

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Asociación entre el nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva y la planificación del embarazo en el hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante el periodo julio-agosto 2016

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

Vilca Salguero, Fiorella Lizeth

Dr. Edwin Castillo Velarde
ASESOR DE TESIS

Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas Ph. D., MCR, MD
DIRECTOR DE TESIS

LIMA – PERÚ
2017

DEDICATORIA

A:

Dios, por siempre acompañarme en las decisiones y pasos que doy, iluminar mi mente en situaciones complicadas y por fortalecer mi corazón en esta carrera de servicio.

Mis queridos padres don José Luis Vilca Ruiz Conejo y doña Elsa Salguero Castro que con su apoyo incondicional han hecho posible la culminación de mi Carrera profesional, gracias por creer en mí y apoyar mis decisiones en mi vida.

Mi abuelo Juan Salguero Cahuas (QEPD) quien siempre estuvo apoyándome y su mayor deseo era que me convierta en una excelente persona y doctora.

A mi familia y amigos por su motivación constante y sus mejores deseos a mi persona me brindaron su compañía y soporte.

Fiorella Lizeth Vilca Salguero

AGRADECIMIENTO

A Dios, por bendecir mi camino, darme fortaleza en las adversidades y vencer los obstáculos que se han presentado durante mi carrera universitaria.

A mis queridos padres y hermana por siempre darme su fuerza en el día a día y su amor incondicional que me hicieron nunca rendirme.

A mi alma mater, la Universidad Ricardo Palma por ende a la Facultad de Medicina Humana que me dio las herramientas necesarias para poder desarrollarme en el área médica.

Al Dr. Edwin Castillo por su asesoría constante y preocupación para culminar esta tesis.

Al querido amigo y Dr. Stefan Carrasco Tejerina por su motivación constante para ser mejor cada día y su ayuda cuando más lo necesita.

A los doctores de ginecología y obstetras del Hospital Jorge Voto Bernales que me brindaron su apoyo para la ejecución de mi tesis.

Fiorella Lizeth Vilca Salguero

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre el nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva, con la planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante el periodo Julio-Agosto 2016. Se realizó el estudio observacional, analítico y transversal. La muestra estuvo constituida por 360 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para medir el nivel de conocimientos se aplicó una encuesta validada dividida en cuatro secciones: la fisiología sexual contiene tres ítems, cinco ítems de preservativos, siete ítems sobre el conocimiento de prevención de las ITSS/VIH/SIDA y once ítems en métodos anticonceptivos, se aplicó un test tipo Likert. El análisis de los datos recolectado fue mediante el estudio bivariado donde se usó chi-cuadrado, odds ratio con su intervalo de confianza, usando como nivel de confianza un 95% y para el multivariado se usó para modelos de regresión logística. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: un total de 360 gestantes, con una edad median de 28 (24-32) años, con edad de inicio de relaciones sexuales mediana de 18(17-20) años además de tener una mediana 5 (3-10) años con su pareja. Respecto a los estudios, 45.6% tuvieron estudios de secundaria completa, 45% estudios superiores y 60.6% tienen algún empleo. De la población total un 60.6% planifico su embarazo y de ellas 66.4 % utilizó ácido fólico con un mes de anticipación. Un 48.9% tuvo un embarazo anterior. En el análisis bivariado, se encontró asociación con estudios superiores (OR=2,112 IC 95% =1,339-3,331 p=0,001), mayor edad (OR=2,381 IC 95% =1,496-3,790 p=0,000), años con su pareja actual (OR=2,103 IC 95% =1,348-3,281 p=0,001), antecedente de paridad anterior (OR=1,666 IC 95% =1,070-2,595 p=0,023) y nivel de conocimiento (OR= 1,539 IC 95% =1,011-2,372 p=0,044) Como conclusión se demostró la existencia asociación entre el nivel de educación superior, edad mayor de 30 años, quienes tuvieron mejor nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva y aquellas que planificaron su embarazo.

Palabras claves: Planificación del embarazo, conocimiento sexual y reproductivo, gestantes, educación superior.

Abstract

The present study aimed to analyze the association between the level of knowledge of sexual and reproductive health, with the planning of pregnancy in the pregnant women of the Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales during the period July-August 2016. The observational, analytical and cross. The sample consisted of 360 pregnant women who met the inclusion and exclusion criteria. To measure the level of knowledge, a validated questionnaire was divided into four sections: sexual physiology contains three items, five items of preservatives, seven items on prevention knowledge of STIs / HIV / AIDS, and eleven items in contraceptive methods. Applied a Likert test. Data were collected using a bivariate study using chi-square, odds ratios with their confidence interval, using a 95% confidence level and for multivariate logistic regression models. The results were as follows: a total of 360 pregnant women, with a median age of 28 (24-32), with a median age of onset of 18 (17-20) years and a median of 5 (3 -10) years with your partner. Regarding the studies, 45.6% had completed high school, 45% higher studies and 60.6% have some employment. Of the total population 60.6% planned their pregnancy and of them 66.4% used folic acid with a month of anticipation. 48.9% had a previous pregnancy. In the bivariate analysis, we found association with higher studies (OR = 2.112 95% CI = 1.339-3.331 p = 0.001), older age (OR = 2.381 95% CI = 1.496-3.790 p = 0.000), years with their current partner (OR = 2.103 95% CI = 1.348-3.281 p = 0.001), previous parity antecedent (OR = 1.666 95% CI = 1.070-2.595 p = 0.023) and knowledge level (OR = 1.539 95% CI = 1.011-2.372 P = 0.044) In conclusion, there was an association between the level of higher education, age over 30 years, those who had a better knowledge of sexual and reproductive health and those who planned their pregnancy.

Key words: Pregnancy planning, sexual and reproductive knowledge, pregnant women, higher education.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 12 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 12 |
| 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 14 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN..... | 14 |
| 1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA | 15 |
| 1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 15 |
| 1.5.1 OBJETIVO GENERAL | 15 |
| 1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 15 |
| CAPITULO II MARCO TEÓRICO..... | 17 |
| 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN | 17 |
| 2.2 BASES TEÓRICA – ESTADÍSTICAS..... | 26 |
| 2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES | 47 |
| CAPITULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES | 49 |
| 3.1 HIPÓTESIS..... | 49 |
| 3.2 VARIABLES: INDICADORES..... | 49 |
| CAPITULO IV METODOLOGÍA | 50 |
| 4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN..... | 50 |
| 4.2 POBLACIÓN | 50 |
| 4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.. | 51 |
| 4.4 RECOLECCIÓN DE DATOS | 54 |
| 4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS | 54 |
| CAPITULO V RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 56 |
| 5.1 RESULTADOS | 56 |
| 5.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS | 85 |

| | |
|--|-----|
| CAPITULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 90 |
| 6.1 CONCLUSIONES..... | 90 |
| 6.2 RECOMENDACIONES..... | 91 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 93 |
| ANEXOS | 100 |
| ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 100 |
| ANEXO 02: INSTRUMENTO..... | 103 |
| ANEXO 03: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO..... | 106 |
| ANEXO 04: CERTIFICADO DEL CURSO-TALLER | 108 |
| ANEXO 05: ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS..... | 109 |
| ANEXO 06: TURNITIN..... | 110 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Características generales de las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 59 |
| Tabla 2. Comportamiento de la planificación del embarazo de las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 62 |
| Tabla 3. Distribución de la frecuencia de la edad de las gestantes según la planificación del embarazo del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016..... | 63 |
| Tabla 4. Distribución de la frecuencia del nivel de educación de las gestantes según la planificación del embarazo del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016..... | 64 |
| Tabla 5. Distribución de la frecuencia del lugar de nacimiento de las gestantes según la planificación del embarazo en el Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 65 |
| Tabla 6. Distribución de la frecuencia del antecedente de paridad de las gestantes según planificación del embarazo en el Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 66 |
| Tabla 7. Distribución de la frecuencia de inicio de relaciones sexuales según planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 67 |
| Tabla 8. Distribución de la frecuencia de los años con la pareja actual según la planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 68 |
| Tabla 9. Resultados de regresión logística bivariado y multivariado con planificación del embarazo, dados como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (ICs)..... | 70 |
| Tabla 10. Nivel de conocimiento sobre fisiología sexual en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 71 |
| Tabla 11. Nivel de conocimiento sobre fisiología sexual en las gestantes por respuestas correctas del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016..... | 72 |
| Tabla 12. Distribución de la frecuencia del nivel de conocimiento sobre fisiología sexual según la planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016..... | 72 |

| | |
|--|----|
| Tabla 13. Resultados del análisis bivariado entre conocimiento sobre fisiología sexual y planificación del embarazo, dados como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (ICs)..... | 72 |
| Tabla 14. Asociación entre el nivel de conocimiento sobre fisiología sexual y nivel de educación, situación laboral de las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 73 |
| Tabla 15. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 74 |
| Tabla16.Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según respuestas correctas en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio-Agosto 2016..... | 75 |
| Tabla 17. Distribución de la frecuencia del nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según la planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016..... | 75 |
| Tabla 18. Resultados del análisis bivariado entre conocimiento sobre métodos anticonceptivos y planificación del embarazo, dados como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (ICs)..... | 76 |
| Tabla 19. Asociación entre el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y nivel de educación, planificación del embarazo del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 76 |
| Tabla 20. Nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio-Agosto 2016..... | 77 |
| Tabla 21. Nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA según respuestas correctas en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 78 |
| Tabla 22. Distribución de la frecuencia del nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA según la planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016...78 | |
| Tabla 23. Resultados del análisis bivariado entre conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA y planificación del embarazo, dados como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (ICs) | 79 |
| Tabla 24. Asociación entre el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH / SIDA y planificación del embarazo del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016..... | 79 |

| | |
|---|----|
| Tabla 25. Nivel de conocimiento sobre preservativos en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016..... | 80 |
| Tabla 26. Nivel de conocimiento sobre preservativos en las gestantes según respuestas correctas del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016..... | 81 |
| Tabla 27. Distribución de la frecuencia del nivel de conocimiento sobre el preservativo según la planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016..... | 81 |
| Tabla 28. Resultados del análisis bivariado entre conocimiento sobre preservativo y planificación del embarazo, dados como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (ICs)..... | 82 |
| Tabla 29. Asociación entre el nivel de conocimiento sobre preservativo y nivel de educación, paridad anterior de las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 82 |
| Tabla 30. Distribución sobre nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva en sus 4 categorías de las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 83 |
| Tabla 31. Distribución de la frecuencia de las características de las gestantes respecto al nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva y del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016..... | 84 |
| Tabla 32. Distribución de la frecuencia del nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva según planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016..... | 85 |
| Tabla 33. Resultados para modelos de regresión logística bivariado y multivariado planificación del embarazo como resultado, dados como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (ICs)..... | 85 |
| Tabla 34. Asociación entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y planificación del embarazo del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 86 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Grafico 1. Distribución de la edad de las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 59 |
| Grafico 2. Distribución de la edad de inicio de relaciones sexuales en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 60 |
| Grafico 3. Distribución de los años de relación que mantiene las gestantes con su pareja actual de del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016..... | 60 |
| Grafico 4. Distribución de la edad de inicio de relaciones sexuales en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 61 |
| Grafico 5. Distribución de los años que mantiene las gestantes con su pareja actual del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 61 |
| Grafico 6. Distribución de las gestantes que planificación su embarazo actual del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 62 |
| Grafico 7. Distribución de la frecuencia de la edad de las gestantes según la planificación del embarazo del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016..... | 63 |
| Grafico 8. Distribución de la frecuencia del nivel de educación de las gestantes según la planificación del embarazo del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 64 |
| Grafico 9. Distribución de la frecuencia del lugar de nacimiento de las gestantes según la planificación del embarazo en el Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 65 |
| Grafico 10. Distribución de la frecuencia del antecedente de paridad de las gestantes según planificación del embarazo en el Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 66 |
| Grafico 11. Distribución de la frecuencia de inicio de relaciones sexuales según planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 67 |
| Grafico 12. Distribución de la frecuencia de los años con la pareja actual según la planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016 | 68 |

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El embarazo no intencionado es un problema de salud pública común en todo el mundo¹, se estima que un 41% de los embarazos son no planificados; encontrando las cifras más alarmantes en Latinoamérica y el Caribe con un 58%². El embarazo no intencional o no planeado se refiere a la suma de embarazos inoportunos y no deseados. Es decir, una mujer que tiene un embarazo inoportuno, significa que queda embarazada en algún momento de vida en el que ella no lo esperaba. A su vez, una mujer que tiene un embarazo no planificado también tenía la intención de nunca quedar embarazada o cuando el embarazo se produjo cuando ya logro el número de hijos que deseaba^{3, 4}.

Estas estimaciones son probablemente tan subestimadas de la verdadera prevalencia, ya que muchos de los embarazos no planificados terminan en abortos, especialmente en países en los que esté permitido por la ley. En los países donde la interrupción del embarazo es ilegal, muchas mujeres con embarazo no planificado pueden buscar abortos inseguros que es aquel que se practica por personas que carecen de aptitudes necesarias o en ambientes con falta de estándares médicos mínimos, o ambos, ^{5,6} conllevando a graves daños de la salud física, mental hasta la muerte materna.^{7,8,9}

De acuerdo a la OMS, de las 339 mil muertes maternas anuales, 13 % son atribuidas a las complicaciones derivadas del aborto inseguro, esto representa aproximadamente 47 mil vidas de mujeres. Sólo en Latinoamérica y el Caribe ocurren cada año 3,7 millones de abortos inducidos y se estima que un 17% del total de muertes maternas se debe al aborto inseguro.^{7, 8} En el Perú (2012) las causas de muertes maternas registradas por el Ministerio de Salud el aborto ocupa

el tercer lugar con un 17.5%, cifras que se podrían disminuir si se tuviera un mayor acceso a información e insumos para la salud sexual y reproductiva.⁹

Tanto es así que algunas de las causas más importantes de los embarazos no planificados son las bajas tasas de usos de método de anticonceptivos, la falla del mismo, la coerción sexual y, con menor estadística, la violación.^{10, 11}

Las mujeres que tienen embarazos no intencionales son las que más sufren depresión posparto, sentimientos de impotencia^{12, 13, 14} y, una reducción en la salud física y mental. Además son más vulnerables a tener una mala relación con sus hijos, maltrato físico y tienden a pasar menos tiempo con ellos ^{15, 16}. Las mujeres que tienen embarazos no planificado, tienen menos probabilidad de acudir a recibir atención prenatal o lo buscan de manera tardía a diferencia de las mujeres que tuvieron la intención de quedar embarazadas ¹⁵ relacionándose con alta mortalidad infantil y bajo peso al nacer^{10, 17}. Asimismo tiene un impacto negativo a la sociedad debido al alto costo médico que causa el embarazo no planificado ¹⁸.

Hoy en día los temas de Salud Sexual y Reproductiva han tomado mayor importancia en la vida de los adolescentes debido a que les permitirá tomar decisiones libres, responsables y seguras, que puedan elaborar y cumplir sus proyectos de vida, y así con estas medidas se espera disminuir los altos índices de embarazos no planificados que ocurren a nivel mundial ¹⁹.

Un embarazo planificado involucra tomar medidas tanto preventivas, como el uso de ácido fólico para reducir el riesgo de defectos del tubo neural y posibilidad de labio leporino en el feto, evitar el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, cambios de estilo de vida saludable con el fin de cuidar la salud y desarrollo de las futuras generaciones ^{20, 21}. Algunos estudios han analizado diversos factores asociados a la planificación del embarazo como el inicio de relaciones sexuales, estatus económico alto, mayor edad materna, larga relación en pareja, historias médicas psiquiátricas entre otras^{23, 24, 25}.

Según el último reporte del Instituto nacional de estadística e informática (INEI) del año 2013 en Perú, se conoce que alrededor de seis de cada diez de los nacimientos, tenidos por madres menores de 20 años de edad, fueron embarazos no deseados cuando ocurrieron. Por consiguiente, que los hubieran preferido tener en un tiempo posterior, sin embargo no fueron prevenidos adecuadamente. El porcentaje de estos nacimientos, en los cuales a las madres les hubiera gustado ampliar el tiempo entre cada gestación, se ha incrementado desde 36,6% en 1996 a 58,9% en el 2013²⁶.

El Hospital de Essalud Jorge Voto Bernales es el único centro obstétrico para los asegurados del cono este de Lima, por lo que se estima 400 alumbramientos mensuales, teniendo gran demanda asistencial, sin embargo no cuenta con estudios sobre planificación del embarazo.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Por todo lo expuesto se planteó lo siguiente ¿Cuál es la asociación entre el nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva y la planificación del embarazo en el Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante el periodo Julio– Agosto del año 2016?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

A pesar de contar con datos estadísticos impactantes sobre la situación actual de los embarazos en adolescentes y su comportamiento frente a esta situación, no se hallan estudios en nuestro país ni muchos menos en el hospital de estudio que confirmen los factores que influyen en los embarazos no planificadas, cuya importancia radica en los cuidados antes, durante y posterior al parto, además de las características de cada una de ellas y las potenciales complicaciones tanto para la salud de la madre como del recién nacido.

A su vez conociendo el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en gestantes y su influencia en la planificación del embarazo, poder concientizar a la población objetivo, para poder disminuir el porcentaje de embarazos no planificados futuros, ya que a la larga podría influenciar en el desarrollo posterior tanto de la madre como el recién nacido influyendo así a la sociedad.

1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA

El área de investigación de este estudio fue Ginecología-Obstetricia, y su ejecución se realizó en los Consultorios externos de Ginecología -Obstetricia del Hospital Jorge Voto Bernales. El tiempo en el cual se realizó este estudio fue durante el periodo Julio-Agosto 2016.

1.5 OBJETIVOS:

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la asociación entre el nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva, con la planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante el periodo Julio-Agosto 2016.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1 Analizar la asociación entre los antecedentes sociodemográficos y ginecológicos y planificación del embarazo.
- 2 Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre fisiología reproductiva y planificación del embarazo.

- 3 Comprobar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y planificación del embarazo.
- 4 Verificar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual- VIH-SIDA y planificación del embarazo.
- 5 Explicar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre preservativos y planificación del embarazo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **Jenny Stern (2016) Suiza** ¹¹. Este trabajo acerca si la planificación del embarazo está asociada con las características de los antecedentes y el comportamiento del embarazo. Se encontró que tres de los cuatro embarazos fueron muy planificados y el 12% muy no planificado, de los que no planificaron el 32% había considerado aborto inducido. Un tercio de todas las mujeres tomaron ácido fólico un mes antes de la concepción. La edad de la mujer, la antigüedad de la relación actual, el país de nacimiento, el país de nacimiento de los padres, el nivel de educación, la situación laboral actual, el diagnóstico psiquiátrico y el ingreso familiar estaban asociados con el nivel de planificación del embarazo.

- **Shahrzad Rahimi-Naghani (2016)** ²⁷. **Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva entre los hombres y mujeres de 15 a 49 años en metropolitana Teherán**. Un cuestionario anónimo ilustrativos avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se utilizó para recopilar los datos. Los resultados mostraron que los hombres y las mujeres eran moderadamente conocedores de la salud sexual y reproductiva (puntuación media de la SSR conocimiento = 39, rango: 26 a 52); Sin embargo, mitos y percepciones erróneas prevalecieron en diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, sólo el 45% de las mujeres y el 38,7% de los hombres sabían con precisión que una persona infectada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede tener un aspecto saludable. Amigos fueron identificados como el principal o fuente secundaria de los conocimientos sobre la pubertad y las cuestiones relacionadas con el sexo. Un análisis multivariante mostraron que ser mujer (coeficiente = 0,139, p <0,001) y estar casado (coeficiente = 0,180, p <0,001) fueron predictores significativos de un

mejor conocimiento de SSR, mientras que ser joven (grupo de edad 15 a 24) fue un determinante significativo del conocimiento pobre SSR (coeficiente = -0,161, $p < 0,001$) cuando se controlaron otros factores que influyen.

- **Nypaver C (2016) EEUU²⁸. Cuidado antes de la concepción: Mejoramiento de la Salud de la Mujer y la Familia.** Aproximadamente el 50% de los embarazos en los Estados Unidos no son planeados. Las exposiciones ambientales, enfermedades crónicas y agudas, y la ingestión de teratógenos que pueden afectar negativamente al feto pueden ocurrir durante estas primeras semanas del embarazo. Debido a esto, la salud de la mujer y su pareja antes del embarazo son de suma importancia. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y de la salud antes de la concepción y la Iniciativa de Cuidado de la Salud han establecido objetivos y directrices basadas en la evidencia para la atención previa cuidando de la salud antes de la concepción puede ser roscado en cada visita con todas las mujeres en edad reproductiva que no están embarazadas. Las directrices se centran en 3 áreas principales: cribado, promoción de la salud, e intervenciones. El examen se lleva a cabo con mujeres y parejas a través de una historia clínica y evaluación de riesgos, incluyendo un plan de vida reproductiva; evaluación de tabaco, alcohol y drogas; de transmisión sexual pruebas de infección (ITS) y la educación; y la evaluación de los factores de riesgo ambientales o teratogénicos. Promoción de la salud incluye asegurarse de que la mujer está al día con respecto a las vacunas recomendadas, teniendo los niveles adecuados de ácido fólico, y mantener un peso saludable y nivel de actividad física.
- **Wegs C (2016) Kenia²⁹. Una evaluación de los resultados de planificación de la familia Resultados Iniciativa en Kenia.** Al inicio del estudio, el 34,0% de las mujeres y el 27,9% de los hombres utilizaron un método de planificación familiar moderna en comparación con el 51,2% y 52,2%, respectivamente, en la línea final ($p < 0,05$). La exposición a los diálogos de Planificación Familiar se

asoció con 1,78 (IC del 95%: 1.20-2.63) veces mayores probabilidades de usar un método de planificación familiar moderna en la línea final para las mujeres, pero esta asociación no fue significativa para los hombres. El uso de las mujeres de FP moderna se asoció significativamente con una mayor comunicación conyugal, el control sobre las ganancias en efectivo propio, FP y la auto-eficacia.

- **Finer LB (2014) EEUU³⁰**. El estudio sobre Los cambios en los embarazos no intencionales y no intencionales en los Estados Unidos, 2001-2008. En 2008, el 51% de los embarazos en los Estados Unidos fueron no planeados, y la tasa de embarazo no deseado fue de 54 por cada 1000 mujeres entre los 15 y los 44 años. Entre 2001 y 2008, los embarazos destinados disminuyeron y aumentaron los embarazos no deseados, un cambio observado previamente. Las grandes disparidades en el embarazo no deseado por estado civil, ingresos y educación se incrementó; el porcentaje de embarazos no deseados que terminan en aborto disminuido; y la tasa de embarazos no deseados que terminan en nacer aumentó, llegando a 27 por cada 1000 mujeres.
- **Backhausen MG(2014) Dinamarca ²¹**. Este estudio **sobre planificación del embarazo y estilo de vida antes de la concepción y durante el embarazo precoz en las mujeres danesas**. La mayoría (77%) de los participantes informaron de que sus embarazos fueron muy o bastante bien planificados. No se observaron puntuaciones de LMUP mediana mayor en las mujeres que toman ácido fólico ($p < 0,001$), en las que consumían menos alcohol, y en las mujeres que dejaron de fumar antes del embarazo ($p = 0,043$). Sin embargo, el 43% de los encuestados con un alto grado de planificación del embarazo y el 98% de los que tienen un bajo grado de planificación no había tomado ácido fólico antes del embarazo consumo excesivo de alcohol durante el embarazo temprano se informó en un 20% de las mujeres con un alto grado de embarazo planeado y el 31% de los que tienen un bajo grado ($p = 0,01$).

- **Flower A(2013).Reino Unido.** ²⁰ El estudio titulo **La planificación del embarazo, el hábito de fumar durante el embarazo, y el resultado neonatal: Reino Unido Millennium Cohort Study**. Tiene como resultado que el 43% de las madres no planificó su embarazo y el 34% eran fumadores justo antes y / o durante el embarazo. Los embarazos no deseados tenían 24% más de probabilidades de bajo peso al nacer y la prematuridad en comparación con embarazos no planificados (AORLBW1.24; IC del 95%: 1,04 a 1,48; AORPREM1.24, IC 95% 1,05 a 1,45), independientemente de la condición de fumador. Las probabilidades de bajo peso al nacer de los bebés de madres que fumaban justo antes del embarazo fue 91% más alta que la de las madres que no eran (AORLBW1.91, IC 95% 1,56 a 2,34). Las mujeres que dejan de fumar o reducirse la cantidad fumado durante el embarazo bajaron el riesgo de un bebé de bajo peso al nacer en un tercio (AORLBW0.66; IC del 95%: 0,51-0,85) en comparación con las mujeres cuyo nivel de fumar no cambió. Si todas las mujeres planearon su embarazo y no fumaron antes o durante el embarazo, el 30% de bajo peso al nacer y el 14% del prematuro podrían, en teoría, ser evitados.

- **Wellings K. (2013). Reino Unido** ²³. **La prevalencia de embarazos no deseados y factores asociados en Gran Bretaña: los resultados de la tercera Encuesta Nacional de Actitudes Sexuales y Estilos de vida (Natsal-3)**. Se encontró que el 7% de las mujeres de 16-44 años tuvo embarazos con resultados conocidos en el año anterior a la entrevista, de los cuales 16 ,2% (IC del 95%: 13.1-19. 9) anotó como no planificado, 29 ,0% (25.2-33 2) como ambivalente, y 54 .8% (50.3-59. 2) como estaba previsto, dando una estimación de prevalencia anual para el embarazo no planificado de 1.5% (1 .2-1.9). Embarazos en mujeres de 16-19 años eran más comúnmente no planificado (45.2% [30.8-60.5]). Sin embargo, los embarazos no planificados eran más en mujeres de 20-34 años (62.4% [50. 2-73. 2]). Factores fuertemente asociados con los embarazos no planificados fueron la primera relación sexual

antes de los 16 años de edad (ajustada por edad odds ratio 2.85 [95% CI 1.77-4.57], tabaquismo actual (2.47 [1.46-4.18]), el consumo reciente de drogas distintas del cannabis (3.41 [1.64-7.11]), y un menor nivel de instrucción. El embarazo no planeado también se asoció con la falta de competencia sexual en la primera relación sexual (1.90 [1.14-3.08]), la presentación de informes más alta frecuencia de relaciones sexuales (2.11 [1.25-3.57] durante cinco o más veces en las últimas 4 semanas), que reciben educación sexual principalmente de un no-escuela fuente basada en (1.84 [1.12-3.00]), y la depresión actual (1.96 [1.10-3.47]).

- **Secura G (2013)** ³¹. El estudio **Prolongada acción anticoncepción reversible: una solución práctica para reducir los embarazos no deseados**. Los anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC) incluye el dispositivo intrauterino y el implante subdérmico y ofrece el potencial para abordar el problema de los embarazos no deseados. LARC es extremadamente seguro y más del 99% de efectividad en la prevención del embarazo. En las pruebas del mundo real métodos LARC eran más de 20 veces más eficaz en la prevención del embarazo no deseado (HR_{adj} = 21,8, intervalo de confianza del 95%, 13,7 para el 34,9) en comparación con la píldora anticonceptiva, el parche o el anillo. A pesar de su grado de eficacia, menos del 15% de las mujeres en todo el mundo utilizan la anticoncepción LARC. El mayor uso LARC y continuación ha sido probado para reducir efectivamente el embarazo no deseado, incluyendo el aborto y el embarazo adolescente.
- **Mosher WD (2012) EE.UU**³². Este estudio es sobre **nacimiento deseados y no deseados en Estados Unidos:1982-2010**. Alrededor del 37% de los nacimientos en los Estados Unidos fueron no planeados en el momento de la concepción. La proporción global no intencionales no ha disminuido significativamente desde 1982. Por ejemplo, las mujeres solteras, mujeres negras, y las mujeres con menos educación o ingresos siguen siendo mucho

más propensos a experimentar nacimientos no deseados en comparación con las mujeres, con estudios universitarios, y de altos ingresos casadas, blanco.

- **Kamal M. (2011) Bangladés²². Prevalencia y las correlaciones socioeconómicas del embarazo no intencionado entre las mujeres en zonas rurales de Bangladesh.** En general, el 30,0% de los nacimientos más recientes no fueron planeados. Tanto bivariado y multivariado confirmar que la edad, nunca usar del método anticonceptivo, la religión y el índice de riqueza eran determinantes importantes de los embarazos no deseados. Para el embarazo apareció como el más determinante del embarazo no planificado. Las mujeres con embarazos de cuarto orden o superior se encuentran en mayor riesgo (OR = 4,31 IC, 95%; 4,31 a 6,56) de embarazos no deseados que los que experimentó el embarazo por primera vez.
- **Makenzius M (2011) Suecia³³. Aborto inducido repetido- una cuestión de comportamiento individual o factores sociales? Un estudio transversal entre las mujeres suecas.** Los resultados dicen que dentro del rango de edad de 20-49 años, el 41% de las mujeres había experimentado al menos un aborto anterior. Los factores de riesgo para la repetición de aborto eran paridad (OR 2,57), la falta de apoyo emocional (OR 2,09), el desempleo o por enfermedad (OR 1,65), el consumo de tabaco (OR 1,56), y el bajo nivel educativo (OR 1,5). Algunas mujeres (n = 55) de apoyo económico considerado y oportunidades de trabajo podrían les han permitido continuar con el embarazo.
- **Kamal M1(2011) Bangladés²².** El estudio sobre **prevalencia y las correlaciones socioeconómicas de los embarazos no deseados entre las mujeres de zonas rurales de Bangladesh** tiene como resultados que el 30,0% de los nacimientos más recientes no fueron planeados. Tanto bivariado y multivariado confirmar que la edad, nunca usar del método anticonceptivo, la religión y el índice de riqueza eran determinantes importantes de los embarazos no deseados. Para el embarazo apareció como el más

determinante del embarazo no planificado. Las mujeres con embarazos de cuarto orden o superior se encuentran en mayor riesgo (OR = 4,31 IC, 95%; 4,31 a 6,56) de embarazos no deseados que los que experimentó el embarazo por primera vez.

- **Font-Ribera L (2008) España** ²⁴. El presente estudio es sobre **las desigualdades socioeconómicas en el embarazo no deseado y decisión del aborto**. Las principales conclusiones son que los embarazos no deseados representaron el 41% del total de embarazos y de éstos, el 60% terminó en aborto. De todos los embarazos, la proporción de aborto inducido alcanzó el 25,6%. En comparación con las mujeres con estudios universitarios, las personas con educación primaria incompleta tenían embarazos no deseados más (OR = 7,22). Cuando se enfrenta a un embarazo no deseado, las mujeres de la posición socioeconómica más baja son más propensas a elegir el aborto inducido, aunque este no es el caso de las mujeres jóvenes o solteras. Este estudio revela profundas desigualdades socioeconómicas en los embarazos no deseados y la toma aborto en Barcelona, España, donde la tasa de natalidad es muy baja y la tasa de aborto va en aumento. Las mujeres en posiciones de bajo nivel socioeconómico tienen muchos embarazos no deseados más que las mujeres con mayor nivel educativo. Excepto para las mujeres jóvenes o solteras, menor es la posición socioeconómica, cuanto mayor sea la proporción de mujeres que optan por un aborto inducido cuando se enfrentan a un embarazo no deseado.
- **Kamal M1(2011) Bangladés**²². El estudio sobre **prevalencia y las correlaciones socioeconómicas de los embarazos no deseados entre las mujeres de zonas rurales de Bangladesh** tiene como resultados que el 30,0% de los nacimientos más recientes no fueron planeados. Tanto bivariado y multivariado confirmar que la edad, nunca usar del método anticonceptivo, la religión y el índice de riqueza eran determinantes importantes de los embarazos no deseados. Para el embarazo apareció como el más

determinante del embarazo no planificado. Las mujeres con embarazos de cuarto orden o superior se encuentran en mayor riesgo (OR = 4,31 IC, 95%; 4,31 a 6,56) de embarazos no deseados que los que experimentó el embarazo por primera vez.

- **Larsson M (2002).**³⁴. En este estudio sobre las **razones para la interrupción del embarazo, hábitos anticonceptivos y la falta de anticonceptivos entre las mujeres suecas solicitan una interrupción temprana del embarazo**. La tasa de respuesta fue del 88% (n = 518). Tanto como el 43%, entre los fumadores diarios 53%, habían experimentado uno o más abortos legales anteriores. La mayoría de las mujeres (97%) había discutido la decisión sobre el aborto con alguien. Las razones más citadas que contribuyen a su decisión fueron las preocupaciones financieras, las preocupaciones acerca de la relación y el mal tiempo del embarazo. Aunque el 85% había usado anticonceptivos en el año anterior, el 36% de las mujeres no había utilizado ningún método anticonceptivo en el momento de la concepción.

- **Guzman (2010) EEUU.**³⁵ En un estudio sobre **Nacimientos no deseados: los patrones de la raza y la etnicidad y el tipo de relación**, se encontro que los negros eran más propensos que los blancos a haber tenido un (odds ratio, 2.5) de nacimiento no deseado; la relación se mantuvo entre las madres casadas (2,6), pero no casadas. Las probabilidades de un nacimiento no deseado fueron menores entre las mujeres que cohabitan hispanos nacidos en el extranjero que entre las mujeres blancas que cohabitan (0,6), un hallazgo impulsado por el menor riesgo de no deseados que de otros nacimientos entre los hispanos nacidos en el extranjero (0,3-0,5).

- **Navarro (2012) Perú**³⁶. Este estudio sobre **Nivel de conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo junio – setiembre 2012**, se halló que el 50.6% de los adolescentes de la urbanización Las Palmeras se ubicó entre las edades

de 14 a 16 años; el 68.4%, son estudiantes; el 60.8% tienen una relación en la actualidad; y el 54.7% inició su vida sexual entre las edades de 12 - 15 años. A su vez, esta población tiene un buen nivel de conocimiento sobre salud sexual, tal es así como se encontró en el estudio de Navarro donde el 70.9% con un nivel de conocimiento alto y 22.8% con nivel de conocimiento medio. Los adolescentes de la urbanización Las Palmeras, tuvo un nivel de conocimientos sobre salud sexual alto en las dimensiones: Anatomía y Fisiología Sexual, salud sexual y reproductiva, prevención de ITS y VIH-SIDA y métodos anticonceptivos encontrando un 43.0%, 57%, 50.6%; y 56% respectivamente.

- **Sánchez (2011) Perú** ³⁷. En este estudio sobre **Conocimientos y actitudes acerca de las ITS y el VIH/Sida de los adolescentes varones en dos comunidades zonales de Chimbote-Perú, 2010**, se llegó a la conclusión que, de la población encuestada, la edad media fue de 15,2 años. El 28% de varones refieren relaciones sexuales con una edad media de iniciación sexual de 14,7 años, con un rango de 12 a 18 años. El 75% de varones desconoce las dimensiones básicas sobre las ITS y el VIH/SIDA.
- **Salazar (2007) Perú** ³⁸. En su estudio sobre **Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú**, se encontró conocimientos sobre sexualidad calificados como malo en un 50% (n=632) y muy malo 15.5% (n=172). El inicio de la vida sexual activa fue 17.9% (n=199), con una edad promedio de 14.5 años, de los cuales el 83% (n=165) han tenido relaciones sexuales de riesgo (sin protección de "preservativo"). El grado de conocimientos sobre sexualidad versus relaciones sexuales de riesgo reveló que adolescentes con grado de conocimiento malo y muy malo (72.5%; n=804), tienen mayor frecuencia en el inicio de relaciones sexuales (9.1%; n=100), resultados estadísticamente significativos con un Chi-cuadrado de Pearson $p=0.000$.

2.2 BASES TEÓRICAS :

2.2.1 CONOCIMIENTO

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie. Científicamente, es estudiado por la epistemología, que se la define como la 'teoría del conocimiento'; etimológicamente, su raíz madre deriva del griego *episteme*, ciencia, pues por extensión se acepta que ella es la base de todo conocimiento ³⁸. Su definición formal es estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias". Se la define también como "El campo del saber que trata del estudio del conocimiento humano desde el punto de vista científico". En cambio, gnoseología deriva del griego *gnosis*, conocimiento al que también estudia, pero desde un punto de vista general, sin limitarse a lo científico. En la práctica, la gnoseología es considerada como una forma de entender el conocimiento desde la cual el hombre -partiendo de su ámbito individual, personal y cotidiano- establece relación con las cosas, fenómenos, otros hombres y aún con lo trascendente ⁴⁰.

La teoría del conocimiento plantea tres grandes cuestiones: ^{39,40,41}

- La posibilidad de conocer. La epistemología propone soluciones opuestas:
 - Escepticismo: Duda de la capacidad del hombre para conocer y por tanto para alcanzar alguna verdad o certeza. Sus maximalistas ponen en duda toda, desconfían de la razón y aún de sus propias impresiones sensibles; viven en completa indiferencia, ignorando todo lo aceptado, en cuanto especulación o práctica. Esta posición extrema tiene en el probabilismo seguidores que tratan de 'atenuar' tal radicalismo y cuyo principio lo enuncian así: "nunca estaremos seguros de poseer la verdad, pero podemos fiarnos de algunas probables representaciones de ella, lo que nos bastará en la práctica".
 - Dogmatismo: el dogmático sostiene que sí es posible conocer y que para lograrlo solo existen verdades primitivas o evidentes, que tienen

ese carácter porque al pretender refutarlas implícita e involuntariamente se les afirma y porque fuera de ellas no puede haber conocimiento.

Las verdades evidentes del dogmatismo son: La existencia del mundo material, la existencia del yo cognoscente, el principio de la no contradicción, la amplitud de la mente para conocer.

- La naturaleza del conocimiento, es decir, cuál es la esencia del conocimiento. La relación sujeto-conocimiento se establece como un *ser-en* pero también con un *ser-hacia* que le da intencionalidad, característica que lo hace frágil y cambiante.
- Los medios para obtener conocimiento: implica conceptualizar de qué se vale el hombre para iniciar y desarrollar el conocimiento. Esto alcanza su apogeo al desarrollar el lenguaje, hecho que mejora sustancialmente el avance al facilitar la transmisión a cada nueva generación lo aprendido de la anterior, para mantener la vida y que finalmente le va a hacer la especie dominante. Estos logros se perpetúan con el desarrollo de la escritura y más aún con la reciente invención de la imprenta.

Consecuente con este avance y tal como hoy se acepta, el inicio y desarrollo del conocimiento es un proceso gradual: el hombre al comienzo tiene en la experiencia captada por los sentidos la base para aprehender la realidad, luego aprende a razonar, es decir a derivar juicios que le lleven a representaciones abstractas, un campo diferenciado ya de la inicial captura de la realidad en su experiencia diaria.

2.2.2 PLANIFICACION DEL EMBARAZO

Cuando una pareja empieza a considerar que desea tener un hijo, es el momento de planificar ese embarazo, porque eso va a contribuir a que su hijo nazca sano. Para ello, la planificación se debe iniciar tres meses antes de abandonar el método anticonceptivo, y debe ir acompañada de la adopción de una serie de medidas preventivas, tanto por el hombre como por la mujer, que protegen el desarrollo del futuro hijo.

- ¿Por qué iniciarla tres meses antes?

Porque cuando una mujer se queda embarazada, los gametos que dieron lugar al embrión tras la fecundación, se formaron y maduraron durante un periodo anterior al momento de la fecundación. Ese periodo es mayor para el espermatozoide, ya que necesita cerca de tres meses. Por tanto, como el cuidado preconcepcional ha de incluir el desarrollo de los dos gametos, es por lo que debe durar al menos tres meses. Durante ese tiempo se producen procesos bioquímicos, moleculares y morfológicos que son muy importantes para que la fecundación y todo el desarrollo embrionario y fetal sean correctos. Sin embargo, esos procesos son muy sensibles a la exposición a diferentes factores ambientales, que pueden dar lugar a mutaciones, alteraciones cromosómicas y modificaciones epigenéticas, entre otras. Precisamente para evitar esas potenciales alteraciones, es por lo que las medidas preventivas deben adoptarse tres meses antes de iniciar la búsqueda de un embarazo.

MEDIDAS PREVENTIVAS ^{42, 43, 44,45}

Hay aspectos específicos que sólo atañen a la mujer, puesto que casi todo lo que ella ingiera o absorba le llegará al feto. Además, es preciso tener en cuenta que para cuando la mujer advierte que está embarazada, el embrión ya tendrá formados los esbozos de todos los órganos. Este es otro de los motivos de la necesidad de adoptar estas medidas preventivas precozmente, porque así protegerá ese periodo inicial del embarazo, en el que la mujer aún no puede saber que ya está embarazada.

Aparte de procurar tener los hijos en las mejores edades reproductivas (entre 22 y 34 años), ambos padres, desde tres meses antes de buscar el embarazo, deben adoptar las siguientes medidas:

Estilo de vida:

Antes de quedar embarazada, es importante que se encuentre lo más sana posible. Un cuerpo y estilo de vida saludables significa que su bebé se gestará sanamente a la vez de optimar su embarazo. A continuación le enumeramos una lista de

recomendaciones que deberá considerar antes de quedar embarazada y que a la vez, pueden ayudarle a lograrlo.

- Mantenga un peso saludable (el índice de masa corporal recomendado es 20-25)
- Deje de fumar y no estar en ambientes con humo de tabaco.
- Considere la cantidad de bebidas alcohólicas que ingiere: no se recomienda beber alcohol durante el embarazo. El alcohol además de afectar a la formación de los gametos, puede alterar la formación de cualquier órgano en su estructura y/o su función, y es la primera causa no genética de retraso mental.
- Drogas – déjelas antes de quedar embarazada para que no perjudiquen al bebé
- Cafeína – se encuentra en el café, en el té, en algunas bebidas gaseosas, en el chocolate y en las bebidas energéticas. Reduzca el consumo diario a menos de 200 MG, o dos tacitas de café expreso.
- Comidas sanas – es muy importante mantener una dieta balanceada antes, durante y después del embarazo ya que algunas comidas deben evitarse (consumir dieta como la mediterránea, rica en verduras y frutas, tomar grasas mono insaturadas (aceites vegetales, como el de oliva), o poliinsaturadas (otros aceites que contienen omega-3 u omega-6) y pocas grasas saturadas). También es muy importante observar las reglas de higiene durante la preparación de las comidas.
- Ejercicios – si mantiene un programa regular de ejercicios antes del embarazo, es muy probable que lo continúe. El ejercicio es muy bueno tanto para la salud física como para la menta
- Aspectos dietéticos y ergonómicos que son específicos para la mujer durante el embarazo:
 - a. Si no ha pasado la toxoplasmosis, no debe ingerir frutas o verduras mal lavadas. Tampoco carnes poco cocinadas, a menos que se congelen previamente a 22° bajo cero, durante unos diez días. Igual se debe hacer con pescados, jamón y charcutería cruda. No tener contacto físico con gatos y, sobre todo, con sus heces.
 - b. Extremar las medidas higiénicas en el contacto con animales en general.

- c. Hacer ejercicio físico moderado. Por ejemplo, caminar.
- d. No realizar trabajos repetitivos, sobre todo si incluyen coger pesos, aunque sean ligeros, durante mucho tiempo. Coger pesos grandes está contraindicado.
- e. No estar mucho tiempo de pie, ni tampoco sentada sin hacer pequeños descansos.
- f. Procurar no hacer turnos nocturnos.
- g. No utilizar ropas que opriman.

Suplementación de vitaminas y minerales

Hay muchas clases de vitaminas y minerales específicamente diseñadas para tomar durante el embarazo y la lactancia. Es importante que tome 0,5 mg de ácido fólico antes de quedar embarazada ya que gran parte del desarrollo del bebé sucede en las primeras semanas y usted tal vez no sepa aún que está encinta. Una dieta equilibrada le provee todos los nutrientes necesarios antes y durante el embarazo pero a veces sea necesario suplementarlos.

Entre las vitaminas y los minerales necesarios para un embarazo sano, la mamá y el bebé, se encuentran:

- **Ácido fólico:** Tomar dosis bajas de ácido fólico (400µg. o 0,4 mg diarios), salvo que su médico, por otros problemas, les indique una pauta diferente. La mujer lo tomará además durante el primer trimestre, e incluso más allá si su médico lo estima necesario.
- Yodo
- Hierro
- Vitamina D
- Calcio

Medicamentos

Durante el embarazo puede ser peligroso tomar ciertos medicamentos, ya sean recetados o comprados en la farmacia. Le sugerimos que haga una lista de todos los medicamentos que toma regularmente y que antes de quedar embarazada, le pregunte al médico si son seguros de tomar. En esta lista debe incluir todos los

medicamentos que le haya recetado el médico y los que haya comprado en la farmacia, el supermercado, en tiendas de productos naturales o se los haya recomendado un naturópata. Mientras que algunos medicamentos se consideran nocivos cuando se está planificando tener familia o ya está embarazada, hay otros que puede continuar tomándolos ya que al mantenerla en buen estado de salud, la benefician a usted y al bebé. Algunas hierbas medicinales, las medicinas tradicionales, los productos homeopáticos y los suplementos nutricionales pueden ser peligrosos para usted y para el bebé por lo tanto es importante que se cerciore de esto antes de quedar embarazada.

Inmunizaciones y análisis de sangre

Si está planificando un embarazo, debería conocer su estado de vacunación e inmunización. Un simple análisis de sangre le hará saber si ha recibido inmunizaciones y si es inmune a ciertas infecciones que de lo contrario, podrían ser nocivas.

Recuerde que después de que la vacunación contra la rubeola y la varicela, deberá esperar un mes antes de intentar quedar embarazada. Confirme que usted y su pareja son inmunes a: Difteria, tétano y tos convulsa} Rubeola Varicela Gripe.

Antes de quedar embarazada, su médico o partera deberían saber si está en buen estado de salud para organizar otros análisis y estudios, incluyendo las pruebas de función tiroidea Los niveles de azúcar en sangre en ayunas y la hemoglobina glucosilada (análisis para detectar la diabetes) VIH (virus de inmunodeficiencia humana) Hepatitis B y Hepatitis C Detección de las infecciones de transmisión sexual Recuento sanguíneo completo (el hierro y el cribado talasemia) Conocer esta información por adelantado le ayudará a resolver cualquier problema que pueda tener, antes de quedar embarazada.

Historia clínica

Es importante también considerar su historia clínica cuando se planifica un embarazo. Consulte a su médico si ha tenido: Afecciones cardíacas Asma o enfermedades respiratorias Problemas endocrinos u hormonales (incluso diabetes

o problemas en la tiroides) Migrañas o enfermedades neurológicas (por ejemplo, epilepsia) Problemas renales Enfermedades mentales (depresión, trastornos de la alimentación , ansiedad, esquizofrenia) Trastornos sanguíneos (problemas de hemorragias o coagulación) Problemas ginecológicos Controles Es importante que sepa que goza de buena salud, antes de concebir. Si tiene alguna enfermedad deberá asegurarse de que se la controle un médico general o un especialista. Incluso, si no tiene otro problema de salud, es importante que, antes de quedar embarazada, esté al día con: Exámenes relacionados con la salud femenina Controles de los senos, papanicolaou, chequeos dentales.

Controles de la piel Historia médica de la familia

Si está planificando un embarazo, es conveniente conocer la historia médica de su familia. También es importante averiguar si en su familia han habido: Nacimientos defectuosos Anomalías fetales Retraso en el desarrollo o problemas de aprendizaje Pérdidas o mortinatalidad Complicaciones durante el embarazo Partos difíciles Si marcó alguna de las casillas anteriores, puede necesitar hablarlo con su médico antes de quedar embarazada. Puede que su médico la envíe a ver un consejero genético, con quien podrá hablar de estos temas en más profundidad. Si usted sabe que en su familia ha habido problemas hereditarios, como por ejemplo de fibrosis quística, puede tener acceso a estudios genéticos. Los resultados de estos análisis demoran, por lo tanto, mientras planifica su embarazo, dese bastante tiempo para esto y para obtener información. Tomarse el tiempo para esto antes del embarazo le evitará mucho estrés más adelante.

Situaciones sociales y salud mental

El embarazo también puede ser un período muy emocional. Asegúrese de tener personas y un médico con los que se siente cómoda para hablar de sus preocupaciones y a quienes podrá hacer saber cuándo se siente abrumada.

¿Ha considerado alguno de estos asuntos?

La familia y las relaciones

- ¿Tiene otros niños?

- Usted y su pareja, ¿han hablado de tener hijos?
- ¿Ha estado tratando de quedar embarazada?
- ¿Cree que tiene una buena red de apoyo social (familia y amigos)?

Estudio, trabajo y obligaciones económicas

¿Usted trabaja?

- ¿Su pareja trabaja?
- ¿Ha considerado dar al niño a cuidar?

Salud mental y bienestar

- ¿Ha padecido depresión o ansiedad?
- ¿Se siente lista para comenzar a planificar un embarazo?
- ¿Su pareja se siente lista para comenzar a planificar un embarazo?

2.2.3 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La Organización de las Naciones Unidas define una buena salud sexual y reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.⁴⁷

La salud sexual y reproductiva abarca todo el ciclo de vida de las personas: desde la vida intrauterina, infancia, adolescencia hasta la edad del adulto y adulto mayor. La salud sexual y reproductiva de las personas, está en estrecha relación con su entorno familiar, social y su medio ambiente, para alcanzarla y conservarla se requiere de acciones de atención integral específicas y diferenciadas tanto de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada una de estas etapas, debido a que las necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes según las etapas del ciclo de vida.

Según la Organización Mundial de Salud el conocimiento sexual indica en muchas culturas los problemas con la sexualidad humana son más dañinos y más importantes para el bienestar y la salud de los individuos, existe una relación importante entre la ignorancia sexual y la mal interpretación con los problemas diversos de salud y de calidad de vida.- mientras que reconocemos que es difícil llegar una definición universalmente aceptable de la totalidad de sexualidad humana.²⁵

Para mantener la salud sexual y reproductiva, las personas necesitan tener acceso a información veraz y a un método anticonceptivo de su elección que sea seguro, eficaz, asequible y aceptable. Deben estar informadas y empoderadas para auto protegerse de las infecciones de transmisión sexual. Y cuando decidan tener hijos, las mujeres deben disponer de acceso a servicios que las ayuden a tener un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un bebé sano.²⁸

- **APARATO REPRODUCTOR**

Son órganos encargados de la función vital de la reproducción. La condición de función vital es debida no a un solo individuo sino al conjunto de la especie. Un individuo puede no tener hijos y no se muere por ello. Pero si ningún individuo de la especie tuviera hijos la especie desaparecería. Por eso es una función vital. La reproducción humana es una reproducción sexual: necesita de una célula sexual masculina (espermatozoide) y una célula sexual femenina (óvulo).²⁹

Función del Aparato Reproductor

El aparato reproductor es un conjunto de órganos encargados de la reproducción. El aparato reproductor masculino sirve para producir las células sexuales masculinas, los espermatozoides. El aparato reproductor femenino sirve para producir las células sexuales femeninas, los óvulos, y para guardar y desarrollar el nuevo ser hasta el parto.

- Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino

El aparato reproductor está constituido por los órganos que tienen como funciones producir espermatozoides maduros e introducirlos en las vías reproductivas de la mujer. Además los testículos secretan las hormonas masculinas, principalmente testosterona.

Órganos del aparato reproductor masculino

- **Pene:** Es el órgano copulador y de mayor excitación sexual, cuya función en la reproducción es depositar el semen en el interior del aparato reproductor femenino. Internamente formado por dos cuerpos cavernosos, en su parte superior, que producen la erección, y un cuerpo esponjoso, en su parte inferior, que protege la última porción de la uretra. El último tramo del pene es el glande (popularmente conocido como cabeza del pene), recubierto por una porción de piel llamada prepucio.
- **Escroto:** El escroto es un saco cutáneo exterior que contiene los testículos y está situado postero - inferiormente en relación al pene e inferiormente en relación a la sínfisis del pubis.

Consta de:

- Piel: rugosa, de color oscuro
- Fascia superficial o lámina de tejido conjuntivo que contiene una hoja de músculo liso con el nombre de músculo dartos cuyas fibras musculares están unidas a la piel y cuya contracción produce arrugas en la piel del escroto. La fascia superficial forma un tabique incompleto que divide al escroto en una mitad derecha y otra izquierda y cada una de ellas contiene un testículo. Asociado a cada testículo dentro del escroto, se encuentra el músculo cremáster que es una pequeña banda de músculo estriado esquelético que continúa al músculo oblicuo menor o interno del abdomen. La localización exterior del escroto y la contracción de sus fibras musculares regulan la temperatura de los testículos porque la producción normal de espermatozoides requiere una temperatura inferior en unos 2-3 grados a la temperatura corporal.

En respuesta a las bajas temperaturas el músculo dartos se contrae con lo que se arruga la piel del escroto y se reduce la pérdida de calor y el músculo cremáster en cada lado también se contrae con lo que los testículos son acercados al cuerpo para estar cerca del calor corporal.²⁶

- **Testículos:** Se localizan en la parte inferior del bajo vientre. Son dos glándulas con forma de huevo, miden de 3.5 a 5 centímetros de largo y 1.5 a 2.5 centímetros de ancho. Cada testículo está alojado en una prolongación de la piel del abdomen, en forma de bolsa, situada abajo del pene que recibe el nombre de escroto. El escroto protege a los testículos, les proporciona una temperatura un poco menor a la del resto del cuerpo, para que funcionen adecuadamente.
Por lo general, el testículo izquierdo está un poco más abajo que el derecho. Una vez que los testículos maduran producen millones de espermatozoides, en forma constante. También producen hormonas responsables de cambios en el comportamiento, el mayor desarrollo de huesos y músculos, el crecimiento del vello y cambios de la voz.
- **Vías espermáticas:** Son conductos cuya función es la de llevar los espermatozoides que se forman en los testículos a la uretra. Estos conductos son los siguientes: red testicular, conductos eferentes, epidídimo, conducto deferente, vesículas seminales y conductos eyaculadores.
- **Epidídimo:** Es el conducto que se encuentra arriba de cada testículo. Cada epidídimo contiene un tubo muy delgado con muchas curvaturas, que si se extendiera mediría aproximadamente seis metros de longitud. La función del epidídimo es almacenar los espermatozoides; en él terminan su maduración antes de la eyaculación o emisión de semen.
- **Vesículas seminales:** Su forma es como de una bolsa alargada cuya extremidad anterior se une con el conducto deferente para formar el conducto eyaculador, éste lleva los espermatozoides a la uretra. La

función de las vesículas es producir un líquido viscoso que se mezcla con los espermatozoides y que se conoce con el nombre de semen.

- **Próstata:** La próstata tiene forma cónica con la base hacia la vejiga y arriba y el vértice hacia delante y abajo. Se sitúa por debajo de la vejiga, por encima del suelo perineal, por delante del recto y por detrás de la sínfisis pubiana. Las arterias de la próstata proceden de la arteria vesical inferior y la hemorroidal media. Las venas desembocan por delante en el plexo seminal y se piensa que actúan como guías de expansión tumoral extra capsular, especialmente en la zona del ápex. Los linfáticos forman en la superficie del órgano una red, los ganglios obturadores son considerados un escalón primario del drenaje prostático.²⁶

Semen o esperma: Es una mezcla de espermatozoides y secreciones de las vesículas seminales, de la próstata y otras glándulas; tiene un aspecto lechoso. El semen sirve de “medio de transporte” a los espermatozoides.

- **Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino** ⁴⁷

El aparato reproductor femenino tiene como función formar el gameto femenino, el óvulo, que es la célula sexual que aporta la parte correspondiente del ADN de la madre a la formación del nuevo individuo y además permitir el desarrollo del embrión y el parto.

Su principal especialización es la tener cierta cantidad de sustancia de reserva, el vitelo, que sirva de alimento al embrión en sus primeros días.

- **Genitales externos**

- **La vulva** está constituida por aquellas partes del aparato genital femenino que son visibles en la región perineal.
- **El monte de Venus** es una prominencia adiposa que está situada por encima de la sínfisis del pubis a partir de la cual se originan dos pliegues longitudinales de piel constituyendo **los labios mayores**,

que rodean a su vez a los labios menores, formados por unos pliegues cutáneos delgados y pigmentados, con abundantes glándulas sebáceas y sudoríparas, que carecen de folículos pilosos. **Los labios menores** se unen por delante formando el prepucio del clítoris mientras que por la parte posterior se fusionan formando parte de la horquilla perineal.

- **El clítoris** es un órgano eréctil de pequeño tamaño situado en el borde inferior de la sínfisis del pubis, formado por los cuerpos cavernosos y sus envolturas.

- **Genitales Internos**

- **Ovarios:** Órgano bilateral situado cada uno en la fosa ovárica, en el ángulo formado por la bifurcación de la arteria iliaca primitiva. Por la base de la fosa discurre el nervio y los vasos obturadores, mientras que por su borde posterior desciende el uréter y los vasos hipogástricos. El polo superior del ovario está en contacto con la trompa mientras que el polo inferior está orientado hacia el útero y fijado a él por el ligamento útero ovárico. Por su borde anterior se encuentra unido a la hoja póstero-superior del ligamento ancho por el meso del ovario que es por donde llega la inervación y vascularización ovárica.²⁶
- **Trompas de Falopio:** Son dos conductos que se encuentran localizados en la pelvis, a los lados del útero y cerca de los ovarios. Son del grosor de una cerda de cepillo. Sirven para recibir el óvulo cuando sale del ovario y lo llevan al útero. Generalmente, la fecundación ocurre en el tercio medio de estos conductos.
- **Útero:** También se le llama matriz. Es un órgano musculoso, se encuentra en el bajo vientre; tiene la forma de una pera y mide alrededor de 7.5 centímetros de largo y 5 centímetros de ancho. La función del útero es la de recibir y alojar al producto de la fecundación durante su desarrollo. Si la fecundación no sucede, parte del tejido

que cubre la capa interior de la matriz, llamado endometrio, se desprende y sale por la vagina. Este sangrado se conoce como menstruación o regla.

- **Vagina:** Es un conducto que mide alrededor de 10 centímetros y va de la matriz a los genitales externos o vulva. Sus paredes se encuentran en contacto permanente y sólo se separan cuando se tienen relaciones sexuales para recibir el pene y durante el parto. La vagina también sirve para conducir al exterior el flujo menstrual o menstruación.

- **FISIOLOGÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA**⁴⁸

Ciclo ovárico

Los ovarios están constituidos por un estroma y una gran cantidad de folículos (200.000 por ovario). Los folículos están formados por una pared de células estromales conocida como teca, que rodea a una capa de células foliculares conocida como granulosa, que segrega estrógenos. A partir de la pubertad, comienzan a madurar varios folículos cada mes, pero habitualmente sólo uno completa el proceso de maduración. Los folículos maduros reciben el nombre de folículos de Graaf. Aproximadamente, a los 14 días del inicio de la menstruación, el folículo maduro se rompe y expulsa el óvulo a la trompa de Falopio, lo que se conoce como ovulación. El óvulo viaja por la trompa hasta el útero, a menos que no haya ocurrido fecundación.

Ciclo uterino o menstrual

El ciclo menstrual es un ciclo biológico que involucra a los órganos reproductivos de la mujer y que depende de los niveles de hormonas femeninas estrógenos y progesterona. El ciclo menstrual se cuenta en días, y se ha decidido llamar día 1º de este ciclo al primer día de la menstruación, ya que es más fácil de identificar.

Los estrógenos del folículo en desarrollo hacen que el endometrio crezca y aumente de espesor. Si no hay embarazo el cuerpo lúteo degenera; dejan de producirse estrógenos y progesterona, y sobreviene la menstruación: las arterias uterinas se abren y el flujo de sangre hacia el exterior arrastra consigo los restos de este endometrio neo formado.

La Fecundación

También llamada Concepción, es el hecho fisiológico en el cual el espermatozoide alcanza al ovulo, y perdiendo su cuello y su cola entra en él, que es de tamaño bastante mayor, permitiendo así la reunión del material genético de ambas células (23 cromosomas de cada uno), para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas.

Menarquía

Es la primera vez que tiene su periodo la niña. Normalmente el periodo dura de tres a siete días, el flujo empieza leve. Puede volverse más fuerte por dos o tres días y de allí más leve hasta que se termina. La mayoría de veces empieza de color café, pero se vuelve más rojo; de allí se vuelve más café hasta que se termina. Un ciclo menstrual normal puede ser tan corto como de 21 días o tan largo como de 35 días.

El embarazo

Es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser en el aparato reproductor femenino que culmina en el parto, también se define como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto.

- **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:**

Es cualquier forma de impedir la fecundación o concepción al mantener relaciones sexuales. También se llama contracepción o anticoncepción, y son una forma de control de la natalidad.

En la prescripción del método deberán tenerse en cuenta múltiples factores, como el grado de motivación de la pareja en general y de la mujer en particular, su maduración psicológica, así como nivel cultural, la ausencia de contraindicaciones orgánicas y la valoración cuidadosa de los factores biológicos, médicos y psicosociales asociados.

- **Asesoramiento y elección del método**

La entrevista consiste en completar la información a cada mujer sobre los distintos métodos anticonceptivos, y determinar si existe o no una contraindicación al método por el que la usuaria haya optado. Si la consultante así lo desea, se incluirá a su compañero en la/s entrevista/s. La presencia y/o consentimiento del mismo no son necesarios para la indicación de un método. Si bien es importante que la pareja se comprometa con el cuidado anticonceptivo, el derecho a la concepción es individual y no necesita la autorización del compañero, aun cuando estén unidos por un matrimonio legal.

Métodos de Barrera

- **Preservativo:** Funda de látex que se coloca en el pene erecto y retiene el semen evitando que alcance el óvulo.
- **Espermicidas vaginales:** Agentes químicos en forma de jaleas, cremas, espumas o supositorios que se colocan en la vagina antes de mantener relaciones sexuales. Actúan como bloqueadores mecánicos del cuello y destruyen los espermatozoides.

- **Diafragma:** Dispositivo semiesférico de goma que se coloca en la vagina y produce la obstrucción del canal cervical evitando el paso de los espermatozoides. Se utiliza en combinación con los espermicidas.
- **Esponjas vaginales:** Hechas a base de poliuretano y que contienen espermicida, se colocan en la vagina cubriendo el cerviz. Obstruyen el orificio cervical externo y absorben los espermatozoides.
- **Anillo Vaginal:** Es un método **hormonal de barrera** que se compone de un anillo de plástico flexible transparente que al colocarse en la vagina libera lentamente por 21 días etonogestrel y etinilestradiol.

Métodos Hormonales

- **Anticonceptivos Orales:** Tales como las pastillas o "mini pastillas." Son una combinación de estrógeno y/o progesterona en dosis que previenen la ovulación y regulan los ciclos menstruales.
- **Inyectables:** Administración de estrógenos y/o progesterona que evitan la ovulación. Se administran generalmente una vez al mes.
- **Implantes subdérmicos:** Se colocan en ciertas zonas estratégicas debajo de la piel. Liberan una dosis continua de levonogestrel que inhibe la ovulación.

Métodos Intrauterinos

- **Inertes:** Actúan por su masa y su conformación como un cuerpo extraño sin mediar sustancia alguna.
- **Liberadores de iones:** A la acción del material plástico (cuerpo extraño) unen la de los iones que liberan según su composición los cuales inhiben la motilidad espermática.
- **Liberadores de hormonas:** Tienen incorporados al tallo hormonas como los progestágenos en forma de microgránulos que se liberan en la cavidad uterina.

Métodos Naturales

- **Abstinencia periódica:** Evitar el coito durante el periodo de ovulación femenina la parte intermedia periovulatoria del ciclo femenino.
- **Calendario de ritmo:** Evitar el coito los días fértiles del ciclo femenino basándose en la posibilidad de que la ovulación ocurra en los días 12 a 16.
- **Temperatura basal:** Detectar la ovulación a través de variaciones de la temperatura en el curso del ciclo.
- **Método del moco cervical-Billings:** Interpretar los cambios cíclicos del moco para determinar la ovulación.
- **Lactancia materna prolongada:** Promueve la liberación de la hormona prolactina, la cual favorece la amenorrea y la anovulación y consecuentemente una infertilidad fisiológica.
- **Coito interrumpido:** Retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación.

Métodos Permanentes

- **Salpingoclasia:** Ligadura de las trompas de Falopio en forma bilateral.
- **Vasectomía:** Sección y ligadura de los conductos seminales.

Métodos de Emergencia

- **Las píldoras anticonceptivas de emergencia:** o píldora del día después. Generalmente son pastillas con una dosis más alta al de las píldoras anticonceptivas regulares.
- **Dispositivo intrauterino (DIU):** puede ayudar a prevenir la concepción si se coloca dentro de los primeros 5 días después de la relación sexual sin protección.

- **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL VIH/SIDA**

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) representan a un grupo de padecimientos infecciosos que se transmiten predominantemente por contacto sexual. Algunos de éstos son considerados como de notificación obligatoria en la mayoría de los países, y continúan teniendo una frecuencia inaceptablemente alta, fundamentalmente entre gente joven en edad reproductiva y con vida sexual activa. Son aquellas las que pueden contagiarse durante las relaciones sexuales. Son enfermedades producidas por bacterias, virus, hongos y otros parásitos. Estas enfermedades no sólo afectan a los órganos sexuales, sino que se pueden extender a otras partes del cuerpo y pueden llegar a ser muy graves. Las más comunes son el SIDA, hepatitis B, la sífilis, gonorrea, herpes genital y la candidiasis. Hay que tener en cuenta que guardan estrecha relación con la salud reproductiva en el hombre

Sífilis

A la sífilis se la llama “la gran imitadora” porque tiene muchísimos síntomas posibles y muchos de estos se parecen a los síntomas de otras enfermedades. La llaga de sífilis que aparece justo después de infectarse por primera vez no produce dolor y puede confundirse con un pelo encarnado, una cortadura con un cierre u otro golpe que no parece dañino. El sarpullido que aparece en el cuerpo durante la segunda fase de la sífilis y que no produce picazón se puede producir en las palmas de las manos y las plantas de los pies, por todo el cuerpo o solo en algunas partes. Usted podría estar infectado por la sífilis y tener síntomas muy leves o no presentar ningún síntoma.

Chancro

Consta de una ulcera con bordes duros que no es dolorosa.

Gonorrea

Conocida también como blenorragia. Es causado por “Neisseria Gonorrhoeae”. Es la inflamación de las estructuras en las que penetra. Puede ser la uretra o la vagina y

cuello uterino, pero también, se han visto casos en el recto o en la cavidad oral. Se combate oportunamente con antibióticos, pero no tratada provoca infertilidad. Esta enfermedad es muy común; cuando la gonorrea no se trata, puede ocasionar problemas de salud graves y permanentes tanto en hombres como en mujeres: puede propagarse a la sangre y a las articulaciones, esta afección puede ser potencialmente mortal, además, las personas con gonorrea pueden infectarse más fácilmente con el virus que causa el SIDA.⁴

Tricomoniasis

Es causada por un parásito llamado “trichomonas vaginales o tricomonas” y se transmite por el contacto sexual. Esta enfermedad también se presenta en los niños a causa de las violaciones.

Candidiasis

Es producida por hongos generalmente el “Cándida Albican”. La mayoría de veces se transmite por contacto sexual, pero no se considera exactamente como una ITS.

Herpes Genital

Se produce por un virus llamado como su nombre. Casi en un 95% de veces, es transmitido por contacto sexual.

Uretritis no Gonocócica

Es la inflamación de la uretra, conocida también como uretritis inespecífica. Se transmite por contacto sexual y sus síntomas son como los de la gonorrea pero más leves.

Chancroide

Es producida por una bacteria llamada “Haemophiles Ducrey”. Se presenta una lesión en el pene o en la vagina semejante a una ampolla, es un bacilo gramnegativo que se observa en los frotis con material obtenido de las úlceras como si fuera un “cardumen”

SIDA

Enfermedad incurable y fatal que se transmite por contacto de algún líquido corporal infectado con otro (intercambio de sangre, semen o flujo vaginal). Los primeros síntomas son: fiebre y sudoración nocturna, nódulos linfáticos inflamados el menos en tres lugares del cuerpo: pérdida de peso, diarrea crónica, disminución del número de glóbulos blancos.

Como prevenir las enfermedades de transmisión sexual

En los tiempos que corren, el sexo seguro es un deber, no una opción. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) pueden tener efectos permanentes en su salud. Aprenda lo que debe hacer y lo que debe evitar para tener relaciones sexuales seguras.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un problema de salud pública mundial. Y nadie es inmune a ellas. Las ETS afectan a personas de todas las edades, razas y niveles económicos.

Lo que debe hacer:

- Usar un preservativo cada vez que practique sexo vaginal, anal u oral.
- Limite la cantidad de parejas sexuales.
- Sea honesto con su pareja
- Conozca los antecedentes sexuales de su pareja.
- Hágase pruebas de detección de ETS periódicamente.
- Si es mujer, visite a su médico para que le realice un examen pélvico una vez al año o con la frecuencia que le sugiera su médico.
- Practique actividades sexuales seguras.

Lo que debe evitar:

- No deje que los líquidos corporales entren en contacto directo con la vagina, el ano o la boca.
- No tenga relaciones sexuales si tiene llagas u otros signos de infección cerca de la boca, el área genital o anal.
- No toque las llagas o ronchas causadas por ETS.
- No suponga que podrá darse cuenta de si su pareja tiene una ETS.
- No crea que no debe preocuparse por las ETS porque está en una relación monógama.
- No deje de protegerse durante las relaciones sexuales porque usted o su pareja tiene una ETS.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES :

VARIABLES DEPENDIENTES:

- **Planificación del embarazo:** Conjunto de prácticas que utilizadas por los progenitores orientados al control de la reproducción mediante el uso adecuado de métodos de anticoncepción. En este estudio se dividió en sí o no planificaron su embarazo.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- **Edad de las gestantes:** Tiempo de vida de una persona desde que nació hasta el presente (años cumplidos)
- **Lugar de Nacimiento:** Ubicación de la ciudad donde nació el individuo. En este estudio se dividió en dos categorías: Lima y provincias.

- **Nivel de Educación:** El grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una Institución educativa formalizada. En este estudio se dividió en primaria, secundaria y superior y para fines estadísticos primaria-secundaria y superiores.
- **Situación actual:** Toda aquella actividad ya sea de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores. En este estudio en sí o no trabajan actualmente.
- **Paridad anterior:** Se refiere al número de embarazos de una mujer que ha dado a luz con un producto mayor 500mg o 22 semanas, independiente de la salida de anexos y placenta. En este estudio se clasifico si tiene o no partos anteriores.
- **Inicio de vida sexual:** Evento de la vida donde el individuo presenta el primer coito. En este estudio se divide en los individuos que iniciaron su vida sexual antes y después e igual a los 18 años.
- **Pareja sentimental:** Lazos sentimentales o de convivencia con la pareja actual. En este estudio se dividió en los que tiene menos de 5 años con su pareja y mayor e igual al mismo.
- **Nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva:** Conjunto de ideas y conceptos, verdaderos o falsos, de la observación y experiencia de las gestantes según su sexualidad. En este estudio se agrupo en cuatro dimensiones: fisiología reproductiva, métodos anticonceptivos, prevención de enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA y preservativos.

CAPITULO III

HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS:

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

El nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva está asociado significativamente a la planificación del embarazo en las gestantes del hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante el periodo Julio-Agosto 2016.



3.1.2 HIPÓTESIS ESPECIFICA

1. La edad materna, el lugar de nacimiento, nivel de educación, situación laboral, antecedente paridad, la edad de inicio de relaciones sexuales, tiempo de relación con pareja actual tiene relación significativa con la planificación del embarazo.
2. El nivel de conocimientos sobre fisiología reproductiva está asociado a la planificación del embarazo.
3. El nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos está asociado a la planificación del embarazo.
4. El nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual- VIH-SIDA está asociado a la planificación del embarazo.
5. El nivel de conocimientos sobre preservativos está asociado a la planificación del embarazo.

3.2 VARIABLES: INDICADORES:

Ver anexo # 03

CAPITULO IV METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal.

- Observacional o no experimental: Debido a que el factor de estudio no es asignado por los investigadores sino que estos se limitan a observar, medir y analizar determinadas variables, sin ejercer un control directo de la intervención.
- Analítico: Ya que el objetivo es determinar la asociación entre las variables estudiadas.
- Transversal: Ya que implica una interacción en una sola ocasión con el grupo de gestantes.

Nivel de investigación:

- Relacional.

4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Universo: La población estará constituida por las gestantes que asistieron al consultorio externo de ginecología del Hospital Jorge Voto Bernales en el distrito de Santa Anita, durante el periodo Julio-Agosto 2016.

Muestra: La muestra representativa para este estudio según análisis estadísticos fue 305 individuos. Se realizó un muestreo por conveniencia con la aplicación de la hoja de encuesta a todas las gestantes que acudieron al consultorio externo de ginecología del Hospital Jorge Voto Bernales durante el periodo Julio-Agosto 2016, obteniendo un total de 368 pacientes de los cuales 360 gestantes cumplieron con los criterios de inclusión y 8 gestantes

tuvieron el instrumento incompleto por la que se las excluyó del presente estudio.

Criterios de inclusión:

- Gestantes que acudieron al consultorio externo de ginecología del Hospital Jorge Voto Bernales durante el periodo Julio-Agosto 2016.
- Gestantes que aceptaron participar en la encuesta con su consentimiento oral.

Criterios de exclusión:

- Gestantes que rellenaron la encuesta con datos incompletos.
- Gestantes con discapacidades para la comunicación oral y escrita.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la presente investigación se aplicó la hoja de encuesta. Para medir la variable de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, se asignó un puntaje a la respuesta de cada gestante.

Instrumento: Para la medición del nivel de conocimiento sexual se implementó una encuesta validada autoaplicable (ANEXO N°2) tomada del autor Shahrzad Rahimi-Naghani con su artículo titulado “**Salud sexual y reproductiva Conocimiento entre los hombres y mujeres de 15 a 49 años en metropolitana Teherán**” quienes recogieron los datos mediante el Cuestionario de Salud Sexual y Reproductiva de la OMS, siendo la validez y fiabilidad del instrumento confirmada. En resumen, la correlación interclases coeficiente (CPI) fue superior a 0,8 para la mayoría de las frases, lo que indica una excelente concordancia y coherencia, con coeficientes kappa por encima de 0,8 en la mayoría de los artículos. Con respecto a los resultados de validez, el índice de validez de contenido media (CVI) para cada ítem fue de 0,98, la relación de la validez de contenido (CVR) fue alta en 0.976, y la validez de contenido promedio índices (S-CVI / Ave2 y S-CVI / UA3) fueron 0,97 y

0,94, respectivamente, los cuales fueron muy por encima de los criterios mínimos para la validez aceptable.

El instrumento fue validado para fines del trabajo de investigación en nuestro país, ya que no han utilizado aun la escala mencionada, pasando primero por un juicio de expertos del área de Gineco- Obstetricia (5 especialistas) y las dimensiones cumplieron con los criterios establecidos para su validación, luego se aplicó un piloto en 33 gestantes teniendo como resultado la Prueba un índice de confiabilidad alpha Cronbach igual a 0.764; siendo su confiabilidad adecuado.

El nivel de conocimiento de Salud Sexual y Reproductiva es una variable de escala que fue construido a partir de elementos de cuatro dimensiones: la fisiología sexual contiene tres ítems, cinco ítems de preservativos, siete ítems sobre el conocimiento de prevención de las ITSS/VIH/SIDA y once ítems en métodos anticonceptivos. La porción total del conocimiento constaba de 26 ítems. Comprende una escala de tipo Likert, considerando 5 alternativas:

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Siendo la totalidad de 26 preguntas, con un puntaje mínimo de 26 puntos y un puntaje máximo de 130 puntos.

- Favorable: Puntaje de 87-130
- Desfavorable: Puntaje de 0-86

Si se tomara las 4 dimensiones separadas se consideraría:

ESCALA FISILOGIA SEXUAL: Con un puntaje mínimo de 3 y máximo de 15

- Favorable: Puntaje de 10-15
- Desfavorable: Puntaje de 0-9

ESCALA METODOS ANTICONCEPTIVOS: Con un puntaje mínimo de 11 y máximo de 55

- Favorable: Puntaje de 37-55
- Desfavorable: Puntaje de 0-36

ESCALA INFECCIONES TRANSMISION SEXUAL- VIH SIDA: Con un puntaje mínimo de 7 y máximo de 35

- Favorable: Puntaje de 24-35
- Desfavorable: Puntaje de 0-23

ESCALA PRESERVATIVO: Con un puntaje mínimo de 5 y máximo de 25

- Favorable: Puntaje de 17-25
- Desfavorable: Puntaje de 0-16

La escala de los conocimientos fisiología varió de 3 a 15 (alfa de Cronbach = 0,20). La escala del conocimiento preservativo varió del 5 al 25 (alfa de Cronbach = 0,73). La escala del VIH / ITS conocimiento varió del 7 al 35 (alfa de Cronbach = 0,62). La escala de los conocimientos métodos anticonceptivos osciló 11-55 (Alfa de Cronbach = 0,769). La escala general del nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva varia de 26 a 130 (alfa de Cronbach = 0,764)

Planificación: Se incluyó en la encuesta el ítem de planificación del embarazo actual, con respuestas dicotómicas SI o NO.

Si la respuesta fue Si:

1. Tomo ácido fólico o vitaminas un 1 antes.
2. No consumo de alcohol ni tabaco 3 meses antes.
3. Tratamiento fertilidad para el embarazo.

Antecedentes ginecológicos: Se aplicó un cuestionario con variables edad de inicio de relaciones sexuales, embarazos anteriores y N° de años de relación con su pareja actual.

Antecedentes sociodemográficos: Se incluyó en el cuestionario variables como edad, nivel de educación (primaria-secundaria y superior), actualmente trabajando (dicotómicas sí o no), lugar de nacimiento (lima o provincias).

4.4 RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.

1. Se realizó las coordinaciones con el director del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales a quien se solicitó autorización para realizar esta investigación.
2. Para la selección de la muestra, se incluyó a todas las gestantes que asistieron al consultorio externo durante Julio- Agosto 2016 de la aplicación del instrumento de investigación.
3. Se aplicó el instrumento previamente validado a las gestantes que se encontraron esperando su turno en el consultorio externo de ginecología, la misma que durará aproximadamente 15 minutos por persona.
4. Posteriormente se procesó, tabulando los datos obtenidos en el programa Microsoft Excel 2013 para luego analizar la información mediante el paquete estadístico SPSS versión 22. Todo esto se realizó de manera computarizada en una computadora con Windows 10.
5. Por último, se procedió a la redacción del informe final del trabajo de investigación con la ayuda del programa Microsoft Word 2013

4.5 ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Una vez obtenida toda la información de las diferentes variables, depuradas las fichas con información incompleta y calculada los indicadores por encuestado, se procedió a transferir la información a una base de datos que se confeccionó con el programa Excel 2016 posterior analizada mediante el programa SPSS 22, con este programa se procedió a realizar:

- Análisis univariado, análisis de tendencia central, se calculó las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, entre ellas: Nivel de educación, lugar de nacimiento, paridad anterior, planificación del embarazo. Para las variables cuantitativas se calculó las medias, desviaciones estándar, entre ellas: edad, edad de inicio de las relaciones sexuales, tiempo en la relación actual.

- Análisis bivariado se aplicó:

a) Análisis correlacional para detectar grado de asociación, usando chi-cuadrado, odds ratio con su intervalo de confianza, usando como nivel de confianza un 95%.

b) Análisis de regresión lineal para detectar capacidad predictiva, siendo significativos aquellos que presentaron un $R^2 > 0.70$ (p -valor < 0.05).

- Análisis Multivariado se aplicó:

De esta misma manera se realizó el análisis multivariado, obteniéndose los OR ajustados (ORa) y sus IC95%, usando el modelo de regresión logística multivariado multinomial se consideró un $p < 0,05$ como estadísticamente significativo, usando como variable dependiente planificación sexual, haciendo contraste con las variables independiente para buscar asociación, factor de protección o de riesgo.

CAPITULO V

RESULTADOS Y DISCUSION

5.1. RESULTADOS

En este capítulo se presentará los resultados analizando las variables antes expuestas, expresadas tanto en tablas de frecuencias y análisis estadístico, se desarrollará en orden a los objetivos del presente estudio.

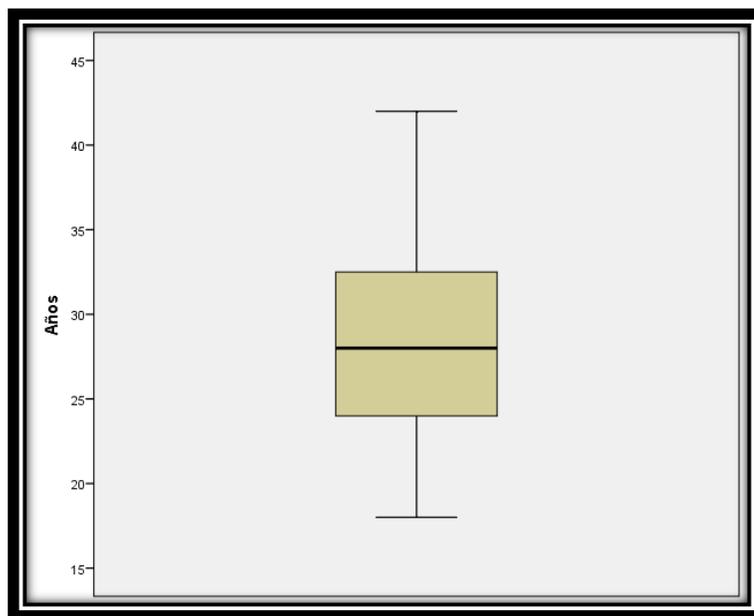
OBJETIVO 01: Analizar la asociación entre los antecedentes sociodemográficos y ginecológicos y planificación del embarazo.

De una población de 360 gestantes, tiene una mediana de 28 años, con un periodo intercuartil entre 24 y 32 años (Ver gráfico 1), de las cuales el 45.6% (164 pacientes) tiene educación secundaria completa seguido de un 45% de las cuales tienen educación superior universitario por ultimo con un 9,4% (34 pacientes) solo tuvieron educación primaria. Respecto al lugar de nacimiento, el 55.6% (200 pacientes) ha nacido en Lima y el restante 44,4% (160 pacientes) en provincias. Asimismo el 60.6% (218 pacientes) actualmente tiene algún trabajo. De las gestantes, solo el 48.9% (176 pacientes) ha presentado alguna paridad anterior a la gestación actual. La edad mediana de inicio de las relaciones sexuales es de 18 años, oscilando entre 12 y 29 años, con un periodo intercuartil 17 y 20 años, (Ver gráfico 2), teniendo actualmente con su pareja una mediana de 5 años de compromiso (periodo intercuartil entre 3 y 10 años) (Ver gráfico 3). (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Características generales de las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| Características | Frecuencia (%) |
|---|-----------------------|
| Edad(años)* | 28(24 – 32) |
| Nivel de Educación | |
| Primaria | 34 (9.4) |
| Secundaria | 164 (45.6) |
| Superior | 162 (45) |
| Lugar de nacimiento | |
| Lima | 200 (55.6) |
| Provincias | 160 (44.4) |
| Situación laboral | |
| Si | 218(60.6) |
| No | 142(39.4) |
| Paridad Anterior | |
| Si | 176 (48.9) |
| No | 184 (51.1) |
| Edad de inicio de las relaciones sexuales(años)* | 18 (17-20) |
| Tiempo de relación actual con la pareja(años)* | 5 (3-10) |

*Mediana y rango intercuartil



Min: 18 Max: 42. Q1:24 – Q3: 32.75
Mediana: 28

Grafico 1. Distribución de la edad de las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

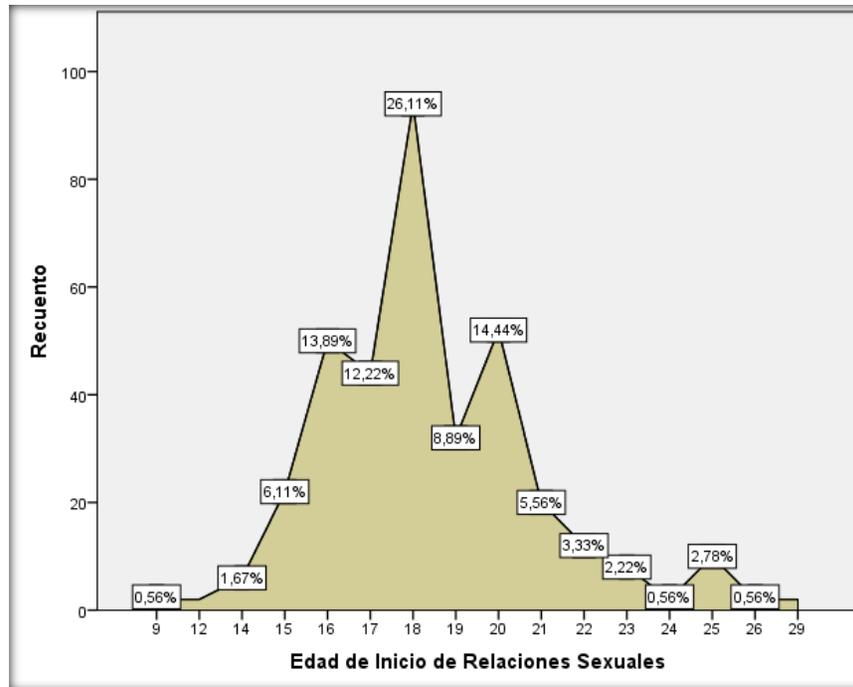


Gráfico 2. Distribución de la edad de inicio de relaciones sexuales en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernalles durante Julio-Agosto 2016

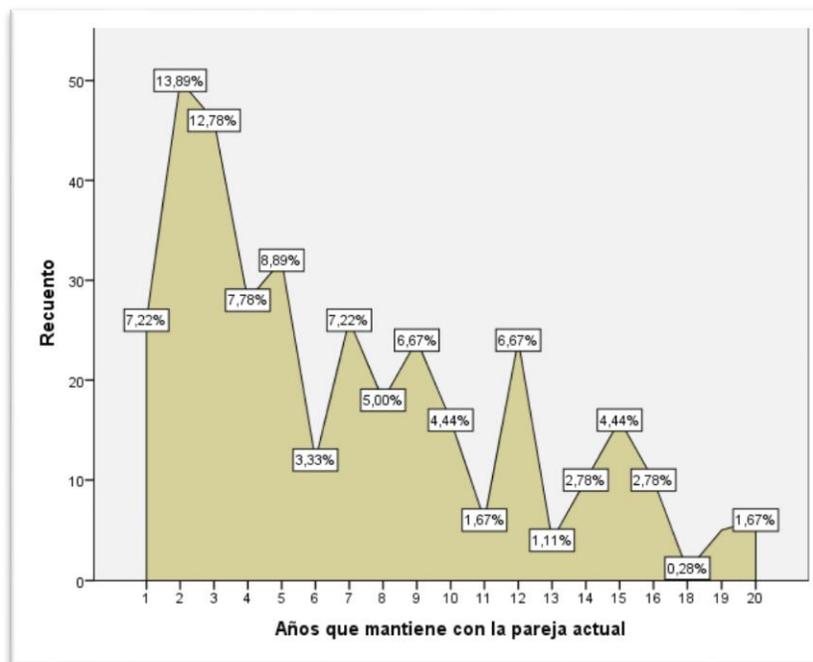
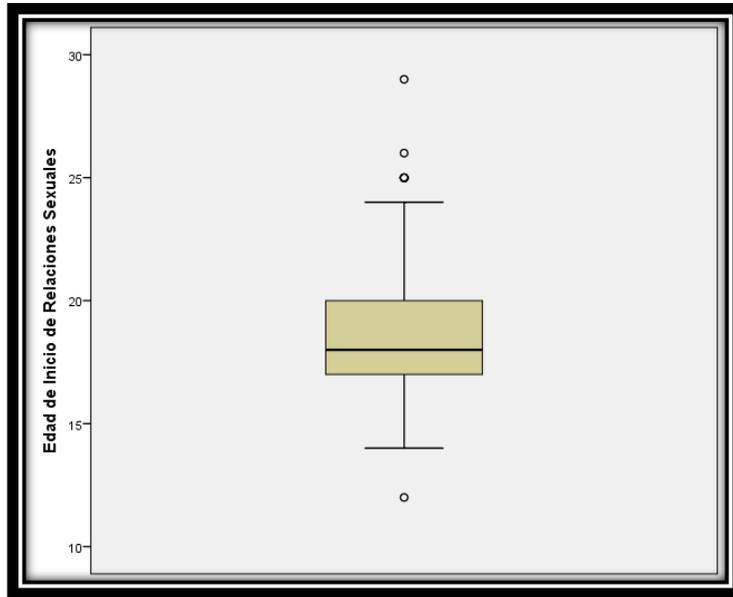
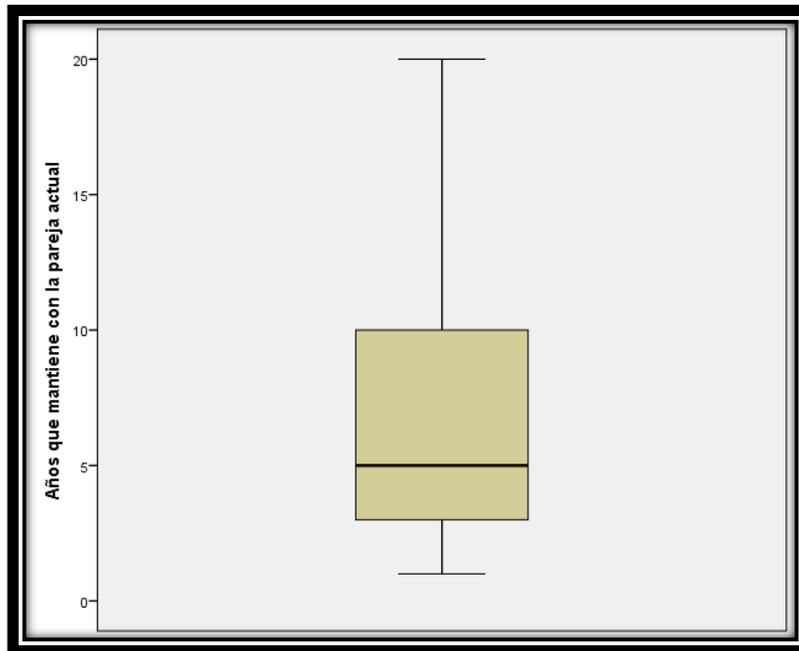


Gráfico 3. Distribución de los años de relación que mantiene las gestantes con su pareja actual de del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernalles durante Julio- Agosto 2016



Min: 12 Max: 29. Q1:17 – Q3: 20
Mediana: 18

Grafico 4. Distribución de la edad de inicio de relaciones sexuales en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016



Min: 1 Max: 20. Q1:3 – Q3: 10
Mediana: 5

Grafico 5. Distribución de los años que mantiene las gestantes con su pareja actual del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

De las gestantes encuestadas, el 55.8% (201 pacientes) planificó su embarazo (Ver Gráfico 4), de las cuales el 54,2% (109 pacientes) tomó ácido fólico 01 mes antes, el 39.8% (80 pacientes) no consumió alcohol ni tabaco 03meses antes, y un 6% (12 pacientes) recibe tratamiento contra la infertilidad. (Ver tabla 2)

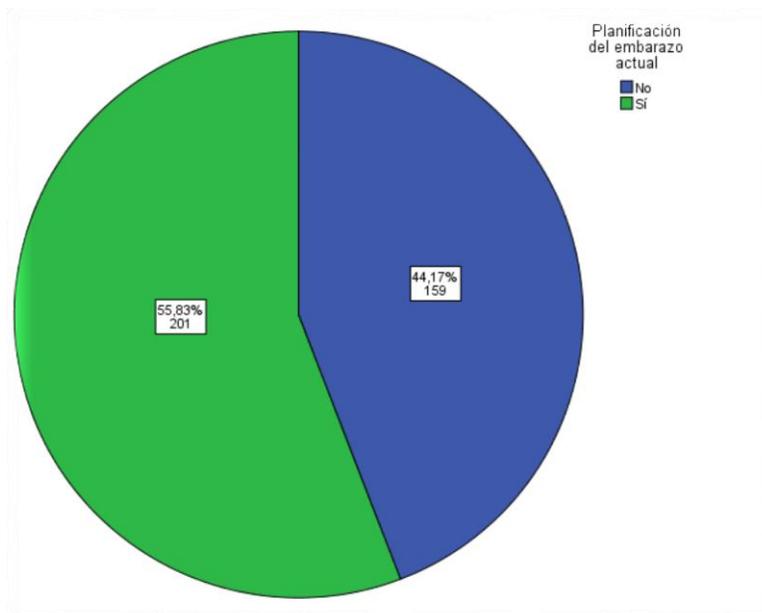


Gráfico 6. Distribución de las gestantes que planificación su embarazo actual del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

Tabla 2. Comportamiento de la planificación del embarazo de las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| PLANIFICACION EMBARAZO | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|---|------------|----------------|
| Tomando ácido fólico 01 mes antes | 109 | 54.2 |
| No consumir alcohol ni tabaco 1 meses antes | 80 | 39.8 |
| Tratamiento de infertilidad | 12 | 6 |
| Total | 201 | 100,0 |

Aquellas gestantes que si planificaron su embarazo, tienen una mediana de edad de 31 años. A su vez, las gestantes con una edad ≥ 30 años que si planificaron su embarazo fueron 137 (68.2% del total de mayores de 30 años). (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de la frecuencia de la edad de las gestantes según la planificación del embarazo del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| | <i>Planificación del Embarazo</i> | | | | <i>TOTAL población</i> | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------|-----------|-------|------------------------|--------|
| | NO | | SI | | | |
| <i>Edad</i> | n | % | n | % | | |
| <30 años | 140 | 88.1 | 64 | 31.8 | 204 | 56.7 |
| ≥ 30 años | 19 | 11.9 | 137 | 68.2 | 156 | 43.3 |
| TOTAL | 121 | 100.00 | 201 | 100.0 | 360 | 100.00 |

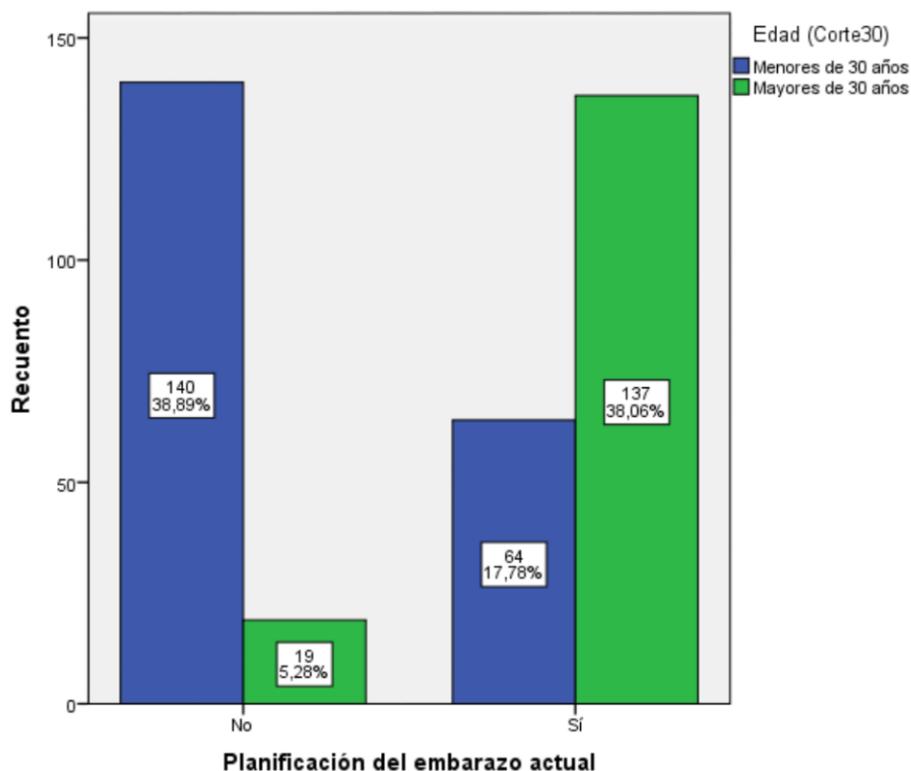


Gráfico 7. Distribución de la frecuencia de la edad de las gestantes según la planificación del embarazo del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

Respecto al grado de educación, se obtuvo que aquellas gestantes con educación superior y que si planificaron su embarazo, fueron un total de 106(es decir un 65.4% del total de las gestantes con estudios superiores). También aquellas gestantes con grado de instrucción secundaria y que, si planificaron su embarazo, fueron un total de 78 gestantes, es decir un 47.6% del total de gestantes con instrucción secundaria. Lo que nos llevó a deducir que las gestantes con estudios superiores respecto a los que no, fueron las que más su embarazo. (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de la frecuencia del nivel de educación de las gestantes según la planificación del embarazo del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| | <i>Planificación del Embarazo</i> | | | | <i>TOTAL población</i> | |
|-------------------|-----------------------------------|--------|-----------|-------|------------------------|--------|
| | NO | | SI | | | |
| <i>Educación</i> | n | % | n | % | | |
| <i>Primaria</i> | 17 | 10.7 | 17 | 8.5 | 34 | 9.4 |
| <i>Secundaria</i> | 86 | 54.1 | 78 | 38.8 | 164 | 45.6 |
| <i>Superior</i> | 56 | 35.2 | 106 | 52.7 | 162 | 45.0 |
| TOTAL | 159 | 100.00 | 201 | 100.0 | 360 | 100.00 |

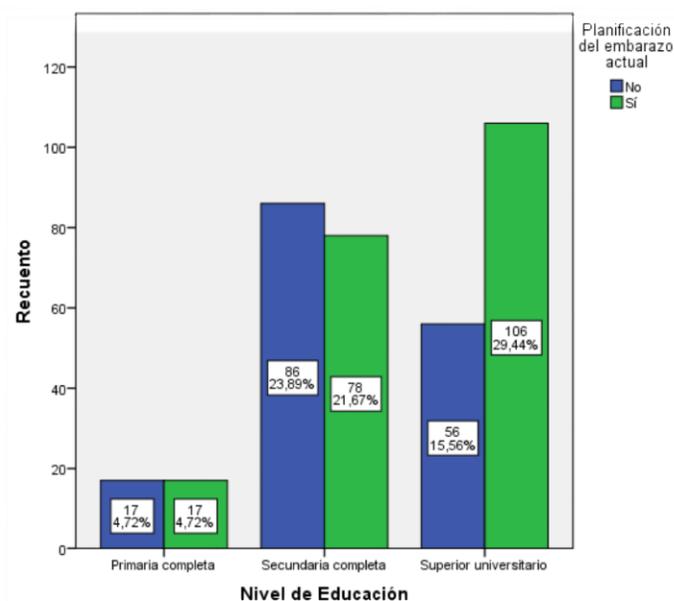


Grafico 8. Distribución de la frecuencia del nivel de educación de las gestantes según la planificación del embarazo del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

Concerniente al lugar de nacimiento, aquellas gestantes que nacieron en la ciudad de Lima y que planificaron su embarazo, fueron el 58% es decir una cantidad de 117 gestantes del total limeñas. (Ver Tabla 5)

Tabla 5. Distribución de la frecuencia del lugar de nacimiento de las gestantes según la planificación del embarazo en el Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| | <i>Planificación del Embarazo</i> | | | | <i>TOTAL población</i> | |
|----------------------------|-----------------------------------|--------|-----------|-------|------------------------|--------|
| | NO | | SI | | | |
| <i>Lugar de Nacimiento</i> | n | % | n | % | | |
| <i>Provincia</i> | 76 | 47.8 | 84 | 41.8 | 160 | 44.44 |
| <i>Lima</i> | 83 | 52.2 | 117 | 58.2 | 200 | 55.56 |
| TOTAL | 159 | 100.00 | 201 | 100.0 | 360 | 100.00 |

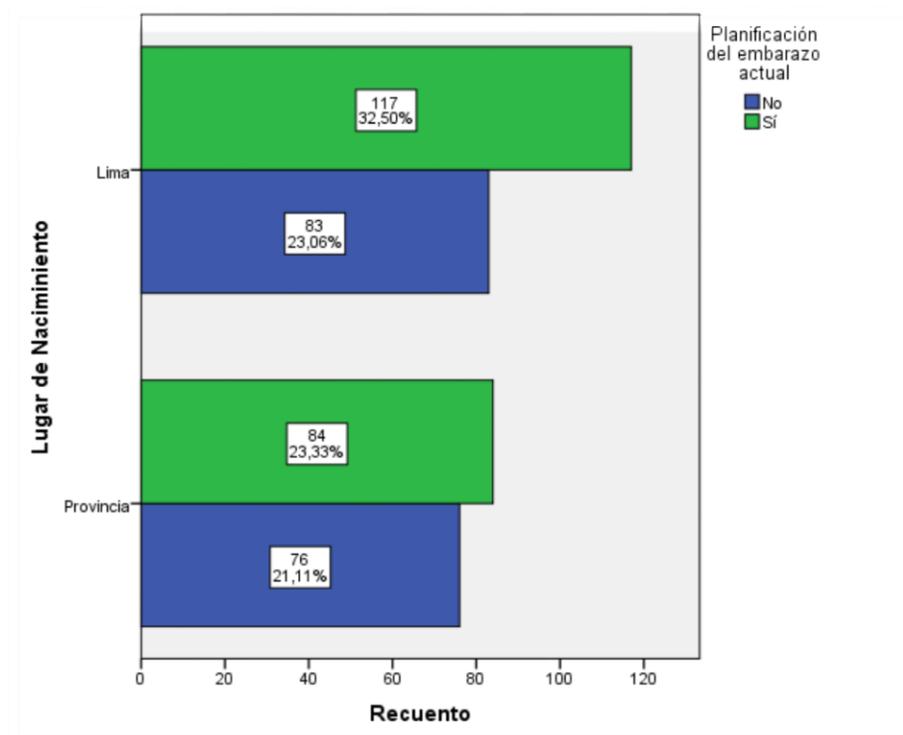


Gráfico 9. Distribución de la frecuencia del lugar de nacimiento de las gestantes según la planificación del embarazo en el Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

Respecto a las pacientes que tenían el antecedente de paridad. Se obtuvo que aquellas que si tenían el antecedente fueron un total de 121 gestantes las que planificaron, es decir un 60.2% del total de ellas. (Ver Tabla 6)

Tabla 6. Distribución de la frecuencia del antecedente de paridad de las gestantes según planificación del embarazo en el Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| | <i>Planificación del Embarazo</i> | | | | <i>TOTAL población</i> | |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------|-----------|-------|------------------------|--------|
| | NO | | SI | | | |
| <i>Antecedente de Paridad</i> | n | % | n | % | | |
| NO | 104 | 65.4 | 80 | 39.8 | 184 | 51.1 |
| SI | 55 | 34.6 | 121 | 60.2 | 176 | 48.9 |
| TOTAL | 159 | 100.00 | 201 | 100.0 | 360 | 100.00 |

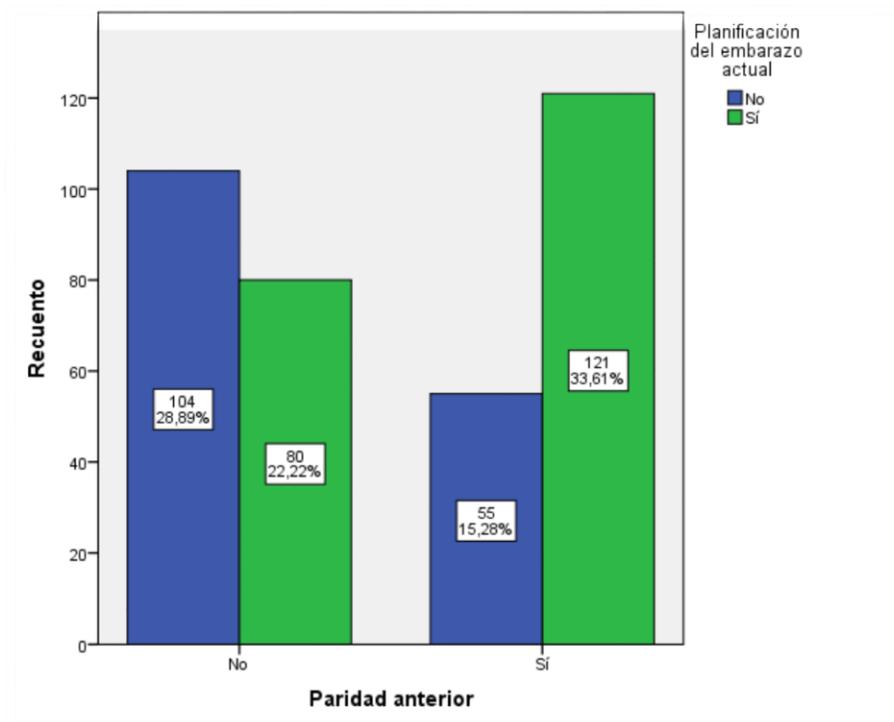


Gráfico 10. Distribución de la frecuencia del antecedente de paridad de las gestantes según planificación del embarazo en el Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

Cuando se le preguntó a las gestante respecto a la edad de Inicio de relaciones sexuales, se obtuvo que, aquellas que iniciaron sus relaciones con una edad \geq a 18 años que planificaron su embarazo fueron 139 gestantes, es decir un 59.4% del total de ellas. (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de la frecuencia de inicio de relaciones sexuales según planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| | <i>Planificación del Embarazo</i> | | | | <i>TOTAL población</i> | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------|-----------|-------|------------------------|--------|
| | NO | | SI | | | |
| <i>Inicio de Relaciones Sexuales</i> | n | % | n | % | | |
| <18 años | 64 | 40.3 | 62 | 30.8 | 126 | 35 |
| \geq18 años | 95 | 59.7 | 139 | 69.2 | 234 | 65 |
| TOTAL | 159 | 100.00 | 201 | 100.0 | 360 | 100.00 |

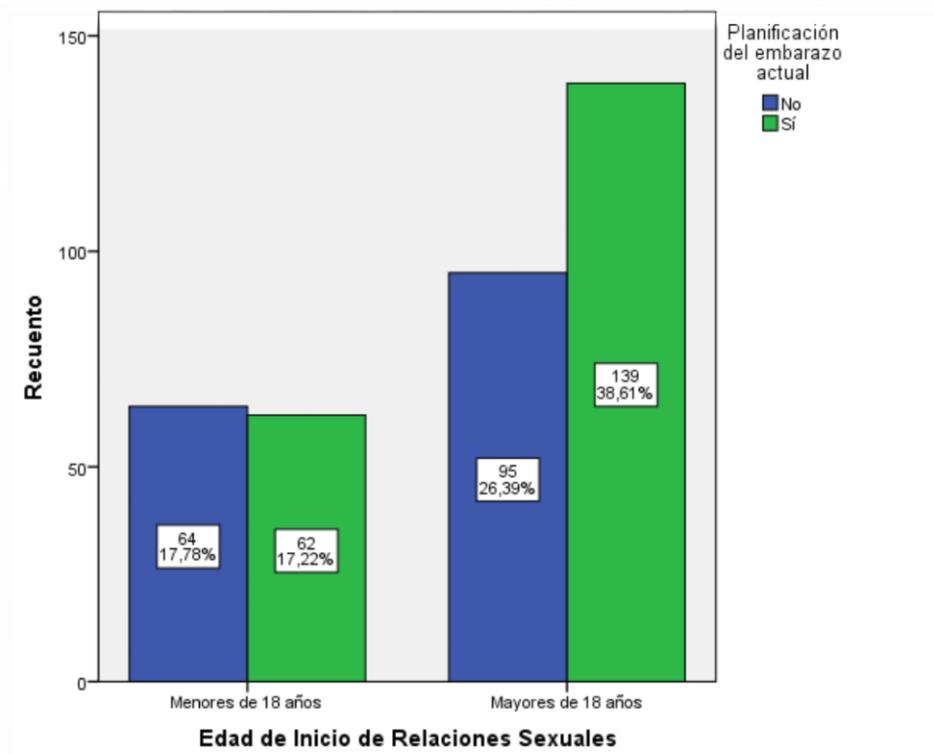


Grafico 11. Distribución de la frecuencia de inicio de relaciones sexuales según planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

También se preguntó mediante la hoja de encuesta, si actualmente tenían una pareja, donde se hayo que aquellas que tenían una pareja estable con ≥ 5 años fueron 142 gestantes que planificaron su embarazo actual. (67.6% del total de ellas). (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de la frecuencia de los años con la pareja actual según la planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| | Planificación del Embarazo | | | | TOTAL población | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------|-----------|-------|------------------------|--------|
| | NO | | SI | | | |
| Relación Actual | n | % | n | % | | |
| < 5 años | 91 | 57.2 | 59 | 29.4 | 150 | 41.67 |
| ≥ 5 años | 68 | 42.8 | 142 | 70.6 | 210 | 58.33 |
| TOTAL | 121 | 100.00 | 201 | 100.0 | 360 | 100.00 |

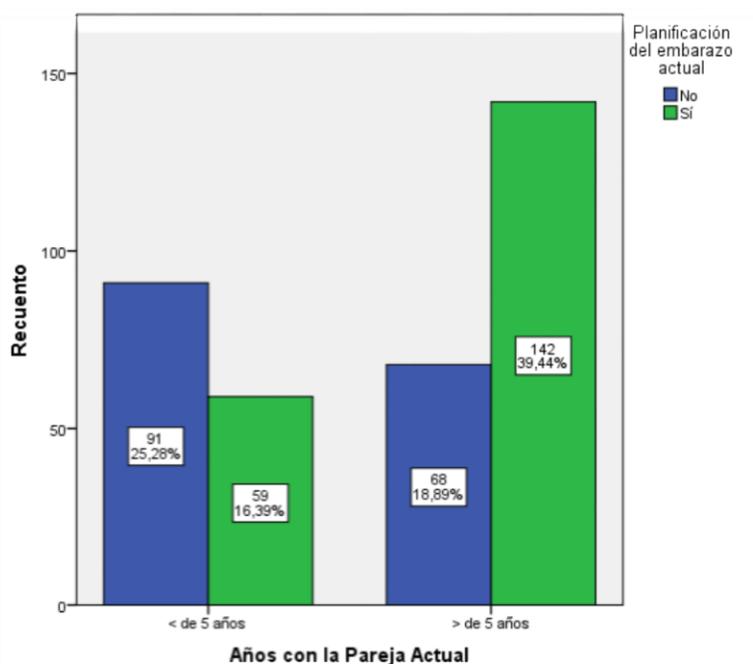


Gráfico 12. Distribución de la frecuencia de los años con la pareja actual según la planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

En el estudio bivariado, para fines estadísticos se tuvo que agrupar el nivel de educación en un grupo: primaria y secundaria contra educación superior (universitario y/o técnico).

Se encontró que existe relación en aquellas gestantes que planificaron su embarazo con el mayor nivel de educación (OR=2,112 IC 95% =1,339-3,331 p=0,001). Asimismo en aquellas que han tenido paridad anterior está asociado con la planificación del embarazo (OR=1,666 IC 95% =1,070-2,595 p=0,023). Las gestantes que tienen mayor o igual a 30 años (OR=2,381 IC 95% =1,496-3,790 p=0,000) y aquellas que mantienen mayor o igual a 5 años de tiempo con la pareja actual (OR=2,103 IC 95% =1,348-3,281 p=0,001) estuvieron asociado a mayor planificación del embarazo. Los embarazos planificados y no planificados fueron comparados (Ver Tabla 9).

Al realizar un análisis multivariado, con la variable planificación del embarazo como variable dependiente, se puede obtener asociación con la edad, encontrando como que aquellas que tienen menos de 30 años, tienen 07 veces más riesgo de no planificar su embarazo que de aquellas que tienen mayor de 30. Asimismo con la variable de estudio, encontrando que aquellas que tiene nivel primario o secundario, presentar 1.8 veces más riesgo de no planificar su embarazo que de aquellas que tienen nivel superior. (Ver Tabla 9)

Tabla 9. Resultados de regresión logística bivariado y multivariado con planificación del embarazo, dados como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (ICs)

| Categorías planificación del embarazo | Variables | Análisis bivariado | | | Análisis multivariado | | |
|---|---|--------------------|--------------|---------|-----------------------|--------------|---------|
| | | OR | IC 95% | p-valor | OR | IC 95% | p-valor |
| Embarazo Planificado | Edad(Corte de 30 años) | 2,381 | 1,496-3,790 | 0,000 | 0,135 | 0,052-0,347 | 0,000 |
| | Nacimiento | 1,063 | 0,685-1,651 | 0,784 | 0,626 | 0,367-1,067 | 0,085 |
| | Nivel de Educación Prim/ Sec- Superior | 2,112 | 1,339-3,331 | 0,001 | 0,543 | 0,316-0,932 | 0,027 |
| | Edad de Inicio de Relaciones Sexual(Corte 18 años) | 1,155 | 0,732-1,822 | 0,535 | 0,805 | 0,453-1,430 | 0,459 |
| | Años con la pareja actual (Corte de 5 años) | 2,103 | 1,348-3,281 | 0,001 | 0,586 | 0,628-2,277 | 0,586 |
| | Paridad Anterior | 1,666 | 1,070-2,595 | 0,023 | 0,851 | 0,438-1,654 | 0,634 |
| | Trabajo laboral | 1,014 | 0,640-1,586 | 0,950 | 0,947 | 0,537-1,671 | 0,850 |
| Embarazo no planificado | Edad | 15,773 | 8,977-27,714 | 0,000 | 7,798 | 2,977-20,423 | 0,000 |
| | Nacimiento | 1,275 | 0,839-1,939 | 0,255 | 1,580 | 0,925-2,699 | 0,094 |
| | Nivel de Educación Prim/ Sec- Superior | 2,052 | 1,339-3,146 | 0,001 | 1,842 | 1,073-3,161 | 0,027 |
| | Edad de Inicio de Relaciones Sexual(Corte 18 años) | 1,510 | 0,977-2,336 | 0,063 | 1,248 | 0,702-2,219 | 0,450 |
| | Años con la pareja actual (Corte de 5 años) | 3,221 | 2,081-4,985 | 0,000 | 0,836 | 0,439-1,592 | 0,586 |
| | Paridad Anterior | 2,860 | 1,857-4,405 | 0,000 | 1,175 | 0,605-2,283 | 0,634 |
| | Trabajo laboral | 0,880 | 0,574-1,347 | 0,555 | 1,056 | 0,599-1,864 | 0,850 |

OBJETIVO 02: Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre fisiología reproductiva y planificación del embarazo.

Al realizar el test de conocimiento de sexualidad sobre la fisiología sexual, a la pregunta si una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual, el 57% (208 pacientes) está de acuerdo o totalmente de acuerdo. El 60% (216 pacientes) está totalmente de acuerdo o de acuerdo con la premisa que la mujer deja de crecer después de su primera relación sexual. Solo el 37% (134 pacientes) está de acuerdo o totalmente de acuerdo en que el embarazo sea más probable que ocurra a la mitad del ciclo menstrual. (Ver Tabla 10)

Tabla 10. Nivel de conocimiento sobre fisiología sexual en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| FISIOLOGÍA SEXUAL | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-------|---------------|-------|--------------------------------|-------|------------|-------|-----------------------|-------|
| | Totalmente en desacuerdo | | En desacuerdo | | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | | De acuerdo | | Totalmente de acuerdo | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| ¿Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual? | 82 | 22,8% | 32 | 8,9% | 38 | 10,6% | 104 | 28,9% | 104 | 28,9% |
| ¿Una mujer deja de crecer después de la primera relación sexual? | 20 | 5,6% | 44 | 12,2% | 80 | 22,2% | 114 | 31,7% | 102 | 28,3% |
| ¿El embarazo es más probable que ocurra la mitad del ciclo menstrual? | 64 | 17,8% | 66 | 18,3% | 96 | 26,7% | 70 | 19,4% | 64 | 17,8% |

De acuerdo al puntaje sobre los conocimientos en fisiología sexual, el 56.7% (204 pacientes) obtuvieron respuestas correctas, mientras que el 43.3% (156 pacientes) obtuvo el mínimo puntaje. (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Nivel de conocimiento sobre fisiología sexual en las gestantes por respuestas correctas del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| Conocimientos en Fisiología Sexual | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|------------------------------------|------------|----------------|
| Conocimientos Desfavorable | 156 | 43,3 |
| Conocimientos favorables | 204 | 56,7 |
| Total | 360 | 100,0 |

Cuando se le preguntó a las pacientes acerca del nivel de conocimiento se obtuvo que las que tenían conocimiento favorable sobre fisiología sexual fueron 121 gestantes que planificaron su embarazo, es decir un 59% de ellas. (Ver Tabla 12)

Tabla 12. Distribución de la frecuencia del nivel de conocimiento sobre fisiología sexual según la planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| | | | Planificación del embarazo actual | | Total |
|---------------------------------------|--------------|----------|-----------------------------------|-------|--------|
| | | | No | Sí | |
| Conocimientos sobre fisiología sexual | Desfavorable | Recuento | 76 | 80 | 156 |
| | | % | 48,7% | 51,3% | 100,0% |
| | Favorable | Recuento | 83 | 121 | 204 |
| | | % | 40,7% | 59,3% | 100,0% |
| TOTAL | | Recuento | 159 | 201 | 360 |
| | | % | 44,2% | 55,8% | 100,0% |

Al realizar la relación de la variable planificación del embarazo con conocimientos en fisiología sexual, no se encontró asociación, (p-valor: 0,128)

Tabla 13. Resultados del análisis bivariado entre conocimiento sobre fisiología sexual y planificación del embarazo, dados como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (ICs).

| Planificación del embarazo actual | | | |
|---------------------------------------|---------|-------|-------------|
| | p-valor | OR | IC 95% |
| Conocimientos sobre fisiología sexual | 0,128 | 1,385 | 0,910-2,108 |

Durante el análisis estadístico al realizar la asociación entre los conocimientos en fisiología sexual y las variables de estudio, se obtiene asociación entre el nivel de educación; mientras mayor sea el nivel de educación de las gestantes mejor conocimiento tiene sobre fisiología sexual, encontrándose como factor de riesgo el nivel primario (p-valor: 0,000 – OR: 2,850 IC: 1,839-4,417). (Ver Tabla 14)

Tabla 14. Asociación entre el nivel de conocimiento sobre fisiología sexual y nivel de educación, situación laboral de las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| Conocimiento de fisiología sexual | | | |
|---|---------|-------|-------------|
| | p-valor | OR | IC 95% |
| Nivel de Educación | 0.000 | | |
| Nivel de Educación Prim./Sec - Universitario | 0,000 | 2,850 | 1,839-4,417 |

OBJETIVO 03: Comprobar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y planificación del embarazo

Sobre los conocimientos en métodos anticonceptivos, el 63.9% (230 pacientes) está totalmente de acuerdo o de acuerdo en que las mujeres pueden tomar una píldora anticonceptiva todos los días. El 80.5% (290 pacientes) conoce como conseguir las píldoras anticonceptivas. El 76.1% (274 pacientes) está totalmente de acuerdo o de acuerdo en que se puede recibir una inyección anticonceptiva cada mes o cada tres meses. El 83.3% (300 pacientes) conoce donde conseguir las inyecciones anticonceptivas. El 78.9% (284 pacientes) conoce como se usan los condones. El 81.7% (294 pacientes) sabe dónde conseguir los preservativos. El 61.5% (220 pacientes) está totalmente de acuerdo o de acuerdo en que se puede tomar píldora anticonceptivas de emergencia y que el 73.3% (264 pacientes) sabe cómo conseguir las. El 58.9% (212 pacientes) sabe que el hombre puede interrumpir la relación sexual para eyacular fuera de la vagina como método anticonceptivo. El 61.7% (222 pacientes) sabe que puede evitar mantener relaciones sexuales en los

días en que un embarazo como método anticonceptivo. El 63.4% (228 pacientes) está totalmente de acuerdo o de acuerdo que los condones protegen de manera efectiva contra el embarazo. (Ver Tabla 15)

Tabla 15. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| | CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS | | | | | | | | | |
|---|---|-------|---------------|-------|--------------------------------|-------|------------|-------|-----------------------|-------|
| | Totalmente en desacuerdo | | En desacuerdo | | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | | De acuerdo | | Totalmente de acuerdo | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| ¿Pueden las mujeres tomar una píldora anticonceptiva todos los días? | 82 | 22,8% | 30 | 8,3% | 18 | 5,0% | 116 | 32,2% | 114 | 31,7% |
| ¿Sabe usted dónde puede conseguir píldoras anticonceptivas? | 32 | 8,9% | 22 | 6,1% | 16 | 4,4% | 142 | 39,4% | 148 | 41,1% |
| ¿Pueden recibir una inyección anticonceptiva las mujeres cada un mes o tres meses? | 40 | 11,1% | 14 | 3,9% | 32 | 8,9% | 130 | 36,1% | 144 | 40,0% |
| ¿Sabe usted dónde puede conseguir las inyecciones anticonceptivas? | 34 | 9,4% | 6 | 1,7% | 20 | 5,6% | 138 | 38,3% | 162 | 45,0% |
| ¿Sabe cómo se usan los condones? | 38 | 10,6% | 10 | 2,8% | 28 | 7,8% | 136 | 37,8% | 148 | 41,1% |
| ¿Sabe usted donde puede conseguir preservativos "condones"? | 36 | 10,0% | 6 | 1,7% | 24 | 6,7% | 126 | 35,0% | 168 | 46,7% |
| ¿Puede tomar una mujer píldoras anticonceptivas de emergencia "píldora del día siguiente" después de la relación sexual? | 48 | 13,4% | 42 | 11,7% | 48 | 13,4% | 104 | 29,1% | 116 | 32,4% |
| ¿Sabe usted dónde puede conseguir la "píldora del día siguiente"? | 50 | 13,9% | 12 | 3,3% | 34 | 9,4% | 142 | 39,4% | 122 | 33,9% |
| ¿Sabes si un hombre puede interrumpir la relación sexual para eyacular fuera de la vagina como método anticonceptivo? | 54 | 15,0% | 32 | 8,9% | 62 | 17,2% | 128 | 35,6% | 84 | 23,3% |
| ¿Sabe si una pareja puede evitar mantener relaciones sexuales en los días en que un embarazo es más probable que ocurra como método anticonceptivo? | 44 | 12,2% | 30 | 8,3% | 64 | 17,8% | 136 | 37,8% | 86 | 23,9% |
| ¿Protegen los condones de manera efectiva contra el embarazo? | 58 | 16,1% | 30 | 8,3% | 44 | 12,2% | 128 | 35,6% | 100 | 27,8% |

De acuerdo al puntaje sobre métodos anticonceptivos, el 80% (288 pacientes) obtuvieron todas las respuestas correctas, mientras que el 20% (72 pacientes) obtuvo el mínimo puntaje. (Ver Tabla 16)

Tabla 16. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según respuestas correctas en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| Conocimientos en Métodos Anticonceptivos | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|---|-------------------|-----------------------|
| Conocimientos Desfavorable | 72 | 20,0 |
| Conocimientos favorables | 288 | 80,0 |
| Total | 360 | 100,0 |

Respecto al nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Se obtuvo que aquellas que tenían un conocimiento favorable sobre este tema fueron un total de 17(54,5%) gestantes las que planificaron su embarazo actual. (Ver Tabla 17)

Tabla 17. Distribución de la frecuencia del nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según la planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| | | | Planificación del embarazo actual | | Total |
|---|---------------------|-----------------|--|-----------|--------------|
| | | | No | Sí | |
| Conocimiento sobre métodos anticonceptivos | Desfavorable | Recuento | 28 | 44 | 72 |
| | | % | 38,9% | 61,1% | 100,0% |
| | Favorable | Recuento | 131 | 157 | 288 |
| | | % | 45,5% | 54,5% | 100,0% |
| Total | | Recuento | 159 | 201 | 360 |
| | | % | 44,2% | 55,8% | 100,0% |

Al realizar la relación de la variable planificación del embarazo con conocimientos en métodos anticonceptivos, no se encontró asociación, (p-valor: 0,313)

Tabla 18. Resultados del análisis bivariado entre conocimiento sobre métodos anticonceptivos y planificación del embarazo, dados como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (ICs).

| Planificación del embarazo actual | | | |
|---|---------|-------|-------------|
| | p-valor | OR | IC 95% |
| Conocimiento sobre métodos anticonceptivos | 0,313 | 0,763 | 0,450-1,293 |

Al realizar la asociación entre los conocimientos sobre Métodos anticonceptivos y las variables de estudio, se obtiene asociación en aquellas que han planificado su embarazo actual con aquellas que tienen mayor nivel educativo, siendo como factor de riesgo el nivel primario y secundario (p=0,026 OR=1,840 IC 95%(1,070-3,163). (Ver tabla 19).

Tabla 19. Asociación entre el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y nivel de educación, planificación del embarazo del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos | | | |
|---|---------|-------|-------------|
| | p-valor | OR | IC 95% |
| Nivel de Educación | 0,060 | | |
| Nivel de Educación Prim./Sec - Universitario | 0,026 | 1,840 | 1,070-3,163 |

OBJETIVO 04: Verificar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual- VIH-SIDA y planificación del embarazo.

Sobre los conocimientos en infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, el 70% están totalmente de acuerdo o de acuerdo en que es posible la cura del SIDA mientras que 13.9% (50 pacientes) está en totalmente en desacuerdo o en desacuerdo. El 42.8% (154 pacientes) estuvo totalmente de acuerdo o de acuerdo en que una persona con VIH siempre se ve poco saludable mientras que un 31.1% (112 pacientes) piensa lo contrario. El 60.6% (218 pacientes) está totalmente de acuerdo o de acuerdo en que los condones reducen el riesgo de infección por el VIH. El 71.2% (256 pacientes) está totalmente de acuerdo o de acuerdo en que hay otras enfermedades que los hombres y mujeres pueden coger en las relaciones sexuales. El 31.8% (114 pacientes) conoce sobre los síntomas de enfermedades de transmisión sexual en los hombres. El 35.6% (128 pacientes) conoce sobre los síntomas de enfermedades de transmisión sexual en las mujeres. Solo el 33.9% (122 pacientes) conoce sobre el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. (Tabla 20)

Tabla 20. Nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| | CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL VIH / SIDA | | | | | | | | | |
|--|---|-------|---------------|-------|--------------------------------|-------|------------|-------|-----------------------|-------|
| | Totalmente en desacuerdo | | En desacuerdo | | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | | De acuerdo | | Totalmente de acuerdo | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| ¿Es posible curar el SIDA? | 22 | 6,1% | 28 | 7,8% | 58 | 16,1% | 86 | 23,9% | 166 | 46,1% |
| ¿Una persona con VIH siempre se ve poco saludable? | 34 | 9,4% | 78 | 21,7% | 94 | 26,1% | 82 | 22,8% | 72 | 20,0% |
| ¿Los condones reducen el riesgo de infección por el VIH? | 38 | 10,6% | 28 | 7,8% | 76 | 21,1% | 132 | 36,7% | 86 | 23,9% |
| Aparte de VIH / SIDA, hay otras enfermedades que los hombres y las mujeres pueden coger por tener relaciones sexuales. | 54 | 15,0% | 18 | 5,0% | 32 | 8,9% | 128 | 35,6% | 128 | 35,6% |
| ¿Ha oído hablar de alguna de estas enfermedades? | | | | | | | | | | |
| ¿Sabe los síntomas de enfermedades de transmisión sexual en los hombres? | 96 | 26,7% | 56 | 15,6% | 94 | 26,1% | 64 | 17,8% | 50 | 13,9% |
| ¿Sabe de los síntomas de enfermedades de transmisión sexual en las mujeres? | 70 | 19,4% | 92 | 25,6% | 70 | 19,4% | 78 | 21,7% | 50 | 13,9% |
| ¿Sabe cuál es el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual? | 92 | 25,6% | 50 | 13,9% | 96 | 26,7% | 68 | 18,9% | 54 | 15,0% |

De acuerdo al puntaje sobre los conocimientos en infecciones de transmisión sexual y el VIH / SIDA, el 42.8% (154 pacientes) obtuvieron respuestas correctas, mientras que el 57.2% (206 pacientes) obtuvo el mínimo puntaje. (Ver Tabla 21)

Tabla 21. Nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA según respuestas correctas en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|---|-------------------|-----------------------|
| Conocimientos Desfavorable | 206 | 57,2 |
| Conocimientos favorables | 154 | 42,8 |
| Total | 360 | 100,0 |

Acerca del nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA, se encontró que aquellas que tiene nivel favorable de este conocimiento el 67,5% (104 gestantes) planificaron su embarazo. (Ver Tabla 22)

Tabla 22. Distribución de la frecuencia del nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA según la planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| | | | Planificación del embarazo actual | | Total |
|---|---------------------|----------|--|-----------|--------------|
| | | | No | Sí | |
| Conocimiento sobre enfermedad de ITS/VIH | Desfavorable | Recuento | 109 | 97 | 206 |
| | | % | 52,9% | 47,1% | 100,0% |
| | Favorable | Recuento | 50 | 104 | 154 |
| | | % | 32,5% | 67,5% | 100,0% |
| Total | | Recuento | 159 | 201 | 360 |
| | | % | 44,2% | 55,8% | 100,0% |

Al realizar la relación de la variable planificación del embarazo con conocimiento sobre enfermedad de ITS/VIH, se encontró asociación estadísticamente significativa, (p-valor: 0,000), encontrándose que ha mayor conocimiento sobre sobre ITS/VIH mayor planificación del embarazo. (OR 2.337 IC: 1,514-3,609)

Tabla 23. Resultados del análisis bivariado entre conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA y planificación del embarazo, dados como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (ICs).

| Planificación del embarazo actual | | | |
|---|---------|-------|-------------|
| | p-valor | OR | IC 95% |
| Conocimiento sobre enfermedad de ITS/VIH | 0,000 | 2,337 | 1,514-3,609 |

Al realizar la asociación entre los conocimientos en infecciones de transmisión sexual y el VIH / SIDA y las variables de estudio, se encuentra que existe asociación entre aquellas gestantes que planifican su embarazo con aquellas que tienen mejor nivel de educación, mayor en aquellas que tienen educación universitaria. (p-valor: 0,000 – OR: 2,617 IC: 1,703-4,022). (Ver tabla 24)

Tabla 24. Asociación entre el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH / SIDA y planificación del embarazo del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| Conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH / SIDA | | | |
|---|---------|-------|-------------|
| | p-valor | OR | IC 95% |
| Nivel de Educación | 0,000 | | |
| Nivel de Educación Prim./Sec - Universitario | 0,000 | 2,617 | 1,703-4,022 |

OBJETIVO 05: Explicar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre preservativos y planificación del embarazo.

Sobre los conocimientos del uso de preservativos, el 77% está totalmente en desacuerdo o en desacuerdo que se pueden usar más de una vez, el 65% está totalmente en desacuerdo o en desacuerdo que los condones son un método eficaz de protección contra las enfermedades de transmisión sexual, el 62% es de acuerdo o muy de acuerdo que los condones son un método eficaz de protección contra el VIH / SIDA, el 55% piensa que los condones son un método eficaz de prevenir el embarazo, asimismo un 65% está totalmente de acuerdo o muy de acuerdo que los preservativos son dispositivos de goma que un hombre puede poner en el pene antes del coito. (Ver Tabla 25)

Tabla 25. Nivel de conocimiento sobre preservativos en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| CONOCIMIENTOS SOBRE LOS PRESERVATIVOS | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-------|---------------|-------|--------------------------------|-------|------------|-------|-----------------------|-------|
| | Totalmente en desacuerdo | | En desacuerdo | | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | | De acuerdo | | Totalmente de acuerdo | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| ¿Los condones se pueden usar más de una vez? | 230 | 63,9% | 50 | 13,9% | 12 | 3,3% | 18 | 5,0% | 50 | 13,9% |
| ¿Los condones son un método eficaz de protección contra las enfermedades de transmisión sexual? | 136 | 37,8% | 100 | 27,8% | 32 | 8,9% | 30 | 8,3% | 62 | 17,2% |
| ¿Los condones son un método eficaz de protección contra el VIH / SIDA? | 46 | 12,8% | 36 | 10,0% | 54 | 15,0% | 88 | 24,4% | 136 | 37,8% |
| ¿Los condones son un método eficaz de prevenir el embarazo? | 52 | 14,4% | 44 | 12,2% | 66 | 18,3% | 124 | 34,4% | 74 | 20,6% |
| ¿Un condón es un dispositivo de goma que un hombre puede poner en el pene antes del coito? | 50 | 13,9% | 34 | 9,4% | 42 | 11,7% | 148 | 41,1% | 86 | 23,9% |

De acuerdo al puntaje sobre los conocimientos en preservativos, el 28.3% (102 pacientes) obtuvieron el máximo en puntaje sobre las respuestas correctas, mientras que el 71.7% (258 pacientes) obtuvo el mínimo puntaje. (Ver Tabla 26).

Tabla 26. Nivel de conocimiento sobre preservativos en las gestantes según respuestas correctas del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| Conocimiento sobre preservativos | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|---|-------------------|-----------------------|
| Conocimientos Desfavorable | 258 | 71,7 |
| Conocimientos Favorables | 102 | 28,3 |
| Total | 360 | 100,0 |

También se preguntó mediante la hoja de encuesta acerca del nivel de conocimiento sobre preservativo se reporta que aquellas que tiene nivel favorable de este conocimiento fueron 54,9% (56 gestantes) que planificaron su embarazo. (Ver Tabla 27)

Tabla 27. Distribución de la frecuencia del nivel de conocimiento sobre el preservativo según la planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| | | | Planificación del embarazo actual | | Total |
|---|---------------------|-----------------|--|-----------|--------------|
| | | | No | Sí | |
| Conocimiento sobre el preservativo | Desfavorable | Recuento | 113 | 145 | 258 |
| | | % | 43,8% | 56,2% | 100,0% |
| | Favorable | Recuento | 46 | 56 | 102 |
| | | % | 45,1% | 54,9% | 100,0% |
| Total | | Recuento | 159 | 201 | 360 |
| | | % | 44,2% | 55,8% | 100,0% |

Al realizar la relación de la variable planificación del embarazo con Conocimiento sobre el uso de preservativo, no se encontró asociación, (p-valor: 0,823).

Tabla 28. Resultados del análisis bivariado entre conocimiento sobre preservativo y planificación del embarazo, dados como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (ICs).

| Planificación del embarazo actual | | | |
|--|---------|-------|-------------|
| | p-valor | OR | IC 95% |
| Conocimiento sobre el uso de preservativo | 0,823 | 0,949 | 0,598-1,504 |

Al realizar la asociación entre los conocimientos en preservativos y las variables de estudio, no se obtiene asociación entre el nivel de educación, (p-valor 0,125). (Ver Tabla 29).

Tabla 29. Asociación entre el nivel de conocimiento sobre preservativo y nivel de educación, paridad anterior de las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| Conocimiento de sobre los preservativos | | | |
|---|---------|-------|-------------|
| | p-valor | OR | IC 95% |
| Nivel de Educación | 0,125 | | |
| Nivel de Educación Prim./Sec - Universitario | 0,057 | 1,563 | 0,986-2,477 |

OBJETIVO GENERAL: Analizar la asociación entre el nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva con la planificación del embarazo

De nuestra población se obtiene que más del 40% desconoce sobre salud sexual; entre ellos conocimientos de fisiología sexual, uso de preservativos, enfermedades de ITS y VIH, métodos anticonceptivos. Encontrando el más alto (80%) y bajo conocimiento (28,3%) sobre métodos anticonceptivos y preservativos respectivamente. Se obtuvo que solo el 42.8% tiene conocimientos favorables sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA (Ver Tabla 30).

Tabla 30. Distribución sobre nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva en sus 4 categorías de las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| Conocimientos sobre Salud Sexual y reproductiva | | | | |
|---|--------------|-------|------------|-------|
| | Desfavorable | | Favorable. | |
| | N | % | N | % |
| Conocimientos sobre Fisiología sexual | 156 | 43,3% | 204 | 56,7% |
| Conocimientos sobre preservativos | 258 | 71,7% | 102 | 28,3% |
| Conocimientos sobre Enf. ITS y VIH | 206 | 57,2% | 154 | 42,8% |
| Conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos | 72 | 20,0% | 288 | 80,0% |
| Conocimientos General | 142 | 39,4% | 218 | 60,6% |

Dentro de las características sociodemográficas de la población respecto al nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva encontramos que las que tuvieron conocimiento favorable son las gestantes con una mediana de edad 28 años, mayor nivel de educación (superior: universitario y/o técnico), las que nacieron en Lima, las que no tenían paridad anterior, las que iniciaron su vida sexual después de los 18 años y las que tenían más de 5 años de tiempo de relación con su pareja actual. (Ver Tabla 31).

Tabla 31. Distribución de la frecuencia de las características de las gestantes respecto al nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva y del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| Conocimientos en Salud Sexual | | |
|--|-----------------|-----------------|
| Características | No - (%) | Sí - (%) |
| Edad (Mediana) | 29 | 28 |
| Menores de 30 años | 80 (39.2) | 124 (60.8) |
| Mayores de 30 años | 62 (39.7) | 94 (60.3) |
| Educación | | |
| Primaria | 22 (64.7) | 12 (35.3) |
| Secundaria | 74 (45.1) | 90 (54.9) |
| Universitario | 46 (28.4) | 116 (71.6) |
| Lugar de nacimiento | | |
| Lima | 60 (30) | 140 (70) |
| Provincias | 82 (51.3) | 78 (48.8) |
| Paridad Anterior | | 120 (65.2) |
| No | 64 (34.8) | 98 (55.7) |
| Sí | 78 (44.3) | |
| Edad de inicio de las relaciones sexuales (Mediana) | 19 | 18 |
| Menores de 18 años | 48 (38.1) | 78 (61.9) |
| Mayores de 18 años | 94 (40.2) | 140 (59.8) |
| Tiempo de relación actual con la pareja (Mediana) | 7 | 7 |
| Menores de 5 años | 48 (32) | 102 (68) |
| Mayores de 5 años | 94 (44.8) | 116 (55.2) |

Respecto al nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, se encontró que aquellas que tiene nivel favorable de este conocimiento el 60,1% (131gestantes) planificaron su embarazo. (Ver Tabla 32)

Tabla 32. Distribución de la frecuencia del nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva según planificación del embarazo en las gestantes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| | | | Planificación del embarazo actual | | Total |
|---------------------------|--------------|----------|-----------------------------------|-------|--------|
| | | | No | Sí | |
| Conocimiento salud sexual | Desfavorable | Recuento | 72 | 70 | 142 |
| | | % | 50,7% | 49,3% | 100,0% |
| | Favorable | Recuento | 87 | 131 | 218 |
| | | % | 39,9% | 60,1% | 100,0% |
| TOTAL | | Recuento | 159 | 201 | 360 |
| | | % | 44,2% | 55,8% | 100,0% |

Al realizar la relación de la variable planificación del embarazo con Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, se encontró asociación estadísticamente significativa, (p-valor: 0,044), reportando que aquellas gestantes que tienen mayor nivel de conocimiento salud sexual mayor planificación del embarazo. (OR: 1,539 IC: 1,011-2,372)

Tabla 33. Resultados para modelos de regresión logística bivariado y multivariado planificación del embarazo como resultado, dados como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (ICs).

| Planificación del embarazo actual | | | |
|--------------------------------------|---------|-------|-------------|
| | p-valor | OR | IC 95% |
| Conocimientos en Salud Sexual | 0,044 | 1,539 | 1,011-2,372 |

Al realizar la asociación entre los conocimientos entre el puntaje total, se encuentra asociación con el nivel educacional ($p=0,000$ OR=2,373 IC 95% (1,527-3,688), a mejor nivel educativo tendrán mejor conocimiento. (Ver Tabla 34)

Tabla 34. Asociación entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y planificación del embarazo del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante Julio- Agosto 2016

| Conocimiento en general | | | |
|---|---------|-------|-------------|
| | p-valor | OR | IC 95% |
| Nivel de Educación | 0,000 | | |
| Nivel de Educación Prim./Sec - Universitario | 0,000 | 2,373 | 1,527-3,688 |

5.2 DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró que un 55% ha planificado su embarazo, cifras parecidas se encuentran en los estudios de Mosher WD ²⁷, Nypaver C²⁸ y Finer LB ³⁰ quienes encontraron que alrededor del 37%, 50% y del 51% respectivamente, de los nacimientos en los Estados Unidos fueron no planeados. Asimismo Jenny Stern¹¹ reportó que 3 de cada 4 mujeres planificaron su embarazo en Suecia, esto puede ser explicado por ser países con estatus económico alto, posponiendo la maternidad hasta edades superiores debido a la inversión en la educación y trabajo. Es posible que las mujeres participantes podrían haber estimado su planificación del embarazo de manera diferente, si se les hubiera preguntado antes del embarazo actual, ya que las mujeres que terminan su embarazo rara vez acuden a controles prenatales.

Del total de gestantes que planificaron su embarazo, el 54.2% tomaron ácido fólico durante un mes previo a la gestación, el 39.8% no consumieron ni alcohol ni tabaco durante tres meses previos a la gestación y un 6% estuvo siguiendo un tratamiento de infertilidad. Backhausen MG ²¹ encontró que las pacientes que planificaron su embarazo tuvieron una asociación estadísticamente significativa con la toma de ácido fólico. A pesar que gran cantidad de las gestantes en estudio planificaron su embarazo, más de la mitad de ellas tuvieron inclinación a los malos hábitos entre fumar y la ingesta de alcohol antes de la gestación, Flower ²⁰ mencionó que las gestantes tendrán un producto con bajo peso al nacer o serán prematuros, de los cuales estos podrían ser evitados con una mejor consejería e intervención en los estudios de las mujeres. Pudiendo agregar que en nuestro estudio, el mayor porcentaje que planificó su embarazo, tienen mayor edad, mayor tiempo con la pareja actual y la edad en inicio de las relaciones sexuales más tardía.

Del grupo etario en que las mujeres no realizaron planificación del embarazo, se remarcó el grupo de jóvenes entre 18 y 42 años, como se apreció en el estudio de Finer LB³⁰ donde la tasa de embarazo no deseado fue de 54 por cada 1000 mujeres entre los 15 y los 44 años. En el estudio de Wellings K.²³ el grupo etario entre 20 y 34 años tuvieron un embarazo no planificado, teniendo como factores de riesgo su primera relación sexual, el consumo de drogas y un menor nivel de educación. Stern¹¹ encontró que las pacientes que tenían mayor edad habían planificado su embarazo. Asimismo Kamal M.²² confirmó tanto en el bivariado como en el multivariado que la edad era un factor determinante importante de los embarazo no planificado. Esto se ve reflejado en nuestro estudio ya que las gestantes mayor o igual a 30 años tenía una fuerte asociación con la planificación del embarazo.

Así como en nuestro estudio, Mosher WD²⁷ y Finer LB³⁰ encontraron que las mujeres con menos educación o ingresos siguen siendo mucho más propensas a experimentar nacimientos no deseados en comparación con las mujeres, que tienen estudios superiores, y de altos ingresos. Al igual que Kamla²², donde encontró que el 30% no planificó su embarazo y que ello tienen relación con el nivel de educación superior, que tienen más riesgo de un embarazo no deseado. Claramente Stern¹¹ también demostró que los que tuvieron estudios superiores fueron 2,8 veces mayor en las paciente que planificaron su embarazo actual, datos similares a los hallados en este estudio OR:2,1 IC 95% 1,339-3,331 . En un estudio más amplio que realizó Font Ribera²⁴, encontró que el 41% de los embarazos fueron no deseados, donde el 25.6% realizó el aborto inducido, y que son las mujeres con un nivel bajo en educación quienes están en mayor riesgo, presentándose 7 veces más en las mujeres con educación primaria en comparación a las mujeres con estudios universitarios. Datos que se extrapolaron en nuestro estudio.

Además Font Ribera²⁴ y Makenzius M³¹ mencionaron, que el bajo nivel socioeconómico aumentan los embarazos no deseados y son las que más propensas están a elegir el aborto inducido. Makenzius M³¹ describió que el 41% de las mujeres entre 20 y 49 años, ya habría experimentado al menos un aborto, y

que presentan factores de riesgo como el consumo de tabaco, el desempleo, enfermedades o la raza. Como en el estudio de Guzman ³⁴ que encontró que los de raza negra son más propensos que los de raza blanca a tener un embarazo no deseado.

Este estudio reporta que las gestantes que tuvieron como antecedente mayor o igual a un hijo están asociadas a la planificación del embarazo, sin embargo el estudio realizado por Makenzius³¹ indica que las pacientes que realizan abortos por embarazos no planificados tienen como factor de riesgo la paridad.

Dentro de los antecedentes sociodemográficos, se encontró también asociación con el embarazo planificado, los años de relación con la pareja actual, esto se ve reflejado en el estudio de Stern¹¹ donde tuvo una fuerte asociación estas dos variables.

Acerca del nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva los que tuvieron mayor conocimiento se caracterizaron por tener un mayor nivel de educación, vivir en Lima, antecedente de paridad y haber iniciado su vida sexual mayor a 18 años, se difiere de la publicación en Perú de Navarro ³⁷, quien encontró que a pesar de su población iniciar su vida sexual entre edades 12-15 años estas tuvieron un nivel alto de conocimiento sobre salud sexual.

En términos generales el nivel de conocimiento sobre salud sexual en las gestantes de estudio fue aceptable con un 60,6% del total, datos que se ven reportados en diferentes estudios en Perú y el mundo ^{36,37,38} esta información aunque es favorable nos obliga a seguir difundiendo y fortalecer los programas de educación sexual con la meta de llegar a la totalidad de la población.

Respecto a los conocimientos en prevención de enfermedades de ITS y VIH, y preservativos, en nuestra población fue deficiente con un 42,8% y 28,3% respectivamente, información que se difiere con el estudio que realizó Navarro ³⁷,

donde la población tuvo un mejor nivel de conocimiento en un mejor ambiente socioeconómico.

El conocimiento sobre los preservativos y su uso, es muy bajo en las gestantes de nuestro estudio en un 28,3% de ellas, el cual demostró el grado de embarazo no planificado, así como lo describe Salazar ³⁵ en su estudio que realizó en Perú, donde el inicio de relaciones sexuales fue antes de los 15 años, de los cuales en un 83% tuvieron relaciones sexuales de riesgo; sin protección de “preservativo”; de las que poseen un bajo grado de conocimientos sobre salud sexual, preocupante este resultado debido a que según el INEI 2013, el método más usado en adolescentes es el condón masculino, aumentándose su uso en los últimos 4 años , sin embargo la fecundidad ha aumentado en este grupo poblacional, una explicación sería como se ve en este artículo el mal uso y el poco conocimiento sobre los preservativo; motivo por el cual el sector salud debe brindar conocimientos sobre el buen uso de este método anticonceptivo.

Al igual que los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual y VIH, en este estudio tiene un grado bajo de conocimiento, tal como Sánchez ³⁶, en Chimbote donde encontró que el 75% desconocía de estas enfermedades. Algunos mitos y percepciones equivocadas presentaron las gestantes de esta población al estar de acuerdo y totalmente de acuerdo con un 57% una persona con VIH siempre se ve saludable, semejante porcentaje se encontró en el estudio de Shahrzad³⁸.

Asimismo también se evaluó la asociación entre las dimensiones del nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y planificación del embarazo, encontrando asociación significativa con el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA.

Algunos textos como el de Shahrzad Rahimi-Naghani ³⁸ han encontrado asociación entre el nivel de conocimiento salud sexual y reproductiva con el nivel de educación superior, datos que se extrapolan a este estudio encontrando asociación estadísticamente significativa con un OR 2,37 IC 95%= 1,527-3,688.

En este estudio se encontró que a mayor nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva mayor planificación del embarazo tienen, lastimosamente no hay estudios en Perú que hayan enfatizado este aspecto. Las mujeres que tienen embarazos no intencionales son las que más sufren depresión posparto, sentimientos de impotencia^{12, 13,14} y, una reducción en la salud física y mental, asistiendo menos a controles prenatales¹⁵ relacionándose con alta mortalidad infantil y bajo peso al nacer^{10, 17}. Además son más vulnerables a tener una mala relación con sus hijos, maltrato físico y tienden a pasar menos tiempo con ellos ^{15,16}. Asimismo tiene un impacto negativo para la sociedad debido al alto costo médico que causa el embarazo no planificado ¹⁸. Debido a lo antes mencionado se encontró asociación estadísticamente significativa el adecuado nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, por lo que se debe seguir enfatizando este tema desde edades escolares para así disminuir los altos índices de embarazos no planificados que ocurren a nivel mundial ¹⁹.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

1. De las gestantes, el 55.8% planificó su embarazo quienes a su vez tomaron el 54.2% ácido fólico un mes previo.
2. El nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva está asociado significativamente (aunque cercano al límite) a la planificación del embarazo en las gestantes del hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante el periodo Julio-Agosto 2016 (OR= 1,539 IC 95% =1,011-2,372 p=0,044), la frecuencia encontrada del nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva fue de un 60,6% en la población de estudio.
3. Se concluye que los factores sociodemográficos y los antecedentes ginecológicos están asociados significativamente con la planificación del embarazo, tal es así que se encontró que las gestantes con nivel de educación superior (OR=2,112 IC 95% =1,339-3,331 p=0,001), aquellas con edad mayor o igual a 30 años (OR=2,381 IC 95% =1,496-3,790 p=0,000), que tengan una relación con su pareja actual mayor o igual de 5 años (OR=2,103 IC 95% =1,348-3,281 p=0,001), antecedente de paridad anterior (OR=1,666 IC 95% =1,070-2,595 p=0,023) se demostró que están asociadas estadísticamente significativa con a aquellas que planificaron su embarazo actual .
4. El nivel de conocimientos sobre fisiología sexual no está asociado a planificación del embarazo en las gestantes del hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante el periodo Julio-Agosto 2016 (p=0,128).

5. El nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos no mostro asociado significativa con la planificación del embarazo en las gestantes del hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante el periodo Julio-Agosto 2016 ($p=0,313$).
6. El nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual- VIH-SIDA está asociado a planificación del embarazo en las gestantes del hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante el periodo Julio-Agosto 2016 (OR=2.337 IC 95%=1,514-3,609 $p=0,000$).
7. El nivel de conocimientos sobre preservativos no está asociado a planificación del embarazo en las gestantes del hospital EsSalud Jorge Voto Bernales durante el periodo Julio-Agosto 2016 ($p=0,313$).

6.2 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda reforzar mediante programas la educación sexual a las pacientes del Hospital EsSalud Jorge Voto Bernales, el cual mejore los conocimientos básicos de sexualidad, enfermedades de transmisión sexual VIH-SIDA e incidir más en el correcto uso de los métodos anticonceptivos dentro de ellos el preservativo, ya que muchas tienen una información errónea o incompleta, siendo esto un factor desencadenante del embarazo no planificado.
2. Entre las primeras medidas para reducir el embarazo no deseado está el mejorar el nivel de educación de las mujeres, desde temprana edad; asimismo intervenir principalmente en aquellas que son más jóvenes, sin antecedente de paridad y las que tienen poco tiempo de relación sentimental ya que son las más expuestas a tener un embarazo no deseado, siendo este un problema multidisciplinario debido que deben intervenir el sector salud, educación, bienestar social y psicología.

3. Se sugiere llevar a cabo charlas sobre el conocimiento sobre enfermedades de infecciosas VIH-SIDA, siendo menos del 50% las que tienen un nivel básico de estas, promoviendo la asistencia al ginecólogo de manera rápida y oportuna para tratar las enfermedades de transmisión sexual.
4. Se aconseja realizar más estudios con mayor población de diseño prospectiva para determinar la asociación entre nivel de conocimiento sobre fisiología sexual, métodos anticonceptivos y preservativos y planificación del embarazo en mujeres de nuestro medio.
5. Se recomienda crear programas de integración donde asistan tanto el hombre y la mujer con el objetivo mejorar sus niveles de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva concientizándolos y evitando así embarazos no planificados, disminuyendo con esta medida un impacto negativo a la sociedad.
6. El presente trabajo provee una encuesta validada para fines de este estudio que permite determinar el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva por lo que se aconseja continuar empleando en diferentes poblaciones de mayor amplitud a fin de conocer la problemática.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Ramos, S. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de abril de 2015). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
2. Singh S et al. *Stud Fam Plann.* 2010;41(4):241–250.
3. Singh S et al. Guttmacher Institute and United Nations Population Fund; 2009. www.guttmacher.org/pubs/AddingItUp2009.pdf Accessed 27 abril 2016.
4. Santelli J et al. *Perspect Sex Reprod Health.* 2003;35(2):94–101.
5. Sedgh G1, Filippi V2, Owolabi OO2, Singh SD3, Askew I4, Bankole A et.al . Insights from an expert group meeting on the definition and measurement of unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016
6. World Health Organization. *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008.* In., 6 edn. Geneva: World Health Organization; 2011.
7. World Health Organization. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th edition* http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/n/index.html. Published 2011 Accessed 27 April 2016
8. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, The World Bank. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank* <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html> Published 2010. Accessed 27 April 2016

9. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Lima: INEI; 2012.
10. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*. 2013;30(3):471-9 .
11. Jenny Stern, Lana Salih Joelsson, Tanja , Anna Berglund, Maria Ekstrand, Hanne Hegaard et.al. Is pregnancy planning associated with background characteristics and pregnancy-planning behavior? *The Authors Act Obstetrician et Gynecologic Scandinavica* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFOG)., 95 (2016) 182–189.
12. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SG, Leal Mdo C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord*. 2016 Apr;194:159-67.
13. Brito CN, Alves SV, Ludermir AB, Araújo TV. Postpartum depression among women with unintended pregnancy *Rev Salud Publica*. 2015;49:33.
14. Turkcapar AF, Kadioğlu N, Aslan E, Tunc S, Zayıfoğlu M, Mollamahmutoğlu L. Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 May 3;15:108.
15. Gipson JD et al. *Stud Fam Plann*. 2008;39(1):18–38.
16. Schwarz EB et al. *Contraception*. 2008;78:204–210.

17. Family Health International. Egypt: The social and behavioral outcomes of unintended pregnancy. www.fhi360.org/en/RH/Pubs/wsp/fctshts/Egypt4.htm. Accessed 25 April 2012.
18. Lete I1, Hassan F, Chatzitheofilou I, Wood E, Mendivil J, Lambrelli D. Direct costs of unintended pregnancy in Spain. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015;20(4):308-18.
19. Gómez-Camargo DE1, Ochoa-Diaz MM1, Canchila-Barrios CA2, Ramos-Clason EC3, Salgado-Madrid GI3, Malambo-García DI3. Sexual and reproductive health in university students at an institution of higher learning in Colombia. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2014;16(5):660-72.
20. Flower A, Shawe J, Stephenson J, Doyle P. Pregnancy planning, smoking behaviour during pregnancy, and neonatal outcome: UK Millennium Cohort Study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:238.
21. Backhausen MG, Ekstrand M, Tydén T, Magnussen BK, Shawe J, Stern J, et al. Pregnancy planning and lifestyle prior to conception and during early pregnancy among Danish women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014 ;19(1):57-65.
22. Kamal M1, Islam A. Prevalence and socioeconomic correlates of unintended pregnancy among women in rural Bangladesh. *Salud Publica Mex*. 2011;53(2):108-15.
23. Wellings K1, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Epub* 2013 ; 382(9907):1807-16

- 24.** Font-Ribera L1, Pérez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *J Urban Health*. 2008 ;85(1):125-35.
- 25.** Anika Flower, Jill Shawe, Judith Stephenson and Pat Doyle . Is pregnancy planning associated with background characteristics and pregnancy-planning behavior?. Pregnancy planning, smoking behaviour during pregnancy, and neonatal outcome: UK millennium cohort stud. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013. **13**:238
- 26.** Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Las adolescentes y su comportamiento reproductivo 2013. Lima: INEI; 2015
- 27.** Shahrzad Rahimi-Naghani, Effat Merghati-Khoei, Mohammad Shahbazi, Farideh Khalajabadi Farahani, Mahnaz Motamedi et al. Sexual and Reproductive Health Knowledge Among Men and Women Aged 15 to 49 Years in Metropolitan Tehran. *The journal of Sex Research*. 2016
- 28.** Nypaver C, Arbour M, Niederegger E. Preconception Care: Improving the Health of Women and Families. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61(3):356-64
- 29.** Wegs C, Creanga AA , Galavotti C, Wamalwa E. Community Dialogue to Shift Social Norms and Enable Family Planning: An Evaluation of the Family Planning Results Initiative in Kenya. *PLoS One*. 2016;11(4).
- 30.** Finer LB1, Zolna MR. Shifts in intended and unintended pregnancies in the United States, 2001-2008. *Am J Public Health*. 2014 ;104
- 31.** Secura G. Long-acting reversible contraception: a practical solution to reduce unintended pregnancy. *Minerva Ginecol*. 2013 ;65 (3):271-7.

- 32.** Mosher WD1, Jones J, Abma JC. Intended and unintended births in the United States: 1982-2010. *Natl Health Stat Report*. 2012 24;(55):1-28.
- 33.** Makenzius M1, Tydén T, Darj E, Larsson M. Repeat induced abortion - a matter of individual behaviour or societal factors? A cross-sectional study among Swedish women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011 ;16(5):369-7.
- 34.** Larsson M, Aneblom G, Odlind V, T. Týden. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002 ;81(1):64-71.
- 35.** Guzman L1, Wildsmith E, Manlove J, Franzetta K Unintended births: patterns by race and ethnicity and relationship type. *Perspect Sex Reprod Health*. 2010 ;42(3):176-85
- 36.** Navarro M. López A. Nivel de conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo junio – setiembre 2012. Tesis para obtener el título de profesional obstetricia [internet]. 2012 [citado 12 oct 2015]. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/223289242/archivo-87-Binder1#scribd>.
- 37.** Sánchez VJ. Conocimientos y actitudes acerca de las ITS y el VIH/Sida de los adolescentes varones en dos comunidades zonales de Chimbote-Perú, 2010. In *Crescendo* [Internet]. 2011 [citado 15 ago 2015]; 2(1). Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612011000100014&script=sci_arttext.

- 38.** Salazar A, Santa Maria A, Solano I, Lázaro K, Arrollo S, Araujo Tocas Virginia, et al. Conocimientos de Sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar en adolescentes de Instituciones educativas nacionales del distrito de El Agustino, Lima Perú. Horiz MEDICO [Internet]. 2007 [citado 10 Sep 2015];7(2). Disponible en: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/214>.
- 39.** Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An Fac Med. 2009; 70(3):217–24.
- 40.** davidgarciaivanegas.net [Internet]. Santiago: Garcia David; 2003 [actualizado 05 Sep 2015; citado 17 Sep 2015]. Proceso del conocimiento gnoseología o epistemología. Disponible en: <http://davidgarciaivanegas.es.tl/Proceso-del-conocimiento-gnoseologia-o-epistemologia.htm>.
- 41.** redalyc.net [internet]. Bogotá: Salud Colectiva; 2006 [citado 17 Sep 2015]. Epistemología y teoría del conocimiento. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120202>.
- 42.** Planificación del embarazo. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades[Internet].2014. [citado 31 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/preconception/spanish/planning.html>.
- 43.** Sourt Eastern Sydney Illawarra. Planning for a healthy pregnancy. NSW-Heralth .2010.
- 44.** Siasi Smiler, . First Nunavik Midwifery Gathering. NAHO, 2008.
- 45.** Pregnancy book. COI for the Department of Health. UK 2009.

- 46.** Salud sexual y reproductiva [Internet]. OMS; 2015 [citado 10 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/es/>.
- 47.** Estrategia Sanitaria de Salud - Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Lima: Minsa; 2015 [citado 20 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2>.
- 48.** Laza C, Sánchez G. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. *Enferm Glob.* 2012; 11(26):408–15.

ANEXO 01: DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES:

| VARIABLE | TIPO | NATURALEZA | ESCALA DE MEDICION | INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | DEFINICION OPERACIONAL | DEFINICION CONCEPTUAL | CODIFICADORES |
|----------------------------|---------------|------------------------|--------------------|--------------------------------|---|--|--|--|
| EDAD | Independiente | Cuantitativa-discreta | De razón | Años cumplidos | Nº de años cumplidos | Que grupo según edad presenta planificación embarazo | Duración del tiempo de existencia de una persona | Menor 15 15-35 Mayor 35 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | Independiente | Cualitativa-dicotómica | Nominal | Lima, provincias | Nº de gestantes/ lugar de nacimiento | Qué lugar de nacimiento se encuentra con > planificación embazo | Lugar de nacimiento, es aquel sitio donde nació. | 1.Lima 2.Provincias |
| NIVEL DE EDUCACION | Independiente | Cualitativa-politómica | Nominal | Primaria, Secundaria, Superior | Nº de gestantes/ estado civil | Que grupo de gestantes según nivel de educación > planificación | Nivel de educación El grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una Institución educativa formalizada | 1. Primaria- Secundaria 2. Superior |
| SITUACION LABORAL | Independiente | Cualitativa-dicotómica | Nominal | Si, No | Nº de gestantes trabajan actualmente | Que grupo de gestantes según trabajo actual presenta > planificación | Trabajo: Toda aquella actividad ya sea de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores | 1. Si 2. No |

| | | | | | | | | |
|---|---------------|------------------------|---------|--|--|--|---|--|
| ANTECEDENTE PARIDAD | Independiente | Cualitativa-dicotómica | Nominal | Sí, No | N° de embarazos anteriores | Que grupo según embarazos anteriores presenta > planificación | Los partos anteriores con hijos vivos actualmente. | 1. Sí 2. No |
| INICIO DE VIDA SEXUAL | Independiente | Cuantitativa-discreta | Ordinal | N° de años cumplidos al momento de la 1° relación sexual | N° de años cumplidos al momento de la 1° relación sexual | Que grupo según edad presenta > planificación | Evento de la vida donde el individuo presenta el primer coito. | Años: 1. <18 2. Mayor igual a 18 años |
| PAREJA SENTIMENTAL | Independiente | Cuantitativa-discreta | Ordinal | N° de años cumplidos desde el inicio de la relación sentimental actual | N° de años cumplidos desde el inicio de la relación sentimental actual | Que grupo según N° años con su pareja actual presenta > planificación | Lazos sentimentales o de convivencia con la pareja actual. | Años: 7 <5 8 Mayor o igual 5 años |
| NIVEL DE CONOCIMIENTOS SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | independiente | Cualitativa-politómica | Ordinal | N° de respuestas positivas | Respuestas | Nivel alcanzado de acuerdo al puntaje obtenido en la encuesta sobre el nivel de conocimiento sexual en gestantes DIMENSIONES 1. Fisiología reproductiva 2. Métodos anticonceptivos 3. Prevención de Enfermedades de | Conjunto de ideas y conceptos, verdaderos o falsos, de la observación y experiencia de las gestantes según su sexualidad. | Considerando 5 alternativas: 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------|------------------------|---------|----------------------------|---|---|---|---|
| | | | | | | transmisión sexual VIH/SIDA. 4. Preservativos | | |
| PLANIFICACION DEL EMBARAZO | dependiente | Cualitativa-dicotómica | Ordinal | Nº de respuestas positivas | Nª gestantes que planifican su embarazo | Planificación del embarazo actual en gestantes | Conjunto de medidas tomadas antes de la gestación para que esta evolucione de una manera favorable. | <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>Si la respuesta fue Si se consideran tres opciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tomo ácido fólico o vitaminas un 1 antes. 2. No consumo de alcohol ni tabaco 3 meses antes. 3. Tratamiento fertilidad para el embarazo. |

*Se hará un análisis por cada dominio seguido de un análisis global

ANEXO 02: INSTRUMENTO

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD Y REPRODUCTIVA

Querida gestante:

La información que nos brinde será de carácter confidencial y anónimo. La información recaudada será para fines únicos de investigación.

Instrucciones:

Marque con una X en el casillero que refleje más su forma de pensar o de sentir.

Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LOS ALUMNOS

| 1. EDAD | 2. NIVEL DE EDUCACION | 3. LUGAR DE NACIMIENTO |
|--|--|---|
| Años | Primaria completa () Secundaria completa() Superior: técnico o universitario) () | Lima() Provincias () |
| 4. ¿Usted trabaja? | 5. ¿Tiene usted partos anteriores? | 6. ¿A qué edad tuvo por primera vez relaciones sexuales? |
| Si() No() Ama de casa | Si() 2 o mas No() | Años |
| 7. ¿Cuántos años de relación tiene con su pareja actual? | 8. ¿Planificó su embarazo actual? | 9. Si en la pregunta 8, su respuesta fue si, diga usted como |
| Años | Si() No() | <ul style="list-style-type: none">• Tomo ácido fólico o vitaminas un 1 antes()• No consumo de alcohol ni tabaco 3 meses antes()• Tratamiento fertilidad para el embarazo() |

TEST DE CONOCIMIENTO DE LA SEXUALIDAD

Responda con un X (aspa) el número que crea según las indicaciones:

1 totalmente en desacuerdo

2 en desacuerdo

3 ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 de acuerdo

5 totalmente de acuerdo

| FISIOLOGÍA SEXUAL | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual? | | | | | |
| 2. ¿Una mujer deja de crecer después de la primera relación sexual? | | | | | |
| 3. ¿El embarazo es más probable que ocurra la mitad del ciclo menstrual? | | | | | |
| PRESERVATIVOS | | | | | |
| 1. ¿Los condones se pueden usar más de una vez? | | | | | |
| 2. ¿Los condones son un método eficaz de protección contra las enfermedades de transmisión sexual? | | | | | |
| 3. ¿Los condones son un método eficaz de protección contra el VIH / SIDA? | | | | | |
| 4. ¿Los condones son un método eficaz de prevenir el embarazo? | | | | | |
| 5. ¿Un condón es un dispositivo de goma que un hombre puede poner en el pene antes del coito? | | | | | |
| INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL VIH / SIDA | | | | | |
| 1. ¿Es posible curar el SIDA? | | | | | |
| 2. ¿Una persona con VIH siempre se ve poco saludable? | | | | | |
| 3. ¿Los condones reducen el riesgo de infección por el VIH? | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 4. Aparte de VIH / SIDA, hay otras enfermedades que los hombres y las mujeres pueden coger por tener relaciones sexuales. ¿Ha oído hablar de alguna de estas enfermedades? | | | | | |
| 5. ¿Sabe los síntomas de enfermedades de transmisión sexual en los hombres? Escríbala | | | | | |
| 6. ¿Sabe de los síntomas de enfermedades de transmisión sexual en las mujeres? Escríbala | | | | | |
| 7. ¿Sabe cuál es el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual? | | | | | |

| METODOS ANTICONCEPTIVOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Pueden las mujeres tomar una píldora anticonceptiva todos los días? | | | | | |
| 2. ¿Sabe usted dónde puede conseguir píldoras anticonceptivas? | | | | | |
| 3. ¿Pueden recibir una inyección anticonceptiva las mujeres cada un mes o tres meses? | | | | | |
| 4. ¿Sabe usted dónde puede conseguir las inyecciones anticonceptivas? | | | | | |
| 5. ¿Sabe cómo se usan los condones? | | | | | |
| 6. ¿Sabe usted donde puede conseguir preservativos “condones”? | | | | | |
| 7. ¿Puede tomar una mujer píldoras anticonceptivas de emergencia “píldora del día siguiente” después de la relación sexual? | | | | | |
| 8. ¿Sabe usted dónde puede conseguir la “píldora del día siguiente”? | | | | | |
| 9. ¿Sabes si un hombre puede interrumpir la relación sexual para eyacular fuera de la vagina como método anticonceptivo? | | | | | |
| 10. ¿Sabe si una pareja puede evitar mantener relaciones sexuales en los días en que un embarazo es más probable que ocurra como método anticonceptivo? | | | | | |
| 11. ¿Protegen los condones de manera efectiva contra el embarazo? | | | | | |

ANEXO 03: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NIVEL DE CONOCIMIENTO FISILOGIA SEXUAL

Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,018 | 3 |

Estadísticos total-elemento

| | Media de la escala si se elimina el elemento | Varianza de la escala si se elimina el elemento | Correlación elemento-total corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
|----|--|---|--------------------------------------|--|
| F1 | 6,39 | 2,809 | ,028 | -,057 ^a |
| F2 | 5,76 | 4,064 | -,080 | ,221 |
| F3 | 7,06 | 3,309 | ,085 | -,187 ^a |

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRESERVATIVOS

Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach ^a | N de elementos |
|-------------------------------|----------------|
| ,731 | 5 |

Estadísticos total-elemento

| | Media de la escala si se elimina el elemento | Varianza de la escala si se elimina el elemento | Correlación elemento-total corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
|----|--|---|--------------------------------------|--|
| P1 | 13,42 | 5,189 | -,265 | -,381 ^a |
| P2 | 12,85 | 8,320 | -,573 | ,282 |
| P3 | 11,36 | 4,551 | -,070 | -,857 ^a |
| P4 | 11,79 | 3,860 | ,128 | -1,322 ^a |
| P5 | 11,91 | 3,773 | ,015 | -1,186 ^a |

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ITS/ VIH -SIDA

Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,624 | 7 |

Estadísticos total-elemento

| | Media de la escala si se elimina el elemento | Varianza de la escala si se elimina el elemento | Correlación elemento-total corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
|----|--|---|--------------------------------------|--|
| I1 | 19,64 | 23,739 | ,144 | ,645 |
| I2 | 20,03 | 27,530 | -,136 | ,711 |
| I3 | 20,03 | 21,593 | ,378 | ,576 |
| I4 | 19,70 | 22,155 | ,262 | ,611 |
| I5 | 20,58 | 17,939 | ,591 | ,492 |
| I6 | 20,39 | 18,309 | ,569 | ,502 |
| I7 | 20,55 | 17,693 | ,594 | ,489 |

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,769 | 11 |

Estadísticos total-elemento

| | Media de la escala si se elimina el elemento | Varianza de la escala si se elimina el elemento | Correlación elemento-total corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
|-----|--|---|--------------------------------------|--|
| A1 | 38,70 | 47,155 | ,049 | ,816 |
| A2 | 37,52 | 44,383 | ,643 | ,740 |
| A3 | 37,61 | 43,309 | ,600 | ,737 |
| A4 | 37,48 | 43,695 | ,517 | ,744 |
| A5 | 37,48 | 41,758 | ,715 | ,725 |
| A6 | 37,52 | 42,258 | ,675 | ,729 |
| A7 | 38,21 | 43,172 | ,340 | ,764 |
| A8 | 38,21 | 41,922 | ,462 | ,747 |
| A9 | 38,48 | 43,945 | ,305 | ,768 |
| A10 | 38,33 | 43,354 | ,414 | ,753 |
| A11 | 38,64 | 40,801 | ,479 | ,744 |

ANEXO 04: CERTIFICADO DEL CURSO TALLER 2016



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

II CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

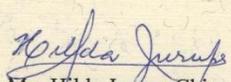
FIGRELLA LIZETH VILCA SALGUERO

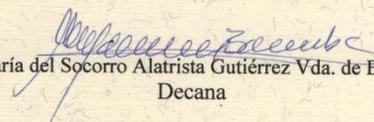
Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de abril, mayo, junio y julio del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

“ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LA PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL ESSALUD JORGE VOTO BERNALES DURANTE EL PERIODO JULIO-AGOSTO 2016”

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular de **06 créditos académicos**, de acuerdo a artículo 15° del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana (aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N° 2717-2015), considerándosele apto para la sustentación de tesis respectiva.

Lima, 22 de Julio de 2016


Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica


Dra. Maria del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. de Bambarén
Decana

ANEXO 05: APROBACION DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Facultad de Medicina Humana

Oficio N° 2087-2016-FMH-D

Lima, 22 de julio de 2016

Señorita
FIGRELLA LIZETH VILCA SALGUERO
Presente.-

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

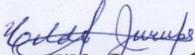
De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LA PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL ESSALUD JORGE BOTO BERNALES DURANTE EL PERIODO JULIO – AGOSTO 2016", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha 21 de julio de 2016.

Por lo tanto queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,


Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú
E-mail: mhuaman@urp.edu.pe - www.urp.edu.pe/medicina/

Central: 708-0000
Anexo: 6010
Telefax: 708-0106

ANEXO 06: TURNITIN



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: **Fiorella Lizeth Vilca Salguero**
Título del ejercicio: **Curso Titulación Por tesis**
Título de la entrega: **ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ...**
Nombre del archivo: **TRABAJO_FINAL.docx**
Tamaño del archivo: **426.94K**
Total páginas: **110**
Total de palabras: **24,150**
Total de caracteres: **132,300**
Fecha de entrega: **13-ene-2017 01:52p.m.**
Identificador de la entrega: **757795056**

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA Y LA PLANIFICACIÓN DEL
EMBARAZO EN EL HOSPITAL ESSALUD
JORGE VOTO BERNALES DURANTE EL
PERIODO JULIO-AGOSTO 2016

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

Fiorella Lizeth Vilca Salguero

Dr. Edwin Castillo
ASESOR DE TESIS

Dr. Jhonn A. De la Cruz Vargas Ph. D., M.D., M.C.
DIRECTOR DE TESIS

LIMA - PERÚ

ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LA PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL ESSALUD JORGE VOTO BERNALES DURANTE EL PERIODO JULIO-AGOSTO 2016

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | www.unsm.edu.pe Fuente de Internet | 3% |
| 2 | www.fundacion1000.es Fuente de Internet | 2% |
| 3 | cybertesis.urp.edu.pe Fuente de Internet | 2% |
| 4 | www.slideshare.net Fuente de Internet | 1% |
| 5 | metodosanticonceptivostic1.blogspot.com Fuente de Internet | 1% |
| 6 | emecolombia.foroactivo.com Fuente de Internet | 1% |
| 7 | Stern, Jenny, Lana Salih Joelsson, Tanja Tydén, Anna Berglund, Maria Ekstrand, Hanne Hegaard, Clara Aarts, Andreas Rosenblad, Margareta Larsson, and Per Kristiansson. "Is pregnancy planning | 1% |

associated with background characteristics and pregnancy planning behavior?", Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica, 2015.

Publicación

| | | |
|----|--|----|
| 8 | docslide.us Fuente de Internet | 1% |
| 9 | www.msal.gov.ar Fuente de Internet | 1% |
| 10 | pt.scribd.com Fuente de Internet | 1% |
| 11 | filosofaalfredocock.blogspot.com Fuente de Internet | 1% |
| 12 | pdfs.semanticscholar.org Fuente de Internet | 1% |
| 13 | prezi.com Fuente de Internet | 1% |
| 14 | Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante | 1% |

EXCLUIR CITAS

ACTIVO

EXCLUIR
COINCIDENCIAS

< 1%

EXCLUIR
BIBLIOGRAFÍA

ACTIVO

