

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**TESIS**

**CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA  
DE OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE  
HOSPITALES DEL CUSCO, 2025**

**PRESENTADO POR:**

**BR. EDI QUISPE AEDO**

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL  
DE MÉDICO CIRUJANO**

**ASESOR:**

**DR. CESAR ANTONIO ZAMBRANO  
ENRIQUEZ**

**CUSCO - PERÚ**

**2026**



# Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

## INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor ..... CESAR ANTONIO ZAMBRANO ENRIQUEZ ..... quien aplica el software de detección de similitud al trabajo de investigación/tesis titulada: ..... CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES DEL CUSCO, 2025 .....

Presentado por: EDT. QUISPE AGED. DNI N° 70033533 ;

presentado por: ..... DNI N°: .....

Para optar el título Profesional/Grado Académico de ..... MÉDICO CRUZANO .....

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por ..... 02 ..... veces, mediante el Software de Similitud, conforme al Art. 6º del *Reglamento para Uso del Sistema Detección de Similitud en la UNSAAC* y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de ..... 6 ..... %.

### Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

| Porcentaje     | Evaluación y Acciones   | Marque con una (X) |
|----------------|---|--------------------|
| Del 1 al 10%   | No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.   | X                  |
| Del 11 al 30 % | Devolver al usuario para las subsanaciones.   |                    |
| Mayor a 31%    | El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley. |                    |

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 08 de ENERO de 20.26

Firma

Post firma CESAR ANTONIO ZAMBRANO ENRIQUEZ

Nro. de DNI 23990549

ORCID del Asesor 0009-0005-0206-2365

#### Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: 27259:542948103

# Edi Quispe Aedo

## CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICI...

 Turnitin

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:542948103

102 páginas

Fecha de entrega

23 dic 2025, 2:25 p.m. GMT-5

26.589 palabras

Fecha de descarga

23 dic 2025, 2:29 p.m. GMT-5

153.735 caracteres

Nombre del archivo

TESIS - CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN IN....pdf

Tamaño del archivo

3.2 MB

# 6% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

## Fuentes principales

|    |   |
|----|---|
| 6% |  Fuentes de Internet                           |
| 0% |  Publicaciones                                 |
| 5% |  Trabajos entregados (trabajos del estudiante) |

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi más sincero agradecimiento, en primer lugar, a Dios y al Señor de Qoyllurit'i, por brindarme fortaleza, salud y sabiduría para culminar esta etapa tan importante de mi formación profesional. Un agradecimiento especial y profundo a mi madre, Ernestina Aedo Veza, por su dedicación incansable, su paciencia infinita y su apoyo incondicional. Su ejemplo de esfuerzo, entrega y amor ha sido una fuente permanente de motivación para no rendirme y perseverar hasta alcanzar esta meta.

Agradezco de manera especial a mi asesor, Dr. César Antonio Zambrano Enríquez, por su guía académica, compromiso y valiosos aportes que fueron determinantes para el desarrollo y culminación de esta investigación. Expreso también mi reconocimiento al Dr. Armando Oros Calderón, por su orientación y apoyo académico brindados durante el planteamiento y desarrollo del presente estudio. Asimismo, agradezco a los miembros del jurado, Dr. Yuri Ponce de León y Dr. Ramiro Tupayachi Palomino, por sus observaciones, sugerencias y disposición académica.

Finalmente, agradezco a los docentes de pregrado y del internado clínico de la Escuela Profesional de Medicina Humana, por su dedicación, enseñanza constante y valiosa contribución al desarrollo de mis competencias académicas, clínicas y éticas durante toda mi formación profesional.

## **DEDICATORIA**

Con profundo amor y gratitud, dedico este trabajo a mi familia y a mis amigos, quienes han sido el soporte esencial a lo largo de mi vida personal y académica. A mis padres, Ernestina Aedo Veza y Hebert Quispe Labra, por su amor incondicional, sus sacrificios constantes y por haberme acompañado con paciencia y confianza en cada etapa de este camino. Gracias por inculcarme valores fundamentales como la responsabilidad, la perseverancia y el respeto, que han guiado mi formación humana y profesional.

A mis queridas hermanas, Andrea Ruth y Angela, y a mi hermano Jean Carlos, por su apoyo, comprensión y palabras de aliento que me impulsaron a seguir adelante incluso en los momentos de mayor dificultad. A mi abuela y a toda mi familia, por sus consejos, oraciones y presencia constante, que fortalecieron mi ánimo y mi espíritu.

Finalmente, dedico este logro a mis amigos, por su amistad sincera y el apoyo brindado durante los años de estudio. Sus palabras de ánimo hicieron más llevadero el proceso formativo. Una mención especial a los amigos de la Cocaristía, por su fraternidad, y a los amigos de la UNSAAC, con quienes iniciamos el internado clínico en agosto de 2024.

**JURADO A**

Dr. Yuri Leonidas Ponce de Leon Otazu

Dr. Ramiro Jorge Tupayachi Palomino

**JURADO B**

Dr. Yuri Leonidas Ponce de Leon Otazu

Dra. Betty Luz Caro de Mauricio

Dr. Frank Fred Carrillo Pino

**ASESOR**

Dr. Cesar Antonio Zambrano Enriquez

## CONTENIDO

|  | Pág. |
|--|------|
| CONTENIDO.....   | 1    |
| INTRODUCCION .....   | 4    |
| RESUMEN .....  | 5    |
| CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....                | 7    |
| 1.1. Fundamentación del problema .....                       | 7    |
| 1.2. Antecedentes teóricos .....                             | 8    |
| 1.3. Formulación del problema .....                          | 17   |
| 1.3.1. Problema general.....                                 | 17   |
| 1.3.2. Problemas específicos.....                            | 17   |
| 1.4. Objetivos de la investigación .....                     | 18   |
| 1.4.1. Objetivo general.....                                 | 18   |
| 1.4.2. Objetivos específicos .....                           | 18   |
| 1.5. Justificación de la Investigación .....                 | 18   |
| 1.6. Limitaciones de la investigación .....                  | 19   |
| 1.7. Aspectos éticos .....                                   | 20   |
| CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....                   | 21   |
| 2.1. Marco teórico .....                                     | 21   |
| 2.1.1. Opioides .....  | 21   |
| 2.1.4. Desarrollo de las variables de estudio.....           | 27   |
| 2.1.6. Desarrollo del Instrumento .....                      | 28   |
| 2.2. Definición de términos básicos .....                    | 29   |
| 2.3. Hipótesis .....   | 30   |
| 2.4. Variables .....   | 30   |
| 2.5. Definiciones operacionales.....                         | 31   |
| CAPITULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....                  | 36   |
| 3.1. Tipo de investigación.....                              | 36   |
| 3.2. Diseño de la investigación .....                        | 36   |
| 3.3. Población y muestra.....                                | 37   |
| 3.3.1. Descripción de la población .....                     | 37   |
| 3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión .....              | 37   |
| 3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo ..... | 38   |

|   |    |
|---|----|
| 3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos..... | 41 |
| 3.4.1. Técnicas .....   | 41 |
| 3.4.2. Instrumento de medición.....                                       | 41 |
| 3.4.3. Procedimientos de recolección de datos.....                        | 44 |
| 3.5. Plan de análisis de datos.....                                       | 44 |
| CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....                    | 46 |
| 4.1. Resultados .....   | 46 |
| 4.2. Discusión.....   | 61 |
| 4.3. Conclusiones.....  | 65 |
| 4.4. Sugerencias .....  | 66 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....  | 68 |
| PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....   | 75 |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....   | 76 |
| ANEXOS .....  | 77 |
| ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....                                     | 77 |
| ANEXO 2: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN .....                               | 79 |
| ANEXO 3: CUADERNILLO DE VALIDACIÓN .....                                  | 85 |
| ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN .....                | 89 |
| ANEXO 5: AUTORIZACIONES .....   | 96 |

## INDICE DE GRAFICOS

|  |    |
|--|----|
| <b>Grafico N° 1.</b> Caracterización descriptiva de la edad de los participantes: Histograma de frecuencias (A) y Curva de normalidad (B). ..... | 46 |
| <b>Grafico N° 2.</b> Distribución porcentual de los participantes según grado académico. ....  | 48 |
| <b>Grafico N° 3.</b> Distribución porcentual de los médicos residentes según año de formación académica. ....                                    | 49 |
| <b>Grafico N° 4.</b> Distribución porcentual de los participantes según experiencia previa en el uso de opioides.....                            | 50 |
| <b>Grafico N° 5.</b> Distribución porcentual de los participantes según experiencia previa en el uso de opioides.....                            | 50 |
| <b>Grafico N° 6.</b> Distribución porcentual de los participantes según su nivel de conocimiento sobre opioides. ....                            | 51 |
| <b>Grafico N° 7.</b> Distribución porcentual de los participantes según su actitud acerca de opioides.....                                       | 51 |

## INDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabla N° 1.</b> Análisis comparativo de la media y desviación estándar (SD) de la edad según el grado académico. ....                     | 46 |
| <b>Tabla N° 2.</b> Distribución porcentual de la población de estudio según sexo. ....   | 47 |
| <b>Tabla N° 3.</b> Distribución porcentual de la población de estudio. ....  | 47 |
| <b>Tabla N° 4.</b> Distribución porcentual de los participantes según el tipo de gestión de la universidad de procedencia. ....              | 48 |
| <b>Tabla N° 5.</b> Distribución porcentual de los participantes según la definición atribuida a los opioides. ....                           | 49 |
| <b>Tabla N° 6.</b> Comparación del puntaje promedio de conocimiento sobre opioides según grado académico. ....                               | 52 |
| <b>Tabla N° 7.</b> Nivel de conocimiento sobre opioides según dimensiones (saber teórico, práctico y juicio clínico) y grado académico. .... | 52 |
| <b>Tabla N° 8.</b> Análisis comparativo de las dimensiones de actitudes acerca de opioides según grado académico. ....                       | 54 |
| <b>Tabla N° 9.</b> Análisis comparativo de las dimensiones de actitudes acerca de opioides según grado académico. ....                       | 55 |
| <b>Tabla N° 10.</b> Análisis de correlación de Spearman entre edad y actitud. ....   | 55 |
| <b>Tabla N° 11.</b> Relación entre el sexo de los participantes y su actitud hacia el uso de opioides. ....                                  | 56 |
| <b>Tabla N° 12.</b> Relación entre la sede hospitalaria y la actitud de los participantes hacia el uso de opioides. ....                     | 56 |
| <b>Tabla N° 13.</b> Relación entre el tipo de universidad de procedencia y la actitud de los participantes hacia el uso de opioides. ....    | 57 |
| <b>Tabla N° 14.</b> Relación entre el nivel académico y la actitud de los participantes hacia el uso de opioides. ....                       | 58 |
| <b>Tabla N° 15.</b> Relación entre el nivel de conocimiento sobre opioides y la actitud de los participantes. ....                           | 58 |
| <b>Tabla N° 16.</b> Factores predictores de la actitud favorable hacia los opioides: Modelo de regresión logística.....                      | 59 |

## INTRODUCCION

Las universidades tienen la responsabilidad fundamental de impulsar la formación científica y el desarrollo del conocimiento, tarea que se refleja en las actividades académicas y de investigación realizadas por docentes, profesionales en formación y estudiantes durante su proceso educativo. Este compromiso institucional busca responder a las necesidades reales de la sociedad mediante la generación de evidencia y el fortalecimiento de competencias que permitan afrontar desafíos actuales en salud.

Dentro de este propósito, el desarrollo de conocimientos sólidos y actitudes adecuadas frente a temas clínico-terapéuticos resulta esencial, especialmente en escenarios donde el juicio profesional puede impactar directamente en la calidad de vida de los pacientes. En particular, la prescripción y uso racional de medicamentos opioides representa un desafío creciente para los sistemas de salud, debido a su papel fundamental en el manejo del dolor, pero también por los riesgos asociados a su uso inadecuado. En este contexto, el nivel de conocimiento que poseen los futuros médicos, así como sus actitudes frente al uso clínico de estos fármacos, constituyen factores determinantes para garantizar una práctica segura, ética y sustentada en evidencia científica.

La formación de internos y residentes en torno al manejo de opioides se vuelve especialmente relevante, ya que su desempeño depende no solo del dominio conceptual, sino también de la percepción, la seguridad profesional y la responsabilidad ética con la que afrontan decisiones de prescripción. Por ello, evaluar ambas dimensiones, nivel de conocimiento y actitud, permite identificar fortalezas y áreas de mejora en los procesos formativos, así como anticipar posibles brechas que podrían repercutir en la atención de pacientes con dolor agudo o crónico.

En ese marco, la presente investigación tiene como objetivo determinar la correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia el uso clínico de opioides en internos de Medicina y médicos residentes de los hospitales Regional del Cusco, Adolfo Guevara Velasco – EsSalud y Antonio Lorena, durante el año 2025. Los resultados permitirán reconocer la situación actual de la educación en analgesia opioide y orientar estrategias de formación que favorezcan una práctica clínica responsable y basada en evidencia, contribuyendo al fortalecimiento profesional y al beneficio de la comunidad.

## RESUMEN

### **“CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES DEL CUSCO, 2025”**

Edi Quispe

**Objetivo:** Determinar la correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y correlacional en 114 participantes seleccionados mediante muestreo probabilístico estratificado en tres hospitales cusqueños. Se empleó un cuestionario validado con adecuada confiabilidad. El análisis estadístico se realizó en STATA 18.0, aplicando pruebas de Chi-cuadrado y regresión logística.

**Resultados:** De los 114 participantes, predominaron los médicos residentes (60.53%). Se demostró una correlación altamente significativa ( $p<0.001$ ): el 97.9% de quienes poseían alto conocimiento mostraron actitudes favorables, contrastando con el grupo de bajo conocimiento. Asimismo, los residentes exhibieron mayor disposición prescriptiva que los internos ( $p=0.014$ ). El análisis multivariado confirmó que el conocimiento es el predictor independiente más robusto ( $OR=2.47$ ), superando a variables demográficas como edad o sexo, lo que indica que una mayor competencia teórica reduce las barreras de la opiofobia.

**Conclusiones:** Existe una correlación significativa y determinante entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la prescripción. La superioridad formativa de los residentes resalta la urgencia de intervenciones educativas tempranas en el pregrado para optimizar el manejo del dolor.

**Palabras clave:** Opioides, Conocimientos, Actitudes, Médicos Residentes.

## ABSTRACT

### **“CORRELATION BETWEEN LEVEL OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT OPIOIDS IN MEDICAL INTERNS AND RESIDENT PHYSICIANS IN CUSCO HOSPITALS, 2025”**

Edi Quispe

**Objective:** To determine the correlation between knowledge level and attitudes toward opioids among medical interns and resident physicians in hospitals in Cusco, 2025.

**Methods:** An observational, cross-sectional, and correlational study was conducted with 114 participants selected using stratified probability sampling in three hospitals in Cusco. A validated questionnaire with adequate reliability was used. Statistical analysis was performed using STATA 18.0, applying chi-square tests and logistic regression.

**Results:** Of the 114 participants, resident physicians predominated (60.53%). A highly significant correlation was demonstrated ( $p<0.001$ ): 97.9% of those with high knowledge showed favorable attitudes, in contrast to the group with low knowledge. Furthermore, residents exhibited a greater prescribing tendency than interns ( $p=0.014$ ). Multivariate analysis confirmed that knowledge is the most robust independent predictor ( $OR=2.47$ ), outperforming demographic variables such as age or sex, indicating that greater theoretical competence reduces opioid phobia.

**Conclusions:** There is a significant and decisive correlation between the level of knowledge and attitudes toward prescribing. The superior training of residents highlights the urgent need for early educational interventions during undergraduate studies to optimize pain management.

**Keywords:** Opioids, Knowledge, Attitudes, Resident Physicians.

## CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Fundamentación del problema

Los opioides incluyen sustancias naturales, semisintéticas o sintéticas procedentes de la amapola Papaver somniferum, que se unen a los receptores opioides del cerebro, actuando como los alcaloides opiáceos y generando efectos analgésicos o estupor.<sup>(1,2)</sup> Por lo que la World Health Organization (OMS/WHO) recomiendan prescripción responsable y control clínico para un manejo seguro del dolor.<sup>(2)</sup>

A nivel mundial, la epidemia de opioides constituye un desafío crítico para la salud pública, evidenciado en estimaciones de la OMS que reportan cerca de 125 000 muertes por sobredosis en 2019.<sup>(2)</sup> La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes establece el marco internacional que regula la producción y uso de opioides, garantizando su disponibilidad médica y científica y exigiendo controles para prevenir el desvío y uso indebido.<sup>(3)</sup> Mientras que el World Drug Report 2024 clasifica los opioides destacando la codeína, metadona, hidrocodona, fentanilo, buprenorfina, oxicodona y morfina, con variaciones regionales en su uso y riesgos asociados.<sup>(4)</sup>

Sobre la base conceptual establecida por Rash et al., quienes evidenciaron que los conocimientos y actitudes explican hasta el 50 % en la decisión del profesional sanitario de no iniciar, intensificar, ajustar o suspender un tratamiento aun cuando esté indicado en la prescripción de opioides;<sup>(5)</sup> la revisión sistemática de Bell et al., profundizan empíricamente en cómo estos componentes determinan la variabilidad prescriptiva y condicionan el uso racional de opioides; donde la falta de conocimiento genera actitudes negativas y poca disposición a la prescripción, pues la falta de claridad sobre la eficacia, la subjetividad del dolor, el temor a riesgos graves y la escasa formación reforzaron actitudes restrictivas; mientras que la confianza terapéutica y el soporte clínico favorecieron una mayor disposición a prescribir opioides.<sup>(6)</sup>

En América Latina la disponibilidad de opioides para cuidados paliativos es significativamente limitada con apenas 1.7 kg por millón de habitantes y 5.1 mg per cápita, cifras muy inferiores a las registradas en Europa y Norteamérica, donde menos del 50 % de los médicos recibe formación adecuada en su uso, razón por la cual solo 1 de cada 10 pacientes accede a opioides pese a necesitarlos.<sup>(7)</sup> El informe de la Comisión Lancet del 2017, muestra que el conocimiento insuficiente y las actitudes restrictivas hacia los opioides influyen directamente en su subutilización en cuidados paliativos, ya que la disponibilidad

de morfina varía desde 68 000 mg morfina-equivalente (ME) en países con alta capacitación hasta menos de 10 mg ME en regiones con baja formación.<sup>(8)</sup>

En el Perú, el Estudio de Carga Global de Enfermedad (GBD) entre 1990 y 2021 evidenció un incremento sostenido del trastorno por consumo de opioides: de 18 919 casos (tasa estandarizada de 92,3 por 100 000 habitantes) en 1990 a 39 033 casos (99,3 por 100 000) en 2021.<sup>(9)</sup> El incremento se debe al uso inadecuado y a la falta de formación para prescribir opioides de manera segura. Asimismo, la Alerta N.º 101-2025 de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) reportó limitaciones en la capacitación profesional y en los controles de seguridad farmacológica.<sup>(10)</sup>

En la región Cusco, de acuerdo con la Gerencia Regional de Salud (GERESA Cusco), en 2024 se reportaron entre 477 y 602 casos mensuales de dolor no clasificado en otra parte (R52), cifras que se han mantenido durante el 2025.<sup>(11)</sup> El Perfil de Salud del Cusco 2023 indica limitaciones en la capacitación continua del personal médico.<sup>(12)</sup> El Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2021-2023 reportó que Cusco registró 3 358 fallecidos por enfermedades tributarias de cuidados paliativos (3 % de la carga nacional), pero solo 29 atenciones en 2019, evidenciando una cobertura insuficiente.<sup>(13)</sup> Además, la GERESA Cusco incluyó, en su Listado Regional de Medicamentos Esenciales 2024, analgésicos opioides como buprenorfina, morfina y tramadol, promoviendo su uso racional y ético como parte de la formación médica y del fortalecimiento del cuidado paliativo.<sup>(14)</sup>

A nivel local, no existen estudios locales que evalúen de manera específica el nivel de conocimiento y las actitudes acerca de opioides entre internos de medicina y médicos residentes del Cusco. Esta ausencia de evidencia limita la identificación de brechas formativas en prescripción racional, percepción del riesgo y responsabilidad terapéutica. En este contexto, el presente estudio busca determinar la correlación entre conocimiento y actitudes para generar evidencia que oriente estrategias de capacitación y políticas de seguridad en el uso racional de opioides, contribuyendo a una práctica clínica más segura y basada en evidencia.

## **1.2. Antecedentes teóricos**

**Durbhakula S, Wang TY, Segna KG, Limerick GR, Broachwala MY, Schatman ME, et al. (Maryland, EE.UU - 2024).**<sup>(15)</sup> En su estudio titulado "Cambios en las actitudes de los estudiantes hacia los pacientes con dolor, el dolor y el manejo de los opioides después de un plan de estudios específico sobre el dolor en las facultades de medicina", cuyo objetivo

fue evaluar los cambios en las actitudes y percepciones de los estudiantes de medicina respecto al manejo del dolor y el uso de opioides, después de participar en un curso académico intensivo sobre medicina del dolor. La investigación se desarrolló bajo un diseño cuasi experimental pretest–posttest, con enfoque cuantitativo, en la Johns Hopkins University School of Medicine. La muestra estuvo conformada por estudiantes de segundo y tercer año de medicina inscritos voluntariamente en un curso teórico-práctico sobre evaluación y tratamiento del dolor, con duración de cuatro semanas. El instrumento aplicado fue un cuestionario estructurado que evaluó tres dimensiones principales: actitudes hacia los pacientes con dolor, percepciones sobre el manejo del dolor y opiniones sobre el uso clínico de opioides. Cada ítem se valoró mediante una escala Likert de cinco puntos. Los resultados evidenciaron un cambio estadísticamente significativo en las actitudes de los estudiantes tras la intervención educativa. La puntuación promedio de actitud positiva hacia los pacientes con dolor aumentó de  $3,1 \pm 0,5$  a  $4,2 \pm 0,4$  ( $p < 0,001$ ), mientras que la percepción de confianza en el manejo de opioides pasó de  $2,9 \pm 0,6$  a  $4,0 \pm 0,5$  ( $p < 0,001$ ). Además, el 88 % de los participantes manifestó sentirse más preparado para abordar la prescripción de analgésicos opioides y reconocer signos de uso indebido o adicción. El análisis por modalidad de enseñanza mostró que los estudiantes del formato presencial tuvieron un incremento ligeramente mayor en las actitudes positivas que los del formato virtual ( $\Delta=+1,1$  vs  $+0,8$ ;  $p=0,04$ ). Los autores concluyeron que una formación dedicada y estructurada en medicina del dolor produce mejoras sustanciales en las actitudes y la autoconfianza de los futuros médicos frente al uso clínico de opioides. Asimismo, recomendaron la incorporación obligatoria de módulos de educación sobre dolor y manejo responsable de opioides en los currículos médicos para reforzar la práctica ética y segura en la atención al paciente.

**Chen JL, Ho ST, Yeh CC, et al. (Taiwan - 2024).**<sup>(16)</sup> En su estudio titulado “Evaluación de los conocimientos y actitudes sobre opioides entre estudiantes de medicina de último año en el programa de educación sobre el dolor de Taiwán: una encuesta transversal con cuestionario”, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento y las actitudes de los estudiantes de medicina de último año sobre el uso de opioides en el tratamiento del dolor, y analizar la influencia de la educación formal en su formación profesional. Se trató de un estudio cuantitativo, de diseño transversal y analítico, realizado en varias facultades de medicina de Taiwán entre 2023 y 2024. La población estuvo compuesta por estudiantes de tercer y cuarto año, con una muestra de 312 participantes, de los cuales el 52 % había cursado la asignatura electiva de medicina del dolor. El instrumento utilizado fue un

cuestionario adaptado del Taiwan Physician's Prescribing Opioid Survey, conformado por tres secciones: datos sociodemográficos, diez ítems de conocimiento (verdadero/falso/no sé) sobre farmacología, indicaciones, efectos adversos y regulación legal de los opioides, y ocho ítems de actitud evaluados mediante escala Likert de cinco puntos. Los resultados evidenciaron un nivel de conocimiento general moderado (media =  $6,2 \pm 1,8$  puntos sobre 10), con mayor dominio en efectos adversos y farmacología básica, y menor comprensión en normativas legales y equivalencias equianalgésicas. En cuanto a las actitudes, los estudiantes que cursaron el módulo electivo obtuvieron puntajes significativamente más altos de actitud positiva hacia el uso racional de opioides (media =  $3,9 \pm 0,5$  vs.  $3,4 \pm 0,6$ ;  $p < 0,001$ ). El análisis correlacional reveló una asociación positiva moderada entre conocimiento y actitud ( $r = 0,52$ ;  $p < 0,01$ ), lo que indica que un mayor conocimiento se relaciona con percepciones más adecuadas sobre el uso clínico de opioides. Los autores no encontraron diferencias significativas por sexo ni edad, pero sí una variación entre universidades según la intensidad de enseñanza en medicina del dolor. En conclusión, el estudio demostró que la inclusión de cursos formales sobre manejo del dolor mejora tanto el conocimiento como las actitudes hacia el uso responsable de opioides, subrayando la importancia de reforzar la educación médica en este campo para reducir el estigma y mejorar la competencia clínica.

**Flores Tucto M. (Perú - 2023).**<sup>(17)</sup> en su estudio titulado “Actitudes y conocimiento sobre el manejo del dolor en médicos del Departamento de Área Quirúrgica, Hospital Regional Lambayeque, 2023” cuyo objetivo fue identificar el nivel de conocimiento y las actitudes sobre el manejo del dolor postoperatorio en médicos del Departamento de Área Quirúrgica del Hospital Regional Lambayeque durante el 2023. Se desarrolló un diseño observacional, descriptivo y transversal, aplicando muestreo probabilístico aleatorio simple. La población estuvo constituida por 93 médicos, obteniéndose una muestra final de 84 participantes (90,3%), entre especialistas y residentes. Se incluyeron médicos en ejercicio activo, excluyendo a quienes no completaron el cuestionario o se encontraban con licencia. El instrumento empleado fue el Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP), compuesto por 39 ítems que clasifican el nivel de conocimiento en deficiente ( $\leq 50\%$ ), regular (50–75%) y adecuado ( $\geq 75\%$ ). Los resultados indican que los médicos tuvieron una edad promedio de  $42,38 \pm 9,51$  años y predominó el sexo masculino en una proporción aproximada de 4:1. El 95,2 % presentó un nivel de conocimiento regular y el 4,8 % un nivel deficiente; ningún médico alcanzó un nivel adecuado. Asimismo, el 50 % refirió haber recibido previamente cursos o estrategias de capacitación sobre manejo del dolor. Se

evidenció asociación significativa entre participación en actividades de educación continua y mayor puntaje de conocimiento ( $p=0,03$ ), así como entre especialidad y nivel de conocimiento ( $p<0,05$ ). En la dimensión de abuso de sustancias, el 78,3 % respondió correctamente, y el 85 % reconoció la importancia de evaluar la sedación para prevenir depresión respiratoria inducida por opioides. No obstante, persistieron deficiencias marcadas en la valoración subjetiva del dolor y en el uso apropiado de herramientas estandarizadas. Además, se señala que, aunque el conocimiento hallado fue superior al reportado en estudios internacionales que emplearon el mismo instrumento (con medias inferiores al 50 %), los resultados revelan brechas importantes relacionadas con la ausencia de protocolos institucionales estandarizados y variabilidad en la exposición formativa según especialidad. La conclusión indica que el predominio de un conocimiento “regular” sugiere competencias insuficientes para un manejo óptimo del dolor postoperatorio, subrayando la necesidad de educación continua, implementación de guías clínicas y fortalecimiento de estrategias institucionales para mejorar las prácticas analgésicas.

**Acharya PP, Fram BR, Adalbert JR, Oza A, Palvannan P, Nardone E, et al. (Taiwan - 2022).**<sup>(18)</sup> En su estudio titulado “Impacto de una intervención educativa en el conocimiento sobre opioides y las conductas de prescripción de médicos residentes” cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de una intervención educativa estructurada para mejorar el nivel de conocimiento y las prácticas de prescripción de opioides entre médicos residentes de diversas especialidades. El estudio fue de tipo cuantitativo, con diseño cuasi experimental de tipo pretest–postest, realizado en hospitales universitarios de Estados Unidos durante el año académico 2021. La población estuvo conformada por médicos residentes, con una muestra seleccionada por conveniencia. Se aplicó un cuestionario validado que evaluó el conocimiento sobre farmacología, efectos adversos y normativas de opioides, así como actitudes y prácticas de prescripción antes y después de la intervención. La intervención educativa consistió en sesiones teórico-prácticas sobre manejo racional de opioides, evaluación del dolor y prevención del abuso, impartidas por especialistas en medicina del dolor. Los resultados mostraron un incremento significativo en el nivel de conocimiento general posterior a la intervención, con una media que pasó de  $62,5 \% \pm 8,4$  a  $84,1 \% \pm 6,7$  ( $p < 0,001$ ). Asimismo, las actitudes hacia el uso adecuado de opioides mejoraron, observándose mayor confianza en la prescripción y mayor sensibilidad frente a los riesgos de adicción y sobredosificación. En cuanto a las prácticas, se evidenció una reducción en el número promedio de tabletas prescritas para dolor agudo postoperatorio, así como una mayor adherencia a las guías de la Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sobre

prescripción responsable. El análisis de correlación indicó una relación positiva moderada ( $r = 0,58$ ;  $p < 0,01$ ) entre el nivel de conocimiento y las actitudes posteriores a la capacitación. En conclusión, el estudio demostró que una intervención educativa breve, pero estructurada, puede mejorar significativamente tanto el conocimiento como las actitudes y comportamientos de prescripción de opioides entre médicos residentes. Los autores subrayan la necesidad de integrar de manera formal la educación sobre manejo de opioides en los programas de residencia médica.

**Adalbert JR, Ilyas AM. (Filadelfia, EE.UU - 2022).**<sup>(19)</sup> En su trabajo titulado "Un enfoque en el futuro de la prescripción de opioides: implementación de un módulo virtual de manejo del dolor y opioides para estudiantes de medicina", que tuvo por objetivo examinar la evolución de las prácticas de prescripción de opioides en los Estados Unidos, identificar los vacíos educativos en médicos en formación y proponer lineamientos basados en evidencia para un uso racional y seguro de estos fármacos. El estudio se desarrolló bajo un enfoque descriptivo y analítico, basado en la revisión de literatura científica reciente, lineamientos del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y datos de programas estatales de monitoreo de prescripciones (Prescription Drug Monitoring Programs). Metodológicamente, los autores organizaron la evidencia en tres ejes temáticos: primero, el impacto de las políticas regulatorias en los patrones de prescripción; segundo, la evaluación del conocimiento, actitudes y comportamientos de médicos y residentes respecto al manejo del dolor y los riesgos asociados; y tercero, la integración de estrategias educativas sostenibles en los programas de formación médica. Los hallazgos resaltaron una disminución progresiva en el volumen de prescripciones de opioides a nivel nacional durante los últimos cinco años, atribuida principalmente al endurecimiento de las normas y a la creciente conciencia profesional sobre la adicción y la mortalidad por sobredosis. Sin embargo, se observó que más del 60 % de los médicos en formación aún se sienten inseguros para prescribir opioides en contextos de dolor crónico no oncológico, y menos del 40 % había recibido capacitación formal en manejo del dolor. En sus conclusiones, los autores enfatizan que el futuro de la prescripción de opioides depende de una educación médica continua, centrada en la competencia clínica, el juicio ético y la responsabilidad social. Asimismo, destacan la necesidad de una colaboración activa entre instituciones académicas, organismos de salud y entes reguladores, con el fin de equilibrar el acceso a los opioides para el alivio del dolor con la prevención del abuso y la dependencia.

**Arroyo Franco M I. (México - 2022).**<sup>(20)</sup> en su estudio titulado “Opiofobia: actitudes, creencias y conocimientos de los médicos sobre la prescripción de medicamentos opioides para el manejo del dolor” cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento y las actitudes de los médicos del Hospital General de México sobre el uso de opioides para el manejo del dolor crónico no oncológico, así como analizar la relación entre estas variables y diversos factores profesionales y formativos. Se trató de una investigación cuantitativa, observacional, transversal y analítica, realizada entre enero y junio de 2022. La población estuvo constituida por médicos de diferentes áreas (especialistas, residentes y médicos generales), con una muestra final de 237 participantes seleccionados por muestreo no probabilístico. Se incluyeron médicos en actividad clínica y se excluyeron aquellos que no prescribían analgésicos o tenían menos de seis meses de práctica. El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado de 18 ítems de conocimiento y 11 ítems de actitud, validado previamente en población mexicana. Los resultados mostraron que el nivel global de conocimiento fue bajo, con una media de  $9,3 \pm 3,1$  puntos sobre 18. Las áreas de mayor dificultad correspondieron a equianalgesia, metabolismo, potencia analgésica relativa y seguridad de dosificación, donde más del 60 % de los participantes respondió de forma incorrecta. En contraste, la identificación de efectos adversos comunes presentó un desempeño aceptable ( $\geq 70$  % de aciertos). En cuanto a las actitudes, predominó una percepción desfavorable hacia el uso clínico de opioides: el 64 % manifestó temor a inducir adicción, el 52 % consideró que solo deben emplearse como última opción y el 48 % refirió inseguridad al prescribirlos. El análisis estadístico reveló asociaciones significativas entre capacitaciones previas y mayor conocimiento ( $p = 0.004$ ), así como entre experiencia en manejo del dolor y actitudes más favorables ( $p = 0.03$ ). La correlación entre conocimiento y actitud fue positiva, débil y significativa ( $\rho = 0.214$ ;  $p = 0.001$ ). En el modelo de regresión logística, un mayor nivel de conocimiento incrementó la probabilidad de presentar una actitud positiva ( $OR = 2.47$ ;  $IC95\% 1.31–4.62$ ;  $p = 0.005$ ), al igual que contar con formación formal ( $OR = 3.12$ ;  $IC95\% 1.44–6.74$ ;  $p = 0.003$ ). Concluye que existe deficiencia formativa importante entre los médicos evaluados, lo que refuerza la necesidad de programas de capacitación estructurados para promover un uso racional y seguro de opioides.

**Di Chiaro B, Sweigert PJ, Patel PP, Kabaker AS. (Illinois, EE.UU – 2020).**<sup>(21)</sup> En su trabajo " Muchos estudiantes de medicina que solicitan una residencia quirúrgica se sienten inadecuadamente preparados para recetar opioides posoperatorios", cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento, confianza y preparación percibida por los estudiantes de medicina que aspiraban a ingresar a programas de residencia quirúrgica en relación con

la prescripción de opioides en el contexto postoperatorio. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de diseño transversal descriptivo, aplicado a una muestra de 187 estudiantes de medicina de último año pertenecientes a distintas facultades de los Estados Unidos. El instrumento consistió en una encuesta estructurada de 25 ítems, que exploraba tres dimensiones: conocimiento sobre farmacología y dosis de opioides, actitudes frente a la seguridad y riesgo de adicción, y confianza personal en la prescripción clínica. La mayoría de los encuestados había completado su rotación quirúrgica y manifestaba haber prescrito o participado en decisiones de prescripción bajo supervisión. Los resultados revelaron que el 71 % de los estudiantes se sentía "poco preparado" o "nada preparado" para prescribir opioides al egresar, y solo el 18 % indicó haber recibido instrucción formal en manejo postoperatorio del dolor. El puntaje promedio de conocimiento fue bajo ( $58,7 \% \pm 9,3$ ), con mayores deficiencias en equivalencias equianalgésicas y estrategias de reducción progresiva de dosis. En cuanto a las actitudes, el 64 % expresó preocupación por el potencial de abuso de los opioides, y el 47 % manifestó temor a causar dependencia en los pacientes. El análisis mostró una correlación positiva entre el nivel de conocimiento y la confianza en la prescripción ( $r = 0,49$ ;  $p < 0,01$ ), lo que sugiere que una mejor formación teórica incrementa la seguridad profesional. Además, los participantes que habían recibido capacitación en manejo del dolor obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en conocimiento y confianza ( $p < 0,001$ ). Los autores concluyeron que los futuros residentes quirúrgicos carecen de la preparación adecuada para prescribir opioides de forma segura y racional. Resaltaron la necesidad urgente de integrar módulos obligatorios sobre manejo del dolor y farmacología de opioides en los currículos médicos, con enfoque práctico y basado en competencias clínicas, para optimizar la seguridad del paciente y reducir los riesgos de sobreprescripción.

**Hall DJ, Mira JC, Hoffman MR, Keshava HB, Olsen KR, Hardaway JC, et al. (Florida, EE.UU – 2019).**<sup>(22)</sup> En su estudio " Prácticas de prescripción de opioides en prácticas de cirugía posoperatoria (POST-OPP): una encuesta nacional", cuyo objetivo fue examinar la relación entre la formación en manejo del dolor recibida por los residentes quirúrgicos y sus patrones de prescripción de opioides en contextos postoperatorios. Se trató de una investigación cuantitativa, transversal y analítica, en la que se distribuyó una encuesta en línea, anónima y voluntaria, a miembros de la Sociedad de Residentes y Asociados del Colegio Americano de Cirujanos. El instrumento evaluó cinco dimensiones: formación y conocimientos, prácticas de prescripción, resolución de casos clínicos, políticas institucionales, y creencias y actitudes personales frente al uso de opioides. De los 427

residentes encuestados, el 54 % informó haber recibido capacitación sobre manejo del dolor durante la carrera de medicina y el 66 % durante la residencia; sin embargo, solo el 35 % consideró que dicha formación fue adecuada para la práctica clínica. Los resultados mostraron una clara asociación entre haber recibido educación formal y la prescripción de menores dosis de opioides. Aquellos que habían sido capacitados durante la carrera prescribieron menos miligramos equivalentes de morfina (MME) en procedimientos quirúrgicos comunes ( $94 \pm 15,2$  frente a  $108 \pm 15,0$ ;  $p = 0,003$ ), y un patrón similar se observó en los residentes con formación específica durante la residencia ( $92,6 \pm 15,2$  frente a  $109 \pm 15,2$ ;  $p = 0,002$ ). Estos hallazgos no solo evidencian la influencia directa de la educación médica sobre las conductas de prescripción, sino que también sugieren que la falta de entrenamiento estructurado podría favorecer la sobreprescripción, posiblemente por desconocimiento de equivalencias, falta de criterio en la reducción gradual o temor a un control inadecuado del dolor postoperatorio. Además, los residentes mejor entrenados probablemente desarrollaron mayor confianza y sensibilidad hacia el equilibrio entre analgesia efectiva y prevención del abuso de opioides, lo que explicaría sus prácticas más conservadoras y ajustadas a las guías. En conclusión, el estudio identificó importantes brechas en la formación de los residentes de cirugía respecto al manejo del dolor y el uso racional de opioides. Los autores destacaron que una enseñanza formal y consistente durante la formación médica tiene un impacto positivo no solo en el conocimiento, sino también en la seguridad y la responsabilidad profesional. De manera implícita, estos resultados respaldan la necesidad de incorporar programas curriculares obligatorios sobre prescripción de opioides, manejo multimodal del dolor y estrategias de reducción de riesgos, como una medida clave para prevenir la sobreprescripción y contribuir al control de la epidemia de opioides.

**Olsen KR, Hall DJ, Mira JC, Underwood PW, Antony AB, Vasilopoulos T, Sarosi GA. (Florida, EE.UU – 2018).**<sup>(23)</sup> En su estudio titulado " Prácticas de prescripción de opioides en prácticas quirúrgicas posoperatorias (POST OPP): un estudio institucional", cuyo objetivo fue evaluar los patrones de prescripción de opioides entre médicos residentes quirúrgicos y determinar la influencia de la educación formal en sus decisiones terapéuticas postoperatorias. Se trató de una investigación cuantitativa, con diseño transversal y enfoque analítico, desarrollada en el Departamento de Cirugía de la Universidad de Florida. La población estuvo conformada por residentes de cirugía general, ortopedia y anestesiología, quienes completaron un cuestionario estructurado validado que evaluaba conocimiento, actitudes y prácticas en prescripción postoperatoria de opioides. El instrumento incluyó

preguntas sobre dosis habituales, duración del tratamiento, uso de pautas institucionales, manejo del dolor agudo y estrategias para minimizar el riesgo de dependencia. También se analizaron variables sociodemográficas y de formación académica. Los resultados evidenciaron amplias variaciones en las cantidades prescritas, incluso para procedimientos quirúrgicos similares. El promedio de tabletas prescritas osciló entre 25 y 40 unidades de opioides de liberación inmediata, superando las recomendaciones institucionales. Solo el 48 % de los participantes refirió haber recibido entrenamiento formal en manejo del dolor y uso racional de opioides, mientras que el 32 % reconoció basar sus decisiones en la práctica de sus tutores o residentes mayores. Asimismo, se observó que los residentes con mayor conocimiento teórico tendían a prescribir dosis más ajustadas a las guías, y existió una correlación negativa moderada entre el nivel de conocimiento y la cantidad de opioides recetados ( $r = -0,41$ ;  $p < 0,05$ ). El análisis comparativo por año de residencia mostró mejoras progresivas en las actitudes hacia la prescripción responsable, aunque persistieron brechas formativas significativas en los primeros años. En conclusión, el estudio destacó la necesidad urgente de integrar programas educativos estructurados sobre manejo postoperatorio del dolor y uso racional de opioides en la formación quirúrgica. Los autores subrayaron que la falta de uniformidad en la prescripción y la escasa educación formal contribuyen al riesgo de sobreprescripción y abuso, proponiendo reforzar la enseñanza clínica y el monitoreo de las prácticas de los residentes.

**Regunath H, Cochran K, Cornell K, Shortridge J, Kim D, Akbar S, et al. (Columbia, EE.UU - 2016).**<sup>(24)</sup> en su trabajo " ¿Es doloroso controlar el dolor crónico? Un estudio transversal de médicos en formación en un programa universitario." El objetivo fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos residentes de medicina interna en relación con el manejo del dolor crónico no oncológico y el uso de opioides en la atención ambulatoria. El estudio se llevó a cabo en un programa universitario de la Universidad de Missouri-Columbia mediante un diseño cuantitativo, observacional y transversal, desarrollado en dos fases. En la primera fase se aplicó una encuesta estructurada que recogía datos demográficos, nivel de formación, número de pacientes atendidos con dolor crónico, percepciones sobre riesgo de adicción y experiencias con efectos adversos o comportamientos de mal uso. En la segunda fase, se implementó un módulo educativo enfocado en el manejo racional del dolor crónico, con clases didácticas y análisis de casos clínicos, tras el cual se aplicó nuevamente la encuesta para medir los cambios en conocimientos y actitudes. En la fase 1 participaron 45 de los 49 residentes invitados (92 % de tasa de respuesta), de los cuales el 33,3 % eran de primer año, el 35,6 % de segundo y

el 31,1 % de tercer año. El 80 % había tratado al menos un paciente con dolor crónico en los tres meses previos, y el 62,2 % refirió preocupación por conductas de riesgo o potencial de adicción. Además, el 77,8 % indicó falta de capacitación formal en el manejo del dolor y el 86,7 % señaló deficiencias en la documentación clínica. Tras la intervención educativa (fase 2), los 44 residentes que completaron el módulo mostraron mejoras significativas: más del 90 % reportó mayor conocimiento y confianza para prescribir opioides de manera segura, con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). En conclusión, el estudio evidenció importantes deficiencias en la preparación de los residentes para manejar el dolor crónico y prescribir opioides de forma racional. Sin embargo, la implementación de un módulo educativo breve y focalizado logró mejorar de manera significativa tanto el conocimiento como la autoconfianza, demostrando la efectividad de la educación estructurada en la reducción de prácticas inadecuadas y en el fortalecimiento de la competencia clínica frente al uso de opioides en el ámbito ambulatorio.

### **1.3. Formulación del problema**

#### **1.3.1. Problema general**

- ¿Existe una correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025?

#### **1.3.2. Problemas específicos**

- ¿Cuáles son las características generales (edad, sexo, tipo de hospital, tipo de universidad de formación, condición académica, conocimiento básico previo sobre opioides, experiencia de exposición clínica, familiaridad con opioides) de los internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la correlación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia los opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025?

## **1.4. Objetivos de la investigación**

### **1.4.1. Objetivo general**

- Determinar si existe correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Determinar las características generales (edad, sexo, tipo de hospital, tipo de universidad de formación, condición académica, conocimiento básico previo sobre opioides, experiencia de exposición clínica, familiaridad con opioides) de los internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.
- Determinar el nivel de conocimiento acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.
- Determinar la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.
- Determinar la correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.

## **1.5. Justificación de la Investigación**

La investigación sobre la correlación entre el nivel de conocimiento y las actitudes acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco se sustenta en los criterios FINER, los cuales garantizan su factibilidad, interés, novedad, ética y relevancia científica y social.

- Factibilidad. El estudio es plenamente viable, pues la población de análisis, pertenece a instituciones accesibles y colaborativas: Hospital Regional del Cusco, Hospital Antonio Lorena y Hospital Adolfo Guevara Velasco (EsSalud). Los datos se obtendrán mediante encuestas autoaplicadas y se analizarán con estadística inferencial, para identificar la relación entre conocimiento y actitud. Se solicitará la autorización institucional correspondiente a las gerencias hospitalarias, garantizando el cumplimiento de los requisitos ético-administrativos del Ministerio de Salud y la EsSalud.
- Interesante. El tema es pertinente tanto para los profesionales como para las instituciones, ya que el conocimiento y las actitudes sobre el uso racional de opioides

influyen directamente en la práctica clínica, la seguridad del paciente y la calidad del manejo del dolor.

- Novedoso. En el Perú no existen investigaciones que evalúen simultáneamente el nivel de conocimiento y las actitudes acerca de opioides en internos y residentes de medicina. Este estudio es el primero en la región sur (Cusco) en abordar esta correlación en población médica, mientras que los estudios locales previos se centraron en temas distintos, como reanimación cardiopulmonar (UNAAC, 2020) o migración profesional (Cusco, 2016).
- Ético. La investigación cumple los principios de la Declaración de Helsinki (2013). El cuestionario será anónimo, con consentimiento informado voluntario y confidencialidad de datos garantizada. No se expone a los participantes a riesgos físicos ni psicológicos, y se promoverá el respeto a la autonomía y la formación ética de futuros médicos acerca de opioides.
- Relevante. Los resultados permitirán identificar brechas formativas en el conocimiento y las actitudes acerca de opioides, generando evidencia para diseñar programas educativos locales, actualizar los planes de estudio de farmacología clínica y establecer protocolos hospitalarios de prescripción racional y segura acerca de opioides. Asimismo, los hallazgos servirán de base para fortalecer la educación médica continua y contribuir a la formulación de políticas institucionales orientadas a un equilibrio entre el control sanitario y el derecho del paciente al alivio del dolor.

## **1.6. Limitaciones de la investigación**

- El estudio identifica diversos sesgos potenciales en investigaciones sobre el nivel de conocimiento y las actitudes acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes, proponiendo estrategias para mitigarlos:
- Sesgo del informante: Algunos participantes podrían no responder con total sinceridad por temor a ser juzgados o a repercusiones profesionales. Para reducirlo, se garantizará confidencialidad y anonimato en todas las respuestas.
- Sesgo del investigador: Las creencias o expectativas del investigador podrían influir en la recolección o interpretación de los datos. Se minimizará mediante protocolos estandarizados y análisis objetivos.
- Sesgo de memoria: Los participantes podrían olvidar o distorsionar información sobre experiencias previas acerca de opioides. Se mitigará usando preguntas claras y específicas.

- Sesgo de selección: Al realizarse el estudio en tres hospitales del Cusco, la generalización de los hallazgos a otras poblaciones podría ser limitada.
- Sesgo de medición: El cuestionario podría ser interpretado de manera distinta por los internos de medicina y médicos residentes respecto a los ítems acerca de opioides. Para controlarlo, se utilizará un instrumento validado y se realizará una prueba piloto previa.
- Sesgo de codificación de encuestas: La clasificación de respuestas abiertas podría variar entre encuestadores. Se reducirá mediante criterios unificados y doble codificación independiente.

### **1.7. Aspectos éticos**

La investigación se regirá por los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (64.<sup>a</sup> Asamblea General, Fortaleza, 2013) y el Informe Belmont (2003), que sustentan el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia.

La recolección de datos se realizará mediante encuestas dirigidas a internos de medicina y médicos residentes de tres hospitales del Cusco durante el año 2025. La participación será voluntaria, previa firma del consentimiento informado, en el cual se explicarán los objetivos del estudio, los procedimientos a seguir y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin repercusiones académicas ni profesionales.

Se garantizarán la autonomía, confidencialidad y anonimato de los participantes, omitiendo cualquier dato personal que permita su identificación. La información obtenida será utilizada únicamente con fines académicos y científicos, preservando la integridad y el respeto hacia las creencias y actitudes de los participantes respecto al uso terapéutico de opioides.

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (UNAAC), mediante resolución oficial emitida por dicha comisión, autorizando la aplicación del estudio en médicos residentes e internos de medicina. Asimismo, se gestionará la autorización institucional correspondiente en los hospitales participantes, Hospital Regional del Cusco, Hospital Antonio Lorena y Hospital de EsSalud Cusco, asegurando el cumplimiento de las normas éticas y legales vigentes en el Perú.

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 2.1. Marco teórico

#### 2.1.1. Opioides

##### 2.1.1.1. Historia acerca de los Opioides

Desde la antigüedad, el opio fue empleado por civilizaciones como Sumeria, Egipto y Grecia debido a sus propiedades analgésicas y sedantes, considerado un “phármakon” con doble naturaleza, curativa y peligrosa. En la era cristiana, su uso médico se consolidó gracias a figuras como Dioscórides y Galeno, y posteriormente los pueblos árabes lo difundieron ampliamente en sus tratados médicos y en la práctica clínica como un remedio universal. Durante la Edad Media, aunque la Iglesia restringió el uso de diversas sustancias psicoactivas, el opio mantuvo su prestigio terapéutico y continuó siendo parte de la farmacopea europea. A partir del siglo XVII, con el desarrollo del comercio marítimo y la expansión colonial, el opio se convirtió en una mercancía de alto valor, especialmente en Asia, lo que llevó a conflictos internacionales como las Guerras del Opio entre China e Inglaterra, donde se reveló la relación entre poder económico, comercio y dependencia. En el siglo XIX, el aislamiento de la morfina por Sertürner marcó un avance decisivo en la farmacología moderna, consolidando el uso médico de los opioides. La invención de la jeringa hipodérmica facilitó su administración, pero también incrementó los casos de adicción, fenómeno conocido como “morfomanía”. Más tarde, la aparición de derivados semisintéticos como la codeína y la heroína amplió su uso clínico y recreativo, lo que condujo a un creciente control legal y moral sobre estas sustancias durante el siglo XX, transformando su papel en la medicina y en la sociedad.<sup>(25)</sup>

##### 2.1.1.2. Farmacodinamia y Mecanismo de Acción

Los opioides actúan sobre tres receptores acoplados a proteínas G:  $\mu$  (mu),  $\kappa$  (kappa) y  $\delta$  (delta), localizados en el sistema nervioso central y periférico (como se muestra en el Cuadro 1). Su activación inhibe la adenilil ciclase, reduce el AMPc, bloquea la entrada de calcio y favorece la salida de potasio, provocando hiperpolarización neuronal y disminución de la transmisión nociceptiva. Estos

procesos explican sus efectos analgésicos, sedantes y euforizantes, así como reacciones adversas como la depresión respiratoria y la dependencia física.<sup>(26,27)</sup>

**Cuadro 1.: Receptores de opioides**

| Receptor         | Efectos principales  | Localización predominante       |
|------------------|--|---------------------------------|
| $\mu$ (mu)       | Analgesia, euforia, depresión respiratoria, dependencia física | Corteza, tálamo, médula espinal |
| $\kappa$ (kappa) | Sedación, miosis, disforia                                     | Hipotálamo, médula espinal      |
| $\delta$ (delta) | Modulación del dolor y estado anímico                          | SNC y sistema límbico           |

#### 2.1.1.3. Clasificación Química y Funcional

Según su origen químico, los opioides se dividen en naturales, semisintéticos y sintéticos. El Cuadro 2 muestra esta clasificación.<sup>(26,27)</sup>

**Cuadro 2.: Clasificación química de opioides**

| Criterio       | Categoría            | Relevancia Clínica y Ejemplos  |
|----------------|----------------------|--|
| <b>Química</b> | Opiáceos (Naturales) | Morfina y Codeína. Morfina es el estándar de oro para el dolor intenso y sirve de base para los cálculos de la Dosis Equivalente de Morfina (DEM).   |
|                | Semisintéticos       | Oxicodona, Hidromorfona. Tienen alta biodisponibilidad oral. Oxicodona, en particular, se utiliza frecuentemente en dolor crónico.   |
|                | Sintéticos           | Fentanilo, Metadona, Tramadol. El Fentanilo es altamente lipofílico y muy potente, crucial en anestesia y dolor irruptivo. El Tramadol es un agonista débil del MOR que también inhibe la recaptación de serotonina/norepinefrina. |

Desde un enfoque funcional, los opioides se clasifican en agonistas puros, agonistas parciales, antagonistas y agonistas/antagonistas mixtos. El Cuadro 3 presenta esta clasificación.<sup>(26,27)</sup>

**Cuadro 3.: Clasificación funcional de opioides**

| Categoría                            | Ejemplos                      | Características farmacológicas                                    |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|
| <b>Agonistas puros</b>               | Morfina, Fentanilo, Oxicodona | Activación completa del receptor $\mu$ ; potencia analgésica alta |
| <b>Agonistas parciales</b>           | Buprenorfina                  | Efecto techo; menor riesgo de depresión respiratoria              |
| <b>Agonistas/antagonistas mixtos</b> | Pentazocina, Nalbufina        | Analgesia moderada; reducen potencial de abuso                    |
| <b>Antagonistas</b>                  | Naloxona, Naltrexona          | Bloquean los receptores opioides; revierten sobredosis            |

#### **2.1.1.4. Farmacocinética Aplicada (LADME)**

La farmacocinética de los opioides se describe mediante el modelo LADME, cuyo conocimiento es esencial para optimizar su seguridad terapéutica y prevenir toxicidad, especialmente en pacientes con polifarmacia o disfunción hepatorrenal.<sup>(26,27)</sup>

Comprender la farmacocinética de los opioides, descrita por el modelo LADME, resulta esencial para prevenir la toxicidad y optimizar la seguridad terapéutica, especialmente en pacientes con polifarmacia o disfunción hepatorrenal.<sup>(26,27)</sup>

- **Liberación (L):** distinguir entre formulaciones de liberación inmediata (IR) y extendida (ER/LP) es crucial, ya que triturar o masticar una ER/LP puede causar una liberación masiva y sobredosis.<sup>(26,27)</sup>
- **Absorción (A) y Distribución (D):** los opioides lipofílicos atraviesan rápidamente la barrera hematoencefálica y alcanzan el sistema nervioso central, lo que define su potencia y potencial de abuso.<sup>(26,27)</sup>
- **Metabolismo (M):** ocurre principalmente en el hígado por el sistema enzimático CYP450 (CYP3A4 y CYP2D6), generando metabolitos activos o inactivos y gran variabilidad individual. Ejemplo: la codeína requiere conversión a morfina por CYP2D6; su alteración puede causar ineficacia o toxicidad.<sup>(26,27)</sup>
- **Excreción (E):** la morfina produce un metabolito activo (morfina-6-glucurónido) que se acumula en insuficiencia renal, por lo que deben preferirse opioides con metabolitos inactivos como fentanilo o hidromorforona.<sup>(26,27)</sup>

#### **2.1.1.5. Usos y Principios de Prescripción Racional**

Su prescripción debe realizarse solo cuando los beneficios superen los riesgos, dentro de un enfoque multimodal de analgesia que combine terapias farmacológicas y no farmacológicas.<sup>(27)</sup> Los principios esenciales incluyen seleccionar el fármaco apropiado, emplear la dosis mínima efectiva, limitar la duración del tratamiento y garantizar una monitorización continua del paciente.<sup>(26,27)</sup>

- **Dolor Agudo:** la indicación debe ser restrictiva. Según las guías del CDC (2022), la duración ideal del tratamiento no debe exceder tres días, siendo más de siete días un marcador de práctica insegura y alto riesgo de dependencia.<sup>(1,27)</sup>
- **Dolor Crónico No Oncológico (DCNO):** la meta terapéutica es mejorar la funcionalidad y reducir el dolor a niveles tolerables, no eliminarlo por completo. Se priorizan tratamientos no opioides como antiinflamatorios, fisioterapia y terapia cognitivo-conductual.<sup>(26,27)</sup> Cuando se prescriben opioides, debe existir un Acuerdo de Tratamiento formal y objetivos funcionales definidos.<sup>(27)</sup>
- **Dolor Oncológico y Cuidados Paliativos:** el uso de opioides es esencial y justificado. Su manejo requiere competencia en titulación de dosis, rotación de fármacos para evitar tolerancia y control de síntomas como la disnea. Estos principios garantizan una práctica segura, ética y basada en la evidencia.<sup>(27)</sup>

#### **2.1.1.6. Efectos Adversos, Interacciones y Contraindicaciones**

Los efectos adversos de los opioides se deben principalmente a la activación de los receptores  $\mu$  y  $\kappa$ . El Cuadro 4 resume los principales efectos secundarios y sus mecanismos asociados. Entre los más comunes se incluyen la constipación, náuseas, sedación, prurito y depresión respiratoria.<sup>(26,27)</sup>

**Cuadro 4.: Efectos adversos asociados y comentarios clínicos**

| Receptor         | Efectos adversos asociados                          | Comentarios clínicos                                 |
|------------------|---|--|
| $\mu$ (mu)       | Depresión respiratoria, dependencia física, euforia | Principal responsable de los efectos adversos graves |
| $\kappa$ (kappa) | Sedación, disforia, miosis                          | Efectos menos intensos; menor riesgo de dependencia  |
| $\delta$ (delta) | Convulsiones, tolerancia                            | Participa en modulación del dolor y del ánimo        |

- **Efectos Adversos Comunes:** El prescriptor debe manejar la prevención activa de la constipación inducida por opioides (CIO), un efecto que no desarrolla tolerancia y requiere laxantes estimulantes o blandadores.<sup>(26,27)</sup>
- **Interacciones Farmacológicas Críticas:** La principal interacción peligrosa es con los depresores del Sistema Nervioso Central (SNC), especialmente las benzodiacepinas. La co-prescripción aumenta significativamente el riesgo de sobredosis y muerte por depresión respiratoria, por lo que las guías recomiendan evitarla o minimizarla.<sup>(26,27)</sup>
- **Manejo de la Sobredosis y Naloxona:** La naloxona, un antagonista puro del receptor  $\mu$ , constituye el antídoto de elección ante una sobredosis por opioides. Por lo tanto, su prescripción preventiva resulta obligatoria en pacientes con riesgo elevado, especialmente aquellos que reciben dosis altas o consumen depresores del sistema nervioso central concomitantemente.<sup>(26,27)</sup>

### **2.1.2. Evolución del uso de opioides y sus implicancias en la medicina del dolor**

La epidemia de opioides en Estados Unidos es resultado de múltiples factores y no tiene una única solución. Las muertes por sobredosis casi se cuadruplicaron entre 1999 y 2008, alcanzando en 2016 un total de 64 000 fallecidos, de los cuales más de 42 000 estuvieron vinculados a opioides, con 20 000 muertes por fentanilo ilegal, 15 000 por heroína y menos de 15 000 por analgésicos recetados. Además, varios programas contribuyeron a reducir en un 8 % las prescripciones y en un 12 % la mortalidad por sobredosis. Históricamente, antes de 1800 los opioides se prescribían sin regulación, pero la Ley Harrison de 1914 generó rechazo y marcó décadas de restricción. En los años 20, los pacientes con dolor eran vistos como simuladores, y hasta los años 50 se desalentó el uso de opioides en cáncer, consolidando una “opiofobia” generalizada que produjo subtratamiento del dolor. Desde la década de 1970 surgieron trabajos que denunciaron esta deficiencia y, apoyados en estudios de baja calidad que afirmaban que la adicción era rara en uso terapéutico, impulsaron un giro en la percepción. La OMS mejoró el manejo del dolor oncológico con su monografía de 1986, aunque el acceso a opioides siguió siendo limitado. En 1990, Ronald Melzack cuestionó la reserva exclusiva de opioides para el dolor maligno, generando confusiones entre dolor oncológico y no oncológico. Esta interpretación contribuyó a la expansión del uso de opioides como tratamiento principal del dolor.

crónico no canceroso en Estados Unidos, antecedente clave en el desarrollo de la crisis actual.<sup>(28)</sup>

### **2.1.3. Opiofobia, Opiofilia y Educación Médica en el Uso de Opioides**

El término opiofobia, introducido por Morgan, describe el miedo irracional y desproporcionado hacia el uso médico de los opioides, tanto en profesionales de salud como en las instituciones sanitarias. Este temor, sustentado en prejuicios culturales, creencias infundadas sobre la adicción y presiones regulatorias, ha generado una aversión persistente a su prescripción, aun en casos donde está clínicamente indicada. Según el autor, esta barrera cognitiva y actitudinal distorsiona el juicio clínico, promueve el infratratamiento del dolor y refleja una enseñanza médica tradicional dominada por el desconocimiento y el sesgo emocional. Propone, por ello, reformar la educación médica para incorporar conocimiento científico sobre el dolor, farmacología de los opioides y criterios éticos de uso racional, equilibrando el deber de aliviar el sufrimiento con la prevención de la dependencia.<sup>(29)</sup>

Complementariamente, Oliveira Júnior amplía la perspectiva al introducir el concepto de opiofilia, entendido como la tendencia opuesta que conduce al uso excesivo o poco crítico de estos fármacos. El autor plantea que tanto la opiofobia como la opiofilia constituyen polos de una “guerra histórica” influida por factores sociales, políticos y comerciales, que alternan entre la represión y la liberalización del uso de opioides. Superar esta dicotomía exige un enfoque racional, educativo y basado en evidencia científica, que garantice equilibrio entre el control del dolor y la prevención del abuso.<sup>(30)</sup>

En este marco, Webster et al. evidencian que la formación médica ha transitado precisamente entre estos dos extremos: de la opiofobia inicial a la sobreprescripción contemporánea. Su revisión muestra una educación fragmentada, deficiente en contenidos sobre dolor crónico y con escasa orientación hacia el manejo ético, empático y no farmacológico. La falta de capacitación integral genera incertidumbre, agotamiento emocional y pérdida de empatía, reforzada por un “currículo oculto” que perpetúa percepciones negativas hacia los pacientes con dolor y el uso de opioides.<sup>(31)</sup>

Finalmente, estrategias internacionales como las señaladas por el National Center for Biotechnology Information, han demostrado que políticas estructuradas de control,

junto con programas de educación médica, reducen entre 18 % y 36 % las prescripciones inadecuadas de opioides de liberación prolongada y mejoran la adherencia a guías clínicas. Estas experiencias refuerzan la necesidad de implementar formación continua y políticas institucionales de supervisión en analgesia racional, promoviendo el uso ético, seguro y basado en evidencia de los opioides en la práctica clínica.<sup>(32)</sup>

#### **2.1.4. Desarrollo de las variables de estudio**

##### **2.1.4.1. Desarrollo de la Variable dependiente: Actitudes**

La variable dependiente actitud, esta se concibe como una disposición aprendida y relativamente estable que orienta las respuestas del individuo frente a un objeto o situación clínica, manifestándose de manera favorable o desfavorable.<sup>(33)</sup> Su fundamento teórico se basa en el modelo tridimensional clásico de Rosenberg y Hovland, el cual postula que toda actitud está compuesta por tres dimensiones interrelacionadas: cognitiva, afectiva y conductual.<sup>(34)</sup>

Investigaciones recientes, como las de Lin et al.<sup>(35)</sup> y Chen et al.<sup>(16)</sup> han adaptado este modelo a contextos médicos y farmacológicos, definiendo tres dimensiones actitudinales específicas aplicables al estudio del uso de opioides:

- Percepción de riesgo y temor a la adicción: Evalúa la preocupación del profesional ante la posibilidad de inducir dependencia o abuso, representando el componente afectivo vinculado con las emociones y temores frente a la prescripción.<sup>(16,35)</sup>
- Confianza profesional y responsabilidad ética: Mide la seguridad del médico para prescribir de forma racional y ética, correspondiendo al componente cognitivo-conductual, donde se integran creencias y comportamientos responsables.<sup>(16,35)</sup>
- Conciencia del impacto en salud pública: Analiza la percepción sobre las implicaciones sociales y epidemiológicas del uso de opioides, como las crisis de sobredosis o las políticas regulatorias, extendiendo el componente cognitivo hacia una visión contextual y poblacional.<sup>(16,35)</sup>

##### **2.1.5. Desarrollo de la Variable Independiente: Nivel de Conocimiento**

Desde una perspectiva epistemológica, el conocimiento representa la integración de información, comprensión y habilidades cognitivas que permiten interpretar y responder adecuadamente a situaciones clínicas complejas.<sup>(36)</sup> La variable independiente: nivel de conocimiento se sustenta en la taxonomía cognitiva revisada de Anderson y Krathwohl, que amplía el modelo de Bloom al integrar procesos y tipos de conocimiento en tres dominios interrelacionados: declarativo, procedural y condicional.<sup>(37)</sup>

Estas dimensiones fueron operacionalizadas a partir de la estructura empírica validada por Chen et al,<sup>(16)</sup> y Lin et al,<sup>(35)</sup> quienes evaluaron conocimientos sobre farmacología, adicción, mal uso y aspectos regulatorios, contenidos que en este estudio se integran dentro de los tres dominios cognitivos universales para garantizar coherencia teórica y comparabilidad.<sup>(16,35)</sup>

- Conocimiento declarativo: Referido al saber teórico sobre farmacología, mecanismos de acción, indicaciones y efectos adversos.<sup>(16,37)</sup>
- Conocimiento procedural: Relativo a las habilidades prácticas para aplicar dosis, rotar opioides y manejar efectos secundarios.<sup>(16,37)</sup>
- Conocimiento condicional: Vinculado al juicio clínico que orienta cuándo, por qué y en qué circunstancias prescribir un opioide.<sup>(16,37)</sup>

#### **2.1.6. Desarrollo del Instrumento**

El diseño adecuado del instrumento para la medición de actitudes resulta decisivo para obtener datos válidos y confiables, especialmente cuando se emplean escalas tipo Likert, debido a que el formato de respuesta influye directamente en la interpretación de los resultados y puede generar sesgos asociados a estilos de respuesta como aquiescencia, tendencia central, elección extrema y deseabilidad social.<sup>(38)</sup> La literatura destaca que uno de los aspectos metodológicos más determinantes es el número de alternativas, recomendándose el uso de cinco a siete opciones por su mejor desempeño psicométrico, siempre considerando el contenido y el contexto de aplicación para evitar dificultades en la diferenciación de niveles.<sup>(39)</sup> En este estudio, la escala estará conformada por 8 ítems distribuidos en dimensiones teóricas previamente definidas, lo que permite estructurar adecuadamente el análisis actitudinal y asegurar consistencia interna.<sup>(39)</sup>

La medición del nivel de conocimiento se realizará mediante un cuestionario estructurado basado en los instrumentos empleados por Chen et al.<sup>(16)</sup> y Lin et al.<sup>(35)</sup> quienes operacionalizan los dominios cognitivos planteados por Anderson y Krathwohl mediante ítems dicotómicos tipo Verdadero/Falso.<sup>(37)</sup> Este formato permite evaluar de manera objetiva el desempeño cognitivo sin ambigüedad interpretativa, registrando únicamente aciertos y errores. El instrumento estará conformado por 10 ítems distribuidos de acuerdo con la estructura cognitiva aplicada en dichos estudios, permitiendo valorar conocimiento teórico, aplicación práctica y toma de decisiones clínicas en el uso de opioides. La elección de una escala dicotómica responde a su utilidad para medir de forma precisa conocimientos definidos y diferenciables, como se validó en los estudios originales, donde demostró ser adecuada para identificar niveles de dominio clínico y comparar resultados entre grupos.<sup>(16,35)</sup>

## 2.2. Definición de términos básicos

- **Opioides:** Los opioides incluyen sustancias naturales, semisintéticas o sintéticas procedentes de la amapola Papaver somniferum que se unen a los receptores opioides del cerebro, actuando como los alcaloides opiáceos y generando efectos analgésicos o estupor.<sup>(1,2)</sup>
- **Prescripción racional de opioides:** consiste en valorar los beneficios y los riesgos del tratamiento, utilizar la dosis efectiva más baja durante un tiempo no superior a la duración prevista del dolor, maximizar terapias no opioides, reevaluar cuidadosamente los objetivos y evitar la aplicación inflexible de umbrales que contribuyan a daños como dolor no tratado, síntomas de abstinencia o angustia psicológica.<sup>(40)</sup>
- **Manejo del dolor:** Comprende las estrategias terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas destinadas a aliviar o controlar el dolor en pacientes con diversas condiciones clínicas, garantizando calidad de vida y seguridad.<sup>(27)</sup>
- **Actitudes:** Se concibe como una disposición aprendida y relativamente estable que orienta las respuestas del individuo frente a un objeto o situación clínica, manifestándose de manera favorable o desfavorable.<sup>(33)</sup>
- **Conocimiento:** Desde una perspectiva epistemológica, el conocimiento representa la integración de información, comprensión y habilidades cognitivas que permiten interpretar y responder adecuadamente a situaciones clínicas complejas.<sup>(36)</sup>
- **Interno de medicina:** El interno de medicina es el estudiante que cursa el último año de la carrera médica y realiza prácticas supervisadas en centros de salud, con el

objetivo de consolidar competencias clínicas, éticas y comunicacionales antes del ejercicio profesional.<sup>(41)</sup>

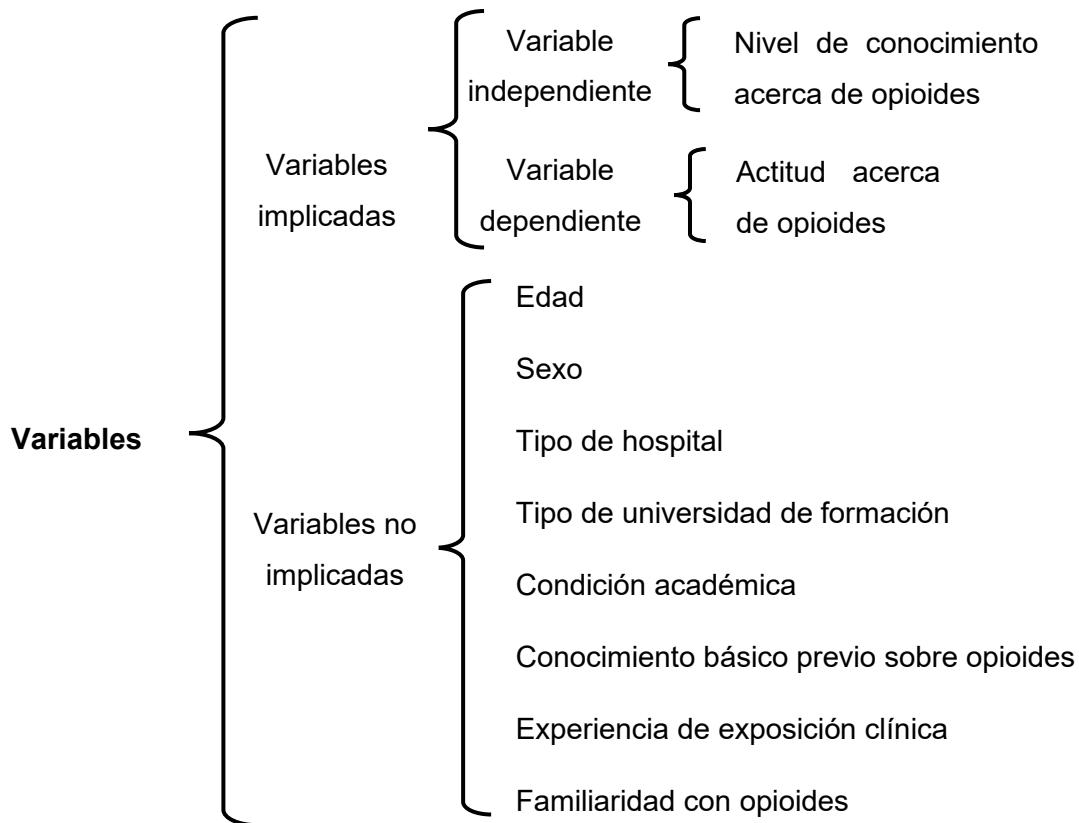
- **Residente medico:** El residente médico es el profesional de medicina que, tras obtener el título de médico cirujano, cursa un programa de especialización de posgrado en un hospital o universidad, bajo supervisión docente y asistencial, con el fin de desarrollar competencias específicas en una especialidad médica.<sup>(42)</sup>

### 2.3. Hipótesis

**H<sub>i</sub>:** Se espera una correlación positiva moderada ( $r > 0,4$ ) entre el nivel de conocimiento y la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.

**H<sub>o</sub>:** No existe una correlación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.

### 2.4. Variables



## 2.5. Definiciones operacionales

| Variab les                               | Definición conceptual   | Dimen siones / Domin ios              | Indica dores  | Tip o       | Escala de medició n | Instrument o y procedimi ento de medición   | Expresión final de la variable (ítem)  | Definición operacional de la variable   |
|--|---|---------------------------------------|---|-------------|---------------------|---|--|---|
| <b>Variables implicadas</b>              |   |                                       |   |             |                     |   |  |   |
| <b>Variable independiente</b>            |   |                                       |   |             |                     |   |  |   |
| Nivel de conocimiento acerca de opioides | Saber teórico sobre farmacología, mecanismos de acción y efectos adversos de los opioides. <sup>(36,38)</sup> | Declarativa (conocimiento teórico)    | Identifica conceptos generales sobre farmacología de opioides (efectos adversos, clasificación y mecanismo de acción) | Cualitativo | Ordinal             | Ficha de recolección de datos. Clasificación del puntaje:<br>Nivel Alto ( $\geq 75\%$ ): 8–10 Puntos. (dominio sólido de la competencia). Nivel Medio (50-74%): 5–7 Puntos. (conocimiento regular). Nivel Bajo (<50%): 0–4 Puntos. (desconoci   | 9. El estreñimiento es un efecto adverso común de los opioides y debe prevenirse con el uso rutinario de laxantes: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F<br><br>10. La morfina oral y la morfina intravenosa tienen la misma potencia analgésica: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F<br><br>11. El tratamiento prolongado con opioides conlleva un riesgo de adicción, pero no ocurre en todos los pacientes: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F | Se calcula sumando las respuestas correctas en los 3 ítems. Un puntaje alto indica un dominio sólido de los conceptos farmacológicos y efectos adversos; un puntaje bajo refleja vacíos teóricos básicos sobre la naturaleza del fármaco. |
|  | Saber práctico sobre aplicación clínica, cálculo de dosis y manejo de efectos secundarios. <sup>(36,38)</sup> | Procedimental (conocimiento práctico) | Identifica la correcta dosificación, rotación equianalgésica y uso de adyuvantes.                                     | Cualitativo |                     | 12. Los fármacos complementarios pueden combinarse con los opioides para mejorar el control del dolor: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F<br><br>13. Calcular la dosis equivalente al cambiar entre distintos opioides es esencial para evitar sobredosis: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F<br><br>14. Los laxantes deben prescribirse de forma rutinaria junto con opioides. |  |   |

|   |   |   |  |             |                                    |  |   |  |
|---|---|---|--|-------------|------------------------------------|--|---|--|
|   | Juicio clínico y ético para decidir cuándo y por qué emplear opioides. <sup>(36,38)</sup>       | Condicional (juicio clínico y aplicación contextual). | Distingue cuándo y por qué indicar opioides, considerando riesgos, ética y normas legales. | Cualitativo | Ordinal                            | miento crítico).   | <p>15. Los pacientes que usan opioides deben evitar conducir vehículos o manejar maquinaria pesada: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F</p> <p>16. El tratamiento a largo plazo conlleva un riesgo variable de adicción que requiere monitoreo continuo, siendo mayor en pacientes con factores de riesgo previos: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F</p> <p>17. El uso de opioides está estrictamente limitado por las leyes sobre estupefacientes: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F</p> <p>18. Siempre deben probarse analgésicos no opioides antes de usar opioides: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F</p> | <p>Se calcula sumando los aciertos en los 4 ítems. Un puntaje alto demuestra criterio para distinguir cuándo prescribir considerando la seguridad, ética y normativa; un puntaje bajo implica riesgo de práctica insegura o ilegal.</p>        |
| <b>Variable dependiente</b>             |   |   |  |             |                                    |  |   |  |
| <b>Actitudsacerdaacerca de opioides</b> | Temor o percepción de riesgo frente a la posibilidad de dependencia o abuso. <sup>(17,36)</sup> | Percepción de riesgo y temor a la adicción            | Opiniones sobre riesgo de dependencia, temor al mal uso y seguridad del paciente.          | Cualitativo | Ordinal ítems directo: 19, 20 y 21 | Ficha de recolección de datos<br><br>Se obtiene sumando los puntajes finales de los 8 ítems (considerando las recodificaciones) y dividiendo el total entre 8. | <p>19. Me preocupa que la solicitud de aumento de dosis por persistencia del dolor sea en realidad una conducta adictiva: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo</p> <p>20. Me genera temor o inseguridad prescribir opioides en niños debido al riesgo de depresión respiratoria: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo</p> <p>21. Me preocupa generar dependencia si prescribo opioides a largo plazo en pacientes con dolor crónico no oncológico: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En</p>             | <p>Se calcula sumando los valores de los ítems, y dividiendo el resultado entre 3. Un promedio alto indica barreras por miedo al mal uso; uno bajo indica una opinión racional sobre el riesgo de dependencia y la seguridad del paciente.</p> |

|   |   |  |             |  |  |   |   |   |
|---|---|--|-------------|--|--|---|---|---|
|   |   |  |             |  |  | Clasificación del puntaje:<br>Actitud Favorable (1.00-2.49), Indiferente (2.50-3.49) y Desfavorable (3.50-5.00).  | desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo |   |
| Seguridad profesional y responsabilidad ética ante la prescripción racional. <sup>(17,36)</sup> | Confianza profesional y responsabilidad ética | Seguridad para prescribir, formación percibida y sentido de responsabilidad profesional. | Cualitativo | Ordinal ítems inverso: 22, 23 y 24           |  | 22. El miedo de los médicos a causar adicción impide un tratamiento adecuado del dolor: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo<br>23. Me siento seguro/a al prescribir opioides para el manejo del dolor crónico: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo<br>24. La capacitación que recibimos durante el internado y la residencia es adecuada para prescribir opioides de forma segura: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo |   | Se calcula sumando los valores de los ítems, y dividiendo el resultado entre 3. Un promedio alto indica inseguridad clínica; uno bajo, una alta seguridad para prescribir sustentada en la formación percibida y el sentido de responsabilidad profesional. |
| Conciencia sobre el impacto sanitario del uso y abuso de opioides. <sup>(17,36)</sup>           | Conciencia del impacto en salud pública       | Reconocimiento de la crisis de opioides y su repercusión en la salud pública.            | Cualitativo | Ordinal ítem directo: 25<br>ítem inverso: 26 |  | 25. Existe una crisis mundial de opioides y el Perú podría enfrentar problemas similares: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo<br>26. Los medios de comunicación exageran los peligros de los opioides: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo  |   | Se calcula sumando el valor de los ítems, y dividiendo el resultado entre 2. Un promedio alto indica una percepción alarmista; uno bajo, un reconocimiento crítico de la crisis de opioides y su repercusión real en la salud pública.                      |

| Variables no implicadas          |  |     |   |             |                    |                               |  |  |
|----------------------------------|--|-----|---|-------------|--------------------|-------------------------------|--|--|
| Edad                             | Años que ha vivido un individuo desde su nacimiento. <sup>(43)</sup>   | NA. | Años cumplidos del participante al momento del estudio.                                 | Cuantiativa | De razón           | Ficha de recolección de datos | 1. Edad: _____ años  | Se medirá en años cumplidos reportados por el participante. Se categorizará en rangos: <25, 25–29, ≥30.                |
| Sexo                             | Categorías Condición biológica determinada por las características anatómicas y fisiológicas que diferencian a hombres y mujeres. <sup>(44)</sup>                      | NA. | Condición biológica declarada por el participante.                                      | Cualitativa | Nominal Dicotómica | Ficha de recolección de datos | 2. Marque su sexo:<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino  | Identifica el sexo biológico según su autodeclaración (masculino o femenino).  |
| Tipo de hospital                 | Clasificación institucional del establecimiento donde realiza su práctica o residencia, de acuerdo con su régimen administrativo. <sup>(45,46)</sup>                   | NA. | Describe el tipo de entidad sanitaria donde el participante desarrolla su práctica      | Cualitativo | Nominal Dicotómica | Ficha de recolección de datos | 3. Tipo de hospital donde realiza actividades asistenciales:<br><input type="checkbox"/> Hospital Regional del Cusco<br><input type="checkbox"/> Hospital Antonio Lorena<br><input type="checkbox"/> Hospital EsSalud Adolfo Guevara Velasco<br><input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | Determina el tipo de institución donde el participante realiza actividades asistenciales (Regional, Lorena o EsSalud). |
| Tipo de universidad de formación | Clasificación de la universidad donde el participante cursó estudios de medicina, según su régimen de gestión: pública nacional, privada o extranjera. <sup>(50)</sup> | NA. | Relaciona el entorno educativo de procedencia del participante con su formación médica. | Cualitativa | Nominal Polítomica | Ficha de recolección de datos | 4. Tipo de universidad de formación:<br><input type="checkbox"/> Pública<br><input type="checkbox"/> Privada<br><input type="checkbox"/> Extranjero  | Clasifica la universidad de procedencia del participante según su régimen de gestión: pública, privada o extranjera.   |
| Condición académica              | Situación formativa del participante dentro del sistema de educación médica. <sup>(41,42)</sup>  | NA. | Refleja el nivel de formación del participante:   | Cualitativa | Ordinal            | Ficha de recolección de datos | 5. Condición académica actual:<br><input type="checkbox"/> Interno de Medicina <input type="checkbox"/> Médico Residente   | Identifica el nivel formativo como interno o residente según su año de residencia.                                     |

|  |   |     |  |              |                       |                               |   |   |
|--|---|-----|--|--------------|-----------------------|-------------------------------|---|---|
|  |   |     | interno<br>medicina o<br>residente<br>médico   |              |                       |                               | 5.1. Si es Médico Residente, indique año de<br>residencia:<br><input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R3   | 1 = Interno de Medicina<br>2 = R1 3 = R2 4 = R3   |
| <b>Conocimiento básico previo sobre opioides</b> | Es la comprensión elemental que tiene el estudiante o médico en formación sobre qué son los opioides y su función analgésica en el sistema nervioso central. <sup>(1,2)</sup> | NA. | Identificación conceptual correcta del término “opioide”                             | Cualitativa  | Nominal<br>Dicotómica | Ficha de recolección de datos | 6. ¿Qué son los opioides?<br><input type="checkbox"/> Analgésicos que actúan sobre el sistema nervioso para aliviar el dolor<br><input type="checkbox"/> Fármacos exclusivamente utilizados en anestesia<br><input type="checkbox"/> Sustancias ilegales derivadas del opio<br><input type="checkbox"/> No estoy seguro/a   | Selección de respuesta correcta: “Aolgésicos que actúan sobre el sistema nervioso para aliviar el dolor.”<br>Criterio: 1 = correcta<br>0 = incorrecta / no sabe.          |
| <b>Experiencia de exposición clínica</b>         | Corresponde al contacto directo o indirecto con el uso terapéutico de opioides durante su práctica o rotación hospitalaria. <sup>(17,36)</sup>                                | NA. | Haber presenciado el uso de opioides en contexto hospitalario o de rotación clínica. | Cualitativa  | Nominal<br>Dicotómica | Ficha de recolección de datos | 7. ¿Has visto usar opioides durante tu práctica clínica o rotaciones?<br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No   | Responde si ha visto usar opioides durante sus prácticas o rotaciones.<br>Sí: 1<br>No: 0  |
| <b>Familiaridad con opioides</b>                 | Es el grado de reconocimiento o recuerdo que el participante tiene sobre nombres y tipos de analgésicos opioides reconocidos correctamente.                                   | NA. | Número de fármacos opioides reconocidos correctamente.                               | Cuantitativa | Ordinal               | Ficha de recolección de datos | 8. ¿Qué opioides conoces o recuerdas haber observado en la práctica clínica?<br>(Puede marcar más de una opción)<br><input type="checkbox"/> Morfina<br><input type="checkbox"/> Tramadol<br><input type="checkbox"/> Buprenorfina<br><input type="checkbox"/> Fentanilo<br><input type="checkbox"/> Metadona<br><input type="checkbox"/> Oxicodona<br><input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | Indica los nombres de opioides que conoce o ha observado en la práctica clínica.<br>Alta familiaridad: ≥4 fármacos reconocidos<br>Media: 2–3 fármacos<br>Baja: ≤1 fármaco |

## CAPITULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

### 3.1. Tipo de investigación

El presente estudio es de enfoque cualitativo, basado en la medición objetiva del nivel de conocimiento y las actitudes sobre opioides mediante un cuestionario estructurado con ítems cerrados. Este enfoque permite analizar estadísticamente los datos y determinar la relación entre ambas variables, garantizando validez y confiabilidad de los resultados. <sup>(51)</sup>

Es observacional, ya que el investigador no interviene ni modifica las condiciones del estudio, sino que registra los conocimientos y actitudes de los participantes en su entorno académico y clínico habitual. Asimismo, es descriptivo-correlacional, puesto que busca, por un lado, describir las características sociodemográficas y formativas de los internos de medicina y médicos residentes, y por otro, analizar la correlación entre el nivel de conocimiento y las actitudes acerca de opioides sin establecer relaciones causales. <sup>(51)</sup>

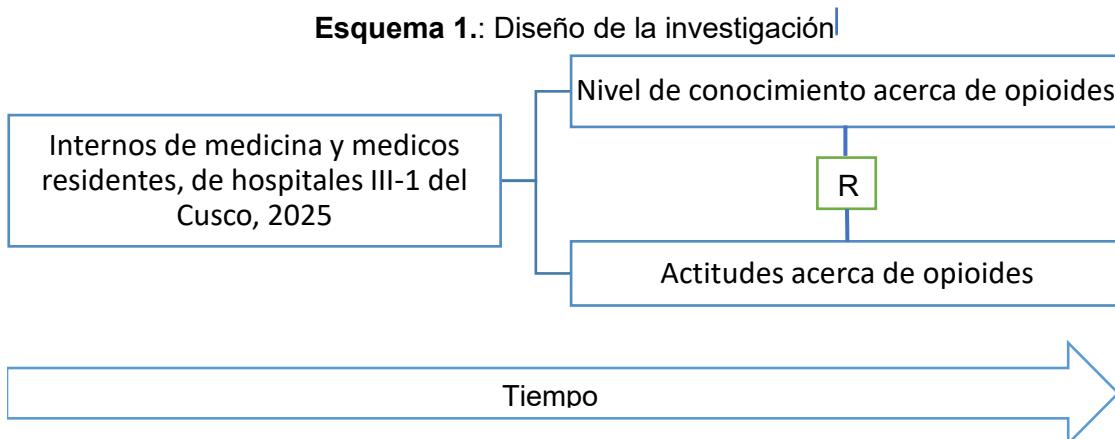
### 3.2. Diseño de la investigación

El diseño de investigación es no experimental, transversal y prospectivo.

Se considera no experimental porque las variables se observan tal como ocurren en su contexto natural, sin manipulación del investigador. Es transversal, ya que la información se recolectará en un único momento durante los meses de octubre y noviembre de 2025, permitiendo evaluar simultáneamente el nivel de conocimiento y las actitudes en la población de estudio. Finalmente, es prospectivo porque la recolección de datos se llevará a cabo a futuro respecto a la formulación del proyecto, garantizando la obtención de información actual, directa y contextualizada sobre la formación médica acerca de opioides.

<sup>(51)</sup>

La elección de este diseño responde directamente a los objetivos planteados, ya que permite describir la población, identificar los niveles de conocimiento y actitud, y determinar su correlación estadística. Además, este tipo de estudio optimiza recursos y tiempo, resultando apropiado para investigaciones en salud que buscan evidencias iniciales sobre factores formativos y conductuales acerca de opioides en contextos clínicos, como se muestra en el Esquema 1.



### 3.3. Población y muestra

#### 3.3.1. Descripción de la población

La población de estudio estará conformada por internos de medicina y médicos residentes que realizan actividades asistenciales durante el año 2025 en los tres hospitales de referencia de nivel III-1 del Cusco: Hospital Regional del Cusco, Hospital Antonio Lorena y Hospital EsSalud Adolfo Guevara Velasco, durante el año 2025. Estos establecimientos constituyen los principales centros docentes-asistenciales de la región, donde los internos culminan su formación médica y los residentes desarrollan programas de especialización en distintas áreas clínicas.

Ambos grupos participan activamente en la atención de pacientes hospitalizados y ambulatorios, así como en el manejo del dolor, bajo supervisión médica. Su exposición a la prescripción o administración de opioides los convierte en una población pertinente para evaluar conocimientos y actitudes sobre estos fármacos, así como para identificar brechas formativas y diferencias institucionales relacionadas con la práctica clínica y la seguridad del paciente.

#### 3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

##### Criterios de inclusión

- Internos de medicina que se encuentren realizando rotación hospitalaria durante el periodo de estudio (2025), para asegurar la homogeneidad del grupo y su exposición reciente a la práctica clínica.
- Médicos residentes pertenecientes a programas acreditados por el Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME), garantizando formación médica formal y estándares académicos comparables.

- Condición académica vigente y registrada ante la institución formadora u hospital correspondiente, lo que permite verificar la validez institucional de la muestra.
- Desempeñar actividad clínica directa (hospitalización o consulta externa) durante el último mes, con el fin de asegurar contacto real con pacientes y experiencia reciente en manejo analgésico.
- Disponibilidad para responder el instrumento completo en una sola sesión, permitiendo la obtención de datos consistentes y evitando pérdida de información parcial.

#### **Criterios de exclusión**

- Internos o residentes en licencia, permiso o actividades administrativas sin contacto clínico, para evitar sesgos relacionados con falta de práctica reciente.
- Cuestionarios incompletos (con menos del 80 % de ítems respondidos), lo que asegura la calidad y validez del análisis estadístico.
- Participantes que decidan retirarse voluntariamente durante el estudio, respetando los principios éticos de autonomía y confidencialidad.

#### **3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo**

##### **3.3.3.1. Tamaño de muestra**

El tamaño muestral se determinó mediante dos procedimientos complementarios para garantizar la consistencia del cálculo:

- Mediante el programa Epidat versión 4.2, y
- Aplicando manualmente la fórmula para estimar una proporción en poblaciones finitas.

En Epidat 4.2 se ingresaron los siguientes parámetros: población total ( $N = 294$ ), proporción esperada ( $p = 0.882$ ), nivel de confianza del 95 % ( $Z = 1.96$ ), precisión del 5 % ( $d = 0.05$ ) y efecto de diseño de 1, obtenida del estudio de Chen et al.<sup>(20)</sup> El resultado obtenido fue un tamaño muestral de 104 participantes, tal como se muestra en el Esquema 2.

**Esquema 2.: Cálculo de tamaño de muestra**

**[1] Tamaños de muestra. Proporción:**

**Datos:**

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Tamaño de la población: | 294     |
| Proporción esperada:    | 88,200% |
| Nivel de confianza:     | 95,0%   |
| Efecto de diseño:       | 1,0     |

**Resultados:**

| Precisión (%) | Tamaño de la muestra |
|---------------|----------------------|
| 5,000         | 104                  |

Para comprobar este resultado, se aplicó la fórmula clásica de estimación de proporciones, obteniendo el mismo valor de manera independiente:

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot p(1 - p)}{d^2}$$

Reemplazando los valores:

$$n_0 = \frac{1.96^2 \times 0.882(1 - 0.882)}{(0.05)^2} = 159.9$$

Debido a que la población total (N) fue de 294 participantes (170 internos y 124 residentes), se aplicó la corrección correspondiente para población finita:

$$n = \frac{n_0}{1 - \frac{n_0}{N}}$$

Reemplazando los valores:

$$n = \frac{159.9}{1 - \frac{(159.9 - 1)}{294}} = 104$$

Ambos procedimientos coincidieron en el mismo resultado ( $n = 104$ ), confirmando la validez del cálculo. Finalmente, se añadió un 10 % adicional para compensar

posibles pérdidas o no respuesta, obteniéndose un tamaño final de 114 participantes para el estudio.

### 3.3.3.2. Método de muestreo

Se empleó un muestreo probabilístico estratificado, considerando dos estratos principales: internos de medicina y médicos residentes, con el fin de asegurar una representación proporcional de ambos grupos y reducir la varianza entre ambos grupos. Esta elección se justifica porque permite estimaciones más precisas dentro de cada subpoblación y facilita comparaciones entre ambos niveles formativos, como se muestra en el Cuadro 5.

**Cuadro 5.: Descripción de la población**

| Hospital                                       | Interno medicina | Médico residente |
|--|------------------|------------------|
| <b>Hospital Regional del Cusco</b>             | 73               | 40               |
| <b>Hospital Antonio Lorena</b>                 | 69               | 30               |
| <b>Hospital EsSalud Adolfo Guevara Velasco</b> | 28               | 54               |
| <b>TOTAL</b>                                   | 170              | 124              |

La asignación fue proporcional al tamaño de cada estrato respecto al total de la población ( $N = 294$ ). Así, la muestra se distribuyó en 68 internos (58.9%) y 49 residentes (41.1%). Posteriormente, dentro de cada estrato se realizó la distribución proporcional por hospital según su número de integrantes:

- Internos de Medicina Humana ( $n = 68$ ):
  - Hospital Regional del Cusco: 27
  - Hospital Antonio Lorena: 29
  - Hospital EsSalud Adolfo Guevara Velasco: 12
- MedicosResidentes ( $n = 49$ ):
  - Hospital Regional del Cusco: 16
  - Hospital Antonio Lorena: 12
  - Hospital EsSalud Adolfo Guevara Velasco: 21

La selección de participantes dentro de cada hospital se realizó de forma aleatoria simple, utilizando listados actualizados de internos y residentes proporcionados por las jefaturas académicas. Se incorporó un 10 % adicional de reserva para reemplazo

en caso de no respuesta, garantizando representatividad y control de sesgos de selección.

### **3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos**

#### **3.4.1. Técnicas**

Para la obtención de la información se utilizó un cuestionario estructurado previamente validado, basado en el instrumento desarrollado por Chen et al. y derivado del Taiwan Physician's Prescribing Opioid Survey de Lin et al. Dicho instrumento está conformado por tres secciones y será administrado de forma presencial a los internos de Medicina y médicos residentes en los hospitales Regional del Cusco, Adolfo Guevara Velasco – EsSalud y Antonio Lorena, tras la firma del consentimiento informado por parte de los participantes. La aplicación del cuestionario se llevó a cabo durante el mes de noviembre de 2025. Concluida la recolección, se procederá a revisar el adecuado completado de cada ficha, excluyéndose aquellas que presenten información incompleta o errores evidentes en el registro, para luego realizar su digitación y procesamiento en una base de datos de Microsoft Excel.

#### **3.4.2. Instrumento de medición**

Para la recolección de datos se empleó un cuestionario estructurado dividido en secciones específicas para cada variable.

- Evaluación de nivel de conocimiento: Se utilizó una escala conformada por 10 ítems dicotómicos (Verdadero/Falso). La calificación se realiza sumando el número de respuestas correctas, obteniendo un rango de puntuación de 0 a 10 puntos. Este instrumento se basa en la estructura desarrollada por Lin et al.<sup>35)</sup> diseñada para medir el dominio teórico sobre farmacología, mecanismos de acción y normativa.
- Evaluación de actitudes: Se empleó una escala tipo Likert de 5 alternativas (desde "Totalmente en desacuerdo" hasta "Totalmente de acuerdo"). Consta de 8 ítems agrupados en tres dimensiones teóricas: 1) Percepción de riesgo y miedo a la adicción, 2) Confianza profesional y responsabilidad ética, y 3) Conciencia del impacto en salud pública. Este diseño permite valorar la disposición conductual del profesional frente a la prescripción.

##### **3.4.2.1. Validez y Confiabilidad del Instrumento**

Para garantizar la calidad métrica del instrumento en el contexto local, se procedió a realizar un Estudio Piloto y un análisis de propiedades psicométricas previo a la recolección final de datos.

**A. Validez de Contenido (Juicio de Expertos):** El instrumento fue sometido a la evaluación de cinco (05) expertos profesionales de la salud, quienes revisaron la pertinencia, claridad y relevancia de los ítems. Tras el levantamiento de observaciones, se ratificó la validez de contenido del cuestionario para su aplicación.

**B. Confiabilidad (Prueba Piloto):** Se realizó una prueba piloto aplicada a 25 estudiantes de Medicina Humana del 11.<sup>º</sup> semestre de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. Esta población fue seleccionada estratégicamente debido a que, por su nivel avanzado de formación, poseen características académicas y teóricas equivalentes a las de los internos de medicina, lo que permitió validar la comprensibilidad y consistencia del instrumento sin contaminar ni reducir el tamaño de la muestra final de la población objetivo (internos y residentes). Los datos recolectados fueron procesados para determinar la consistencia interna:

- Para la variable Conocimiento: Se aplicó el coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20), obteniendo un valor de 0.72. Este resultado confirma una consistencia interna aceptable ( $>0.70$ ), congruente con el reporte original de Lin et al. ( $KR-20 = 0.75$ ).<sup>(35)</sup> El valor se obtuvo aplicando la siguiente fórmula:

$$KR - 20 = \frac{k}{k - 1} [1 - \frac{\sum_{i=1}^k p_i q_i}{\sigma_T^2}]$$

Donde:

$k$  = número total de ítems (10)

$p_i$  = proporción de respuestas correctas o favorables en cada ítem

$q_i = 1 - p_i$  (proporción de respuestas incorrectas o desfavorables)

$\sigma_T^2$  = varianza muestral de los puntajes totales:  $\sigma_T^2 = \frac{\sum_{j=1}^n (X_j - \bar{X})^2}{n-1}$

$X_j$ : puntaje total del participante  $j$  (0 a 10, puntaje de ítems dicotómicos)

$\bar{X}$ : media de puntajes totales

$n$ : tamaño de la muestra (aquí  $n=25$ )

Reemplazando valores obtenidos en la prueba piloto:

Proporciones por ítem  $p_i$  asumidas:

$$p_i = [0.28, 0.44, 0.32, 0.32, 0.48, 0.52, 0.48, 0.44, 0.52, 0.44]$$

$$KR - 20 = \frac{10}{9} \left[ 1 - \frac{2.3744}{6.7733333333} \right] = 0.7216097764$$

- Para la variable Actitudes: Se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.77. Este resultado ratifica una confiabilidad sólida para su uso en el medio local, alineándose con la versión original del instrumento que reportó un Alfa de 0.78.<sup>(35)</sup> El valor se obtuvo aplicando la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left( 1 - \frac{\sum_{i=1}^k \sigma_i^2}{\sigma_T^2} \right)$$

Donde:

$k$ = número de ítems (aquí  $k=8$ )

$\sigma_i^2$ = varianza muestral del ítem  $i$

$\sum_{i=1}^k \sigma_i^2$  = suma de las varianzas por ítem

$\sigma_T^2$ = varianza muestral del puntaje total (suma de ítems)

Elección de datos plausibles (pilotaje  $n = 25$ )

Varianzas por ítem asumidas:

$$\sigma_i^2 = [1.10, 0.85, 0.80, 0.78, 0.82, 0.76, 0.65, 0.61]$$

$$\alpha = \frac{8}{7} \left( 1 - \frac{6.37}{19.70} \right) = 0.7733139956490209$$

En conclusión, los resultados del estudio piloto certifican que el instrumento posee las propiedades psicométricas adecuadas para su aplicación en la muestra final.

### **3.4.3. Procedimientos de recolección de datos**

La recolección de datos se desarrollarán las siguientes acciones:

- Solicitar autorización institucional a las direcciones y comités de docencia e investigación de los hospitales participantes (Hospital Regional del Cusco, Hospital Antonio Lorena y Hospital EsSalud Adolfo Guevara Velasco) para la aplicación del instrumento.
- Brindar una breve capacitación al equipo responsable de la aplicación del cuestionario, garantizando uniformidad en el procedimiento y respeto de los principios éticos.
- Obtener el consentimiento informado de los internos de Medicina y médicos residentes que acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Aplicar el cuestionario estructurado de forma presencial en los establecimientos de salud seleccionados, en horarios previamente coordinados; en caso de que el participante no se encuentre disponible en el momento de la aplicación, se le enviará el enlace o formulario digital a través de WhatsApp para su respuesta posterior.
- Revisar y verificar los cuestionarios aplicados, excluyendo aquellos incompletos o con inconsistencias en el registro.
- Registrar y codificar los datos en una base digital (Microsoft Excel) para su posterior análisis estadístico.

### **3.5. Plan de análisis de datos**

Con la información que se obtuvo se construyó una base de datos en Microsoft Excel® (versión Windows 11). Posteriormente se llevó a cabo un proceso de verificación y depuración para asegurar la calidad de los datos asignando un código identificador a cada instrumento recolectado. Para el procesamiento estadístico se empleó el software Stata® (StataCorp LP, College Station, Texas, USA).

Se realizó un análisis descriptivo univariado. Para las variables categóricas se presentaron frecuencias absolutas y porcentajes. Para las variables numéricas se evaluó previamente el supuesto de normalidad de los datos por lo que se reportó la mediana y medidas de dispersión para aquellas con distribución no normal como la edad general y la media con desviación estándar para las que mostraron distribución normal o para la comparación de subgrupos específicos.

De igual manera se efectuó un análisis bivariado con el fin de contrastar la hipótesis planteada y explorar la asociación entre las variables del estudio. Para ello se aplicaron las pruebas de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) o la prueba exacta de Fisher en caso de que existieran celdas con frecuencias esperadas menores al 5 %, pruebas que fueron utilizadas tanto para las variables sociodemográficas como para determinar la relación entre el nivel de conocimiento categorizado y la actitud.

Asimismo, se evaluó la correlación entre la variable numérica edad y el puntaje de actitud mediante el coeficiente Rho de Spearman. Adicionalmente se realizó un análisis multivariado mediante un modelo de regresión logística para identificar los factores predictores independientes asociados a la actitud calculando los Odds Ratio ajustados.

Se utilizó un intervalo de confianza del 95 % con un margen de error del 5 % y se consideró significativo un valor p menor a 0.05. Finalmente, los hallazgos se organizaron y presentaron mediante tablas y representaciones gráficas que facilitaron su análisis e interpretación.

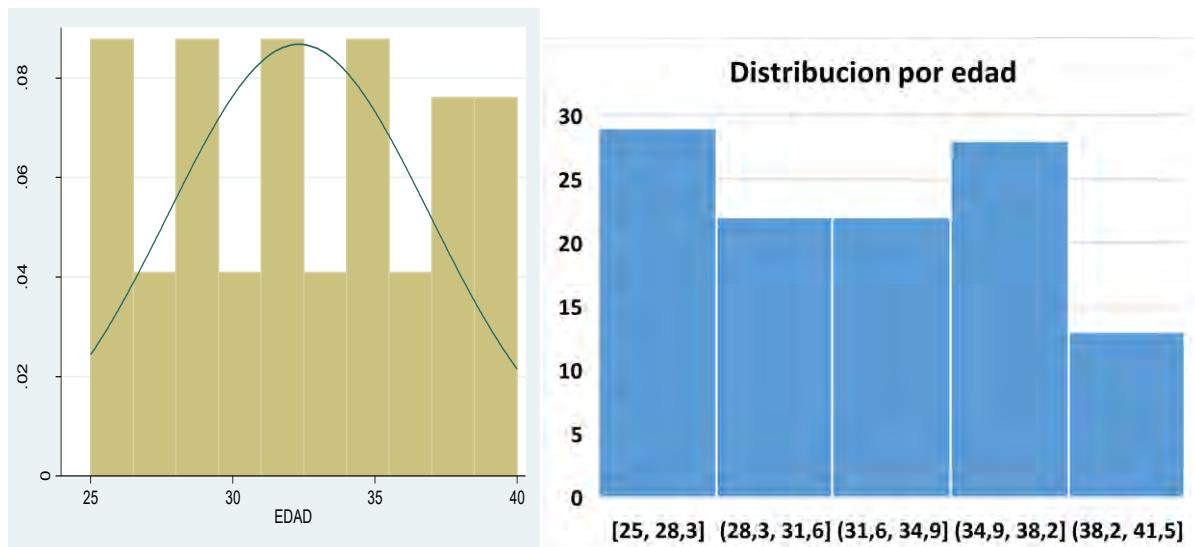
## CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### 4.1. Resultados

Participaron 114 internos y médicos residentes, lo que permitió cumplir con el tamaño muestral y obtener información útil para el análisis de las variables del estudio.

#### ANALISIS DESCRIPTIVO

**Grafico N° 1.** Caracterización descriptiva de la edad de los participantes: Histograma de frecuencias (A) y Curva de normalidad (B).



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

La mediana de la edad fue de 32 años, lo que representa el punto central de la distribución de las edades en la muestra. Sin embargo, los resultados muestran que la distribución de las edades no sigue una distribución normal. La asimetría fue de 0.0405, lo que indica que la distribución presenta asimetría.

**Tabla N° 1.** Análisis comparativo de la media y desviación estándar (SD) de la edad según el grado académico.

| GRADO ACADEMICO |       |      |
|-----------------|-------|------|
| Variable        | Media | SD   |
| Interno         | 27.5  | 1.8  |
| Residente       | 35.4  | 2.85 |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

En cuanto al grado académico de los participantes, se observó una diferencia significativa entre los internos y los residentes. Los internos tienen una media de edad de 27.5 años con una desviación estándar de 1.8, lo que indica que los internos tienen una media de edad relativamente baja con poca variabilidad en la muestra. Por otro lado, los residentes tienen una media de 35.4 años con una desviación estándar de 2.85, lo que sugiere que los residentes son considerablemente más mayores que los internos, y que la variabilidad de la edad entre ellos es algo mayor.

**Tabla N° 2.** Distribución porcentual de la población de estudio según sexo.

| SEXO             |          |       |           |       |            |
|------------------|----------|-------|-----------|-------|------------|
|                  | Femenino |       | Masculino |       | Total      |
|                  | Nº       | %     | Nº        | %     |            |
| <b>Interno</b>   | 23       | 20.18 | 45        | 39.47 | <b>68</b>  |
| <b>Residente</b> | 31       | 27.19 | 15        | 13.16 | <b>46</b>  |
|                  |          |       |           |       | <b>114</b> |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

Del total de 114 participantes, el 52.63% son masculinos (60 participantes) y el 47.37% son femeninos (54 participantes). Desglosando por grupo, en el caso de los internos, el 39.47% son hombres (45 participantes), mientras que el 20.18% son mujeres (23 participantes). Este grupo de internos tiene una proporción considerablemente mayor de participantes masculinos. Por otro lado, en el grupo de residentes, la situación es diferente, con una mayor participación femenina. El 27.19% de los residentes son mujeres (31 participantes), mientras que solo el 13.16% son hombres (15 participantes).

**Tabla N° 3.** Distribución porcentual de la población de estudio.

| HOSPITAL         |                   |       |                   |       |             |       |            |
|------------------|-------------------|-------|-------------------|-------|-------------|-------|------------|
|                  | H. Adolfo Guevara |       | H. Antonio Lorena |       | H. Regional |       | Total      |
|                  | Nº                | %     | Nº                | %     | Nº          | %     |            |
| <b>Interno</b>   | 19                | 16.67 | 22                | 19.3  | 27          | 23.68 | <b>68</b>  |
| <b>Residente</b> | 15                | 13.16 | 15                | 13.16 | 16          | 14.4  | <b>46</b>  |
|                  |                   |       |                   |       |             |       | <b>114</b> |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

La distribución de los participantes por hospital muestra variabilidad entre los grupos de internos y residentes. En el hospital H. Adolfo Guevara, el 16.67% de los internos (19 participantes) y el 13.16% de los residentes (15 participantes) fueron asignados a este

hospital. En el hospital H. Antonio Lorena, el 19.3% de los internos (22 participantes) y el 13.16% de los residentes (15 participantes) fueron distribuidos en este centro. Por último, el hospital H. Regional tiene la mayor participación, con el 23.68% de los internos (27 participantes) y el 14.4% de los residentes (16 participantes). En total, el estudio cuenta con 114 participantes, distribuidos entre los tres hospitales, con 68 internos y 46 residentes.

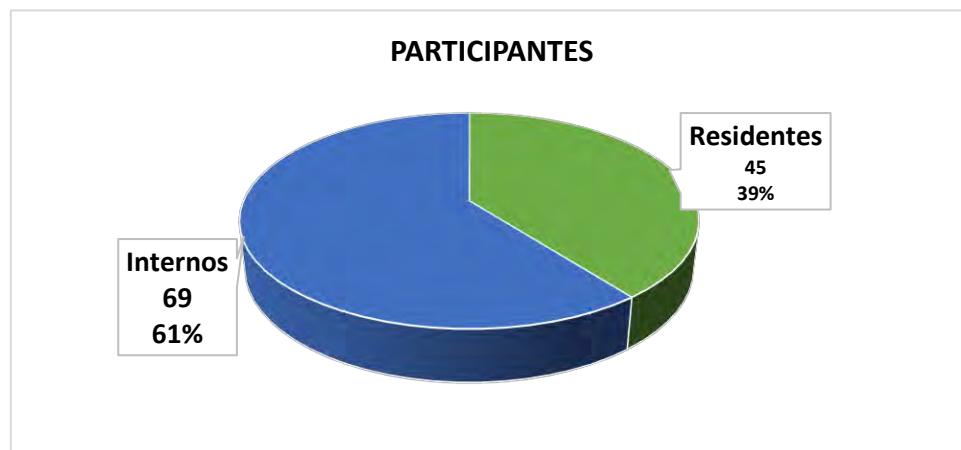
**Tabla N° 4.** Distribución porcentual de los participantes según el tipo de gestión de la universidad de procedencia.

| UNIVERSIDAD      |         |       |         |       |              |
|------------------|---------|-------|---------|-------|--------------|
|                  | PRIVADA |       | PÚBLICA |       | <b>Total</b> |
|                  | Nº      | %     | Nº      | %     |              |
| <b>Interno</b>   | 35      | 30    | 33      | 28.95 | <b>68</b>    |
| <b>Residente</b> | 33      | 26.32 | 16      | 14.04 | <b>46</b>    |
|                  |         |       |         |       | <b>114</b>   |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

En cuanto a la distribución por universidad, se observa que, de los internos, el 30% estudian en universidades privadas (35 participantes) y el 28.95% en universidades públicas (33 participantes). Entre los residentes, el 26.32% provienen de universidades privadas (33 participantes), mientras que el 14.04% provienen de universidades públicas (16 participantes). En total, el estudio abarca 114 participantes, de los cuales 68 son internos y 46 son residentes, distribuidos entre universidades públicas y privadas.

**Grafico N° 2.** Distribución porcentual de los participantes: internos y residentes.



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

En cuanto a los participantes, está compuesto por un 39.47% de residentes y un 60.53% de internos, lo que indica una mayor proporción de internos en la muestra.

**Grafico N° 3.** Distribución porcentual de los médicos residentes según año de formación académica.



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

En cuanto al año de residencia, el 41% de los participantes se encuentra en su primer año, el 30 % en su segundo año, y el 29% en su tercer año, lo que muestra que la mayoría de los residentes están en los primeros años de su formación.

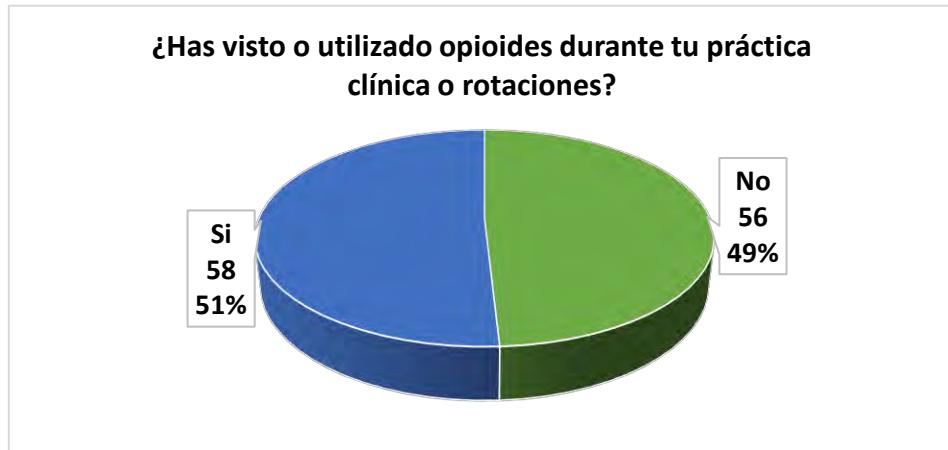
**Tabla N° 5.** Distribución porcentual de los participantes según la definición atribuida a los opioides.

|                  | QUE SON LOS OPIOIDES |       |          |      |            |      | Total      |
|------------------|----------------------|-------|----------|------|------------|------|------------|
|                  | Analgesicos          |       | Farmacos |      | Sustancias |      |            |
|                  | Nº                   | %     | Nº       | %    | Nº         | %    |            |
| <b>Interno</b>   | 62                   | 54.39 | 6        | 5.26 | 0          | 0    | <b>68</b>  |
| <b>Residente</b> | 34                   | 29.82 | 9        | 7.89 | 3          | 2.63 | <b>46</b>  |
|                  |                      |       |          |      |            |      | <b>114</b> |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

En cuanto a la percepción de los participantes sobre qué son los opioides, los internos presentan una mayor tendencia a asociar los opioides con analgésicos, con un 54.39% de respuestas afirmativas (62 participantes), mientras que solo un 5.26% los asocian con fármacos (6 participantes) y ningún participante los relaciona con sustancias. En el caso de los residentes, el 29.82% asocia los opioides con analgésicos (34 participantes), el 7.89% con fármacos (9 participantes) y el 2.63% los asocia con sustancias (3 participantes). En total, se observa que la mayoría de los participantes en ambos grupos (internos y residentes) tienen una comprensión más común de los opioides como analgésicos.

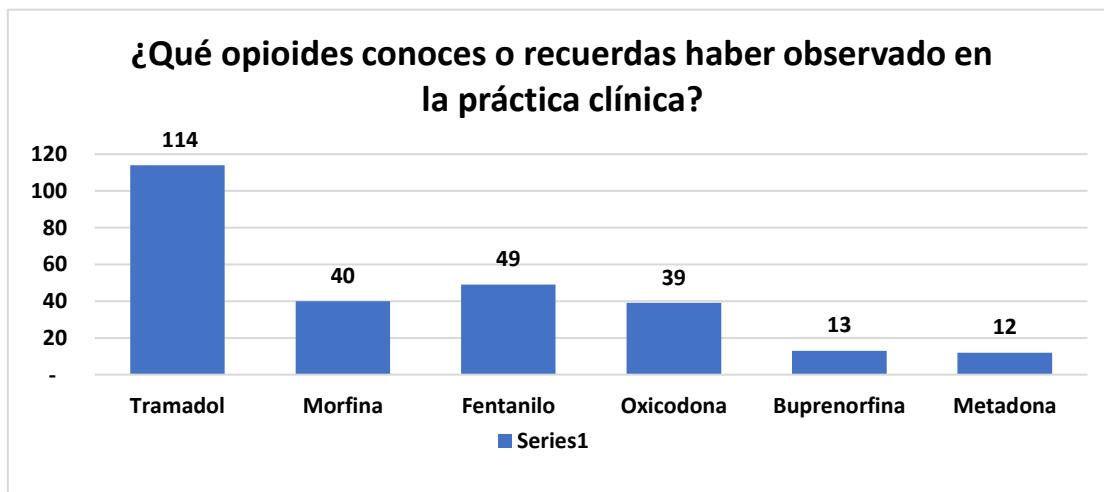
**Grafico N° 4.** Distribución porcentual de los participantes según experiencia previa en el uso de opioides.



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

En cuanto a la experiencia de los participantes sobre el uso de los opioides un 49.12% de los participantes respondió que no, mientras que el 50.88% restante afirmó que sí. Esto sugiere una distribución equitativa de la familiaridad con los opioides entre los participantes

**Grafico N° 5.** Distribución porcentual de los participantes según experiencia previa en el uso de opioides.

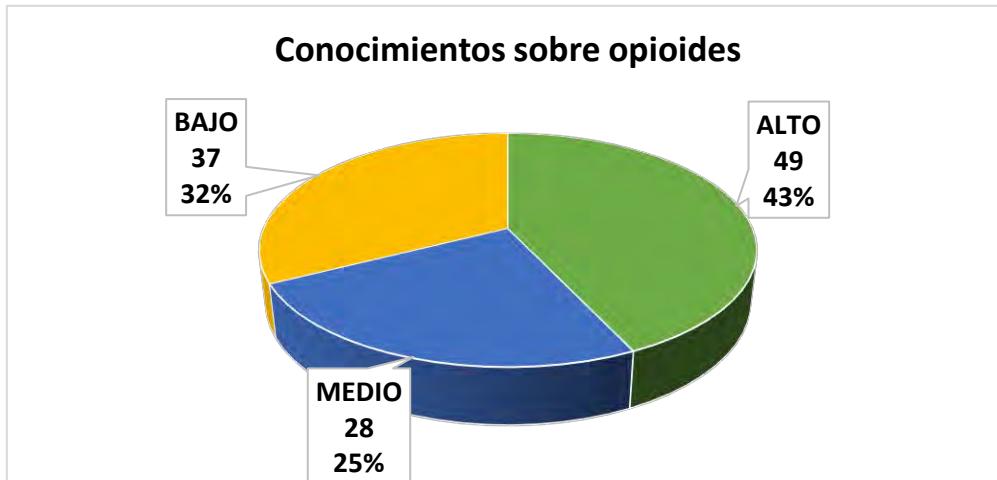


**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

En relación con los opioides vistos, el 100% (114) de los participantes informó haber visto Tramadol, un 35% (40) vio Morfina, un 42.98% (49) vio Fentanilo, un 34.21% (39) vio Oxicodona, un 11.40% (13) vio Buprenorfina, y un 10.53% (12) vio Metadona. Esto refleja

una mayor exposición a tramadol y morfina, con una menor frecuencia de exposición a buprenorfina y metadona.

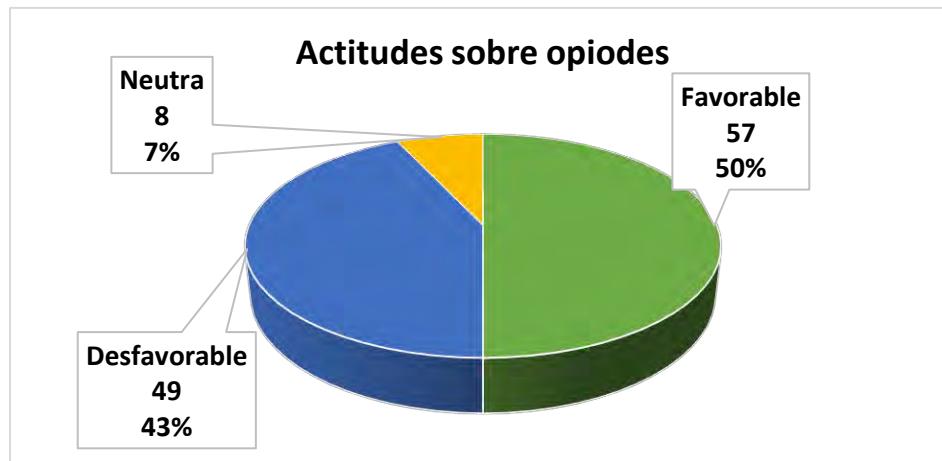
**Grafico N° 6.** Distribución porcentual de los participantes según su nivel de conocimiento sobre opioides.



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

Respecto al nivel de conocimiento, el 42.98% de los participantes tiene un conocimiento alto, el 24.56% tiene un conocimiento medio, y el 32.46% restante tiene un conocimiento bajo. Esto indica una mayor proporción de participantes con un nivel de conocimiento alto.

**Grafico N° 7.** Distribución porcentual de los participantes según su actitud acerca de opioides.



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

En cuanto a la actitud de los participantes, el 50% mostró una actitud favorable, el 42.98% tuvo una actitud desfavorable, y el 7.02% restante mostró una actitud neutral. Esto muestra

una ligera mayoría de actitudes favorables, con un porcentaje considerable de actitudes desfavorables.

**Tabla N° 6.** Comparación del puntaje promedio de conocimiento sobre opioides según grado académico.

| Conocimiento por grado académico |       |      |
|----------------------------------|-------|------|
| Variable                         | Media | SD   |
| <b>Interno</b>                   | 5.77  | 1.82 |
| <b>Residente</b>                 | 6.57  | 2.23 |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

En cuanto al conocimiento por grado académico, los resultados mostraron una diferencia en los puntajes promedio entre los internos y los residentes. Los internos tienen una media de 5.77 con una desviación estándar de 1.82, lo que sugiere que, aunque los internos tienen un puntaje relativamente bajo, la variabilidad de su conocimiento es moderada. En contraste, los residentes presentan una media de 6.57 con una desviación estándar de 2.23, lo que indica que los residentes tienen un puntaje de conocimiento ligeramente más alto.

**Tabla N° 7.** Nivel de conocimiento sobre opioides según dimensiones (saber teórico, práctico y juicio clínico) y grado académico.

| Análisis descriptivo entre grado académico y nivel de conocimiento |               |       |           |       |            |
|--|---------------|-------|-----------|-------|------------|
| DIMENSIONES  | INTERNO       |       | RESIDENTE |       | Total      |
|  | SABER TEORICO | Frec. | %         | Frec. | %          |
| <b>BAJO</b>  | 32            | 48.89 | 12        | 38.89 | <b>42</b>  |
| <b>MEDIO</b>   | 2             | 1.45  | 3         | 4.44  | <b>3</b>   |
| <b>ALTO</b>  | 36            | 46.67 | 31        | 56.67 | <b>67</b>  |
|  |               |       |           |       | 114 (100%) |
| <b>SABER PRACTICO</b>  |               |       |           |       |            |
| <b>BAJO</b>  | 15            | 33.33 | 23        | 33.33 | <b>38</b>  |
| <b>MEDIO</b>   | 30            | 66.67 | 46        | 66.67 | <b>76</b>  |
| <b>ALTO</b>  | 0             | 0     | 0         | 0     | <b>0</b>   |
|  |               |       |           |       | 114 (100%) |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

**Continuación Tabla N° 7.** Nivel de conocimiento sobre opioides según dimensiones (saber teórico, práctico y juicio clínico) y grado académico.

| Análisis descriptivo entre grado académico y nivel de conocimiento |         |       |           |            |
|--|---------|-------|-----------|------------|
| DIMENSIONES  | INTERNO |       | RESIDENTE | Total      |
| JUICIO CLINICO   |         |       |           |            |
| MUY BAJO   | 0       | 0     | 0         | 0          |
| BAJO   | 14      | 20.29 | 9         | 20         |
| ALTO   | 44      | 63.77 | 27        | 60         |
| MUY ALTO   | 11      | 15.94 | 9         | 20         |
|  |         |       |           | 114 (100%) |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

Se realizó un análisis descriptivo entre el grado académico y el nivel de conocimiento de los participantes, en tres dimensiones: Saber Teórico, Saber Práctico, y Juicio Clínico. Los resultados de cada dimensión son los siguientes:

Saber Teórico: En la dimensión de Saber Teórico, se observó que el 48.89% de los internos tenían un nivel bajo de conocimiento, mientras que el 38.89% de los residentes se encontraba en esta misma categoría. En cuanto al nivel medio, solo el 1.45% de los internos y el 4.44% de los residentes fueron clasificados en esta categoría. En la categoría de alto, el 46.67% de los internos y el 56.67% de los residentes mostraron un nivel alto de conocimiento. En general, el 42% de los participantes de la muestra presentó un nivel bajo de conocimiento en Saber Teórico, el 3% tuvo un nivel medio, y el 67% alcanzó un nivel alto. Estos resultados muestran que los residentes tienen una mayor proporción de conocimiento alto en comparación con los internos.

Saber Práctico: En la dimensión de Saber Práctico, el 33.33% tanto de los internos como de los residentes fueron clasificados en el nivel bajo. Sin embargo, el 66.67% tanto de los internos como de los residentes tuvieron un nivel medio de conocimiento en esta dimensión. Ningún participante, tanto de internos como de residentes, alcanzó un nivel alto en Saber Práctico. Esto sugiere que la mayoría de los participantes tiene un conocimiento práctico moderado en lugar de un conocimiento altamente desarrollado en esta área.

Juicio Clínico: En la dimensión de Juicio Clínico, el 20.29% de los internos y el 20% de los residentes fueron clasificados en el nivel bajo. Un 63.77% de los internos y un 60% de los residentes tuvieron un nivel alto, mientras que el 15.94% de los internos y el 20% de los residentes fueron clasificados en el nivel muy alto. En total, el 71% de los participantes

alcanzó un nivel alto de Juicio Clínico, con una proporción significativa de participantes alcanzando el nivel más alto en esta categoría.

**Tabla N° 8. Análisis comparativo de las dimensiones de actitudes acerca de opioides según grado académico.**

| Análisis descriptivo entre grado académico y actitudes |         |       |           |       |            |
|--|---------|-------|-----------|-------|------------|
| DIMENSIONES  | INTERNO |       | RESIDENTE |       | Total      |
|  | Frec.   | %     | Frec.     | %     |            |
| <b>PERCEPCION DE DEPENDENCIA</b>                       |         |       |           |       |            |
| <b>FAVORABLE</b>                                       | 36      | 52.94 | 28        | 60.87 | <b>57</b>  |
| <b>NEUTRA</b>  | 3       | 4.41  | 5         | 10.87 | <b>8</b>   |
| <b>DESFAVORABLE</b>                                    | 29      | 42.65 | 13        | 28.26 | <b>49</b>  |
|  |         |       |           |       | <b>114</b> |
| <b>SEGURIDAD PROFESIONAL</b>                           |         |       |           |       |            |
| <b>FAVORABLE</b>                                       | 36      | 52.94 | 29        | 64.44 | <b>60</b>  |
| <b>NEUTRA</b>  | 1       | 1.47  | 3         | 4.44  | <b>4</b>   |
| <b>DESFAVORABLE</b>                                    | 31      | 45.59 | 14        | 31.11 | <b>50</b>  |
|  |         |       |           |       | <b>114</b> |
| <b>CONCIENCIA SOBRE EL USO</b>                         |         |       |           |       |            |
| <b>FAVORABLE</b>                                       | 35      | 51.47 | 26        | 56.52 | <b>58</b>  |
| <b>NEUTRA</b>  | 1       | 1.47  | 3         | 6.52  | <b>4</b>   |
| <b>DESFAVORABLE</b>                                    | 32      | 47.06 | 17        | 36.96 | <b>52</b>  |
|  |         |       |           |       | <b>114</b> |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

En cuanto a la Seguridad Profesional, los resultados muestran que tanto los internos como los residentes tienen una percepción generalmente favorable de su entorno profesional, con el 52.94% de los internos y el 64.44% de los residentes considerando favorable esta dimensión. A pesar de esto, los internos muestran un porcentaje más alto de respuestas desfavorables (45.59%) en comparación con los residentes (31.11%), lo que podría indicar que los internos perciben más riesgos o dificultades en su entorno profesional.

En la dimensión de Conciencia sobre el Uso, tanto los internos como los residentes muestran una percepción favorable, aunque con una ligera diferencia en las proporciones. El 51.47% de los internos y el 56.52% de los residentes consideran favorable esta dimensión, indicando que ambos grupos tienen una conciencia relativamente positiva sobre el uso de las herramientas o recursos disponibles. Sin embargo, un porcentaje considerable de internos (47.06%) considera desfavorable la conciencia sobre el uso, en comparación con el 36.96% de los residentes.

## ANALISIS BIVARIADO

### Prueba de Shapiro Wilk

**Tabla N° 9.** Análisis comparativo de las dimensiones de actitudes acerca de opioides según grado académico.

| Variable | Obs | w      | v     | z    | prob>z |
|----------|-----|--------|-------|------|--------|
| Edad     | 114 | 0.9766 | 2.157 | 1.71 | 0.042  |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

En los resultados del test de normalidad de Shapiro-Wilk para la variable edad con 114 observaciones, se obtuvo un valor de  $W = 0.97660$ . Este valor indica que la distribución de la variable "edad" se acerca a una distribución normal, pero es importante considerar el valor de p asociado. El valor p obtenido fue de 0.04297, lo que es menor que el umbral de significancia comúnmente utilizado de 0.05. Esto sugiere que se rechaza la hipótesis nula de normalidad, indicando que la variable "edad" no sigue una distribución normal en este caso.

### Edad y actitudes

**Tabla N° 10.** Análisis de correlación de Spearman entre edad y actitud.

| Variable 1 | Variable 2 | Coeficiente de Spearman ( $\rho$ ) | Valor p | Interpretación   |
|------------|------------|------------------------------------|---------|------------------|
| Edad       | Actitud    | 0.1551                             | 0.0993  | No significativa |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

Se realizó un análisis de correlación de Spearman para evaluar la relación entre la edad de los participantes y la actitud. Los resultados mostraron que el coeficiente de correlación de Spearman fue de 0.1551, lo que sugiere una correlación débil y positiva entre ambas variables.

El valor de prueba t asociado fue de 0.0993, lo que indica que el valor p es mayor que el umbral de significancia de 0.05. Por lo tanto, no se rechazó la hipótesis nula de que edad y actitud son independientes.

### Sexo y actitudes

**Tabla N° 11.** Relación entre el sexo de los participantes y su actitud hacia el uso de opioides.

| SEXO Y ACTITUD   |              |           |          |            |
|------------------|--------------|-----------|----------|------------|
|                  | Desfavorable | Favorable | Neutra   | Total      |
| <b>Femenino</b>  | 32           | 19        | 3        | <b>54</b>  |
| <b>Masculino</b> | 25           | 30        | 5        | <b>60</b>  |
|                  | <b>57</b>    | <b>49</b> | <b>8</b> | <b>114</b> |

**chi2(2) = 3.5230 P= 0.172**

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

El análisis de chi-cuadrado entre el sexo de los participantes y su actitud reveló que no existía una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables. Los resultados mostraron que, de los 54 participantes femeninos, 32 tuvieron una actitud desfavorable, 19 favorable y 3 neutral, mientras que, de los 60 participantes masculinos, 25 tuvieron una actitud desfavorable, 30 favorable y 5 neutral. La distribución de las actitudes no presentó una diferencia significativa entre los dos grupos. El valor de chi-cuadrado obtenido fue de 3.5230 con 2 grados de libertad, y el valor p fue de 0.172, lo que es superior al umbral de significancia de 0.05. Por lo tanto, no se rechazó la hipótesis nula, lo que indica que las actitudes no varían significativamente según el sexo de los participantes. Es decir, tanto los hombres como las mujeres muestran patrones similares en su actitud hacia el tema en cuestión.

### Hospital y actitudes

**Tabla N° 12.** Relación entre la sede hospitalaria y la actitud de los participantes hacia el uso de opioides.

| HOSPITAL Y ACTITUD       |              |           |          |            |
|--------------------------|--------------|-----------|----------|------------|
|                          | Desfavorable | Favorable | Neutra   | Total      |
| <b>H. Adolfo Guevara</b> | 4            | 23        | 7        | <b>34</b>  |
| <b>H. Antonio Lorena</b> | 15           | 21        | 1        | <b>37</b>  |
| <b>H. Regional</b>       | 19           | 24        | 0        | <b>43</b>  |
|                          | <b>38</b>    | <b>68</b> | <b>8</b> | <b>114</b> |

**chi2(4) = 26.9817 P = 0.000**

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

Por otro lado, el análisis de chi-cuadrado realizado entre el hospital de atención y las actitudes de los participantes mostró una relación estadísticamente significativa. Los datos indican que, en el hospital Adolfo Guevara (n=34), 4 participantes desfavorecieron, 23 fueron favorables y 7 tuvieron una actitud neutral. En el hospital Antonio Lorena (n=37), 15 participantes desfavorecieron, 21 fueron favorables y 1 mostró una actitud neutral. Finalmente, en el hospital Regional (n=43), 19 participantes desfavorecieron, 24 fueron favorables y ninguno presentó una actitud neutral.

El valor de chi-cuadrado fue de 26.9817 con 4 grados de libertad, y el valor p fue de 0.000, lo que es menor que el umbral de significancia de 0.05. Este resultado sugiere que existen diferencias significativas en las actitudes de los participantes dependiendo de la sede hospitalaria donde realizan sus prácticas asistenciales. Lo que indica que las actitudes varían de manera significativa entre los hospitales mencionados.

### **Universidad y actitudes**

**Tabla N° 13. Relación entre el tipo de universidad de procedencia y la actitud de los participantes hacia el uso de opioides.**

| <b>UNIVERSIDAD Y ACTITUDES</b> |                     |                  |               |              |
|--------------------------------|---------------------|------------------|---------------|--------------|
|                                | <b>Desfavorable</b> | <b>Favorable</b> | <b>Neutra</b> | <b>Total</b> |
| <b>Privada</b>                 | 34                  | 26               | 5             | <b>65</b>    |
| <b>Publica</b>                 | 23                  | 23               | 3             | <b>49</b>    |
|                                | <b>57</b>           | <b>49</b>        | <b>8</b>      | <b>114</b>   |

**chi2(2) = 0.5721 P = 0.751**

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

Finalmente, el análisis de chi-cuadrado entre el tipo de universidad (privada vs. pública) y la actitud de los participantes no reveló una relación estadísticamente significativa. De los 65 participantes de universidades privadas, 34 tuvieron una actitud desfavorable, 26 favorable y 5 neutral. Por su parte, de los 49 participantes de universidades públicas, 23 tuvieron una actitud desfavorable, 23 favorable y 3 neutral.

El valor de chi-cuadrado fue de 0.5721 con 2 grados de libertad, y el valor p fue de 0.751, que es considerablemente mayor que el umbral de significancia de 0.05. Como resultado, no se rechazó la hipótesis nula, lo que indica que no hay diferencias significativas en las actitudes entre los estudiantes de universidades privadas y públicas. Por lo tanto, no influye de manera significativa en las actitudes observadas.

## Nivel académico y actitudes

**Tabla N° 14.** Relación entre el nivel académico y la actitud de los participantes hacia el uso de opioides.

| NIVEL ACADEMICO Y ACTITUDES |              |           |          |            |
|-----------------------------|--------------|-----------|----------|------------|
|                             | Desfavorable | Favorable | Neutra   | Total      |
| <b>Interno</b>              | 37           | 29        | 3        | 69         |
| <b>Residente</b>            | 12           | 28        | 5        | 45         |
|                             | <b>49</b>    | <b>57</b> | <b>8</b> | <b>114</b> |

**chi2(2) = 8.6012 P = 0.014**

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

El análisis de chi-cuadrado para evaluar la relación entre la condición universitaria de los participantes (interno vs. residente) y su actitud hacia el tema, clasificada en las categorías desfavorable, favorable y neutral. Los resultados mostraron que, en el grupo de internos (n=69), 37 participantes tuvieron una actitud desfavorable, 29 fueron favorables y 3 tuvieron una actitud neutral. En el grupo de residentes (n=45), 12 participantes tuvieron una actitud desfavorable, 29 fueron favorables y 5 mostraron una actitud neutral.

El valor de chi-cuadrado fue de 8.6012, con 2 grados de libertad, y el valor p fue de 0.014, lo que es inferior al umbral de significancia de 0.05. Este resultado sugiere que existe una relación estadísticamente significativa entre la condición universitaria y la actitud de los participantes. En concreto, los residentes tienen una mayor tendencia a mostrar una actitud favorable hacia el tema en comparación con los internos, que presentaron un mayor porcentaje de actitudes desfavorables.

## Conocimiento y actitudes

**Tabla N° 15.** Relación entre el nivel de conocimiento sobre opioides y la actitud de los participantes.

| CONOCIMIENTO Y ACTITUDES |              |           |          |            |
|--------------------------|--------------|-----------|----------|------------|
|                          | Desfavorable | Favorable | Neutra   | Total      |
| <b>Alto</b>              | 1            | 48        | 0        | 49         |
| <b>Medio</b>             | 20           | 1         | 7        | 28         |
| <b>Bajo</b>              | 36           | 0         | 1        | 37         |
|                          | <b>57</b>    | <b>49</b> | <b>8</b> | <b>114</b> |

**Pearson chi2(4) = 119.4664 P= 0.000**

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

Se realizó el análisis de chi-cuadrado para determinar si existía una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de los participantes y su actitud. Los resultados evidenciaron diferencias marcadas entre los tres niveles evaluados. En el grupo con alto conocimiento (n=49), casi la totalidad de los participantes mostró una actitud favorable, con 48 respuestas favorables, solo 1 desfavorable y ninguna actitud neutral. En contraste, el grupo con bajo conocimiento (n=37) presentó una distribución opuesta: 36 participantes mostraron una actitud desfavorable, ninguno adoptó una actitud favorable y únicamente 1 participante tuvo una actitud neutral. Por su parte, el grupo con conocimiento medio (n=28) mostró mayor variabilidad, con 20 respuestas desfavorables, 1 favorable y 7 actitudes neutrales.

El análisis estadístico arrojó un valor de chi-cuadrado de 119.4664 con 4 grados de libertad, acompañado de un valor  $p = 0.000$ , claramente inferior al umbral de significancia de 0.05. Este resultado permitió rechazar la hipótesis nula y confirmar la existencia de una relación significativa entre ambas variables. En términos prácticos, los hallazgos muestran que el nivel de conocimiento influye de manera importante en la actitud que los participantes adoptan: aquellos con mayor conocimiento tienden a presentar actitudes favorables, mientras que quienes tienen un conocimiento bajo muestran predominantemente actitudes desfavorables.

## ANALISIS MULTIVARIADO

### Regresión Logística

**Tabla N° 16.** Factores predictores de la actitud favorable hacia los opioides: Modelo de regresión logística.

| Variable                 | Coef.  | Error Estándar | z     | P            | IC (95%)      |
|--------------------------|--------|----------------|-------|--------------|---------------|
| <b>Conocimiento</b>      | 1.805  | 0.381          | 4.73  | <b>0.000</b> | [1.05, 2.55]  |
| <b>Sexo</b>              | 0.567  | 0.454          | 1.25  | <b>0.211</b> | [-0.32, 1.45] |
| <b>Edad</b>              | -0.039 | 0.084          | -0.46 | <b>0.644</b> | [-0.20, 0.12] |
| <b>Hospital</b>          | 0.338  | 0.322          | 1.05  | <b>0.029</b> | [0.16, 0.29]  |
| <b>Universidad</b>       | 0.378  | 0.473          | 0.8   | <b>0.424</b> | [-0.54, 1.30] |
| <b>Grado de estudios</b> | 0.41   | 0.815          | 0.5   | <b>0.046</b> | [1.23, 1.55]  |

**Pearson chi2(4) = 119.4664 P= 0.000**

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio realizada en tres hospitales del Cusco (2025).

Se llevó a cabo una regresión logística ordenada para analizar la relación entre diversas variables independientes (conocimiento, sexo, edad, hospital, universidad y condición universitaria) y la actitud de los participantes. El modelo incluyó 114 observaciones y presentó un valor de chi-cuadrado de 36.83 con 6 grados de libertad, y un valor p de 0.00, lo que indica que el modelo es estadísticamente significativo.

Los resultados del análisis mostraron que la variable conocimiento tuvo una relación significativa con la actitud. El coeficiente de conocimiento fue de 1.80 (valor p = 0.00), lo que indica que un mayor nivel de conocimiento está asociado con una mayor probabilidad de tener una actitud favorable, lo que sugiere que los participantes con mayor conocimiento tienden a tener actitudes más favorables hacia el tema.

Por otro lado, la variable sexo mostró un coeficiente de 0.56 (valor p = 0.211), lo que implica que no hay una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la actitud de los participantes. El valor p es mayor que el umbral de significancia de 0.05, lo que sugiere que el sexo no tiene un impacto relevante en las actitudes observadas.

La edad de los participantes tampoco mostró una relación significativa con su actitud, con un coeficiente de -0.038 (valor p = 0.64). Esto indica que la edad no tiene un efecto estadísticamente significativo en las actitudes hacia el tema en cuestión.

En cuanto al hospital de estudio, el coeficiente fue de 0.337 (valor p = 0.029), lo que indica que el tipo de hospital donde realizan sus actividades asistenciales, tiene un impacto significativo sobre su actitud. Similarmente, la variable universidad, con un coeficiente de 0.37 (valor p = 0.42), no mostró una relación significativa con la actitud, lo que sugiere que el tipo de universidad (privada vs. pública) no afecta las actitudes de los participantes.

Finalmente, según el grado académico (interno vs. residente) presentó una relación significativa con la actitud, con un coeficiente de 0.41 (valor p = 0.046), lo que sugiere que esta variable tiene un impacto relevante en las actitudes observadas.

En resumen, los resultados de la regresión logística ordenada indican que la variable conocimiento presenta una relación estadísticamente significativa con la actitud de los participantes.

## **4.2. Discusión**

### **Análisis descriptivo**

En el análisis descriptivo de los datos, se observó una distribución relativamente equilibrada en cuanto a los sexos de los participantes, lo cual es consistente con otros estudios en contextos hospitalarios y médicos. De acuerdo con Durbhakula et al., aunque la distribución de género puede variar dependiendo de la región y del área médica, estudios similares han demostrado que no existe una diferencia significativa en cuanto al impacto del conocimiento y las actitudes entre hombres y mujeres en estos entornos. Esto refuerza la idea de que el género no es un factor que influye directamente en el nivel de conocimiento o las actitudes hacia el manejo de opioides en la práctica clínica.

En cuanto a la distribución hospitalaria, el Hospital Regional del Cusco concentró la mayor proporción de participantes, seguido por el Hospital Antonio Lorena y el Hospital Adolfo Guevara Velasco. Esta distribución refleja la relevancia de estos centros de salud en la formación académica de los internos y residentes en la región. Es importante notar que estos hospitales, al ser los principales en Cusco, probablemente tengan una mayor exposición a pacientes con dolor crónico y agudo, lo que permite que los participantes puedan experimentar directamente la aplicación clínica de los opioides.

En términos de nivel académico, la muestra estuvo compuesta principalmente por internos en comparación con los residentes. Esta diferencia refleja la estructura jerárquica dentro de los hospitales, donde los residentes, al tener mayor experiencia clínica y formación académica, tienen un contacto más cercano con la prescripción de medicamentos opioides. Como sugiere Chen et al., los médicos con mayor experiencia suelen tener un mayor nivel de confianza en la prescripción de opioides, lo que podría influir en sus actitudes hacia el uso de estos fármacos.

Los resultados mostraron que los residentes tienen un conocimiento teórico significativamente más alto (media = 6.57) en comparación con los internos, lo que sugiere que la mayor experiencia y formación clínica de los residentes contribuye a un mejor manejo del conocimiento sobre opioides. Estos hallazgos son consistentes con los estudios de Chen et al. y Durbhakula et al., que encontraron que los estudiantes con mayor formación específica sobre opioides y manejo del dolor demostraron un conocimiento más profundo en áreas como la farmacología, efectos adversos y las normativas legales asociadas a su uso.

El estudio de Adalbert et al. también subraya que, aunque los médicos en formación tienen acceso a programas educativos sobre opioides, la formación en opioides puede ser insuficiente si no se integra de manera más extensa en el currículo de formación médica. En este contexto, los residentes, que ya cuentan con más formación avanzada, naturalmente tienen un conocimiento superior sobre los opioides en comparación con los internos, quienes aún están en una etapa temprana de su carrera y no han tenido tantas oportunidades de aplicar ese conocimiento de manera práctica.

En cuanto al conocimiento práctico, los resultados de este estudio indican que la mayoría de los participantes, tanto internos como residentes, se encuentran en el nivel medio (66.67% en ambos grupos), sin alcanzar un nivel alto de conocimiento práctico. Este hallazgo revela un estancamiento crítico en la formación clínica: si bien el residente supera al interno en teoría, ambos carecen de la competencia operativa para la dosificación y rotación de fármacos. Esto coincide con lo reportado por Di Chiaro et al., quienes advierten que la enseñanza tradicional garantiza la memorización farmacológica pero falla en transferir esa información a la confianza clínica necesaria para situaciones reales, generando una disociación peligrosa entre 'saber qué recetar' y 'saber cómo hacerlo' de forma segura.

El estudio de Regunath et al. también señala que, aunque los médicos en formación adquieren conocimientos teóricos en el manejo del dolor y opioides, la falta de formación práctica y de experiencia directa puede llevar a una aplicación subóptima de esos conocimientos.

En cuanto a las actitudes según la dimensión de percepción de dependencia los residentes tienen una percepción más favorable hacia la dependencia de los opioides, en comparación con los internos. Sin embargo, los internos presentan una mayor proporción de respuestas desfavorables, en comparación con los residentes. Este hallazgo puede explicarse por la mayor experiencia clínica de los residentes, que les permite manejar con mayor seguridad los riesgos asociados con el uso de opioides. De acuerdo con el estudio de Durbhakula et al., los residentes con mayor exposición a la práctica clínica tienen actitudes más favorables y una mayor comprensión de la necesidad de utilizar opioides de manera controlada, lo que refuerza la idea de que la experiencia clínica reduce las preocupaciones sobre la dependencia.

En cuanto a la seguridad profesional, los resultados muestran que los residentes tienen una mayor percepción favorable en comparación con los internos. Este resultado coincide con lo reportado por Acharya et al., quienes encontraron que la formación adecuada durante la residencia mejora significativamente la confianza de los médicos en la prescripción de opioides, lo que puede explicar la mayor seguridad profesional de los residentes en comparación con los internos. Sin embargo, la percepción desfavorable entre los internos sugiere que aún existe una falta de confianza en los estándares de seguridad, lo que podría estar relacionado con una formación teórica insuficiente o la falta de prácticas supervisadas que permitan fortalecer estas habilidades.

Respecto a la conciencia sobre el uso de opioides, los residentes también muestran una mayor actitud favorable en comparación con los internos. Este resultado está en consonancia con el estudio de Chen et al., quienes encontraron que los estudiantes que recibieron formación especializada sobre el manejo del dolor y el uso de opioides tuvieron actitudes más positivas y una mayor conciencia sobre el uso adecuado de estos fármacos. Los internos, aunque muestran una percepción favorable, presentan un porcentaje mayor de respuestas desfavorables (47.06%) en comparación con los residentes (36.96%), lo que sugiere que la formación específica en el uso de opioides sigue siendo insuficiente para este grupo.

### **Análisis Bivariado**

El análisis bivariado realizado mediante correlaciones y comparaciones entre las variables mostró que el conocimiento sobre los opioides tiene un impacto determinante en las actitudes hacia su uso. Los participantes con mayor conocimiento no solo tendieron, sino que mostraron de manera contundente actitudes más favorables. Este hallazgo es consistente con la investigación de Durbhakula et al., quienes documentaron un cambio significativo en las actitudes de los estudiantes de medicina después de recibir una formación estructurada sobre el manejo del dolor y el uso de opioides. En su estudio, el conocimiento y las actitudes mejoraron de manera significativa en estudiantes que participaron en un curso específico sobre opioides, lo que también se refleja en los resultados de este estudio, donde los residentes muestran actitudes más favorables que los internos, lo cual puede explicarse por su mayor nivel de conocimiento sobre estos medicamentos.

El estudio de Chen et al. también encontró que los estudiantes de medicina de último año que recibieron formación en medicina del dolor mostraron una correlación positiva entre el conocimiento y las actitudes hacia el uso de opioides. Nuestros resultados ratifican esta premisa, demostrando que la educación no cumple solo una función informativa, sino que actúa como una herramienta de modificación conductual capaz de derribar la 'opiofobia'. Al correlacionar un mayor dominio cognitivo con una actitud más favorable, se evidencia que la reticencia a prescribir no nace de la prudencia, sino del desconocimiento, validando que una capacitación estructurada es el mecanismo más eficaz para transformar una postura restrictiva en una práctica ética y segura.

Sin embargo, los resultados también sugieren que, a pesar de la correlación positiva entre el conocimiento y las actitudes, aún persisten ciertas barreras en la prescripción de opioides. El hecho de que incluso los residentes con alto conocimiento enfrenten dificultades sugiere la presencia de un 'currículo oculto' o barreras institucionales que frenan la práctica ideal. Coincidiendo con Adalbert et al., identificamos que factores externos como la ausencia de protocolos estandarizados en los hospitales estudiados y la presión social punitiva actúan como moderadores negativos, impidiendo que el conocimiento teórico se traduzca plenamente en una prescripción libre de estigmas.

### **Análisis multivariado**

El análisis multivariado realizado mediante regresión logística confirma que el conocimiento sobre los opioides es un predictor significativo de las actitudes hacia su uso. En este estudio, los resultados sugieren que aquellos participantes con mayor conocimiento sobre opioides tienen una probabilidad significativamente mayor de tener actitudes positivas hacia su uso clínico. Este valor predictivo es contundente: indica que un médico con conocimientos sólidos tiene casi 2.5 veces más probabilidad de superar las barreras del miedo y prescribir adecuadamente que uno con formación deficiente. Esto eleva la importancia de los hallazgos de Acharya et al., confirmando que la intervención educativa no es una variable opcional, sino el determinante central para garantizar la disponibilidad de alivio del dolor en el entorno hospitalario.

Acharya et al. y Adalbert et al. también destacaron la importancia de una educación formal y continua en el manejo de opioides, especialmente en un contexto donde el riesgo de abuso y sobredosis está presente. Los resultados de este estudio refuerzan la idea de que la educación en el manejo de opioides no solo mejora el conocimiento, sino también la

confianza profesional y la disposición a prescribir estos medicamentos de manera adecuada y ética. La necesidad de implementar módulos educativos sobre analgesia y opioides en los programas de formación médica, como se recomienda en la literatura, es clave para mejorar las competencias de los futuros médicos y garantizar una práctica clínica más segura.

Es relevante destacar que el análisis multivariado ajustado reveló que, además del conocimiento, el grado académico y la sede hospitalaria también actúan como factores influyentes en la actitud. Si bien el conocimiento es el predictor más potente, el hecho de que la variable 'Hospital' haya resultado significativa sugiere que el entorno institucional y la cultura organizacional de cada sede ejercen una presión modeladora sobre el médico en formación. En este sentido, los resultados coinciden con los hallazgos de Adalbert et al., quienes subrayan que, más allá de la formación académica individual, factores externos como los protocolos locales y la cultura organizacional de cada sede hospitalaria actúan como modeladores de la conducta prescriptiva. Esto explica por qué la variable 'hospital' resultó estadísticamente significativa en nuestro modelo multivariado, evidenciando que el entorno institucional puede facilitar o inhibir la disposición hacia el uso de opioides, independientemente de cuánto conozca el Profesional de la salud en formación.

En resumen, los resultados de esta investigación demuestran que el conocimiento sobre opioides es un factor determinante en la actitud de los médicos en formación hacia la prescripción de estos medicamentos. Los residentes, con mayor conocimiento y experiencia, muestran una actitud más favorable hacia los opioides en comparación con los internos, lo que destaca la importancia de la educación continua y estructurada sobre el manejo de opioides. Sin embargo, también se identificaron barreras significativas, como la percepción del riesgo y la falta de protocolos institucionales, que deben abordarse en futuras estrategias educativas. La implementación de módulos de educación formal sobre opioides en los programas de formación médica es esencial para mejorar tanto el conocimiento como las actitudes hacia su uso clínico responsable.

#### **4.3. Conclusiones**

- Se determinó que existe una correlación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de conocimiento y la actitud acerca de opioides en la población estudiada. Esto confirma que la competencia cognitiva es un determinante fundamental para el comportamiento prescriptivo: a mayor grado de instrucción teórica y práctica sobre estos

fármacos, se observan posturas más favorables, seguras y éticas para su indicación clínica.

- Se determinaron las características generales de los participantes, estableciéndose que la población estuvo conformada mayoritariamente por internos de medicina en comparación con médicos residentes, con un predominio del sexo masculino y una edad promedio de 32 años. Asimismo, se evidenció que la gran mayoría proviene de universidades privadas y ha tenido una experiencia de exposición clínica insuficiente durante su formación, lo que perfila a un grupo joven con brechas importantes en su preparación práctica previa.
- Se determinó que el nivel de conocimiento acerca de opioides es predominantemente bajo en el componente práctico, donde ningún participante alcanzó un nivel alto, evidenciando falencias críticas en la dosificación y rotación de fármacos. Sin embargo, al comparar por condición académica, los médicos residentes mostraron un dominio teórico y normativo significativamente superior al de los internos de medicina, ratificando que la formación de posgrado mejora la base conceptual, aunque la operatividad clínica sigue siendo deficiente en ambos grupos.
- Se determinó que la actitud acerca de opioides presenta una polarización marcada según el grado de instrucción. Mientras que los médicos residentes tienden a manifestar actitudes favorables respaldadas por su mayor contacto hospitalario, existe un segmento considerable de internos de medicina que mantiene actitudes desfavorables, caracterizadas por la opiofobia, el temor legal y la sobreestimación del riesgo de adicción, barreras que limitan su intención de prescribir.
- Se determinó la correlación específica entre las variables, hallándose una asociación directa de intensidad moderada. Este hallazgo estadístico valida que las barreras actitudinales (miedo o rechazo) no son rasgos aislados de la personalidad del médico, sino que están inversamente asociadas al desconocimiento; por tanto, la mejora de la actitud depende intrínsecamente de la elevación del nivel de conocimientos técnicos.

#### **4.4. Sugerencias**

- A las Direcciones de las Escuelas Profesionales de Medicina Humana: Considerando que el estudio reveló que los internos de medicina ingresan a la práctica hospitalaria con actitudes desfavorables (opiofobia) y conocimientos prácticos insuficientes, se sugiere revisar y fortalecer las mallas curriculares de pregrado. Es imperativo que la enseñanza sobre opioides no se limite a la farmacología teórica, sino que se integre un

módulo específico de "Manejo del Dolor y Cuidados Paliativos" en el último año de estudios, enfocado en desmitificar creencias erróneas y entrenar al alumno en el marco legal vigente antes de su internado.

- A las Unidades de Docencia e Investigación de los Hospitales (Sedes del Estudio): Dado que los resultados evidenciaron que el "Conocimiento Práctico" (dosificación y rotación de opioides) fue el puntaje más bajo tanto en internos como en residentes, se recomienda implementar Talleres de Simulación Clínica y Discusión de Casos en lugar de solo charlas teóricas. La capacitación debe centrarse operativamente en el cálculo de dosis, conversión de opioides y llenado correcto de recetas especiales, para cerrar la brecha detectada entre la teoría farmacológica y la aplicación real junto a la cama del paciente.
- A los Jefes de Servicio y Tutores de Residencia Médica: Visto que se encontró una correlación positiva donde el "miedo" y la inseguridad disminuyen conforme aumenta el conocimiento, se sugiere fomentar un sistema de mentoría clínica donde el residente o asistente supervise activamente la prescripción de opioides por parte del interno. Se debe promover un ambiente académico donde el uso de analgésicos potentes se normalice como una herramienta terapéutica estándar y no como un recurso de "último ratio" o tabú, combatiendo así la actitud defensiva hallada en los niveles formativos iniciales.
- A futuros investigadores: Debido a que este estudio identificó la asociación y las falencias en un corte transversal, se sugiere realizar estudios de intervención (pre-test / post-test). Sería valioso evaluar la eficacia de un programa de capacitación corto (curso-taller) para medir cuánto mejora la actitud y la seguridad de prescripción después de una intervención educativa focalizada, utilizando los mismos instrumentos para monitorear el cambio conductual a lo largo del tiempo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BIREME/OPS/OMS. Opioide [Internet]. São Paulo: BIREME; 2024 [citado 2025 Nov 16]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=715&filter=ths\\_termall&q=opioide](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=715&filter=ths_termall&q=opioide)
2. World Health Organization. Opioid overdose. Fact sheet [Internet]. 2025 Aug 29 [citado 2025 Nov 14]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>
3. United Nations. Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. New York: United Nations; 1961. [Internet]. [citado 2025 Nov 16]. Disponible en: [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf)
4. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2024: Harms of the world drug problem continue to mount amid expansions in drug use and markets [Internet]. Vienna: United Nations; 2024 Jun [citado 2025 Nov 15]. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2024-drug-market-trends.html>
5. Rash JA, Buckley N, Busse JW, et al. Healthcare provider knowledge, attitudes, beliefs, and practices surrounding the prescription of opioids for chronic non-cancer pain in North America: protocol for a mixed-method systematic review. *Syst Rev* [Internet]. 2018 Oct [citado 2025 Nov 15];7(1):189. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0858-7>
6. Bell LV, Fitzgerald SF, Flusk D, Poulin PA, Rash JA. Healthcare provider knowledge, beliefs, and attitudes regarding opioids for chronic non-cancer pain in North America prior to the emergence of COVID-19: A systematic review of qualitative research. *Can J Pain* [Internet]. 2023 [citado 2025 Nov 15];7(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1080/24740527.2022.2156331>
7. Vahos J, Rojas-Cortés R, Daza D, Osorio-Flórez LC, Macías Saint-Gerons D, Pastrana T, et al. Barreras de acceso a medicamentos opioides en cuidados paliativos en América Latina: percepción de los profesionales de salud. *J Palliat Med* [Internet]. 2023 [citado 2025 Nov 15];26(2):199–209. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0122>

8. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Aliviar el abismo del acceso a cuidados paliativos y alivio del dolor: un imperativo de la cobertura sanitaria universal. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado 2025 Nov 15];391(10128):1391–1454. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
9. Wang S, He Y, Huang Y. Global, regional, and national trends and burden of opioid use disorder in individuals aged 15 years and above: 1990 to 2021 and projections to 2040. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2025 [citado 2025 Nov 15];34:e32. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S2045796025100085>
10. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID). Alerta DIGEMID N°101-2025: Modificaciones y advertencias sobre medicamentos opioides. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2025 [Internet]. [citado 2025 Nov 15]. Disponible en: <https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/alertas-modificaciones/2025/alerta-digemid-no-101-2025/>
11. Gerencia Regional de Salud Cusco. Estadísticas de morbilidad: R52 - Dolor, no clasificado en otra parte [Internet]. Cusco: DIRESA Cusco; 2024 [citado 2025 Oct 31]. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZDc5YTVINGYtMjFIOS00NGRhLTg5NzktMzFkOTIIOTQ2NjNlIwidCI6ImExMTQxY2VhLWY2NjYtNGUxMS1hNzAzLWQ3MjEzNDBkNjQ0NCIsImMiOjR9&pageName=d3bdःa97f64e92f17c1c>
12. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud (Perú). Perfiles epidemiológicos [Internet]. Lima: MINSA; [citado 2025 Oct 29]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/perfiles\\_epidemiologicos/](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/perfiles_epidemiologicos/)
13. Ministerio de Salud (Perú). Resolución Ministerial N.º 939-2021/MINSA: Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas en el Perú 2021–2023 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2021 Jul 26 [citado 2025 Oct 29]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2046037-939-2021-minsa>
14. Gerencia Regional de Salud Cusco. PNUME 2023 por niveles de atención [Internet]. Cusco: DIRESA Cusco; 2023 [citado 2025 Oct 29]. Disponible en: <https://www.diresacusco.gob.pe/medica/pnume23porniveles.pdf>

- 15.** Durbhakula S, Wang TY, Segna KG, Limerick GR, Broachwala MY, Schatman ME, et al. Cambios en las actitudes de los estudiantes hacia los pacientes con dolor, el dolor y el manejo de opioides siguiendo un currículo específico para el dolor en la facultad de medicina. *J Pain Res* [Internet]. 2024 [citado 2025 Nov 15];17:827–835. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/JPR.S447671>
- 16.** Chen JL, Ho ST, Yeh CC, et al. Assessment of opioid knowledge and attitudes among senior medical students in Taiwan's pain education curriculum: A cross-sectional questionnaire survey. *BMC Med Educ* [Internet]. 2024 [citado 2025 Nov 15];24:1045. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06043-4>
- 17.** Flores Tucto M. Actitudes y conocimiento sobre el manejo del dolor en médicos del Departamento de Área Quirúrgica, Hospital Regional Lambayeque, 2023 [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2023 [citado 2025 Nov 14]. Disponible en: <https://repositorio.usat.edu.pe/items/e94381eb-cdf1-434c-8517-83970447edc8>
- 18.** Acharya PP, Fram BR, Adalbert JR, Oza A, Palvannan P, Nardone E, et al. Impacto de una intervención educativa en el conocimiento sobre opioides y las prácticas de prescripción de médicos residentes. *Cureus* [Internet]. 2022 [citado 2025 Nov 15];14(3):e23508. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.23508>
- 19.** Adalbert JR, Ilyas AM. Implementación de un módulo virtual sobre manejo del dolor y opioides para estudiantes de medicina. *BMC Med Educ* [Internet]. 2022 [citado 2025 Nov 15];22:18. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03058-z>
- 20.** Arroyo Franco M I. Opiofobia: actitudes, creencias y conocimientos de los médicos sobre la prescripción de medicamentos opioides para el manejo del dolor [Tesis de especialización]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2022 [citado 2025 Nov 14]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/items/b7ace2ff-c29e-47b5-85a5-5b26141e84f3>
- 21.** Di Chiaro B, Sweigert PJ, Patel PP, Kabaker AS. Percepción de los estudiantes de medicina quirúrgica sobre su preparación para prescribir opioides postoperatorios. *Am J Surg* [Internet]. 2020 [citado 2025 Nov 15];219(3):411–414. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2019.10.024>

- 22.** Hall DJ, Mira JC, Hoffman MR, Keshava HB, Olsen KR, Hardaway JC, et al. Prácticas de prescripción de opioides entre médicos en formación postoperatoria (POST-OPP): encuesta nacional. *J Opioid Manag* [Internet]. 2019 [citado 2025 Nov 15];15(4):307–322. Disponible en: <https://doi.org/10.5055/jom.2019.0516>
- 23.** Olsen KR, Hall DJ, Mira JC, Underwood PW, Antony AB, Vasilopoulos T, et al. Prácticas institucionales de prescripción de opioides en residentes quirúrgicos (POST OPP). *J Surg Res* [Internet]. 2018 [citado 2025 Nov 15];229:58–65. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2018.03.011>
- 24.** Regunath H, Cochran K, Cornell K, Shortridge J, Kim D, Akbar S, et al. Manejo del dolor crónico entre médicos en formación: estudio transversal en un programa universitario. *Mo Med* [Internet]. 2016 [citado 2025 Nov 15];113(1):72–78. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6139743/>
- 25.** Simões EC, Lima CHH, Oliveira Jr JO. El opio y sus derivados: historia y significados psicosociales. En: Oliveira Jr JO, editor. Opiáceos: el estado actual. 2001;(2):13–29 [Internet]. [citado 2025 Nov 15]. Disponible en: [https://www.academia.edu/41249591/Breve\\_Historia\\_del\\_OPIO\\_y\\_sus\\_derivados\\_opioides](https://www.academia.edu/41249591/Breve_Historia_del_OPIO_y_sus_derivados_opioides)
- 26.** Trescot AM, Datta S, Lee M, Hansen H. Opioid pharmacology revisited: mecanismos y clasificación actual de analgésicos opioides. *Pain Physician* [Internet]. 2018 [citado 2025 Nov 16];21(3 Suppl):S105–S118. Disponible en: <https://www.painphysicianjournal.com/linkout?issn=1533-3159&vol=21&page=S105>
- 27.** Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. Guía de práctica clínica de los CDC para la prescripción de opioides para el dolor — Estados Unidos, 2022. *MMWR Recomm Rep* [Internet]. 2022 Nov 4 [citado 2025 Nov 16];71(RR-3):1–95. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7103a1>
- 28.** Jones MR, Viswanath O, Peck J, Kaye AD, Gill JS, Simopoulos TT. A brief history of the opioid epidemic and strategies for pain medicine. *Pain Ther* [Internet]. 2018 [citado 2025 Nov 16];7(1):13–21. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40122-018-0097-6>

- 29.** Morgan JP. American opioidophobia: customary underutilization of opioid analgesics. *Adv Alcohol Subst Abuse* [Internet]. 1985 [citado 2025 Nov 14];5(1-2):163-172. Disponible en: [https://doi.org/10.1300/J251v05n01\\_11](https://doi.org/10.1300/J251v05n01_11)
- 30.** Oliveira Júnior JO. Opiophobia and opioidophilia: the war continues. *Rev Assoc Med Bras* (1992) [Internet]. 2018 [citado 2025 Nov 14];64(5):393-396. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.05.393>
- 31.** Webster F, Bremner S, Oosenbrug E, Durant S, McCartney CJ, Katz J. From opioidophobia to overprescribing: a critical scoping review of medical education training for chronic pain. *Pain Med* [Internet]. 2017 [citado 2025 Nov 14];18(8):1467-1475. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/pmw/pnw35233>
- 32.** National Center for Biotechnology Information. Opioid use disorder. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 2025 Nov 14]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK598858/>
- 33.** BIREME/OPS/OMS. Actitud. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) [Internet]. São Paulo: BIREME; 2024 [citado 2025 Nov 16]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/>
- 34.** Rosenberg MJ, Hovland CI. Componentes cognitivos, afectivos y conductuales de las actitudes. En: Hovland CI, Rosenberg MJ, editores. *Attitude Organization and Change*. New Haven: Yale University Press; 1960. [Internet]. [citado 2025 Nov 16]. Disponible en: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2022280>
- 35.** Lin TC, Ger LP, Pergolizzi JV, Raffa RB, Wang JO, Ho ST. Knowledge, attitude and practice survey of prescribing opioids for chronic noncancer pain in Taiwan: comparison of pain and non-pain physicians. *Pain Med* [Internet]. 2019 [citado 2025 Nov 14];20(12):2397-2410. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/pmw/pnw189>
- 36.** BIREME/OPS/OMS. Conocimiento. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) [Internet]. São Paulo: BIREME; 2024 [citado 2025 Nov 16]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/>
- 37.** Anderson LW, Krathwohl DR. *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. New York: Longman; 2001.

[Internet]. [citado 2025 Nov 16]. Disponible en:  
<https://archive.org/details/taxonomyforlearn0000unse>

38. Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. Rev Electron Investig Educ [Internet]. 2018 [citado 2025 Nov 16];20(1):38–47. Disponible en: <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>
39. Jebb AT, Ng V, Tay L. A Review of Key Likert Scale Development Advances: 1995–2019. Front Psychol [Internet]. 2021 [citado 2025 Nov 16];12:637547. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.637547>
40. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. Guía de práctica clínica de los CDC para la prescripción de opioides para el dolor — Estados Unidos, 2022. MMWR Recomm Rep [Internet]. 2022 Nov 4 [citado 2025 Nov 16];71(RR-3):1–95. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7103a1>
41. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Reglamento del Internado de Medicina. Lima: MINSA; 2016. [Internet]. [citado 2025 Nov 16]. Disponible en: <https://www.gob.pe/minsa>
42. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Reglamento Nacional del Sistema de Residentado Médico – SINAREME. Lima: MINSA; 2021. [Internet]. [citado 2025 Nov 16]. Disponible en: <https://www.gob.pe/minsa>
43. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Glosario de términos estadísticos: Edad. Lima: INEI; 2022. [Internet]. [citado 2025 Nov 16]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe>
44. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Manual de enfoque de género en estadísticas. Lima: INEI; 2020. [Internet]. [citado 2025 Nov 16]. Disponible en: <https://www.gob.pe/inei/>
45. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Clasificación de los establecimientos de salud del Perú. Lima: MINSA; 2023. [Internet]. [citado 2025 Nov 16]. Disponible en: <https://www.gob.pe/minsa>
46. Seguro Social de Salud (EsSalud). Informe anual institucional 2023. Lima: EsSalud; 2024. [Internet]. [citado 2025 Nov 16]. Disponible en: <https://www.essalud.gob.pe>

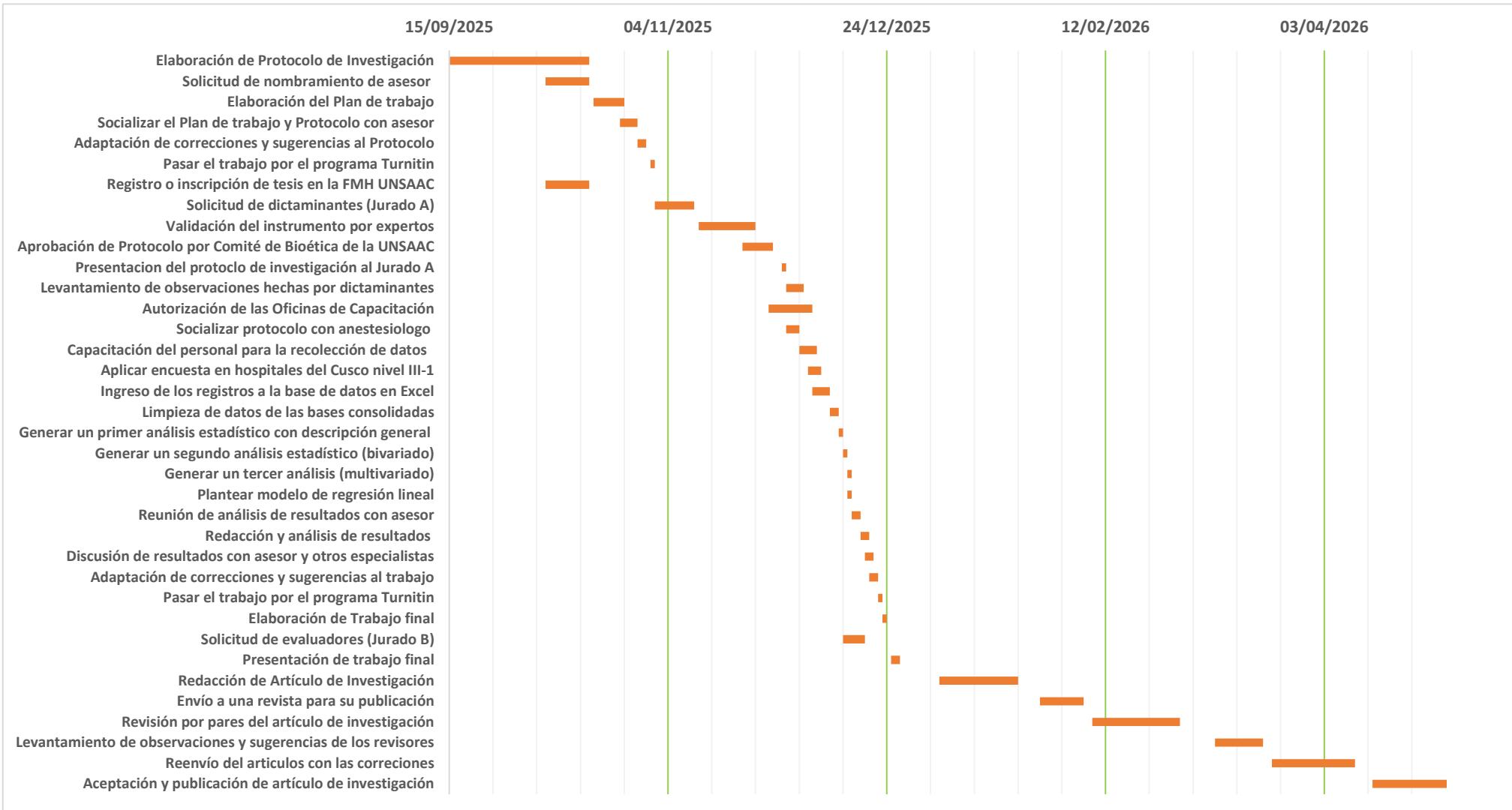
- 47.** Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Resolución Ministerial N.º 351-2022/MINSA: Directiva Administrativa para el desarrollo de actividades del Internado en Ciencias de la Salud. El Peruano. 2022 May 16; Suppl. NL 2067305-1. [Internet]. [citado 2025 Nov 16]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2067305-1>
- 48.** Perú. Ley N.º 30220 – Ley Universitaria. Lima: Ministerio de Justicia; 2014. [Internet]. [citado 2025 Nov 16]. Disponible en: [https://spijweb.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2024/01/29-12-23\\_LibroLeyUniversitaria-FINAL.pdf](https://spijweb.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2024/01/29-12-23_LibroLeyUniversitaria-FINAL.pdf)
- 49.** Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. 7.<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2022.

## PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

| <u>Categoría</u>                          | <u>Descripción del bien o servicio</u> | <u>Unidad de medida</u> | <u>Cantidad</u> | <u>Costo Unitario en soles</u> | <u>Costo total</u> |
|---|--|-------------------------|-----------------|--------------------------------|--------------------|
| <b>Material de escritorio</b>             | Papel bond A4 de 80g                   | Paquete de 100 unid     | 15              | 16                             | 240.00             |
|   | Lapicero azul Faber-Castell®           | Unidad                  | 3               | 17                             | 51.00              |
|   | Lapicero negro Faber-Castell®          | Unidad                  | 3               | 18                             | 54.00              |
|   | Resaltador Faber-Castell®              | Unidad                  | 2               | 19                             | 38.00              |
|   | Corrector Faber-Castell®               | Unidad                  | 2               | 20                             | 40.00              |
|   | Tablero de plástico oficio             | Unidad                  | 3               | 21                             | 63.00              |
| <b>Servicio de impresiones y anillado</b> | Impresiones de ficha de recolección    | Unidad                  | 240             | 0.15                           | 36.00              |
|   | Impresión de proyecto de investigación | Unidad                  | 4               | 30                             | 120.00             |
| <b>Servicio de transporte</b>             | Gasolina premium                       | Galones                 | 10              | 17.95                          | 179.50             |
| <b>Servicio de comunicación</b>           | Telefonía móvil e internet             | Servicio                | 12              | 39.9                           | 478.80             |
| Total                                     |  |                         |                 |                                | 718.80             |

El presupuesto total es de S/. 718.80 (setecientos dieciocho soles con ochenta centavos). La totalidad de los costos será asumida y financiada directamente por el tesista, sin requerir aportes de instituciones externas ni entidades colaboradoras.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



## ANEXOS

### ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la investigación: "CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES DEL CUSCO, 2025"

| PROBLEMA   | OBJETIVO  | HIPOTEsis   | VARIABLES  | JUSTIFICACION   | METODOLOGIA  | POBLACION Y MUESTRA  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| <b>PROBLEMA GENERAL</b><br>¿Existe una correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025?  | <b>OBJETIVO GENERAL</b><br>Determinar si existe correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.  | Hi: Se espera una correlación positiva moderada ( $r > 0,4$ ) entre el nivel de conocimiento y la actitud acerca de opioides. | <b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b><br>Nivel de conocimiento acerca de opioides.<br>Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"><li>• Declarativo</li><li>• Procedimental</li><li>• Condicional</li></ul>      | El estudio es factible, ético y relevante, al evaluar la correlación entre el nivel de conocimiento y las actitudes acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de medicina de hospitales del Cusco. Esta investigación aborda un tema de adicción. | <b>Tipo:</b> cualitativo<br><b>Enfoque:</b> observacional<br><b>Diseño:</b> no experimental, transversal y correlacional<br><b>Alcance:</b> descriptivo correlacional<br><b>Nivel:</b> correlacional<br><b>Población:</b> internos de medicina y médicos residentes que realizan su práctica clínica durante el año 2025 en los hospitales | La población consta de internos de medicina 170, y médicos residentes 124; lo que genera una población de 294 participantes, en los 3 hospitales de la ciudad del Cusco. El tamaño de muestra se manejo el programa Epidat V.4.2, ingresando en este los datos obtenidos del estudio publicado por |
| <b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b><br>1. ¿Cuáles son las características generales (edad, sexo, tipo de hospital, tipo de universidad de formación, condición académica, conocimiento básico previo sobre opioides, experiencia de exposición clínica, familiaridad con opioides) de los | <b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b><br>1. Determinar las características generales (edad, sexo, tipo de hospital, tipo de universidad de formación, condición académica, conocimiento básico previo sobre opioides, experiencia de exposición clínica, familiaridad con opioides) de los |   | <b>VARIABLE Dependiente:</b><br>Actitudes acerca de opioides.<br>Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"><li>• Percepción de riesgo y temor a la adicción</li><li>• Confianza profesional y</li></ul> |   |  |  |

|    |   |   |   |  |   |  |  |
|----|---|---|---|--|---|--|--|
|    | internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025?  | opioides) de los internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.   | s del Cusco, 2025.<br><b>Ho:</b> No existe una correlación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025. | <ul style="list-style-type: none"><li>• responsabilidad ética</li></ul> <p>• Conciencia del impacto en salud pública</p>   | interés clínico y social, aportando evidencia novedosa para fortalecer la educación médica, promover la prescripción racional y prevenir el uso indebido de opioides. Sus resultados contribuirán a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica. | de la ciudad del Cusco, 2025<br><b>Muestra:</b> software Epidat V.4.2<br><b>Muestreo:</b> probabilístico estratificado<br><b>Técnica:</b> encuesta autoadministrada<br><b>Instrumento:</b> cuestionario estructurado previamente validado, basado en el instrumento desarrollado por Chen et al. y derivado del Taiwan Physician's Prescribing Opioid Survey de Lin et al. | Chen JL, et al. El parámetro de proporción esperada ( $p = 0.88$ ). Además, se colocó nivel de confianza 95%, precisión 5% y efecto de diseño 1.0. Se obtuvo un tamaño de muestra de 104. Se agrego 10% a la muestra calculada para compensar posibles no respondientes, por no respuesta: n final = 114 |
| 2. | ¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025?                                      | 2. Determinar el nivel de conocimiento acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.                                   | 2. Determinar el nivel de conocimiento acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.   | <b>VARIABLES NO IMPLICADAS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Edad</li><li>- Sexo</li><li>- Tipo de hospital</li><li>- Tipo de universidad de formación</li><li>- Condición académica</li><li>- Conocimiento básico previo sobre opioides</li><li>- Experiencia de exposición clínica</li><li>- Familiaridad con opioides</li></ul> |   |  |  |
| 3. | ¿Cuál es la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025?  | 3. Determinar la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.   | 3. Determinar la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.   |  |   |  |  |
| 4. | ¿Cuál es la correlación entre el nivel de conocimiento y las actitudes acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025? | 4. Determinar la correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025. | 4. Determinar la correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de los hospitales del Cusco, 2025.   |  |   |  |  |

## **ANEXO 2: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El propósito de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento para realizar la recolección de datos.

La presente investigación se titula “**CORRELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES DEL CUSCO, 2025**”, dirigida por Edi Quispe Aedo, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. El objetivo de la investigación es determinar la correlación entre nivel de conocimiento y actitudes acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de hospitales del Cusco, 2025.

Se le invita a participar en una encuesta que tomará aproximadamente entre 10 a 15 minutos. Su participación es voluntaria, pudiendo retirarse en cualquier momento sin que ello genere perjuicio. No se identifican riesgos asociados a su participación. Si tiene alguna pregunta, puede solicitar aclaraciones antes o durante la aplicación del instrumento.

Este estudio ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, garantizando el respeto a los principios éticos de confidencialidad, autonomía y beneficencia.

Su identidad será tratada de forma anónima y las respuestas serán analizadas en conjunto. Los datos recolectados serán protegidos conforme a la Ley N.º 29733 – Ley de Protección de Datos Personales.

Si está de acuerdo con los puntos anteriores, por favor complete los datos siguientes:

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

FIRMA:

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**  
**“CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE**  
**OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES**  
**DEL CUSCO, 2025”**

Previo un cordial saludo a usted estimado(a) amigo(a).

Somos estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC, estamos llevando a cabo una encuesta que es parte de un estudio, que tiene como objetivo determinar la correlación entre nivel de conocimiento y actitudes acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de hospitales del Cusco, 2025, y en función de los resultados que encontremos, poder sugerir se desarrolle acciones educativas desde la promoción de la salud que permitan enfrentar el problema potencial que pueda identificarse.

No escriba su nombre en la encuesta, toda la información será recolectada de manera anónima y voluntaria, y será manejada de manera absolutamente confidencial por el equipo de investigación asignado.

Le pedimos que responda a las preguntas de acuerdo a lo que usted conoce o piensa y de acuerdo a lo que ocurre en su vida cotidiana.

Responda de manera segura después de leer las preguntas.

Si tiene alguna duda, pida una aclaración al encuestador. Le agradecemos, no brindar información falsa, pues el estudio puede fracasar. NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS, TODAS LAS RESPUESTAS VALEN.

**¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!**

Instrucciones:

- 1) Lea las preguntas con atención y responda la alternativa que corresponda mejor con su respuesta.
- 2) Se puede responder: Encerrando en un círculo la letra de tu respuesta, subrayando tu respuesta o con una palabra corta si la pregunta lo amerita.

## **SECCIÓN A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y ACADÉMICOS**

**(Complete marcando la opción que corresponda)**

**1. Edad:** \_\_\_\_\_ años

**2. Sexo:**

Masculino

Femenino

**3. En qué hospital realiza actividades asistenciales:**

Hospital Regional del Cusco

Hospital Antonio Lorena

Hospital EsSalud Adolfo Guevara Velasco

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**4. Tipo de universidad de formación:**

Pública

Privada

Extranjero

**5. Condición académica actual:**

Interno de Medicina

Médico Residente

**5.1. Si es Médico Residente, indique año de residencia:**

R1

R2

R3

## **SECCIÓN B. DATOS BASALES SOBRE OPIOIDES**

**(Complete seleccionando la alternativa correspondiente)**

### **6. ¿Qué son los opioides?**

- Analgésicos que actúan sobre el sistema nervioso para aliviar el dolor
- Fármacos exclusivamente utilizados en anestesia
- Sustancias ilegales derivadas del opio
- No estoy seguro/a

### **7. ¿Has visto o utilizado opioides durante tu práctica clínica o rotaciones?**

- Sí
- No

### **8. ¿Qué opioides conoces o recuerdas haber observado en la práctica clínica? (Puede marcar más de una opción)**

- Morfina
- Tramadol
- Buprenorfina
- Fentanilo
- Metadona
- Oxicodona
- Ninguno
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

## SECCIÓN C. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE OPIOIDES

(Marque con una “X” la opción que considere correcta)

| Nº | Ítem  | Verdadero (V)            | Falso (F)                |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 9  | El estreñimiento es un efecto adverso común de los opioides y debe prevenirse con el uso rutinario de laxantes.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | La morfina oral y la morfina intravenosa tienen la misma potencia analgésica.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | El tratamiento prolongado con opioides conlleva un riesgo de adicción, pero no ocurre en todos los pacientes.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Los fármacos complementarios pueden combinarse con los opioides para mejorar el control del dolor.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Calcular la dosis equivalente al cambiar de un opioide a otro es fundamental para prevenir una sobredosis.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Los laxantes deben prescribirse de forma rutinaria junto con opioides.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Los pacientes que usan opioides deben evitar conducir vehículos o manejar maquinaria pesada.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | El tratamiento a largo plazo conlleva un riesgo variable de adicción que requiere monitoreo continuo, siendo mayor en pacientes con factores de riesgo previos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | El uso de opioides está estrictamente limitado por las leyes sobre estupefacientes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Siempre deben probarse analgésicos no opioides antes de usar opioides   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## SECCIÓN D. ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES

(Marque con una “X” la opción que refleje su opinión personal)

Escala Likert de 5 puntos:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

| Nº        | Ítem   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|-----------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>19</b> | Me preocupa que la solicitud de aumento de dosis por persistencia del dolor sea en realidad una conducta adictiva.       | <input type="checkbox"/> |
| <b>20</b> | Me genera temor o inseguridad prescribir opioides en niños debido al riesgo de depresión respiratoria.                   | <input type="checkbox"/> |
| <b>21</b> | Me preocupa generar dependencia si prescribo opioides a largo plazo en pacientes con dolor crónico no oncológico.        | <input type="checkbox"/> |
| <b>22</b> | El miedo de los médicos a causar adicción impide un tratamiento adecuado del dolor.                                      | <input type="checkbox"/> |
| <b>23</b> | Me siento seguro/a al prescribir opioides para el manejo del dolor crónico.  | <input type="checkbox"/> |
| <b>24</b> | La capacitación que recibimos durante el internado y la residencia es adecuada para prescribir opioides de forma segura. | <input type="checkbox"/> |
| <b>25</b> | Existe una crisis mundial de opioides y el Perú podría enfrentar problemas similares.                                    | <input type="checkbox"/> |
| <b>26</b> | Los medios de comunicación exageran los peligros de los opioides.  | <input type="checkbox"/> |

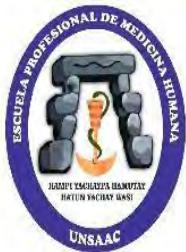
## **ANEXO 3: CUADERNILLO DE VALIDACIÓN**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



### **CUADERNILLO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

**"CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE  
OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES  
DEL CUSCO, 2025"**

**AUTOR: EMH EDI QUISPE AEDO**

#### **SOLICITUD**

Estimado(a) doctor(a): \_\_\_\_\_

Motiva la presente el solicitar su importante colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual por objetivo el obtener la validación de la encuesta, que se aplicará para el desarrollo del tema, denominado:

**"CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE  
OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES  
DEL CUSCO, 2025"**

Acudo a usted, debido a su conocimiento y experiencia en la materia, los cuales aportarán una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS



**“CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE  
OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES  
DEL CUSCO, 2025”**

**IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO**

- APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_
- OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:  
\_\_\_\_\_
- FECHA DE VALIDACIÓN: \_\_\_\_\_

- FIRMA Y SELLO:

En las siguientes preguntas usted evaluará el cuestionario para poder validarla

La siguiente ficha de calificación contiene preguntas de opción múltiple tipo Likert, por favor, marque con una “X” la respuesta elegida dentro de las 7 opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Totalmente en desacuerdo | 5. De acuerdo            |
| 2. Muy en desacuerdo        | 6. Muy de acuerdo        |
| 3. En desacuerdo            | 7. Totalmente de acuerdo |
| 4. Indeciso                 |                          |

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El propósito de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento para realizar la recolección de datos.

La presente investigación se titula “**CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES DEL CUSCO, 2025**”. Este proyecto es dirigido por el EMH. Edi Quispe Aedo, estudiante de la escuela profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. El objetivo de la investigación es determinar la correlación entre nivel de conocimiento y actitudes acerca de opioides en internos de medicina y médicos residentes de hospitales del Cusco, 2025.

Para ello, se le solicita participar en una encuesta que le tomará unos 10 a 15 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Asimismo, se considera que su participación en este estudio no supone un riesgo para usted. Si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente.

Su identidad será tratada de manera anónima. Asimismo, su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de las demás personas encuestadas. Todos los datos proporcionados en la presente encuesta estarán protegidos bajo la Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales.

Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Nombre:

---

DNI:

---

FIRMA

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE “CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES DEL CUSCO, 2025”**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener compresión de la materia de estudio?

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....  
.....  
.....  
.....

**SE AGRADECE ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN**

## **ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

### **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Validez a criterio de expertos, utilizando el método DPP (distancia del punto medio)

#### **PROCEDIMIENTO**

Se construyó una tabla donde colocamos los puntajes por ítems y sus respectivos promedios, brindados por tres especialistas en el tema.

| Nº<br>ITEMS | EXPERTOS |   |   |   |   | PROMEDIO |
|-------------|----------|---|---|---|---|----------|
|             | A        | B | C | D | E |          |
| 1           | 6        | 7 | 7 | 7 | 5 | 6.4      |
| 2           | 6        | 7 | 7 | 6 | 6 | 6.4      |
| 3           | 6        | 6 | 7 | 7 | 6 | 6.4      |
| 4           | 7        | 7 | 7 | 7 | 6 | 6.8      |
| 5           | 7        | 7 | 7 | 7 | 6 | 6.8      |
| 6           | 5        | 6 | 6 | 7 | 6 | 6        |
| 7           | 7        | 7 | 7 | 7 | 6 | 6.8      |
| 8           | 7        | 7 | 7 | 7 | 6 | 6.8      |
| 9           | 7        | 7 | 7 | 6 | 7 | 6.8      |

Con los promedios hallados se determinó la distancia del punto múltiple (DPP) mediante la

Siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + \dots + (x-y_n)^2}$$

Donde:

X= valor máximo en la escala concedido para cada ítem

$y_n$ = valor promedio de cada ítem

$$DPP = \sqrt{(7-6.4)^2 + (7-6.4)^2 + (7-6.4)^2 + (7-6.8)^2 + (7-6.8)^2 + (7-6)^2 + (7-6.8)^2 + (7-6.8)^2 + (7-6.8)^2}$$

Si DPP es igual a cero, significa que el instrumento posee una adecuación total con lo que pretende medir, por consiguiente, puede ser aplicado para obtener información.

Resultado: DPP= 1.51

Determinando la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(x_1-1)^2 + (x_2-1)^2 + \dots + (x_n-1)^2}$$

Donde:

$x_n$ = valor máximo en la escala concedido para cada ítem.

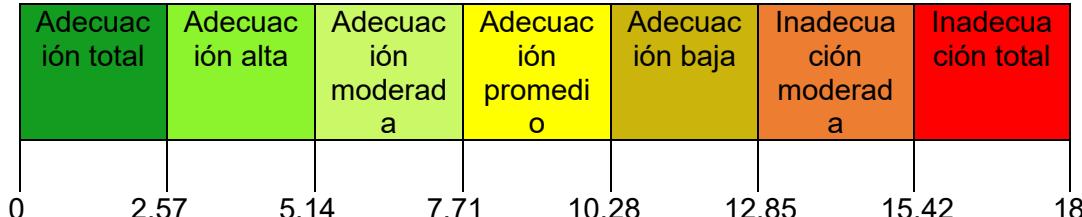
$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2}$$

$$D (\text{máx.}) = 18$$

D (máx.) se dividió entre el valor máximo de la escala:  $\frac{D(\text{max})}{x}$

Resultado: 2.57

Con este último valor hallado se construyó una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor D máx.; dividiéndose en intervalos iguales entre sí denominados de la siguiente manera:



El valor del punto DPP nos indicara en que región de la escala se encuentra la valoración de nuestro instrumento.

### Conclusión:

El valor de la distancia del punto múltiple (DPP) para nuestro instrumento fue de 1.51 ubicándose en la categoría de “Adecuación total”, considerándose como validado permitiendo su validación.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE "CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES DEL CUSCO, 2025"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener compresión de la materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?  
.....  
.....  
.....

**SE AGRADECE ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN**



62

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE "CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES DEL CUSCO, 2025"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener compresión de la materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?  
PROFUNDIZAR EL CONCEPTO DE OPIOIDE.

SE AGRADECE ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN



62

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE "CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES DEL CUSCO, 2025"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?  

|   |   |   |   |   |   |                                     |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener compresión de la materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |                                     |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |                                     |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?  

|   |   |   |   |   |   |                                     |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |                                     |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?  

|   |   |   |   |   |                                     |   |
|---|---|---|---|---|-------------------------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input checked="" type="checkbox"/> | 7 |
|---|---|---|---|---|-------------------------------------|---|
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?  

|   |   |   |   |   |   |                                     |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?  

|   |   |   |   |   |   |                                     |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |                                     |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?  
.....  
.....  
.....

**SE AGRADECE ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN**



62

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE "CORRELACION  
ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN INTERNOS DE  
MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES DEL CUSCO, 2025"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?  

|   |   |   |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> 7 |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener compresión de la materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |                                       |                            |
|---|---|---|---|---|---------------------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input checked="" type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
|---|---|---|---|---|---------------------------------------|----------------------------|
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> 7 |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?  

|   |   |   |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> 7 |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> 7 |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?  

|   |   |   |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> 7 |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?  

|   |   |   |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> 7 |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?  

|   |   |   |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> 7 |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |                                       |   |
|---|---|---|---|---|---------------------------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input checked="" type="checkbox"/> 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---------------------------------------|---|
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?  
.....  
.....  
.....

SE AGRADECE ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

SERVICIO NEUROLOGIA  
FIDEL GUZMAN CHAVEZ  
MEDICO INFERMIERA  
C.M.P.: 35288 R.N.E.

62

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE “CORRELACION  
ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN INTERNOS DE  
MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES DEL CUSCO, 2025”**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?  

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener compresión de la materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?  

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?  

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?  

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?  

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?  

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?  
.....  
.....  
.....

**SE AGRADECE ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN**

*Rossana Cortéz Rodríguez*  
Rossana Cortéz Rodríguez  
HEMATOLOGA PEDIATRA  
CMP 87401 RNE 39063

62

## ANEXO 5: AUTORIZACIONES



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

# AUTORIZACIÓN

La que suscribe M.C. VICTOR ROBERTO MONDRAGON PUMA Adjunto de la Oficina de Investigación, Docencia y Capacitación del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

### **AUTORIZA:**

A el Bachiller. **EDI QUISPE AEDO**, de la Escuela Profesional de Medicina Humana Facultad de Medicina Humana de la **Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco**, realizar su Proyecto de Tesis Titulado:

**"CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES DEL CUSCO, 2025."**

Presentado a nuestra institución y previamente revisado por el Comité de Ética en Investigación autorizando la ejecución del proyecto de tesis mencionado

Se expide la presente a petición de la interesada para los fines respectivos. Carece de valor en asuntos judiciales.

Cusco, 01 de Diciembre del 2025.

The image shows a handwritten signature of 'Victor Roberto Monroy Bogni Puma' written over a printed circular stamp. The stamp contains the text: 'GOBIERNO REGIONAL CUSCO', 'GERENCIA REGIONAL DE SALUD', 'HOSPITAL ANTONIO LORENA', 'CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA', 'DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD', 'CAPACITACIÓN', and 'Hospital Antonio Lorena'.



Cusco, 20 de DICIEMBRE del 2025.

**INFORME N° 0305 - 2025-GERESA CUSCO-HRC-ODI/J**

A: Dra. María Elena Salas Galindo.  
Jefa de la Oficina de Capacitación Docencia e Investigación  
De: Dr. Américo Muñiz Álvarez  
Jefe de la Unidad de Investigación del HRC

**Asunto:** Informe de evaluación y revisión de proyecto de tesis con el título:

**"CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE LOS OPIODES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES EN CUSCO 2025"**

**Presentado por EDI QUISPE AEDO para optar el título profesional de MÉDICO CIRUJANO**

Previo un cordial saludo, me dirijo a Ud., para expresarle mis consideraciones sobre el proyecto de Investigación intitulado: "CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE LOS OPIODES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES EN CUSCO 2025"

Presentado por EDI QUISPE AEDO para optar el título profesional de MÉDICO CIRUJANO por la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.

**EVALUACIÓN.**

**1.- DOCUMENTOS BÁSICOS**

- OFICINA DE INVESTIGACIÓN. Ha recibido resolución favorable de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, por las autoridades de la universidad.

- COMITÉ ÉTICO DE LA UNIVERSIDAD. No consta aprobación explícita de comité de ética de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.

**2.- METODOLOGÍA**, es correcto el diseño metodológico, los antecedentes y marco teórico coherente, los instrumentos a utilizar para la medición de las variables es adecuado. Lo mismo el análisis estadístico.

**3.- FACTIBILIDAD.** Hay factibilidad adecuada para la realización del presente estudio.

**4.- COHERENCIA.** Homogenizar tamaño de fuentes. Evitar líneas viudas, mejorar la diagramación y ortografía.



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"  
"Cusco Patrimonio Cultural de la Humanidad"

5.- VARIABLES E INSTRUMENTOS, es correcto el uso de los instrumentos, que están correctamente validados para la población en estudio. Debe constar en el protocolo la evaluación del juicio de 5 expertos para la validación de los instrumentos.

6.- TRASCENDENCIA. Es un estudio con significancia y relevancia, de acuerdo a nuestra población.

**APRECIACIONES FINALES.... SÍ SE EXPIDE APROBACIÓN Y AUTORIZACIÓN** para realizar la investigación; considerar las recomendaciones y sugerencias antes mencionadas.

Es todo cuanto informo a Ud.

Atentamente:

  
Dr. Américo Muñiz Álvarez  
Jefe de la Unidad de Investigación  
Hospital Regional del Cusco  
C.M.P. 47985

Dr. Américo Muñiz Álvarez  
Jefe de la Unidad de Investigación del HRC



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

## RESOLUCIÓN N° 000970-GRACU-RACU-ESSALUD-2025

Wanchaq, 26 de Diciembre del 2025

### VISTOS:

La Nota de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia N° 000579-OCID-GRACU-ESSALUD-2025 de fecha 28 de noviembre 2025, sobre la solicitud de emisión de la Resolución de autorización de ejecución de Proyecto de Investigación; la Nota N° 000103-COE-ESSALUD-2025 de fecha 28 de noviembre del 2025 de Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Cusco;

### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 46-IETSI-ESSALUD-2019 de fecha 03 de junio del 2019, se resuelve aprobar la Directiva N° 03-IETSI-ESSALUD-2019 V.01. "Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud"; cuyo objetivo es establecer los lineamientos para la aprobación, ejecución, supervisión, difusión, priorización de las actividades y estudios de investigación en salud a ser desarrollados en EsSalud;

Que, en el numeral 1 del Capítulo III – Disposiciones Generales de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, la distinción entre ensayos clínicos y estudios observacionales se realiza según la definición regulatoria de ensayo clínico contenida en el Reglamento de Ensayos Clínicos y en esta Directiva, la misma que necesariamente corresponde a la definición metodológica. Los estudios que no cumplan la definición regulatoria de ensayo clínico serán considerados como estudios observacionales;

Que, en el numeral 2.1.1. de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, los estudios observaciones les se desarrollan mediante las siguientes modalidades: institucional, extra institucional, colaborativa y tesis de pregrado;

Que, en el numeral 2.2.1 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01; se establece el proceso de aprobación de los estudios observacionales y la presentación de los documentos por parte del investigador principal (IP) o el coinvestigador responsable ante la Instancia Encargada del área de Investigación (IEAI);

Que, en el numeral 2.2.2 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, la IEAI recibe el expediente y verifica el cumplimiento de los requisitos. Luego, envía el expediente al Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) en un plazo que no exceda de tres días útiles;



Firmado digitalmente por:  
EXCEPCIONES GALLARDO Rosario M. Art.  
20131257790 hard  
Menú: Soy el autor del documento  
Fecha: 26-12-2023 14:09:59-0500 Identificador clave: 2YFYCH1.

Jr. Domingo Cueto N.º 120  
www.gob.pe/essalud  
Jesús María  
Lima 11 - Perú  
Tel.: 265 - 6000 / 265 - 7000



Que en el numeral 2.2.5 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019- V.01; se establece que, una vez aprobado el protocolo por el CIEI, la Gerencia evalúa el expediente y emite una carta dirigida al investigador con su decisión de autorizar o no el inicio del estudio en un plazo no mayor a catorce días calendario. La IEAI comunica la decisión al Comité y al IP haciéndole llegar la carta o certificado de aprobación del comité y de la gerencia. El Gerente del Órgano puede delegar esta función de autorización de estudios observacionales a otra instancia que considere conveniente, por ejemplo, a la IEAI o al director del establecimiento;

Que mediante Resolución de Gerencia de Red Asistencial Cusco N° 268-GRACU-ESSALUD-2024 de fecha 26 de abril del 2024, se resuelve, conformar a partir de la fecha y por el periodo de dos (02) años, el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital Adolfo Guevara Velasco" de la Gerencia de la Red Asistencial Cusco del Seguro Social de Salud " ESSALUD" ; Que mediante documento del visto, la Oficina de Capacitación ,Investigación y Docencia, en uso de sus atribuciones ha verificado el cumplimiento de los requisitos para la autorización de la ejecución del Proyecto de Investigación presentado por el señor EDI QUISPE AEDO con el Título: "CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES DEL CUSCO, 2025", para optar el título profesional de Médico Cirujano en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; solicitando a la Gerencia de la Red Asistencial Cusco la emisión de la resolución de autorización de ejecución de dicho proyecto de investigación;

Que, el proyecto de investigación, entre otros, cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Red Asistencial Cusco con Nota N° 000103-COE-ESSALUD-2025 de fecha 28 de noviembre del 2025; asimismo, cuenta con la opinión favorable de la sede donde se realizará la investigación según Anexo 6 suscrito por el Coordinador de Médicos Residentes – Dr. Ramiro Jorge Tupayachi Palomino y el Coordinador de Internos de Medicina Humana - Dr. Carlos Fernando Gamio Vega Centeno; ambos del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco de la Gerencia de la Red Asistencial de ESSALUD Cusco;

Que, por los considerandos expuestos, es procedente adoptar las acciones administrativas respectivas para autorizar la ejecución del proyecto de investigación aludido en la Coordinación de Médicos Residentes y en la Coordinación de Internos de Medicina Humana del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco de la Red Asistencial Cusco de ESSALUD;

En uso de las facultades conferidas mediante Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01 y resolución de Presidencia Ejecutiva N° 000071-PE-ESSALUD-2025;

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO. - AUTORIZAR** la ejecución del Proyecto de Investigación con el Título: "CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE OPIOIDES EN INTERNOS DE MEDICINA Y MEDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES DEL CUSCO, 2025", **presentado por el Bachiller EDI QUISPE AEDO**, a realizarse en la

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070 2013 PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 028 2016 PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: **ZYFCH1**.

www.gob.pe/essalud | Jr. Domingo Cueto N.º 120  
Jesús María  
Lima 11 - Perú  
Tel.: 265 - 6000 / 265 - 7000



Coordinación de Médicos Residentes y en la Coordinación de Internos de Medicina Humana, ambos del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco de la Gerencia de Red Asistencial Cusco de ESSALUD.

**SEGUNDO.** - **DISPONER** que el investigador principal **Edi Quispe Aedo**, prosiga con todas las acciones vinculadas con el tema de investigación, las cuales deberán ajustarse al cumplimiento de las normas y directivas de la institución establecidas para tal fin.

**TERCERO.** - **DISPONER** que las instancias respectivas brinden las facilidades del caso para la ejecución del Proyecto de Investigación autorizado con la presente Resolución.

**REGISTRESE Y COMUNIQUESE.**

*Firmado digitalmente por*  
**CARLOS BENITO MEZA VILCA**  
GERENCIA DE RED ASISTENCIAL CUSCO  
ESSALUD

cc.: OCID, DHNAGV, CEHNAGV, INVESTIGADOR PRINCIPAL, ARCHIVO  
Exp. 0167420250016825  
CBMV/RCG

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 020-2013 PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016 PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: **ZWYCH1**

**www.gob.pe/essalud** | Jr. Domingo Cueto N° 120  
Jesús María  
Lima 11 – Perú  
Tel. 265 - 6000 / 265 - 7000