UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, EN EL AÑO 2017".

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

FLORES PAUCAR MIRIAM YENY

PUCALLPA - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ÉSTA TESIS FUE APROBADA POR EL JURADO EVALUADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

.....

Dr. WALTER ROMAN LEVEAU BARTRA
Presidente

.....

Dr. OSCAR MARCELINO CORNEJO CHAVEZ
MIEMBRO

.....

Dr. ARTURO RAFAEL HEREDIA
MIEMBRO

.....

Dr. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL
ASESOR

.....

Bach. MIRIAM YENY FLORES PAUCAR
TESISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Constancia

N° 071

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

La Dirección General de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el PROYECTO DE INVESTIGACION titulado:

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, EN EL AÑO 2017"

Cuyo autor es:

Miriam Yeny, Flores Paucar

Asesor: **Dr. Enrique, Ruiz Solsol**

Escuela: **Medicina**

Facultad: **Medicina Humana**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio, dicho documento presenta un porcentaje de similitud de **03%.**

El tal que de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en la DIRECTIVA DE USO

DEL SISTEMA ANTIPLAGIO (10%), en el artículo 9: "Criterios de porcentaje de similitud". Se declara, que dicho trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de plagio, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de verificación se FIRMA Y SELLA la presente constancia.

Fecha: 28/02/2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYAL
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL
DRA. DINA FARI QUISPE
Direc. Gral Prod Intel

Firma: _____

REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo, Miriam Yeny Flores Paucar
Autor de la TESIS titulada:
"Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Anticoncepción Oral de Emergencia en Estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017"

Sustentada el año: 2019
Con la asesoría de: Dr. Luis Enrique Ruiz Solsol.
En la Facultad de: Medicina Humana.
Escuela Profesional de: Medicina Humana.

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguiente términos: Primero: otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en forma digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas. Tercero: autorizo la publicación,

- [x] Total (significa que todo el contenido de la tesis en PDF será compartido en el repositorio).
- [ ] Parcial (significa que solo la carátula, la dedicatoria y el resumen en PDF serán compartidos en el repositorio).

De mi TESIS de investigación en la página web del Repositorio Institucional de la UNU.

En señal de conformidad firma la presente autorización.

Fecha: 07 / 03 / 19

Email: yenymi_09@hotmail.com
Teléfono: 944855789

Firma:
DNI: 46735199

PORTADA

1.1 Título de la Investigación

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, EN EL AÑO 2017.

1.2 Área de investigación

ÁREA PRECLÍNICA

1.3 Autor

FLORES PAUCAR MIRIAM YENY

Bachiller en Medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.

1.4 Asesor

MC. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali

1.5 Instituciones que financian

NINGUNA

DEDICATORIA

Esta tesis dedicada con mucho amor y cariño a mis padres Saturnino Flores y Luciana Paucar, por el esfuerzo que hicieron para darme los medios para culminar satisfactoriamente mi carrera, por enseñarme a ser cada día una mejor persona y confiar plenamente en mí, que a pesar de la distancia siempre estuvieron apoyándome en todo, con sus palabras de aliento para no decaer y siguiera adelante persiguiendo mis ideales con perseverancia en todo momento.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer en primer lugar a Dios por haberme guiado en este largo camino para lograr culminar esta carrera. Un agradecimiento especial a todos mis maestros que contribuyeron en mi formación durante los años de universidad, que me brindaron sus conocimientos y apoyo para ser un mejor profesional cada día.

Así mismo agradecer a mi asesor Dr. Ruiz Solsol Luis Enrique por haber apoyado esta investigación.

Agradecer a mis padres por su apoyo incondicional en el desarrollo de toda mi carrera. Agradecer a mis hermanos que siempre estuvieron presentes en momentos difíciles, motivándome siempre a seguir adelante.

Agradezco a los que me apoyaron con la recolección de datos.

ÍNDICE

PORTADA v

DEDICATORIA vi

AGRADECIMIENTO vii

INDICE viii

INDICE DE TABLAS x

INDICE DE GRÁFICOS xiii

RESUMEN xvi

ABSTRACT xvii

INTRODUCCION xviii

CAPÍTULO I: PROBLEMA 1

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 1

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA ..... ….3

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 4

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION 5

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 7

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION 7

2.1.1 Antecedentes internacionales 7

2.1.2 Antecedentes nacionales 15

2.1.3 Antecedentes locales 19

2.2 BASES TEÓRICAS 20

2.3 HIPOTESIS 36

2.4 VARIABLES DE ESTUDIO 36

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 40

3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO 40
3.2 TIPO DE INVESTIGACION 40
3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN 40
3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN 40
3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 40
3.6 POBLACIÓN Y MUESTRA 41
3.7 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 42
3.8 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS..... 44
3.9 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS 44
3.10 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS 45

CAPÍTULO IV: RESULTADOS 46

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 46
4.2 DISCUSIÓN 75
CONCLUSIONES 80
RECOMENDACIONES 82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 84
ANEXOS 91

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Sexo de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **46**

Tabla N°2 Edad de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **47**

Tabla N°3 Religión de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **49**

Tabla N°4 Procedencia según Región Geográfica de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **50**

Tabla N°5 Año de estudios de los estudiantes de medicina Humana de la UNU que participaron en la investigación en el año 2017 ..... **51**

Tabla N°6 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **52**

Tabla N°7 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según sexo de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **54**

Tabla N°8 Año de estudio y nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de medicina Humana de la UNU que participaron en la investigación en el año 2017. ..... **55**

Tabla N°9 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según religión de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **57**

Tabla N°10 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según región procedencia de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **58**

Tabla N° 11 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017…… **60**

Tabla N° 12 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según sexo de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017…… **61**

Tabla N° 13 Año de estudio y Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017. **62**

Tabla N°14 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según región de procedencia de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 201**7** **64**

Tabla N° 15 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según religión de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017. **65**

Tabla N°16 actitud de la AOE en relación al nivel conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de medicina humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017 . **67**

Tabla N°17 En respuesta a la pregunta ¿Usted ya inició sus relaciones sexuales? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 **68**

Tabla N° 18 En respuesta a la pregunta ¿Sus creencias religiosas le permitirían utilizar la anticoncepción de emergencia? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 **70**

Tabla N° 19 En respuesta a la pregunta ¿recomendaría el uso de esta sustancia? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 **71**

Tabla N° 20 En respuesta a la pregunta ¿está de acuerdo con el uso de la AOE? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 **.....72**

Tabla N° 21 En respuesta a la pregunta ¿ha usado la anticoncepción oral de emergencia? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 **.....74**

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1 Sexo de los estudiantes de Medicina Humana que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **46**

Gráfico N°2 Edad de los estudiantes de Medicina Humana que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **48**

Gráfico N°3 Religión de los estudiantes de Medicina Humana que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **49**

Gráfico N°4 Procedencia según Región Geográfica de los estudiantes de Medicina Humana que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **50**

Gráfico N°5 Año de estudios de los estudiantes de medicina Humana que participaron en la investigación en el año 2017 ..... **51**

Gráfico N°6 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de Medicina Humana que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **53**

Gráfico N°7 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según sexo de los estudiantes de Medicina Humana que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **54**

Gráfico N°8 Año de estudio y nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de medicina Humana que participaron en la investigación en el año 2017. ..... **56**

Gráfico N°9 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según religión de los estudiantes de Medicina Humana que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **57**

Gráfico N°10 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según región procedencia de los estudiantes de Medicina Humana que participaron en el estudio en el año 2017 ..... **59**

Gráfico N° 11 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de Medicina Humana que participaron en el estudio en el año 2017 **.....60**

Gráfico N° 12 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según sexo de los estudiantes de Medicina Humana que participaron en el estudio en el año 2017. **.....61**

Gráfico N° 13 Año de estudio y Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de Medicina Humana que participaron en el estudio en el año 2017. **.....63**

Gráfico N°14 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según región de procedencia de los estudiantes de Medicina Humana que participaron en el estudio en el año 201**7 .....64**

Gráfico N° 15 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según religión de los estudiantes de Medicina Humana que participaron en el estudio en el año 2017. **.....66**

Gráfico N°16 Actitud en relación al nivel de conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de medicina humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017**.....67**

Gráfico N°17 En respuesta a la pregunta ¿Usted ya inició sus relaciones sexuales? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 **.....69**

Gráfico N° 18 En respuesta a la pregunta ¿Sus creencias religiosas le permitirían utilizar la anticoncepción de emergencia? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017**.....70**

Gráfico N° 19 En respuesta a la pregunta ¿recomendaría el uso de esta sustancia? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 **.....72**

Gráfico N° 20 En respuesta a la pregunta ¿está de acuerdo con el uso de la AOE? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 **.....73**

Gráfico N° 21 En respuesta a la pregunta ¿ha usado la anticoncepción oral de emergencia? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017 **.....74**

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas acerca de la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017.

Materiales y Método: Este estudio es de tipo no experimental, descriptivo, transversal. Con una muestra de 133 estudiantes medicina. Se administró una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas que incluyo datos sociodemográficos, con los resultados obtenidos se procedió a realizar el manejo estadístico de las variables con el programa estadístico SPSS vs23.0 y Excel 2015.

Resultados: El 55% (73 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento medio sobre la anticoncepción oral de emergencia, el 23% (31 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento bajo y el 22% (29 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento alto. El 63% (83 estudiantes) obtuvo una actitud de indecisión frente a este, el 23% (31 estudiantes) obtuvo una actitud de aceptación y el 14% (19 estudiantes) obtuvo una actitud de rechazo hacia este método. Del 61% (81 estudiantes) que ya iniciaron sus relaciones sexuales, el 42% (56 estudiantes) respondieron que sí usaron la AOE. Del total de estudiantes el 62% recomendó su uso (82 estudiantes).

Conclusiones: Un alto porcentaje de los estudiantes de medicina (78,2%) de la Universidad Nacional de Ucayali presentó un nivel de conocimiento entre medio y bajo sobre AOE, con una actitud mayoritaria de los estudiantes (63%) de indecisión.

Palabras clave: Anticoncepción oral de emergencia, anticoncepción de emergencia, conocimiento, actitudes, prácticas, estudiantes de medicina.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge, attitudes and practices on emergency oral contraception in students of Human Medicine of the National University of Ucayali, in the year 2017.

Materials and Method: This study is non-experimental, descriptive, transversal. With a sample of 133 medical students. A survey was administered on knowledge, attitudes and practices that included sociodemographic data, with the results obtained, the statistical management of the variables was carried out with the statistical program SPSS vs23.0 and Excel 2015.

Results: 55% (73 students) presented a level of knowledge about emergency oral contraception, 23% (31 students) presented a low level of knowledge and 22% (29 students) presented a high level of knowledge. 63% (83 students) obtained an attitude of indecision in front of this, 23% (31 students) obtained an attitude of acceptance and 14% (19 students) obtained an attitude of rejection towards this method. Of the 61% (81 students) who already started their sexual relations, 42% (56 students) answered that they did use the AOE. Of the total students, 62% recommended its use (82 students).

Conclusions: A high percentage of medical students (78.2%) from the National University of Ucayali presented a level of knowledge in the medium and low on AOE, with a majority attitude of students (63%) of indecision.

Key words: Emergency oral contraception, emergency contraception, knowledge, attitudes, practices, medical students.

INTRODUCCION

Cada año a nivel mundial ocurren unos 56 millones de abortos inducidos como consecuencia de embarazos no planificados. De esta cifra se estima que 25 millones (45%) fueron inseguros. Cuando sin desearlo una mujer queda embarazada, básicamente tiene dos alternativas: un aborto inducido al intentar interrumpir el embarazo, o continuar con el mismo y dar a luz a un hijo que probablemente, tampoco será deseado. Responder ante ambas situaciones es un compromiso de todos, ya que los embarazos no deseados son en gran medida una responsabilidad social (1, 2). Es por ello que la mujer puede utilizar la anticoncepción oral de emergencia (AOE) como un recurso para evitar un embarazo no planificado, ya que ofrece un respaldo importante en casos de una relación sexual no protegida o de un accidente durante el uso de otro anticonceptivo (como olvido de las píldoras o rotura de un condón), y es especialmente útil después de una violación. Según la OMS los regímenes recomendados de las píldoras anticonceptivas de emergencia son:, levonorgestrel, anticonceptivos orales combinados (AOC) que contienen etinilestradiol y levonorgestrel, acetato de ulipristal (3).

En el Perú la participación de la salud pública resulta ser importante, ya que les permite a las mujeres alcanzar el respeto de los derechos sexuales y derechos reproductivos. El sistema de salud pública al prevenir un embarazo no deseado, permite también mejorar los índices en relación al número de abortos clandestinos, de muerte materna por aborto, de embarazo adolescente e incluso de abandono infantil. La AOE ha sido reconocida como un derecho sexual y reproductivo, y en nuestro país, el Ministerio de Salud – MINSA, los ha incluido dentro de la oferta de los servicios públicos (4).

Por otro lado las mujeres en el Perú aún no hacen realidad sus aspiraciones reproductivas y sexuales según demuestra las estadísticas sobre Salud Sexual y Reproductiva. Ya que tienen más hijos de los que piensan tener, muchas son víctimas de violación sexual, y la mayoría toman decisiones extremas en sus vidas

como la interrupción del embarazo, esto le puede llevar a una situación peligrosa debido a su ilegabilidad sobre todo para las mujeres más pobres y jóvenes (5).

Podemos decir que una de los principales razones para que se de esta situación, es la falta de conocimiento y las actitudes negativas sobre la anticoncepción oral de emergencia, otras son el temor a los efectos secundarios, la postura de algunas iglesias y las barreras para conseguir. Es por ello que se realiza esta investigación con el propósito de conocer el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas sobre la AOE en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali sobre este método.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La principal problemática social - sanitaria que viene afectando desde hace varios años en el mundo es el incremento de los embarazos no deseados que se han convertido no solo en un problema de salud sino también un problema social, político y económico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que 16 millones de adolescentes aproximadamente, ya son madres cada año y el 95% de esos nacimientos se dan en países subdesarrollados y además mueren cada día unas 830 mujeres en todo el mundo por complicaciones asociadas con la gestación y el parto (6, 7). Factores como el inicio sexual temprano o el poco conocimiento en medidas preventivas son los que más se repiten según los estudios en adolescentes (8, 9). Así mismo la OMS calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos de ellos en países en desarrollo (10).

La anticoncepción Oral de emergencia (AOE), es un método que toda mujer puede utilizar como medio para evitar un embarazo no planificado, cuando se ha tenido relaciones sexuales no protegidas o en casos de violaciones. (11) Hoy en día su uso es aprobado por distintos países de América Latina y el Caribe siendo el Perú uno de ellos, con Resolución Ministerial 399-2001-SA/DM (12).

En un estudio realizado en México sobre conocimientos previos de anticoncepción de emergencia en estudiantes, el 45% solo sabía su uso correcto indicando que era necesario la enseñanza adecuada de su uso (13).

En el Perú, cada año se produce alrededor de 300, 000 abortos, se calcula que en el mismo lapso cinco de cada 100 peruanas entre los 15 y los 49 años se provoca un aborto. El número de nacimientos no deseados anuales es similar al de los abortos inducidos. Considerándose que esta opción anticonceptiva puede contribuir y cumplir una función importante en disminuir los embarazos no deseados, los abortos inducidos y las complicaciones de esta práctica (14).

En Perú realizaron un estudio en la UNMSM en Lima en estudiantes del quinto año de Medicina Humana, donde encontraron que el mayor porcentaje de estudiantes con un 89 % presentaban conocimientos deficientes entre medio y bajo, con una actitud de indecisión en un 70,6% en relación a la anticoncepción oral de emergencia (15).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES – 2015), donde su propósito fue evaluar el nivel de conocimiento de las usuarias en cuanto a los métodos anticonceptivos, ya que es necesario para su utilización, donde encontraron que han escuchado hablar o conocen algún método de planificación familiar en un 99,8% de todas las mujeres en edad fértil, sin embargo eso no significa que tengan un buen nivel de conocimiento acerca del método. Dentro de los métodos modernos, se incluye a la anticoncepción oral de emergencia como uno de los métodos más conocidos con un 78,8 %, Así mismo reportan que mujeres entre 15 y 49 años del total, un 21,2% había utilizado la AOE al menos en una ocasión (16). Además según la ENDES 2016 - 2017, los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (23,2%), en las residentes de la Selva (22,6%) y las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (24,2%) (17). Es por ello que se ha demostrado en varios estudios que ser madres a una temprana edad trae riesgos de tener efectos negativos tanto en la salud de la madre como en la salud de sus infantes; por lo tanto se debe tomar medidas que contribuyan a disminuir estos casos (18 - 20).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema principal

¿Cuál es el nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017?

Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017?

2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017?

3. ¿Cuáles son las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017?

4. ¿Cuáles son las prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

a) Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017.

b) Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017.

2. Establecer el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017.

3. Identificar las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017.

4. Identificar las prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

El embarazo no deseado es una carga social, así como económica para la sociedad con un alto índice de complicaciones. Es por ello que es importante que todos entendamos que ningún método anticonceptivo es 100 % seguro. Todas las mujeres podemos necesitar una oportunidad de último minuto para evitar un embarazo no deseado, haciendo accesible la anticoncepción oral de emergencia como un método de respaldo, como también así lo reconoce la OMS. Además las defunciones maternas se evitaría entre un 20 a 35% con la prevención de los embarazos no deseados, según estudios patrocinados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (3, 21, 22). Se estima que el costo anual por tratamientos de complicaciones importantes derivadas de abortos peligrosos asciende a $ 680 millones (23).

Por otro lado en relación con el aborto, debido a su penalización es muy difícil obtener datos, en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, los resultados obtenidos en el año 2014, muestran que el 5,9% de adolescentes alguna vez embarazadas tuvieron algún embarazo que no resultó en nacido vivo, esto ocurrió principalmente en los primeros tres meses de gestación (81,5%). Sin embargo, no se sabe si el embarazo terminó espontáneamente o si la interrupción fue provocada. (5) Otra cosa que nos deben llamar la atención son los resultados de la ENDES 2016 donde la región Ucayali es uno de los departamentos que presenta altos porcentajes (26,7%) de adolescentes que ya son madres o están embarazadas con la primera hija/o. (24) Además con relación a la fecundidad en adolescentes en el Perú para el año 2017 según el ENDES encontró que en los últimos cinco años se ha incrementado ligeramente en 0,2 puntos porcentuales (de 13,2% a 13,4%) (17).

Todo esto debe ser motivo para la utilización de AOE. Sin embargo hay múltiples obstáculos que se encuentran para la utilización de este método, en diferentes estudios se ha encontrado que las mujeres, incluidas las adolescentes, pueden no optar por utilizar la anticoncepción oral de emergencia, porque se sienten perturbadas o avergonzadas, están preocupadas por lo que otros piensan, otras por

razones económicas, y porque tienen preocupaciones sobre los efectos adversos (25). Es por ello que en el Perú se ampara la utilización de anticoncepción oral de emergencia (AOE) por medio de los derechos sexuales y familiares; mediante la Ley General de Salud Nº 26842 en su Artículo 6º establece que "Cada persona tiene derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales" dentro del cual se sitúan los métodos anticonceptivos hormonales, incluyendo la AOE. (26) Por lo tanto brindar a las mujeres un recurso como la anticoncepción hormonal poscoito o también llamada "pastilla del día siguiente", permitirá al sistema de salud pública mejorar los índices respecto al número de embarazos adolescentes, abortos clandestinos, muerte materna por aborto, e incluso del abandono infantil (27). Así como también lo recomienda la OMS que todas las mujeres y niñas que tengan el riesgo de un embarazo no desado tienen derecho a la anticoncepción de urgencia. Ya que son métodos que deberían integrarse sistemáticamente en todos los programas nacionales de planificación familiar (3).

Teniendo en cuenta esta problemática y el papel futuro de los estudiantes de medicina como consejeros de los métodos anticonceptivos, se realiza este estudio para explorar el nivel de conocimientos e identificar las actitudes y prácticas sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Ucayali. Ya que finalmente ellos no solamente serán usuarios de la AOE sino que también como futuros proveedores de la salud sexual deben tener actitudes aceptables hacia la AOE y conocer fehacientemente el uso correcto de la AOE, tanto el mecanismo de acción, dosis, efectos adversos más comunes, entre otros; pudiendo así contribuir en disminuir los embarazos no deseados y la mortalidad materna por causa de abortos clandestinos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

2.1.1 Antecedentes internacionales

Tapia A, Villaseñor M, et al. (2008). realizaron un estudio transversal y cualicuantitativa para identificar Conocimientos y actitudes, en jóvenes universitarios del centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de México frente al uso de la anticoncepción de emergencia, con la participación de 583 estudiantes universitarios del primer ingreso. Quienes encontraron que un alto porcentaje de estudiantes (95%) refirieron haber escuchado de la anticoncepción de emergencia (AE) y un 80% la consideraron un método útil de planificación familiar. El 62,5% de los hombres tenían mayor conocimiento sobre el uso correcto de la AE, en comparación con las mujeres (49%). Así mismo al comparar las actitudes frente al uso de la AE, los varones tenían una aceptación mayor (83.3%) respecto al uso de la AE, en relación a las mujeres (71.9%). Los aspectos morales se asociaron a razones de no uso. Donde finalmente concluyen que los hombres tuvieron mayores conocimientos y actitudes más favorables para su uso. Aunque casi todos han escuchado sobre la AE, solo el 50% conoce el uso correcto y una cuarta parte por influencia de concepciones ético - morales mostraron actitudes desfavorables (28).

Ramírez Á, Zurita G, et al. (2009). Realizaron un estudio descriptivo y transversal para evaluar el conocimiento de los estudiantes del ámbito de la salud en México, sobre la utilización de la anticoncepción oral de emergencia. Quienes constituyeron la muestra fueron 142 estudiantes. Donde obtuvieron como resultados, que un 51% de los participantes tenía un conocimiento deficiente sobre la AOE, un 46% tenía un conocimiento regular y solamente el 3% un buen conocimiento. Así mismo encontraron que hay mayor conocimiento sobre la dosificación (92%) y menor

conocimiento acerca del mecanismo de acción (22%). Al respecto del nivel de conocimiento, los estudiantes de Enfermería y Estomatología tenían un nivel bueno del 2.1% y 0% respectivamente, a diferencia de los estudiantes de Medicina que obtuvieron un conocimiento bueno en un 6.8%. Concluyendo que existe un nivel deficiente sobre el conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes del ámbito de la salud. Los estudiantes de Enfermería y Estomatología tenían menor conocimiento en comparación con los de Medicina (29).

Parey B, Addinson L, et al. (2010). En su estudio titulado: "El conocimiento, la actitud y la práctica de las píldoras anticonceptivas de emergencia entre los estudiantes de nivel terciario en trinidad". Quienes realizaron una encuesta transversal con una muestra de 76 estudiantes de medicina y 160 no médicos. Donde encuentran que la mayor cantidad de los estudiantes (84%), tenían menos de 25 años de edad, un mayor número eran cristianos (64%), y un 92% eran solteros. Además el 81% de los participantes uso condones como el principal tipo de anticoncepción. Solo el 63 % había oído hablar de la AE antes y de estos solo el 9% había oído hablar de fuentes médicas. Más de la mitad (62%) de los participantes consideran que el incremento en el uso de la AE aumentaría la promiscuidad ($p = 0.013$), pero el 59% considero que las AE deberían estar disponibles más fácilmente ($p = 0.014$). Donde finalmente concluyen que el nivel general de conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia fue pobre. La actitud general de los estudiantes hacia la AE fue positiva. Esta investigación ayudará a los propulsores de políticas, ya que se está proporcionando conocimiento basado en evidencia para promover el uso de la AE entre los estudiantes universitarios (30).

Muhammad E. y Shanaz G. (2012). En su estudio titulado: "Conocimiento, prácticas y actitudes de la anticoncepción de emergencia entre las estudiantes universitarias de KwaZulu – Natal, Sudáfrica". Realizaron un estudio de tipo transversal, con una muestra de 582 estudiantes universitarias. Encontrando que la edad media de las estudiantes fue 20.9

años y el 57,2% eran sexualmente activos actualmente. Del total el 49,8% de los estudiantes respondieron que habían oído hablar sobre AE antes del estudio. Así mismo cerca de dos tercios (61.8%) recomendaría su uso de la anticoncepción de emergencia y el 63,2 % lo utilizarían si lo necesitan. Quienes concluyen que el conocimiento y la utilización de la anticoncepción de emergencia de los estudiantes eran bajos. Los servicios de la anticoncepción de emergencia deben ser ofrecidos en el campus, así como también la promoción de la educación sanitaria deben ir dirigidas a estos estudiantes. (31)

Lara L y Ruiz L, (2012). En su investigación titulado: "Conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos de emergencia en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León". Donde realizaron un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con una muestra de 291 participantes de la carrera de Medicina del quinto y sexto año. Se determinó que la gran mayoría de los estudiantes conocen la anticoncepción oral de emergencia, teniendo la mayor parte un conocimiento acertado de los mismos. Reconocieron que la AOE no son microabortivas más de la mitad de los estudiantes, señalando el mecanismo de acción de forma correcta. En relación a la actitud la gran mayoría de los estudiantes respondieron, estar de acuerdo con el uso de la AOE (58%). El 11% de los participantes estuvieron en desacuerdo, quedando un 31% como neutral. De los 15 estudiantes (11%) que refirieron estar en desacuerdo, 87% respondieron que los principios morales - religiosos eran la razón de tal desacuerdo. Además, los que estuvieron en desacuerdo dos tercios eran del sexo femenino (10 estudiantes). Del total de estudiantes que estuvieron de acuerdo con la AOE, el 79% lo recomendaría a sus pacientes, de los que están en desacuerdo el 100% no lo prescribirían a sus pacientes y quienes expresaron una opinión neutral, un 79% no lo recomendarían a sus futuros usuarios. Así mismo encontraron que el 71% (93) del total de estudiantes están dispuestos a usar la AOE (32).

Lopez C, Ramirez R, et al. (2014). Realizo una investigación titulado: "Utilización de Métodos Anticonceptivos en estudiantes de Enfermería – México". Quienes realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y exploratorio, con una muestra de 71 estudiantes. Donde participo una mayor proporción de mujer hombres respectivamente (62% y 38%, respectivamente). El 94 %contaba con una edad entre 19 y 34 años, y el 6% entre 35 y 59. La edad promedio fue de 22 años. Más de la mitad señalo ser católico en un 60%; el 9% evangélico y el 3% mormón, y el 20 % ningún tipo de religión. El 100% de varones reportó haber tenido relaciones sexuales y el 32% de las mujeres indicó no haber iniciado su vida sexual. El 90% de las mujeres señaló tener conocimiento sobre los MAC, en comparación con el 70 % de los hombres que mencionaron desconocer su utilización y su funcionamiento. La anticoncepción de emergencia, había sido utilizada tanto en hombres como por mujeres, por el 56% de los participantes sexualmente activos (33).

Dorairajan G, Chinnakali P, et al. (2015). En su investigación titulado: "Conocimientos, actitudes y factores que influyen en el uso potencial de la anticoncepción de emergencia en estudiantes universitarios en Puducherry, sur de la India". En su estudio descriptivo, transversal realizaron entre los estudiantes que asisten a la universidad de Puducherry con una muestra de 529 estudiantes (132 de la facultad de medicina y 397 de la facultad de ingeniería). Quienes encontraron que de los 529 participantes, 122 (23.1%) tuvieron conocimiento de la anticoncepción de emergencia, 192 (36.3%) no sabían y 215 (40.6%), no respondieron a esta pregunta. Con respecto a la actitud hacia la AE, 114 (21.6%) consideraron que la AE es una forma de aborto, 94 (17.8%) pensaron que la AE incrementaría la promiscuidad. Con respecto al uso potencial, 102 participantes (19.3%) probablemente usaron anticoncepción de emergencia después de una relación sexual involuntaria, 39 (7.4%) dijeron que no lo usarían, más de la mitad 291 (55%) no están seguros, y 97 (18.3%) de los estudiantes no respondieron. De los 329

(62.2%) de los que respondieron, no fueron expuestos a ninguna educación sexual formal (34).

Bisrat Z, Bosena T, et al. (2015). En su estudio titulado: "Factores que se asocian a la utilización de la anticoncepción de emergencia entre las estudiantes de la universidad de Mizan–Tepi, Suroeste de Etiopia". Encontraron que del total de los 489 participantes, 188 (38,4%) ha tenido relaciones sexuales desde que entraron a la universidad de los cuales 123 (65,4%) tuvieron relaciones sexuales sin protección, 81 (43,1%) habían estado embarazada y la mayoría 69 (85.2%) experimentaron embarazos no deseados. Por otra parte el índice global de conocimientos sobre la anticoncepción de emergencia (AE) también muestra que la mayoría, 238 (71,7%) de los participantes tenían un escaso conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia. Al respecto a las actitudes hacia la AE, 246 (50,3%) de los participantes coincidieron en que el uso de la AE puede causar infertilidad en la mujer. En relación con el nivel general de las actitudes de las estudiantes más de la mitad (53,2%) de ellas tenían una actitud desfavorable hacia la anticoncepción de emergencia. Con respecto a la utilización de la anticoncepción de emergencia, entre de los que tuvieron relaciones sexuales desde la universidad, solo 68 (36,2%) habían usado anticoncepción de emergencia y amigas fueron la principal fuente de información para usuarios de la AE. Entre los participantes sexualmente activos que no usaron la anticoncepción de emergencia, la falta de conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia y el temor de ser vistos por otros (43,9%) fueron las razones que influenciaron en su no uso (35).

Asut O. Ozenli O. et al. (2016). En su investigación titulada: "El conocimiento y las percepciones de los estudiantes de primer año de medicina de una universidad internacional sobre planificación familiar y anticoncepción de emergencia en Nicosia". En su estudio transversal con una muestra de 189 estudiantes. Quienes realizaron la distribución de participantes de 23 países según la nacionalidad revelo tres países líderes:

Nigeria Turquía y Siria. Encontrando que la gran mayoría de estudiantes, el 53.6% conocía la definición de planificación familiar. Las fuentes de información fueron principalmente la escuela, internet y los medios de comunicación, con un total del 60.9% de los estudiantes que declararon tener información previa fueron el 25.4% de los participantes, cinco de los participantes que dijeron haber tenido experiencia sexual previa habían usado la AOE. Además la conciencia de los métodos anticonceptivos fue indicada por más del 90% y la anticoncepción de emergencia por el 66.1% de los estudiantes. Sin embargo, los participantes no pudieron diferenciar entre métodos de planificación familiar modernos y tradicionales; el 85.6% no tenía conocimiento del periodo más efectivo para la anticoncepción de emergencia y más de la mitad de los participantes (63.1%) de la definición de la AOE. Finalmente concluyen que el nivel de conocimiento y conciencia de los estudiantes de primer año de medicina sobre planificación familiar y anticoncepción de emergencia fue insuficiente. La educación y la planificación de la familia sobre la anticoncepción de emergencia deben ser objetivas y proporcionarse a los estudiantes desde el primer año en todas las facultades, así como a las escuelas de medicina, y los programas pertinentes deben ser incluidos en los planes de estudio de educación médica (36).

Gupta RK, Raina SK, et al. (2016). En su investigación titulado: "Anticoncepción de emergencia: conocimiento y actitud hacia su uso entre estudiantes de medicina de una facultad de Medicina en el Noreste de la India". Se realizó un estudio basado en un cuestionario transversal entre todos lodos los estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina del Gobierno en el Noreste de la India, con una muestra de 401 estudiantes. Encontrando que aproximadamente el 20,4% (82/401) de todos los sujetos tenían conocimiento sobre el uso tanto de AOE como el dispositivo intrauterino como anticoncepción de emergencia. Alrededor del 61,1% (247/401) de los participantes estaban informados sobre el momento de uso de la anticoncepción de emergencia. Los medios audiovisuales (76.6%;

307/401) fueron la fuente más común de información para los estudiantes de medicina. Es de importancia destacar que cinco estudiantes tuvieron una experiencia sexual y tres de estos habían usado una anticoncepción de emergencia. Quienes finalmente concluyen que la falta de un conocimiento profundo y adecuado de la AE entre los futuros profesionales de la salud debe alarmar el sistema de enseñanza médica, ya que la AE es el único método que se puede usar para prevenir el embarazo después de tener relaciones sexuales sin protección o un accidente anticonceptivo. (37)

Abiodun O. (2016). En su estudio titulado: "El uso de anticoncepción de emergencia en Nigeria: una exploración de factores relacionados entre los estudiantes sexualmente activos universitarias". Donde realizaron un estudio transversal entre 1328 mujeres universitarias sexualmente activas y nunca casadas. La mayoría de los participantes eran conscientes de la anticoncepción de emergencia (72,6%), tenía un buen conocimiento (56,0%), y tenía la percepción de que es eficaz (74,6%) y fácil de usar (72,4%). Las principales fuentes de información sobre la AE eran amigos (32,9%) y los medios de comunicación (20%). Sobre el 52% de los participantes tenían relaciones sexuales sin protección en los seis meses anteriores, mientras que 718 (54,1%) nunca habían usado la AE (38).

Vinueza A, Ruiz C, et al. (2018). En su estudio titulado: "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en estudiantes de medicina de la Universidad Central del Ecuador". Realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal con una muestra de 246 estudiantes. Quienes encontraron que el nivel conocimiento en los participantes fue alto, sobre los métodos anticonceptivos, lo cual destacó con un mayor porcentaje el condón (98,4%), seguidos de los métodos de esterilización como vasectomía (97,2%) y la ligadura (95,5 %), respectivamente. DIU o espiral (94,3%), anticonceptivos orales (93,9%), anticoncepción de emergencia (92,7%) e implante subdérmico (91,1%). Respecto a la valoración de la actitud frente los métodos anticonceptivos,

su preferencia sobre el método que preferiría usarse en el futuro, y las razones para usarlos o no, reveló que el implante subdérmico tuvo preponderancia con un 30.5% (75) de los encuestados, seguido del preservativo 22,8%(63). Los métodos irreversibles como la vasectomía y ligadura de trompas uterinas obtuvieron el 3,3% (8) y 0,4% (1) respectivamente. La píldora de emergencia sería utilizada por un 0,8% (2). Donde concluyen que la salud reproductiva es una problemática en crecimiento sobre todo en países en vías de desarrollo, por los costos y morbimortalidad que representa un embarazo no deseado. Los estudiantes de medicina a pesar de tener un conocimiento vasto, así como actitud en anticoncepción como lo demuestra nuestro estudio, en su práctica no es suficientemente segura. Es necesario realizar más estudios al respecto (39).

Mohammed S, Abdulai AM, et al. (2019). En su estudio titulado: "Conocimientos previos al servicio, percepción y uso de anticonceptivos de emergencia entre futuros proveedores de atención médica en el norte de Ghana". Este fue un estudio transversal entre 191 mujeres estudiantes de último año de enfermería y obstetricia de Tamale en la región norte de Ghana. Resultados: Más de cuatro quintos, 166 (86.9%) de los participantes indicaron que habían escuchado sobre la anticoncepción de emergencia antes del estudio. Casi cuatro quintos, 74 (38.7%) de los participantes indicaron que es moralmente incorrecto usar anticoncepción de emergencia y más de la mitad, 104 (54.5%), de ellos el uso de anticoncepción de emergencia promueve la promiscuidad. Ciento tres (53.9%) y 158 (82.7%) participantes acordaron que los adolescentes solteros podrían usar la anticoncepción de emergencia y que el uso correcto de AE es seguro, respectivamente. No obstante, la mayoría de ellos (*n* = 92, 48.2%) no querían que la anticoncepción de emergencia estuvieran ampliamente disponibles para su uso. Más de la mitad, 110 (57.6%) de los participantes indicaron que nunca habían usado AOE. Solo 49 (25.7%) de ellos dijeron que alguna vez habían usado AOE. El 16.8% restante no

estaba seguro o no podía recordar si alguna vez habían usado la AOE. Finalmente concluyen que aunque había un nivel relativamente alto de conocimiento de la anticoncepción de emergencia entre los estudiantes, algunos estudiantes carecían de un conocimiento detallado sobre el método. Descubrimos que era fácil acceder a la anticoncepción de emergencia en el área de estudio, pero el uso de la anticoncepción de emergencia fue bajo entre los estudiantes. Un mayor número de participantes mostraron una actitud positiva hacia la anticoncepción de emergencia, pero muchos de ellos creyeron que la anticoncepción de emergencia alienta el comportamiento sexual promiscuo y que es moralmente incorrecto usar la anticoncepción de emergencia. El plan de estudios para la educación de enfermería y obstetricia debe brindar la oportunidad de obtener información detallada y conocimientos prácticos sobre la anticoncepción de emergencia para desmitificar las percepciones y actitudes negativas de los estudiantes de enfermería y obstetricia hacia la anticoncepción de emergencia y otras formas de anticoncepción y para mejorar su conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia (40).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Salinas k, (2014). Quien realizó un estudio descriptivo y transversal para evaluar conocimientos y actitudes de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohoman (UNJBG) de Tacna, en relaciona a la anticoncepción oral de emergencia. Los estudiantes entre 16 y 27 años de edad constituyeron la muestra. Donde encontró que el nivel de conocimiento acerca de la AOE es bueno entre las edades de 20 - 27 años con 75% y conocimiento deficiente entre edades de 16 - 19 años con 33, 69%; según el sexo se observó, que el sexo femenino tiene buen nivel de conocimiento con un 68,75%, comparado con el sexo masculino que tuvo un conocimiento deficiente en un 59,36%. El nivel de actitud acerca de la AOE en estudiantes de la UNJBG es favorable entre las edades de edades 20 - 27 años de 72,09%; y con nivel de actitud desfavorable está entre las edades de 16 - 19 años con 40%; Según el sexo se observó que el nivel de

actitud favorable se encuentra en el sexo masculino con 67,44% y con una actitud desfavorable en el sexo femenino en un 60% (41).

Zegarra S, (2014). Realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal y de método cuantitativo en estudiantes de pregrado del segundo y tercer ciclo de la facultad de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas - Lima, quienes evaluaron el nivel de conocimiento y la actitud sobre anticoncepción oral de emergencia. La población estuvo constituida por 207 estudiantes pertenecientes al segundo y tercer ciclo Resultados: Se encontró que el 1% de los estudiantes tienen nivel de conocimiento alto, el 54%de los estudiantes tiene nivel de conocimiento medio y el 45 % los estudiantes tiene nivel de conocimiento bajo. Dentro de las preguntas que tuvo menor cantidad de aciertos fue con respecto al método Yuzpe, tales como en el modo de uso y la efectividad del mismo. Mientras que la actitud es de aceptación en un 51%, de indiferencia en un 43% y de rechazo en un 6% (42).

Marcelo I., León B., et al. (2014). Quienes realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y analítico de corte transversal en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo de Huaraz, para evaluar conocimientos y actitudes de la anticoncepción oral de emergencia, donde participaron 338 estudiantes. Encontrando resultados con respecto al nivel de conocimientos del AOE, el 55,3% de los estudiantes tienen nivel medio, 29,6% de bajo nivel y solo el 15,1% tienen alto nivel; en un 54,4% la actitud de rechazo e indiferencia fue la predominante, mientras que de aceptación fue un 45,6%. Concluyen que hay predominio del nivel medio de conocimiento del AOE, igualmente; en concordancia a las actitudes hay preponderancia de rechazo e indiferencia (43).

Quispe K. y De la Cruz D, (2016). Realizaron un estudio analítico y transversal en estudiantes de Obstetricia de la Universidad Nacional de Huancavelica, para identificar el nivel de conocimiento y actitud del anticonceptivo oral de emergencia, tomaron una muestra de 220

estudiantes de obstetricia. Quienes obtuvieron como resultados, que los estudiantes que tenían entre 20 y 23 años de edad eran la gran mayoría, el 47% de estudiantes (102) logro un conocimiento medio, el 31% (67) tiene un nivel de conocimiento bajo y solo el 10% (22) un conocimiento alto. Así mismo obtuvieron que el 62% de los estudiantes tiene una actitud positiva y el 38% (82) una actitud negativa del AOE. Además, al relacionar estas variables encontraron que del total de participantes que tenía una actitud positiva; la gran mayoría (31%) tenía un conocimiento bajo y solo un 5% un conocimiento bajo. Mientras que del total de estudiantes con una actitud negativa; un alto porcentaje (20%) de participantes tenía un conocimiento medio y el 11% un conocimiento bajo (44).

Reyes N., Morales S., et al (2016). Realizaron un estudio en estudiantes de Obstetricia de una Universidad privada de Lima, para evaluar los factores asociados con el uso de la anticoncepción oral de emergencia, siendo el estudio de tipo transversal. Encontraron que del total de alumnas encuestadas (n=306), solo se consideraron 265 (86,6 %) debido a que hubo respuestas incompletas. El 86 % tenía entre 16 y 25 años. La mayoría era soltera, vivía con sus padres y solo estudiaba (62,3 %). El 75,5 % había iniciado su actividad sexual; el 65 %, entre los 16 a 19 años (promedio 16,8 años), y en los últimos 6 meses 140 (89,7 %) habían tenido acto sexual con pareja hombre. El 100 % había escuchado o recibido información sobre métodos anticonceptivos y AOE, el 60,8 % la usaría, el 55,1 % la había tomado la mayoría dentro de las 12 primeras horas poscoito (55,5 %), y solo una gestó, admitiendo haber tomado la AOE 48 horas después del coito. El 88,4 % la compró en una farmacia, pero solo el 10,3 % la adquirió con receta. 12,8 % conocía su composición; 13,2 %, su mecanismo de acción; y 6,9 % la había tomado cuatro o más veces en un año. El uso de AOE por las estudiantes de Obstetricia de una universidad privada de Lima es superior al promedio nacional; se observa que existe un mal uso al registrar ingesta de más de cuatro veces en un año. El conocimiento sobre

composición, indicación, mecanismo de acción, uso y efectos secundarios de la AOE es insuficiente (45).

Suca M. (2017). Quien realiza su estudio, para determinar el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia en internos de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2017, cuyo estudio es descriptivo, de corte transversal, prospectivo y con una muestra de 91 internos. Obteniendo como resultado que más de la mitad de los internos (53,8%) presento un nivel de conocimiento regular, con un nivel de conocimiento bueno en un 31.9% y solo el 14.3% con un nivel de conocimiento deficiente; las deficiencias encontradas fue en el mecanismo de acción, efectos adversos y la forma de administración. Además el sexo femenino tuvo un nivel de conocimiento del AOE bueno (65.5 %), en comparación del sexo masculino con un deficiente nivel de conocimiento (53,8%) (46).

Alva G. (2017). Realizó un estudio descriptivo, de corte transversal método cuantitativo y nivel aplicativo, sobre el nivel de conocimiento y actitud de la AOE en estudiantes del quinto año de Medicina Humana de la Universidad Privada Alas Peruanas, encuestando a 82 estudiantes. Encontrando como resultado que más de la mitad de estudiantes (73.1%) tuvieron un nivel de conocimiento medio, una sexta parte de estudiantes tenía un nivel de conocimiento bajo (17.1%), y solo el 9,8% un alto nivel de conocimiento. Con respecto a la actitud, el mayor porcentaje fue de indecisión con un 50%, de rechazo un 37,8%, y un 12,2% de aceptación. Donde concluyen que hay un alto porcentaje de estudiantes (90,2%) que presentan un nivel de conocimiento entre bajo y medio, con una actitud de indecisión en mayor cantidad. Además gran parte de los estudiantes opinan que no se incentivara las relaciones sexuales, si se brinda información a los adolescentes del AOE, y las personas que usan este método no se debe de discriminar (47).

2.1.3 Antecedentes locales

No se encontró ningún antecedente local respecto al tema. Es por eso la necesidad de evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia a los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Ucayali.

2.2 BASES TEÓRICAS

ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

La anticoncepción oral de emergencia (AOE), también llamada anticoncepción poscoital, píldoras anticonceptivas de urgencia, píldora del día siguiente, este último término mal empleado por la confusión que causa entre los consumidores; según la OMS lo define como métodos anticonceptivos que se pueden usar para prevenir embarazos no planificados, en los días inmediatamente después a una relación sexual. Además se determinó para situaciones creadas por una relación sexual sin protección, pudiendo ocurrir por un fallo o el uso incorrecto de otros anticonceptivos (como la rotura o deslizamiento del preservativo o el olvido de una píldora anticonceptiva) y para casos de relaciones sexuales forzadas sin protección o violación. Como su nombre lo indica no debe usarse en lugar de los anticonceptivos de uso regular, sino solo en casos de emergencia (3, 48).

El comienzo de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) se sitúa en Holanda, a mediados de la década de los sesenta, cuando un médico administró una alta dosis de estrógenos a una niña de 13 años que había sido víctima de violación sexual. De esta forma, se abrió inicio a la anticoncepción de emergencia y las investigaciones futuras para adaptar la dosis hormonal ideal para la mujer, de tal forma que se lograra el máximo de eficacia anticonceptiva con el mínimo de aporte hormonal y efectos secundarios (49).

La anticoncepción de emergencia es un método eficiente y seguro cuando se usa apropiadamente con un índice de efectividad del 75%, esto significa que se podrían evitar 3 de cada 4 embarazos que ocurrirían después de una relación sexual desprotegida (59).

Dentro de las opciones emergentes sobre los métodos de anticoncepción de emergencia (AE) son básicamente dos tipos: los preparados hormonales y un dispositivo intrauterino DIU de cobre, dentro de los regímenes hormonales encontramos: el método Yuzpe (anticonceptivos orales combinados), Levonorgestrel y los modernos como el acetato de ulipistral, la Mifepristone (51). De los cuales en Perú se emplean exclusivamente como anticoncepción oral de emergencia, el

método Yuzpe (estrógenos y progestágenos) y las pastillas de solo progestágeno que se conocen como “productos dedicados” entre las marcas más comunes está el Postinor 2 (levonorgestrel 2 dosis) y Escapel (levonorgestrel 1 dosis) (22, 52).

En el Perú, se vende la anticoncepción oral de emergencia desde el año 2002, en las distintas farmacias habiendo concedido la DIGEMID 15 registros sanitarios a distintas marcas (22).

Según estudios de la OMS las AOE, de LNG o el método Yuzpe deberían tomarse lo antes posible entre las 72 y las 120 horas posteriores a la relación sexual sin protección (3).

El método de Yuzpe**:** En los primeros ensayos clínicos se usaron altas dosis de estrógenos (Haspels y col 1976), posteriormente se las reemplazó por altas dosis de anticonceptivos orales combinados conteniendo etinil estradiol y levonorgestrel (Yuzpe y col 1974). A esta combinación se la conoce como el método de Yuzpe (49). La tasa de embarazos comunicados en 11 estudios clínicos en mujeres que habían usado el método de Yuzpe fue del 1,8% (del 0,2 al 7,4%). El protocolo según la Organización Mundial de la Salud, consiste en la administración de dos dosis con 12 horas de intervalo, cada una de ellas con 100 µg de etinilestradiol y 0,50 mg de levonorgestrel (3, 53). En el estudio internacional de la Organización Mundial de la Salud realizado en 21 centros en 1998, la tasa de embarazo entre las mujeres que habían usado el método de Yuzpe fue del 3,2%. Varios estudios clínicos han mostrado que los estrógenos y progestágenos utilizados en el contexto de la AE que contienen etinilestradiol y levonorgestrel pueden inhibir o retrasar la ovulación. Este mecanismo de acción podría explicar la eficacia de los estrógenos y progestágenos cuando se utilizan en la primera parte del ciclo, antes de que se haya producido la ovulación. Por otra parte, algunos estudios han mostrado alteraciones histológicas o bioquímicas del endometrio con este protocolo, lo que lleva a la conclusión de que los estrógenos y progestágenos pueden actuar alterando la receptividad del endometrio a la implantación de un óvulo fecundado. Sin embargo, estudios más recientes no han encontrado esos efectos en el endometrio. Se pueden mencionar otros mecanismos: interferencia con el funcionamiento del cuerpo lúteo, espesamiento del moco cervical, alteraciones en el transporte tubárico de los

espermatozoides o del óvulo fecundado, inhibición directa de la fecundación (48, 49, 53).

Los progestágenos solos: En el contexto de la AE, sólo se ha estudiado el levonorgestrel. El protocolo inicial consistía en tomar dos dosis de 0,75 mg con 12 horas de intervalo. La tasa de embarazo que se encontró en el primer estudio multicéntrico internacional de la OMS en 1998 fue del 1,1%. Estudios más recientes (entre ellos el de la OMS en 2002) han mostrado que una dosis única de 1,5 mg es tan eficaz como dos dosis de 0,75 mg con 12 horas de intervalo (50).

Antes de examinar el mecanismo de acción del Levonorgestrel (LNG), debe quedar claro que esta sustancia química es una progestina sintética que, al igual que otras de la misma familia, tiene acciones similares a la progesterona (P). Si se administra antes de la ovulación, al igual que la P natural, actúa como un antiestrógeno en el nivel periférico (inhibe las glándulas del endometrio y las glándulas del cuello uterino) y, en el nivel central, inhibe las descargas hormonales de la hipófisis. Si se administra después de la ovulación, debido a su gran afinidad con las glándulas endometriales, potencia el efecto de la P natural. Por ello, si alguien quisiera diseñar un agente abortivo que impidiera la implantación embrionaria o alterara la arquitectura endometrial, no elegiría un agente progestacional como las progestinas sintéticas (54).

LNG durante la fase folicular: Si el LNG se administra en la "fase de reclutamiento folicular" ocurren fundamentalmente dos cosas: 1. Se retrasa la fase de reclutamiento folicular, retrasando proporcionalmente el momento de la ovulación o impidiendo que ésta ocurra. 2. El folículo elegido como dominante se reabsorbe en un proceso llamado atresia folicular. Esto puede ocasionar un pequeño sangrado que es el reflejo de que el endometrio perdió sustento hormonal. Que ocurra lo uno o lo otro depende del momento en el desarrollo folicular en que se administra el medicamento y también de diferencias entre una persona y otra (48, 55, 56).

Si el LNG se administra en la "fase de maduración folicular", cercana a la ovulación, el efecto progestativo del LNG puede inhibir el crecimiento y maduración folicular, con lo que habitualmente se desencadena una atresia folicular. A diferencia del período anterior, lo habitual es que la ovulación se inhiba (aunque puede postergarse).

También puede ocurrir un pequeño sangrado uterino semejante a una menstruación (54).

En una reciente investigación (Durand y cols., 2001), se administró LNG el día 10 del ciclo menstrual que corresponde a la fase inicial o media de maduración folicular. En 12 de 15 mujeres hubo inhibición de la ovulación (no hubo ruptura folicular ni fase lútea) y en otras tres mujeres se postergó la ovulación más allá del límite máximo de 6 días. El LNG administrado en la fase folicular tardía tiene la capacidad de interferir con el proceso ovulatorio, ya sea suprimiendo el pico de LH, la ruptura folicular o la luteinización (48, 54).

Hay otros componentes del proceso ovulatorio muy importantes, como la maduración somática y germinativa del óvulo (reactivación de la meiosis y eliminación de la mitad de la dotación cromosómica), que son dependientes del tiempo de exposición al LH (horas después del pico de LH) y de la cantidad de LH secretada por la hipófisis. Esto significa que aunque existan evidencias ecográficas de ovulación (ruptura folicular), si se ha inhibido el pico de LH lo más probable es que, de liberarse el óvulo, éste no sea fecundable (56).

Por ser el AE una progestina, su administración en la fase folicular, además, altera el moco cervical, impidiendo, retrasando o dificultando la migración espermática. Aquellos espermatozoides que, producto de un coito previo, ya estaban a la espera del óvulo en el cuello uterino o en la trompa de Falopio, se encuentran con la alteración de los fluidos de estos órganos, producida por el AE, lo que dificulta o impide su migración, y por consiguiente el encuentro con el óvulo y la fecundación (56). Kesserü y cols reportaron que la administración de 0,4 mg de LNG 3-10 horas después del coito produce una disminución del número de espermatozoides recuperados de la cavidad uterina, 3 horas después del tratamiento; aumenta el pH del fluido uterino a las 5 horas lo cual inmoviliza a los espermatozoides; y aumenta la viscosidad del moco cervical a partir de las 9 horas impidiendo el paso de más espermatozoides hacia la cavidad uterina. Estas observaciones fueron hechas utilizando un 57% de la dosis que se usa actualmente, no obstante son relevante al modo de acción del LNG usado como AE. Las investigaciones realizadas en este período permiten certificar que el AE administrado en la fase de reclutamiento y

maduración folicular altera el ciclo ovulatorio, inhibiendo o postergando la ovulación y alterando la capacidad migratoria y fecundante de los espermatozoides (48, 55).

LNG durante el período ovulatorio: La posibilidad de que la anticoncepción de emergencia actué negativamente en la ovulación se ha explorado desde los primeros estudios clínicos mediante la combinación de estrógenos y progestina. Estos estudios exhibieron que la inhibición de la ovulación dependió de la fase del ciclo en que se instauró el tratamiento (21, 57).

La ovulación normal es el proceso mediante el cual el ovario libera un óvulo fecundable. Para que esto ocurra, la hipófisis produce una señal con forma de pico hormonal (pico de LH) que al actuar sobre el ovario produce al menos cuatro efectos: 1) Libera al óvulo de su encierro en las células de la pared folicular y de esa manera el óvulo y las células que lo rodean quedan suspendidos en el fluido folicular. 2) Desencadena una cascada de eventos químicos y celulares que terminan por romper la pared folicular, permitiendo la liberación del óvulo. Este evento tiene lugar entre 24 y 48 horas después del pico de LH. 3) Provoca cambios en las células foliculares, las que disminuyen su producción de estrógeno e inician la producción de P que, como se dijo anteriormente, induce modificaciones en el cuello uterino, impidiendo la entrada de nuevos espermatozoides, y completa la maduración del endometrio preparándolo para la implantación embrionaria. 4) Induce cambios somáticos y cromosómicos en el óvulo que son necesarios para que, al encontrarse con los espermatozoides, éstos puedan penetrarlo e iniciar la fecundación (48, 55, 57).

Si los óvulos no se exponen al pico de LH y a los cambios hormonales desencadenados posteriormente, no será fecundable o la fecundación será defectuosa. Es necesario considerar que al referirse a la ovulación, algunos investigadores utilizan exclusivamente el marcador hormonal, es decir la documentación del pico de LH en la sangre u orina; otros utilizan la documentación ecográfica de que hubo ruptura folicular, otros requieren de ambos (21).

En el estudio de Marions y cols. (2002) el tratamiento con LNG dos días antes del pico de LH suprimió el pico en 5 de 5 casos, pero en este estudio no se determinó si hubo o no ruptura folicular. Las biopsias de endometrio en estos casos demostraron alteraciones propias de una insuficiencia en la producción de P que es esperable al

alterar los picos de LH y la consiguiente producción de P. Sin duda, los efectos del LNG sobre la ovulación parecen depender de la anticipación con que se administra y los tiempos relativos al inicio del pico de LH. Continuando con su línea de investigación, Marions y cols. (2004) intentaron aclarar las dudas generadas en su estudio previo. Para ello, administraron el LNG dos días antes de la ovulación detectada mediante la medición del pico de LH pero, a diferencia de su estudio anterior, siguieron mediante ultrasonografía los ovarios de las mujeres por varios días después del pico de LH. En este estudio se demostró que al postergar o inhibir el pico de LH, en mujeres expuestas al LNG, el folículo dominante detuvo su desarrollo o simplemente continuó creciendo sin romperse. De esta manera demostraron que en esas condiciones no se liberaba el óvulo del ovario (48, 56, 57).

Por último, Croxatto y cols. usando un elegante diseño metodológico de doble ciego cruzado, randomizado entre LNG y placebo, reafirman los hallazgos anteriores en el sentido de que el LNG aportado antes de la ovulación inhibe, retrasa o altera severamente la ovulación (pico de LH y/o ruptura folicular), lo que se traduce en ausencia de un óvulo fecundable en la trompa de Falopio (54).

LNG en el período posovulatorio: La polémica que se ha generado por el uso del AE en este período obedece a la creencia de que si ya existe un óvulo fecundado, el AE puede impedir su desarrollo antes de llegar al útero y/o alterar de tal manera el endometrio, que impida la implantación de un embrión que en ausencia del fármaco habría continuado su desarrollo (51, 21).

Es por ello que es necesario definir el embarazo; es el proceso por el que pasa la mujer y no al embrión, se establece desde que el embrión se implanta en el útero, ya que previo a ello no existe manera de saber si la mujer lleva o no un embrión en su interior. La manera más precoz de saberlo es a través de la medición, en la sangre de la mujer, de una hormona producida exclusivamente por tejido embrionario llamada gonadotropina coriónica (hCG). Esa hormona se reconoce en la sangre de la mujer sólo después que el embrión se ha implantado en su endometrio, lo ha invadido y ha enviado esta señal hormonal por la sangre materna al ovario de la mujer, es decir después de seis días de la fecundación. Al tomar conocimiento de que hay un embrión, el ovario mantiene la producción de progesterona y con esto

evita que llegue la menstruación siguiente. No se puede hablar de gestación antes de que existan al menos señales químicas que documenten la presencia de un embrión en el cuerpo de la mujer. Considerando que aborto es la interrupción voluntaria o involuntaria de una gestación, no puede hablarse de aborto antes de tener evidencias de que existe un embrión (54, 58).

Es poco razonable asumir que el uso posovulatorio de una progestina afecte a un órgano que lo que necesita es su principio activo, la progesterona (54).

Para que fecunde el espermatozoide al óvulo, debe primero sobrellevar un proceso llamado capacitación, que le habilita para atravesar la corona radiada, unirse a la zona pelúcida, sufrir la reacción acrosómica y finalmente ingresar en el óvulo. La progesterona tiene un efecto facilitador sobre la capacitación por acciones no genómicas mediadas por receptores presentes en la membrana del espermatozoide y puede incitar la reacción acrosómica. Las investigaciones in vitro con espermatozoides de humanos evidenciaron que el LNG, en las concentraciones que se alcanzan tras su administración como AOE no afecta la capacitación, la reacción acrosomal ni la facultad de ligarse a la zona pelúcida (48, 51).

El primer estudio en el período de la implantación que examinó la histología endometrial, con LNG administrado en los diferentes tiempos después de la ovulación (Landgren, 1989), demostró que el LNG no afecta a la histología endometrial. En el estudio de Marions y cols. (2002) se examinó la biopsia de endometrio tomada en el período de receptividad endometrial en tres mujeres que recibieron LNG dos días antes del pico de LH y en cuatro que lo recibieron dos días después del pico de LH. Se ha visto las diferencias en relación con los ciclos controles de los mismos sujetos son prácticamente inexistentes. Permiten los estudios concluir que a la luz del conocimiento actual no hay evidencias que apoyen la idea de que el LNG usado como AOE administrado después de la ovulación altere la funcionalidad endometrial e impida la implantación embrionaria (12, 55, 57).

En relación con el efecto del LNG sobre el embrión preimplantación propiamente tal, no hay pruebas directas en humanos que examinen si existe o no interferencia con la implantación de un óvulo fecundado o un embrión que se ha expuesto al LNG mientras se encuentra navegando a través del fluido tubárico o uterino. Por razones

de orden ético y de sentido común, nadie generaría embriones humanos con el sólo objeto de someterlos al LNG para ver si se afecta su desarrollo y si se implanta en un endometrio. Es por este motivo que Ortiz y cols. (2004) estudiaron el efecto del LNG administrado en presencia de un óvulo fecundado espontáneamente. El Cebus apella es un mono del Nuevo Mundo cuyo sistema reproductivo comparte muchas características con el de la mujer. En este estudio a las monas se les administró LNG en las mismas dosis que se usan como AE en la mujer. Los resultados muestran sin lugar a dudas que el LNG administrado en dosis que fueron capaces de suprimir o postergar la ovulación, no afectó la implantación embrionaria cuando el LNG se administró después de la cópula y de la ovulación, es decir cuando ya existía un óvulo fecundado. De esta manera, la información científica sustenta con bastante fuerza que el LNG administrado después de la ovulación no afecta el establecimiento del embarazo y por lo tanto es inefectivo en prevenir que un embrión normalmente constituido se implante en el endometrio (56, 58). En cualquier caso, no actúa sobre el óvulo una vez que éste se ha implantado en el útero y, por ello, no es un fármaco abortivo (50).

En resumen el mecanismo del levonorgestrel son (59):

- Que impide o retrasa la ovulación. Inhibe el pico preovulatorio de la LH, imposibilitando el desarrollo y la maduración folicular o la liberación del óvulo.
- Que no impide la implantación. No produce efectos clínicamente significativos sobre el endometrio in vivo y no inhibe la implantación del embrión in vitro.
- Que no tiene ningún efecto sobre el embarazo ya establecido. No hay datos que avalen efectos sobre aborto espontáneo, peso al nacer ni malformaciones.

En el Perú el uso de la anticoncepción oral de emergencia está regido según la Norma Técnica de Planificación Familiar donde menciona que la AOE puede indicarse a cualquier edad y/o paridad, así mismo menciona el modo de uso, de la siguiente manera (52):

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

- Método Yuzpe:

  Verificar la cantidad de etinil estradiol que contiene las píldoras combinadas y calcular cuantas pastillas suman 100 o más microgramos, se tomaran dos dosis. Las que contienen etinil estradiol de 30 ug se tomarán cuatro pastillas en cada dosis. Para las de 50 ug se tomaran dos dosis de dos pastillas cada una.

- Método de sólo progestágeno:

  Levonorgestrel una pastilla de 0.75 mg, por dos dosis.
  Levonorgestrel, 1.5 mg, una sola dosis.

El método Yuzpe reduce las posibilidades de embarazo en aproximadamente 75%. El consenso médico general es que este tratamiento no tiene contraindicaciones y no hay evidencias que vinculen su uso con el riesgo de malformaciones congénitas del feto (50).

En cuanto a la eficacia, en cuando más pronto sea su uso, mayor será su eficacia. Presentando hasta un 95% en los de solo progestágeno (levonorgestrel) y hasta un 75% en los anticonceptivos combinados (Método de Yuzpe) (51).

La Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) puede producir efectos secundarios como: nauseas, vómitos, cefalea, mareos, fatiga y tensión mamaria. Se presentan con mayor frecuencia e intensidad con el método de Yuzpe (uso de tabletas combinadas) (51). Por lo general, aparecen pocos días después del tratamiento y desaparecen espontáneamente en 24 horas. Alrededor del 50% de las mujeres que utilizan la AE a base de estrógenos y progestágenos se queja de náuseas y el 20%, de vómitos. La pauta a base de levonorgestrel es generalmente bien tolerado, supone una menor incidencia de náuseas y vómitos en comparación con los estrógenos y progestágenos (reducción del 50% de las náuseas y del 70% de los vómitos) (49). Los eventos menos comunes incluyen fatiga, mareos, dolor de cabeza y mastalgia. También se puede producir una interrupción en el patrón del ciclo menstrua (51).

La mifepristona: conocida como RU-486, es un modulador del receptor de la progesterona de primera generación, utilizado en el contexto del aborto farmacológico provocado. Sin embargo, se ha mostrado muy eficaz en el contexto de la AE, con pocos efectos secundarios. Así, dos estudios ingleses publicados en 1992 han hallado una tasa de embarazo del 0% entre las mujeres que habían recibido una dosis poscoital de 600 mg de mifepristona. Un estudio multicéntrico que incluyó 1.717 mujeres que habían solicitado AE ha mostrado que la reducción de la dosis de mifepristona de 600 a 50 mg o, incluso, a 10 mg no disminuye su eficacia, con tasas de embarazo del 1,3, el 1,1 y el 1,2%, respectivamente. Otro ensayo ha comparado la respuesta a 10 y 25 mg de mifepristona administrados hasta 120 horas después de la relación con resultados idénticos. Se han comunicado resultados similares en un metaanálisis que comparó la eficacia de las dosis de mifepristona de 5 mg con la de 600 mg. Sin embargo, la eficacia parece empeorar con dosis bajas y la tasa de embarazo se multiplica por 1,6 si se utiliza la dosis de 10 mg en lugar de la de 25 mg. A pesar de la evidencia de la eficacia de la mifepristona en la AE, sólo China ha aprobado hasta ahora el uso de esta molécula para esta indicación. Es probable que el uso de la mifepristona en el contexto del aborto constituya un obstáculo «moral» para el desarrollo de su utilización en el contexto de la AE (49, 55).

Los efectos secundarios de la mifepristona incluyen náuseas, vómitos, dolor de cabeza, mareos, fatiga, mastalgia, dolor en la parte inferior del abdomen y diarrea. Los estudios indican que una dosis mayor de mifepristona se correlaciona con un retraso más prolongado de la menstruación. [45] Las contraindicaciones absolutas para el uso de mifepristona incluyen insuficiencia suprarrenal crónica, terapia con esteroides, asma grave, trastornos de sangrado, hipersensibilidad conocida a las prostaglandinas o mifepristona y porfiria (51).

El ulipristal: es un modulador del receptor de la progesterona; la primera demostración de su eficacia se publicó en 2006, con una tasa de embarazo del 0,9% hasta 72 horas después de la relación sexual. Un estudio inglés publicado en 2010 confirmó la eficacia de esta molécula, con una tasa de embarazo del 1,6% hasta 120 horas después de la relación sexual. En esta última publicación, un metaanálisis de

ambos estudios mostró una tasa de embarazo del 1,4% hasta 3 días después de la relación y del 1,3% hasta 5 días después. El estudio de Fine ha confirmado la excelente eficacia del ulipristal hasta 5 días después de la relación, sin encontrar disminución de la tasa de embarazo ni, sobre todo, de la eficacia con una toma entre las 48 horas y las 120 horas después de la relación. La administración de mifepristona o de ulipristal a la mitad o al final de la fase folicular limita el crecimiento del folículo dominante y retrasa o inhibe el pico de hormona luteinizante (LH) y, por lo tanto, el momento de la ovulación. Así, los espermatozoides tienen que esperar la liberación del ovocito durante demasiado tiempo y la fecundación no se produce. Es posible que estos moduladores del receptor de la progesterona puedan también actuar después de la ovulación, a través de un efecto antagonista de la progesterona a nivel endometrial y/o tubárico, que interactuaría potencialmente con el transporte y la implantación del embrión (21. 57).

El acetato de ulipristal, tiene un perfil de efectos secundarios similar en comparación con las otras píldoras anticonceptivas hormonales de emergencia. El dolor de cabeza es el efecto secundario más común y ocurre en el 19% de los pacientes. Otros efectos secundarios incluyen náuseas, fatiga, mareos y dolor abdominal bajo. Además, la duración del ciclo menstrual aumentó aproximadamente 2.8 días, sin cambios en la duración del sangrado menstrual. UPA se metaboliza por el riñón y el hígado, por lo tanto, UPA está contraindicado en enfermedades renales o hepáticas graves. El uso de UPA en el asma grave e incontrolada es una contraindicación relativa, ya que UPA tiene algún efecto antagonista en los receptores de glucocorticoides. No deben ofrecerse a aquellos con errores raros del metabolismo de la galactosa. Si se usa UPA mientras se está amamantando, la leche materna se debe desechar durante 36 horas, ya que es un compuesto lipofílico y, por lo tanto, podría secretarse en la leche materna. Los datos de estudios de ratas y conejos muestran un aumento de las muertes perinatales de los descendientes de las personas expuestas a la AUP. En aquellos animales que sobrevivieron, sin embargo, no hubo aumento de malformaciones fetales. Los datos son limitados para las mujeres embarazadas, pero

los datos preliminares de un metanálisis y la vigilancia posterior a la comercialización sugieren que el feto tiene poco daño (52, 53, 55).

Es un tipo de anticoncepción de emergencia no administrado por vía oral, la DIU de cobre (Dispositivo intrauterino de cobre): Consiste en la inserción poscoital de anticonceptivos intrauterinos que puede realizarse hasta 5 días después de un coito sin protección. La eficacia del dispositivo intrauterino de cobre para prevenir el embarazo es de más de 99%. Ha demostrado ser un método con fallos de menos de 1% siendo altamente el más eficaz. Una vez colocado, la mujer puede continuar utilizándolo como método anticonceptivo regular y decidir cambiarlo por otro método más adelante. Su uso puede relacionarse con complicaciones como: sangrado, dolor y enfermedad inflamatoria pélvica. En aquellas mujeres con riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica como aquellas con varias parejas sexuales y las que han sido víctimas de violación no se aconseja usar este método. Por lo mencionado su uso queda restringido a determinados casos. El mecanismo de acción de la AE hormonal es complejo y depende según el momento del ciclo en que se usa. Está bien demostrado que altera la migración y función espermática y administrada durante la fase folicular interfiere con el proceso ovulatorio. Los efectos secundarios más comunes con el DIU de cobre son dolor durante el proceso de inserción y aumento del sangrado mestrual (21, 51, 55).

CONOCIMIENTO

Es racional, objetivo, es controlable y hasta cierto punto predecible. Este conocimiento es un reflejo de la realidad, una copia del original. Si el reflejo o copia se corresponde con la realidad u original, se está en presencia de una relación de semejanza, lo que constituye la condición básica de un modelo. Por consiguiente, el reflejo puede ser visto como un modelo de la realidad (original) y el conocimiento como un modelo que encierra la copia del original, su esencia, su unidad sistémica, lo que la cosa es por sí misma, a diferencia de las demás y de los estados cambiantes de ella por la acción de unas u otras circunstancias (60). Una vez sistematizado el conocimiento mediante métodos científicos, sean de las ciencias sociales, humanas o exactas, deviene en conocimiento científico de diversa índole: teórico o práctico,

acerca del ser humano o de la naturaleza, del universo o del microcosmos, de la mente y conducta de una persona o del comportamiento, ideas o actitudes de grupos o países que también puede facilitar la comprensión o explicación del acontecer mundial (61).

Se dice que tomamos noticia del exterior mediante el conocimiento, captamos información de los demás entes. Modificamos el exterior mediante la acción, influimos en los demás entes (62). La definición de Bunge sobre conocimiento lo describe como un conjunto de ideas, enunciados, conceptos que pueden ser precisos, claros, ordenados, vago e inexacto, clasificandolo en: Conocimiento Científico siendo este analítico, racional, sistemático y verificable por medio de la experiencia (63).

Por otro lado Bertland lo clasifica al conocimiento en grados y toma en consideración tres aspectos (64):

- En relación a criterios o nivel de conocimiento, puede ser medido como: alto, medio y bajo de acuerdo a los paramétros de medición instaurados. Conocimiento alto, lo define al progreso cualitativo e ilimitado del estudiante en el desarrollo de las competencias de aprendizaje estrictamente establecidos en la planificación de las distintas áreas del conocimiento; conocimiento bajo, es una limitación para la comprensión y aprovechamiento de los conocimientos que han adquirido en el proceso del aprendizaje de la persona y conocimiento medio, se refiere a la asimilación y aprovechamiento medianamente adquirido por el estudiante o persona, en el proceso del aprendizaje.
- En relación a la condición, el conocimiento puede ser medido como adecuado e inadecuado, pero va sujeto a condiciones como la edad y grado de instrucción.
- En relación a la descripción, el conocimiento se puede medir como en simple o complejo, de acuerdo a escalas antes pre establecido.

ACTITUD

Todas las actitudes implican creencias, pero no todas las creencias implican actitudes. Cuando determinadas actitudes específicas se organizan en una estructura jerárquica, constituyen sistemas de valores. Según Katz (1984) la intensidad de una actitud hace referencia a la fuerza del componente afectivo. De hecho las escalas de evaluación o puntuación e incluso las escalas Thurstone se centran fundamentalmente en la intensidad del sentimiento del individuo en favor o en contra

de algún objeto social. Otro aspecto importante a tener en cuenta según Katz (1984) es la relación entre actitud y conducta manifiesta (62).

Las Técnicas más conocidas para medir actitudes por escalas son:

1. La técnica de escalamiento de Likert
2. El diferencial semántico
3. La escala de Guttman

La Técnica De Escalamiento De Likert

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de proposiciones o "juicios" ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se entrevista. Es decir, se presenta cada proposición o juicio que supuestamente miden la actitud hacia un único concepto subyacente, y se pide al entrevistado que "externalice" su "reacción" eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de respuesta de la escala. A cada punto o categoría se le asigna un valor numérico, así un sujeto obtiene una puntuación respecto a "la afirmación o juicio" y al final se obtiene una puntuación final sumando las puntuaciones obtenidas con relación a todas las afirmaciones o juicios (65).

PRÁCTICA

Platón y Aristóteles, percibían a la práctica como el arte del argumento moral y político, es decir, el pensamiento como la base esencial de la práctica, como el razonamiento que ejecutan los individuos cuando se ven enfrentadas a situaciones complejas y poder aplicarlos. Marx, comprende a la práctica como praxis, al entender al hombre y la naturaleza como realidades objetivas. Es así que el ser humano como un ser concreto tiene una actividad práctica que es el trabajo, de allí que el desarrollo de la producción determina a su vez el desarrollo social (66).

DEFINICION DE TÉRMINOS BÁSICOS

Método o régimen yuzpe: son anticonceptivos orales combinados, estas píldoras se toman en dos dosis, y ambas deben contener 0,5 mg de LNG y 0,1 mg de etinil estradiol. La primera dosis debe tomarse lo antes posible después del coito desprotegido (preferiblemente dentro de las 72 horas, pero hasta en un máximo de

120 horas, o sea 5 días) y la segunda dosis debe tomarse 12 horas después de la primera.

Levonorgestrel: es una progestina sintética que, al igual que otras de la misma familia, tiene acciones similares a la progesterona (P). Si se administra antes de la ovulación, al igual que la P natural, actúa como un antiestrógeno en el nivel periférico (inhibe las glándulas del endometrio y las glándulas del cuello uterino) y, en el nivel central, inhibe las descargas hormonales de la hipófisis. Está indicado como anticonceptivo de emergencia dentro de las 72 horas siguientes a haber mantenido relaciones sexuales sin protección, o ante fallos de otras técnicas anticonceptivas.

La anticoncepción de emergencia: denominada también como anticoncepción poscoital, anticoncepción de urgencia, consiste un conjunto de intervenciones, para prevenir un embarazo no deseado tras la realización de un coito o acto sexual no protegido (exento de cualquier clase de medida anticonceptiva). Son denominadas de emergencia porque están destinadas a hacer frente a situaciones tan dispares como una violación o la simple rotura de un preservativo durante el coito; además es conveniente precisar que cuanto más temprano se use, mayor será la eficacia.

La anticoncepción oral de emergencia: está compuesta por hormonas sintéticas, y se presentan en dos formas:

- Una primera en forma de combinación de etinil estradiol + levonorgestrel (que vienen a ser los mismos componentes de los anticonceptivos hormonales orales utilizados regularmente), conocida como método de Yuzpe, y
- Una segunda forma utilizando levonorgestrel solo, cuya seguridad y eficacia también ha sido demostrada por la evidencia científica.

Estas píldoras anticonceptivas se usan posterior una relación sexual no protegida. Su evidente beneficio está en que es un importante medio para reducir las muertes maternas por abortos clandestinos a causa de un embarazo no planificado, que aún persisten por la falta o falla de métodos de planificación familiar de uso regular, por violación sexual o por una información errónea acerca de la fertilidad.

Conocimiento: son conceptos e informaciones que utiliza una persona para decidir lo que se debe o puede hacer frente a una situación.

Actitud: la adquisición de actitudes es a partir de observaciones, del análisis de estas observaciones y la transmisión de valores sobre acontecimientos de la vida cotidiana, que predispone al sujeto para responder preferentemente en un determinado punto de vista según la situación en la que se encuentra.

Prácticas: es la realización de creencias acerca de un objeto o situación que ejerce el sujeto como respuesta a una situación.

2.3 HIPOTESIS

Esta investigación es de tipo descriptivo por lo que no se necesita la formulación de una hipótesis, ya que ésta no se someterá a prueba alguna.

2.4 VARIABLES DE ESTUDIO

a) Variable dependiente:

- Uso de la anticoncepción oral de emergencia de los estudiantes de Medicina en el año 2017.

b) Variables Independientes

- Nivel de conocimiento sobre el uso de la anticoncepción oral de emergencia de los estudiantes de Medicina en el año 2017.
- Actitudes sobre el uso de la anticoncepción oral de emergencia de los estudiantes de Medicina en el año 2017.
- Prácticas sobre el uso de la anticoncepción oral de emergencia de los estudiantes de Medicina en el año 2017.

c) Variable Interviniente.

- Sexo, Edad, religión, lugar de procedencia.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

PROBLEMA DE INVESTIGACION: ¿Cuál es el nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017?

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de clasificación	Escala de medición	Instrumento
Conocimientos	Son conceptos e informaciones que utiliza una persona para decidir lo que se debe o puede hacer frente a una situación.	Es la información referida por los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali	Conocimiento general sobre que es la AOE.	Cualitativa	Alto Medio bajo	Ordinal	Cuestionario
			Conocimiento acerca del método yuzpe.	Cualitativa	Alto Medio bajo	Ordinal	Cuestionario
			Conocimiento sobre el levonorgestrel	Cualitativa	Alto Medio bajo	Ordinal	Cuestionario
Actitudes	Es un conjunto relativamente estable, de creencias acerca de un objeto o situación que predispone al sujeto para responder preferentemente en un determinado punto de vista.	Es la disposición, que tienen los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali sobre el uso de la AOE.	Componente cognitivo.	Cualitativa	Aceptación Indecisión Rechazo	Nominal	Escala de Likert 11 preguntas
			Componente afectivo.	Cualitativa	Aceptación Indecisión Rechazo	Nominal	Escala de Likert 11 preguntas
			Componente comportamental	Cualitativa	Aceptación Indecisión Rechazo	nominal	Escala de Likert 11 preguntas

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de clasificación	Escala de medición	Instrumento
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 estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Ucayali sobre el uso de los AOE.	Usted ya inició sus relaciones sexuales (coitales)	Cualitativa	Si No	Nominal	Cuestionario
			Prácticas influenciadas por las creencias religiosas.	Cualitativa	Si No	Nominal	Cuestionario
			Estar de acuerdo con el uso de los AOE.	Cualitativa	Si No	Nominal	Cuestionario
			Recomendación del uso de los AOE.	Cualitativa			
			Ha usado la AOE	Cualitativa			
Uso de la AOE	Es la utilización de la AOE con el objetivo de evitar un embarazo no planificado	Es la voluntad de decisión, las formas de uso de la AOE por el estudiante de medicina.	Uso de la anticoncepción oral de emergencia.	Cualitativa	Si No	Nominal	Cuestionario
Sexo	Condición orgánica que distingue a los varones de las mujeres.	Sexo de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU.	Varón Mujer	Cualitativa	Varón Mujer	Nominal	Cuestionario
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Edad de los estudiantes de	Edad		Edad	Razón	Cuestionario

	u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Medicina Humana de la UNU.		Cuantitativa			
Procedencia	Lugar geográfico de donde proviene la adolescente	Punto geográfico de donde proviene la gestante	Costa Sierra selva	Cualitativa	Costa Sierra selva	Nominal	Cuestionario
Religión	Práctica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales.	Religión que profesa	Católico Evangélico Ateo Otros	Cualitativa	Católico Evangélico Ateo Otros	Nominal	Cuestionario

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

La investigación se realizó en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Ucayali.

3.2 TIPO DE INVESTIGACION

El estudio es de tipo descriptivo, transversal.

Descriptivo: El estudio realizado es de tipo descriptivo porque solo observa y describe las variables sin demostrar alguna relación de causa y efecto entre ellas.

Transversal: el siguiente estudio es de tipo trasversal porque se recolecta datos en un solo momento, en un tiempo determinado.

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación es de tipo descriptivo

3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó el método inductivo porque se basa en la observación de hechos y fenómenos. Generaliza a partir de sus observaciones.

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño del estudio es no experimental porque se realiza sin manipular deliberadamente las variables. No se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación.

3.6 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.6.1 POBLACIÓN

Estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Ucayali en el año 2017.

3.6.2 MUESTRA

La muestra se obtendrá mediante la fórmula de poblaciones finitas. El tipo de muestreo que se utilizará será probabilístico.

$$n = \frac{N.\ Z^2.\ p.\ q}{d^2(N-1) + Z^2.\ p\ .q}$$

n= tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población= 413 estudiantes matriculados en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali durante el año 2017.

Z= Que representa el límite de confianza requerido para garantizar los resultados en este caso trabajaremos con un 95% cuyo valor de 1,96

p= probabilidad de acierto en este caso el valor será 0.85, el 85%

q = probabilidad de no acierto que será del 0.15, el 15%

d = error máximo permitido que será del 5% e igual a 0,05.

$$n = \frac{413\,(1{,}96)^2.\ 0.85x0.15}{(0.05)^2(413-1)+\ (1{,}96)^2x\ 0.85x0.15}$$

$$n = 133$$

Reemplazando los valores tenemos: 133 estudiantes matriculados en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali durante el año 2017.

.

3.7 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.7.1 TÉCNICA

Se aplicó la técnica de encuesta estructurada

Unidad de análisis:

La unidad de análisis fueron los estudiantes matriculados en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali durante el año 2017.

Criterios de inclusión:

- Estudiante matriculado en la escuela profesional de Medicina Humana en el año 2017.
- Estudiante de Medicina que acepte a realizar la encuesta y dé su consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Estudiante no matriculado en la escuela profesional de Medicina Humana en el año 2017.
- Estudiantes de Medicina que no acepten realizar la encuesta y no den su consentimiento informado para participar en el estudio.

3.7.2 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" (67), además se agregó un cuestionario sobre las prácticas; 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 para evaluar el conocimiento, una escala de tipo Likert para la evaluación de las actitudes y un cuestionario de prácticas. El cuestionario consta de introducción, presentación, objetivos, instrucciones, datos generales y específicos; y las preguntas para evaluar el grado de conocimiento son 15 (Anexo N° 1). La escala tipo Likert, modificada a 3 ítems, consta de las siguientes partes: presentación, instrucciones y datos generales; y los enunciados son 11. (Anexo N° 2). El cuestionario sobre prácticas son 5. (Anexo N° 3).

3.8 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

El cuestionario se sometió a una prueba piloto para determinar su confiabilidad (Anexo N° 4). Para hallar el coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach se procedió a la aplicación de la prueba piloto de 19 sujetos pertenecientes a la población con características equivalentes a la del estudio. Al reemplazar los valores numéricos obtenidos a la fórmula se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.847, lo cual demuestra su confiabilidad y que puede ser aplicado a la población de estudio disminuyendo así el margen de error.

La validez del contenido se estableció mediante la validez racional ya que se adaptaron preguntas que fueron extraídas de encuestas relacionadas al tema las cuales fueron validadas previamente con el análisis de validez de contenido por Jueces o expertos para el cual se convocó a un equipo multidisciplinario de profesionales para evaluar el contenido del instrumento que fue el cuestionario que se aplicó, las cuales fueron adaptadas según los criterios evaluados por los jueces, se concluyó que el instrumento es válido y mide lo que pretende medir (conocimientos, actitudes y prácticas) (Anexo N° 5).

3.9 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los datos se utilizó cuestionarios para evaluar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los estudiantes de la facultad de medicina de la UNU matriculados en el año 2017.

1º. Se hizo llegar una solicitud a Coordinación General de la Universidad Nacional de Ucayali para el permiso correspondiente para poder encuestar a los estudiantes.

2°. Se procedió a construir el cuestionario, para su aplicación.

3º. Se realizó la validación del cuestionario por medio de alfa de cronbach

4°. Se procedió a la aplicación de la evaluación mediante los cuestionarios en la facultad de Medicina de la UNU.

5º. Se procedió al análisis y estudio de los datos, resultados y conclusiones.

Este estudio cuenta con un consentimiento informado (Anexo N° 6), en ella se explica la finalidad de la investigación y se respeta la confidencialidad de las respuestas y el anonimato de los participantes.

3.10 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Con los resultados obtenidos se procedió a realizar el manejo estadístico de las variables. Para poder evaluar el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS vs23.0 y Excel 2015. Para la clasificación del nivel de conocimiento de los estudiantes de medicina se utilizó la escala de Stanones, a través de la campana de Gauss donde se trabajó con la constante 0,75 (Anexo 7). Lo mismo se realizó para las actitudes de los estudiantes de Medicina Humana (Anexo 8).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

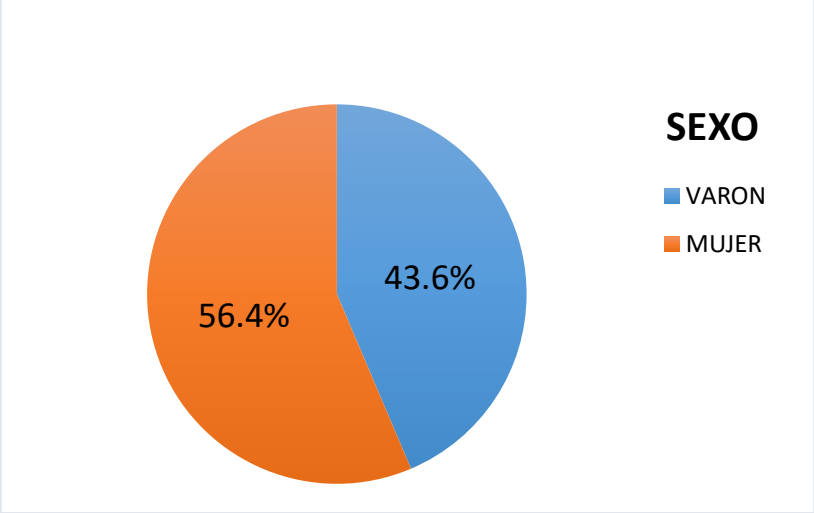
Se realizó una revisión de los datos obtenidos mediante el cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017. Lo que se obtuvo fue lo siguiente:

Tabla N°1 Sexo de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017.

SEXO	N° estudiantes	%
VARON	58	43.6
MUJER	75	56.4
Total	133	100

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°1 Sexo de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

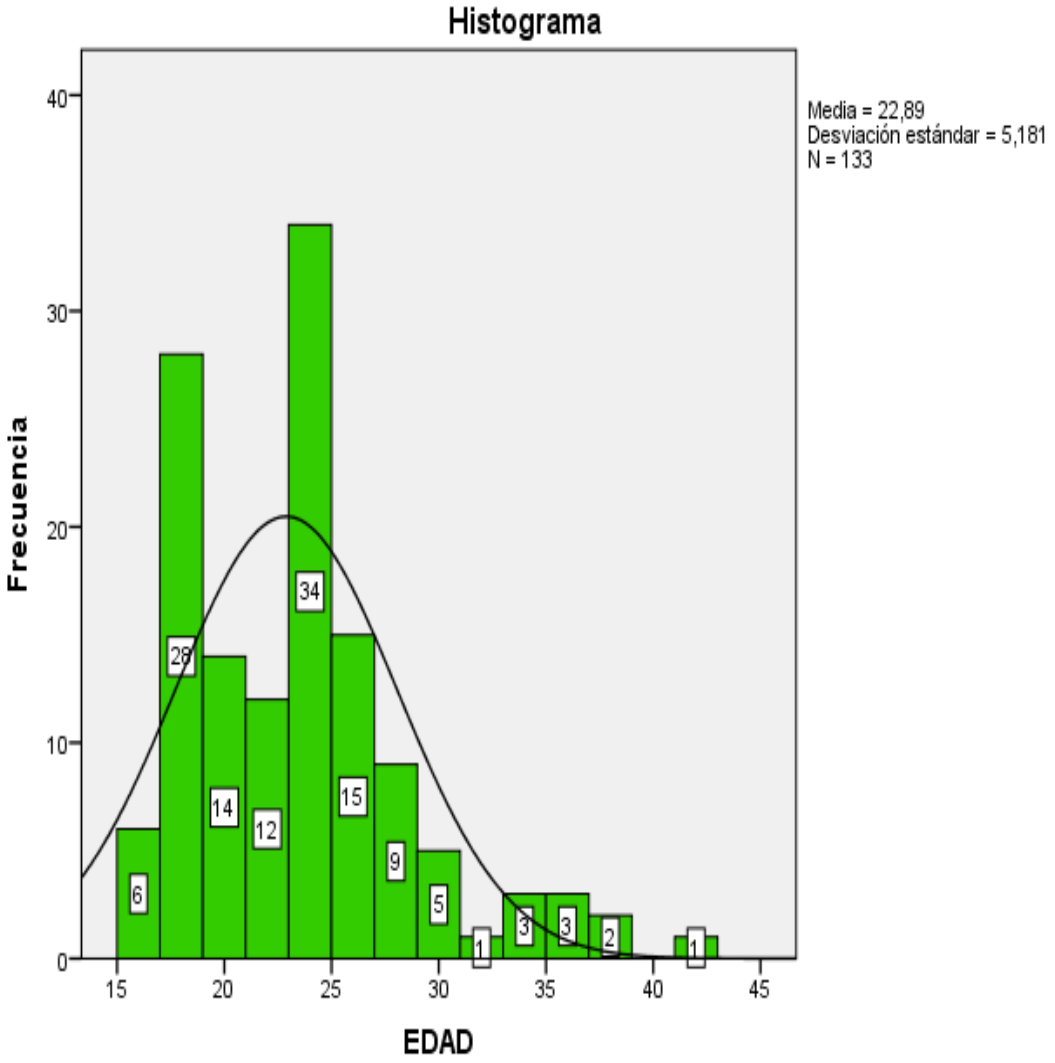
En la tabla N°1 y el Gráfico N°1 se observa que de los 133 estudiantes de Medicina Humana de la UNU, encuestados en el 2017. El 56.4% fueron del sexo femenino y 43.6% del sexo masculino.

Tabla N°2 Edad de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017.

EDAD	N° estudiantes	Porcentaje
16	6	4.5
17	16	12.0
18	12	9.0
19	9	6.8
20	5	3.8
21	5	3.8
22	7	5.3
23	17	12.8
24	17	12.8
25	10	7.5
26	5	3.8
27	4	3.0
28	5	3.8
29	3	2.3
30	2	1.5
32	1	0.8
33	1	0.8
34	2	1.5
35	2	1.5
36	1	0.8
37	1	0.8
38	1	0.8
42	1	0.8
Total	133	100.0

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°2 Edad de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

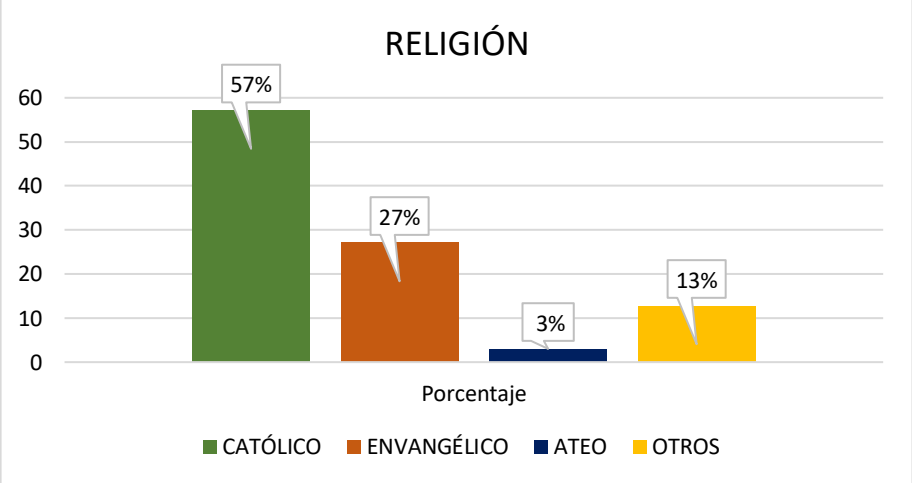
En la tabla N°2 y el Gráfico N°2, se puede apreciar que el rango de edad de los participantes del estudio varía desde los 16 años hasta los 42 años de edad, por lo que la media y la desviación estándar son 22,89 y 5,181 respectivamente.

Tabla N°3 Religión de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017.

RELIGION	N° estudiantes	Porcentaje
CATÓLICO	76	57
ENVANGÉLICO	36	27
ATEO	4	3
OTROS	17	13
Total	133	100

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°3 Religión de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

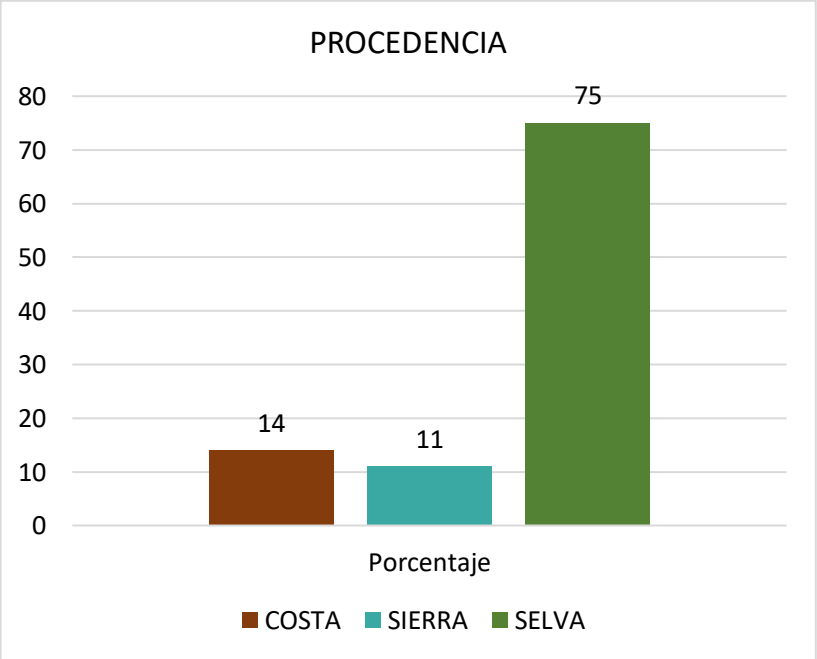
En la tabla N° 3 y el Gráfico N°3 se observa que de los 133 Estudiantes de Medicina Humana encuestados en el 2017, la religión católica es la que más predomina con un 57% (76 estudiantes), seguida de la religión evangélica con un 27% (36 estudiantes) y en menor porcentaje la posición atea con un 3% (4 estudiantes).

Tabla N°4 Procedencia según Región Geográfica de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017.

LUGAR DE PROCEDENCIA		
	N° estudiantes	Porcentaje
COSTA	19	14
SIERRA	14	11
SELVA	100	75
Total	133	100

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°4 Procedencia según Región Geográfica de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

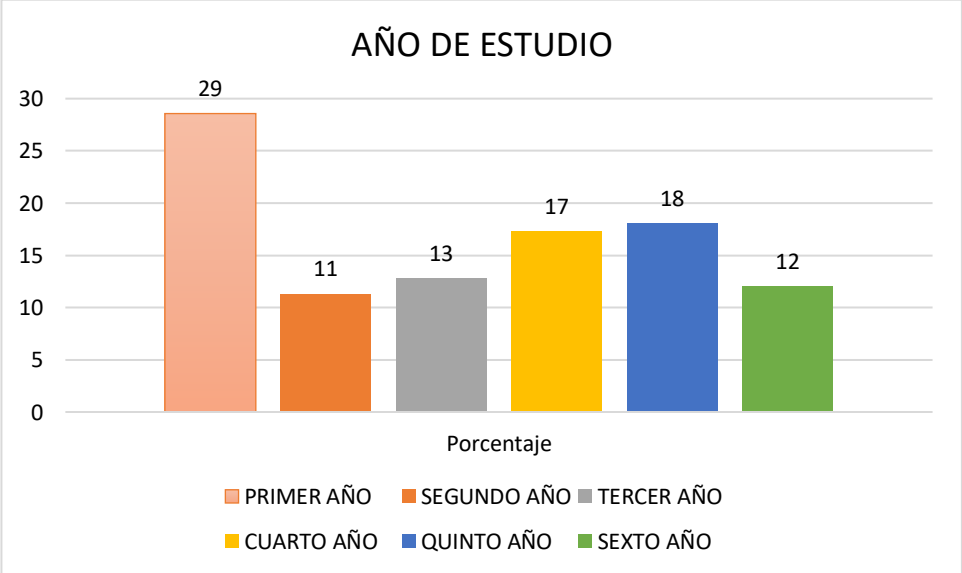
En la tabla N°4 y Gráfico N°4 se analiza la variable lugar de precedencia en una muestra de 133 Estudiantes de Medicina Humana encuestados en el 2017, se observa que la mayor parte de los estudiantes provienen de la Selva con un 75% (100 estudiantes), siendo de la costa un 14% (19 estudiantes) y la sierra un 11% (14 estudiantes).

Tabla N°5 Año de estudio de los Estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en la investigación en el año 2017.

AÑO DE ESTUDIO	N° estudiantes	Porcentaje
Primer año	38	29
Segundo año	15	11
Tercer año	17	13
Cuarto año	23	17
Quinto año	24	18
Sexto año	16	12
Total	133	100

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°5 Año de estudio de los Estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en la investigación en el año 2017



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

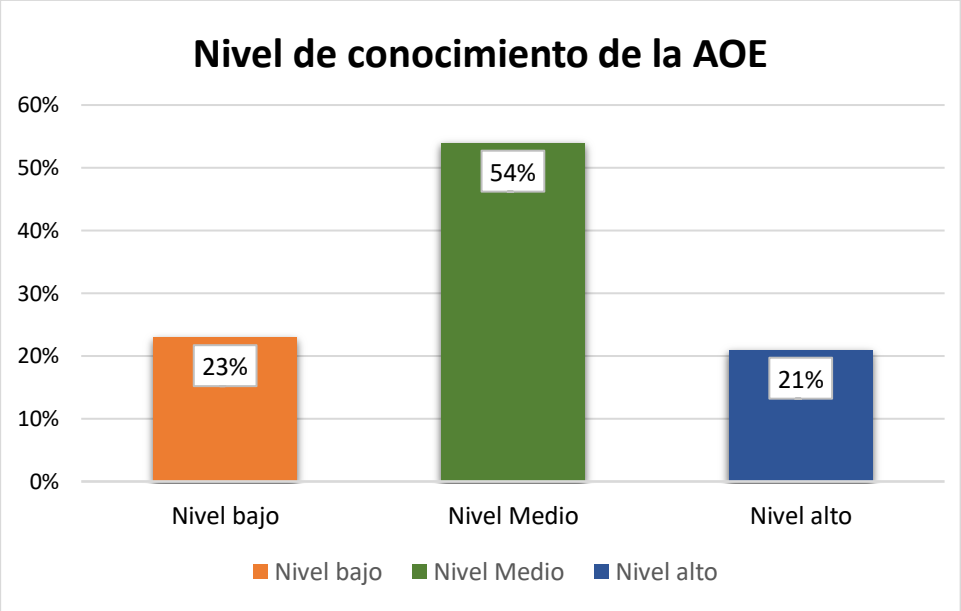
En la tabla N°5 y gráfico N°5 Estudiantes de Medicina Humana por año de estudios se observa que de los 133 estudiantes que participaron en el estudio el 29% (38 estudiantes) corresponden al primer año, el 18% (24 estudiantes) al quinto año, el 17% (23 estudiantes) al cuarto año, el 13% (17 estudiantes) al tercer año, el 12% (16 estudiantes) al sexto año y el 11% (15 estudiantes) al segundo año.

Tabla N°6 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio en el año 2017.

Nivel de conocimiento de la AOE		
	N° estudiantes	Porcentaje
Nivel bajo	31	23.3
Nivel Medio	73	54.9
Nivel alto	29	21.8
Total	133	100

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N° 6 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU que participaron en el estudio e n el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

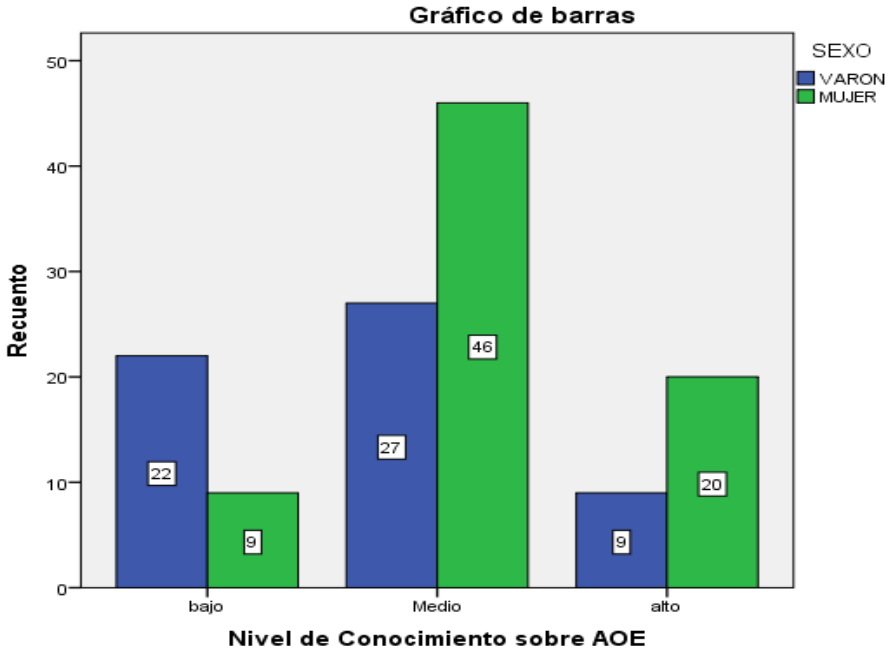
En la tabla N°6 y Gráfico N°6 Se analiza la variable nivel de conocimiento sobre AOE en los estudiantes de Medicina Humana, donde se observa que el 54,9% (73 estudiantes) obtuvo un nivel de conocimiento medio, el 23,3% (31 estudiantes) obtuvo un nivel de conocimiento bajo y el 21,8% (29 estudiantes) obtuvo un nivel de conocimiento alto.

Tabla N°7 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según sexo de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.

SEXO*Nivel de Conocimiento sobre AOE						
			Nivel de Conocimiento sobre AOE			Total
			bajo	Medio	alto	
SEXO	VARON	N°	22	27	9	58
		% del total	16.5%	20.3%	6.8%	43.6%
	MUJER	N°	9	46	20	75
		% del total	6.8%	34.6%	15%	56.4%
Total		N°	31	73	29	133
		% del total	23.3%	54.9%	21.8%	100%

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N° 7 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según sexo de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

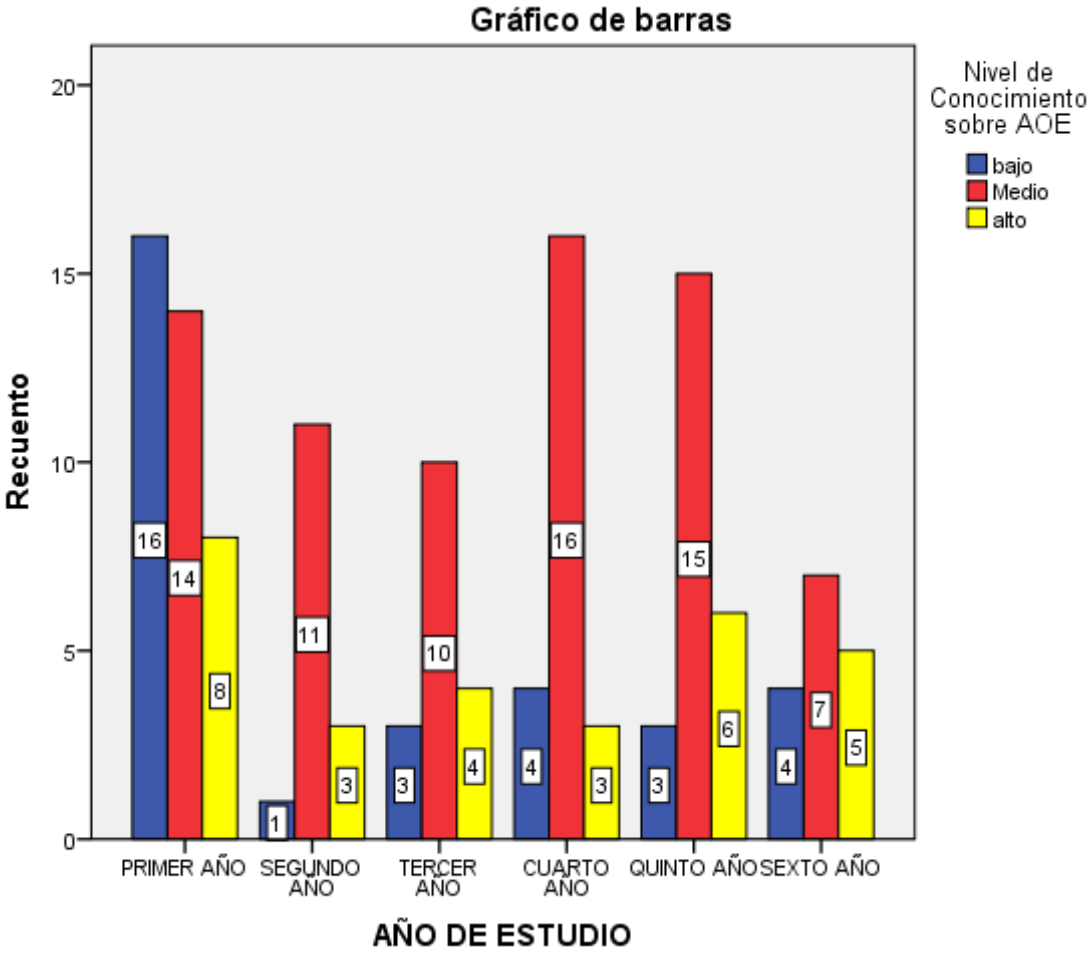
En la tabla N°7 y Gráfico N°7 se analiza la variable nivel de conocimientos sobre AOE según sexo en los estudiantes de Medicina Humana, se observa que del 21,8% (29 estudiantes) con un nivel de conocimiento alto el 15% (20 estudiantes) corresponden al sexo femenino y el 6,8% (9 estudiantes) corresponde al sexo masculino. Con un nivel bajo el 23.3% (31 estudiantes) del cual el 16,5% (22 estudiantes) corresponde al sexo masculino y 6,8% (9 estudiantes) del sexo femenino.

Tabla N°8 Año de estudio y nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de medicina Humana de la UNU, que participaron en la investigación en el año 2017.

AÑO DE ESTUDIO*Nivel de Conocimiento sobre AOE						
			Nivel de Conocimiento sobre AOE			Total
			bajo	Medio	alto	
AÑO DE ESTUDIO	Primer año	N°	16	14	8	38
		%	12 %	11%	6%	29%
	Segundo año	N°	1	11	3	15
		%	1%	8%	2%	11%
	Tercer año	N°	3	10	4	17
		%	2%	8%	3%	13%
	Cuarto año	N°	4	16	3	23
		%	3%	12%	2%	17%
	Quinto año	N°	3	15	6	24
		%	2%	11%	5%	18%
	Sexto año	N°	4	7	5	16
		%	3%	5%	4%	12%
Total		N°	31	73	29	133
		%	23 %	55%	22%	100%

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°8 Año de estudio y nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de medicina Humana de la UNU, que participaron en la investigación en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

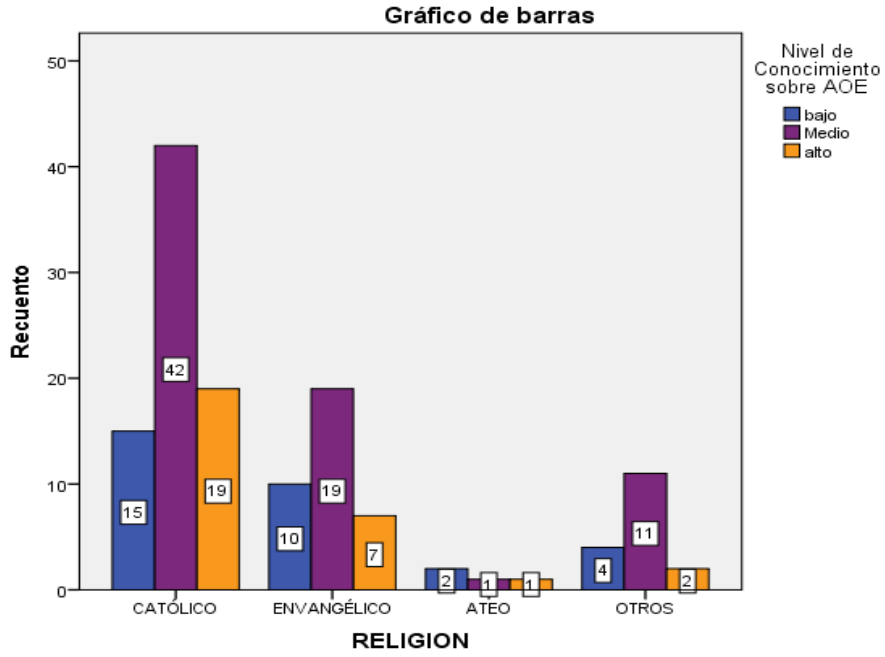
En la tabla N°8 y Gráfico N°8 se analiza la variable nivel de conocimientos sobre AOE según Año de estudios, se observa que del 23% (31 estudiantes) que presentó un nivel de conocimiento bajo, el 12% (16 estudiantes) corresponden al primer año y que del 22% (29 estudiantes) que presentó un nivel de conocimiento alto, el 11% (14 estudiantes) corresponde al cuarto, quinto y sexto año de Medicina.

Tabla N°9 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según religión de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.

RELIGION*Nivel de Conocimiento sobre AOE						
			Nivel de Conocimiento sobre AOE			Total
			bajo	Medio	alto	
RELIGION	CATÓLICO	N°	15	42	19	76
		%	11%	32%	14%	57%
	ENVANGÉLICO	N°	10	19	7	36
		%	8%	14%	5%	27%
	ATEO	N°	2	1	1	4
		%	2%	1%	1%	3%
	OTROS	N°	4	11	2	17
		%	3%	8%	2%	13%
Total		N°	31	73	29	133
		%	23%	55%	22%	100%

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°9 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según religión de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

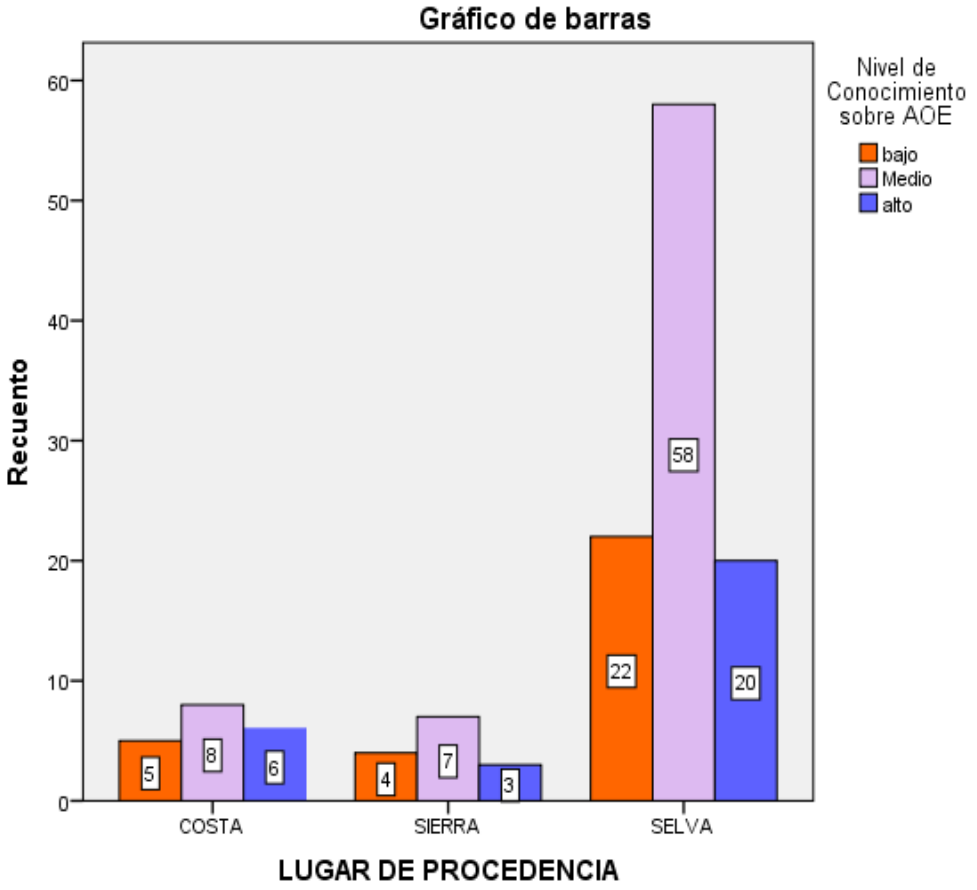
En la tabla N°9 y Gráfico N°9 se analiza la variable nivel de conocimientos sobre AOE según Religión de los estudiantes de Medicina Humana, se observa que del 57% (76 estudiantes) que pertenecen a la religión católica, el 32% (42 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento medio y solo el 14% (19 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento alto. Del 27% (29 estudiantes) que pertenecen a la religión evangélica, el 14% (19 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento medio y el 8% (10 estudiantes) tiene un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N°10 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según región de procedencia de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.

LUGAR DE PROCEDENCIA*Nivel de Conocimiento sobre AOE						
			Nivel de Conocimiento sobre AOE			Total
			bajo	Medio	alto	
LUGAR DE PROCEDENCIA	COSTA	N°	5	8	6	19
		%	4%	6%	5%	14%
	SIERRA	N°	4	7	3	14
		%	3%	5%	2%	11%
	SELVA	N°	22	58	20	100
		%	17%	44%	15%	75%
Total		N°	31	73	29	133
		%	23%	55%	22%	100%

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°10 Nivel de conocimiento sobre Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según región procedencia de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

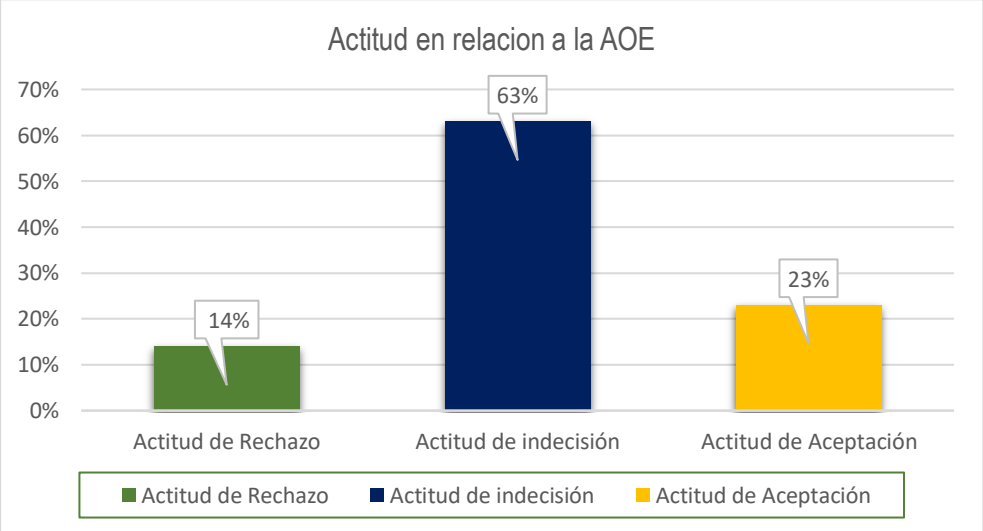
En la tabla N°10 y Gráfico N°10 se analiza la variable nivel de conocimientos sobre AOE según Región de procedencia de los estudiantes de Medicina Humana, se observa que del 75% (100 estudiantes) de los que provienen de la selva, el 44% (58 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento medio y el 15% (20 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento alto. Del 14% (19 estudiantes) de los que provienen de la costa, el 6% (8 estudiantes) obtuvo un nivel de conocimiento medio y el 5% (6 estudiantes) obtuvo un nivel de conocimiento alto. Del 11% (14 estudiantes) de los que provienen de la sierra, el 5% (7 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento medio y el 3% (4 estudiantes) obtuvo un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N°11 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.

Actitud en relación a la AOE		
	N° estudiantes	Porcentaje
Actitud de Rechazo	19	14
Actitud de indecisión	83	63
Actitud de Aceptación	31	23
Total	133	100.0

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°11 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

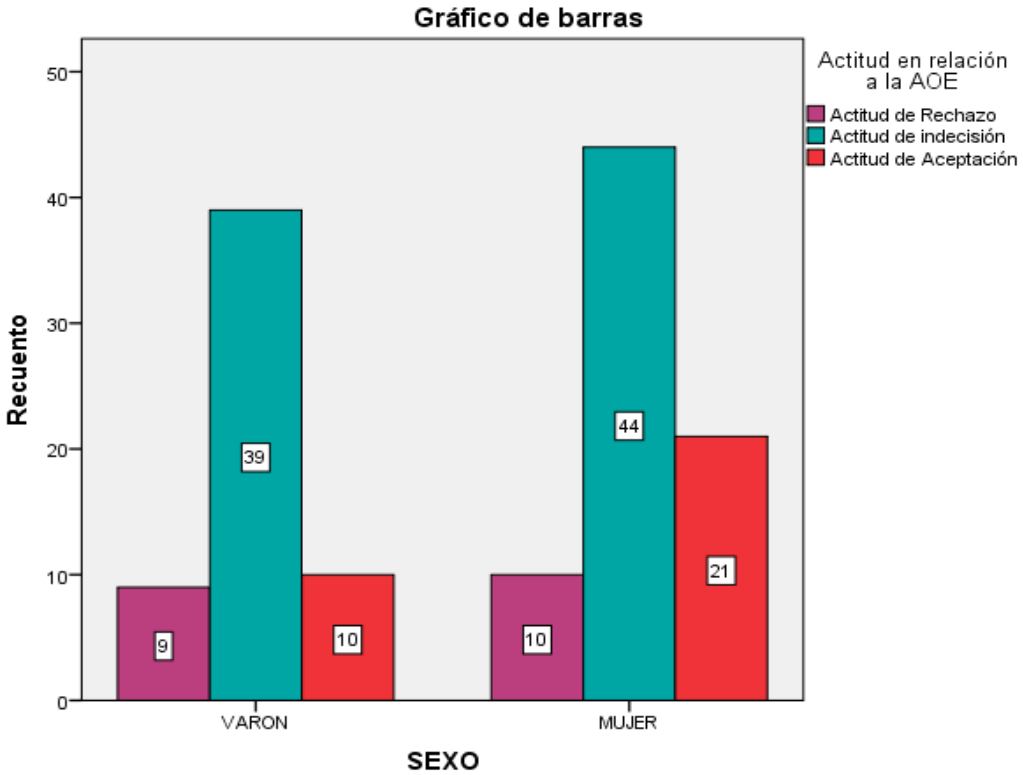
En la tabla N°11 y gráfico N°11 se analiza la variable actitud en relación a la AOE en los estudiantes de Medicina Humana, se observa que el 63% (83 estudiantes) presentó una actitud de indecisión frente a la AOE, el 23% (31 estudiantes) presentó una actitud de aceptación y el 14% (19 estudiantes) presentó una actitud de rechazo hacia la AOE.

Tabla N°12 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según sexo de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.

SEXO*Actitud en relación a la AOE						
			Actitud en relación a la AOE			Total
			Actitud de Rechazo	Actitud de indecisión	Actitud de Aceptación	
SEXO	VARON	N°	9	39	10	58
		%	6.8	29.3	7.5	43.6
	MUJER	N°	10	44	21	75
		%	7.5	33.1	15.8	56.4
Total		N°	19	83	31	133
		%	14.3	62.4	23.3	100

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°12 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según sexo de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

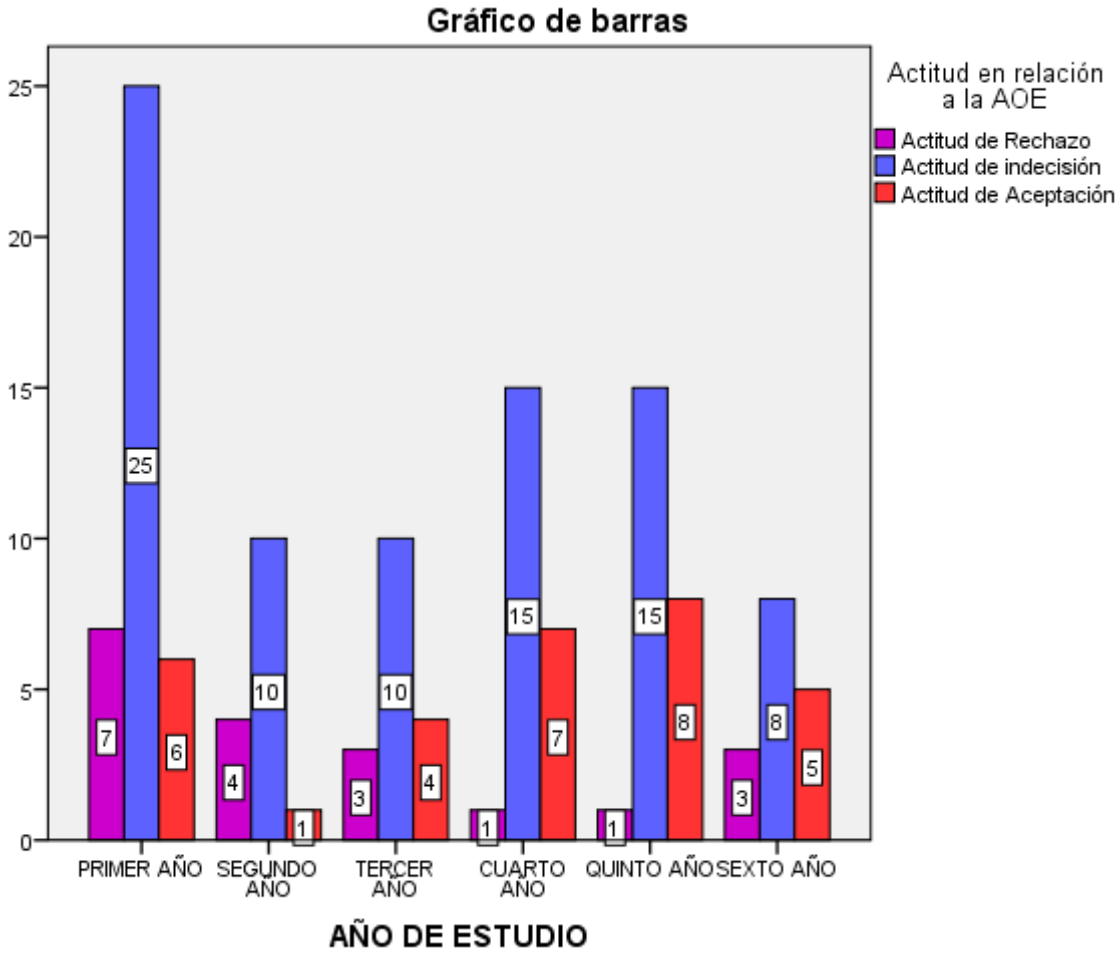
En la tabla N°12 y Gráfico N°12 se analiza la variable dependiente actitud en relación a la AOE según sexo en los estudiantes de Medicina Humana, se observa que del 23,3% (31 estudiantes) con una actitud aceptable sobre la AOE, el 15,8% (21 estudiantes) corresponden al sexo femenino y el 7,5% al sexo masculino. Del 14% (19 estudiantes) que obtuvo una actitud de rechazo, el 6.8% (9 estudiantes) corresponden al sexo femenino y el 7.5% (10 estudiantes) corresponde al sexo masculino.

Tabla N°13 Año de estudio y Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.

AÑO DE ESTUDIO*Actitud en relación a la AOE						
			Actitud en relación a la AOE			Total
			Actitud de Rechazo	Actitud de indecisión	Actitud de Aceptación	
AÑO DE ESTUDIO	Primer año	N°	7	25	6	38
		%	5.3%	18.8%	4.5%	28.6%
	Segundo año	N°	4	10	1	15
		%	3.0%	7.5%	0.8%	11.3%
	Tercer año	N°	3	10	4	17
		%	2.3%	7.5%	3.0%	12.8%
	Cuarto año	N°	1	15	7	23
		%	0.8%	11.3%	5.3%	17.3%
	Quinto año	N°	1	15	8	24
		%	0.8%	11.3%	6.0%	18.0%
	Sexto año	N°	3	8	5	16
		%	2.3%	6.0%	3.8%	12.0%
Total		N°	19	83	31	133
		%	14.3%	62.4%	23.3%	100%

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°13 Año de estudio y Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

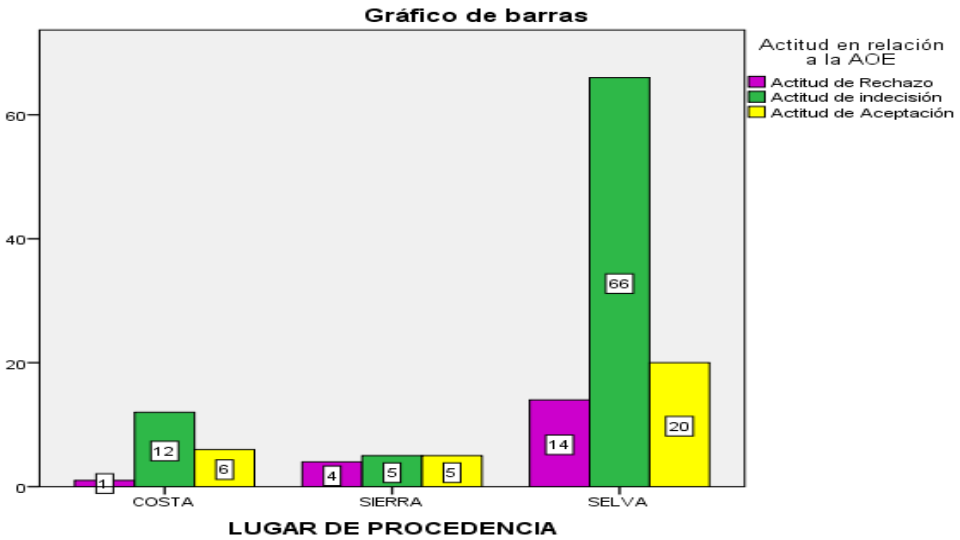
En la tabla N°13 y Gráfico N°13 se analiza la variable actitud en relación a la AOE según año de estudio. Se observa que del 14,3% (19 estudiantes) con una actitud de rechazo, el 10,6% (14 estudiantes) corresponden a estudiantes de primero, segundo y tercer año. Del 23,3% (31 estudiantes) que presentó una actitud de aceptación, el 15,1% (20 estudiantes) corresponden a estudiantes de cuarto, quinto y sexto año.

Tabla N°14 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según región de procedencia de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.

LUGAR DE PROCEDENCIA*Actitud en relación a la AOE						
			Actitud en relación a la AOE			Total
			Actitud de Rechazo	Actitud de indecisión	Actitud de Aceptación	
LUGAR DE PROCEDENCIA	COSTA	N°	1	12	6	19
		%	0.8%	9.0%	4.5%	14.3%
	SIERRA	N°	4	5	5	14
		%	3.0%	3.8%	3.8%	10.5%
	SELVA	N°	14	66	20	100
		%	10.5%	49.6%	15.0%	75.2%
Total		N°	19	83	31	133
		%	14.3%	62.4%	23.3%	100%

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°14 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según región de procedencia de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

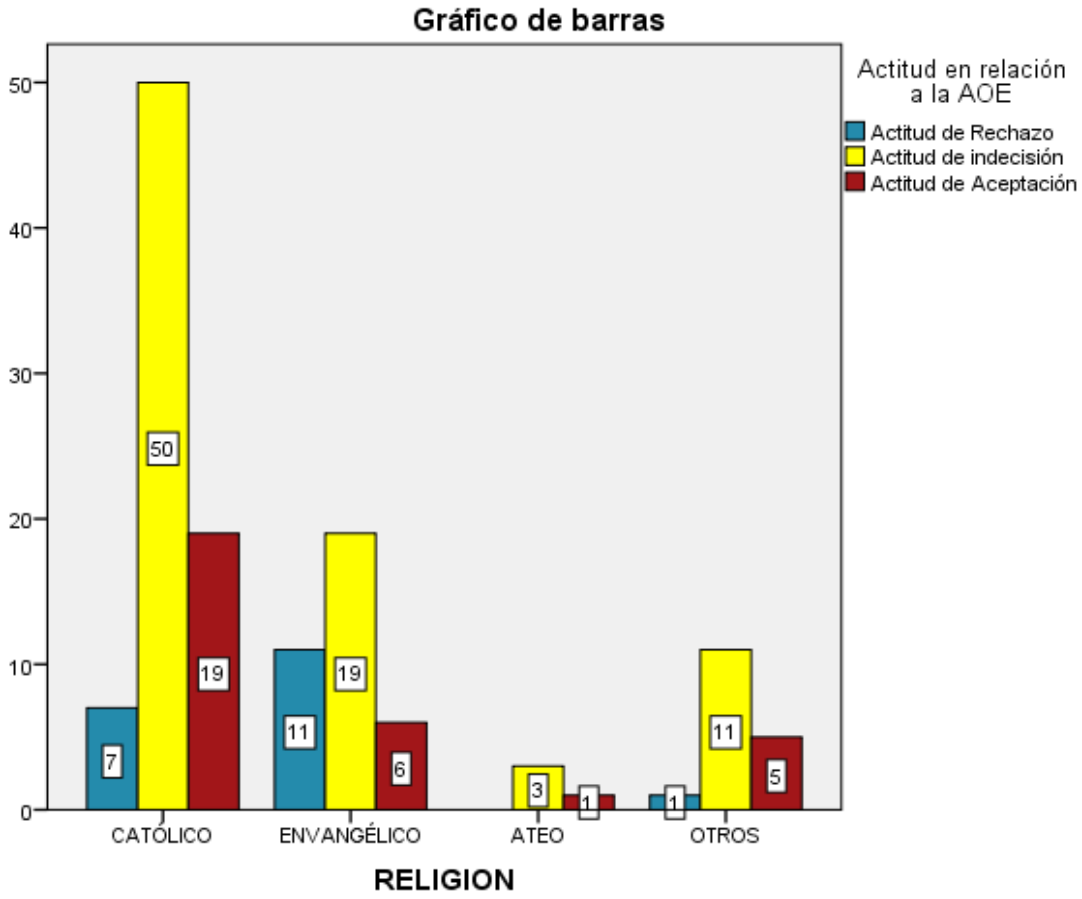
En la tabla N°14 y Gráfico N°14 Se analiza la variable actitud en relación a la AOE según región de procedencia de los estudiantes de Medicina Humana. Se observa que del 23,3% (31 estudiantes) con una actitud de aceptación, el 15% provienen de la región selva, el 3,8% (5 estudiantes) de la región sierra y el 4,5% (6 estudiantes) de la región costa. Del 14,3% (19 estudiantes) con una actitud de rechazo, el 10,5% (14 estudiantes) provienen de la región selva, el 3% (4 estudiantes) de la región sierra y el 8% (6 estudiantes) de la región costa.

Tabla N°15 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según religión de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.

RELIGION*Actitud en relación a la AOE						
			Actitud en relación a la AOE			Total
			Actitud de Rechazo	Actitud de indecisión	Actitud de Aceptación	
RELIGION	CATÓLICO	N°	7	50	19	76
		%	5.3%	37.6%	14.3%	57.1%
	ENVANGÉLICO	N°	11	19	6	36
		%	8.3%	14.3%	4.5%	27.1%
	ATEO	N°	0	3	1	4
		%	0.0%	2.3%	.8%	3.0%
	OTROS	N°	1	11	5	17
		%	.8%	8.3%	3.8%	12.8%
Total		N°	19	83	31	133
		%	14.3%	62.4%	23.3%	100%

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°15 Actitud en relación a la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) según religión de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

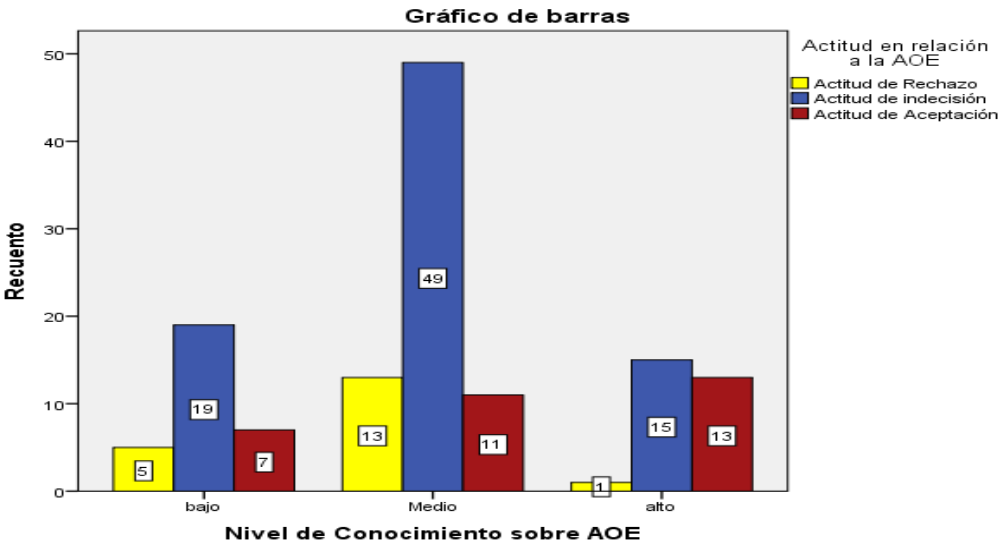
En la tabla N°15 y Gráfico N°15 Se analiza la variable actitud en relación a la AOE según religión. Se observa que del 23,3% (31 estudiantes) con una actitud de aceptación, el 14,3% (19 estudiantes) correspondió a la religión Católica, el 4,5% (6 estudiantes) a la región evangélica. Del 14,3 (19 estudiantes) con actitud de rechazo, el 13,6% (18 estudiantes) correspondió a la religión católica y evangélica. Del 3% (4 estudiantes) que respondió ser ateos, ninguno tiene una actitud de rechazo hacia el método.

Tabla N°16 Actitud de la AOE en relación al nivel conocimiento de la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.

Nivel de Conocimiento sobre AOE*Actitud en relación a la AOE						
			Actitud en relación a la AOE			Total
			Actitud de Rechazo	Actitud de indecisión	Actitud de Aceptación	
Nivel de Conocimiento sobre AOE	bajo	N°	5	19	7	31
		%	3,8%	14,3%	5,3%	23,3%
	Medio	N°	13	49	11	73
		%	9,8%	36,8%	8,3%	54,9%
	alto	N°	1	15	13	29
		%	0,8%	11,3%	9,8%	21,8%
Total		N°	19	83	31	133
		%	14,3%	62,4%	23,3%	100,0%

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, en el año 2017.

Gráfico N°16 Actitud de la AOE en relación al nivel de conocimiento de la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) de los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

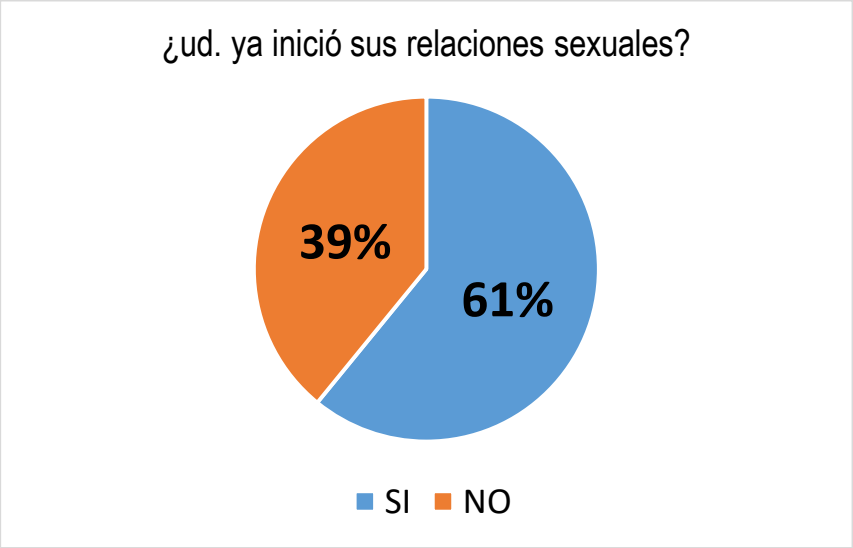
En la tabla N°16 y Gráfico N°16 se analiza la variable actitud de la AOE según el nivel de conocimiento sobre la AOE. Se observa que del 23,3% (31 estudiantes) con una actitud de aceptación, el 9,8 % (13 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento alto y un 5,3% (11 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento bajo. Del 14,3% (19 estudiantes) con una actitud de rechazo, un 0,8% (1 estudiante) presentó un nivel de conocimiento alto y un 3,8% (5 estudiantes) un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N°17 En respuesta a la pregunta ¿Usted ya inició sus relaciones sexuales? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.

SEXO*INICIO DE RELACIONES SEXUALES					
			INICIO DE RELACIONES SEXUALES		Total
			SI	NO	
SEXO	VARON	N°	51	7	58
		% del total	38.3%	5.3%	43.6%
	MUJER	N°	30	45	75
		% del total	22.6%	33.8%	56.4%
Total		N°	81	52	133
		% del total	60.9%	39.1%	100.0%

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°17 En respuesta a la pregunta ¿Usted ya inició sus relaciones sexuales? En relación a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

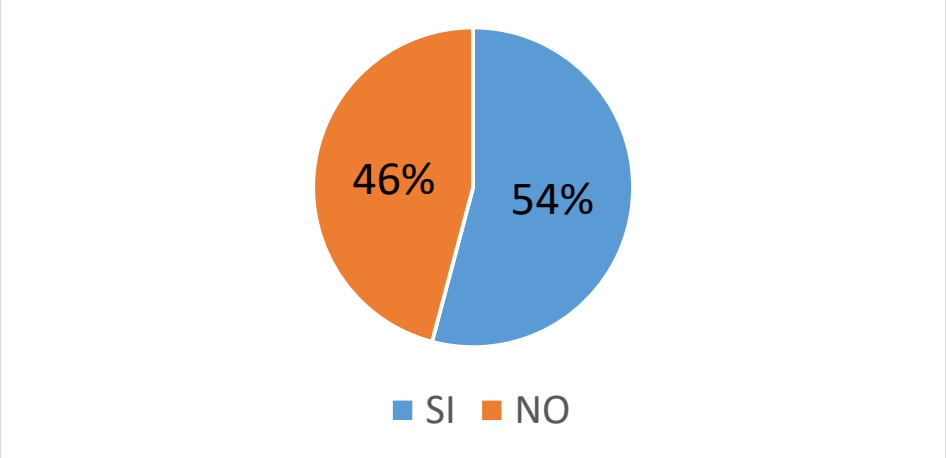
En la tabla N°17 y Gráfico N°17 se analiza la respuesta a la pregunta ¿Ud. ya inició sus relaciones sexuales (coito)? Se observa que del 43,6% (58 estudiantes) de varones el 5,3% (7 estudiantes) aún no inicia sus relaciones sexuales y el 38,3% (51 estudiantes) ya inició sus relaciones sexuales. Del 56,4% (75 estudiantes) de mujeres el 33,8% (45 estudiantes) aún no inicia sus relaciones sexuales y el 22,6% (30 estudiantes) ya inició sus relaciones sexuales.

Tabla N°18 En respuesta a la pregunta ¿Sus creencias religiosas le permitirían utilizar la anticoncepción de emergencia? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.

RELIGION*¿Sus creencias religiosas le permitirían utilizar la AOE?					
			¿Sus creencias religiosas le permitirían utilizar la AOE?		Total
			SI	NO	
RELIGION	CATÓLICO	N°	47	29	76
		%	35%	22%	57%
	ENVANGÉLICO	N°	9	27	36
		%	7%	20%	27%
	ATEO	N°	4	0	4
		%	3%	0%	3%
	OTROS	N°	12	5	17
		%	9%	4%	13%
Total		N°	72	61	133
		%	54%	46%	100%

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°18 En respuesta a la pregunta ¿Sus creencias religiosas le permitirían utilizar la anticoncepción de emergencia? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

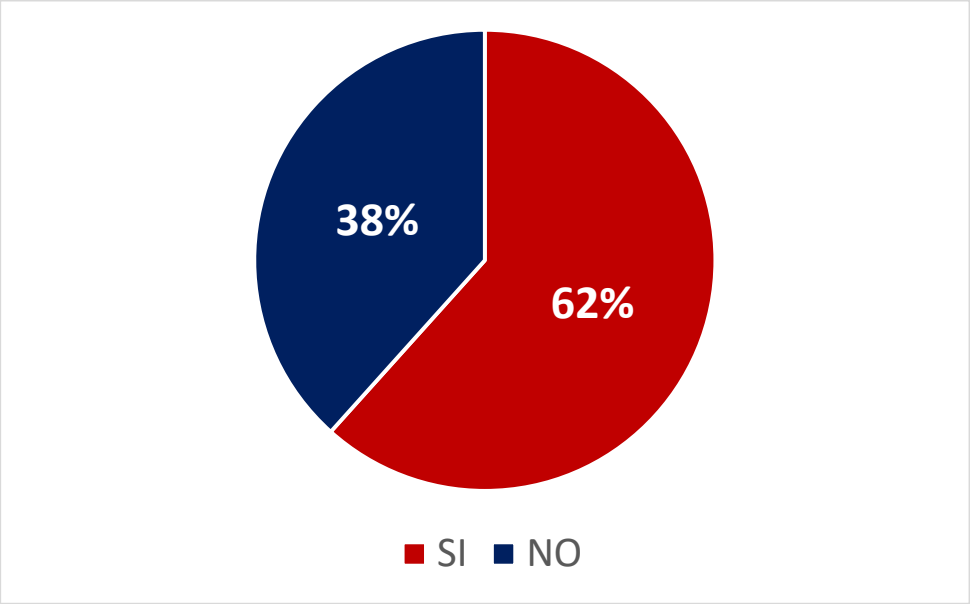
En la tabla N°18 y Gráfico N°18 ¿Sus creencias religiosas le permitirían utilizar la anticoncepción de emergencia? Se observa que del 57% (76 estudiantes) que pertenecen a la religión católica, el 35% (47 estudiantes) respondieron que sí le permitirían y el 22% (29 estudiantes) que no le permiten usar la AOE. Del 27% (36 estudiantes) que pertenecen a la religión evangélica, el 20% (27 estudiantes) respondieron que no le permitirían y el 7% (9 estudiantes) respondieron que sí le permitirían usar la AOE.

Tabla N°19 En respuesta a la pregunta ¿recomendaría el uso de la AOE? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.

¿Recomendaría el uso de la AOE?		
	N° estudiantes	Porcentaje
SI	82	62
NO	51	38
Total	133	100

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°19 En respuesta a la pregunta ¿recomendaría el uso de la AOE? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

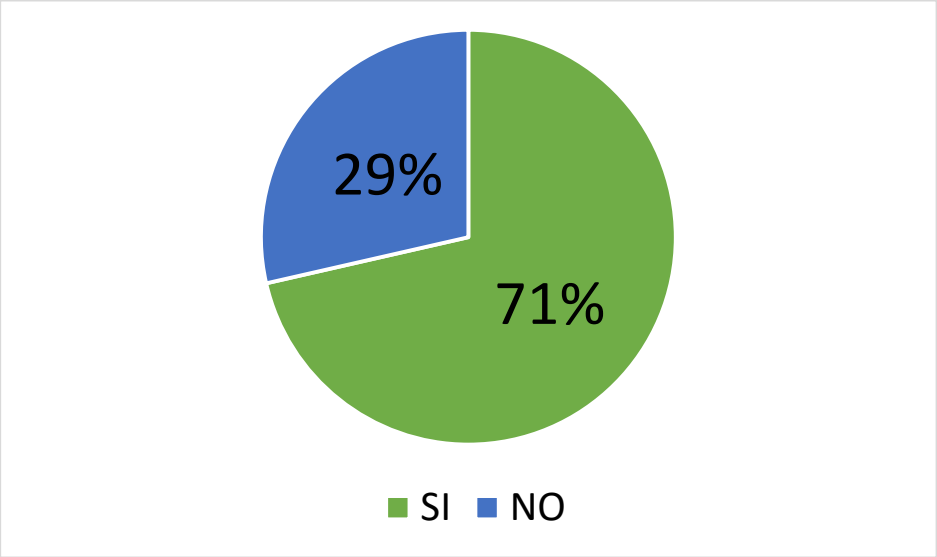
En la tabla N°19 y Gráfico N°19 se analiza la respuesta a la pregunta ¿recomendaría el uso de la AOE? Se observa que el 62% (82 estudiantes) recomendaría su uso de la AOE y el 38% (51 estudiantes) no recomendaría su uso.

Tabla N°20 En respuesta a la pregunta ¿está de acuerdo con el uso de la AOE? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.

¿Está de acuerdo con su uso?		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	95	71
NO	38	29
Total	133	100.0

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, en el año 2017.

Gráfico N°20 En respuesta a la pregunta ¿está de acuerdo con el uso de la AOE? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, en el año 2017.

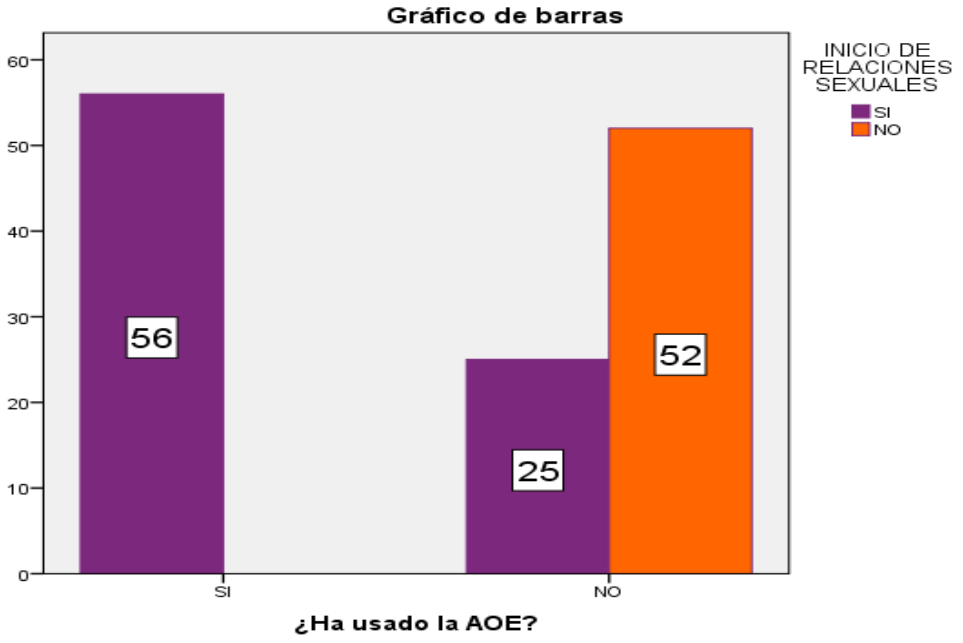
En la tabla N°20 y Gráfico N°20 se analiza la respuesta a la pregunta ¿está de acuerdo con el uso de la AOE? Se observa que el 71% (95 estudiantes) está de acuerdo con el uso de la AOE, mientras que el 29 % está en desacuerdo.

Tabla N°21 En respuesta a la pregunta ¿ha usado la anticoncepción de oral de emergencia? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.

¿Ha usado la AOE?*INICIO DE RELACIONES SEXUALES					
			INICIO DE RELACIONES SEXUALES		Total
			SI	NO	
¿Ha usado la AOE?	SI	N°	56	0	56
		% del total	42%	0%	42%
	NO	N°	25	52	77
		% del total	19%	39%	58%
Total		N°	81	52	133
		% del total	61%	39%	100%

Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

Gráfico N°21 En respuesta a la pregunta ¿ha usado la anticoncepción oral de emergencia? Con respecto a las prácticas en los estudiantes de Medicina Humana de la UNU, que participaron en el estudio en el año 2017.



Fuente: Encuesta 133 estudiantes de Medicina Humana, de la UNU, 2017.

En la tabla N°21 y Gráfico N°21 ¿ha usado la anticoncepción oral de emergencia? Se observa que del 61% (81 estudiantes) que ya iniciaron sus relaciones sexuales, el 42% (56 estudiantes) respondieron que sí la usaron y el 19% (25 estudiantes) respondieron que no usaron la AOE.

4.2 DISCUSIÓN

En cuanto al nivel de conocimiento sobre la AOE:

Ramírez Á, Zurita G, et al. (29), Encontró que del total de 142 estudiantes del área de la salud en México, el conocimientos sobre la AOE muestra que la mayoría, el 51% de los universitarios tenía un deficiente conocimiento, así mismo Parey B, Addinson L, et al. (30), quienes refieren que el nivel de conocimiento general sobre la anticoncepción de emergencia fue pobre. Información similar fue obtenida por Bisrat Z, Bosena T, et al. (35) Quienes encontraron que la mayoría, 238 (71, 7%) de los encuestados tenía un escaso conocimiento sobre la AE. A su vez Muhammad E. y Shanaz G. (31), encontraron que el conocimiento y la utilización de la anticoncepción de emergencia de los estudiantes eran bajos y recomienda que la educación sanitaria y promoción deben ir dirigidas a estos estudiantes, y los servicios de la anticoncepción de emergencia deben ser ofrecidos en el campus. Concuerda con esto Gupta RK, Raina SK, et al. (37) Quienes también concluyeron que la falta de un conocimiento profundo y adecuado de la AE entre los futuros profesionales de la salud debe alarmar el sistema de enseñanza médica, ya que la AE es el único método que se puede usar para prevenir el embarazo después de tener relaciones sexuales sin protección o un accidente anticonceptivo. A nivel nacional se encontró resultado similar a los estudios internacionales, como Reyes N., Morales S., et al. (45), quienes encontraron que el conocimiento en estudiantes de Obstetricia sobre composición, indicación, mecanismo de acción, uso y efectos secundarios de la AOE es insuficiente. Lo que difiere con nuestra investigación donde se encontró que más de la mitad el 54,9% (73 estudiantes) tenía un nivel de conocimiento medio, el 23,3% (31

estudiantes) presentó un nivel de conocimiento bajo y el 21,8% (29 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento alto. Pero concuerda con lo dicho por Zegarra S. (42), que encontraron que el 1% de los estudiantes tienen nivel de conocimiento alto, el 54% de los estudiantes tiene un nivel de conocimiento medio y el 45 % de los estudiantes tiene un nivel de conocimiento bajo. Así como refieren Marcelo I., León B., et al. (43) En una muestra de 338 estudiantes, encontraron que el nivel de conocimientos del AOE, la mayoría el 55,3% de los estudiantes tenía nivel medio y el 29,6% de bajo nivel y solo el 15,1% tienen alto nivel. Que está en relación con lo encontrado por Quispe K. y De la Cruz D. (44), quienes encontraron que menos de la mitad (47%) de los estudiantes (102) logro un conocimiento medio y el 31% (67), tuvo un nivel de conocimiento bajo, que es confirmado también por Alva G. (47) en su investigación concluye que la gran mayoría de los estudiantes del quinto año de medicina (90.2%) poseían un nivel de conocimiento bajo y medio en relación a la anticoncepción oral de emergencia. Resultados similares fueron obtenidos por Suca M. (46) Que de un total de 91 internos de medicina, de los cuales más de la mitad de los internos (53,8%) presento un nivel de conocimiento regular, un nivel de conocimiento bueno en un 31.9% y solo el 14.3% con un nivel de conocimiento deficiente.

En cambio Vinueza A, Ruiz C, et al. (39) Encontró que el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia en los participantes fue alto. Que se asemeja con lo encontrado a nivel nacional por Salinas k. (41), quien encontró que el nivel de conocimiento entre las edades de 20 - 27 años acerca de la AOE es bueno con 75% y conocimiento deficiente entre edades de 16 - 19 años con 33, 69 %.

Además Salinas k. (41), relacionó el nivel de conocimiento con el sexo, donde observa que el sexo femenino tiene un buen nivel de conocimiento con 68,75 % en relación al sexo masculino con un conocimiento deficiente del 59, 36%. Resultados similares fueron obtenidos por Suca M. (46), quien observa que el sexo femenino tuvo un nivel de conocimiento del AOE bueno (65,5 %), en comparación del sexo masculino con un deficiente nivel de conocimiento (53,8%).

Que concuerda con nuestra investigación donde se encontró que del 21,8% (29 estudiantes) con un nivel de conocimiento alto, el 15% (20 estudiantes) corresponden al sexo femenino y el 6,8% (9 estudiantes) corresponde al sexo masculino.

En cuanto a lo encontrado en actitudes sobre la AOE:
Lara L. y Ruiz L, (32). Respecto a la actitud, mayor parte de los participantes indicaron, estar de acuerdo con el uso de AOE (58%). El porcentaje total de estudiantes que indicaron estar en desacuerdo fue un 11%, restando un 31% como neutral. Similar a lo encontrado por Mohammed S, Abdulai AM, et al. (40) La mayoría de los estudiantes demostraron una actitud positiva hacia anticoncepción de emergencia. Que se relaciona con la investigación de Parey B, Addinson L, et al. (30) Quien encontró que la actitud general de los estudiantes hacia anticoncepción de emergencia fue positiva. Lo que concuerda con lo encontrado a nivel nacional por Zegarra S. (42) La actitud es de aceptación en un 51%, de indiferencia en un 43% y de rechazo en un 6%, así como también Salinas k. (41), encontró que el nivel de actitud acerca de la AOE en estudiantes de medicina es favorable entre las edades de 20 – 27 años. Que coincide con la investigación de Quispe K. y De la Cruz D. (44) Quienes observaron que el 62% de los estudiantes tenía una actitud positiva del AOE. Lo que es diferente a lo encontrado en nuestra investigación que el 63% (83 estudiantes) tenían una actitud de indecisión frente a la AOE, el 23% (31 estudiantes) tenía una actitud de aceptación y el 14% (19 casos) presentó una actitud de rechazo hacia este método. Similar a lo que concluye Alva Gil (47) que el mayor porcentaje fue de indecisión con un 50% respecto a la anticoncepción oral de emergencia.

En cambio en la investigación de Bisrat Z, Bosena T, et al. (35) Más de la mitad de la alumnas encuestadas (53,2%) tenía actitud desfavorable hacia AOE. Que concuerda con Marcelo I., León B., et al. (43) Quienes encontraron que la actitud predominante fue de rechazo en un 54,4% e indiferencia, mientras que de aceptación fue 45,6%.

Salinas k. (41), relacionó el sexo con el nivel de actitud acerca de la AOE, encontrando que el nivel de actitud favorable se encuentra en el sexo masculino con 67,44% y con una actitud desfavorable en el sexo femenino en un 60%. (51) Así como encontró Tapia A, Villaseñor M, et al. (28) Al comparar las actitudes hacia el uso de la AOE se encontró que la aceptación del uso fue significativamente mayor en los hombres (83,3 %) que en las mujeres (71,9 %). Que difiere de nuestro estudio donde encontramos que del 23,3% (31 estudiantes) con una actitud aceptable, el 15,8% (21 estudiantes) corresponden al sexo femenino y el 7,5% (10 estudiantes) al sexo masculino.

En cuanto a prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia, En el estudio de Muhammad E y Shanaz G. (31) Encontró que aproximadamente dos tercios (61,8%) recomendarían el uso de la anticoncepción de emergencia. Lo que concuerda con lo observado en nuestro estudio, que el 62% (82 estudiantes) sí recomendarían el uso de la AOE y el 38% (51 estudiantes) respondió que no lo recomendarían el uso de este metódo.

Lara L. y Ruiz L. (32) De los 15 estudiantes (11%) que refirieron estar en desacuerdo, 87% respondieron que los principios morales - religiosos eran la razón de tal desacuerdo. Lo que se diferencia un poco de lo que encontramos en nuestro estudio donde el 46% admite que sus creencias religiosas no le permitirían estar de acuerdo con usar la AOE.

Lopez C, Ramirez R, et al. (33) Que el 100% de los hombres reportó haber tenido relaciones sexuales y el 32% de las mujeres señaló no haber iniciado su vida sexual. En nuestro estudio pudimos observar resultados similares que del 43,6% (58 estudiantes) de varones el 38,3% (51 estudiantes) reporto haber tenido relaciones sexuales y el 5,3% (7 estudiantes) aún no inicia su vida sexual. Del 56,4% (75 estudiantes) de mujeres el 33,8% (45 estudiantes) aún no inicia sus relaciones sexuales y el 22,6% (30 estudiantes) ya inició sus relaciones sexuales.

Dorairajan G, Chinnakali P, et al. (34) Con respecto al uso potencial de la anticoncepción de emergencia, 102 estudiantes (19.3%) probablemente usaron anticoncepción de emergencia después de una relación sexual. Así mismo Bisrat

Z, Bosena T, et al. (35) Encontraron que del total de 489 estudiantes, 188 (38, 4%) que ha tenido relaciones sexuales desde que entraron en el campus de los cuales 123 (65, 4%) tuvieron relaciones sexuales sin protección. Con respecto a la utilización de anticoncepción de emergencia, entre los que tuvieron relaciones sexuales desde el campus, solo 68 (36,2%) habían usado anticoncepción de emergencia. Que contrasta con lo encontrado por Mohammed S, Abdulai AM, et al. (40). Donde más de la mitad, 110 (57.6%) de los participantes indicaron que nunca habían usado la AOE y solo 49 (25.7%) de los participantes dijeron que alguna vez habían usado la AOE. Que difiere con nuestro estudio donde se observó que del total de 61% (81 estudiantes) que ya iniciaron sus relaciones sexuales, más de la mitad 56 estudiantes (42%) respondieron que sí usaron la AOE y solo el 19% (25 estudiantes) respondieron que no usaron la AOE.

Según las investigaciones la falta de conocimiento correcto y profundo de la AOE, además de presentar actitudes inadecuadas entre los futuros profesionales de la salud debe preocupar el método de enseñanza médica, ya que la AOE es el único método que puede prevenir un embarazo no deseado, después de tener relaciones sexuales sin protección.

CONCLUSIONES

1. De los 133 participantes del estudio la edad promedio fue 23 años, con un predominio del sexo femenino del 56,4% y sobre sus creencias religiosas la mayoría refería 57% la religión católica.

2. Se pudo determinar que hay un alto porcentaje (78,2%) de los estudiantes de medicina de la universidad Nacional de Ucayali en el año 2017, que presentan un nivel de conocimiento entre medio y bajo.

3. Se pudo observar que del total de los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Ucayali que tuvieron un nivel de conocimiento bajo (23%), el mayor porcentaje (12%) corresponden a los del primer año.

4. Se identificó que el mayor porcentaje (63%) de los estudiantes de medicina de la universidad Nacional de Ucayali presentan una actitud de indecisión hacia la anticoncepción oral de emergencia.

5. Se determinó que de los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Ucayali que presentaron una actitud de rechazo (14,3%) con respecto a la AOE el mayor porcentaje (13,6%) tenía un nivel de conocimiento entre medio y bajo.

6. Se encontró que más de la mitad (54%) de los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Ucayali en el 2017, respondieron que sus creencias religiosas le permitirían usar la AOE. De los cuales el mayor porcentaje (35%) pertenecen a la religión católica.

7. Se determinó que más del 50% de los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Ucayali en el año 2017 está de acuerdo con el uso de la AOE.

8. Se pudo identificar que la mayor parte (62%) de los estudiantes de medicina de la universidad Nacional de Ucayali en el año 2017 recomendarían el uso de AOE.

9. Se observó que más de la mitad de los estudiantes de medicina de la universidad Nacional de Ucayali en el año 2017 que ya iniciaron sus relaciones sexuales, usaron alguna vez la AOE.

10. La procedencia según región de los estudiantes de medicina de la universidad Nacional de Ucayali en el año 2017 que participaron del estudio en su mayoría fue de la región selva seguido de la región costa.

11. Los estudiantes de medicina de la universidad Nacional de Ucayali en el año 2017 que participaron del estudio fueron en mayor porcentaje con un 64% de primero, cuarto y quinto año.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las autoridades encargadas de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Ucayali, en brindar mayor asesoría sobre la anticoncepción oral de emergencia dentro de las materias relacionadas con salud sexual, si es posible desde el primer año de la carrera. Para que así puedan brindar sus conocimientos adecuadamente, desde inicios de la carrera.

2. Se ha observado en la investigación que hay un alto porcentaje de estudiantes de medicina que presentan una actitud de indecisión y en menor porcentaje de rechazo sobre la AOE. Es por eso que se recomienda realizar estudios para buscar posibles causas de actitudes de indecisión y de rechazo en los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Ucayali, ya que son estos fuentes de información para la utilización de la anticoncepción oral de emergencia para la población en general.

3. Juegan un papel importante las facultades de ciencias de la salud, en la enseñanza sobre el conocimiento del uso de la AOE, además que dado su importancia en salud pública es relevante conocer la efectividad de su uso en la población, es por ello que se sugiere a las diferentes autoridades de la salud realizar una mayor difusión sobre el uso de las AOE de una forma completa y objetiva. Además de sacar algunas ideas incorrectas sobre la AOE que hacen postergar su uso. Ya que esto no solo es un problema de salud sino también afecta a todos los ámbitos en el desarrollo del país.

4. Podemos evidenciar según los estudios encontrados que es necesario incrementar en nuestro medio el conocimiento de la anticoncepción oral de emergencia, por lo que se recomienda manejar esta información y sea semejante tanto en mujeres como también en varones, ya que se ha visto que las mujeres presentan más conocimiento acerca de la AOE que los varones. Es necesario que ambos presenten los mismos conocimientos a fin de que sean conscientes y responsables del uso correcto de la AOE.

5. Se recomienda realizar estudios en otra población relacionada a la salud para así poder hacer una comparación, que tanto están preparados los futuros proveedores de la salud o médicos, quienes brindaran sus servicios mediante sus conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia a la Región Ucayali.

BIBLIOGRAFIA

1. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access [Internet]. Guttmacher Institute. 2018 [cited 2019 Jan 20]. Disponible en: https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017

2. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2002 Mar;11:192–205.

3. OMS | Anticoncepción de emergencia [Internet]. WHO. [citado 26 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/

4. PROMSEX-SustentoNormativoAOE.pdf [Internet]. [cited 2019 Jan 20]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/cap004.pdf

5. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 - Nacional y Departamental [Internet]. [citado 23 de febrero de 2017]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/

6. OMS | Mortalidad materna [Internet]. WHO. [citado 22 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/

7. OMS | El embarazo en la adolescencia [Internet]. WHO. [citado 22 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/

8. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec[Internet]. 2008;5(1):42–52.

9. Onofre EV, Vargas JMR. Factores determinantes de la fecundidad en adolescentes atendidas en el hospital «Carlos Monge Medrano» de Juliaca. Revista Científica Investigación Andina. 14 de noviembre de 2016;15(1):99.

10. OMS | Prevención del aborto peligroso [Internet]. WHO. [citado 22 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/

11. Fiorella Ramírez H., Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecologia. Anticoncepcón Oral de Emergencia: Una mrada científica. Primera edición. Deposito Legal de la Biblioteca Naional del Perú N°: 2006 - 9869; 2006.

12. Pretell-Zárate EA. Política de anticoncepción oral de emergencia: la experiencia peruana. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2013;30(3):487–493.

13. Leyva-López A, Chávez-Ayala R, Atienzo EE, Allen-Leigh B, Ramírez-Villalobos D, Yunes-Díaz E, et al. Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos. Salud Pública de México. 2010;52:156-64.

14. Centro de la mujer, Flora Trsitán. Seis acciones urgentes para reducir la mortalidad materna y el aborto inseguro [Internet]. [citado 23 de febrero de 2017]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1895.PDF

15. Oré P, Angel M. Conocimiento y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de 5to año de Medicina Humana de la UNMSM, febrero [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016 [citado 18 de marzo de 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4749

16. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015 - Nacional y Departamental [Internet]. [citado 23 de febrero de 2017]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/

17. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional [Internet]. [cited 2019 Jan 28]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html

18. O'LOUGHLIN J. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. [citado 23 de febrero de 2017]; Disponible en: http://guzlop-editoras.com/web_des/med01/obsgineco/pld1327.pdf

19. Ríos I, Vera R. Morbi-Mortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital «Víctor Lazarte Echegaray». IV. EsSalud. -Trujillo. 01 enero-2013 al 31 diciembre-2014. Revista Ciencia y Tecnologìa. 9 de septiembre de 2016;11(4):53-72.

20. Mendoza T LA, Arias G M, Mendoza T LI. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012;77:375-82.

21. Suneeta Mittal. Emergency contraception - Potential for women's health. Indian J Med Res. noviembre de 2014;140(Suppl 1):S45-52.

22. Villanueva Flores R. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. el debate legal en América Latina /. La anticoncepción oral de emergencia. Editoroma S. A. Vol. Tomo 3. San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos; 2008. 145 p.

23. Vlassoff M, Shearer J, Walker D, Lucas H. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges [Internet]. Vol. 59. Institute of Development Studies Brighton, UK; 2008 [citado 23 de febrero de 2017]. Disponible en: https://www.ids.ac.uk/files/dmfile/RR59.pdf

24. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 - Nacional y Regional [Internet]. [cited 2019 Jan 28]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html

25. Cynthia J. Mollen Melissa K. Miller. Evaluación de actitudes y creencias sobre el uso anticoncepción de emergencia en adolescentes. IntraMed. 11 de mayo de 2015;(29):469-74.

26. Julio Alberto Zavala Rodríguez. El caso de la AOE en el Perú en el marco de las Políticas de Salud [Internet] [Para obtener el Grado de Magister en Género, Sexualidad y Políticas Públicas]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2128/1/Zavala_rj.pdf

27. Arata Manuel Fernández. El embarazo adolescente: Un problema psicosocial que se Mantiene Vigente en el Perú. Cultura: Lima (Perú). 2 de noviembre de 2015;(29):59-87.

28. Tapia-Curiel, Amparo & Villaseñor-Farías, Martha & Nuño-Gutiérrez, Bertha. Conocimientos y actitudes sobre el uso de anticonceptivos de emergencia entre los jóvenes universitarios. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social:2008: 46; 33-41. Disponible en: http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=32731

29. Antúnez ÁGR, Zurita GM, Antúnez FPR, Antúnez AIR, Ruíz NER. Conocimiento sobre el manejo de las pastillas del día siguiente en estudiantes del área de la salud. Revista CONAMED. 2009;14(4):15-20.

30. B. Parey, L. Addison, JK Mark, B. Maurice, V. Tripathi, S. Wahid, R. Antoine, A. Sahai El conocimiento, la actitud y la práctica de las píldoras anticonceptivas de emergencia entre los estudiantes de nivel terciario en Trinidad: una encuesta transversal. West Indian Med J. 2010 diciembre; 59 (6): 650–655. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21702237

31. Hoque ME, Ghuman S. Knowledge, Practices, and Attitudes of Emergency Contraception among Female University Students in KwaZulu-Natal, South Africa. Medeiros R, editor. PLoS ONE. 2012;7(9):e46346.

32. Luis Miguel Lara Bustamante, Luis Adrián Ruiz Martínez. Conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos de emergencia en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León. 2012. [citado el 2019 de enero 31].

33. Covarrubias E, Ramírez Villegas R, Ramírez Villegas R, Verde Flota EE de J, Verde Flota EE de J, Rivas Espinosa JG, et al. Utilización de Métodos Anticonceptivos en estudiantes de Enfermería. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 7 de diciembre de 2015;18(1):31.

34. Dorairajan G, Chinnakali P , Mohan B . Conocimientos , actitudes y factores que afectan el uso potencial de la anticoncepción de emergencia en estudiantes universitarios en Puducherry , sur de la India. Indian J Med Res [serie en línea] 2015 141: 122-4. [citado el 2019, 5 de febrero]; Disponible en: http://www.ijmr.org.in/article.asp?issn=0971-5916;year=2015;volume=141;issue=1;spage=122;epage=124;aulast=Dorairajan

35. Shiferaw BZ, Gashaw BT, Tesso FY. Factors associated with utilization of emergency contraception among female students in Mizan-Tepi University, South West Ethiopia. BMC Research Notes. 2015;8:817.

36. Asut, O., Ozenli, O., Gur, G., Deliceo, E., Cagin, B., Korun, O. Cali, S. (2018). El conocimiento y las percepciones de los estudiantes de primer año de medicina de una universidad internacional sobre planificación familiar y anticoncepción de emergencia en Nicosia (TRNC). BMC Women's Health , 18 (1) . https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30219057

37. Gupta RK, Raina SK, Verma AK, Shora T. Anticoncepción de emergencia: conocimiento y actitud hacia su uso entre los estudiantes de medicina de una facultad de medicina en el noroeste de la India. J Pharm Bioall Sci [serie en línea] 2016 [citado el 2019 del 4 de febrero]; 8: 235-9. Disponible en: http://www.jpbsonline.org/text.asp?2016/8/3/235/175974

38. Abiodun O. Use of emergency contraception in Nigeria: An exploration of related factors among sexually active female university students. Sex Reprod Healthc. marzo de 2016;7:14-20.

39. Vinueza-Moreano A. et al. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Métodos anticonceptivos en estudiantes de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. CIMEL 2018;23(2).

40. Mohammed, S., Abdulai, A.-M., y Iddrisu, OA (2019). Conocimientos previos al servicio, percepción y uso de anticonceptivos de emergencia entre futuros proveedores de atención médica en el norte de Ghana. Anticoncepción y medicina reproductiva, 4 (1). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3458816/

41. Salinas kely. Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohoman. Tacna - Perú, 2014. [Citado el 2019 de enero 31]; Disponible en: https://prezi.com/vhmcytgygwae/conocimientos-y-actitudes-sobre-anticoncepcion-oral-de-emerg/

42. Zegarra Calderon, Susan Stefany. Nivel de conocimiento y actitud sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes del segundo y tercer ciclo de la escuela académico profesional de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, Lima – abril 2014. [Citado el 2019 de enero 31]; Disponible en:

http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/1020/2/ZEGARRA_CALDERON-Resumen.pdf

43. Marcelo Ido Arotoma Ore, Bibiana Leon Huerta et al. Anticoncepción oral de emergencia: conocimientos y actitudes en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo de Huaraz, 2014. [Citado el 2019 de enero 31]; Disponible en: http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1050

44. Quispe Anccasi, Katherine Karla, De la Cruz Doris. Conocimiento y actitud sobre el anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de Obstetricia de la Universidad Nacional de Huancavelica durante el año 2016: [Citado el 2019 de enero 31]; Disponible en: http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1050

45. Nathaly Reyes Serrano, Sabrina Morales Alvarado, et al. Factores asociados al uso de la anticoncepción oral de emergencia por estudiantes de Obstetricia de una universidad privada de Lima, Perú, 2016. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener, 2017, 6; Disponible en: https://intranet.uwiener.edu.pe/univwiener/portales/centroinvestigacion/documentacion/revista_6/06Reyes_Morales_Valdivieso.pdf

46. Suca Inga M. Nivel de conocimiento sobre anticonceptivo oral de emergencia, en internos de medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017. Univ Priv S Juan Baut [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 19]; Disponible en: http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1491

47. Gil A, Zulema C. Nivel de conocimiento y actitud sobre la píldora de emergencia en estudiantes del IX Y X ciclo de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas, 2017. Repos Inst - UAP [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 19]; Disponible en: http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/6762

48. Croxatto A Horacio, Ortiz S María Elena. Mecanismo de acción del levonorgestrel en la anticoncepción de emergencia. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2004 [citado 2019 Feb 02]; 69(2): 157-162. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200011&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000200011

49. Boonstra H. Emergency contraception: the need to increase public awareness. The Guttmacher Report on Public Policy. 2002;5(4):3–6.

50. Dra. Eugenia Trumper. Anticoncepción hormonal de emergencia - Guía de Procedimientos para Profesionales de la Salud. En: Organización y gestión educativa: revista del fórum europeo de administradores de la educación [Internet]. Argentina: Ciss Praxis; 2002 [citado 27 de febrero de 2017]; Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000668cnt-AHE_guia_profesionales.pdf

51. Koyama A, Hagopian L, Linden J. Emerging Options for Emergency Contraception. Clin Med Insights Reprod Health. 2013;7:23–35.

52. MINSA-NormaTecnica-Planificacion-Familiar.pdf [Internet]. [citado 28 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-NormaTecnica-Planificacion-Familiar.pdf

53. Faucher P. Anticoncepción de emergencia. EMC - Ginecología-Obstetricia. 2011;47(3):1-8.

54. Fernando Zegers Hochschild, Mecanismo de acción del levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia; [Internet]: Estudios Públicos, 95; 2004. [cited 2019 Jan 29]. Disponible en: https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160304/asocfile/20160304093403/r95_zegers_pildoradiadespues01.pdf

55. Cleland K, Raymond EG, Westley E, Trussell J. Emergency Contraception Review: Evidence-based Recommendations for Clinicians. Clin Obstet Gynecol. 2014 Dec;57(4):741–50.

56. Durand Marta, Larrea Fernando, Schiavon Raffaela. Mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia: efectos del levonorgestrel anteriores y posteriores a la fecundación. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2019 Feb 02] ; 51(3): 255-261. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000300017&lng=es.

57. Víctor Manuel Vargas-Hernández et al. Anticoncepción de emergencia; Rev Hosp Jua Mex 2016; 83(4): 148-156.

58. Fernando D. Saravi. contracepcion de emergencia con levonorgestrel. Medicina (Buenos Aires) 2007; 67: 481-490

59. García-Calvente María del Mar. Mecanismo de acción de la anticoncepción de urgencia con levonorgestrel: ¿cuál es la evidencia?. Gac Sanit [Internet]. 2017 Feb [citado 2019 Feb 03] ; 31(1): 69-69. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000100069&lng=es. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.027.

60. González Suárez E. Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. ACIMED. 2011;22:110-20.

61. María de las Mercedes de Agüero Servin. Conceptualización de los saberes y el conocimiento [Internet]. Scribd. [Citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: https://es.scribd.com/document/314553657/decisio30-saber3

62. Joaquin Luque Rodriguez. El conocimiento [Internet]. 1993. Disponible en: http://personal.us.es/jluque/Libros%20y%20apuntes/1994%20Conocimiento.pdf

63. Bunge Mario. La investigación científica. España: Ed. Ariel, 1978.

64. Russel, Berthland, "El conocimiento humano". Ed. Orbis S.A. Hyspamerica, 1983.

65. Aigneren M. Técnicas de Medición por medio de Escalas. La sociología en sus escenarios [Internet]. 2010 [citado 19 de marzo de 2017];(18). Disponible en: http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6552

66. Fernández Bec. Una aproximación al concepto de práctica en la Formación de Profesionales En Educación Fìsica. [citado 19 de marzo de 2017]; Disponible en: http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/206-unaaproximacion.pdf

67. Cerrón Leiva EL, Mendoza Vilcapoma ED. 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: año 2012. [Lima]; 2014

ANEXOS

Anexo 1: CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

TITULO: "Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de Medicina Humana de la UNU, en el año 2017" que tiene como objetivo general establecer el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas 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. Religión

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

4. Año de estudio

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

5. Lugar de procedencia: _____

II. ÁREA DE CONOCIMIENTOS

Marque con una X en el recuadro correspondiente según su criterio.

PALABRAS CLAVE: ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA = PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE.

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 mas 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 primera dosis.

b. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 24 horas después de la primera dosis.

c. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 12 horas después de la primera dosis.

d. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 18 horas después de la primera dosis.

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 primera dosis.

b. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 24 horas después de la primera dosis.

c. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 12 horas después de la primera dosis.

d. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 18 horas después de la primera dosis.

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

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

Anexo 2: ESCALA DE TIPO LICKERT PARA ACTITUDES

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

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.			

Para la variable actitudes, la valoración es: De acuerdo 1 punto, Indeciso 2 puntos, y En desacuerdo 3 puntos.

Anexo 3: CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS SOBRE LA ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA.

1. ¿Usted ya inició sus relaciones sexuales (coitales)?

a) Si
b) No

2. ¿Sus creencias religiosas le permitirían utilizar la anticoncepción oral de emergencia?

a. Si
b. No

3. ¿Recomendaría el uso de la anticoncepción oral de emergencia?

a. Si
b. No

4. ¿Está de acuerdo con su uso de la anticoncepción oral de emergencia?

a. Si
b. No

5. ¿Ha usado la anticoncepción oral de emergencia?

a. Si
b. No

Anexo 4: Validación

Validación por alfa de Cronbach en el programa SPSS V23 español

Análisis de fiabilidad

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	19	100,0
	Excluido[a]	0	,0
	Total	19	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,847	,846	15

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
Definición de la AOE	1,47	,513	19
Indicación de la AOE	1,37	,496	19
Contrindicación de la AOE	1,53	,513	19
Mecanismo de acción del Método de Yuzpe	1,58	,507	19
Composición del Metod de Yuzpe	1,47	,513	19
Dosificación del Método de Yuzpe	1,53	,513	19
Administración del Método de Yuzpe	1,47	,513	19
Eficacia del Método de Yuzpe	1,58	,507	19
Efectos secundarios del Metodo de Yuzpe	1,42	,507	19
Mecanismo de acción del levonorgestrel	1,53	,513	19
Dosificación del levonorgestrel	1,37	,496	19
Administración el levonorgestrel	1,63	,496	19
Eficcia del levonorgestrel	1,42	,507	19
Efectos secundarios del levonorgestrel	1,42	,507	19
Método aprobado en el país	1,21	,419	19

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	1,467	1,211	1,632	,421	1,348	,011	15

Anexo 5: Carta dirigida al Comité de expertos

Pucallpa, Día____ mes _____ año_____

Señores:
Miembros del Comité de expertos

La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez de contenido de los instrumentos de recolección de datos a ser aplicados en el estudio denominado "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNU, EN EL AÑO 2017".

Su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de la pertinencia de cada una de las preguntas con los objetivos, variables, dimensiones, y la redacción de las mismas.

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, se despide de Ustedes,

Atentamente,

_____
Flores Paucar, Miriam Yeny

FICHA DE EVALUACIÓN POR COMITÉ DE EXPERTOS
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES.

1.1 Apellidos y nombres:

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Tipo de experto: Metodológico: ☐ Especialista: ☐

1.4 Nombre del instrumento:

II. PERTINENCIA DE LAS PREGUNTAS CON LOS OBJETIVOS.

Objetivo general	Objetivo específico	Variables
Establecer el nivel de conocimientos, las actitudes y las prácticas acerca de la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017.	- Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017. - Determinar el nivel de conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017. - Identificar las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017. - Identificar las prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, en el año 2017.	**Dependiente:** - Nivel de conocimiento sobre el uso de la anticoncepción oral de emergencia de los estudiantes de Medicina en el año 2017. - Actitudes sobre el uso de la anticoncepción oral de emergencia de los estudiantes de Medicina en el año 2017. - Prácticas sobre el uso de la anticoncepción oral de emergencia de los estudiantes de Medicina en el año 2017. **Independiente:** - Sexo, edad, religión, lugar de procedencia.

III. ASPECTOS DE LA VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 – 40%	Bueno 41 – 60%	Muy bueno 61 – 80%	Excelente 81 – 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre……. (variables)					
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer…… ……. (Relación a las variables).					
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación…… ……(tipo de investigación)					

IV. OPINION DE APLICABILIDAD.

……

V. PROMEDIO DE VALORACIÓN: [ ]

……
Firma del experto informante

DNI N°: ……..

Anexo 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

Investigador responsable:

FLORES PAUCAR MIRIAM YENY

Título del Proyecto:

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNU, EN EL AÑO 2017".

El procedimiento incluye responder al cuestionario sobre conocimientos, las actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia. La participación en el estudio va a ocuparles aproximadamente, 10 minutos.

Estoy en conocimiento de:

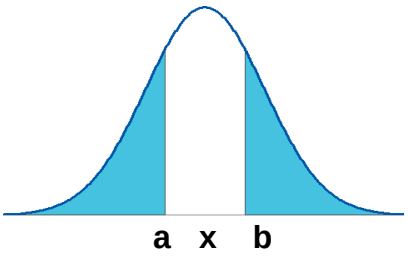
1. En mi participación se asegura privacidad y confidencialidad.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora.
3. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
4. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado/a u obligada.

_____ _____

INVESTIGADOR RESPONSABLE USUARIO/A PARTICIPANTE

Anexo 7: APLICACIÓN DE LA ESCALA DE STANONES PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS EN LOS CONOCIMIENTOS

Para la clasificación del nivel de conocimientos de los estudiantes 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= 7.81

2. Cálculo de la Desviación Estándar (DS)

   DS= 2.89

3. Se establecieron valores para **a y b**

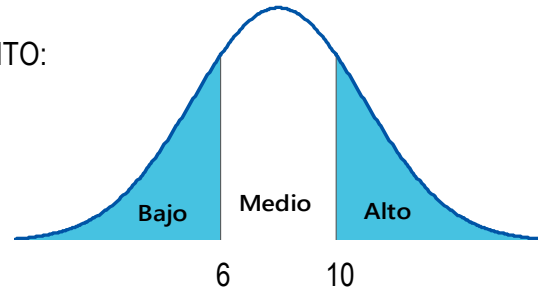
a= X – 0.75 * (DS)	b= X + 0.75 * (DS)
a= 7.81 – 0.75 * 2.89	b= 7.81 + 0.75 * 2.89
a= 7.81 – 2.1675	b= 7.81 + 2.1675
a= 5.6425	b= 9.9775
a= 6	b= 10

CATEGORIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO:

Nivel de conocimiento Bajo: 0 - 5

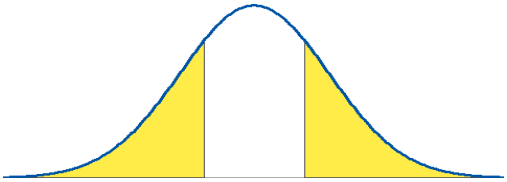
Nivel de conocimiento Medio: 6 -10

Nivel de conocimiento Alto: 11-15



Anexo 8: APLICACIÓN DE LA ESCALA DE STANONES PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS EN LAS ACTITUDES

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



a x b

1. Cálculo de X (media aritmética)

   X= 25.25

2. Cálculo de la Desviación Estándar (DS)

   DS= 3.93

3. Se establecieron valores para **a y b**

a= X – 0.75 * (DS)	b= X + 0.75 * (DS)
a= 25.25 – 0.75 * 3.93	b= 22.25 + 0.75 * 3.93
a= 25.25 – 2.9475	b= 22.25 + 2.9475
a= 22.3	b= 28.1975
a= 22	b= 28

CATEGORIZACIÓN DE LA ACTITUD:

Actitud de rechazo: 11 - 21

Actitud de indecisión: 22 - 28

Actitud de aceptación: 29 - 33

