

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**CONDUCTAS DE RIESGO Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL CENTRO
DE SALUD LA ESPERANZA DEL DISTRITO ALTO
DE ALIANZA, AÑO 2010**

TESIS

PRESENTADA POR:

LIC. EVELYN LISSELY MALCA HERRERA

Para optar el Grado Académico de:

**MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGÍSTER SCIENTIAE*)
CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA**

TACNA - PERÚ

2011

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA


ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**CONDUCTAS DE RIESGO Y LAS INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL DE LAS MUJERES EN
EDAD FÉRTIL DEL CENTRO DE SALUD
LA ESPERANZA DEL DISTRITO ALTO
DE ALIANZA, AÑO 2010**

**TESIS SUSTENTADA Y APROBADA EL 23 DE JUNIO DEL 2011
ESTANDO EL JURADO CALIFICADOR INTEGRADO POR:**


PRESIDENTE: Dra. Rina María Álvarez Becerra


SECRETARIA: Dra. Nery Rafael Bernabé


MIEMBRO : Mgr. María Yamife Sañazar Anco


ASESOR : Dr. Raúl Alberto García Castro

AGRADECIMIENTO

A Dios, y la Virgen de Las Peñas por iluminarme y haber puesto en mi camino a las personas indicadas que han sido mi guía para llevar a cabo el presente trabajo.

DEDICATORIA

A mis queridos padres, hermana y amigos que me ayudaron en la
culminación del presente trabajo

CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE CUADROS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xiv
RESUMEN	xxiii
ABSTRACT	xxv
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	5
1.1.1 Antecedentes del problema	5
1.1.2 Problemática de la investigación	6
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2.1 Problema principal	9

	Pág.
1.2.2 Problemas secundarios	9
1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	10
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	11
1.4.1 Alcance	11
1.4.2 Limitaciones	11
1.5 OBJETIVOS	12
1.5.1 Objetivo general	12
1.5.2 Objetivos específicos	12
1.6 HIPÓTESIS	13
1.6.1 Hipótesis general	13
1.6.2 Hipótesis específicas	13

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES	14
2.2 BASES TEÓRICAS	16
2.2.1 Conductas de riesgo	16
2.2.2 Enfoque del riesgo en lo social	19
2.2.3 Las conductas como factor de riesgo	23
2.2.4 Los circuitos de riesgo	24

	Pág.	
2.2.5	Predictores de mayor vulnerabilidad de riesgo	25
2.2.6	Factores que influyen en la conducta de riesgo	30
2.2.6.1	La identidad	31
2.2.6.2	Las opciones	33
2.2.6.3	Las conductas de riesgo	35
2.2.7	Acciones de reducción de riesgo	38
2.2.8	Prácticas sexuales de riesgo	40
2.2.9	Las infecciones de transmisión sexual ITS	45
2.2.10	Tipos de infecciones transmisión sexual	47
2.2.11	Los factores de riesgo de las infecciones de transmisión sexual	49
2.2.12	Prácticas sexuales capaces de transmitir infecciones de transmisión sexual	54
2.2.13	Quiénes corren el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual	56
2.2.14	Como evitar las infecciones de transmisión sexual	57
2.3	MARCO CONCEPTUAL	60
2.3.1	Síndromes de infecciones de transmisión sexual	60
2.3.1.1	Síndrome de flujo vaginal	60

	Pág.
2.3.1.2 Síndrome de descarga uretral	65
2.3.2 Virus de papiloma humano HPV	69
2.3.3 Sífilis	69

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	70
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	70
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	71
3.3.1 Población	71
3.3.2 Muestra	71
3.4 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	73
3.4.1 Variables	73
3.4.2 Operacionalización de variables	73
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	74
3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	77

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	78
4.1.1 Características de las participantes en el estudio	79
4.1.2 Conductas de riesgo en las mujeres en edad fértil	85
4.1.3 Resultados de infecciones de transmisión sexual	108
4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	126
4.3 DISCUSIÓN	131
CONCLUSIONES	134
RECOMENDACIONES	135
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
ANEXOS	142
ANEXO 1. Cuestionario	143
ANEXO 2. Ficha documental	146
ANEXO 3. Validación del instrumento por expertos	147

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
CUADRO 1. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	74
CUADRO 2. ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO DE LAS MUJERES FÉRTILES DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA	75
CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA, 2010	78
CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LA EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA, 2010	83

	Pág.
CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA, 2010	85
CUADRO 6. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN PRÁCTICAS SEXUALES, 2010	88
CUADRO 7. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN EL USO DE PRESERVATIVOS, 2010	91
CUADRO 8. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN LAS NECESIDADES O ADICCIONES, 2010	93
CUADRO 9. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE	99

	Pág.
LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN RELACIONES SEXUALES CAUSALES Y FUGACES, 2010	
CUADRO 10. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN SÍNTOMAS DESPUÉS DE LAS RELACIONES SEXUALES, 2010	102
CUADRO 11. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA, SEGÚN LOS TIPOS DE CONDUCTAS DE RIESGO 2010	104
CUADRO 12. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LAS CONDUCTAS DE RIESGO DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA, 2010	106
CUADRO 13. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN LA PRUEBA DE SECRECIÓN VAGINAL DIRECTA DEL C.S. LA ESPERANZA DEL	108

	Pág.
DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA, 2010	
CUADRO 14. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN GRAM VAGINAL PARA VAGINOSIS BACTERIANA, 2010	113
CUADRO 15. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN GRAM ENDOCERVICAL, 2010	115
CUADRO 16. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, 2010	118
CUADRO 17. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE	120

	Pág.
LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN TIPOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, 2010	
CUADRO 18. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y GRUPOS DE EDAD, 2010	126
CUADRO 19. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN TRICHOMONIASIS Y OCUPACIÓN, 2010	127
CUADRO 20. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE LA ALTO DE ALIANZA DE TACNA SEGÚN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL NÚMERO DE PAREJAS EN LOS ÚLTIMOS MES, 2010	128
CUADRO 21. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS	129

Pág.

MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA
ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE
LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN
CÉRVICITIS Y EL USO DE MÉTODOS DE
PROTECCIÓN , 2010

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LOS GRUPOS DE EDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA, 2010	79
FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA, 2010	79
FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA, 2010	80
FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA, 2010	80

	Pág.
FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LA EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA, 2010	83
FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DURANTE SU VIDA, 2010	85
FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, 2010	86
FIGURA 8. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN EL GÉNERO DE PAREJAS SEXUALES, 2010	86

	Pág.
FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN LA PRÁCTICA DE SEXO ANAL, 2010	88
FIGURA 10. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN LA PRÁCTICA DE SEXO ORAL, 2010	89
FIGURA 11. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN LA PRÁCTICA DEL SEXO VAGINAL, 2010	89
FIGURA 12. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN EL USO DE PRESERVATIVOS, 2010	91
FIGURA 13. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE A	94

	Pág.
LA LIANZA DE TACNA QUE RECIBEN PAGO POR RELACIONES SEXUALES, 2010	
FIGURA 14. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE ALIANZA DE TACNA SEGÚN LAS NECESIDADES DE TENER RELACIONES SEXUALES, 2010	94
FIGURA 15. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN RELACIONES SEXUALES BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, 2010	95
FIGURA 16. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN EL USO DE DROGAS DEL COMPAÑERO SEXUAL, 2010	95
FIGURA 17. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN EL USO DE	96

	Pág.
DROGAS, 2010	
FIGURA 18. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN RELACIONES SEXUALES FUGACES, 2010	99
FIGURA 19. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN RELACIONES SEXUALES Y A LA PRIMERA OCASIÓN, 2010	100
FIGURA 20. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN SÍNTOMAS DESPUÉS DE TENER RELACIONES SEXUALES, 2010	102
FIGURA 21. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN LOS TIPOS DE CONDUCTAS DE RIESGO, 2010.	104

	Pág.
FIGURA 22. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA LIANZA DE TACNA SEGÚN CONDUCTAS DE RIESGO, 2010.	106
FIGURA 23. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN PRUEBA HIDRÓXIDO DE POTASIO (KOH), 2010	109
FIGURA 24. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN PRUEBA DE SECRESIÓN VAGINAL DIRECTA PARA TRICHOMONAS, 2010	109
FIGURA 25. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN PRUEBA DE SECRESIÓN VAGINAL DIRECTA PARA HIFAS Y/O LEVADURAS, 2010	110

	Pág.
FIGURA 26. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE ALIANZA DE TACNA SEGÚN PRUEBA DE LA SECRESIÓN VAGINAL DIRECTA PARA CÉLULAS CLAVES, 2010	110
FIGURA 27. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN GRAM VAGINAL PARA VAGINOSIS BACTERIANA, 2010	113
FIGURA 28. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN EL GRAM ENDOCERVICAL RESPECTO A LOS LEUCOCITOS, 2010	115
FIGURA 29. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN EL GRAM ENDOCERVICAL RESPECTO A LOS DIPLOCOCOS, 2010	116

	Pág.
FIGURA 30. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, 2010	118
FIGURA 31. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN LA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL TRICHOMONIASIS, 2010	121
FIGURA 32. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN LA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL CANDIDIASIS, 2010	121
FIGURA 33. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN LA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL VAGINOSIS BACTERIANA, 2010	122

	Pág.
FIGURA 34. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN LA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL CERVICITIS, 2010	122
FIGURA 35. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL C.S. LA ESPERANZA DEL DISTRITO DE ALTO DE LA ALIANZA DE TACNA SEGÚN LA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL GONORREA, 2010	123

RESUMEN

Ante situaciones que ponen en peligro la salud humana en este nuevo milenio así como la diseminación de las infecciones de transmisión sexual ITS que dependen del comportamiento y actitudes sexuales, la disponibilidad de servicios para el diagnóstico e identificación de los contactos y tratamiento precoz de las ITS reduce las complicaciones, secuelas y morbilidad en las mujeres en edad fértil; es que se formuló la tesis titulada: Conductas de riesgo e infecciones de transmisión sexual de las mujeres en edad fértil que acudieron al Centro de Salud “La Esperanza”, distrito Alto de la Alianza de Tacna – Año 2010.

Por tanto, la presente investigación aborda la relación entre conductas de riesgo y las infecciones de transmisión sexual ITS que constituyen enfermedades que ponen en alto riesgo la vida humana; investigación que está enmarcada dentro de un estudio de campo con diseño no experimental, descriptivo y correlacional, para lo cual se ha empleado como instrumentos de recolección de datos la encuesta (cuestionario) y técnica documental (ficha de registro). De acuerdo a las conclusiones obtenidas de la investigación, se destacan recomendaciones que giran en torno a la salud. Asimismo, considerando la importancia que

juega la educación sexual en la formación de patrones de conducta sexual responsable, en relación con sus prácticas sexuales y que a pesar de las labores de promoción y prevención se hace necesaria la modificación de la baja percepción de riesgo de enfermar por las ITS.

ABSTRACT

Situations that threaten human health in this new millennium, as well as the spread of sexually transmitted infections STI that depend on the behavior and sexual attitudes, availability of services for the diagnosis and identification of contacts and early treatment STI reduces complications, sequelae and morbidity in women of childbearing age, is that formulated the thesis: on risk behavior and sexually transmitted infections in women of childbearing age who visited the Health Center "La Esperanza" district Alto de la Alianza Tacna - Year 2010.

Therefore, this research addresses the relationship between risk behavior and sexually transmitted infections STI are diseases that greatly endangers human life, research that is framed within a field study with non-experimental design, descriptive and correlation, for which it has been used as data collection instruments, the survey (questionnaire) and technical documents (registration form). According to the findings from research highlights recommendations revolve around health. Also, considering the importance of sex education plays in shaping responsible sexual behavior patterns in relation to their sexual practices and that

despite the promotion and prevention work is necessary to change the perception of low risk of disease about STI.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación trata sobre la relación que existe entre las conductas de riesgo e infecciones de transmisión sexual de las mujeres en edad fértil que acudieron al Centro de Salud (C.S.) La Esperanza, distrito del Alto de La Alianza - año 2010.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial. El Perú no escapa a esta realidad y si bien puede afectar a cualquier persona sin diferencia de edad, sexo o condición económica o social; las personas entre los 15 y 49 años son las más afectadas, existiendo una mayor vulnerabilidad biológica y social en la mujer. Así mismo, esta tendencia ascendente del número de casos de ITS (infecciones de transmisión sexual) en jóvenes, en parte se debe al inicio de relaciones sexuales a temprana edad, lo cual conlleva a tener múltiples parejas sexuales.

En la transmisión de estas enfermedades juega un rol fundamental y determinante la conducta sexual riesgosa de los individuos (especialmente los jóvenes), la cual de por sí, muchas veces no puede

ser modificada fácilmente o al menos orientada hacia estilos de vida más saludables, además contribuye a elevar esta alta incidencia la falta de conocimientos que tienen acerca del tema. Es por ello que se puede decir que existe una relación significativa entre la presencia de una infección de transmisión sexual y las conductas de riesgo.

Se ha comprobado que el comportamiento de alto riesgo en un miembro de la pareja ayuda a aumentar el valor predictivo positivo para la presencia de una ITS en el otro miembro de la pareja.

En tal virtud, el presente estudio tiene como propósito relacionar las conductas de riesgo y las infecciones de transmisión sexual de las mujeres en edad fértil que afecta a nuestra población, causando temor, zozobra y morbimortalidad; además, contribuir en la promoción y prevención de ITS y conductas saludables.

Para lograr la finalidad planteada, la secuencia lógica de la investigación comprende las siguientes partes:

CAPÍTULO I. Denominado Planteamiento del Problema, en el que se describe la problemática a nivel global y cómo ataca a la humanidad;

se formula el problema y se precisa las razones y argumentos que justifican la investigación.

CAPÍTULO II. Nombrado Marco Teórico, acápite en el que se presenta el sustento teórico-científico referido a las variables de estudio, abordando temas fundamentales como enfoque de riesgo en lo social, las conductas como factor de riesgo y circuito de riesgo; así mismo se definen los términos de las infecciones de transmisión sexual estudiadas, se formula la hipótesis y los objetivos pertinentes.

CAPÍTULO III. Designado Marco Metodológico, en el que se precisa tipo y nivel de investigación, variables de estudio, diseño de investigación, población y muestra de estudio, técnicas e instrumentos para la recolección de la información y las medidas estadísticas para procesar los datos.

CAPÍTULO IV. Llamado Resultados de la Investigación, que permite presentar las tablas de distribución de frecuencias que correlacionan las conductas de riesgo y las infecciones de transmisión sexual estudiadas; así como se infiere las conclusiones y la utilidad social de la investigación.

Finalmente, se presenta las conclusiones y recomendaciones a las que se arriba, la referencia bibliográfica utilizada en la elaboración del presente trabajo de investigación y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

García (2003), en el acuerdo del Proyecto PREVEN: Prevención comunitaria de ETS, concluye que en el Perú 4 de cada 10 hombres y 5 de cada 10 mujeres tienen una infección de transmisión sexual I.T.S. sin saberlo.

Se calcula que anualmente se diagnostican más de 300 millones de ITS en el mundo, casi 10 veces la población del Perú.

Martín (2006) asegura que cada año se dan 250 millones de infecciones por enfermedades de transmisión sexual, alrededor de 500 casos por minuto.

El Ministerio de Salud (MINSA 2007) señala en la Guía Nacional de Casos de las ITS y virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.) que existen 931 507 infectados por ITS por día y 340 millones de casos nuevos por año en el mundo. En Lima, las mujeres sintomáticas de las ITS del primer nivel de atención presentan 46 % infección vaginal y 5,5 % infección cervical. En Tacna, en el año 2010 se detectaron 6 894 casos de las ITS.

1.1.2 Problemática de la investigación

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) atacan a hombres, mujeres y niños de manera similar en todo el mundo y son consideradas entre los males más graves de la humanidad. El descubrimiento de la penicilina y otros antibióticos hizo nacer la esperanza de que sería posible el control, o hasta la erradicación, de las enfermedades venéreas. Sin embargo, en la actualidad, el control de las ITS es difícil por muchos factores tales como los biológicos, ecológicos y de comportamiento, y su frecuencia ha

aumentado considerablemente en los últimos años, con manifestaciones clínicas mínimas o atípicas.

La sífilis, gonorrea, chancroide, linfogranuloma venéreo e inguinal fueron consideradas las cinco clásicas enfermedades venéreas. Actualmente, las ITS incluyen a una serie de entidades de etiología bacteriana, viral, parasitaria o micótica que tienen como característica esencial, aunque no indispensable, al ser contraídas mediante la realización de actos sexuales.

Algunas ITS también pueden ser transmitidas verticalmente de la madre al hijo, durante la gestación, parto o lactancia y por transfusiones de sangre o sus derivados. Las ITS representan una causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo.

Hay que tener presente que los niños pueden ser contagiados con estas enfermedades. Se estima que del 2% a 10% de los niños que padecen de abuso sexual resultan infectados con sífilis, gonorrea, condiloma acuminado o

chlamydia trachomatis. También se reporta que el 95 % de sífilis en niños es transmitido por abuso sexual, siendo la condilomatosis la lesión cutánea más frecuente. No obstante, hay casos en que no son transmitidas por abuso sexual, sino por contaminación accidental.

Los diagnósticos clínicos y de laboratorio y el tratamiento correcto son necesarios; se debe tener presente este último no debe limitarse únicamente al paciente que consulta, sino también a los compañeros sexuales, si se pretende realizar un control máximo de estos pacientes y una profilaxis completa, tanto individual como colectiva.

Esta situación de salud amerita el estudio científico de las conductas riesgosas y las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil que acudieron al C.S. La Esperanza del distrito Alto de La Alianza en el año 2010.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema principal

¿Cómo se relaciona las conductas de riesgo y las infecciones de transmisión sexual de mujeres en edad fértil del Centro Salud La Esperanza del distrito Alto de La Alianza, Año 2010?

1.2.2 Problemas secundarios

- ¿Cuáles son las conductas de riesgo de las mujeres en edad fértil?
- ¿Cuáles son las infecciones de transmisión sexual de las mujeres en edad fértil que presentan flujo vaginal?
- ¿Existe relación entre las conductas de riesgo y las infecciones de transmisión sexual?

1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El presente trabajo de investigación tiene una justificación de carácter práctico ya que contribuirá con el Ministerio de Salud a fin de elaborar estrategias para disminuir los índices de morbimortalidad y de esta forma promover el cambio en beneficio de la población femenina y orientarla a una conducta sanitaria y establecer patrones dirigidos a la promoción y prevención de las ITS.

Actualmente, las infecciones de transmisión de sexual son un verdadero problema de salud pública por lo que es importante sistematizar la información acerca de los casos de las ITS que se presentan en nuestra población y los factores de riesgo asociados a éstas; lo cual servirá para futuras investigaciones.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcance

Esta investigación contribuye al mejoramiento de la salud pública.

1.4.2 Limitaciones

Una de las limitantes de este estudio fue la medición de las variables ya que no existen estadísticas en el centro de salud que argumente o consideren este tipo de variables.

Otra limitante fue la población y los sujetos de estudio que están dentro de un establecimiento de salud.

Finalmente, se usó la prueba de secreción vaginal que permitió medir solo cinco infecciones de transmisión sexual para la segunda variable.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Determinar la relación entre las conductas de riesgo y las infecciones de transmisión sexual, en mujeres edad fértil del Centro de Salud La Esperanza del distrito Alto de La Alianza, año 2010.

1.5.2 Objetivos específicos

- Evaluar las conductas de riesgo de las mujeres en edad fértil.
- Identificar las infecciones de transmisión sexual de las mujeres en edad fértil que presentan flujo vaginal.
- Relacionar las conductas de riesgo con las infecciones de transmisión sexual.

1.6 HIPÓTESIS

1.6.1 Hipótesis general

Existe relación significativa entre las conductas de riesgo y las infecciones de transmisión sexual en las mujeres en edad fértil del Centro de Salud La Esperanza del distrito Alto de La Alianza, año 2010.

1.6.2 Hipótesis específicas

- La mayoría de las mujeres en edad fértil evidencian conductas de riesgo.
- Existe un alto índice de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres en edad fértil.
- A medida que existe altas conductas de riesgo aumentan las infecciones de transmisión sexual.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Almeida, Castiel y Ayres (2009) señalan que el término riesgo surge en el lenguaje epidemiológico británico a inicios del siglo XX con una valoración más específicamente conceptual, el riesgo puede ser identificado en un estudio sobre mortalidad materna conducido por William Howard Jr., profesor de Biometría de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Johns Hopkins University, publicado en 1921, en el primer número del American Journal of Hygiene (que posteriormente se transformaría en el American Journal of Epidemiology). En ese artículo, el concepto ya se presenta con un asombroso grado de formalización heurística y matemática, expresado en términos de proporciones entre el número de afectados y el número de expuestos.

Una nueva mención al concepto de riesgo, más consistente, recién va a aparecer en 1925, en un estudio de Doull y Lara sobre difteria, y luego en 1928, en un artículo de Fales que analiza datos secundarios sobre varias enfermedades infecciosas. Este último artículo introduce además la expresión "riesgo relativo", señalando ya la naturaleza comparativa de los indicadores de asociación. No obstante, solo con la publicación en 1933, en el American Journal of Public Health, de un trabajo de Frost titulado Risk of persons in familial contact with pulmonary tuberculosis (Riesgo de las personas en contacto familiar con la tuberculosis pulmonar), el concepto de riesgo asume plenamente un carácter técnico-instrumental.

Salas (2003 citado en Romero 2006), preocupado por los embarazos frecuentes en la III etapa de educación básica, decidió contratar médicos y dar charlas en los colegios empezando por la II etapa.

Según Knight, cada día aumentan más las personas infectadas por enfermedades venéreas, y aumenta el número de enfermos en las instituciones para el trato de estas enfermedades.

Las enfermedades venéreas aumentaron mucho más después de la segunda guerra mundial.

Macea (1993 citado en Romero 2006), preocupada por el aumento de embarazos en jóvenes adolescentes que cursaban la tercera etapa de la educación básica y convencida de que parte fundamental del problema radicaba en la poca información sexual que se manejaba a ese nivel, hizo una propuesta gerencial de educación dirigida a satisfacer las necesidades de educación sexual en los alumnos.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Conductas de riesgo

El MINSA (2005) indica que los estudios muestran reiteradamente que ciertas cualidades emocionales hacen una diferencia sustantiva en la productividad del personal.

A cualquier nivel, desde los puestos más altos, hasta quienes se desempeñan en funciones de mantenimiento, las

personas se ven afectadas por sus reacciones emocionales, evidentes en las relaciones con clientes, proveedores, jefes, subalternos o colaboradores.

Las conductas de riesgo se definen como la búsqueda repetida del peligro, en la que la mujer pone en juego su vida. Estas conductas, diferentes de las acciones peligrosas o arriesgadas realizadas cuando las circunstancias lo exigen, reflejan una atracción por el riesgo y, en especial, por las sensaciones fuertes relacionadas con el enfrentamiento con el peligro y la muerte. Las principales conductas de riesgo son la conducción arriesgada, favorecida por la ingestión de drogas y/o de alcohol y, sobre todo, por factores de personalidad que determinan una apetencia por las sensaciones; las relaciones sexuales de riesgo, acerca de las cuales se han realizado varios estudios. Los modelos de comprensión parten de diferentes tipos de enfoque: la noción de búsqueda de sensaciones, el concepto de «ordalía», ciertos factores de personalidad, como la personalidad antisocial.

Los enfoques psicodinámicos permiten subrayar el papel de la búsqueda de una autodestrucción, a veces casi el equivalente de una conducta suicida o de afectos depresivos para los cuales la conducta de riesgo puede constituir un modo de defensa. Es necesario situar estas conductas de riesgo y su desarrollo actual en los adolescentes en un paisaje sociocultural en que coexisten una amplia difusión de las actitudes preventivas y de los principios de precaución y una incitación a la autosuperación y a la hazaña, que a veces toman el valor de un rito del paso de la adolescencia a la edad adulta.

Weinstein (1992) señala que el período fértil se ha destacado por la posibilidad de que las conductas o situaciones específicas conduzcan a daños en el desarrollo que pueden afectar tanto el conjunto de sus potencialidades como deteriorar su bienestar y salud.

Actualmente, el enfoque de la atención a la salud juvenil femenina, procura desde una perspectiva más integral y articulada reducir los factores de riesgo,

incrementar los factores de protección y brindar oportunidades de reconstrucción y avance de la situación. La conceptualización de la salud se refiere por lo tanto a una meta, a un proceso, no a un estado, particularmente en mujeres que se encuentran en un crítico período de crecimiento y no atravesando una mera transición de la niñez a la adultez.

2.2.2 Enfoque del riesgo en lo social

Suárez y Krauskopf (1992) señalan que el riesgo implica la probabilidad que la presencia de una o más características o factores incrementen la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros. El conocimiento del riesgo da una medida de la necesidad de atención y la integralidad de los factores que se toman en cuenta; aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada. Sin embargo, no conduce a la certeza de que el daño se produzca. Se ha constatado, por ejemplo, que el riesgo de

tener un accidente es distinto para mujeres y grupos de mujeres de una población determinada.

Silber (1992) señala que el enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a un individuo o grupo a adquirir la enfermedad o el daño-
prevención primaria; modificar sus consecuencias asegurando la presencia de servicios si el problema se presenta, al intervenir en la fase precoz del proceso mórbido y prevenir su desarrollo o propagación, prevención secundaria. La prevención primordial se orienta a promover el desarrollo y las condiciones del mismo y la prevención terciaria se dirige a quienes ya están dañadas o enfermas e interviene para tratar las manifestaciones patológicas, controlar la progresión y evita mayores complicaciones, así como controlar su propagación.

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a

resultados indeseados, medir la asociación entre estos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños.

Estas intervenciones se orientan por un lado a la generalidad de la población femenina que puede ser afectada, pero en particular, se focalizan en aquellas que están más expuestas.

Está presente el enfoque de riesgo al enfatizar las acciones allí donde se encuentren las mayores posibilidades de emergencia de enfermedades, trastornos y daños, para los cuales deben reconocerse los factores protectores (apoyo familiar, vacunaciones, permanencia en el sistema educativo, trabajo seguro, acceso a servicio de salud); las conductas de riesgo (conductas impulsivas) y los factores de riesgo para llegar a su reducción o eliminación.

Donas (1994) indica que las acciones hacia las mujeres deben organizarse en función de la etapa del ciclo vital, contexto cultural y otros.

Jessor (1991) explica que en la tradición epidemiológica, el concepto de riesgo se relacionó particularmente con los resultados conducentes a la morbilidad y la mortalidad y permitió grandes logros al controlar factores como la contaminación de las aguas, la reducción de los niveles de colesterol ligados a las enfermedades cardiovasculares, etc.

Este enfoque llevó también a identificar factores sociales y comportamentales como elementos conducentes al mayor riesgo de ser dañado, como por ejemplo la accesibilidad social al alcohol y el tabaco y el stress personal. Un factor de riesgo puede ser un eslabón en la cadena que lleva a la enfermedad o daño, como también puede ser un indicador de la presencia de ese eslabón, La utilidad de estos factores es que son observables o identificables antes de que se produzca el hecho que predicen. Un ejemplo simplificado sería predecir que si una muchacha tiene relaciones coitales con un desconocido puede contagiarse de una ITS.

Por otro lado, el enfoque de riesgo condujo a la identificación de los factores protectores, entendidos como las condiciones que impiden la aparición del riesgo, de las conductas conducentes a él, por lo que disminuye la vulnerabilidad y favorecen la resistencia al daño.

2.2.3 Las conductas como factor de riesgo

El enfoque de riesgo ha destacado particularmente las conductas riesgosas de las propias mujeres como factor que conduce a la morbimortalidad. Como lo señala Irwin (1990): Los comportamientos asociados a la mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comporten un tema común: la toma de riesgos.

Las conductas de mujeres en edad fértil que se han identificado como factor de riesgo son: las relaciones sexuales, particularmente precoces, sin protección y con múltiples parejas; el consumo intensivo de alcohol y otras drogas, incluido el tabaco.

Es interesante destacar el riesgo señalada por Silber (1992) que refleja que son mayores los intentos de suicidios en las mujeres y que los suicidios efectivos son más frecuentes en los hombres. En la misma línea, Weinstein señala que existe un mayor riesgo psicosocial entre los hombres que entre las mujeres, vulnerabilidad que es el resultado de su dificultad de acceso a la escolaridad y el empleo, su relación más riesgosa con las adicciones, la sexualidad, y la carencia de redes de apoyo.

2.2.4 Los circuitos de riesgo

Se ha establecido que en las mujeres los comportamientos específicos que favorecen los daños de la salud se encuentran interrelacionados. Weinstein (1992) señala que existen ciertos circuitos de riesgo y que la joven que ha ingresado a uno de ellos va adicionando vulnerabilidades de distinto origen. Irwin (1990) reporta estudios de diversos autores que observan la relación entre el alcohol, consumo de drogas. El consumo de alcohol es

considerado también un predictor de ingestión de drogas ilícitas y actividades de sexo no protegido.

Silber (1992) concuerda con esta posición al señalar que una conducta de riesgo aislada como fumar puede ser el preanuncio de otras conductas de alto riesgo a corto plazo y sugiere que en tales circunstancias es recomendable evaluar más atentamente la posibilidad de uso de otras drogas, relaciones sexuales desprotegidas y tipificar los grupos de pares. Agrega que las conductas de alto riesgo ocurren con más frecuencia en mujeres con un perfil psicológico caracterizado por agresividad, excesivo énfasis con respecto a la independencia personal y la tendencia a actividades desviantes.

2.2.5 Predictores de mayor vulnerabilidad de riesgo

El inicio de ciertas actividades se torna un predictor más serio de riesgo cuando ocurre en edad fértil. Así Weinstein (1992) destaca la incorporación temprana al

empleo, al desempeño de trabajos marginales, la deserción temprana de la escuela, la iniciación sexual a menor edad.

Bejarano y Jiménez (1993) destacan el inicio de la carrera alcohólica en las primeras fases de la adolescencia como un predictor de agravamiento de ésta y otras adicciones en el futuro.

Importantes factores que no provienen directamente de sus conductas han sido señalados como eslabones de riesgo que incrementan la vulnerabilidad en mujeres y que están presentes en los contextos o medios sociales donde la joven se desenvuelve y en sus antecedentes de personalidad. Entre los diversos factores vinculados a los comportamientos de riesgo durante el desarrollo adolescente.

Irwin (1990), al igual que muchos investigadores, destaca el menor éxito académico y los problemas de comportamiento en el colegio. Señala que la literatura coincide en dar una particular importancia a los cambios

ambientales que ocurren en el sistema escolar y destaca el pasaje de la escolaridad primaria a la secundaria. Estas y otras transiciones en la vida escolar tienen una naturaleza particularmente tensionante que se traduce en comportamientos disruptivos frecuentes en la adolescencia.

En América Latina existen diversos agravantes, como el hecho que en las zonas rurales de algunos países no existen establecimientos secundarios y se producen migraciones que pasan a engrosar las filas de jóvenes urbanos marginales, sin mayor preparación para los cambios culturales y las necesidades laborales.

Varias investigaciones identifican la baja escolaridad o deserción como un factor asociado al embarazo adolescente. Krauskopf y Cabezas (1992), encontraron que el embarazo se producía mayoritariamente en muchachas que ya habían desertado del sistema escolar, lo que coincide con otras investigaciones latinoamericanas y se diferencia de datos de EEUU, que señalan al embarazo como causa de deserción escolar (si bien parece estar asociado a previas

dificultades en el rendimiento). En el área rural, por otra parte, establece una unión es motivo de abandono escolar y dedicación al hogar, lo que incluye la procreación de los hijos.

Weinstein (1992) destaca algunas conductas que son producto de la situación de pobreza en América Latina como la incorporación prematura al empleo, al desempeño de trabajos marginales y la menor contractualidad, que conduce a falta de protección de su salud y derechos salariales; la desocupación prolongada, conflictos de tipo legal o penal, especialmente aquellos que conducen a experiencias de detención y reclusión; la repitencia reiterada durante la permanencia en el sistema escolar y la expulsión por causas académicas o disciplinarias, así como la deserción temprana del sistema, la carencia de redes de apoyo para enfrentar las dificultades que experimente en su familia, empleo, sexualidad, adicciones, estados depresivos, etc.

Blum (1995) y Weinstein (1992) señalan que el ambiente de pobreza extrema implica mayor exposición a riesgos graves y menores recursos protectores; la conflictividad alta y crónica del medio familiar especialmente si va acompañado de abandono, maltrato, expulsión del hogar, presencia de alcoholismo, abuso físico y sexual; no tener familia, pertenencia a grupos de pares que se orientan a la transgresión social, a la violencia o a la adicción a drogas; permanencia en centros de reclusión legal, carencia de redes de apoyo; no estudiar ni trabajar, carencia de opiniones de desarrollo de destrezas que permitan obtener autonomía y reconocimiento social.

Es importante reconocer que entre los factores de riesgo se encuentran aspectos propios del funcionamiento psicológico y social de la joven como son la baja autoestima y la ausencia de un proyecto de futuro.

2.2.6 Factores que influyen en la conducta de riesgo

La modernización ha traído una débil y frecuentemente contradictoria estructuración de la programación ofrecida a este período de crecimiento. En este contexto, lo cotidiano se constituye en un reto y a la vez en una incertidumbre en medio de la cual las jóvenes elaboran su identidad. Nuestra sociedad, a diferencia de las sociedades primitivas, no es clara para plantear requisitos públicos que incorporen a las jóvenes ritualmente como un miembro de reconocido valor.

Larson (1988) señala si buscamos un equivalente del rito de pasaje adolescente en nuestra sociedad podemos ver que, en el presente, los desafíos esforzados que se designan para servir como demostración decisiva en los roles prestigiosos de nuestra sociedad, probablemente no sean tanto el vigor físico como la propia independencia personal y la capacidad para pensar y trabajar. Los proyectos académicos, las disertaciones y tesis se acercan más a esta descripción. Evidentemente tal opción sólo es

accesible a un número reducido de jóvenes, y, que aún para ellas, estos ritos valoran sólo la esfera intelectual y no consideran los aspectos socio afectivos ni físicos.

Es posible que los comportamientos de riesgo como fumar, manejar carros audazmente, beber, sean equivalentes de ritos de pasaje, generados en la propia subcultura juvenil cuando no encuentran oportunidades de probar su pasaje a la adultez mediante la prueba de sus nacientes destrezas ante una sociedad que los acoja. En este sentido, los países que han implementado la entrega de la Tarjeta Joven, llenan parte del vacío señalado.

2.2.6.1 La identidad

La construcción de la identidad puede resolverse mediante el reconocimiento de características personales y la exploración de nuevas posibilidades desde la perspectiva de un compromiso futuro personal y de su sociedad.

Weinstein (1992) señala que cuando la conducta de riesgo aparece en esta dirección, puede ser parte del encuentro con la potencialidad y la experiencia enriquecedora. Es cada vez más evidente en los estudios actuales que ciertas conductas, aun cuando involucren riesgos "también pueden derivar en lo contrario, constituyéndose en una fuente de aprendizaje y en una suerte de antídoto frente a eventuales daños".

Cuando las bases del desarrollo de la identidad son deficitarias, la afirmación en las mujeres se establece carente de un compromiso estructurante, que busque evitar los peligros para poder preservar los logros presentes y futuros. En cambio, se incrementan las conductas riesgosas que buscan la satisfacción inmediata o la autoafirmación a través de acciones efímeras; quedan sensaciones de logro y reconocimiento.

2.2.6.2 Las opciones

La satisfacción o la insatisfacción con el rendimiento personal tienen implicaciones en el equilibrio personal (autoimagen), la inserción social (valoración social) y el desarrollo de capacidades para responder al presente y planificar el futuro. La ausencia de solución a estos problemas afecta la salud y el bienestar de las jóvenes, conducen a un incremento de los comportamientos de riesgo, y contribuye a una reducción de sus oportunidades de inserción social satisfactoria. En estas condiciones, la juventud se hace vulnerable a la obtención de gratificaciones a través de conductas indiscriminadas de corto alcance, inmediatas y accesibles para afirmar su autoestima; buscar sensaciones de éxito en el riesgo mismo, encontrar acompañamiento emocional en actividades peligrosas que no prevén consecuencias, o anesthesiarse (drogas, actividades masivas, juegos que los aíslan de la realidad) para no sentir la

frustración aplastante; todo lo cual conduce al daño.

La apertura de oportunidades amplía los campos de experiencia, permite al adolescente contar con credenciales para una inserción exitosa y ofrece metas ante las cuales hay motivación para posponer pseudo soluciones inmediateistas riesgosas. La reducción de las reacciones negativas encadena impide repetir las respuestas mal adaptativas y no facilita las actitudes negativas de otras personas.

Si la situación en que se encuentran no brinda tal perspectiva, las adolescentes revierten hacia sí mismas la insatisfacción o desahogan su enojo contra el medio, lo que les provee la sensación de poder. Su vulnerabilidad ha aumentado y consiguientemente se incrementa reactivamente la predisposición a evadir la frustración mediante la satisfacción riesgosa y

efímera de sus necesidades de autoestima y pertenencia.

2.2.6.3 Las conductas de riesgo

Se concuerda con Jessor (1991), cuando sugiere diferencias entre:

1. Conductas de riesgo que son las que comprometen aspectos del desarrollo psicosocial o la supervivencia de la mujer durante su desarrollo juvenil e incluso, en ocasiones, buscan el peligro en sí misma.
2. Conductas que involucran riesgos, que son propias de las jóvenes que asumen cuotas de riesgo (no muy diferentes de los adultos) conscientes de ello y como parte del compromiso y la necesidad de un desarrollo enriquecido y más pleno. Jessor considera infortunada la tendencia a considerar a todas las

adolescentes como personas que tienen conductas de riesgo, por cuanto la generalización lleva a que las conductas de riesgo se expliquen por darse en adolescentes y no permite profundizar en aquellas jóvenes que realmente tienen un estilo de vida consistente en conductas de riesgo (verdaderos factores de riesgo) cuya vulnerabilidad los constituyen en importantes grupos meta para la promoción de su salud, bienestar e inserción social.

La reformulación psicosocial del concepto de riesgo condujo a un análisis de costo beneficio de la conducta, lo que se hace particularmente importante en el enfoque que se dé a la juventud. Jessor (1991) ejemplifica su posición con las campañas antidrogas que les enseñan a las jóvenes a decir no. Plantea que la posibilidad que las jóvenes abandonen un comportamiento tan riesgoso está relacionada fuertemente con la posibilidad que se le ofrezcan alternativas de satisfacción valiosas

para ellas.

La insatisfacción y preocupación que las jóvenes tienen por su rendimiento personal (tanto educativo como laboral), la carencia de nutrientes socioafectivos y cognitivos, muestran su necesidad de un presente que les abra posibilidades de descubrimiento y certeza acerca de sus propias capacidades y valor. Esto es particularmente importante en las consideraciones de intervenciones preventivas, pues los aspectos que se tratan son de alta sensibilidad, intimidad y tienen numerosas implicaciones personales y socio culturales.

Jessor (1991) señala que fumar, beber, o actividad sexual temprana pueden ser formas de ganar la aceptación y respeto de los pares; en establecer autonomía en relación a sus padres, en repudiar la autoridad convencional, sus valores y normas, en manejar su ansiedad,

frustración y anticipación del fracaso o en afirmar su madurez y mostrar la transición de la niñez a la adultez. La posición de Jessor (1991) no se orienta a justificar la permanencia de estas conductas sino a destacar la complejidad de la intervención para que logre ser efectiva.

2.2.7 Acciones de reducción de riesgo

Es fundamental referirse al rol de los factores protectores en el comportamiento juvenil riesgoso. Como se ha dicho, un foco importante se encuentra en las oportunidades para el desarrollo de destrezas y la incorporación social. Roldán (1994) destaca tres ambientes ecológicos fundamentales en el desarrollo del niño y el adolescente: el útero materno, la familia y la escuela.

En relación a esta última, destaca que no todos nacen con las mismas posibilidades de responder al sistema educativo formal. Desarrolla en Argentina una investigación acción que tiene como objetivos programáticos la detección

de factores protectores y de riesgo para la salud juvenil en el ámbito escolar y desarrolla una experiencia exitosa de capacitación para docentes y autoridades escolares como agentes de salud. Especifica la necesidad de la detección precoz de la población en riesgo de ser eliminada del sistema educativo por dificultades de aprendizaje e indisciplina y considera necesario lograr la disminución de la cantidad de alumnos en riesgo por ausentismo, bajo rendimiento, sanciones, exclusión del sistema por autoridades.

Documentos de la Organización Mundial de la Salud ([OMS] (1989), reconocen la importancia del ámbito escolar, el papel que puede jugar en la prevención primaria y primordial y destacan la necesidad de promover estilos de vida saludables entre las jóvenes. Generalmente se analiza lo contrario, o sea, si las adolescentes satisfacen los criterios de éxito del sistema educacional. En este caso, la posibilidad de promover su salud queda bastante excluida del enfoque.

2.2.8 Prácticas sexuales de riesgo

Martínez (2006) Una conducta sexual de riesgo sería la exposición de la joven a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA, o por embarazos no deseados y todo lo que esto conlleva.

La adolescencia es un periodo crucial para la salud porque constituye una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una gama amplia de nuevas actividades que pueden conducir a un alto riesgo para la salud.

Factores que influyen en la conducta sexual del adolescente:

- Discrepancia entre madurez física y cognoscitiva.
- Percepción de invulnerabilidad.

- Tendencia a imitar el modelo de conducta sexual del adulto que se muestra en los medios de comunicación.
- Mayor libertad sexual.
- Actividades y valores sobre el comportamiento sexual.

Existen diferencias significativas que aparecen en función del género que delimitan dos patrones de comportamiento sexual, uno masculino y otro femenino:

- **Masculino.-** Estaría definido por una mayor precocidad, promiscuidad y una mayor valoración del coito, que representa una importante señal de prestigio ante el grupo de iguales.
- **Femenino.-** Muestra una actividad sexual más reducida, menos gratificante, y que genera más sentimientos de culpa. Además, la conducta sexual está integrada con otros componentes socioemocionales, por lo que hay una mayor vinculación entre sexualidad y afectividad.

A medida en que chicos y chicas crecen y culmina este proceso, las diferencias van desapareciendo, y muestran unos patrones más andróginos y parecidos entre sí.

La iniciación sexual muy precoz puede convertirse en un factor de riesgo. Es evidente que las adolescentes sostienen relaciones sexuales, y lo hacen a una edad cada vez más temprana, ya que en los últimos años se ha producido un adelanto en la edad de inicio especialmente en mujeres. La edad media de inicio de las relaciones sexuales es entre 15 y 18 años.

Otro de los riesgos es el de mantener relaciones sexuales sin protección, además del asociado a la variabilidad de parejas sexuales en el último año. Con el consecuente aumento de la incidencia de las ITS como el VIH; así como embarazos no deseados, lo que ha llevado al aumento del número de abortos.

La causa de este escaso uso de anticonceptivos pueden ser diversas, como:

- Escasez de información sobre métodos anticonceptivos y sobre embarazo, como consecuencia de la ausencia o poca de educación sexual en los colegios. Así, las jóvenes ignoran muchos aspectos relacionados con la anticoncepción y sostienen algunas ideas erróneas como pensar que no puede haber embarazo la primera vez que se hace el amor, o que la marcha atrás es un método muy eficaz. Teniendo en cuenta esta falta de conocimientos sobre sexualidad que tienen algunos de las jóvenes, sería conveniente analizar cuáles son las fuentes de información que utilizan.
- Los amigos representan la principal fuente de información, seguida de las revistas o libros. Resulta evidente que ni la escuela ni la familia parecen proporcionar mucha información sobre sexualidad. Tal vez porque los padres no sepan cómo abordar estos temas y se sientan incómodos, o quizá porque cuando

sacan el tema son frecuentes los desacuerdos y discusiones por las diferentes expectativas de padres e hijos, a partir de ese momento tienden a evitar un tema que se presenta como una importante fuente de conflictos.

- Además, determinadas características del pensamiento durante la adolescencia, como la percepción de invulnerabilidad, a pesar de la información que tienen sobre las más que probables consecuencias negativas derivadas del escaso uso de anticonceptivos, tienen el sentimiento de estar protegidos, piensan que les puede ocurrir a las otras pero no a ellas. Lo que favorece las conductas arriesgadas.
- El no haber previsto que iban a sostener relaciones sexuales es otro argumento dado por las adolescentes para no usar anticonceptivos.
- Otro aspecto importante, tiene que ver con las actitudes hacia su uso. Es frecuente entre las jóvenes un cierto

rechazo por pensar que el preservativo limita el placer o rompe la espontaneidad de un acto sexual que debería ser natural y no planificado.

- Además, a todo puede incorporarse otro elemento extremadamente peligroso como es el consumo de alcohol u otras drogas. El problema es que la asociación entre el consumo de alcohol y la conducta sexual de riesgo crea otra situación todavía más extrema, ya que los efectos del alcohol afectan a las capacidades cognitivas de evaluación coste-beneficio de la conducta sexual sin protección.

2.2.9 Las infecciones de transmisión sexual (I.T.S.)

Romeo (2006) Toda infección que pueda transmitirse de una persona a otra al tener relaciones sexuales se denomina infecciones de transmisión sexual. La mayoría de las ITS son causadas por organismos muy pequeños, o microscópicos, tales como los virus, las bacterias y los

parásitos. Pueden transmitirse mediante el sexo vaginal, anal u oral.

Algunas ITS son causadas por organismos más grandes (tales como los piojos o los ácaros) que pueden propagarse mediante cualquier contacto íntimo con otra persona.

Las ITS pueden causar muy diversos problemas (desde las pequeñas molestias hasta las enfermedades graves) para las personas que las contraen. Algunas, como la gonorrea y la clamidiasis, se encuentran entre las causas más importantes de la infertilidad, sobre todo entre las mujeres.

El VIH, que es el virus que causa el SIDA, también se transmite por vía sexual. Cuando el VIH se convierte en SIDA, la persona infectada está expuesta a una serie de enfermedades que ponen en peligro la propia vida y que muchas veces no responden a ningún tratamiento. Ciertas

enfermedades, tales como la pulmonía, pueden ser mortales para las personas infectadas con VIH o enfermas de SIDA.

2.2.10 Tipos de ITS

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), como suelen abreviar los expertos, son un grupo de dolencias infecciosas, causadas por diferentes tipos de microbios, cuyo denominador común es que se contagian preferentemente durante las relaciones sexuales. Algunas, como la hepatitis B y el Sida, se transmiten también a través de la sangre. Una gran parte de estas enfermedades se centran en los genitales de ambos sexos. Pero, en algunos casos, también pueden verse afectados otros órganos o zonas, como el hígado, el intestino, las articulaciones, el sistema inmunológico, etc.

Este grupo de enfermedades no es homogéneo en sus consecuencias. Algunas pueden llegar a ser graves, causando dolor crónico, esterilidad e incluso la muerte. En cambio otras, si se tratan a tiempo, no son perjudiciales. La

clave está en diagnosticarlas a tiempo, ya que se propagan rápidamente.

Se cree que la extensión de las ITS está relacionada con la falta de información y por consecuencia de precaución. Asimismo, se apunta que la mayoría de los casos se dan en personas con una edad comprendida entre los quince y los treinta años.

Las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes o conocidas son las siguientes:

- Gonorrea o gonococia
- Sífilis
- Herpes genital
- Clamidia
- Trichomonas
- Cándidas

2.2.11 Los factores de riesgo de las ITS

MINSA (2005) Múltiples factores están asociados con comportamientos sexuales de alto riesgo entre las jóvenes en edad fértil. Los determinantes de riesgo para las ITS entre adolescentes incluyen factores conductuales, psicológicos, sociales, biológicos e institucionales.

- **Uso de condón.**- La vía sexual es la principal forma de transmisión de la infección por VIH. Se conoce que alrededor de 80% de las infecciones por VIH se dan por esta vía. Los métodos anticonceptivos de barrera modifican el riesgo de infección y, en consecuencia, el uso de condón reduce notablemente la posibilidad de transmisión y adquisición de la enfermedad.

El uso de condón entre adolescentes es infrecuente e inconsistente. La práctica sexual sin preservativo es una situación que coloca a las jóvenes en alto riesgo de infección. De la misma forma, esta conducta se asocia a embarazos no planeados que pueden terminar en

abortos, matrimonios forzados y problemas emocionales que pueden conducir a depresión y suicidio. De igual manera, existen opiniones erróneas sobre la utilidad de los condones como medida preventiva, un estudio informó que sólo 78 % de las adolescentes cree que el condón reduce el riesgo de infección por VIH.

Además, las jóvenes refieren con frecuencia que el uso de condón durante las relaciones coitales reduce en forma importante el placer sexual.

- **Edad de inicio de la actividad coital.**- El riesgo a exponerse a una ITS guarda asociación con la edad de inicio de la vida sexual; las jóvenes con inicio temprano de relaciones coitales tienen un riesgo mayor de presentar una infección genital. Se ha observado que las niñas alcanzan la pubertad y la madurez sexual a una edad más temprana que en décadas anteriores, condición que puede estar asociada con una iniciación precoz de relaciones coitales. En adolescentes que inician relaciones coitales en forma precoz se observa, de la

misma manera, un alto nivel de actividad sexual, poco uso de contraceptivos, alta tasa de embarazos no planeados y de ITS, incluyendo la infección por VIH.

- **Características de personalidad.-** Algunas características de personalidad guardan una relación importante con conductas sexuales riesgosas. Las adolescentes con gran tendencia a la gratificación y la experiencia de novedad muestran un mayor número de prácticas riesgosas. Al igual, las jóvenes con pobre control de impulsos muestran una mayor propensión a patrones conductuales de riesgo que pares con un mayor control. De la misma forma, la poca tolerancia a la frustración, a los estresores psicosociales negativos, favorecen conductas sexuales riesgosas. Se ha observado que las adolescentes en situaciones vitales difíciles y sin apoyo familiar adecuado presentan un riesgo mayor de embarazos no deseados o de una enfermedad sexualmente transmisible.

- **Trastornos mentales.-** Los trastornos mentales, incluyendo entre estos el consumo, el abuso y la dependencia de sustancias, constituyen un factor relacionado con conductas sexuales de riesgo para infección por VIH. La práctica de relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias como alcohol y otras susceptibles de abuso es habitual en la población adolescente. Los trastornos mentales y el consumo de sustancias como alcohol deterioran la capacidad de juicio para juzgar la seguridad de una práctica sexual, es decir, incrementan en forma significativa las conductas sexuales de riesgo por las ITS.
- **La educación sexual.-** Es un elemento importante en el control de ITS entre adolescentes. Tradicionalmente, la educación sexual ha sido brindar información sobre anatomía humana, reproducción y enfermedades sexualmente transmisibles y se ha enfatizado muy poco en los aspectos relacionales y éticos de la conducta sexual.

Una educación sexual integral en adolescentes debe brindar elementos para crear opciones futuras de vida y no sólo información, habilidades y actitudes relacionadas con la prevención de la infección por VIH. Se hace necesaria una educación emocional sumada a la educación sexual. La información sexual hasta hace poco se encontraba en fuentes informales. Las adolescentes recibían habitualmente la información sobre la pubertad y embarazo de fuentes informales (madre, tías, hermanas y amigos) y no de médicos u otros profesionales con preparación técnica sobre estos tópicos.

Con el ánimo de disminuir los problemas relacionados con las actividades sexuales en la adolescencia se han propuesto diferentes intervenciones. No obstante, para reducir en número considerable las conductas sexuales riesgosas entre las adolescentes se precisa de intervenciones algo complejas. La promoción de la salud sexual no debe involucrar solo la prevención de enfermedades a corto plazo sino también un esfuerzo

importante a largo plazo que incluya toda clase de objetivos, individuales y sociales.

2.2.12 Prácticas sexuales capaces de transmitir ITS

García (2003) Se han empleado una serie de términos para referirse a distintos tipos de actividad sexual. Es importante comprender el significado de estos términos y saber cuáles enfermedades puede transmitir cada práctica sexual.

- **Sexo vaginal.**- Introducción del pene en la vagina. Puede transmitir la mayoría de las ITS comunes, y causar la infección con el VIH. Cualquiera de las dos personas puede infectar a la otra. El retiro del pene antes del orgasmo no elimina el riesgo. Por otro lado, el riesgo sí se reduce considerablemente mediante el correcto uso de los preservativos.
- **Sexo anal.**- Introducción del pene en el ano de la pareja (que puede ser hombre o mujer). Puede transmitir la

mayoría de las ITS comunes, y causar la infección con el VIH. Cualquiera de las dos personas puede infectar a la otra. El retiro del pene antes del orgasmo no elimina el riesgo. Por otro lado, el riesgo sí se reduce considerablemente mediante el correcto uso de los preservativos.

- **Sexo oral.-** Las siguientes prácticas constituyen sexo oral:

- Introducción del pene en la boca de la pareja (que puede ser hombre o mujer).
- Introducción de la boca o de la lengua de una persona (que puede ser hombre o mujer) en la vagina de su pareja.

Esta práctica puede transmitir algunas ITS. El riesgo es mayor cuando se introducen en la boca semen, sangre o secreciones vaginales. Cualquiera de los miembros de la pareja puede infectar al otro, nunca debe sentirse obligado si no lo desea, practique únicamente aquellas formas de

contacto sexual que no propagan las principales ITS. Los besos, las caricias eróticas y la masturbación no presentan riesgo de contraer una infección de transmisión sexual.

2.2.13 Quienes corren el riesgo de contraer ITS

Se suele creer que sólo las prostitutas, los homosexuales o las personas promiscuas contraen infecciones de transmisión sexual, lo cual no es verdad. Cualquier persona que practique el sexo fuera de una relación monógama y de larga duración corre riesgo de contraer una ITS. Lo que sí es cierto es que mientras más numerosas sean las personas con las que se tengan relaciones sexuales, mayores serán las probabilidades de tener contagio de una ITS. Si se tiene relaciones sexuales con personas que no conoce bien y que posiblemente las hayan tenido, a su vez, con otras personas, lo más probable es que tarde o temprano se contraiga una ITS.

Hay quienes creen que las enfermedades de transmisión sexual ya no son de mucho cuidado porque para

curarse de cualquiera de ellas bastará con visitar al médico para que les ponga una inyección de penicilina. No es cierto, de hecho; algunas enfermedades de transmisión sexual son muy difíciles de curarlas, o incluso imposibles.

En definitiva, en lo que respecta a las enfermedades de transmisión sexual, la prevención es más eficaz que el tratamiento.

2.2.14 Como evitar las ITS

No es difícil prevenirse contra las ITS. Todas las enfermedades más graves pueden evitarse mediante el uso del preservativo al tener relaciones sexuales por vía vaginal o anal. MINSA (1998) Las investigaciones científicas han demostrado que los preservativos de látex constituyen una barrera eficaz contra el VIH y contra los virus y bacteria que causan las principales ITS (Algunas de estas enfermedades, tales como el herpes y las verrugas, pueden contagiarse mediante cualquier contacto directo, "de piel a piel" con una persona infectada.

Los preservativos sólo le protegerán contra las enfermedades si los utiliza cada vez que tenga relaciones sexuales. No basta con utilizarlos “a veces”.

- **El uso correcto del preservativo:**

- Usar solamente las marcas de preservativo más conocidas, y verificar la fecha de caducidad antes de comprarlos, abrir el paquete con cuidado y con suficiente luz, para evitar que se rompa el preservativo, apretar la punta del preservativo para expulsar todo el aire y a continuación desenróllelo cuidadosamente sobre el pene erecto hasta llegar a la base.
- Siempre utilice abundante lubricante a base de agua, sobre todo al realizar el coito anal. Las relaciones sexuales practicadas sin lubricantes pueden causar que el preservativo se rompa.
- No utilice lubricantes a base de aceite (tales como la vaselina o el aceite para niños), ya que deterioran el látex del preservativo. No use saliva, sino los lubricantes a base de agua que se venden en las

tiendas, tales como los de las marcas KY, Muko, Lubafax o Wet Stuff.

- Siempre tener cuidado de que el pene se retire mientras aún esté erecto, para evitar que se desprenda el preservativo. Sujetar el preservativo sobre el pene al retirarse éste, para evitar los derrames de semen.
- No intentar usar los preservativos más de una vez, después de usados, tirar al cubo de la basura.
- Guardar los preservativos en un lugar fresco y seco donde no les alcance la luz directa.

Las otras maneras de evitar las infecciones de transmisión sexual:

- Abstenerse de tener relaciones sexuales.
- Practicar únicamente aquellas formas de contacto sexual que no propagan las principales ITS. Los besos, las caricias eróticas y la masturbación mutua no presentan riesgo de transmitir ninguna de las ITS más graves.
- No tener relaciones sexuales sino con una sola persona dentro de una relación monógama (esto es, una relación

en que ninguno de los dos miembros de la pareja tiene relaciones sexuales con otra persona). Sólo queda eliminado todo riesgo cuando la relación de pareja es realmente monógama y ambos miembros se han sometido a pruebas diagnósticas para la detección de infecciones de transmisión sexual y se ha comprobado que ninguno de los dos está infectado.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Síndromes de infecciones de transmisión sexual

El MINSA (2006) indica que un síndrome es un conjunto de síntomas y /o signos que aquejan a una persona. En el caso de ITS puede ser causado por uno o más agentes etiológicos.

2.3.1.1 Síndrome de flujo vaginal

- Berek (2007) Destaca que el flujo vaginal normal, son las secreciones vaginales están compuestas por

secreciones vulvares de las glándulas sebáceas, sudoríparas, de Bartholin y de Skene locales, el trasudado proveniente de la pared vaginal, las células vaginales y cervicales exfoliadas, el moco cervical, los líquidos endometriales de los oviductos y los microorganismos y sus productos metabólicos.

- **Vaginosis bacteriana.**- La vaginosis bacteriana se conocía antes como vaginitis inespecífica o vaginitis por gardenerella. Es un trastorno de la flora bacteriana vaginal normal que ocasiona pérdida de los lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno y proliferación de bacterias predominantemente anaerobias. La forma más frecuente vaginitis en Estados Unidos es la vaginosis bacteriana.

- **Vaginitis por trichomonas.**- Se debe al parásito flagelado transmitido de manera sexual *Trichomonas vaginalis*. La tasa de transmisión es elevada; 70% de los varones contraen la enfermedad después de un

solo contacto con una mujer infectada, lo que sugiere que la tasa de transmisión entre varones y mujeres es incluso más elevada. El parásito es un anaerobio con capacidad de generar hidrógeno para combinarse con el oxígeno y crear un ambiente anaerobio. Existe sólo en la forma de trofozoito. La vaginitis por trichomonas suele acompañarse de vaginosis bacteriana, que se puede diagnosticar hasta en 60% de los pacientes con vaginitis por trichomonas.

- **Candidiasis vulvovaginal.**- Se estima que hasta 75% de las mujeres experimentan por lo menos una crisis de candidiasis vulvovaginal (CVV) durante su vida. Casi 45% de las mujeres experimentarán dos o más crisis por año. Por fortuna, muy pocas se verán plagadas por una infección crónica recurrente. *Candida albicans* es la causa de 85% a 90% de las infecciones vaginales por levaduras.

• **Cervicitis.**- El cuello uterino está revestido por dos tipos diferentes de células epiteliales. Las del epitelio escamoso y las del epitelio glandular. La causa de la inflamación cervical depende del epitelio afectado. El epitelio ectocervical puede inflamarse por acción de los mismos microorganismos causantes de la vaginitis. De hecho, el epitelio escamoso ectocervical es una extensión del epitelio vaginal, y se continúa con el mismo. *Trichomonas*, *Candida* y virus del herpes simple pueden ocasionar inflamación del ectocérvix. A la inversa, *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* infectan sólo el epitelio glandular y son los causantes de la endocervicitis mucopurulenta (EMP).

• **Úlceras genitales.**- En Estados Unidos, la mayoría de las pacientes que tienen úlceras genitales experimentan infección por virus del herpes simple (VHS) o por el treponema de la sífilis. La lesión ulcerosa siguiente con mayor frecuencia de transmisión sexual es el *chancroide* y le siguen los

trastornos de ocurrencia rara: linfogranuloma venéreo (LGV) y granuloma inguinal (donovanosis). Estas enfermedades se acompañan de un incremento del riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Otras causas raras y no infecciosas de úlceras genitales son abrasiones, erupciones fijas por fármacos, carcinoma y enfermedad de Behcet.

• **Virus de la inmunodeficiencia humana.** - Se estima que por lo menos 20% a 25 % de las personas infectadas por el VIH son mujeres. Aunque el factor de riesgo más frecuente para las mujeres con SIDA (50%) sigue siendo la administración intravenosa de sustancia, está aumentando la transmisión heterosexual, y constituye en la actualidad 36% de los casos de SIDA en mujeres. La infección por VIH produce un espectro patológico que progresa desde un estado asintomático hasta el síndrome de inmunodeficiencia adquirida completo (SIDA). Es variable el ritmo de progreso de la enfermedad. El

tiempo mediano entre la infección por VIH y el desarrollo de SIDA es de 10 años, con límites entre unos cuantos meses y más de 12 años.

2.3.1.2 Síndrome de descarga uretral

Ruiz (2009) La descarga uretral es la queja más común de ITS en hombres, y representa una uretritis o infección de la uretra. Se caracteriza por presentar secreción o fluido por la uretra acompañado de ardor y/o dolor al orinar.

La secreción uretral puede ser purulenta o mucóide; clara; blanquecina o amarillo – verdosa; abundante o escasa, a veces sólo en las mañanas o que sólo mancha la ropa interior.

- **Gonorrea.-** La gonorrea es una infección de transmisión sexual producida por el gonococo de Neisser o *Neisseria gonorrhoeae*, microorganismo gram negativo que se observa en pareja

(diplococo). Es característica su presentación intracelular. No forma parte de la flora normal de la vagina o del endocérvix. En su forma aguda se presenta intracelular y, en las formas crónicas, extracelular.

Se transmite fácilmente por el contacto sexual y las posibilidades de que un hombre contraiga gonorrea en un solo contacto son del 20% al 35%; en la mujer varían del 70% al 90%. Producido el contagio, la incubación es de 3 a 5 días, aunque puede ser más prolongada. La infección ocurre inicialmente en el cuello uterino y en la uretra y, en ocasiones, en las glándulas de Bartholino. También puede localizarse en la faringe y en el recto. En el recién nacido provoca infección oftálmica.

- ***Chlamydia trachomatis***.- Es reconocida actualmente como una causa principal de enfermedad pelviana inflamatoria. En la mujer

puede causar cervicitis y salpingitis con formación de adherencias y bloqueo tubárico.

Es una bacteria intracelular gram negativa y se multiplica únicamente dentro de las células sensibles según un ciclo evolutivo. Las chlamydias son microorganismos que tienen semejanzas y diferencias con los virus y bacterias.

Su frecuencia como causa de enfermedad pelviana inflamatoria ha sido calculada entre el 10% y el 50% de las salpingitis agudas. La infección inicial se localiza a nivel del endocérnix, alterando las características físico-químicas del moco cervical y el mecanismo de migración espermática. La localización a nivel del epitelio endocervical permite la multiplicación a nivel celular y, de esta manera, el ascenso al epitelio tubario.

- **Herpes genital.**- La frecuencia de la infección por el herpes-virus genital ha aumentado en los últimos años. La mayoría de las infecciones son debidas al virus tipo 2, aunque el tipo 1 desempeña un papel importante.

El herpes genital se adquiere por el contacto sexual y su síntomas y signos aparecen entre 3 a 7 días, pos coito. En ocasiones, la infección inicial puede ser leve o asintomática. La infección primaria puede ser precedida por parestesia leve y sensación de quemazón antes de que la lesión se haga visible, con dolor local se intensifica, aparecen adenopatías inguinales y se agregan síntomas generales: cefaleas, fiebre, disuria, y aun retención urinaria, probablemente debido a infección de la mucosa uretral y vesical.

2.3.2 Virus del papiloma humano (HPV)

En el tracto genital femenino, ciertos tipos de HPV tienden a asociarse con lesiones intraepiteliales del cuello uterino.

Los tipos de HPV 6 y 11 han sido aislados de verrugas benignas y condilomas acuminados de la vulva y la vagina.

2.3.3 Sífilis

Ésta es una enfermedad de transmisión sexual de evolución aguda que se caracteriza clínicamente por una lesión inicial primaria, una erupción secundaria que afecta piel y mucosas, períodos de la latencia variables y lesiones tardías en piel, huesos, vísceras, sistema nervioso central y aparato circulatorio: Su agente etiológico es el *Treponema pallidum*.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por el tipo de aplicación, la presente investigación es básica, en razón que se utilizan conocimientos de las ciencias médicas para ser aplicados mediante estrategias de salud.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se utilizó un diseño no experimental, descriptivo y correlacional.

No experimental, porque no se pretendió manipular las variables estudiadas sino observarlas tal y como se presentaron en el contexto para analizarlas. Descriptiva, porque se describe el comportamiento de cada una de las variables involucradas de la presente investigación.

Correlacional, debido a que la investigación se orienta a relacionar las variables del presente trabajo.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

La población en estudio es finita y está conformada por las 3 234 mujeres registradas en edad fértil del C.S. La Esperanza que se atendieron en el año 2010.

3.3.2 Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se aplicó el método de muestreo al azar simple, usando la fórmula [1]:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q} \dots [1]$$

Donde:

N = población (3 234)

$Z = 1,96$ (95% nivel de confianza estadística)

$p = q = 0,5$ (probabilidad de éxito y/o fracaso)

$E = 0,08$ (error)

$d =$ Precisión

$n = 143$ (tamaño de muestra)

La muestra está conformada por 143 mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito Alto de La Alianza, considerando criterios de representatividad y proporcionalidad de la población en estudio.

- **Criterios de inclusión.**- Las mujeres en edad fértil que se hayan tomado la prueba de secreción vaginal y con un diagnóstico de ITS según la clasificación CIEX, tengan su domicilio en la jurisdicción del C.S. La Esperanza.
- **Criterios de exclusión.**- Las mujeres en edad fértil que se hayan tomado la prueba de secreción vaginal y con un diagnóstico de ITS según la clasificación CIEX, tengan su domicilio en la jurisdicción del C.S. pero con

problemas de discernimiento y/o que no desee participar del estudio.

- **Criterios de eliminación.**- Las mujeres en edad fértil que se hayan tomado la prueba de secreción vaginal y con un diagnóstico de ITS según la clasificación CIEX, pero sin resultados diagnósticos ni domicilio real.

3.4 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.4.1 Variables

- **Variable independiente:** Conductas de riesgos
- **Variable dependiente:** Infecciones de transmisión sexual

3.4.2 Operacionalización de Variables

La operacionalización de variables de la presente investigación se realizó tal como se muestra en el cuadro 1:

Cuadro 1. Variables y Operacionalización de variables

VARIABLES		INDICADORES
INDEPENDIENTE	Conductas de riesgos	Promiscuidad
		Naturaleza de los contactos
		Uso de métodos de barrera
		Consumo de drogas y alcohol
DEPENDIENTE	Infecciones de transmisión sexual	Síndrome de flujo vaginal

Fuente: Elaboración propia.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Variable Independiente.-** Para medir la variable conductas de riesgo se utilizó la técnica de encuesta aplicando como instrumento un cuestionario (ver anexo 1), el mismo que fue diseñado por la investigadora, en base a la revisión bibliográfica y al apoyo de expertos, quienes dieron la validez de dicho instrumento mediante un informe (ver anexo 3).

El instrumento cuenta con las siguientes características:

- **Nombre:** instrumento para medir las conductas de riesgo.
- **Autor:** Lic. Evelyn Lissely Malca Herrera.
- **Tiempo de duración:** aproximadamente 20 minutos.
- **Ámbito de aplicación:** dirigido a las mujeres fértiles del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna.
- **Preguntas:** está constituido por 21 preguntas.
- **Confiabilidad:**

Cuadro 2. Estadísticos de fiabilidad del instrumento de medición de conductas de riesgo de las mujeres fértiles del C.S. La Esperanza del distrito de La Alto de Alianza de Tacna

Alfa de Cronbach	N de elementos
,892	21

Fuente: Base de datos del Cuestionario 1.

Elaboración: SPSS 18.

George & Mallery (1995), indican que si el alpha es mayor que 0,9 (el instrumento de medición es excelente); **si cae en el intervalo 0,9 - 0,8 (el instrumento es bueno)**; si cae entre 0,8 - 0,7 (el instrumento es aceptable); si cae en el intervalo 0,7 - 0,6

(el instrumento es débil); si cae entre 0,6 - 0,5 (el instrumento es pobre) y si es menor que 0,5 (no es aceptable).

El reporte del SPSS 18 dio un valor del Alpha de Cronbach de 0,892; lo cual, implica que el instrumento aplicado es bueno.

- **Variable dependiente:** Para medir la variable de infección de transmisión sexual, se usó la técnica documental aplicando como instrumento la ficha documental de resultados (ver anexo 2); instrumento que es aplicado por el C.S. La Esperanza bajo disposición del MINSA.

El instrumento cuenta con las siguientes características:

- **Nombre:** Instrumento para medir las infecciones de transmisión sexual.
- **Autor:** Ministerio de Salud (MINSA) del Perú.
- **Tiempo de duración:** Aproximadamente 15 minutos
- **Ámbito de aplicación:** Dirigido a las mujeres fértiles del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de Alianza de Tacna.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de los datos se ha utilizado el software estadístico SPSS versión 18 en español y Microsoft Excel.

El análisis de datos, implicó las siguientes técnicas estadísticas:

- Cuadros de frecuencias y gráficos.
- Estadística descriptiva.
- Prueba de Chi-cuadrado.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

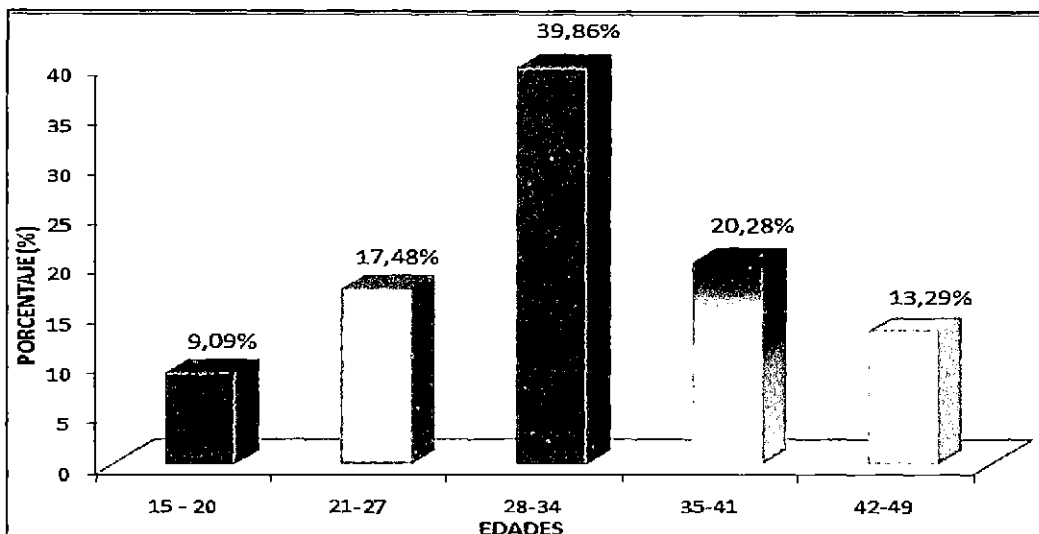
4.1 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN

4.1.1 Características de las participantes en el estudio

Cuadro 3. Distribución de frecuencias según las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna, 2010

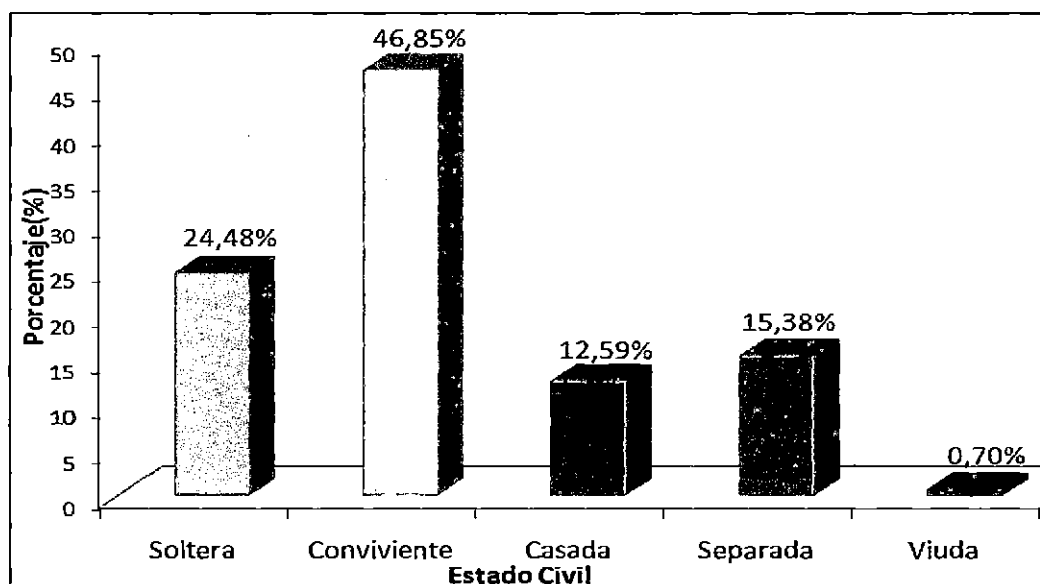
Características	Frecuencia	Porcentaje
Grupo de edad (Años)		
15-20	13	9,09
21-27	25	17,48
28-34	57	39,86
35-41	29	20,28
42-49	19	13,29
Estado civil		
Soltera	35	24,48
Conviviente	67	46,85
Casada	18	12,59
Separada	22	15,38
Viuda	1	0,70
Ocupación		
Empleado	7	4,90
Comerciante	39	27,27
Profesional	43	30,07
Su casa	47	32,87
Sin empleo	7	4,90
Número de hijos		
0	61	42,66
1	46	32,17
2	32	22,38
3	4	2,80
Total	143	100,00

Fuente: Cuestionario 1



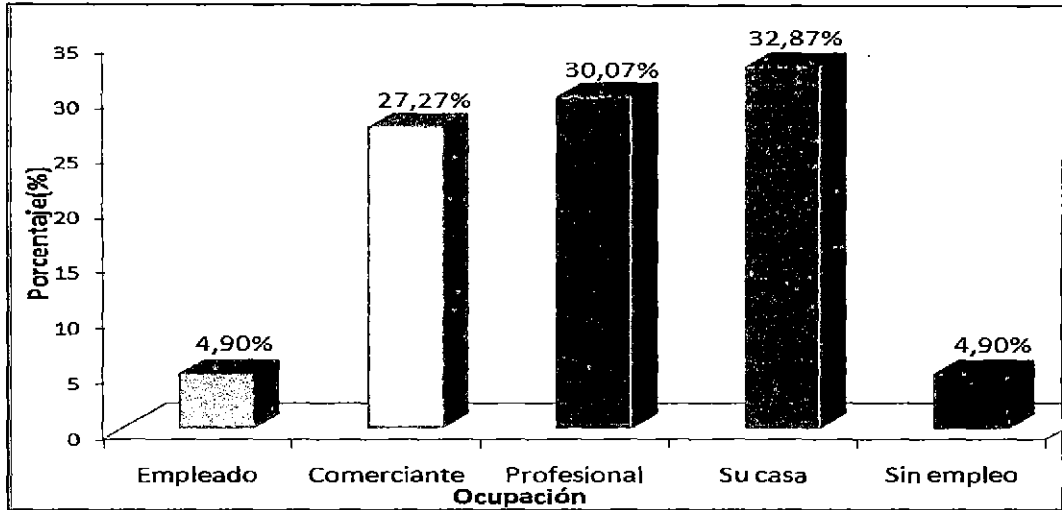
Fuente: Cuadro 3

Figura 1: Distribución de frecuencias según los grupos de edad de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna, 2010.



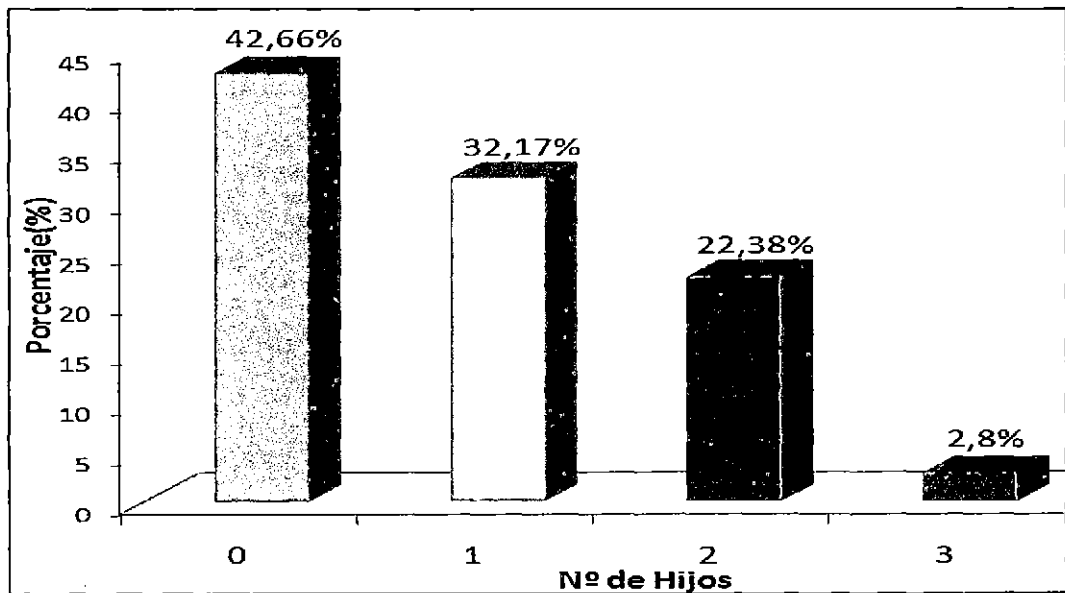
Fuente: Cuadro 3

Figura 2: Distribución de frecuencias según el estado civil de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna, 2010.



Fuente: Cuadro 3

Figura 3: Distribución de frecuencias según la ocupación de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna, 2010.



Fuente: Cuadro 3.

Figura 4. Distribución de frecuencias según el número de hijos de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna, 2010.

Interpretación de resultados.- En el Cuadro 3 y en las Figuras 1, 2, 3 y 4 se pueden apreciar la distribución por grupo etario de las mujeres en edad fértil, donde los resultados fueron los siguientes:

El 9,1% tiene entre 15 y 20 años, el 17,5% tiene entre 21 y 27 años, el 39,9% tiene entre 28 y 34 años, el 20,3% tiene entre 35 y 41 años y el 13,3% tiene entre 42 y 49 años de edad.

En segundo lugar se puede apreciar la distribución según el estado civil de las mujeres en edad fértil, donde los resultados fueron los siguientes: el 24,5% son solteras, el 46,9% son convivientes, el 12,6% son casadas, el 15,4% son separadas, y el 0,7% son viudas.

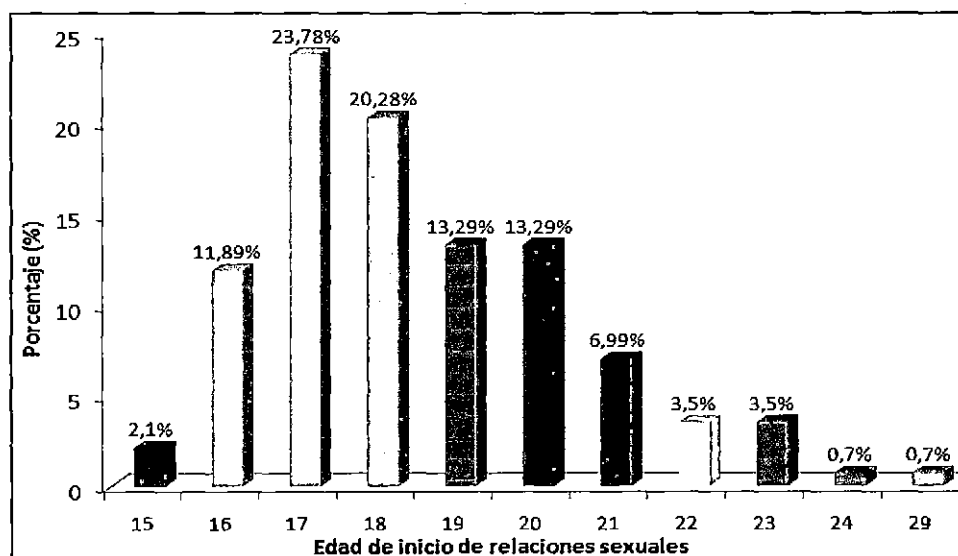
En tercer lugar se puede apreciar la distribución según la ocupación de las mujeres en edad fértil, donde los resultados fueron los siguientes: el 4,9% están empleados, el 27,3% son comerciantes, el 30,1% son profesionales, el 32,9% se dedican a su casa, y el 4,9% se encuentra sin empleo.

Finalmente, se puede apreciar la distribución según el número de hijos de las mujeres en edad fértil donde los resultados fueron los siguientes: el 42,7% no tiene ningún hijo, el 32,2% tiene un hijo, el 22,4% tiene 2 hijos, y el 2,8% tiene 3 hijos.

Cuadro 4. Distribución de frecuencias según la edad de inicio de relaciones sexuales de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna, 2010

Edad de inicio de relaciones sexuales (Años)	Frecuencia	Porcentaje
15	3	2,10
16	17	11,89
17	34	23,78
18	29	20,28
19	19	13,29
20	19	13,29
21	10	6,99
22	5	3,50
23	5	3,50
24	1	0,70
29	1	0,70
Total	143	100,00

Fuente: Cuestionario 1



Fuente: Cuadro 3

Figura 5: Distribución de frecuencias según la edad de inicio de relaciones sexuales de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna, 2010.

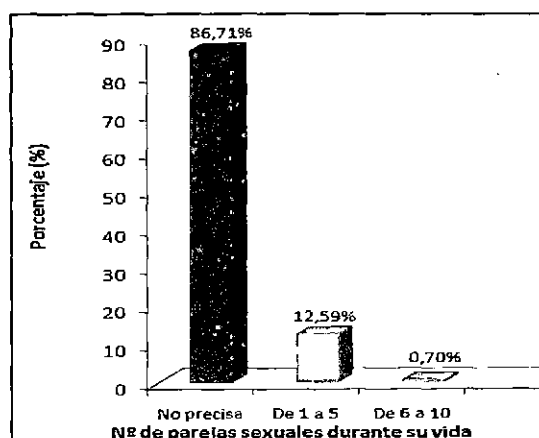
Interpretación de resultados.- En el Cuadro 4 y en la Figura 5, se puede apreciar la distribución de frecuencias según la edad de inicio de relaciones sexuales de las mujeres en edad fértil, donde los resultados fueron los siguientes: el 2,1% inició a los 15 años; el 11,9%, a los 16 años; el 23,8%, a los 17 años; el 20,3%, a los 18 años; el 13,3%, a los 19 años; el 13,3, a los 20 años; el 7%, a los 21 años; el 3,5%, a los 22 años; el 3,5%, a los 23 años; el 0,7%, a los 24 años; y el 0,7%, a los 29 años de edad.

4.1.2 Conductas de riesgo de las mujeres en edad fértil

Cuadro 5: Distribución de frecuencias según el número de parejas sexuales de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna, 2010

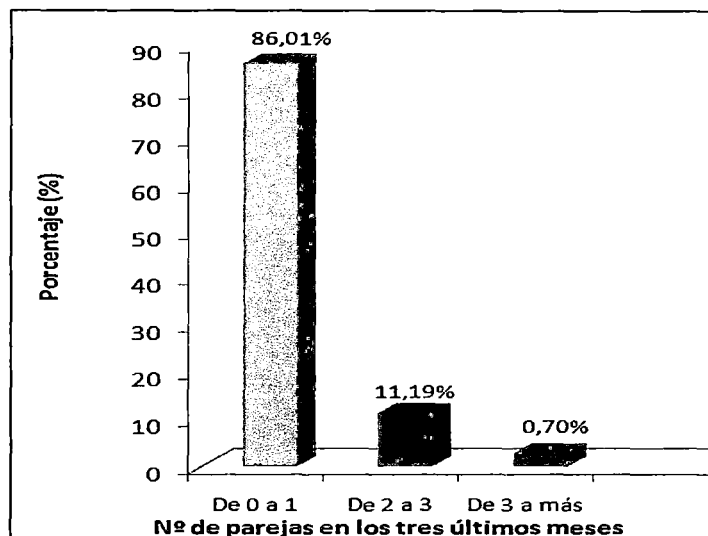
Número de parejas	Frecuencia	Porcentaje
Número de Parejas sexuales durante su vida		
No precisa	124	86,71
de 1 a 5	18	12,59
de 6 a 10	1	0,70
Número de parejas en los tres últimos meses		
de 0 a 1	123	86,01
de 2 a 3	16	11,19
de 3 a más	4	2,80
Genero de parejas		
Hombre	137	95,80
Mujer	4	2,80
Ambos	2	1,40
Total	143	100,00

Fuente: Cuestionario 1



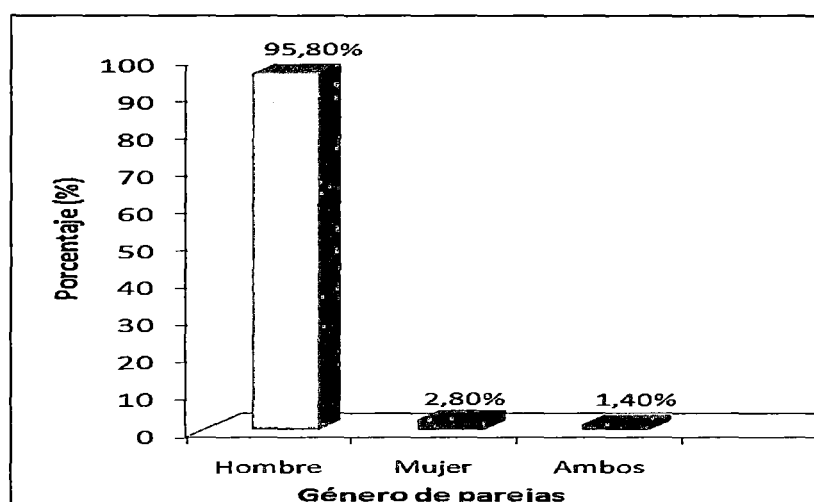
Fuente: Cuadro 5

Figura 6: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de Alianza de La Tacna según el número de parejas sexuales durante su vida, 2010.



Fuente: Cuadro 5

Figura 7: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según el número de parejas sexuales en los últimos tres meses, 2010.



Fuente: Cuadro 3

Figura 8: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según el género de parejas sexuales, 2010.

Interpretación de resultados.- En el Cuadro 5 y en las Figuras 6, 7 y 8 se puede apreciar la distribución según el número de parejas sexuales de las mujeres en edad fértil, donde los resultados fueron los siguientes:

El 86,7% no precisa el número de parejas sexuales, el 12,6% ha tenido entre 1 y 5 parejas sexuales y el 0,7% ha tenido entre 6 y 10 parejas.

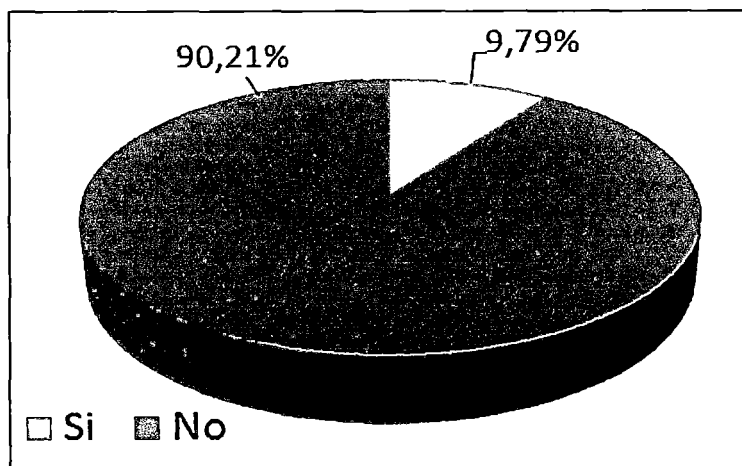
En segundo lugar, se puede apreciar la distribución según el número de parejas sexuales en los tres últimos meses de las mujeres en edad fértil, donde los resultados fueron los siguientes: el 86% de 0 a 1; el 11,2% de 2 a 3; y el 2,8% de 3 a más.

Finalmente, se puede apreciar la distribución según el género de las parejas sexuales de las mujeres en edad fértil, donde los resultados fueron los siguientes: el 95,8% son hombres; el 2,8%, mujeres; y el 1,4%, de ambos sexos.

Cuadro 6. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según prácticas sexuales, 2010

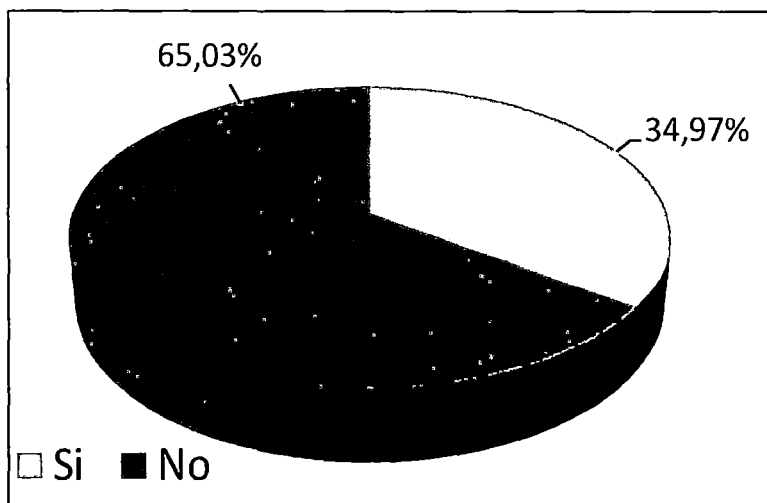
Prácticas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Practica sexo anal		
No	129	90,21
Si	14	9,79
Practica sexo oral		
No	93	65,03
Si	50	34,97
Practica sexo vaginal		
No	2	1,40
Si	141	98,60
Total	143	100,00

Fuente: Cuestionario 1



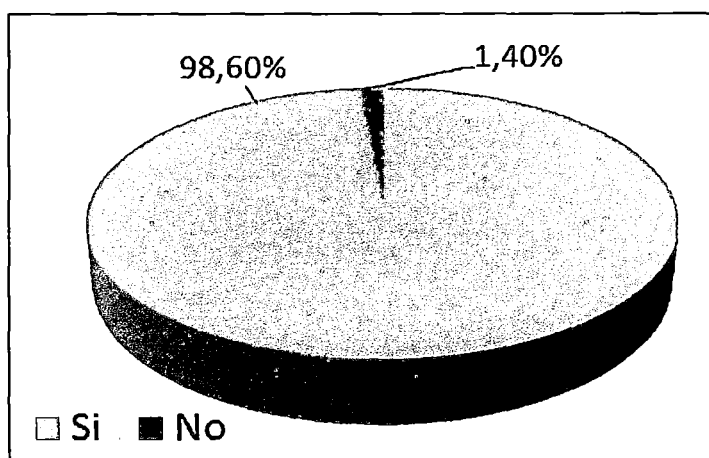
Fuente: Cuadro 6

Figura 9: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según la práctica de sexo anal, 2010.



Fuente: Cuadro 6

Figura 10: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según la práctica de sexo oral, 2010.



Fuente: Cuadro 6

Figura 11. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según la práctica del sexo vaginal, 2010.

Interpretación de resultados.- En el Cuadro 6 y en las Figuras 9,10 y 11 se puede apreciar lo siguiente:

En primer lugar, la distribución de la siguiente pregunta si tienen practica de sexo anal, se obtuvo que el 90,21% señalaron que no y el 9,79% restante de mujeres indicaron que sí.

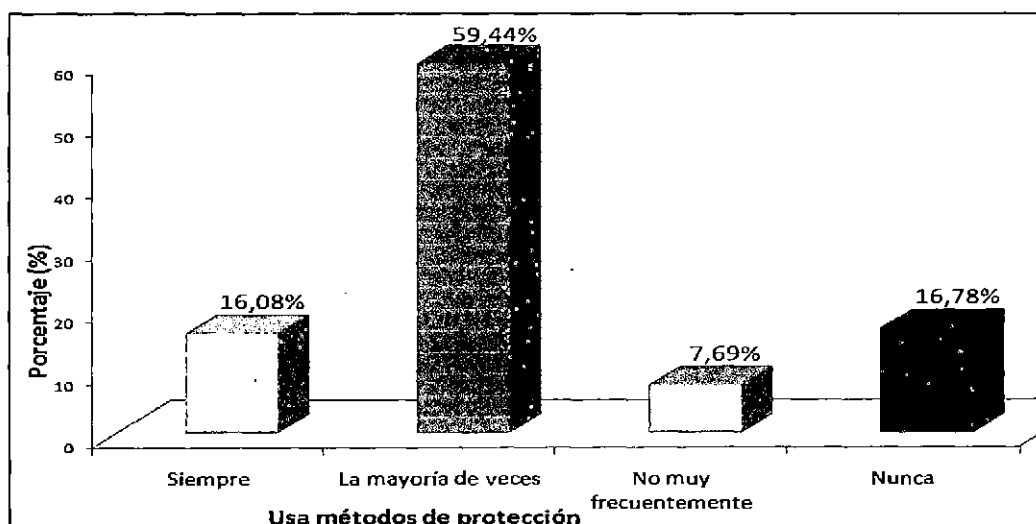
En segundo lugar se puede apreciar la distribución respecto a la pregunta si tienen práctica del sexo oral, donde el 65,03% indicaron que no; mientras que el 34,97% señalaron que sí.

Finalmente, se observa la distribución respecto a la pregunta si practican el sexo vaginal, donde el 98,60% de mujeres señalaron que sí y el 1,40% de mujeres restantes indicaron que no.

Cuadro 7. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según el uso de preservativos, 2010

Usa Métodos de protección	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	23	16,08
La mayoría de veces	85	59,44
No muy frecuentemente	11	7,69
Nunca	24	16,78
Total	143	100,00

Fuente: Cuestionario 1.



Fuente: Cuadro 7

Figura 12: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según el uso de preservativos, 2010.

Interpretación de resultados.- En el Cuadro 7 y en la Figura 12 se puede apreciar la distribución del uso de preservativos en las mujeres en edad fértil.

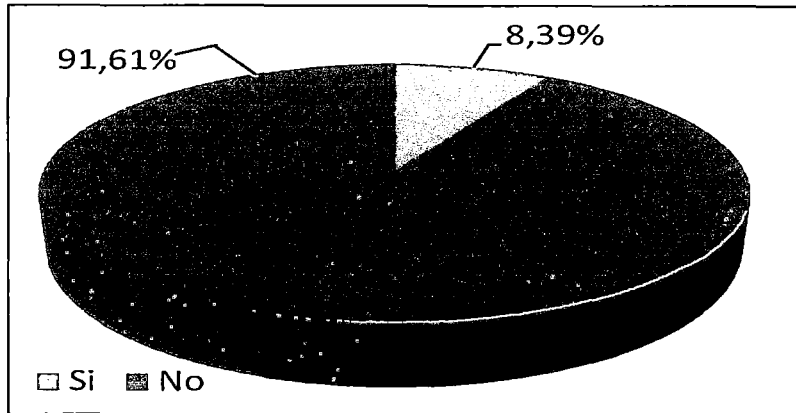
Se tiene que el 59,44% de mujeres indicaron que la mayoría de veces; mientras que el 16,78% de ellas señalaron que nunca y el 16,08% respondieron que siempre.

Finalmente, el 7,69% de las mujeres restantes que acudieron al C.S. La Esperanza resaltó que muy frecuentemente hacen uso de preservativos.

Cuadro 8. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según las necesidades o adicciones, 2010

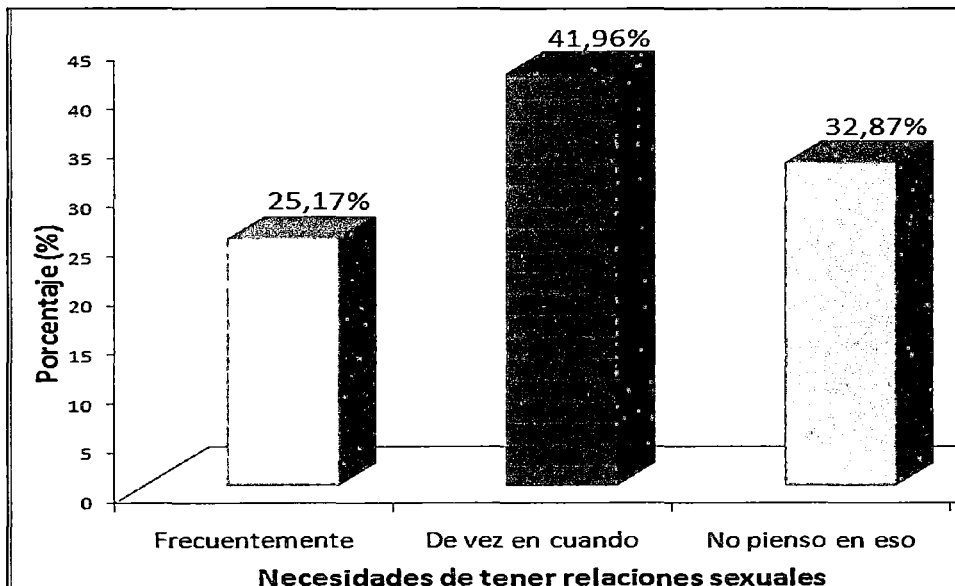
Necesidades y/o adicciones	Frecuencia	Porcentaje
Recibe pago por relaciones sexuales		
No	131	91,61
Si	12	8,39
Necesidad de relaciones sexuales		
Frecuentemente	36	25,17
De vez en cuando	60	41,96
No pienso en eso	47	32,87
Tiene relaciones bajo el efecto del alcohol		
De vez en cuando	57	39,86
Frecuentemente	19	13,29
Nunca	67	46,85
Relaciones sexuales con adictos a drogas		
No precisa	99	69,23
Si	7	4,90
No	37	25,87
Uso de drogas		
No	141	98,60
Si	2	1,40
Total	143	100,00

Fuente: Cuestionario 1



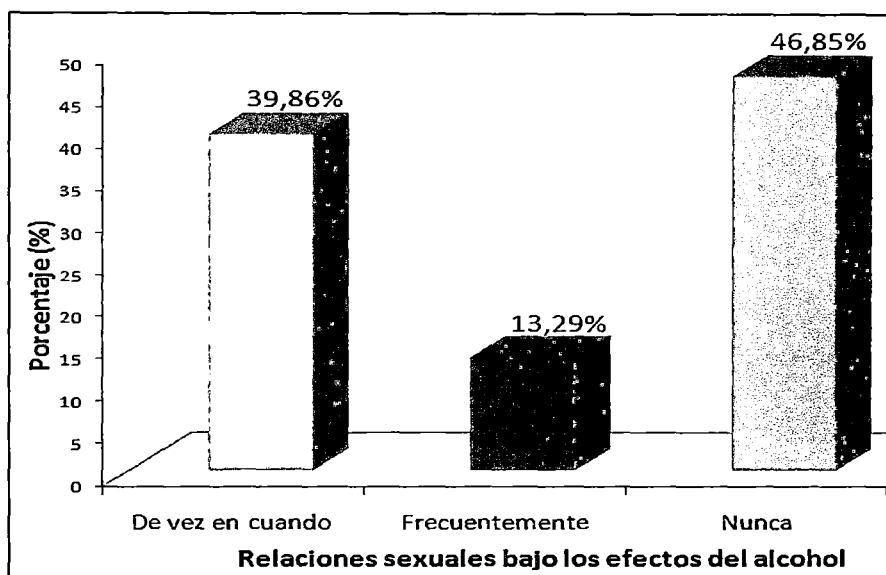
Fuente: Cuadro 8

Figura 13: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna que reciben pago por relaciones sexuales, 2010.



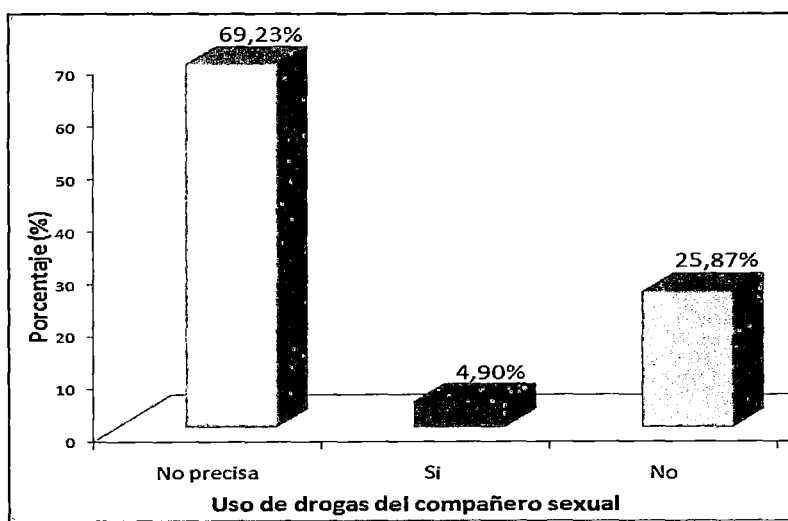
Fuente: Cuadro 8

Figura 14: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según las necesidades de tener relaciones sexuales, 2010.



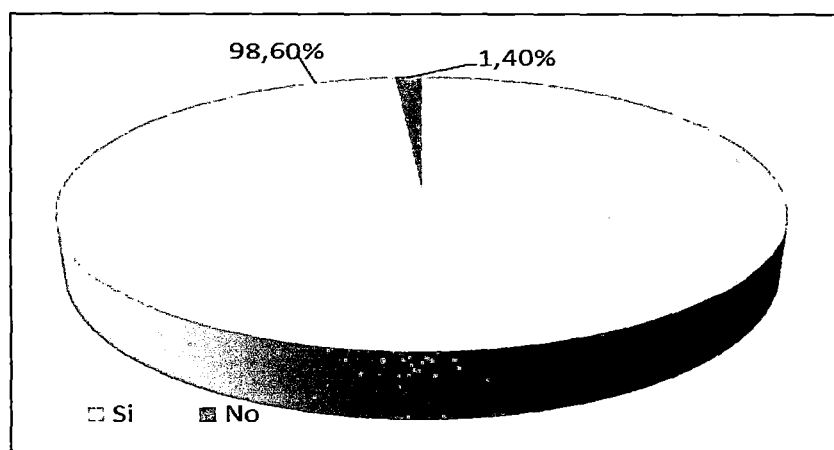
Fuente: Cuadro 8

Figura 15: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, 2010.



Fuente: Cuadro 8.

Figura 16. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según el uso de drogas del compañero sexual, 2010.



Fuente: Cuadro 8.

Figura 17: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según el uso de drogas, 2010

Interpretación de resultados.- En el Cuadro 8 y en las Figuras 13, 14, 15, 16 y 17 se puede apreciar la distribución de frecuencias según las necesidades o adicciones de las mujeres en edad fértil.

Con respecto a la pregunta formulada, donde se consulta si reciben pago por tener relaciones sexuales, el 91,60% de las mujeres indicaron que no; mientras que el 8,39% señalaron que sí.

Asimismo, podemos apreciar la distribución según la necesidad de tener relaciones sexuales de las mujeres en edad fértil, donde el 25,17% indican que frecuentemente; el 41,96%, de vez en cuando; y el 32,87% indicaron que no piensan en eso.

A la pregunta si tienen relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol, el 39,86% de las mujeres indicaron que de vez en cuando; mientras que el 13,29% señalaron que frecuentemente; y el 46,85 % restante respondió que nunca.

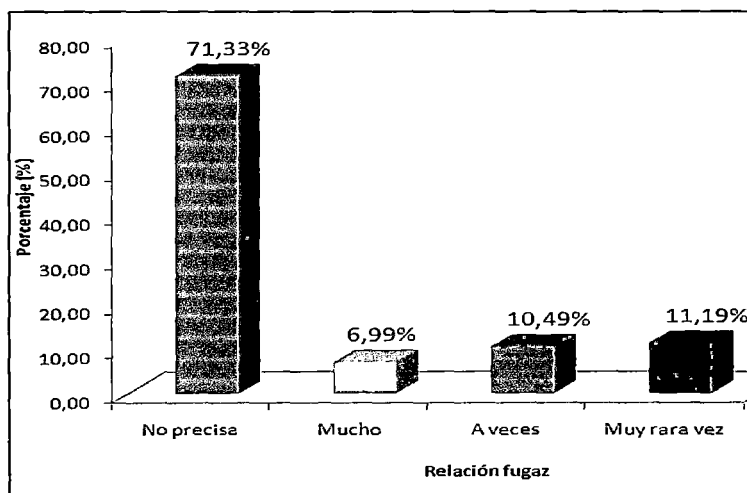
Respecto a la pregunta si usa drogas su compañero sexual, el 69,23% de las mujeres indicaron que no saben; el 25,87% dicen que no; y solo el 4,90% de ellas señalaron que sí.

Finalmente, se aprecia la distribución de frecuencia según el uso de drogas en las mujeres de edad fértil, donde el 98,60% refiere no usar drogas; mientras que el 1,40% de ellas indicaron que sí usan.

Cuadro 9. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de Alianza de Tacna según relaciones sexuales causales y fugaces, 2010

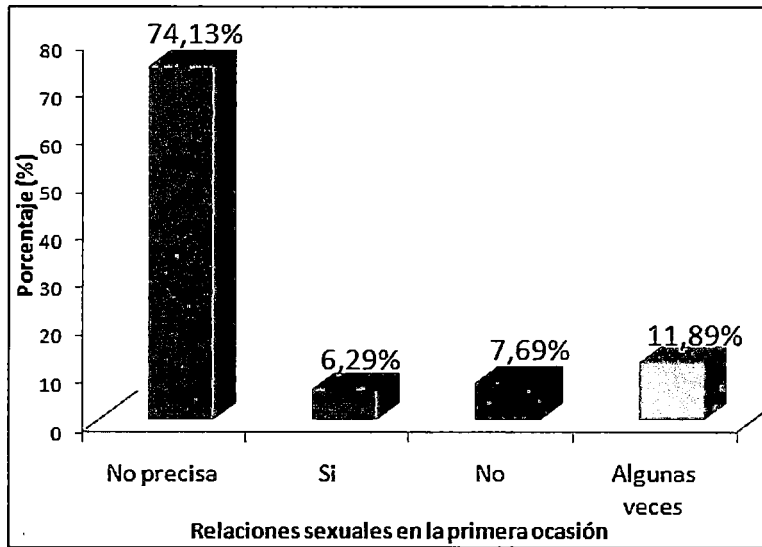
Casuales y fugaces	Frecuencia	Porcentaje
Relaciones Fugaces		
No precisa	102	71,33
Mucho a veces	10	6,99
muy rara vez	15	10,49
Relaciones sexuales a la primera ocasión		
No precisa	106	74,13
Si	9	6,29
No	11	7,69
Algunas veces	17	11,89
Total	143	100,00

Fuente: Cuestionario 1



Fuente: Cuadro 9

Figura 18: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según relaciones sexuales fugaces, 2010.



Fuente: Cuadro 9

Figura 19: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según relaciones sexuales y a la primera ocasión, 2010.

Interpretación de resultados.- En el Cuadro 9 y en las Figuras 18 y 19 se puede apreciar la distribución de frecuencias según relaciones causales y fugaces en las mujeres en edad fértil.

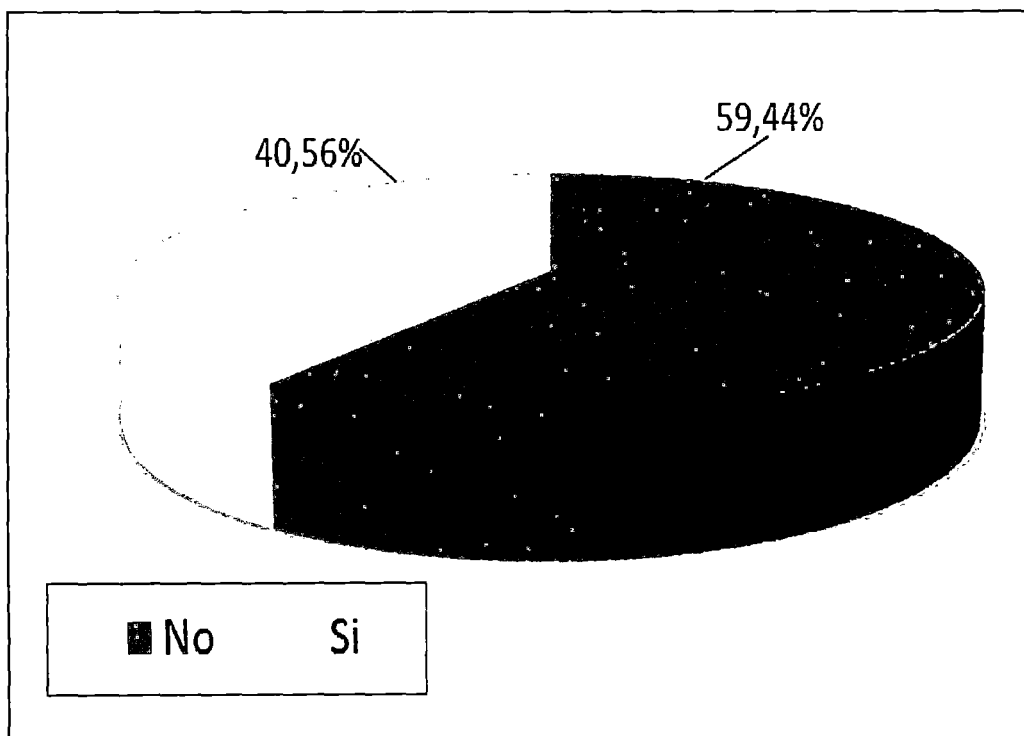
Respecto a la práctica de relaciones sexuales con compañeros sexuales casuales, el 71,33% de las mujeres no precisan a la pregunta de relaciones causales y fugaces; el 11,19% de ellas dicen que muy rara vez; mientras el 10,49% señalaron que a veces; y solo un 6,99% del total de mujeres indicaron que muchas veces.

Asimismo, se puede apreciar la distribución de acuerdo a la pregunta en cuando conoce a un varón que le guste mucho tiende a involucrarse sexualmente, del 100% de las mujeres el 74,13% señalaron que nunca se ha relacionado con personas sexualmente en la primera vez; el 7,69% de ellas indicaron que no; mientras que 11,89%, algunas veces; y finalmente, el 6,29% restante del 100% señalaron que sí.

Cuadro 10. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según síntomas después de las relaciones sexuales, 2010

Síntomas después de la relación sexual	Frecuencia	Porcentaje
no	85	59,44
Sí	58	40,56
Total	143	100,00

Fuente: Cuestionario 1



Fuente: Cuadro 10

Figura 20: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según síntomas después de tener relaciones sexuales, 2010.

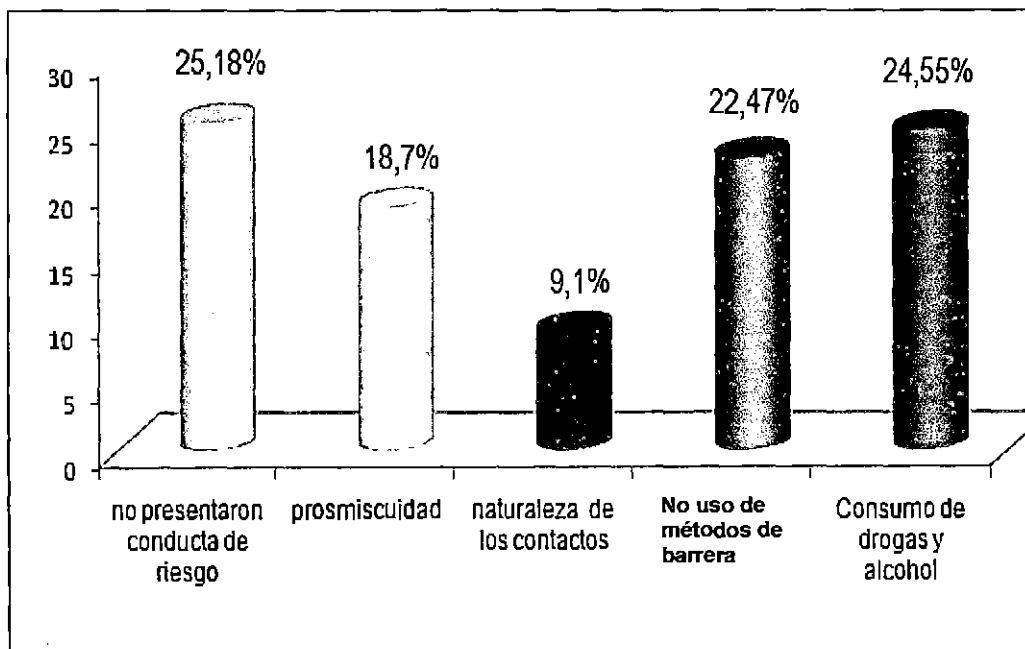
Interpretación de resultados.- En el Cuadro 10 y en la Figura 20 se puede apreciar la distribución de frecuencias según la presencia de síntomas de infecciones de transmisión sexual después de las relaciones sexuales en las mujeres en edad fértil.

Del 100% de las mujeres, el 59,44% respondieron que no; el 40,56% de estas mujeres indicaron que sí.

Cuadro 11. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según los tipos de conductas de riesgo, 2010

Conductas de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
No presentaron conductas de riesgo	36	25,18
Promiscuidad	26	18,82
Naturaleza de contactos	14	9,10
No uso de Métodos de barrera	32	22,47
Consumo de drogas y alcohol	35	24,55
Total	143	100,00

Fuente: Cuestionario 1.



Fuente: Cuadro 11

Figura 21: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según los tipos de conductas de riesgo, 2010.

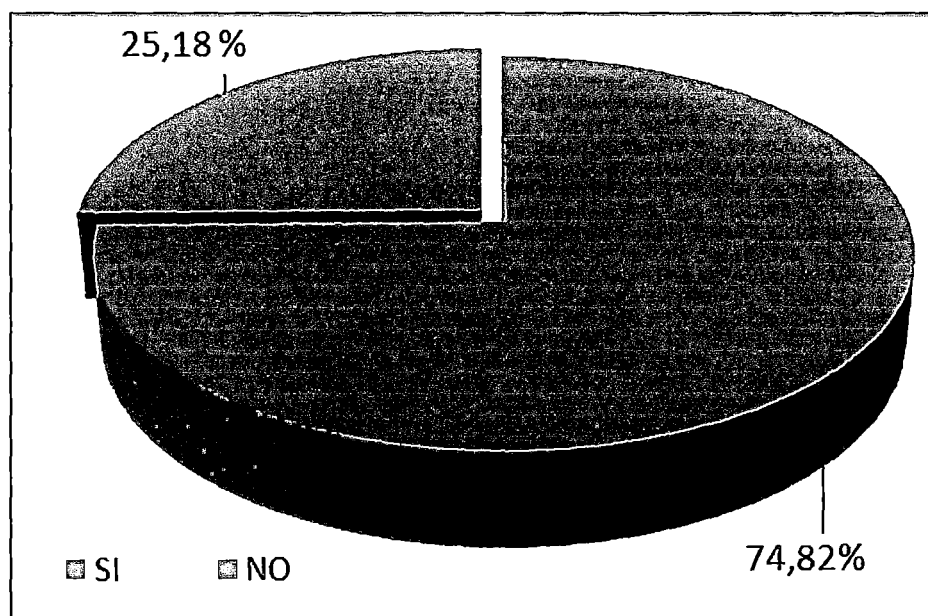
Interpretación de resultados: En el Cuadro 11 y en la Figura 21 se puede apreciar la distribución de frecuencias según los tipos de conductas de riesgo de las mujeres en edad fértil.

Del 100% de las mujeres, el 25,18% no presentaron conductas de riesgo; mientras el 18,7%, promiscuidad; el 9,10% presentaron diferente tipos de naturaleza de contactos; el 22,47% no usó métodos de barrera; y el 24,55% presentó consumo de drogas y alcohol.

Cuadro 12. Distribución de frecuencias según las conductas de riesgo de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna, 2010

Conductas de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
no	36	25,18
Si	106	74,82
Total	143	100,00

Fuente: Cuestionario 1



Fuente: Cuadro 12

Figura 22: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna, según conductas de riesgo 2010.

Interpretación de resultados.- En el Cuadro 12 y en la Figura 22 se puede apreciar la distribución de frecuencias de las conductas de riesgo de las mujeres en edad fértil.

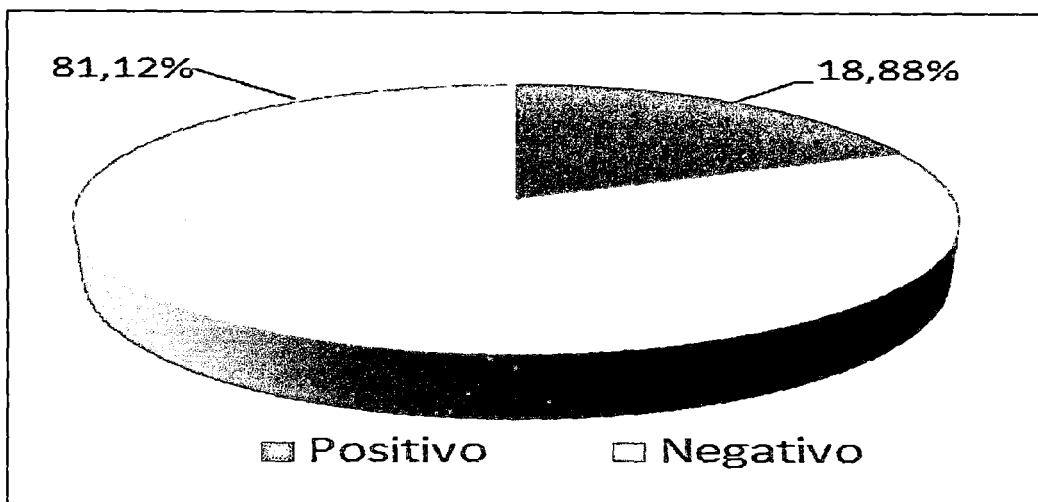
Del 100% de las mujeres el 74,82% de ellas sí presentan conductas de riesgo; mientras que el 25,18% restante no presentan conductas de riesgo.

4.1.3 Resultados de infecciones de transmisión sexual

Cuadro 13. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil según de la prueba de secreción vaginal directa del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna, 2010.

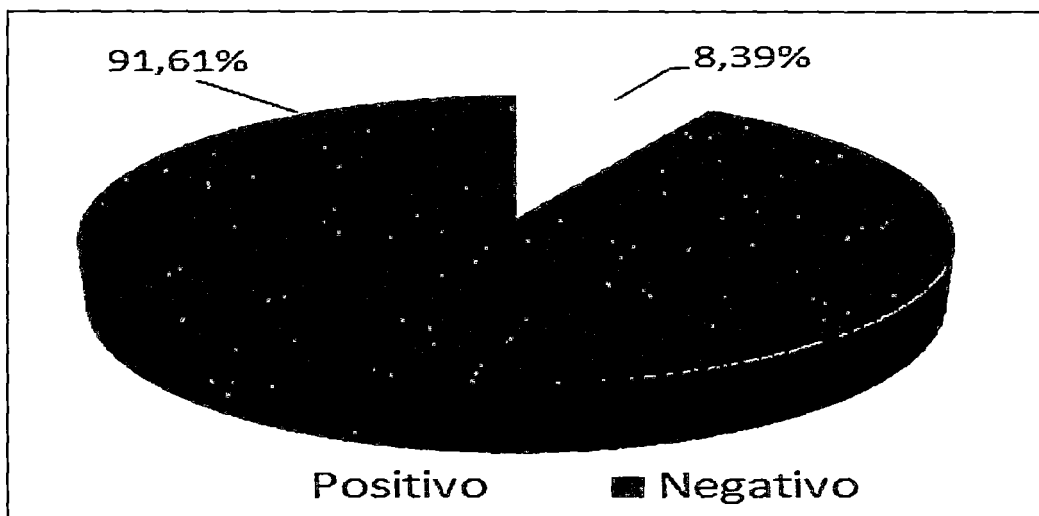
Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Prueba Hidróxido de Potasio (KOH)		
Negativo	116	81,12
Positivo	27	18,88
Trichomonas (Directo)		
Negativo	131	91,61
Positivo	12	8,39
Hifas y/o Levaduras		
Negativo	113	79,02
Positivo	30	20,98
Células Clave (Cualitativo)		
Negativo	89	62,24
Positivo	54	37,76
Total	143	100.00

Fuente: Base de Datos de las fichas documentales



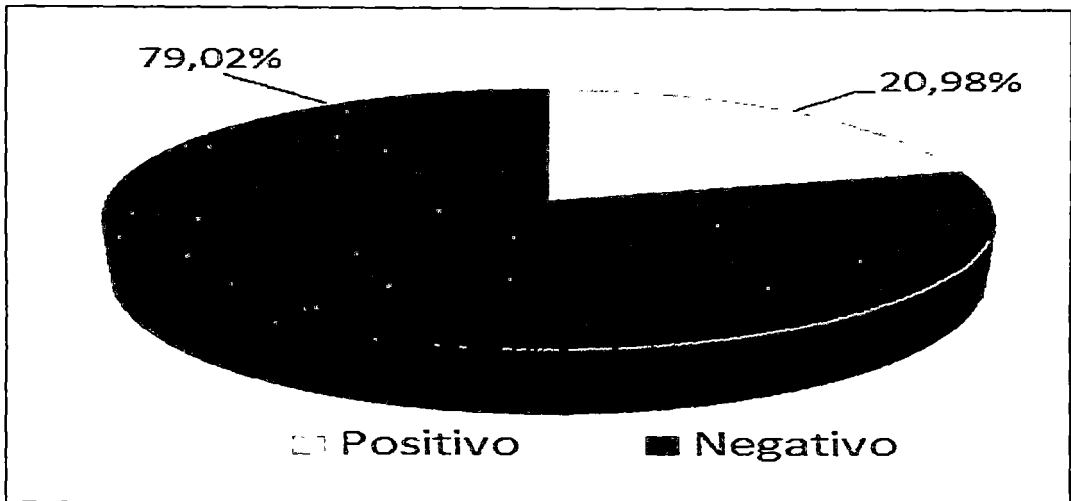
Fuente: Cuadro 13

Figura 23: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según prueba hidróxido de potasio (KOH), 2010.



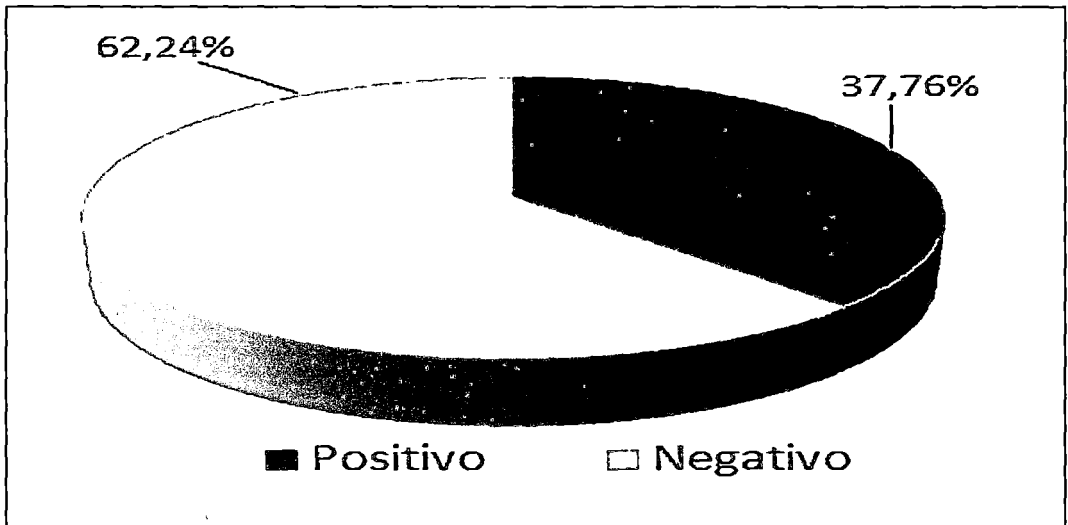
Fuente: Cuadro 13

Figura 24: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según prueba de secreción vaginal directa para trichomonas, 2010.



Fuente: Cuadro 13

Figura 25: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según prueba de secreción vaginal directa para hifas y/o levaduras, 2010.



Fuente: Cuadro 13

Figura 26: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según prueba de secreción vaginal directa para células claves, 2010.

Interpretación de resultados.- En el Cuadro 13 y en las Figuras 23, 24, 25 y 26 se pueden apreciar la distribución de frecuencias de mujeres en edad fértil según pruebas de secreción vaginal directa, donde se observa:

En primer lugar, información relacionada con la muestra de secreción vaginal directa para KOH (aminas), donde se obtuvo que del 100% de las pruebas hechas a las mujeres en edad fértil el 81,12% arrojaron negativo, mientras que el 18,88% fueron positivo.

Respecto a la muestra de secreción vaginal directa para trichomonas, se tuvo como resultado negativo al 91,61% de las pruebas, siendo solo positivo el 8,39%. Asimismo, en la muestra de secreción vaginal directa para hifas y/o levaduras se obtuvo que el 79,02% arrojaron negativo y el 20,98% de los resultados fueron positivos.

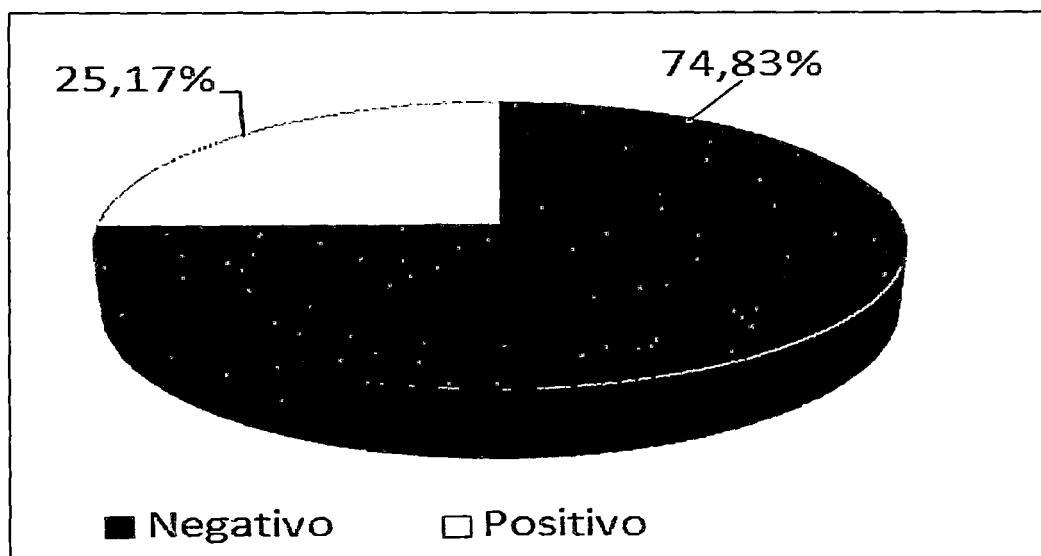
Finalmente, se tienen los resultados de la muestra de secreción vaginal directa para células clave (cualitativo), donde el

62,24% fueron resultados negativos, mientras el 37,76% restante de los resultados fueron positivos.

Cuadro 14: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según gram vaginal para vaginosis bacteriana, 2010

Vaginosis Bacteriana	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	107	74,83
Positivo	36	25,17
Total	143	100,00

Fuente: Base de Datos de las fichas documentales



Fuente: Cuadro 14

Figura 27: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según gram vaginal para vaginosis bacteriana, 2010.

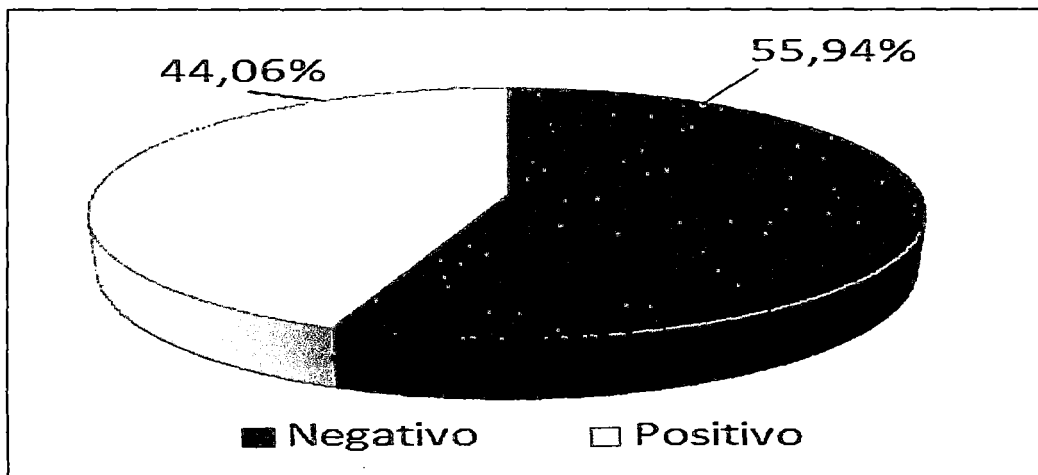
Interpretación de resultados: En el Cuadro 14 y en la Figura 27 se puede apreciar la información de la distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil según la presencia de vaginosis bacteriana.

Del 100% se obtuvo que el 74,83% forman parte de los resultados negativos y al 25,71% restante como resultados positivos.

Cuadro 15. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según gram endocervical, 2010

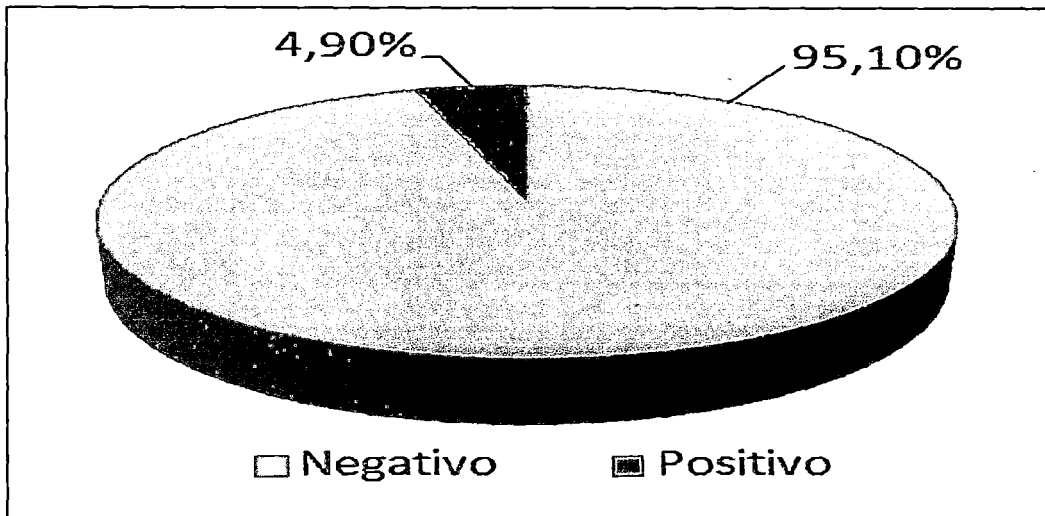
Gram endocervical	Frecuencia	Porcentaje
Leucocitos		
Negativo	80	55,94
Positivo	63	44,06
Diplococos		
Negativo	136	95,10
Positivo	7	4,90
Total	143	100,00

Fuente: Base de Datos de las fichas documentales



Fuente: Cuadro 15

Figura 28: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según gram endocervical respecto a los leucocitos, 2010.



Fuente: Cuadro 15

Figura 29: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según gram endocervical respecto a los diplococos, 2010.

Interpretación de resultados.- En el cuadro 15 y en las Figuras 28 y 29 se puede apreciar la información de la distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil según de gram endocervical, donde:

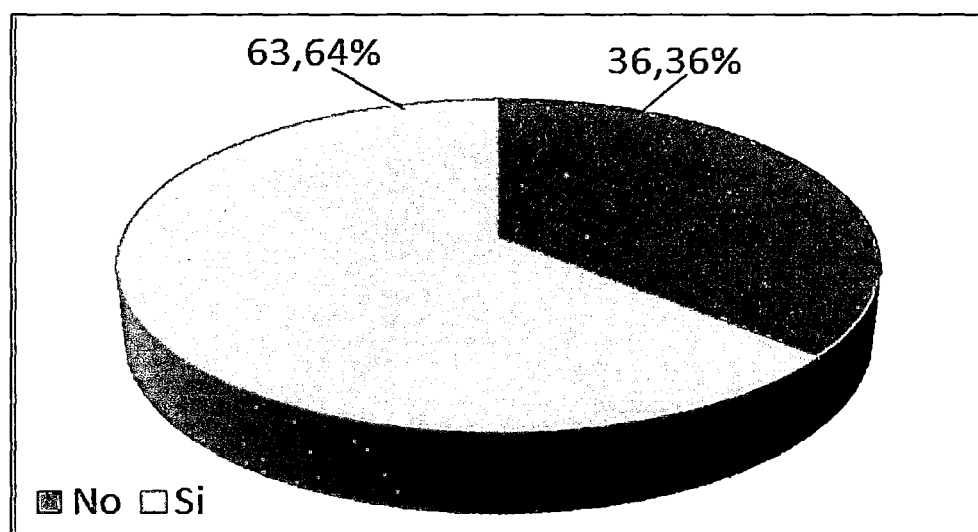
Para la muestra de lámina de coloración gram endocervical de leucocitos se obtuvo que del 100% de los resultados, el 55,94% arrojaron negativos; mientras que el 44,06% restante arrojaron como positivos.

Asimismo, para los resultados de la muestra de lámina de coloración gram endocervical de diplococos el 95,10% de los resultados fueron negativos, mientras que el 4,90% de las muestras arrojaron positivo.

Cuadro 16. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según las infecciones de transmisión sexual, 2010.

Infección de transmisión sexual	Frecuencia	Porcentaje
No	52	36,36
Si	91	63,64
Total	143	100,00

Fuente: Base de Datos de las fichas documentales



Fuente: Cuadro 16

Figura 30: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según las infecciones de transmisión sexual, 2010.

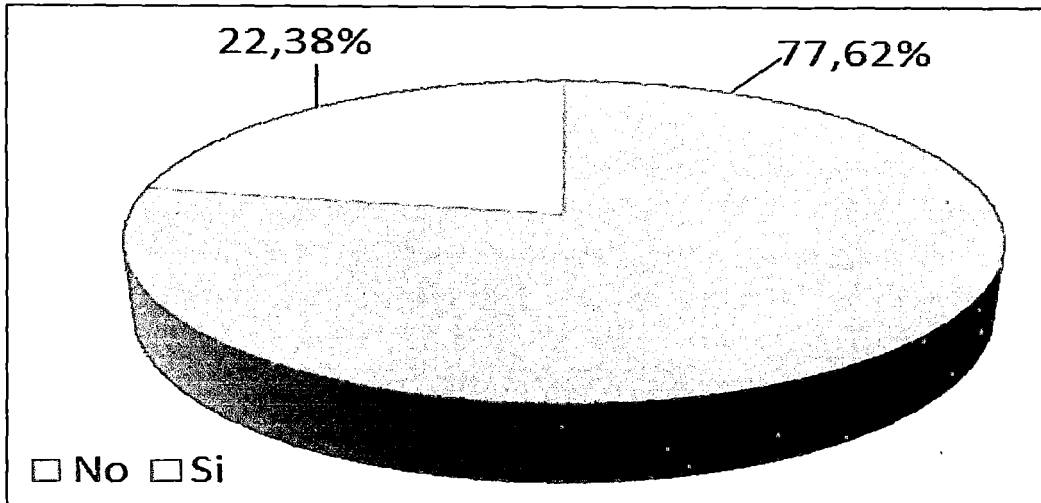
Interpretación de resultados: En el Cuadro 16 y en la Figura 30 se puede apreciar la distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil según presencia de infecciones de transmisión sexual, donde:

Del 100% de las mujeres en edad fértil, el 63,64% de ellas sí presentan infección de transmisión sexual (ITS); mientras que el 36,36% restante no presentan ITS.

Cuadro 17: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según los tipos de infecciones de transmisión sexual, 2010

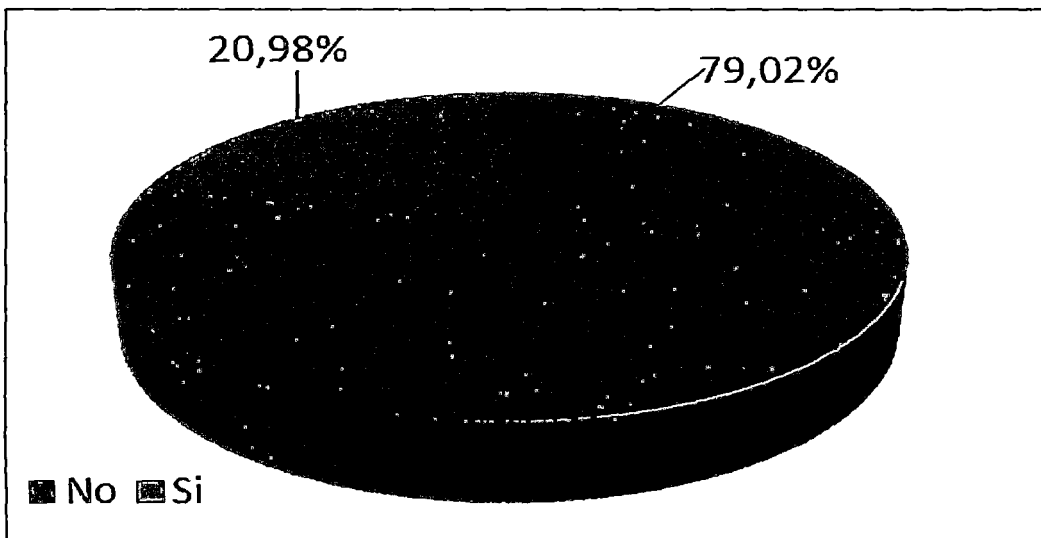
Infección	Frecuencia	Porcentaje
Trichomoniasis		
No	111	77,62
Si	32	22,38
Candidiasis		
No	113	79,02
Si	30	20,98
Vaginosis Bacteriana		
No	107	74,83
Si	36	25,17
Cervicitis		
No	80	55,94
Si	63	44,06
Gonorrea		
No	136	95,10
Si	7	4,90
Total	143	100,00

Fuente: Base de Datos de las fichas documentales



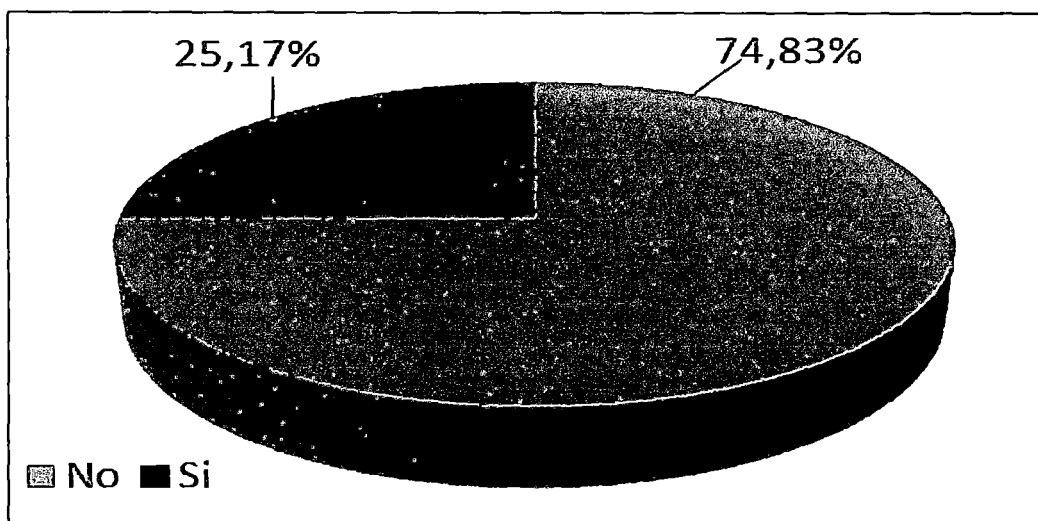
Fuente: Cuadro 17

Figura 31: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según la infección de transmisión sexual trichomoniasis, 2010.



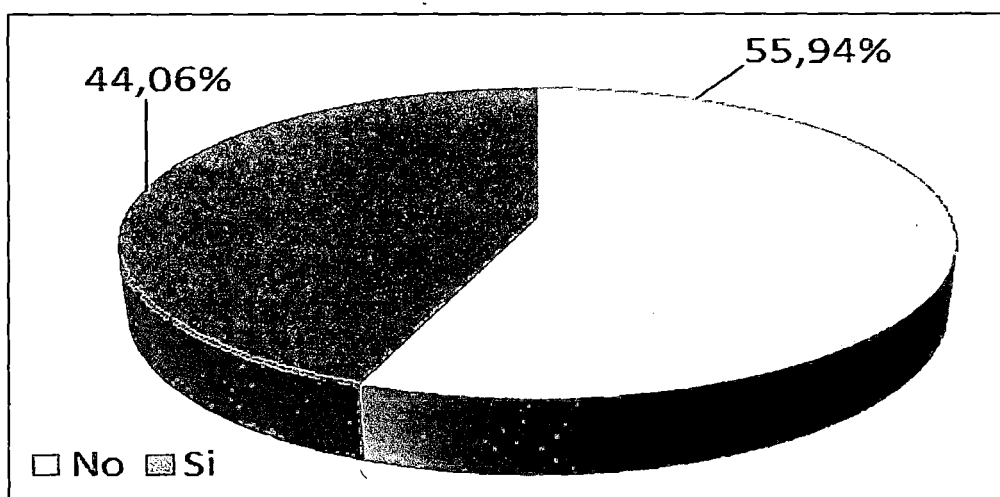
Fuente: Cuadro 17

Figura 32: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según la infección de transmisión sexual candidiasis, 2010.



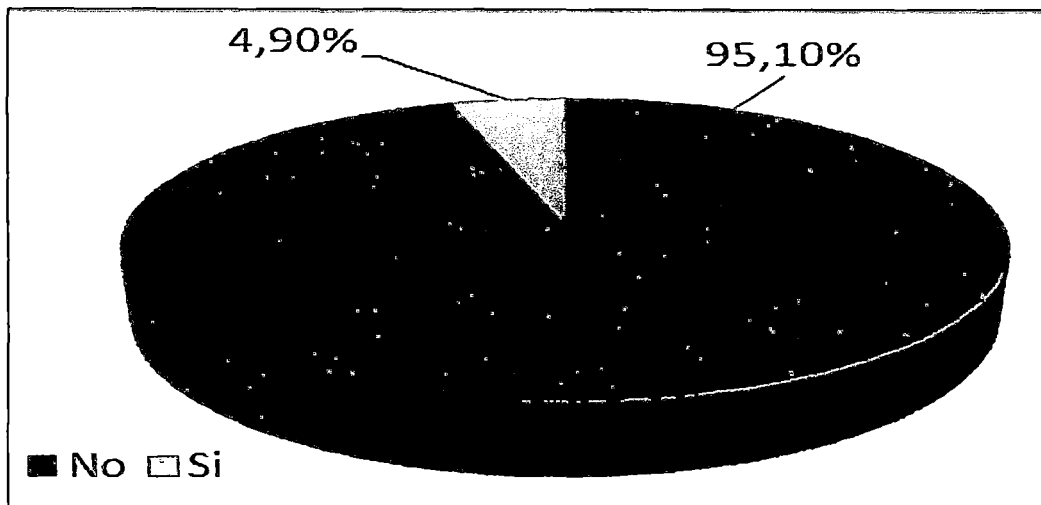
Fuente: Cuadro 17

Figura 33: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según la infección de transmisión sexual vaginosis bacteriana, 2010.



Fuente: Cuadro 17

Figura 34: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según la infección de transmisión sexual cervicitis, 2010.



Fuente: Cuadro 17

Figura 35: Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según la infección de transmisión sexual gonorrea, 2010.

Interpretación de resultados.- En el Cuadro 17 y en las Figuras 31, 32, 33, 34 y 35 se puede apreciar la distribución de frecuencias por tipos de infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil, donde:

Del 100% de las mujeres en edad fértil, el 77,62% sí presentan la infección de transmisión sexual de trichomoniasis; mientras que el 22,38% restante no presentan este tipo de infección. También se analizó si tienen la infección de transmisión sexual de candidiasis, obteniendo que el 79,02% no tienen este tipo de infección; sin embargo, el 20,98 % sí tienen esta infección.

Asimismo, se tiene la infección de transmisión sexual de vaginosis bacteriana, donde el 74,83% de las mujeres en edad fértil no la posee; pero el 25,17% sí tiene esta infección.

También se tiene que del 100% de las mujeres en edad fértil el 55,94% de ellas no tienen la infección de transmisión sexual de cervicitis; mientras que el 44,06% restante sí tienen este tipo de infección.

Finalmente, se tiene la infección de transmisión sexual de gonorrea, donde el 95,10% no tiene este tipo de infección; solo el 4,90% posee esta infección.

4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Cuadro 18. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según infecciones de transmisión sexual y grupos de edad, 2010

Grupo de edad	ITS				Total	
	Sí		No		n	%
	n	%	n	%		
15-20	4	30,77	9	69,23	13	100,00
21-27	20	80,00	5	20,00	25	100,00
28-34	32	58,14	25	43,86	57	100,00
35-41	20	69,97	9	31,03	29	100,00
42-49	15	78,95	4	21,05	19	100,00
Total	91	63,64	52	36,36	143	100,00

Fuente: Cuadro 3 y 16.

Se tiene:

$$x^2 = 12,626 \quad gl = 4 \quad p = 0,013$$

Análisis Interpretación de resultados: En el Cuadro 18 se puede apreciar la distribución de ITS según grupo de edad donde dentro del grupo de 21 a 27 años, el 80,00% presentan ITS, mientras que dentro del grupo de 42 a 49 años el 78,95% presentan ITS.

Realizando la prueba estadística de Chi cuadrado, se puede apreciar que la edad de asocia a las Infecciones de transmisión sexual con un valor $p < 0,05$.

Cuadro 19. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según trichomoniasis y ocupación, 2010

Ocupación	Trichomoniasis				Total	
	Si		No		n	%
	n	%	n	%		
Empleado	0	0,00	7	100,00	7	100,00
Comerciante	12	30,77	27	69,23	39	100,00
Profesional	10	23,26	33	76,74	43	100,00
Su casa	6	12,77	41	87,23	47	100,00
Sin empleado	4	57,14	3	42,86	7	100,00
Total	32	22,38	111	77,62	143	100,00

Fuente: Cuadro 3 y 17.

Se tiene:

$$x^2 = 10,989 \quad gl = 4 \quad p = 0,027$$

Análisis Interpretación de resultados: En el Cuadro 19 se puede apreciar la distribución de tichomoniasis según ocupación donde dentro del grupo de sin empleo el 57,14%

presenta Trichomoniasis; mientras que dentro del grupo de comerciantes el 30,77% presenta Trichomoniasis.

Realizando la prueba estadística de Chi cuadrado, se puede apreciar que la ocupación se asocia a las trichomoniasis con un valor $p < 0,05$.

Cuadro 20. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según infecciones de transmisión sexual y número de parejas en los últimos tres meses, 2010

Nº de parejas en los tres últimos meses	ITS				Total	
	Sí		No		Sí	
	n	%	n	%	n	%
De 0 a 1	81	65,85	42	34,15	123	100,00
De 2 a 3	10	62,50	6	37,50	16	100,00
De 3 a mas	0	0,00	4	100,00	4	100,00
Total	91	63,64	52	36,36	143	100,00

Fuente: Cuadro 5 y 16.

Se tiene:

$$x^2 = 7,270 \quad gl = 2 \quad p = 0,026$$

Análisis Interpretación de resultados: En el Cuadro 20 se puede apreciar la distribución de ITS según número de parejas en los últimos tres meses, donde dentro del grupo de 0 a 1 pareja el 65,85% presenta alguna ITS; mientras que dentro del grupo de 2 a 3 parejas el 62,50% presenta alguna ITS.

Realizando la prueba estadística de Chi cuadrado, se puede apreciar que el número de parejas se asocia a las ITS con un valor $p < 0,05$.

Cuadro 21. Distribución de frecuencias de las mujeres en edad fértil del C.S. La Esperanza del distrito de Alto de La Alianza de Tacna según cervicitis y el uso de métodos de protección, 2010

Usa Métodos de protección	Cervicitis				Total	
	Si		No		n	%
	n	%	n	%		
No muy frecuentemente	8	34,78	15	65,22	23	100,00
Nunca	46	54,12	39	45,88	85	100,00
La mayoría de veces	3	27,27	8	72,73	11	100,00
Siempre	6	25,00	18	75,00	24	100,00
Total	63	44,06	80	55,94	143	100,00

Fuente: Cuadro 7 y 17

Se tiene:

$$x^2 = 9,087 \quad gl = 3 \quad p = 0,028$$

Análisis Interpretación de resultados: En el cuadro 21 se puede apreciar la distribución de cervicitis según uso de métodos de protección, donde, dentro del grupo que nunca usa métodos de protección, el resultado es de 54,12%; y el grupo que siempre utiliza métodos de protección presenta 25% de cervicitis.

Realizando la prueba estadística de Chi cuadrado, se puede apreciar que el uso o no de métodos de protección se asocia a las cervicitis con un valor $p < 0,05$.

4.3 DISCUSIÓN

El diagnóstico precoz de las infecciones de transmisión sexual ITS resulta de gran valor, teniendo en cuenta que son múltiples las complicaciones y secuelas que traen consigo. La infección por clamidia trachomatis y la blenorragia son responsables de cervicitis en la mujer, uretritis, enfermedad inflamatoria pélvica, y en el recién nacido, de sepsis neonatal, neumonía, y hasta ceguera. Cuando una mujer presenta herpes genital y no se toman precauciones durante el alumbramiento, el bebé puede sufrir graves daños e incluso morir.

La infección de transmisión sexual ITS producida por el virus del papiloma humano, se asocia con frecuencia al cáncer cérvico-uterino. En cuanto a la sífilis, en una mujer embarazada puede ocasionar defectos congénitos en el bebé que está por nacer e inclusive su muerte, y al que la padezca, si no se trata, puede producir ceguera, enfermedades al corazón y desórdenes mentales.

Uno de cada 20 jóvenes se contagia de una infección de transmisión sexual ITS cada año mundialmente y dos de cada tres, tiene lugar en estas edades y según la organización mundial de la salud OMS la mitad de los que tienen serología positiva al VIH se contagiaron entre los 15 y 24 años de edad.

En el Perú el inicio de las relaciones sexuales también constituye un fenómeno que repercute negativamente en la población adolescente. En un estudio realizado en Venezuela, las enfermedades más frecuentes fueron: en primer lugar sífilis, en segundo lugar infección por virus del papiloma humano VPH y en tercero infección gonocócica.

Dentro de las infecciones de transmisión sexual el 34,97% practica sexo oral, el 9,79% practica sexo anal, el 16,78% nunca refirió nunca usar métodos de protección, el 8,39 % recibe pagos por tener relaciones sexuales, el 13,29% presenta relaciones sexuales frecuentemente, el 4,90% presenta relaciones sexuales con adictos a drogas, el 1,40% usa drogas en las relaciones sexuales.

El 6,99% refiere que siempre tiene relaciones fugaces y el 11,89% refiere que a veces presenta relaciones sexuales a la primera ocasión.

Dentro de las infecciones de transmisión sexual, el 63,64% presenta esta patología; el 22,38%, trichomoniasis; el 25,17%, vaginosis bacteriana; el 44,06%, cervicitis; y el 4,90%, gonorrea.

Finalmente, los factores asociados a las ITS fueron la edad y número de parejas sexuales, encontrándose además que la ocupación está asociado a trichomoniasis; y la cervicitis, al uso o no de métodos de protección.

CONCLUSIONES

PRIMERO. El 74,82% de las mujeres en edad fértil encuestadas del Centro de Salud La Esperanza presentan conductas de riesgo.

SEGUNDO. El 63,64% de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud "La Esperanza" presentan infecciones de transmisión sexual ITS.

TERCERO. La edad y el número de parejas sexuales se asocian a las infecciones de transmisión sexual en las mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud La Esperanza durante el año 2010.

RECOMENDACIONES

PRIMERO. Dada la importancia del uso de métodos de protección para evitar las infecciones de transmisión sexual, se recomienda el uso del preservativo para todas las relaciones sexuales sean estas orales, anales y/o vaginales.

SEGUNDO. El Centro de Salud "La Esperanza" deberá intensificar la estrategia sanitaria para aminorar las infecciones de transmisión sexual en todos sus componentes; extiéndase a las parejas y contactos para disminuir la reinfección.

TERCERO. Difundir los riesgos de las relaciones sexuales inseguras, ya que éstas originan las infecciones de transmisión sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, N., Castiel, L. y Ayres, José (2009). *Salud colectiva* (Vol. 5).

Lanús Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús (Inédito).

Bejarano, J. y Jiménez, F. (1993). *Adolescencia y salud*. Tercera antología. Programa de atención integral al adolescente. Costa Rica: Oceano.

Berek, J., Adashi, E. y Hillar P. (2007). *Ginecología de Novak* (12a. ed.).

México: Mac Grow Interamericana.

Botero, J., Jubiz, A. y Henao, G. (2000). *Obstetricia y Ginecología* (6a.

ed.). Colombia: Quebecor. Impreandes.

Blum, R. (1995). *Asesoría al Seminario sobre indicadores de desarrollo adolescente*. Costa Rica: S.N.

Donas, S. (1994). *Nuevas consideraciones sobre protección y riesgo*
Jornadas internacionales de adolescencia. Congreso latinoamericano de pediatría. Costa Rica: S.N.

George, D. y Mallery, P. (1995). *SPSS/PC+ Step by step. A simple guide and reference*. Belmont: Wadsworth Publishing.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista P. (1997). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Irwin, Ch. (1990). *The theoretical concept of at-risk adolescent*. (Vol. 1 N° 2). Philadelphia: S.N.

Jessor, R. (1991). *Risk behaviour in adolescence: A psychosocial framework for understanding an action* *Journal of adolescence health*. Nueva York: S.N.

Instituto de investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica. (1992). *Condiciones psicosociales del embarazo en adolescentes*. Costa Rica: Autor.

Larson, R. (1988). *The high school – Junior Theme as an adolescent rite of passage* *Journal of youth adolescence*. (Vol. 17 N° 4). New York: S.N.

Ministerio de Salud (2006). *Manual de Orientación y Consejería en salud Sexual Reproductiva*. Lima: Autor.

Ministerio de Salud (2005). *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*. Lima: Autor.

Ministerio de Salud (1998). *Guía Nacional de Casos de E.T.S*. Lima: Autor.

Ministerio de Salud (1997). *Guías Nacionales de Atención a la Salud Reproductiva*. Lima: Autor.

Ministerio de Salud (1996). *Doctrinas, Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el SIDA en el Perú*. Lima: Autor.

Ministerio de Salud (1994). *Amor Sexualidad en Tiempo del SIDA los Jóvenes de Lima Metropolitana MINSa PROCETSS*. Lima: Autor

Mondragon, H. y Mondragon, A. (2001). *Gineco obstétrica de la niñez a la Senectud*. México: Trillas.

Oficina Panamericana de la Salud. (1992). *Adolescencia en Costa Rica: Necesidades de su atención en salud y sexualidad*. Costa Rica: Autor.

Organización Panamericana de la Salud (1994). *Metodología de la Investigación Manual para el Desarrollo del Personal de Salud*. (2a.ed.). Washington: Autor.

Organización Mundial de Salud (O.M.S) (1989). *La salud de la juventud. Documento de referencia. Serie discusiones técnicas*. Ginebra: Autor.

Roldan, C. (1994). *Prevención de la violencia y el fracaso escolar Jornadas internacionales de adolescencia. Congreso Latinoamericano de pediatría*. Costa Rica: S.N.

Ruiz, C. (2009). *Ginecología*, (3a.ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.

Sanabria, H. (2004). *Módulo de Autoaprendizaje para el Curso de Epidemiología*. Lima: S.N.

Schwarcz, R. & Fescina, R. (1993). *Obstetricia*.(4a.ed.). Cuarta edición.
Argentina: El Ateneo.

Sierra, R. (1994). *Tesis Doctorales y trabajos de Investigación Científica*.
España: Paraninfo.

Silber, T. (1992), *Prevención y promoción de la salud adolescente*. (Serie
Paltex N° 20). Washington.

Solidoro, A. (2005). *Apuntes de Cancerología*. Lima: S.N.

Suárez, E. & Krauskopf, D. (1992), *El enfoque de riesgo y su aplicación
a las conductas en la adolescencia. Una perspectiva psicosocial*.
En prensa, OPS. Washington.

Weinstein, J. (1992), *Riesgo Psicosocial en jóvenes*. Santiago de Chile:
Prealc.

Páginas electrónicas

García F. (2003), "*Proyecto PREVEN: Prevención comunitaria de ETS*", Perú, [en línea] disponible en <http://www.redpreven.org> [Consulta: 12 de diciembre 2010].

Martínez, C. (2006), "*Fundacion Eroski: Salud prevención y hábitos de vida*", [en línea] disponible en <http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2005/09/21/145431.php> [Consulta: 14 de diciembre 2010].

Romeo, G. (2006), "*Enfermedades de transmisión sexual*", [en línea] disponible en <http://www.monografias.com/trabajos58/enfermedades-transmision-sexual/enfermedades-transmision-sexual.shtml> [Consulta: 03 de enero 2011].

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO: Instrumento para medir las conductas de riesgo

A continuación Ud. Encontrará una serie de preguntas donde debe escribir la respuesta o marcar el casillero que corresponda.

Toda información será confidencial.

1. Edad.....
2. Cuantos hijos tiene.....
3. Edad de inicio de relaciones sexuales.....
4. Estado civil.....
5. Ocupación.....
6. ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales durante toda su vida?
0 1-5 6-10 11-20 +20
7. ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales en los 3 últimos meses?.....
8. Mis parejas sexuales son: (Marque todas las que correspondan)
Hombres Mujeres Ambos
9. ¿Practica Usted?
Sexo anal Si No
Sexo Oral Si No
Sexo vaginal Si No
10. ¿Cuando tiene relaciones sexuales usa condones para protegerse?
 Siempre
 La mayoría de veces
 No muy frecuentemente
 Nunca
11. ¿Alguna vez pago para tener relaciones sexuales o tuvo relaciones sexuales a cambio de drogas alimentos ropa, etc.?
 Sí No

12. Hasta que punto necesita tener relaciones sexuales

- Frecuentemente
- De vez en cuando
- No pienso en eso

13. ¿Tiene relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol o drogas?

- De vez en cuando
- Frecuentemente
- Nunca

14. Luego de tener relaciones sexuales alguna vez sintió síntomas extraños en sus parte genitales

- Sí
- No

15. ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales con alguna persona que se inyectaba drogas?

- Sí
- No
- No se

16. Si responde si a esta pregunta esta persona es:

- Su compañero sexual actual
- Un compañero sexual del pasado

17. ¿Cuándo conozco a un varón que me gusta mucho tiendo a involucrarme sexualmente?

- Mucho
- A veces
- Muy rara vez
- No

18. ¿Alguna vez se inyecta drogas?

- Sí
- No

19. ¿Ha tenido relaciones sexuales con parejas que conoció por primera vez
 Sí No Algunas veces

20. ¿Alguna vez ha aspirado una droga? (ejemplo cocaína , speed, heroína ,
éxtasis, metanfetamina)

Sí No

21. ¿alguna vez le hicieron un análisis de VIH?

Sí No

Gracias

ANEXO 2

FICHA DOCUMENTAL: Instrumento para medir las infecciones de transmisión sexual.

FICHA DE REGISTRO DOCUMENTAL

Nombre.....

Historia Clínica.....

SECRECION VAGINAL (Directa):

KOH (aminas)..... (Positivo-Negativo)
TRICHOMONAS..... (Positivo- negativo)
PSEUDOHIFAS..... (Positivo- negativo)
CELULAS CLAVES.....más de 20% (positivo para Vaginosis Bacteriana)

GRAM VAGINAL:

LACTOBACILOS.....
GARDENERELLAS.....
MOSILUNCOS.....
VB Puntaje.....

***Resultado Final**

0-6 puntos negativo para Vaginosis Bacteriana

7-10 puntos Positivo para Vaginosis Bacteriana

GRAM ENDOCERVICAL:

LEUCOCITOS..... (Positivo- negativo) más de 50 por campo
DIPLO Gonorrea..... (Positivo- negativo)

FECHA...../...../.....

ANEXO 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1. **Apellidos y Nombres del informante:** Med. Fausto Telmo Llerena Urrutia
2. **Cargo e instituto donde labora:** Ministerio de Salud de Tacna.
3. **Nombre del instrumento motivo de la evaluación:**
Cuestionario para medir las conductas de riesgo
4. **Autor del instrumento:** Evelyn Lissely Malca Herrera
5. **Título de la investigación:** "Conductas de riesgo y las infecciones de transmisión sexual de las mujeres en edad fértil del centro de salud La Esperanza distrito Alto de La Alianza, Año 2010"

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	REGULAR 21-40%	BUENA 41-60%	MUY BUENA 61-80%	EXCELENTE 81-100%
CLARIDAD					x	
OBJETIVIDAD						x
ACTUALIDAD					x	
ORGANIZACIÓN					x	
SUFICIENCIA					x	
INTENCIONALIDAD				x		
CONSISTENCIA					x	
COHERENCIA					x	
METODOLOGÍA					x	

III. **OPINIÓN DE APLICABILIDAD:** Se puede aplicar

IV. **PROMEDIO DE LA VALORACIÓN:** Muy Buena 80,00%

Tacna, 2011


Firma del Experto Informante
DNI: 00507040

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

6. **Apellidos y Nombres del informante:** Med. Marco Antonio Neyra Urquiza.
7. **Cargo e instituto donde labora:** Docente de la UPT – Tacna.
8. **Nombre del instrumento motivo de la evaluación:**
Cuestionario para medir las conductas de riesgo
9. **Autor del instrumento:** Evelyn Lissely Malca Herrera
10. **Título de la investigación:** "Conductas de riesgo y las infecciones de transmisión sexual de las mujeres en edad fértil del centro de salud La Esperanza distrito Alto de La Alianza, Año 2010"

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	REGULAR 21-40%	BUENA 41-60%	MUY BUENA 61-80%	EXCELENTE 81-100%
CLARIDAD					x	
OBJETIVIDAD						x
ACTUALIDAD						x
ORGANIZACIÓN						x
SUFICIENCIA						x
INTENCIONALIDAD						x
CONSISTENCIA					x	
COHERENCIA						x
METODOLOGÍA						x

III. **OPINIÓN DE APLICABILIDAD:** Es aplicable

IV. **PROMEDIO DE LA VALORACIÓN:** Excelente 95,55%

Tacna, 2011


Firma del Experto Informante
DNI 29273504