

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



“ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES SOBRE EL ABORTO TERAPÉUTICO EN ESTUDIANTES DE LAS FACULTADES MEDICINA Y OBSTETRICIA - PUERICULTURA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA, AREQUIPA MAYO – JUNIO, 2017”

TESIS PRESENTADO POR LAS BACHILLERES:

PAUCARA CASTILLO MARJORIE ANA

RODRÍGUEZ MONTOYA JESSICA

ROSARIO

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**ASESORA: MGTER. ARMIDA FERNANDEZ
VASQUEZ**

AREQUIPA - PERÚ

2017

DEDICATORIA

A DIOS, por darnos la oportunidad de vivir y por estar con nosotras en cada paso que damos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente; darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A nuestros PADRES, por darnos la vida y apoyarnos en todo lo que nos hemos propuesto; por ser el apoyo más grande durante nuestra educación universitaria ya que sin él no hubiéramos logrado metas y sueños .por ser ejemplos a seguir ,por enseñar a seguir aprendiendo todos los días sin importar la circunstancias y el tiempo.

A nuestra ASESORA Armida Fernández, por su paciencia que nos ha conducido paso a paso en el aprendizaje.

Marjorie y Jessica



El aborto empobrece a la gente desde el punto de vista espiritual; es la peor pobreza y la más difícil de superar.

Beata Madre Teresa de Calcuta

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	12
1. Problema de investigación	12
2. Objetivos	16
3. Marco teórico	16
4. Hipótesis	49
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	51
1. Técnica e instrumento y materiales de verificación	51
2. Campo de verificación	51
3. Estrategia de recolección de datos	53
4. Estrategia para manejar los resultados	56
CAPÍTULO III: RESULTADOS	59
DISCUSIÓN	71
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	74
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y ANEXOS	76
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	82
ANEXO 2: CROQUIS: UBICACIÓN DE LA UCSM	83
ANEXO 3: CONOCIMIENTOS según Freitas García y Pisco Panduro Modificado	84
ANEXO 4: ACTITUDES según Freitas García y Pisco Panduro modificado	89
ANEXO 5: MATRIZ DE DATOS	92

RESUMEN

Objetivo: Comparar el nivel de conocimientos y las actitudes sobre el aborto terapéutico en estudiantes de las Facultades de Medicina y Obstetricia-Puericultura de la Universidad Católica de Santa María Arequipa, Mayo-Junio 2017

Material y métodos: Se realizó el estudio de carácter comparativo, donde la muestra estaba conformada por 263 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Previo consentimiento informado, se aplicó dos instrumentos anónimos. El primero fue el cuestionario que constó de dos partes, la primera incluía datos de identificación como la edad, sexo, Facultad; y datos socio demográficos de los estudiantes. La segunda parte, comprendía 20 preguntas cerradas, cuyos resultados midieron la variable de nivel de conocimiento y se clasificaron en nivel Eficiente y Deficiente, siendo el puntaje máximo de 20 puntos, para medir la variable actitud, se aplicó un segundo instrumento: un test valorado con la escala de Likert modificada que estuvo conformado por 25 ítems que exponen la actitud Favorable, Desfavorable y Ambivalente sobre el aborto terapéutico.

Resultados: Se obtuvo un nivel de conocimiento deficiente en estudiantes de la Facultad de Medicina (64.3%) y un nivel eficiente en estudiantes de la Facultad de Obstetricia – Puericultura (62.7%). El nivel de actitudes muestra que el 77.6% de estudiantes de Medicina tienen una actitud favorable frente el aborto terapéutico; mientras que el 53.7% de estudiantes de Obstetricia - Puericultura tienen una actitud favorable frente el aborto terapéutico, el 22.4% de estudiantes de Medicina tienen una actitud ambivalente frente al aborto terapéutico; mientras el 46.3% de estudiantes de Obstetricia – Puericultura tienen una actitud ambivalente frente al aborto terapéutico. Asimismo se muestra que el 50.5% de los estudiantes de la Facultad de Medicina con un nivel de conocimiento deficiente sobre el aborto terapéutico tienen una actitud favorable; y el 35.8% de los estudiantes de Obstetricia – Puericultura muestra un nivel de conocimiento eficiente sobre el aborto terapéutico y tienen una actitud favorable.

Comparativamente hemos demostrado que el nivel de conocimientos sobre el aborto terapéutico es mayor, en estudiantes de la Facultad de Obstetricia y

Puericultura que en estudiantes de la Facultad de Medicina y que la actitud hacia la misma es diferente en ambos grupos e estudiantes.

Conclusión: Luego del estudio realizado acerca del aborto terapéutico se ha llegado a la conclusión que los estudiantes de ambas Facultades tienen un nivel de conocimiento y actitudes frente al aborto terapéutico diferente.

Palabras claves: Conocimientos- Actitudes, Aborto Terapéutico.



SUMMARY

Objective: To compare the level of knowledge and attitudes about therapeutic abortion in students of the Faculty of Medicine and Obstetrics-Child Care of the Catholic University of Santa Maria Arequipa, May-June 2017.

Material and methods: The comparative study was carried out, where the sample was composed by 263 Students meeting the inclusion and exclusion criteria.

Prior informed consent was applied as an instrument an anonymous questionnaire consisting of two parts, the first includes identification data such as age, sex, faculty; The second part included 20 closed questions, the results of which measured the knowledge level variable and were classified in the Efficient and Poor level, reaching the maximum score of 20 points. Measurement of the variable attitude, a test valued with the Modified Likert scale was applied, which was made up of 25 items, which expose the Favorable, Unfavorable and Ambivalent attitude on therapeutic abortion.

Results: A poor level of knowledge was obtained 64.3% Medical and efficient 62.7% Obstetrics. The level of attitudes shows that 77.6% Medicine has a favorable attitude towards therapeutic abortion; and it shows that 53.7% Obstetrics has a favorable attitude towards therapeutic abortion, 22.4% of medical students have an ambivalent attitude towards therapeutic abortion; While 46.3% of students of Obstetrics and Childcare have an ambivalent attitude towards therapeutic abortion. It is also shown that 50.5% of medical students with a poor level of knowledge about therapeutic abortion have a favorable attitude; And students of Obstetrics shows that 35.8% with an efficient level of knowledge about therapeutic abortion have a favorable attitude.

Comparatively we have shown that the level of knowledge about therapeutic abortion is greater in students of the Faculty of Obstetrics and Childcare than in medical school students and that the attitude towards it is different in both groups and students.

Conclusion: After the study on therapeutic abortion it has been concluded that the students of both faculties do not see the repercussion that can have the lack of basic knowledge of this one.

Keywords: Knowledge-Attitudes, Therapeutic Abortion.



INTRODUCCIÓN

La interrupción voluntaria del embarazo o Aborto provocado ha ocurrido en todas las culturas y en todas las épocas, a veces legal y culturalmente aceptado, otros rechazados con violencia. **(1)**

Cuando se estudia el aborto bajo los estándares de la salud, es imprescindible dejar de lado los profundos conflictos que el tema despierta en individuos, parejas y familias y en general, en la sociedad, para encararlo como uno de los más importantes problemas de salud pública que enfrentamos en la Región.

En relación al aborto terapéutico, el estudio de actitudes no es un tema ajeno. Múltiples investigaciones la abordan **(2)**, no como un tema independiente, sino como parte de los estudios que investigan la sexualidad y la reproducción, más aún en poblaciones rurales o insulares.

Según datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS-2011), refiere que cada año se realizan 26 millones de abortos legales a nivel mundial y 20 millones más son realizados clandestinamente, por individuos sin la capacidad requerida o en lugares con condiciones por debajo de los estándares mínimos de salubridad. El 97% de los abortos inseguros se llevan a cabo en países subdesarrollados como el nuestro. **(23)**

En nuestro país, a pesar de la penalización legal del aborto inducido, el aborto terapéutico es la única excepción según el Código Penal donde se le conoce como aborto impune, el cual tiene el objeto de salvaguardar la salud o la vida de la mujer embarazada cuando se encuentren en riesgo grave o permanente. A la fecha contamos con la Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal. **(8)**

A nivel mundial, la temática del aborto en general, ha sido considerada de importancia en las últimas décadas, representando un grave problema de salud pública y es un problema que ha sido resuelto prácticamente en todas las legislaciones del mundo. (1)

El presente trabajo pretende conocer e identificar el conocimiento y las actitudes de estudiantes de las Facultades de Medicina y Obstetricia-Puericultura de pre grado sobre el tema del aborto terapéutico; población a la que por razón del Código Penal les competiría una vez en ejercicio de su profesión, tanto en la realización del procedimiento como en la consejería.

Mediante el presente estudio de tipo descriptivo queremos conocer el desarrollo de la percepción crítica, como la capacidad para entender el contexto en el cual el alumno es formado.

Esta investigación servirá de fundamento para el accionar político y pragmático de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales e instituciones públicas y privadas como las universidades; cuyo fin académico se sustenta en la defensa de la vida y el respeto por la dignidad humana.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

2.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“Estudio Comparativo del nivel de conocimientos y las actitudes sobre el aborto terapéutico en estudiantes de las Facultades de Medicina y Obstetricia-Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa Mayo-Junio, 2017”

1.2 Descripción del Problema

a.) Área del conocimiento

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| a.1 Área General: | Ciencias de la Salud. |
| a.2 Área específica: | Obstetricia |
| a.3 Especialidad: | Salud sexual y reproductiva |
| a.4 Línea o Tópico: | Aborto Terapéutico |

b. Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p>VARIABLES DEPENDIENTES</p> <p>1) Nivel de conocimiento sobre el aborto terapéutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo • Bioético • Legal 	<p>Eficiente 13-20 puntos</p> <p>Deficiente 0-12 puntos</p>
<p>2) Actitudes sobre el aborto terapéutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo • Bioético • Legal 	<p>Desfavorable 16 – 30 puntos</p> <p>Ambivalente 31 – 60 puntos</p> <p>Favorable 61 – 75 puntos</p>
<p>VARIABLES INDEPENDIENTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facultades de Ciencias de la Salud 	<p>Medicina Humana - UCSM</p> <p>Obstetricia y Puericultura - UCSM</p>
<p>VARIABLES INTERVINIENTES</p> <p>Características socio demográficas</p>	<p>Edad</p>	<p>18-22</p> <p>23-27</p> <p>28 - 32</p>
	<p>Sexo</p>	<p>Masculino</p> <p>Femenino</p>
	<p>Religión</p>	<p>Católico</p> <p>Sin Religión</p> <p>Otros</p>
	<p>Nivel Universitario</p>	<p>1er año</p> <p>2do año</p> <p>3er año</p> <p>4to año</p>
	<p>Colegio de procedencia</p>	<p>Particular</p> <p>Parroquial</p> <p>Nacional</p>
	<p>Relación de parejas</p>	<p>Tiene enamorado SI - NO</p> <p>Tiene conviviente SI - NO</p> <p>Tiene novio SI - NO</p>

c) Interrogantes básicas.

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el aborto terapéutico en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el aborto terapéutico en estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María?
- ¿Cómo son las actitudes sobre el aborto terapéutico en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María?
- ¿Cómo son las actitudes sobre el aborto terapéutico en estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María?
- ¿Existen diferencias entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre el aborto terapéutico entre los estudiantes de las Facultades de Medicina y Obstetricia-Puericultura de la UCSM?

d) Tipo de Investigación.

La presente investigación transversal y prospectiva.

e) Nivel de Investigación.

Comparativo.

1.3 JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA: Hoy en día las universidades, que imparten formación académica en áreas de Ciencias de la salud y en particular de Medicina Humana deben brindar conocimientos necesarios sobre el aborto terapéutico, por constituir un dilema básico en el que se encuentran en la labor asistencial.

En nuestro país es necesario que se desarrollen encuestas o apliquen metodologías estadísticas que puedan contribuir a la evaluación de los conocimientos sobre temas de trascendencia ético – social como el presente.

JUSTIFICACIÓN SOCIAL: Considerando que los estudiantes de la Facultad de Medicina y Obstetricia en el Perú, están involucrados en la problemática social y el aborto terapéutico constituyen una posible solución a problemas sanitarios que ponen el riesgo de la vida de la mujer, entonces resulta necesario conocer la realidad sobre el tema estudiado.

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA: El progreso científico ha abierto vastos horizontes, fascinantes para la ciencia y para el hombre mismo, pero al mismo tiempo ha interpelado al hombre y a la sociedad, suscitando con este impacto nuevos cuestionamientos sociales y también políticos. Tal circunstancia ha conllevado a propiciar distintas perspectivas de análisis y estudio de numerosos problemas en relación con la interpretación de los nuevos recursos ofrecidos por la ciencia, esencialmente en relación con la aplicación de los conocimientos y posibilidades de las ciencias médicas y biológicas.(29)

JUSTIFICACIÓN PERSONAL: Nos resulta muy importante porque en las practicas hospitalarias hemos visto que se tiene muchas dudas al tomar una decisión sobre el tema, no obstante presentarse la indicación y porque de presentarse la indicación es el personal de obstetricia básicamente llamado, para brindar la consejería.

2. OBJETIVOS

- Conocer el nivel de conocimiento sobre el aborto terapéutico en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María.
- Conocer el nivel de conocimiento sobre el aborto terapéutico en estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María.
- Identificar las actitudes frente al aborto terapéutico en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María.
- Identificar las actitudes frente al aborto terapéutico en estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María.
- Comparar las diferencias que existen entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre el aborto terapéutico en estudiantes de las Facultades de Medicina y Obstetricia-Puericultura de la UCSM.

3. MARCO TEÓRICO

3.1.-MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. Aborto

A. Concepto científico:

Aborto del latín "abortus" significa lo siguiente "ab", que implica privación o partícula privativa y "ortus", que significa nacimiento. Es decir que significa "sin nacimiento". (30)

Según la OMS, aborto es “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente” (OMS 1994). La OMS considera también, que el límite de viabilidad de la edad gestacional es de 22 semanas, el peso fetal de 500 gr. y la longitud céfalo nalgas de 25 cms. (19)

B. Concepto Legal

Actualmente el aborto en Perú es ilegal salvo en caso de amenaza a la vida o salud de la mujer. La pena para una mujer que consiente un aborto puede ser de hasta dos años de prisión pero esto no sucede en la práctica, ya que no existe ni ha existido ningún caso de mujer alguna que haya sido encarcelada por abortar. La pena para una persona que realiza un aborto inducido ilegal puede ser de uno a cinco años de prisión.- (30)

El delito de aborto se consuma con la muerte del feto, tanto sea dentro del útero materno o fuera de él. En cambio, si luego de las maniobras abortivas el feto vive se estará frente a una tentativa de aborto. (3)

El artículo 119° del Código Penal, aprobado por Decreto Legislativo No 635, señala que: “No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente”. (4)

C. Tipos de aborto Según la Ley

Código Penal

Art. 114: Auto aborto.- La mujer que causa su aborto, o consiente que otro lo practique, será reprimida con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de ciento cincuenta dos a ciento cuatro jornadas. (4)

Art. 115: Aborto consentido.- El que causa el aborto con el consentimiento de la gestante, será reprimido con una pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de 4 años .si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado la pena no será menor de dos ni mayor de cinco. (4)

Art. 116: Aborto no consentido.- El que hace abortar a una mujer sin su consentimiento, será reprimido con una pena privativa de libertad no menor de tres años ni mayor de cinco años.

Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena no será menor de cinco ni mayor de diez años (4)

Art. 117: Aborto agravado por la cualificación del sujeto activo.- El médico, obstetra, farmacéutico, o cualquier profesional sanitario, que abusa de su ciencia y arte para causar el aborto, será reprimido con la pena de los art 115 y 116 e inhabilitación conforme art 36 (4)

Art. 118: Aborto preterintencional.- El que, con violencia, ocasiona un aborto, sin haber tenido el propósito de causarlo, siendo notorio o costándole el embarazo, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de cincuenta dos a cincuenta cuatro jornadas(4)

Art. 119: Aborto terapéutico.- No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de una mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviera cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar un mal grave y permanente. (4)

Art. 120: Aborto sentimental y eugenésico: El aborto será reprimido con una pena privativa de libertad no mayor de tres meses

1.- Cuando el embarazo sea consecuencia de una violación sexual fuera del matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera del matrimonio ,siempre que los hechos hubieren sido denunciados o investigados ,cuando menos policialmente.

2.- Cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento grave, físicas o psíquicas siempre que exista diagnostico médica. (4)

D. Bioética

El aborto terapéutico en particular y los derechos sexuales y reproductivos en general, siguen siendo una polémica política-ideológica, que pocos se atreven a discutir puesto que se entra en terrenos prohibidos. Las argumentaciones del por qué estar a favor del aborto terapéutico, van desde las miradas biomédicas, sicosociales, de derechos y también de la bioética. Tal como lo señala el bioeticista

Sergio Zorrilla de la Universidad de Santiago (2000), existen varias formas de entender la bioética, en la medida que a través de ella se expresa el pluralismo social. La bioética no ha abordado de manera privilegiada la temática del aborto en Chile, aunque sus discusiones a propósito del estatuto del embrión han transformado el contexto en el cual se situaba, hace algunos años.

La ética reconoce y promueve la acción colectiva al permitir el cuestionamiento del sentido de las prácticas y de las decisiones, permitiendo así una crítica a lo político.

(20)

Los teóricos buscan sustentar con bases filosóficas o morales la creencia del feto como persona humana desde la fecundación, y la defensa de la potencialidad del feto en convertirse en persona humana. Por lo tanto se debe tratar al embrión o feto como persona desde la concepción. **(5)**

Es un hecho que el hijo no nacido carece de protección adecuada en las legislaciones y praxis de muchos países. Muchos se preguntan por qué la sociedad actual, basada en teoría sobre los derechos humanos, no reconoce este derecho a la vida del ser humano desde que comienza a existir. Hay que verificar, pues, si esta tendencia a no reconocer la dignidad humana del embrión tiene alguna base científica o es simplemente una discriminación arbitraria.

Blechsmidt explica que la vida humana empieza desde el momento de la fecundación y critica la visión biogenética anclada en la ley filogenética de Ernst Haeckel, según la cual el ser humano comenzaría su desarrollo como masa celular desorganizada y atravesaría los diversos estadios biológicos de los demás seres vivos, hasta llegar a diferenciarse en el tipo de mamífero humano. **(6)**

Para Serani “lo que constituye en biología a un individuo no es la imposibilidad de división, sino la organización de su estructura”

3.1.2. Aborto terapéutico

A. Concepto

No hay Uniformidad Jurídica:

- El aborto terapéutico es la interrupción voluntaria de un embarazo antes de la viabilidad fetal (22 semanas o menos de 500 g), por razones de salud materna, por razones médicas. (21)
- “Es el acto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal (si lo tuviera), cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar un mal grave y permanente en su salud”(Código Penal1991).
- Es la interrupción del embarazo con la consecuencia de muerte del producto de la concepción, sea este viable o no. (7)

B. Indicaciones:

A decir de la “Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de veintidós (22) semanas”, es una alternativa que se considera cuando es el único medio para salvar la vida o para evitar en su salud un mal grave o permanente. Esta situación y dicha alternativa deben ser puestas en conocimiento de la gestante afectada para que, de manera voluntaria e informada, pueda decidir si desea optar o no por la referida alternativa.

Sobre la base de lo consensuado por sociedades médicas del Perú se consideran las siguientes entidades clínicas de la gestante, en las que se amerita evaluar la interrupción terapéutica del embarazo.

1. Embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical.
2. Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
3. Hiperemesis gravídica refractaria al tratamiento con deterioro grave hepático y/o renal.
4. Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia.
5. Insuficiencia cardiaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) con hipertensión arterial y cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento.

6. Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco.
7. Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo.
8. Lupus Eritematoso Sistémico con daño renal severo refractario a tratamiento.
9. Diabetes Mellitus avanzada con daño de órgano blanco.
10. Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno < 50 mm de Hg y saturación de oxígeno en sangre $< 85\%$.y con patología grave; y
11. Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente, debidamente fundamentada por la Junta Médica. **(8)**

C. Riesgos

Los riesgos del aborto quirúrgico incluyen:

- Daño al útero o al cuello uterino
- Perforación uterina (hacer un agujero accidentalmente en el útero con uno de los instrumentos utilizados)
- Sangrado excesivo
- Infección del útero o de las trompas de Falopio
- Cicatrización del interior del útero
- Reacción a los medicamentos o a la anestesia, como por ejemplo problemas para respirar
- No extraer todo el tejido, lo cual requiere otro procedimiento **(31)**
- Cáncer de mama; al inicio del embarazo existen grandes aumentos en los niveles de ciertas hormonas que apoyan el embarazo (por ejemplo, estrógeno, progesterona, y hCG). En respuesta a estos cambios, las células del seno se dividen y maduran en células capaces de producir leche. El aborto ocasiona una brusca disminución en los niveles de hormonas, dejando las células del seno en un estado inmaduro. Estas

células inmaduras pueden más fácilmente transformarse en células cancerosas. (22)

De 73 estudios realizados a nivel mundial desde 1957, 53 mostraron que las mujeres que sufrieron un aborto inducido tenían un mayor riesgo de cáncer de seno. En 1996 Joel Brind, PhD, recolectó los resultados de todos los estudios realizados hasta ese momento. Brind concluyó que las mujeres que tuvieron un aborto antes de su primer embarazo a término tienen un 50% incremento en el riesgo de desarrollar cáncer de seno, mientras que las mujeres que tuvieron un aborto después de su primer embarazo a término tienen un incremento en el riesgo del 30%. (22)

D. Consecuencias

Posibles consecuencias físicas:

- Esterilidad.
- Abortos espontáneos.
- Embarazos ectópicos.
- Nacimientos de niños muertos.
- Trastornos menstruales.
- Hemorragia.
- Infecciones.
- Shock.
- Coma.
- Útero perforado.
- Peritonitis.
- Coágulos de sangre pasajeros.
- Fiebre /Sudores fríos.
- Intenso dolor.
- Perdida de otros órganos.
- Muerte (9,32)

Posibles consecuencias emocionales:

- Llanto/ Suspiros.
- Insomnio.
- Pérdida de apetito.
- Pérdida de peso.
- Agotamiento.
- Tragar constantemente.
- Nerviosismo.
- Disminución de la capacidad de trabajo.
- Vómitos.
- Trastornos gastrointestinales.
- Frigidez. (9,32)

Posibles consecuencias psicológicas:

- Culpabilidad.
- Impulsos suicidas.
- Sensación de pérdida.
- Insatisfacción.
- Sentimiento de luto.
- Pesar y remordimiento.
- Retraimiento.
- Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones.
- Inferior autoestima.
- Preocupación por la muerte.
- Hostilidad.
- Conducta autodestructiva.
- Ira/ Rabia.
- Desesperación.
- Desvalimiento.
- Deseo de recordar la fecha de la muerte.

- Preocupación con la fecha en que "debería" nacer o el mes del nacimiento.(9,32)

En el marco de las discusiones en el Congreso por la “Ley del Aborto Terapéutico” hablamos con Luis Alemán, psicólogo Educativo de la Universidad Central, el que nos ayudó a entender las repercusiones psicológicas de embarazos de estas dimensiones. Desde el momento que la mujer queda embarazada y especialmente si el hijo es deseado, los problemas psicológicos empiecen a causar duras lesiones en la madre y en los familiares. (33)

El profesional señaló la importancia de la familia, sobre todo la más allegada, la que debe posicionarse al lado de la afectada y no quitarle importancia al hecho, puesto que es evidente la gravedad de la situación. También habló sobre los casos de violación y de no desear al feto que se está gestando. Ante ello, dijo que es otra situación distinta, psicológica, porque el embarazo es traumático para la mujer (33)

E. Protocolos

Según la “Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo N°119 del Código Penal” (8)

Procedimiento

a) Procedimientos administrativos

1. El médico, que identifica la necesidad de proceder a la interrupción legal del embarazo, informará a la paciente y elaborará el informe de su situación clínica.
2. La gestante o su representante legal en caso que se encuentre impedida de hacerlo, presenta la Solicitud para atención de aborto terapéutico a la Jefatura del Servicio o Departamento de Ginecoobstetricia, la misma que debe expresar las razones por las

cuales solicita interrupción del embarazo. Esta solicitud es presentada al departamento/servicio de Ginecoobstetricia del establecimiento de salud

3. La Jefatura del Departamento/servicio de Ginecoobstetricia dará trámite de inmediato la solicitud y constituirá una Junta Médica, cuidando de que forme parte de la misma el médico que evaluó inicialmente el caso en dicho servicio, quien lo presentará ante la Junta Médica.
4. La Junta Médica, constituida por tres profesionales médicos, podrá pedir asesoría de otro(s) profesional(s) de la especialidad correspondiente, delibera el caso; de ser necesario amplía la anamnesis o vuelve a examinar y dictamina por la procedencia o no de lo solicitado, debiendo dejar constancia escrita de sus conclusiones y recomendaciones en la historia clínica.
5. La Jefatura del Departamento/Servicio designa al médico que llevará a cabo el procedimiento.
6. Desde que se efectúa la solicitud hasta que se inicia el procedimiento de interrupción legal del embarazo no debe pasar más de siete días, debiendo actuar con más celeridad si el caso lo amerita.
7. Cumplido el trámite del procedimiento administrativo, la Jefatura del Departamento/Servicio de Ginecoobstetricia informará a la Dirección del hospital.
8. Si la Jefatura del Departamento o Servicio no cumple con dar trámite a la solicitud, o excede el tiempo establecido, o la Junta Médica ha denegado su solicitud la gestante podrá recurrir ante la autoridad superior correspondiente, la cual deberá resolver en un plazo no mayor de 48 horas **(34)**

b) Junta médica

- La Junta Médica estará constituida por tres médicos Gineco-Obstetras, uno de los cuales será el médico que evaluó el caso en el servicio, y estará presidida por el Jefe del Departamento o de Servicio.
- La Junta Médica podrá asesorarse en lo posible con profesional(es) vinculado(s) al caso en consulta.
- La Junta Médica tomará conocimiento del informe del médico que recibió el caso en el servicio, lo analizará, ampliará la anamnesis o volverá a examinar si así lo estima conveniente y dictaminará por la procedencia o no de la interrupción del embarazo.
- Si el caso es dictaminado afirmativamente para proceder a la interrupción, deberá asegurarse que exista Consentimiento Informado por parte de la paciente o de su representante legal de ser el caso. (34)

c) Evaluación y preparación del caso antes de la interrupción

Lo primero que el profesional debe hacer es comprobar que la mujer presenta realmente un embarazo localizado dentro del útero, así como el tiempo de gestación, porque es un elemento crítico en la selección del método para la evacuación uterina.

Anamnesis • Se debe elaborar una historia clínica completa e integral, con énfasis en la historia clínica obstétrica.

Examen clínico • Confirmar el embarazo y estimar su cronología mediante el examen pélvico bimanual. • Identificar signos de infecciones de transmisión sexual (ITS) u otras enfermedades del tracto genital. • Identificar signos que puedan hacer sospechar mola hidatiforme o embarazo ectópico.

Exámenes auxiliares • Medición de hemoglobina o hematocrito. • Grupo sanguíneo y Rh. • Tiempo de coagulación y sangría. • Pruebas serológicas: RPR, VIH. • Ecografía obstétrica y cuantificación de

gonadotropinas coriónicas (HCG). • Papanicolaou. • Otros exámenes que contribuyan al diagnóstico de enfermedades concomitantes. • Evaluación del riesgo quirúrgico.

Uso de inmunoglobulina anti-rh • En los casos de mujeres Rh negativo tener a la mano inmunoglobulina anti Rh para aplicarla al momento del procedimiento quirúrgico. • Si se utiliza prostaglandina para el procedimiento, tener cuidado de aplicar la inmunoglobulina al momento de iniciar la medicación. (35)

d) Información y consejería

- La información y consejería es una parte esencial de la calidad del servicio y debe hacerse antes, durante y después de la intervención.
- La información debe ser completa, exacta, fácil de comprender y debe constar por escrito adicionalmente. La consejería deberá absolver todo tipo de dudas que la mujer tenga en cualquiera de los tres momentos mencionados (antes, durante y después). Sin embargo, es importante priorizar información acerca de: El embarazo y su situación de salud. Los procedimientos para la interrupción: lo que se hará durante y después del procedimiento, lo que puede ocurrir (calambres, dolor y sangrado como el que ocurre en la menstruación), el tiempo que dura el procedimiento, cómo se va a manejar el dolor, riesgos y complicaciones asociados al procedimiento a usar. o Momento de iniciar sus actividades habituales y necesidad de seguimiento, es decir la asistencia a los controles necesarios. o Información sobre su actividad sexual y los métodos de planificación familiar que oferta el establecimiento, incidiendo en la importancia de la prevención de embarazos, sin que ello interfiera con el derecho a la libre elección de la mujer. Además, debe incluir información sobre ITS y VIH. (34)

- La información y consejería debe ser dada por el personal médico capacitado para tal fin, respetando la confidencialidad y privacidad, así como las decisiones que la mujer tome durante todo el proceso.
- En caso de ser necesario se dará apoyo psicológico, social y legal por parte de los profesionales respectivos, quienes deberán ofrecer información y orientación pertinentes.
- La información y consejería debe terminar con la decisión informada por parte de la gestante, la misma que se debe documentar en un consentimiento informado antes de efectuar el procedimiento. (34)

e) **Procedimientos para la evacuación del útero**

Los procedimientos estarán en función a la cronología del embarazo.

- **Métodos hasta las 12 semanas de gestación:**

En esta cronología los métodos sugeridos a elegir son la aspiración eléctrica o la aspiración manual endouterina (AMEU) y el uso de Misoprostol. En casos excepcionales. Dado que los servicios carezcan del equipo y los insumos necesarios, se podrá practicar un legrado uterino instrumental (LUI)

- **Aspiración manual endouterina:**

Consiste en la aplicación de una cánula de plástico que se inserta a través del cuello uterino abierto y se conecta a una jeringa de Karman de plástico de 60 ml de capacidad, la que produce vacío hasta 600 mm de mercurio. El vacío es transferido a la cavidad uterina a través de la cánula.

- **Instrumental:**

Una jeringa de plástico de 60 ml de capacidad, la que puede ser de una o dos válvulas. Las cánulas de plástico son flexibles y de diferente calibre (de 4 a 10 y 12 mm de diámetro externo). Se facilita la aplicación de las cánulas a la jeringa con adaptadores de plástico de diferente color, aunque ahora las cánulas disponen directamente de este aditamento.

- **Descontaminación y desinfección del material:**

Para asegurar el uso correcto del equipo es necesario que una vez usado, sea puesto en una solución de hipoclorito de sodio al 0.5% durante 10 minutos. Luego se retira, se enjuaga con agua corriente, se desarma toda la jeringa y el material completo es puesto en desinfección de alto nivel (DAN) utilizando solución de glutaraldehído al 2%, en inmersión durante 20 minutos. Luego, se lava los instrumentos con agua estéril y se los coloca en una cubeta estéril, listos para su uso. Tener cuidado de lubricar el émbolo de la jeringa con silicona. (10)

- **Técnica operatoria**

- Luego de colocada la paciente en posición ginecológica se practica la asepsia y antisepsia de la vulva y del periné, se confirma la evacuación vesical y se realiza el examen pélvico. Se puede aplicar analgesia o anestesia local paracervical.
- Con el espéculo aplicado en la vagina, se tracciona el cuello del útero con pinza tirabalas. Se selecciona la cánula de plástico cuyo calibre se adapte exactamente al diámetro del cuello uterino abierto. Con la misma cánula se confirma la histerometría y se la deja colocada en el interior de la cavidad uterina, observando la “técnica de no tocar”.
- Si el cuello lo requiere, se dilata utilizando dilatadores o de lo contrario se lo prepara antes de la intervención aplicando Misoprostol 400 ug vía oral ó vaginal 3 a 4 horas antes del procedimiento.
- Se toma luego la jeringa, se cierra la válvula y se produce manualmente el vacío tirando del émbolo. La jeringa es aplicada cuidadosamente en la cánula, se abre la válvula y el vacío se transmite hacia la cánula y la cavidad uterina. Con movimientos giratorios suaves de la jeringa se facilita la evacuación del útero en pocos minutos.

- Terminada la aspiración, que puede ser verificada por la presencia en la cánula de secreción espumosa rosada o al escuchar el “grito uterino”, se retira la jeringa con la cánula y se vacía el contenido. El aspirado es revisado cuidadosamente para confirmar la presencia de restos. La jeringa y todo el material son colocados en una solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
- Finalizado el procedimiento, se traslada la paciente al ambiente de recuperación postoperatoria, se refuerza la consejería iniciada en la admisión y se oferta metodología anticonceptiva. La observación se realiza durante 2 horas.(11)
- **Control del dolor**
 - La anestesia general no se recomienda para realizar el aborto por cuanto los riesgos son mayores. Se le asocia con mayor frecuencia de hemorragia que la anestesia local. Por otro lado la anestesia general incrementa los costos tanto para el establecimiento de salud cuanto para la paciente. Sin embargo algunas mujeres prefieren anestesia general y el proveedor puede necesitarla en caso de dificultades técnicas en el procedimiento.
 - Cada vez que se realiza una AMEU debe utilizarse medicación para controlar el dolor. Se puede utilizar tres tipos de medicación, sola o combinada: analgésicos que alivian el dolor, tranquilizantes (como el diazepam) que reducen el temor y relajan a la paciente y anestésicos.
 - En la mayoría de casos, los analgésicos, la anestesia local y la sedación suave complementados con el apoyo verbal son suficientes. Estas drogas son baratas.

- Cuando se usa anestesia local, aplicar lidocaína al 1% a nivel paracervical (a las 5 y a las 7 de la esfera) o debajo de la mucosa a nivel de los 4 cuadrantes del cuello uterino.(23)
- **Prevención y control de infecciones**
 - Nada reemplaza el uso de las mejores prácticas de bioseguridad, tomadas permanentemente en el servicio.
 - Lavarse las manos con agua y jabón antes y después del procedimiento.
 - Usar barreras protectoras: guantes estériles, mandilón, delantal, máscara y gafas de protección.
 - Eliminar adecuadamente los desechos.
 - Lavado y limpieza de pisos, camas, baños, paredes con detergente y agua caliente y uso de hipoclorito de sodio.
 - Eliminación adecuada de los desechos punzocortantes en depósitos para tal fin.
 - Descontaminar, lavar y esterilizar ó desinfectar a alto nivel los instrumentos reutilizables
- **Examen del tejido después de la evacuación**
 - Después de la AMEU conviene hacer el examen de los productos de la concepción para excluir la posibilidad de un embarazo ectópico, a pesar de los exámenes preoperatorios.
 - Si el aspirado no contiene el producto esperado, se debe sospechar embarazo ectópico.
 - Igualmente, estar alerta ante la posibilidad de encontrar tejido molar.

- Si el tejido extraído no está de acuerdo a la cronología del embarazo se puede pensar también en una evacuación incompleta.
- **Evacuación del contenido uterino con el uso de Misoprostol**
 - El tratamiento es esencialmente ambulatorio.
 - Los efectos que se buscan con este tipo de aborto médico son similares a aquellos asociados con el aborto espontáneo: presencia de dolor tipo calambre y sangrado prolongado parecido a la menstruación. El aborto inducido generalmente es completo o sea que no requerirá limpieza de la cavidad uterina.
 - Usar este método hasta las 12 semanas de edad gestacional, contadas a partir del primer día de la última menstruación.
 - Si la gestante tiene un DIU colocado, se debe retirar antes de aplicar el medicamento.
 - Precisar si existe alergia al medicamento.
 - No aplicar el medicamento en caso de alergia, presencia de DIU o embarazo ectópico.
 - Aplicar una primera dosis de 800ug vía intravaginal c/12 horas, hasta un máximo de tres dosis. Después de la aplicación vaginal la mujer debe reposar 30 minutos.
 - En embarazos de 9 semanas o menos se puede aplicar Misoprostol 800 ug sublingual cada 3 a 4 horas hasta un máximo de 3 dosis.
 - El aborto ocurrirá en las horas, días y hasta dos semanas siguientes a la aplicación del medicamento.

- La paciente debe regresar a control a más tardar a las dos semanas para verificar la expulsión. Debe hacerse anamnesis, examen clínico y de ser necesario se pedirá HCG y ecografía.
- Las pacientes que expulsan el contenido intrauterino deben concurrir al hospital llevando el tejido expulsado.
- De confirmarse la expulsión total, se refiere la paciente para anticoncepción u otros servicios de salud.
- En los casos en que falla la evacuación, esta deberá completarse con aspiración manual o legrado uterino.
- Se debe intervenir quirúrgicamente en caso de: hemorragia persistente, embarazo ectópico, falla del medicamento (aborto incompleto, aborto frustrado, persistencia del embarazo, dado que el misoprostol tiene un riesgo potencial de teratogenicidad) o si la paciente lo solicita.
- Cuidar los efectos secundarios: escalofríos, fiebre, náuseas, vómitos, diarrea, mareos, cefalea, sangrado vaginal y dolor pélvico tipo cólico.(36)
- **Métodos para evacuar el útero entre las 13 y 20 semanas**
 - Internar a la gestante.
 - En estos casos es preferible iniciar el procedimiento con la aplicación farmacológica.
 - Administrar 400 ug de misoprostol vía vaginal si la gestación es de 13 a 15 semanas y 200 ug si es de 16 a 20 semanas.
 - Repetir igual dosis si no ha habido respuesta a las 12 horas.
 - Si no hay respuesta a las 24 horas, doblar la dosis inicial (800 ug hasta las 15 semanas y 400 ug entre las 16 y 20 semanas) y repetirla 12 horas después si no hay evidencia de iniciada la expulsión. No aplicar más de 4 dosis en total.

- Producida la expulsión del contenido, generalmente hay que completar con una limpieza de la cavidad uterina.(12)

- **RECURSOS NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL ABORTO TERAPÉUTICO**
 - **Recursos humanos**
 - Profesionales médicos/as gineco-obstetras o médicos cirujanos/as especialistas o relacionados con la patología de fondo que afecta a la gestantes y profesionales médicos/as asistenciales.
 - Profesionales obstetras con experiencia en orientación/consejería en salud sexual y reproductiva,
 - Para los procedimientos médicos clínicos y quirúrgicos participan los profesionales y técnicos de salud según competencias.

 - **Infraestructura**
 - Consultorios externos
 - Ambiente de consejería
 - Sala de hospitalización
 - Sala de procedimientos y/o sala de operaciones y/o sala de partos
 - Sala de recuperación
 - Laboratorio clínico
 - Farmacia

 - **Equipos**
 - Máquina de anestesia
 - Instrumental quirúrgico para laparotomía e histerectomía
 - Instrumental quirúrgico para interrupción terapéutica del embarazo (especulos, pinza para tracción del cuello uterino, pinzas de anillos)

- Equipos de aspiración Manual Endouterina (AMEU) O de legrado uterino
- Dilatadores cervicales
- Coche de paro; y
- Otros según necesidad
- **Medicamentos e insumo**
 - Oxígeno atropina
 - Sedantes
 - Oxitócicos
 - Misoprostol (análogo semisintético de la Prostaglandina E1)
 - Anestésicos locales y generales
 - Analgésicos
 - Antibióticos
 - Soluciones isotónicas
 - Expansores plasmáticos
 - Sangre y sus derivados; y
 - Otros según necesidad **(24)**

F. Normas legales

I. Decreto Legislativo N° 635: Código Penal Peruano, El artículo 119° del Código Penal, señala que: “no es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente”

II. RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 486-2014/MINSA

Se aprueba la “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas, con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el art. 119 del Código Penal”. **(8)**

G. Estadísticas

- Luis Távora Orozco coordinador del Comité sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), plasmó en un informe que, de un millón de embarazos que se registran anualmente en el Perú, 400.000 mil terminan en abortos que generan la muerte de un 15% de mujeres. **(38)**

Estos datos indican que cada hora se producen más de 40 abortos y más de mil al día. Los estudios señalan que son mujeres de varias clases sociales y económicas, sólo que las mujeres con mayores recursos pueden acceder a servicios de salud más adecuados y más seguros. Por lo que la probabilidad de hospitalización es más alta si la mujer es pobre: el 13, 6% de las mujeres que abortan viven en de poblaciones urbanas y el 18,5 % en poblaciones rurales.

Según los servicios de salud, un 62% son mujeres menores de 30 años, y de este porcentaje, un 14% son menores de 20 años. Más del 50% de las mujeres recurre al aborto porque no desea ser madre, y un 28% es por razones económicas.

Según el Ministerio de Salud (“Plan de Contingencia para la Reducción de la Muerte Materna” Lima- 2001), el aborto ocupa el cuarto lugar de causa de muerte materna (7%); Sin embargo, diversos estudios demuestran que dentro de las muertes provocadas por hemorragias (60%) e infecciones (13%), se encuentran casi ocultas muchas muertes por aborto. Si se pudiera registrar de manera real y eficaz las muertes maternas, “el aborto ocuparía probablemente el primer lugar” **(13)**

- **Aspectos epidemiológicos:**
 - Patología obstétrica más frecuente; incidencia entre 11 y 20%.
 - El aborto en condiciones de riesgo es un problema de salud mundial.

- La OMS estima que más de 20 millones se realizan cada año bajo condiciones inseguras y que entre 10% y 50% de mujeres requieren cuidado médico por complicaciones
- Cerca del 13% de mortalidad materna en el mundo corresponde al aborto provocado, principalmente en países donde es ilegal, así: 20-25% de todas las muertes maternas en Asia, y 30-35% de las muertes en África y América Latina
Clasificación Clínica:
Se puede clasificar:
 - Aborto Temprano: Edad Gestacional menor de 9 semanas.
Aborto Tardío: Edad gestacional mayor a 9 semanas.
 - Forma de presentación del aborto: Espontáneo. Inducido: La legislación Peruana no acepta este tipo de aborto y el código penal contempla sanciones a quienes lo practiquen.
 - Aborto Terapéutico: Terminación de la gestación con el fin de salvaguardar la vida de la madre.
 - Clasificación del Aborto Espontáneo: Aborto en curso (O05.0)
El dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor. Al examen ginecológico: orificio cervical interno permeable, membranas íntegras. Cuando la actividad uterina aumenta y los cambios cervicales son mayores con borramiento y dilatación, las membranas se rompen convirtiéndose en este momento en un aborto inevitable.
 - Aborto Retenido-Frustrado El embrión o feto muere o se desprende y queda retenido en útero sin expulsión de restos ovulares. El útero no aumenta de tamaño, los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen, los hallazgos ecográficos corroboran el diagnóstico.
 - Existe retención del embrión o feto después de su muerte durante un período de cuatro semanas, proceso conocido como aborto frustrado.
 - Aborto Incompleto (O06.4) Expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, con sangrado

- Aborto completo (O03.0) Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares. (25)
- **Frecuencia** La incidencia total del aborto es mucho mayor, la incidencia del aborto subclínico está entre 60 y 78%. Las pérdidas posimplantación cerca de un 43% y la mayoría de ellas (33%) sólo diagnosticadas por un aumento de la HCG, y en un 11% fueron evidentes clínicamente. La mayoría de abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre en las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 22. El aborto recurrente se encuentra en 1% de todas las mujeres. En las adolescentes puede alcanzar entre 10 y 12%, mientras que en las mayores de 40 años el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces. (37)

3.1.3. Actitudes

A. Concepto

La actitud es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o a un aspecto particular de esta. La actitud, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las labores. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.(38)

Tenemos muchos tipos de pensamientos y sentimientos acerca del mundo en que vivimos. Están modelados por nuestros conocimientos, creencias, actitudes y valores y pueden ayudarnos a decidir si hemos de comportarnos de una u otra manera. (14)

Los seres humanos tenemos actitudes hacia muy diversos objetos y situaciones y símbolos, por ejemplo, hacia el aborto, la política económica del país, la acreditación, los sistemas de evaluación, los modelos pedagógicos, los diferentes grupos étnicos, la Ley, etc.).(26)

- La actitud positiva: Es la actitud mental adecuada en cualquier situación ayudándonos a resolver los problemas que puedan aparecer en nuestro

camino. Una actitud positiva ante la vida nos ayudará a tener siempre una visión mucho más optimista de la vida.

- La actitud negativa: La actitud negativa es una fuente inagotable de sinsabores y sentimientos derrotistas. En general las personas cuando sufren depresión adoptan este tipo de postura frente a la vida. Básicamente una persona con actitud negativa enfoca su atención en aquellos que carecen y que necesitan: salud, dinero, amor, etc. por legítimas que puedan ser estas aspiraciones, lo cierto es que enfocarse en las carencias no nos llevará a eliminarlas, sino que por el contrario puede crearnos otras. (17)

B. Enfoques de actitudes frente al aborto

a) Enfoque religioso

La palabra aborto “terapéutico” es abusiva, por cuanto lo propio del concepto es lo relativo al tratamiento de las enfermedades, para curar, para sanar. El aborto provocado, aunque su intención sea la vida o la salud de la madre, es justamente lo opuesto: privar de vida a un inocente. No existe en este caso una terapia, ya que, de existir, implicaría que la intervención del médico buscará directamente curar o eliminar la parte enferma del cuerpo, y en este caso, por el contrario, se busca la supresión del feto para evitar que se agrave la salud de la madre o corra peligro su vida. (29)

A la luz de esta aclaración, el único caso que entraría en cierto sentido en la acepción propiamente terapéutica, pero que no se aplica en relación de un aborto, es la muerte fetal que resulta de la realización de una acción impostergable de carácter estrictamente médico en la madre, es decir, orientada a salvaguardar su salud o su vida, y que trae como consecuencia, no querida ni buscada, la muerte del feto, como sería por ejemplo la extirpación de un tumor uterino. Se trataría de una muerte no provocada directamente ni buscada, sino derivada de una terapia, que es una acción moralmente buena. Este tipo de situación se conoce como “aborto indirecto”.

La igualdad fundamental de todos los seres humanos, independiente del estado de desarrollo, implica valorar al feto como persona, el que por lo tanto adquiere el estatus de paciente para el médico. (29)

b) Enfoque del feminista

La postura feminista intenta reivindicar los derechos sociales y políticos de las mujeres. Desde hace treinta años, la teoría feminista ha venido forjando conceptos nuevos para el análisis de la condición de las mujeres y sus derechos reproductivos. En relación con el aborto, el feminismo defiende el derecho de la mujer a “disponer de su propio cuerpo”. Se podría decir que la concepción de este derecho femenino la inicia Simone de Beauvoir cuando, en 1949, hace ver que el respeto a la mujer comienza con el respeto a su cuerpo. Según de Beauvoir, el hombre siempre ha considerado su cuerpo en una relación directa y normal con el mundo, al cual cree aprehender en su objetividad, mientras que ha considerado siempre que el cuerpo de la mujer se encuentra “entorpecido”, por cuanto lo especifica: un “obstáculo”, una “prisión”. (De Beauvoir, 1983: 12) (27)

c) Enfoque social

El aborto terapéutico ha sido es diversamente considerado en diferentes sociedades para algunos es un procedimiento más para la limitación progenie, para otros, es un atentado contra la vida de un ser humano no nacido ,que el embrión y el feto, Es un ser humano con derechos humanos, incluido de nacer ,crecer y tener familia. Toda mujer tiene derecho la a privacidad, a la salud y la integridad física lo tanto debe escoger si tiene o no un aborto

d) Enfoque moral

El movimiento feminista entiende el aborto como el último recurso, y no como un medio CONTRACEPTIVO

El cambio en la actitud respecto a los hijos y sus necesidades constituye otro factor importante en esta polémica.

Muchos países examinan la cuestión del aborto con una óptica social, situándolo en el terreno de la libertad humana: el derecho de las personas a planificar su familia (28)

e) **Enfoque psicológico**

Surgen sentimientos de culpabilidad, en las jóvenes que se atreven a interrumpir su embarazo

Por esto muchas caen en: severas depresiones, sentimiento de culpabilidad, sensación de pérdida, pérdida de autoestima, pesar y remordimiento, sentimiento de luto, impulsos suicidas, desordenes psíquicos, conducta autodestructiva

La mujer debe estar moral y psicológicamente preparada para llevar a cabo este método (28)

3.1.4. Tipo de Test para evaluar las actitudes frente al aborto terapéutico

a) **Freitas García y Pisco Panduro modificado:**

Aplicaron un cuestionario para medir el nivel de conocimiento intelectual y actitudes, acerca del aborto.

- **Conocimientos:** - Eficiente con una puntuación de 13 a 20 puntos
- Deficiente con una puntuación de 0 a 13 puntos.
- **Actitudes:**
 - La actitud positiva: Cuando los usuarios respondieron positivamente a la escala de actitudes tipo “likert” en 70% a más.
 - La actitud negativa: Cuando los usuarios responden negativamente a la escala de actitudes tipo likert menos del 70%. (17)

b) **Formas de medición**

- **Escala de LIKERT** La escala de Likert tiene el honor de ser uno de los ítems más populares y utilizados en las encuestas.

A diferencia de las preguntas dicotómicas con respuesta sí/no, la escala de Likert nos permite **medir actitudes y conocer el grado de**

conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le propongamos.

Resulta especialmente útil emplearla en situaciones en las que queremos que la persona matice su opinión.

En este sentido, las categorías de respuesta nos servirán para capturar la intensidad de los sentimientos del encuestado hacia dicha afirmación. **(15)**



3.2.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

a) A nivel internacional

- **AUTOR:** BRENES HERNÁNDEZ. P, ROBLES DELGADO. R

TÍTULO: “ABORTO TERAPÉUTICO: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS/AS DE MEDICINA Y ENFERMERÍA”
NOVIEMBRE, 2009

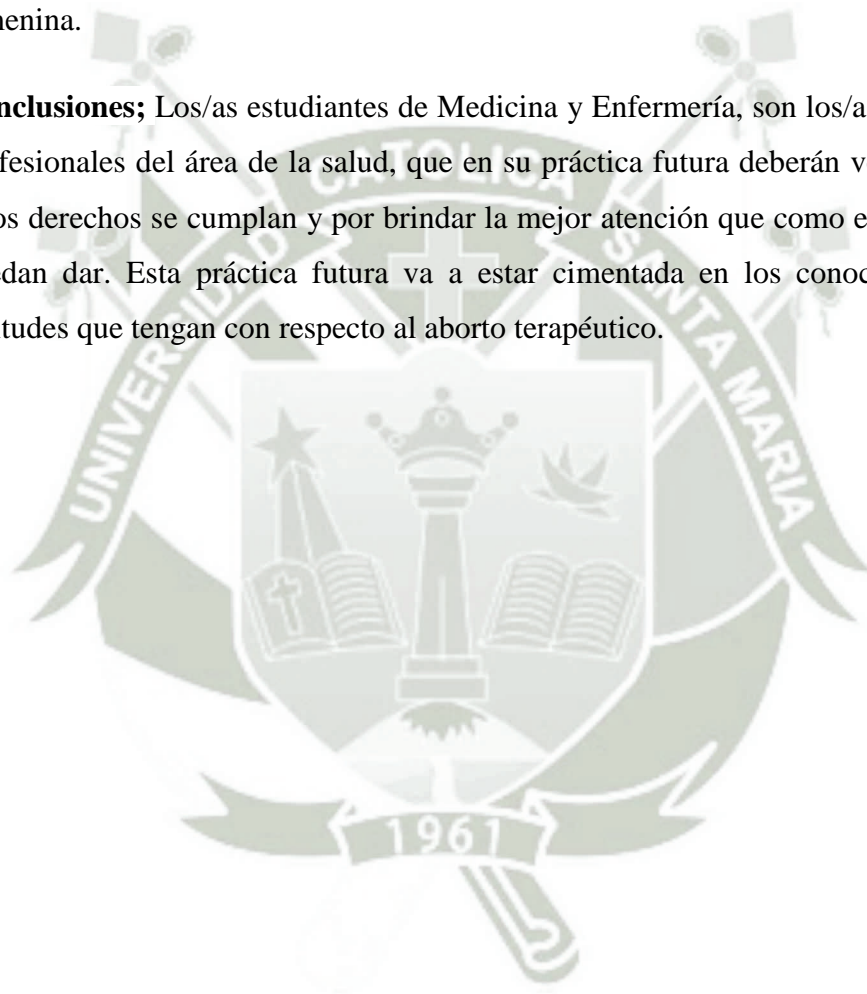
FUENTE: UNIVERSIDAD DE COSTA RICA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES ESCUELA DE PSICOLOGÍA (16)

RESUMEN: Objetivo; Analizar los conocimientos y las actitudes con respecto al aborto terapéutico de estudiantes universitarios/as de medicina y enfermería.
Metodología; El estudio realizado fue de tipo descriptivo, puesto que su finalidad fue identificar los conocimientos y actitudes con respecto al aborto terapéutico de estudiantes universitarios/as de medicina y enfermería. Según Hernández, Fernández y Baptista (1997), para este tipo de estudio se seleccionan una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga: Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.

Resultados; La investigación se realizó con 304 estudiantes de IV y V año de Medicina y Enfermería en dos sedes universitarias de una universidad pública que imparte ambas carreras. Con relación al ciclo lectivo en que se encontraban, del total de la muestra en la carrera de Medicina el 23.7% de los y las estudiantes, cursaba cuarto año de carrera, y el 16.5% quinto año. En la carrera de Enfermería, 29.2% de las y los estudiantes cursaba cuarto año y el 30.6%, quinto año. Del total de participantes, en la carrera de Medicina, las mujeres representaron el 18.5% y los hombres el 22%, sumando un total del 40.5% del total de la muestra. En el caso de la carrera de Enfermería, las mujeres representaron el 47.4% y los hombres el 12.1%, sumando un total del 59.5% del total de las dos carreras. A partir de la

información anterior, se puede observar que en la carrera de Medicina, aunque la población masculina era mayor, la diferencia entre sexos fue mínima; esto puede indicar que la brecha entre géneros está disminuyendo en esta carrera, a la que se le atribuye el papel social de la sanación y que solía ser una carrera tradicionalmente masculina. Por su parte, en Enfermería, la gran mayoría de estudiantes eran mujeres (el número triplica a la población masculina), esta brecha de género llevó a deducir que es vista socialmente de manera más conservadora, ya que tradicionalmente se ha considerado una carrera femenina, donde se pondera el cuidado como una labor femenina.

Conclusiones; Los/as estudiantes de Medicina y Enfermería, son los/as futuros/as profesionales del área de la salud, que en su práctica futura deberán velar porque estos derechos se cumplan y por brindar la mejor atención que como especialistas puedan dar. Esta práctica futura va a estar cimentada en los conocimientos y actitudes que tengan con respecto al aborto terapéutico.



b) A nivel nacional

- **AUTOR:** FREITAS GARCIA, LILIANA BACH. ENF. PISCO PANDURO, GIMIANA

TITULO: “CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA EL ABORTO EN USUARIOS DEL MODULO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE HOSPITAL REGIONAL DE LORETO PUNCHANA - 2013”

FUENTE: UNIVERSIDAD PERUANA DEL ORIENTE (17)

RESUMEN: Objetivo; Determinar la relación que existe entre conocimiento y actitudes hacia el aborto en usuarios del Módulo de Atención Integral del Adolescente en el Hospital Regional de Loreto -Punchana – 2013.

Metodología; El método de investigación que se utilizó en el presente estudio fue el cuantitativo, porque se realizó la recolección sistemática de la información mediante procedimientos estadísticos permitiendo hacer predicciones de probabilidad y generalizaciones.

Resultados; Los resultados se organizaron para su presentación de acuerdo a los objetivos planteados según el siguiente orden: El análisis descriptivo univariado de conocimiento y actitudes sobre el aborto en usuarios del Módulo de Atención Integral del Adolescente del Hospital Regional de Loreto - Punchana- 2013, se presenta a través de tablas de frecuencia y gráficas, haciendo uso de las frecuencias absolutas y porcentuales Análisis bivariado donde se relaciona el conocimiento con las actitudes hacia el aborto en usuarios del Módulo de Atención Integral del Adolescente del Hospital Regional de Loreto- Punchana- 2013; en la que se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18.0, la inferencia estadística se realizó con la prueba no paramétricas del Chi Cuadrado χ^2 con un nivel de significancia = 0.05, para determinar la relación de variables.

Conclusiones; En base a los resultados obtenidos y en cumplimiento de los objetivos logrados se concluye: Se logró caracterizar a la muestra: de 200 (100%) usuarios del Módulo de Atención Integral del Adolescente la edad promedio es de 15.3 años, 92.0% (184 usuarios) son del sexo femenino, del sexo masculino 8.0% (16 usuarios), 93.5% (187 usuarios) son solteros y 6.5% (13 usuarios) convivientes;

el 88.5% (177 usuarios) son católicos), 3.5% (7 usuarios) son evangélicos y adventistas respectivamente y 4.5% (9 usuarios) no tienen ninguna religión; el 77.0% (154 usuarios) no tienen pareja sexual y 23.0% (46 usuarios) se encontraban con pareja sexual; 70.5% (141 usuario) tuvieron una pareja sexual y 29.5% (59 usuarios) dos parejas sexuales, el promedio de edad de su primera relación sexual fue de 12.42 años con desviación típica de 1.04 años siendo la edad de mayor prevalencia de 11 a 12 años con 61.0% (122 usuarios) y de 13 a 15 años con 39.0% (78 usuarios); todos ellos 100% (200 usuarios) usaban algún método anticonceptivo siendo las pastillas el método anticonceptivo el de mayor uso con 94.5% (189 usuarios) y el de menor uso la inyección con 5.5% (11 usuarios). El conocimiento sobre el aborto fue: de 200 (100%) de usuarios del Módulo de Atención Integral del Adolescente, 173 (86.5%) de adolescentes obtuvieron conocimiento deficiente y 27 (13.5%) conocimiento eficiente Las actitudes hacia el aborto fueron: que de 200 (100%) de usuarios del Módulo de Atención Integral del Adolescente, 74.0% (148 usuarios) presentaron actitud positiva; mientras que 26.0% (52 usuarios) actitud negativa. Al establecerla relación de variables se encontró que de 148(16.4%) usuarios con actitud positiva sobre el aborto, 61.5% (123 usuarios)

- **AUTOR:** JUAN GABRIEL ALVAREZ YAURI

TÍTULO: ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS FRENTE AL ABORTO EN ESTUDIANTES DE LA E.A.P DE OBSTETRICIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SAN FERNANDO.UNMSM-2014

Fuente: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS FACULTAD DE MEDICINA E.A.P. DE OBSTETRICIA (18)

Resumen: Objetivo; Determinar las actitudes y conocimientos frente al aborto de estudiantes de la E.A.P de Obstetricia de la Facultad de Medicina de San Fernando. UNMSM, periodo diciembre 2014.

Metodología; Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 175 estudiantes de la EAP de Obstetricia de la UNMSM. Se elaboró un cuestionario de actitudes y conocimientos frente al aborto a partir de la revisión de estudios relacionados al tema, el mismo que se validó mediante juicio de expertos (test binomial) y prueba piloto (alfa de Cronbach). Para el análisis de las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central (promedio) y dispersión (desviación estándar); mientras que para las variables cualitativas se empleó frecuencias y porcentajes.

Resultados; La edad promedio de los estudiantes de la EAP de Obstetricia fue $22,7 \pm 5,2$ años; asimismo, la mayoría tenía una edad > 18 años (92,0%), eran mujeres (91,4%), tenían estado civil solteros (94,9%), eran de la religión católica (78,9%), sus padres les proveían sustento económico (76,0%) y tenían como principal fuente informativa a la internet (77,1%). En general, los conocimientos respecto al aborto se incrementaron de forma paulatina con los años de estudio, de manera que los estudiantes del 1er año manifestaron bajos porcentajes de conocimiento con respecto al momento que se inicia la vida, semana límite para considerar aborto, casos en que se encuentra permitido, aborto terapéutico, sanción penal y complicaciones físicas del aborto; mientras que el 100% de estudiantes del 5to año resultaron conocer estos aspectos del aborto. Una minoría de estudiantes del 1er año conocía el momento indicado para la realización de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y legrado uterino (LU); mientras que la mayoría de estudiantes del 5to año conocía estos aspectos (91,4% y 94,3%, respectivamente);

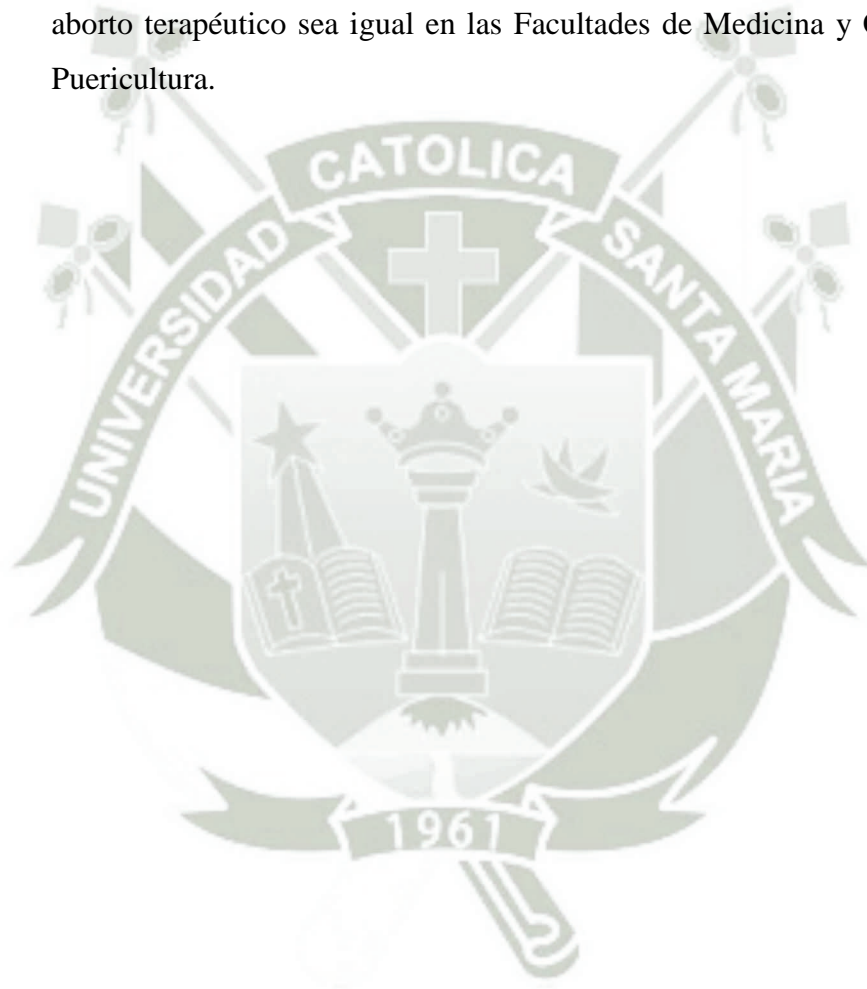
además, la mayoría de estudiantes (62,3%) refirió que el sentimiento de culpa es la consecuencia psicológica más común del aborto. En cuanto a las actitudes de los estudiantes, el 49,1% estuvieron en desacuerdo con la legalización del aborto, el 42,9% estuvo a favor y un 8,0% prefirió no opinar. Un alto porcentaje de estudiantes del 1er año estuvieron a favor del aborto en casos de: malformaciones, peligro vital de la madre, violaciones, dificultad económica y embarazo no deseado; mientras que la gran mayoría de estudiantes del 5to año se mostraron en desacuerdo con el aborto en estos casos. De manera general, el 53,1% de estudiantes no optarían por el aborto en caso de un supuesto embarazo y 46,9% si recurrían a esta práctica; de los que recurrían al aborto, el 68,3% refirieron como principal motivo el hecho de dejar sus estudios.

Conclusiones; Los estudiantes de la E.A.P de Obstetricia ingresan con escasos conocimientos y una actitud a favor del aborto; sin embargo, con la formación académica, actitudinal y humana de sucesivos años de estudio, los conocimientos se fortalecen considerablemente y la actitud se torna en desacuerdo con las prácticas abortivas en sus diferentes formas.

4. HIPÓTESIS

Dado que los estudiantes de Medicina y Obstetricia-Puericultura , entre otros; son formados dentro de preceptos y principios éticos en defensa de la vida y respeto por la dignidad humana y en consecuencia actúan ante dilemas médicos, aplicando la ley con pleno conocimiento del tema, pero sobre todo convencidos de la mejor decisión en cada caso.

Entonces es probable que el nivel de conocimientos y actitudes sobre el aborto terapéutico sea igual en las Facultades de Medicina y Obstetricia-Puericultura.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

3. TÉCNICA E INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

3.1. Técnica

La técnica a utilizada en la presente investigación es el cuestionario.

3.2. Instrumento

Los instrumentos que se utilizaron consistirán en un cuestionario de conocimientos (Anexo 3) y un test de actitudes (Anexo 4)

3.3. Materiales

Material de escritorio

Computadora personal

4. CAMPO DE VERIFICACIÓN

4.1. Ubicación espacial:

El presente estudio se ubica en el departamento de Arequipa, provincia de Arequipa, en las Facultades de la UCSM ubicado en el distrito de Umacollo. (Anexo 2)

4.2. Ubicación temporal:

4.2.1. Cronología : Mayo – Junio

4.2.2. Visión Temporal : Prospectivo

4.2.3. Corte Temporal : Transversal

4.2.4. Tiempo histórico: 2 meses

4.3. Unidades de estudio:

2.3.1 Población:

Estudiantes de las Facultades de Medicina y Obstetricia-Puericultura de la Universidad Católica de Santa María.

2.3.2. Universo:

Estudiantes de 1^{ro} a 4^{to} año de la Universidad Católica de Santa María.

2.3.3. Criterios de selección:

– Criterios de inclusión

- Estudiantes de las Facultades de Medicina y Obstetricia-Puericultura de la Universidad Católica de Santa María de 1^{ro} a 4^{to} año

- Participación voluntaria en la investigación
 - Estudiantes \geq de 18 años
 - Estudiantes \leq de 32 años
- **Criterios de exclusión**
- Cuestionarios incompletos o mal llenados
 - Estudiantes <18 años
 - Estudiantes > 32 años
 - Estudiantes que no se encuentren en el aula

	UCSM	
	Obstetricia Puericultura	Medicina
Total	195	572
1^{er} año	80	206
2^{do} año	40	113
3^{er} año	40	124
4^{to} año	35	129

2.3.4. Muestra

2.3.4.1. Tamaño de muestra:

N = Tamaño de la población total

N_i = Tamaño de la población uno

n = Tamaño de la muestra total

n_i = Tamaño la muestra uno

2.3.4.2. Tipo de muestreo: Aleatorio Estratificado

Aplicando la formula

$$n_i = n \left(\frac{N_i}{N} \right)$$

OBSTETRICIA

MEDICINA

$$n_i = 263 \left(\frac{195}{767} \right) = 67$$

$$n_i = 263 \left(\frac{572}{767} \right) = 196$$

Aplicando Fórmula

$$n = \frac{\sum_{i=1}^l N_i P_i Q_i}{ND + \frac{1}{N} \sum_{i=1}^l N_i P_i Q_i}$$

$$n = \frac{191.75}{767(0.000625) + \frac{1}{767}191.75} = 263$$

UCSM	Nº	%
Obstetricia y Puericultura	195	67
Medicina	572	196
Total	767	263

	Obstetricia y Puericultura		Medicina Humana	
	Nº	%	Nº	%
1^{er} año	15	22.4%	39	19.9%
2^{do} año	5	7.5%	20	10.2%
3^{er} año	7	10.4%	4	2.0%
4^{to} año	40	59.7%	133	67.8%
TOTAL	67	100%	196	100%

5. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1. Organización, producción y registro de datos

Primero: Se presenta el proyecto a la Facultad.

Segundo: Luego de ser levantadas las observaciones por los dictaminadores de la Facultad y aprobado el mismo, se solicitó por oficios respectivos la colaboración de los Departamentos de las Facultades de Medicina y Obstetricia - Puericultura de la UCSM.

Se identificó a los alumnos de 1^{ro} a 4^{to} año de la UCSM a través de la relación de alumnos que fue obtenida luego de las coordinaciones entre autoridades y durante horarios alternos, las investigadoras, durante los meses Mayo y Junio recolectaron la información.

5.2. Recursos

a) Humanos

Autores:

- Paucara Castillo Marjorie Ana
- Rodríguez Montoya Jessica

Asesora:

- Obstetra Armida Fernández

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora, personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

5.3. Validación de los instrumentos

Validez y confiabilidad; Para determinar la validez del instrumento, que fue usado en otro estudio de Investigación (2013) se verificó que pasó un juicio de expertos o método de Delphy, con la participación de 11 expertos, entre ellos 3 profesionales Enfermeros, 1 Pediatra, 1 Psicólogo, 1 Sociólogo, 1 Antropólogo, 2 Obstetras, 1 Asistente Social y una docente de Lengua y Literatura; habiendo tenido una validez final del cuestionario estructurado de 36 preguntas sobre conocimiento hacia el aborto de 98,75% y el Test de actitud en escala de Lickert que mide la actitud hacia el aborto de 100,0% instrumentos altamente válidos para su aplicación en este trabajo. Para determinar la confiabilidad las investigadores (Freitas García y Pisco Panduro) que seleccionaron una muestra determinada del 10% del tamaño de la muestra es decir 22 adolescentes que se encontraban en el Módulo de Atención, obteniéndose un Alfa de Cronbach del 80.1% (0.801) para

la parte de nivel de conocimiento y para test en escala de Likert que mide la actitud hacia el aborto de 82,4% (0.824) resultando por lo tanto altamente confiable.

El cuestionario de conocimiento de Freitas García y Pisco Panduro (2013) se modificó para la presente investigación.

El cuestionario usado en esta primera investigación por Freitas García y Pisco Panduro, fue modificado en algunos de sus extremos en consideración de su tema básico: “aborto terapéutico” para la presente investigación.

Este cuestionario modificado se sometió a un grupo piloto de 10 estudiantes entrevistados para valorar el tiempo usado, y dudas al respecto, no se hicieron mayores cambios.

Las investigadoras, en las mismas aulas; luego de haber explicado el trabajo recolectaron la información a través de fichas individuales que incluyeron además de datos generales dos anexos: uno de conocimientos y otro de actitudes, que fueron valorados de la siguiente manera:

5.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 3 y 4 fueron codificados y tabulados de manera mixta (manual y computarizada) para su análisis e interpretación.

b) Plan de tabulación

Se empleó tablas de frecuencias de observaciones para la estadística comparativa; los datos fueron codificados para su fácil manejo.

c) Plan de graficación

Para mostrar los datos de la estadística comparativa se utilizó histogramas y gráficas de barras y gráficos de sectores tipo pie. Para los datos de estadística inferencial se emplearon gráficos de barra de comparación.

d) Plan de análisis

Se empleó estadística comparativa mediante las variables categóricas que se mostraran como porcentajes.

6. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS:

4.1. Plan de procedimiento:

a) Tipo de procedimiento:

Comparativo

b) Para identificar los niveles de conocimientos

Se entrevistó a los estudiantes de las Facultades de Medicina y Obstetricia - Puericultura, valorándose sus respuestas según tabla de respuestas correctas para el nivel de conocimientos.

Nivel de conocimientos	Puntuación
Eficiente	13 – 20 puntos
Deficiente	0 – 12 puntos

c) Para identificar actitudes

Se entrevistó a los estudiantes, profesionales de salud; sobre actitudes y las respuestas fueron valoradas de acuerdo a la escala de LIKERT PARA ACTITUDES – adoptada para este estudio.

Las respuestas a cada ítem “de acuerdo” recibieron puntuaciones más altas (3 puntos) y significaron una actitud favorable, las respuestas a cada ítem “desacuerdo” recibieron puntuaciones más bajas (1 punto) y significaron una actitud desfavorable y las respuestas “indeciso o indiferente” tuvieron una puntuación de (2 puntos), lo que significó una actitud ambivalente. Finalmente de acuerdo a los puntajes alcanzados por cada estudiante, se clasificó la actitud de la siguiente manera.

Actitud	Puntuación
Desfavorable	16 – 30 puntos
Ambivalente	31 – 60 puntos
Favorable	61 – 75 puntos

4.2. Plan de Análisis Estadístico:

El proceso de la información se realizó mediante el software SPSS versión 18.

4.3. Plan de Codificación:

Sistema Computarizado

4.4. Prueba estadística:

La prueba chi cuadrado (X^2) se utilizó para determinar si existen diferencias en el nivel de conocimientos y actitudes de ambas escuelas, en este estudio comparativo, con una probabilidad del error de 5%.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS ESTUDIANTES

TABLA N° 1

EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LAS FACULTADES DE MEDICINA Y OBSTETRICIA-PUERICULTURA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA MAYO-JUNIO, 2017

Edad(años)	Medicina		Obstetricia y Puericultura	
	N°.	%	N°.	%
18-22	97	49.5	57	85.1
23-27	87	44.4	10	14.9
28-32	12	6.1	0	0.0
TOTAL	196	100	67	100

Fuente: Elaborado según base de datos de la investigación.

$$X^2=26.65 \quad P<0.05$$

La Tabla N° 1 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=26.65$) se muestra que la edad de los estudiantes de medicina y obstetricia de la UCSM presentó diferencia estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo se muestra que el 85.1% de los estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica Santa María, tienen entre 18-22 años, mientras que el 49.5% de los estudiantes de la Facultad de Medicina tienen entre 18-22 años. Es importante resaltar que el 50.5% de los estudiantes Medicina son mayores de 23 años a diferencia de los estudiantes de Obstetricia y Puericultura, que solo el 14.9% estudiantes tiene entre 23-27 años.

GRÁFICO N° 1.

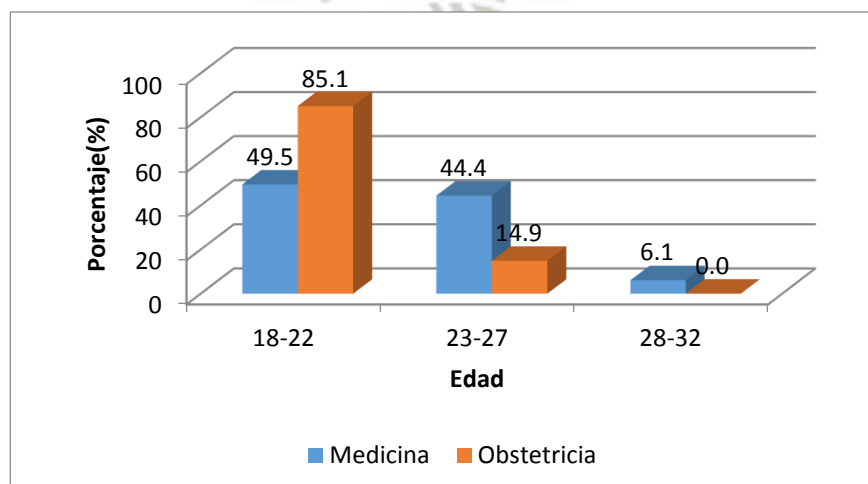


TABLA N° 2

**SEXO DE LOS ESTUDIANTES DE LAS FACULTADES DE MEDICINA Y
OBSTETRICIA-PUERICULTURA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTA MARÍA, AREQUIPA MAYO-JUNIO, 2017**

Sexo	Medicina		Obstetricia – Puericultura	
	N°.	%	N°.	%
Masculino	101	51.5	3	4.5
Femenino	95	48.5	64	95.5
TOTAL	196	100	67	100

Fuente: Elaborado según base de datos de la investigación.

$$X^2=56.97 \quad P<0.05$$

La Tabla N° 2. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=56.97$) se muestra que el sexo de los estudiantes de Medicina y Obstetricia - Puericultura de la UCSM presentó diferencia estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo muestra que el 95.5% de los estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica Santa María son de sexo femenino, a diferencia del 48.5% de las estudiantes de la Facultad Medicina. Concluyendo que aproximadamente la mitad de la Facultad de Medicina son varones a diferencia del 4.5% de alumnos que son varones en la Facultad de Obstetricia y Puericultura.

GRÁFICO N° 2.

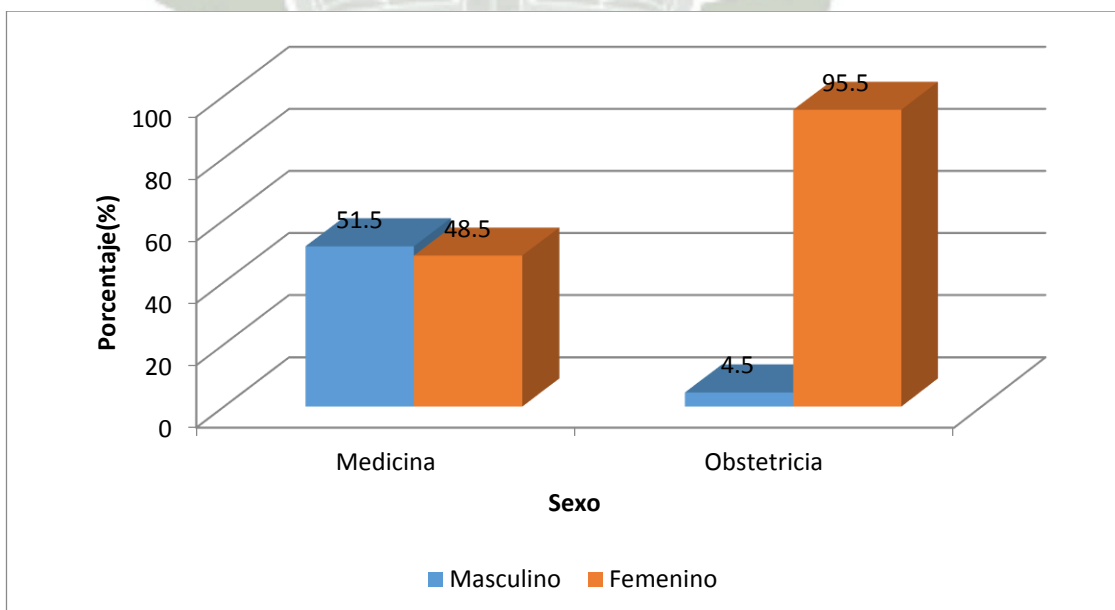


TABLA N° 3

**RELIGIÓN QUE PROFESAN LOS ESTUDIANTES DE LAS
FACULTADES DE MEDICINA Y OBSTETRICIA-PUERICULTURA DE
LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA MAYO-
JUNIO, 2017**

Religión	Obstetricia y Puericultura		Medicina	
	N°.	%	N°.	%
Católica	56	83.6	160	81.6
Sin religión	4	6.0	3	1.5
Otros	7	10.4	33	16.8
TOTAL	67	100	196	100

Fuente: Elaborado según base de datos de la investigación.

$$X^2=5.06 \quad P>0.05$$

La Tabla N°. 3 Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.06$) se muestra que la religión de los estudiantes de medicina y obstetricia de la UCSM no presentó diferencia estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo muestra que el 83.6% de los estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica Santa María son Católicos, siendo el 10.4% de otras religiones; igualmente el 81.6% de los estudiantes de la Facultad de Medicina son Católicos, siendo el 16.8% de otras religiones.

GRÁFICO N° 3.

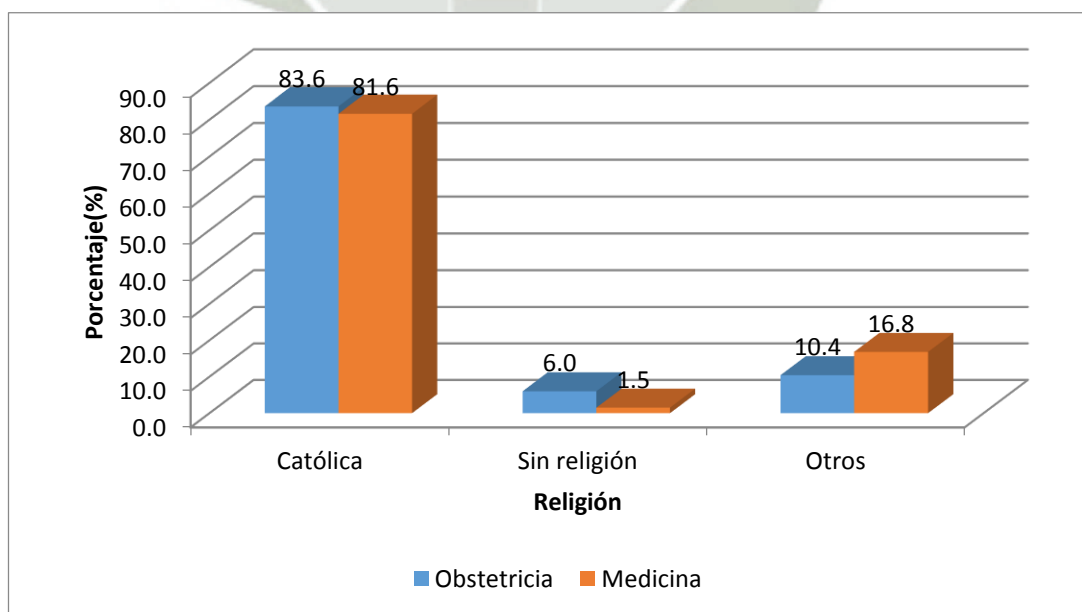


TABLA N° 4

**NIVEL UNIVERSITARIO DE LOS ESTUDIANTES DE LAS
FACULTADES DE MEDICINA Y OBSTETRICIA-PUERICULTURA DE
LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA MAYO-
JUNIO, 2017**

Nivel universitario	Obstetricia		Medicina	
	N°.	%	N°.	%
1 año	15	22.4	39	19.9
2 año	5	7.5	20	10.2
3 año	7	10.4	4	2.0
4 año	40	59.7	133	67.8
TOTAL	67	100	196	100

Fuente: Elaborado según base de datos de la investigación.

$$X^2=9.48 \quad P<0.05$$

La Tabla N° 4, Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=9.48$) se muestra que el nivel universitario de los estudiantes de medicina y obstetricia de la UCSM presentó diferencia estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo muestra que el 59.7% de las estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica Santa María cursan el 4to año y el 67.8% de los estudiantes de la Facultad de Medicina son de 4to año también.

GRÁFICO N° 4.

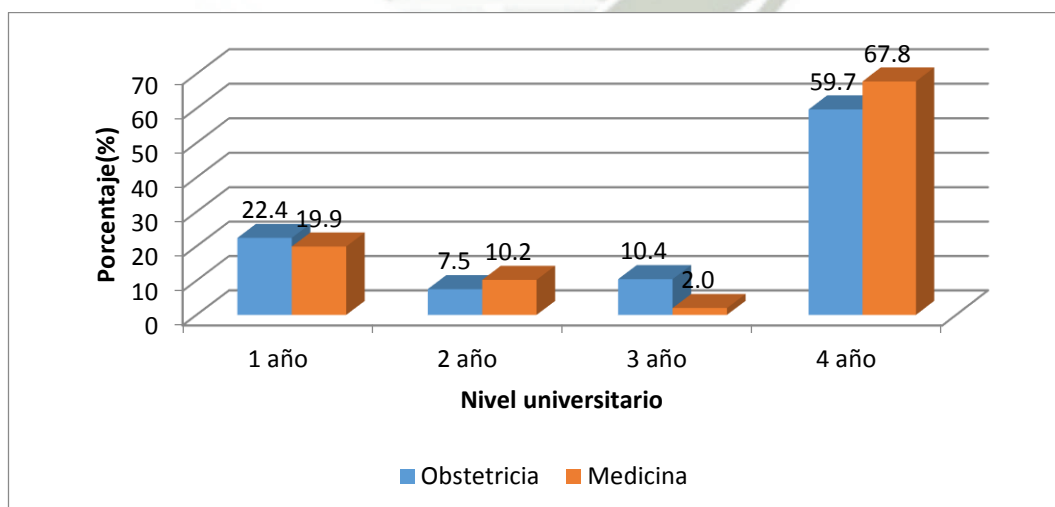


TABLA N° 5

**COLEGIO DE PROCEDENCIA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS
FACULTADES DE MEDICINA Y OBSTETRICIA-PUERICULTURA DE
LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA MAYO-
JUNIO, 2017**

Colegio de procedencia	Obstetricia y Puericultura		Medicina	
	N°.	%	N°.	%
Particular	50	74.6	116	59.2
Parroquial	15	22.4	34	17.3
Nacional	2	3.0	46	23.5
TOTAL	67	100	196	100

Fuente: Elaborado según base de datos de la investigación.

$$X^2=14.05 \quad P<0.05$$

La Tabla N° 5, Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=14.05$) se muestra que colegio de procedencia de los estudiantes de medicina y obstetricia de la UCSM presentó diferencia estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo muestra que el 74.6% de las estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica Santa María provienen de colegios particulares, el 22.4% de colegios parroquiales y solo el 3.0% de colegios nacionales. A diferencia de la Facultad de Medicina, el 59.2% provienen de colegios particulares, el 17.3% de colegios parroquiales, el 23.5% provienen de colegios nacionales.

GRÁFICO N° 5.

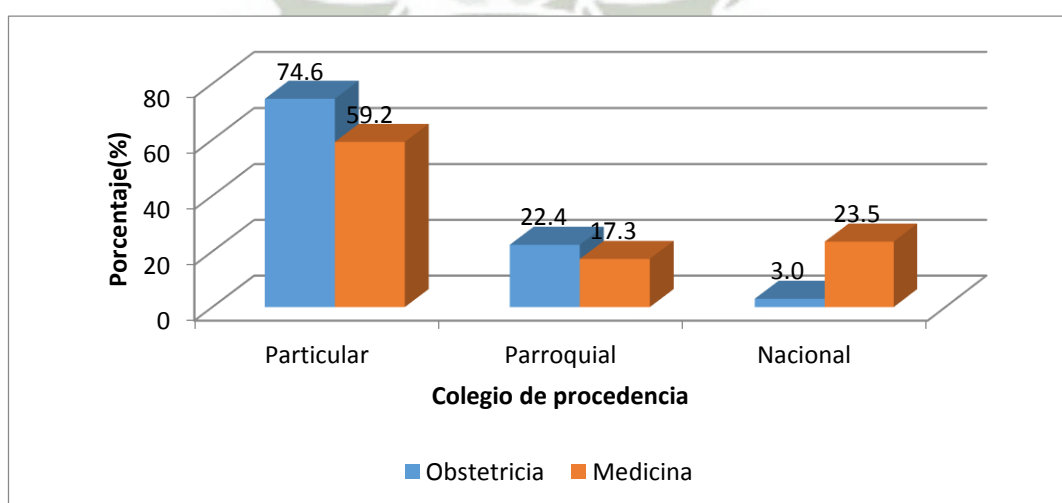


TABLA N°. 6

**RELACIÓN DE PAREJA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS
FACULTADES DE MEDICINA Y OBSTETRICIA-PUERICULTURA DE
LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA MAYO-
JUNIO, 2017**

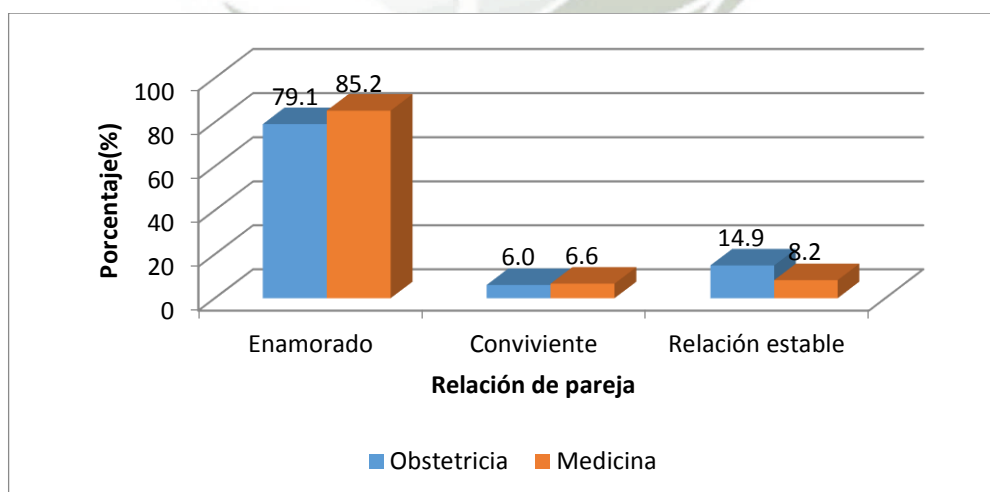
Relación de pareja	Obstetricia y Puericultura		Medicina	
	N°.	%	N°.	%
Enamorado	53	79.1	167	85.2
Conviviente	4	6.0	13	6.6
Novio	10	14.9	16	8.2
TOTAL	67	100	196	100

Fuente: Elaborado según base de datos de la investigación.

$$X^2=2.56 \quad P>0.05$$

La Tabla N°. 6, Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.56$) se muestra que la relación de pareja de los estudiantes de medicina y obstetricia de la UCSM no presentó diferencia estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo muestra que el 79.1% de las estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica Santa María tienen una relación de enamorados, el 14.9% tienen una relación de noviazgo y solo el 6.0% una relación de convivientes; a diferencia de los estudiantes de Medicina que el 85.2% tienen enamorado y el 8.2% tienen novio.

GRÁFICO N° 6.



NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL ABORTO TERAPÉUTICO

TABLA N° 7

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL ABORTO TERAPÉUTICO EN
LOS ESTUDIANTES DE LAS FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA MAYO-
JUNIO, 2017

Conocimiento	N°.	%
Eficiente	70	35.7
Deficiente	126	64.3
TOTAL	196	100

Fuente: Elaborado según base de datos de la investigación.

La Tabla N° 7 muestra que el 64.3% de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santa María tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre el aborto terapéutico y el 35.7% un nivel eficiente.

GRÁFICO N° 7.

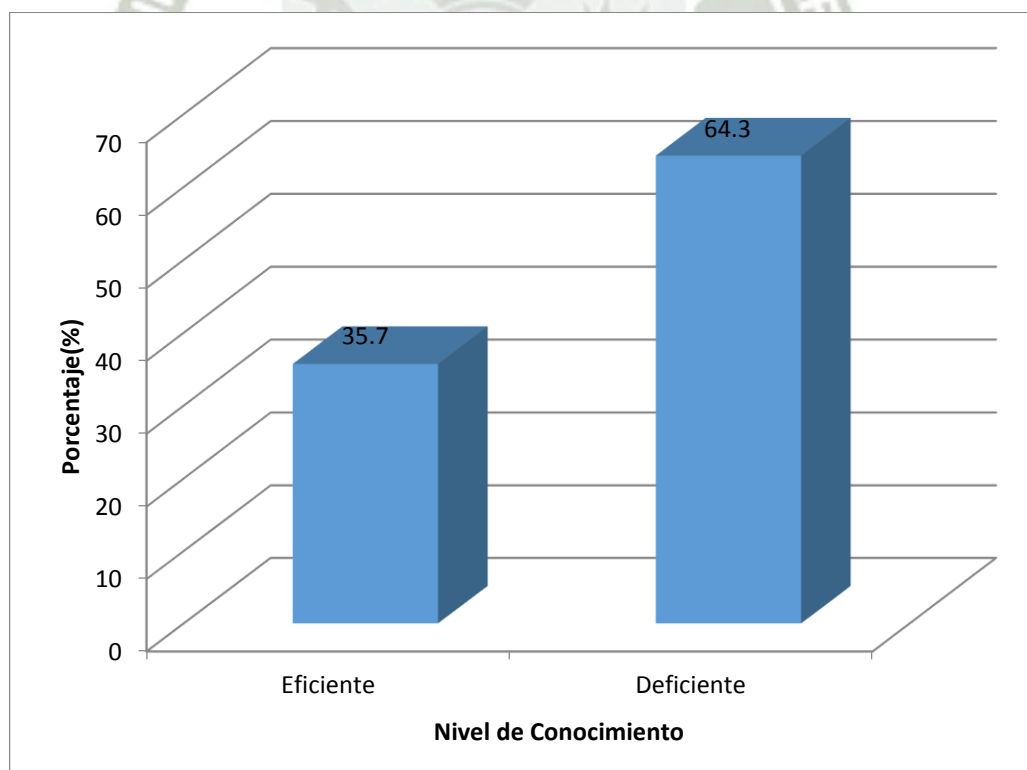


TABLA N° 8

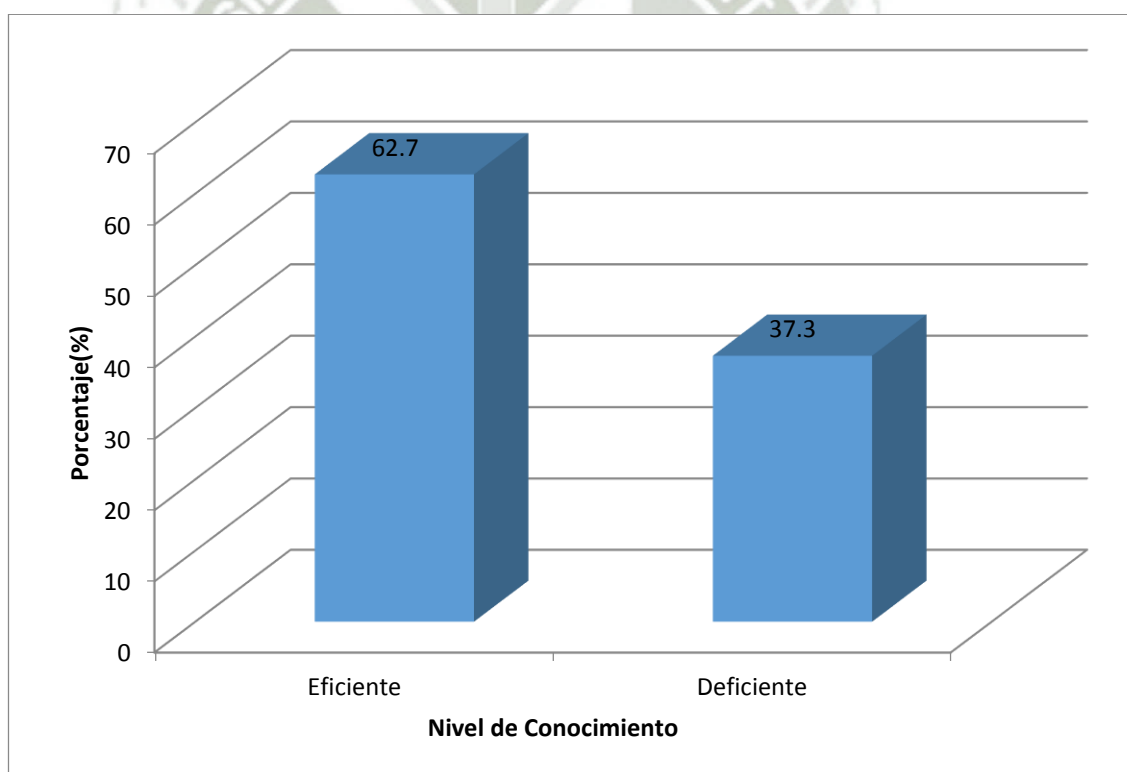
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL ABORTO TERAPÉUTICO EN
LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE OBSTETRICIA Y
PUERICULTURA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA
MARÍA, AREQUIPA MAYO-JUNIO, 2017**

Conocimiento	N°.	%
Eficiente	42	62.7
Deficiente	25	37.3
TOTAL	67	100

Fuente: Elaborado según base de datos de la investigación.

La Tabla N° 8 muestra que el 62.7% de los estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica Santa María tienen un nivel de conocimiento eficiente sobre el aborto terapéutico y el 37.3% un nivel deficiente.

GRÁFICO N° 8.



ACTITUDES SOBRE EL ABORTO TERAPÉUTICO

TABLA N° 9

ACTITUDES FRENTE AL ABORTO TERAPÉUTICO EN LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA MAYO-JUNIO, 2017

Actitudes	N°.	%
Desfavorable	0	0.0
Ambivalente	44	22.4
Favorable	152	77.6
TOTAL	196	100

Fuente: Elaborado según base de datos de la investigación.

La Tabla N° 9 muestra que el 77.6% de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santa María tienen una actitud favorable frente el aborto terapéutico, el 22.4% una actitud ambivalente y el 0% de los estudiantes una actitud desfavorable.

GRÁFICO N° 9.

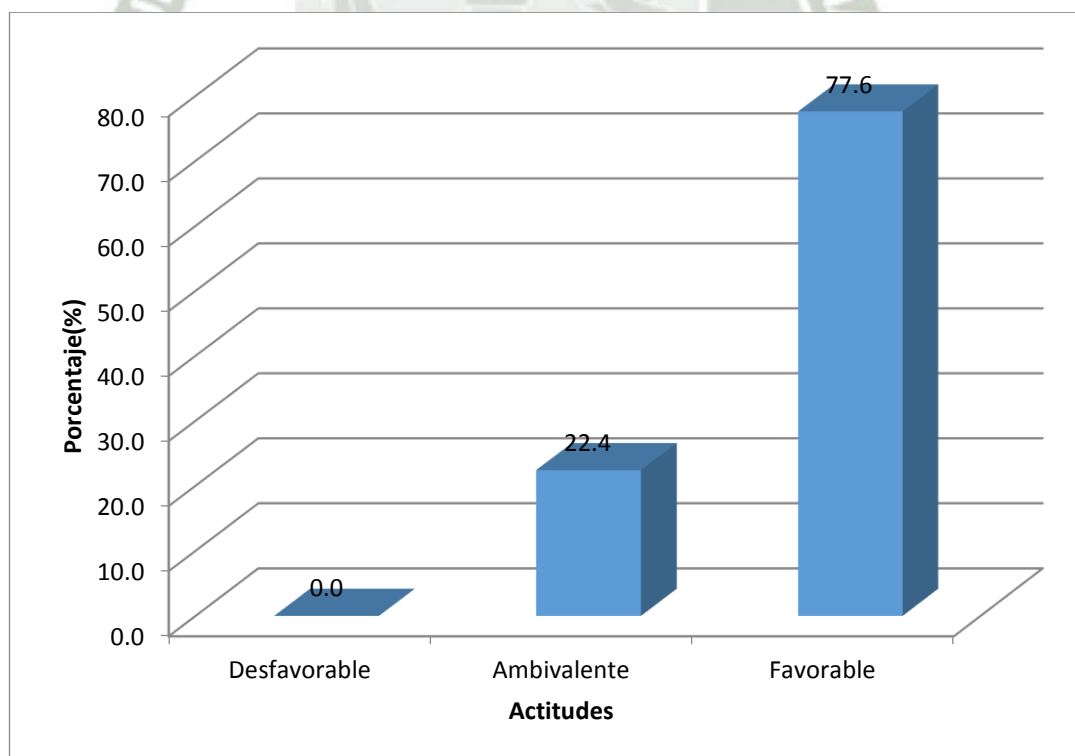


TABLA N°. 10

**ACTITUDES FRENTE EL ABORTO TERAPÉUTICO EN LOS
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE OBSTETRICIA Y
PUERICULTURA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA
MARÍA, AREQUIPA MAYO-JUNIO, 2017**

Actitudes	N°.	%
Desfavorable	0	0.0
Ambivalente	31	46.3
Favorable	36	53.7
TOTAL	67	100

Fuente: Elaborado según base de datos de la investigación.

La Tabla N°. 10 muestra que el 53.7% de los estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María tienen una actitud favorable frente al aborto terapéutico, el 46.3% una actitud ambivalente y el 0% de los estudiantes una actitud desfavorable.

GRÁFICO N° 10.

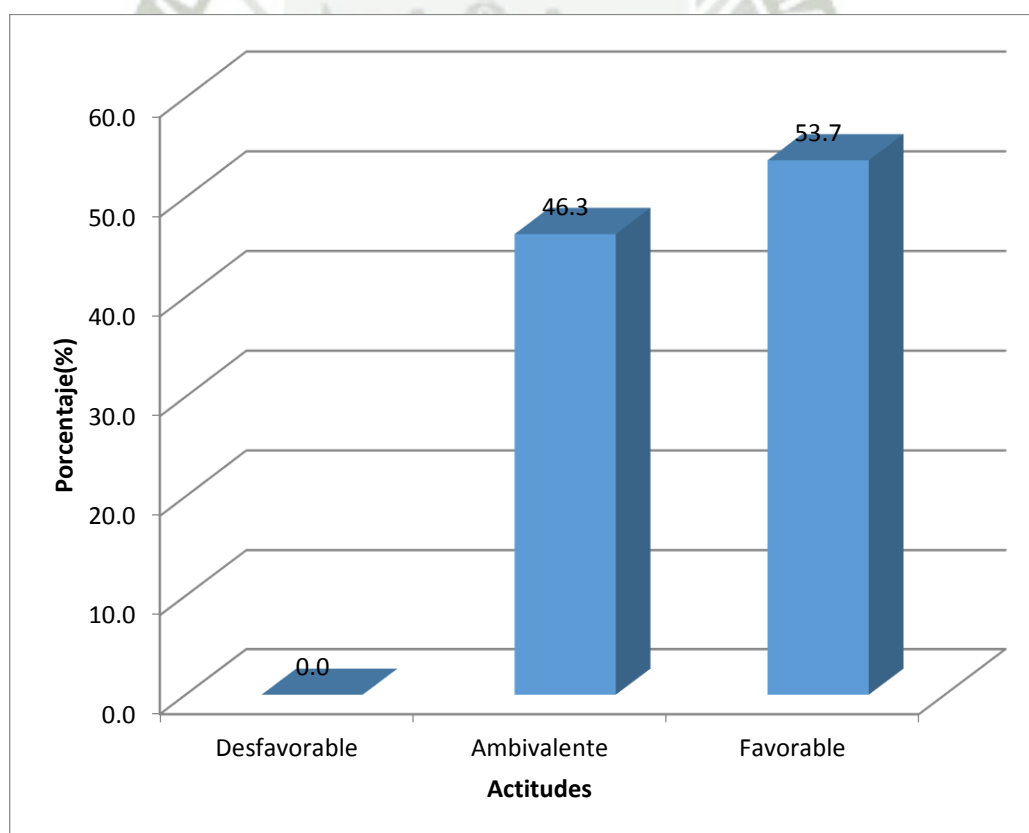


TABLA N° 11

**COMPARACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL
ABORTO TERAPÉUTICO DE LOS ESTUDIANTES DE LAS
FACULTADES DE MEDICINA Y OBSTETRICIA-PUERICULTURA DE
LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA MAYO-
JUNIO, 2017**

Conocimiento	Medicina		Obstetricia y Puericultura	
	N°.	%	N°.	%
Deficiente	126	64.3	25	37.3
Eficiente	70	35.7	42	62.7
TOTAL	196	100	67	100

Fuente: Elaborado según base de datos de la investigación.

$$X^2=14.78 \quad P<0.05$$

La Tabla N°.13, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=14.78$) muestra que el conocimiento sobre el aborto terapéutico en los estudiantes de las Facultades de Medicina y Obstetricia-Puericultura presentó diferencia estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo se muestra que el 64.3% de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre el aborto terapéutico, mientras que el 62.7% de los estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura tienen un nivel de conocimiento eficiente.

GRÁFICO N° 11.

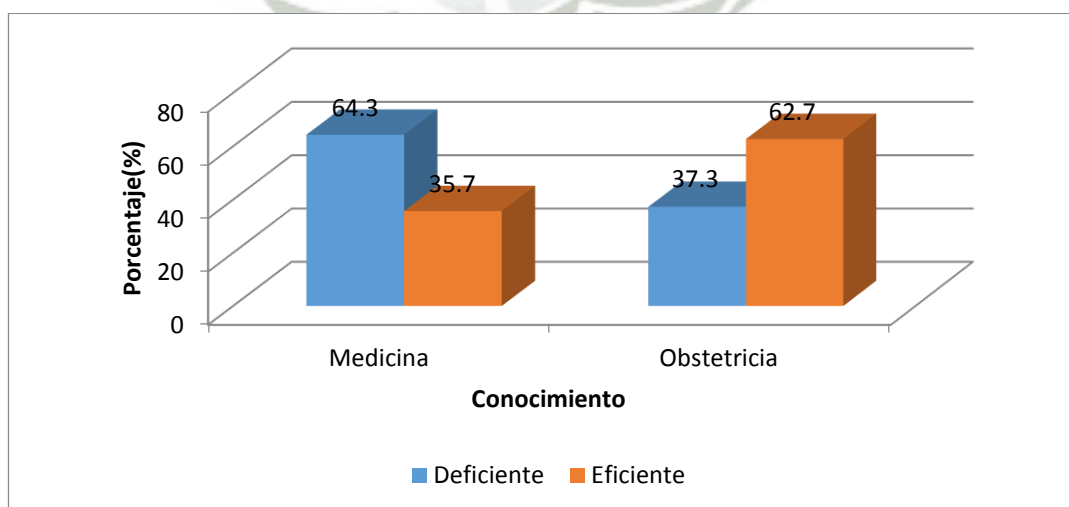


TABLA N° 12

COMPARACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES EL ABORTO TERAPÉUTICO DE LOS ESTUDIANTES DE LAS FACULTADES DE MEDICINA Y OBSTETRICIA-PUERICULTURA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA MAYO-JUNIO, 2017

Actitudes	Medicina		Obstetricia y Puericultura	
	N°.	%	N°.	%
Desfavorable	0	0.0	0	0.0
Ambivalente	44	22.4	31	46.3
Favorable	152	77.6	36	53.7
TOTAL	196	100	67	100

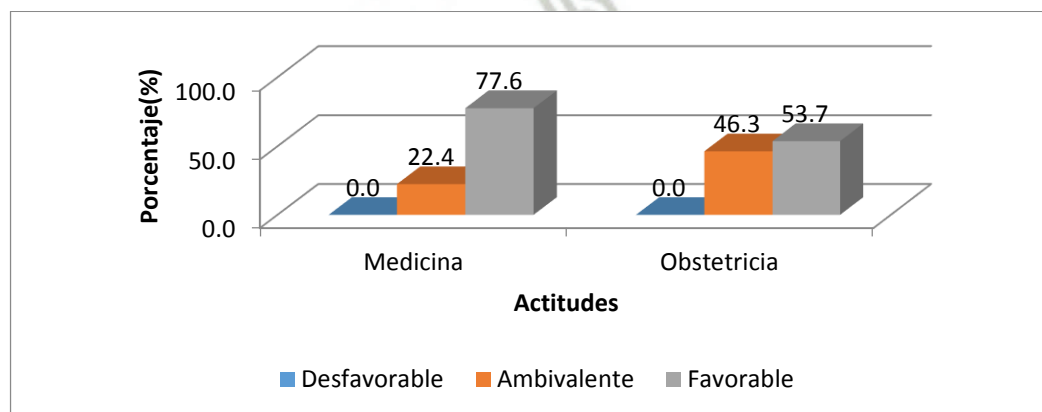
Fuente: Elaborado según base de datos de la investigación.

$$X^2=13.16 \quad P<0.05$$

La Tabla N° 10, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=13.16$) muestra que las actitudes sobre el aborto terapéutico en los estudiantes de las Facultades de Medicina y Obstetricia-Puericultura presentó diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se muestra que el 77.6% de los estudiantes de Medicina de la Universidad Católica de Santa María tienen actitudes favorables sobre el aborto terapéutico, mientras que el 53.7% de los estudiantes de Obstetricia y Puericultura igualmente tienen una actitud favorable sobre el aborto terapéutico, el 22.4% de estudiantes de Medicina tienen una actitud ambivalente frente al aborto terapéutico; mientras el 46.3% de estudiantes de Obstetricia – Puericultura tienen una actitud ambivalente frente al aborto terapéutico.

GRÁFICO N° 12.



DISCUSIÓN

La “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal” fue aprobada el 27 de Junio del 2014, y sin embargo no es un tema para nada fácil de abordar, puesto que no sólo involucra la concepción jurídica que se tenga respecto de la vida, sino también la concepción valórica de la misma, siendo esta última, muy personal.

Los estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la UCSM muestran que el 85.1% de los estudiantes tienen entre 18-22 años, mientras que el 6.1% de los estudiantes de la Facultad de Medicina tienen entre 28-32 años. (Tabla N°. 1) y la frecuencia de estudiantes de Obstetricia muestra que el 95.5% son de sexo femenino superando grandemente a la población masculina. Esta brecha de género lleva a deducir que la profesión obstétrica es vista socialmente de manera conservadora, ya que tradicionalmente se ha considerado una carrera femenina, donde se pondera el cuidado materno como una labor femenina, mientras que el 51.5% de los estudiantes de la Facultad de Medicina son de sexo masculino, concluyendo que es una carrera vista por ambos sexos. (Tabla N°. 2).

Los estudiantes de ambas Facultades, mayormente son católicos pero cabe resaltar que existe un importante porcentaje del 16.8% de estudiantes de Medicina que tienen otra religión a comparación del 10.4% de estudiantes de Obstetricia y Puericultura que tiene otra religión. (Tabla N°3) Estos resultados difieren con Alvarez Yauri (Perú 2015), en un estudio sobre las actitudes y conocimientos frente al aborto en estudiantes de Obstetricia de la UNMSM con un resultado del 21.1% que tienen otra religión.

Ambas Facultades muestran alumnos que provienen mayormente de colegios particulares, es importante ver que el 23.5% de los estudiantes de Medicina han estudiado en colegio nacionales. A comparación del 3.0% de estudiantes de Obstetricia y Puericultura que provienen de colegios nacionales (Tabla N°. 5)

Los estudiantes de Obstetricia – Puericultura muestra que el 6.0% tienen una relación de conviviente, de igual manera que los estudiantes de la Facultad de Medicina 6.6%. (Tabla N°. 6) Estos resultados concuerdan con Alvarez Yauri (Perú 2015), en un estudio sobre las actitudes y conocimientos frente al aborto en estudiantes de Obstetricia de la UNMSM con una relación de conviviente del 5.1%.

En los resultados de esta investigación respecto a conocimientos se encontró que, el 64.3% de los estudiantes de Medicina de la UCSM tienen un nivel de conocimiento deficiente y eficiente del 35.7% sobre el aborto terapéutico. (Tabla N°.7) Estos resultados concuerdan con Brenes Hernández y Robles Delgado (Costa Rica, 2009), en un estudio sobre la permisibilidad del aborto terapéutico. Encontrando que los/as estudiantes de Medicina, 25.4 % del total, sabía sobre el aborto terapéutico.

Se encontró que, el 62.7% de los estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la UCSM tienen un nivel de conocimiento eficiente y deficiente del 37.3% sobre el aborto terapéutico. (Tabla N°. 8) Estos resultados concuerdan con Alvarez Yauri (Perú 2015), en un estudio sobre tipo de aborto que se encuentra permitido solo una minoría refirió que el único aborto permitido era el terapéutico siendo este el segundo año de estudios la mayoría refirió que el aborto terapéutico se encontraba permitido 68,6%.

Según un trabajo realizado por Freitas García y Pisco Panduro (Perú 2013), sobre el análisis de conocimiento sobre el aborto se encontró que, 173 (86.5%) de

adolescentes obtuvieron conocimiento deficiente y 27 (13.5%) conocimiento eficiente.

En los resultados de esta investigación respecto a actitudes se encontró que, el 77.6% de los estudiantes de Medicina de la UCSM tienen una actitud favorable frente el aborto terapéutico; mientras ambivalente el 22.4%. (Tabla N°. 9)

Estos resultados concuerdan con Brenes Hernández y Robles Delgado (Costa Rica, 2009), encontrando que el 66% de estudiantes de Medicina no tienen por qué considerar los principios morales y religiosos como lineamientos necesarios a tomar en cuenta ante un caso de aborto terapéutico. Además, el 67% de Medicina opinó que el aborto terapéutico no es moralmente inaceptable.

Se encontró que, el 53.7% de los estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la UCSM tienen una actitud favorable frente al aborto terapéutico; mientras ambivalente el 46.3%. (Tabla N°. 10) Estos resultados concuerdan con Alvarez Yauri (Perú 2015), en un estudio de actitud frente al aborto en caso de peligro de la vida o la salud de la mujer. Encontrando que los estudiantes están de acuerdo con el aborto en caso que la vida de la madre peligre, hasta un 14,3%.

Según el trabajo realizado por Freitas García y Pisco Panduro (Perú 2013), sobre el análisis de conocimiento sobre el aborto se encontró que las actitudes hacia el aborto un 74.0% (148 usuarios) presentaron actitud positiva; mientras que 26.0% (52 usuarios) actitud negativa.

CONCLUSIONES

Primera: Se encontró que, el 64.3% de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UCSM tienen un nivel de conocimiento deficiente, y un 35.7% un nivel de conocimiento eficiente sobre el aborto terapéutico.

Segunda: El 62.7% de los estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la UCSM tienen un nivel de conocimiento eficiente y un 37.3% un nivel de conocimiento deficiente sobre el aborto terapéutico.

Tercera: Un 77.6% de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UCSM tienen una actitud favorable frente al aborto terapéutico; mientras que el 22.4% una actitud ambivalente.

Cuarta: El 53.7% de los estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la UCSM tienen una actitud favorable frente al aborto terapéutico; mientras que el 46.3% una actitud ambivalente.

Quinta: Comparativamente los estudiantes de Obstetricia y Puericultura tienen un mejor nivel de conocimientos (62.7%) sobre el aborto terapéutico que los estudiantes de la Facultad de Medicina (35.7%), y en cuanto a las actitudes los estudiantes de Medicina tienen una actitud favorable (77.6%) a comparación de los estudiantes de Obstetricia y Puericultura que tienen una actitud favorable del 53.7%.

RECOMENDACIONES

- Que las autoridades de las Facultades involucradas en el trabajo de investigación; apliquen actividades de capacitación sobre el tema (aborto terapéutico) dirigido a estudiantes y comunidad en general.
- Los profesionales de Medicina y Obstetricia promuevan, planteen y ejecuten foros dirigidos a los estudiantes sobre el aborto terapéutico.
- Que los estudiantes y público en general, tengan acceso a foros abiertos de discusión sobre el tema, con el fin de tomar conciencia de la importancia de estar informado sobre esta problemática y tomar decisiones adecuadas.
- Que asignaturas de Ética y Deontología profesional de las Facultades de Medicina y Obstetricia, traten el tema (aborto terapéutico), logrando fomentar un criterio personal que pueda influir en los futuros profesionales de la salud.
- Que los directivos de establecimientos de salud, difundan la normativa que cuenta el Perú al respecto para que cada profesional cumpla su rol. Ejemplo; Obstetras capacitar en consejería en aborto terapéutico.

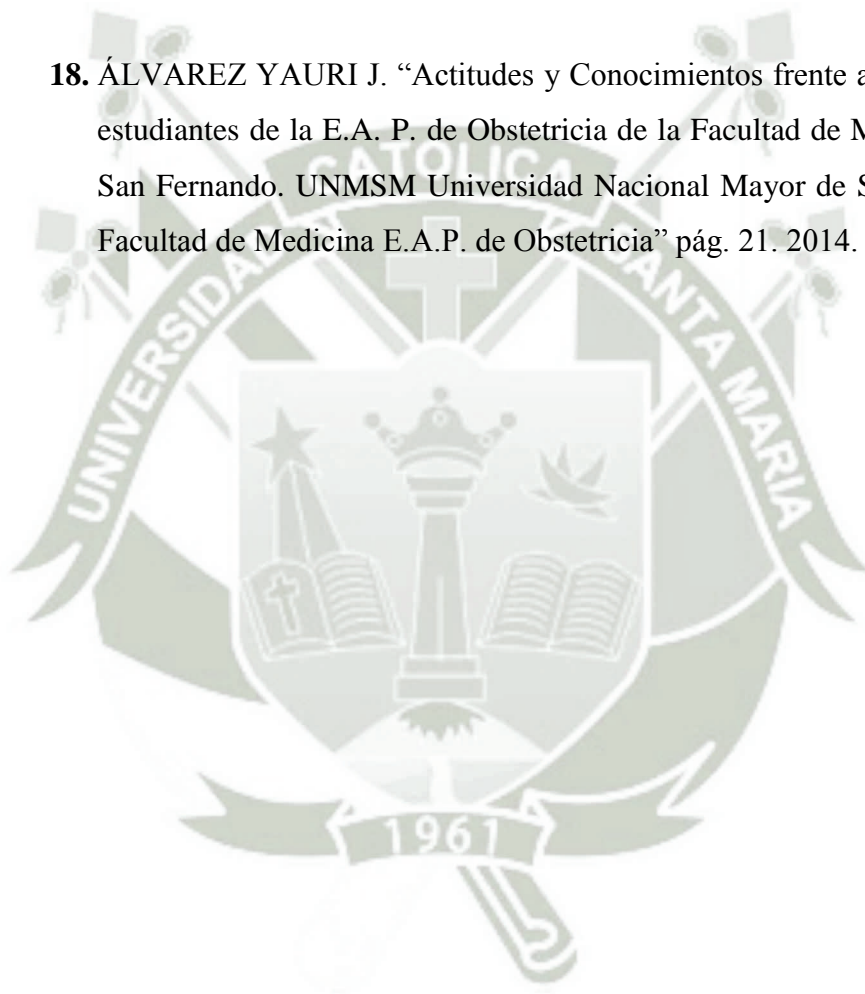
BIBLIOGRAFÍA

1. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en américa latina y el caribe Rev. Panama Salud Publica Public Health, 1 (3): 194. 2002.
2. Crock R. Abortion Decision- Making Attitudes of Adolescents Attending Roman Catholic Schools, EDITORES Kansas State University Department of Family Studies and Human Services (2):19. 2007.
3. Donna, Edgar A. Derecho Penal EDITORES Rubinzal/Culzoni Tomo I VERANO; 75, 1999.
4. Código Penal “Delitos contra la vida, el cuerpo y la salud” / aborto judistas EDITORES E.I.R.L. Libro II MARZO ,126-128. 2016.
5. PALACIOS M. Bioética 2000 EDITORES España Nobel S.A.; 179. 2000.
6. Monge F. El Estatuto Ontológico del embrión humano en base a los datos biológicos EDITORIAL Cuadernos de Bioética Tomo I; (1).1995.
7. Besio M. Chomalí F. Neira J. Vivanco A. Aborto “terapéutico” Consideraciones médicas, éticas, jurídicas y del magisterio de la Iglesia católica EDITORES Quebecor World Chile S.A. (7). 2008.
8. RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 486-2014/minsa guía técnica nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del código penal EDITORES

Ministra de Salud Midori de Habich Primera Edición 2016 .Lima, 27 de junio del 2014

9. AREVALO LOPEZ D. LOPEZ HERNANDEZ R. MEJIA LANDA VERDE J. “La aplicación del estado de necesidad en el aborto terapéutico en el salvador”. Universidad de el salvador facultad de jurisprudencia y ciencias sociales escuela de ciencias jurídicas; (13). 2014.
10. Faundes y Cold FALSOG Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología 61: 47-50. 2007.
11. Carbonell Varela L. Velasco A. Fernandez C. The ude of misoprostrol for abortin at 2 or 9 weeks Eur Contracept Reprod Health Care, 2: 181-185. 1997.
12. Chaves S., Diaz N. Protocolo para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo gobierno regional Arequipa. (15). 2007.
13. GERENCIA REGIONAL DE SALUD Protocolo para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo; (7). 2007
14. Educación para la Salud Manual sobre Educación Sanitaria en atención primaria de Salud El comportamiento en materia de salud y la educación sanitaria EDITOR Organización Mundial de la Salud Ginebra Capítulo I, pág. 7. 1989.
15. Flores A., Rodríguez B., Vásquez D., Salgado D., Pineda E., Marina E., Castillo E., Urquia M., Rivera P. “Actitud de los adolescentes del Instituto Secretariado Honduras hacia el Aborto en Tegucigalpa” Universidad Nacional Autónoma de Honduras; pág. 5-6. 2014

16. BRENES H. ROBLES D. “Aborto Terapéutico: Conocimientos y actitudes de estudiantes universitarios de Medicina y Enfermería Universidad de Costa Rica” pág. 10, 2009
17. FREITAS GARCÍA, L. PISCO PANDURO “Conocimiento y actitudes hacia el aborto en usuarios del módulo de atención integral del adolescente Hospital Regional De Loreto Punchana Universidad Peruana del Oriente” pág. 17. 2013.
18. ÁLVAREZ YAURI J. “Actitudes y Conocimientos frente al aborto en estudiantes de la E.A. P. de Obstetricia de la Facultad de Medicina de San Fernando. UNMSM Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina E.A.P. de Obstetricia” pág. 21. 2014.



HEMEROGRAFIA

19. S.E.G.O. DEFINICION DE IVE Interrupción Voluntaria del Embarazo
Marzo 28 2009.
20. Dides C. Aborto terapéutico: la bioética y la ética, boletín 4, Rev. Área de investigación Género, Políticas Públicas y Derechos CESOP Universidad Central – Chile; 1-3. 2013.
21. PACORA-PORTELLA P. Aborto Terapéutico ¿realmente existe? Rev. cielo Perú. Acta méd. Peruana vol.31 no.4 lima oct. /dic. 2014.
22. LANFRANCHI A. Normal breast physiology: the reasons hormonal contraceptives and induced abortion increase breast-cancer risk.Rev. Issues Law Med. spring; 29(1): 135-146. 2014.
23. Organizacion Mundial de la Salud Aborto sin riesgos EDITORES: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud Ginebra .2003.
24. Dador J. El aborto Terapeutico en el Peru Centro de Promocion y defensa de los derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. 2007.
25. Nanda K., Lopez L., Grimes D., Peloggia A., Nanda G. Tratamiento expectante versus tratamiento quirúrgico del aborto Rev. pregnancy and Childbirth Group. 2012.
26. AIGNEREN M. Naturaleza de las actitudes Enciclopedia internacional de las ciencias sociales. Vol. 1, Pág. 32. 1968.
27. CAMPOS SALAS J .Diferentes enfoques éticos al problema del aborto. Rev. Reflexiones Universidad de Costa Rica Costa Rica.85 (1-2): 75-91, ISSN: 1021-1209. 2006.
28. SILVA M. Comité para la defensa de la vida. Católicos antes el Aborto. (2): 7 – 9. 2015.

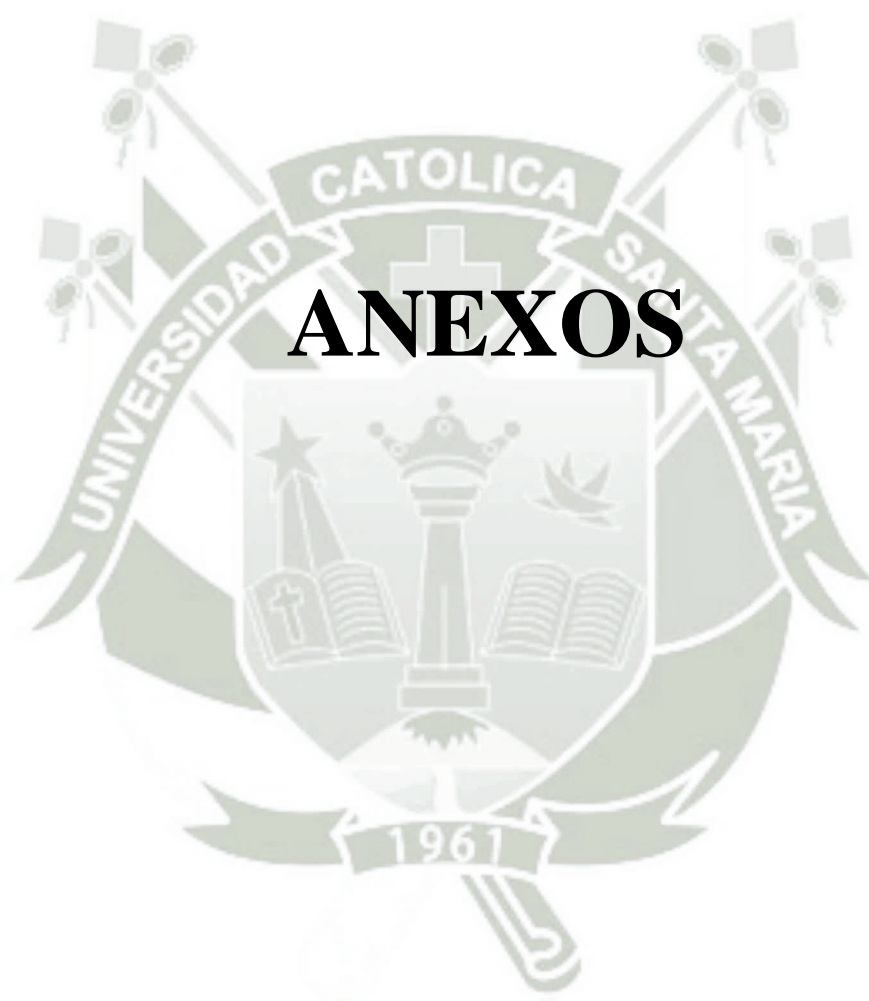
INFORMATOGRAFIA

29. Paredes M. Fuente: Perú 21(Lima 18/06/2009)
<http://abortoterapeuticoenelperu.blogspot.pe/>
30. Wikipedia.net
https://es.wikipedia.org/wiki/Aborto_en_el_Per%C3%BA.
31. Medlineplus.net
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002912.htm>
32. BRIAN CLOWES, Director de Capacitación Provida, Human Life International www.hli.org. Consecuencias físicas y psicológicas del aborto. 2013.
33. Biobiochile.net El aborto terapéutico y sus posibles consecuencias psicológicas para la mujer.
Disponible en: <http://www.biobiochile.cl/noticias/2012/03/16/el-aborto-terapeutico-y-sus-posibles-consecuencias-psicologicas-para-la-mujer.shtml>
34. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología 2010
Disponible en:
<http://prodelcorp.edu.pe/material/2115GUIAS%20DE%20ATENCION%20CLINICA.pdf>.
35. Larepublica.net <http://larepublica.pe/02-07-2014/esta-es-la-guia-tecnica-para-la-interrupcion-del-embarazo-menor-de-22-semanas>
36. IPAS La atención del aborto centrado en la mujer. Manual de referencia sobre el procesamiento del instrumento de AMEU. 2007.

37. SPINOZA, BARUCH. “Ética demostrada según el orden geométrico”
<https://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>

38. RODRÍGUEZ B. Perú registra 400.000 abortos al año .Internacional,
Aborto, Legislación y género, Madrid, jueves 13 de marzo de 2008.
<http://www.amecopress.net/spip.php?article1290#sthash.A8D4oS2R.dpuf>.





ANEXOS

ANEXO 1

TRABAJO DE INVESTIGACION

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO: “ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES SOBRE EL ABORTO TERAPÉUTICO EN ESTUDIANTES DE LAS FACULTADES DE MEDICINA Y OBSTETRICIA-PUERICULTURA DE LAS UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA AREQUIPA – 2017”

PRESENTACIÓN:

Joven, Señorita : _____ tenga Ud. muy buenos, días, tardes, noches Mi nombre es: _____, soy bachiller de la Carrera Profesional de Obstetricia y Puericultura, de la UCSM estamos realizando una investigación sobre: “**ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES SOBRE EL ABORTO TERAPÉUTICO EN ESTUDIANTES DE LAS FACULTADES DE MEDICINA Y OBSTETRICIA-PUERICULTURA DE LAS UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA AREQUIPA – 2017**”, por lo que le invito a participar en este estudio en forma voluntaria. La investigación se llevará a cabo por espacio de.... Meses; se les aplicará un cuestionario para medir conocimiento y una escala para evaluar actitudes respectivamente. Su participación en el estudio no significará ningún riesgo para su salud física, mental ni de ningún otro tipo, Si Ud. acepta participar en el estudio y por cualquier razón decide retirarse tiene la libertad de hacerlo sin ningún inconveniente.

Todos los datos que se obtengan lo utilizaremos solo los investigadores y al finalizar el mismo serán destruidos.

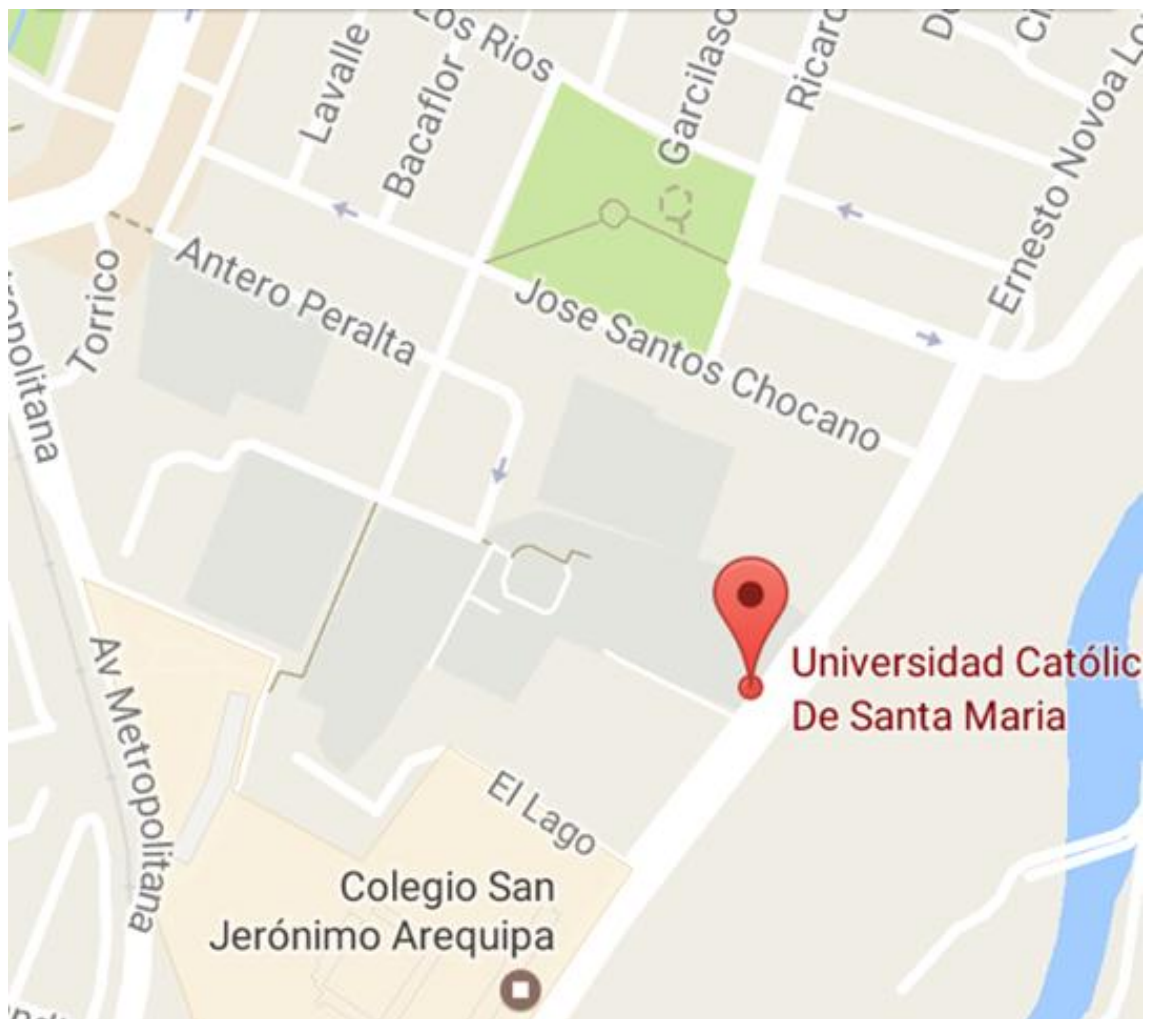
Si tiene alguna pregunta o duda gustosamente serán resueltas, le agradecemos su atención. Si acepta participar en el estudio, por favor coloque su nombre, firma y huella digital al final de este formato.

Gracias.

Nombres: _____

Firma ó Huella digital

ANEXO 2
CROQUIS: UBICACIÓN DE LA UCSM



ANEXO 3

CUESTIONARIO PARA VALORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS según Freitas García y Pisco Panduro modificado

PRESENTACION

El presente instrumento es parte de un trabajo de investigación “**ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES SOBRE EL ABORTO TERAPÉUTICO EN ESTUDIANTES DE LAS FACULTADES DE MEDICINA Y OBSTETRICIA-PUERICULTURA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA, AREQUIPA – 2017**” cuyo propósito es identificar el nivel de conocimiento sobre el aborto terapéutico, por lo que le agradecemos su participación.

INSTRUCTIVO

Lea detenidamente las preguntas y responda con veracidad cada una de ellas, iniciando por su identificación.

- **Género:** ___ Masculino ___ Femenino
- **Edad:** ___ años
- **Religión:** _____
- **Nivel Universitario:** _____
- **Colegio de procedencia:** ___ Particular ___ Nacional ___ Parroquial
- **Relación de parejas:** Enamorado ___ SI ___ NO
 Conviviente ___ SI ___ NO
 Novio ___ SI ___ NO

Marca la alternativa correcta

1. ¿Qué es para ti el aborto provocado?

- a) Problema social
- b) Delito
- c) Solución

2. **Actualmente, ¿En el Perú se encuentra legalizado el aborto terapéutico?**
 - a) Si
 - b) No
3. **En qué casos está permitido el aborto terapéutico en el Perú**
 - a) Violación
 - b) Embarazo no deseado
 - c) Para salvar la vida de la gestante
4. **Que se entiende por aborto terapéutico**
 - a) Es un aborto espontaneo
 - b) Aborto justificado por razones médicas
 - c) Expulsión del feto
5. **¿Cuándo comienza la vida humana?**
 - a) Momento de la concepción
 - b) Momento de la implantación
 - c) A los 14 días
6. **¿Etimológicamente que significa el aborto?**
 - a) Privación o partícula privativa de la gestación
 - b) Significa lo siguiente "ab", que implica privación y "ortus", que significa nacimiento. Es decir que significa "sin nacimiento".
 - c) Privación o partícula privativa del embarazo
7. **¿Cómo definirías al aborto provocado en el marco legal?**
 - a) Es la interrupción del embarazo después de las 20 semanas de gestación.
 - b) Es la interrupción del embarazo por enfermedad materna y del feto.
 - c) Es la interrupción provocada del embarazo con muerte del feto.
8. **¿Cuál es la finalidad del aborto terapéutico?**
 - a) Evitar ser madres luego de una violación.
 - b) Evitar un mal grave y permanente a la mujer.
 - c) Evitar ser madre de un niño malformado.

9. En obstetricia el aborto terapéutico

- a) Expulsión del producto de la concepción cuando es viable
- b) Expulsión del producto de la concepción cuando nace
- c) Expulsión provocada del producto por razones médicas antes de las 22 sem.

10. ¿Cuántos tipos de aborto existen para la ley?

- a) Aborto natural y aborto espontáneo.
- b) Aborto artificial, aborto espontaneo, aborto deseado
- c) Aborto consentido, no consentido, terapéutico, eugenésico y sentimental.

11. El aborto espontáneo es conocido con el nombre de:

- a) Casual o natural , voluntario
- b) Casual o natural provocado
- c) Casual o natural involuntario

12. Hasta cuando se considera aborto en la Obstetricia

- a) hasta el primer trimestre
- b) hasta el primer mes
- c) hasta las 21 semanas

13. Cuando comienza la vida humana

- a) Momento de la concepción
- b) Momento de la implantación
- c) A los 14 días

14. Quienes son los responsables de indicar un aborto terapéutico

- a) MINSA
- b) Junta Medica
- c) Familiares

15. Cuáles son las indicaciones para el aborto terapéutico

- a) Tener menos de 21 semanas de gestación, con malformación genética.
- b) Tener un embarazo ectópico
- c) Tener displasia de cuello uterino

- 16. ¿Consideras que alguna de las siguientes enfermedades amerita que se provoque el aborto terapéutico?**
- a) EHE
 - b) Hiperémesis Gravídica que no sede al tratamiento
 - c) Enfermedades hereditarias
- 17. ¿Cuáles son las posibles consecuencias psicológicas que ocasiona el aborto terapéutico?**
- a) Esterilidad.
 - b) Remordimiento
 - c) Trastornos de la menstruación
- 18. Los abortos terapéuticos causan**
- a) Mejora de la salud materna
 - b) Problemas de pareja
 - c) Inapetencia sexual
- 19. Para poder realizar la interrupción del embarazo en un establecimiento de salud se debe contar con:**
- a) Antiemético
 - b) Banco de sangre
 - c) Ceftriaxona
- 20. Según la OMS (2011) ¿Cuántos abortos provocados se realizaron a nivel mundial?**
- a) 18 millones
 - b) 36 millones
 - c) 26 millones

Respuestas correctas:

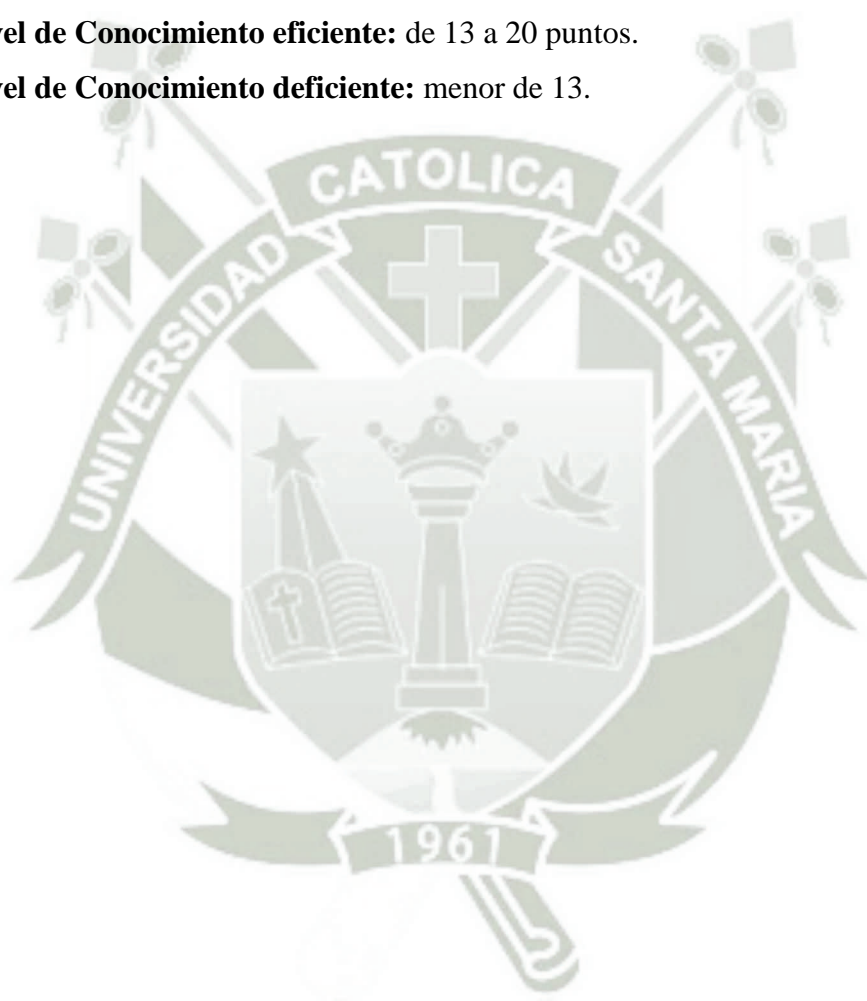
Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Respuestas	b	a	c	b	a	b	c	b	c	c	c	c	a	b	b	b	b	a	b	c

VALORACION:

Cada respuesta correcta equivale a 1 punto

Nivel de Conocimiento eficiente: de 13 a 20 puntos.

Nivel de Conocimiento deficiente: menor de 13.



ANEXO 4

TEST PARA VALORAR EL NIVEL DE ACTITUDES según Freitas García y Pisco Panduro modificado

PRESENTACION El presente instrumento es parte de un trabajo de investigación **Estudio comparativo del nivel de conocimientos y las actitudes sobre el aborto terapéutico en estudiantes de las Facultades de Medicina y Obstetricia-Puericultura de la Universidad Católica de Santa María Arequipa – 2017** cuyo propósito es identificar las actitudes hacia el aborto terapéutico, por lo que le agradecemos su participación.

INSTRUCTIVO Lea detenidamente las aseveraciones y responda con veracidad cada una de ellas, iniciando por su identificación, respecto a las actitudes colocara un aspa (X) en el recuadro correspondiente si está de acuerdo (DA), si está en desacuerdo (D) y si le es indiferente (I)

Ítems de actividad hacia el aborto terapéutico

ENUNCIADOS	DE ACUERDO	DESACUERDO	INDIFERENTE
1. Estoy segura/o que la unión del ovulo y espermatozoide es un ser humano.			
2. Considero que, es mejor tener un aborto terapéutico que tener algún daño en la salud.			
3. No considero despreciables a las mujeres que se han realizado un aborto terapéutico.			
4. A veces se requiere tomar una decisión para interrumpir el embarazo porque sería despreciable no hacerlo cuando la salud está en riesgo.			
5. Apoyo al aborto despenalizado que ponga en peligro la vida de la madre.			
6. No es despreciable realizarse un aborto terapéutico.			

7. La legalización del aborto no garantiza la reducción de complicaciones.			
8. No estoy de acuerdo en que los médicos que realizan abortos terapéuticos sean castigados.			
9. Apoyo al gobierno para invertir en la promoción de actividades para prevenir los embarazos complicados.			
10. Todas las complicaciones de la gestación no son causa para interrumpir mi embarazo.			
11. En una situación de riesgo de vida materna es recomendable abortar.			
12. Es necesario recurrir a veces al aborto terapéutico para evitar un mal grave o permanente.			
13. Se practicara el aborto terapéutico porque existen casos especiales que lo ameritan.			
14. Es necesario que un médico realice el aborto terapéutico.			
15. Cuando se realiza un aborto terapéutico la mujer puede sentir culpabilidad.			
16. Está bien que en el mundo se despenalice el aborto terapéutico cuando está en peligro la vida.			
17. Considera que el aborto terapéutico debería ser legal en todos los países.			
18. Si sufrirías de una enfermedad grave abortarías			
19. Crees que haya alguna causa principal para la realización del aborto inducido / provocado.			
20. El aborto terapéutico es una cuestión de derechos humanos.			
21. Es mejor legalizar el aborto terapéutico para evitar las complicaciones del aborto clandestino.			

22. Usted interrumpiría el embarazo por que el medico lo recomendaría por criterios de salud.			
23. Hay razones que justifican el aborto terapéutico			
24. El aborto terapéutico debe realizarse en condiciones saludables.			
25. En caso de embarazo molar optaría por el aborto terapéutico.			

VALORACION:

Valoración
DA: De acuerdo (3 puntos)
D: Desacuerdo (1 punto)
I: Indiferente (2 puntos)

INTERPRETACION:

Actitud	Puntuación
Desfavorable	16 – 30 puntos
Ambivalente	31 – 60 puntos
Favorable	61 – 75 puntos

ANEXO 5

ID	Grupo	EDAD	Edad COD	SEXO	Religión	Nivel Universitario	Col. de procedencia	R. de Pareja	Conocimientos	Conocimiento COD	Actitudes	Actitudes COD
1	Obstetricia	19	18-22	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	46	Ambivalente
2	Obstetricia	19	18-22	Femenino	Católica	2 año	Particular	Enamorado	16	Eficiente	62	Favorable
3	Obstetricia	19	18-22	Femenino	Católica	3 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	61	Favorable
4	Obstetricia	18	18-22	Femenino	Católica	3 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	47	Ambivalente
5	Obstetricia	19	18-22	Femenino	Católica	1 año	Particular	Conviviente	16	Eficiente	55	Ambivalente
6	Obstetricia	20	18-22	Masculino	Católica	3 año	Particular	Enamorado	13	Eficiente	56	Ambivalente
7	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Católica	3 año	Particular	Enamorado	18	Eficiente	65	Favorable
8	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Católica	2 año	Particular	Enamorado	15	Eficiente	67	Favorable
9	Obstetricia	21	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	15	Eficiente	50	Ambivalente
10	Obstetricia	19	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Novios	14	Eficiente	68	Favorable
11	Obstetricia	22	18-22	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	13	Eficiente	55	Ambivalente
12	Obstetricia	24	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	54	Ambivalente
13	Obstetricia	23	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	69	Favorable
14	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	48	Ambivalente
15	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Católica	1 año	Parroquial	Novios	12	Deficiente	56	Ambivalente
16	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Novios	16	Eficiente	40	Ambivalente
17	Obstetricia	23	23-27	Femenino	Católica	3 año	Parroquial	Novios	12	Deficiente	69	Favorable
18	Obstetricia	19	18-22	Femenino	Católica	3 año	Parroquial	Enamorado	8	Deficiente	69	Favorable
19	Obstetricia	19	18-22	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	9	Deficiente	69	Favorable
20	Obstetricia	26	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	7	Deficiente	61	Favorable
21	Obstetricia	21	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	15	Eficiente	67	Favorable

22	Obstetricia	22	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	16	Eficiente	63	Favorable
23	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	17	Eficiente	53	Ambivalente
24	Obstetricia	24	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	17	Eficiente	57	Ambivalente
25	Obstetricia	22	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	16	Eficiente	64	Favorable
26	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Católica	2 año	Particular	Enamorado	17	Eficiente	57	Ambivalente
27	Obstetricia	21	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Conviviente	17	Eficiente	72	Favorable
28	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Sin religión	4 año	Particular	Enamorado	17	Eficiente	72	Favorable
29	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Otros	1 año	Particular	Enamorado	17	Eficiente	69	Favorable
30	Obstetricia	21	18-22	Femenino	Sin religión	4 año	Particular	Enamorado	16	Eficiente	70	Favorable
31	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	12	Deficiente	42	Ambivalente
32	Obstetricia	19	18-22	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	10	Deficiente	71	Favorable
33	Obstetricia	22	18-22	Femenino	Católica	1 año	Parroquial	Novios	17	Eficiente	72	Favorable
34	Obstetricia	21	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	54	Ambivalente
35	Obstetricia	25	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	58	Ambivalente
36	Obstetricia	18	18-22	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	17	Eficiente	67	Favorable
37	Obstetricia	20	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	14	Eficiente	67	Favorable
38	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Católica	3 año	Particular	Enamorado	14	Eficiente	69	Favorable
39	Obstetricia	22	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	15	Eficiente	73	Favorable
40	Obstetricia	22	18-22	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	18	Eficiente	73	Favorable
41	Obstetricia	23	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	16	Eficiente	55	Ambivalente
42	Obstetricia	22	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	63	Favorable
43	Obstetricia	22	18-22	Femenino	Católica	2 año	Particular	Enamorado	16	Eficiente	60	Ambivalente
44	Obstetricia	19	18-22	Femenino	Sin religión	4 año	Particular	Enamorado	14	Eficiente	53	Ambivalente
45	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Sin religión	1 año	Particular	Enamorado	14	Eficiente	71	Favorable
46	Obstetricia	23	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	71	Favorable

47	Obstetricia	22	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	55	Ambivalente
48	Obstetricia	21	18-22	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	14	Eficiente	65	Favorable
49	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	16	Eficiente	63	Favorable
50	Obstetricia	22	18-22	Femenino	Católica	1 año	Parroquial	Novios	15	Eficiente	54	Ambivalente
51	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	6	Deficiente	50	Ambivalente
52	Obstetricia	22	18-22	Femenino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	11	Deficiente	67	Favorable
53	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	14	Eficiente	58	Ambivalente
54	Obstetricia	21	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Novios	11	Deficiente	58	Ambivalente
55	Obstetricia	19	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Novios	11	Deficiente	47	Ambivalente
56	Obstetricia	23	23-27	Femenino	Católica	1 año	Particular	Novios	13	Eficiente	51	Ambivalente
57	Obstetricia	19	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Conviviente	12	Deficiente	69	Favorable
58	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	13	Eficiente	50	Ambivalente
59	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Católica	2 año	Particular	Enamorado	13	Eficiente	63	Favorable
60	Obstetricia	19	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	16	Eficiente	65	Favorable
61	Obstetricia	21	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	14	Eficiente	61	Favorable
62	Obstetricia	23	23-27	Femenino	Otros	1 año	Parroquial	Enamorado	16	Eficiente	59	Ambivalente
63	Obstetricia	22	18-22	Femenino	Otros	4 año	Parroquial	Conviviente	15	Eficiente	51	Ambivalente
64	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Otros	4 año	Parroquial	Novios	17	Eficiente	62	Favorable
65	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Otros	4 año	Parroquial	Enamorado	6	Deficiente	50	Ambivalente
66	Obstetricia	22	18-22	Femenino	Otros	1 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	67	Favorable
67	Obstetricia	20	18-22	Femenino	Otros	4 año	Nacional	Enamorado	14	Eficiente	58	Ambivalente
68	Medicina	18	18-22	Femenino	Otros	4 año	Nacional	Enamorado	11	Deficiente	73	Favorable
69	Medicina	22	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Novios	15	Eficiente	72	Favorable
70	Medicina	19	18-22	Masculino	Católica	1 año	Nacional	Enamorado	9	Deficiente	70	Favorable
71	Medicina	18	18-22	Masculino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	13	Eficiente	63	Favorable

72	Medicina	26	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	13	Eficiente	70	Favorable
73	Medicina	20	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	69	Favorable
74	Medicina	23	23-27	Masculino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	9	Deficiente	71	Favorable
75	Medicina	23	23-27	Masculino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	13	Eficiente	73	Favorable
76	Medicina	25	23-27	Femenino	Católica	1 año	Parroquial	Novios	13	Eficiente	72	Favorable
77	Medicina	19	18-22	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	13	Eficiente	69	Favorable
78	Medicina	26	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Novios	11	Deficiente	72	Favorable
79	Medicina	27	23-27	Femenino	Católica	2 año	Particular	Enamorado	8	Deficiente	72	Favorable
80	Medicina	24	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	71	Favorable
81	Medicina	24	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	71	Favorable
82	Medicina	17	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	71	Favorable
83	Medicina	18	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	72	Favorable
84	Medicina	22	18-22	Femenino	Otros	1 año	Nacional	Enamorado	10	Deficiente	71	Favorable
85	Medicina	23	23-27	Masculino	Otros	4 año	Nacional	Enamorado	8	Deficiente	71	Favorable
86	Medicina	22	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	8	Deficiente	67	Favorable
87	Medicina	25	23-27	Masculino	Otros	4 año	Parroquial	Enamorado	9	Deficiente	61	Favorable
88	Medicina	22	18-22	Femenino	Católica	2 año	Parroquial	Novios	10	Deficiente	65	Favorable
89	Medicina	18	18-22	Femenino	Otros	4 año	Parroquial	Enamorado	11	Deficiente	67	Favorable
90	Medicina	18	18-22	Masculino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	8	Deficiente	65	Favorable
91	Medicina	23	23-27	Femenino	Otros	1 año	Parroquial	Enamorado	13	Eficiente	67	Favorable
92	Medicina	23	23-27	Masculino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	10	Deficiente	71	Favorable
93	Medicina	18	18-22	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Novios	11	Deficiente	67	Favorable
94	Medicina	18	18-22	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	12	Deficiente	71	Favorable
95	Medicina	23	23-27	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	69	Favorable
96	Medicina	28	28-32	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	59	Ambivalente

97	Medicina	27	23-27	Femenino	Católica	2 año	Particular	Enamorado	8	Deficiente	69	Favorable
98	Medicina	20	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	70	Favorable
99	Medicina	23	23-27	Femenino	Católica	4 año	Nacional	Novios	12	Deficiente	71	Favorable
100	Medicina	23	23-27	Femenino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	14	Eficiente	71	Favorable
101	Medicina	23	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	69	Favorable
102	Medicina	23	23-27	Masculino	Católica	1 año	Parroquial	Enamorado	10	Deficiente	69	Favorable
103	Medicina	24	23-27	Masculino	Católica	4 año	Parroquial	Novios	12	Deficiente	69	Favorable
104	Medicina	23	23-27	Femenino	Católica	2 año	Parroquial	Enamorado	9	Deficiente	65	Favorable
105	Medicina	26	23-27	Masculino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	7	Deficiente	67	Favorable
106	Medicina	25	23-27	Masculino	Católica	1 año	Parroquial	Enamorado	9	Deficiente	63	Favorable
107	Medicina	27	23-27	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Novios	13	Eficiente	69	Favorable
108	Medicina	20	18-22	Femenino	Católica	2 año	Parroquial	Enamorado	10	Deficiente	69	Favorable
109	Medicina	27	23-27	Masculino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	11	Deficiente	61	Favorable
110	Medicina	27	23-27	Masculino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	69	Favorable
111	Medicina	23	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	71	Favorable
112	Medicina	22	18-22	Masculino	Católica	2 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	63	Favorable
113	Medicina	22	18-22	Femenino	Católica	2 año	Nacional	Enamorado	12	Deficiente	67	Favorable
114	Medicina	19	18-22	Femenino	Otros	4 año	Parroquial	Enamorado	10	Deficiente	61	Favorable
115	Medicina	18	18-22	Masculino	Otros	4 año	Nacional	Enamorado	7	Deficiente	61	Favorable
116	Medicina	16	18-22	Femenino	Otros	1 año	Nacional	Enamorado	10	Deficiente	65	Favorable
117	Medicina	18	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	69	Favorable
118	Medicina	20	18-22	Masculino	Católica	2 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	68	Favorable
119	Medicina	20	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Novios	7	Deficiente	68	Favorable
120	Medicina	18	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	13	Eficiente	71	Favorable
121	Medicina	23	23-27	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	69	Favorable

122	Medicina	27	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	65	Favorable
123	Medicina	27	23-27	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	70	Favorable
124	Medicina	18	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	13	Eficiente	69	Favorable
125	Medicina	20	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Novios	12	Deficiente	71	Favorable
126	Medicina	20	18-22	Femenino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	13	Eficiente	63	Favorable
127	Medicina	28	28-32	Masculino	Católica	2 año	Parroquial	Conviviente	10	Deficiente	67	Favorable
128	Medicina	23	23-27	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	10	Deficiente	64	Favorable
129	Medicina	24	23-27	Masculino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	10	Deficiente	72	Favorable
130	Medicina	24	23-27	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	7	Deficiente	64	Favorable
131	Medicina	25	23-27	Masculino	Sin religión	4 año	Particular	Enamorado	9	Deficiente	62	Favorable
132	Medicina	22	18-22	Masculino	Sin religión	4 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	66	Favorable
133	Medicina	23	23-27	Femenino	Sin religión	3 año	Parroquial	Enamorado	10	Deficiente	65	Favorable
134	Medicina	25	23-27	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	14	Eficiente	60	Ambivalente
135	Medicina	24	23-27	Masculino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	10	Deficiente	68	Favorable
136	Medicina	26	23-27	Femenino	Católica	1 año	Parroquial	Enamorado	12	Deficiente	67	Favorable
137	Medicina	21	18-22	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	15	Eficiente	68	Favorable
138	Medicina	20	18-22	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	11	Deficiente	72	Favorable
139	Medicina	19	18-22	Masculino	Católica	2 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	70	Favorable
140	Medicina	19	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Novios	12	Deficiente	68	Favorable
141	Medicina	19	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	7	Deficiente	55	Ambivalente
142	Medicina	18	18-22	Masculino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	16	Eficiente	50	Ambivalente
143	Medicina	19	18-22	Femenino	Católica	1 año	Nacional	Novios	16	Eficiente	65	Favorable
144	Medicina	18	18-22	Femenino	Católica	1 año	Nacional	Enamorado	17	Eficiente	60	Ambivalente
145	Medicina	19	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	73	Favorable
146	Medicina	19	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	15	Eficiente	49	Ambivalente

147	Medicina	18	18-22	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	60	Ambivalente
148	Medicina	18	18-22	Femenino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	14	Eficiente	66	Favorable
149	Medicina	20	18-22	Masculino	Otros	3 año	Parroquial	Enamorado	15	Eficiente	67	Favorable
150	Medicina	18	18-22	Femenino	Otros	4 año	Parroquial	Enamorado	11	Deficiente	65	Favorable
151	Medicina	19	18-22	Femenino	Católica	1 año	Parroquial	Enamorado	15	Eficiente	62	Favorable
152	Medicina	18	18-22	Masculino	Católica	4 año	Parroquial	Enamorado	10	Deficiente	69	Favorable
153	Medicina	18	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	67	Favorable
154	Medicina	27	23-27	Femenino	Católica	2 año	Nacional	Enamorado	11	Deficiente	67	Favorable
155	Medicina	19	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	13	Eficiente	73	Favorable
156	Medicina	18	18-22	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	67	Favorable
157	Medicina	18	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	7	Deficiente	66	Favorable
158	Medicina	18	18-22	Femenino	Católica	1 año	Nacional	Enamorado	16	Eficiente	54	Ambivalente
159	Medicina	18	18-22	Masculino	Católica	1 año	Nacional	Enamorado	12	Deficiente	69	Favorable
160	Medicina	23	23-27	Masculino	Católica	1 año	Particular	Novios	18	Eficiente	71	Favorable
161	Medicina	23	23-27	Masculino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	9	Deficiente	69	Favorable
162	Medicina	27	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	67	Favorable
163	Medicina	24	23-27	Femenino	Otros	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	69	Favorable
164	Medicina	24	23-27	Masculino	Otros	4 año	Particular	Conviviente	12	Deficiente	69	Favorable
165	Medicina	26	23-27	Femenino	Otros	4 año	Particular	Enamorado	14	Eficiente	65	Favorable
166	Medicina	24	23-27	Femenino	Otros	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	70	Favorable
167	Medicina	26	23-27	Masculino	Otros	2 año	Particular	Enamorado	14	Eficiente	71	Favorable
168	Medicina	29	28-32	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	20	Eficiente	71	Favorable
169	Medicina	19	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Conviviente	15	Eficiente	56	Ambivalente
170	Medicina	19	18-22	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	18	Eficiente	63	Favorable
171	Medicina	18	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	16	Eficiente	57	Ambivalente

172	Medicina	19	18-22	Masculino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	14	Eficiente	56	Ambivalente
173	Medicina	20	18-22	Femenino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	10	Deficiente	49	Ambivalente
174	Medicina	19	18-22	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	41	Ambivalente
175	Medicina	20	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	15	Eficiente	61	Favorable
176	Medicina	19	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	14	Eficiente	71	Favorable
177	Medicina	19	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Novios	14	Eficiente	53	Ambivalente
178	Medicina	20	18-22	Masculino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	15	Eficiente	67	Favorable
179	Medicina	21	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	17	Eficiente	67	Favorable
180	Medicina	19	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	9	Deficiente	66	Favorable
181	Medicina	19	18-22	Masculino	Católica	2 año	Particular	Conviviente	6	Deficiente	53	Ambivalente
182	Medicina	23	23-27	Masculino	Otros	4 año	Particular	Enamorado	8	Deficiente	49	Ambivalente
183	Medicina	21	18-22	Masculino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	12	Deficiente	47	Ambivalente
184	Medicina	20	18-22	Masculino	Católica	2 año	Nacional	Enamorado	11	Deficiente	42	Ambivalente
185	Medicina	20	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	14	Eficiente	69	Favorable
186	Medicina	23	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Conviviente	11	Deficiente	64	Favorable
187	Medicina	20	18-22	Masculino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	66	Favorable
188	Medicina	25	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	13	Eficiente	65	Favorable
189	Medicina	26	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	13	Eficiente	66	Favorable
190	Medicina	25	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	13	Eficiente	62	Favorable
191	Medicina	24	23-27	Femenino	Otros	4 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	62	Favorable
192	Medicina	25	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	68	Favorable
193	Medicina	28	28-32	Masculino	Otros	1 año	Particular	Enamorado	13	Eficiente	64	Favorable
194	Medicina	27	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	65	Favorable
195	Medicina	28	28-32	Masculino	Otros	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	64	Favorable
196	Medicina	26	23-27	Masculino	Otros	1 año	Particular	Novios	16	Eficiente	54	Ambivalente

197	Medicina	29	28-32	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	60	Ambivalente
198	Medicina	25	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Conviviente	14	Eficiente	69	Favorable
199	Medicina	27	23-27	Femenino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	12	Deficiente	58	Ambivalente
200	Medicina	26	23-27	Masculino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	15	Eficiente	66	Favorable
201	Medicina	23	23-27	Masculino	Católica	2 año	Particular	Conviviente	10	Deficiente	58	Ambivalente
202	Medicina	27	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	13	Eficiente	62	Favorable
203	Medicina	27	23-27	Femenino	Católica	2 año	Particular	Enamorado	7	Deficiente	53	Ambivalente
204	Medicina	27	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	13	Eficiente	69	Favorable
205	Medicina	18	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	7	Deficiente	61	Favorable
206	Medicina	25	23-27	Masculino	Católica	2 año	Particular	Enamorado	9	Deficiente	62	Favorable
207	Medicina	20	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	15	Eficiente	67	Favorable
208	Medicina	26	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	72	Favorable
209	Medicina	21	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	58	Ambivalente
210	Medicina	23	23-27	Femenino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	65	Favorable
211	Medicina	25	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	64	Favorable
212	Medicina	19	18-22	Masculino	Otros	4 año	Particular	Enamorado	16	Eficiente	54	Ambivalente
213	Medicina	20	18-22	Femenino	Otros	4 año	Particular	Conviviente	11	Deficiente	73	Favorable
214	Medicina	18	18-22	Masculino	Otros	1 año	Nacional	Enamorado	15	Eficiente	72	Favorable
215	Medicina	26	23-27	Femenino	Católica	3 año	Nacional	Enamorado	9	Deficiente	70	Favorable
216	Medicina	20	18-22	Femenino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	13	Eficiente	63	Favorable
217	Medicina	24	23-27	Masculino	Católica	4 año	Nacional	Conviviente	13	Eficiente	70	Favorable
218	Medicina	22	18-22	Femenino	Católica	1 año	Nacional	Enamorado	8	Deficiente	43	Ambivalente
219	Medicina	18	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	17	Eficiente	65	Favorable
220	Medicina	26	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	20	Eficiente	73	Favorable
221	Medicina	23	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	70	Favorable

222	Medicina	27	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	68	Favorable
223	Medicina	23	23-27	Masculino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	14	Eficiente	60	Ambivalente
224	Medicina	30	28-32	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	68	Favorable
225	Medicina	32	28-32	Femenino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	12	Deficiente	67	Favorable
226	Medicina	25	23-27	Masculino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	15	Eficiente	68	Favorable
227	Medicina	18	18-22	Masculino	Otros	4 año	Nacional	Enamorado	11	Deficiente	72	Favorable
228	Medicina	19	18-22	Masculino	Otros	4 año	Particular	Enamorado	14	Eficiente	60	Ambivalente
229	Medicina	23	23-27	Femenino	Católica	1 año	Particular	Conviviente	17	Eficiente	65	Favorable
230	Medicina	22	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	20	Eficiente	73	Favorable
231	Medicina	28	28-32	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	17	Eficiente	69	Favorable
232	Medicina	19	18-22	Masculino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	11	Deficiente	48	Ambivalente
233	Medicina	22	18-22	Femenino	Católica	2 año	Nacional	Enamorado	10	Deficiente	55	Ambivalente
234	Medicina	24	23-27	Masculino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	12	Deficiente	54	Ambivalente
235	Medicina	25	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	12	Deficiente	54	Ambivalente
236	Medicina	21	18-22	Femenino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	14	Eficiente	60	Ambivalente
237	Medicina	23	23-27	Masculino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	9	Deficiente	72	Favorable
238	Medicina	22	18-22	Femenino	Otros	4 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	73	Favorable
239	Medicina	22	18-22	Masculino	Otros	4 año	Particular	Enamorado	7	Deficiente	68	Favorable
240	Medicina	20	18-22	Masculino	Otros	4 año	Particular	Enamorado	15	Eficiente	38	Ambivalente
241	Medicina	19	18-22	Masculino	Otros	4 año	Particular	Enamorado	14	Eficiente	58	Ambivalente
242	Medicina	23	23-27	Femenino	Otros	1 año	Nacional	Enamorado	15	Eficiente	42	Ambivalente
243	Medicina	22	18-22	Masculino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	11	Deficiente	60	Ambivalente
244	Medicina	22	18-22	Femenino	Católica	4 año	Nacional	Conviviente	11	Deficiente	62	Favorable
245	Medicina	25	23-27	Masculino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	3	Deficiente	50	Ambivalente
246	Medicina	24	23-27	Femenino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	8	Deficiente	61	Favorable

247	Medicina	23	23-27	Masculino	Católica	2 año	Particular	Enamorado	5	Deficiente	50	Ambivalente
248	Medicina	22	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	6	Deficiente	70	Favorable
249	Medicina	21	18-22	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	8	Deficiente	64	Favorable
250	Medicina	22	18-22	Femenino	Católica	4 año	Particular	Conviviente	14	Eficiente	71	Favorable
251	Medicina	23	23-27	Masculino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	5	Deficiente	50	Ambivalente
252	Medicina	20	18-22	Masculino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	8	Deficiente	52	Ambivalente
253	Medicina	19	18-22	Femenino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	8	Deficiente	43	Ambivalente
254	Medicina	30	28-32	Femenino	Católica	3 año	Nacional	Enamorado	17	Eficiente	65	Favorable
255	Medicina	29	28-32	Femenino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	20	Eficiente	73	Favorable
256	Medicina	24	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	10	Deficiente	70	Favorable
257	Medicina	28	28-32	Masculino	Católica	1 año	Particular	Enamorado	11	Deficiente	68	Favorable
258	Medicina	24	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	15	Eficiente	70	Favorable
259	Medicina	24	23-27	Femenino	Católica	2 año	Particular	Novios	18	Eficiente	71	Favorable
260	Medicina	23	23-27	Masculino	Católica	4 año	Particular	Enamorado	15	Eficiente	68	Favorable
261	Medicina	24	23-27	Masculino	Católica	4 año	Nacional	Enamorado	12	Deficiente	53	Ambivalente
262	Medicina	20	18-22	Masculino	Otros	1 año	Nacional	Conviviente	6	Deficiente	45	Ambivalente
263	Medicina	19	18-22	Femenino	Otros	1 año	Particular	Enamorado	15	Eficiente	69	Favorable