

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE MEDICINA HUMANA

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE
ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN
INTERNOS DE MEDICINA HUMANA DEL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA,
FEBRERO 2015”**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Francesca Ginna Choque Nolasco

ASESOR

Manuel Antonio Vásquez Sánchez

Lima – Perú

2015

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Manuel Vásquez Sánchez por su disposición y ayuda para la realización de esta tesis.

A mi madre por impulsarme a culminar este proyecto.

A mis compañeros, los internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, por su colaboración en la realización de esta investigación.

Choque Nolasco Francesca Ginna

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi creador, mi amigo fiel y la luz que guía mi camino.

Choque Nolasco Francesca Ginna

ÍNDICE

	PÁG.
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	1
CAPÍTULO I:	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación de objetivos	3
1.3 Justificación de la investigación	4
1.4 Limitaciones del estudio	6
1.5 Formulación de la hipótesis	6
CAPÍTULO II: Marco teórico	7
CAPÍTULO III: Diseño Metodológico	18
3.1 Tipo de investigación	18
3.2 Población y muestra	18
3.3 Operacionalización de variables	20
3.4 Instrumentos	22
3.5 Plan de recolección	24
3.6 Análisis estadístico de los datos	25
CAPÍTULO IV:	26
4.1 Resultados	26
4.2 Discusión	35
CAPÍTULO V:	41
5.1 Conclusiones	41
5.2 Recomendaciones	42
Referencias bibliográficas	43
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
Tabla 1. Operacionalización de variables	20
Tabla 2. Características sociodemográficas	28
Tabla 3. Conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia	31
Tabla 4. Actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁG.
Gráfico 1: Fluctuaciones hormonales en el ciclo menstrual	12
Gráfico 2: Nivel de conocimientos sobre AOE	29
Gráfico 3: Nivel de actitudes sobre AOE	30

RESÚMEN

Objetivo: El presente estudio busca determinar el nivel de conocimientos e identificar las actitudes sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en los internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL).

Materiales y Métodos: Un cuestionario estructurado se distribuyó a un total de 92 internos de medicina del HNAL. El cuestionario contenía tres dominios principales: características sociodemográficas, conocimiento sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, y actitud hacia la AOE. Los participantes del estudio fueron seleccionados por muestreo por conveniencia. Los datos fueron introducidos y analizados con el programa SPSS versión 20.0. Los resultados se presentaron mediante estadística descriptiva. **Resultados:** Se encuestaron a 92 internos de medicina, de los cuales 58 (63%) alcanzaron un nivel de conocimiento medio sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia, 18 (20%) obtuvieron un nivel de conocimiento alto y 16 (17%) un conocimiento bajo. En lo que respecta al nivel de actitud que tienen los internos sobre la AOE, 54 (58,7%) obtuvieron una actitud de indecisión, 20 (21,7%) una actitud de rechazo, y 18 (19,6%) una actitud de aceptación. **Conclusiones:** Un porcentaje considerable (80%) de internos de medicina obtuvo un nivel de conocimiento entre medio y bajo respecto a la Anticoncepción Oral de Emergencia. La actitud predominante fue la indecisión en 54 de los encuestados (58,7%) y sólo el 19,6% tienen una actitud de aceptación hacia la AOE. Tanto en el presente estudio como en publicaciones realizadas en otros países del mundo afirman que el nivel de conocimientos acerca de la Anticoncepción Oral de Emergencia en estudiantes del área salud es bajo.

Palabras clave: Anticoncepción oral de emergencia, conocimientos, actitudes, internos de medicina humana.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge and to identify attitudes towards Emergency Oral Contraception (EOC) in medicine interns of the Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). **Materials and Methods:** A structured survey was distributed to a total of 92 HNAL medicine interns. The survey contained three main domains: sociodemographic characteristics; knowledge about Emergency Oral Contraception and attitude toward EOC. Study participants were selected by convenience sampling. Data was registered and analyzed using SPSS Version 20.0. Results were presented using descriptive statistics. **Results:** We surveyed 92 medical interns, of which 58 (63%) obtained a medium level of knowledge about EOC, 18 (20%) had a higher level of knowledge and 16(17%) had a low level of knowledge. Regarding the attitude towards EOC, 54 (58.7%) medicine interns obtained attitude of indecision, 20 (21.7%) attitude of rejection, 18 (19.6%) attitude of acceptance. **Conclusions:** A significant percentage of medical interns obtained level of knowledge among middle and lower about Emergency Oral Contraception. The predominant attitude was indecision in 54 interns (58.7%) and only 19,6% had attitude of acceptance. Both this study and international publications agree that the level of knowledge in health students is low.

Keywords: Emergency Oral contraception, knowledge, attitudes, interns of humane medicine

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar tiene beneficios bien documentados para las madres, recién nacidos, familias y comunidades. Los embarazos que ocurren tempranamente o demasiado tarde en la vida de una mujer afectan negativamente a la salud materna e incrementa el riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer.

A pesar de la eficacia de los métodos anticonceptivos modernos, un gran número de embarazos no deseados todavía ocurren en todo el mundo y muchas mujeres buscan su terminación. Esto es un reflejo de la necesidad insatisfecha de planificación familiar. Los Países Bajos, por ejemplo, tienen una de las tasas de aborto más bajas de todos los países industrializados, allí la anticoncepción de emergencia es ampliamente disponible como un respaldo para otros métodos de planificación familiar.

El Aborto, incluso si se realiza en forma segura puede ser doloroso y tener repercusión física y psicológica. Aquí, la paradoja es que mientras la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) se encuentra disponible, ¿por qué las mujeres prefieren tener un aborto frente a los problemas potenciales asociados con el procedimiento? Para ello, varias razones se pueden dar, sin embargo, el factor dominante es la falta de conocimiento adecuado sobre la AOE tanto del personal de salud proveedor como de las usuarias.

A nivel mundial, las publicaciones realizadas a estudiantes universitarios y profesionales del sector salud, demuestran bajos niveles de conocimientos sobre este método.

En nuestro país existen insuficientes estudios que evalúen los conocimientos y actitudes hacia la AOE en internos de medicina humana, por lo anterior sería relevante indagar sobre la situación en uno de los hospitales de mayor afluencia en el Perú.

Con lo anteriormente expuesto, el presente estudio de investigación considera conveniente responder a la interrogante: ¿Cuál es el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de medicina humana pertenecientes al programa de internado 2015 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

CAPÍTULO I

1.1 Planteamiento del problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de medicina humana pertenecientes al programa de internado 2015 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

1.2 Formulación de objetivos

Objetivo general:

El objetivo de este estudio es determinar el nivel de conocimientos e identificar las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de medicina humana pertenecientes al programa de internado 2015 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de conocimientos acerca de la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de medicina humana pertenecientes al programa de internado 2015 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Identificar las actitudes en relación a la anticoncepción oral de emergencia en los estudiantes de medicina humana pertenecientes al programa de internado 2015 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

1.3 Justificación de la investigación

Un aspecto relevante que cabe recordar, es que las mujeres son las personas a quienes más se les violan sus derechos reproductivos. Por ello, son ellas las que más necesitan que los derechos reproductivos sean considerados como derechos humanos¹. Los problemas relacionados con la salud reproductiva siguen siendo la principal causa de muerte y mala salud de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo. Las mujeres pobres, sufren desproporcionadamente los embarazos no deseados, la violencia de género, la muerte materna y otros problemas relacionados con su sistema reproductivo y su conducta sexual. Cabe señalar además que las mujeres jóvenes encuentran más obstáculos para acceder a la información sobre su sexualidad y son las que más sufren de embarazos no deseados¹.

Según la ENDES 2004-2005 y el Censo de Población 2005, en el año 2005 el 52.1% del total de mujeres en edad reproductiva, esto es cerca de 3 millones 800 mil, debieron estar inmersas en el mercado de planificación familiar, de ellas, 2 millones 400 mil (32.7%) porque ya no querían tener más hijos, el resto porque deseaban espaciar el nacimiento de su próximo hijo. El 44.9% de las MEF (3 millones 259 mil) tenían demanda satisfecha, es decir estaban usando algún método contraceptivo ya sea con el propósito de postergar su próximo embarazo (16.3%) o porque ya no deseaban más hijos (28.6%). Una menor proporción 370 mil mujeres se consideran con demanda no satisfecha (5.1%), finalmente 2.1% (152 mil mujeres) quedaron embarazadas porque falló el método anticonceptivo usado. Estas cifras indican que el deseo mayoritario de las mujeres es el no querer más hijos, en consecuencia, debería ser tomada en cuenta por los administradores de programas de planificación familiar con la finalidad de orientar la oferta de servicios que involucre métodos anticonceptivos seguros y de largo alcance que permitan satisfacer los deseos de limitar la descendencia.²

El Representante de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el Perú, mediante informe presentado el 12 de octubre de 2006, señaló: “La comunidad científica internacional coincide plenamente en que la anticoncepción oral de emergencia (AOE) no es abortiva y no impide la implantación de un óvulo fecundado ya que no tiene efectos sobre el endometrio”. Esta afirmación está respaldada por el trabajo de instituciones científicas de amplio prestigio internacional. No existe un solo estudio científico que demuestre que la AOE tiene un efecto abortivo¹.

El acceso a la AOE es un asunto de salud pública, en tanto que permite a las mujeres y, sobre todo a las más pobres, contar con un método anticonceptivo científicamente reconocido que contribuye a evitar los embarazos no deseados y sus consecuencias¹.

A pesar de que diferentes anticonceptivos modernos existen en todo el mundo, todavía existe el problema del embarazo no deseado, que podría ser debido a la poca toma de conciencia, actitudes negativas hacia la anticoncepción tanto de los proveedores como de los usuarios, poca accesibilidad o como resultado de la agresión sexual. A veces, el conocimiento y la práctica podrían ser allí, pero ningún anticonceptivo es 100% eficaz, y siempre es muy importante tener la anticoncepción de emergencia como un método de reserva de seguridad³.

Teniendo en cuenta el papel futuro de los internos de medicina como consejeros de métodos anticonceptivos, se realiza el presente estudio para explorar los conocimientos e identificar las actitudes hacia la anticoncepción oral de emergencia en los internos de medicina humana del Hospital Arzobispo Loayza. Además, este estudio aportaría pruebas importantes que se podrían utilizar para revisar la educación médica básica en la consejería anticonceptiva y por lo tanto reducir la mortalidad materna relacionada con los embarazos no deseados en el Perú.

1.4 Limitaciones del estudio

Respecto a las limitaciones del estudio, se requiere contar con información que recoja las percepciones de la población usuaria “objetivo” hacia la que irán dirigidas las acciones.

El uso de muestreo por conveniencia en este estudio es una limitación; una muestra de este tipo no puede ser representativa de la población objetivo.

1.5 Formulación de la hipótesis

Debido a que el diseño de la investigación a realizar es descriptivo no es necesaria la formulación de una hipótesis, ya que ésta no se someterá a prueba alguna (verificación de hipótesis), como si sucedería en un estudio de carácter analítico.

CAPÍTULO II

Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud define el aborto inseguro como un procedimiento para terminar con un embarazo que se lleva a cabo por un individuo que carece de las habilidades necesarias o en un ambiente que no se ajuste a los estándares médicos mínimos, o ambos ¹. Casi la mitad de todos los abortos son inseguros en todo el mundo, y casi todos los abortos inseguros (98%) se producen en países en desarrollo. En el mundo en vías de desarrollo, el 56% de todos los abortos son inseguros, en comparación con sólo el 6% en el mundo desarrollado.³

El aborto inseguro tiene consecuencias negativas importantes más allá de sus efectos inmediatos sobre la salud de la mujer. Por ejemplo, las complicaciones del aborto inseguro pueden reducir la productividad de las mujeres, el aumento de la carga económica de las familias pobres; causar muertes maternas que dejan niños huérfanos de madre; causar problemas de salud a largo plazo, tales como la infertilidad; y resultar en costos considerables para los que ya están luchando los sistemas de salud pública. Casi todas las muertes relacionadas con el aborto ocurren en los países en desarrollo, con el número más alto en África.³

En los países en desarrollo, las mujeres pobres tienen menos acceso a los servicios de planificación familiar y menos recursos para pagar por los procedimientos de aborto seguro; también son las más propensas a sufrir complicaciones relacionadas con el aborto inseguro.³

La anticoncepción de emergencia ha estado disponible desde la década de 1970, y su disponibilidad y uso se han generalizado, sin embargo el uso de la anticoncepción de emergencia se ha visto obstaculizada por la falta de información adecuada sobre sus beneficios y mecanismo de acción, así como los temores relacionados a ella. ⁴

La anticoncepción de emergencia ha sido llamada "el secreto mejor guardado" en salud reproductiva porque, pese a su único potencial para ayudar a las mujeres a evitar embarazos y cumplir sus intenciones reproductivas, las tasas de uso y de asesoramiento sobre el método son bastante bajas ¹⁶.

Las opciones para anticoncepción de emergencia son amplias e incluyen el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre y la anticoncepción oral de emergencia tales como el levonorgestrel, acetato de ulipristal, píldoras anticonceptivas orales combinadas (método Yuzpe) y menos comúnmente, la mifepristona. Algunas opciones están disponibles sin receta médica, mientras que otros requieren prescripción o colocación⁷.

En el Perú, la AOE se vende en farmacias desde el 2002 habiendo concedido la DIGEMID 15 registros sanitarios a distintas marcas de AOE. Se calcula que, al 30 de septiembre de 2006, se había vendido en boticas y farmacias del sector privado aproximadamente un millón setecientos catorce mil doscientas ochenta dosis de las distintas marcas de anticoncepción oral de emergencia. En cambio, la orden para distribuir gratuitamente AOE a través de los establecimientos públicos sólo se dio en el 2004. Sin embargo, dada la controversia judicial los centros de salud del Estado no distribuían gratuitamente AOE ¹².

En los últimos años han existido campañas que desprestigian el beneficio de los métodos anticonceptivos -los orales e inyectables- y que resaltan las

complicaciones inherentes a su uso, situación que debe reconsiderarse en función de los beneficios que otorgan para mejorar la calidad de vida de las mujeres del mundo y para reducir los daños asociados con la morbilidad y mortalidad neonatales, así como en función de las consecuencias negativas relacionadas con la población infantil que es producto de embarazos no deseados ⁶.

Mientras los esfuerzos científicos y de salud pública ayudaron a aumentar la disponibilidad de la Anticoncepción Oral de Emergencia, las formulaciones de las píldoras no ofrecen una protección continua y aumentar el acceso a la anticoncepción oral de emergencias aún no ha conducido a bajar las tasas de embarazo⁶.

Los internos de medicina van a ser en un futuro muy próximo los principales involucrados en la difusión y prescripción del mismo, es por esto que el presente trabajo tuvo como objetivo identificar los conocimientos de los internos de medicina y sus actitudes.

A. Anticoncepción Oral de Emergencia

La anticoncepción de emergencia (también conocida como contracepción y la píldora del día siguiente) se refiere al uso de píldoras o un dispositivo como medida de emergencia para prevenir el embarazo⁴. La Norma Técnica de Planificación Familiar define como Anticoncepción Oral de Emergencia a los métodos hormonales que se usan como emergencia, luego de una relación sexual sin protección, para evitar un embarazo no deseado¹⁹. Las mujeres que han tenido las relaciones sexuales sin protección, incluyendo aquellos que han tenido un fallo de otro método de anticoncepción (píldoras olvidadas, rompimiento del condón), son potenciales candidatos para esta intervención.

Se pretende para uso ocasional o respaldo, no como un método anticonceptivo primario para uso rutinario⁴. La anticoncepción de emergencia se asocia con una tasa de fracaso de 0,2% a 3% ⁹.

Anteriormente, se pensaba que la Anticoncepción Oral de Emergencia para ser eficaz sólo debería de tomarse dentro de las 72 horas, pero estudios recientes han confirmado que es eficaz hasta 120 horas⁹. Hay dos tipos de anticoncepción de emergencia, la anticoncepción oral de emergencia y los dispositivos intrauterinos (DIU)⁵. Dentro de las opciones de píldoras tenemos: sólo de progestina (levonorgestrel), moduladores de progesterona (acetato de ulipristal), esteroides sintéticos antiprogestinarios (mifepristona) y el dispositivo intrauterino de cobre (DIU)⁷.

Teniendo en cuenta el modo de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia, es importante distinguirla de la anticoncepción no hormonal de emergencia, esto es, de la píldora RU 486. Esta última píldora está compuesta de mifepristona, “una antiprogestina que ha venido siendo usada desde principios de la década de los ochenta por sus cualidades abortivas, especialmente en Francia, como parte del régimen médico para el aborto”. Por ejemplo, en el Perú, la RU 486 no cuenta con registro sanitario, a diferencia de las píldoras de anticoncepción hormonal de emergencia¹².

En dosis más grandes (200mg), la mifepristona puede ser utilizada con misoprostol para inducir el aborto. Por lo tanto, los esfuerzos para desarrollar una nueva anticoncepción de emergencia se han centrado en otra antiprogestina¹⁷.

Las prostaglandinas y sus análogos tienen efecto abortivo sobre embarazos tempranos. El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1, produce contracciones miométricas al interactuar con receptores específicos en las células miométricas. El misoprostol es en términos relativos, metabólicamente resistente y por tanto tiene una acción prolongada. La efectividad del misoprostol en la inducción del aborto temprano es superior al 90%. Su bajo costo, termoseguridad y escasos requerimientos para su almacenamiento lo convierten en el método de elección en los países en vías de desarrollo¹³.

El modo de uso indicado en la Norma Técnica de Planificación Familiar del Perú menciona que la AOE¹⁹:

- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas)
- Inicio:
 - La primera dosis dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
 - La segunda y última dosis 12 horas después de la primera dosis.
- Métodos más frecuentemente usados:
 - **Método de sólo progestágeno:**
 - Levonorgestrel una tableta de 0.75 mg, por dos dosis.
 - Levonorgestrel, 1.5 mg, una sola dosis.
 - **Método de Yuzpe** o de píldoras anticonceptivas combinadas, hay que verificar la cantidad de etinilestradiol y calcular cuantas píldoras suman 100 o más microgramos, de esas se tomarán dos dosis. Las disponibles en el Ministerio es el etinilestradiol de 30 ug se tomarán cuatro píldoras en cada dosis. Para las de 50 ug se tomarán dos dosis de dos píldoras cada una.

Mecanismo de acción

El mecanismo de acción de los métodos de la contracepción de emergencia no se conoce bien. Aunque el momento de la ovulación puede ser difícil de predecir, la ventana fértil se extiende desde 5 días antes de la ovulación (la vida útil de un espermatozoide dentro del tracto genitourinario femenino (GU)) hasta el día de la ovulación (tras lo cual se deteriora el óvulo)⁷ (Gráfico1). Las mayores tasas de concepción son desde 2 días antes de comenzar la ovulación y continúan hasta el día de la ovulación. La mayoría de los métodos para prevenir el embarazo se piensa que es por retrasar o inhibir la ovulación. Otros mecanismos propuestos incluyen alteraciones en los niveles hormonales, cambios en el ambiente endometrial y la inhibición de la fertilización.⁷

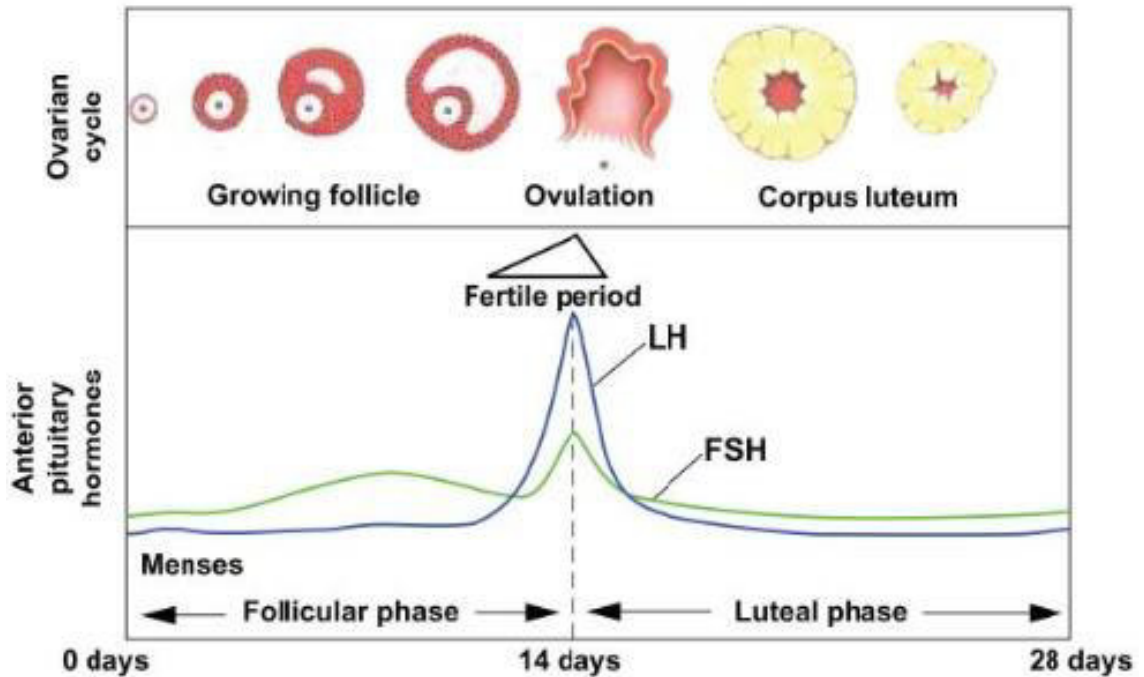


Gráfico 1. Diagrama de fluctuaciones hormonales en el ciclo menstrual. Tomado de Koyama y cols (2013).

Notas: Día 0 del ciclo menstrual es el primer día de la menstruación. Durante la fase folicular los niveles de LH y FSH comienzan a elevarse, y el pico es aproximadamente a los 14 días en ciclos regulares, ya que se libera un óvulo desde el folículo principal (imagen superior). El "período fértil" comienza aproximadamente 5 días antes del pico de LH, y termina el día después, ya que el huevo se degenera rápidamente si no es fertilizado. Duración de los ciclos menstruales pueden variar mucho según la persona, lo que difícil de calcular el tiempo exacto del período fértil.

El DIU es eficaz si se inserta dentro de los 5 días luego de la cópula sexual desprotegida sin cambio en la eficacia⁵. No sólo el DIU de cobre confiere una mayor protección contra el acto sexual sin protección, sino que también ofrece protección durante al menos 10 años, sin embargo, las píldoras tienen varias ventajas, incluyendo la conveniencia y la disponibilidad de horario extendido en las farmacias fuera de un entorno clínico⁶.

La composición de cobre es tóxica tanto para el óvulo como para los espermatozoides. Además, como cuerpo extraño induce una respuesta inflamatoria crónica, conduce a la liberación de citoquinas y las integrinas⁷. El DIU de cobre tiene un beneficio adicional, puede ser utilizado como una forma de anticoncepción reversible de acción prolongada para prevención de futuros embarazos no deseados⁷.

Levonorgestrel (LNG) es una píldora sólo de progestina. Los estudios indican que LNG suprime la ovulación por retrasar la oleada de la hormona luteinizante (LH). Para ser eficaz, debe administrarse antes de que comience la oleada de LH. Por lo tanto, es razonable inferir que el LNG es menos efectiva cuando se administra más cerca a la época de la ovulación. Sin embargo, un estudio encontró que el LNG aumenta la cantidad de glycodelin en el cuerpo, que teóricamente puede impedir la fertilización después de que se ha producido la ovulación. Aún así, los estudios indican que después de que la ovulación ocurre, LNG tiene sólo leves efectos sobre la función del cuerpo lúteo y se cree que es ineficaz una vez ha ocurrido la fertilización⁷.

La mifepristona, un esteroide sintético antiprogestina. El mecanismo de mifepristona como anticonceptivo de emergencia generalmente ocurre previo a la implantación y por lo tanto no es considerada como un abortifaciente en este contexto. Durante la fase folicular, la mifepristona retrasa el aumento de estrógeno, la oleada de la LH y la ovulación. Además, suprime el desarrollo del endometrio y del desarrollo folicular. Estos efectos de mifepristona en última instancia conducen a la inhibición de la ovulación. Después de la ovulación, mifepristona inhibe el desarrollo del endometrio y bloquea la expresión de receptores endometriales necesarios. El endometrio sigue siendo inmaduro, evitando así que se produzca efectivamente la implantación. La mifepristona es la única píldora que, en dosis más altas (200-600 mg), es efectiva una vez que la implantación se produce y puede detener que un embarazo precoz continúe, por lo tanto es considerado abortivo en este contexto⁷.

El método de Yuzpe es la más vieja forma de anticoncepción de emergencia después del coito. Este método utiliza una combinación estrógeno y progestina. Cuando se utiliza durante la primera mitad del ciclo menstrual, el método de Yuzpe retrasa o inhibe la ovulación. Algunos estudios sugieren que puede haber mecanismos secundarios de acción, incluida la interrupción de la función lútea, alteración del ambiente endometrial, depresión de los niveles de esteroides sexuales, alteraciones en la fisiología del moco cervical y la inhibición de la fertilización⁷.

Eficacia y efectos secundarios de la Anticoncepción de Emergencia

Más de 7000 inserciones postcoitales del DIU de cobre se han reportado en la literatura desde que se introdujo su práctica en 1976. Con sólo 10 fallos conocidos, este enfoque tiene una tasa de embarazo del 0,1%. Además, éstos anticonceptivos intrauterinos están en la categoría de alto nivel de eficacia de anticonceptivos porque no necesitan de cumplimiento por parte de la mujer¹⁷.

La eficacia de la Anticoncepción Oral de Emergencia (régimen de levonorgestrel o método de Yuzpe) es menor que “la anticoncepción hormonal de uso regular, que previene el embarazo hasta en un 99% de las mujeres que tienen relaciones sexuales frecuentes a lo largo de todo un año”¹².

Según la Norma Técnica de Planificación Familiar levonorgestrel presenta hasta el 95% de eficacia, mientras que la tasa de eficacia del Método de Yuzpe es hasta 75%¹⁹.

La Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) puede producir efectos secundarios como náuseas, vómitos, sangrado uterino irregular, dolores de cabeza, mareo y sensibilidad en los senos. Los efectos secundarios son menores si se usan píldoras de levonorgestrel que si usa el método de Yuzpe. Sin embargo, se ha afirmado que los efectos secundarios son inocuos y que no existen condiciones médicas conocidas por las cuales no se deba usar AOE. Como su nombre lo indica, se trata de un anticonceptivo de emergencia que no reemplaza a los anticonceptivos de uso regular¹².

Levonorgestrel (LNG) es generalmente bien tolerado. Los efectos secundarios más frecuentes del LNG son náuseas (23%) y vómitos (5,6%). Eventos menos comunes incluyen fatiga, mareos, dolor de cabeza, y mastalgia. También se puede producir interrupción en el patrón del ciclo menstrual⁷.

B. Conocimientos y Actitudes

El conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos de emergencia varían considerablemente dentro de las regiones ¹⁶, por ejemplo en África, el conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia oscila entre 2% (Chad) a 40% (Kenia) y entre las mujeres sexualmente experimentadas, la proporción de quienes reportaron haber usado alguna vez la anticoncepción de emergencia oscila entre menos de 0.1% (Chad) al 4% (Ghana). En Asia, la proporción de mujeres que han oído hablar de la anticoncepción de emergencia oscila entre 3% (Timor Oriental) y 29% (Maldivas) y las tasas de uso de los métodos de anticoncepción de emergencia entre las mujeres sexualmente activas alguna vez oscila entre 0.1% (Camboya, Nepal y Timor Oriental) y 0.9% (Pakistán). En Europa y Asia occidental, la proporción de mujeres que han oído hablar de la anticoncepción de emergencia oscila entre 5% (Azerbaiyán) a un 49% (Ucrania) y las tasas de uso entre las mujeres sexualmente activas alguna vez oscila entre menos del 1% (Azerbaiyán) a 6% (Ucrania). En América Latina y el Caribe, la proporción de mujeres que habían oído hablar sobre anticoncepción de emergencia oscila entre 13% (Haití) a 66% (Colombia) y las tasas de uso entre las mujeres sexualmente activas alguna vez oscila entre menos del 1% (Haití) a 12% (Colombia) ¹⁶.

Un estudio realizado en estudiantes de medicina de la India, encontró actitudes positivas y negativas hacia los métodos anticonceptivos modernos, a la educación sexual y sobre consejería en planificación familiar. Entre los estudiantes, hubo la voluntad de ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva a las personas, independientemente de su estado civil. Aún así, los estudiantes de medicina en Maharashtra tienen conceptos erróneos acerca de los métodos anticonceptivos modernos. Este estudio concluye que la capacitación en consejería anticonceptiva debe implementarse en la educación médica básica con el fin de aumentar el acceso de las mujeres a los servicios de salud materna basadas en la evidencia¹⁰.

Giri *et al.* ¹¹ en su estudio concluyó que el 100% de los encuestados que incluía internos de medicina, estudiantes de pregrado y posgrado, eran conscientes de la anticoncepción de emergencia. El buen nivel general de conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia fue más alta (47,6%) entre los posgraduados en comparación con los internos (43,3%) y estudiantes de pregrado (41,6%). La actitud hacia la anticoncepción de emergencia se midió a través de cuatro preguntas; las preguntas estaban relacionadas con la actitud del encuestado hacia el personal paramédico que las dispensa, si la anticoncepción de emergencia es bueno para la salud reproductiva de las mujeres, si la anticoncepción oral de emergencia podría desalentar el uso consistente del condón, y si es la anticoncepción oral de emergencia segura para sus usuarios. Se observó una actitud positiva general hacia la anticoncepción de emergencia entre 73,8% de los encuestados¹¹.

Un estudio realizado en una población de médicos recién graduados en Nigeria, ofreció la oportunidad real de investigar la calidad de sus conocimientos, lo que podría ser un reflejo de la profundidad de su formación en la materia. Además, la evaluación de sus opiniones, que también podría dar una pista a sus instructores durante los programa de prácticas obligatorias en las áreas correspondientes para mejorar y diseñar estrategias adecuadas, este estudio mostró que los participantes no tienen un conocimiento exhaustivo de la anticoncepción de emergencia que se esperaría de un médico y esto limita su disposición profesional hacia ella como una forma de anticoncepción⁴. En general, se espera que los médicos deben estar bien informados sobre los anticonceptivos de emergencia, ya que son ellos los que proporcionan información y lo recetan para sus pacientes⁴.

Un estudio publicado por Ahmed *et al.* ⁵ encontró alto nivel de conocimiento sobre anticoncepción de emergencia en estudiantes mujeres de pregrado, sin embargo se comprobó que había un bajo nivel de actitud positiva, que de hecho podría ser debido al alto número de participantes sexualmente inactivas.

Los escasos datos disponibles indican que las mujeres con las tasas más altas de conocimiento o uso de la anticoncepción de emergencia son aquellas con mayores niveles de educación, aquellas que viven en regiones urbanas, y las que actualmente utilizan o alguna vez han usado un anticonceptivo moderno ¹⁶.

Los resultados de un estudio realizado en médicos gineco-obstetras de Lima y Callao encontró que es medianamente bueno el conocimiento concreto sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en los profesionales entrevistados, sin embargo es necesario tener un verdadero compromiso con su prescripción y divulgación, siendo necesario la realización de estrategias de educación médica continua, tal como ocurre en otros países de Latinoamérica. Es fundamental que los médicos y todos los profesionales de salud se encuentren científicamente preparados para entregar una oportuna y correcta información sobre AOE. Llama la atención, por ejemplo el haber encontrado en este estudio que casi 25% del total de médicos participantes no saben o no responden si indicarían o recetarían la AOE como protección para el SIDA, lo que nos hace alguna dificultad para establecer la diferencia entre un método de prevención de embarazo y un método de prevención de ITS (los de barrera). Hubo, además un 2,3% que refirió como contenido al Misoprostol y otro porcentaje similar refirió no saber el contenido¹⁴.

Evaluar el conocimiento y la actitud sobre la anticoncepción oral de emergencia desempeña un papel líder en proyectos de salud pública que están dirigidos a combatir la mortalidad materna mediante la reducción de embarazos no deseados. Para cambiar la actitud hacia la anticoncepción de emergencia y aumentar aún más el nivel de conocimiento sería muy recomendable contar con la colaboración de los educadores en la salud, realizar estudios similares en trabajadores la salud y la difusión de este tema por los medios de comunicación⁵.

CAPITULO III

Diseño Metodológico

3.1 Tipo de investigación

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Unidad de análisis

La unidad de análisis fue el estudiante de medicina humana perteneciente al programa de internado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del año 2015, que eligió como sede principal de rotación dicho nosocomio.

3.2.2 Población y tamaño de muestra

Se solicitó el registro de internos de medicina humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza a la oficina de Docencia y Capacitación, dicha oficina brindó la lista de internos de las 4 rotaciones (Medicina interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia). Siendo la población de 129 internos, sin embargo 9 de ellos se encontraban realizando rotaciones externas en otros hospitales por lo que la población objetivo fue de 120.

Se consideró que por ser un número manejable, no ameritaba un cálculo del tamaño de la muestra, teniendo como premisa que se iba a buscar cubrir la mayor cantidad posible que se aproxime al total de la población objetivo.

3.2.3 Tipo de muestreo

Se utilizó un método de muestreo por conveniencia.

3.2.4 Procedimiento de muestreo

Se realizó un muestreo por conveniencia, para ello se invitó a 101 internos de medicina (del total de 120) que se encontraban presentes en los ambientes, a participar en el estudio de manera voluntaria, procediendo a incluir a aquellos que acepten desarrollar la encuesta.

3.2.5 Criterios de inclusión

- Estudiantes de medicina pertenecientes al programa de internado médico del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2015, que hayan elegido a este nosocomio como sede principal de rotación y además se encuentren rotando en el mismo durante el mes de Febrero del 2015.
- Internos que luego de conocer los objetivos de la investigación y las condiciones de la misma, sabiendo que se respetaría la confidencialidad respecto a su nombre y el no riesgo que la investigación implicaría, dieron su consentimiento para su participación.

3.2.6 Criterios de exclusión

- Se excluyeron del estudio los estudiantes que no cumplieron al 100% con los criterios de inclusión descritos en el ítem precedente.

3.3 Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables en estudio

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de clasificación	Criterio de medición
Conocimientos	Datos concretos, conceptos e informaciones que utiliza una persona para decidir lo que se debe o puede hacer frente una situación.	Es aquella información que presentan los internos de medicina del HNAL sobre la anticoncepción oral de emergencia.	Conocimiento general sobre anticoncepción oral de emergencia	Cualitativa, nominal, politómica	Alto	Si obtiene un puntaje acumulado mayor a 10 puntos.
			Conocimiento sobre método de Yuzpe		Medio	Si obtiene un puntaje acumulado entre 7 a 10
			Conocimiento sobre levonorgestrel		Bajo	Si obtiene un puntaje acumulado menor a 7
Actitudes	Es una organización, relativamente estable, de creencias acerca de un objeto o situación que predispone al sujeto para responder preferentemente en un determinado sentido.	Es la respuesta de los internos de medicina sobre la posición que tienen hacia la anticoncepción oral de emergencia.	Componente cognitivo	Cualitativa, nominal, politómica.	Aceptación	ESCALA DE LIKERT 11 preguntas: Si obtiene un puntaje acumulado mayor a 30 puntos.
			Componente afectivo		Indecisión	ESCALA DE LIKERT 11 preguntas: si obtiene un puntaje acumulado entre 24 y 30 puntos.
			Componente comportamental		Rechazo	ESCALA DE LIKERT 11 preguntas: si obtiene un puntaje acumulado menor a 24 puntos.

3.3.1 Definición De Términos

Nivel de Conocimiento: Es la información que presentan los internos de medicina sobre la anticoncepción oral de emergencia. Será obtenido mediante un cuestionario con preguntas cerradas; y valorada en alto, medio y bajo.

Nivel de actitud: Es la respuesta de los internos sobre la posición que tienen hacia la anticoncepción oral de emergencia. Será obtenida mediante una Escala de Likert modificada y valorada en aceptación, indecisión y rechazo.

Anticoncepción Oral de Emergencia: Es un método hormonal de emergencia, consiste en la administración de tabletas por vía oral y se utilizan después de las relaciones sexuales sin protección, uso incorrecto de un anticonceptivo regular, en caso de fallo accidental de otro método o violación de una mujer sin protección anticonceptiva; con el fin de evitar un embarazo no deseado.

Método de Yuzpe: Es un método anticonceptivo hormonal oral de emergencia cuya dosis incluye 100 microgramos de Etinilestradiol y 500 microgramos de Levonorgestrel. La primera dosis se administra dentro de las 72 horas después del coito sin protección y la segunda 12 horas después de la primera.

Levonorgestrel: Es un anticonceptivo hormonal oral de emergencia usado en dosis de 0,75 mg; la primera dosis se administra durante las primeras 72 horas después del coito sin protección y la segunda dosis 12 horas después.

Internos de Medicina Humana: Son los estudiantes de séptimo año de la carrera de Medicina Humana que se encuentran realizando el internado médico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015.

3.4 Instrumentos

Se utilizó como instrumento un cuestionario adoptado de la tesis “Conocimientos y actitudes sobre el Anticonceptivo Oral de Emergencia en estudiantes de la escuela académico profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos”¹⁸, éste instrumento fue nuevamente sometido a un estudio piloto para determinar su confiabilidad, además del lenguaje, comprensión y claridad antes de su aplicación final.

Consta de preguntas cerradas para evaluar el conocimiento y una escala de tipo Likert para la evaluación de las actitudes. El cuestionario consta de introducción, presentación, objetivos, instrucciones, datos generales y específicos; y las preguntas para evaluar el grado de conocimiento son 15 (ANEXO B). La escala tipo Likert, modificada a 3 ítems, consta de las siguientes partes: presentación, instrucciones y datos generales; y los enunciados son 11. (ANEXO C).

El cuestionario está constituido por:

Características sociodemográficas:

- Género
- Edad
- Estado civil
- Religión
- Universidad de estudio

Nivel de conocimientos:

- Definición de la AOE
- Indicaciones de la AOE
- Contraindicaciones de la AOE
- Mecanismo de acción del Método Yuzpe
- Composición del Método Yuzpe
- Dosificación del Método Yuzpe
- Forma de administración del Método Yuzpe
- Eficacia del Método Yuzpe

- Efectos secundarios del Método de Yuzpe
- Mecanismo de acción del levonorgestrel
- Dosificación del levonorgestrel
- Forma de administración del levonorgestrel
- Eficacia del levonorgestrel
- Efectos secundarios del levonorgestrel
- Aprobación legal del levonorgestrel

Nivel de Actitudes:

Componente cognitivo:

- Mecanismo de acción
- Efectos secundarios
- Efectividad
- Indicaciones

Componente afectivo:

- Culpabilidad
- Rechazo

Componente comportamental:

- Distribución
- Promoción

3.4.1 Validez del Instrumento

El cuestionario se sometió a una prueba piloto para determinar su confiabilidad (ANEXO D). Para hallar el coeficiente de confiabilidad según el Alfa de Cronbach se procedió a la aplicación de la prueba piloto de 20 sujetos pertenecientes a la población con características equivalentes a la del estudio. Al sustituir los valores numéricos obtenidos en la fórmula se obtuvo un coeficiente de confiabilidad 0.849, lo cual demuestra su confiabilidad, y que puede ser aplicado a la población de estudio disminuyendo así el margen de error.

3.5 Plan de recolección

Para la recolección de datos se realizaron las coordinaciones pertinentes con la oficina de docencia del HNAL, a fin de obtener la autorización respectiva.

3.5.1 Prueba piloto

Se realizó la prueba piloto con 20 internos de medicina humana del HNAL. La cual brindó información acerca de si la redacción de la encuesta fue clara para todos los encuestados, y si todos interpretan las preguntas de la misma manera.

Sus objetivos principales fueron:

- Determinar la confiabilidad del cuestionario.
- Evaluar la claridad de los enunciados del cuestionario.
- Calcular el tiempo necesario para completarla.
- Determinar la calidad de la tarea del encuestador.

Se entregó una encuesta a cada sujeto considerado para la prueba piloto, se calculó el tiempo invertido en la realización de la encuesta y se preguntó a cada uno de los sujetos si las preguntas de la encuesta fueron claras o hubo alguna dificultad en la interpretación.

3.5.2 Aplicación de la encuesta

Considerando los hallazgos obtenidos en la prueba piloto se tomó las precauciones respecto al tiempo empleado en la encuesta.

Se brindó las encuestas en 4 grupos, un grupo por cada rotación (Medicina interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia). Se les explicó los objetivos de la investigación y como realizar el correcto llenado de cada encuesta.

Con los datos recolectados se procedió al análisis estadístico de los mismos.

3.5.3 Análisis estadístico de los datos

Los datos recolectados fueron ingresados a una hoja de cálculo en MS-Excel 2010, para ser procesados a través del Paquete Estadístico SPSS versión 20.

Se realizó el análisis univariado de conocimientos y actitudes expresado mediante una distribución de frecuencias y porcentajes.

La representación de los datos se realizó mediante tablas y gráficos.

3.5.4 Proceso de tabulación

Para la variable de conocimientos se asignó 1 punto a la respuesta correcta y 0 a la respuesta incorrecta.

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

Una vez tabuladas se halló la media aritmética y la desviación estándar de cada variable en estudio lo que permitió mediante la escala de Stanones definir los intervalos de medición (ANEXO E y F)

3.5.5 Consideraciones éticas

Este estudio se clasifica como investigación sin riesgo para los participantes. Toda intervención se efectuó después que los sujetos de investigación dieron su libre consentimiento y recibieron la información adecuada con la finalidad y naturaleza del estudio, para lo cual se realiza una ficha de consentimiento informado (ANEXO A); el propósito de esta ficha fue proveer a los participantes una clara explicación de su naturaleza, así como su aprobación. También se les informó que todas sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Este estudio fue aprobado por la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del HNAL, código de aprobación (03785).

CAPÍTULO IV

4.1 Resultados

PRUEBA PILOTO

Se realizó la prueba piloto con 20 internos de medicina humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, los resultados fueron los siguientes:

- Se determinó con el Alfa de Cronbach que el cuestionario es confiable (ANEXO D)
- El tiempo promedio invertido en la realización de la encuesta fue de 10 a 15 minutos.
- Respecto a la claridad de los enunciados, no se presentaron problemas de interpretación.
- Los internos de la rotación de Medicina Interna fueron los que presentaron menos disponibilidad de tiempo, ya que se les encontraba muy ocupados; por lo que se tuvo que regresar a encuestar en una segunda oportunidad.

Dichos hallazgos fueron tomados en cuenta para la aplicación de la encuesta.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En este estudio, de los 101 internos invitados a participar, 4 no desearon formar parte del estudio. Al procesar los datos se encontró 5 encuestas que no fueron llenadas de manera adecuada por lo que se excluyeron, quedando de esta forma 92 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

En la Tabla N°2 están recolectados los datos de 92 internos (100%). De la cual, se desprende que el rango de edad de los participantes del estudio varía desde los 20 años hasta los 33 años de edad, por lo que la media y la desviación estándar son 24,72 y 2,08 respectivamente.

En cuanto al sexo de los participantes, un 52,2% (48) son del sexo femenino y un 47,8% (44) del sexo masculino. Respecto al estado civil, el 100% (92) de los internos eran solteros.

La mayoría de los participantes 81,5% (71) eran católicos, seguido de los cristianos evangélicos 5,4% (5).

En cuanto a la universidad de estudio, los de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) fueron 27,2% (25 internos); los de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), 20,7 % (19 internos); los de Universidad San Martín de Porras (USMP), 20,7 % (19 internos); Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV) 15,2% (14 internos); el resto 16,3% representaron a otras universidades.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los internos de Medicina Humana del HNAL, Febrero 2015

Variables	%
EDAD	
20	2,2
21	1,1
22	4,3
23	17,4
24	29,3
25	19,6
26	8,7
27	7,6
28	4,3
29	3,3
30	1,1
33	1,1
SEXO	
Masculino	47,8
Femenino	52,2
ESTADO CIVIL	
Soltero	100
RELIGIÓN	
Católico	81,5
Evangélico	5,4
Ateo	3,3
Otros	9,8
UNIVERSIDAD	
UNMSM	27,2
UPCH	20,7
USMP	20,7
UNFV	15,2
USJB	7,6
OTROS	8,7

Fuente: Instrumento aplicado a los internos de medicina humana del HNAL, Febrero 2015.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES

Del Gráfico 2 se puede observar que del total de internos a los cuales se les aplicó el cuestionario de conocimientos, el 63% (58 internos) obtuvieron un nivel de conocimiento medio, el 17% (16 internos) alcanzaron un nivel bajo y 20% (18 internos) un nivel alto. Llegando a obtener un nivel de conocimientos entre medio y bajo un 80% (74 internos).

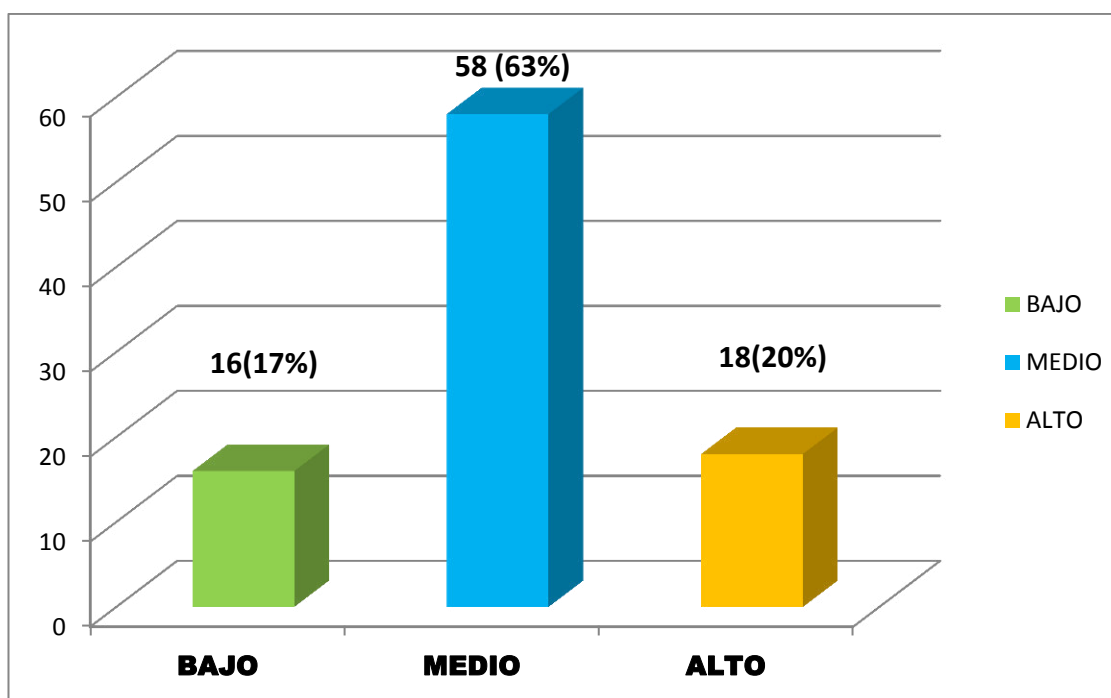


Gráfico 2. Nivel de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia de los internos de Medicina Humana del HNAL, Febrero 2015.

Fuente: Instrumento aplicado a los internos de medicina humana del HNAL, Febrero 2015.

Del Gráfico 3 se puede observar que del total de internos a los que se les realizó la encuesta, el 58,7% (54 internos) obtuvieron una actitud de indecisión hacia la Anticoncepción Oral de Emergencia, mientras que un 19,6% (18 internos) presentan una actitud de aceptación y un 21,7% (20 internos) una actitud de rechazo. Llegando a observar un nivel de actitud de indecisión a aceptación de 78,3%(72 internos).

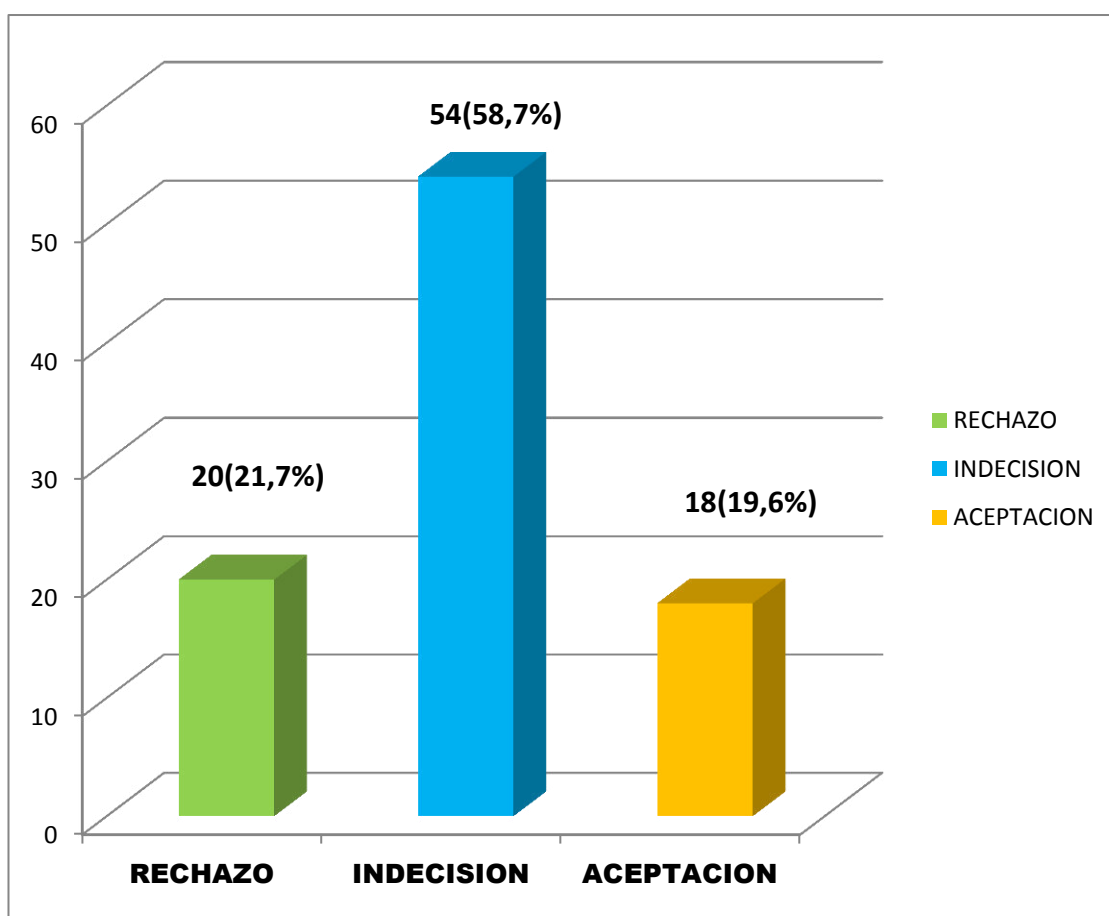


Gráfico 3. Nivel de actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia de los internos de Medicina Humana del HNAL, Febrero 2015. Fuente: Instrumento aplicado a los internos de medicina humana del HNAL, Febrero 2015.

Tabla 3. Conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia de los internos de Medicina Humana del HNAL, Febrero 2015

ASPECTOS SOBRE EL AOE	CONOCEN		DESCONOCEN	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Definición de la AOE	84	91,3%	8	8,7%
Indicación de la AOE	75	81,5%	17	18,5%
Contraindicación de la AOE	47	51,1%	45	48,9%
Mecanismo de acción del Método de Yuzpe	21	22,8%	71	77,2%
Composición del Método de Yuzpe	58	63%	34	37%
Dosificación del Método de Yuzpe	40	43,5%	52	56,5%
Administración del Método de Yuzpe	57	62%	35	38%
Eficacia del Método de Yuzpe	50	54,3%	42	45,7%
Efectos secundarios del Método de Yuzpe	53	57,6%	39	42,4%
Mecanismo de acción del Levonorgestrel	26	28,3%	66	71,7%
Dosificación del Levonorgestrel	53	57,6%	39	42,4%
Administración del Levonorgestrel	52	56,5%	40	43,5%
Eficacia del Levonorgestrel	51	55,4%	41	44,6%
Efectos secundarios del Levonorgestrel	51	55,4%	41	44,6%
Método aprobado en el país	76	82,6%	16	17,4%

Fuente: Instrumento aplicado a los internos de medicina humana del HNAL, febrero 2015

De la Tabla 3 se observa que en cuanto a la definición que se tiene sobre la AOE, el 91,3%(84 internos) conoce la definición; el 81,5% (75 internos) sabe en qué casos se indica la AOE y sólo el 51,1% conoce que no hay contraindicación para este método.

En lo que respecta al método combinado “Método de Yuzpe”, en el grupo investigado sólo el 22,8% (21 internos) opinan que uno de los mecanismos de este método es inhibir la ovulación, y el 63% (58 internos) conoce su composición correcta. Solo el 43,5% de los internos conoce la dosis que se usa en cada toma del método combinado, y el 62% (57 internos) conoce la forma de administración. El 54,3% (50 internos) refirió que la eficacia del método de Yuzpe es del 75%, y con respecto a los efectos secundarios del método combinado sobre el organismo de la mujer sólo el 57,6% (53 internos) conoce cuáles son.

Respecto al método de sólo progestágenos “Levonorgestrel”, se tuvo que sólo un 28,3% (26 internos) conoce su mecanismo de acción, el 57,6% (53 internos) conoce la dosis correcta de este método. Un 56,5% (52 internos) conoce cómo se administra el levonorgestrel, un 55,4% (51 internos) sabe lo eficaz que es, un 55,4% (51 internos) conoce los efectos secundarios que produce el levonorgestrel y el 82,6% (76 internos) sabe que ha sido probado su uso en nuestro país.

Tabla 4. Actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia de los internos de Medicina Humana del HNAL, Febrero 2015

ACTITUDES SOBRE EL AOE	DE ACUERDO		INDECISO		EN DE SACUERDO	
	F	%	F	%	F	%
1. La AOE es abortiva.	21	22,8	14	15,2	57	62
2. La AOE protege contra las ITS incluyendo el VIH/SIDA.	2	2,2	3	3,3	87	94,6
3. La AOE siempre provoca la menstruación inmediatamente después de ser tomadas.	7	7,6	18	19,6	67	72,8
4. Su efectividad disminuye, si es usado como método regular.	20	21,7	17	18,5	55	59,8
5. La AOE puede dañar al embrión si la mujer ya está embarazada.	32	34,8	23	25	37	40,2
6. No se debe brindar AOE porque interfiere con la implantación.	30	32,6	19	20,7	43	46,7
7. Siento rechazo por las personas que toman AOE para prevenir un embarazo.	6	6,5	10	10,9	76	82,6
8. Si alguna vez recetara AOE, tendría sentimientos de culpa.	13	14,1	13	14,1	66	71,7
9. Si brindo información sobre la AOE a los adolescentes, incentivo las relaciones sexuales entre ellos.	10	10,9	11	12,0	71	77,2
10. Si prescribo AOE, las usuarias lo usarán de manera indiscriminada.	24	26,1	36	39,1	32	34,8
11. Si promuevo el uso de la AOE disminuirá el uso de métodos anticonceptivos de uso regular.	22	23,9	15	16,3	55	59,8

Fuente: Instrumento aplicado a los internos de medicina humana del HNAL, Febrero 2015

De la Tabla 4 se pueden observar las actitudes de los estudiantes sobre diversos aspectos, por ejemplo, se desprende que en cuanto al mecanismo de acción de la AOE un 22,8% (21 internos) están de acuerdo en considerar a la AOE como un método abortivo. El 46,7% (43 internos) cree que no interfiere con la implantación, mientras que el 53,3% (49 internos) cree que sí o está indeciso. Un 34,8% (32 internos) cree que la AOE daña al embrión si la mujer está gestando y un 7,6% (7 internos) cree que el AOE provocará la menstruación inmediatamente.

Un 94,6% (87 internos) consideran que la AOE no protege contra las ITS/SIDA, y sólo el 2,2% (2 internos) piensan que sí. Un 21,7% (20 internos) cree que su efectividad puede disminuir si es tomado como método regular.

En cuanto a cómo se sienten los internos frente a personas que toman AOE, un 6,5% (6 internos) siente rechazo hacia estas personas, mientras que el 82,6% (76 internos) no. El 14,1% (13 internos) tendría sentimientos de culpa si alguna vez recetara AOE, mientras que el 71,7% (66 internos) no. Un 10,9% (10 internos) cree que si brinda información sobre AOE a adolescentes, los incentivará a tener relaciones sexuales, además 26,1% (24 internos) piensa que si prescribe AOE, este será usado de manera indiscriminada y un 23,9% (22 internos) cree que si promueve el uso de la AOE disminuirá el uso de métodos anticonceptivos de uso regular.

4.2 Discusión

De los resultados de este estudio, se puede observar que existe desconocimiento de la AOE en los internos de medicina, ya que casi la totalidad de ellos 80% (74 internos) tiene un nivel de conocimiento entre mediano y bajo, estos resultados concuerdan con los reportados en la literatura nacional e internacional⁽²⁰⁻²⁷⁾. En el Perú, Cerrón y Mendoza, obtuvieron que la mayor parte de los estudiantes universitarios de la carrera de obstetricia tenían un nivel de conocimiento medio. Por otro lado, Calvo y Retuerto, encontraron que el nivel de conocimiento es bajo en las obstetrices de diversas instituciones nacionales de Lima. En México, Ramírez y Cols. hallaron que cerca del 50% de estudiantes del área de salud posee un deficiente conocimiento sobre este método²³. Otro estudio realizado a médicos residentes de ginecología y obstetricia observó que éstos tenían información limitada sobre el conocimiento de la anticoncepción de emergencia²⁴. Resultados similares han sido reportados por otros autores, por ejemplo, un estudio realizado en la India a estudiantes de postgrado, internos y pregrado de medicina hallaron que los participantes carecían de un conocimiento correcto sobre la anticoncepción de emergencia¹¹, además los resultados de un estudio realizado a médicos de un estado de Nigeria muestran que éstos poseen pobre conocimiento sobre anticoncepción de emergencia²¹.

Al explorar la actitud de los internos de medicina hacia la AOE se obtuvo que un 19,6% tienen actitud de aceptación hacia este método. En este sentido, los internos de medicina se encuentran por detrás de los estudiantes de obstetricia de Lima, quienes el 26% mostraron una actitud de aceptación¹⁸. Estos resultados contrastan del estudio realizado por Calvo y Retuerto, quienes encontraron que el tipo de actitud que predomina en las obstetrices de instituciones nacionales de Lima es positiva con un 83,64%²². Por otro lado, el estudio de Giri y Cols. observaron que el 80% de los internos de medicina de la India expresaban una actitud positiva hacia este método¹¹. Resultados documentados en médicos de Nigeria, demostraron que hay una aceptación

cada vez mayor para la anticoncepción de emergencia y por ende una actitud positiva creciente hacia este método²¹. No así en el personal de farmacia de Nicaragua, quienes la mayoría expresaron actitudes negativas hacia la anticoncepción oral de emergencia, ya que pensaban que la disponibilidad de las pastillas "podría fomentar las conductas sexuales de riesgo (incluyendo la falta de uso del condón) y aumentar la transmisión del VIH y otras ITS²⁹.

En este estudio, el 81,5% de los internos de medicina sabe en qué casos se indica la AOE, en comparación con el 99% de los estudiantes universitarios de obstetricia¹⁸, el 80 % de las obstetrices de tres instituciones de Lima²², y el 50% en estudiantes universitarios del área de la salud en México. Respecto a cada una de las situaciones en las que se indicarían AOE, el estudio de Romero y Cols. en Lima y Callao mostró que el 75,9% de médicos gineco-obstetras indicarían AOE en casos de relaciones sexuales sin protección y en casos de violación, y 63,2% cuando un método de barrera no fue bien utilizado¹⁴; en Brasil el 76% de ginecoobstetras consideraron que la anticoncepción de emergencia es apropiada en todas las ocasiones de un coito sin protección, el 91% pensaron que este método debería ser utilizado en casos de violación, y el 82% que debería ser usado en caso de rotura de un condón²⁰. En otro estudio realizado en Nigeria, alrededor del 75% de los médicos sabía que la anticoncepción de emergencia es aplicable a cualquier mujer que tiene relaciones sexuales sin protección, ya sea casada o soltera y con independencia de la paridad²¹.

El 82,6% de los internos de medicina conocía que el levonorgestrel es un tipo de AOE aprobado en nuestro país, esto se debe probablemente a la difusión que se generó por el clima de polémica desatado desde que fue implementada la AOE en el 2001 en los programas de planificación familiar³⁵.

En lo concerniente a la forma de administrar la píldora postcoital de emergencia, se obtuvo que un 62% conoce el tiempo adecuado de administración del método combinado y un 56,5% la de sólo progestágenos; comparando estos resultados con el estudio realizado en estudiantes de Colombia se obtuvo una gran diferencia, ya que sólo un 2% de estos estudiantes conoce el tiempo límite de su administración²⁶.

Respecto al conocimiento que se tiene sobre el mecanismo de acción de los métodos, en nuestro estudio, se halló que sólo un 22,8% conoce cómo actúa el Método de Yuzpe, en contraste con un 60% de estudiantes universitarios de obstetricia en Lima que sí conocían este método¹⁸. Respecto al método de sólo progestágenos, sólo el 28,3% de los internos de medicina de este estudio sabían el mecanismo de acción del levonorgestrel, a diferencia del 68% en estudiantes de obstetricia¹⁸ y del 65% en estudiantes de Colombia²⁶. Por lo que el ítem que menos conocen los internos de medicina en este estudio es acerca del mecanismo de acción de la AOE, esto se similar a un estudio realizado en México, quienes sólo el 22% conocían el mecanismo de acción²³.

Además, la idea de que la Anticoncepción Oral de Emergencia es abortiva tiene todavía un importante porcentaje, en nuestro estudio, el 22,8% de los internos de medicina consideró a la AOE como un método abortivo. Esto se ve reflejado en la literatura, en la que 41% de los profesionales en farmacia de Costa Rica consideró que la anticoncepción de emergencia es abortiva²⁷, en Colombia el 35% de estudiantes consideró que al utilizar accidentalmente AOE en la mujer embarazada produciría aborto²⁶, en Lima y Callao el 31% de médicos gineco-obstetras consideró un efecto abortivo¹⁴, en Brasil el 15% de gineco-obstetras indicó que induce el aborto²⁰, y el 5% del personal de farmacia en Nicaragua otorgó el mismo efecto²⁹. El hecho de considerar la AOE como abortiva es una de las grandes dificultades para su aceptación, pese a existir publicaciones que señalan la ausencia de efectos una vez producida la implantación³².

Sólo un 2,2% de los sujetos de esta investigación tiene la idea equivocada de que la AOE protege contra las ITS/SIDA, al igual que el 2% de los estudiantes de Colombia²⁶, pero inferior en comparación con el 7,1% reportado en los estudiantes de obstetricia de Lima¹⁸, y el 16,6% de los internos de medicina de la India¹¹. Un estudio en médicos gineco-obstetras de Lima y Callao en el año 2007, se reportó que casi el 25% del total de participantes no saben o no responden si indicarían o recetarían la AOE como protección para el SIDA, y el 2,3% está de acuerdo en indicar AOE a la paciente para protegerse del SIDA y como método anticonceptivo usual¹⁴.

Hay evidencias que muestran que la Anticoncepción Oral de Emergencia no provoca defectos de nacimiento y no dañan al feto si la mujer ya está embarazada³². En nuestro estudio, se halló que el 34,8% de los encuestados cree que la AOE puede dañar al embrión si la mujer ya está embarazada. En estudiantes de las carreras de salud de una universidad en Colombia, el 29% consideró que utilizar anticoncepción hormonal de emergencia en la mujer embarazada se presentarían malformaciones fetales²⁶, y en Nicaragua el 57% de los farmacéuticos cree incorrectamente que la anticoncepción oral de emergencia puede causar malformaciones congénitas²⁹.

La provisión por adelantado de la anticoncepción de emergencia se refiere a proporcionar píldoras de emergencia a las pacientes o dar una receta para tenerlo a mano en caso de necesidad. Inquietudes acerca de que si la prestación avanzada aumentará las tasas de infecciones de transmisión sexual y la actividad sexual sin protección han demostrado ser infundadas⁷.

En nuestro estudio, el 26,1% de los internos cree que si prescribiesen AOE, las usuarias lo usarán de manera indiscriminada, esta cifra es inferior a la reportada en farmacéuticos de Nicaragua quienes el 74% piensa que fomentará el abuso de este método o su uso repetido, el 82% señaló que la disponibilidad de la anticoncepción oral de emergencia fomentará las conductas sexuales de riesgo, y el 76% cree que aumentará la transmisión del

VIH y las ITS²⁹. Si bien, diferentes estudios reportaron que el uso de la anticoncepción de emergencia fue mayor en el grupo de mujeres con provisión de píldoras por adelantado, la diferencia no alcanzó significación estadística³¹.

Otro hallazgo importante es que un 23,9% de los sujetos de nuestro estudio piensa que promover el uso de la AOE disminuirá el uso de métodos anticonceptivos de uso regular. Sin embargo, estudios realizados a mujeres a las que se les dio anticonceptivos de emergencia por adelantado informaron que las mujeres que obtuvieron AOE por adelantado siguieron empleando sus métodos anticonceptivos de uso regular como lo hacían antes^{28,31}.

En la actualidad, aún se mantiene la duda en los profesionales de salud sobre el mecanismo de acción de la AOE, considerándola como un método abortivo. De los resultados de este estudio se obtuvo que un 32,6% piensa que la AOE interfiere con la implantación. Esto coincide con publicaciones realizadas a médicos gineco-obstetras en Lima-Callao, quienes el 55,5% de los que señalaron un efecto abortivo consideraron que es debido a que evita la implantación¹⁴.

Algunos estudios han demostrado alteraciones histológicas o bioquímicas en el endometrio luego del tratamiento con el régimen combinado, llegando a la conclusión de que este régimen puede actuar disminuyendo la receptividad del endometrio para la posterior implantación de un óvulo fecundado. Sin embargo, otros estudios más recientes no han encontrado tales efectos en el endometrio³³. Otro estudio concluyó que el levonorgestrel dado como anticonceptivo de emergencia el día del pico de LH no interrumpe la ovulación ni la producción de progesterona por el cuerpo lúteo, y que el mecanismo anticonceptivo del levonorgestrel en el momento del pico de LH no incluye cambios en los receptores de progesterona o los biomarcadores de receptividad endometrial³³.

Aunque la seguridad y eficacia de la anticoncepción de emergencia están establecidas, y organizaciones médicas han llamado por un mejor acceso, los adolescentes siguen enfrentándose a numerosos obstáculos, incluyendo el conocimiento, las actitudes y creencias de los profesionales de la salud³⁰.

En nuestro estudio se encontró que el 10,9% de los internos de medicina cree que si brinda información sobre la anticoncepción oral de emergencia a los adolescentes terminará incentivando las relaciones sexuales entre ellos. Un estudio realizado a farmacéuticos de Nicaragua mostró que el 92% había vendido píldoras anticonceptivas de emergencia por lo menos una vez a la semana, y el 65% estarían dispuestos a proporcionar a todas las mujeres que lo soliciten, pero sólo el 13% expresaron su voluntad de vender píldoras a menores de edad²⁹. Un estudio cualitativo realizado a médicos y enfermeras de las salas de urgencias pediátricas en los EE.UU. encontró que las enfermeras comúnmente expresaron opiniones de que los adolescentes quienes pueden necesitar anticoncepción de emergencia son irresponsables y que este método sólo se debe utilizar después de una violación sexual, y muy pocas enfermeras y médicos apoyaron la prescripción de antemano de la anticoncepción de emergencia³⁰.

CAPÍTULO V

5.1 Conclusiones

- Existe un porcentaje considerable (80%) de internos de medicina que tienen un nivel de conocimiento entre medio y bajo sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia.
- Los conocimientos sobre las interrogantes de definición, indicación, método aprobado en el país, y composición alcanzaron un nivel adecuado; sin embargo se observa desconocimiento en las variables de mecanismo de acción y dosificación.
- La actitud predominante fue la indecisión en 54 de los encuestados (58,7%) y sólo el 19,6% tienen una actitud de aceptación. En su mayoría opinan que este método no protege contra las ITS y que no debe existir discriminación por las personas que usan este método, además que el brindar información a los adolescentes no incentivará las relaciones sexuales entre ellos.
- Tanto en el presente estudio como en publicaciones realizadas en otros países del mundo afirman que el nivel de conocimientos sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en estudiantes del área salud es bajo, esto indica que en los aspectos formativos de pregrado existe deficiencia.

5.2 Recomendaciones

- Las facultades de ciencias de la salud juegan un papel trascendente en la enseñanza sobre el conocimiento de la Anticoncepción Oral de Emergencia, es importante analizar y actualizar con regularidad el plan de estudios y crear proyectos de salud pública que estén dirigidas a combatir la mortalidad materna a través de la reducción de los embarazos no deseados y el aborto inseguro.
- Realizar otros estudios que evalúen posibles causas por la cuales persisten actitudes de indecisión y rechazo hacia la AOE en los internos de medicina, ya que son ellos fuente de información del uso de este método para la población general y están a un paso para la práctica clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas-Perú. La salud sexual y salud reproductiva: marco jurídico internacional y nacional. Perú 2009
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Uso de Métodos Anticonceptivos en las Provincias del Perú. Perú 2005
3. OMS y Gutmacher Institute: Facts on Induced Abortion Worldwide. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/induced_abortion_2012.pdf
4. Morhason Bello I, Adedokun B, Mumuni T, Bello F, Abdus-Salam R, Lawal O, Ojengbede O. Knowledge and use of emergency contraception by medical doctors on internship in a tertiary healthcare facility in Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2014; 17(4), 431.
5. Ahmed F, Moussa K, Petterson K, Asamoah B. Assessing knowledge, attitude, and practice of emergency contraception: a cross-sectional study among Ethiopian undergraduate female students. *BMC public health*. 2012; 12(1), 110.
6. Harper C, Speidel J, Drey E, Trussell J, Blum M, Darney P. Copper Intrauterine Device for Emergency Contraception: Clinical Practice Among Contraceptive Providers. *Obstetrics and Gynecology*. 2012; 119(2 Pt 1), 220–226.
7. Koyama A, Hagopian L, Linden J. Emerging Options for emergency contraception. *Clinical medicine insights. Reproductive health*. 2013; 7, 23.

8. Tajure N. Knowledge, attitude and practice of emergency contraception among graduating female students of Jimma University, Southwest Ethiopia. *Ethiopian journal of health sciences*. 2010; 20(2).
9. Kongnyuy E, Ngassa P, Fomulu N, Wiysonge C, Kouam L, Doh A. A survey of knowledge, attitudes and practice of emergency contraception among university students in Cameroon. *BMC Emergency Medicin*. 2007; 7(1), 7.
10. Hogmark S., Klingberg-Allvin M, Gemzell-Danielsson K, Ohlsson H, Essén B. Medical students' knowledge, attitudes and perceptions towards contraceptive use and counselling: a cross-sectional survey in Maharashtra, India. *BMJ open*. 2013; 3(12), e003739.
11. Giri P, Bangal V, Phalke D. Knowledge and attitude of medical undergraduate, interns and postgraduate students in India towards emergency contraception. *North American journal of medical sciences*. 2013; 5(1), 37.
12. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. La anticoncepción oral de emergencia: el debate legal en América Latina / Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José, C.R.: IIDH, 2008 146 p.
13. Serrano A, Concepción F. Misoprostol en la inducción del aborto temprano. *Correo Científico Médico*. 2014;18 (4), 700-708.
14. Romero M, Zavalaga L, Fernando L, Salhuana H, Mayca P, Quijano R. Conocimientos y actitudes de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia. *Revista Médica Herediana*. 2007; 18(2), 92-99

- 15.** Morhason-Bello IO, Adedokun BO, Mumuni TO, Bello F A, Abdus-Salam R A, Lawal O O, Ojengbede O A. Knowledge and use of emergency contraception by medical doctors on internship in a tertiary healthcare facility in Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2014, 17(4), 431.
- 16.** Palermo T, Bleck J, Westley E. Knowledge and use of emergency contraception: a multicountry analysis. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2014, 40(2), 79–86
- 17.** Aiken A, Trussell J. Recent advances in contraception. *F1000Prime Rep*. 2014; 6: 113.
- 18.** Cerrón L, Mendoza V. Conocimientos y actitudes sobre el anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de la escuela académico profesional de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. [tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2012.
- 19.** MINSA (2005). Norma Técnica de Planificación Familiar. Anticoncepción de Emergencia Pág 77.
- 20.** Galvão L, Díaz J, Díaz M, Osis M, Clark S, Ellertson C. Anticoncepción de emergencia: conocimiento, actitudes y prácticas de los gineco-obstetras del Brasil. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. 2000, 2-6.
- 21.** HARRISON A. Knowledge and attitude towards emergency contraception among medical doctors in Delta State. *African Journal of Medical and Health Sciences*. 2014, 13(1), 39.
- 22.** Calvo G, Retuerto C. Influencia del nivel de conocimiento sobre actitudes de las obstetricas acerca de los método anticonceptivos hormonales de emergencia en las Instituciones Nacionales de Salud. Febrero 2005 [tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2005.

- 23.** Ramírez A, Muñoz Z, Ramírez A, Ramírez A, Rojas R. Conocimiento sobre el manejo de las pastillas del día siguiente en estudiantes del área de la salud. *Revista CONAMED*. 2009, 14(4), 15-20.
- 24.** Serrano B. Conocimiento, actitud y percepción de los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del ISSSTE acerca de la anticoncepción de emergencia. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2011, 16(4), 215-220.
- 25.** Tapia C, Villaseñor F, Nuño G. Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2008, 46 (1), 33-41
- 26.** Gómez S, Arguello G, Cáceres V, Gutiérrez A, Rodríguez R, Rojas M, Torres B. Anticoncepción de emergencia hormonal: conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes universitarias. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2008, 5(5), 10-14
- 27.** Barrientos E, Vega M, Marín C, Gómez R. Conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales en farmacia sobre la anticoncepción hormonal de emergencia en Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2012, 9(2)
- 28.** Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. *Planificación Familiar: Un manual mundial para proveedores*. 2007
- 29.** Ehrle N, Sarker M. Emergency contraceptive pills: knowledge and attitudes of pharmacy personnel in Managua, Nicaragua. *International perspectives on sexual and reproductive health*. 2011, 67-74.
- 30.** Miller K, Plantz DM, Dowd M, et al. Pediatric emergency health care providers' knowledge, attitudes, and experiences regarding emergency contraception. *Academic Emergency Medicine*. 2011, 18(6), 605-612.

- 31.**Chelsea B, Grimes A, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper C. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. The Cochrane Library. 2007.
- 32.**Cheng L, Che Y, Gülmezoglu A. Interventions for emergency contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2012, 8.
- 33.**Cleland C, Raymond G, Trussell J. Emergency Contraception: A Last chance to prevent unintended pregnancy. Contemporary Readings in Law and Social Justice. 2014, 2, 7-38
- 34.**Palomino W, Kohen P, Devoto L. A single midcycle dose of levonorgestrel similar to emergency contraceptive does not alter the expression of the L-selectin ligand or molecular markers of endometrial receptivity. Fertility and sterility. 2010, 94(5), 1589-1594.
- 35.**Pretell Z. Política de anticoncepción oral de emergencia: la experiencia peruana. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013, 30(3), 487-493

ANEXO B

CUESTIONARIO

Soy estudiante de la E.A.P de Medicina Humana de la UNMSM a continuación hay algunas preguntas que ayudarán a desarrollar un trabajo de investigación titulado "Conocimientos y Actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en internos de medicina humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, febrero 2015" que tiene como objetivo general determinar el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la anticoncepción oral de emergencia. Agradezco de antemano su sinceridad, paciencia y veracidad en los datos brindados al responder esta entrevista.

INSTRUCCIONES:

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

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Género

- a. Varón
- b. Mujer

2. Edad _____ años

3. Estado Civil

- a. Soltero
- b. Casado
- c. Conviviente
- d. Divorciado
- e. Otros(especificar)_____

4. Religión

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

5. Universidad de estudio

- a. UNMSM
- b. UPCH
- c. USMP
- d. UNFV
- e. USJB
- f. Otros (especificar)_____

II. ÁREA DE CONOCIMIENTOS

1. Defina correctamente el concepto de anticoncepción oral de emergencia (AOE):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. ¿Cómo se administra el método de Yuzpe?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Como se administra el método con levonorgestrel?

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO C

ESCALA DE TIPO LICKERT

Estimado(a) interno(a) le voy a presentar una serie de ITEMS que han sido elaborados con la finalidad de determinar las actitudes que tienen los internos de medicina humana hacia los anticonceptivos orales de emergencia. Le pido a UD. que responda con toda sinceridad.

III. AREA DE ACTITUDES

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

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

ANEXO D

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ALFA DE CRONBACH

Se aplicó la fórmula el Alfa de Cronbach a la prueba piloto de 20 instrumentos.

FÓRMULA

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \times \left(1 - \frac{\sum Vi}{Vx} \right)$$

- $K =$ N° ITEMS = 26
- $\sum Vi =$ TOTAL DE VARIANZA = 10.56
- $Vx =$ VARIANZA = 57.56

$$\alpha = \frac{26}{25} \times \left(1 - \frac{10.56}{57.56} \right)$$

$\alpha = 0.849$

Al sustituir los valores numéricos obtenidos en la fórmula se obtuvo un coeficiente de confiabilidad **0.849** lo cual es confiable según se constata en el cuadro N° 1, por lo cual se considera que el instrumento diseñado es confiable para ser aplicado a la población de estudio disminuyendo así el margen de error.

RANGO	CONFIABILIDAD
0.81 – 1	Muy Confiable
0.60 – 0.80	Confiable
0.51 – 0.60	Medianamente confiable
0.40 – 0.50	Poco Confiable
0 – 0.40	No confiable

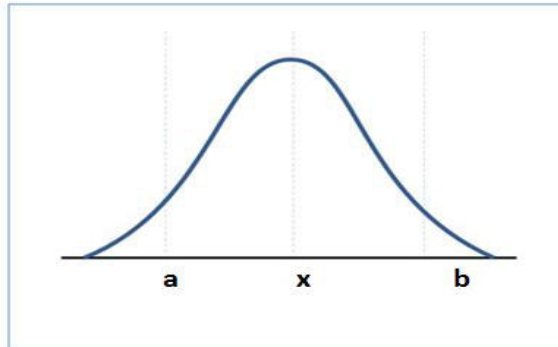
Estadísticos total-elemento					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P1	42.73	2.638	.308		-,334 ^a
P2	42.87	3.695	-.449		.090
P3	42.93	2.495	.247		-,365 ^a
P4	43.40	2.829	-.015		-,168 ^a
P5	43.47	2.838	.129		-,235 ^a
P6	42.73	3.352	-.281		-,036 ^a
P7	42.67	3.238	-.205		-,094 ^a
P8	43.40	3.543	-.385		.037
P9	42.73	3.352	-.281		-,036 ^a
P10	43.53	2.124	.369		-,557 ^a
P11	42.67	3.381	-.351		-,045 ^a
P12	43.73	2.638	.032		-,219 ^a
P13	43.07	2.495	.216		-,353 ^a
P14	42.93	2.638	.150		-,288 ^a
P15	42.73	2.924	.055		-,197 ^a
P16	43.07	2.495	.216		-,353 ^a
P17	43.27	3.638	-.409		.083
P18	43.40	3.543	-.385		.037
P19	42.80	2.886	.041		-,196 ^a
P20	43.07	2.495	.216		-,353 ^a
P21	42.73	3.352	-.281		-,036 ^a
P22	43.60	3.114	-.151		-,065 ^a
P23	43.40	3.543	-.385		.037
P24	42.67	2.952	.107		-,206 ^a
P25	41.57	2.852	.107		,456 ^a
P26	45.87	3.858	.277		,396 ^a

a. El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

ANEXO E

APLICACIÓN DE LA ESCALA DE STANONES PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS EN LOS CONOCIMIENTOS

Para la clasificación del nivel de conocimientos de los internos de medicina se utilizó la comparación a través de la campana de Gauss con la constante 0,75 a través del siguiente procedimiento:



1. Cálculo de X (media aritmética)
 $X=8,63$
2. Cálculo de la Desviación Estándar (DS)
 $DS=2,22$
3. Se establecieron valores para a y b

$$a=X - 0,75 (DS)$$

$$a= 8,63 - 0,75 (2,22)$$

$$a= 6,96$$

$$a= 7$$

$$b= X + 0,75 (DS)$$

$$b= 8,63 + 0,75 (2,22)$$

$$b= 10,3$$

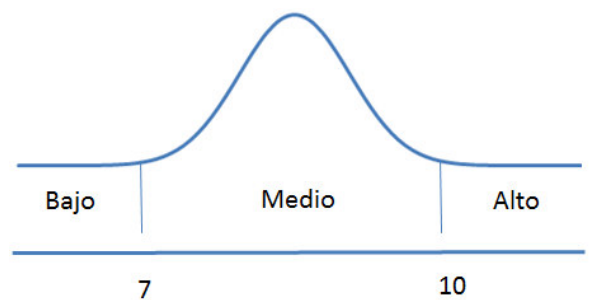
$$b= 10$$

CATEGORIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO:

Nivel de conocimiento Bajo: 6-0

Nivel de conocimiento Medio: 7-10

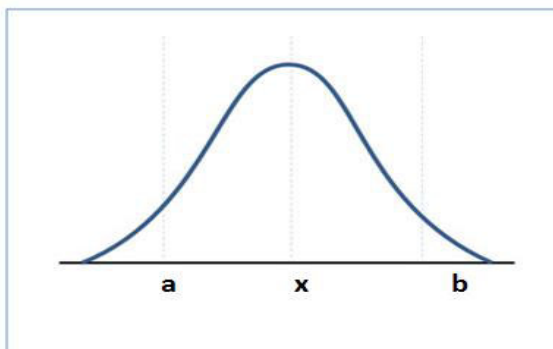
Nivel de conocimiento Alto: 11-15



ANEXO F

APLICACIÓN DE LA FÓRMULA DE STANONES PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS EN LAS ACTITUDES

Para la clasificación del nivel de actitudes de los internos de medicina se utilizó la comparación a través de la campana de Gauss con la constante 0,75 a través del siguiente procedimiento:



1. Cálculo de X (media aritmética)
 $X=26,99$
2. Calculo de la Desviación Estándar (DS)
 $DS=4,086$
3. Se establecieron valores para a y b

$$a=X - 0,75 (DS)$$

$$a= 26,99- 0,75 (4,086)$$

$$a= 23,92$$

$$a= 24$$

$$b= X + 0,75 (DS)$$

$$b= 26,99+ 0,75 (4,086)$$

$$b= 30,05$$

$$b= 30$$

CATEGORIZACIÓN DE LAS ACTITUDES:

Actitud de Rechazo: 11-23

Actitud de Indecisión: 24-30

Actitud de Aceptación: 31-33

