

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE OBSTETRICIA



**Factores de riesgo asociados al comportamiento sexual de
riesgo para ITS, en mujeres atendidas en el C.S.
Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero
2020**

Tesis para obtener el Título de Licenciada en Obstetricia

Autora:

Bach. Acosta Peralta, Judy Maciel

Asesora:

Dra. Castro Rubio Dora Emperatriz

<https://orcid.org/0000-0002-1290-0706>

Chimbote – Perú

2021

DEDICATORIA

A Dios ya que gracias a Él he logrado concluir mi carrera profesional.

A mis padres Luis Alfonso Acosta Méndez y Norma Edelmira Peralta Casana por ser mi fuente de motivación e inspiración y apoyarme incondicionalmente en la parte moral y económica para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mi hermano Alonso, a mi tía Anita y a Miguel porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos, contribuyendo incondicionalmente a lograr mis metas y objetivos propuestos.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios y a la Virgen de Guadalupe por permitirme llegar hasta este momento.

A mis padres por su gran amor.

A mi asesora por su apoyo durante la elaboración de tesis.

A los docentes que me han acompañado durante el largo camino de estudios universitarios brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos.

Al director del Centro de Salud Yugoslavia, por su predisposición y apoyo para la realización de la presente investigación.

A todas aquellas personas que de alguna manera contribuyeron en el desarrollo del presente estudio.

INDICE DE GENERAL

TEMA	Página N°
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INDICE DE GENERAL.....	i
INDICE DE TABLAS.....	iii
PALABRAS CLAVES.....	v
CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD.....	vi
TÍTULO.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCION	
1. Antecedentes y fundamentación científica.....	1
2. Justificación de la investigación.....	25
3. Problema.....	26
4. Conceptuación y operacionalización de las variables.....	26
5. Hipótesis.....	28
6. Objetivos.....	28
6.1 Objetivo General.	28
6.2 Objetivos Específicos.	29
METODOLOGIA	
1. Tipo y diseño de la investigación.....	30
2. Población – Muestra.....	30
3. Técnicas e instrumentos de investigación.....	33
4. Procesamiento y análisis de la información.....	35
RESULTADOS	37
ANALISIS Y DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	58

Recomendaciones.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	60
ANEXOS	
Anexo 1. Consentimiento informado.....	75
Anexo 2. Cuestionario de factores asociados a comportamiento sexual de riesgo...	76
Anexo 3. Proceso de validación del instrumento de investigación denominado: Cuestionario de factores asociados a comportamientos de riesgo de la salud sexual reproductiva.....	78
Anexo 4. Escala de comportamiento sexual de riesgo para ITS.....	79
Anexo 5. Puntuación de la escala de comportamiento sexual de riesgo para ITS..	81
Anexo 6. Proceso de validación del instrumento de investigación denominado: Escala de comportamiento sexual de riesgo para ITS.....	83
Anexo 7. Proceso de análisis de fiabilidad – confiabilidad del instrumento de investigación denominada: Escala de comportamiento sexual de riesgo para ITS.....	84
Anexo 8. Valores por dimensión mediante la escala de estaninos.....	86
Anexo 9. Formato de publicación en repositorio.....	88
Anexo 10. Reporte de Similitud.....	89

INDICE DE TABLAS

TABLAS	PÁGINA N°
Tabla 1. Distribución de mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, según su orientación sexual. Nuevo Chimbote, diciembre 2019 a febrero 2020.....	36
Tabla 2. Distribución de mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, según su grado de instrucción. Nuevo Chimbote, diciembre 2019 a febrero 2020.....	37
Tabla 3. Distribución de mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, según grado de instrucción del padre. Nuevo Chimbote, diciembre 2019 a febrero 2020.....	38
Tabla 4. Distribución de mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, según grado de instrucción de la madre. Nuevo Chimbote, diciembre 2019 a febrero 2020.....	39
Tabla 5. Distribución de mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, según tipo de religión que cree o práctica. Nuevo Chimbote, diciembre 2019 a febrero 2020.....	40
Tabla 6. Distribución de mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, según comunicación sexual. Nuevo Chimbote, diciembre 2019 a febrero 2020.....	41
Tabla 7. Distribución de mujeres en edad fértil según nivel de riesgo general de ITS. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.....	42
Tabla 8. Dimensiones del comportamiento sexual, según nivel de riesgo para ITS en mujeres de edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.....	43
Tabla 9. Mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, por comportamiento sexual de riesgo para ITS, según factor orientación sexual de identificación. Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.....	44

Tabla 10. Mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia por comportamiento sexual de riesgo para ITS, según Factor grado de instrucción de la paciente. Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020	45
Tabla 11. Mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia por comportamiento sexual de riesgo para ITS, según Factor grado de instrucción del padre. Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020	46
Tabla 12. Mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia por comportamiento sexual de riesgo para ITS, según Factor grado de instrucción de la madre. Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020	47
Tabla 13. Mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia por comportamiento sexual de riesgo para ITS, según Factor tipo de religión que cree o practican. Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020	48
Tabla 14. Mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia por comportamiento sexual de riesgo para ITS, según Factor comunicación sexual. Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.....	49

Palabras Clave: Comportamiento sexual de riesgo, factores de riesgo, ITS, conducta sexual, riesgo sexual.

Keywords: Sexual risk behavior, risk factors, STIs, sexual behavior, sexual risk.

Línea de investigación: Salud sexual y reproductiva de la mujer, familia y comunidad.



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado "Factores de riesgo asociados al comportamiento sexual de riesgo de ITS, en mujeres atendidas en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020." del (a) estudiante: *Judy Maciel Acosta Peralta*, identificado(a) con Código N° 1113000010, se ha verificado un porcentaje de similitud del 28%, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 23 de Diciembre de 2019


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Dr. CARLOS URBINA SANJINES
VICERRECTOR



NOTA:

Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

TÍTULO

Factores de riesgo asociados al comportamiento sexual de riesgo para ITS, en mujeres atendidas en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.

RESUMEN

La presente investigación, tuvo como propósito, determinar los factores de riesgo asociados al comportamiento sexual de riesgo de infecciones de transmisión sexual, en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia del Distrito de Nuevo Chimbote, durante el periodo comprendido entre diciembre del 2019 y febrero del 2020.

Corresponde a un enfoque cuantitativo de tipo básico, de nivel descriptivo y correlacional, con diseño de investigación no experimental de corte transversal. Se empleó como técnica de recolección de datos a la encuesta, a través del Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva (Mendoza, Pérez y Yalta, 2018) y de la Escala de conductas sexuales de riesgo (Mendoza, 2014). Se seleccionó una muestra no probabilística intencionada de 327 mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia,

En relación a los resultados obtenidos en esta investigación se encontró que, en los factores de riesgo el 99.4% presenta orientación heterosexual, 51.1% con estudios secundarios, 37.9% con un padre predominantemente con estudios secundarios y con madre mayoritariamente con estudios primarios (40.7%). El 80.1% de las participantes profesan alguna religión y el 71.9% de ellas no tuvo la oportunidad de tener a alguien que le hablara de temas sexuales. Por otro lado, se determinó que el 87.2% de las entrevistadas practican un comportamiento sexual de riesgo para ITS correspondiente al nivel medio. Asimismo, se determinó una asociación altamente significativa entre el grado de instrucción del padre ($\chi^2=20.418$, $p=0.000$, $p<0.01$), la comunicación sexual ($\chi^2=15.608$, $p=0.001$, $p<0.01$) y el comportamiento sexual de riesgo para ITS. Además de ello, se encontró una asociación significativa entre el grado de instrucción de la paciente ($\chi^2=11.002$, $p=0.012$, $p<0.05$), grado de instrucción de la madre ($\chi^2=10.244$, $p=0.017$, $p<0.05$), tipo de religión que cree o practica ($\chi^2=8.019$, $p=0.018$, $p<0.05$) y el comportamiento sexual de riesgo para ITS. Finalmente, se logró determinar que la orientación sexual de identificación de la paciente no se encuentra asociado significativamente con el comportamiento sexual de riesgo para ITS.

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the risk factors associated with risky sexual behavior of sexually transmitted infections in women of childbearing age treated at the Yugoslavia Health Center of the Nuevo Chimbote District, during the period between December of 2019 and February 2020.

It corresponds to a quantitative approach of a basic type, descriptive and correlational level, with a non-experimental cross-sectional research design. The survey was used as a data collection technique, through the Questionnaire of factors associated with risk behaviors in sexual and reproductive health (Mendoza, Pérez and Yalta, 2018) and the Scale of sexual risk behaviors (Mendoza, 2014). An intentional non-probabilistic sample of 327 women of childbearing age seen at the Yugoslavia Health Center was selected.

In relation to the results obtained in this research, it was found that, in the risk factors, 99.4% present heterosexual orientation, 51.1% with secondary studies, 37.9% with a father predominantly with secondary studies and with a mother mainly with primary studies (40.7%). The 80.1% of the participants profess some religion and 71.9% of them did not have the opportunity to have someone talk to them about sexual issues. On the other hand, it was determined that 87.2% of the interviewees practice risky sexual behavior for STIs corresponding to the medium level. Likewise, a highly significant association was determined between the father's educational level ($\chi^2 = 20.418$, $p = 0.000$, $p < 0.01$), sexual communication ($\chi^2 = 15.608$, $p = 0.001$, $p < 0.01$) and the sexual behavior of risk for STIs. In addition, a significant association was found between the degree of education of the patient ($\chi^2 = 11.002$, $p = 0.012$, $p < 0.05$), degree of education of the mother ($\chi^2 = 10.244$, $p = 0.017$, $p < 0.05$), type of religion believed or practiced ($\chi^2 = 8.019$, $p = 0.018$, $p < 0.05$) and sexual risk behavior for STIs. Finally, it was determined that the sexual orientation of the patient is not significantly associated with risky sexual behavior for STIs.

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y fundamentación científica.

La relación entre el ser humano y la búsqueda del placer y bienestar, existe desde tiempos inmemoriales, en donde resulta innegable que la sexualidad juega un rol importante en la obtención de placer y se expresa de manera muy particular en cada cultura, de esta forma encontramos expresiones culturales que permiten llegar a la conclusión, sobre la centralidad que le otorga las diferentes civilizaciones al sexo y la preocupación del hombre en llegar al clímax del placer sexual; sin embargo, inicialmente se desconoció que a la par de la satisfacción sexual se encontraban las denominadas en ese entonces, enfermedades de transmisión sexual (Leiva, 2015)

Aproximadamente para la década de 1490, Europa se recuperaba de la plaga conocida como muerte negra, lo que significó un incremento de la población y de prosperidad, pero junto con ello, desconocidas enfermedades empezaron a aparecer. En 1495 cuando el rey francés Carlos VIII invadió Nápoles, sus tropas fueron atacadas de una enfermedad desconocida y que se transmitía a través del contacto sexual. Más tarde se la conocería como sífilis que se propagó con gran rapidez, llegando a Escocia, Hungría y Rusia, en donde sólo ancianos y niños no presentaban riesgo de contagio, pues se encontraba en el burdel, aunque también existe evidencia de que la sífilis llegaría hasta el castillo, figuras como el rey Francisco I, Enrique III de Francia, el emperador de Carlos V, monjes clérigos, Cardenales, obispos e incluso los papas Alejandro VI y Julio II la sufrieron lo que revela los hábitos sexuales de la sociedad de aquella época (British Broadcasting Corporation, 2018)

Posteriormente los médicos de la época, establecieron la relación entre la sífilis y el castigo divino originado por un pecado personal, en donde se creía que la persona se contagiaba por haber mantenido relaciones sexuales ilícitas; estigmatizando a las mujeres, pues en la sociedad machista en la que se desarrollaba esta enfermedad, eran las únicas responsables de la transmisión de esta infección pues tentaban a los varones que posteriormente enfermaban. La

estigmatización de aquella época no sólo afectaba a la mujer, se extendía a aquellos hijos de padres que padecían de esta enfermedad, pues se pensaba que era de condición hereditaria considerando como malditas a generaciones enteras (El nuevo mundo, 2018)

Fue llamada por los franceses: la enfermedad napolitana, mientras el resto del mundo: la enfermedad francesa; careciendo de una denominación técnica. Un médico francés sugirió el nombre de: enfermedad venérea, debido a que era considerado como causante de la enfermedad, el acto del amor, mismo que se vinculaba con la diosa Venus. Inicialmente el mercurio se consideraba como el tratamiento ideal para la sífilis, debido a que era usado para enfermedades de la piel, pero provocaba salivación incontrolable, pérdida de la dentadura y de la cordura, aun así su uso se prolongó hasta 1517, año en que se consideró como tratamiento, el agua de virutas de un arbusto llamado guayacán de origen Haití, que debía ser tomado dos veces al día por 30 días, encerrando al paciente en una habitación lo suficientemente caliente como para hacerle sudar, como medio de eliminación de la enfermedad. La incertidumbre de esta enfermedad se fue disipando alrededor de 1905 en donde se identificó la bacteria y hacia 1943 con el descubrimiento de la penicilina, se encontró el tratamiento idóneo para la misma (Reporte epidemiológico de córdoba, 2017; Funsalud, 2018)

La sífilis es una enfermedad infecciosa originada por la presencia de la bacteria correspondiente al género *Treponema* de especie *pallidum* con subespecie *pallidum*, esta bacteria atraviesa la mucosa hasta lograr alcanzar los vasos linfáticos y sanguíneos, es capaz de ocasionar una infección sistémica, inclusive antes del registro de la lesión primaria, también denominada como chancro. Las lesiones ocasionadas producto de esta infección pueden afectar diversas regiones, así tenemos que en los varones puede verse afectado el pene, mientras que en las mujeres se observan lesiones a nivel de labios mayores, menores y perineo; aunque en algunas ocasiones las lesiones pueden presentarse en regiones extragenitales como en dedos, lengua, paladar y región ano rectal (Herrera et al., 2015)

El estudio de comportamiento sexual de riesgo de infecciones de transmisión sexual reserva su importancia, debido a los datos manejados por organismos mundiales en relación a ésta, así tenemos los de la Organización Mundial de la Salud (2019a) que estima que en el mundo más de un millón de personas diariamente contrae algún tipo de infección de transmisión sexual; de entre los más de 30 microorganismos transmitidos por esta vía, ocho de ellos sobresalen por su incidencia, dentro de los cuáles, cuatro son considerados como los más comunes y curables: la clamidiasis, la gonorrea, la sífilis y la tricomoniasis, entre los otros cuatro tenemos al virus de la hepatitis B, virus del herpes simple, virus de VIH y virus del papiloma humano, que a la fecha son infecciones incurables y cuyos tratamientos sólo son capaces de disminuir o alterar algunos síntomas o la historia de la enfermedad; además, se conoce que el promedio anual de nuevos infectados de ITS, es de 376 millones de personas. En relación a lo anterior la OMS, indica la presencia de más de 500 millones de personas que se encuentran como portadoras del virus del herpes simple, lo que se traduce en un problema, ya que al igual que lo indicado por Hernández et al (2018), el virus del herpes simple correspondiente al tipo 2 conjuntamente con la sífilis pueden triplicar el riesgo que tiene un individuo de infectarse con el virus de inmunodeficiencia humana, pues se demostró que las úlceras genitales que se forman como parte de su proceso resultan ser un factor que se asocia a la adquisición de otras infecciones de transmisión sexual, preferentemente de origen viral, situación que se agrava, si es que consideramos que en la mayor parte de ellas no hay presencia de síntomas o en su defecto los síntomas son tan leves que muchas veces son ignorados por el paciente por lo que no siempre se puede realizar el diagnóstico de la enfermedad, hecho que debemos considerar para analizarlas en forma holística, toda vez que éstas pueden tener consecuencias graves para la salud de la persona que lo padece y que va más allá del momento inmediato del contagio, pues en determinado tiempo puede provocar infertilidad o transmitirse de la madre al niño como en el año 2016 que se tuvo más de un millón de embarazadas con sífilis activa que originó complicaciones en aproximadamente 350 mil partos, entre los que se contó 200 mil muertes fetales o

de recién nacidos o como en el caso del virus del papiloma humano que ha causado que más de 300 millones de mujeres infectadas se encuentren predispuestas a desarrollar un cáncer cervicouterino.

Por siglos se ha creído que la culpa de la transmisión de infecciones sexuales ha sido responsabilidad sólo del varón, sin embargo, el estigma y la discriminación en la esfera de la salud sexual y reproductiva son enfocados hacia la mujer y sus hijos (López, 2015). No obstante resulta necesario conocer los cambios en la forma de ver a la mujer para entender su comportamiento; Lipovetsky (2010) citado en Daros (2016, p.109-113) señalaba que la mujer ha pasado a través de la historia por tres paradigmas, que van desde la fase sumisa ante su esposo, con una distribución de roles asimétricos brindándole a los hombres valores superiores y positivos, mientras que eran inferiores y negativos los de las mujeres (primer paradigma), luego encontramos el segundo paradigma en el que la idea de la mujer conocida como la mujer de su casa, va quedando de lado, impulsándose la legitimidad del derecho al sufragio, el descasamiento, la libertad sexual, el control sobre la procreación, un mayor acceso a la educación, la competencia laboral en profesiones varoniles, entre otros, que le dieron la oportunidad a la mujer de elegir lo que deseaba ser, compitiendo e imitando algunos patrones de comportamientos varoniles sobre todo en la esfera sexual, contribuyendo a que las conductas y comportamientos sexuales femeninos, no sean siempre, tan saludables para ellas; por último tenemos el tercer paradigma, el mismo que se encuentra en relación a la mujer que rechaza el modelo de vida masculino, no se encuentra dominada por la pareja, se trata de una mujer autónoma que se caracteriza por el enriquecimiento de sí misma y por aún estar en un proceso de construcción continua; sin embargo, es evidente que en el mundo, existen mujeres que aún se han quedado en el segundo paradigma histórico de la mujer.

Las infecciones de transmisión sexual, se dan en las diferentes esperas socioculturales y en las distintas etapas de la vida del ser humano, es decir, no discriminan, motivo por el cual tenemos que para el año 2016 se determinó que

en el mundo había 2,1 millones de adolescentes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana, distribuyéndose en su mayoría a nivel de África. En este punto se hace necesario mencionar que el grupo etario correspondiente a los adolescentes ha sido el más vulnerable en cuanto a la tasa de mortalidad por VIH, pues mientras la tasa de mortalidad por VIH en otros grupos etarios iba en descenso, teniendo en cuenta la estadística del 2006 al 2016, en los adolescentes el comportamiento no se desarrolló de la misma forma; y es que en realidad se asume que la mayoría de adolescentes se encuentran sanos, pero anualmente se tiene una tasa de 2.6 millones de muertes en individuos de 15 a 24 años, siendo los principales problemas de salud, aquellos relacionados con el uso de comportamientos de riesgo, pues las principales causas de morbilidad y mortalidad en los adolescentes las encontramos en los accidentes, consumos de sustancias adictivas y prácticas sexuales de riesgo (García, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2018).

En cuanto a la conducta y comportamiento, estudios como el de Rabusic y Kepáková (2003), en la República Checa, resultan interesantes debido a la identificación de ciertas inconsistencias alrededor de la relación causal entre creencias, conocimiento informado, actitudes y comportamiento real de la población de estudio, pues de acuerdo a su investigación se determinó que muy a pesar que los individuos hayan sido informados y que profesen actitudes de prevención, en su vida cotidiana, no siguen estos principios. Resulta cuestionable la existencia de la decisión racional del individuo en donde el argumento proclamado por Hume (1846) cobra más fuerza, este filósofo en su Libro *Treatise of Human Nature*, sentencia que “la razón es, y sólo debe ser, esclava de las pasiones, y no puede pretender otro oficio que el de servir las y obedecerlas” e indica que, en la intimidad, el individuo se comporta racionalmente, pero en determinadas situaciones en donde abundan las emociones y deseos sexuales, el análisis de la conducta y comportamiento debiera estar basado en otro modelo de explicación. En Colombia, González (2009) y Ruano (2007) encontraron que este país se enfrentaba a dos problemas que tenía que ver con el comportamiento racional de sus jóvenes, pues por un lado, los embarazos no deseados se

incrementaban hasta llegar a una tasa de 90 por mil en el 2005 y por el otro, la incidencia de infecciones de transmisión sexual seguía en aumento, a pesar de la promoción nacional de programas de educación sexual; por este motivo es que cada investigador en su debido momento concluyó que a pesar de la adquisición de conocimientos, sus datos no revelaban el impacto esperado pues los jóvenes aún mantenían relaciones sexuales sin protección y muchas veces sin haberlo planeado, rescatando de estas investigaciones, opiniones diversas pues algunos padres pensaban que los programas de educación sexual incitaban a los comportamientos de riesgo, mientras que los docentes afirmaban que eran los padres los que no permitían un diálogo fluido con los hijos en relación a la sexualidad. Según Idárriga y Caicedo (2011) en este país, entre los años del 2003 al 2010 se diagnosticaron 2761 gestantes y 235 niños, ambos con VIH positivo, en donde 121 de ellos eran menores de 2 años, además las cifras de sífilis fueron alarmantes, pues se encontró 23,370 gestantes y 16,602 niños nacidos con sífilis congénita, en donde en ambas cifras, a pesar que son significativas, implicaban el resultado del problema relacionado con el diagnóstico y el subregistro, sobre todo en el caso de sífilis, por tal motivo el Gobierno Colombiano, consideró cuatro líneas estratégicas fundamentales para la eliminación de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita, las mismas que serán mencionadas a continuación: promoción y fomento de la salud en la comunidad, fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional, fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y finalmente el seguimiento, evaluación y control de las acciones.

Por otra parte, siguiendo la línea establecida por Colombia, se entendió que era necesario, y que era urgente tratar la educación del personal de salud como punto necesario en el proceso de eliminación de la sífilis congénita, pues se encontraron serias deficiencias en relación al conocimiento del proceso de abordaje de la sífilis durante el embarazo en los trabajadores de la salud. Teniendo en cuenta la inclusión de las pruebas de diagnóstico rápido para diagnosticar sífilis, se ha identificado falta de experticia en el uso adecuado, sobre todo en cuanto a control de calidad por lo que se concluye la necesidad de realizar capacitaciones intensivas al personal de salud como parte fundamental

que permitirá la implementación de nuevas estrategias orientadas a la prevención de la transmisión vertical de sífilis y del VIH (Garcés, Rubiano, Castaño, Benavides y Cruz, 2017).

Si bien es cierto, el comportamiento sexual de riesgo, presenta una mayor prevalencia en las edades comprendidas entre los 20 a 34 años, lo cierto es que estas prácticas riesgosas empiezan durante la juventud, incluso en poblaciones menores de 25 años, así lo demuestra el estudio realizado en Paraguay, en donde se logró determinar que la forma de contagio de VIH/SIDA/ITS fue a través de la vía sexual, además se identificó prácticas de riesgo frecuentes, el pago por sexo, ingesta de alcohol y relaciones sexuales, intimidad con usuarios de drogas intravenosas, falta de uso del preservativo durante el coito, en el caso del sexo masculino; diez parejas sexuales e inicio temprano de la actividad sexual, encontrándose que la edad mínima fue de doce años (Ríos, 2015).

Al hablar de conductas sexuales de riesgo, es ineludible dejar de pensar en el índice de analfabetismo o el bajo grado de instrucción femenina a nivel mundial, pues las investigaciones demuestran que las féminas que están menos alfabetizadas tienen menos capacidad de negociar el uso del preservativo por el compañero sexual, e incluso el hecho mismo de consentir una relación sexual, eso sin considerar que de por sí, la condición de ser mujer trae consigo un riesgo biológico que las hace más susceptibles de contagiarse de una infección de transmisión sexual (Vidal, Páez y Fiallo, 2016).

Dentro de estas investigaciones podemos mencionar la realizada por Zegarra (2019) en Perú; en donde sus resultados arrojaron que su población de estudio que se encontraba en el último año del grado de instrucción superior presentaba en su mayoría, conductas sexuales seguras, otra de las cosas que permitió observar en esta investigación es que el grado de instrucción tanto de los padres de los participantes del estudio, manifestaron en un 94.4% tener secundaria completa (28.3%) e instrucción superior (66.1%), lo que le permite a la investigadora analizar que el nivel de importancia que los padres le dan a la

educación que brindan a sus hijos va a depender en gran medida de su propio nivel educativo.

Así también tenemos la investigación también realizada en Perú, por Cárdenas (2020) en donde se investigó las conductas sexuales de riesgo y su relación con el síndrome de flujo vaginal, en este estudio se trabajó con dos grupos y sus resultados demostraron que las pacientes que presentaban este diagnóstico en su mayoría, tenían un grado de instrucción secundaria completa e incompleta, mientras que en el grupo de mujeres sin este padecimiento el grado de instrucción destacado fue el de superior universitaria, quedando establecido dentro de las conclusiones de la investigadora que el grado de instrucción es un factor de riesgo que se encuentra asociado en la presencia de esta ITS.

Sin embargo, también encontramos otro estudio realizado en el 2017, que buscó determinar las prácticas sexuales de riesgo en estudiantes de medicina de Latinoamérica y el Caribe, que cursaban entre el primero y séptimo año de la carrera, dejó entrever que éstas se observan indistintamente al grado de instrucción del individuo pues algunos de los resultados encontrados son muy semejantes a los encontrados por Ríos (2015), mencionado en el párrafo anterior. Participaron en este estudio, estudiantes de Colombia, Perú, Ecuador, Venezuela, Paraguay, Bolivia, Panamá, Argentina, Honduras, Costa Rica, México, Guatemala y Uruguay, identificándose que del total de encuestados los comportamientos de riesgo más frecuentes son el consumo de marihuana, uso de manera poco frecuente del condón o, no uso del mismo, uso de alcohol durante las relaciones sexuales, presencia de tatuajes y perforaciones, la falta de una prueba diagnóstica para VIH, como una actividad de rutina y en poca frecuencia, el pago por sexo (Ríos, Verón, De Benedictis, Flores y Chirino, 2018).

Por su parte Ferrer (2018), en Perú, al estudiar los factores de riesgo asociados a ITS en mujeres en edad fértil, encontró que las mujeres afectadas indicaron en su gran mayoría no haber terminado su educación secundaria (79.3%), motivo por el cual, luego de la aplicación de las pruebas estadísticas se determinó que el grado de instrucción es un factor de riesgo asociado a la

presencia de infecciones de transmisión sexual. En este punto, se ha observado que el grado de instrucción es importante, pero no sólo del sujeto, sino también de los adultos responsables de él, así tenemos la investigación realizada por Mateo (2017) en Guatemala, acerca del involucramiento de los padres de familia en la educación de sus hijos y cuyos resultados demostraron que sólo el 4% de los hijos de padres con un grado de instrucción universitario, presentaron un promedio escolar por debajo de lo esperado, esta cifra aumentó a 22% en el caso de los hijos de padres que indicaron un grado de instrucción secundaria y alcanzó un porcentaje del 41% en los hijos de padres con grado de instrucción primaria, lo que hizo que la investigadora concluyera que a pesar que existen factores personales involucrados en el aprovechamiento escolar del estudiante, el grado de instrucción o escolaridad de los padres, constituye un factor importante no sólo en el proceso de aprendizaje, sino también en la culminación exitosa de la instrucción de sus hijos, con miras a continuar la etapa subsiguiente denominada grado de instrucción superior ya sea técnica o universitaria.

En relación al binomio madre-niño, el comportamiento sexual de riesgo se encuentra involucrado en la frecuencia de sífilis durante el embarazo, pues se ha observado que este diagnóstico está muy estrechamente ligado principalmente a las embarazadas que han tenido múltiples parejas sexuales, condición civil de soltera o en unión libre, inicio de vida sexual activa en edades tempranas, bajo nivel socioeconómico y consumo de drogas. Como sabemos la sífilis durante el embarazo es considerada como un problema de salud pública, debido a que en caso de no ser tratada, por lo general es la causante que el fruto de la concepción, presente sífilis congénita, la misma que en el 40% de los casos termina en óbito fetal, nacimiento de mortinato en un 35%, muerte neonatal entre el 20 al 23% y en los casos de sobrevivientes, un 20% de secuelas importantes como la ceguera, deformidades óseas, dentarias y déficit neurológico (De la Rosa, Nakandakari y Bryson, 2014).

En el Perú, según Abad y Bustamante (2018) la frecuencia de infecciones de transmisión sexual se encuentra entre el 30% y el 45%, presentando esta

afección mayoritariamente en jóvenes y adultos, sin embargo, encontramos grupos que son más susceptibles de padecer estas infecciones entre los que se pueden mencionar a los adolescentes, presos, homosexuales y trabajadoras sexuales. En relación a este último grupo, los investigadores, manifiestan que, a pesar de haber mejorado sus conocimientos, en relación a medidas preventivas de infecciones de transmisión sexual, sobre todo de la sífilis, estas mejoras cognitivas en este grupo al igual que su diversidad en cuanto a sociodemografía, salud, lugar de trabajo, entre otros, promueve la manifestación de actitudes y conocimientos heterogéneos, por lo que la posibilidad de contagiarse o contagiar una infección de transmisión sexual se encuentra latente en cada una de ellas, por lo que los autores de esta investigación presuponen que las campañas preventivas en relación al uso de preservativos, debiera extenderse a los clientes y sus parejas con el ánimo de que cada quien asuma el papel correcto y practique sexo seguro, logrando disminuir el comportamiento sexual de riesgo de ITS en los participantes de estas prácticas amorosas (Hernández, Cruz, Juárez y Hernández, 2018). Este fenómeno descrito, en las mujeres trabajadoras sexuales, en el que a pesar de tener el conocimiento de ser un grupo vulnerable para las ITS y conocer cómo prevenirlo y aun así arriesgarse a no exigir, a veces, protección del usuario puede encontrarse relacionado con su actividad económica, pues de acuerdo a López (2015) este grupo en su mayoría, asimila muy bien las intervenciones socioeducativas desarrollando aspectos personales y sociales, adquiriendo capacidades y competencias; siempre y cuando la temática se encuentre en relación a temas no relacionados con la prevención de ITS.

De acuerdo a Vidal y Marrero (2018), a pesar que las infecciones de transmisión sexual tienen la capacidad de afectar indistintamente tanto a hombres como a mujeres, estos investigadores afirman que la mayor frecuencia de estas infecciones se presenta en el sexo masculino; es por este motivo que su investigación realizada en Cuba, tuvo como objeto de estudio a varones de 21 a 50 años, encontrando que más de la mitad de ellos habían tenido relaciones contra natura, además un grupo importante (69.6%) manifestó un uso de preservativo que iba desde “nunca” hasta “la mayoría de veces”, cambios

frecuentes de parejas, ingesta de bebidas alcohólicas y más de la mitad de participantes, demostró una ausencia de percepción de riesgo para adquirir una infección de transmisión sexual.

De acuerdo a lo afirmado por García (2019), la sexualidad, especialmente en las mujeres, es modulada por el aspecto psicológico, cultural y social, que son los factores responsables de modificar el comportamiento sexual del ser humano. Según este investigador, especialista en prevención y rehabilitación cardiovascular enfocado en la sexualidad humana, la expresión del comportamiento sexual se encuentra ligado a la intervención de varios aspectos por lo que su estudio obliga la participación de diferentes perspectivas que ayuden en la comprensión del mismo. A continuación, se hará una revisión de diferentes teorías que a lo largo de los años han tratado el comportamiento sexual como una materia de su estudio.

La Teoría de la Sociología a través de David Émile Durkheim, su representante más importante, concibe la existencia de fenómenos sociales, denominados “hechos sociales”, que pueden ser estudiados a través de otras técnicas que no sean las de índole social. Dentro de estos hechos sociales se encuentran considerados, los modos de actuar, pensar y sentir externos al individuo, pero que a su vez poseen un poder de coerción en él. La teoría sociológica declara que los hechos sociales existen con anterioridad al nacimiento del individuo en determinada sociedad, es decir son exteriores al individuo, pero a su vez, son colectivos porque son parte de la cultura de la sociedad y coercitivos, en la medida en que el individuo se educa conforme a las normas y reglas de la sociedad sólo por el hecho de nacer de ella. En este marco conceptual la Teoría Sociológica afirma que el comportamiento sexual, funciona como una forma de comunicación social, pues a través de él se puede expresar afecto, amor, odio, cólera, insatisfacción, deseo y necesidad entre otras emociones, sentimientos y sensaciones. Esta teoría indica que el comportamiento sexual es un aspecto fundamental del individuo y a su vez forma parte de toda su historia y

construcciones sociales, constituye un elemento importante para el hombre y su valor radica en su presencia desde el origen de la sociedad (Durkheim,1895).

La Teoría del Comportamiento Planificado de Icek Ajzen propuesta en el año 1991 y que a la fecha es uno de los modelos teórico-psicosociales más utilizado en el estudio de la conducta y comportamiento humano, indica que el comportamiento sexual es voluntario pero que, a su vez, se encuentra determinado por la intención conductual, en donde esta última viene a ser el resultado de tres procesos simultáneos; actitudes sociales, norma subjetiva y control conductual percibido. De acuerdo a esta teoría, las actitudes sociales son consecuencia de la relación entre las expectativas conductuales y el juicio de valor que hace el individuo sobre ellas; mientras que la norma subjetiva, viene a ser la forma en que el ser humano recepciona e interpreta lo que opina su entorno, ya sea en forma individual o en forma grupal en relación a determinado comportamiento y se extiende hacia el estímulo que tiene el individuo para acomodarse a estas opiniones. En cuanto al control conductual percibido, esta teoría indica que se encuentra en relación a las creencias que tiene el individuo sobre su propia capacidad para realizar una determinada conducta. Todos estos componentes se configuran teniendo en cuenta las creencias originadas a través de la experiencia directa (Martín, Martínez y Rojas, 2017).

El Modelo Cognitivo de Walen y Roth presentado en el año 1987, se delimita dentro del enfoque cognitivo aplicado a la comprensión de la sexualidad, se focaliza primordialmente en el ciclo de respuesta sexual, por lo que se usa frecuentemente en el análisis de algunas disfunciones sexuales. De acuerdo a este enfoque, nuestras percepciones y pensamientos establecen en gran medida, nuestros sentimientos y conductas, es decir la manera en que el individuo percibe, etiqueta y evalúa un evento sexual, determina su reacción emocional hacia ese evento propagándose, por lo general, hacia otros aspectos relacionados. Este enfoque identifica siete (07) pasos que se encuentran involucrados, a saber, en este proceso; el primer paso, tiene que ver con la percepción del estímulo, como algo sexual, el estímulo puede ser visual, táctil, sonoro o de cualquier otro

tipo. Al respecto la determinación que hace el individuo para percibir este estímulo como un estímulo sexual, netamente va a depender de la cultura en que se haya desarrollado su aprendizaje previo (Huapaya y Richard, 2016). El segundo paso viene a ser la evaluación del estímulo, en este momento si el individuo la evalúa como positiva, pasará al siguiente paso, de lo contrario, si la evalúa como negativa el ciclo se ha de detener (Shibley y DeLamater, 2017). Si la evaluación resultó ser positiva, se establece el tercer paso y corresponde a la excitación fisiológica, la misma que se va a manifestar de diferentes formas: erección, lubricación vaginal, etc.; para luego pasar al cuarto de paso que está relacionado con la percepción de la excitación que a veces pasa desapercibida debido a que el individuo no está entrenado o porque se encuentra focalizado en provocar excitación a la pareja dejando de lado la atención a sus propias reacciones (Sorribes, Lega, Calvo y Trujillo, 2017). El quinto paso determina la evaluación de la excitación que hace el individuo del momento, si es negativa, el ciclo de respuesta se va a detener, si es positiva va a reforzar como un momento de retroalimentación al tercer paso que corresponde a la excitación fisiológica, aumentando el nivel de excitación actual, este paso corresponde a la conducta sexual, la misma que trae como consecuencia, el sexto y séptimo paso que se tienen que ver con la percepción de la conducta y la evaluación de la conducta; si en determinado momento la evaluación es positiva puede provocar dos tipos de retroalimentación que provoquen que la conducta sexual continúe y que la excitación aumente; de acuerdo a este modelo, el comportamiento sexual, se encuentra determinado en gran medida de los procesos evaluativos internos que realice el individuo del segundo, quinto y séptimo paso, lo que va a predisponer la repetición del comportamiento, sin dejar de lado la contribución de los otros pasos (Barreto y Coico, 2017).

De acuerdo a lo indicado por Kotler (2002) citado por Raiteri (2016, p.13), la perspectiva socioeconómica afirma que las normas y valores socioculturales en relación al comportamiento sexual, son consecuencia de las condiciones económicas pues el ser humano puede romper sus valores y normas cuando la influencia económica así lo demanda. Al tratar de la perspectiva denominada

institucional, se sostiene que el comportamiento sexual es consecuencia de la educación sexual impartida por las instituciones de base en la comunidad, tales como la familia, la iglesia, la escuela; Además de la legislación que regula la edad de la primera unión, programas de sensibilización y acceso a la información en relación al comportamiento sexual, a través de doctrinas, leyes, reglas, entre otros (Guéter, 2018).

Siendo así, alrededor del comportamiento sexual de riesgo, según indica Bahamón, Vianchá y Tobos (2014) se hace una continua búsqueda de explicar la realidad, obtener respuestas ante la falta de conocimiento sobre las estrategias de protección, la experiencia emocional del individuo, las habilidades personales de comunicación como la asertividad sexual, toma de decisiones sin presión de grupo, la personalidad, la funcionalidad familiar, percepciones, actitudes, creencias, entre otros; se parte del supuesto que el comportamiento sexual de riesgo no necesariamente es producto de la ignorancia del individuo, pues con toda la exposición a través de los medios masivos de comunicación e internet, sobre el uso del preservativo y el importante papel que juega en la protección para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual y embarazo; esta posibilidad de desconocimiento, resulta ser muy remota; sin embargo, aún los índices de prácticas sexuales de riesgo son muy altos. En otras palabras, estos autores sostienen que el conocimiento sobre los mecanismos de protección sexual, no garantiza que el individuo los aplique en su vida sexual, pues existe un trasfondo de índole subjetivo involucrado en el momento en que se realiza la toma de decisiones.

En consecuencia, se denota la importancia de la aplicación de estrategias preventivas que disminuyan y/o eliminen las infecciones de transmisión sexual trabajadas a través de asesorías y cambios de conducta, que a su vez involucren educación sexual integral y asesoramiento antes y después del diagnóstico de una ITS y/o VIH; consejo en relación a prácticas sexuales seguras para fomentar la reducción de riesgo de contagio y uso de preservativos; asesoramiento y educación sexual dirigido a la población de adolescentes y finalmente, la

aplicación de medidas de intervención dirigidas a determinados grupos poblacionales vulnerables como por ejemplo los varones homosexuales, trabajadores sexuales, personas con problemas de adicción entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2019a)

Por su parte la OMS propuso la estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual con un periodo de intervención desde el 2016 al 2021 buscando la erradicación total de las mismas, se estimó que su aplicación, disminuiría dramáticamente los casos de infecciones de transmisión sexual y defunciones relacionadas con las mismas, dentro de las que se consideran las muertes fetales intrauterinas y las muertes por cáncer. Esta estrategia mantiene un enfoque centrado en las personas, teniendo como base fundamental los derechos humanos, la igualdad de género y la equidad sanitaria. Se espera focalizar las iniciativas en relación a la prevención integral a través de enfoques de comportamiento, facilitar el acceso del usuario a la información sobre su estado, mejorar el acceso a tratamiento y a cuidados integrales de larga data cada vez que lo amerite, haciendo frente a la estigmatización y a la discriminación generalizada; para ello, se le asignó 18 mil 200 millones de dólares en donde el 99.7% de la misma estará dirigido a aquellas intervenciones prioritarias de 117 países de bajos y medianos ingresos, mientras que alrededor de 53 millones de dólares se dedicará al apoyo técnico, investigaciones y tareas de promoción de la OMS y sus asociados (Organización Mundial de la Salud, 2016)

La presente investigación sobre los factores de riesgo asociados al comportamiento sexual de riesgo de infecciones de transmisión sexual, partió desde el conocimiento que el comportamiento sexual constituye uno de los pilares en la frecuencia de las ITS, tal como lo afirma la OMS en su plan de la Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021, mencionado en el párrafo anterior y; en donde se establece la necesidad de realizar una evaluación exhaustiva que mida la eficacia de su aplicación, que permita posteriormente tomar decisiones en relación al tipo de

programa a implementar en un contexto en particular, pues las realidades poseen particularidades infinitamente diferentes en todo el mundo, por lo que no debe esperarse una receta mágica para prevenir el aumento de las infecciones de transmisión sexual. En ese sentido, es necesario tener en cuenta que no existen soluciones definitivas por lo que las intervenciones resultan ser una actividad con potencial; a pesar de ello, los gobiernos han puesto sus esperanzas en el cambio de comportamiento sexual del individuo como la respuesta a la prevalencia del VIH/SIDA, motivo por el cual se ha establecido una línea de marketing social, aplicando técnicas de mercadotecnia que permita el análisis, planteamiento, ejecución y evaluación de programas diseñados para promover la aceptación, modificación, rechazo o abandono del comportamiento voluntario de las personas, logrando que estas estrategias influyan positivamente en el ser humano para el logro de este cambio, toda vez que lo único que se busca con esto, es mejorar su propio bienestar y por ende, el de su sociedad. En este contexto, en donde el uso del marketing social ha ido ganando terreno, el Estado de Ghana impulsó políticas de estado en el sentido de promocionar entornos adecuados y mitigar las consecuencias sociales, culturales, legales y económicas que significa esta enfermedad. Sin embargo, para este país no fue suficiente sólo los mensajes de cambio, también proporcionó tratamiento, atención y promovió la realización de investigaciones, vigilancia, seguimiento y evaluación de esta infección; considerando al cambio de actitud como el eje central de lucha en contra del VIH/SIDA, incluso por encima de las intervenciones de excelente calificación (Almeida, 2012; Vivo, López y Saric, 2012).

En el mundo del individuo, encontramos factores relacionados a cada una de sus decisiones, éstos pueden ser protectores si se encuentran relacionados a circunstancias, particularidades, condiciones y características que le hacen más fácil al ser humano, alcanzar una salud integral; pueden ser originarios de la familia, grupo o comunidad en la que se interrelaciona y pertenece la persona. Estos factores también pueden ser de riesgo, si se relacionan con las características o cualidades del individuo o comunidad que se une a una mayor probabilidad de daño en su salud. A pesar que ambos factores tienen un

funcionamiento diferente, en realidad se encuentran estrechamente relacionados con la cultura, influyendo y viéndose influenciados por cada individuo de una forma distinta, teniendo en cuenta las particularidades personales que trae consigo el ser humano y de la etapa del ciclo vital individual y familiar en la que se encuentre en ese momento (Gómez, 2008; Ministerio de Salud de Chile, 2008; Páramo, 2011). Según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (2019b), entre los factores de riesgo más destacados, encontramos la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

De lo anterior, se puede decir que en la esfera de la Psicología de la Salud, hubo cinco modelos teóricos que han tratado de explicar la ocurrencia de la conducta protectora de la salud y preventiva de la enfermedad; el Modelo de Creencias de Salud, la Teoría de la Utilidad Subjetiva Esperada, La Teoría de la Motivación por la Protección, la Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Autoeficacia, de las cuáles, ha sido el Modelo de Creencias de Salud desarrollada por cuatro psicólogos sociales, Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles, Hugh Leventhal e Irwin Rosenstock a inicios de 1952, el que ha sido más utilizado para explicar dicho fenómeno. De acuerdo a este modelo el comportamiento es la resultante del conjunto de creencias y valoraciones internas que el individuo aporta a determinada situación, además considera a los factores sociodemográficos como componentes muy importantes que influyen en la conducta, en donde se encuentra considerada la religión, la misma que se relaciona con las actitudes del individuo hacia las ITS, pues las creencias religiosas o el contexto cultural religioso en el que se desenvuelve el individuo pueden influir en las conductas sexuales (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2017; Moreno y Gil, 2017).

Considerando lo expuesto, encontramos la investigación realizada por Teva, Bermúdez, Ramiro y Buela (2016) en Perú acerca de las creencias religiosas y actitudes hacia el uso del preservativo como medida de prevención de ITS-VIH/SIDA; sus resultados indicaron que aquellos participantes que no

presentaban afiliación religiosa alguna obtuvieron las puntuaciones más altas en actitudes positivas hacia el uso del preservativo, los participantes que hablaban a menudo con sus pares sobre sus preocupaciones religiosas o espirituales, obtuvieron una menor actitud positiva hacia el uso del preservativo que los nunca hablaban; los que nunca leían material religioso presentaron actitudes positivas más elevadas que los que leían algunas veces y a menudo, además en esta investigación se pudo determinar que los católicos tuvieron una actitud más positiva hacia el uso del preservativo que los de filiación bautista, evangélica y Jehová; finalmente los autores concluyeron que los participantes del estudio que no tienen filiación religiosa son quienes van a tener actitudes más positivas hacia el uso del preservativo, lo que significa que tendrán más probabilidades de usarlo y de prevenir el contagio de ITS, VIH/SIDA, sin embargo también concluyen que la religiosidad juega una función de factor protector de ITS, VIH/SIDA, pero a través de la promoción de la abstinencia, el retraso del inicio de las relaciones sexuales y la monogamia.

Cabe mencionar que en la presente investigación se consideró como objeto de estudio a la población femenina, en vista que la mujer ha sido señalada como la más vulnerable al momento de adquirir una infección de transmisión sexual, sobretodo, cuando se trata del VIH/SIDA; en ese sentido Villegas, Cianelli, Santisteban, Lara y Vargas (2016), afirman que la transmisión del VIH del varón a la mujer durante el coito es de dos a cuatro veces más probable que el contagio de mujer a varón; de acuerdo a estos investigadores, el área genital de la fémina, presenta una mayor extensión, en comparación con la del varón y, siendo la receptora del semen, permanece en contacto con este fluido corporal por un espacio de tiempo mayor; además, hay que considerar que en el caso de hombres y mujeres con VIH, el semen presenta una carga viral en mayor proporción que la secreción vaginal y que el líquido pre seminal, también guarda un contenido importante de este virus. Otro aspecto a considerar, según Carrillo (2018), es la fragilidad de los tejidos genitales de la mujer que al momento del coito provoca lesiones microscópicas, suficientes para el ingreso del VIH; adicionalmente, afirman que la vulnerabilidad en las mujeres más jóvenes radica en que el tejido

que reviste su aparato genital no se encuentra totalmente desarrollado y por el contrario en las mujeres menopáusicas, la mucosa vaginal es más delgada, brindando una menor protección.

Además de ello, las mujeres padecen con mayor frecuencia infecciones de transmisión sexual en forma asintomática, a diferencia de los varones, lo que aumenta la probabilidad de ITS no tratadas en la población femenina. Adicionalmente, el predominio masculino que se practica en algunas culturas en donde la coerción sexual o la violencia a la que es sometida la mujer las coloca como un grupo vulnerable a infectarse con alguna ITS, debido a que el coito rudo y forzado va a provocar más lesiones en la mucosa vaginal y rectal (De La Hermosa y Polo, 2018).

Del mismo modo, la mujer que depende del hombre en el aspecto económico, social y emocional, difícilmente va a rechazar una relación sexual de riesgo o a promover en su pareja el uso correcto del preservativo, sobretodo, cuando la sumisión cultural de la mujer y el dominio del varón en la intimidad, limitan la capacidad de la mujer al momento ejercer el derecho de cuidar su salud sexual y reproductiva (Aiquipa, 2015).

Los patrones culturales alientan al varón a tener más de una compañera sexual a la vez, provocando el riesgo de infección de ITS, incluso en las compañeras sexuales monógamas (Hernández y González, 2016), además la falta de comunicación entre varones y mujeres en temas de salud sexual, evita que ambos asuman la responsabilidad en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, sobre todo en el momento de utilizar el preservativo masculino o de practicar las relaciones sexuales sin penetración como una método preventivo, pues necesita la cooperación del varón, lo que supone que éste tiene el control en el momento de la intimidad y en relación al uso de los preservativos femenino, si bien es cierto, ofrecen a la población femenina, mayor control durante el coito, también requiere de la participación masculina (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2019).

A continuación, se detallará cada uno de los factores de riesgo considerados en este trabajo de investigación, tales como: edad de inicio de relaciones sexuales, orientación sexual, grado de instrucción de la mujer, grado de instrucción del padre y de la madre, tipo de religión y comunicación sexual.

Edad de inicio de relaciones sexuales, se encuentra referida al año de vida en el que inició el primer contacto sexual, ya sea oral, vaginal o anal (Rojas, 2020), con respecto a este factor, en el 2004, la OMS realizó una revisión bibliográfica de más de 11 mil documentos, acerca de los factores de riesgo y de protección relacionados con las conductas adoptadas por los adolescentes y que tienen que ver con su salud reproductiva; luego de esta revisión se concluyó que la edad de iniciación sexual, parejas múltiples, entre otros son parte de toda una gama de factores de riesgo y de protección ante conductas sexuales peligrosas (OMS, 2017).

En la actualidad, la sexualidad y la salud reproductiva del adolescente, ha cobrado gran importancia en la salud pública, debido al impacto social que representa el aumento de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado como consecuencia de un inicio sexual temprano y no protegido en esta etapa de vida (Mora y Hernández, 2015). Se estima que, a nivel mundial, el 18% de los adolescentes tuvieron su primera relación coital antes de los 15, con una media mundial de 16.5 años; Europa presenta una media de 15 años, mientras que Asia presenta una media de 19 años, en América Latina, la edad media varía de 13.5 a 16 años y hay una gran proporción de adolescentes que no utilizan preservativos a pesar de tener múltiples parejas sexuales (Apupalo, 2016); adicionalmente, la iniciación sexual, se relaciona como una actividad promiscua, muy pocas veces premeditada y condicionada por la presión que ejerce el grupo en el que se desenvuelve el individuo, en donde, es frecuente que el adolescente haga un uso incorrecto de los métodos de protección, o en el peor de los casos no haga uso de ellos (Alfonso y Figueroa, 2017). En el Perú, la media de inicio de relaciones sexuales, se encuentra entre los 14 y 15 años, evidenciándose en forma peligrosa, la tendencia a la disminución de esta edad media, sobre todo en la

sierra y selva del país en donde se encuentran edades de inicio tan tempranas como los 11 años (Flores, 2020), según los datos publicados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el año 2014, se identificó que el 25% de población femenina entre 15 y 19 años de edad presentan una vida sexual activa y habían tenido más de una pareja sexual (Carmona, Beltrán, Calderón, Piazza y Chávez, 2017). De acuerdo a lo indicado por la OMS, este factor de riesgo en asociación con otros, se ha manifestado en indicadores de salud del adolescente, nada alentadores, en donde se destaca el 15% anual de ITS, el 11% de embarazos en mujeres de 14 a 19 años y en un uso del preservativo de menos del 8% (Pérez, Apupalo y Creagh, 2018). Sin embargo, no debemos ignorar dentro de estos datos, los matrimonios y uniones infantiles tempranos y forzados, que carecen de investigaciones al respecto en nuestro medio y, que son definidos por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y por el Comité de los Derechos del Niño (CDN) como la unión o matrimonio en el que al menos una de las personas de la pareja es menor de 18 años, incluyéndose la convivencia y el matrimonio, entendidos como cualquier tipo de rito y/o celebración civil o religioso, forzado o no, que legitime a una pareja, ya sea que se celebre entre menores de edad, o en el que uno de ellos sea menor (Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2019).

La orientación sexual, se encuentra definida como la inclinación o preferencia sexual hacia individuos del sexo opuesto, denominado heterosexualismo; hacia individuos del mismo sexo, denominado homosexualismo o hacia individuos de ambos sexos, denominado bisexualismo (Soler, 2015). Teniendo en cuenta este factor, es necesario indicar que una de las ITS más temida, como la infección por VIH en América Latina y el Caribe, pone de manifiesto que los hombres que tienen relaciones con hombres, presentan una prevalencia de infección por VIH, elevada que va del 10 a 25% en Colombia, 14% en Buenos Aires, 15% en Bolivia, así como en Ecuador, 22% en Montevideo y de 18 a 22% en el Perú. En el orden de lo expuesto anteriormente, cobra importancia las actitudes de discriminación que se hace a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, pues origina el rechazo a recibir ayuda

de los servicios de salud para su diagnóstico o tratamiento, por lo que se hace frecuente el ocultamiento de sus antecedentes sexuales, además, tampoco debemos dejar de lado que muchos de estos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, también tienen relaciones sexuales con mujeres, lo que aumenta la probabilidad del aumento de ITS (OMS, 2017). La discriminación recibida por los homosexuales, pero más en el caso de las mujeres, hace imposible o al menos obstaculiza una expresión libre de su sexualidad que se refleja con la dificultad para el logro de la estabilidad en la vida afectiva, provocando la aparición de factores de riesgos para la salud sexual, como lo es la promiscuidad (Asencio, 2016). En ese sentido, García, Menéndez, García y Rico (2010) indican que, debido a esta coyuntura discriminatoria alrededor de la orientación sexual, puede ocasionar cierto rechazo del individuo a su sexualidad; consideran que existe la posibilidad que aquellas personas calificadas o estereotipadas como masculinas o femeninas, presenten determinados comportamientos sin necesariamente, tener en cuenta el sexo biológico al que pertenecen. Esto se reafirma cuando aquellas personas que guardan una actitud más positiva hacia la sexualidad (erotofílicos) adquieren habilidades eficaces en la prevención de conductas de riesgo, mientras que los erotofóbicos (individuos con actitud negativa hacia la sexualidad), se encuentran más expuestos a comportamientos sexuales de riesgo.

El grado de instrucción viene a ser el nivel de instrucción de una persona, corresponde al grado más elevado de estudio realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están en estado provisional o definitivamente incompletos (Villena, 2019)

El grado de instrucción al igual que el inicio temprano de relaciones sexuales, desarrollado en párrafos anteriores, fueron considerados por la OMS (2017) como factores de riesgo asociados a conductas sexuales peligrosas. Consecuentemente, el grado de instrucción ha sido considerado como un factor asociado a la prevalencia de infecciones de transmisión sexual, embarazo no deseado, entre otros (Zegarra, 2019); según Fondo de las Naciones Unidas, el

bajo grado de instrucción conjuntamente con la pobreza y el hábitat en zonas rurales forman la triada perfecta para el matrimonio temprano o infantil aún existente en el mundo, práctica también relacionada con la temprana edad de inicio de relaciones sexuales (Fondo de Población de Naciones Unidas [UNFPA], 2019). Sumado a ello, este factor cobra importancia en el momento de la negociación del uso del preservativo, como método preventivo para evitar el contagio de ITS, pues la resolución de este problema va a depender mucho del estilo de negociación y éste a su vez, se ve afectado directamente por el grado de instrucción del miembro negociador, pues cuanto menor sea el grado de instrucción, más inadecuado será el estilo y menos impacto tendrá en la aceptación de uso del condón, aumentando la predisposición a una ITS (Triana, Flores y Sánchez, 2017).

Este factor es considerado como un indicador de desigualdades sociales en salud y cuyo estudio es necesario tener en cuenta en este tipo de investigaciones, en donde se busque su asociación con diferentes causas específicas de mortalidad, pues de acuerdo a lo indicado por De La Cruz, Feu y Vizúete (2017), la salud percibida por el individuo y la mortalidad puede estar condicionado por el nivel educativo, ya que los que tienen un nivel educativo bajo, expresan la tendencia a valorar peor su salud que los que presentan un nivel educativo alto (Rodríguez y Álvarez, 2016). En el Perú, el Sistema Educativo de acuerdo a la Constitución Política del Estado y la Ley General de Educación, se encuentra organizado en Educación básica (que a su vez se subdivide en inicial, primaria y secundaria) y en Educación superior (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2014) y es en base a esta organización que se hará el estudio de este factor.

El grado de instrucción del padre/madre dificulta la obtención de un trabajo que sea bien remunerado, lo que impide el mejoramiento de la calidad de vida de su familia, dentro de la cual se cuenta a la educación, esto significa, la falta de involucramiento del padre o madre de familia en el proceso de aprendizaje de sus hijos, ya sea por falta de tiempo, debido a las horas laborales que debe cumplir,

jornadas laborales agobiantes, un grado de instrucción que le es insuficiente para asumir su responsabilidad en el acompañamiento de su hijo, o a la falta de conocimiento sobre la importancia de la educación en el desarrollo del individuo; esto trae como consecuencia frustración en el estudiante, desinterés en el estudio, fracaso escolar y probable abandono de los últimos años ya sea en la primaria o en la secundaria; en el caso en donde las familias no se encuentran involucradas en el proceso de aprendizaje de sus hijos por el simple hecho de no tener interés en la educación, este problema suele agudizarse si el estudiante en cuestión es mujer, lo cual indica que la minimización y discriminación de la misma nace en el seno de su familia, trayendo consecuentemente todos los males conocidos que se encuentran relacionados con un bajo grado de instrucción, entre los que podemos encontrar la violencia, cáncer, ITS y VIH, enfermedades metabólicas, etc. (Krolow, 2016).

El tipo de Religión, se encuentra considerada como un factor, toda vez que tanto las instituciones educativas y religiosas, de alguna manera controlan el comportamiento sexual, en base a la vigilancia, la imposición del castigo y la señalización del estigma; prácticas que se van interiorizando como normas y convirtiéndose en lineamientos que utiliza el individuo para su autorregulación como parte de su proceso de socialización. A pesar de ello, es evidente que estos mecanismos de control enfocados en la familia y la religión han perdido su eficiencia en este aspecto, lo que no significa que el estudio de la conducta sexual no considere el aspecto religioso, pues de ser así, estaríamos frente a una limitante de mucha importancia, pues este factor muchas veces resulta ser como un factor protector para el comportamiento sexual de riesgo (Leal y Soto, 2018; Moral, 2010).

Considerando que, a pesar del permanente proceso de secularización que se observa a nivel mundial, el Perú aún guarda una fuerte influencia de la Iglesia Católica, siendo considerado como el noveno país más religioso del mundo con 86% de creyentes, motivo por el cual se sostiene que los valores de índole religioso como la abstinencia sexual fuera del matrimonio y la fidelidad dentro de

él, va a ejercer una función protectora importante, logrando como consecuencia, el retraso en la iniciación sexual y por lo tanto el número de parejas sexuales se va a ver reducida y fortalecida la fidelidad sexual a la pareja (Cano, 2018).

2. Justificación de la investigación

Considerando los datos estadísticos que se maneja a nivel mundial, que demuestran que las infecciones de transmisión sexual siguen siendo un problema de salud pública, sobre todo las que provocan graves secuelas en el individuo, embrión, feto o recién nacido; se hace indispensable entender e identificar aquellos factores que se asocian con comportamientos sexuales que representan un riesgo para la expansión de las ITS.

En ese sentido la presente investigación guarda un beneficio social, porque aborda un problema de grandes dimensiones, que afecta en forma sistemática al ser humano, sobre todo a grupos vulnerables, en especial a mujeres, niñas y adolescentes que se ven desprotegidas frente a las ITS, de esta manera, los resultados de esta investigación permiten entender a la mujer en edad fértil de 15 a 49 años, con comportamientos sexuales de riesgo con la finalidad que se logre un cambio de conducta consciente.

El aporte científico de los resultados de esta investigación se encuentra en relación a la sistematización y actualización del conocimiento, pues llena espacios vacíos del conocimiento sobre el proceso mediante el cual algunos factores inciden en la decisión de la mujer en edad fértil de 15 a 49 años, a exponerse al contagio de infecciones de transmisión sexual a través de conductas sexuales de riesgo. Esto fue posible gracias al estudio de diferentes teorías y modelos tanto del comportamiento sexual como de la conducta protectora de la salud y preventiva de la enfermedad.

Finalmente, la implicancia práctica de los resultados de esta investigación, se encuentran en relación a que el conocimiento adquirido va a permitir la planeación, organización, ejecución, evaluación y ajuste de estrategias multidisciplinarias, destinadas a disminuir la exposición al riesgo al que se

somete la mujer; además los datos de esta investigación pueden ser traspolados a otras poblaciones con características semejantes en donde pueden servir de diseño, con base teórica y marco referencial para otras investigaciones relacionadas con esta temática.

3. Problema

Se estableció la siguiente interrogante: **¿Existe relación entre los factores de riesgo asociados y el comportamiento sexual de riesgo de infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia del Distrito de Nuevo Chimbote desde diciembre del 2019 a febrero del 2020?**

4. Conceptuación y operacionalización de las variables

4.1 Factores de riesgo asociados.

- **Definición conceptual:** Consiste en circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud sexual y reproductiva (factores protectores) o una mayor probabilidad de daño por infección de transmisión sexual, a la salud sexual y reproductiva (factores de riesgo) (Badillo, Mendoza, Barreto y Díaz, 2020)
- **Definición operacional:** Para caracterizar esta variable, se tuvo en cuenta los siguientes factores: orientación sexual, grado de instrucción de la entrevistada, grado de instrucción del padre/madre, tipo de religión y comunicación sexual.

4.2 Comportamiento sexual de riesgo de ITS.

- ✓ **Definición conceptual:** Se refiere a todas las acciones o comportamientos que presentan las mujeres en edad fértil en relación a su sexualidad, que se realizan de manera real o potencial y que las expone al riesgo de contraer o de contagiar una infección de transmisión sexual (Cárdenas, 2020).

- ✓ **Definición operacional:** Para caracterizar esta variable, se tuvo en cuenta las siguientes dimensiones: inicio precoz de relaciones coitales, uso de preservativo, más de una pareja sexual (promiscuidad), cambio frecuente de parejas, relaciones fugaces y prácticas de sexo oro-genital y genito-anal sin protección.

Definición conceptual de variable	Dimensiones (Factores)	Indicadores	Tipo de escala de medición
Factores de Riesgo asociados: Consiste en circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud sexual y reproductiva de la mujer en edad fértil (factores protectores) o una mayor probabilidad de daño por infección de transmisión sexual a la salud sexual y reproductiva (factores de riesgo) (Badillo, Mendoza, Barreto y Díaz, 2020)	Orientación sexual de identificación	1. Heterosexual	Nominal
		2. Homosexual	
		3. Bisexual	
	Grado de instrucción de la paciente	1. Ninguno	Nominal
		2. E.B. Inicial	
		3. E.B. Primaria	
		4. E.B. Secundaria	
		5. E. Superior	
	Grado de instrucción del padre/ madre	1. Ninguno	Nominal
		2. E.B. Inicial	
		3. E.B. Primaria	
		4. E.B. Secundaria	
		5. E. Superior	
	Tipo de religión que cree o practica	1. Católica	Nominal
		2. Otras religiones	
3. Ninguna			
Comunicación sexual (persona que le habló de temas sexuales)	1. Ninguno	Nominal	
	2. O sólo de la madre o sólo del padre		
	3. Con ambos		
	4. Otro		
Comportamiento sexual de riesgo: Se refiere a todas las acciones o comportamientos que presentan las mujeres en edad fértil en relación a su sexualidad, que se realizan de manera real o	Inicio precoz de relaciones coitales	Bajo: 2-4 puntos	Nominal
		Medio: 5-6 puntos	
		Alto: 7-8 puntos	
	Uso de preservativo	Bajo: 4-8 puntos	Nominal
		Medio: 9-12 puntos	
		Alto: 13-16 puntos	
	Más de una pareja sexual (promiscuidad)	Bajo: 4-8 puntos	Nominal
		Medio: 9-12 puntos	
		Alto: 13-16 puntos	
	Cambio frecuente de parejas	Bajo: 2-4 puntos	Nominal
		Medio: 5-6 puntos	

potencial, voluntaria o involuntaria y que las expone al riesgo de contraer o de contagiar una infección de transmisión sexual (Cárdenas, 2020).	Relaciones fugaces	Alto: 7-8 puntos	Nominal
		Bajo: 2-4 puntos	
		Medio: 5-6 puntos	
	Prácticas de sexo oro-genital y genito-anal sin protección	Alto: 7-8 puntos	Nominal
		Bajo: 4-8 puntos	
		Medio: 9-12 puntos	
		Alto: 13-16 puntos	

5. Hipótesis

H₀: No Existe relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo como la orientación sexual de identificación, grado de instrucción de la paciente, grado de instrucción del padre/madre, tipo de religión que cree o practica y comunicación sexual y el comportamiento sexual de riesgo de infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, del Distrito de Nuevo Chimbote, desde diciembre 2019 a febrero 2020.

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo como la orientación sexual de identificación, grado de instrucción de la paciente, grado de instrucción del padre/madre, tipo de religión que cree o practica y comunicación sexual y el comportamiento sexual de riesgo de infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, del Distrito de Nuevo Chimbote, desde diciembre 2019 a febrero 2020.

6. Objetivos

6.1 Objetivo general:

Determinar la relación entre los factores de riesgo asociados y el comportamiento sexual de riesgo en ITS, en mujeres en edad fértil atendidas en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.

6.2 Objetivos específicos.

- 1.- Caracterizar los factores de riesgo para ITS en mujeres en edad fértil atendidas en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.
- 2.- Determinar el nivel riesgo general para ITS del comportamiento sexual, en mujeres en edad fértil atendidas en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.
- 3.- Determinar el nivel de riesgo para ITS del comportamiento sexual, en su dimensión inicio precoz de relaciones coitales, uso de preservativo, promiscuidad, cambio frecuente de parejas, relaciones fugaces y prácticas de sexo oro-genital y genito-anal sin protección, en mujeres en edad fértil atendidas en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.
- 4.- Asociar el factor orientación sexual de identificación y el comportamiento sexual de riesgo para ITS, en mujeres en edad fértil atendidas en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.
- 5.- Asociar el factor grado de instrucción de la paciente y el comportamiento sexual de riesgo para ITS, en mujeres en edad fértil atendidas en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.
- 6.- Asociar el factor grado de instrucción del padre y el comportamiento sexual de riesgo para ITS, en mujeres en edad fértil atendidas en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.
- 7.- Asociar el factor grado de instrucción de la madre y el comportamiento sexual de riesgo para ITS, en mujeres en edad fértil atendidas en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.

8.- Asociar el factor tipo de religión que cree o practica y el comportamiento sexual de riesgo para ITS, en mujeres en edad fértil atendidas en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.

9.- Asociar el factor comunicación sexual y el comportamiento sexual de riesgo para ITS, en mujeres en edad fértil atendidas en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.

METODOLOGÍA

1. Tipo y Diseño de investigación

Esta investigación fue un estudio con **enfoque** cuantitativo de **tipo** básico, **nivel** correlacional con **diseño de investigación** no experimental y de corte transversal.

2. Población y muestra

Población.

Constituida por el total de mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia del Distrito de Nuevo Chimbote durante los meses de diciembre del 2019 a febrero del 2020, la misma que llegó a ser de 714 usuarias.

Unidad de muestreo: Mujeres en edad fértil

Muestra.

Para el logro de esta investigación, el tamaño de la muestra se obtuvo a través de la aplicación de la fórmula estadística de determinación de tamaño muestral en su modalidad de poblaciones finitas conocidas (Spiegel y Stephens, 2008), el tamaño de la muestra ascendió a 327 participantes

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2(N - 1) + Z^2 \sigma^2}$$

Dónde:

- **n:** Tamaño de la muestra poblacional a obtener
- **N:** Tamaño de la población total. En este caso la cifra será 714
- **σ :** Representa la desviación estándar de la población. En caso de desconocer este dato, es común utilizar un valor constante que equivale a 0.5
- **Z:** Es el valor obtenido mediante niveles de confianza. Su valor es una constante, por lo general se tienen dos valores, dependiendo del grado de confianza que se desee, siendo 99% el valor más alto (equivale a 2.58) y 95% (equivale a 1.96) el valor mínimo aceptado para considerar la investigación como confiable. En este caso se utilizará el valor equivalente de 1.96
- **e:** Representa el límite aceptable de error muestral, la cual como nos ayudará a realizar una investigación válida y completa. Se asigna un 4% de error= 0.04

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)^2(714)}{(0.04)^2(714 - 1) + (1.96)^2(0.5)^2}$$

$$n = \frac{(3.84)(0.25)(714)}{(0.0016)(713) + (3.84)(0.25)}$$

$$n = \frac{685.44}{1.14 + 0.96}$$

$$n = \frac{685.44}{2.10}$$

n= 327

Tipo de muestreo. Se consideró un muestreo probabilístico del tipo aleatorio simple sin reposición, debido a que cada elemento de la muestra, tuvo la idéntica probabilidad de ser seleccionado sin la posibilidad que su elección se repita.

En este caso se utilizó la modalidad de lotería se ingresó en un recipiente con tapa 714 números que representaron cada uno de ellos a un miembro de la población, luego de revolverlos se escogió el primer elemento, se registró el número, se desechó y se repitió el procedimiento, así sucesivamente hasta completar los 327 elementos necesarios para completar la muestra.

Criterios de inclusión.

- Mujeres en edades comprendidas entre 15 y 49 años que acudan al servicio de Obstetricia del C.S. Yugoslavia durante los meses de diciembre del 2019 a febrero del 2020.
- Mujeres adolescentes que firmen voluntariamente el consentimiento informado como prueba de su participación en este estudio y que a la vez cuenten con la autorización de su padre/madre o tutor.
- Mujeres que acepten participar voluntariamente y firmen el consentimiento informado como requisito indispensable.
- Mujeres que sepan leer y escribir.
- Mujeres sin aparentes trastornos físicos o mentales que les impida entender y resolver los cuestionarios.

Criterios de exclusión.

- Mujeres que presenten alguna discapacidad física o psicológica que le impida entender y resolver los cuestionarios en forma independiente.
- Mujeres que no cumplan con el llenado completo de los cuestionarios.

3. Técnicas e instrumentos de investigación

Técnica. En relación a la técnica de recolección de datos se empleó la encuesta a través de la cual se obtuvo los datos necesarios para esta investigación.

Instrumento. Se aplicó los siguientes instrumentos:

- **Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual reproductiva.**

Autoras: Mendoza Sandy Nora Karlita, Pérez Ramírez Kate Tiare Nathaly y Yalta Vargas Mariana Alejandra.

Año: 2018

Orientado: Al estudio de factores asociados a comportamientos de sexuales de riesgo para la salud sexual reproductiva.

Estructura: Este instrumento presenta dos partes, la primera en relación a datos generales en donde se consignó el código correspondiente a la encuestada y su edad al momento de la entrevista; la segunda parte, constituido por 6 interrogantes, relacionadas con los factores de riesgo asociados: orientación sexual, grado de instrucción, grado de instrucción del padre/madre (en donde se va a considerar el grado de instrucción mayor, tanto del padre como de la madre), tipo de religión y comunicación sexual.

Validez: Este cuestionario fue sometido por sus autoras a juicio de expertos para su validación, contaron con la colaboración de 10 expertos, dentro de los que se encontraban enfermeras, psicólogos, médicos, y cuyos resultados individuales fueron procesados para determinar la validez de este instrumento, obteniendo un nivel de concordancia del 100% (ANEXO 3)

- **Escala de comportamiento sexual de riesgo para ITS.**

Autora: Mendoza Valqui Analí Marilín.

Año: 2014.

Orientado: A identificar las conductas sexuales de riesgo para infecciones de transmisión sexual.

Estructura: Este instrumento contiene 18 interrogantes, distribuidas en seis (6) dimensiones: Inicio precoz de relaciones coitales, uso de preservativo, más de una pareja sexual (promiscuidad), cambio frecuente de parejas, relaciones fugaces, prácticas de sexo oro-genital y genito-anal sin protección.

Validez: Esta escala fue validada mediante el juicio de expertos, realizado por su autora. Se contó con la colaboración de 05 expertos, obteniendo un valor de 8.88178, superando el valor teórico que llega al 1.64. motivo por el cual se dice que este instrumento es válido (ANEXO N° 6).

Confiabilidad: Para medir la confiabilidad de este cuestionario, la autora aplicó una prueba piloto con la colaboración de 24 mujeres que no formaban parte de su muestra y que fue evaluada mediante el índice de consistencia Alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0.855 indicando que obtuvo una consistencia interna altamente confiable (ANEXO N° 7).

Valores por dimensión (ESTATINO): La calificación fue asignada de la siguiente manera, teniendo en cuenta la Escala de Estaninos obtenidos (ANEXO N° 8):

✓ **Dimensión: inicio precoz de relaciones coitales:**

- Bajo: 2-4 puntos
- Medio: 5-6 puntos
- Alto: 7-8 puntos

✓ **Uso de preservativo:**

- Bajo: 4-8 puntos
- Medio: 9-12 puntos
- Alto: 13-16 puntos

- ✓ **Más de una pareja sexual (promiscuidad):**
 - Bajo: 4-8 puntos
 - Medio: 9-12 puntos
 - Alto: 13-16 puntos
- ✓ **Cambio frecuente de pareja:**
 - Bajo: 2-4 puntos
 - Medio: 5-6 puntos
 - Alto: 7-8 puntos
- ✓ **Relaciones fugaces:**
 - Bajo: 2-4 puntos
 - Medio: 5-6 puntos
 - Alto: 7-8 puntos
- ✓ **Prácticas de sexo oro-genital y genito-oral sin protección:**
 - Bajo: 4-8 puntos
 - Medio: 9-12 puntos
 - Alto: 13-16 puntos

Para la variable de comportamiento sexual de riesgo en general, la calificación estuvo consignada de la siguiente manera:

- ✓ **Comportamiento sexual de alto riesgo:** De 55 a 72 puntos
- ✓ **Comportamiento sexual de mediano riesgo:** De 36 a 54 puntos.
- ✓ **Comportamiento sexual de bajo riesgo:** De 18 a 35 puntos.

4. Procesamiento y análisis de la información

Sobre una única matriz de datos Excel, se consignó los registros tomados del Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva y de la Escala de conductas sexuales de riesgo,

siguiendo el protocolo de registro de datos para garantizar que los resultados sean éticamente fidedignos, en donde las columnas correspondieron a las variables y las filas a las participantes. Posteriormente se realizó la consistencia del ingreso de registro de datos y su posterior migración al procesador estadístico SPSS versión 25 para el correspondiente procesamiento de los datos.

Para el análisis, se hizo un reporte de los resultados a través de tablas estadísticas en donde se trabajó la distribución de frecuencias y cálculos porcentuales, con reportes de tabulación individual y tabulación individual y cruzada utilizando la prueba de independencia de criterio para lograr definir la asociación de las variables de estudio.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, según su orientación sexual. Nuevo Chimbote, diciembre 2019 a febrero 2020.

Orientación Sexual de identificación	Nº	%
Heterosexual	325	99.40
Homosexual	0	0.00
Bisexual	2	0.60
TOTAL	327	100.00

Fuente: Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva.

En la tabla 1 se aprecia que, del total de mujeres en edad fértil entrevistadas, el 99.40% presentan orientación heterosexual.

Tabla 2. Distribución de mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, según su grado de instrucción. Nuevo Chimbote, diciembre 2019 a febrero 2020.

Grado de instrucción de la paciente	N°	%
Ninguno	41	12.50
E.B. Inicial	0	0.00
E.B. Primaria	82	25.10
E.B. Secundaria	167	51.10
E. Superior	37	11.30
TOTAL	327	100.00

Fuente: Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva.

De acuerdo a la tabla 2 el 62.4% de mujeres en edad fértil entrevistadas presentan un grado de instrucción secundaria (51.1%) y superior (11.3%), mientras que el 37.6% indicaron un grado de instrucción primaria (25.1%) o ausente (12.5%).

Tabla 3. Distribución de mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, según grado de instrucción del padre. Nuevo Chimbote, diciembre 2019 a febrero 2020.

Grado de instrucción del padre	N°	%
Ninguno	77	23.50
E.B. Inicial	0	0.00
E.B. Primaria	102	31.20
E.B. Secundaria	124	37.90
E. Superior	24	7.40
TOTAL	327	100.00

Fuente: Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva.

Según la tabla 3 el 45.3% de mujeres en edad fértil entrevistadas indicaron que sus padres presentan un grado de instrucción secundaria (37.9%) y superior (7.4%), mientras que el 54.7% indicaron que sus padres presentan un grado de instrucción primaria (31.2%) o ausente (23.5%).

Tabla 4. Distribución de mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, según grado de instrucción de la madre. Nuevo Chimbote, diciembre 2019 a febrero 2020.

Grado de instrucción de la madre	N°	%
Ninguno	74	22.60
E.B. Inicial	00	0.00
E.B. Primaria	133	40.70
E.B. Secundaria	112	34.30
E. Superior	8	2.40
TOTAL	327	100.00

Fuente: Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva.

Según la tabla 4 el 75% de mujeres en edad fértil entrevistadas indicaron que sus madres presentan un grado de instrucción primaria (40.7%) y secundaria (34.3%), mientras que el 25% indicaron que sus madres presentan un grado de instrucción superior (2.4%) o ausente (22.6%).

Tabla 5. Distribución de mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, según tipo de religión que cree o práctica. Nuevo Chimbote, diciembre 2019 a febrero 2020.

Tipo de religión que cree o practica	Nº	%
Católica	210	64.20
Otro	52	15.90
Ninguno	65	19.90
TOTAL	327	100.00

Fuente: Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva.

De acuerdo a la tabla 5 se evidencia que el 80.1% de las mujeres en edad fértil practican algún tipo de religión, ya sea católica (64.2%) o de otra creencia (15.9%), mientras que el 19.9% no profesa ninguna.

Tabla 6. Distribución de mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, según comunicación sexual. Nuevo Chimbote, diciembre 2019 a febrero 2020.

Comunicación sexual (persona que le habló de temas sexuales)	N	%
Ninguna	235	71.90
Sólo padre o madre	14	4.30
Ambos padres	25	7.60
Otros	53	16.20
TOTAL	327	100.00

Fuente: Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva.

En la tabla 6, se observa que sólo el 28.1% de las mujeres en edad fértil entrevistadas logró recibir una comunicación sexual ya sea de uno de los padres (4.3%), de ambos padres (7.6%) o de alguna otra fuente (16.2%), mientras que más de la mitad de participantes (71.9%) indicaron no haber tenido la oportunidad de tener alguna comunicación sexual.

Tabla 7. Distribución de mujeres en edad fértil según nivel de riesgo general de ITS. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.

Nivel	N°	%
Bajo	42	12.80
Medio	285	87.20
Alto	0	0.00
TOTAL	327	100.00

Fuente: Escala de comportamiento sexual de riesgo

De acuerdo a la tabla 7 se aprecia que la mayoría de las mujeres en edad fértil (87.20%) uno comportamiento sexual de riesgo para ITS, de nivel medio, mientras que en menor cuantía (12.80%) presentó un nivel bajo.

Tabla 8. Dimensiones del comportamiento sexual, según nivel de riesgo para ITS en mujeres de edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.

Dimensiones del comportamiento sexual	Nivel de riesgo para ITS						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Inicio precoz de relaciones sexuales	43	13.10	222	67.90	62	19.00	327	100.00
Uso de preservativos	18	5.50	303	92.70	6	1.80	327	100.00
Más de una pareja sexual (promiscuidad)	74	22.60	237	72.50	16	4.90	327	100.00
Cambio frecuente de pareja	201	61.50	125	38.20	1	0.30	327	100.00
Relaciones fugaces	321	98.20	4	1.20	2	0.60	327	100.00
Prácticas de sexo oro-genital y genito-anal sin protección	62	19.00	262	80.10	3	0.90	327	100.00

Fuente: Escala de comportamiento sexual de riesgo.

En la tabla 8 se puede apreciar que el inicio precoz de relaciones sexuales al igual que el uso de preservativos, la promiscuidad y las prácticas de sexo oro-genital y genito-anal sin protección, presentan un riesgo para ITS de nivel medio en 67.9%, 92.7%, 72.5% y 80.1% respectivamente. Mientras que el cambio frecuente de pareja y las relaciones fugaces presentan un riesgo para ITS de nivel bajo en 61.5% y 98.2% respectivamente.

Tabla 9. Mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, por comportamiento sexual de riesgo para ITS, según factor orientación sexual de identificación. Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.

Orientación sexual de identificación	Comportamiento sexual de riesgo para ITS				TOTAL	
	Bajo		Medio		N°	%
	N°	%	N°	%		
Heterosexual	42	100.00	283	99.30	325	99.40
Bisexual	0	0.00	2	0.70	2	0.60
TOTAL	42	100.00	285	100.00	327	100.00

Fuente: Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva y Escala de comportamiento sexual de riesgo para ITS

$$X^2 = 0.000 \quad p=1.000 \quad p>0.05$$

En la tabla 9 se aprecia luego de la aplicación de la prueba Chi-cuadrado, que el Factor Orientación sexual de identificación de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote durante el periodo diciembre 2019 a febrero 2020, no está asociado significativamente ($p=1.000$ y $p>0.05$) con su comportamiento sexual de riesgo para ITS.

Tabla 10. Mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia por comportamiento sexual de riesgo para ITS, según Factor grado de instrucción de la paciente. Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.

Grado de instrucción de la paciente	Comportamiento sexual de riesgo para ITS				TOTAL	
	Bajo		Medio		N°	%
	N°	%	N°	%		
Ninguno	0	0.00	41	14.40	41	12.50
E.B. Inicial	0	0.00	00	0.00	00	0.00
E.B. Primaria	9	21.40	73	25.60	82	25.10
E.B. Secundaria	24	57.10	143	50.20	167	51.10
E. Superior	9	21.40	28	9.80	37	11.30
TOTAL	42	100.00	285	100.00	327	100.00

Fuente: Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva y Escala de comportamiento sexual de riesgo para ITS

$$X^2 = 11.002 \quad p=0.012 \quad p<0.05$$

De la tabla 10 y después de aplicar la prueba Chi-cuadrado podemos decir que el grado de estudios de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, está asociado significativamente ($p=0.012$ y $p<0.05$) a su comportamiento sexual de riesgo para ITS.

Tabla 11. Mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia por comportamiento sexual de riesgo para ITS, según Factor grado de instrucción del padre. Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.

Grado de instrucción del padre	Comportamiento sexual de riesgo para ITS				TOTAL	
	Bajo		Medio		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguno	1	2.40	76	26.70	77	23.50
E.B. Inicial	0	0.00	0	0.00	0	0.00
E.B. Primaria	10	23.80	92	32.30	102	31.20
E.B. Secundaria	24	57.10	100	35.10	124	37.90
E. Superior	7	16.70	17	6.00	24	7.30
TOTAL	42	100.00	285	100.00	327	100.00

Fuente: Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva y Escala de comportamiento sexual de riesgo para ITS

$$X^2 = 20.418 \quad p=0.000 \quad p<0.01$$

De la tabla 11 y después de aplicar la prueba Chi-cuadrado podemos decir que el grado de estudios del padre de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, tiene una relación altamente significativa ($p=20.418$ y $p<0.01$) con su comportamiento sexual de riesgo para ITS.

Tabla 12. Mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia por comportamiento sexual de riesgo para ITS, según Factor grado de instrucción de la madre. Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.

Grado de instrucción de la madre	Comportamiento sexual de riesgo para ITS				TOTAL	
	Bajo		Medio		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguno	3	7.10	71	24.90	74	22.60
E.B. Inicial	0	0.00	0	0.00	0	0.00
E.B. Primaria	19	45.20	114	40.00	133	40.70
E.B. Secundaria	17	40.50	95	33.30	112	34.30
E. Superior	3	7.10	5	1.80	8	2.40
TOTAL	42	100.00	285	100.00	327	100.00

Fuente: Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva y Escala de comportamiento sexual de riesgo para ITS

$$X^2 = 10.244 \quad p=0.017 \quad p<0.05$$

De la tabla 12 y después de aplicar la prueba Chi-cuadrado podemos decir que el grado de estudios de las madres de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, está asociado significativamente ($p=10.244$ y $p<0.05$) a su comportamiento sexual de riesgo para ITS.

Tabla 13. Mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia por comportamiento sexual de riesgo para ITS, según Factor tipo de religión que cree o practican. Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.

Tipo de religión que cree o practica	Comportamiento sexual de riesgo para ITS				TOTAL	
	Bajo		Medio		N°	%
	N°	%	N°	%		
Católico	19	45.20	191	67.00	210	64.20
Otro	9	21.50	43	15.10	52	15.90
Ninguna	14	33.30	51	17.90	65	19.90
TOTAL	42	100.00	285	100.00	327	100.00

Fuente: Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva y Escala de comportamiento sexual de riesgo para ITS

$$X^2 = 8.019 \quad p=0.018 \quad p<0.05$$

De la tabla 13 y después de aplicar la prueba Chi- cuadrado, podemos decir que el Factor Religión que cree o practica las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, se encuentra asociado significativamente ($p=0.018$ y $p<0.05$) a su comportamiento sexual de riesgo para ITS.

Tabla 14. Mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia por comportamiento sexual de riesgo para ITS, según Factor comunicación sexual. Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.

Comunicación sexual (persona que le habló de temas sexuales)	Comportamiento sexual de riesgo para ITS				TOTAL	
	Bajo		Medio		N°	%
	N°	%	N°	%		
Ninguna	24	57.10	211	74.00	235	71.90
Sólo padre o madre	6	14.30	8	2.80	14	4.30
Ambos padres	6	14.30	19	6.70	25	7.60
Otros	6	14.30	47	16.50	53	16.20
TOTAL	42	100.00	285	100.00	327	100.00

Fuente: Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva y Escala de comportamiento sexual de riesgo para ITS

$$X^2 = 15.608 \quad p=0.001 \quad p<0.01$$

De la tabla 14 y después de aplicar la prueba Chi- cuadrado, podemos decir que el Factor Comunicación sexual (persona que le habló de temas sexuales) de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, tiene una relación altamente significativa ($p=15.608$ y $p<0.01$) a su comportamiento sexual de riesgo para ITS.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En relación a la orientación sexual de las participantes de este estudio, se encontró que el 99% de ellas manifestó ser heterosexual, mientras que cerca del 1% indicó una orientación bisexual; estos resultados se asemejan a los encontrados por Gonzáles, Molina y San Martín, quienes encontraron en su población de estudio que el 97% indicó presentar orientación heterosexual, mientras que el 3% se declararon con una orientación homosexual y bisexual (2016).

El grado de instrucción de la paciente atendida, en su gran mayoría (51%) correspondió a educación secundaria, mientras que sólo el 11% de las participantes de este estudio indicó tener estudio superior, además de ello se encontró que el 12% de la muestra no presentaba ningún tipo de estudio; estos resultados se contraponen a los encontrados en la investigación realizada en Lima por Aguilar (2018), quien señaló que la mayoría de sus participantes 69% tenía un grado de instrucción superior, técnico o universitario; resultados que se encuentran más cercanos a los encontrados por Argüelles (2016) quien luego de realizar su investigación en Baja California indicó que el 34% de sus participantes, tuvo una instrucción de preparatoria incompleta hasta preparatoria completa y un 18% de profesional incompleto hasta posgrado, en ese sentido, en ambos casos se observa un grado de instrucción mayor a la encontrada en la nuestra y de alguna manera puede servir de base para futuras investigaciones con índoles relacionadas a la promoción del mejoramiento educativo en la zona. Lo cierto es que de acuerdo a los datos manejados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el promedio de años de estudio del departamento de Ancash (independientemente de la zona rural o urbana), es de 9.3 años, encontrándose por debajo del promedio nacional (10.0 años), mientras que el departamento de Lima alcanza el promedio máximo peruano, con 11.4 años (2019).

En lo que respecta el grado de instrucción de los progenitores de las participantes, encontramos que, en cuanto al padre casi un 38% de ellos llegaron a tener educación secundaria, sin embargo, el 23% no contaba con ningún tipo de estudios y; con referencia a la madre, los datos encontrados indicaron que la mayor

parte de ellas (41%) alcanzaron un grado de instrucción primaria y cerca del 23% no presentaba ningún tipo de estudios. Estos resultados, se asemejan a los hallados en Andalucía en donde se encontró que el 17% de progenitores de los estudiantes de la comunidad Autónoma Andaluza no contaba con ningún tipo de estudios, mientras que la mayoría (67%) contaba con educación secundaria y sólo un 16% alcanzó estudios superiores (Cruces, Guil, Sánchez y Zayas, 2017). En relación a la temática de nuestra investigación, se encontró que los padres de familia, maestros y fuentes religiosas, han visto infructuosas sus acciones en su intención de proveer información sexual necesaria que le proporcione al individuo las herramientas necesarias que le permita tener un comportamiento sexual protector para infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados; siendo la familia la llamada a proveer una educación sexual sana, los progenitores se ven limitados al carecer de habilidades comunicacionales que les permita tener una comunicación fluida con sus hijos, encontrándose que esta limitación, frecuentemente es inversamente proporcional al grado de estudios alcanzados; dicho en otras palabras, la limitación paterna será mayor en los casos en que el grado de estudios alcanzado por los progenitores sea menor, lo que por lo general obliga al niño o adolescente a buscar información sexual de fuentes inadecuadas, incorrectas o en su defecto que la información correcta se encuentre en un momento incorrecto en el que ya no le va a ser de utilidad (Salgado, Lihua y Vilca, 2015).

Un aspecto interesante que arrojó nuestros resultados se encuentra en relación al grado de instrucción obtenido por ambos progenitores, encontrándose que el varón alcanza un mayor grado de instrucción; al respecto se consultó las cifras arrojadas por el INEI y se detectó una mayor proporción de hombres que logran un mejor grado de instrucción, principalmente en educación secundaria y superior universitaria, mientras que las mujeres muestran una mayor proporción en los grados de instrucción más bajos de la educación, así tenemos por ejemplo que en el Perú, en el año 2018, el 1.9% de varones, no contaba con educación, mientras que en el caso de la población femenina, este porcentaje aumentó hasta alcanzar el 7.8%; otro dato importante, lo encontramos en el grado de instrucción superior en donde el 15.1%

corresponde a las mujeres, mientras que en el caso de los varones, este porcentaje alcanza el 18.2% (2019).

En cuanto al tipo de religión en la que creen o que practican las participantes de nuestro estudio, se encontró que el 64.2% profesan la religión católica, el 15.9% otra religión y el 19.9% indicaron no pertenecer a ningún tipo de religión. Con referencia a estos datos, el predominio del catolicismo es semejante a los encontrados en otros estudios, como los publicados por Argüelles (2016) y Gonzales, Molina y San Martín (2016) cuyas cifras indicaron un 82.4% y 60.43% de predilección católica, encontrándose además que el 7.1% y el 18.5% respectivamente, no profesan ningún tipo de religión. Otros estudios arrojaron semejanzas en la preponderancia católica: 78.4%, 80.62% y no pertenencia a ningún tipo de religión en un 10.4% y 7.78% (Aguilar, 2018; Da Silva, Spindola, Araujo, De Almeida, Santos y Sampaio, 2018)

En relación a la comunicación sexual o persona que le habló de temas sexuales, se registró que la mayor parte de encuestadas (71.9%) manifestaron no haber recibido información de nadie y sólo el 16.2% la recibieron de personas distintas a sus progenitores, estos resultaron presentan semejanzas con los encontrados en Ecuador por Melo (2018) en donde se determinó que el 57.1% de participantes afirmaron haber recibido información en temas sexuales de manera indirecta, es decir a través de medios de comunicación, radios, internet, entre otros, excepto de fuentes familiares. En este sentido, la familia en lugar de constituirse como un factor protector, se convierte en un factor de riesgo pues la comunicación acerca de temas sexuales es pobre o nula, la misma que frecuentemente es producto de la no escolaridad de los progenitores o de sólo haber alcanzado los grados de instrucción iniciales de nuestro sistema educativo, pues la falta de habilidades para comunicarse se torna en una barrera invisible que limita la comunicación entre padres e hijos (Yalán, 2016).

Sin embargo, López (2016) en su estudio en España, en relación a la comunicación sexual, demostró que el 84% de progenitores, indicó que uno de los motivos por los cuales obviaron temas sobre sexualidad con sus hijos o hijas

adolescentes, era porque consideraron que sus hijos tenían una edad inapropiada para hablar sobre esos temas y en un 16.7% manifestaron que sus hijos habían tratado de evitar esta conversación y que el grado de instrucción de los padres, carecía de significancia estadística al momento de estudiar la comunicación sexual de padres a hijos.

Ahora bien, existen otras investigaciones en donde los resultados obtenidos sobre la comunicación sexual, no guarda semejanza con nuestros hallazgos; así tenemos a González, Molina y San Martín (2016) quienes encontraron que un número importante de participantes (49.21%) recibió información sobre temas sexuales en el seno familiar por parte de sus progenitores u otros familiares, el 40.63% de su pareja sentimental o amigos y sólo el 7.69% de nadie o de personas o medios ajenos a su entorno; en este mismo sentido también encontramos la investigación de Orcasita, Uribe, Castellanos y Gutiérrez (2017) en donde se determinó que los participantes de este estudio indicaron en un 40.95% recibieron información sobre temas sexuales a través del colegio en un 40.95% seguida de un 36.21% que recibió esta información de sus padres y familiares; evidenciándose en ambos casos, una presencia importante de los progenitores en la comunicación sexual recibida por sus hijos.

El comportamiento sexual de riesgo general para infecciones de transmisión sexual que predomina en esta investigación, alcanza el 87.2% en el nivel medio y sólo 12.8% en el nivel bajo. Estos resultados guardan cierta similitud con el estudio de Rojas (2017) en Lima, quien encontró que el comportamiento sexual de riesgo predominante de su población de estudio, fue el nivel medio con un 46.85%, seguida del nivel bajo con 29.73% y un 23.42% perteneciente al nivel alto. Así también tenemos el caso de Abarca (2019), en su investigación en Lima, en donde se halló que el comportamiento sexual de riesgo predominante fue el de nivel medio (44.9%), seguida del nivel bajo (34.3%) y un nivel alto que alcanzó el 20.8%. Sin embargo, también se encontró el estudio de Clemente (2019) quien, en su estudio realizado en Huancavelica, indicó que su población de estudio, presentó un comportamiento

sexual de riesgo predominantemente bajo (95%) y sólo un 5% demostraron un nivel de riesgo alto.

El nivel de comportamiento sexual de riesgo para ITS, en su dimensión inicio precoz de relaciones coitales, predominante fue el correspondiente al nivel de mediano riesgo (67.9%) hallazgos semejantes fueron encontrados por González, Molina y San Martín (2016) quienes concluyeron que efectivamente en su investigación, la edad de inicio de la actividad sexual precoz (antes de los 16 años) presentó a predominio, el nivel de mediano riesgo (69.5%) entendiendo los autores, la necesidad de trabajar en promover el retraso en la iniciación sexual de los adolescentes. En cuanto a la dimensión uso de preservativos en esta investigación se encontró que el nivel de comportamiento sexual de riesgo a predominio, corresponde al nivel medio (92.7%), este resultado presenta semejanzas con la investigación realizada por Cuenca y López (2019) en Lima, en donde se encontró que predominantemente se encontraba el nivel medio (77.1%), concluyendo además que existe la necesidad de mejorar los hábitos del uso correcto del preservativo. Al respecto de la dimensión más de una pareja sexual (promiscuidad), presentó un nivel de comportamiento sexual de riesgo para ITS predominantemente medio (72.5%), resultados que se asemejan a los establecidos por González, Molina y San Martín (2016) quienes encontraron que la promiscuidad logró un nivel predominantemente medio (58%). Ahora bien, el nivel de comportamiento sexual de riesgo para ITS correspondiente a las dimensiones, cambio frecuente de pareja y relaciones fugaces, a predominio corresponden al nivel bajo, con 61.5% y 98.2% respectivamente y en lo que respecta a la dimensión prácticas de sexo oro-genital y genito-anal sin protección, alcanza un nivel medio (80.1%). Estos hallazgos, resultan semejantes a los encontrados por Sandoval y Valladares (2018) quienes, en su investigación realizada en San Salvador, encontraron que las dimensiones, cambio frecuente de pareja, relaciones fugaces y prácticas de sexo oro-genital y genito-anal sin protección, presentan a predominio un nivel medio alcanzando un 58%, 74% y 69%, respectivamente.

En la asociación del factor orientación sexual de identificación con el comportamiento sexual de riesgo para ITS, esta investigación encontró que no existe asociación significativa ($X^2=0.000$, $p=1.000$, $p>0.05$) de igual forma Mendoza, Pérez y Yalta (2018) llegan a este mismo resultado pues el incremento o la disminución del riesgo en el comportamiento sexual de los individuos estudiados se asociaban a factores de otra índole; no obstante, en el estudio de González, Molina y San Martín (2016) se pudo determinar que la orientación sexual homosexual o bisexual, incrementaba el comportamiento sexual de riesgo en 4,22 veces en relación con los participantes que manifestaron tener una orientación sexual heterosexual.

Con respecto a los factores: grado de instrucción de la paciente ($X^2=11.002$, $p=0.012$, $p<0.05$), grado de instrucción de la madre ($X^2=10.244$, $p=0.017$, $p<0.05$) y el tipo de religión que cree o practica, ($X^2=8.019$, $p=0.018$, $p<0.05$) en el presente estudio se determinó una asociación estadística significativa con el comportamiento sexual de riesgo para ITS; sin embargo, la investigación de Chávez (2019) en Cajamarca negó la asociación del grado de instrucción de la madre ($X^2=1.306$, $p=0.728$, $p<0.05$) y el tipo de religión que cree o practica ($X^2=1.427$, $p=0.232$, $p<0.05$) con el comportamiento sexual de riesgo para ITS.

Al respecto del grado de instrucción de la paciente, Port (2018), logró determinar su asociación significativa con el comportamiento sexual, pues los datos estadísticos encontrados, indicaban que cuanto mayor educación tenga la paciente, la posibilidad de tener un comportamiento sexual de riesgo de 4.5 veces menor, en comparación con una paciente con menos escolaridad. De igual forma, este investigador menciona la asociación encontrada entre la religión y el comportamiento sexual, en donde tanto los que profesan la religión protestante como la católica, tienen 1.7 y 1.4 veces, menos posibilidades de tener algún comportamiento sexual de riesgo en comparación con aquellas personas que indicaron que no profesaban ninguna religión. En este sentido Argüelles (2016) llega a la conclusión que aquellos participantes que aceptaron practicar algún tipo de religión, presentaron una menor probabilidad de presentar una conducta sexual de riesgo en comparación con los que indicaron no profesar ninguna religión.

Por otro lado, de acuerdo a lo establecido por Mendoza, Pérez y Yalta (2018), el grado de instrucción de la madre, con respecto al comportamiento de alto riesgo sexual se encuentran asociados, pues de acuerdo a sus resultados, este comportamiento sexual era de mayor riesgo en aquellas participantes, cuyas madres presentaban una menor escolaridad ($p=0.115, p>0.05$).

En cuanto a los factores: grado de instrucción del padre ($X^2=20.418, p=0.000, p<0.01$) y comunicación sexual (persona que le habló de temas sexuales) ($X^2=15.608, p=0.001, p<0.01$) los datos de nuestra investigación demuestran una relación altamente significativa con el comportamiento sexual de riesgo para ITS, resultados semejantes a los encontrados por Mendoza, Pérez y Yalta (2018) en donde se encontró evidencia estadísticamente significativa entre el grado de instrucción del padre con el comportamiento de alto riesgo sexual ($p=0.018, p<0.05$), en donde las participantes cuyos padres presentaban mayores años de escolaridad, indicaban un comportamiento sexual de menor riesgo para ITS, en comparación con las participantes que indicaron que sus padres no tenían escolaridad o era menor. Asimismo también tenemos a Llaza y Ocoruro (2018) en su estudio realizado en Arequipa, en donde evidenciaron la asociación entre la comunicación sexual y el comportamiento de alto riesgo sexual, debido a que los participantes que indicaron una comunicación sexual inadecuada o deficiente presentaron un comportamiento sexual de mayor riesgo frente a los que indicaron haber tenido una comunicación sexual adecuada ya sea en el seno de la familia o en la institución educativa, motivo por el cual estos investigadores insisten en la necesidad de reforzar la comunicación en el entorno familiar con referencia a la sexualidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.

- Las mujeres en edad fértil evaluadas en el Centro de Salud Yugoslavia, presentan en su mayoría las siguientes características en relación a los factores de riesgo para ITS: orientación sexual predominantemente heterosexual (99%), paciente y padre de paciente con grado de instrucción secundaria 51% y 38% respectivamente, madre de paciente con grado de instrucción mayoritariamente primaria (41%), practicante de la fe católica (64%) y con ninguna comunicación sexual (72%).
- El nivel de riesgo general de ITS del comportamiento sexual de las mujeres en edad fértil participantes corresponde predominantemente al nivel medio (87%).
- Se determinó que el nivel de riesgo para ITS del comportamiento sexual en su dimensión inicio precoz de relaciones sexuales y uso de preservativos, son mayoritariamente de nivel medio con 68% y 93% respectivamente al igual que en las dimensiones promiscuidad y prácticas de sexo oro-genital y genito-anal sin protección que predominantemente presentaron un nivel medio con 72% y 80% respectivamente. En lo que respecta a la dimensión cambio frecuente de pareja y relaciones fugaces alcanzaron un nivel bajo con 61% y 98% respectivamente.
- El factor orientación sexual de identificación de las mujeres en edad fértil no se encuentra asociado al comportamiento sexual de riesgo para ITS ($p=1.000$ y $p>0.05$).
- El factor grado de instrucción de las mujeres en edad fértil se encuentra asociado significativamente al comportamiento sexual de riesgo para ITS ($p=0.012$ y $p<0.05$).
- El factor grado de instrucción del padre presenta una relación altamente significativa con el comportamiento sexual de riesgo para ITS ($p=20.418$ y $p<0.01$).

- El factor grado de instrucción de la madre se encuentra asociado significativamente con el comportamiento sexual de riesgo para ITS ($p=10.244$ y $p<0.05$).
- El factor tipo de religión que cree o practica se encuentra asociado significativamente al comportamiento sexual de riesgo para ITS ($p=0.018$ y $p<0.05$).
- El factor comunicación sexual de las mujeres en edad fértil presenta una asociación altamente significativa con el comportamiento sexual de riesgo para ITS ($p=15.608$ y $p<0.01$).

Recomendaciones.

- Presentar los resultados obtenidos en esta investigación a la Dirección del Centro de Salud Yugoslavia y a la Jefatura del Servicio de Obstetricia, con la finalidad de ser utilizada como una herramienta que brinde una información básica en relación a esta problemática.
- Se recomienda la planificación, coordinación, organización, implementación, ejecución y evaluación de programas educativos multidisciplinarios en torno a comportamiento sexual de riesgo de ITS con la finalidad de mejorar el conocimiento y permitir las prácticas de comportamientos sexuales sin riesgo.
- Fomentar el trabajo con la población adolescente a través de las Instituciones educativas y otros grupos de interés (danza, música, deporte, etc.) en temas relacionados preferentemente con el retraso en la iniciación sexual, importancia de los preservativos y su uso correcto, promiscuidad y prácticas sexuales oro-genitales y genito-anales sin protección.
- Sensibilizar a las autoridades locales y educativas sobre el papel que desempeña la instrucción con el riesgo de adquirir una ITS, con la finalidad de promover en la población el hábito de mejorar la escolaridad de sus generaciones más jóvenes.
- Promover el mejoramiento de habilidades comunicativas entre padres e hijos en un entorno familiar amigable, durante la aplicación de fichas familiares a cargo de un equipo de salud multidisciplinario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, R. y Bustamante, J. (2018). *Efectividad del programa educativo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes, Institución Educativa Simón Antonio Bolívar Palacios, Huaraz, 2018*. (Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería). Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Huaraz, Perú.
- Abarca, M. (2019). *Prevalencia de conductas sexuales de riesgo en estudiantes de Enfermería Técnica del Instituto Superior Daniel Alcides Carrión, abril 2019*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Norbert Wiener. Lima, Perú.
- Aguilar, V. (2018). *Relación entre actitudes y conocimientos sobre sexualidad en madres de familia de colegios parroquiales de Manchay*. (Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Aiquipa, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33(2), 412-437. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a07v33n2.pdf>
- Alfonso, L. y Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 193-301. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n2/rpr20217.pdf>
- Almeida, P. (2012). Mercado Social y programas de VIH/SIDA en Ghana. *Mercadotecnica en Salud*, 11(2), 6-16. Recuperado de file:///C:/Users/USER/Downloads/Mercado_Social_y_programas_de_VIH_SIDA_e.pdf
- Andrade, Z. (2017). *Conocimientos y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes del CLAS "Laura Caller" de Los Olivos, 2016*. (Tesis para optar el grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud). Universidad César Vallejo. Lima, Perú.

- Apupalo, M. (2016). *Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016*. (Tesis para optar el grado académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria). Universidad Técnica de Ambato. Ambato, Ecuador.
- Argüelles, E. (2016). *Factores vinculados con la edad de inicio sexual de los varones adolescentes en Baja California, 2006*. (Tesis para optar el grado académico de Maestra en Estudios de la Población). El Colegio de la Frontera Norte. Tijuana, B.C., México.
- Asencio, C. (2016). *Percepciones sobre la diversidad sexual que tienen estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura durante su formación profesional en la Universidad Austral de Chile*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia y Puericultura). Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.
- Badillo, M., Mendoza, X., Barreto, M. y Díaz, A. (2020). Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enfermería Global*, 19(59), 422-435. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412161>
- Bahamón, M., Vianchá, M. y Tobos, A. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Revista de Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 31(2), 327-353. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v31n2/v31n2a08.pdf>
- Barreto, J. y Coico, G. (2017). *Satisfacción sexual y apego adulto en mujeres estudiantes de una universidad privada, Chiclayo*. (Tesis para optar el título profesional de licenciada en Psicología). Universidad Señor de Sipán. Pimentel, Perú.
- British Broadcasting Corporation. (14 de julio, 2018). The making of modern medicine. *News Mundo*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-44826996>

- Cabrera, G., Tascón, J. y Lucumí, D. (2017). Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 90-101. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/120/12019107.pdf>
- Cano, E. (2018). *Sexualidad, religión y estado*. 1ra edición. Lima, Perú: Editorial Línea Andina.
- Cárdenas, K. (2020). *Conductas sexuales de riesgo y su relación con el síndrome de flujo vaginal en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Huáscar Santa Anita 2020*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia). Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú-
- Carmona, G., Beltrán, J., Calderón, M., Piazza, M. y Chávez, S. (2017). Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(4), 601-610. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.2971>
- Carrillo, M. (2018). *Prevalencia de infecciones de transmisión sexual de acuerdo al agente etiológico en jóvenes atendidos en el Hospital Departamental de Huancavelica en los años 2014-2016*. (Tesis para optar el grado académico de Maestro en Ciencias de la Salud con Mención en Salud Pública). Universidad Nacional de Huancavelica. Huancavelica, Perú.
- Chávez, K. (2019). *Factores socio-culturales y familiares asociados al inicio de relaciones coitales en adolescentes de quinto año de secundaria de la Institución Educativa Juan XXIII. Cajamarca, 2019*. (Tesis para optar el título profesional de Obstetra). Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca, Perú.
- Clemente, L. (2019). *Conductas social, sexual y reproductiva de adolescentes del Centro Poblado de Socllabamba, 2019*. (Tesis para optar el título de Especialista en Salud Familiar y Comunitaria). Universidad Nacional de Huancavelica. Huancavelica, Perú.

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2019). *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe*. 1ra edición. Columbia, United States: ONU.
- Cruces, S., Guil, R., Sánchez, S. y Zayas, A. (2017). Contexto comunicativo, familiar y escolar del adolescente y conducta sexual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 31-46. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853220004.pdf>
- Chávez, R. y Ellisca, L. (2015). *Prácticas de riesgo de la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria turno tarde. Institución Educativa Mariscal Cáceres Ayacucho. Abril – octubre 2014*. (Tesis para optar el título profesional de Obstetra). Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho, Perú.
- Da Silva, B., Spindola, T., Araujo, M., De Almeida, R., Santos, R. y Sampaio, R. (2018). El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. *Enfermería Global*, 17(49), 237, 247. Recuperado de <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.261411>
- Daros, W. (2016). La mujer posmoderna y el machismo. *Franciscanum*, 162(56), 107-129. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/frcn/v56n162/v56n162a05.pdf>
- De La Cruz, E., Feu, S. y Vizquete, M. (2017). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas Psychologica*, 12(1), 31-39. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a04.pdf>
- De La Hermosa, M. y Polo, C. (2018). Sexualidad, violencia sexual y salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 349-356. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200001>
- De La Rosa, D., Nakandakari, M. y Bryson, W. (2014). Mortalidad fetal por sífilis congénita: Un problema de salud pública olvidado. *Revista del Cuerpo Médico del hospital Nacional Almanzor Aguinaga*, 7(3), 10-15. Recuperado de

http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052071/rcm-v7-n3-2014_pag10-12.pdf

Durkheim, E. (1895). *Las reglas del método sociológico*. 1ra edición. México, México: CFE.

El Nuevo Mundo. (15 de julio, 2018). La primera gran epidemia de una enfermedad de transmisión sexual. *El Nuevo Mundo*. Recuperado de <https://www.periodicoelnuevomundo.com/2018/07/en-1509-el-joven-soldado-aleman-ulrich.html>

Ferrer, G. (2018). *Factores de riesgo asociados a las infecciones de transmisión sexual en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Apoyo Rezola – Cañete 2017*. (Tesis para optar el título profesional de Obstetra). Universidad Privada Sergio Bernales. Lima, Perú.

Flores, L. (2020). *Aspectos asociados al no uso de condón en adolescentes de un colegio nacional y privado de Piura, 2018*. (Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano). Universidad Privado Antenor Orrego. Piura, Perú.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2019). *Las adolescentes peruanas en matrimonio o unión: Tradiciones, desafíos y recomendaciones*. 1ra edición. Lima, Perú: UNFPA Perú.

Funsalud. (18 de julio, 2018). La primera gran epidemia de una enfermedad de transmisión sexual (y por qué culparon a América). *Salud en la prensa digital*. Recuperado de <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2018/07/Salud-en-la-Prensa-Digital-del-18-de-julio-de-2018.pdf>

Garcés, J., Rubiano, L., Orobio, Y., Castaño, M. y Benavides, E. (2017). Educar al personal de salud es clave para eliminar la sífilis congénita en Colombia. *Biomédica*, 37(3), 17-47. Recuperado de file:///C:/Users/USER/Downloads/Educar_al_personal_de_salud_es_clave_par.pdf

- García, E., Menéndez, E., García, P. y Rico, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema*, 22(4), 606-612. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/71863978.pdf>
- García, M. (2014). Las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes españoles. *Revista SEAPA Rqr Enfermería Comunitaria*, 2(2), 38-61. Recuperado de https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera%202014/RqR_Primavera2014_ConductasSexuales.pdf
- García, P. (2019). *Disfunciones sexuales y cardiopatía*. 1ra edición. España, España: Editorial Ushuaia.
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 105-122. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/802/80212387006.pdf>
- González, E., Molina, T. y San Martín, J. (2016). Comportamientos sexuales y características personales según orientación sexual en adolescentes chilenos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(3), 202-210. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n3/art06.pdf>
- González, J. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Revista de salud pública*, 11(1), 14-26. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v11n1/v11n1a03.pdf
- Guéter, P. (2018). *Factores asociados a comportamientos sexuales de riesgo de VIH en Haití*. (Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Población y Desarrollo). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México, México.
- Hernández, A. y González, J. (2016). Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación

- desde la Teoría Fundamentada. *Ciencia Ergo-sum*, 23(2), 17-25. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/104/10446094003/html/index.html>
- Hernández, C., Cruz, A., Juárez, L. y Hernández, M. (2018). Prevalencia y factores de riesgo asociados a sífilis en mujeres. *Revista de Salud Pública*, 32(6), 579-586. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1998.v32n6/579-586/es>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta edición. México, México: Editorial: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.
- Herrera, A., Uribe, F., Olamendi, L., García, S., Conde, C. y Sánchez, M. (2015). Análisis de la tendencia de sífilis adquirida en México durante el periodo 2003 – 2013. *Salud pública de México*, 57(4), 335-342. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v57n4/v57n4a12.pdf
- Huapaya, G. y Richard, D. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en jóvenes estudiantes de una institución universitaria, Lima, Perú. *Revista Muro de la Investigación*, 1(1), 97-110. Recuperado de <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r-Muro-investigaion/article/download/780/751>
- Hume, D. (1846). *A treatise of human nature*. 1ra edición. Londres, Inglaterra: White-Hart.
- Idárraga, I. y Caicedo, S. (2011). *Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del vih y la sífilis congénita*. Colombia. Recuperado de [file:///C:/Users/USER/Downloads/PLAN_ESTRATEGICO_ELIMINACION_TRANSMISION%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/PLAN_ESTRATEGICO_ELIMINACION_TRANSMISION%20(2).pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Resultados de la Encuesta Nacional a Instituciones Educativas de Nivel Inicial, Primaria y Secundaria, 2014*. Lima, Perú. Recuperado de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1257/cap04.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019). *Indicadores de Educación por Departamento 2008-2018*. Lima, Perú. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1680/libro.pdf

Krolow, B. (2016). *La participación familiar en la institución educativa y su relación con el rendimiento escolar de los alumnos*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Educación). Universidad Empresarial Siglo Veintiuno. Córdoba, Argentina.

Leal, C. y Soto, A. (2018). Prevalencia de antecedentes sexuales de riesgo en mujeres privadas de libertad. Análisis exploratorio de factores asociados a compartimiento de alto riesgo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69(1), 42-52. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1952/195257437005/195257437005.pdf>

Leiva, L. (11 de noviembre, 2015). Breve historia y descripción de las ETS. Transmisión de generación en generación. *Unidiversidad*. Recuperado de <http://www.unidiversidad.com.ar/breve-historia-y-descripcion-de-las-enfermedades-de-transmision-sexual>

López, L. (2015). *Empoderamiento y satisfacción laboral*. (Tesis para optar el título de Psicóloga Industrial). Universidad Rafael Landívar. Guatemala, Guatemala.

López, V. (2015). *Repercusión de la intervención socioeducativa en mujeres con situación de prostitución en Sevilla*. (Tesis para optar el grado académico de Doctor en Sociología). Universidad Pablo Olavide. Sevilla, España.

López, M. (2016). *Actitudes y creencias de padres y madres hacia la educación sexual*. (Tesis para optar el grado académico de Máster en Psicología General Sanitaria). Universidad Jaume I. Castelló, España.

- Llaza, R. y Ocoruro, F. (2018). *Funcionamiento familiar y conductas de riesgo en adolescentes*. (Tesis para optar el título de Psicólogo). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Arequipa, Perú.
- Martín, M., Martínez, J. y Rojas, D. (2017). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(6), 433-443. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9497/09.pdf?sequence=1&isAlloved=y>
- Mateo, J. (2017). *Involucramiento de los padres de familia en el proceso de aprendizaje de los niños y niñas de primer grado de primaria en escuelas bilingües de Chichicastenango, Quiché*. (Tesis para optar el grado académico de Licenciada en Educación Bilingüe Intercultural). Universidad Rafael Landívar. Santa Cruz del Quiché, Guatemala.
- Melo, M. (2018). *Responsabilidad sexual en estudiantes de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato*. (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería). Universidad Técnica de Ambato. Ambato, Ecuador.
- Mendoza, A. (2014). *Relación entre funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas – 2013*. (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional “Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas”. Amazonas, Perú.
- Mendoza, N., Pérez, K. y Yalta, M. (2018). *Factores asociados a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos, Perú.
- Ministerio de Salud de Chile. (2008). *Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud*.

- Chile. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>
- Mora, A. y Hernández, H. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(2), 76-82. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2015.05.004>
- Moral, J. (2010). Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad: un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 45-49. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/9746/36671>
- Moreno, E. y Gil, J. (2017). El Modelo de Creencias de Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 99-109. Recuperado de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9599/El_modelo_de_creencias.pdf?sequence=2
- Orcasita, L., Uribe, A., Castellanos, L. y Gutiérrez, M. (2017). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología*, 30(2), 371-406. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3378/337829522006.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016 – 2021. Hacia el final de las ITS*. Suiza. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescente pobres y en situación de vulnerabilidad*. Suiza. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-sexual-reproductiva-2443&alias=25322-salud-sexual-reproductiva-al-alcance-adolescentes-pobres-situaciones-vulnerabilidad-2013-322&Itemid=270&lang=es

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Suiza. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Mundial de la Salud. (2019a). *Infecciones de transmisión sexual*. Suiza. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud. (2019b). *Factores de riesgo*. Suiza. Recuperado de https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Scientific Electronic Library Online*, 29(1), 85-95. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>
- Paredes, N. y Chávez, L. (2015). *Conocimiento Sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes del Asentimiento poblacional Micaela Bastidas, Iquitos-2015*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos, Perú.
- Pérez, C., Apupalo, M. y Creagh, I. (2018). Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 789-799. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n5/1729-519X-rhcm-17-05-789.pdf>
- Port, G. (2018). *Factores asociados a comportamientos sexuales de riesgo de VIH en Haití*. (Tesis para optar el grado académico de Maestro en Población y Desarrollo). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México, México.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2019). *Violencias contra las mujeres. La necesidad de un doble plural*. 1ra edición. Lima, Perú: PNUD.
- Rabusic, L. y Kepáková, K. (2003). The sexual behaviour of adolescents and HIV/AIDS risk in the Czech Republic. *Revijaza sociologiju*, 34(3), 189-206. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/298885901_The_sexual_behaviour_of_adolescents_and_HIV_risk_vol_35_pg_161_1999

Raiteri, M. (2016). *El comportamiento del consumidor actual*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Administración). Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina.

Reporte Epidemiológico de Córdoba. (16 de julio, 2018). Europa: La historia de la primera gran epidemia de sífilis. *REC Argentina*. Recuperado de <http://www.reporteepidemiologico.com/wp-content/uploads/2018/07/REC-2074.pdf>

Ríos, C. (2015). Prácticas de riesgo para transmisión de VIH en adultos de la ciudad de General Elizardo Aquino, diciembre 2014 – enero 2015. Paraguay. *Horizonte Médico*, 15(2), 12-18. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/289871723_Practicas_de_riesgo_para_transmision_de_VIH_en_adultos_de_la_ciudad_de_General_Elizardo_Aquino_Diciembre_2014-Enero_2015_Paraguay

Ríos, C., Verón, G., De Benedictis, G., Flores, F. y Chirino, A. (2018). Prácticas de riesgo para transmisión del VIH en estudiantes de medicina de Latinoamérica y el Caribe, 2017. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 16(2), 49-54. Recuperado de <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v16n2/1812-9528-iics-16-02-49.pdf>

Rodríguez, A. y Álvarez, L. (2016). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista cubana de Salud Pública*, 32(1), 1-9. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/214/21432108.pdf>

Rojas, A. (2020). *Nivel de conocimiento en infecciones de transmisión sexual en estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria en tres instituciones educativas de un Distrito de alta incidencia de ITS-Chiclayo 2018*. (Tesis para optar el título de Médico Cirujano). Universidad San Martín de Porres. Chiclayo, Perú.

- Rojas, J. (2017). *Conductas sexuales de riesgo y problemas sexuales en adolescente de secundaria de la Institución Educativa Particular Cybernet, 2017*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería). Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima, Perú.
- Ruano, Y. (2007). Razón y pasión en Hume (sobre la miseria de la Razón demostrativa). *Revista de Filosofía Moral y Política*, 36(1), 239-260. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/50223395_Razon_y_pasion_en_Hume_sobre_la_miseria_de_la_Razon_demostrativa/fulltext/0e60c793f0c493afa4b6e234/Razon-y-pasion-en-Hume-sobre-la-miseria-de-la-Razon-demostrativa.pdf
- Salgado, C., Lihua, S. y Vilca, A. (2015). *Incidencia de la educación sexual en la prevención de los factores de riesgo en los estudiantes de sexto grado de educación primaria de la Institución Educativa N° 20575 José Antonio Encinas Franco-Ugel 15 Ricardo-Palma-Huarochiri-2015*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Educación Primaria y Educación Básica Alternativa). Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán Y Valle. Lima, Perú.
- Sandoval, R. y Valladares, A. (2018). *Actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes de primer año de bachillerato del Instituto de Armenia de marzo a julio 2018*. (Tesis para optar el título de Doctor en Medicina). Universidad de El Salvador. Armenia, San Salvador.
- Shibley, J. y DeLamater, J. (2017). *Sexualidad humana*. 10ma edición. México, México: Editorial: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.
- Soler, F. (2015). Evolución y orientación sexual. *Diversitas*, 1(2), 161-173. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v1n2/v1n2a05.pdf>
- Sorribes, F., Lega, L., Calvo, M. y Trujillo, J. (2017). Baja tolerancia a la frustración y perfeccionismo en los problemas sexuales y de pareja. *Revista de Sexología*, 1(2), 7-24. Recuperado de <http://www.desexologia.com/wp-content/uploads/2011/04/volumen1n2-111216114222-phpapp02.pdf>

- Spiegel, M. y Stephens, L. (2008). *Estadística*. 4ta edición. México, México: Editorial: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.
- Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científico. Incluye evaluación y administración de proyectos de investigación*. 4ta edición. México, México: Editorial LIMUSA S.A.
- Teva, I., Bermúdez, M., Ramiro, M. y Buela, G. (2016). Creencias religiosas y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 31(1), 41-49. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243033030006.pdf>
- Triana, A., Flores, R. y Sánchez, M. (2017). Negociación en el uso del condón en estudiantes universitarios. *Revista WAXAPA*, 9(17), 19-23. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2017/wax1717d.pdf>
- Uribe, A. y Orcasita, L. (2019). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 27(4), 1-31. Recuperado de <file:///C:/Users/USER/Downloads/99-486-1-PB.pdf>
- Vidal, E. y Marrero, H. (2018). Prácticas de riesgo para transmisión del VIH/SIDA en adultos del sexo masculino en San Miguel. *Revista Cuba Salud*, 14(2), 25-32. Recuperado de <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/268/969>
- Vidal, E., Páez, M. y Fiallo, J. (2016). Conocimientos sobre prevención de la transmisión sexual del Virus de Inmunodeficiencia Humana en la comunidad La Silsa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas de La Habana*, 15(3), 377-387. Recuperado de https://pdfs.semanticscholar.org/4515/a5d94add069490c6fdb7fe3ee3d1bb2854b1.pdf?_ga=2.160281214.273044790.1570977868-67212816.1570977868
- Villegas, N., Cianelli, R., Santisteban, D., Lara, L. y Vargas, J. (2016). Factores que influyen la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH en

mujeres jóvenes chilenas que participaron en la Intervención Online I-STIPI. *Hisp Health Care Int.*, 14(1), 47-56. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1177/1540415316629682>

Villena, J. (2019). *Factores asociados a progresión de infección VIH a estadio SIDA en pacientes mayores de 15 años en el Servicio de Medicina Interna I del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo 2016-2017.* (Tesis para optar el título de Médico Cirujano). Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

Vivo, S., López, P. y Saric, D. (2012). *Salud sexual y reproductiva para jóvenes. Revisión de evidencia para la prevención.* Washington, Estados Unidos: BID.

Yalán, B. (2016). *Conductas sexuales de riesgo en adolescentes del Colegio Fe y Alegría N° 41 La Era-Ñaña.* (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

Zegarra, A. (2019). *Factores epidemiológicos que influyen en las conductas sexuales de los internos de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, agosto-diciembre del 2018.* (Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano). Universidad Privada San Juan Bautista. Lima, Perú.

Anexo y apéndice

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entiendo que la Bachiller Judy Maciel Acosta Peralta está realizando una investigación en relación al comportamiento sexual, como requisito para la obtención del título profesional de **Licenciada en Obstetricia**. El título de la investigación es **Factores de riesgo asociados al comportamiento sexual de riesgo de ITS, en mujeres atendidas en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020**. La señorita bachiller, solicita mi participación voluntaria en donde tendré que responder dos cuestionarios, uno de ellos con 5 preguntas y el otro con 18 con una duración aproximada de 15 minutos. La investigadora me indicó que la información que brinde será tratada en estricta confidencia y no será usada para otros fines fuera de esta investigación sin mi consentimiento. Además, se me ha indicado que me pueden proporcionar mayor información si llegara a tener dudas respecto a lo que va a investigar y que tengo la libertad de retirarme si al momento de la entrevista no estoy de acuerdo con lo que tengo que responder, sin que ello signifique algún perjuicio de cualquier índole en contra de mi persona. Conociendo todo esto, estoy de acuerdo en participar en este estudio y doy mi consentimiento para ello, motivo por el cual firmo a continuación dando conformidad sobre mi participación.

Código de la Entrevistada: _____

Firma _____

Fecha: _____

ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA EDUCATIVO DE OBSTETRICIA
CUESTIONARIO DE FACTORES ASOCIADOS A COMPORTAMIENTOS
DE RIESGO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Presentación. - Trabajo de investigación: **Factores de riesgo asociados al comportamiento sexual de riesgo de ITS, en mujeres atendidas en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a febrero 2020.** Tiene la finalidad de estudiar los factores de riesgo, por tal motivo se le solicita su voluntaria y valiosa participación, dando respuesta al siguiente cuestionario que se presenta a continuación. Se le garantiza la confidencialidad de la información, la misma que servirá únicamente para alcanzar los objetivos propuestos que ayudarán a entender la problemática que vive nuestro Distrito. Se le agradece de antemano su valiosa colaboración.

I. DATOS GENERALES:

1.1 Código:

1.2 Edad:

II. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

2.1 ¿Con qué orientación sexual se identifica usted?

a) Heterosexual (te atrae el sexo opuesto):

b) Homosexual (te atrae el mismo sexo):

c) Bisexual (te atraen ambos sexos):

2.2 ¿Qué grado de instrucción tiene usted?

1. No estudió () 2. Inicial () 3. Primaria completa o incompleta ()

4. Secundaria completa o incompleta () 5. Técnico completa o incompleta ()

6. Universitario completo o incompleto ()

2.3 ¿Hasta qué año estudió su padre?

1. No estudió () 2. Inicial () 3. Primaria completa o incompleta ()
4. Secundaria completa o incompleta () 5. Técnico completa o incompleta ()
6. Universitario completo o incompleto ()

2.4 ¿Hasta qué año estudió su madre?

1. No estudió () 2. Inicial () 3. Primaria completa o incompleta ()
4. Secundaria completa o incompleta () 5. Técnico completa o incompleta ()
6. Universitario completo o incompleto ()

2.5 ¿Qué tipo de religión crees o practicas?.....

2.6 ¿Quién le habló sobre temas de sexualidad?.....

ANEXO N° 3

PROCESO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN DENOMINADO: CUESTIONARIO DE FACTORES ASOCIADOS A COMPORTAMIENTOS DE RIESGO DE LA SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA (Mendoza, Pérez y Yalta, 2018)

Descripción. La validez estadística del instrumento de medición fue realizado a través del juicio de expertos y pruebas estadísticas aplicadas. La distribución binomial para cada ítem de la escala, da lugar a un nivel de concordancia entre jueces del 100%

PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	JUEZ 1			JUEZ 2			JUEZ 3			JUEZ 4			JUEZ 5			JUEZ 6			JUEZ 7			JUEZ 8			JUEZ 9			JUEZ 10			P VALOR						
	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R		C	P	R			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.017578125
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.017578125
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.017578125
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.017578125
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.017578125
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.017578125

Donde: C (Claridad), P (Pertinencia) y R (Relevancia)

PRUEBA DE CONCORDANCIA

$$\begin{aligned}
 &Ta = \text{N}^\circ \text{ total de acuerdos} \\
 &Td = \text{N}^\circ \text{ total de desacuerdos} \\
 &b = \text{Grado de concordancia entre jueces} \\
 &b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100
 \end{aligned}$$

Reemplazamos por los valores obtenidos

$$b = \frac{6}{6 + 0} \times 100$$

Grado de concordancia entre jueces= 100%

ANEXO N° 4

ESCALA DE COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO PARA ITS

INSTRUCCIONES:

A continuación, se le presenta una serie de preguntas en relación a los comportamientos sexuales, coloca una equis (x) en el recuadro que se ajuste a su respuesta o que se encuentre más cercana a ella. Le pedimos a Ud., que se sirva leer con detenimiento cada una de las preguntas y/o proposiciones y contestarlas sinceramente.

1. ¿A qué edad empezó su primera relación coital?
≤13 años 14-16 años 17-19 > 19 o no inició
2. ¿Cuándo tienes relaciones coitales eres consciente que te expones a problemas de salud como embarazo no deseado, ITS, VIH-SIDA?
Siempre Casi siempre A veces Nunca
3. ¿Cuándo tienes relaciones coitales lo primero que piensas es si vas a tener protección?
Siempre Casi siempre A veces Nunca
4. ¿Cuándo tienes relaciones coitales preguntas a tu pareja si está protegido?
Siempre Casi siempre A veces Nunca
5. ¿Cuándo tienes relaciones coitales no piensas ni te acuerdas de estar protegido en ese momento?
Siempre Casi siempre A veces Nunca
6. Cuando tienes relaciones coitales usas preservativo o solicitas a tu pareja que lo use:
✓ Siempre en el 100% de mis relaciones coitales
✓ Casi siempre aproximadamente del 60 a 80% de mis relaciones coitales
✓ A veces aproximadamente el 50% de mis relaciones coitales
✓ Nunca
7. ¿Desde que inició sus relaciones coitales, usted es sexualmente activo?
Siempre Casi siempre A veces Nunca

8. ¿Has tenido más de una pareja sexual durante la misma época?
Siempre Casi siempre A veces Nunca
9. ¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación coital?
✓ La última semana
✓ El último mes
✓ Durante los últimos 3 meses
✓ Durante las últimas 6 semanas
10. ¿Con qué frecuencia tienes relaciones coitales?
✓ Más de tres veces cada semana
✓ Una vez por semana
✓ Dos a tres veces al mes
✓ Una vez al mes
11. ¿Tuvo o tiene relaciones coitales con una sola pareja sentimental?
Siempre Casi siempre A veces Nunca
12. ¿Tuvo o tiene relaciones coitales con dos o más parejas sentimentales?
Siempre Casi siempre A veces Nunca
13. ¿Has tenido relaciones coitales con alguna pareja conocida porque se dio una circunstancia favorable?
Siempre Casi siempre A veces Nunca
14. ¿Has tenido relaciones coitales con alguna pareja desconocida porque se dio una circunstancia favorable?
Siempre Casi siempre A veces Nunca
15. ¿Dentro de tus actividades sexuales, practicas masturbación mutua o individual?
Siempre Casi siempre A veces Nunca
16. ¿Dentro de tus actividades sexuales, practicas contacto pene-vagina?
Siempre Casi siempre A veces Nunca
17. ¿Dentro de tus actividades sexuales, practicas contacto pene-ano?
Siempre Casi siempre A veces Nunca
18. ¿Dentro de tus actividades sexuales, practicas contacto vagina-boca; pene-boca?
Siempre Casi siempre A veces Nunca

ANEXO N° 5

ESCALA DE COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO PARA ITS

(Mendoza, 2014)

1. ¿A qué edad empezó su primera relación coital?
≤13 años 4 14-16 años 3 17-19 2 > 19, o no inició 1
2. ¿Cuándo tienes relaciones coitales eres consciente que te expones a problemas de salud como embarazo no deseado, ITS, VIH-SIDA?
Siempre 1 Casi siempre 2 A veces 3 Nunca 4
3. ¿Cuándo tienes relaciones coitales lo primero que piensas es si vas a tener protección?
Siempre 1 Casi siempre 2 A veces 3 Nunca 4
4. ¿Cuándo tienes relaciones coitales preguntas a tu pareja si está protegido?
Siempre 1 Casi siempre 2 A veces 3 Nunca 4
5. ¿Cuándo tienes relaciones coitales no piensas ni te acuerdas de estar protegido en ese momento?
Siempre 4 Casi siempre 3 A veces 2 Nunca 1
6. Cuando tienes relaciones coitales usas preservativo o solicitas a tu pareja que lo use:
 - ✓ Siempre en el 100% de mis relaciones coitales 1
 - ✓ Casi siempre aproximadamente del 60 a 80% de mis relaciones coitales 2
 - ✓ A veces aproximadamente el 50% de mis relaciones coitales 3
 - ✓ Nunca 4
7. ¿Desde que inició sus relaciones coitales, usted es sexualmente activo?
Siempre 4 Casi siempre 3 A veces 2 Nunca 1
8. ¿Has tenido más de una pareja sexual durante la misma época?
Siempre 4 Casi siempre 3 A veces 2 Nunca 1
9. ¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación coital?
 - ✓ La última semana 4
 - ✓ El último mes 3
 - ✓ Durante los últimos 3 meses 2

- ✓ Durante las últimas 6 semanas
10. ¿Con qué frecuencia tienes relaciones coitales?
- ✓ Más de tres veces cada semana
- ✓ Una vez por semana
- ✓ Dos a tres veces al mes
- ✓ Una vez al mes
11. ¿Tuvo o tiene relaciones coitales con una sola pareja sentimental?
- Siempre Casi siempre A veces Nunca
12. ¿Tuvo o tiene relaciones coitales con dos o más parejas sentimentales?
- Siempre Casi siempre A veces Nunca
13. ¿Has tenido relaciones coitales con alguna pareja conocida porque se dio una circunstancia favorable?
- Siempre Casi siempre A veces Nunca
14. ¿Has tenido relaciones coitales con alguna pareja desconocida porque se dio una circunstancia favorable?
- Siempre Casi siempre A veces Nunca
15. ¿Dentro de tus actividades sexuales, practicas masturbación mutua o individual?
- Siempre Casi siempre A veces Nunca
16. ¿Dentro de tus actividades sexuales, practicas contacto pene-vagina?
- Siempre Casi siempre A veces Nunca
17. ¿Dentro de tus actividades sexuales, practicas contacto pene-ano?
- Siempre Casi siempre A veces Nunca
18. ¿Dentro de tus actividades sexuales, practicas contacto vagina-boca; pene-boca?
- Siempre Casi siempre A veces Nunca

ANEXO N° 6

PROCESO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN DENOMINADO: ESCALA DE COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO PARA ITS (Mendoza, 2014)

Descripción. La validez estadística de esta escala, se realizó mediante el juicio de expertos y a través de pruebas estadísticas. La distribución binomial para cada ítem de la escala dicotómica y la Z de Gaus para la aceptación total del instrumento n=50, al 5% de significancia estadística; se trabajó con 5 expertos, obteniendo el valor de 8.88178, dado que supera el valor teórico (1.64), se establece que el instrumento es válido.

ITEM	EXPERTO *					TOTAL
	1	2	3	4	5	
01	1	1	1	1	1	5
02	1	1	1	1	1	5
03	1	1	1	1	1	5
04	1	1	1	1	1	5
05	1	1	1	1	1	5
06	1	1	1	1	1	5
07	1	1	1	1	1	5
08	1	1	1	1	1	5
09	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5

* Respuesta de los profesionales: 1= Si, 0= No

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR ≤A	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%		
1	5	100%	0	0	0.03125	*
2	5	100%	0	0	0.03125	*
3	5	100%	0	0	0.03125	*
4	5	100%	0	0	0.03125	*
5	5	100%	0	0	0.03125	*
6	5	100%	0	0	0.03125	*
7	5	100%	0	0	0.03125	*
8	5	100%	0	0	0.03125	*
9	5	100%	0	0	0.03125	*
10	5	100%	0	0	0.03125	*
TOTAL	50	100%	0	0	8.88178	*

* Significancia (P<0.05).

Altamente significativa (P<0.01).

Interpretación. El valor de validez obtenido es de 8.881784, lo que significa que supera el valor teórico de 1.64; esto indica que el instrumento es válido.

ANEXO N° 7

PROCESO DE ANÁLISIS DE FIABILIDAD – CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN DENOMINADO: ESCALA DE COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO PARA ITS (Mendoza, 2014)

Alfa de Cronbach

Análisis de fiabilidad – Confiabilidad del instrumento

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
	Válidos	5	100.0
Casos	Excluidos ^a	0	.0
	Total	5	100.0

^a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,855	18

Estadístico total de elementos

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR0001	10,95	16,471	,287	,877
VAR0002	11,00	16,526	,168	,866
VAR0003	11,20	15,221	,436	,856
VAR0004	11,00	16,632	,126	,870
VAR0005	11,00	15,292	,447	,858
VAR0006	11,15	15,250	,406	,847

VAR0007	11,25	13,747	,882	,849
VAR0008	11,20	15,145	,435	,851
VAR0009	11,25	14,480	,653	,850
VAR00010	11,25	14,484	,738	,862
VAR00011	11,20	14,092	,738	,842
VAR00012	11,25	14,092	,653	,845
VAR00013	11,30	14,484	,738	,844
VAR00014	11,20	14,092	,708	,860
VAR00015	11,30	14,116	,653	,849
VAR00016	11,20	14,484	,273	,852
VAR00017	11,00	16,632	,653	,849
VAR00018	10,85	17,503	,738	,857

ANEXO N° 8

VALORES POR DIMENSIÓN MEDIANTE LA ESCALA DE ESTANINOS

		Dim1	Dim2	Dim3	Dim4	Dim5	Dim6	Comp. Sex.
N	Válido	327	327	327	327	327	327	327
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		5.42	9.75	10.81	5.31	5.49	11.24	47.65
Desviación estándar		2.017	2.572	2.844	2.001	2.013	2.97	6.89
Mínimo		2	4	4	2	2	4	18
Máximo		8	16	16	8	8	16	72

Dimensión: inicio precoz de relaciones coitales:

- Bajo: 2-4 puntos
- Medio: 5-6 puntos
- Alto: 7-8 puntos

Uso de preservativo:

- Bajo: 4-8 puntos
- Medio: 9-12 puntos
- Alto: 13-16 puntos

Más de una pareja sexual (promiscuidad):

- Bajo: 4-8 puntos
- Medio: 9-12 puntos
- Alto: 13-16 puntos

Cambio frecuente de pareja:

- Bajo: 2-4 puntos
- Medio: 5-6 puntos
- Alto: 7-8 puntos

Relaciones fugaces:

- Bajo: 2-4 puntos
- Medio: 5-6 puntos
- Alto: 7-8 puntos

Prácticas de sexo oro-genital y genito-oral sin protección:

- Bajo: 4-8 puntos
- Medio: 9-12 puntos
- Alto: 13-16 puntos

Para la variable de comportamiento sexual de riesgo en general, la calificación estuvo consignada de la siguiente manera:

- **Comportamiento sexual de alto riesgo:** De 55 a 72 puntos
- **Comportamiento sexual de mediano riesgo:** De 36 a 54 puntos.
- **Comportamiento sexual de bajo riesgo:** De 18 a 35 puntos.

ANEXO N° 9

FORMATO DE PUBLICACIÓN EN REPOSITORIO



REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1 Información del Autor			
Acosta Peralta Judy Maíel		48270228	jmaiel-ap-14@hotmail.com
Apellidos y Nombres		DNI	Correo Electrónico
2 Tipo de Documento de Investigación			
<input checked="" type="checkbox"/> Tesis	<input type="checkbox"/> Trabajo de Suficiencia Profesional	<input type="checkbox"/> Trabajo Académico	<input type="checkbox"/> Trabajo de Investigación
3 Grado Académico o Título Profesional			
<input type="checkbox"/> Bachiller	<input checked="" type="checkbox"/> Título Profesional	<input type="checkbox"/> Título Segunda Especialidad	<input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado
4 Título del Documento de Investigación			
Factores de riesgo asociados al comportamiento sexual de riesgo para ITS, en mujeres atendidas en el C.S Yugoslavia, Nuevo Chimbote. Diciembre 2019 a Febrero 2020.			
5 Programa Académico			
Programa de estudio de Obstetricia			
6 Tipo de Acceso al Documento			
<input checked="" type="checkbox"/> Abierto o Público <small>(Info en: repositorio.usp.edu.pe)</small>		<input type="checkbox"/> Acceso restringido <small>(Info en: repositorio.usp.edu.pe)</small>	
[*] En caso de restringido sustentar motivo			

A Originalidad de Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS¹

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.²

Lugar: Chimbote Fecha: 14 06 2023



Maíel AP
Firma

Importante

1. El Repositorio Institucional Digital de la USP (RIDI) es un repositorio digital de acceso abierto que permite almacenar, preservar y difundir los documentos de investigación de los investigadores de la Universidad San Pedro. El RIDI es un repositorio digital de acceso abierto que permite almacenar, preservar y difundir los documentos de investigación de los investigadores de la Universidad San Pedro. El RIDI es un repositorio digital de acceso abierto que permite almacenar, preservar y difundir los documentos de investigación de los investigadores de la Universidad San Pedro.

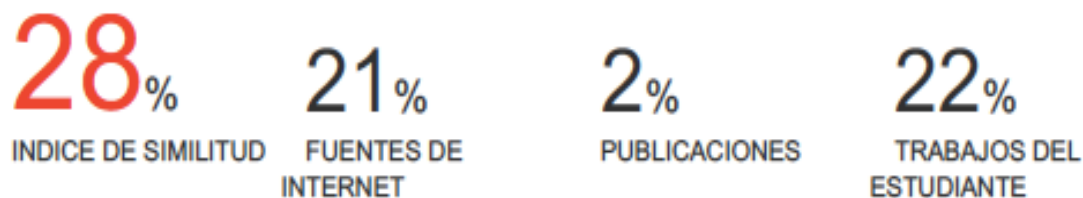
2. El Repositorio Institucional Digital de la USP (RIDI) es un repositorio digital de acceso abierto que permite almacenar, preservar y difundir los documentos de investigación de los investigadores de la Universidad San Pedro.

ANEXO N° 10

REPORTE DE SIMILITUD

Maciel Acosta Peralta - Proyecto

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.untrm.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
4	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
5	Submitted to Universidad Privada San Pedro Trabajo del estudiante	1%
6	acento.com.do Fuente de Internet	1%
7	conaic.net Fuente de Internet	1%
8	apps.who.int Fuente de Internet	1%