

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE MEDICINA HUMANA

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
FRENTE AL USO DE ANTICONCEPTIVOS
ORALES DE EMERGENCIA EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN,
DICIEMBRE 2014”**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Marco Steven Conde Salazar

ASESOR

Julio Raymundo Aguilar Franco

Lima – Perú

2015

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Julio Raymundo Aguilar Franco, quien con mucha paciencia y acierto brindó sus aportes para la óptima presentación de esta tesis.

A la Doctora Lorena Briones Sigüenza, quien muy amablemente facilitó el instrumento usado en esta investigación, demostrando que las ganas de colaborar en la generación de nuevos conocimientos no tienen barreras geográficas.

A la Doctora Marcia Isimura Madariaga, por orientarme en el desarrollo de esta tesis y recordarme que la investigación es un pilar importante en el desarrollo profesional.

Al personal de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana que ha desarrollado una encomiable labor, facilitándonos paso por paso la obtención del título profesional.

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

Marco Steven Conde Salazar

DEDICATORIA

A Filólogo Teodoro Conde Zenteno, a manera de homenaje póstumo, porque tu ejemplo siempre se verá plasmado en cada uno de mis logros.

Marco Steven Conde Salazar

ÍNDICE

RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	2
1. Planteamiento del problema	2
2. Formulación de objetivos	2
<i>a. Objetivo general:</i>	2
<i>b. Objetivos específicos:</i>	2
3. Justificación de la investigación	3
4. Limitaciones del estudio	5
5. Formulación de la hipótesis.....	5
CAPÍTULO II	6
Marco teórico	6
CAPÍTULO III	12
Diseño metodológico.....	12
1. Tipo de investigación.....	12
2. Población y muestra	12
<i>a. Unidad de análisis</i>	12
<i>b. Población y tamaño de muestra</i>	12
<i>c. Tipo de muestreo</i>	12
<i>d. Procedimiento de muestreo</i>	13
<i>e. Criterios de inclusión</i>	13
<i>f. Criterios de exclusión</i>	13
3. Operacionalización de variables.....	14
4. Instrumento	15

5. Plan de recolección	17
<i>a. Prueba piloto</i>	17
<i>b. Aplicación de la encuesta</i>	17
6. Análisis estadístico de los datos	18
CAPITULO IV	19
1. Resultados	19
<i>a. Prueba piloto</i>	19
<i>b. Datos de filiación de los encuestados</i>	20
<i>c. Análisis univariado:</i>	24
<i>d. Análisis bivariado</i>	27
2. Discusión	34
CAPITULO V	38
1. Conclusiones	38
2. Recomendaciones	39
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Operacionalización de variables en estudio.....	14
Tabla 2.- Características de la edad de los participantes.	20
Tabla 3.- Distribución de los participantes por sexo.....	20
Tabla 4.- Distribución de frecuencias y porcentajes respecto a opciones religiosas.	21
Tabla 5.- Distribución de frecuencias y porcentajes respecto al departamento de procedencia.	21
Tabla 6.- Distribución de frecuencias y porcentajes respecto al estado civil.....	22
Tabla 7.- Distribución de frecuencias y porcentajes respecto a la Universidad de procedencia.....	22
Tabla 8.- Conocimiento sobre la AOE.	24
Tabla 9.- Cantidad de preguntas correctamente respondidas por número de internos de medicina en la sección de conocimientos.....	24
Tabla 10.- Actitud sobre la AOE.	25
Tabla 11.- Cantidad de sujetos por alternativa de respuesta en la sección de actitudes.....	25
Tabla 12.- Prácticas sobre la AOE.	26
Tabla 13.- Cantidad de respuestas correctas por número de encuestados en la sección de prácticas	26
Tabla 14.- Valores observados de Conocimientos vs Actitud.....	27
Tabla 15.- Valores esperados de Conocimientos vs Actitud.....	28
Tabla 16.- Cálculo de la prueba de X^2	28
Tabla 17.- Valores observados de Conocimientos vs Prácticas	29
Tabla 18.- Valores esperados de Conocimientos vs Prácticas.....	30
Tabla 19.- Cálculo de la prueba de X^2	30
Tabla 20.- Valores observados de Actitud vs Prácticas.....	31
Tabla 21.- Valores esperados de Actitud vs Prácticas.....	32
Tabla 22.- Cálculo de la prueba de X^2	32

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el conocimiento nosográfico, las actitudes y las prácticas frente al uso de anticonceptivos orales de emergencia en los internos de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Diseño: Estudio descriptivo.

Lugar: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Participantes: Internos de medicina que laboraron en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2014.

Intervención: Aplicación de una encuesta de conocimientos, actitudes y practicas sobre anticoncepción de emergencia y características de filiación de los participantes.

Resultados: De los 76 encuestados, el 82% presentó un nivel adecuado de conocimientos, 79% actitud adecuada y 40% prácticas adecuadas. Se encontró que si hay relación entre la actitud y las practicas frente a la anticoncepción oral.

Conclusiones: No hay relación entre el nivel de conocimientos y la actitud, así como el nivel de conocimientos y las prácticas frente a la anticoncepción oral de emergencia. Sin embargo si hay relación estadísticamente significativa entre la actitud y las practicas frente a este método anticonceptivo.

Palabras Clave: Anticoncepción oral de emergencia, internado médico.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the nosographic knowledge, attitudes and practices regarding the use of emergency contraceptive pills in medicine interns of Daniel Alcides Carrión National Hospital.

Design: Descriptive study.

Location: Daniel Alcides Carrión National Hospital.

Participants: Medicine interns who worked in the National Daniel Alcides Carrión Hospital during 2014.

Intervention: Application of a survey of knowledge, attitudes and practices about emergency contraception and characteristics of affiliation of the participants.

Results: Of the 76 respondents, 82% had an adequate level of knowledge, 79% and 40% right attitude right practices. It was found that if there is relationship between attitude and practices versus oral contraception.

Conclusions: There is no relationship between the level of knowledge and attitude as well as the level of knowledge and practices concerning oral emergency contraception. However, there is a statistically significant relationship between attitude and practices against birth control.

Keywords: Oral emergency contraception, medical internship.

INTRODUCCIÓN

Las actividades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en materia de anticoncepción de emergencia forman parte de su labor para asegurar el acceso a servicios de planificación familiar de alta calidad, particularmente para las poblaciones más vulnerables. Este trabajo se enmarca en la *Estrategia mundial de salud reproductiva de la OMS*.

Además, a través de programas especiales de investigación, la OMS busca ofrecer la más amplia gama de métodos de planificación familiar seguros y eficaces, además de investigaciones clínicas sobre nuevos métodos y usos.

Las estadísticas sobre la Salud Sexual y Reproductiva en el Perú demuestran que las mujeres aún no hacen realidad sus aspiraciones reproductivas y sexuales. Aún tienen más hijos/as de los que desean tener, miles son víctimas de violación sexual, y muchas más deciden una interrupción del embarazo como una medida extrema en sus vidas, que por su ilegalidad se convierte en una situación peligrosa sobre todo para las mujeres más jóvenes y más pobres.

Los internos de medicina, próximos a ser profesionales graduados, no son ajenos a esta realidad, en sus prácticas hospitalarias y en la comunidad se integran al equipo de salud, siendo participes de la atención de este tema.

A partir de esta realidad se vio la necesidad de cuestionarnos el nivel de conocimientos sobre anticoncepción oral de emergencia (AOE) que poseen los internos de medicina, y evaluar su relación con sus actitudes y prácticas

Con lo anteriormente expuesto, el presente estudio de investigación considera conveniente responder a la interrogante: ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento nosográfico, las actitudes y las prácticas frente al uso de anticonceptivos orales de emergencia en los estudiantes de medicina pertenecientes al programa de internado 2014 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión?

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento nosográfico, las actitudes y las prácticas frente al uso de anticonceptivos orales de emergencia en los estudiantes de medicina pertenecientes al programa de internado 2014 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión?

2. Formulación de objetivos

a. Objetivo general:

Determinar la relación que existe entre el conocimiento nosográfico, las actitudes y las prácticas frente al uso de anticonceptivos orales de emergencia en los estudiantes de medicina pertenecientes al programa de internado 2014 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

b. Objetivos específicos:

- Identificar los conocimientos nosográficos acerca del uso de los anticonceptivos orales de emergencia.
- Conocer las actitudes autodeclaradas con respecto al uso de los anticonceptivos orales de emergencia.
- Conocer las prácticas con respecto al uso de los anticonceptivos orales de emergencia.
- Establecer la relación entre el conocimiento nosográfico, las actitudes autodeclaradas y las prácticas frente al uso de los anticonceptivos orales de emergencia.

3. Justificación de la investigación

La anticoncepción oral de emergencia (AOE) es el conjunto de métodos empleados luego de un coito sin protección que suponga riesgo de embarazo al ocurrir en la fase fértil de la mujer, con el fin de evitar embarazos no deseados y dentro de un periodo de tiempo determinado. Romero L. et al realizaron un estudio con el objetivo de determinar los niveles de conocimientos de los gineco-obstetras limeños y sus actitudes, es decir la predisposición en la prescripción de la AOE, debido a que van a ser los principales involucrados en la difusión de estos, su estudio concluye que un porcentaje alto de los médicos gineco-obstetras está sensibilizado con el tema, conocen su modo de uso, los principales efectos adversos y contraindicaciones pero es bajo su conocimiento sobre el mecanismo de acción.(1)

Además de este, existen otros estudios que evalúan los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas en otro tipo de profesionales de la salud, como el estudio de Barrientos et al que indaga respecto a las indicaciones, efectos secundarios, mecanismo de acción, eficacia, disposición a la prescripción y prescripción de píldoras anticonceptivas de emergencia, en su estudio se muestra un alto conocimiento de la existencia y efectos secundarios de los AOE. Asimismo, el conocimiento de su eficacia y mecanismo de acción es bajo; al igual que la prescripción que llega apenas a 10%. Concluyéndose que a pesar del alto conocimiento, la baja prescripción se relaciona con el bajo conocimiento de la evidencia vigente de su mecanismo de acción.(2)

Otro estudio publicado por Galvao et al en Brasil, respecto a conocimientos actitudes y prácticas de los gineco-obstetras en este país evidencia que casi todos los entrevistados (98%) habían oído hablar de la anticoncepción de emergencia, pero muchos no tenían un conocimiento específico sobre ello. Aproximadamente el 30% señalaba que la anticoncepción de emergencia funcionaba como un abortivo y el 14%

creía que este método era ilegal. Sin embargo, el 49% de los médicos que pensaban que el método inducía el aborto (el cual es ilegal en el Brasil), y el 46% de los que pensaban que el método mismo era ilegal lo ofrecían a sus pacientes. Más sorprendente aún, mientras el 61% de todos los entrevistados indicaron que habían recetado la anticoncepción de emergencia, sólo el 15% de éstos podían indicar en forma correcta la marca de la píldora que habían recetado, la dosis, el régimen y el momento en que la mujer debía tomar la primera dosis.(3)

De acuerdo a lo señalado, es importante que los profesionales de la salud sepan la forma de acción de los AOE, el mecanismo de acción, formas de presentación, efectos adversos más comunes, etc., pues se constituyen como el personal más indicado para recomendar su uso a los pacientes.

Ante esta problemática se planteó esta investigación, para averiguar cuál es el nivel de conocimiento nosográfico, las actitudes autodeclaradas y las prácticas de estudiantes de medicina especialmente en los de último año, próximos a ser profesionales de salud, y a partir de ello establecer la relación que existe entre estos tres componentes, y de esa manera identificar si existe alguna influencia entre lo cognitivo, lo actitudinal y lo práctico.

En función de lo descrito, el presente estudio busca dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Qué relación existe entre el conocimiento nosográfico, las actitudes autodeclaradas y las prácticas frente al uso de los anticonceptivos orales de emergencia, en los estudiantes de medicina del séptimo año, pertenecientes al programa de internado 2014 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión?

4. Limitaciones del estudio

La limitación es que el instrumento que se utilizó plantea preguntas abiertas, lo que dificulta el procesamiento de datos, pudiéndonos dejar un universo diferente de respuestas, ya sean estas concisas o demasiado extensas, siendo estos escenarios ajenos a lo que busca el investigador.

El hecho que el instrumento cuente con solo 12 preguntas, no permite evaluar muchos niveles en conocimientos, actitudes y prácticas respecto al tema en investigación.

Este estudio está circunscrito a la población objeto de estudio, por lo que no puede ser extrapolado.

5. Formulación de la hipótesis

¿Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos nosográficos, las actitudes y las prácticas respecto a la AOE en los estudiantes de medicina pertenecientes al programa de internado 2014 del HNDAC?

CAPÍTULO II

Marco teórico

Antecedentes mundiales y del Perú

Una revisión estadística de nacimientos en los Estados Unidos informa que hay una tasa de natalidad de 34,3 por 1.000 en mujeres entre los 15 a 19 años de edad. Los resultados de los embarazos en adolescentes indican que el 57% de estos terminaron en nacimientos, el 27% en abortos inducidos, y el 16% en abortos espontáneos.(4) (5)

Dong Seok Choi et al realizó una revisión retrospectiva en un hospital universitario en Corea, de un total de 1179 mujeres, 416 pacientes tenían un examen ginecológico y 302 recibieron la anticoncepción de emergencia (1,5 mg dosis única de levonorgestrel) en el servicio de urgencias debido a violencia sexual. 10 pacientes no regresaron para el seguimiento y en las visitas de seguimiento en la consulta externa, se confirmaron dos embarazos, que mostró que la tasa de fracaso de la anticoncepción de emergencia fue de 0,68 %. Concluyéndose que la dosis única de levonorgestrel es extremadamente eficaz en la prevención del embarazo entre las víctimas de violencia sexual.(6)

En el Perú, en el año 2000, las mujeres en unión tenían en promedio 1,1 hijos más de lo deseado. El 31% de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no fueron deseados y el 69,9% de las mujeres no usan métodos anticonceptivos. Además se hace mención que cualquier intervención para superar la pobreza debería de considerar que muchas veces un embarazo no deseado a edades tempranas inicia el ciclo de transmisión intergeneracional de la pobreza y, por lo tanto, debe incluir la provisión de métodos anticonceptivos seguros y efectivos. (7)

AOE

La definición de la anticoncepción oral de emergencia o anticoncepción poscoital, según la OMS, se refiere a métodos anticonceptivos que se pueden utilizar para prevenir embarazos en los días inmediatamente posteriores a la relación sexual. Se estableció para situaciones de emergencia creadas por una relación sexual sin protección, la falla o el uso incorrecto de otros anticonceptivos (como la omisión de una píldora anticonceptiva o la rotura de un preservativo) y para casos de violación o relaciones sexuales forzadas. (8)

Ahora bien, la AOE solo es eficaz en los primeros días posteriores a la relación sexual, antes de la salida del óvulo del ovario y antes de que ocurra la fertilización por un espermatozoide, es decir, las píldoras anticonceptivas de emergencia no pueden interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo.

En el Perú, a partir del año 2001 el MINSA incorporó el uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) dentro de la Norma de Planificación Familiar, en concordancia con el objetivo de reducción de la mortalidad materna del Plan Nacional Concertado de Salud. La indicación para el uso de la AOE se limita a las siguientes situaciones: violación, violencia sexual familiar, relación sexual sin protección, si no usa regularmente un método anticonceptivo, se rompió o se deslizó el condón, se le olvidó de tomar más de dos días la píldora de uso regular, no se aplicó el inyectable en su fecha, se expulsó la T de cobre, usaron el coito interrumpido, usaron el método del ritmo y si tienen dudas sobre su efectividad. (7)

Con respecto a los métodos existentes para la AOE, regímenes más tempranos de anticoncepción oral de emergencia describen el uso del método yuzpe, que contiene altas dosis de estrógeno y progesterona, sin embargo en comparación con nuevos métodos se encontró que era menos efectivo y acarreaba más efectos secundarios. Se conocen otras opciones

como píldoras que contienen solo progesterona (levonorgestrel), moduladores de progesterona (acetato de ulipristal), esteroides sintéticos de antiprogesterona (mifepristona) y dispositivos intrauterinos de cobre(9)

Como vemos, contamos con una amplia gama de anticonceptivos orales de emergencia, y el mecanismo de acción de todos ellos no se conoce completamente, la mayoría de estos previenen el embarazo retrasando o inhibiendo la ovulación, sin embargo la ventana de fertilidad se extiende desde 5 días antes de esta y se hace aun mayor 2 días antes. Otros mecanismos propuestos incluyen la alteración en los niveles hormonales, cambios endometriales e inhibición de la fertilización.

Con referencia a los efectos del levonorgestrel, esta es una píldora solo de progestina, y el mecanismo exacto de acción no se conoce completamente(10), varios estudios sugieren que actúa suprimiendo la ovulación al retrasar la acción de la hormona luteinizante (LH), por lo tanto para que sea efectiva debe de administrarse antes del pico de LH. Otro estudio indicó que el LNG aumenta la cantidad del glicodelina en el cuerpo, que teóricamente inhibe la fertilización después de que la ovulación ha ocurrido. En otros estudios se menciona que después de la ovulación el LNG no tiene efectos sobre el cuerpo lúteo (9). También actúa a nivel del moco cervical, al espesarlo, poniendo en peligro la formación del cuerpo lúteo. Estudios recientes en animales muestran que el LNG no interfiere la post-fertilización.(11)

Los estudios apoyan la hipótesis de que la efectividad del LNG depende del momento de la administración con respecto a la ovulación. Cuando es administrado antes de la ovulación logra reducir la probabilidad de embarazo. Su mecanismo de acción ha sido relacionado con la reducción de los niveles séricos de LH y FSH antes de la ovulación provocando la ausencia o la postergación de la ovulación. (7) (12)

Son los efectos del LNG sobre el endometrio los que han generado más discusión principalmente por el riesgo de que pueda perturbar la implantación del embrión. Los estudios realizados para evaluar si hay variación en los receptores endometriales posterior a la medicación con LNG no han demostrado diferencias con respecto a los grupos control. A nivel estructural, Meng y Palomino hallaron leves cambios estructurales pero no hubo cambios en la expresión de los receptores endometriales. Con respecto a la adhesión del blastocisto a las células endometriales, Lalitkumar realizó un estudio experimental con células endometriales cultivadas y expuestas a LNG y observó que, con respecto al grupo control, no hay diferencias en la adhesión de los blastocistos a las células. (7)(12)

Con respecto al número de espermatozoides con el uso del LNG, se ha reportado que no hay diferencias significativas en la cantidad de espermatozoides recuperados del útero en las 24 y 48 horas después del uso de LNG y no se evidencian cambios en la reacción acrosómica (capacidad del espermatozoide en penetrar al óvulo). (7)(12)

En una revisión sistemática de la efectividad y la seguridad de diferentes regímenes de comprimidos orales de levonorgestrel para la anticoncepción de emergencia realizada por Mohammad Shohel et al se consideraron mujeres sanas con ciclos menstruales regulares, que solicitaron anticoncepción de emergencia dentro de las 72 horas del coito sin protección, con uno de estos tres regímenes: 1,5 mg de levonorgestrel monodosis, dos dosis de 0,75 mg de levonorgestrel dadas con 12 h de diferencia entre ellas y de 0,75 mg de levonorgestrel dado con 24 h de diferencia. La revisión muestra que la dosis única de levonorgestrel no es menos eficaz que el régimen de dos dosis y todos los regímenes estudiados fueron muy eficaces para la anticoncepción de emergencia. Estos regímenes impidieron una proporción significativa de embarazos si se toma dentro de las 72 h del coito sin protección. Además la dosis de levonorgestrel sola (1,5 mg) puede sustituir a dos dosis de 0,75 mg con 12 o 24 h de diferencia entre toma y toma. (13)

La utilización del LNG, según se informa en el estudio de Inka Wiegatz et al, reduce la tasa de embarazo no deseado en un 75% a 85%, sin embargo su eficacia se reduce con el aumento del intervalo de tiempo para su uso luego de tener relaciones sexuales sin protección. Su uso en el momento de la implantación no tiene efecto anticonceptivo y no interrumpe un embarazo implantado.(14)

En caso de falla en el uso del LNG, Lin Zhang et al muestra que una gran serie de embarazos que tomaron LNG durante el ciclo de la concepción, incluso a dosis relativamente altas (hasta 6 mg en un ciclo), parecen no tener consecuencias significativas sobre el desarrollo fetal. (11)

Problemática actual

En el Perú, al igual que otros países de la Región, se encuentran altas tasas de embarazos no deseados, abortos arriesgados y mortalidad materna. Se agregan a estas cifras: discriminación social y cultural contra las mujeres, a las que se les niega acceso a los servicios de salud reproductiva siendo las adolescentes las más vulnerables. Por esta razón la disponibilidad de anticonceptivos de emergencia se convierte en un tema cada vez más importante. La anticoncepción oral de emergencia no se insertó en las normas técnicas de planificación familiar del país sino hasta el año 2001, con la aprobación de la distribución y venta de Postinor-2. Desde el 2004 se reincorporó, en las Guías de atención de salud sexual y reproductiva, a los anticonceptivos de emergencia y el Ministerio anunció que se distribuirían de manera gratuita en los centros de salud de todo el país. El Ministerio de Justicia dictaminó que el método no es abortivo y que no viola ninguna norma constitucional.(15)

El conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia, está vinculado a factores que dependen inicialmente del acceso a esta y a la necesidad de aumentar la conciencia y la comodidad respecto a su uso pues es una estrategia simple, fiable y eficaz. El aspecto más difícil para su uso es que la asistencia sanitaria, el personal y los usuarios potenciales ignoran su

mecanismo de acción, composición e importancia. El otro gran obstáculo que impide el amplio uso de la anticoncepción de emergencia, es que tanto los usuarios potenciales como los médicos, creen que la AOE se acompaña de efectos secundarios graves. Con todo esto resulta importante que el personal de salud conozca el tema de manera concreta y puntual para poder recomendar su uso.(5)

Durante las prácticas pre-profesionales en el área hospitalaria, se evidencian diversas actitudes y creencias respecto al uso de los AOE, principalmente vinculadas a la eficacia: “ten cuidado porque la tienes que tomar hasta no sé cuántos días después como máximo”, sobre su acción sobre el ciclo menstrual: “creo que lo altera” o incluso respecto al tiempo de uso: “solo puedes usarla dos veces al año”. ¿Será que desconocen o ya se olvidaron de los conocimientos respecto al uso de los AOE?, es decir, ¿es el nivel de conocimiento sobre el uso de los AOE lo que influencia la actitud hacia estos?

Es de suma importancia conocer los aspectos que atañen a los conocimientos de los AOE, especialmente en futuros profesionales de salud y en particular para la población de estudio de la presente investigación: internos de medicina de un hospital tan concurrido como el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión que serán en poco tiempo profesionales graduados en el ejercicio libre de la profesión y en pocos meses médicos serumistas al servicio de comunidades distribuidas en todo el país, por lo tanto en contacto directo con esta problemática.

CAPÍTULO III

Diseño metodológico

1. Tipo de investigación

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal.

2. Población y muestra

a. Unidad de análisis

La unidad de análisis es el estudiante de medicina perteneciente al programa de internado del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2014, que eligió como sede principal de rotación dicho nosocomio.

b. Población y tamaño de muestra

Se solicitó el registro de internos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión a la oficina de Docencia y Capacitación.

Dicha oficina brindó la lista de internos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, de esta forma hubo un total de 79 internos distribuidos en alguna de las cuatro rotaciones.

c. Tipo de muestreo

Muestreo por conveniencia

d. Procedimiento de muestreo

Se realizará un muestreo por conveniencia, para ello se invitará a los 79 internos a participar en el estudio de manera voluntaria, procediendo a incluir a aquellos que acepten desarrollar la encuesta. Se coordinará con los internos del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, para seleccionar a 10 internos para la prueba piloto.

e. Criterios de inclusión

- Estudiantes de medicina pertenecientes al programa de internado médico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2014, que hayan elegido a este nosocomio como sede de rotación y además se encuentren rotando en el mismo en el mes de Diciembre del 2014.
- 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.

f. Criterios de exclusión

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

3. Operacionalización de variables

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 a una situación.	Es la información referida por los internos de medicina del HNDAC sobre los AOE.	Conocimiento general sobre que es la AOE.	Cualitativa, nominal, dicotómica.	Adecuado	Si respondió correctamente 4 o más de las preguntas de conocimientos.
			Conocimiento de la sustancia usada para la AOE.			
			Conocimiento del mecanismo de acción.		Inadecuado	Si respondió correctamente hasta 3 de las preguntas de conocimientos.
			Conocimiento sobre en qué momento y hasta cuándo se debe de utilizar			
			Conocimiento sobre los efectos secundarios			
			Conocimientos sobre sus contraindicaciones			
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 disposición, que tienen los internos de medicina del HNDAC, para responder de cierta manera sobre el uso de los AOE.	Actitud sobre la eficacia de los AOE: eficaz, poco eficaz, ineficaz, desconoce.	Cualitativa, nominal, politómica.	Adecuada	Si respondió eficaz o poco eficaz.
					Inadecuada	Si respondió ineficaz o desconoce
Prácticas	Es la realización de creencias acerca de un objeto o situación que ejerce el sujeto como respuesta a una situación.	Es la evidencia objetiva que ponen en práctica los internos de medicina del HNDAC sobre el uso de los AOE.	Prácticas influenciadas por las creencias religiosas	Cualitativa, nominal, politómica.	Adecuado	Si respondió correctamente 4 o más de las preguntas de prácticas.
			Recomendación del uso de los AOE			
			Estar de acuerdo con el uso de los AOE		Inadecuado	Si respondió correctamente hasta 3 de las preguntas de prácticas.
			Ha usado la AOE Ha obtenido los resultados esperados luego del uso de los AOE.			

Tabla 1.- Operacionalización de variables en estudio

4. Instrumento

Se aplicó una encuesta de conocimientos actitudes y prácticas, constituida por 12 preguntas que permitieron hacer visibles y localizables rasgos característicos en los saberes, comportamientos y prácticas relacionadas al uso de la AOE (ANEXO 1), además del consentimiento informado para el mismo (ANEXO 2).

La encuesta que sirvió de instrumento para este trabajo, fue facilitada por la Dra. Briones (16) quien la aplicó entre los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca - Ecuador el año 2008

Para los fines de nuestro trabajo de investigación, se consideró la siguiente distribución de las preguntas de la encuesta:

Filiación: consigna la edad, religión, universidad de procedencia, sexo, departamento de procedencia y estado civil,

Edad: _____	Religión: _____	Universidad de procedencia: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Departamento de procedencia: _____		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Conviviente	

Conocimientos: evaluados con las preguntas desde la 1 hasta la 6.

1) ¿Conoce Ud. la anticoncepción oral de emergencia y su uso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es afirmativa, dé un concepto: _____ _____
2) ¿Conoce qué sustancia es la usada para anticoncepción de emergencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es afirmativa, indique cuál es: _____ _____
3) ¿Conoce el mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo y dónde actúa?: _____ _____
4) ¿Conoce en qué momento y hasta cuándo se la debe utilizar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué momento y hasta cuándo se la debe utilizar?: _____ _____
5) ¿Conoce sobre sus efectos secundarios? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles son?: _____ _____
6) ¿Conoce sobre sus contraindicaciones? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles son?: _____ _____

Actitudes: que se evalúa mediante la pregunta número 7 de la encuesta:

7) ¿Usted piensa que la Anticoncepción de emergencia es?: <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Poco eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Desconoce

Prácticas: evaluadas con las preguntas 8 a la 12:

8) ¿Sus creencias religiosas le permitirían utilizar la anticoncepción de emergencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. ¿Por qué?: _____ _____
9) ¿Recomendaría el uso de esta sustancia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. ¿Por qué?: _____ _____
10) ¿Está de acuerdo con su uso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. ¿Por qué?: _____ _____
11) ¿Ha usado la anticoncepción de emergencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. ¿Por qué?: _____ _____
12) Si la ha usado; ¿Le ha dado el resultado esperado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. ¿Por qué?: _____ _____

5. Plan de recolección

a. Prueba piloto

Se coordinó con los internos del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, para la selección de 10 individuos como parte de la prueba piloto. La cual brindó información acerca de si la redacción de la encuesta fue clara para todos los encuestados y si todos interpretaron las preguntas de la misma manera.

Sus objetivos principales fueron:

- Evaluar la idoneidad del cuestionario.
- Calcular la extensión de la encuesta o 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.

b. Aplicación de la encuesta

Considerando los hallazgos obtenidos en la prueba piloto se tomaron las precauciones respecto al tiempo empleado en la encuesta y a las preguntas que haya tenido dificultad en interpretación.

Previa coordinación con los internos seleccionados se distribuyeron 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.

6. Análisis estadístico de los datos

Los datos recolectados fueron ingresados a una hoja de cálculo en MS – Excel 2010, para ser importados al Paquete Estadístico SPSS versión 20 para su procesamiento.

Se realizó el análisis univariado de conocimientos, actitudes y prácticas expresado mediante una distribución de frecuencias y porcentajes (%).

El análisis bivariado de: conocimientos versus actitudes; conocimientos versus prácticas y actitudes versus prácticas, se realizó mediante la prueba estadística Chi cuadrado, con un nivel de significación de 0.05.

La representación de los datos se realizó mediante tablas.

CAPITULO IV

1. Resultados

a. Prueba piloto

Se realizó la prueba piloto con los 10 internos de medicina del Hospital Alberto Sabogal Sologuren que fueron seleccionados, los resultados fueron los siguientes:

- El tiempo promedio invertido en la realización de la encuesta fue de 10 minutos, siendo el tiempo mínimo de 7 y el máximo de 15.
- Respecto a la claridad de los enunciados, hubo algunos problemas de interpretación en la sección que correspondía a prácticas (pregunta N°11), que se solucionó con la explicación oportuna por parte del encuestador y la posterior acotación en el instrumento.
- Se optó por considerar una encuesta adecuadamente rellena a aquella que no presentaba preguntas en blanco en las secciones correspondientes a conocimientos, actitudes y prácticas; salvo la acotación establecida en la sección de prácticas

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

b. Datos de filiación de los encuestados

De los 79 internos invitados a participar, 1 no deseó formar parte del estudio, rechazó ser parte de este luego de revisar el consentimiento informado. Al procesar las 78 encuestas, se encontraron 2 que no fueron llenadas de manera adecuada, por lo que se excluyeron, quedando de esta forma 76 participantes de la investigación.

La edad promedio de los participantes fue de 25.21 años, la edad mínima 20, la máxima de 29 y la desviación estándar 6.69, como podemos apreciar en la Tabla 2.

EDAD			
PROMEDIO	MIN	MAX	DESV STAN
25.21	20	29	6.69

Tabla 2.- Características de la edad de los participantes.

Respecto al sexo, en la Tabla 3 podemos apreciar su distribución.

SEXO		
	N	%
FEMENINO	48	63,16%
MASCULINO	28	36,84%

Tabla 3.- Distribución de los participantes por sexo.

Cuando se les preguntó sobre su orientación religiosa, se observó que una franca mayoría indicó al Catolicismo como religión, sin embargo también se notó la presencia de otras opciones religiosas e

incluso de un grupo de casi el 8% que no profesaba ninguna creencia. Podemos observar en la Tabla 4.

PREFERENCIAS RELIGIOSAS		
	N	%
CATÓLICA	64	84,21%
CRISTIANA	2	2,63%
EVANGÉLICA	2	2,63%
ATEO / AGNOSTICO	6	7,89%
EN BLANCO	2	2,63%
TOTAL	76	100%

Tabla 4.- Distribución de frecuencias y porcentajes respecto a opciones religiosas.

En cuanto al departamento de procedencia, el 51.32% era de Lima, siendo el siguiente departamento con mayor frecuencia Ica con 10.53%, como podemos observar en la Tabla 5.

DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA		
	N	%
LIMA	39	51,32%
CALLAO	5	6,58%
ICA	8	10,53%
HUÁNUCO	5	6,58%
JUNÍN	7	9,21%
AYACUCHO	2	2,63%
IQUITOS	2	2,63%
EN BLANCO	8	10,53%
TOTAL	76	100%

Tabla 5.- Distribución de frecuencias y porcentajes respecto al departamento de procedencia.

Del estado civil, el 90.79% era soltero, encontrando muy bajas frecuencias de los demás estados, como podemos observar en la Tabla 6.

ESTADO CIVIL		
	N	%
SOLTERO	69	90.79%
CONVIVIENTE	3	3.95%
CASADO	2	2.63%
DIVORCIADO	0	0.00%
EN BLANCO	2	2.63%
TOTAL	76	100%

Tabla 6.- Distribución de frecuencias y porcentajes respecto al estado civil.

Finalmente respecto a la universidad de procedencia, la Universidad Privada San Martín de Porres y la Asociación Universitaria San Juan Bautista fueron las que encabezaron las frecuencias con 19.74% y 18.42% respectivamente.

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA		
	N	%
UNMSM	9	11.84%
USMP	15	19.74%
AUSJB	14	18.42%
URP	8	10.53%
UPLA	8	10.53%
UNICA	7	9.21%
UNHEVAL	6	7.89%
UPAO	2	2.63%
EN BLANCO	7	9.21%
TOTAL	76	100%

UNMSM: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, USMP: Universidad San Martín de Porres, AUSJB: Asociación Universitaria San Juan Bautista, URP: Universidad Ricardo Palma, UPLA: Universidad Peruana Los Andes, UNICA: Universidad Nacional de Ica, UNHEVAL: Universidad Nacional Hermilio Valdizán, UPAO: Universidad Peruana Antenor Orrego.

Tabla 7.- Distribución de frecuencias y porcentajes respecto a la Universidad de procedencia.

c. Análisis univariado:

Conocimientos:

Como se detalla en la matriz de operacionalización de variables, se consideró el nivel de conocimientos como adecuado si respondían correctamente 4 o más de las preguntas referidas a este ítem; e inadecuado si respondían correctamente hasta 3 de las preguntas de conocimientos.

De las 76 encuestas consideradas para el estudio, todos respondieron correctamente al menos una de las 6 preguntas correspondientes a la sección de conocimientos.

En la Tabla 8 se muestra las frecuencias y porcentajes del área de conocimientos diferenciándolos en adecuado e inadecuado.

CONOCIMIENTOS		
	N	%
ADECUADOS	63	82.89%
INADECUADOS	13	17.11%

Tabla 8.- Conocimiento sobre la AOE

En la Tabla 9 se especifica la cantidad de preguntas correctamente respondidas por número de encuestados.

Sección de conocimientos			
	N	%	
6	34	44,74%	82,89%
5	16	21,05%	
4	13	17,11%	
3	7	9,21%	17,11%
2	4	5,26%	
1	2	2,63%	
total	76	100%	

Tabla 9.- Cantidad de preguntas correctamente respondidas por número de internos de medicina en la sección de conocimientos.

Actitudes:

La actitud respecto a la eficacia de la AOE, según el cuadro de operacionalización de variables, se consideró como adecuada si la respuesta era eficaz o poco eficaz; e inadecuada si el encuestado respondió ineficaz o desconoce.

En la Tabla 10 se muestra las frecuencias y porcentajes del área de actitudes diferenciándolos en adecuado e inadecuado

ACTITUD		
	N	%
ADECUADA	60	78.95%
INADECUADA	16	21.05%

Tabla 10.- Actitud sobre la AOE

En la tabla 11 se muestra la cantidad de sujetos por alternativa de respuesta en la pregunta que evaluaba actitudes.

Sección de actitudes			
	N	%	
Eficaz	32	42,11%	78,95%
poco eficaz	28	36,84%	
Ineficaz	12	15,79%	21,05%
Desconoce	4	5,26%	
total	76	100%	

Tabla 11.- cantidad de sujetos por alternativa de respuesta en la sección de actitudes.

Prácticas:

Las prácticas fueron descritas, en el cuadro de operacionalización de variables, como adecuadas si respondían correctamente 4 o más preguntas de esta sección; e inadecuadas si respondían correctamente hasta 3 de las preguntas.

Se consideraron como correctas las respuestas afirmativas, además todos los encuestados respondieron por lo menos una de las preguntas de esta sección de manera afirmativa.

Para el análisis de datos, si la respuesta de la pregunta 11, era afirmativa se tomaba en cuenta la respuesta de la pregunta 12; sin embargo, si la respuesta era negativa, ya no se consideraba esta y tampoco la pregunta 12.

En la Tabla 12 se muestra las frecuencias y porcentajes del área de prácticas diferenciándolas en adecuado e inadecuado

PRÁCTICAS		
	N	%
ADECUADAS	30	39.47%
INADECUADAS	46	60.53%

Tabla 12.- Prácticas sobre la AOE

En la Tabla 13 se muestra la cantidad de respuestas correctas y el número de encuestados por cada una de ellas.

Sección de prácticas			
	N	%	
5	14	18,42%	39,47%
4	16	21,05%	
3	24	31,58%	60,53%
2	12	15,79%	
1	10	13,16%	
total	76	100%	

Tabla 13.- Cantidad de respuestas correctas por número de encuestados en la sección de prácticas.

d. Análisis bivariado

CONOCIMIENTOS VS. ACTITUD:

- Planteamiento de hipótesis:

Ha: “Los conocimientos tienen relación con la actitud sobre anticoncepción oral de emergencia en los internos de medicina del HNDAC - 2014”

Ho: “Los conocimientos no tienen relación con la actitud sobre anticoncepción oral de emergencia en los internos de medicina del HNDAC - 2014”

- Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

- Estadístico de prueba:

$$X^2_{\text{calculado}} = [\sum(O_i - E_i)^2]/E_i$$

VALORES OBSERVADOS			
CONOCIMIENTOS	ACTITUD		TOTAL
	ADECUADA	INADECUADA	
ADECUADOS	49	14	63
INADECUADOS	11	2	13
TOTAL	60	16	76

Tabla 14.- Valores observados de Conocimientos vs Actitud

VALORES ESPERADOS			
CONOCIMIENTOS	ACTITUD		TOTAL
	ADECUADA	INADECUADA	
ADECUADOS	49.737	13.263	63
INADECUADOS	10.263	2.737	13
TOTAL	60	16	76

Tabla 15.- Valores esperados de Conocimientos vs Actitud

	FO	FE	FO - FE	(FO-FE)^2	[(FO-FE)^2]/FE
CA.AA	49	49.737	-0.737	0.5429	0.01092
CA.AI	14	13.263	0.737	0.5429	0.04094
CI.AA	11	10.263	0.737	0.5429	0.05290
CI.AI	2	2.737	-0.737	0.5429	0.19838
TOTAL					0.30313

Tabla 16.- Cálculo de la prueba de X²

Los grados de libertad (V) son calculados de la siguiente manera:

$$V = (\text{cantidad de filas} - 1) (\text{cantidad de columnas} - 1)$$

$$V = (2-1) (2-1) \quad V = 1$$

Por lo que con 1 grado de libertad y un nivel de significancia de 0.05 (p=0.95) se ubica el valor de Chi cuadrado en tabla de valores críticos siendo este valor $X^2 = 3.84$

- Criterios de decisión:

Ho se rechaza si $X^2_{\text{calculado}}$ es mayor o igual al X^2 de la tabla, con 1 grado de libertad, cuyo valor es: 3.84.

$$X^2_{\text{cal}} < X^2_{\text{tab}} = \text{Ho no se rechaza la hipótesis nula}$$

- $X^2_{cal}=0.30313$

- **Conclusión:**

Por lo tanto existe evidencia para afirmar que a un nivel de significación de 0.05, los conocimientos no tienen relación con la actitud sobre anticoncepción oral de emergencia en los internos de medicina del HNDAC - 2014.

CONOCIMIENTOS VS. PRÁCTICAS:

- Planteamiento de hipótesis:

Ha: “Los conocimientos tienen relación con las prácticas sobre anticoncepción oral de emergencia en los internos de medicina del HNDAC - 2014”

Ho: “Los conocimientos no tienen relación con las prácticas sobre anticoncepción oral de emergencia en los internos de medicina del HNDAC - 2014”

- Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$
- Estadístico de prueba:

$$X^2_{calculado} = [\sum(O_i - E_i)^2]/E_i$$

VALORES OBSERVADOS			
CONOCIMIENTOS	PRÁCTICAS		TOTAL
	ADECUADAS	INADECUADAS	
ADECUADOS	24	39	63
INADECUADOS	6	7	13
TOTAL	30	46	76

Tabla 17.- Valores observados de Conocimientos vs Prácticas

VALORES ESPERADOS			
CONOCIMIENTOS	PRÁCTICAS		TOTAL
	ADECUADAS	INADECUADAS	
ADECUADOS	24.868	38.132	63
INADECUADOS	5.132	7.868	13
TOTAL	30	46	76

Tabla 18.- Valores esperados de Conocimientos vs Prácticas

	FO	FE	FO - FE	(FO-FE)^2	[(FO-FE)^2]/FE
CA.PA	24	24.868	-0.868	0.7542	0.03033
CA.PI	39	38.132	0.868	0.7542	0.01978
CI.PA	6	5.132	0.868	0.7542	0.14696
CI.PI	7	7.868	-0.868	0.7542	0.09585
	TOTAL				0.29291

Tabla 19.- Cálculo de la prueba de X^2

Los grados de libertad (V) son calculados de la siguiente manera:

$$V = (\text{cantidad de filas} - 1) (\text{cantidad de columnas} - 1)$$

$$V = (2-1) (2-1) \quad V = 1$$

Por lo que con 1 grado de libertad y un nivel de significancia de 0.05 ($p=0.95$) se ubica el valor de Chi cuadrado en tabla de valores críticos siendo este valor $X^2 = 3.84$

- Criterios de decisión:

Ho se rechaza si $X^2_{\text{calculado}}$ es mayor o igual al X^2 de la tabla, con 1 grado de libertad, cuyo valor es: 3.84.

$$X^2_{\text{cal}} < X^2_{\text{tab}} = \text{Ho no se rechaza la hipótesis nula}$$

- $X^2_{cal}=0.29291$

- Conclusión:

Por lo tanto existe evidencia para afirmar que a un nivel de significación de 0.05, los conocimientos no tienen relación con las prácticas sobre anticoncepción oral de emergencia en los internos de medicina del HNDAC - 2014.

ACTITUD VS. PRÁCTICAS

- Planteamiento de hipótesis:

Ha: “La actitud tiene relación con las prácticas sobre anticoncepción oral de emergencia en los internos de medicina del HNDAC - 2014”

Ho: “La actitud no tiene relación con las prácticas sobre anticoncepción oral de emergencia en los internos de medicina del HNDAC - 2014”

- Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

- Estadístico de prueba:

$$X^2_{calculado} = [\sum(O_i - E_i)^2]/E_i$$

VALORES OBSERVADOS			
ACTITUD	PRÁCTICAS		TOTAL
	ADECUADAS	INADECUADAS	
ADECUADA	15	45	60
INADECUADA	15	1	16
TOTAL	30	46	76

Tabla 20.- Valores observados de Actitud vs Prácticas

VALORES ESPERADOS			
ACTITUD	PRÁCTICAS		TOTAL
	ADECUADAS	INADECUADAS	
ADECUADA	23.684	36.316	60
INADECUADA	6.316	9.684	16
TOTAL	30	46	76

Tabla 21.- Valores esperados de Actitud vs Prácticas

	FO	FE	FO - FE	(FO-FE)^2	[(FO-FE)^2]/FE
AA.PA	15	23.684	-8.684	75.4155	3.18421
AA.PI	45	36.316	8.684	75.4155	2.07666
AI.PA	15	6.316	8.684	75.4155	11.94079
AI.PI	1	9.684	-8.684	75.4155	7.78747
	TOTAL				24.98913

Tabla 22.- Cálculo de la prueba de X^2

Los grados de libertad (V) son calculados de la siguiente manera:

$$V = (\text{cantidad de filas} - 1) (\text{cantidad de columnas} - 1)$$

$$V = (2-1) (2-1) \quad V = 1$$

Por lo que con 1 grado de libertad y un nivel de significancia de 0.05 ($p=0.95$) se ubica el valor de Chi cuadrado en tabla de valores críticos siendo este valor $X^2 = 3.84$

- Criterios de decisión:
Ho se rechaza si $X^2_{\text{calculado}}$ es mayor o igual al X^2 de la tabla, con 1 grado de libertad, cuyo valor es: 3.84.
 $X^2_{\text{cal}} < X^2_{\text{tab}} = H_0$ se rechaza la hipótesis nula
- $X^2_{\text{cal}}=24.98913$
- Conclusión:
Por lo tanto existe evidencia para afirmar que a un nivel de significación de 0.05, la actitud tiene relación con las prácticas sobre anticoncepción oral de emergencia en los internos de medicina del HNDAC – 2014.

2. Discusión

En el estudio publicado por Romero et al, respecto a los Conocimientos y actitudes de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia, se observó que 100% de los médicos entrevistados había escuchado acerca de la AOE. El 18% conocía los mecanismos de acción descritos, 82% refirieron correctamente el modo de administración y 72% conocía el tiempo en que debe ser empleado (1). De esta manera se manifestó el conocimiento de estos profesionales de la salud, en nuestro estudio podemos observar que el porcentaje de conocimiento adecuado ascendió al 82,89% y dentro de este porcentaje se pudo observar que la mayoría conocía la sustancia usada para la anticoncepción, los principales mecanismos de acción y el momento de su administración.

En el mismo estudio con referencia a las actitudes, casi tres cuartas partes de los encuestados señalaron que la AOE debe ser fácilmente accesible al público en general e igual número cree que se debe incluir como parte de la consejería de PF, además el 70% estaría dispuesto a recetarla. En este sentido, los médicos gineco-obstetras del Perú se encuentran en cuarto lugar en relación al porcentaje de prescripción; por detrás de Nicaragua con 88%, El Salvador 68%, Panamá 67% y es seguido por Honduras 62%, Brasil 61% y Guatemala 56% (1). Nuestro estudio evaluó las actitudes con referencia a la eficacia que consideraron los encuestados atribuir a la AOE, obteniendo un 78,95% de actitudes adecuadas. Cabe mencionar que las actitudes son una manera subjetiva de respuesta, Briones et al (16), también valora las actitudes utilizando la percepción de eficacia de los encuestados sobre la AOE.

No fue objetivo del estudio en comparación mencionado hacer referencia a las prácticas, pero nuestro estudio si evalúa este aspecto, encontrando que el 39,47% del total de los encuestados tiene prácticas adecuadas, es un porcentaje bajo con respecto al total, esto se podría atribuir a las

creencias religiosas de los internos de medicina pues esta es la premisa que sostiene la primera pregunta de esta sección

En otro estudio, publicado por Briones et al, se buscó determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes en cuanto a la AOE, la población con la que se trabajó fue de 300 alumnos de Medicina de la Universidad de Cuenca – Ecuador que fueron evaluados mediante formularios, los mismos que se utilizaron para nuestro trabajo. Todos los sujetos que participaron del trabajo de Briones et al se encontraban en edades comprendidas entre 20-21 años.

La diferencia con nuestro estudio fue que tomamos como población a estudiante de medicina del último año, con edades comprendidas entre los 20- 29 años y el total de nuestra muestra fue de 76 de 79 internos de medicina.

Briones et al concluyó que la mayoría de su población corresponde al sexo femenino y que aunque gran parte de los mismos mantienen relaciones sexuales siendo solteros, utilizan métodos anticonceptivos regulares y muy pocos recurren a AOE. Casi todos los estudiantes son católicos, pero la mayoría están de acuerdo con su uso y lo recomendaría a otras personas y se observa que no tienen mayores prejuicios sociales ni religiosos en torno a la contracepción de urgencia. Un alto porcentaje conoce que el LNG se utiliza para AOE y los aspectos generales sobre ésta, pero desconocen aquello de más complejidad. Todos los estudiantes que han utilizado la anticoncepción post hoc, han logrado evitar una gestación no deseada y coinciden la mayoría que es un método absolutamente eficaz.(16)

En nuestro estudio la mayor parte de la muestra también corresponde al sexo femenino (63%), profesan la religión católica (84%); sin embargo, al agrupar las preguntas en la sección de prácticas correspondientes a las creencias religiosas, a la recomendación sobre el uso de los AOE, a si

está de acuerdo con su uso y si la ha usado, observamos que es bajo el porcentaje de prácticas adecuadas, y una vez más surge la interrogante de si esto puede estar determinado necesariamente por las creencias religiosas.

A diferencia del trabajo de Briones et al, nuestro estudio incluyó un análisis bivariado en el que se concluyó que no hay relación entre el nivel de conocimientos y la actitud, así como el nivel de conocimientos y las prácticas frente a la anticoncepción oral de emergencia. Sin embargo si hay relación estadísticamente significativa entre la actitud y las practicas frente a este método de AOE

Con relación a las actitudes, en el estudio publicado por Barrientos et al, los resultados muestran que el conocimiento de su eficacia y mecanismo de acción es bajo; al igual que la prescripción que llega apenas a 10%. Se concluye que, la baja prescripción se relaciona con el bajo conocimiento de la evidencia vigente de su mecanismo de acción (2). Si bien es cierto su muestra estaba comprendida por profesionales en farmacia, estos no están exentos de la interacción con pacientes y pueden ejercer el rol de difusores de métodos de AOE. En nuestro estudio como ya hemos mencionado no hay relación significativa entre los conocimientos y la actitud, sin embargo no se pudo atribuir una causa exacta para ello. Sí encontramos asociación entre las actitudes y las prácticas, y podría dejarse en discusión determinar de qué manera influye en este resultado las creencias religiosas.

Gómez Molina et al, realizó un estudio que tenía por objetivo principal determinar la frecuencia en el uso y el conocimiento de la anticoncepción de emergencia en las estudiantes de las escuelas de enfermería y tecnología médica de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca y comparar los resultados. Resulta relevante puesto que es una población vinculada a salud, y al igual que los internos de medicina,

próximos a ser profesionales egresados. Además son la primera línea de abordaje de cualquier pregunta relacionada al tema de la AOE.

Dentro de sus resultados es importante destacar que en las estudiantes de enfermería y tecnología médica se encuentra que el 80% de las encuestadas desconoce las consecuencias del uso de la anticoncepción de emergencia y únicamente un 19.5% de las encuestadas las conoce de manera parcial.(17)

A diferencia de nuestro estudio, se evidencia una alta tasa de desconocimiento, porcentajes que son alarmantes especialmente al tratarse de una población vinculada al ámbito del cuidado de la salud.

CAPITULO V

1. Conclusiones

- De los 76 participantes de la investigación la edad promedio fue de 25 años, el sexo femenino fue el que predominó con 63.16%. Del estado civil, el 90.79% era soltero. Respecto a la orientación religiosa, se observó que una franca mayoría, el 84.21%, indico al Catolicismo como religión.
- A diferencia de otras sedes de internado médico, el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión alberga estudiantes de medicina de varias regiones del interior del país (Ica, Junín, Huánuco), hecho que se notó al preguntar por el departamento de procedencia y la casa de estudios de origen.
- Del análisis univariado, alcanzaron un nivel adecuado el 82.89%, en conocimientos, 78.95% en actitud y el 39.47% en prácticas, pudiendo explicarse esta baja frecuencia en prácticas por la idiosincrasia de los encuestados, es decir, creencias religiosas, formación familiar, etc.
- En cuanto al análisis bivariado con la prueba estadística de chi cuadrado, no se halló relación entre los conocimientos y la actitud así como los conocimientos con las prácticas respecto a la anticoncepción de emergencia. Sin embargo con un nivel de significación de 0.05, si se comprobó que la actitud tiene relación con las prácticas sobre AOE en el grupo de encuestados.

2. Recomendaciones

- Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación, se recomienda, a las autoridades académicas responsables de la formación de los estudiantes de medicina, enfatizar el tema de los AOE, pasando a formar estos un acápite en los seminarios de sexualidad, farmacología, ginecología y/o de prácticas clínicas, de ser posible desde inicios de la carrera, que es cuando se empieza a impartir temas relacionados con la anticoncepción.
- Que los AOE sean revisados durante las prácticas de Atención Primaria en Salud, debido a que durante este periodo, muchos estudiantes tienen contacto directo con la población usuaria del programa de planificación familiar del puesto de salud donde son ubicados, y es importante que conozcan esta opción, para poder aclarar dudas al respecto de su uso.
- Dada la importancia que tiene la AOE, desde una perspectiva de salud pública, es relevante conocer la efectividad de su uso en la población para reconocer el beneficio sociodemográfico sobre ésta en condiciones de pobreza. Es por ello que desde su introducción en programas de planificación familiar ha sido generadora de fuertes controversias éticas y religiosas además de tener importantes implicancias sociales, políticas, económicas y culturales en todas las naciones.
- A las autoridades de salud, se les sugiere realizar una mejor divulgación con respecto al uso de estos anticonceptivos, de forma completa y objetiva, para que los usuarios del servicio puedan conocer de esta opción, y puedan acceder a ella de forma segura y eficaz.

- De los estudios antes mencionados podemos demostrar que es necesario en nuestro medio incrementar el conocimiento de la AOE, y manejar el tema relacionado a sus consecuencias; es importante que este conocimiento sea semejante tanto en mujeres como varones para así disminuir la incidencia de embarazos no deseados como del inadecuado uso de este método.
- A los internos de medicina se les invita a realizar revisiones sobre este tema, por ser futuros médicos egresados y sobre todo antes de realizar las prácticas de atención primaria en salud, para poder cumplir de forma responsable con la labor asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mezarina R, Germán L, Zavalaga L, Fernando L, Huaman S, José J, et al. Conocimientos y actitudes de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia. Rev Medica Hered. abril de 2007;18(2):92-9.
2. Barrientos Esquivel A, Vega Montoya A, Marín C, Gómez Ramírez C. Conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales en farmacia sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (PAE) en Costa Rica. Poblac Salud En Mesoamérica [Internet]. 7 de agosto de 2012 [citado 5 de diciembre de 2014];9(2). Recuperado a partir de: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/725>
3. Anticoncepción de Emergencia: Conocimiento, Actitudes y Prácticas De los Gineco-Obstetras del Brasil [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.academia.edu/3418247/Anticoncepci%C3%B3n_de_Emergen cia_Conocimiento_Actitudes_y_Pr%C3%A1cticas_De_los_Gineco- Obstetras_del_Brasil
4. COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Emergency Contraception. PEDIATRICS. 1 de diciembre de 2012;130(6):1174-82.
5. Shohel M, Rahman M, Zaman A, Uddin MM, Al-Amin M, Reza H. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. BMC Womens Health. 2014;14(1):54.
6. Choi DS, Kim M, Hwang KJ, Lee KM, Kong TW. Effectiveness of emergency contraception in women after sexual assault. Clin Exp Reprod Med. 2013;40(3):126.

7. Suárez VJ, Zavala R, Ureta JM, Hajar G, Lucero J, Pachas P. Efecto del levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia en la ovulación, el endometrio y los espermatozoides. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. junio de 2010;27(2):222-30.
8. OMS | Anticoncepción de emergencia [Internet]. WHO. [citado 14 de diciembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
9. Linden, Koyama, Dr. Hagopian, Linden. Emerging Options for Emergency Contraception. *Clin Med Insights Reprod Health*. febrero de 2013;23.
10. Chappell CA, Rohan LC, Moncla BJ, Wang L, Meyn LA, Bunge K, et al. The effects of reproductive hormones on the physical properties of cervicovaginal fluid. *Am J Obstet Gynecol*. septiembre de 2014;211(3):226.e1-226.e7.
11. Zhang L, Chen J, Wang Y, Ren F, Yu W, Cheng L. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Hum Reprod*. 1 de julio de 2009;24(7):1605-11.
12. Durand M, Larrea F, Schiavon R. Mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia: efectos del levonorgestrel anteriores y posteriores a la fecundación. *Salud Pública México*. junio de 2009;51(3):255-61.
13. FFPRHC Guidance (April 2006) Emergency contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 4 de enero de 2006;32(2):121-8.
14. Wiegatz I, Thaler CJ. Hormonal Contraception—What Kind, When, and for Whom? *Dtsch Ärztebl Int*. julio de 2011;108(28-29):495-506.
15. Martin A. Emergency contraception in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública*. diciembre de 2004;16(6):424-31.
16. Briones Sigüenza L, Ñauta Baculima J, Mosquera L. Conocimientos, actitudes y prácticas referentes a anticoncepción de emergencia entre los

estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca. 2008. 2008 [citado 13 de febrero de 2015]; Recuperado a partir de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/19782>

17. Gómez Molina ED. Conocimientos y uso de la anticoncepción de emergencia en estudiantes de la Escuela de Enfermería y Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca 2009- 2010. 2010.

ANEXOS