

# **UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

## **FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



### **“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACIÓN A LA SEXUALIDAD EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO

RENZO ALEXIS MOROCHO SAAVEDRA

Dr. Jhony Alberto De La Cruz Vargas

DIRECTOR DE TESIS

Mg. Cecilia Salinas Salas

ASESORA DE TESIS

LIMA – PERÚ

2016

## **DEDICATORIA**

*A mi madre y padre porque son mi guía en cada paso y por su comprensión y estímulo constante a lo largo de mi estudio.*

*A mi hermana por su paciencia pero por sobre todo por creer en mi hasta el día de hoy.*

*A mi novia por apoyarme y estar a mi lado en cada momento de esta hermosa carrera.*

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento a cada uno de los maestros, quienes con su experiencia, tiempo, dedicación y conocimientos enriquecieron mi formación.

De manera particular agradezco al personal de salud y los pacientes que con su participación me permitieron realizar el presente trabajo.

Y mi especial agradecimiento a la Mg. Cecilia Salinas Salas por confiar en este trabajo, por su dedicación y disposición de asesorarme, y quien se convirtió en una fuente de admiración y ejemplo a seguir.

## RESUMEN

**Introducción:** La sexualidad es el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que se encuentran presentes en cada individuo e incluyen creencias, comportamientos, sentimientos, actitudes, pensamientos y valores, los cuales determinan la forma de expresarse y relacionarse. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. **Materiales y Métodos:** La recolección de información se realizó mediante una encuesta anónima que constó de 13 preguntas las cuales midieron el nivel de conocimiento acerca de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y métodos anticonceptivos, la conducta sexual y actitud sobre una sexualidad sana y segura, con una duración promedio de 5 minutos por cada una, a 186 pacientes que acudieron al Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. **Resultados:** De las 186 pacientes encuestadas en Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Sergio E. Bernales determinó que el 87.3% conocen de la existencia de las ITS, el 95% conoce de qué manera se puede contagiar y prevenir la infección por VIH/SIDA, y el 92% conoce la existencia de los métodos anticonceptivos y que sirven para evitar un embarazo. **Conclusiones:** Según los resultados obtenidos podemos concluir que existe un alto nivel de conocimiento sobre la sexualidad de las pacientes atendidas en el servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

**Palabras clave:** Sexualidad, Planificación Familiar

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Sexuality is the set of biological, psychological and sociocultural characteristics that are present in each individual and include beliefs, behaviors, feelings, attitudes, beliefs and values, which determine how to express themselves and interact. **Objectives:** Determine the level of knowledge regarding sexuality in patients attending the Family Planning Service of “Hospital Nacional Sergio E. Bernales”. **Materials and Methods:** Data collection was done through an anonymous survey consisted of 13 items which measured the level of knowledge about sexually transmitted infections, HIV / AIDS and contraception, sexual behavior and attitude on healthy and safe sexuality, with an average of 5 minutes, to 186 patients attending the Family Planning Service of “Hospital Nacional Sergio E. Bernales”. **Results:** Of the 186 patients surveyed in Family Planning Service of “Hospital Nacional Sergio E. Bernales” determined that 87.3% know of the existence of sexually transmitted infections, 95% know how you can spread and prevention of HIV / AIDS, and 92% knows about contraception and used to prevent pregnancy. **Conclusions:** According to the results we can conclude that there is a high level of knowledge about the sexuality of patients treated at the Family Planning Service of “Hospital Nacional Sergio E. Bernales”.

**Keywords:** Sexuality, Family Planning

## INTRODUCCIÓN

Al llegar a la adultez y volverse sexualmente activos, las personas enfrentan riesgos muy serios para su salud por desconocer o tener conceptos errados en temas relacionados a Salud Reproductiva y Planificación Familiar, situación que se agrava por el poco acceso a estos servicios que ofrecen el Ministerio de Salud y Essalud debido a factores económico, geográfico, de tiempo, a tabúes sociales, temor al rechazo o a la crítica. Toda esta situación las vuelve vulnerables al momento de ejercer su sexualidad, exponiéndolos a contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA o de tener un embarazo no planificado, hechos que en forma individual limitarán el desarrollo personal y social de los nuevos padres, que expondrán a las personas al riesgo de morir si decidieran someterse a un aborto, y en consecuencia elevarán las cifras de morbilidad materna de nuestro país; y que al Estado Peruano le ocasionará un costo económico toda vez que es un gasto que se encuentra cubierto a través del Seguro Integral de Salud para los casos de pobreza y pobreza extrema, que es donde la prevalencia de estos casos es mayor, convirtiéndose así este tema en un problema de Salud Pública.

La promoción de la educación sexual integral es fundamental para asegurar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a través de la promoción de la equidad de género (ODM3), la reducción de la mortalidad materna (ODM5) y el combate al VIH/SIDA (ODM6). Sin embargo, la mayoría de los hombre y mujeres del mundo reciben poca educación sexual que contenga información de calidad, que les aporte habilidades para ejercer una sexualidad sana y en general que les ayude a vivir vidas plenas con equidad, empoderamiento y libres de discriminación. Las consecuencias de esta situación son claras: sin acceso a una educación sexual integral así como también servicios de salud sexual y reproductiva, los hombres y mujeres (especialmente ellas) son más vulnerables a problemas de salud sexual y reproductiva. Por ello, es fundamental que la educación sexual de ellos sea amplia y suficiente, permitiéndoles la expresión libre e integral de su sexualidad.

Esta tesis busca saber el estado en el que se encuentran los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en las pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar de un hospital nacional, ya que ello refleja hasta donde el Gobierno del Perú ha podido brindar a las personas, las herramientas necesarias en aspectos de Salud Reproductiva y Planificación Familiar para que puedan manejar y ejercer una sexualidad saludable y segura, y así evitar que se expongan a las consecuencias que el ejercicio de una sexualidad con información incompleta y equívoca les pueda ocasionar.

Toda esta información nos permitirá saber hasta dónde se ha avanzado, si los recursos utilizados hasta ahora han sido o no los adecuados, y si han dado o no resultados. También podremos saber si lo hasta ahora actuado en nuestro país nos permitirá alcanzar o aproximarnos a los objetivos trazados a nivel nacional e internacional.

## ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA .....	10
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	12
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	12
2.2 BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS.....	18
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS.....	50
3.1 HIPÓTESIS.....	50
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA .....	51
4.1 TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN .....	51
4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	51
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	60
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	61
4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS .....	62
4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	62
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	64
5.1 RESULTADOS .....	64
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	95
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	99
CONCLUSIONES .....	99
RECOMENDACIONES .....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	101
ANEXOS .....	104

## CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada vez es más notoria la necesidad de la buena salud sexual y reproductiva como un componente muy importante de la salud en mujeres y hombres ya que ésta se encuentra íntimamente asociada con el grado de bienestar y satisfacción sobre la capacidad reproductiva del ser humano.

Una actividad sexual a temprana edad sin la debida información conlleva riesgos e implicancias no solo de Salud Pública sino también del tipo económico y social para las madres adolescentes, sus hijos y la sociedad en general (1).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES Continua 2014, en el Perú, el 14,5% de mujeres comienzan a tener hijas/os antes de los 18 años; entre un 30,9% y un 33,8% de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años y al llegar a los 25 años, más del 63,5% de las mujeres habían dado a luz. El 60,7% de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas usa un método anticonceptivo moderno, mientras que las mujeres de 35 a 39 años alcanzo un porcentaje de 78,8%. El 5,6% de mujeres manifestó que desconocía alguna de las dos formas consideradas de importancia programática para evitar el VIH (menor número de parejas sexuales o uso del condón); en el año 2009, este porcentaje fue 5,7%. (2)

Una actividad sexual a temprana edad sin la debida información conlleva riesgos e implicancias no solo de Salud Pública sino también del tipo económico y social para las madres jóvenes, sus hijos y la sociedad en general.

Actualmente, son numerosos los gobiernos, incluido el nuestro que se encuentran trabajando en esta área de la salud, en fomentar e implementar programas preventivos promocionales dirigidos a los adolescentes y adultos jóvenes, como una forma de prevenir las consecuencias económico-sociales que este problema implica.

## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Nivel de conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Sergio E. Bernales?

## 1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Con el presente estudio se deseó demostrar la alta tasa de incidencia sobre el bajo conocimiento sobre sexualidad que existe no sólo en aquellas pacientes que acuden a este hospital, sino también otras a nivel nacional.

La prevención de los embarazos no deseados es difícil, pero ya que existe una diversidad de problemas de salud, sociales y de seguridad relacionados con la actividad sexual, justifican la importancia de crear programas educativo – preventivos que se complementen con la protección y asistencia, en los que no solamente se incluya a la población objetivo, sino también a los padres de familia, la pareja, a maestros de escuela, institutos y universidades, y la comunidad en general, respetando sus valores y las normas sociales imperantes.

## 1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La sexualidad es concebida como el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que se encuentran presentes a lo largo de la vida del individuo e incluyen creencias, comportamientos, sentimientos, actitudes, pensamientos y valores, los cuales determinan la forma de expresarse y relacionarse; además se considera como una dimensión fundamental del ser humano y en ella están implicadas variables como el género, la identidad de

sexo, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. La sexualidad comprende metas más amplias que la reproducción tales como el placer.

## 1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar el nivel de conocimientos en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar los conocimientos que tienen las pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.
- Determinar los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos que tienen las pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar.
- Describir la conducta sexual que tienen las pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar.
- Identificar las actitudes positivas para el ejercicio de una sexualidad sana y segura que ejercen las pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Según el artículo "Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos entre estudiantes de Medicina Humana de 1° a 3° año" realizado en la Universidad San Martín de Porres, Lima, en el año 2012, nos refiere que en dicho estudio el 29,5% de los estudiantes tuvo un conocimiento aceptable, el 51,7% un conocimiento regular y en el 18,8% fue deficiente. Debido a que el nivel de conocimientos fue insuficiente, muy por debajo a los estudios que se utilizaron como referencia, se planteó la aplicación de programas y cursos referentes a métodos anticonceptivos y planificación familiar por parte de la universidad. (3)

En el artículo "Nivel de conocimiento y actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal-2012" refiere un estudio descriptivo, no experimental, transversal que se realizó mediante una encuesta a pacientes que sus partos fueron vaginal o por cesárea con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos y actitud hacia el uso que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos. Se obtuvo como resultado que un 50% de las adolescentes presentaba una inadecuada información acerca de los métodos anticonceptivos. Se recomendó tomar medidas como tocar los temas de educación sexual desde el nivel primaria para concientizar a los adolescentes de la importancia y riesgos que puede traer el inicio temprano de las relaciones coitales. (4)

El artículo "intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes" en el año 2010, nos refiere de un estudio de intervención educativa para incrementar los conocimientos sobre anticoncepción en

adolescentes del colegio Alfredo Álvarez, Cuba. Los datos fueron obtenidos por medio de una encuesta que se aplicó al principio y final de la intervención. Se obtuvieron resultados donde el 59,57% tenían un conocimiento inadecuado sobre anticoncepción. El 29,41% tuvieron relaciones sexuales previas, sin embargo, se evaluaron de mal al 20,60% de ellos y que la escuela fue la principal fuente de orientación sexual (86,76%). Después de realizado programa educativo se incrementó el nivel de conocimiento en el 57,35% de los adolescentes. Se concluyó que un número elevado de adolescentes tenían un conocimiento inadecuado sobre anticoncepción, muchos habían iniciado de forma precoz su vida sexual sin tener como fuente de orientación a sus padres. Con la intervención se logró un incremento del nivel de conocimiento en la mayoría de los adolescentes. (5)

En el artículo "Conocimientos sobre educación sexual en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional arzobispo Loayza" en el año 2012 nos refiere que el 82% de las madres adolescentes tenían nivel secundario. y que sólo el 28% conocía su período fértil. El signo que indica el periodo fértil el 12% refiere que este se presenta cuando hay cambios en las secreciones vaginales. El 37% considera que las hormonas anticonceptivas es el método hormonal como el más seguro. También se determinó que el 76% tenían compañeras embarazadas. Un 62% refirió que sabían de compañeras que se habían practicado un aborto. El 27% refirió haber recibido educación sexual en el colegio. 47% necesitan mayor información sobre planificación familiar. Se concluyó con este trabajo que la mayoría de madres adolescentes a pesar de tener estudios secundarios concluidos no tenían un adecuado conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. (6)

Según el autor Adela montero en la revista médica – clínica las condes del año 2011 señala que se analiza el concepto de anticoncepción en la

adolescencia, enfatizando la importancia de considerar en la indicación y seguimiento las características propias del desarrollo biopsicosocial de los/las adolescentes así como las características de las instituciones y profesionales prestadores de la atención en salud. Se hace énfasis en la necesidad de educación en sexualidad y prevención de otras consecuencias de la actividad sexual no protegida como las infecciones de transmisión sexual (its) y por VIH/sida. Se describen los diferentes métodos anticonceptivos, su indicación y contraindicaciones, destacando aquellos que por su aceptabilidad y eficacia son más recomendables en adolescentes sin patologías crónicas o necesidades especiales. Se realiza un análisis general sobre las principales consideraciones éticas y legales relacionadas con la anticoncepción en adolescentes. (7)

Según los autores Manuel Varela Salgado y Javier Paz Esquete en la Revista Internacional de Andrología del año 2010 señala Los varones obtienen en un 30,8% la información sobre sexualidad por internet; en cambio las mujeres lo hacen de sus familias en un 57,6%. Los chicos le dan mucha más importancia a la sexualidad. La primera experiencia sexual no coital ocurre a los 13 años. La primera relación sexual coital es a los 15 años para los chicos y a los 16 para las chicas. El motivo de la primera relación sexual coital en las mujeres fue el amor (40,6%) frente a los chicos que refirieron el deseo (24,1%). Las mujeres son más conscientes ante el riesgo de embarazo (82,7%). En cuanto a falsos mitos, los chicos creen obtener más satisfacción con un pene grande o pechos voluminosos. Los padres de los adolescentes aceptan que éstos tengan relaciones sexuales en el 27% y solamente en el 7,8% de las adolescentes. El preservativo es el método anticonceptivo más conocido para los encuestados, pero poco utilizado (el 35% en chicos y el 37% en chicas). El sida es la enfermedad de transmisión sexual más conocida. La homosexualidad es mejor tolerada por las chicas, observándose un rechazo en un 26,4% de los chicos. (8)

Según los autores Matilde López-Amorós, Anna Schiaffin, Albert Moncada, en la Gaceta Sanitaria del año 2010 señala que de los 390 alumnos, un 28,2% de las chicas y un 20,1% de los chicos (sus parejas) han utilizado anticoncepción de emergencia alguna vez. En los chicos, el modelo multivariado final mostró asociación con un consumo abusivo de alcohol, tener relaciones sexuales con penetración semanalmente y no haber trabajado en el aula temas de sexualidad. En las chicas se asoció con consumo abusivo de alcohol, consumo de cannabis y relaciones sexuales con penetración semanalmente. Las estrategias de promoción y prevención deberían iniciarse cuanto antes mejor, y contemplar las diferencias de comportamiento desde una perspectiva de género tanto en el ámbito de la investigación como de la aplicación de programas. (9)

Según el artículo “Conocimiento sobre la sexualidad en adolescentes de Venezuela” del año 2013 donde se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal sobre el conocimiento acerca de la sexualidad que tenían los adolescentes del Liceo Tibaldo Almarza del municipio Rosario de Perijá, estado de Zulia, Venezuela, refiere que de los 300 alumnos encuestados entre las edades de 11 a 19 años, predominó el sexo femenino con el 67% y el grupo de edad de 17 a 19 años con el 46%. Se encontraron buenos conocimientos (52%) en aspectos como: edad recomendada para la maternidad; conocimientos regulares (23,5%) en temas sobre órganos sexuales, edad para la primera relación sexual con penetración, vías de transmisión de sida, métodos para prevenir embarazo e infecciones de transmisión sexual; malos conocimientos o desconocimiento (24,5%) se encontraron en los tipos de infección de transmisión sexual y grupos susceptibles a ellas; por lo que se concluyó que existen insuficientes conocimientos en los adolescentes estudiados en algunos temas, principalmente en la susceptibilidad a no reconocer el riesgo a que están sometidos. (10)

Según los autores José Corona Lisboa y Jorge Ortega Alcalá en la revista MEDISAN de Cuba en Enero del 2013 señalan que realizaron un estudio descriptivo y comparativo, de corte longitudinal, de 201 estudiantes entre 11-17 años (de un universo de 220), de un liceo público de la localidad de Quisiro, del municipio de Miranda, en la República Bolivariana de Venezuela, con vistas a evaluar el comportamiento sexual y el conocimiento de infecciones de transmisión sexual, previo consentimiento informado de los padres y de la muestra en cuestión. El análisis de los datos se efectuó con el paquete estadístico SAS R, versión 9.3.1. En los integrantes de la serie, la actividad sexual era bastante común, con predominio de los que la iniciaron activamente entre los 14 y 15 años, poco uso de métodos anticonceptivos, mayor número de parejas sexuales en los varones, así como un mejor conocimiento acerca de las infecciones de transmisión sexual en el caso de las chicas. (11)

De acuerdo a los autores María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgoitia y Juana Olvera Méndez en la Revista Electrónica de Psicología Iztacala del año 2013 señalan como objetivo del trabajo describir el nivel de conocimientos y actitudes que poseen los jóvenes universitarios sobre el contagio de infecciones de transmisión sexual y las prácticas sexuales de riesgo. En el estudio participaron 990 estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, de las Facultades de Estudios Superiores, de la Facultad de Contaduría y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, en donde se aplicó un encuesta anónima, en la cual se evaluaron, actitudes hacia la sexualidad conocimientos generales acerca de infecciones de transmisión sexual y sobre prácticas sexuales riesgosas, concluyendo que a pesar de los conocimientos e información con que cuentan los jóvenes universitarios aún siguen teniendo algunas prácticas sexuales de riesgo. (12)

Según los autores *Mario Oscar Macias Febles y Martha Caridad Molina Pérez en la Revista de Ciencias Médicas de la Habana del año 2012* realizaron un estudio descriptivo transversal a 321 estudiantes de uno u otro sexo del Instituto Preuniversitario “Raquel Pérez González” del municipio San José de las Lajas, provincia Mayabeque, en el período comprendido entre mayo de 2009 hasta mayo de 2010, se identificó el nivel de conocimientos que los mismos poseían sobre los métodos anticonceptivos. La obtención de los datos se realizó a través de una encuesta previamente validada por el Consejo Científico. Se concluyó que el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre anticoncepción resultó deficiente, el método anticonceptivo más conocido fue el condón y a la vez quedó identificado como el más eficaz, los adolescentes no tomaron en cuenta los riesgos del embarazo y las infecciones de transmisión sexual durante las relaciones sexuales sin protección. Los padres fueron reconocidos como los que aportaron más información sobre los diferentes métodos anticonceptivos, se puso de manifiesto que el Equipo Básico de Salud no realizó una buena labor educativa sobre anticoncepción con la población adolescente. Se recomienda realizar una intervención educativa a corto plazo que ayude a fortalecer los conocimientos de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos y hacer más eficiente el trabajo de la Atención Primaria de Salud en cuanto a la educación sexual del adolescente. (13)

Según las autoras *Maydeli Carolina Matienzo Delgado, Amelia Nelly Solís Villanueva en la revista In Crescendo Ciencias de la Salud del año 2015* en su estudio no experimental, descriptivo, transversal, no probabilístico y por cuotas a una muestra de 100 adolescentes de 14 a 19 años, a quienes se aplicó un cuestionario validado y estructurado con preguntas cerradas cuyos resultados fueron los siguientes: el 71 % son católicos, el 77 % son estudiantes, el 68 % tiene enamorado(a); además el 96 % se consideran heterosexuales y el 34 % manifestaron no haber iniciado relaciones coitales. Del mismo modo, el 80 % de adolescentes desconocen de manera global sobre sexualidad, las dimensiones

del ciclo de respuesta sexual y sobre prevención de las ETS y del VIH/SIDA. Asimismo, el 62 % muestra actitudes desfavorables hacia una sexualidad responsable. En conclusión, los adolescentes entrevistados de estas tres comunidades en su mayoría desconocen su sexualidad y presentan actitudes desfavorables para una vida sexualmente responsable y segura. (14)

## 2.2 BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS

### **SEXUALIDAD**

La promoción de la educación sexual integral es fundamental para asegurar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a través de la promoción de la equidad de género (ODM3), la reducción de la mortalidad materna (ODM5) y el combate al VIH/SIDA (ODM6). Sin embargo, la mayoría de los hombre y mujeres del mundo reciben poca educación sexual que contenga información de calidad, que les aporte habilidades para ejercer una sexualidad sana y en general que les ayude a vivir vidas plenas con equidad, empoderamiento y libres de discriminación. Las consecuencias de esta situación son claras: sin acceso a una educación sexual integral así como también servicios de salud sexual y reproductiva, los hombres y mujeres (especialmente ellas) son más vulnerables a problemas de salud sexual y reproductiva. Por ello, es fundamental que la educación sexual de ellos sea amplia y suficiente, permitiéndoles la expresión libre e integral de su sexualidad. (15)

La sexualidad es concebida como el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que se encuentran presentes a lo largo de la vida del individuo e incluyen creencias, comportamientos, sentimientos, actitudes, pensamientos y valores, los cuales determinan la forma de expresarse y relacionarse. La sexualidad comprende metas mas amplias que la reproducción tales como el placer. (16)

Es importante mencionar la sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano y en ella están implicadas variables como el género, la identidad de sexo, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. (16)

La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) (1995) define la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación familiar, así como método para la regulación de la fecundidad y los servicios adecuados de salud para embarazos y partos sin riesgos. Los objetivos consisten en asegurar la capacidad de los individuos de poder disfrutar de las relaciones sexuales sin temor, y mejorar la calidad de relaciones sexuales. (17)

En el marco de la política los derechos sexuales y reproductivos se definen según IPPF (1995) de la siguiente forma: son condiciones de salud nutricionales, afectivas, educacionales y ambientales apropiadas para el desarrollo armónico de los hombres y mujeres; en todas las etapas del ciclo vital. En cuanto a la ley 100 de 1993 es todo derecho que tiene toda persona de protegerse integralmente contra los riesgos que afectan sus condiciones de vida. (17)

Tradicionalmente los servicios de atención de salud reproductiva se ofrecían sólo a las mujeres en edad fértil, sin embargo hoy en día se reconoce que esa edad es demasiado tardía para iniciar cualquier actividad de atención ya que la formación de actitudes se inicia en los primeros años de vida. Mucho antes de llegar a la edad escolar, los niños ya tienen conocimiento sobre las relaciones sexuales entre hombres y mujeres y tienen su propia actitud con respecto al comportamiento y al modo de vida. (1)

Los avances más significativos en esta reunión fueron los referidos a la salud sexual y a la salud reproductiva, pues se reconocieron los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos. El Programa de Acción, “Agenda Cairo”, aprobada en esta reunión se convertiría de esta forma en la base para el diseño de políticas nacionales e internacionales en materia de población y desarrollo para un periodo de 20 años. Este programa se va a convertir en la vía para implementar los acuerdos de La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y sus resultados son evaluados cada cinco años desde su aprobación. (1)

En general, las prácticas sexuales tanto de hombres como mujeres se vinculan con una iniciación temprana de la actividad sexual; debido a que en la mayoría de los casos ocurre sin la correcta orientación, información y protección, consecuencias como el embarazo no deseado, el aborto, las infecciones de transmisión sexual (ITS) e incluso una posible infertilidad en el futuro, son la principal preocupación. (16)

### **INFECCIONES DE TRASMISION SEXUAL Y VIH**

A nivel mundial, las ITS y específicamente el VIH son más comunes en las personas de 15 a 24 años. Factores como el género, lugar de residencia, situación familiar, orientación sexual y edad se combinan de forma compleja para crear un contexto de vulnerabilidad frente las ITS/VIH para hombres y mujeres. Los factores económicos, sociales y físicos también juegan un papel importante, facilitando comportamientos de riesgo y dificultando la protección de la salud. La educación sexual integral es uno de los factores protectores más importantes para disminuir o evitar los comportamientos de riesgo identificados. Existe evidencia científica clara que indica que los programas de educación sexual integral, que incluyen información no sólo sobre abstinencia sino también sobre el sexo más seguro o cómo protegerse de ITS/VIH, así como la equidad de género, los derechos y los planes de vida, tienden a llevar a hombres y mujeres a posponer la iniciación sexual, reducir el número de parejas sexuales y aumentar el uso de anticonceptivos. (15)

En la mayoría de los países en desarrollo, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ocupan el segundo lugar entre las causas de enfermedad de las mujeres en edad reproductiva. La prevención y el tratamiento de las ITS constituyen un mecanismo de intervención que mejora la salud pública, dado el grado de morbilidad y mortalidad que causan, y evita la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). (2)

Las ITS son diversas y se pueden clasificar por el agente causal, el cuadro clínico y el diagnóstico. Por lo tanto la actitud debe estar dirigida hacia la obtención de conocimientos de esta forma prevenir las ITS, asumiendo en la vida comportamientos sexuales saludables, placenteros y protegidos. Hay dos factores de riesgo para adquirir una ITS se encuentran sujetos envueltos en comportamientos que son conocidos como transmisores del virus (alto riesgo). Son individuos que tiene parejas múltiples y comportamientos sexuales no seguros y los dependientes de drogas intravenosas que intercambian jeringas no esterilizadas. También se encuentra los embarazos indeseados que “se perciben como una sucesión de eventos de la vida de una mujer que incluye el advenimiento de un hijo pero que no se reduce a la procreación.” (17)

Para el 2011 se estimó que a nivel mundial aproximadamente 34 millones de personas vivían con el VIH; el número anual de nuevas infecciones disminuyó de 3,2 millones en el 1997 a 2,5 millones en el 2011; 1,7 millones de personas fallecieron a causa del SIDA en el 2011(20). La proporción de mujeres viviendo con el VIH ha permanecido estable a poco menos del 52% del total mundial. (1)

Para el 2011 en América Latina 1,483 millones de personas viven con VIH, han habido 83,000 nuevas infecciones y 54,000 han fallecido a causa del SIDA. En 11 El Caribe 243,000 personas viven con el VIH, han habido 13,000 nuevas infecciones y 10,000 han fallecido a causa del SIDA. (1)

En América Latina los niveles de infección por el VIH se mantienen estables y han variado poco con respecto a reportes anteriores, en esta región la infección se encontraba altamente concentrada entre la población de alto riesgo siendo de bajo nivel y concentrada en lugar de ser generalizada, los brotes de VIH se registran principalmente entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, profesionales del sexo y en menor medida entre los usuarios de drogas inyectables. (1)

Muchos estudios han demostrado que la epidemia de VIH está estrechamente relacionada a las epidemias de ITS. Es por esta relación que los servicios de salud dedicados a la atención de las personas con ITS tienen un rol fundamental en el manejo integral de las poblaciones en riesgo de adquirir el VIH. (18)

Las ITS y el VIH comparten varias características en común:

- a) Vías de Transmisión.
- b) Estrategias de promoción y prevención.
- c) Seguimiento por parte de los programas de control.

Son los mismos comportamientos y la falta de información las que ponen en riesgo a las personas de adquirir ITS o VIH. Se ha demostrado además que pacientes con VIH excretan mayor cantidad de virus en secreciones genitales cuando tienen una ITS. El riesgo de transmitir VIH entre una persona que es VIH + y la otra no teniendo cualquiera de ellas una ITS se eleva en promedio de 2 a 5 veces comparado con la situación en la que no hubiera una ITS. En el caso de la úlcera genital por ejemplo el riesgo de transmisión del VIH aumenta entre 50-300 veces. Esto explica por que en las regiones en las que las ITS tenían un control deficiente la epidemia de VIH-SIDA rápidamente se ha expandido. Se ha demostrado que el tratamiento de las ITS disminuye rápidamente la cantidad de VIH en las secreciones genitales y ayuda a prevenir la transmisión de VIH.

Tabla 1. Riesgo de transmisión del VIH en presencia de una ITS

Síndrome	Riesgo estimado	
	Promedio	Rango
Úlceras Genitales	4.7	3.3-18.2
Infección por Clamidia	4.5	3.2-5.7
Gonorrea	4.7	3.5-8.9
Tricomoniasis	2.7	No calculado
Condiloma acuminado	3.7	No calculado

Fuente: Wasserheit J., Holmes K. en Germain et al.: Reproductive Tract Infections.

Las ITS facilitan la transmisión del VIH por:

- a) Ruptura de las barreras protectoras:
  - a. Ruptura del epitelio en úlceras genitales.
  - b. Erosiones microscópicas en el cérvix de mujeres con Gonorrea y/o infección por Clamidia.
  
- b) Mayor concentración de células como los linfocitos y monocitos en los procesos inflamatorios de los genitales:
  - a. Aumentando la susceptibilidad de las personas no infectadas debido a la mayor presencia de células blanco para el VIH en las zonas donde están instalados los procesos inflamatorios.
  - b. Aumentando la infecciosidad de las personas infectadas debido al incremento de células infectadas por el VIH en las zonas donde están instalados los procesos inflamatorios.

En el caso de la vaginosis bacteriana se postula un mecanismo adicional de facilitación. Normalmente el pH vaginal bajo (< 4.5) inhibe la activación de los linfocitos CD4 lo que puede reducir el número de células blanco para el VIH en la vagina. Además se ha demostrado que el peróxido de hidrógeno

(H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) producido por los lactobacilos tiene efecto viricida contra el VIH. En la vaginosis bacteriana se produce la disminución de los lactobacilos (productores de peróxido de hidrógeno) y la alteración del pH vaginal (incremento) que podría condicionar un aumento en el riesgo de infección por VIH en mujeres con vaginosis bacteriana.

Por otro lado, existe suficiente información que sugiere que en personas infectadas con el VIH existe un incremento en la severidad de las manifestaciones clínicas y en la infectividad de diversas ITS, así como una respuesta reducida a los regímenes terapéuticos convencionales.

Las complicaciones derivadas de las ITS suelen ser graves o muy severas e incluso mortales.

- a) En hombres: puede producirse infertilidad como resultado de una uretritis o de una epididimitis, como suele ocurrir en las infecciones por gonococo o clamidia. Del 10% al 30% de los hombres con uretritis gonocócica que no han recibido tratamiento alguno desarrollarán epididimitis, y de éstos, el 20% al 40% pueden presentar infertilidad.
- b) En mujeres: las complicaciones producto de las ITS y otras infecciones del tracto reproductivo son más severas y frecuentes. Debido a que un alto porcentaje de infecciones son asintomáticas las pacientes no buscan servicios de salud a tiempo para prevenir complicaciones. Entre las complicaciones tenemos:
  - a. Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)
  - b. Embarazo ectópico.
  - c. Infertilidad.
  - d. Complicaciones durante el embarazo, parto y/o puerperio.
  - e. Cáncer de cuello uterino causado por el virus del papiloma humano.

Una de las complicaciones más importantes es la infertilidad, que resulta de cicatrices producidas en las trompas de Falopio después de una infección por Gonorrea, Clamidia y probablemente Vaginosis bacteriana que inicialmente produjeron una Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI). Se estima que el riesgo de infertilidad luego de un episodio de EPI sin tratamiento es de 15-25% y se eleva a 60% luego del tercer episodio. Además una EPI aumenta 7 a 10 veces más la posibilidad de un embarazo ectópico. El riesgo de embarazo ectópico para una mujer que ha tenido EPI es 6 a 10 veces mayor que el de una mujer sin historia de EPI. La fertilización podría ocurrir con una obstrucción tubárica parcial, pero el riesgo de implantación en las trompas de Falopio u otro lugar fuera del útero (embarazo ectópico) es alto en estos casos. La ruptura del embarazo ectópico, junto a las complicaciones de aborto e infección postparto, son causas prevenibles de muerte materna, que son problemas comunes en lugares con alta prevalencia de ITS y EPI.

**Tabla 2. Distribución de la infertilidad debido a ITS según regiones**

Región	Proporción
África	50 - 80%
Asia	15 - 40%
América Latina	>35%
Países industrializados	10 - 35%

Fuente: Wasserheit J., Holmes K. en Germain et al.: Reproductive Tract Infections

Las ITS son causa importante de complicaciones durante el embarazo. Los abortos tardíos y natimueertos se pueden asociar a la infección de la placenta o el saco amniótico (corioamnionitis) debido a enfermedades de transmisión sexual y al sobrecrecimiento bacteriano asociado a vaginosis bacteriana. Las ITS también puede conllevar a la ruptura prematura de membranas y/o parto prematuro contribuyendo a los nacimientos

pretérmino, complicaciones en el recién nacido y recién nacidos de bajo peso.

Las ITS se pueden asociar a infecciones congénitas como en el caso de sífilis, gonorrea, clamidia, VHS-2, hepatitis B y VIH que pueden causar ceguera, invalidez y muerte neonatal.

**Tabla 3. Algunas de las complicaciones asociadas a ITS**

ITS	Síntomas y signos		Complicaciones
	Mujeres	Hombres	
Clamidia/ Gonorrea	Mucopus cervical  Dolor abdominal bajo  Usualmente asintomático	Descarga uretral  Ardor al orinar  Frecuentemente Asintomático	-EPI -Infertilidad en hombres y mujeres -Dolor pélvico crónico -Estrecheces uretrales en el varón -Infección y muerte materna. -Embarazo ectópico, parto prematuro. -Infección perinatal y muerte del recién nacido prematuro, infección congénita. -Incrementa el riesgo de infección por VIH
Sífilis	Úlcera genital, rash, otros signos. Frecuentemente asintomático (fase latente prolongada)		-Abortos y mortinatos -Infección congénita -Incrementa el riesgo de infección por VIH.
Chancroide	Úlcera genital		-Incrementa el riesgo de infección por VIH
Tricomoniasis	Descenso vaginal o flujo vaginal anormal en la mujer	Descarga uretral en el hombre (posiblemente con tricomonas)	-Endometritis postparto. -Parto pretérmino por ruptura prematura de membranas. -Incrementa el riesgo de infección por VIH.
Vaginosis bacteriana	Descenso vaginal o flujo vaginal anormal		-EPI. -Endometritis postparto. -Parto pretérmino por ruptura prematura de membranas. -Niños con bajo peso al nacer. -Infección de herida operatoria. (post cesárea) -Incrementa el riesgo de infección por VIH.

Fuente: "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual y Prevención de Embarazo no Deseado: Manual Autoinstructivo", Proyecto PREVEN 2003.

El virus del papiloma humano (VPH), que es una ITS, incrementa el riesgo del cáncer cervical, siendo una de las causas de muerte por cáncer más frecuente en mujeres. El VIH es transmitido mas fácilmente cuando otras ITS están presentes. En regiones donde

tienen alta prevalencia de VIH también tienen altas tasas de ITS curables.

**Las ITS tienen un impacto no sólo individual sino en la comunidad, la región y el país en sí:**

Por el impacto social de las ITS y de sus complicaciones como la infertilidad  
Por el efecto de transmisión de madre a niño, condicionando pérdidas neonatales, discapacidades y orfandad.  
Por el impacto socioeconómico del VIH-SIDA  
Por la pérdida de días de trabajo y productividad que representan para el país  
Por la disminución de la expectativa de vida  
Por el incremento de costos de los sistemas de salud

#### FACTORES QUE INFLUENCIAN LA TRANSMISIÓN DE LAS ITS Y EL VIH

Las ITS y el VIH son enfermedades infecciosas cuya transmisión depende principalmente del comportamiento de los individuos y su entorno. Las epidemias de ITS se desarrollan a través de fases predecibles, moldeadas por la interrelación de los agentes patógenos, el comportamiento de los grupos poblacionales en los que se desarrolla, y los esfuerzos para prevenirla. Las redes sociales y sexuales que condicionan la epidemia se ubican en grupos de población caracterizados por un alto intercambio de parejas sexuales (grupo núcleo) y un pobre contacto con el sistema de salud. Para que se produzca la transmisión de una ITS, una serie de factores sociales, de comportamiento y biológicos tienen que concurrir.

a) Factores sociales que influyen en la transmisión:

Fracaso en el cumplimiento en la adopción de medidas de “sexo seguro” (que disminuyen la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA), como el tener

una sola pareja sexual y ser mutuamente fieles, o el uso de condón. Hay muchas razones por las que la gente no tiene sexo seguro entre ellas:

- a. Se desconoce que es “sexo seguro”
- b. Presiones sociales que empujan a los/las adolescentes a iniciar tempranamente las relaciones sexuales.
- c. Roles sociales que fomentan los patrones de infidelidad (especialmente en varones).
- d. No se tiene acceso a condones
- e. No les gusta usar condones
- f. Razones culturales o religiosas impiden que las personas sexualmente activas usen condones

Retraso en la búsqueda de servicios de salud cuando se tiene una ITS: algunas razones por las que no se realizan diagnósticos ni se dan tratamientos tempranos se mencionan a continuación:

- a. Muchas personas no saben cuales son los síntomas de las ITS
- b. Muchas ITS no tienen síntomas (especialmente en mujeres) y los pacientes pueden tenerlas sin saberlo.
- c. Los servicios de salud no son adecuados o no están al alcance del paciente.
- d. Los servicios de salud no tienen los medicamentos adecuados.
- e. Muchas personas prefieren acudir a proveedores alternativos (curanderos etc).
- f. Hay un estigma asociado a tener una ITS lo que hace que la persona retrase al máximo el acudir a un servicio de salud o al médico.

La costumbre de no completar el tratamiento: un tratamiento es efectivo solo si se toma la dosis completa. Sin embargo mucha gente recibe tratamientos parciales por costos o creencias (basta sentirse mejor para parar el tratamiento).

No se brinda la oportunidad de tratamiento a la(s) pareja(s) sexual(es), por temor a informarles de lo que se trata, o por desconocimiento de la necesidad e importancia del tratamiento de la pareja. Al inicio de la sesión, es común que el(la) consultante no sepa por dónde empezar. El (la) consejero(a) puede referirse a este hecho diciendo, por ejemplo: “Sé que es difícil hablar sobre el tema...”, “esto sucede frecuentemente...”. (Guarde silencio). Se sugiere mirar a los ojos y tener una postura que muestre interés y empatía. Si el silencio se produce en el desarrollo de la sesión, generalmente es por que el(la) consultante requiere de un tiempo para reflexionar, decidir o expresar sus sentimientos. El(la) consejero(a) debe guardar silencio y utilizar la técnica del reflejo, que es repetir la última frase que dijo el(la) consultante. Esta acción propiciará nuevamente el diálogo.

- b) Factores de comportamiento de los individuos o factores de “riesgo”: debido a que la principal forma de transmisión de las ITS son las relaciones sexuales hay una serie de factores que incrementan el riesgo de infección.
- a. Tener una nueva pareja sexual.
  - b. Tener más de una pareja sexual.
  - c. Tener una pareja que tiene otras parejas sexuales.
  - d. Tener relaciones sexuales con parejas “casuales” (amigos/as, “vacilones etc)
  - e. Tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales o con clientes de trabajadoras sexuales.
  - f. El uso de drogas o alcohol. Estos interfieren con la capacidad de las personas de tomar decisiones al respecto de con quien y como tener relaciones sexuales.
  - g. Continuar teniendo relaciones sexuales estando con síntomas de una ITS

- h. No usar condón en aquellas situaciones de riesgo (como las mencionadas) exponiendo a la(s) pareja(s) a un riesgo alto de infección.
    - i. Si se tiene una ITS, no informar a la pareja(s) sexual(es) que necesita(n) tratamiento.
- c) Factores Biológicos que influyen la transmisión:
  - a. La edad: las mujeres jóvenes son especialmente susceptibles de adquirir ITS por características de la vagina y cervix que aún no han desarrollado completamente los mecanismos de defensa como el pH ácido, moco cervical espeso o menor grado de ectopia y exposición del epitelio.
  - b. Muchas Infecciones de Transmisión Sexual pueden ser asintomáticas. Las personas con ITS que no presentan síntomas pueden diseminar la enfermedad sin incluso saber que ellos(as) lo tienen. Esto complica los programas de control y tratamiento puesto que no es sencillo localizar a los pacientes asintomáticos.
  - c. Características de los agentes biológicos: Existe resistencia de algunas bacterias (como las que causan gonorrea y chancroide) a los antibióticos. Este problema requiere cambios en las opciones y uso de drogas cada vez más caras para lograr el control de las enfermedades. Para las ITS virales como el VIH, el VPH y el herpes no hay tratamiento efectivo, esto condiciona que las personas infectadas con estos virus puedan seguir contagiando durante toda su vida si tienen relaciones sexuales sin protección, manteniendo alta la prevalencia de estas infecciones.
  - d. Diferencias por sexo: En general el riesgo de infección de un varón con ITS a una mujer sana es mayor que el de una mujer con ITS a un varón sano durante las relaciones sexuales penetrativas. Las mujeres tienen una mayor superficie de exposición (toda la pared de la vagina) con respecto a los varones (uretra). En el caso de la Gonorrea, el 80% de las mujeres se contagiarán después del contacto sexual con un

hombre infectado, mientras que el 30% de los varones contraerá la infección luego de tener contacto con una mujer infectada. Otros factores que influyen son la circuncisión masculina y el uso de anticonceptivos.

## SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL PERÚ

En el Perú, el sistema de vigilancia epidemiológica tiene limitaciones que no permiten estimar la magnitud real de las ITS. La información proveniente de estudios transversales evidencia que existe una elevada frecuencia de estas enfermedades que contrasta con la escasa demanda de servicios de salud. Esta situación es explicada por la inadecuada percepción de riesgo, la falta de reconocimiento de los síntomas, el carácter asintomático de muchas ITS, y la carencia de servicios de ITS accesibles. La integración de los servicios de ITS en el primer nivel de atención y la creación de centros modelo de atención de ITS ayudarán a revertir esta situación.

En el Perú, el VIH afecta principalmente a varones que tienen relaciones sexuales, en el 2009 se determinó que los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres representan el 55% de la incidencia del VIH y que las parejas femeninas de varones que tenían relaciones sexuales con varones representaron el 6% de la incidencia del VIH. (1)

De acuerdo a la clasificación del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud la epidemia del VIH en el Perú se encuentra en estadio de epidemia concentrada, es decir que la prevalencia es mayor del 5% en grupos de elevada prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (GEPETS) y menor del 1% en gestantes. (1)

El comportamiento del VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el Perú es el de una epidemia concentrada, así desde el primer caso diagnosticado de SIDA en el Perú en el año 1983 hasta noviembre de 2014, se han reportado 31 mil 600 casos de SIDA y 51 mil 998 casos

notificados de VIH1 pero se estima que más de 100 mil personas estarían viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana hasta el año 2040. Las regiones que acumulan la mayor cantidad de casos de SIDA fueron Lima (64,61%), Callao (6,63%), Loreto (4,09%)(26). La vías de transmisión más frecuente es la vía sexual 97%, la transmisión vertical 2% y la parenteral 1%. La magnitud del problema, la rápida propagación del VIH/SIDA, la inexistencia de cura para la enfermedad y la relación entre ITS y VIH confirman la importancia de monitorear el conocimiento de la población sobre la transmisión, prevención y percepción de los riesgos. (19)

Al inicio de la epidemia del SIDA en el Perú, los grupos etéreos más afectados fueron los mayores de 30 años, sin embargo en la última década se observó que la mediana de los casos de SIDA fue de 31 años, lo que significa que el 50% de todos los casos diagnosticados como SIDA han sido menores de 30 años lo que sugiere que la mediana probable de infección por VIH estaría alrededor de los 20 años, es decir que los jóvenes están infectándose con el VIH tempranamente antes de los 25 años. (1)

Un estudio realizado entre 600 hombres y mujeres del Cono Norte de Lima (Sánchez, 1992), relacionó la seroprevalencia de siete ITS con una encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales, y demostró que existen diferencias de género en las prácticas sexuales, la prevalencia de diferentes ITS y los factores de riesgo relacionados. Asimismo este estudio encontró que: (18)

- a. El número promedio de parejas sexuales durante toda la vida entre hombres (10.6 parejas) excedió el de mujeres (1.2), aún cuando la prevalencia de anticuerpos contra patógenos causantes de ITS fue 2.8 veces más frecuente entre mujeres que entre hombres
- b. El 37% de los hombres con experiencia sexual participantes en el estudio reconocieron haber tenido relaciones sexuales con una trabajadora sexual (TS) durante el año previo, la mitad de las veces sin usar condón.

- c. Entre varones, tener sexo con una TS usando condón menos de la mitad de las veces fue el único factor independiente asociado a tener evidencia serológica de ITS.
- d. Entre mujeres, luego de ajustar por el efecto de la edad, los anticuerpos contra ITS estuvieron asociados con el número de parejas sexuales y con la edad de inicio de relaciones sexuales.
- e. El 23% de 64 mujeres con inicio sexual antes de los 18 años tenían anticuerpos contra Chlamydia trachomatis, en contraste con el 9% de 140 mujeres cuya edad de inicio sexual fue luego de los 18 años de edad. Esta asociación persistió luego de ajustar el efecto de edad y número de parejas sexuales.
- f. Por el contrario, el número de parejas sexuales, pero no la edad de inicio sexual, estuvo asociado a anticuerpos contra el virus del Herpes tipo 2 entre mujeres.

Otro estudio de base poblacional desarrollado en mas de 15,000 adultos jóvenes en 24 ciudades del Perú (PREVEN 2002) muestra la alta frecuencia de ITS en varones y mujeres, la alta frecuencia de conductas de riesgo y el bajo uso de condón. Estas evidencias demuestran que la mayoría de las ITS tienen una prevalencia mayor en determinados grupos poblacionales, y que las estrategias de prevención de ITS deben dirigirse a estos grupos si queremos ser eficaces en el control de las mismas. (18)

## **METODOS ANTICONCEPTIVOS**

La sexualidad es una característica humana del desarrollo vital que cada cual vive de manera particular y que se ve afectada por variables culturales, sociales y personales. Implica aspectos como la comunicación, el placer, la afectividad, la expresión de las emociones, los deseos y la reproducción.

Los métodos anticonceptivos nos permiten:

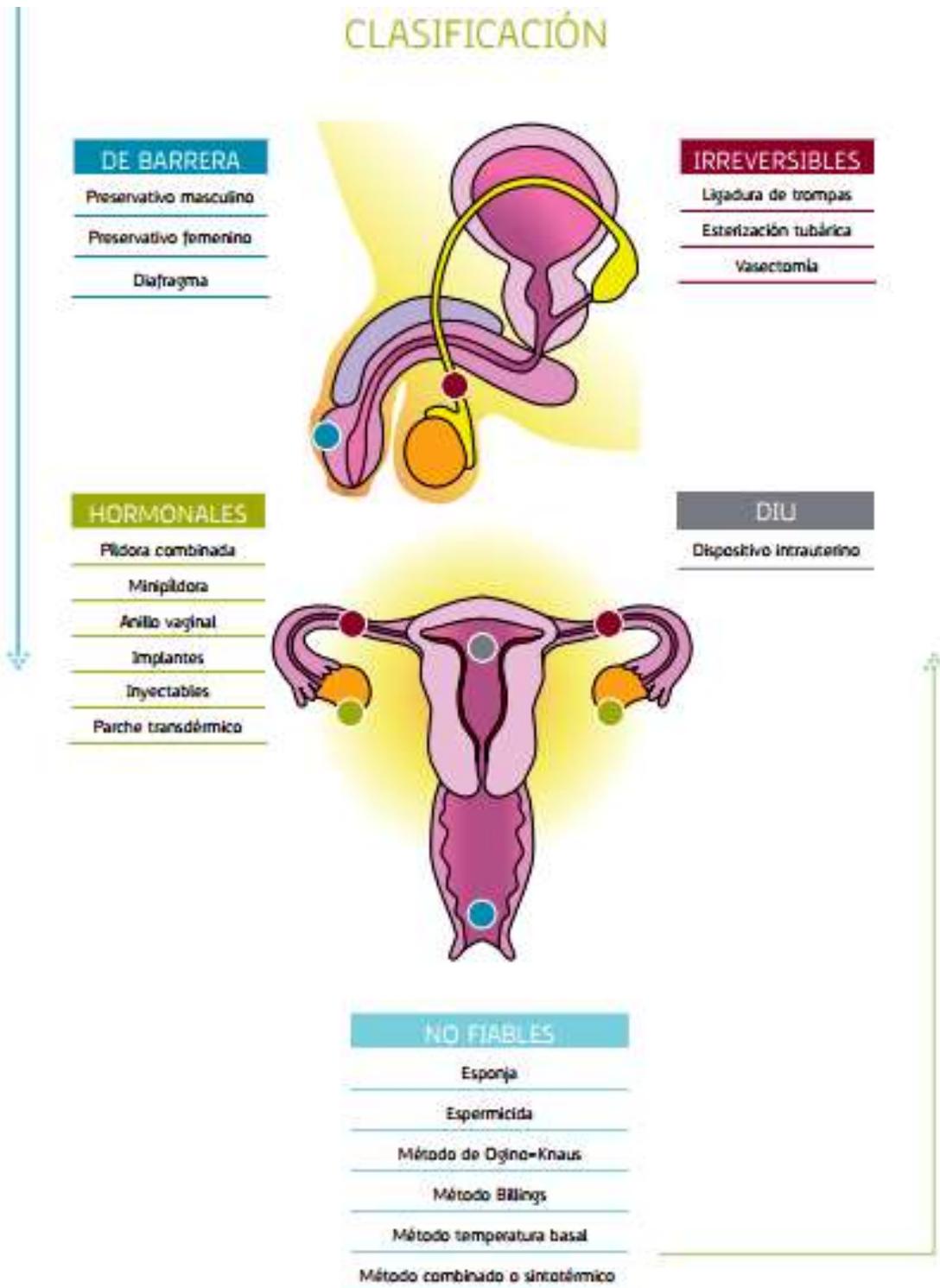
- a. Vivir la sexualidad de una manera libre y satisfactoria
- b. Tener relaciones sexuales sin temor al embarazo
- c. Planificar con bastante seguridad el número de hijos y el momento de tenerlos, evitando embarazos no deseados

La reproducción está unida al disfrute de la sexualidad. Por esta razón, la posibilidad de tener descendencia debe ser valorada y decidida conjuntamente de manera responsable por los miembros de la pareja. El embarazo no debe producirse como consecuencia de la desinformación y el desconocimiento de los riesgos, fallos y errores que pueden producirse. Si se tienen relaciones sexuales con coito y el objetivo deseado no es la reproducción, se deben utilizar métodos que evitan el embarazo. (20)

El objetivo de la anticoncepción es evitar que el espermatozoide y el ovulo se encuentren. Este objetivo se consigue mediante diversos mecanismos de acción: 1. Inhibición del desarrollo y la liberación del óvulo (mediante anticonceptivos orales, inyección de progesterona de acción prolongada, parche transdérmico o anillo vaginal anticonceptivos) o 2. Creación de una barrera mecánica, química o temporal entre el espermatozoide y el óvulo (mediante preservativo, diafragma, espermicida, planificación familiar natural y anticoncepción intrauterina). Como mecanismo secundario, algunos métodos también alteran la capacidad del cigoto para implantarse y desarrollarse (por ejemplo: anticoncepción intrauterina y anticonceptivos orales poscoitales). Cada uno de estos métodos puede utilizarse, por separado o en combinación, para evitar el embarazo, y cada uno de ellos posee sus ventajas e inconvenientes y sus riesgos y beneficios. (9)

No existe un método anticonceptivo ideal que vaya bien a todas las mujeres y hombres, a cualquier edad y en todas las situaciones. Cada hombre y mujer han de decidir en las distintas etapas de su vida fértil cual es el método anticonceptivo más adecuado a su situación, estado de salud, condiciones personales y frecuencia de relaciones sexuales con penetración. Para tomar una decisión informada es conveniente buscar el consejo de un profesional

sanitario. Es importante estar convencido de querer utilizar un método anticonceptivo, saber bien cómo funciona y usarlo correctamente. (20)



## **a. Temporales (22)**

### **I. Hormonales Combinados**

#### **I.1 Anticonceptivos orales en combinación (la «pastilla» o «píldora»)**

Los anticonceptivos orales combinados corresponden al método de anticoncepción hormonal más utilizado y se cuenta con una variedad inmensa de ellos en el mercado (preparados monofásicos, preparados multifásicos, etc).

Los anticonceptivos orales tienen muchos beneficios, entre ellos la reducción del riesgo de padecer cáncer de ovario y de útero. Aunque los métodos anticonceptivos hormonales están asociados a riesgos, para la mayoría de las mujeres el uso de uno de estos fármacos es más seguro que el embarazo. Los anticonceptivos orales no protegen contra las ETS.

Con respecto al mecanismo de acción, la mayoría son combinaciones de un estrógeno y un progestágeno. Sus acciones son numerosas, pero su efecto más importante es prevenir la ovulación al suprimir los factores hipotalámicos liberadores de gonadotropinas. Esto a su vez, impide la secreción hipofisaria de hormona estimulante del folículo (FSH) y hormona luteinizante (LH). Los progestágenos evitan la ovulación al suprimir la LH y también aumentan la densidad del moco cervical, lo cual dificulta el paso de los espermatozoides. Asimismo, aquellos hacen que el endometrio sea poco favorable para la implantación. Los estrógenos previenen la ovulación al eliminar la liberación de FSH; asimismo estabilizan el endometrio, lo cual previene las hemorragias intercurrentes.

El efecto neto es la supresión efectiva de la ovulación, la inhibición del desplazamiento de los espermatozoides a través del moco cervical y

la creación de un endometrio poco favorable para la implantación. Por tanto, aportan una protección casi absoluta de la concepción siempre y cuando se tomen diariamente durante tres de cada cuatro semanas.

Cuando se usan de manera confiable, los anticonceptivos orales combinados constituyen métodos de prevención del embarazo reversible y rápidamente eficaz. Además hay varios beneficios no anticonceptivos. Algunos beneficios como aumento de la densidad ósea, disminución de la pérdida sanguínea menstrual y la anemia, menor riesgo de embarazo ectópico, mejoría de la dismenorrea por endometriosis, menor riesgo de cáncer endometrial y ovárico. Una indicación es que no debe tomarse mientras se amamanta.

## **I.2 Anillos vaginales**

Es un anillo anticonceptivo hormonal intravaginal flexible constituido por acetato de etinilvinilo que mide 54 mm de diámetro y 4mm de grosor. Su centro contiene etinilestradiol y el progestágeno etonogestrel. Estos se liberan a una velocidad de 15 y 120 microgramos, respectivamente, y se absorben a través del epitelio vaginal. A pesar de que el resultado es una concentración hormonal sistémica inferior a la que se obtiene con los anticonceptivos orales y el parche, la ovulación se inhibe completamente.

Antes de su distribución, los anillos se mantienen en refrigeración y, una vez que se distribuyen, su vida media es de 4 meses. El anillo se coloca dentro de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación y se extrae después de 3 semanas de uso, con el propósito de que haya una semana para la hemorragia por supresión. Se obtendrá anticoncepción aun si el anillo se deja en su lugar por una cuarta semana. Para los anillos que permanecen en su sitio durante más de 4 semanas, sin embargo, debería descartarse un embarazo, colocar un nuevo anillo y utilizar un método alternativo por siete días.

Casi 70% de los compañeros sexuales manifiesta la posibilidad de percibir el anillo durante el coito. Cuando esta sensación es molesta, el anillo se extrae en el curso del coito, pero se debe colocar en su sitio de nuevo dentro de las siguientes 3h.

### **I.3 inyectables mensual**

Anticonceptivo inyectable que contiene 25mg de acetato de medroxiprogesterona y 5mg de cipionato de estradiol.

## **II. Hormonales de solo progestágenos**

### **II.1 Pastillas de progestágeno solo «minipastilla» o «minipíldora»**

Anticonceptivo a base de progestágeno que se ingiere diariamente. A diferencia de los orales combinados no inhibe de manera confiable la ovulación. Su eficacia depende básicamente de las alteraciones que origina en el moco cervical y sus efectos en el endometrio. Los cambios del moco no duran más de 24 horas, la minipíldora se debe tomar a la misma hora todos los días para aumentar la eficacia.

Las minipíldoras no producen ni exacerban la hipertensión. Pueden ser ideales para algunas mujeres con aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares.

La desventaja es que estos anticonceptivos deben tomarse a la misma hora diariamente. Si el anticonceptivo a base de progestágeno se ingiere con una diferencia incluso de 4 horas, será necesario utilizar algún otro método de respaldo durante las siguientes 48 horas.

Estos anticonceptivos están contraindicados en mujeres con hemorragia uterina inexplicable, cáncer mamario conocido, tumores

hepáticos benignos o malignos, embarazo o enfermedad hepática aguda. Estas si pueden usarse mientras se amamanta.

## **II.2 Implantes de progestágenos**

Son cilindros o capsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo. Debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se puede usar entre 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas.

## **II.3 Progestágenos inyectables**

Tanto el acetato de medroxiprogesterona de depósito intramuscular 150mg cada 3 meses, como en enantato de noretisterona, 200 mg cada dos meses, son anticonceptivos progestacionales inyectables que se han utilizado con eficacia en todo el mundo durante años. La medroxiprogesterona de depósito (DMPA) se inyecta en el musculo deltoides o el glúteo mayor, sin masaje, para asegurar que el fármaco se libere lentamente de manera alternativa, se dispone de una versión subcutánea, la cual se inyecta en el tejido subcutáneo de la cara anterior del muslo o abdomen cada 3 meses. Esta preparación subcutánea contiene 104mg de DMPA, que se absorbe más lentamente que la presentación intramuscular.

Sus mecanismos de acción incluyen inhibición de la ovulación, aumento de la viscosidad del moco cervicouterino y creación de un endometrio desfavorable para la implantación del ovocito. La inyección inicial debería aplicarse en los primeros 5 días de la menstruación. Las concentraciones séricas terapéuticas de DMPA suficientes para ejercer un efecto anticonceptivo constante se observan en 24 horas. Por lo tanto, no se requiere un método anticonceptivo de respaldo si se inicia en los 5 primeros días de la menstruación.

Su eficacia anticonceptiva es similar o mejor a la de los orales combinados y tampoco afecta la lactancia.

La desventaja principal de los progestágenos de liberación lenta es la hemorragia menstrual irregular y la anovulación prolongada una vez que son suspendidos (entre 1 a 4 meses), con lo que se retrasa la fertilidad.

### **III. Dispositivo intrauterino (DIU)**

#### **III.1 DIU de cobre y liberador de progestinas**

Son uno de los métodos más utilizados y seguros de anticoncepción no permanente en todo el mundo. Existen dos tipos: uno en forma de T que libera una pequeña cantidad de levonorgestrel en el útero y el otro libera una pequeña cantidad de cobre en el útero.

El dispositivo que contiene levonorgestrel funciona principalmente evitando que el espermatozoide y el ovulo se encuentren. También provoca el espesamiento del moco cervical y crea un medio uterino desfavorable. El cobre del otro dispositivo evita que el ovulo sea fecundado o se adhiera a la pared del útero. También impide que el semen llegue al útero y las trompas uterinas, lo que reduce la capacidad de los espermatozoides para fecundar un ovulo. El DIU que contiene cobre también se utiliza como anticonceptivo postcoital.

Un efecto secundario importante del DIU que contiene levonorgestrel es la disminución de la hemorragia menstrual (de hasta un 50%) y la gravedad de la dismenorrea. Las concentraciones de progesterona no se ven afectadas.

El DU que contiene cobre tiene una vida útil recomendada de 10 años y un índice de embarazos del 0,5% al 0,8%. El DIU que libera levonorgestrel tiene una duración de hasta 5 años y un índice de embarazos del 0,2%.

Las bacterias de la flora endógena cervical y vaginal pueden introducirse en el útero durante la inserción del DIU y pueden provocar una infección. No se ha demostrado que la profilaxis con antibióticos disminuya la incidencia de este tipo de infección.

Aproximadamente del 40% al 50% de las mujeres que se quedan embarazadas llevando el DIU tendrán un aborto espontáneo en el primer trimestre.

## **III.2 Métodos de barrera**

### **III.2.1 Preservativo**

Es una funda que se coloca en el pene erecto (preservativo masculino) o dentro de la vagina (preservativo femenino) para evitar que el semen llegue al cuello uterino y al aparato genital superior. El preservativo es el único método anticonceptivo fiable no permanente disponible para el varón, los demás son vendidos para las mujeres. Los preservativos pueden adquirirse fácilmente y no son caros, y pueden ser de látex, de un material que no contenga látex o, con menor frecuencia, de membrana animal (normalmente intestinos de oveja). Solo los preservativos de látex protegen contra el VIH.

El preservativo se tolera bien y solo hay escasos informes de irritación cutánea o reacción alérgica. Algunos varones refieren una disminución de la sensación con el uso del preservativo, pero en realidad esto puede ser una ventaja para los eyaculadores precoces. Se calcula que el índice de deslizamiento y rotura con el uso normal del preservativo oscila entre el 5% y el 8%. En estos casos, hay que recomendar a las

parejas que busquen atención médica dentro de las 72h siguientes para poder aplicar métodos anticonceptivos postcoitales.

El preservativo femenino es una funda, o forro vaginal, que se ajusta a la vagina antes del acto sexual. Tiene un índice de deslizamiento y rotura de aproximadamente el 3% y se recomienda no extraerlo hasta después de 6 a 8h del coito.

### **III.2.2 Espermicidas**

Son preparaciones que contienen una sustancia química activa que destruye el semen, además de algún excipiente o base (por ejemplo: gel, espuma, crema, película, supositorio o comprimido). Son útiles sobre todo cuando se necesita protección temporal; por ejemplo, durante la primera semana después de haber comenzado con anticonceptivos orales o durante la lactancia. De manera típica, los espermicidas funcionan como barreras físicas a la penetración de espermatozoides y por su acción espermicida química. El ingrediente activo es nonoxinol-9 u octoxinol-9. Los espermicidas se deben depositar en el fondo de la vagina en contacto con el cuello uterino poco antes del coito. Su eficacia máxima dura menos de 1 hora. En caso de repetir coito, se debe introducir una nueva dosis. Es importante evitar las duchas vaginales por lo menos durante 6h después del coito. Las tasas elevadas de embarazos se atribuyen principalmente a una aplicación deficiente y no a falla del método. No son teratógenos.

El nonixinol-9 no proporciona protección contra infecciones de transmisión sexual. Hoy en día, hay mucho interés por la combinación de espermicidas y microbicidas, que son anticonceptivos controlados por la mujer, los cuales pueden también proteger de las enfermedades de transmisión sexual.

### **III.2.3 Diafragma cervical**

Es un dispositivo flexible, con forma de copa y elaborado a base de hule natural, se coloca alrededor de la base del cuello uterino. La propia mujer se lo puede introducir y dejarlo colocado hasta 48h. Se debe utilizar combinado con un espermicida. El diafragma cervical es relativamente costoso, y, por lo general, la colocación incorrecta hace que sea menos efectivo que el diafragma con espermicida.

## **IV. Métodos de abstinencia**

### **IV.1 Método de Billings (moco cervical)**

Este método se basa en la resequedad y la humedad vaginal, las cuales son consecuencias que sufren la cantidad y la calidad del moco cervical en los diversos periodos del ciclo menstrual. Es necesario que haya abstinencia desde que comienza la menstruación hasta cuatro días después de identificar el moco filante. Si se usa con precisión, la tasa de fallas en el primer año es de aproximadamente 3%.

### **IV.2 Método del ritmo según el calendario**

Este método requiere contar el número de días en el ciclo menstrual más corto y el más largo durante un periodo de seis a 12 meses. A partir del ciclo más corto, se restan 18 días para calcular el primer día de fecundidad. Del ciclo más largo, se restan 11 días para identificar el último día de fecundidad. Esto es problemático porque la ovulación ocurre unos 14 días antes del comienzo del siguiente periodo menstrual. Puesto que esto no sucede necesariamente 14 días después de iniciado el último periodo menstrual, el método del ritmo según el calendario es poco confiable.

### **IV.3 Método de Lactancia Materna Exclusiva y Amenorrea (MELA)**

Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar. Consiste en el amamantamiento exclusivo con leche materna al bebé, por lo menos 10 a 12 veces por día durante los 6 primeros meses. Es efectivo mientras no tengas tu menstruación.

Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación) por acción de la prolactina que inhibe la oxitocina. Sin embargo, este método no es confiable como técnica de planificación familiar en mujeres cuyos hijos se alimentan únicamente a base de leche materna.

### **IV.4 Método del ritmo según la temperatura.**

Este método se basa en la presencia de cambios leves (un incremento sostenido de  $-17,5^{\circ}\text{C}$  en la temperatura basal justo antes de la ovulación). Este método tiene mayor probabilidad de éxito siempre y cuando se evite el coito durante cada ciclo menstrual hasta que pasa por completo la elevación de la temperatura por la ovulación. Para que este método sea más efectivo, la mujer debe abstenerse de tener relaciones sexuales desde el primer día de la menstruación hasta el tercer día después de que se incremente su temperatura. Si se sigue al pie de la letra las indicaciones, la tasa de embarazos no deseados es de 2% en el primer año.

## **b. Permanentes**

### **b.1 Esterilización femenina (Ligadura de Trompas)**

La esterilización suele llevarse a cabo al obstruir o seccionar las salpinges (trompas de Falopio) impidiendo la comunicación de los ovarios con la matriz uterina. Esta técnica puede practicarse en cualquier momento, pero por lo

menos la mitad se realiza después de una cesárea un parto vaginal. Es un método definitivo.

### **b.2 Esterilización masculina (Vasectomía)**

Consiste en una intervención quirúrgica. Se realiza a través de una incisión pequeña en el escroto, o de manera alternativa mediante una punción en el mismo, para interrumpir la luz de los vasos deferentes y bloquear el paso de los espermatozoides desde los testículos.

Hay menos complicaciones quirúrgicas menores con el método del bisturí que con la técnica usual de incisión, pero cada uno es igualmente eficaz.

## **c. Métodos anticonceptivos oral de emergencia**

Los métodos actuales de anticoncepción de urgencia incluyen COC o productos con progestágeno solo.

### **c.1 Combinaciones de estrógeno-progestágeno**

El método de Yuzpe explica que se administra un mínimo de 100 microgramo de etinilestradiol y o, 5mg de levonorgestrel. Estos esquemas de COC son más eficaces mientras más temprano se tomen a continuación de un coito sin protección. La primera dosis se ingiere realmente en las 72h siguientes, pero puede darse hasta 120h después. La dosis inicial es seguida 12h posteriores por una segunda. Los esquemas de anticoncepción hormonal de urgencia son altamente eficaces y disminuyen el riesgo de embarazo por hasta 94%.

### **c.2 Solo progestágenos**

Este producto solo contiene progestágeno incluye dos tabletas, cada una de las cuales contiene 0,75mg de levonorgestrel. De forma óptima, la primera dosis se ingiere en las primeras horas 72h posteriores al coito sin protección,

pero puede administrarse hasta 120h después. La segunda dosis se toma luego de 12h aunque Ngai et al. (2005) mostraron que un intervalo de 24h entre la dosis también era eficaz. De manera alternativa, se puede utilizar una sola dosis de 1,5mg de levonorgestrel.

El mecanismo principal es la inhibición o el retraso de la ovulación. Otro mecanismo comprende alteraciones en el endometrio, la penetración de los espermatozoides y la motilidad uterina. Los embarazos establecidos no se dañan.

## **PLANIFICACION FAMILIAR**

Los programas de planificación familiar ayudan a las personas, ofreciendo servicios de salud reproductiva que evitan embarazos involuntarios y ofrecen más opciones, sin embargo para asegurar un amplio acceso a los servicios de salud reproductiva de buena calidad es esencial contar con el compromiso del liderazgo nacional y la financiación adecuada para estos programas. (23)

La Planificación Familiar es una estrategia fundamental en el logro de la salud sexual y reproductiva de un país. La Planificación Familiar está asociada a la reducción de los índices de mortalidad materna previniendo que las gestantes mueran durante el embarazo, parto o puerperio y proporcionándoles los elementos necesarios para evitar los riesgos que se presentan, así como la información requerida que les permita aplazar la gestación hasta que se encuentren preparadas tanto física, emocional y económicamente.

Este criterio también es válido para adolescentes y jóvenes en edad fértil, quienes por desconocimiento se embarazan a temprana edad sin planificarlo, poniendo en riesgo su vida y la de su bebé, en lugar de esperar hasta después de los 20 años, así como establecer períodos intergenésicos

(tiempo entre un nacimiento y otro) de por lo menos 3 años para reducir el número de embarazos no planificados susceptibles a terminar en un aborto.

La OMS refiere que la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

Entre los beneficios que te brinda la planificación familiar esta la prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres, reducción de la mortalidad de los menores de un año, prevención de la infección por el VIH y el SIDA, poder de decisión y una mejor educación, disminución del embarazo de adolescentes, menor crecimiento de la población.

Estudios hechos por la OMS refiere que el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En África pasó de 23% a 24%; en Asia se mantuvo en 62%, y en América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%; en cada región es notable la variación entre países.

En el Perú, La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES constituye una de las investigaciones estadísticas más importantes que ejecuta el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), realizo en el año 2010 una encuesta sobre planificación familiar.

En el 2010, el 74,4% de mujeres usa algún método y el 25,6 no usa ningún método anticonceptivo. En comparación a la última encuesta que se realizó en el año 2000 se observa que el porcentaje de mujeres ha aumentado de

68,9%. Con respecto a las mujeres que no usan métodos anticonceptivos, se observó que el porcentaje ha disminuido, ya que para el año 2000 se obtuvo un 31,1%.

Con respecto al uso de métodos modernos el porcentaje se ha mantenido en un 50,5. En cambio, con respecto a los métodos tradicionales, para el año 2000 se obtuvo un 18,4% y para el 2010 la cifra aumento a 23,9%.

Según el uso de métodos anticonceptivos por área de residencia, en comparación de un área urbana de una rural, se observó que las cifras son muy parejas. En el área urbana se obtuvo un 75,2% y en área rural 72,4% que usan método anticonceptivo.

En el área rural, comparando las cifras obtenidas en el 2000, son favorables. Para el año 2000 mujeres que usaban métodos anticonceptivos era de 61,5%, cifra que se ha elevado hasta 72,4%. Con respecto a las que no usan métodos en el área rural, la cifra para el año 2000 era de 38,5%. Esta cifra ha sido reducida a un 27,6%

También se realizó un análisis con respecto a que método anticonceptivo moderno usaba la mayoría. Los resultados que se obtuvieron fueron que el método anticonceptivo que las mujeres prefieren es la inyección anticonceptiva con un 17,5%. Otros métodos que se evaluaron fueron condón (11,2%), esterilización femenina (9,3%), píldora (8,3%), DIU (3,3%), esterilización masculina (0,4%), vaginales (0,3%), MELA (0.2%).

Según el departamento, para el año 2010, el departamento que más métodos anticonceptivo usa fue Ancash (80,1%), seguido de Cajamarca (79,4%), Ica (79,0%). El departamento de Loreto que el menos porcentaje obtuvo.

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).

Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Los motivos son los siguientes: por la poca variedad de métodos; porque hay acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros; por temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad; por oposición por razones culturales o religiosas; por servicios de mala calidad; por barreras de género.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. En África, el 53% de las mujeres en edad fecunda tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. En Asia y América Latina y el Caribe —regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta—, las necesidades insatisfechas representan un 21% y un 22%, respectivamente.

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS**

### **3.1 HIPÓTESIS**

#### **HIPOTESIS GENERAL**

- Las pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar no saben acerca de la sexualidad.

#### **HIPOTESIS ESPECIFICAS**

- Las pacientes tienen conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.
- Las pacientes no saben sobre el uso y los diversos métodos anticonceptivos que existen.
- La conducta sexual de las pacientes es no usar algún método anticonceptivo.
- Las pacientes no están de acuerdo con respecto al ejercicio de una sexualidad sana y segura.

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

- Diseño de estudio: Observacional, sin intervención.
- Tipo de estudio: Cuantitativo. Descriptivo. Retrospectivo y transversal.

### 4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### CONOCIMIENTOS DE LAS PACIENTES EN RELACIÓN A LA SEXUALIDAD

<b>1. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	
Denominación	ITS
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Candidiasis vaginal – Gonorrea – Sífilis – Herpes genital – Hepatitis B – VIH – Tricomoniasis vaginal.
Unidad de medida	Si sabe – No sabe
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Social
Definición operacional	Conocimiento de la existencia, tipos, formas y prevención de las ITS.
Definición conceptual	Conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo.

#### 2. VIH/SIDA

Denominación	VIH/SIDA
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Vía sexual – Vía sanguínea – Vía vertical – Objetos contaminados – No sabe
Unidad de medida	Si sabe – No sabe
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Social
Definición operacional	Conocimiento de la existencia, contagio y prevención del VIH/SIDA.
Definición conceptual	Virus que afecta las células inmunitarias encargadas de protegernos de las enfermedades.

### 3. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Denominación	Anticonceptivos
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Píldora – Ampolla – T de cobre – Preservativo – MELA – Ligadura de trompas – Vasectomía – Calendario
Unidad de medida	Si sabe – No sabe
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Social
Definición operacional	Conocimientos de la existencia, usos y tipos de métodos anticonceptivos.
Definición conceptual	Aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluye coito vaginal.

<b>4. RELACIONES SEXUALES PRE – MATRIMONIALES EN LAS PACIENTES</b>	
Denominación	Relaciones sexuales pre – matrimoniales
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	
Unidad de medida	Sí está de acuerdo – No está de acuerdo – No sabe/No opina
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Social
Definición operacional	Opinión de las pacientes sobre las relaciones sexuales pre – matrimoniales.
Definición conceptual	Conjunto de comportamientos sexuales y prácticas sexuales realizados antes de establecerse el matrimonio.

<b>5. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b>	
Denominación	Métodos anticonceptivos
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Píldora – Ampolla – T de cobre – Preservativo – MELA – Ligadura de trompas – Vasectomía – Calendario
Unidad de medida	Sí está de acuerdo – No está de acuerdo – No sabe/No opina
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Social
Definición operacional	Opinión de las pacientes sobre el uso de métodos anticonceptivos.
Definición conceptual	Aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluye coito vaginal.

<b>6. USO DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>
--

Denominación	Planificación familiar
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Conoce los lugares de planificación familiar o no
Unidad de medida	Sí está de acuerdo – No está de acuerdo – No sabe/No opina
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Social
Definición operacional	Opinión de las pacientes sobre el uso de servicios de planificación familiar.
Definición conceptual	Conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

## PRÁCTICAS DE LAS PACIENTES EN RELACIÓN A LA SEXUALIDAD

<b>7. ACTIVIDAD SEXUAL ACTUAL</b>	
Denominación	Actividad sexual
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Método anticonceptivo
Unidad de medida	Si – No
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Biológico
Definición operacional	Actividad sexual actual y uso de algún método anticonceptivo actual.
Definición conceptual	Expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente.

<b>8. USO DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	
Denominación	Servicios de planificación familiar
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Conoce los lugares de planificación familiar o no
Unidad de medida	Si – No
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Social
Definición operacional	Uso de los servicios de planificación familiar.
Definición conceptual	Conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

## SEXUALIDAD

<b>9. CONOCIMIENTOS</b>	
Denominación	Conocimiento
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Si sabe o no sabe
Unidad de medida	ITS – VIH – Anticoncepción
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Social
Definición operacional	Conocimientos del VIH/SIDA
Definición conceptual	Hechos o información adquiridos por un ser vivo a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.

<b>10. ACTITUDES</b>	
Denominación	Actitud
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Opinión de la paciente
Unidad de medida	Actividad sexual – Anticoncepción – Consejería
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Social
Definición operacional	Opinión de las pacientes
Definición conceptual	Forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas.

<b>11. PRÁCTICAS</b>
----------------------

Denominación	Práctica
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Si pone en práctica o no
Unidad de medida	Actividad sexual – Anticoncepción – Consejería
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Social
Definición operacional	Conducta de las pacientes
Definición conceptual	Acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.

#### 4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de los datos de la presente investigación comprende a pacientes que acuden al Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo comprendido entre el 28 Diciembre del 2015 y el 16 de Enero del 2016.

Teniendo en cuenta que en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, donde se realizó la investigación, asisten en promedio 15 pacientes por día, las pacientes que constituyeron la muestra para el estudio fueron de 186 obtenidas por muestreo probabilístico aleatorio simple con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

**N:** es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

**k:** es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos.

**e:** es el error muestral deseado. El error muestral es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la población y el que obtendríamos si preguntáramos al total de ella.

**p:** es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que  $p=q=0.5$  que es la opción más segura.

**q:** es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es  $1-p$ .

**n:** es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

#### 4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento para la recolección de datos fue una encuesta, la cual fue una recopilación de publicaciones especializadas acerca del tema, conocimientos acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, Métodos anticonceptivos y Planificación familiar.

Se realizó la encuesta que constó de trece preguntas:

- Las seis primeras con respuesta múltiple, las cuales midieron:
  - Conocimiento y forma de prevención de las ITS.
  - Conocimiento acerca de la forma de prevenir e infectarse del VIH/SIDA.
  - Conocimiento y utilidad de los métodos anticonceptivos.
- Las siete restantes con una sola respuesta, las cuales midieron:
  - La conducta sexual de la paciente.

- La actitud que tiene la paciente respecto al ejercicio de una sexualidad sana y segura

Dicho instrumento fue entregado a un grupo de expertos sobre el tema (doctores especialistas en Gineco-Obstetricia) quienes evaluaron minuciosamente dicho instrumento, lo perfeccionaron y ajustaron algunas preguntas e incluyeron otras que no habían sido consideradas, y posterior a ello, dieron su aprobación.

#### 4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información se realizó mediante una encuesta anónima acerca del conocimiento sobre sexualidad a pacientes que acudieron al Consultorio Externo de Planificación Familiar del Servicio de Gineco-Obstetricia durante el periodo de 01 de Noviembre al 30 de Noviembre del 2015. Cada paciente que acudía al consultorio ya mencionado se le hacía entrega de una encuesta previa explicación acerca de qué consistía y la forma del llenado de la misma, con una duración aproximada de 5 minutos por cada una.

#### 4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la realización de la presente tesis se utilizó la Encuesta ya mencionada, la cual para saber el conocimiento sobre sexualidad de la población se interpretó:

- Si conocían o no las diversas ITS y las formas de prevención de éstas.
- Si conocían o no acerca de la forma de prevención e infectarse del VIH/SIDA.
- Si conocían o no los diversos métodos anticonceptivos y la utilidad de éstos.

- La conducta sexual de las pacientes es si utilizan o no un método anticonceptivo.
- Si están de acuerdo o no con respecto al ejercicio de una sexualidad sana y segura.

Posterior ello, se procedió al llenado del cuadro de la categorización de variables, con la finalidad de ingresar la información al programa SPSS 23.0 para obtener los resultados: valores estadísticos y gráficos, para el análisis de cada variable y el comportamiento estadístico; y así determinar el conocimiento en relación a la sexualidad en Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el mes de noviembre del 2015.

Se elaboró tablas tanto para las variables de tipo categórico como para las de tipo numérico, y se realizó gráficos de barras y circulares de acuerdo a cada variable.

## CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1 RESULTADOS

**Tabla1**

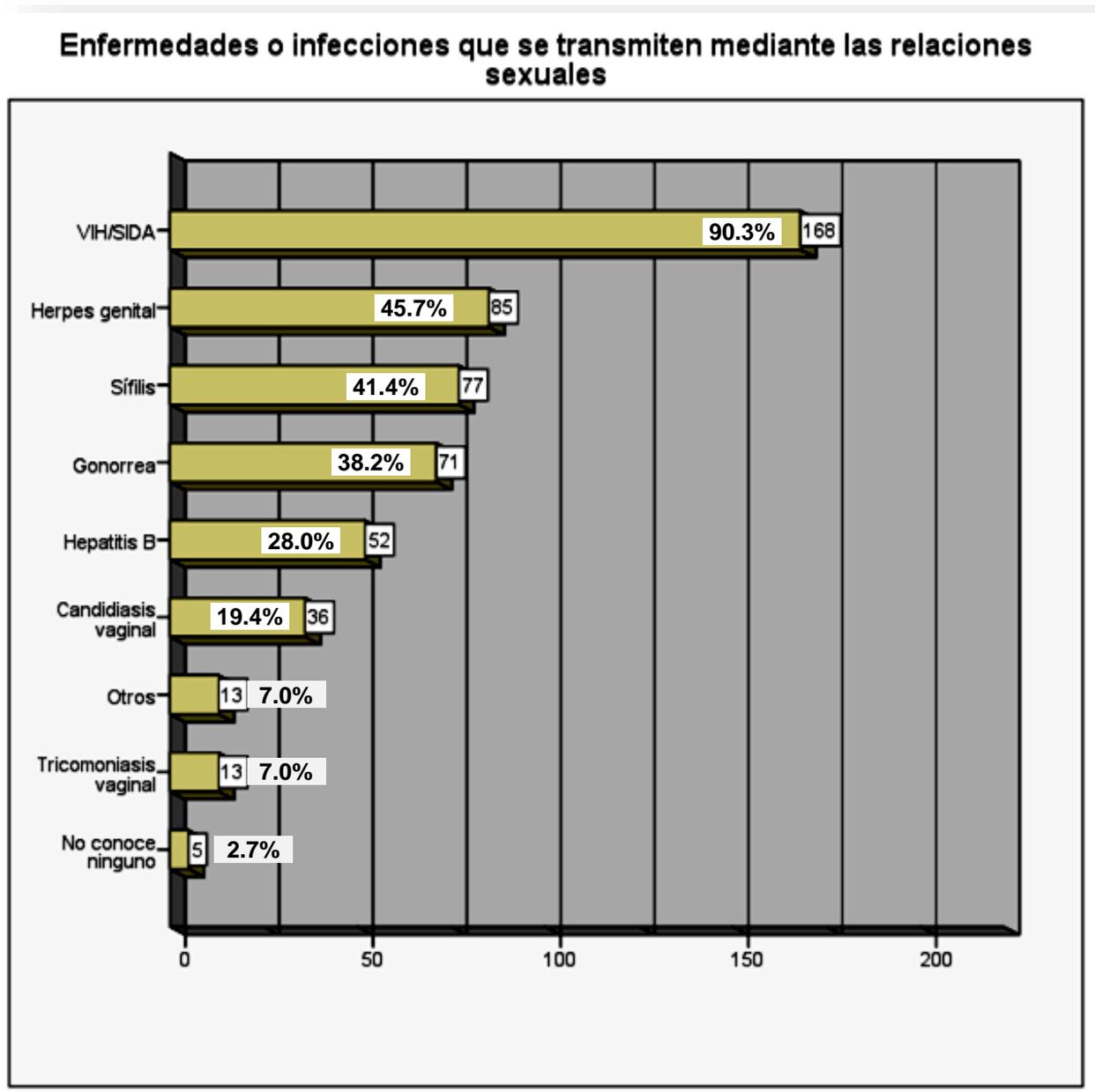
Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de las enfermedades o infecciones que se transmiten mediante las relaciones sexuales.

#### Enfermedades o infecciones que se transmiten mediante las relaciones sexuales

ITS	Frecuencia	Porcentaje de casos
Candidiasis vaginal	36	19,4%
Gonorrea	71	38,2%
Sífilis	77	41,4%
Herpes genital	85	45,7%
Hepatitis B	52	28,0%
VIH/SIDA	168	90,3%
Tricomoniasis vaginal	13	7,0%
No conoce ninguno	5	2,7%
Otros	13	7,0%
		100,0%

**Gráfico 1**

Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de las enfermedades o infecciones que se transmiten mediante las relaciones sexuales.



En este gráfico podemos apreciar que las Infecciones de Transmisión Sexual más conocidas son VIH/SIDA 168 (90,3%); Herpes Genital 85 (45,7%); Sífilis 77 (41,4%); Gonorrea 71 (38,2%); Hepatitis B 52 (28,0%); Candidiasis vaginal 36 (19,4%) y Tricomoniasis vaginal 13 (7,0%).

**FUENTE: Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”**

**Tabla 2**

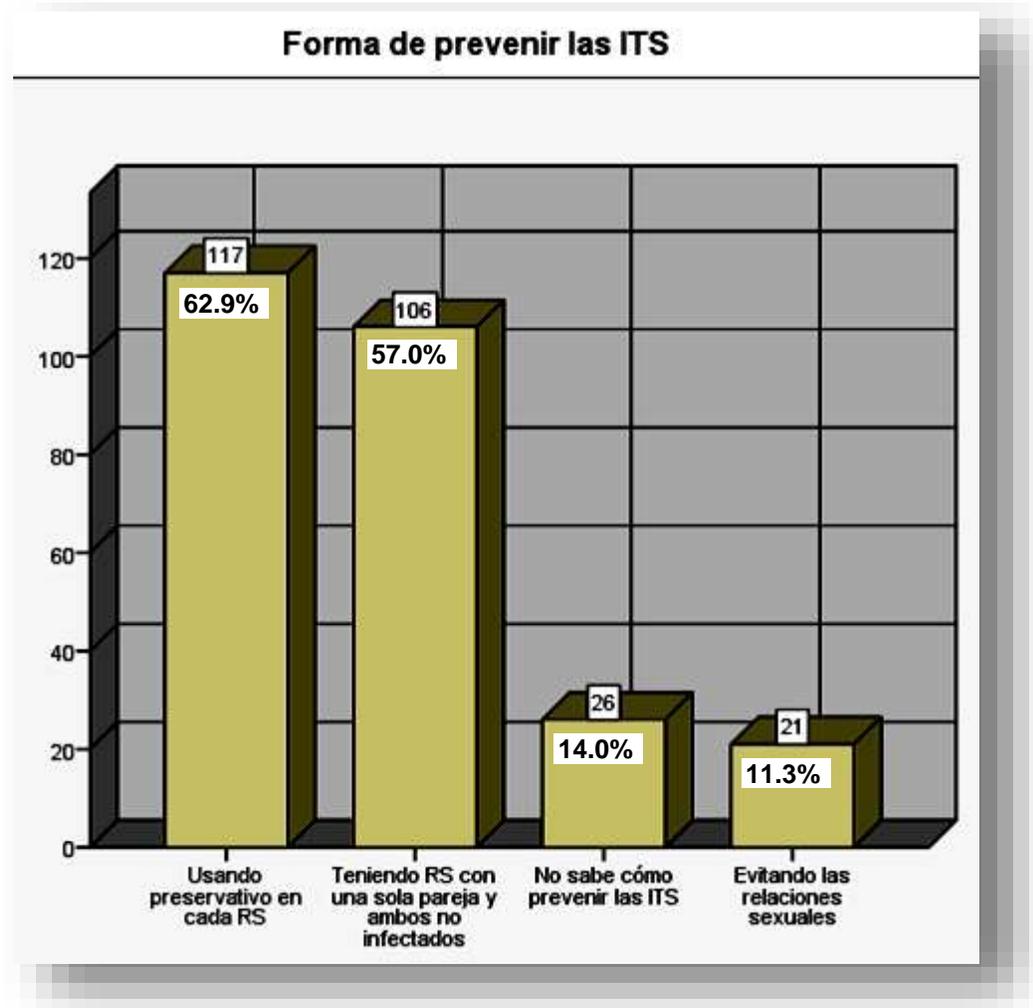
Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) – Por una sola respuesta.

**Forma de prevenir las ITS**

Descripción	Frecuencia	Porcentaje de casos
Evitando las relaciones sexuales	21	11,3%
Teniendo RS con una sola pareja y ambos no infectados	106	57,0%
Usando preservativo en cada RS	117	62,9%
No sabe cómo prevenir las ITS	26	14,0%
		100,0%

## Gráfico 2

Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) – Por una sola respuesta.



Se observa que de entre las formas posibles de prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual están “Uso del Preservativo” 117 (62.9%); “La Monogamia: teniendo RS con una sola pareja” 106 (57.0%); y “La Abstinencia” 21 (11.3%). También observamos que 26 (14.0%) refiere no conocer forma alguna de prevenir estas infecciones.

**FUENTE:** Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”

**Tabla 3**

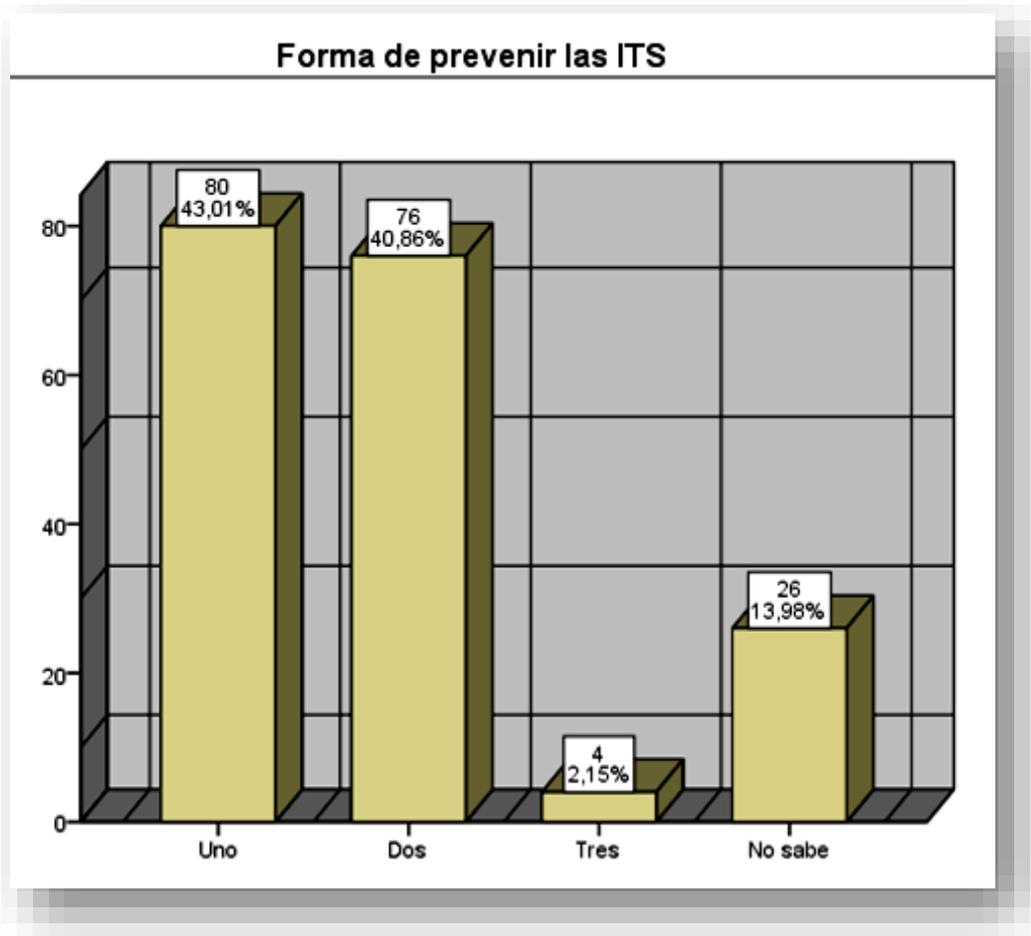
Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) – Por respuesta múltiple.

**Forma de prevenir las ITS**

Número de respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Uno	80	43,0
Dos	76	40,9
Tres	4	2,2
No sabe	26	14,0
Total	186	100,0

### Gráfico 3

Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) – Por respuesta múltiple.



Encontramos que con respecto a la cantidad de formas posibles de prevenir la infección las ITS 80 (43.01%) refiere conocer una sola forma; 76 (40,8%) refiere conocer dos formas; 4 (2.15%) refiere conocer tres formas; y 26 (13.98%) refiere no conocer forma alguna de prevenir las ITS.

**FUENTE: Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”**

**Tabla 4**

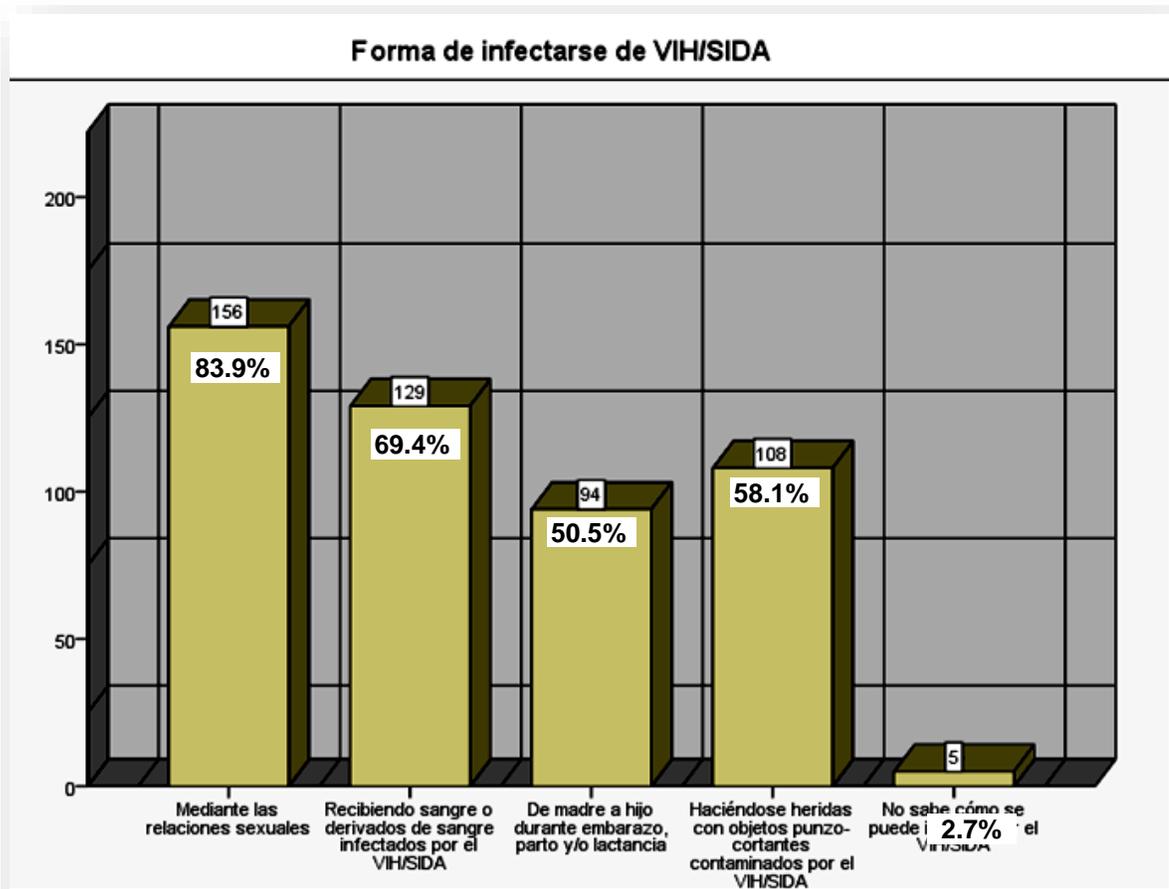
Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de infectarse de VIH/SIDA – Por una sola respuesta

**Forma de infectarse del VIH/SIDA**

Descripción	Frecuencia	Porcentaje de casos
Mediante las relaciones sexuales	156	83,9%
Recibiendo sangre o derivados de sangre infectados por el VIH/SIDA	129	69,4%
De madre a hijo durante embarazo, parto y/o lactancia	94	50,5%
Haciéndose heridas con objetos punzo-cortantes contaminados por el VIH/SIDA	108	58,1%
No sabe cómo se puede infectar por el VIH/SIDA	5	2,7%
		100,0%

**Gráfico 4**

Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de infectarse de VIH/SIDA – Por una sola respuesta



En este gráfico podemos observar que las formas posibles de contagio del VIH/SIDA más conocidas son la vía sexual 156 (83.9%); la vía sanguínea 129 (69.4%); mediante objetos contaminados 108 (58.1%); la vía vertical 94 (50.5%); y 5 (2.7%) desconoce forma de contagio.

**FUENTE:** Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”

**Tabla 5**

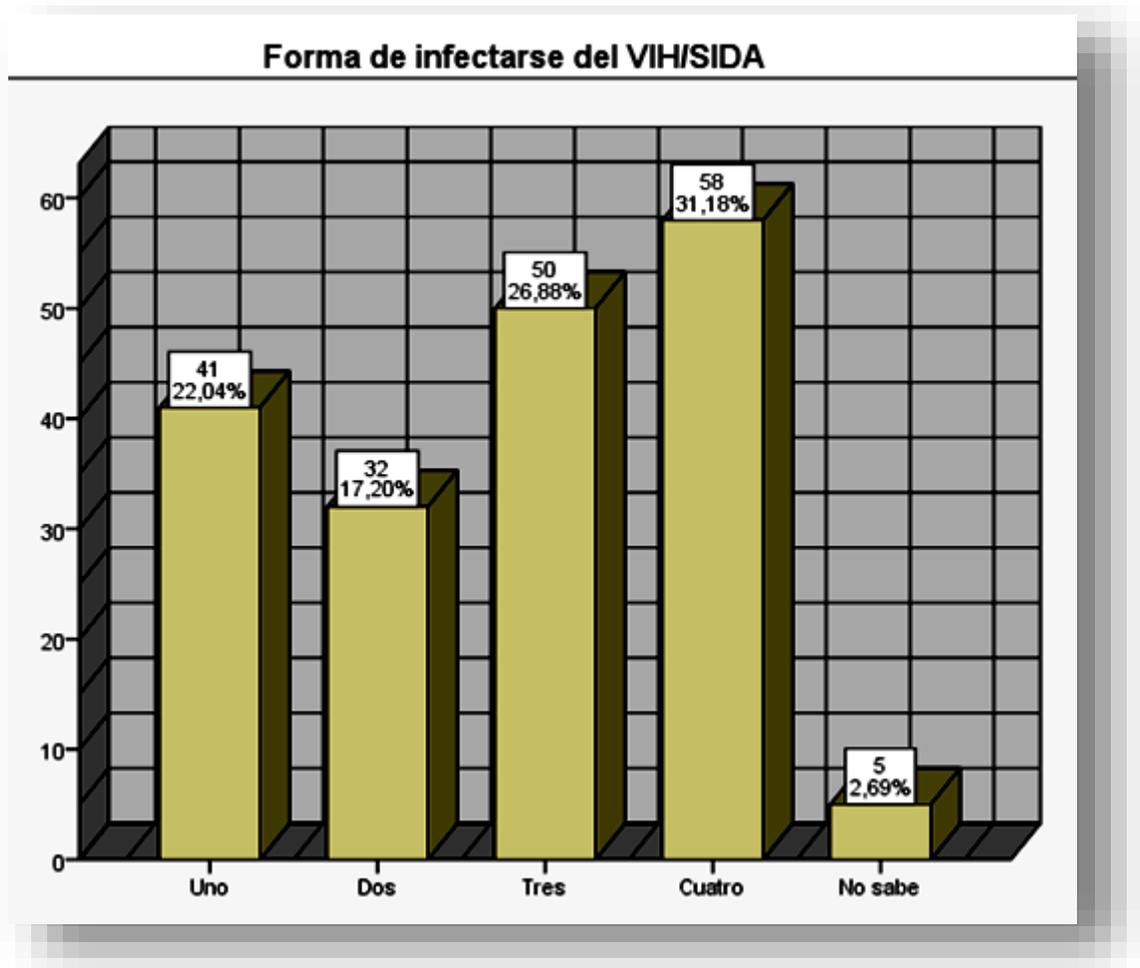
Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de infectarse de VIH/SIDA – Por respuesta múltiple.

**Forma de infectarse del VIH/SIDA**

Número de respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Uno	41	22,0
Dos	32	17,2
Tres	50	26,9
Cuatro	58	31,2
No sabe	5	2,7
Total	186	100,0

**Gráfico 5**

Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de infectarse de VIH/SIDA – Por respuesta múltiple.



Podemos observar que 41 (22.04%) refiere conocer una sola forma de contagio del VIH/SIDA; 32 (17.20%) refiere conocer dos formas; 50 (26.887%) refiere conocer tres formas; 58 (31.18%) refiere conocer cuatro formas; y 5 (2.69%) refiere no conocer forma alguna de contagio.

**FUENTE:** Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”

**Tabla 6**

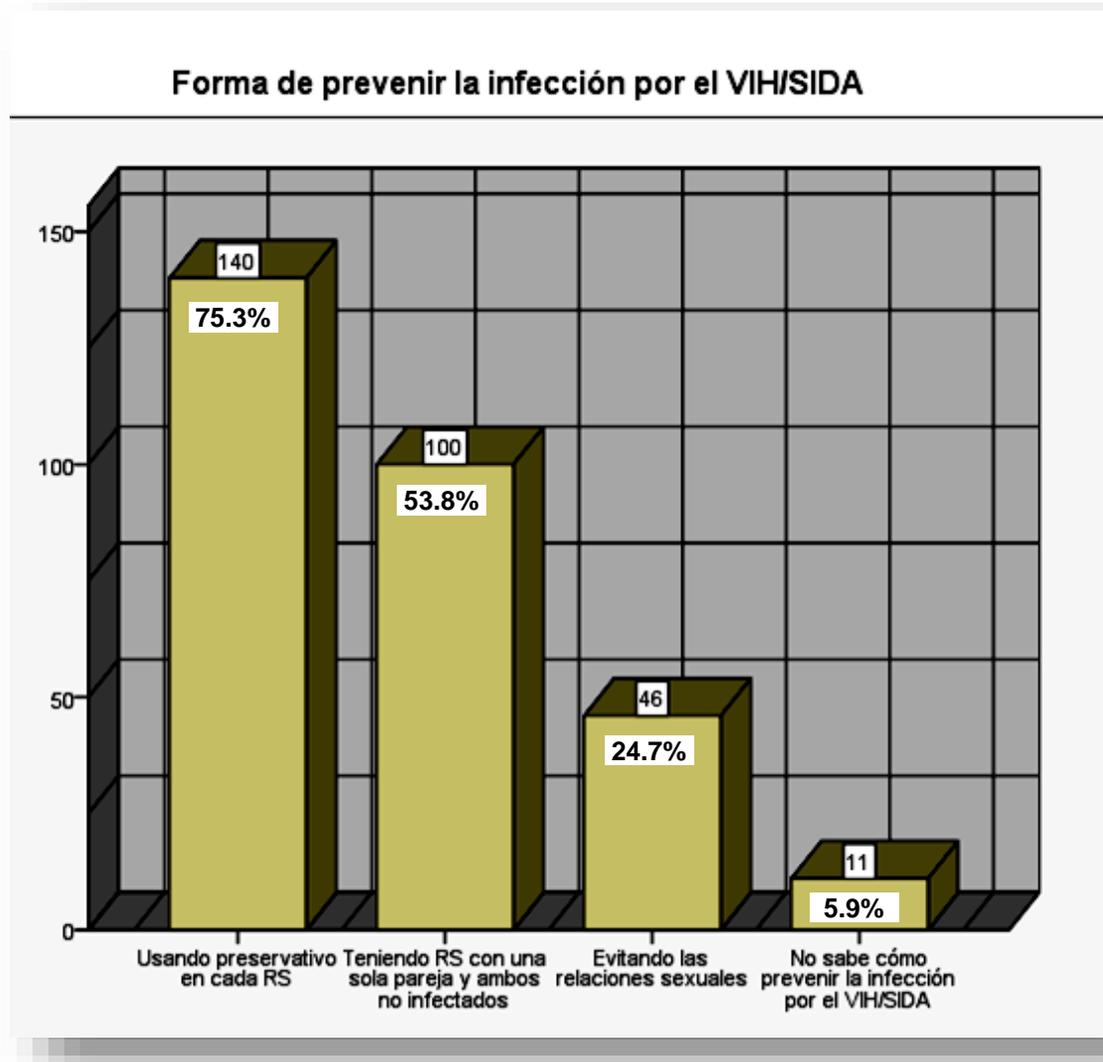
Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir la infección por el VIH/SIDA – Por una sola respuesta

**Forma de prevenir la infección por el VIH/SIDA**

Descripción	Frecuencia	Porcentaje de casos
Evitando las relaciones sexuales	46	24,7%
Teniendo RS con una sola pareja y ambos no infectados	100	53,8%
Usando preservativo en cada RS	140	75,3%
No sabe cómo prevenir la infección por el VIH/SIDA	11	5,9%
		100,0%

**Gráfico 6**

Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir la infección por el VIH/SIDA – Por una sola respuesta



En el presente gráfico observamos que entre las formas posibles de prevenir el VIH/SIDA más conocidas tenemos el uso del preservativo 140 (75.3%); monogamia: teniendo RS con una sólo pareja 100 (53.8%); la abstinencia 46 (24.7%); y 11 (5.9%) refiere no conocer forma alguna de evitar la infección.

**FUENTE: Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”**

**Tabla 7**

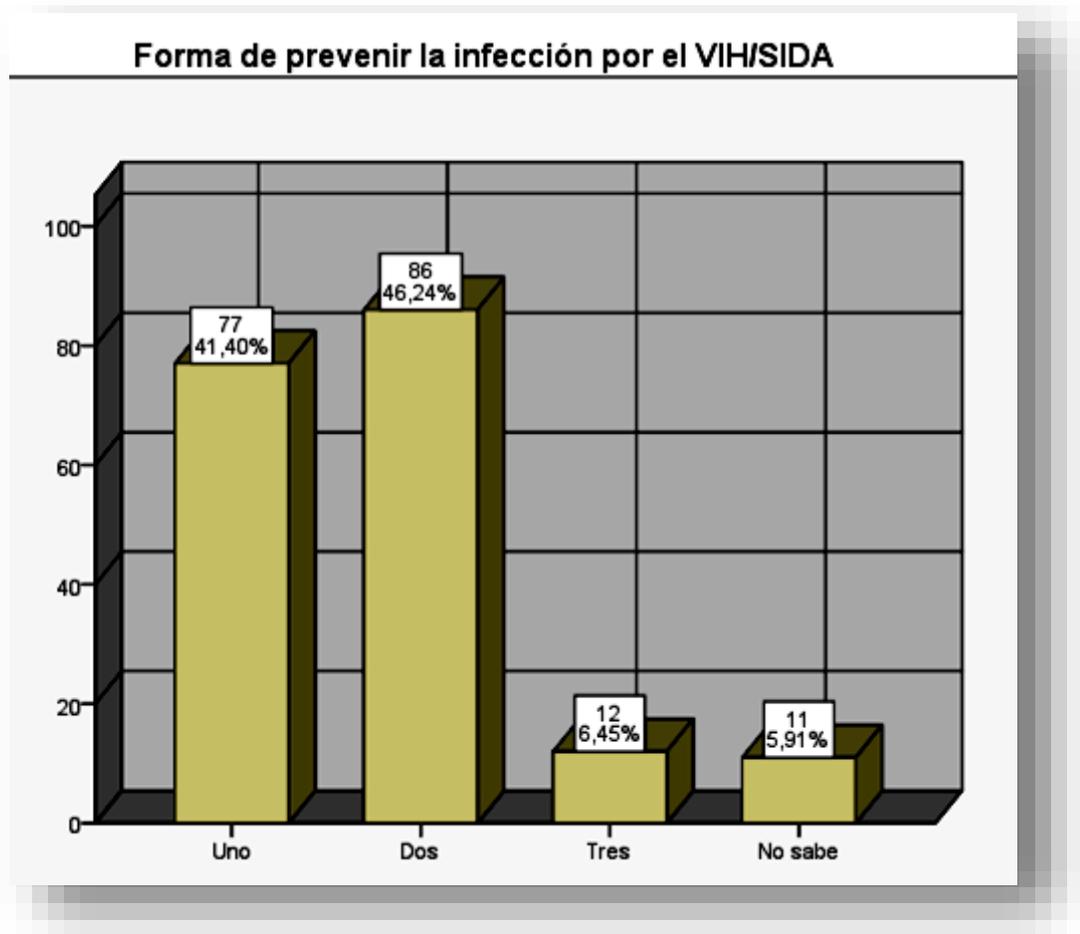
Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir la infección por el VIH/SIDA – Por respuesta múltiple

**Forma de prevenir la infección por el  
VIH/SIDA**

Número de respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Uno	77	41,4
Dos	86	46,2
Tres	12	6,5
No sabe	11	5,9
Total	186	100,0

### Gráfico 7

Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir la infección por el VIH/SIDA – Por respuesta múltiple



Encontramos que con respecto a la cantidad de formas posibles de prevenir la infección por el VIH/SIDA 77 (41.40%) refiere conocer una sola forma; 86 (46.24%) refiere conocer dos formas; 12 (6.45%) refiere conocer tres formas; y 11 (5.91%) refiere no conocer forma alguna de evitar la infección.

**FUENTE:** Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”

**Tabla 8**

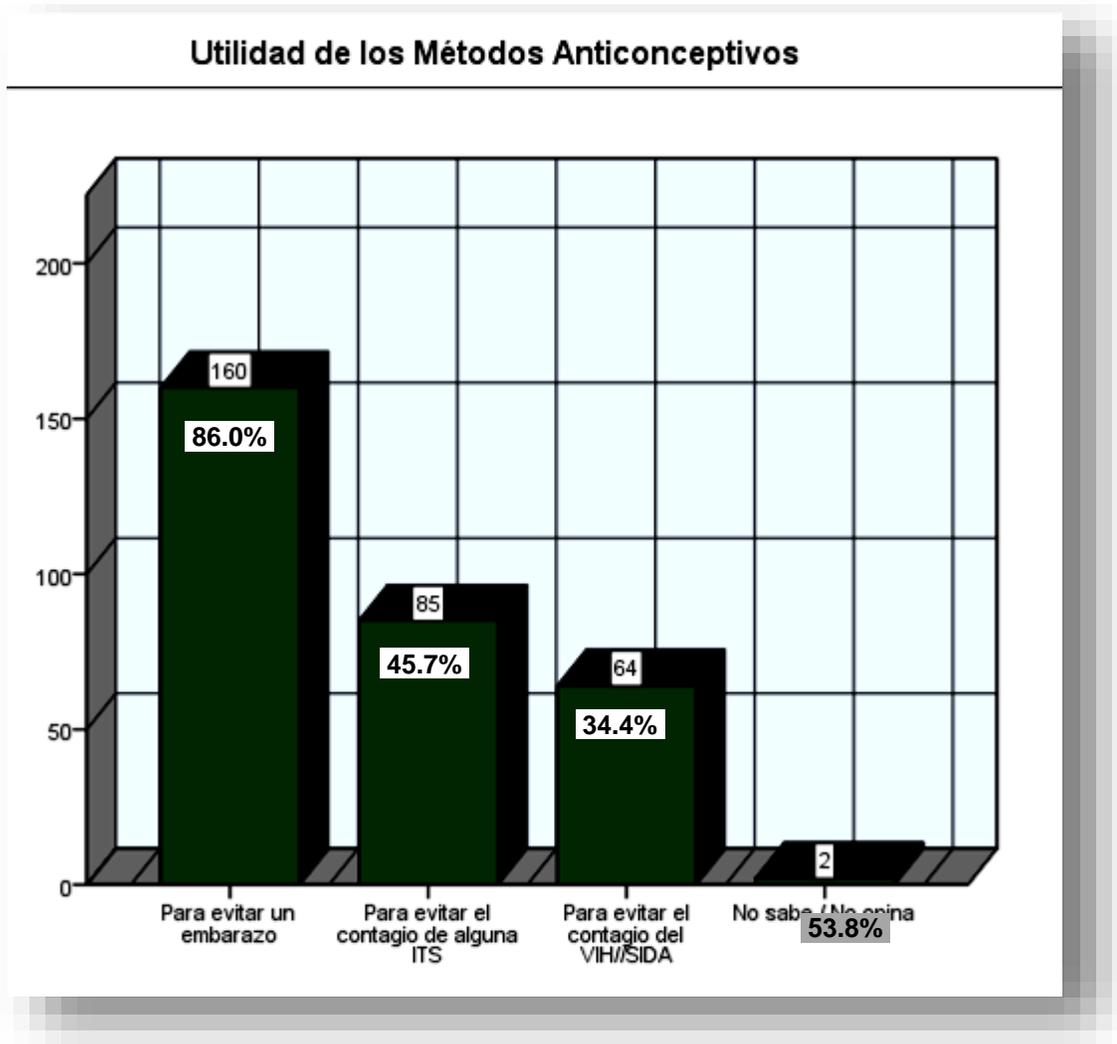
Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la utilidad de los métodos anticonceptivos.

**Utilidad de los Métodos Anticonceptivos**

Descripción	Frecuencia	Porcentaje de casos
Para evitar un embarazo	160	86,0%
Para evitar el contagio de alguna ITS	85	45,7%
Para evitar el contagio del VIH//SIDA	64	34,4%
No sabe / No opina	2	1,1%
		100,0%

**Gráfico 8**

Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la utilidad de los métodos anticonceptivos.



En este gráfico observamos que 160 (86.0%) refieren que los métodos anticonceptivos sirven para evitar un embarazo; 85 (45.7%) que sirven para evitar una infección de transmisión sexual; 64 (34.4%) que sirven para evitar el VIH/SIDA; y 2 (1.1%) no sabe y/o no opina.

**FUENTE:** Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”

**Tabla 9**

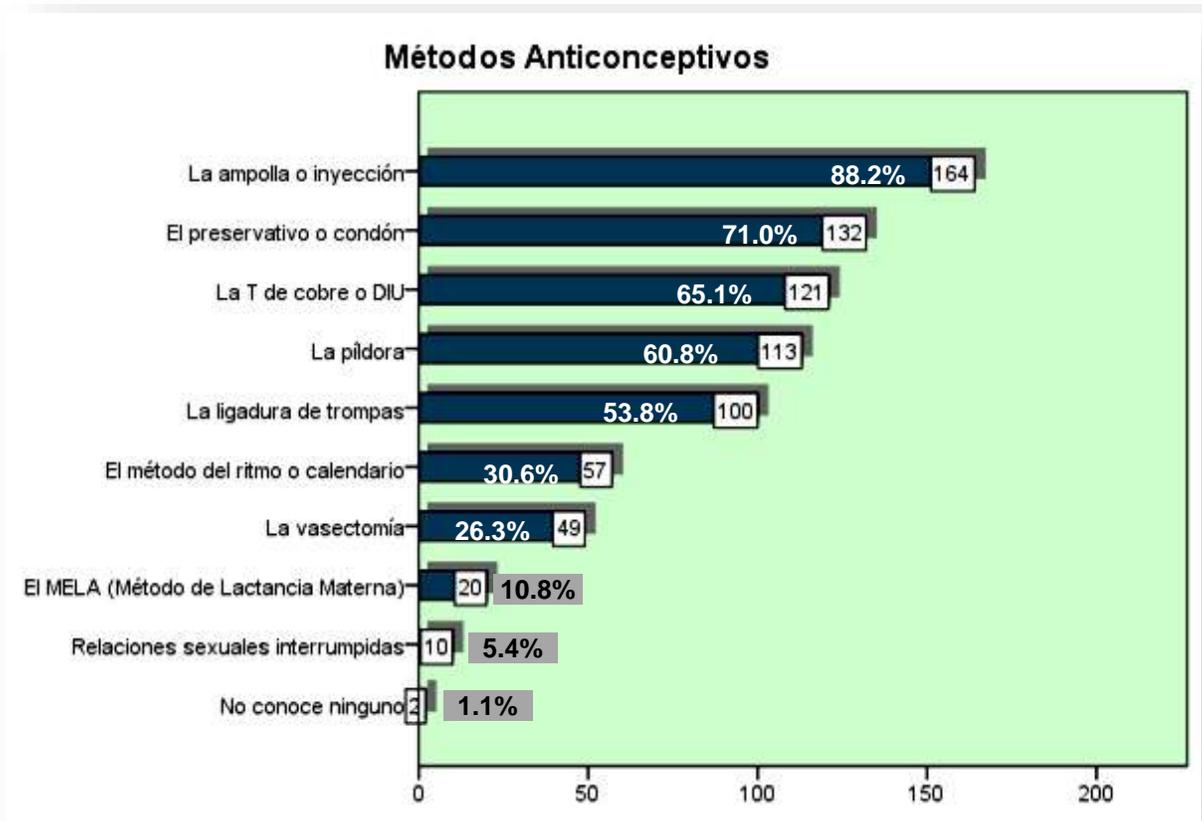
Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la existencia de métodos anticonceptivos.

**Métodos Anticonceptivos**

Descripción	Frecuencia	Porcentaje de casos
La píldora	113	60,8%
La ampolla o inyección	164	88,2%
La T de cobre o DIU	121	65,1%
El preservativo o condón	132	71,0%
El MELA (Método de Lactancia Materna)	20	10,8%
La ligadura de trompas	100	53,8%
La vasectomía	49	26,3%
El método del ritmo o calendario	57	30,6%
Relaciones sexuales interrumpidas	10	5,4%
No conoce ninguno	2	1,1%
		100,0%

**Gráfico 9**

Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la existencia de métodos anticonceptivos.



Podemos observar que los métodos anticonceptivos más conocidos son la Ampolla 164 (88.2%); Preservativo 132 (71.0%); la T de Cobre 121 (65.1%); la Píldora 113 (60.8%); la Ligadura de trompas 100 (53.8%) y 2 (1.1%) refieren no conocer ningún método anticonceptivo.

FUENTE: Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”

**Tabla 10**

Práctica que tienen las pacientes sobre el uso de algún método anticonceptivo por la paciente y/o su pareja en su primera relación sexual.

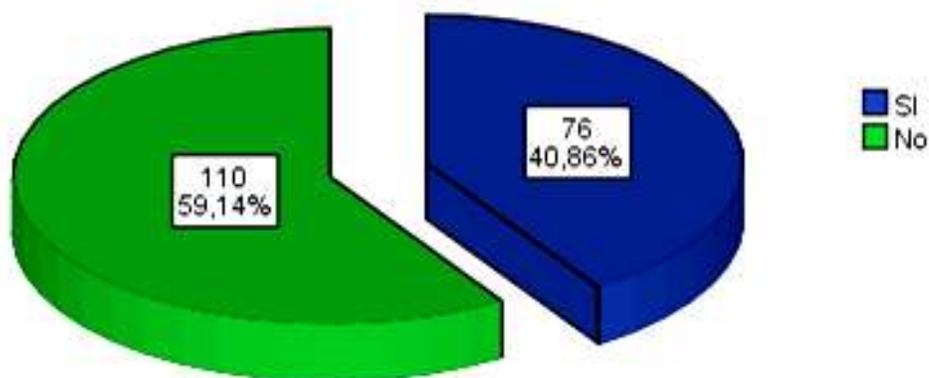
**Uso de método anticonceptivo en primera relación sexual**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
SI	76	40,9
No	110	59,1
Total	186	100,0

**Gráfico 10**

Práctica que tienen las pacientes sobre el uso de algún método anticonceptivo por la paciente y/o su pareja en su primera relación sexual.

**Uso de método anticonceptivo en primera relación sexual**



En el presente gráfico observamos que de las pacientes encuestadas 76 (40.9%) refieren haber usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual y 110 (59.1%) refieren no haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

**FUENTE: Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”**

**Tabla 11**

Práctica que tienen las pacientes sobre el uso de algún método anticonceptivo en la actualidad.

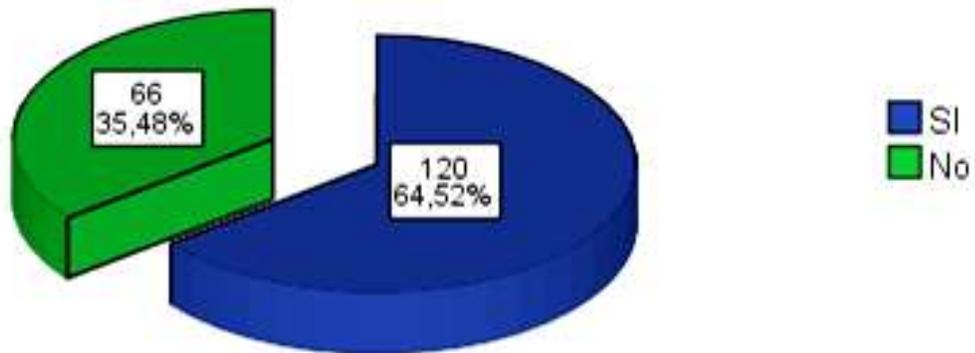
**Uso actual de método  
anticonceptivo**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	120	64,5
No	66	35,5
Total	186	100,0

### Gráfico 11

Práctica que tienen las pacientes sobre el uso de algún método anticonceptivo en la actualidad.

#### Uso actual de método anticonceptivo



Tenemos que entre las pacientes encuestadas que tienen actividad sexual actualmente 120 (64.5%) refiere usar un método anticonceptivo actualmente y 66 (35.5%) refieren no usarlo.

**FUENTE: Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”**

**Tabla 12**

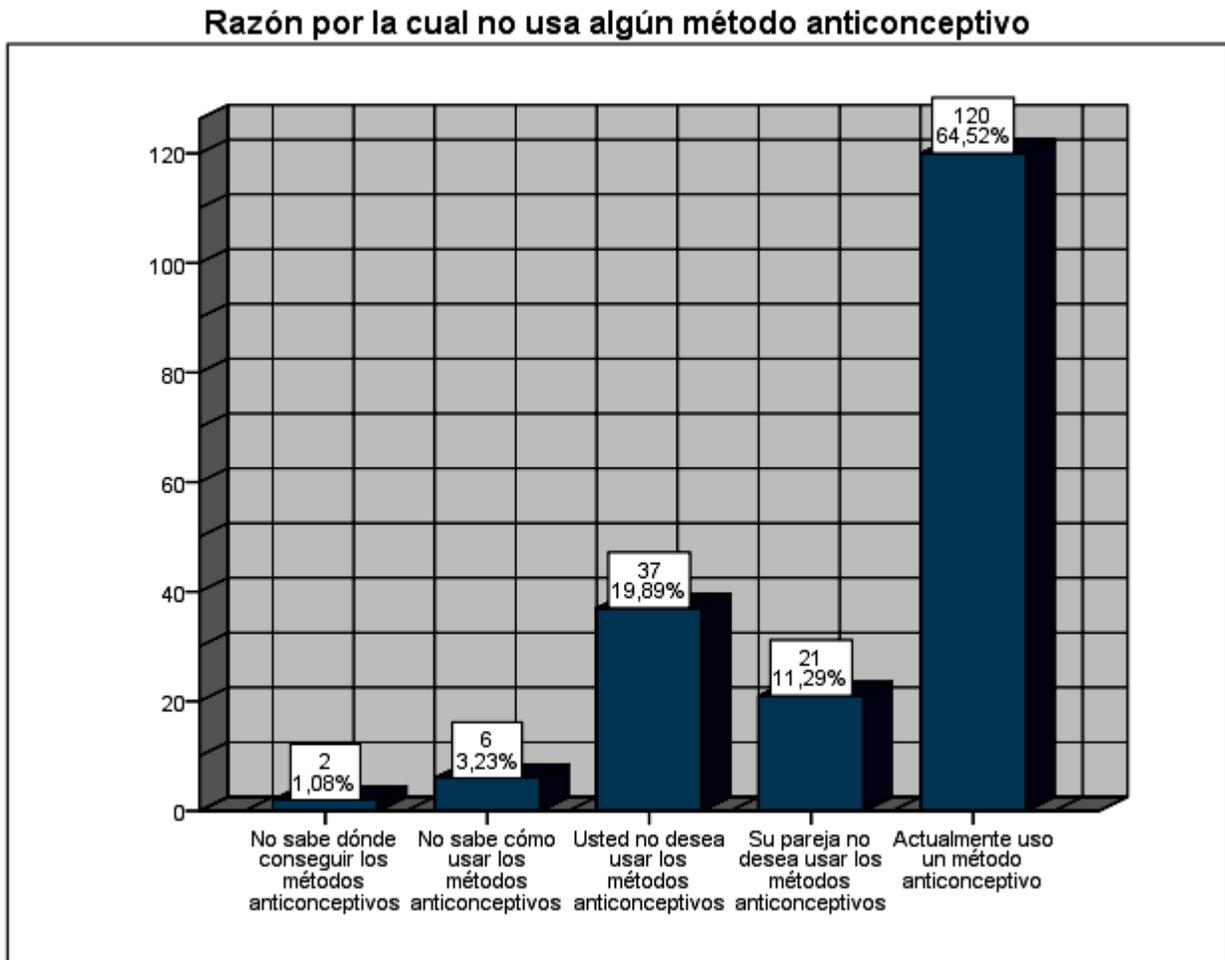
Práctica que tienen las pacientes sobre la razón por la cual no usan algún método anticonceptivo actualmente.

**Razón por la cual no usa algún método anticonceptivo**

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
No sabe dónde conseguir los métodos anticonceptivos	2	1,1
No sabe cómo usar los métodos anticonceptivos	6	3,2
Usted no desea usar los métodos anticonceptivos	37	19,9
Su pareja no desea usar los métodos anticonceptivos	21	11,3
Actualmente uso un método anticonceptivo	120	64,5
Total	186	100,0

**Gráfico 12**

Práctica que tienen las pacientes sobre la razón por la cual no usan algún método anticonceptivo actualmente.



Observamos que 120 (64.5%) de las pacientes encuestadas usan un método anticonceptivo actualmente y entre las razones para el no uso actual de un método anticonceptivo de entre las restantes tenemos que 37 (19,9%) no desean usar algún método anticonceptivo; 21 (11.3%) su pareja no desea usar los métodos anticonceptivos; 6 (3.2%) no sabe cómo usarlos y 2 (1.1%) no sabe dónde conseguirlos.

**FUENTE:** Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”

**Tabla 13**

Práctica que tienen las pacientes sobre el uso del servicio de orientación en Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar.

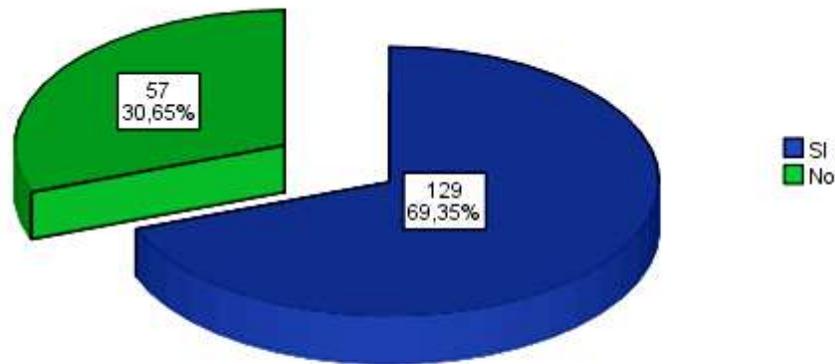
**Uso del Servicio de Orientación en  
Salud Reproductiva y/o  
Planificación Familiar**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
SI	129	69,4
No	57	30,6
Total	186	100,0

### Gráfico 13

Práctica que tienen las pacientes sobre el uso del servicio de orientación en Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar.

#### Uso del Servicio de Orientación en Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar



Este gráfico nos muestra que 129 (69.4%) de las encuestadas refieren haber hecho uso de los servicios de salud reproductiva y/o planificación familiar y 57 (30.6%) refieren no haber hecho uso de estos servicios.

**FUENTE:** Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”

**Tabla 14**

Actitud que tienen las pacientes acerca de las relaciones sexuales por hombre y mujeres solteras antes del matrimonio.

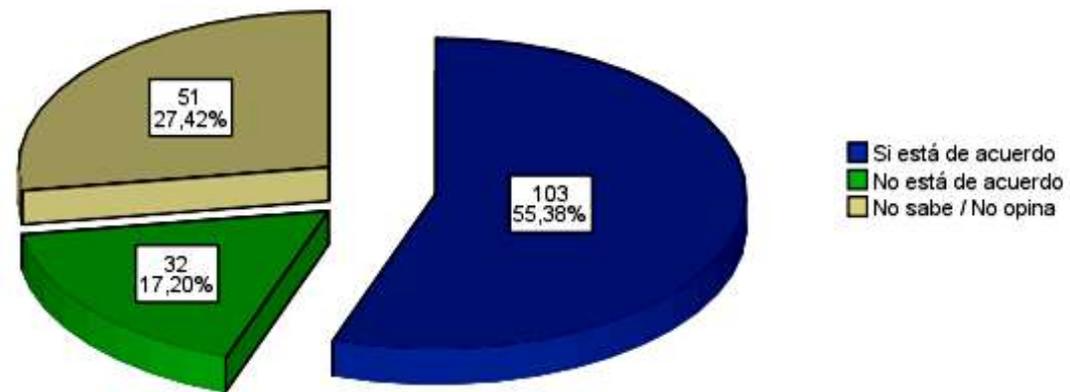
**Opinión sobre las relaciones sexuales antes del matrimonio**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si está de acuerdo	103	55,4
No está de acuerdo	32	17,2
No sabe / No opina	51	27,4
Total	186	100,0

### Gráfico 14

Actitud que tienen las pacientes acerca de las relaciones sexuales por hombre y mujeres solteras antes del matrimonio.

#### Opinión sobre las relaciones sexuales antes del matrimonio



Podemos observar que con respecto a las relaciones sexuales en los hombres y mujeres solteras antes del matrimonio 103 (55.4%) si está de acuerdo; 32 (17.2%) no está de acuerdo; y 51 (27.4%) no sabe y/o no opina.

**FUENTE:** Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”

**Tabla 15**

Actitud que tienen las pacientes acerca del uso de los métodos anticonceptivos por hombre y mujeres solteras.

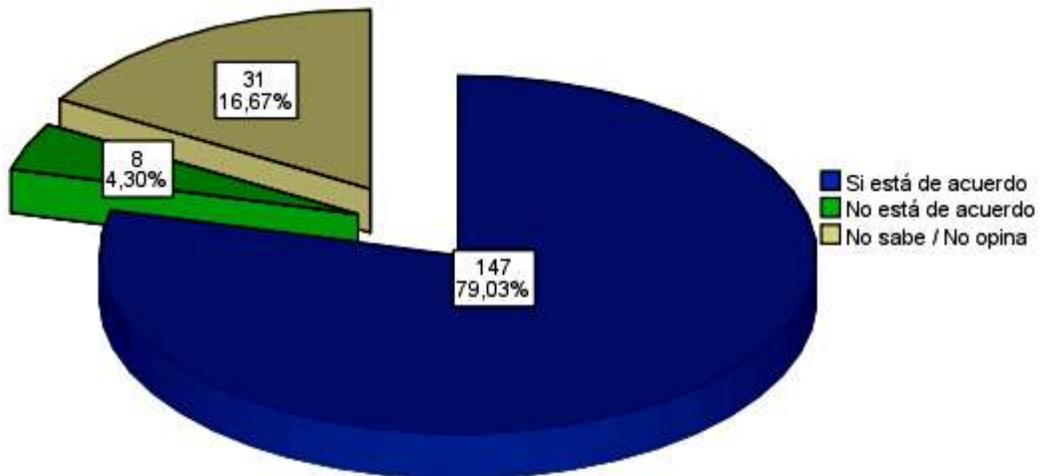
**Opinión sobre el uso de métodos anticonceptivos por hombres y mujeres solteras**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si está de acuerdo	147	79,0
No está de acuerdo	8	4,3
No sabe / No opina	31	16,7
Total	186	100,0

### Gráfico 15

Actitud que tienen las pacientes acerca del uso de los métodos anticonceptivos por hombre y mujeres solteras.

#### Opinión sobre el uso de métodos anticonceptivos por hombres y mujeres solteras



Tenemos que con respecto al uso de métodos anticonceptivos por los hombres y mujeres solteras 147 (79.0%) si está de acuerdo; 8 (4.3%) no está de acuerdo; y 31 (16.7%) no sabe y/o no opina.

**FUENTE:** Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”

**Tabla 16**

Actitud que tienen las pacientes acerca del uso de los servicios de Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar por hombres y mujeres solteras.

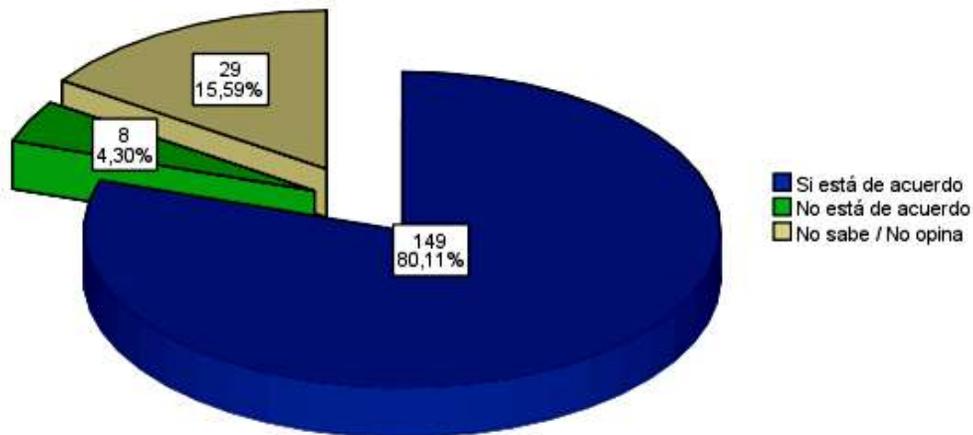
**Opinión sobre el uso de los Servicios de Salud  
Reproductiva y/o Panificación Familiar por  
hombres y mujeres solteras**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si está de acuerdo	149	80,1
No está de acuerdo	8	4,3
No sabe / No opina	29	15,6
Total	186	100,0

### Gráfico 16

Actitud que tienen las pacientes acerca del uso de los servicios de Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar por hombres y mujeres solteras.

**Opinión sobre el uso de los Servicios de Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar por hombres y mujeres solteras**



En el presente gráfico observamos que con respecto al uso de servicios de salud reproductiva y/o planificación familiar por parte de los hombres y mujeres solteras 149 (80.1%) está de acuerdo; 8 (4.3%) no está de acuerdo; y 29 (15.6%) no sabe y/o no opina.

**FUENTE:** Encuesta: “Conocimiento en relación a la sexualidad en pacientes que acuden al servicio de Planificación Familiar del HNSEB.”

## 5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los adolescentes y adultos forman parte de un grupo humano que se encuentra con un elevado riesgo de poder adquirir alguna Infección de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH/SIDA y/o llegar a tener un embarazo no planificado con grandes consecuencias para su desarrollo personal y social, todo ello debido a la carencia de información veraz y completa con respecto a los conocimientos de prevención de estos temas.

Es competencia del personal de salud el de brindar esta información y velar por que los conocimientos hayan sido comprendidos en su totalidad de forma tal que puedan ser utilizados ampliamente.

Las personas, al llegar a la etapa adulta ya tienen un concepto definido con respecto a diversos temas entre ellos los sexuales; intentar dar esta información y modificar conductas ya formadas en ésta etapa es considerada tardía, por ello es importante que esta información se brinde cuando se encuentran en formación es decir en etapas más tempranas: la escolar.

En esta investigación se ha encontrado que casi la totalidad de las personas encuestadas conocen de la existencia de las Infecciones de Transmisión Sexual, saben que uno puede contagiarse de ellas y también se pueden prevenir, sin embargo la mayoría no tiene los conocimientos necesarios para poder hacerlo ya que sólo el 2% (4) marcaron todas las opciones correctas, esta cifra es muy lejana a lo encontrado por Gómez (Perú 2013) donde encontró que la tercera parte de su población adolescente (30%) tenía los conocimientos necesarios sobre la forma de prevención de las ITS, al igual que del estudio realizado por Hurtado de Mendoza en México el año 2013 donde su población estudio de jóvenes universitarios presentaban un alto conocimiento sobre la existencia, forma de contagio y prevención de las ITS; esto nos indica que el conocer de la existencia de estas infecciones no significa que se sepa que hacer para evitar la infección, muchas veces se tiene el conocimiento de la posibilidad de infección pero no se sabe qué hacer para evitarla o los conocimientos son incompletos.

Son los mismos comportamientos y la falta de información las que ponen en riesgo a las personas de adquirir VIH, y si éste se asocia a una ITS aumenta la probabilidad de contagio; la mayoría de las pacientes encuestadas conoce las diversas formas de infectarse con el VIH/SIDA y reconocen a la vía sexual como la forma más común de contagio hecho que coincide con los datos obtenidos por Gómez (Perú 2013) donde obtuvo los mismos resultados, además ambos se corroboran con los datos dados por la Dirección General de Epidemiología (Perú, 2010) donde refiere que la vía sexual es la vía de transmisión responsable del 97% de la infecciones desde que inició la epidemia; las otras formas de transmisión no son conocidas en su totalidad casi la mitad de los adolescentes desconoce que el VIH puede ser transmitida a través de objetos contaminados y de madre a hijo, sólo la tercera parte de la población conoce las cuatro formas posibles de infectarse, al igual que tres de ellas; sin embargo en esta investigación se encontró que la mayoría de pacientes no tienen el conocimiento necesario de qué manera prevenir la infección, ya que el 5.91% (11) de las personas encuestadas conoce sólo las tres formas de prevención que se plantean en este estudio, y casi la mitad 46.24% (86) dos de ellas, y dentro de ellas el uso del preservativo es la forma más conocida por la población encuestada, y en segundo lugar la monogamia. Es importante tener en cuenta que no solo basta el conocimiento de la existencia, se necesita proveer a la población de la información completa con respecto a las formas de infección y prevención.

Cada 12 años se está añadiendo 1,000 millones de habitantes a la población mundial, llegará el momento en que los recursos naturales no podrán cubrir las necesidades de toda la población y que el tratamiento retroviral gratuito ya no esté al alcance de las personas portadoras de VIH, es por eso que es muy importante contener esta epidemia evitando su expansión a través de nuevos infectados. Un punto clave es iniciar la prevención desde la población joven, la bibliografía refiere que son ellos los que están teniendo cada vez conductas de menor riesgo para evitar la infección y como consecuencia la disminución de nuevos casos pero aun así estas nuevas infecciones siguen ocurriendo.

Los métodos anticonceptivos nos permiten vivir la sexualidad de una manera libre y satisfactoria, tener relaciones sexuales sin temor al embarazo, y algunos de ellos, como los métodos de barrera, evitar el contagio de algunas ITS. En el presente trabajo se observó que las pacientes encuestadas tienen un amplio conocimiento acerca de la existencia de los métodos anticonceptivos y que más de la tercera parte de ellas sabe que son métodos que solo van a prevenir un embarazo, hecho que no se relaciona con un estudio realizado en El Instituto Nacional Materno Perinatal (Perú 2012) en donde se encontró que la mitad de la población presentaba una inadecuada información acerca de los métodos anticonceptivos, al igual que con el estudio realizado por Gómez (Perú 2013) que refiere que sólo la cuarta parte de su población estudio conocía el uso adecuado de los métodos anticonceptivos; el resto de la población del presente estudio tiene el concepto errado de que cualquier método anticonceptivo puede protegerlos de cualquier Infección de Transmisión Sexual y del VIH/SIDA o no sabe para qué son utilizados. Los métodos más conocidos son la Ampolla, el Preservativo, la T de cobre y la Píldora.

A pesar que la mayoría de las pacientes encuestadas presentan buen conocimiento de la existencia de los métodos anticonceptivos, más de la mitad de la población no usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, sin embargo actualmente el 64,5% usa un método anticonceptivo, y el 35.5% no lo hace, siendo la principal razón el no deseo de usarlo por parte de ellas mismas, seguido del no deseo por parte de su pareja.

Los programas de planificación familiar ayudan a las personas, ofreciendo servicios de salud reproductiva que evitan embarazos involuntarios y ofrecen más opciones, sin embargo para asegurar un amplio acceso a los servicios de salud reproductiva de buena calidad es esencial contar con el compromiso del liderazgo nacional y la financiación adecuada para estos programas. El presente estudio se realizó en el servicio de Planificación Familiar en el cual, las pacientes encuestadas en su mayoría están de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos antes del matrimonio y también a hacer uso de los servicios de Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar, sin embargo no lo hacen ya que sólo el 69,4% de las

pacientes había acudido hasta ese momento por lo menos una vez al servicio, el resto de la población desconocía o simplemente no quería asistir a recibir información sobre diversos temas dados en el consultorio.

Un tema importante con respecto a las actitudes de las pacientes encuestadas es lo referente a la aprobación de las relaciones sexuales en hombres y mujeres solteras antes del matrimonio, donde el 55.4% está de acuerdo y un 44.6%, casi la mitad, no está de acuerdo o no sabe y/o no opina, entonces cabe la interrogante de que tanto va a influir esta conducta en sus vidas, ya que como hemos podido apreciar muchas de estas relaciones sexuales dejan consecuencias alguna Infección de Transmisión Sexual, el VIH/SIDA o un embarazo no planificado; algunas infecciones como el VIH/SIDA que limitaran su salud y de ocurrir un embarazo no deseado las limitaciones durante toda su vida o el riesgo de someterse a un aborto en condiciones de riesgo toda vez que la legislación peruana lo considera como delito y solo es posible hacerlo a través de clínicas clandestinas que brindan pocas garantías para la salud. Es muy importante ofrecer la población la información necesaria para evitar el mayor número posible de estos casos.

Por lo hallado podemos apreciar que existe un conocimiento muy amplio acerca de I.T.S, VIH/SIDA y Métodos Anticonceptivos, sin embargo los conocimientos no son completos o son errados y al ser así no van a ayudar a la población a tomar las decisiones adecuadas, es importante que la información no sea solo dada sino verificar que haya sido comprendida y lograr que el individuo perciba la prevención como una necesidad para que se sienta comprometido en su uso cuando decida tener relaciones sexuales.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

1. En su mayoría, el 87.3% de las pacientes encuestadas conocen de la existencia de las infecciones de transmisión sexual, siendo las más conocidas el VIH/SIDA 90.3%, el Herpes Genital 45.7% y la Sífilis, 41.4%. El 86% sabe que estas infecciones se pueden prevenir; a pesar de esto solo el 2.2% conoce las tres formas correctas de prevenirlas.
2. Casi todas las pacientes, el 97.3%, sabe de qué manera se puede contagiar el VIH/SIDA, y el 94.1% sabe también prevenir; sin embargo solo el 31.2% conoce las cuatro formas de infección y tan solo el 6.5% conoce las tres formas correctas de prevenir la infección.
3. El 98.9% de las pacientes conoce de la existencia de los métodos anticonceptivos siendo los más conocidos la Ampolla 88.2%; el Preservativo 71.0%; la T de Cobre 65.1% y la Píldora 60.8%; se correlaciona con 86% de pacientes que sabe que sirven para evitar un embarazo. El 79.0% de las pacientes está de acuerdo con el uso de los métodos anticonceptivos por hombres y mujeres solteras.
4. El 40.9% de las pacientes usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, sin embargo actualmente el 64,5% usa un método anticonceptivo. Entre las razones para el no uso actual de un método anticonceptivo tenemos "No desear usarlo" en el 35.5% de los casos.
5. El 55.4% de las pacientes está de acuerdo con las relaciones sexuales por hombres y mujeres solteras antes del matrimonio.
6. El 80.1% de las pacientes está de acuerdo con hacer uso de los servicio de Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar, sin embargo sólo el 69.4% ya lo ha hecho.

## RECOMENDACIONES

1. Dar una información clara, sencilla y completa en temas de Salud Reproductiva y Planificación Familiar en forma gradual acorde a las necesidades encontradas en este grupo humano.
2. Asegurarse de que la información brindada haya sido entendida en su totalidad.
3. Sugerir a la dirección del Establecimiento de Salud la mejora del programa de Educación Sexual y Reproductiva en el Servicio de Planificación Familiar.
4. Realizar talleres sobre Salud Reproductiva y Planificación Familiar dirigidos no sólo a la población en general que acude a los distintos servicios, sino más aún a la población que se encuentra en formación, es decir la población en etapa escolar, que es donde se debe ahondar sobre el tema.
5. Capacitar a las personas encargadas de brindar los conocimientos sobre Salud Reproductiva y Planificación Familiar que se brindan en el Establecimiento de Salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alicia Patricia Gómez Marín. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. 2011.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2014.
3. San Martín de Porres. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos entre estudiantes de Medicina Humana de 1° a 3° año". 2012.
4. Instituto Nacional Materno Perinatal. Nivel de conocimiento y actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes atendidos en el instituto nacional materno perinatal. 2012.
5. Colegio Alfredo Alvarez, Cuba. Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. 2010.
6. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Conocimientos sobre educación sexual en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2012.
7. Adela Montero. Revista Médica - Clínica Las Condes. 2011.
8. Manuel Varela Salgado y Javier Paz Esquete. Revista Internacional Andrología. 2010.
9. Matilde López-Amorós y col. La Gaceta Sanitaria. 2010.
10. Liceo Tibaldo Almarza del Municipio Rosario de Perijá - México. Conocimiento sobre la sexualidad en adolescentes de Venezuela. 2013.
11. José Corona Lisboa y Jorge Ortega Alcalá. Comportamiento sexual y conocimiento de infecciones de transmisión sexual de estudiantes de un liceo

- público de la localidad de Quisiro del municipio de Miranda - Venezuela. MEDISAN. 2013 Enero.
12. María Teresa Hurtado y col. Nivel de conocimientos y actitudes que poseen los jóvenes universitarios sobre el contagio de infecciones de transmisión sexual y las prácticas sexuales de riesgo. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2013.
  13. Mario Oscar Macias Febles y col. Nivel de conocimientos de los estudiantes del Instituto Preuniversitario "Raquel Pérez González" del municipio de las Lajas, provincia Mayabeque. Revista de Ciencias Médicas de la Habana. 2012.
  14. Maydeli Carolina Matienzo Delgado y col. Revista In Crescendo Ciencias de la Salud. 2015.
  15. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados. 2014.
  16. María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgoitia y col. Conocimiento y Actitudes sobre sexualidad en Jóvenes Universitarios. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2013;; p. 258-268.
  17. Fernando G. González González. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN JÓVENES ENTRE 14 Y 25 AÑOS DE EDAD DE ESTRATOS 1 Y 2 DEL SISBEN DE UN MUNICIPIO DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA. ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA. 2004;; p. 59-68.
  18. Ministerio de Salud del Perú. Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual. Dirección General de Salud de las Personas Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-Sida. 2006.

19. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES. 2014.
20. Junta de Comunidades de Castilla - La Mancha. Salud Sexual: Guía de Métodos Anticonceptivos. Dirección General de Salud Pública - España. .
21. Beckmann y col. Obstetricia y ginecología. 2010;; p. 223.
22. Cunningham y col. Williams Obstetricia. Mc-Graw-Hill interamericana editors 23<sup>a</sup> edition. 2011;; p. 673-692.
23. Population Reports. The Johns Hopkins School of Public Health - Volumen XXVII, Número 2. 1999..

## ANEXOS

### LISTA DE TABLAS

- Tabla 1: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de las enfermedades o infecciones que se transmiten mediante las relaciones sexuales
- Tabla 2: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) – Por una sola respuesta
- Tabla 3: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) – Por respuesta múltiple.
- Tabla 4: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de infectarse de VIH/SIDA – Por una sola respuesta.
- Tabla 5: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de infectarse de VIH/SIDA – Por respuesta múltiple.
- Tabla 6: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir la infección por el VIH/SIDA – Por una sola respuesta.
- Tabla 7: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir la infección por el VIH/SIDA – Por respuesta múltiple.
- Tabla 8: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la utilidad de los métodos anticonceptivos.
- Tabla 9: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la existencia de métodos anticonceptivos.
- Tabla 10: Práctica que tienen las pacientes sobre el uso de algún método anticonceptivo por la paciente y/o su pareja en su primera relación sexual.
- Tabla 11: Práctica que tienen las pacientes sobre el uso de algún método anticonceptivo en la actualidad.
- Tabla 12: Práctica que tienen las pacientes sobre la razón por la cual no usan algún método anticonceptivo actualmente.

- Tabla 13: Práctica que tienen las pacientes sobre el uso del servicio de orientación en Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar.
- Tabla 14: Actitud que tienen las pacientes acerca de las relaciones sexuales antes del matrimonio.
- Tabla 15: Actitud que tienen las pacientes acerca del uso de los métodos anticonceptivos por hombre y mujeres solteras.
- Tabla 16: Actitud que tienen las pacientes acerca del uso de los servicios de Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar por hombres y mujeres solteras.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

- Gráfico 1: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de las enfermedades o infecciones que se transmiten mediante las relaciones sexuales.
- Gráfico 2: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) – Por una sola respuesta.
- Gráfico 3: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) – Por respuesta múltiple.
- Gráfico 4: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de infectarse de VIH/SIDA – Por una sola respuesta.
- Gráfico 5: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de infectarse de VIH/SIDA – Por respuesta múltiple.
- Gráfico 6: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir la infección por el VIH/SIDA – Por una sola respuesta.
- Gráfico 7: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la forma de prevenir la infección por el VIH/SIDA – Por respuesta múltiple.
- Gráfico 8: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la utilidad de los métodos anticonceptivos.
- Gráfico 9: Nivel de conocimiento que tienen las pacientes acerca de la existencia de métodos anticonceptivos.
- Gráfico 10: Práctica que tienen las pacientes sobre el uso de algún método anticonceptivo por la paciente y/o su pareja en su primera relación sexual.
- Gráfico 11: Práctica que tienen las pacientes sobre el uso de algún método anticonceptivo en la actualidad.
- Gráfico 12: Práctica que tienen las pacientes sobre la razón por la cual no usan algún método anticonceptivo actualmente.
- Gráfico 13: Práctica que tienen las pacientes sobre el uso del servicio de orientación en Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar.
- Gráfico 14: Actitud que tienen las pacientes acerca de las relaciones sexuales antes del matrimonio.

- Gráfico 15: Actitud que tienen las pacientes acerca del uso de los métodos anticonceptivos por hombre y mujeres solteras.
- Gráfico 16: Actitud que tienen las pacientes acerca del uso de los servicios de Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar por hombres y mujeres solteras.

**CONOCIMIENTOS EN RELACIÓN A LA SEXUALIDAD EN PACIENTES QUE  
ACUDEN AL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HNSEB**

La siguiente encuesta es de carácter anónimo y confidencial. No es necesario que usted escriba su nombre. Los datos se mantendrán en absoluta reserva.

**EDAD**.....

—

1. ¿Qué enfermedades o infecciones que se transmiten mediante las relaciones sexuales conoce usted aunque solo sea de nombre? **Puede marcar una o varias alternativas**
  - a) (1) Candidiasis vaginal
  - b) (2) Gonorrea
  - c) (3) Sífilis
  - d) (4) Herpes genital
  - e) (5) Hepatitis B
  - f) (6) VIH/SIDA
  - g) (7) Tricomoniasis vaginal
  - h) (8) No conoce ninguno
  - i) (9) Otros (Clamidiasis, Condiloma acuminado, Molusco contagioso, Pediculosis, etc)
2. ¿De qué forma se pueden prevenir las ITS? **Puede marcar una o varias respuestas.**
  - a) (1) Evitando las relaciones sexuales
  - b) (2) Teniendo relaciones sexuales con una sola pareja y que ambos no estén infectados
  - c) (3) Usando preservativo o condón en cada relación sexual
  - d) (4) No sabe cómo prevenir las ITS
3. ¿De qué forma una persona se puede infectar de VIH/SIDA? **Puede marcar una o varias respuestas.**
  - a) (1) Mediante las relaciones sexuales
  - b) (2) Recibiendo sangre o derivados de sangre infectados por el VIH/SIDA
  - c) (3) De madre a hijo durante el embarazo, parto y/o lactancia
  - d) (4) Haciéndose heridas con objetos punzo-cortantes contaminados por el VIH/SIDA
  - e) (5) No sabe cómo se puede infectar por el VIH/SIDA
4. ¿De qué forma se puede prevenir la infección por el VIH/SIDA? **Puede marcar una o varias respuestas.**
  - a) (1) Evitando las relaciones sexuales
  - b) (2) Teniendo relaciones sexuales con una sola pareja y que ambos no estén infectados
  - c) (3) Usando preservativo o condón en cada relación sexual
  - d) (4) No sabe cómo prevenir la infección por el VIH/SIDA

5. ¿Para qué sirven los Métodos Anticonceptivos? **Puede marcar una o varias respuestas.**
- a) (1) Para evitar un embarazo
  - b) (2) Para evitar el contagio de alguna Infección de Transmisión Sexual
  - c) (3) Para evitar el contagio del VIH/SIDA
  - d) (4) No sabe / No Opina
6. ¿Qué Métodos Anticonceptivos conoce usted aunque solo sea de nombre? **Puede marcar una o varias respuestas.**
- a) (1) La píldora
  - b) (2) La ampolla o inyección
  - c) (3) la T de Cobre o el Diu
  - d) (4) El preservativo
  - e) (5) El MELA (Método de Lactancia Materna)
  - f) (6) La ligadura de trompas
  - g) (7) La vasectomía
  - h) (8) El método del ritmo o calendario
  - i) (9) Relaciones sexuales interrumpidas
  - j) (10) No conoce ninguno
7. ¿En su primera relación sexual usó usted o su pareja algún método anticonceptivo?
- a) (1) Si
  - b) (2) No
8. ¿Usa usted o su pareja algún método anticonceptivo?
- a) (1) Si
  - b) (2) No
9. ¿Por qué razón usted y/o su pareja no usan algún método anticonceptivo?
- a) (1) No sabe que existían los métodos anticonceptivos
  - b) (2) No sabe dónde conseguir los método anticonceptivos
  - c) (3) No sabe cómo usar los métodos anticonceptivos
  - d) (4) Usted no desea usar los métodos anticonceptivos
  - e) (5) Su pareja no desea usar los métodos anticonceptivos
10. ¿Alguna vez ha hecho usted uso de estos servicios de orientación en Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar?
- a) (1) Si
  - b) (2) No
11. ¿Qué opinión tiene usted acerca de las relaciones sexuales en los hombres y mujeres antes del matrimonio?
- a) (1) Si está de acuerdo
  - b) (2) No está de acuerdo
  - c) (3) No Sabe / No Opina

12. ¿Qué opinión tiene usted acerca del uso de los métodos anticonceptivos por los hombres y mujeres solteros?

- a) (1) Si está de acuerdo
- b) (2) No está de acuerdo
- c) (3) No Sabe / No Opina

13. ¿Qué opinión tiene usted acerca del uso de los servicios de Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar por parte de hombres y mujeres solteros?

- a) (1) Si está de acuerdo
- b) (2) No está de acuerdo
- c) (3) No Sabe / No Opina