 5.246; p = 0.02199326; **Significativo.**

Posición ante la premisa: “Se debe promover la disponibilidad de la AHE por parte de los programas de PPF” Vs Conocimiento de la administración del método de Levonorgestrel

| Se debe promover la disponibilidad de la AHE por parte de los programas de PPF | ¿Cómo se administra el método de levonorgestrel? | | | | | | TOTAL |
|--|---|---|--|---|------------|-------------|-------|
| | Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 12 horas después de la inicial | Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 18 horas después de la inicial | Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 6 horas después de la inicial | Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 24 horas después de la inicial | NR | | |
| | f % | f % | f % | f % | f % | f % | |
| Totalmente de acuerdo | 21 30.88% | 0 0.00% | 1 25.00% | 4 20.00% | 7 41.18% | 33 30.00% | |
| De Acuerdo | 30 44.12% | 1 100.00% | 2 50.00% | 10 50.00% | 3 17.65% | 46 41.82% | |
| Indeciso | 5 7.35% | 0 0.00% | 0 0.00% | 0 0.00% | 1 5.88% | 6 5.45% | |
| Desacuerdo | 9 13.24% | 0 0.00% | 1 25.00% | 6 30.00% | 4 23.53% | 20 18.18% | |
| Totalmente en desacuerdo | 3 4.41% | 0 0.00% | 0 0.00% | 0 0.00% | 2 11.76% | 5 4.55% | |
| TOTAL | 68 100.00% | 1 100.00% | 4 100.00% | 20 100.00% | 17 100.00% | 110 100.00% | |

Ji² = 13.290; GL = 16; CC = 36.71%; p = 0.65144553; NO Significativo.

Regresión Lineal: Ji² = 1.257; p = 0.26221990; NO Significativo.

Edad de las obstetrices Vs Nivel de conocimiento de la AHE

| Edad | Conocimiento | | | | | | TOTAL | |
|--------------|--------------|-------|-------|--------|------|--------|-------|---------|
| | Alto | | Medio | | Bajo | | f | % |
| | f | % | f | % | f | % | | |
| 29 - 35a | 3 | 2.73% | 4 | 3.64% | 16 | 14.55% | 23 | 20.91% |
| 36 - 39a | 3 | 2.73% | 5 | 4.55% | 24 | 21.82% | 32 | 29.09% |
| 40 - 42a | 0 | 0.00% | 4 | 3.64% | 24 | 21.82% | 28 | 25.45% |
| 43 á + | 0 | 0.00% | 1 | 0.91% | 26 | 23.64% | 27 | 24.55% |
| TOTAL | 6 | 5.45% | 14 | 12.73% | 90 | 81.82% | 110 | 100.00% |

Ji² = 10.063; GL = 6; CC = 35.46%; p = 0.12203463; NO Significativo.

Regresión Lineal: Ji² = 8.732; p = 0.00312667; **Significativo.**

**Servicio donde laboran las obstetrices Vs Nivel de conocimiento de la
AHE**

| Servicio | Conocimiento | | | | | | TOTAL | |
|--|--------------|-------|-------|--------|------|--------|-------|---------|
| | Alto | | Medio | | Bajo | | f | % |
| | f | % | f | % | f | % | | |
| Emergencia | 2 | 1.82% | 4 | 3.64% | 19 | 17.27% | 25 | 22.73% |
| Sala de Partos | 3 | 2.73% | 1 | 0.91% | 26 | 23.64% | 30 | 27.27% |
| Hospitalización y Puerperio | 1 | 0.91% | 6 | 5.45% | 35 | 31.82% | 42 | 38.18% |
| Monitoreo Fetal | 0 | 0.00% | 2 | 1.82% | 3 | 2.73% | 5 | 4.55% |
| Psicoprofilaxis | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 2 | 1.82% | 2 | 1.82% |
| Planificación Familiar | 0 | 0.00% | 1 | 0.91% | 2 | 1.82% | 3 | 2.73% |
| Centro Detector de Cancer Ginecologico | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 1 | 0.91% | 1 | 0.91% |
| PROCETSS | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 1 | 0.91% | 1 | 0.91% |
| Jefatura | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 1 | 0.91% | 1 | 0.91% |
| TOTAL | 6 | 5.45% | 14 | 12.73% | 90 | 81.82% | 110 | 100.00% |

$Ji^2 = 10.578$; GL = 16; CC = 36.28%; $p = 0.83473728$; NO Significativo.

Regresion Lineal: $Ji^2 = 0.723$; $p = 0.39528857$; NO Significativo.

**Nivel de conocimiento de la AHE Vs Estudios Post Grado de las
obstetrices**

| Conocimiento | Estudios de Post Grado | | | | TOTAL | |
|--------------|------------------------|--------|----|--------|-------|---------|
| | Si | | No | | f | % |
| | f | % | f | % | | |
| Alto | 5 | 4.55% | 1 | 0.91% | 6 | 5.45% |
| Medio | 10 | 9.09% | 4 | 3.64% | 14 | 12.73% |
| Bajo | 43 | 39.09% | 47 | 42.73% | 90 | 81.82% |
| TOTAL | 58 | 52.73% | 52 | 47.27% | 110 | 100.00% |

$Ji^2 = 5.104$; GL = 2; CC = 29.78%; $p = 0.07793405$; NO Significativo.

Regresion Lineal: $Ji^2 = 4.984$; $p = 0.02557744$; **Significativo.**

**Años de experiencia profesional Vs Tipo de actitud de las obstetrices
hacia la AHE**

| Años de experiencia profesional | Actitud | | | | | | TOTAL | |
|---------------------------------|----------|--------|-------------|-------|----------|--------|-------|---------|
| | Negativa | | Indeferente | | Positiva | | f | % |
| | f | % | f | % | f | % | | |
| 4 - 10 a | 2 | 1.82% | 1 | 0.91% | 32 | 29.09% | 35 | 31.82% |
| 11 - 13 a | 4 | 3.64% | 0 | 0.00% | 24 | 21.82% | 28 | 25.45% |
| 14 - 15 a | 8 | 7.27% | 1 | 0.91% | 20 | 18.18% | 29 | 26.36% |
| 16 á + | 1 | 0.91% | 1 | 0.91% | 16 | 14.55% | 18 | 16.36% |
| TOTAL | 15 | 13.64% | 3 | 2.73% | 92 | 83.64% | 110 | 100.00% |

$Ji^2 = 9.043$; GL = 6; CC = 33.76%; $p = 0.17116667$; NO Significativo.

Regresion Lineal: $Ji^2 = 1.313$; $p = 0.25189271$; NO Significativo.

**Años de experiencia profesional Vs Nivel de conocimiento de las
obstetrices sobre la AHE**

| Años de experiencia profesional | Conocimiento | | | | | | TOTAL | |
|---------------------------------|--------------|-------|-------|--------|------|--------|-------|---------|
| | Alto | | Medio | | Bajo | | f | % |
| | f | % | f | % | f | % | | |
| 4 - 10 a | 3 | 2.73% | 6 | 5.45% | 26 | 23.64% | 35 | 31.82% |
| 11 - 13 a | 2 | 1.82% | 4 | 3.64% | 22 | 20.00% | 28 | 25.45% |
| 14 - 15 a | 0 | 0.00% | 3 | 2.73% | 26 | 23.64% | 29 | 26.36% |
| 16 á + | 1 | 0.91% | 1 | 0.91% | 16 | 14.55% | 18 | 16.36% |
| TOTAL | 6 | 5.45% | 14 | 12.73% | 90 | 81.82% | 110 | 100.00% |

$Ji^2 = 4.405$; GL = 6; CC = 24.03%; $p = 0.62208599$; NO Significativo.

Regresion Lineal: $Ji^2 = 2.751$; $p = 0.09719416$; NO Significativo.

**Posición frente a la premisa: “Las mujeres utilizaran la AHE de manera
indiscriminada” Vs Hospital donde labora**

| Las mujeres utilizaran la AHE de manera indiscriminada | Hospital donde labora | | | | | | TOTAL | |
|--|-----------------------|---------|------|---------|------|---------|-------|---------|
| | HNDAC | | IEMP | | HNAL | | f | % |
| | f | % | f | % | f | % | | |
| Totalmente de acuerdo | 1 | 6.67% | 14 | 17.07% | 2 | 15.38% | 17 | 15.45% |
| De Acuerdo | 2 | 13.33% | 21 | 25.61% | 3 | 23.08% | 26 | 23.64% |
| Indeciso | 1 | 6.67% | 5 | 6.10% | 5 | 38.46% | 11 | 10.00% |
| Desacuerdo | 10 | 66.67% | 32 | 39.02% | 2 | 15.38% | 44 | 40.00% |
| Totalmente en desacuerdo | 1 | 6.67% | 10 | 12.20% | 1 | 7.69% | 12 | 10.91% |
| TOTAL | 15 | 100.00% | 82 | 100.00% | 13 | 100.00% | 110 | 100.00% |

$Ji^2 = 18.796$; GL = 8; CC = 46.79%; $p = 0.01599060$; **Significativo.**

Regresion Lineal: $Ji^2 = 2.500$; $p = 0.11387546$; NO Significativo.

Posición frente a la premisa: “Se debe promover la disponibilidad de la AHE por parte de los programas de PPF” Vs Hospital donde labora

| Se debe promover la disponibilidad de la AHE por parte de los programas de PPF | Hospital donde labora | | | | | | TOTAL | |
|--|-----------------------|---------|------|---------|------|---------|-------|---------|
| | HNDAC | | IEMP | | HNAL | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Totalmente de acuerdo | 4 | 26.67% | 23 | 28.05% | 6 | 46.15% | 33 | 30.00% |
| De Acuerdo | 4 | 26.67% | 36 | 43.90% | 6 | 46.15% | 46 | 41.82% |
| Indeciso | 1 | 6.67% | 4 | 4.88% | 1 | 7.69% | 6 | 5.45% |
| Desacuerdo | 4 | 26.67% | 16 | 19.51% | 0 | 0.00% | 20 | 18.18% |
| Totalmente en desacuerdo | 2 | 13.33% | 3 | 3.66% | 0 | 0.00% | 5 | 4.55% |
| TOTAL | 15 | 100.00% | 82 | 100.00% | 13 | 100.00% | 110 | 100.00% |

Ji² = 8.786; GL = 8; CC = 33.31%; p = 0.36068018; NO Significativo.

Regresión Lineal: Ji² = 6.017; p = 0.01416590; **Significativo.**

Conocimiento de la aparición del vomito con el uso del método con Levonorgestrel Vs Hospital donde labora

| Tras el uso de la AHE solo de progestinas aparecerá vómito en: | Hospital donde labora | | | | | | TOTAL | |
|--|-----------------------|---------|------|---------|------|---------|-------|---------|
| | HNDAC | | IEMP | | HNAL | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| menor medida que el método yuzpe | 4 | 26.67% | 17 | 20.73% | 10 | 76.92% | 31 | 28.18% |
| no sabe | 6 | 40.00% | 34 | 41.46% | 2 | 15.38% | 42 | 38.18% |
| Mayor medida que el método yuzpe | 2 | 13.33% | 3 | 3.66% | 0 | 0.00% | 5 | 4.55% |
| de igual medida que el método yuzpe | 2 | 13.33% | 11 | 13.41% | 0 | 0.00% | 13 | 11.82% |
| NR | 1 | 6.67% | 17 | 20.73% | 1 | 7.69% | 19 | 17.27% |
| TOTAL | 15 | 100.00% | 82 | 100.00% | 13 | 100.00% | 110 | 100.00% |

Ji² = 21.859; GL = 8; CC = 49.87%; p = 0.00518348; **Significativo.**

Regresión Lineal: Ji² = 2.061; p = 0.15115035; NO Significativo.

Posición frente a la premisa: “La AHE contribuye a reducir la mortalidad por aborto provocado” Vs Hospital donde labora

| La AHE contribuye a reducir la mortalidad por aborto provocado | Hospital donde labora | | | | | | TOTAL | |
|--|-----------------------|---------|------|---------|------|---------|-------|---------|
| | HNDAC | | IEMP | | HNAL | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Totalmente de acuerdo | 9 | 60.00% | 31 | 37.80% | 7 | 53.85% | 47 | 42.73% |
| De Acuerdo | 6 | 40.00% | 37 | 45.12% | 4 | 30.77% | 47 | 42.73% |
| Indeciso | 0 | 0.00% | 9 | 10.98% | 0 | 0.00% | 9 | 8.18% |
| Desacuerdo | 0 | 0.00% | 4 | 4.88% | 1 | 7.69% | 5 | 4.55% |
| Totalmente en desacuerdo | 0 | 0.00% | 1 | 1.22% | 1 | 7.69% | 2 | 1.82% |
| TOTAL | 15 | 100.00% | 82 | 100.00% | 13 | 100.00% | 110 | 100.00% |

Ji² = 9.419; GL = 8; CC = 34.40%; p = 0.30815617; NO Significativo.

Regresión Lineal: Ji² = 1.912; p = 0.16669685; NO Significativo.

ANEXO 6

COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD DE ESCALAS PARA INSTRUMENTOS DICOTÓMICOS O BINARIOS

Coefficiente de Confiabilidad de las mitades de Spearman – Brown.

$$r_{tt} = \frac{2r_{ip}}{1 + r_{ip}}$$

Donde:

r_{tt} : Coeficiente de Confiabilidad

r_{ip} : Coeficiente de correlación R de Pearson entre los puntajes impares y pares.

Coefficiente de Confiabilidad de las mitades según Rulon-Guttman.

$$r_{tt} = 1 - \frac{S_d^2}{S_t^2}$$

Donde:

r_{tt} : Coeficiente de confiabilidad

S_d^2 : Varianza de la diferencia de los puntajes impares y pares.

S_t^2 : Varianza de la Escala

Coeficiente de Confiabilidad según Cureton

$$\rho_{i,X'} = \frac{\rho_{XX'} \sqrt{\rho_{XX'}^2 - 4\rho_{XX'} S_i (\rho_{i,X} - S_i)}}{2S_i}$$

Donde:

$\tilde{\rho}_{XX'}$: Coeficiente de confiabilidad de la escala total

$\tilde{\rho}_{i,X'}$: Coeficiente de correlación entre el ítem i-avo y la escala

S_i : Proporción estimada de la desviación estandar factorial

Coeficiente de Confiabilidad según la Fórmula 20 de Kuder-Richardson

(KR-20)

$$r_{tt} = \left[\frac{m}{m-1} \right] \cdot \left[1 - \frac{\sum p_i q_i}{S_t^2} \right]$$

Donde:

r_{tt} : Coeficiente de confiabilidad

m : Número de Ítems

\sum : Sumatoria

p_i : Proporción de sujetos que contestan correctamente el ítem i-avo

q_i : Proporción de sujetos que contestan incorrectamente el ítem i-avo

S_t^2 : Varianza de la escala

Coeficiente de Confiabilidad según la Fórmula 21 de Kuder-Richardson.

(KR-21)

$$r_{tt} = \left[\frac{m}{m - 1} \right] \cdot \left[1 - \frac{m\bar{p}\bar{q}}{S_t^2} \right]$$

Donde:

r_{tt} : Coeficiente de confiabilidad

m : Número de Ítems

\bar{p} : Proporción promedio de los que pasan todos los ítems componentes de la escala.

\bar{q} : Proporción promedio de los que NO pasan todos los ítems componentes de la escala.

S_t^2 : Varianza de la Escala.

Coeficiente de Confiabilidad de Kuder-Richardson modificada por Horst.

$$r_{tt} = \left[\frac{S_t^2 - \Sigma pq}{S_m^2 - \Sigma pq} \right] \cdot \left[\frac{S_m^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

$$S_m^2 = 2 \sum R_i p_i - \bar{X} (1 + \bar{X})$$

Coeficiente de Correlación Puntual Biserial R entre un ítem de la escala y la puntuación de la Escala total, con corrección de yuxtaposición ($c r_{pbi}$)

$$c r_{pbi} = \left[\sqrt{\frac{n}{n-1}} \right] \cdot \left[\frac{r_{pbi} S_t - \sqrt{p_i q_i}}{\sqrt{S_t^2 - \sum p_i q_i}} \right]$$

Donde:

r_{pbi} : Correlación obtenida entre el ítem i-avo y la escala.

n : Número de ítems de la escala.

p_i : Proporción de los que pasan el ítem i-avo.

q_i : $1 - p_i$

S_t^2 : Varianza de la Escala.

COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD DE ESCALAS PARA INSTRUMENTOS POLICOTÓMICOS O NO BINARIOS

Coeficiente de Confiabilidad de las mitades de Spearman – Brown.

$$r_{tt} = \frac{2r_{ip}}{1 + r_{ip}}$$

m : Número de Ítems

Σ : Sumatoria

s_i^2 : Varianza del Ítem i-avo

S^2 : Varianza de la escala

Coeficiente de Confiabilidad según Cureton

$$\rho_{i,X'} = \frac{\rho_{XX'} \sqrt{\rho_{XX'}^2 - 4\rho_{XX'} S_i (\rho_{i,X} - S_i)}}{2S_i}$$

Donde:

$\tilde{\rho}_{XX'}$: Coeficiente de confiabilidad de la escala total

$\tilde{\rho}_{i,X'}$: Coeficiente de correlación entre el ítem i-avo y la escala

S_i : Proporción estimada de la desviación estándar factorial

Coeficiente de Regresión R de Pearson

$$r_{xy} = \frac{N\Sigma xy - (\Sigma x)(\Sigma y)}{\sqrt{[N\Sigma x^2 - (\Sigma x)^2][N\Sigma y^2 - (\Sigma y)^2]}}$$

Donde

N: Tamaño del conjunto x e y.

y^2 : Sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable y.

x^2 : Sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable x.

r_{xy} : Coeficiente de regresión entre el conjunto x e y.