



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Gestión de salud sexual preventiva, promoción de salud sexual y nivel de riesgo de infecciones de transmisión sexual del Centro materno infantil Villa María del Triunfo.

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Doctora en Gestión pública y Gobernabilidad

**AUTORA:**

Mgtr. Judith Daysi García Cajaleón

**ASESORA:**

Dra. Celia Emperatriz Mercado Marrufo

**SECCIÓN**

Gestión pública y gobernabilidad

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Gestión

**PERÚ – 2017**

## **Página del Jurado**

Dra. Gliria Méndez Ilizarbe  
Presidenta

Dr. Chantal Jara Aguirre  
Secretaria

Dr. Angel Salvatierra Melgar  
Vocal

**Dedicatoria**

A mi familia

### **Agradecimiento**

A las usuarias del servicio de obstetricia por su disposición a brindar la información para el estudio

Al personal del Centro Materno infantil de VMT quien colaboró desinteresadamente en el recojo de la información

### **Declaratoria de autenticidad**

Yo, Judith García Cajaleón, estudiante del Programa doctorado de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI N° 22486408 con la tesis titulada “Gestión de salud sexual preventiva, promoción de salud sexual y nivel de riesgo de ITS en usuarias del servicio de Obstetricia del Centro Materno infantil de Villa María del Triunfo”.

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que fue publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César vallejo.

Lima Norte, enero 2017.

Judith García Cajaleón  
DNI: 22486408

## Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo, presento la tesis titulada “Gestión de salud sexual preventiva, promoción de salud sexual y nivel de riesgo de ITS en usuarias del servicio de Obstetricia del Centro Materno infantil de Villa María del Triunfo”. El estudio busca conocer la influencia que tienen ambos factores en el riesgo de infecciones de transmisión sexual.

La investigación se encuentra estructurada en siete capítulos: Capítulo I: Introducción: Se presenta de forma general la tesis, se presenta los antecedentes, fundamentación científica, justificación, formulación del problema, hipótesis, y los objetivos de estudio. Capítulo II: Marco metodológico: Se da a conocer las variables, operacionalización de las variables, metodología, tipo de estudio, la población conformada por las usuarias del servicio de obstetricia, técnicas e instrumentos de recolección de datos y métodos de análisis de datos. Capítulo III: Resultados: se presenta el análisis descriptivo de los datos, contrastación de hipótesis. Capítulo IV: Discusión: Se da a conocer la discusión del trabajo de investigación. Capítulo V: Conclusiones. Capítulo VI: Recomendaciones y Capítulo VII: Referencias bibliográficas y los anexos.

Señores miembros del jurado, hago entrega de la investigación realizada y plasmada en el siguiente trabajo; la que espero que se encuentre a la altura de lo requerido.

La autora.

## Índice de contenido

	Paginas
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice de contenido	vii
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	xi
Resumen	xii
Resumo	xiv
<b>I. Introducción</b>	
1.1 Antecedentes	16
1.2 Fundamentación científica	23
1.3 Justificación	57
1.4 Problema	58
1.5 Formulación del problema	60
1.6 Hipótesis	61
1.7 Objetivos	61
<b>II. Marco metodológico</b>	
2.1 Variables	64
2.2 Metodología	69
2.3 Tipo de estudio	70
2.4 Diseño de investigación:	70
2.5 Población, muestreo y muestra	71
2.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	72
2.7 Métodos de análisis de datos	75
2.8 Aspectos éticos	75
<b>III. Resultados</b>	
3.1 Descripción de resultados	77
3.2 Prueba de hipótesis	84

<b>IV. Discusión</b>	92
<b>V. Conclusiones</b>	99
<b>VI. Recomendaciones</b>	101
<b>Referencias bibliográficas</b>	103
<b>Anexos</b>	
Anexo 1. Matriz de consistencia	110
Anexo 2. Matriz de Operacionalización de variables	112
Anexo 3. instrumentos	118
Anexo 4. Análisis de confiabilidad	122
Anexo 5. Base de datos	123



## Lista de tablas

Tabla 1.	Dimensiones al conocimiento sobre las ITS y las prácticas sexuales en los grupos humanos.	57
Tabla 2.	Operacionalización de la Gestión de salud sexual preventiva.	66
Tabla 3.	Operacionalización de la promoción de salud reproductiva.	67
Tabla 4.	Operacionalización del riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual	68
Tabla 5.	Técnicas e instrumentos para recoger la información de las usuarias del servicio de obstetricia del Centro Materno infantil de Villa María del Triunfo	73
Tabla 6.	Gestión de la salud sexual preventiva según las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo	77
Tabla 7.	Aspectos de la Gestión de salud sexual preventiva evaluados, según las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo	78
Tabla 8.	Promoción de la salud en el servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo, según las usuarias.	79
Tabla 9.	De los aspectos evaluados en la Promoción de la salud del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo por las usuarias	81
Tabla 10.	Riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.	82
Tabla 11.	Evaluación de los aspectos determinantes del riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.	83

Tabla 12. Información de ajuste del modelo 1	84
Tabla 13. Pseudo R cuadrado 1	85
Tabla 14. Pruebas de la razón de verosimilitud 1	85
Tabla 15. Estimaciones de parámetro 1	86
Tabla 16. Información de ajuste del modelo 2	87
Tabla 17. Pseudo R cuadrado	87
Tabla 18. Pruebas de la razón de verosimilitud 2	88
Tabla 19. Estimaciones de parámetro 2	88
Tabla 20. Información de ajuste de los modelos 3	89
Tabla 21. Pseudo R cuadrado 3	90
Tabla 22. Pruebas de la razón de verosimilitud 3	90
Tabla 23. Estimaciones de parámetro 3	90

## Lista de figuras

Figura 1. Gestión de salud sexual preventiva según las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo	77
Figura 2. Promoción de la salud en el servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo, según las usuarias.	80
Figura 3. De los aspectos evaluados en la Promoción de la salud del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo por las usuarias	81
Figura 4. Riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.	82
Figura 5. Evaluación de los aspectos determinantes del riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo..	83

## Resumen

El objetivo fue determinar la influencia de la gestión de la salud sexual preventiva y de la promoción de salud sexual en el nivel de riesgo de ITS en las usuarias del servicio de obstetricia del Centro materno infantil de VMT, 2016.

Esta investigación, fue desarrollada bajo un diseño no experimental transversal, en una muestra conformada por 192 usuarias; los datos sobre las variables fueron recogidos mediante dos escalas de opinión y un cuestionario, estableciéndose su validez mediante juicio de expertos y su consistencia interna establecida mediante la prueba alfa de Cronbach.

Los resultados mostraron que la gestión de salud fue considerada entre regular y buena; mientras que la promoción de la salud fue inadecuada para el 62% de las usuarias y adecuada para el 38%; asimismo, se halló que el 64,1% presentaba un bajo riesgo de ITS y el 35,9% un alto riesgo. Los resultados, del análisis de regresión determinaron que la gestión de la salud sexual no influyó significativamente en el riesgo de ITS, mientras que la promoción de salud sexual si influyó significativamente en 67,7%.

*Palabras clave:* Gestión de salud sexual preventiva, promoción de salud sexual, riesgo de ITS

## Abstract

The objective was to determine the influence of the management of preventive sexual health and the promotion of sexual health in the level of risk of STI in users of the obstetrics service of the Maternal and Child Health Center, 2016.

This research was developed under a non-experimental cross-sectional design, in a sample of 192 users; The data on the variables were collected through two opinion scales and a questionnaire, establishing their validity through expert judgment and their internal consistency established by the Cronbach's alpha test.

The results showed that health management was considered between regular and good; While the promotion of health was inadequate for 62% of the users and adequate for 38%; Likewise, it was found that 64.1% had a low risk of STIs and 35.9% had a high risk. The results of the regression analysis determined that the management of sexual health did not significantly influence the risk of STIs, while the promotion of sexual health had a significant influence in 67.7%.

Keywords: Preventive sexual health management, sexual health promotion, STI risk

## Resumo

O objetivo foi determinar a influência da gestão da saúde sexual preventiva e promoção da saúde sexual ao nível do risco de DST em usuárias de obstetrícia centro materno-infantil VMT, 2016.

Esta pesquisa foi desenvolvida no âmbito de um desenho transversal não experimental, em uma amostra composta por 192 usuários; variáveis de dados foram coletados por meio de duas escalas de opinião e de um questionário, que estabelece sua validade pelo parecer dos peritos e estabeleceu a sua consistência interna pelo alfa de Cronbach.

Os resultados mostraram que a gestão da saúde era justa para boa considere; enquanto a promoção da saúde foi inadequada para 62% dos usuários e adequado para 38%; também constatou que 64,1% tinham um baixo risco de DSTs e 35,9% alto risco. O resultado da análise de regressão determinou que a gestão da saúde sexual não influenciou significativamente o risco de doenças sexualmente transmissíveis, bem como promover a saúde sexual se influenciou significativamente 67,7%.

Palavras-chave: Gestão da saúde sexual preventiva, promoção da saúde sexual, o risco de DSTs.

## **I. Introducción**

## 1.1 Antecedentes

### 1.1.1 Antecedentes nacionales

Segura, Matzumura y Gutiérrez (2014) determinaron la eficacia de una intervención educativa para elevar los conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en adolescentes del tercer año de educación Secundaria del colegio "Los Jazmines de Naranjal". Fue un estudio pre experimental, prospectivo y longitudinal con una muestra de 95 adolescentes. Al inicio, se verificó con un pre-test un inadecuado nivel de conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual. Dicho instrumento estuvo dividido en cuatro dimensiones (definición, signos y síntomas, transmisión y prevención). Se implementó una intervención educativa de seis sesiones con estrategias de aprendizaje activo, con un post-test al finalizar ésta. Se utilizó el análisis descriptivo, distribución de frecuencias y porcentajes, y la Prueba de Wilcoxon para determinar la eficacia de la intervención. Los resultados que obtuvieron de la muestra de 56% y 44%, de adolescentes sexo femenino y masculino respectivamente, con edades entre 12 a 17 años. El 11.3% de las mujeres y el 31.8% de los varones eran sexualmente activos. Como resultado de la intervención educativa, el porcentaje de adolescentes que obtuvieron un alto nivel de conocimientos sobre ITS, incrementó en las cuatro dimensiones (Definición: 91%, Transmisión: 100%, Signos y Síntomas: 98%, Prevención: 100%). Concluyeron que la intervención educativa logró mejorar los conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en los adolescentes, con resultados estadísticamente significativos.

Arrasco y Gonzales (2012) en su estudio buscó determinar la Relación entre "El Nivel de Conocimientos y las Prácticas Preventivas Sobre Infecciones de Transmisión Sexual VHI-SIDA en estudiantes del 5º año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo Junio-agosto 2012" El diseño del estudio es descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra fue de 77 estudiantes del 5º año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Se empleó el método cuantitativo utilizando un cuestionario de veinte preguntas con 3 alternativas de respuesta que midieron el conocimiento en las dimensiones de concepto, tipos de ITS, medidas de prevención, formas de



transmisión, agentes productores, formas de diagnóstico y tratamiento; y un cuestionario de dieciocho preguntas con escala descriptiva, en las dimensiones de la práctica preventiva: sexo seguro, higiene sexual y control médico con 3 alternativas de respuesta, para medir la práctica preventiva sobre ITS VIH/SIDA. El procesamiento de los datos para el análisis estadístico descriptivo se efectuó en el programa Excel 2010, y el análisis para la comprobación de hipótesis con la prueba de CHI CUADRADO con el paquete estadístico SPSS 19.0. Los resultados muestran que la mayoría de los estudiantes presentan un nivel de conocimiento medio (74.0%) y una práctica adecuada (64,9%). La prueba CHI CUADRADO demuestra que no hay relación directa  $\chi^2$  ( $5.991 = p > 0.05$ ) rechazando nuestra hipótesis de estudio. Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA no tiene una relación directa ( $p > 0.05$ ) con la práctica preventiva; dentro de las características socio demográficas predominantes de la población de estudio son: edad promedio es de 16 años (62.3%), sexo masculino (57.1%), viven en zona urbana (87%), soltero (97.4%). El nivel de conocimiento es medio (74.0%), y las prácticas adecuadas (64,9%); vi concluyendo que un conocimiento medio determina práctica adecuada en nuestra población de estudio. Se recomienda crear un programa educativo formativo curricular sobre enfermedades de transmisión sexual y su autocuidado, a fin de mejorar el conocimiento y la práctica preventiva hacia ella.

Gómez (2011), buscó saber el estado en el que se encuentran los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en los y las escolares adolescentes del quinto año de secundaria de una institución educativa nacional, ya que ella refleja hasta donde el Gobierno del Perú ha podido brindar a los y las adolescentes, nuestra futura población adulta, las herramientas necesarias en aspectos de Salud Reproductiva y Planificación Familiar para que puedan manejar y ejercer una sexualidad saludable y segura, y así evitar que se expongan a las consecuencias que el ejercicio de una sexualidad con información incompleta y equívoca les pueda ocasionar. Toda esta información nos permitirá saber hasta dónde se ha avanzado, si los recursos utilizados hasta ahora han sido o no los adecuados, y si han dado o no resultados; información que reflejará un aspecto muy importante de nuestra futura población adulta. También podremos saber si lo

hasta ahora actuado en nuestro país nos permitirá alcanzar o aproximarnos a los objetivos trazados a nivel nacional e internacional. El 14.6% de los alumnos son sexualmente activos de ellos el 90.9% usa algún método anticonceptivo siendo el preservativo 70% el más usado. 85 7.- El 85.8% de los alumnos conoce de la existencia de lugares donde encontrar información con respecto a salud reproductiva y/o planificación familiar, el 75.66% está de acuerdo con hacer uso de ello y el 37.17% ya lo ha hecho.

Zárate (2009) consideró que las infecciones de transmisión sexual y el Sida siguen siendo un problema de salud pública a nivel mundial y en nuestro país, los adolescentes no están exentos a la progresión de esta pandemia; debido al inicio precoz de las relaciones sexuales, siendo ellos los más afectados ya que tienen características propias como la falta de control de impulsos, la ambivalencia emocional y la falta de conocimiento los condicionan a mantener comportamientos de riesgo, exponiéndolos a ser víctimas de las infecciones de transmisión sexual. Ante esta situación se realizó un estudio de investigación, el cual tuvo como objetivo general: determinar la efectividad de la educación sanitaria en el nivel de conocimientos y prevención de infecciones de transmisión sexual en adolescentes de 4to y 5to de secundaria. Los hallazgos de este estudio permitieron brindar información al colegio Marco Punte Llanos sobre la necesidad de abordar temas de prevención de infecciones de transmisión sexual, estableciendo así alianzas estratégicas entre salud y educación enfatizando la actividad preventiva promocional.

Silva, Andrade, Palacios, Rojas y Mendoça (2014), buscaron determinar el nivel de conocimiento y comportamiento de riesgo de adolescentes mujeres sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en un Programa de Adolescentes de un hospital público, en un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, en una población de 286 adolescentes mujeres entre 12 y 19 años, atendidas en el Programa de Adolescentes de un hospital público. El recojo de datos se realizó a través de los cuestionarios de perfil social y de conocimientos y riesgos sobre Infecciones de transmisión sexual, en participantes solteras, con estudios secundarios y que tenían entre 14 y 16 años, las que demostraron tener un conocimiento de nivel regular. Más de la mitad conocían los síntomas de las

Infecciones de Transmisión Sexual y una proporción similar usaba preservativo. No se observó correlación entre los niveles de conocimientos y las variables sociodemográficas, identificándose la necesidad de reforzar y evaluar el Programa de Adolescentes, para lograr la interiorización y concientización de las usuarias con la finalidad de que mantengan una adecuada salud reproductiva.

### **1.1.2 Antecedentes internacionales**

Gómez (2012), analizó la Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en mujeres embarazadas atendidas en el año 2011-2012 en el centro de salud N° 1 de Guayaquil y afirmó que, las infecciones de transmisión sexual pueden considerarse más que un problema de salud pública, un verdadero problema social. Altamente ligada al desconocimiento y la inconciencia del problema, es un verdadero desafío para el personal salubrista descubrir y formular políticas para frenar o atenuar el tema. Las I.T.S. se encuentran entre las causas de morbilidad materna y perinatal más importantes, complicaciones graves como el embarazo ectópico, la enfermedad pélvica inflamatoria, el trabajo de parto prematuro, el aborto espontáneo, la muerte fetal y las infecciones congénitas, pueden conducir a una discapacidad crónica como infertilidad y cáncer genital y a la muerte. El aumento en el riesgo de adquirir o de transmitir el VIH/SIDA o la mortal hepatitis es otra consecuencia de las mismas. Su objetivo fue determinar la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en embarazadas con un estudio observacional de tipo descriptivo. Según datos estadísticos oficiales, lejos de bajar los casos, estos se mantienen y parecen tender al alza, esta investigación se efectuó en un área de consulta externa, con un seguimiento de dos años a uno de los grupos más vulnerables como lo son las mujeres embarazadas que acudían a consulta y controles, aunque muchas veces en controles posteriores se evidenció la falla o el abandono del tratamiento, con consecuencias por el momento impredecibles a futuro. Sin embargo, se ha hecho énfasis una vez más en la importancia de la prevención y control.

Folch, Álvarez, Casabona, Brotons y Castellsagué (2012), analizaron los determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña, al observar que la conducta sexual en jóvenes se ve influida por factores externos que

podrían favorecer la disminución del control de la situación y mayor desprotección. Su objetivo fue describir y comparar según sexo la conducta sexual y otros indicadores de salud sexual y reproductiva en jóvenes de 16 a 24 años, en Cataluña e identificar factores asociados a las conductas sexuales de riesgo, en un estudio transversal y empleando una encuesta en línea en una población de 800 jóvenes. Se identificaron factores asociados al no uso del preservativo (no UP) en la última relación sexual con penetración (RS) mediante modelos de regresión logística multivariantes. Hallaron que el 76,1% de los chicos y el 83,3% de las chicas declararon RS alguna vez ( $p=0,012$ ). El 39,7% de los chicos y el 22,5% de las chicas tuvieron parejas ocasionales, siendo el uso de Internet para contactar parejas del 31,4% y 10,3%, respectivamente. Entre los factores asociados al no UP durante la última RS destacó no haber usado preservativo en la primera RS (OR=2,50 en chicos y OR=3,18 en chicas). Haber contactado parejas sexuales por Internet se mostró asociado en chicos (OR=2,29) y haber usado la anticoncepción de emergencia  $\geq 3$  veces en chicas (OR=3,38). Concluyeron en que se observan diferencias en la conducta sexual de los jóvenes según sexo, siendo el uso del preservativo en la primera relación sexual un buen predictor de su uso en la última. Los chicos presentan mayor número de parejas ocasionales que las chicas y utilizan más las nuevas tecnologías de la información para contactar estas parejas.

Fuentes y Hugo (2015), analizaron la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual no VIH en el área de salud #7 de la provincia del Guayas. Período 2011-2012 y propuesta de medidas de promoción y prevención. Consideraron que la ciudad de Guayaquil es el Cantón más poblado con 2,254.891 habitantes, en la misma se reporta el 65% de los casos de VIH del país, así como la de mayor incidencia de ITS. Siendo bastante frecuentes en las mujeres por las siguientes razones: relaciones sexuales con mayor precocidad, tendencia a cambiar de pareja con mucha frecuencia, generalmente no usan preservativos para todo acto sexual. Cuyo objetivo fue establecer la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual no VIH durante el período 2011 y 2012 atendidos en las Unidades de Salud del Área 7 de la provincia del Guayas, y medidas de promoción y prevención. Mediante un estudio observacional descriptivo en los usuarios que fueron atendidos como parte de la demanda espontánea, de las Unidades

Operativas del Área de Salud # 7. Cuyo resultados fueron en el periodo 2011 – 2012, de 315.001 consultas, de las cuales 29925 correspondieron a consultas sindrómicas de infecciones de transmisión sexual no VIH el 9.5%, siendo la vaginitis con un 50,86%, seguido de cervicitis con 15,65% y dolor abdominal con 12,29% y Virus del Papiloma Humano HPV con 11,31%, entre las más importantes; y la prevalencia en sexo femenino 87,51%, grupo etario de 25 a 49 años con 54,60%, seguido de 20 a 24 años del 26,36%, 15 a 19 años con 12,54% y la etnia Otros (Blanca y mestiza) con 97,3%. Se demuestra que las ocurrencias de infecciones de transmisión sexual no VIH en las personas atendidas en el Área de Salud #7 de Guayaquil es menor a la planteada en la hipótesis. Recomendando la continuidad de implementar estrategias de educación como proceso permanente de información, educación y prevención al usuario sobre la infección y los mecanismos de promoción para evitar su propagación

Molina, Tuna y Hurtado (2015), analizaron los factores de riesgo relacionados a la prevalencia de I.T.S. por *Cándida albicans* en mujeres en edad fértil que concurren al consultorio de ginecología del centro de salud "San Miguel" de la población de Villa Serrano en el departamento de Chuquisaca, diciembre a febrero, 2012 – 2013, donde la candidiasis representa aproximadamente 52.01% de las enfermedades ginecológicas detectadas en mujeres en edad fértil, que fueron asistidas en el centro de salud San Miguel del municipio de Villa Serrano. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de *Cándida Albicans* en relación al nivel de instrucción de 100 pacientes mujeres que fueron tomadas como parte del estudio, con datos provenientes de las historias clínicas ginecológicas, confirmadas y sujetas a revisión proporcionadas por el personal médico del Centro de Salud ya mencionado. De las cien pacientes evaluadas de los flujos vaginales, en 55 de ellas se demostró el agente causal; *Cándida Albicans*, representó el 52.01 % de los casos. Se encontró tres casos de *Gardnerella vaginalis* (1.82%). El grado de Instrucción se consideró factor predisponente y precipitante en la infección por *Cándida Albicans*, ya que esta infección se encontró predominante en las mujeres analfabetas a pesar de la información brindada y adecuado tratamiento específico.

Gavica y Patricia (2015), consideraron que las infecciones de transmisión sexual pueden considerarse más que un problema de salud pública, un problema

social, altamente ligadas al desconocimiento y la inconciencia del problema, siendo un verdadero desafío para el personal salubrista, el descubrir y formular políticas para frenar o atenuar el tema. Las I.T.S. se encuentran entre las causas de morbimortalidad materna y perinatal más importantes, por las graves complicaciones como el embarazo ectópico, la enfermedad pélvica inflamatoria, el trabajo de parto prematuro, el aborto espontáneo, la muerte fetal y las infecciones congénitas, que pueden conducir a una discapacidad crónica como infertilidad y cáncer genital y a la muerte. El aumento en el riesgo de adquirir o de transmitir el VIH/SIDA o la mortal hepatitis es otra consecuencia de las mismas. Su objetivo fue determinar la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en embarazadas en el Centro de Salud No. 1 de Guayaquil, en el período 2011 – 2012, en un estudio observacional de tipo descriptivo que se efectuó en un área de consulta externa, con un seguimiento de dos años a uno de los grupos más vulnerables como lo son las mujeres embarazadas que acudían a consulta y controles, aunque muchas veces en controles posteriores se evidenció la falla o el abandono del tratamiento, con consecuencias por el momento impredecibles a futuro. Sin embargo, se ha hecho énfasis una vez más en la importancia de la prevención y control.

Abad (2014), buscó establecer los factores de riesgo culturales y su relación con las enfermedades de transmisión sexual en mujeres en edad fértil con la finalidad de orientar acciones de prevención y control de dichas infecciones, en una investigación de tipo cuantitativa, transversal y analítica, donde la población de estudio estuvo conformada por 130 pacientes de la consulta externa de ginecología del Centro de salud N° 2 de la ciudad de Loja; empleando en la recolección de datos la encuesta y las Historias clínicas. Halló que el 60% de mujeres iniciaron su vida sexual entre los 14 y 18 años de edad, 52,31% tuvieron de 2 a 3 parejas sexuales, 42,31% nunca usaron preservativo, 77,69% desconocen los antecedentes de Enfermedades de transmisión sexual en sus parejas, 54,62% no conocen sobre las ETS. El 46,92% consideran las ETS como vergonzosas e inmorales. Halló que la Vaginosis bacteriana se presenta en el 39,92% de las mujeres, la vaginitis en el 25,38%, la Candidiasis en 22,31%, la Gonorrea 10%, el Virus del Papiloma Humano (VPH) en el 2,31% y el 1,54% con sífilis y Herpes genital.

Altamirano (2012), en su investigación buscó elaborar un programa de prevención dirigido a mujeres en edad fértil que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Pasa, Cantón Ambato, en el cual se ha determinado que los padecimientos más habituales son: Gardnerella vaginalis con el 15%, Cándida con 10% y Tricomonas con 3%. La falta de educación sexual durante la niñez, adolescencia y la adultez, en los hogares y en los centros educativos, colocan en situación de gran vulnerabilidad a las mujeres que no pueden acceder a información sobre cómo ejercer los derechos sexuales y reproductivos, para prevenir las Enfermedades de Transmisión Sexual y el VIH-SIDA. En estos casos, la práctica del "sexo seguro," o por lo menos, del uso consistente y correcto del condón, puede dar protección, pero, por una variedad de razones, muchas personas fallan en usar protección, porque ignoran o están mal informados sobre las enfermedades de transmisión sexual y cómo prevenirlas. Finalmente, como en otras realidades, las mujeres se hallan impotentes de protegerse mientras el hombre se rehusó a colaborar, es por ello la utilidad de la investigación en la motivación a las mujeres en edad fértil de la Parroquia Pasa para que adopten conductas adecuadas con respecto al comportamiento sexual y a disfrutar de los beneficios de la pureza sexual y de estilos de vida saludable. El programa educativo de prevención de las enfermedades de transmisión sexual disminuirá la morbimortalidad y los gastos económicos, utilizando menos los servicios de salud ante la mejora de la calidad de vida.

## **1.2 Fundamentación científica**

### **1.2.1 Gestión de salud preventiva**

Se desarrolla en base a Políticas públicas concernientes a salud sexual y reproductiva, y según Ausejo (2010):

...no son conceptos sencillos; cada política formalmente adoptada se pone en práctica mediante una serie de programas y proyectos. Y para aplicar esa política (que se podría considerar como objetivo o compromiso general), los gobiernos crean programas en virtud de los cuales se reúnen las estructuras y el personal administrativo

necesario. Por lo que, con arreglo a estos programas, los organismos públicos emprenden proyectos concretos.

Es así que, la actuación pública se va centrando en componentes como: políticas, programas o proyectos. Entendiéndose como política pública a los recursos de acción y flujos de información con un objetivo político y que son desarrollados por el sector público, con la participación de la comunidad y del sector privado.

Asimismo, el autor en mención, en relación a una política pública de calidad, refiere que

Una política pública de calidad incluye contenidos, instrumentos o mecanismos, definiciones o modificaciones institucionales, y la previsión de sus resultados. Y desde el punto de vista analítico, se distinguen cuatro etapas en las políticas públicas: origen, diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas.

Las Políticas Públicas expresan lo que el gobierno dice que quiere hacer, planteando una solución práctica a un problema concreto; pero en la realidad son lo que hace y logra el estado interactuando con otros actores políticos y sociales. En definitiva, se tratan de decisiones adoptada conforme a procedimientos legales, vinculando a los ciudadanos con sus necesidades y requerimientos, expresándose en forma de instituciones, leyes, programas concretos y normas específicas entre otras.

### **Áreas de gestión**

De acuerdo con las acciones establecidas en la Carta de Ottawa por la OMS (2001), en el Perú el sector salud gestiona, como área de acción la construcción de políticas públicas saludables, en el entendido de que la salud es parte de la agenda política y en tal sentido se promueve que los sectores involucrados en la generación de políticas, deben ser conscientes de las implicaciones a la salud de sus decisiones.



Otras áreas de acción la constituyen el reforzar la participación activa de la comunidad; la toma de decisiones en la ejecución de los programas de Promoción, lo que resulta crucial en la acción comunitaria dado el alto riesgo de programas asistencialistas que aún persisten en la práctica del sector salud; el desarrollar habilidades personales, mediante el aprendizaje, el desarrollo de aptitudes y conductas en la población, a través de ciertos canales: escuelas, lugares de trabajo y la familia; el reorientar los servicios de salud, poniendo énfasis en la atención médica preventiva y promotora sobre la atención médica curativa.

### **Medicina preventiva**

Según Salleras (1985), la medicina preventiva, está dada por las acciones y consejos que específicamente buscan la prevención de enfermedades, lo que la diferencia de la medicina curativa, que comprendería las acciones médicas dirigidas a la curación de la enfermedad. Algunas de estas acciones médicas, fundamentalmente preventivas, como las inmunizaciones, quimioprofilaxis, quimio prevención, educación sanitaria de personas sanas, entre otras, están integradas en la medicina asistencial que brinda la atención primaria (Salleras, 1994).

Hogart (1978) consideró que el concepto de medicina preventiva se amplió desde la década del 70 en forma considerable, pese a que continuaba utilizándose como la aplicación de los principios y técnicas de la prevención a pacientes individuales, se comenzó a aplicar cada vez más en actividades sanitarias organizadas para la colectividad, en defensa de la salud de la población y que inciden sobre los individuos de esta colectividad.

Este criterio amplio hace equivalente a la medicina preventiva con la promoción de la salud, puesto que incluye actividades preventivas de los servicios de salud pública y que inciden sobre el individuo, tanto si se realizan individualmente, como la vacunación de un niño en una consulta médica, educación sanitaria mediante el diálogo en la entrevista, como si se hace en forma colectiva, es decir a través de campañas masivas de vacunaciones, exámenes colectivos de salud, pruebas de detección en la población, campañas de información y educación sanitaria a través de los medios de comunicación de masas, entre otras. (Salleras, 1986)

En definitiva, estas acciones ejecutadas por los servicios médicos y de enfermería, inciden finalmente sobre cada individuo y se fundamentan en los conocimientos científicos aportados por la ciencia médica.

A diferencia, acciones de protección de la salud, como la sanidad ambiental y la higiene alimentaria, inciden sobre el medio ambiente y son ejecutadas por otros profesionales de la salud pública, entre los que se consideran los farmacéuticos, veterinarios, biólogos e ingenieros sanitarios; asimismo, no se fundamentan en conocimientos médicos, sino en los aportados por la ingeniería sanitaria, arquitectura, tecnología de los alimentos, entre otras.

En definitiva, para Last (1983), el término «medicina preventiva», aun en su versión más amplia, implica un encuentro más personal (inmunizaciones, exámenes de salud) entre el individuo y el personal sanitario médico que el que comportan las actividades de protección de la salud (potabilización y fluoración de las aguas de abastecimiento público, higienización de la leche, evacuación higiénica de excretas). En este caso, el personal sanitario no médico (farmacéuticos, ingenieros sanitarios, veterinarios, etc.) no entra en contacto en ningún momento con el paciente.

En el ámbito de los servicios de asistencia sanitaria, en donde interesan las actividades de medicina preventiva que pueden llevarse a cabo en los servicios de asistencia primaria, por lo general se adopta el concepto más clásico y restringido de medicina preventiva: «Actuaciones y consejos médicos ejecutados por el médico y sus colaboradores más cercanos en pacientes individuales, en el marco de los servicios clínicos asistenciales y sobre la base de conocimientos científicos aportados por la medicina».

Este concepto está muy próximo al de medicina clínica preventiva, adoptado por el Sterling Committee del Curriculum Development Project of the Center for Educational Development in Health (CRDH) de la Universidad de Boston, y la Association of Teachers in Preventive Medicine Foundation (ATPHF): «La medicina clínica preventiva la constituyen aquellos servicios personales de salud proporcionados en el contexto de la medicina clínica, cuyo objetivo es el

mantenimiento de la salud y la reducción del riesgo de enfermedad y, en definitiva, de muerte» (Stokes, 1982).

### **Salud comunitaria**

La salud comunitaria representa un avance más en la evolución de la salud pública. Introduce el importante capítulo de la responsabilidad y participación de la comunidad en la planificación, la administración, la gestión y el control de las acciones que conducen al óptimo estado de salud de sus integrantes. Esta comunidad activa o participante (comunidad en acción) siente y administra como propias sus expectativas y energías para mejorar su salud (Ferrara et al., 1975; Schwenger, 1973; Monnier et al., 1980).

La salud comunitaria se diferencia de la salud pública en que ésta es una acción del gobierno. En la salud comunitaria el gobierno sigue interviniendo, pero también la comunidad participa en la planificación, la administración, la gestión y el control de las acciones que conducen al estado óptimo de salud de los habitantes que la constituyen. Tal y como señalan Conill y O'Neill (1984), la salud comunitaria consta de dos polos principales, uno tecnocrático y otro participativo. El polo tecnocrático se nutre de conocimientos acerca de la salud pública. En el concepto actual, la salud pública equivale a la salud comunitaria si se le añade el polo participativo de la comunidad.

Un punto muy importante que debe señalarse en relación con la salud comunitaria es que para que los ciudadanos puedan ejercer con propiedad sus derechos y deberes de participación en la planificación, administración y evaluación de las acciones de salud comunitaria, es muy importante que estén bien informados y educados sanitariamente. En la salud comunitaria, la información y educación sanitaria son, pues, necesarias no sólo para que los ciudadanos contribuyan activamente a la protección, promoción y restauración de su propia salud, sino también para que estén preparados para que, a través de sus representantes democráticamente elegidos, puedan valorar las necesidades de salud de su comunidad, decidir sobre las acciones prioritarias que se deben emprender y evaluar su efectividad y la satisfacción de los usuarios una vez implementadas.

La medicina comunitaria es la medicina primaria de la salud comunitaria, y supone la prestación de servicios preventivos y asistenciales de forma integrada a todas las personas sanas y enfermas de una comunidad. Incluye también la investigación de los factores ambientales, sociales y conductuales causantes de enfermedad, así como la promoción de su corrección. La ejecución corre a cargo del equipo de atención primaria de salud (médicos, enfermeras y trabajadores sociales), cuyos componentes llevan a cabo, de forma integrada, funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de asistencia sanitaria y de trabajo social, tanto en el centro de salud como en el domicilio del enfermo (Schwartz, 1974; Jagdish, 1978).

### **Bases de la actuación y estrategias en Medicina Preventiva**

El campo de acción de la gestión de riesgos se basa en la decisión de actuar mediante la aplicación de algunas de las estrategias básicas propias de la Medicina Preventiva, el “control”, la “erradicación”, la “prevención”.

#### **El control:**

Es el mantenimiento de la enfermedad a unos niveles sanitaria y económicamente aceptables. Para ello es necesario reducir la prevalencia de la enfermedad hasta alcanzar unos niveles suficientemente bajos con los que posteriormente pueda plantearse otro tipo de actuación. Las medidas de control de la enfermedad se agruparán en: Medidas frente al foco- son medidas de emergencia que actúan directamente en el foco de enfermedad para evitar la propagación a otros hospedadores susceptibles o zonas próximas. Son medidas de aplicación inmediata en un grupo de la población de un área localizada (foco) y están encaminadas a obtener resultados inmediatos en ese grupo. Medidas permanentes- son medidas de aplicación sistemática y durante largos periodos de tiempo en toda la población (no solo en el foco).

#### **La erradicación:**

Desaparición total de una enfermedad o de una infección de una zona y en un plazo de tiempo definido. En el primer caso se habla en **eliminación** y en el segundo de

**erradicación.** En aquellos casos en que se pretende solo lograr hacer desaparecer la enfermedad (eliminación), no se hace necesario que el agente no exista entre la población (si bien es aconsejable), sino reducirlo hasta un nivel en que su transmisión no sea posible. En los casos en que se pretende hacer desaparecer la infección si es necesario que el agente no exista.

### **La prevención:**

Medidas que se establecen para evitar que aparezca la enfermedad en una zona donde no existía previamente o en la que la enfermedad ha sido erradicada/eliminada. Se puede aplicar tanto con carácter “individual” como “poblacional”. En todos los casos los puntos más importantes de actuación de la Medicina Preventiva buscarán romper el ciclo epidemiológico de la enfermedad mediante actuaciones en las “fuentes de peligro”, “mecanismos de transmisión” y “hospedador susceptible”.

### **Estrategias de Medicina Preventiva y Política Sanitaria**

La mejor estrategia para vencer a una enfermedad es prevenirla, luego la aparición de la enfermedad supone que las medidas de prevención han fallado, no hemos sido capaces de prevenirla adecuadamente. Sin embargo, una prevención fiable al máximo supondría el total aislamiento de las poblaciones, algo que no es factible en la realidad actual.

### **Marco básico de las políticas de salud en el Perú**

El reglamento de la ley del Ministerio de Salud establece como misión el proteger la dignidad de la persona humana promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de todos los habitantes del país, promoviendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y privados, así como con los actores sociales estatales y no estatales.

### **La política en salud**

El Ministerio de Salud con las entidades y dependencias públicas y privadas establece lineamientos de políticas de salud para el logro de actividades a corto mediano y largo plazo, y poder satisfacer las demandas sociales que parten de las necesidades insatisfechas de la población.

Estas políticas de salud se dan a diferentes niveles, desde el nivel legislativo (macro) hasta las decisiones que se toman a nivel micro en las instituciones, centros de salud entre otras, teniendo como propósitos el Promover la salud y prevenir la enfermedad, a través del empoderamiento comunitario de nuevos estilos de vida y cambios de comportamiento en el marco de respeto a su cultura e identidad; el mejorar el acceso y la calidad de atención articulando a los tres niveles de gobierno, fortaleciendo sus recursos humanos, en número, competencia y actitud.

### **Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN)**

La ESN como el conjunto de acciones limitadas en el tiempo y la realidad de los pueblos cuyos objetivos están contenidos en Propósitos concretos, cada uno de los cuales se plasma a su vez en resultados esperados y tareas.

### **Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de las ITS/VIHsida - HB**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un importante problema de Salud Pública para el mundo y el Perú; si bien pueden producirse a cualquier edad, sexo, condición económica o social, las personas más afectadas están entre los 15 y 49 años, existiendo mayor vulnerabilidad biológica y social en la mujer.

Desde hace 20 años, con el surgimiento de la pandemia de VIH/SIDA, a nivel mundial se busca controlar la incidencia de las ITS pues está demostrado que incrementan la susceptibilidad e infecciosidad hacia el VIH. Por tanto, al controlar las ITS, se evita la transmisión del VIH.

Por ello, la Estrategia Nacional de Prevención y control de las ITS/VIH-SIDA, basándose en los lineamientos de políticas de salud del ministerio de salud (MINSA), y las políticas de prevención recomendadas para los países de América por el Programa de Sida de las Naciones Unidas (ONUSIDA), contempla las siguientes acciones:

Integración de los servicios para ITS en el Primer Nivel de Atención.

Intervenciones específicas en grupos con mayor riesgo de ITS, hoy poblaciones vulnerables o afectadas.

Promoción de cambio de comportamiento para la adopción de conductas sexuales de menor riesgo para adquisición de ITS, prioritariamente en población adolescente, tomando como fuente importante de referencia.

Promoción de uso y provisión de condones.

Disminución de la transmisión vertical de las ITS y el VIH.

Adopción de las prácticas de bioseguridad por el personal de Salud y Atención de los accidentes ocupacionales por exposición al VIH que incorpore el tratamiento antirretroviral profiláctico.

Atención integral y de calidad a las personas que viven con el VIH-SIDA y promoción de respeto a sus derechos civiles y sexuales.

Fortalecimiento de la coordinación intra e interinstitucional.

Provisión del tratamiento antirretroviral para niños y adultos.

### **Líneas de acción**

La ESN considera tres líneas de Acción:

**Primera: prevención y promoción:** Las actividades de Prevención y Promoción en el periodo han estado enmarcadas en el fortalecimiento de la Consejería en ITS y VIH/SIDA y en las Intervenciones en Población General.

La consejería en ITS y VIH/sida, se mantuvo estacionaria desde 1997, es decir, no fue evolucionando a la par con los nuevos conocimientos en la parte clínica de estas enfermedades, en la validación de nuevos tratamientos y en la puesta en práctica de novedosas estrategias educativas. Este periodo estacionario permitió solamente obtener indicadores cuantitativos, es decir: número de consejerías realizadas; pero no así indicadores de corte cualitativo traducidos en el impacto de la consejería en los usuarios y el grado de efectividad en el cambio de comportamientos sexuales.

El punto inicial para la renovación de la Consejería ha sido Fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud en Consejería de ITS que, en base a su capacidad profesional y experiencia en el tema, brindan aportes importantes para su mejoramiento.

**Segunda: atención integral:** dirigida a la implementación de la atención y tratamiento de las personas viviendo con VIH/SIDA en el País. Para ello fue necesario desarrollar un sistema capaz de brindar una atención multidisciplinaria, con calidad y que garantice la Adherencia al tratamiento en sus tres líneas de acción: educación para la salud, consejería y de servicio social.

Además, se hizo necesario la implementación de un sistema de registro e información que brinde los alcances para las decisiones terapéuticas, así mismo que sea de utilidad para la toma de decisiones a nivel Regional y Central.

**Tercera: transmisión vertical:** en el área de prevención de la transmisión vertical se han desarrollara actividades orientadas a evitar la transmisión de la infección de madre a hijo, mediante pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH en gestantes que acuden al control prenatal o en el momento del parto para el diagnóstico temprano e intervención profiláctica, la socialización de la norma técnica que permite el manejo por escenarios de la prevención de la transmisión vertical y el desarrollo de spots radiales dirigidos a diferentes públicos objetivos con el fin de sensibilizar a la comunidad para el control prenatal y el tamizaje para el VIH en MEF.

### **Dimensiones e indicadores de la gestión de salud sexual y reproductiva**

Para analizar la gestión de salud sexual, se considerará estudiar las estrategias a implementar por la Dirección Regional de Salud, en función del Plan estrategia Nacional de Prevención y control de las ITS/VIH-SIDA, basado en los lineamientos de políticas de salud del Ministerio de Salud (MINSA), y las políticas de prevención recomendadas para los países de América por el Programa Sida de las Naciones Unidas (ONUSIDA),

1.- Fortalecimiento institucional para el control de las ITS-VIH/SIDA



- Potenciar la capacidad técnica de los equipos multidisciplinarios de la ESNPC ITS-VIH /SIDA de las Micro redes.
- 2.- Fortalecimiento de la coordinación multisectorial para el control de las ITS-VIH/SIDA, para lo cual se deberá
- Articular acciones del MINSA y sociedad civil en el marco de la ESNPC ITS-VIH /SIDA.
- Gestionar apoyo técnico y económico de los organismos privados especializados en el tema ITS-VIH/SIDA.
- 3.- Disminución de la transmisión vertical de la SIFILIS y el VIH.
- Fomentar intervenciones que disminuyan el riesgo de transmisión de la Sífilis y el VIH.
- Garantizar el tamizaje para Sífilis y VIH.
- Garantizar el tratamiento para Sífilis y VIH según protocolo.
- 4.- Disminución de la transmisión sexual de las ITS-VIH/SIDA en población general concentrada y con factor de riesgo
- Fomentar intervenciones que disminuyan el riesgo de transmisión de las ITS-VIH/SIDA.
- Garantizar el Manejo Sindrómico de las ITS.
- Garantizar el tratamiento precoz de ITS curables.
- Fortalecer la Consejería 4C para ITS

### **1.2.2 Promoción de la salud sexual**

A diferencia de la prevención, la cual se enfoca en “evitar la enfermedad”, la Promoción de la salud está centrada en "desarrollar condiciones adecuadas para la salud", considerándose que ambas son complementarias.

La promoción de la salud, son acciones estratégicas cuyo alcance es toda la población esté o no en riesgo de enfermar, sin embargo, se circunscribe a grupos de riesgo en función de la edad, condición socioeconómica o por factores de riesgo específicos.

El Ministerio de salud, consideró que siendo la salud sexual y reproductiva un derecho inclusivo y amplio que abarca la atención de los principales factores de riesgo e intervenciones en función al género, educación, cultura, estilos de vida,

acceso a servicios de salud, como determinantes de la salud sexual y reproductiva. Las diferencias de género en el acceso a y control de los recursos, en el poder y en la toma de decisiones, y en los roles y responsabilidades, tienen implicancias para el status de las mujeres y los varones. Éstas tienen por resultado: diferente riesgo y vulnerabilidad a infecciones y enfermedades; diferentes percepciones de las necesidades de salud y de las formas apropiadas de tratamiento; diferente acceso a los servicios de salud; diferentes consecuencias o resultados de una enfermedad; y diferentes consecuencias sociales como producto de los problemas de salud. En los roles de género, se han identificado los comportamientos, tareas y responsabilidades consideradas masculinas y femeninas. Estos roles están condicionados por factores tales como la edad, clase social, religión, pertenencia a grupos étnicos, origen regional, tradiciones y por cambios inducidos por los procesos de desarrollo (MINSA 2004)

### **Ámbitos de acción de la promoción de la salud**

**Individual:** en el cual se busca desarrollar habilidades, conductas, actitudes hacia el autocuidado y la generación de estilos de vida saludable, en las personas.

**Familiar:** fortalece el rol formador y socializador de la familia en relación a procesos vinculados con la salud, tales como el desarrollo sicosocial armónico, la potenciación de habilidades, generación de hábitos y modelaje de conductas saludables.

**Comunitario:** Busca contribuir a favorecer el desarrollo de una comunidad consciente y responsable, capaz de ejercer control social y demandar responsabilidad del estado y de la sociedad en su conjunto en torno a temas vinculados con la salud y por otro lado movilizar recursos comunitarios con vistas a concertar acciones y voluntades en torno a modificar condicionantes de la salud y calidad de vida.

**Social:** tiene como objetivo sensibilizar y comprometer a la opinión pública en torno a temas vinculados con salud y calidad de vida; en este nivel se aportan los conocimientos que impulsan la generación de leyes en relación a temas de salud; las autoridades del sector salud se responsabilizan en la concertación de

voluntades políticas, que permitan modificar las condiciones que afectan la salud y la calidad de vida. Con ello se generan las normativas y regulaciones económicas, sociales y culturales que tienen relación con la salud de la población.

### **Componentes estratégicos de la promoción de la salud**

Educación en el más amplio sentido del término

Trabajo Intersectorial

Participación Social y Comunitaria.

Entornos saludables (hogares, municipios, escuelas, lugares de trabajo)

### **Evaluación de la promoción de la salud**

Es un requerimiento, en la medida que corresponde a una política pública y dado que la gestión moderna, exige un manejo transparente y el rendimiento de cuentas del uso de públicos generalmente y de la implementación de estrategias de intervención en personas y comunidades.

Considerando que no existe suficiente experiencia en la evaluación en el área de promoción de la salud, aún en el medio internacional la definición y descripción de los estándares de calidad y buena práctica es incipiente. La importancia de la evaluación está en que a través de ella es posible identificar los aspectos que influyen en los resultados y en el impacto de los programas y proyectos; esto conduce a la toma de decisiones en relación a la disposición de recursos y al reconocimiento de escenarios estratégicos.

En la promoción de la salud la mayor parte de las mediciones, tales como encuestas con entrevistas y determinaciones fisiológicas, que evalúan los programas de promoción de salud corresponden a mediciones a nivel individual y en la medida que la promoción de la salud avanza hacia un paradigma socio sanitario los modelos de evaluación se hacen cada vez más necesarios.

Es necesario incluir intereses, necesidades, experiencias y visiones tanto de mujeres como de varones en los abordajes, políticas y programas de promoción de la salud sexual. En este sentido el Ministerio de Salud (2004) consideró que la sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva.

Mientras que la sexualidad está presente y forma parte de toda la vida, la reproducción es la capacidad temporal de procrear que tienen hombres y mujeres. La salud reproductiva está referida al derecho a controlar sus cuerpos, criar los hijos que deseen y permanecer libres de enfermedades.

Los derechos sexuales y reproductivos se orientan al mejoramiento de la vida, al bienestar y al logro de relaciones personales sanas y equitativas, permiten que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad, respetando la dignidad de las personas, permitiéndole a los seres humanos el disfrute de una sexualidad sana segura y con el menor riesgo posible.

Los derechos sexuales y reproductivos son parte inseparable del derecho a la salud y los derechos humanos, abarcan no sólo la atención en salud oportuna y apropiada sino los principales factores sociales, económicos y culturales determinantes de la salud. Estos derechos como parte del derecho a la salud están protegidos por la legislación internacional y documentos de las Naciones Unidas.

Entre los principales derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres tanto adultas/os, adultas/os mayores, como adolescentes y jóvenes se citan los siguientes:

- Derecho a recibir información, educación y orientación oportuna de calidad sobre el propio cuerpo y la sexualidad, incluyendo temas como métodos anticonceptivos, riesgo de embarazo, aborto, ITS y VIH SIDA.
- Derecho a una educación formal que incluya temas de salud sexual y reproductiva, así como los derechos que le asisten y sus responsabilidades. Derecho a explorar el propio cuerpo y sexualidad sin miedo, vergüenza, culpa u otros impedimentos.
- Derecho a ser libre para elegir la propia pareja y decidir tener o no tener relaciones sexuales sin presiones, manipulación, discriminación o violencia.
- Derecho a expresar la sexualidad en condiciones dignas, placenteras, seguras sin ningún tipo de discriminación por la orientación sexual.

- Derecho a una sexualidad libre y placentera independiente de la reproducción y el estado civil.
- Derecho a la información, acceso y elección voluntaria de métodos anticonceptivos seguros que protejan de las ITS incluido el VIH SIDA y del embarazo no deseado.
- Derecho a vivir una maternidad y paternidad voluntaria y sana, decidiendo libre y responsablemente si tener o no hijos, cuándo y cuántos tener.
- Derecho a compartir la responsabilidad del control de la reproducción entre hombres y mujeres, en condiciones de equidad que posibiliten la toma de decisiones libres e informadas.
- Derecho a acceder a una atención de salud de calidad de bajo costo, donde se resuelvan las necesidades, se brinde un trato respetuoso y se guarde confidencialidad.
- Derecho a participar de manera individual u organizada en la planificación y ejecución de programas y formulación de políticas sobre salud sexual y reproductiva.
- Derecho a la atención de calidad con enfoque de equidad, género e interculturalidad.

### **Dimensiones de la promoción de la salud sexual y reproductiva**

La implementación de acciones de Salud Sexual y Reproductiva, parte de los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, en los cuales se establece la necesidad de generar mecanismos de coordinación intersectorial, fortalecer a la ciudadanía, contribuir a la descentralización y al fortalecimiento de los gobiernos locales y la reorientación de los servicios, promoviendo la participación de la población en procesos de toma de decisiones y vigilancia ciudadana.

Sobre la base de los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud y del Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud, se propone las orientaciones para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva (MINSAs, 2004, p.15), las que serán tomadas como las dimensiones a estudiar en la investigación:

**Primer lineamiento (primera dimensión):** Desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, mediante la articulación de redes sociales de distinto nivel institucional, comunitario o individual.

**Estrategias (indicadores)**

Desarrollar mecanismos de coordinación con los municipios, las escuelas y otras instituciones en el ámbito local para favorecer la promoción de la salud sexual y reproductiva, colocando en la agenda pública de los decisores locales y regionales, los diferentes aspectos que incluye la promoción de salud sexual y reproductiva.

Promover las oportunidades y el acceso del individuo, la familia y la comunidad en procesos de identificación de problemas y toma de decisiones relacionadas a su salud sexual y reproductiva.

Impulsar los mecanismos institucionales y funcionales al interior del sector, en sus diferentes niveles, para generar el trabajo articulado y consensuado respecto a la implementación de acciones que contribuyan a la salud sexual y reproductiva.

**Segundo lineamiento (segunda dimensión):** Promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía, reconociendo y revalorando el rol de los agentes comunitarios y la participación activa de las organizaciones sociales en la promoción de la salud y el desarrollo local.

**Estrategias (indicadores)**

Capacitar en temas de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en maternidad saludable, a los Agentes Comunitarios de Salud.

Sensibilizar a los líderes sociales para la defensa y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.

Lograr que las organizaciones sociales de base se involucren activamente en la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.

**Tercer lineamiento (tercera dimensión):** Reorientar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque de promoción de la salud en los ámbitos intra y extra mural.

**Estrategias (indicadores)**

Capacitar al personal de salud en temas de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en maternidad saludable.

Generar documentos normativos que orienten el trabajo intra y extra mural para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional.

**Cuarto lineamiento (cuarta dimensión):** Reorientar la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local.

**Estrategias (indicadores)**

Desarrollar acciones de abogacía a nivel local, regional y nacional que logren obtener recursos para el trabajo en Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.

Promover el involucramiento de las empresas públicas y privadas que operan a nivel regional y local a comprometer presupuestos para las acciones de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en la maternidad saludable.

Impulsar el soporte de procesos políticos traducidos en la forma de asignación de recursos destinados a la Promoción de la salud sexual y reproductiva, en el ámbito familiar, escolar, comunitario y laboral.

**Acciones a desarrollar para la promoción de la salud sexual y reproductiva**

Las acciones para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva se implementarán en el espacio intramural y extramural de los servicios de salud. La intervención de la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva estará dada según el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, utilizando las estrategias, incorporando los enfoques y realizando acciones por etapas de vida y escenarios. El rol del responsable de promoción de la salud será de articulador y facilitador de procesos que aborden principalmente los determinantes que conduzcan al logro de la salud sexual y reproductiva de la población.

## **Salud Sexual y Reproductiva en la Etapa Adolescente (de 10 a 19 años)**

La adolescencia es una etapa de la vida en que las vivencias sexuales cobran especial importancia, debido principalmente a los cambios físicos y psíquicos que se producen, así como por los mandatos y prescripciones que perciben sobre el desempeño, expresión y represión de su sexualidad. Varios son los logros que deben consolidarse en esta etapa, desde el descubrimiento de un cuerpo distinto, pero a su vez conocido, afirmar su individuación como un ser autónomo e independiente, proyectar el futuro, desarrollar un sistema de valores apropiados, así como desarrollar una identidad sexual.

La sexualidad en esta etapa, está caracterizada por la subordinación de todas las excitaciones sexuales a la esfera genital y la orientación del impulso a un objeto sexual concreto. Entre las principales manifestaciones de la sexualidad adolescente, podemos identificar la curiosidad sexual asociada a los diferentes cambios que se producen en su cuerpo, las fantasías sexuales, el autoerotismo o masturbación, la atracción sexual y el enamoramiento. En esta etapa es que los adolescentes toman distancia de sus padres y los adultos, en busca de su independencia, los pares se convierten en la mejor fuente de soporte y ayuda, ya que permiten al adolescente sentir apoyo, organizar su vida, recibir y dar afecto y sentirse acompañado. Ellas y ellos satisfacen la necesidad de filiación con otros que comparten la misma experiencia y proporciona un medio para integrar y armonizar dicotomías fruto de la crisis por la que las y los adolescentes atraviesan.

Si bien es cierto que la identidad de género se inicia desde el momento del nacimiento, una etapa muy importante en este proceso es la adolescencia, pues en esta etapa la tarea central del desarrollo es la consolidación y afirmación de la identidad. Según Quintana y Vásquez (1999) las y los adolescentes se ven exigidos a definir su identidad de género, en un contexto social cargado de significados sociales y culturales que dan rumbo y en muchos casos parametran sus definiciones.

La “trasgresión a los imperativos sociales” recibe todo el peso de la sanción social. Los mandatos culturales de exaltación de la sexualidad en el varón y de su represión en la mujer, lleva a las y los adolescentes a utilizar el recurso de la reserva



y el alarde para poder enfrentar estos mandatos, manteniendo aún su sexualidad en el ámbito de lo prohibido, sin acceder por lo tanto a una práctica sexual placentera y responsable. Los aspectos importantes a desarrollar en esta etapa son

Promover el conocimiento, valoración y aceptación de la y el adolescente, ayudándola/o a reconocer sus capacidades y limitaciones, fomentado el desarrollo de su autoestima como persona sexualada.

Fomentar habilidades para la vida: toma de decisiones, comunicación asertiva y negociación, como base de conductas sexuales responsables.

Fortalecer la toma de decisiones de las y los adolescentes, reforzando la capacidad de definir los problemas vinculados a su sexualidad y por la mejor decisión para luego aplicarla cabalmente.

Estimular que la y el adolescente aprenda a comunicarse de manera asertiva es decir de forma clara, directa y sin ofender a los demás. Favorecer que la y el adolescente sea capaz de identificar los criterios y mecanismos de una negociación así como se ejercite en ellos para manejar situaciones de presión vinculados a situaciones en el ejercicio de su sexualidad.

Promover en ellos valores de respeto, tolerancia, equidad, responsabilidad y solidaridad.

Favorecer que las y los adolescentes puedan identificar los pasos a seguir en la elaboración de un plan de vida, reconocer las ventajas de su desarrollo y ejercitarse en él.

Contribuir al desarrollo de sujetos capaces de reconocer prejuicios, así como valores, problemas y desafíos en relación a la sexualidad.

Proporcionar información clara, oportuna y con información actualizada sobre la etapa de vida adolescente, cambios y vivencia de la sexualidad. Promover que los adolescentes puedan compartir los sentimientos asociados a estos cambios (menarquia, polución, características sexuales primarias y secundarias).

Facilitar el desarrollo de la capacidad crítica frente a los mensajes de los medios de comunicación en relación a los valores, modelos y contenidos ligados a la sexualidad que estos transmiten.

Fomentar la valoración y cuidado e higiene del cuerpo.

Proporcionar información sobre el rol de los establecimientos de salud y otras instituciones privadas que trabajan en salud sexual y reproductiva, informando las situaciones sobre las que pueden consultar y la importancia de acudir a ellos para conservar la salud.

Fomentar en las y los adolescentes la aceptación y valoración de los aportes que pueden brindarles las niñas y los niños, adultas/os y adultas/os mayores y fomentar una relación horizontal entre ellas/os.

Fomentar familias conformadas por adultos afectivos, coherentes y que establezcan límites apropiados.

Fomentar la valoración y aprecio de la vida en familia como espacio primario y fundamental para la construcción de la identidad sexual de las y los adolescentes.

Fomentar en los adultos la aceptación de diferentes expresiones como: autoerotismo, fantasías sexuales, atracción física, deseo sexual, enamoramiento como parte normal del desarrollo psicosexual de las y los adolescentes.

Desarrollar la capacidad de respetar y promover la equidad en roles y funciones asignados a adolescentes mujeres y varones.

Propiciar el cuestionamiento de estereotipos de género en relación a expresiones de afecto, enamoramiento, inicio sexual, uso de métodos anticonceptivos (MAC) en hombres y mujeres, así como roles paternos y maternos entre otros.

Promover el respeto a las diferentes formas de asumir la masculinidad y feminidad, fomentando el respeto y la no discriminación a las minorías sexuales.

Distribución equitativa entre hombres y mujeres de responsabilidades y tareas tanto en el hogar como en la escuela.

Favorecer conductas de protección en adolescentes frente a la violencia, al abuso sexual y a la prostitución.

Promover que las y los adolescentes tengan información sobre sus derechos y deberes ciudadanos en salud.

Promover que los adolescentes conozcan sus derechos sexuales y reproductivos, las responsabilidades que de éstos se derivan y estén en condiciones de ejercerlos.

Promover una comunicación amplia sobre temas de sexualidad entre las parejas ya sean estables u ocasionales.

Fomentar la información amplia sobre opciones frente a la maternidad, cuestionando la maternidad como única opción de identidad de las mujeres, así como el cuestionamiento de la menarquia como símbolo de “ser mujer es igual a ser madre”.

Promover la difusión adecuada de los conocimientos sobre la reproducción de la vida humana, orientada a la paternidad y maternidad responsable, sana y sin riesgos.

Promover una amplia información sobre síntomas y forma de prevención de las ITS/ VIH-SIDA, enfatizando la postergación del inicio sexual, la abstinencia, la fidelidad mutua en la pareja y la necesidad de información adecuada para el uso del condón.

Fomentar un adecuado manejo del tiempo libre, así como la práctica de deporte y ejercicio.

Promover la asociatividad de los adolescentes, mediante su pertenencia a grupos juveniles.

Facilitar el acceso y promover la participación de las y los adolescentes en diferentes escenarios.

Impulsar la participación de las y los adolescentes en el desarrollo de acciones de autocuidado de la salud reproductiva en la comunidad, en coordinación con otros actores sociales de la comunidad. Gestante y madre adolescente

Difundir información sobre la importancia de los cuidados prenatales para una maternidad saludable en la gestación adolescente.

Fomentar la continuidad educativa de las gestantes adolescentes.

Favorecer la igualdad de oportunidades de las madres adolescentes a las posibilidades de empleo, estudio y asistencia médica.

Fomentar el retraso de un segundo embarazo a fin de que la madre como el bebé alcancen niveles óptimos de desarrollo.

Brindar soporte comunitario a la embarazada adolescente a fin de que pueda recibir atención adecuada en el parto y puerperio.

### **Salud Sexual y Reproductiva en la Etapa de Vida Adulto (de 20 a 59 años)**

La sexualidad en los adultos está caracterizada por la “madurez sexual”, adaptando la gratificación sexual a las demandas de la realidad social externa. Esta fase tiene su expresión en la maternidad y paternidad y en la formalización de las relaciones de pareja en el matrimonio o convivencia. Según diversos autores, la forma en que viven la sexualidad y la reproducción y las relaciones de pareja, los hombres y mujeres es bastante diferente.

Olavarría (2004) plantea que lo que produce erotismo y satisfacción sexual no es lo mismo, pues ambos provienen de diferentes experiencias, en el varón ligada predominantemente al placer y en la mujer asociada desde un inicio a la reproducción.

Respecto a la construcción de la masculinidad del hombre adulto, Cáceres, et.al. (2002) y Olavarría et.al. (1998) coinciden en señalar que la socialización masculina como demandante de sucesivas y permanentes pruebas de virilidad, así como la existencia de modelos hegemónicos contra los que se evalúa la hombría en proceso.

En este sentido, Calero (2004) sostuvo que el embarazo -para el varón- funciona socialmente como un símbolo y/o argumento “incuestionable” que denota su virilidad y capacidad reproductiva. La necesidad -constante- por demostrar la heterosexualidad masculina, es un elemento que reviste una gran importancia en consonancia con el modelo de masculinidad hegemónica en la etapa adulta del varón.

Por otro lado, la construcción de la feminidad en la mujer está ineludiblemente asociada a la maternidad, y a la represión del placer y a la expresión del cuidado hacia otros. Magallanes (2001), señala que el embarazo es percibido por las mujeres como una etapa natural y casi inevitable en sus vidas, un rol consecuente de su género femenino que en algún momento de la vida de “toda” mujer debe concretarse.

Según Vargas (2004), muchas mujeres aún creen que es el hombre el que sabe, el que siente placer y frente al cual ellas son simples acompañantes, sienten temor a expresar sus deseos y necesidades sexuales pues piensan que podrían lastimar al varón o ser consideradas mujeres “de la calle”.

Dixon-Muller (1999) refirió que existen cuatro elementos de la sexualidad: las parejas sexuales, las prácticas sexuales, los significados culturales y subjetivos asociados a la sexualidad y el nivel del impulso sexual y el placer en cada individuo, que se relacionan directamente con la conducta anticonceptiva y el riesgo de ITS /VIH SIDA, y otros aspectos de la salud sexual y reproductiva.

La declinación del periodo reproductivo, se desarrolla con lentitud. El climaterio se da sin embargo de una manera distinta en el hombre y en la mujer. En la mujer el cese de la producción ovárica, va a traerle una serie de síntomas físicos como los sofocos, la sequedad vaginal y las irregularidades de la menstruación. Si bien la menopausia es el fin de la capacidad reproductiva no está en nada relacionado con la posibilidad de seguir experimentando placer.

Muchas mujeres liberadas del temor a un embarazo pueden disfrutar mejor de su vida sexual. Sin embargo, las construcciones sociales asociadas a esta etapa desvalorizan a la mujer pues como ya se mencionó líneas arriba, el valor de la mujer

está centrado en su capacidad de ser madre, ligando la sexualidad exclusivamente a la reproducción. En el caso del hombre la capacidad reproductiva dura más que en el caso de la mujer. Sin embargo, las oscilaciones de la capacidad de erección que se producen en esta edad, los impulsan a compensar su capacidad disminuida con una creciente productividad competitiva. Al igual que en la adolescencia, la potencia sexual y la destreza en cada acto se convierten en el eje de la expresión de su sexualidad.

En términos generales el MINSA (2004) destacó que las presiones sobre la hombría y la feminidad, así como las prácticas legitimadas en uno u otro caso, pueden influir sobre la salud sexual de hombres y mujeres y sobre su felicidad y bienestar en general. Los aspectos importantes a desarrollar en esta etapa son:

- Promover el reconocimiento del rol que cumplen las personas, familias y comunidades en el cuidado de la salud (incluyendo la salud sexual y reproductiva), incentivando que asuman sus responsabilidades en la preservación y el cuidado de la misma.
- Fomentar el conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos, como parte constitutiva de los derechos humanos y garantía para alcanzar el más elevado nivel de salud sexual y reproductiva posible.
- Promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos y contribuya a mejorar la vida de las personas.
- Proveer información sobre las características de la sexualidad en esta etapa, sobre las diferentes formas de expresión del deseo sexual en hombres y mujeres, cuestionando diferentes estereotipos como el de la doble moral al interior de las parejas.
- Fomentar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre la elección de métodos de planificación familiar, asegurando el acceso a información y educación sobre los mismos.

- Promover la incorporación del varón en los cuidados de la salud sexual y reproductiva.
- Promover que los varones participen más y asuman una mayor responsabilidad práctica en la planificación de la familia.
- Promover la participación del varón y la mujer en todas las esferas de la vida familiar y en las responsabilidades domésticas, la crianza de los hijos y las labores domésticas.
- Proveer de información a los padres y tutores a fin de que puedan educar en cuestiones sexuales y reproductivas a sus hijas/os teniendo en cuenta sus necesidades y niveles de desarrollo psicosexual y sus características culturales.
- Fomentar en los padres, tutores y otros adultos la aceptación de niñas y niños y adolescentes a expresarse y manifestarse libremente.
- Proveer de información educación y orientación oportuna sobre una conducta sexual responsable y sobre la prevención eficaz de las infecciones de transmisión sexual incluida el VIH, privilegiando la importancia de la fidelidad mutua y de la información apropiada para el uso eficaz del condón.
- Fomentar la información sobre las condiciones necesarias para una maternidad y paternidad saludable y segura respetando las costumbres locales.
- Fomentar la información amplia sobre opciones frente a la maternidad, reconociéndola como el derecho a una libre decisión y no como una opción de realización única. Asimismo, proveer información sobre fertilización asistida a aquellas mujeres que deseen ser madres y no estén biológicamente preparadas.

- Promoción de la participación de la pareja y/o familia en el acompañamiento de la mujer en el momento del embarazo, parto y puerperio.
- Proveer de información y orientación a las mujeres en edad de procrear, especialmente a las gestantes y lactantes, enfatizando la importancia del consumo de alimentos ricos en yodo y hierro que son propios de cada zona.
- Proveer información sobre cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata, entre otros; enfatizando en la necesidad de chequeos periódicos según sexo.
- Información sobre instrumentos legales para contrarrestar prácticas discriminatorias de los empleadores contra las mujeres y varones como las que exigen la prueba de VIH, o la declaración de embarazo como condición para la contratación del personal femenino.
- Ofrecer información sobre derechos y favorecer el empoderamiento de las mujeres a fin de que puedan velar por su integridad física, promoviendo conductas de protección frente a la violencia, al abuso sexual y a la prostitución.
- Cuestionar estereotipos respecto a las identidades y roles de género en relación a expresiones de afecto, uso de métodos anticonceptivos, roles paternos y maternos entre otros. Cuestionar la identidad femenina asociada a pasividad, sufrimiento y entrega a los demás y la identidad masculina asociada a fuerza, impulsividad, descontrol de los impulsos y no reconocimiento de necesidad de ayuda.
- Promover el respeto a las diferentes formas de asumir la masculinidad y feminidad, fomentando el respeto y la no discriminación a las minorías sexuales.
- Informar a las mujeres sobre el consentimiento informado en diferentes acciones vinculadas a su salud sexual y reproductiva a fin de que puedan



ejercer su derecho a elegir lo que les conviene, preservando su salud física y emocional.

### **2.2.3 Riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual**

Según sostiene la Dirección regional de salud (s/f), las infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un importante problema de Salud Pública a nivel mundial y el Perú no se escapa a esta realidad y si bien puede afectar a cualquier persona sin diferencia de edad, sexo, condición económica o social, las personas entre los 15 y 49 años son las más afectadas existiendo una mayor vulnerabilidad biológica y social en la mujer.

Asimismo, son causas de pérdidas económicas ya que originan mayores gastos en exámenes de laboratorio, medicamentos y por pérdida de actividad laboral productiva. En los últimos 20 años y sobre todo debido al surgimiento de la pandemia de VIH/SIDA, en todo el mundo se viene realizando múltiples esfuerzos por controlar la incidencia de las ITS pues está plenamente demostrado el efecto facilitador de la transmisión que estas cumplen, incrementando la susceptibilidad y la infecciosidad hacia el VIH. Por tanto, es evidente que, al controlar la presencia de las ITS, también estamos evitando la transmisión del VIH.

Según la OMS (2007) hay más de 30 agentes patógenos bacterianos, víricos y parasitarios que pueden transmitirse por vía sexual (Holmes, Sparling, Mardh y col, 1999). Aunque las infecciones de transmisión sexual se transmiten principalmente durante las relaciones sexuales, también pueden pasar de la madre al hijo durante el embarazo o el parto, o a través de productos sanguíneos o transferencia de tejidos, así como ocasionalmente por otras vías no sexuales. Estas infecciones, entre las que figuran la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que lleva al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), están reconocidas como grave problema de salud pública desde hace muchos años.

Se calcula que todos los años se producen más de 340 millones de casos nuevos curables, como la infección por *Treponema pallidum* (sífilis), e infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas vaginalis*, entre

hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años; la mayor proporción se observa en Asia meridional y sudoriental, seguida por el África subsahariana y por América Latina y el Caribe (World health organization, 2001). También se producen todos los años millones de infecciones de transmisión sexual atribuibles principalmente a VIH, herpesvirus humanos, papilomavirus humanos y virus de la hepatitis B. A escala mundial, todas estas infecciones suponen una inmensa carga sanitaria y económica, especialmente para los países en desarrollo, en los que representan el 17% de las pérdidas económicas provocadas por la falta de salud (Mayaud y Mabey, (2004).

La infección por el virus del herpes simple de tipo 2 es la principal causa de úlceras genitales en los países en desarrollo. Los datos procedentes del África subsahariana muestran que el 30%–80% de las mujeres y el 10%–50% de los varones están infectados. Entre las mujeres de América central y América del Sur, la prevalencia de este virus varía entre el 20% y el 40%. En los países asiáticos en desarrollo, la prevalencia en la población general se encuentra entre el 10% y el 30%. En los Estados Unidos de América, la prevalencia de la infección viral entre personas de 14 a 49 años es del 19% (Weinstock, Berman y Cates, 2004), y en todo el mundo, las tasas de seropositividad son uniformemente mayores entre las mujeres que entre los hombres y aumentan con la edad (Weiss, 2004) La infección por el virus del herpes simple de tipo 2 desempeña un papel importante en la transmisión del VIH. Un estudio realizado en la República Unida de Tanzania mostró que el 74% de las infecciones por VIH entre varones y el 22% entre mujeres podían atribuirse a la presencia del virus del herpes simple de tipo 2 (Pujades, 2002).

El papilomavirus humano es otro importante agente patógeno causante de infecciones de transmisión sexual de origen vírico. Provoca anualmente unos 500 000 casos de cáncer cervicouterino y 240 000 defunciones, principalmente en países de escasos recursos (Ferlay, 2004; World Health Organization, 2003; World Health Organization, 2004).

El virus de la hepatitis B, que puede transmitirse por vía sexual y por el uso compartido de jeringuillas, por transfusión sanguínea y de la madre al hijo, produce

una cifra estimada de 350 millones de casos de hepatitis crónica y al menos un millón de defunciones al año por cirrosis hepática y cáncer de hígado (World Health Organization, 2002). Existe una vacuna para prevenir la infección por virus de la hepatitis B y reducir así la incidencia de cáncer de hígado (Montesano, 2002 y Chang, 2000).

Si se mantienen las tendencias sociales, demográficas y migratorias, la población expuesta a infecciones de transmisión sexual seguirá aumentando. La carga de morbilidad es particularmente pesada en el mundo en desarrollo, pero también en los países industrializados cabe prever un aumento de la carga de morbilidad debido a la prevalencia de infecciones víricas incurables, a las tendencias en el comportamiento sexual y al incremento de los viajes. Los costos socioeconómicos de estas infecciones y de sus complicaciones son considerables, puesto que figuran entre las 10 razones principales de las visitas a centros de atención de salud en la mayoría de los países en desarrollo y consumen importantes recursos tanto de los presupuestos sanitarios nacionales como de los ingresos familiares. La atención de las secuelas supone una parte importante de los costos de atención terciaria, en servicios de detección y tratamiento del cáncer cervicouterino, gestión de las hepatopatías, investigación de la infertilidad, atención de la morbilidad perinatal, ceguera infantil, enfermedades pulmonares en niños y dolor pélvico crónico en mujeres. Los costos sociales incluyen conflictos entre parejas sexuales y violencia doméstica. Los costos aumentan aún más cuando se toma en consideración el efecto de otras infecciones de transmisión sexual como cofactores de la transmisión del VIH.1

Burak, (1999) advirtió que en forma relativamente reciente se está prestando mayor atención a la salud del adolescente, enfocándose en el riesgo en la salud reproductiva destacando el riesgo de embarazo, riesgo perinatal, cáncer de cuello uterino. En este mismo período aparecen nuevos conceptos como el de conductas de riesgo, vulnerabilidad (potencialidad de que se produzca un riesgo o daño), factor de riesgo (características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que “señalan” una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño) y el de factores protectores (características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantener la salud o recuperarla)

y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo (no necesariamente intervinientes en el proceso causal del daño), de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad general o específica.

## **Control de las ITS**

### **Para reducir la morbilidad y la mortalidad**

Las infecciones por agentes patógenos de transmisión sexual distintos del VIH imponen a los países, tanto a los de recursos limitados como a los desarrollados, una carga enorme de morbilidad y mortalidad, ya sea de forma directa, por la repercusión que tienen en la calidad de vida, la salud reproductiva y la salud del niño, o indirecta, por su función facilitadora de la transmisión sexual del VIH y su impacto en las economías nacionales e individuales.

El espectro de consecuencias sanitarias abarca desde enfermedades agudas leves hasta lesiones desfigurantes dolorosas y trastornos psicológicos. Por ejemplo, la infección por *N. gonorrhoeae* causa en los hombres micción dolorosa y en las mujeres dolores agudos o crónicos en la parte baja del abdomen. La infección por *T. pallidum* no tratada es indolora en las primeras fases, pero puede provocar enfermedades neurológicas, cardiovasculares y óseas en etapas posteriores de la vida y muerte fetal en embarazadas con infección aguda. El chancroide causa úlceras dolorosas con efectos discapacitantes que pueden entrañar una importante destrucción del tejido si el tratamiento no se inicia en el plazo de unos pocos días, sobre todo cuando el sujeto es una persona inmunodeprimida. La infección por herpes genital provoca considerable sufrimiento psicosexual, debido a su naturaleza dolorosa y recurrente, particularmente en los jóvenes.

Las infecciones de transmisión sexual imponen además a las personas y a las naciones en su conjunto una pesada carga económica y una considerable pérdida de productividad. Los costos - médicos o de otra índole - asociados a ellas pueden ser directos, imputables al pago de servicios y de material, o indirectos, achacables al tiempo que una persona enferma pasa sin poder desempeñar una actividad productiva (desplazándose a otro lugar para recibir tratamiento,

esperando atención en el centro de salud o sometiéndose a diversos procedimientos como la recogida de especímenes). La magnitud de la carga mundial de infecciones causadas por agentes patógenos de transmisión sexual distintos del VIH es tal que dichas infecciones deberían considerarse por sí mismas un problema de salud pública y ser sometidas al control pertinente.

### **Para prevenir la infección por VIH**

La prevención y el tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual reducen el riesgo de transmisión del VIH por vía sexual, sobre todo entre los grupos poblacionales más propensos a tener un elevado número de parejas sexuales, como los trabajadores del sexo y sus clientes. La presencia de una enfermedad de transmisión sexual inflamatoria o ulcerativa no tratada aumenta el riesgo de transmisión del VIH durante un contacto sexual sin protección entre una persona infectada y otra que no lo está.

### **Factores de riesgo para las ITS**

Camejo (2010), priorizó la acción Educativa preventiva para combatir las enfermedades de transmisión sexual, como estrategia terapéutica, por considerar que la educación sobre las variables que intervienen en las infecciones por transmisión sexual, debe darse desde la infancia inclusive, pues en el futuro puede ser un factor de la aparición y propagación de las enfermedades de transmisión sexual, como lo demuestran diversas investigaciones, como la realizada por Kleincsrek (1994), en Chile donde estableció la relación existente entre el grado de conocimientos sobre las medidas de prevención de las ITS e infección por el VIH/SIDA, hallando un gran desconocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, especialmente sobre la gonorrea y la sífilis, aunque encontró mayor conocimiento en relación con el SIDA, sin embargo este conocimiento se contradice con las escasas conductas de prevención que emplean.

Igualmente, Barrios (1996), en su estudio Conocimiento y percepción de riesgo de ITS, VIH/SIDA, desarrollado en personal de tropa del ejército venezolano, evidenció que el poseer conocimientos sobre las ITS/SIDA, no

fue suficiente para adoptar conductas coherentes que disminuyan los riesgos de infección.

Estas investigaciones dejan claro que el conocimiento por sí solo no es suficiente, si las actitudes y conductas son otras, considerándose que lo más importante es la información y orientación permanente, de cómo minimizar los riesgos de adquirir una infección de transmisión sexual.

En forma similar, el estudio desarrollado por Díaz (1996) en Maracaibo, sobre sexualidad y conocimiento de las infecciones de transmisión sexual, mostró que el 38% de la población escolar es sexualmente activa y que el 72% de ella no utilizan protección contra las enfermedades de transmisión sexual, hallando que solamente el 30% de esta población tiene conocimientos sobre prevención de ITS.

En el estudio realizado por Gonzales (2007) identificó entre los factores de riesgos de infección de transmisión sexual, a la edad, siendo los más afectados los adolescentes y sobre todo mujeres, por el insuficiente conocimiento sobre los riesgos en cada relación sexual; otros factores fueron el bajo nivel de escolaridad en los casos infectados; la inestabilidad en las parejas; actitudes que comprometen la salud de la pareja y la baja frecuencia del uso del condón.

Cortés (1996), estudio los comportamientos sexuales riesgosos y enfermedades de transmisión sexual, en estudiantes adolescentes de La Habana, demostrando que adolescentes con vida sexual activa mantienen conductas y actitudes riesgosas que favorecen el contraer enfermedades de transmisión sexual-VIH/SIDA, hallándose, asimismo, una iniciación sexual temprana.

### **Dimensiones del riesgo de ITS**

Cervantes (2010), evaluó el nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes, fundamentándose en la revisión sistemática, de estudios mundiales sobre ITS en adolescentes y adultos jóvenes, llevada a cabo por Dehne y Riedner, en el 2005, quienes encontraron que en los diferentes contextos socioculturales, educativos y de salud, se brinda poca información sobre

la sexualidad y las ITS, además de que ambientes hegemónicos favorecen la estigmatización y prácticas hostiles de control social de la sexualidad, a partir de factores ideológicos.

Destacó también el estudio de Martínez-Donate (2004) quien utilizando la teoría del comportamiento realizó un estudio con 370 estudiantes de preparatoria en Tijuana, Baja California, analizando las variables frecuencia del uso del condón, actitudes y estereotipos, obteniendo un alto riesgo de contraer HIV, embarazos e infecciones de transmisión sexual, debido a prácticas coitales sin protección.

Liana, Malaka y Lynne (2001) en un análisis de los hábitos en cuanto a las relaciones sexuales, hallaron que:

El 4.1 % de los adolescentes en el grupo de 15 a 19 años inició su vida sexual antes de cumplir los 15 años, siendo 3.5% en los hombres y 2.5% en las mujeres. El 32.8% de los adolescentes inician su vida sexual antes de cumplir los 19 años de edad.

El 1.6% de adolescentes tiene un conocimiento inadecuado de las ITS, llegando al 2.3% en las mujeres, mientras que en los hombres llegó a 0.7%.

El conocimiento más acertado sobre el método para prevenir las ITS fue el preservativo con 81.2%, seguido de la abstinencia sexual con 8.1 %.

Caballero-Hoyos y Villaseñor (2001) sostuvieron que investigaciones apoyadas en diferentes modelos teóricos han demostrado que, a pesar de los conocimientos sobre las ITS, sus mecanismos de transmisión y las formas de prevenirlas, los adolescentes mantienen prácticas sexuales de riesgo, especialmente el inicio sexual temprano, el tener relaciones con múltiples parejas y el no utilizar preservativo de manera consistente y correcta.

En países en vías de desarrollo, como en México, el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual es muy bajo, especialmente en adolescentes, los que solo enfocan su atención en los conocimientos sobre el VIH/SIDA que le otorgan los prestadores de servicios de salud, no concibiendo que

existen otro tipo de infecciones. A ello se agrega que los informantes son en primer lugar el personal de salud, seguido de los maestros y por último los parientes o amigos, lo que deja dudas de la calidad de información que estos adolescentes están recibiendo, siendo igualmente preocupante que las personas del sector salud a través de sus talleres y exposiciones no están empoderando al adolescente con el tema y quedan muchas dudas en cuanto a tratamiento, curas y técnicas de aplicación.

Según Martínez-Donate (2004), estudios utilizando la teoría del comportamiento en sus instrumentos y como variable la frecuencia del uso del condón, actitudes y estereotipos, han obtenido un alto riesgo de contraer una ITS, por lo que los autores recomiendan realizar programas de atención para la prevención de estas infecciones.

Se hace necesario que las investigaciones se sustenten en modelos teóricos analizando como variables interdependientes, los conocimientos sobre las ITS y el contexto social. Algunos estudios sobre el riesgo de contraer VIH/SIDA desde el enfoque de comportamiento, analizaron indicadores cognitivos, asociados a prácticas de riesgo: conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, los cuales según Caballero (2007) varían según la edad, género, nivel escolar, etnicidad, religión y preferencia política.

En consecuencia, para efectos de la investigación a realizar se toman como dimensiones al conocimiento sobre las ITS y las prácticas sexuales en los grupos humanos.



Tabla 1.

*Dimensiones al conocimiento sobre las ITS y las prácticas sexuales en los grupos humanos.*

Dimensiones	Indicadores
Conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento de las infecciones de contagio sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconoce los síntomas de las infecciones de Transmisión sexual</li> <li>▪ Conoce las medidas de prevención contra las infecciones de Transmisión sexual</li> <li>▪ Reconoce las medidas adecuadas del tratamiento de las infecciones de Transmisión sexual</li> </ul>
Prácticas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promiscuidad sexual</li> <li>▪ Hábitos sexuales</li> <li>▪ Uso de condón o preservativo</li> </ul>

### 1.3 Justificación

La realización del estudio exige la revisión de la información científica disponible para fundamentar el análisis de los Programas de educación sexual reproductiva y asimismo, sobre los factores de riesgo de sufrir de infecciones de transmisión sexual. Este material debidamente seleccionado y organizado constituye una estructura temática específica, que queda a disposición de los profesionales de la salud involucrados en el tema y de futuras investigaciones similares como un aporte teórico.

La alta prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual determina que los estudios que se hagan al respecto alcancen una gran relevancia, en cuanto pueden sus hallazgos ser empleados en los centros de salud para replantear de ser el caso las intervenciones que realizan a nivel de la comunidad que atienden y difundir en mejor forma las medidas preventivas, hasta lograr que las personas admitan la necesidad de renovar sus hábitos y costumbres que caracterizan su comportamiento sexual y los pone en riesgo. El fin ulterior sería limitar la propagación de estas infecciones en base a la instrucción de la persona.

Para realizar el análisis de los programas se requirió de elaborar un instrumento con el que se espera obtener la información necesaria del personal y

de las usuarias del centro de salud materno infantil; en tal sentido, el estudio aportará un instrumento de análisis válido y confiable para su uso cuando se requiera analizar las variables para las que fue construido.

En suma, el estudio resulta relevante y pertinente, dado que la alta prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual se mantiene en el tiempo y por ser la población femenina la más vulnerable y afectada, es perfectamente viable su realización en el contexto del servicio de obstetricia del Centro Materno infantil.

## **1.4 Problema**

### **Realidad problemática**

Pese a que la mayoría de infecciones de transmisión sexual (ITS) son curables por existir tratamientos desde hace 40 años, aún están consideradas entre las causas más frecuentes de morbilidad a nivel mundial, estimándose que diariamente se infectan 685 000 personas y 330 millones por año a nivel mundial; en consecuencia, aún siguen siendo un problema persistente en el mundo, dado el acelerado incremento de casos en las últimas décadas.

Si bien no se conoce exactamente la magnitud de este problema de salud pública, las ITS en conjunto, en países en vías de desarrollo se incluyen entre las cinco causas más importantes de enfermedad, (Mallqui, 2000), considerándolas como facilitadoras de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

La información que se tiene de diferentes países es que frecuentemente las ITS ocurren entre los 15 y 49 años, siendo la mujer, social y biológicamente más vulnerable a las ITS, muchas son asintomáticas, por lo que no asisten oportunamente a los servicios de salud desencadenándose una serie de complicaciones como la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), embarazo ectópico, infertilidad, complicaciones durante el embarazo y cáncer de cuello uterino.

En mujeres, las infecciones de transmisión sexual son la principal causa de infertilidad, del 10% al 40% de mujeres con Clamidia no tratada, sufrirán de enfermedad inflamatoria pélvica sintomática (Simms y Stephenson, 2000), teniendo

entre 6 a 10 veces más probabilidad de sufrir embarazo ectópico (tubárico), cómo lo demuestra el 40%–50% de embarazos ectópicos atribuidos a la enfermedad inflamatoria pélvica (Westrom, et al., 1980); asimismo, las lesiones tubáricas provocadas por infección responden por el 30% a 40% de infertilidad femenina.

Pese a lo que se conoce sobre estas infecciones aún siguen afectando masivamente a las personas, probablemente las condiciones del entorno social, y el factor económico, predisponen a una mayor exposición a las ITS; en el país, las migraciones de personas hacia la capital en la búsqueda de mejorar las condiciones socioeconómicas y laborales, incrementó la densidad poblacional y el riesgo, por ser las ITS esencialmente cosmopolitas, concentrándose en las grandes ciudades. Asimismo, en éstas la prostitución y ciertas actividades laborales, como las que realizan los camioneros, policías, comerciantes viajeros y otros grupos itinerantes, serían las que mantienen su alta incidencia.

En el Perú, como en otros países, no se puede estimar la magnitud de las ITS por las limitaciones del sistema de vigilancia epidemiológica, conociéndose que Lima mantiene una elevada frecuencia, sin incrementarse la demanda de servicios de salud por esta causa. Por otro lado, los programas de prevención resultan escasos, ante la magnitud del problema, aunque la importancia inicial de la estrategia nacional contra el VIH tuvo un efecto positivo en incrementar el interés de otros actores sociales por participar en trabajos con poblaciones vulnerables, siendo probable que muchos cambios en el perfil epidémico y en las conductas de riesgo sexual sean resultado de la exposición a estos programas.

La posibilidad latente de que se incrementen las conductas de riesgo sexual implica la necesidad de nuevos esfuerzos de prevención, a partir de los programas de prevención orientados a las ITS. Consideramos sin embargo que existe la necesidad de evaluar la efectividad de la promoción de la salud en función del riesgo de las ITS, en la población femenina, considerada la más vulnerable.

Siendo el segmento femenino de la población al que se dirigen los programas, se requiere conocer cómo perciben las mujeres estos programas, es decir en qué medida los consideran pertinentes, qué aspectos de ellos serían los que requieren replantearse y cuáles serían las acciones a implementarse en ellos;

esta información a la que se considera valiosa permitiría a los profesionales de la salud, responsables de los programas de salud reproductiva, replantear estrategias que incrementen su nivel de efectividad, especialmente en el Centro Materno infantil de Villa María del Triunfo, donde se desarrollan Programas de promoción de la salud sexual y reproductiva dirigidas a la población femenina de la comunidad, por cuanto sus condiciones de vida son precarias, al pertenecer a un segmento social y económico bajo.

Por considerar que las usuarias atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de salud, proviene de este sector y presentan conductas de riesgo de sufrir ITS, se considera oportuno evaluar la influencia del accionar del Centro de salud en el nivel de riesgo de adquirir alguna ITS.

## **1.5 Formulación del problema**

### **Problema general**

¿Cómo influyen la gestión de salud preventiva y la promoción de salud reproductiva en el nivel de riesgo de Infecciones de transmisión sexual, en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo?

### **Problemas específicos**

#### **Específico 1:**

¿Cómo influyen la gestión de salud preventiva y la promoción de la salud en el conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, en las usuarias del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo?

#### **Específico 2:**

¿Cómo influyen la gestión de salud preventiva y la promoción de la salud en las prácticas sexuales, en las usuarias del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo?.

## **1.6 Hipótesis**

### **1.6.1 Hipótesis general**

La gestión de salud preventiva y la promoción de salud reproductiva influyen indirectamente en el nivel de riesgo de Infecciones de transmisión sexual, en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.

### **1.6.2 Hipótesis específicas**

#### **Específica 1:**

La gestión de salud preventiva y la promoción de la salud influyen positivamente sobre el conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, en las usuarias del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.

#### **Específica 2:**

La gestión de salud preventiva y la promoción de la salud influyen positivamente en el cambio de prácticas sexuales, en las usuarias del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.

## **1.7 Objetivos**

### **1.7.1 Objetivo general**

Establecer los niveles de influencia de la gestión de salud preventiva y de la promoción de salud reproductiva en el nivel de riesgo de Infecciones de transmisión sexual, en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.

### **1.7.2 Objetivos específicos**

#### **Específico 1:**

Determinar la influencia de la gestión de salud preventiva y la promoción de la salud en el conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento de enfermedades de

transmisión sexual, en las usuarias del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.

**Específico 2:**

Determinar la influencia de la gestión de salud preventiva y la promoción de la salud en las prácticas sexuales, en las usuarias del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.

## **II. Marco metodológico**

## **2.1 Variables**

Se analizaron tres variables, dos de las cuales se establecieron como causales: la gestión de la salud sexual preventiva y la promoción de la salud sexual y una que representaba el efecto a estudiar: riesgo de ITS.

### **2.1.1 Definición conceptual:**

#### **Gestión de salud sexual preventiva**

La gestión de la salud sexual, es la decisión de actuar mediante la aplicación de algunas estrategias básicas de la medicina preventiva: el “control”, la “erradicación” y la “prevención”. Se lleva a cabo en base a la Estrategia Nacional de Prevención y control de las ITS/VIH-SIDA, basándose en los lineamientos de políticas de salud del ministerio de salud (MINSa, s/f) y las políticas de prevención recomendadas para los países de América por el Programa Sida de las Naciones Unidas (ONUSIDA, 1997), considerando la planificación y desarrollo de líneas de acción: prevención y promoción, atención integral y prevención de la transmisión vertical.

#### **Promoción de la salud sexual**

Acciones estratégicas que incentivan el cuidado de la salud y cuyo alcance es toda la población, esté o no en riesgo de enfermar; sin embargo, en la práctica se circunscribe a grupos de riesgo en función de la edad, condición socioeconómica o por factores de riesgo específicos. Para el Ministerio de salud son determinantes de la salud sexual reproductiva por ser ésta un derecho inclusivo y amplio, que abarca la atención de los principales factores de riesgo e intervenciones en función al género, educación, cultura, estilos de vida, acceso a servicios de salud.

#### **Nivel de riesgo de infecciones de transmisión sexual**

Espada, Quiles y Méndez (2003), consideraron que, en el campo del riesgo sexual, una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA.



La OMS (2007) consideró valorar los niveles de riesgo de las infecciones de transmisión sexual a través de los comportamientos sexuales, los comportamientos no preventivos y los comportamientos relacionados con la salud, en grupos de población con elevadas tasas de infección y grupos vulnerables. Consideró que las mujeres en edad fértil tienen un riesgo alto de verse infectadas por agentes de transmisión sexual, por carecer de la información, los conocimientos prácticos y la atención de salud; más aun las adolescentes por lo que tienen relaciones sexuales no planificadas y esporádicas.

### **2.1.2 Operacionalización de las variables**

#### **De la gestión de salud sexual:**

La información empírica de la gestión sobre salud sexual reproductiva, se recogió mediante una escala de opinión autoelaborada, en base al Documento Técnico: Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú Acciones a Desarrollar en el Eje Temático de Salud Sexual y Reproductiva (p.14), editado por la Dirección general de promoción de la salud. MINSA que permitió analizar el fortalecimiento institucional para el control de ITS-VIH/SIDA; el fortalecimiento de la coordinación multisectorial para el control de ITS-VIH/SIDA; la disminución de la transmisión vertical de la SIFILIS y el VIH y la disminución de la transmisión sexual de ITS-VIH/SIDA en población general concentrada y con factor de riesgo.

#### **Promoción de la salud sexual**

Mediante una escala de opinión autoelaborada, a partir de los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud y en el Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud (MINSA, s/f), se recabó la información que una vez analizada permitió conocer el desarrollo empírico de los lineamientos establecidos por el MINSA: desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud Sexual y Reproductiva; promover la participación comunitaria en la promoción de la salud y el desarrollo local; reorientar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en los ámbitos intra y extra mural y el reorientar la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local.

## Del riesgo de ITS

Par establecer los niveles de riesgo en la población de estudio se empleó un cuestionario autoelaborado de 37 ítems, con los que se buscó identificar los conocimientos sobre ITS y las conductas sexuales de riesgo. Para la elaboración del instrumento se consideraron los hallazgos de Cervantes (2010) sobre el nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes; de Martínez-Donate (2004) quien obtuvo un alto riesgo de contraer HIV, embarazos e infecciones de transmisión sexual, debido a prácticas coitales sin protección; de Liana, Malaka y Lynne (2001) quienes analizaron los hábitos en cuanto a relaciones sexuales.

Tabla 2.

### *Operacionalización de la Gestión de salud sexual preventiva.*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Índices	Nivel/rango
Fortalecimiento institucional para el control de las ITS-VIH/SIDA	Potenciar la capacidad técnica de los equipos multidisciplinarios de la ESNPC ITS-VIH /SIDA de las Micro redes.	1 al 8		Escala de medición Ordinal
Fortalecimiento de la coordinación multisectorial para el control de las ITS-VIH/SIDA	Articula acciones del MINSA y sociedad civil en el marco de la ESNPC ITS-VIH /SIDA Gestionar apoyo técnico y económico de los organismos privados especializados en el tema ITS-VIH/SIDA Fomentar intervenciones que disminuyan el riesgo de transmisión de la Sífilis y el VIH.	9 al 11 12 y 13 14 al 18	1. En total desacuerdo 2. En desacuerdo 3. No precisa	Muy buena Gestión (144 a 180)
Disminución de la transmisión vertical de la SIFILIS y el VIH	Garantizar el tamizaje para Sífilis y VIH. Garantizar el tratamiento para Sífilis y VIH según protocolo	19 y 20 21 al 24	4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo	Buena gestión (108 a 143) Gestión regular (72 a 107)
Disminución de la transmisión sexual de las ITS-VIH/SIDA en población general concentrada y con factor de riesgo	Fomentar intervenciones que disminuyan el riesgo de transmisión de las ITS-VIH/SIDA Garantizar el Manejo Síndromico de las ITS Garantizar el tratamiento precoz de ITS curables Fortalecer la Consejería 4C para ITS	25 al 29 30 y 31 32 y 33 34 al 36		Gestión deficiente (36 a 71)

Tabla 3.

*Operacionalización de la promoción de salud reproductiva.*

<b>Dimensiones<sup>2</sup></b>	<b>Indicadores</b>	<b>Índices</b>	<b>Nivel/rango</b>
Lineamiento 1: Desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud Sexual y Reproductiva	1. Coordina con las instituciones en el ámbito local para favorecer la promoción de la salud sexual y reproductiva, 2. Promueve las oportunidades para identificación de problemas y toma de decisiones en relación a la salud sexual y reproductiva. 3. Impulsa los mecanismos institucionales y funcionales para la implementación de acciones que contribuyan a la salud sexual y reproductiva.		La variable fue medida mediante una escala ordinal de tres niveles:  Inadecuada (11 a 18)  Adecuada (19 a 25)  Muy adecuada (26 a 33)
Lineamiento 2: Promover la participación comunitaria en la promoción de la salud y el desarrollo local.	4. Capacita a los agentes comunitarios de salud en temas de promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en maternidad saludable. 5. Sensibiliza a los líderes sociales para la defensa y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. 6. Logra que las organizaciones sociales de base se involucren activamente en la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.	Siempre	
Lineamiento 3: Reorientar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en los ámbitos intra y extra mural.	7. Capacita al personal de salud en temas de los derechos asociados con la salud Sexual y Reproductiva, 8. Genera documentos normativos que orienten el trabajo intra y extra mural para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional.	Algunas veces  Nunca	
Lineamiento 4: Reorientar la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local.	9. Desarrolla acciones para lograr obtener recursos para el trabajo en Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. 10. Promueve el involucramiento de las empresas públicas y privadas de la comunidad en el presupuesto para las acciones de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. 11. Impulsa la asignación de recursos destinados a la Promoción de la salud sexual y reproductiva, en el ámbito familiar, escolar, comunitario y laboral.		

Tabla 4.

*Operacionalización del riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual*

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Índices</b>	<b>Nivel/rango</b>
Conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento de las enfermedades de contagio sexual	Reconoce los síntomas de las infecciones de Transmisión sexual	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Siempre (2)	La variable fue medida mediante una escala ordinal de cuatro niveles:  Muy alto riesgo (56 – 74)  Alto riesgo (38 – 55)  Bajo riesgo (19 – 37)  Sin riesgo (0 – 18)
	Conoce las medidas de prevención contra las infecciones de Transmisión sexual	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	Algunas Veces (1)	
	Reconoce las medidas adecuadas del tratamiento de las infecciones de Transmisión sexual	20, 21, 22, 23, 24	Nunca (0)	
Prácticas sexuales	Promiscuidad sexual	25, 26, 27		
	Hábitos sexuales	28, 29, 30, 31	<b>Si (2)</b>	
	Uso de condón o preservativo	32, 33, 34, 35, 36, 37	<b>No (0)</b>	

## 2.2 Metodología

La investigación fue concebida dentro del paradigma positivista, el que, de acuerdo con Dobles, Zúñiga y García (1998) se caracteriza por afirmar que el único conocimiento verdadero es aquel que es producido por la ciencia, particularmente con el empleo de su método. En consecuencia, el positivismo asume que sólo las ciencias empíricas son fuente aceptable de conocimiento, de allí que en el estudio realizado se buscó obtener la información del conjunto de usuarias del contexto en estudio y su análisis permitió caracterizar empíricamente a cada una de las variables.

Asumiendo que la realidad está dada, como posición epistemológica central, y que puede ser conocida de manera absoluta por el sujeto cognoscente, según Dobles, Zúñiga y García (1998), el asunto está en buscar en la investigación el método adecuado y válido para “descubrir” la realidad; por ello, en el estudio fue seleccionado el método hipotético deductivo, desarrollado en los siguientes pasos:

Se identificó como problema de investigación, el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual en que se hallaba un grupo de usuarias de un centro de salud, asociado a su bajo conocimiento y a la conducta sexual que poseían.

Se formuló como hipótesis que la gestión de salud sexual preventiva y la promoción de la salud sexual influirían positiva e indirectamente, disminuyendo el riesgo de infección.

Mediante la técnica de la encuesta y aplicando tres instrumentos, se recogieron los datos empíricos de la gestión de salud sexual preventiva, la promoción de salud sexual y el riesgo de ITS.

Los datos fueron analizados mediante el análisis de regresión multinomial, para determinar la influencia de las variables causales sobre el nivel de riesgo de ITS.

Se formularon las conclusiones del estudio.

### **2.3 Tipo de estudio**

La investigación correspondió a un estudio básico y orientado, de acuerdo con Ander Egg, quien afirmó que estas investigaciones están dirigidas a acrecentar el conocimiento, de allí que se buscó conocer las características empíricas de las variables involucradas y establecer la influencia que ejercen la gestión de salud sexual preventiva y la promoción de salud sexual sobre el riesgo de ITS en las usuarias del centro de salud seleccionado.

En la medida que la información requerida para analizar el desarrollo de los programas fue recogida de las mismas usuarias del servicio, la investigación calificó como un estudio de campo.

### **2.4 Diseño de investigación:**

En la investigación no se pretendía modificar las condiciones en las que se desarrollan los programas de salud reproductiva, así como tampoco alterar las condiciones en que se producen las infecciones de transmisión sexual. Por tanto, la investigadora se limitó a observar, registrar y analizar las variables de estudio en su expresión natural. Por otro lado, dado que la información sobre las ITS fue recogida de las usuarias del Centro de Salud Materno Infantil, es decir directamente de las unidades de análisis que conformarán la muestra, se consideró conveniente tomar los datos una sola vez.

Campbell y Stanley (1966), consideraron que si no se manipulan las variables y no se alteran las condiciones en las que se desarrollará la investigación, ésta califica como no experimental y en la medida que el recojo de los datos se realizará por única vez, en un momento determinado del proceso investigativo, será transversal.

En consecuencia, la investigación será desarrollada bajo un diseño no experimental y transversal, con un alcance o nivel correlacional causal, puesto que se pretende establecer el criterio de causalidad entre variables; se busca conocer el efecto de la gestión de los programas en el nivel de riesgo de contraer ITS en las usuarias del Centro de Salud.

## 2.5 Población, muestreo y muestra

### 2.5.1 Población de estudio

La población estudiada procedía del sector de Villa María del triunfo y quedó conformada por 384 pacientes mujeres del servicio de obstetricia del Centro materno infantil de VMT, en tal sentido se consideró como una población definida.

Generalmente las usuarias de este centro de salud son inmigrantes o descendientes de inmigrantes de distintas partes del país, presentaban un bajo nivel educativo y económico, siendo la mayoría amas de casa; proceden de comunidades circundantes al centro de salud, mayormente zonas de poco desarrollo, por lo que sus condiciones de vida son precarias.

El diagnóstico inicial de esta población, realizado por observación directa, advirtió que las usuarias se hallaban en alto riesgo de contraer infecciones de diversa índole y entre ellas las de transmisión sexual; esto se debía a que en un alto porcentaje iniciaron su actividad sexual precozmente, han tenido hijos a temprana edad y han tenido más de una pareja sexual, las que por el tipo de actividades que les proveen el sustento económico, se desenvuelven en compañía de personas promiscuas.

### 2.5.2 Muestreo

El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula para poblaciones conocidas, obteniéndose que debiera encuestarse a 192 pacientes mujeres del servicio de obstetricia del Centro de salud materno infantil de VMT

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} = \frac{0.038}{1 + \frac{0.038}{384}} = 192; \text{ donde } n_o = 0,5 * 0,5 \left[ \frac{1,96}{5} \right]^2 = 0.038$$

Dónde:

N = Población

Z = 1,96

d = Margen de error máximo. (5%)

p = 0,5.

n = Tamaño de la muestra

La selección de las unidades de análisis se realizó en forma aleatoria, tomándose el orden de llegada al servicio, para la entrega de los cuestionarios. Se concluye entonces que el muestreo se realizó mediante técnica aleatoria

### **2.5.3 Muestra**

La muestra de tipo probabilística quedó conformada por 192 mujeres entre adolescentes y mujeres jóvenes, sexualmente activas y que acuden al servicio de obstetricia del Centro de salud Materno infantil de Villa María del Triunfo.

## **2.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **2.6.1 Técnica de recojo de información:**

Siendo la muestra relativamente grande y dadas las características de las unidades de análisis fue seleccionada como técnica de recojo, la Encuesta, por la necesidad de la investigación de acopiar un volumen elevado de información; asimismo, pese a que necesitaba mantenerse inalterable el contenido de los ítems, no se requirió de personal calificado para su aplicación y con la ventaja de que sus instrumentos se estructuraron en base a respuestas preseleccionadas, que facilitaron el análisis cuantitativo de los datos.

### **2.6.2 Instrumentos para recojo de información:**

Se emplearon tres instrumentos, los cuales fueron elaboradas específicamente para la investigación realizada a partir de los indicadores establecidos en la operacionalización de las variables.



Tabla 5.

*Técnicas e instrumentos para recoger la información de las usuarias del servicio de obstetricia del Centro Materno infantil de Villa María del Triunfo*

<b>Variable a analizar</b>	<b>Técnica</b>	<b>Instrumento</b>
Gestión de salud sexual preventiva	Encuesta	Escala de opinión
Promoción de salud sexual	Encuesta	Escala de opinión
Riesgo de ITS	Encuesta	Cuestionario

**Ficha técnica 1:**

Nombre del instrumento	Escala de opinión sobre gestión de salud sexual preventiva
Autor(a) del instrumento	Mgtr. Judith García Cajaleón
Año de elaboración	2016
Ámbito de aplicación	Centro Materno infantil de Villa María del Triunfo
Unidades de análisis	Usuarias del servicio de Obstetricia
Aplicación	Tipo Individual o colectiva
	Tiempo 45 minutos
	Secciones Una
	Número 36
Estructura	Tipo Propositiones afirmativas
	ítems TA: totalmente de acuerdo; A: de acuerdo;
	Índices IN: indeciso; D: en desacuerdo;
	TD: totalmente en desacuerdo.
Validez de contenido	Se estableció que el instrumento era válido, mediante la técnica de expertos o jueces, considerándose como criterios de evaluación: claridad, pertinencia, relevancia y suficiencia.
	Prueba empleada Alfa de Cronbach.
	Valor del coeficiente
Confiabilidad	De acuerdo a Nunnaly y Berstein (1994), los valores mínimos recomendados para los coeficientes de confiabilidad son de 0.7 para investigaciones exploratorias, 0.80 para investigación básica y 0.90 para toma de decisiones, lo que permitió establecer su consistencia a partir de los datos recogidos de un grupo piloto.
	Nivel de confiabilidad

**Ficha técnica 2:**

Nombre del instrumento	Escala de opinión sobre la promoción de salud reproductiva	
Autor(a) del instrumento	Mgr. Judith García Cajaleón	
Año de elaboración	2016	
Ámbito de aplicación	Centro Materno infantil de Villa María del Triunfo	
Unidades de análisis	Usuaris del servicio de Obstetricia	
Aplicación	Tipo	Individual o colectiva
	Tiempo	20 minutos
	Secciones	Una
Estructura	Número	11
	ítems	Tipo      Proposiciones afirmativas
		Índices    S: siempre; Av: algunas veces; N: nunca.
Validez de contenido	Se estableció que el instrumento era válido, mediante la técnica de expertos o jueces, considerándose como criterios de evaluación: claridad, pertinencia, relevancia y suficiencia.	
	Prueba empleada	Alfa de Cronbach.
	Valor del coeficiente	
Confiabilidad	De acuerdo a Nunnaly y Berstein (1994), los valores mínimos recomendados para los coeficientes de confiabilidad son de 0.7 para investigaciones exploratorias, 0.80 para investigación básica y 0.90 para toma de decisiones, lo que permitió establecer su consistencia a partir de los datos recogidos de un grupo piloto.	
	Nivel de confiabilidad	

**Ficha técnica 3:**

Nombre del instrumento	Cuestionario para establecer el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual	
Autor(a) del instrumento	Mgr. Judith García Cajaleón	
Año de elaboración	2016	
Ámbito de aplicación	Centro Materno infantil de Villa María del Triunfo	
Unidades de análisis	Usuaris del servicio de Obstetricia	
Aplicación	Tipo	Individual
	Tiempo	45 minutos
	Secciones	Una
Estructura	Número	37
	ítems	Tipo      Interrogantes
		Índices    S: siempre/si; Av: algunas veces; N: nunca/no.
Validez de contenido	Se estableció que el instrumento era válido, mediante la técnica de expertos o jueces, considerándose como criterios de evaluación: claridad, pertinencia, relevancia y suficiencia.	
	Prueba empleada	Alfa de Cronbach.
	Valor del coeficiente	
Confiabilidad	De acuerdo a Nunnaly y Berstein (1994), los valores mínimos recomendados para los coeficientes de confiabilidad son de 0.7 para investigaciones exploratorias, 0.80 para investigación básica y 0.90 para toma de decisiones, lo que permitió establecer su consistencia a partir de los datos recogidos de un grupo piloto.	
	Nivel de confiabilidad	

## 2.7 Métodos de análisis de datos

### **Análisis descriptivo:**

Se tabularon y organizaron los datos en función de las dimensiones y objetivos de la investigación, elaborándose las bases de datos correspondientes.

Se presentaron los datos en tablas de frecuencia y en figuras adecuadas que permitieron su interpretación

### **Análisis estadístico:**

Considerando que las variables son de naturaleza cualitativa y que en ambas se considera escalas para establecer tanto el nivel de aceptación de los programas de salud reproductiva como el riesgo de ITS, corresponde emplear pruebas no paramétricas para determinar la causalidad entre ellas.

De acuerdo con esto, se realizó un análisis de Regresión logística multinomial, determinándose el nivel de influencia sobre el riesgo de contraer ITS.

## 2.8 Aspectos éticos

En el desarrollo de la investigación se cauteló el estricto cumplimiento de los principios o guías éticas de autonomía, de no maleficencia, de beneficencia y de justicia, que caracterizan a la investigación social.

**El principio de autonomía** estableció en la investigación la prioridad en los valores, criterios y preferencias de los que participen del estudio. Se ofreció la información suficiente para que tomaran una decisión razonada acerca de los posibles beneficios y costos de su participación sin ningún tipo de abuso.

**El principio de no maleficencia** obligó a no dañar a los otros anteponiendo el beneficio.

**El principio de beneficencia** referido al producto derivado de su participación y a los riesgos a los que se somete en relación con el beneficio social, potencial de la investigación. La mediación de los valores contenidos en los principios de autonomía y de justicia fueron necesarios para tomar decisiones menos discutibles.

**El principio de justicia** exigió el derecho a un trato de equidad, a la privacidad, anonimato y confidencialidad.

### **III. Resultados**

### 3.1 Descripción de resultados

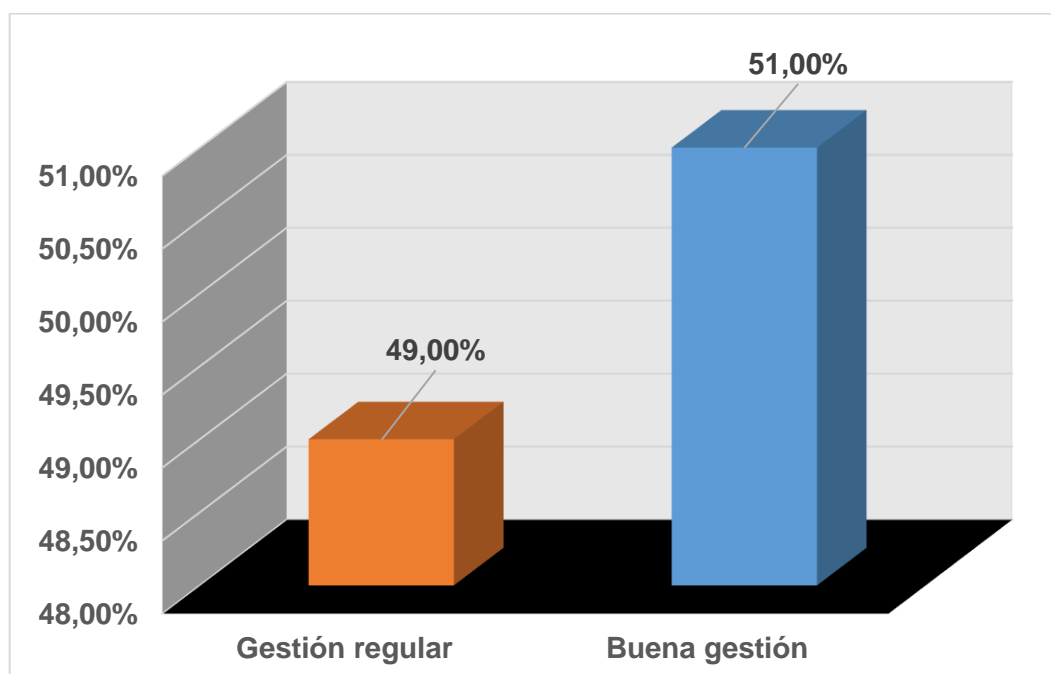
#### 3.1.1 Gestión de salud sexual

En la tabla adjunta, referida a la gestión de salud sexual preventiva en el servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo, se observa que la opinión de las usuarias se encuentra repartida entre la buena gestión con 51,0% y la gestión regular con 49,0%. Por lo que se consideraría, de acuerdo con lo opinado por las usuarias, que la gestión de salud sexual se percibe con tendencia a ser adecuada.

Tabla 6.

*Gestión de la salud sexual preventiva según las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo*

Nivel de gestión	Frecuencia	Porcentaje
Regular	94	49,0%
Buena	98	51,0%
Total	192	100,0%



*Figura 1. Gestión de salud sexual preventiva según las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo*

En cuanto a los aspectos evaluados de la Gestión de salud sexual preventiva en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo, los datos de la tabla 5, revelan que en relación al fortalecimiento institucional y el Fortalecimiento de la coordinación multisectorial, es percibida como gestión regular con tendencia hacia la buena gestión; mientras que de la disminución de la transmisión vertical de la Sífilis y el VIH, esta es apreciada como buena gestión; en el caso de la Disminución de la transmisión sexual de las ITS-VIH/SIDA, se tiene opiniones divididas entre las que consideran como gestión regular y gestión deficiente. De estos últimos datos se desprendería que los participantes considerarían que existe una despreocupación respecto a la atención de este tipo de enfermedades.

Tabla 7.

*Aspectos de la Gestión de salud sexual preventiva evaluados, según las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo*

Nivel de gestión	Fortalecimiento institucional	Fortalecimiento de coordinación multisectorial	Disminución de transmisión vertical de SIFILIS y VIH	Disminución de la transmisión sexual de ITS-VIH/SIDA
Deficiente	0,0%	8,3%	0,0%	50,0%
Regular	65,1%	81,3%	22,4%	50,0%
Buen	34,9%	10,4%	77,6%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

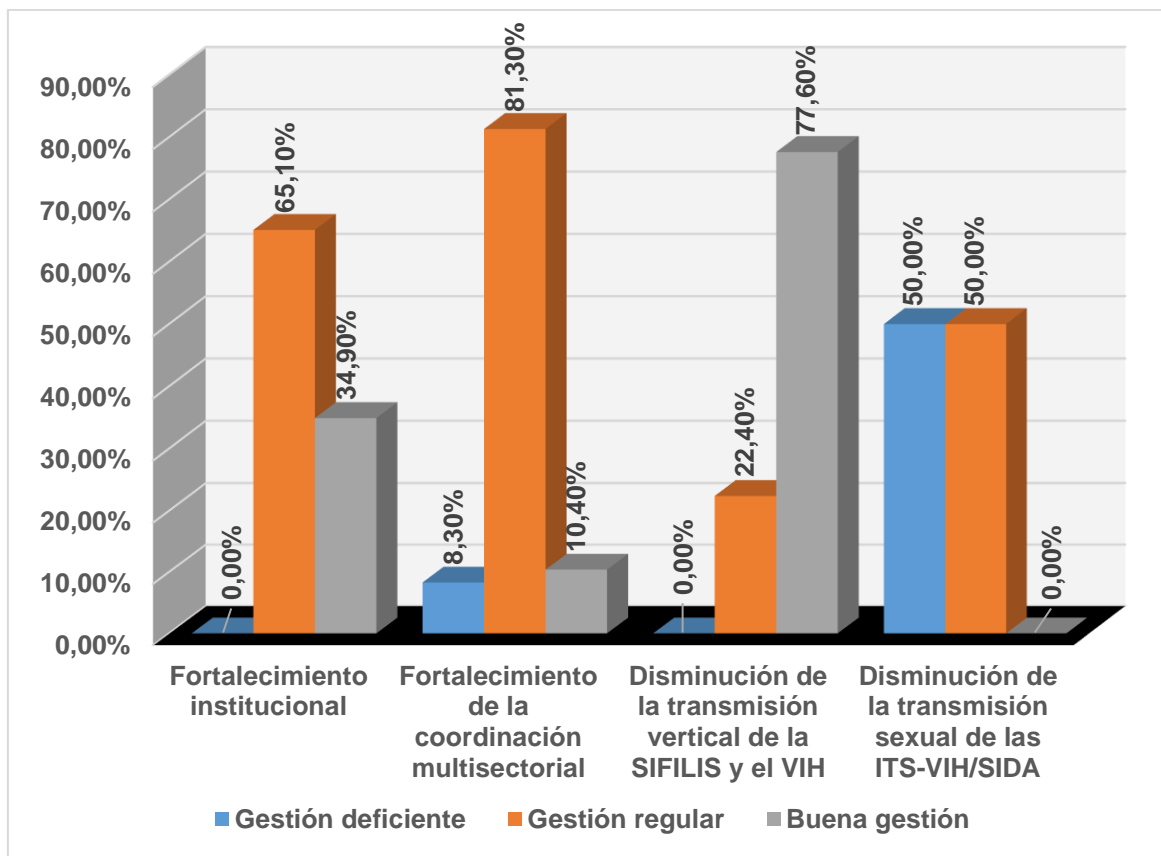


Figura 2. Aspectos de la Gestión de salud sexual preventiva evaluados, según las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo

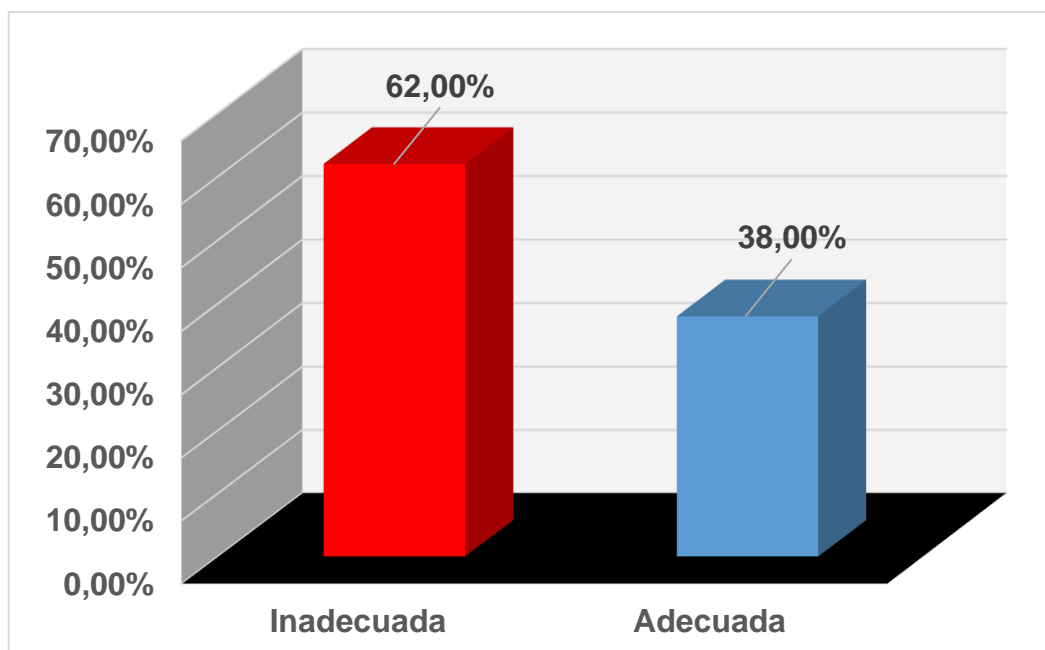
### 3.1.2 Promoción de salud reproductiva

Respecto a la promoción de la salud en el servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo; los datos que se consignan en la tabla, indican que para el 62,0% de las usuarias, esta fue inadecuada, mientras que el 38,0% consideraron que es adecuada. Lo que reflejaría la insuficiente difusión de la información.

Tabla 8.

*Promoción de la salud en el servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo, según las usuarias.*

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuada	119	62,0%
Adecuada	73	38,0%
Total	192	100,0%



*Figura 3.* Promoción de la salud en el servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo, según las usuarias.

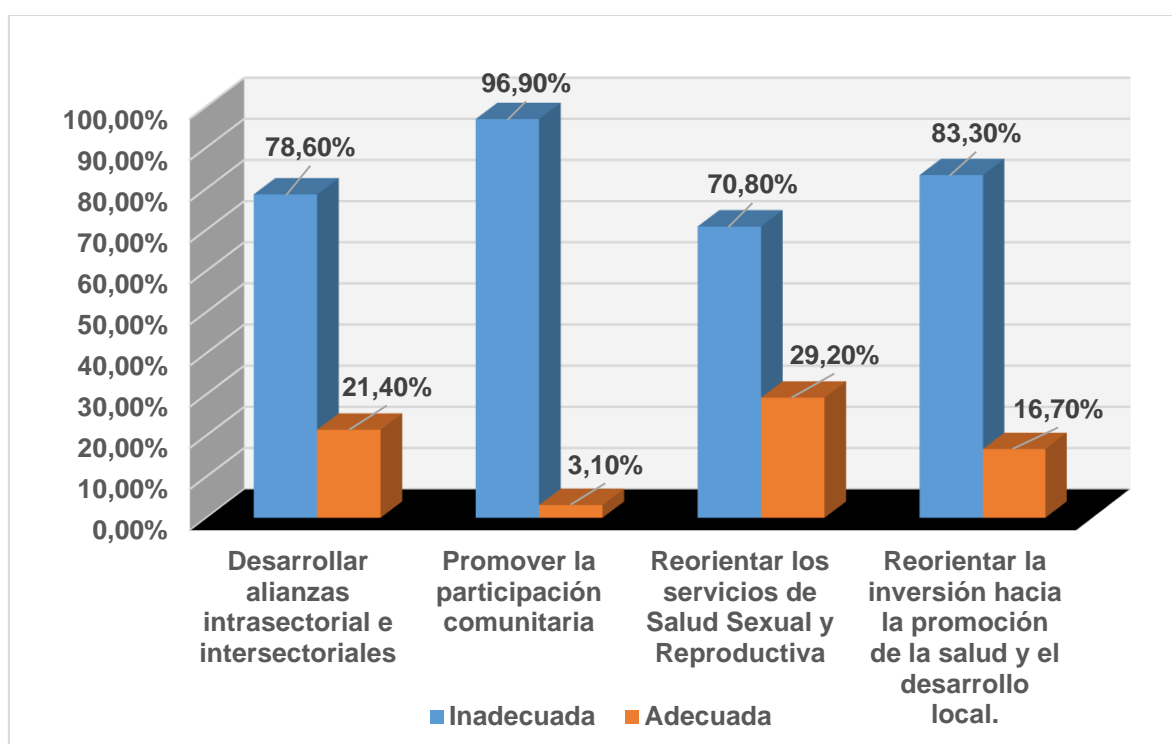
De los datos de la tabla, respecto a los aspectos evaluados en la Promoción de la salud en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo, la mayoría de los participantes del estudio, consideran a estos como inadecuados, con valores que van desde el 70,8% hasta el 96,6%. Esto corroboraría la deficiente promoción de la salud, visto en la tabla previa.



Tabla 9.

*De los aspectos evaluados en la Promoción de la salud del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo por las usuarias*

	Desarrollar alianzas intrasectorial e intersectoriales	Promover la participación comunitaria	Reorientar servicios de Salud Sexual y Reproductiva	Reorientar la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local.
Inadecuada	78,6%	96,9%	70,8%	83,3%
Adecuada	21,4%	3,1%	29,2%	16,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



*Figura 4. De los aspectos evaluados en la Promoción de la salud del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo por las usuarias*

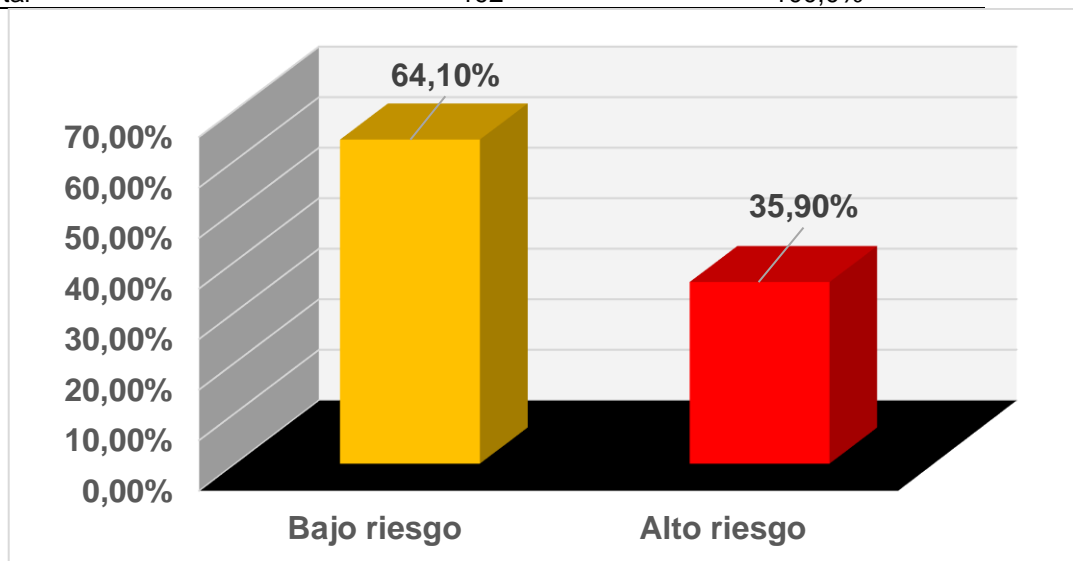
### 3.1.3 Riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual

De los datos que se presentan en la tabla adjunta, respecto al Riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo, el 64,1% se hallaba en bajo riesgo de contraerlas y el 35,9% en alto riesgo; lo que haría suponer que al incrementarse el nivel de conocimiento se han modificados sus conductas.

Tabla 10.

*Riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.*

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo riesgo	123	64,1%
Alto riesgo	69	35,9%
Total	192	100,0%



*Figura 5. Riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.*

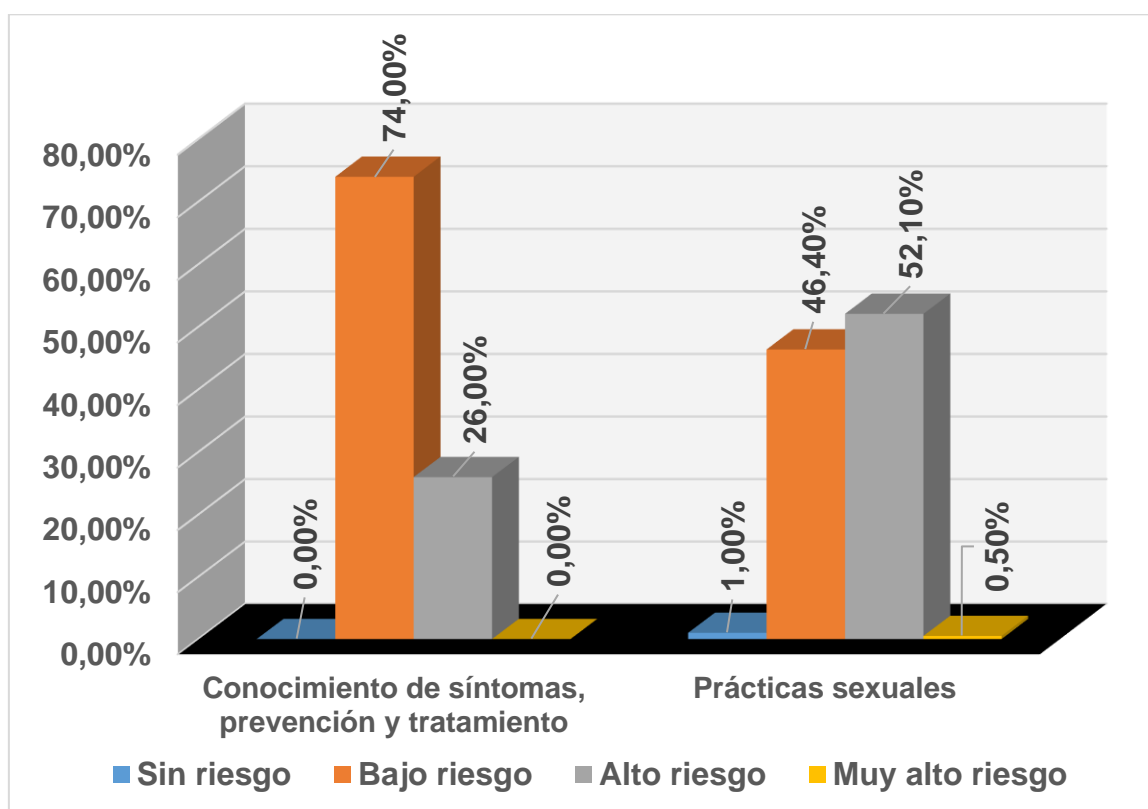
En cuanto a la evaluación del conocimiento de las condiciones que predisponen a infectarse sexualmente y a las prácticas sexuales en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo, se halló que el conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento fue adecuado en el 74% de ellas y poco adecuado en el 26%; consecuentemente si bien mayormente las usuarias presentaron un nivel de riesgo bajo, se advirtió la tendencia al alto riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual.

En relación a sus prácticas sexuales, éstas fueron consideradas como adecuadas en el 46,4% y poco adecuadas en el 52,1% de las usuarias, consecuentemente se advierte que al igual que en el otro aspecto analizado, la población de usuarias se halla dividida entre el bajo y el alto riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual por sus hábitos al mantener relaciones sexuales.

Tabla 11.

*Evaluación de los aspectos determinantes del riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.*

	Conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento	Prácticas sexuales
Muy adecuado(as)	0,0%	1,0%
Adecuado(as)	74,0%	46,4%
Poco adecuado(as)	26,0%	52,1%
Inadecuado(as)	0,0%	0,5%
Total	100,0%	100,0%



*Figura 6. Evaluación de los aspectos determinantes del riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.*

## 3.2 Prueba de hipótesis

### 3.2.1 Hipótesis general

**Ho:** La gestión de salud preventiva y la promoción de salud reproductiva no influyen positivamente en el nivel de riesgo de Infecciones de transmisión sexual, en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.

**Ha:** La gestión de salud preventiva y la promoción de salud reproductiva influyen positivamente en el nivel de riesgo de Infecciones de transmisión sexual, en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05 = 5\%$

**Regla de decisión:**  $\rho \geq \alpha \rightarrow$  se acepta  $H_0$  y si  $\rho < \alpha \rightarrow$  se rechaza  $H_0$

**Análisis estadístico:** Regresión logística multinomial

**Pruebas estadísticas:**

#### Del ajuste del modelo

De los datos de la tabla 10, respecto al ajuste del modelo; para el valor del chi cuadrado 135,430 se tiene un p valor, 0,000; lo que indicaría que el modelo es significativamente distinto del que sólo tiene la constante; es decir al menos uno de los coeficientes de las variables independientes son diferentes de cero.

Tabla 12.

#### *Información de ajuste del modelo 1*

Modelo	Criterios de ajuste de modelo		Pruebas de la razón de verosimilitud		
	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.	
Sólo intersección	149,321				
Final	13,891	<b>135,430</b>	<b>2</b>	<b>0,000</b>	

#### Determinación de los $R^2$ 1

Respecto a los valores del Pseudo R cuadrado; que se consignan en la tabla, el valor del estadístico Nagelkerke; 0,677; indica que hasta el 67,7% de los datos de la variable nivel de riesgo de Infecciones de transmisión sexual, se deben a la

influencia de los factores causales: gestión de salud sexual preventiva y promoción de la salud sexual.

Tabla 13.

*Pseudo R cuadrado 1*

Cox y Snell	0,506
Nagelkerke	0,677
McFadden	0,512

**Razón de verosimilitud**

De los datos consignados en la tabla adjunta respecto a las pruebas de razón de verosimilitud; se tiene que para la variable gestión, el p valor es 0,113 mayor a 0,050; lo que indica que esta variable no es significativa para el modelo. Mientras que para la variable promoción, el p valor es 0,000 menor a 0,050; indicando que esta variable si es significativa para el modelo.

Tabla 14.

*Pruebas de la razón de verosimilitud 1*

Efecto	Crterios de ajuste de modelo	Pruebas de la razón de verosimilitud		
	Logaritmo de la verosimilitud -2 de modelo reducido	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Intersección	13,891 <sup>a</sup>	0,000	0	.
Gestión	16,405	2,514	1	0,113
Promoción	139,277	125,386	1	0,000

El estadístico de chi-cuadrado es la diferencia de la log-verosimilitud -2 entre el modelo final y el modelo reducido. El modelo reducido se forma omitiendo un efecto del modelo final. La hipótesis nula es que todos los parámetros de dicho efecto son 0.

a. Este modelo reducido es equivalente al modelo final porque omitir el efecto no aumenta los grados de libertad.

**Estimaciones de parámetros**

Respecto a las estimaciones del parámetro B, el cual indica la variación del nivel de riesgo por efecto de los factores causales; como el valor 0,748 del coeficiente B no es significativo, indica que la gestión no influye sobre el nivel de riesgo; a diferencia el valor -4,162 del coeficiente B fue significativo, por lo que indicó que la variable promoción de la salud influye directamente y en mayor magnitud.

Tabla 15.

*Estimaciones de parámetro 1*

Riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
Alto riesgo	Intersección	-2,280	0,427	28,511	1	0,000		
	[Gestión=2]	,748	0,474	2,487	1	0,115	2,112	0,834 5,351
	[Gestión=3]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.
	[Promoción=1]	4,162	0,472	77,900	1	0,000	64,216	25,482 161,831
	[Promoción=2]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.

a. La categoría de referencia es: bajo riesgo.

b. Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.

**Decisión estadística:**

A partir de las pruebas que conforman el análisis estadístico se tiene que uno de los factores independientes, la promoción de la salud sexual, tienen influencia sobre el nivel de riesgo de las ITS; el cual de acuerdo a la estimación de parámetros influyó hasta en un 67,7%, según el  $R^2$  de Nagelkerke. En consecuencia, se tenía suficiente evidencia estadística para concluir que si existió influencia positiva sobre el nivel de riesgo de ITS.

**3.2.2 Hipótesis específica 1**

**Ho:** La gestión de salud preventiva y la promoción de salud reproductiva no influyen positivamente sobre el conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, en las usuarias del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.

**Ha:** La gestión de salud preventiva y la promoción de salud reproductiva influyen positivamente sobre el conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, en las usuarias del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05 = 5\%$

**Regla de decisión:**  $p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta  $H_0$  y si  $p < \alpha \rightarrow$  se rechaza  $H_0$

**Análisis estadístico:** Regresión logística multinomial

**Pruebas estadísticas:**

## Ajuste de modelos

De los datos de la tabla adjunta, respecto al ajuste del modelo; para el valor del chi cuadrado 41,009 se tiene un p valor, 0,000; lo que indicaría que al menos uno de los coeficientes de las variables independientes es diferente de cero.

Tabla 16.

### *Información de ajuste del modelo 2*

Modelo	Criterios de ajuste de modelo		Pruebas de la razón de verosimilitud	
	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	56,730			
Final	15,721	41,009	2	0,000

## Coeficientes Pseudo R<sup>2</sup> 2

Respecto a los valores del Pseudo R cuadrado; que se consignan en la tabla, el valor del estadístico Nagelkerke; 0,264; indica que el 26,4% de los datos de la variable conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, son explicados por el modelo.

Tabla 17.

### *Pseudo R cuadrado*

Cox y Snell	0,192
Nagelkerke	0,264
McFadden	0,164

## Pruebas de verosimilitud

De los datos consignados en la tabla, se tiene que para la variable gestión, el p valor es 0,342 mayor a 0,050; lo que indica que esta variable no es significativa para el modelo. Mientras que para la variable promoción, el p valor es 0,000 menor a 0,050; indicando que esta variable si es significativa para el modelo.

Tabla 18.

*Pruebas de la razón de verosimilitud 2*

Efecto	Criterios de ajuste de modelo		Pruebas de la razón de verosimilitud		
	Logaritmo de la verosimilitud -2 de modelo reducido		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Intersección	15,721		0,000	0	.
Gestión	16,624		0,903	1	0,342
Promoción	52,423		36,702	1	0,000

El estadístico de chi-cuadrado es la diferencia de la log-verosimilitud -2 entre el modelo final y el modelo reducido. El modelo reducido se forma omitiendo un efecto del modelo final. La hipótesis nula es que todos los parámetros de dicho efecto son 0.

a. Este modelo reducido es equivalente al modelo final porque omitir el efecto no aumenta los grados de libertad.

**Estimaciones del parámetro**

Si bien los datos que se encuentran en la tabla muestran que los coeficientes B de la gestión y de la promoción son positivos, no existe significancia para la variable gestión por lo que se deduce que no hay influencia de esta variable; a diferencia el coeficiente 2,053 de la variable promoción si fue significativo.

Tabla 19.

*Estimaciones de parámetro 2*

Conocimiento enfermedades de contagio sexual	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)		
							Límite inferior	Límite superior	
Alto riesgo	Intersección	-2,041	0,427	0,364	1	0,000			
	[Gestión=2]	0,334	0,474	0,351	1	0,342	1,396	0,701	2,279
	[Gestión=3]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.
	[Promoción=1]	2,053	0,472	0,372	1	0,000	7,794	3,757	16,167
	[Promoción=2]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.

a. La categoría de referencia es: Bajo riesgo.

b. Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.

**Decisión estadística:**

A partir de las pruebas que conforman el análisis estadístico se conoció que la promoción de la salud, tiene influencia sobre el conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual; de acuerdo a la estimación de parámetros influyó hasta en un 26,4%, según el R<sup>2</sup> de Nagelkerke. En consecuencia, se tenía suficiente evidencia estadística para concluir que existe influencia sobre el conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.



### 3.2.3 Hipótesis específica 2

**Ho:** La gestión de salud preventiva y la promoción de salud reproductiva no influyen positivamente en las prácticas sexuales, en las usuarias del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.

**Ha:** La gestión de salud preventiva y la promoción de salud reproductiva influyen positivamente en las prácticas sexuales, en las usuarias del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05$  □ 5%

**Regla de decisión:** □  $\geq \alpha \rightarrow$  se acepta Ho y si □  $< \alpha \rightarrow$  se rechaza Ho

**Análisis estadístico:** Regresión logística multinomial

**Pruebas estadísticas:**

#### Ajuste del modelo

De los datos de la tabla, se observa que el valor del chi cuadrado 11,217 se tiene un p valor, 0,004, lo que indicaría que el modelo es significativamente distinto del que sólo tiene la constante; es decir al menos uno de los coeficientes de las variables independientes son diferentes de cero.

Tabla 20.

#### *Información de ajuste de los modelos 3*

Modelo	Criterios de ajuste de modelo		Pruebas de la razón de verosimilitud	
	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	27,511			
Final	16,294	11,217	2	0,004

#### Pseudo R<sup>2</sup>

Respecto a los valores del Pseudo R cuadrado; que se consignan en la tabla adjunta, el valor del estadístico Nagelkerke; 0,081; indica que el 8,1% de los datos de la variable prácticas sexuales son explicados por el modelo.

Tabla 21.

*Pseudo R cuadrado 3*

Cox y Snell	0,057
Nagelkerke	0,081
McFadden	0,048

**Prueba de la razón de verosimilitud**

De los datos consignados en la tabla; respecto a las pruebas de razón de verosimilitud; se tiene que para la variable gestión, el p valor es 0,462 mayor a 0,050; lo que indica que esta variable no es significativa para el modelo. Mientras que para la variable promoción, el p valor es 0,002 menor a 0,050; indicando que esta variable si es significativa para el modelo.

Tabla 22.

*Pruebas de la razón de verosimilitud 3*

Efecto	Criterios de ajuste de modelo		Pruebas de la razón de verosimilitud		
	Logaritmo de la verosimilitud -2 de modelo reducido		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Intersección	16,294		0,000	0	.
Gestión	16,835		0,541	1	0,462
Promoción	25,669		9,375	1	0,002

El estadístico de chi-cuadrado es la diferencia de la log-verosimilitud -2 entre el modelo final y el modelo reducido. El modelo reducido se forma omitiendo un efecto del modelo final. La hipótesis nula es que todos los parámetros de dicho efecto son 0.  
a. Este modelo reducido es equivalente al modelo final porque omitir el efecto no aumenta los grados de libertad.

**Estimaciones del parámetro**

Respecto a las estimaciones del parámetro; de los datos que se encuentran en la tabla, se tiene que, el coeficiente 0,245 de la variable gestión no es significativa; mientras que el coeficiente 1,006 de la variable promoción es significativo, lo que refiere que influye sobre las prácticas sexuales.

Tabla 23.

*Estimaciones de parámetro 3*

Prácticas sexualesl	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
Alto riesgo	Intersección	0,244	0,265	0,849	1	0,357		
	[Gestión=2]	0,245	0,332	0,543	1	0,461	1,277	0,666 2,447
	[Gestión=3]	0	.	.	0	.	.	.
	[Promoción=1]	1,006	0,334	9,043	1	0,003	2,734	1,419 5,265
	[Promoción=2]	0	.	.	0	.	.	.

a. La categoría de referencia es: Bajo riesgo.

b. Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.

**Decisión estadística:**

A partir de las pruebas que conforman el análisis estadístico se tiene que uno de los factores independientes, la promoción de la salud, tiene influencia sobre las prácticas sexuales; de acuerdo a la estimación de parámetros la promoción de la salud sexual ejerció una influencia que es explicada hasta en un 8,1%, según el  $R^2$  de Nagelkerke. En consecuencia, se tenía suficiente evidencia estadística para concluir que existe influencia sobre las prácticas sexuales.

## **IV. Discusión**

Mallqui en el 2000, indicó que las ITS en conjunto, están consideradas entre las cinco causas más importantes de enfermedad en países en vías de desarrollo, siendo más peligrosa su prevalencia por ser facilitadoras de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH); agregándose a esto que la mujer, social y biológicamente es más vulnerable a las ITS, las que usualmente se producen entre los 15 y 49 años, es decir durante la etapa de mayor actividad sexual en la mujer.

Esto determinó que esta investigación fuera realizada con la población de usuarias del servicio de obstetricia del Centro de salud, las que habitan en las comunidades circundantes al centro de salud, en zonas que por su bajo desarrollo poseen precarias condiciones de vida y que determinan un bajo nivel educativo y económico en la mayoría de sus pobladores; por la influencia de las características del sector se mantienen conductas de riesgo de ITS, siendo vital la intervención del Centro de salud para disminuir el nivel de riesgo de adquirir ITS.

Como usualmente los programas van dirigidos a algún segmento femenino de la población se requiere conocer cómo los perciben las mujeres atendidos por ellos, información a la que se considera valiosa por cuanto permitiría a los profesionales responsables de los programas de salud reproductiva, replantear estrategias a partir de ella. Se hace necesario que las investigaciones se sustenten en modelos teóricos analizando cómo variables interdependientes, los conocimientos sobre las ITS y el contexto social. Algunos estudios sobre el riesgo de contraer VIH/SIDA desde el enfoque de comportamiento, analizaron indicadores cognitivos, asociados a prácticas de riesgo: conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, los cuales según Caballero (2007) varían según la edad, género, nivel escolar, etnicidad, religión y preferencia política.

### **Influencia de la gestión de salud sexual preventiva y de la promoción de la salud sexual sobre el riesgo de ITS**

En el centro materno infantil de VMT, como en las diferentes unidades que atienden la salud pública, se gestiona en base al Plan estrategia Nacional de Prevención y control de las ITS/VIH-SIDA, basado en los lineamientos de políticas de salud del Ministerio de Salud (MINSA) y las políticas de prevención recomendadas para los países de América por el Programa Sida de las Naciones Unidas (ONUSIDA),

Este accionar que se traduce en atención a las pacientes, permitió que se formasen una opinión acerca de la gestión de la salud sexual específicamente, hallándose que para el 49% de ellas la gestión era regular y para el 51% buena. Esta percepción se basa en que la mayoría consideró que se había fortalecido la institución, preparando personal para mejorar la atención en el área y coordinando con otros sectores las acciones pertinentes en salud sexual y reproductiva, lo que para el 77,6% se habría evidenciado con la disminución de la transmisión de sífilis y VIH de madre a hijo y para el 50% con la disminución de la transmisión sexual de ITS y VIH.

Estos resultados se fundamentaron en lo que Schwartz, (1974) y Jagdish, (1978) consideraron en relación con la salud comunitaria acerca de la importancia de que los usuarios estén bien informados y educados sanitariamente. En la salud comunitaria, la información y educación sanitaria son, pues, necesarias no sólo para que los ciudadanos contribuyan activamente a la protección, promoción y restauración de su propia salud, sino también para que estén preparados para que, a través de sus representantes democráticamente elegidos, puedan valorar las necesidades de salud de su comunidad, decidir sobre las acciones prioritarias que se deben emprender y evaluar su efectividad y la satisfacción de los usuarios una vez implementadas.

Acerca de la promoción de la salud sexual, la efectividad de las acciones estratégicas tomadas se evidenció en el alcance en la población, en concordancia con lo establecido por el Ministerio de salud, como un derecho inclusivo en la población (MINSA 2004). Es así que para el 62% de las usuarias la promoción fue inadecuada, debido especialmente a que no se promueve la participación ciudadana, ni se han reorientado los servicios y la inversión para lograr una promoción de la salud sexual más efectiva.

Los resultados del análisis estadístico advirtieron que la promoción de la salud sexual, influyó significativamente hasta en un 67,7% sobre el nivel de riesgo de las ITS, de acuerdo a la estimación de parámetros y según el  $R^2$  de Nagelkerke. A diferencia, se halló que la influencia de la gestión de salud sexual no fue significativa sobre el nivel de riesgo de ITS.

Acerca del riesgo de ITS en esta población se halló que el 35,9% se encontraba en alto riesgo, mientras que un 64,1% presentó bajo riesgo de ITS. Dado que el 74% de las usuarias mostró un conocimiento adecuado sobre las ITS, se asume que el nivel de riesgo más depende de las prácticas sexuales, las cuales fueron poco adecuadas en el 52,1% y adecuadas en el 46,4% de esta población.

Esta situación se agrava por el hecho de que muchas de estas infecciones son asintomáticas, lo que determina que las usuarias asisten a los servicios de salud hasta que aparecen complicaciones como la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), embarazo ectópico, infertilidad, complicaciones durante el embarazo y cáncer de cuello uterino.

El diagnóstico inicial de esta población, realizado por observación directa, advirtió que las usuarias se hallaban en alto riesgo de contraer infecciones de diversa índole y entre ellas las de transmisión sexual; esto se debía a que en un alto porcentaje iniciaron su actividad sexual precozmente, han tenido hijos a temprana edad y han tenido más de una pareja sexual, las que por el tipo de actividades que les proveen el sustento económico, se desenvuelven en compañía de personas promiscuas.

Atendiendo a Gómez (2012), quien, al analizar la Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en mujeres embarazadas atendidas en un centro de salud de Guayaquil, afirmó que, las infecciones de transmisión sexual pueden considerarse un problema social, altamente ligado al desconocimiento y la inconciencia del problema. Según datos estadísticos oficiales, lejos de bajar los casos, estos se mantienen y parecen tender al alza.

### **Influencia de la gestión de salud sexual preventiva y de la promoción de la salud sexual sobre el conocimiento sobre las ITS**

El análisis estadístico de la influencia de la promoción de la salud sobre el conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual; arrojó que de acuerdo a la estimación de parámetros influyó hasta en un 26,4%, según el  $R^2$  de Nagelkerke.

Este resultado se ratifica con el estudio de Kleincsrek (1994), quien en Chile estableció la relación entre el grado de conocimientos sobre las medidas de prevención de las ITS e infección por el VIH/SIDA, hallando un gran desconocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, especialmente sobre la gonorrea y la sífilis, aunque encontró mayor conocimiento en relación con el SIDA, sin embargo, este conocimiento se contradice con las escasas conductas de prevención que emplean.

Igualmente, Cervantes (2010) evaluó el nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes, fundamentándose en la revisión sistemática, de estudios mundiales sobre ITS en adolescentes y adultos jóvenes, llevada a cabo por Dehne y Riedner, en el 2005, quienes encontraron que en los diferentes contextos socioculturales, educativos y de salud, se brinda poca información sobre la sexualidad y las ITS, además de que ambientes hegemónicos favorecen la estigmatización y prácticas hostiles de control social de la sexualidad, a partir de factores ideológicos.

Zárate (2009), realizó un estudio de investigación para determinar la efectividad de la educación sanitaria en el nivel de conocimientos y prevención de infecciones de transmisión sexual en adolescentes de 4to y 5to de secundaria., hallando que existe la necesidad de abordar temas de prevención de infecciones de transmisión sexual estableciendo alianzas estratégicas entre salud y educación enfatizando la actividad preventiva promocional.

Silva, Andrade, Palacios, Rojas y Mendoça (2014), analizaron el nivel de conocimiento y comportamiento de riesgo de adolescentes mujeres sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en un Programa de Adolescentes de un hospital público, encontrando que más de la mitad conocían los síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual y una proporción similar usaba preservativo. No se observó correlación entre los niveles de conocimientos y las variables sociodemográficas, identificándose la necesidad de reforzar y evaluar el Programa de Adolescentes, para lograr la interiorización y concientización de las usuarias con la finalidad de que mantengan una adecuada salud reproductiva



En países en vías de desarrollo, como en México, el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual es muy bajo, especialmente en adolescentes, los que solo enfocan su atención en los conocimientos sobre el VIH/SIDA que le otorgan los prestadores de servicios de salud, no concibiendo que existen otro tipo de infecciones. A ello se agrega que los informantes son en primer lugar el personal de salud, seguido de los maestros y por último los parientes o amigos, lo que deja dudas de la calidad de información que estos adolescentes están recibiendo, siendo igualmente preocupante que las personas del sector salud a través de sus talleres y exposiciones no están empoderando al adolescente con el tema y quedan muchas dudas en cuanto a tratamiento, curas y técnicas de aplicación.

### **Influencia de la gestión de salud sexual preventiva y de la promoción de la salud sexual sobre las prácticas sexuales**

A partir de las pruebas que conforman el análisis estadístico se encontró que la promoción de la salud, tiene influencia sobre las prácticas sexuales; de acuerdo a la estimación de parámetros la promoción de la salud sexual ejerció una influencia que es explicada hasta en un 8,1%, según el  $R^2$  de Nagelkerke.

Se coincide en alguna medida con estudios como el de Martínez-Donate (2004) quien utilizando la teoría del comportamiento realizó un estudio con 370 estudiantes de preparatoria en Tijuana, Baja California, analizando las variables frecuencia del uso del condón, actitudes y estereotipos, obteniendo un alto riesgo de contraer HIV, embarazos e infecciones de transmisión sexual, debido a prácticas coitales sin protección.

Igualmente, Liana, Malaka y Lynne (2001) en un análisis de los hábitos en cuanto a las relaciones sexuales, hallaron que el 4.1 % de los adolescentes en el grupo de 15 a 19 años inició su vida sexual antes de cumplir los 15 años, siendo 3.5% en los hombres y 2.5% en las mujeres. El 32.8% de los adolescentes inician su vida sexual antes de cumplir los 19 años de edad. Por otro lado, el 1.6% de adolescentes tiene un conocimiento inadecuado de las ITS, llegando al 2.3% en las mujeres, mientras que en los hombres llegó a 0.7%. Así también el conocimiento

más acertado sobre el método para prevenir las ITS resulto ser el preservativo con 81.2%, seguido de la abstinencia sexual con 8.1 %.

Por otro lado, Caballero-Hoyos y Villaseñor (2001) sostuvieron que investigaciones apoyadas en diferentes modelos teóricos han demostrado que, a pesar de los conocimientos sobre las ITS, sus mecanismos de transmisión y las formas de prevenirlas, los adolescentes mantienen prácticas sexuales de riesgo, especialmente el inicio sexual temprano, el tener relaciones con múltiples parejas y el no utilizar preservativo de manera consistente y correcta.

Arrasco y Gonzales (2012) en su estudio buscó determinar la Relación entre “El Nivel de Conocimientos y las Prácticas Preventivas Sobre Infecciones de Transmisión Sexual VIH-SIDA. La muestra fue de 77 estudiantes del 5º año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo. Los resultados muestran que la mayoría de los estudiantes presentan un nivel de conocimiento medio (74.0%) y una práctica adecuada (64,9%). La prueba CHI CUADRADO demuestra que no hay relación directa  $\chi^2$  (5.991=  $p > 0.05$ ) rechazando nuestra hipótesis de estudio. Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA no tiene una relación directa ( $p > 0.05$ ) con la práctica preventiva; dentro de las características socio demográficas predominantes de la población de estudio.

Finalmente el estudio realizado por Abad (2014), para establecer los factores de riesgo culturales y su relación con las enfermedades de transmisión sexual en mujeres en edad fértil con la finalidad de orientar acciones de prevención y control de dichas infecciones; permite explicar que ello principalmente se debería a que el 60% de mujeres iniciaron su vida sexual entre los 14 y 18 años de edad, 52,31% tuvieron de 2 a 3 parejas sexuales, 42,31% nunca usaron preservativo, 77,69% desconocen los antecedentes de Enfermedades de transmisión sexual en sus parejas, 54,62% no conocen sobre las ETS y el 46,92% consideran las ETS como vergonzosas e inmorales.

## **V. Conclusiones**

**Primera conclusión:**

De acuerdo con los resultados, se halló que el 35,9% de usuarias del servicio de obstetricia presentaban alto riesgo de sufrir de infecciones de transmisión sexual y que esta población, consideró la gestión de la salud sexual preventiva como regular y buena en similar proporción, a diferencia de la promoción de la salud sexual, a quien la mayoría la consideró como inadecuada; asimismo, el análisis estadístico realizado determinó, de acuerdo a la estimación de parámetros, que la promoción de la salud sexual influyó en el riesgo de ITS, según el  $R^2$  de Nagelkerke hasta en un 67,7%; existió entonces evidencia estadística para concluir que la influencia de la gestión no fue significativa, a diferencia de la promoción de la salud sexual quien tuvo influencia positivamente significativa sobre el nivel de riesgo de ITS. Por tanto, se consideró como válida la hipótesis formulada.

**Segunda conclusión:**

A partir de las pruebas que conforman el análisis estadístico se conoció que solo la promoción de la salud, influyó significativamente sobre el conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual; de acuerdo a la estimación de parámetros influyó hasta en un 26,4%, según el  $R^2$  de Nagelkerke. En consecuencia, se tuvo la evidencia estadística para concluir que existe influencia sobre el conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula.

**Tercera conclusión:**

Los resultados de las pruebas que conforman el análisis estadístico determinaron que el factor independiente, promoción de salud sexual, influyó significativamente sobre las prácticas sexuales; de acuerdo a la estimación de parámetros la promoción de la salud sexual ejerció una influencia que es explicada hasta en un 8,1%, según el  $R^2$  de Nagelkerke. En consecuencia, se tenía suficiente evidencia estadística para concluir que existió influencia sobre las prácticas sexuales. Por tanto, se rechazó la hipótesis nula.

## **VI. Recomendaciones**

**Primera**

A las autoridades de los centros de atención primaria de la salud se les sugiere difundir sus acciones a la comunidad con la finalidad de generar en los usuarios confianza en que sus dolencias serán atendidas por personal calificado y que la institución está en condiciones de dar la asistencia adecuada.

**Segunda**

Incrementar las actividades participativas de los médicos y otros profesionales de la salud de los centros de salud especialmente en las escuelas de los sectores más deprimidos, brindando charlas informativas a estudiantes, profesores y padres de familia, sobre salud sexual y reproductiva.

**Tercera**

A los responsables de los centros de atención primaria en salud establecer alianzas estratégicas con organizaciones vecinales en busca de espacios de difusión de las medidas higiénico sanitarias que disminuyan el nivel de riesgo de ITS

## **Referencias bibliográficas**

- Abad Camacho, M. R. (2014). *Factores de riesgo culturales y enfermedades de transmisión sexual en mujeres en edad fértil* atendidas en el Centro de Salud N° 2 Dr. Hugo Guillermo González de Loja (Bachelor's thesis).
- Altamirano Carrera, X. M. (2012). *Programa educativo de prevención de enfermedades de transmisión sexual dirigido a mujeres en edad fértil* que acuden al subcentro de la Parroquia Pasa.
- Ander Egg, E. (2011). *Aprender a investigar: nociones básicas para la investigación social*. 1a ed. - Córdoba: Brujas, 190 p.
- Ausejo (2010). *Políticas públicas*. Lima: editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Burak, S. D. (1999). Protección, riesgo y vulnerabilidad. *J adolescencia y*, 489. *Adolescencia y juventud en América Latina / Solum Donas Burak, Compilador; Cartago: Libro Universitario Regional, 2001. 508 p.; cm.,*
- Caballero, R. (2007). *Fruto Prohibido y plaga: construcción Social del riesgo sexual del VIH/SIDA en adolescentes urbanos de diferentes estratos socioeconómicos*. México, Amate, pp. 21.
- Caballero-Hoyos R, Villaseñor A. (2001). *El estrato socioeconómico como factor predictor del uso de condón en adolescentes*. *Revista Salud Pública*; 35(6).
- Cáceres, C; Salazar, X; Rosasco, A; Fernández, P. (2002). *Ser Hombre en el Perú de hoy. Una mirada a la salud sexual desde la infidelidad, la violencia y la homofobia*. Lima, Redes Jóvenes, 2002. p. 41, 43
- Calero, J. (2004). *La infertilidad como evento de frustración personal. Vivencias y perspectivas de un grupo de varones cubanos*. Tesis para obtención del grado de Magíster en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. UPCH.
- Camejo (2010). *Determinación de la población riesgo para las enfermedades de transmisión sexual*. Proyecto de Investigación para optar el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Universidad



Médica La Habana. República Bolivariana De Venezuela. Distrito Metropolitano De Caracas.

- Cervantes, F. (2010). *Validación de instrumento sobre conocimientos en infecciones de transmisión sexual de los adolescentes escolares de un municipio en San Luís Potosí*. Tesis de maestría en Salud Pública. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Facultad De Enfermería. México.
- Dehne, K.L; Riedner, G. (2005). Sexually transmitted infection among adolescents: the need for adequate health services. Geneva. World Health Organization,
- Dixon –Mueller, R. (1999). *Las conexiones entre sexualidad y salud reproductiva*. En Seidenstein, S. y Moore, K. Editoras. *Aprendiendo sobre Sexualidad. Una manera práctica de comenzar*. The Population Council. International Women's Coalition. Santiago de Chile.
- Espada, J. P., Quiles-Sebastián, M. J., y Méndez-Carrillo, J. M. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del Sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-15.
- Ferlay J. (2004). *Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, GLOBOCAN 2002. IARC Cancer Base No. 5. version 2.0.
- Gavica, G., y Patricia, J. (2015). *Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en mujeres embarazadas atendidas en el año 2011-2012 en el centro de salud N. 1*.
- Hogart (1978). Glossary of health care terminology. Public health in Europe Nº 6 Regional office for Europe. WHO Copenhagen.
- Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA et al. (199). *Sexually transmitted diseases*, 3rd Edition. McGraw/Hill, USA, XXI.
- Liana R; Clark, M. y Lynne A. (2001). *Adolescent knowledge about sexually transmission disseases*. *University 01 Pennsylvania school 01 medicine*,

*center for excellence for minority health*, Philadelphia, Pennsylvania.  
Noviembre 20.

Magallanes, M. (2001). *Significados sociales del embarazo y uso de servicios prenatales*. Tesis para obtención del grado de Magíster en Salud Pública. UPCH.

Martinez-Donate. Risk for HIV Infection among Adolescents in the Border City 01 Tijuana, Mexico. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*.2004; 26: 407-425.

Mayaud P, Mabey D. (2004). *Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges*. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80:174–182

MINSA (2004). *Acciones a Desarrollar en el Eje Temático de Salud Sexual y Reproductiva*. Documento Técnico: Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú. Dirección general de Promoción de la salud. Ministerio de salud. Perú.

MINSA/DGSP/Dirección Ejecutiva de Atención Integral. (2004). Guías Nacionales de Atención de la salud sexual y reproductiva. Lima.

Montesano R. (2002). *Hepatitis B immunization and hepatocellular carcinoma: The Gambia Hepatitis Intervention Study*. *Journal of Medical Virology*, 2002, 67:444–446.

Nunnaly, Jum C. and Berstein, Ira H. 1994. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.

Olavarria, J. (2004). *Simposium Negociación y satisfacción sexual: complejidades de la relación de pareja*. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano de salud sexual y reproductiva. “De los silencios privados a las soluciones públicas”

Olavarría, J; Benavente, C; y Mellado, P. (1998). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile, FLACSO,.

- OMS (1997) Enfermedades de Transmisión Sexual. políticas y principios de prevención y asistencia. OMS: *ONUSIDA*, 11.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006-2015: romper la cadena de transmisión*. ISBN 978 92 4 356347 3.
- Pujades-Rodriguez M. et al. (2002). *Herpes simplex virus type 2 infection increases HIV incidence: a prospective study in rural Tanzania*. *AIDS*, 2002, 16:451–462
- Quintana, A. y Vásquez, E. (1999). *Construcción social de la sexualidad adolescente*. Lima. Instituto de Educación y salud, 1999.
- Rocha, J. (2011). *Revistas Online: San Pablo*. Recuperado el 25 de Junio de 2013, de <http://www.san-pablo.com.ar/rol/?seccion=articulos&id=1293>.
- Salleras (1985). *Educación sanitaria. Principios, métodos, aplicaciones*. Díaz de Santos S.A. Madrid; 268pp.
- Salleras, (1986). Proyecto docente e investigador de Medicina preventiva y salud pública. Barcelona; 399pp.
- Silva, J; Andrade, K; Palacios, E; Rojas, V y Mendonça, J. (2014). *Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres*. *Enfermería Universitaria* 2014,11:139-44
- Stokes, J; Noren, J; Shindell, S. (1982). *Definitions of terms and concepts applicable to clinical Preventive Medicine*. *J. Comm Health* 1982; 8:33-41.
- The World Health Report, (2004): *Changing History*. Geneva, World Health organization, 2004
- Vargas, T. (2004). *Simposium Negociación y satisfacción sexual: complejidades de la relación de pareja*. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano

de salud sexual y reproductiva. “De los silencios privados a las soluciones públicas”. Presentación en PowerPoint del día 27 de Noviembre 2004

Weinstock H, Berman S, Cates W. (2000). *Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates*. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2004, 36:6–10.

Weiss H. (2004). *Epidemiology of herpes simplex virus type 2 infection in the developing world*. Herpes, 2004, 11 (Suppl. 1):24A–35A.

World Health Organization (2001). Global prevalence and incidence of curable STIs. Geneva, WHO/CDS/CDR/ EDC/2001.10.

World Health Organization (2003). *State of the art of new vaccines: research and development*. Geneva, Initiative for Vaccine Research.

World Health Organization, (2002). Hepatitis B. Geneva, (WHO/CDS/CSR/LYO/2002.2):

## **Anexos**

### Anexo 1. Matriz de consistencia

#### Gestión de salud preventiva y promoción de salud sexual en el nivel de riesgo de ITS en usuarias del servicio de Obstetricia del Centro Materno infantil de Villa María del Triunfo

Problema	Hipótesis	Objetivos	Variables		
			Dimensiones	Indicadores	Ítems
<b>General</b> ¿Cómo influyen la gestión de salud preventiva y la promoción de salud reproductiva en el nivel de riesgo de Infecciones de transmisión sexual, en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo?	<b>General</b> La gestión de salud preventiva y la promoción de salud reproductiva influyen positivamente en el nivel de riesgo de Infecciones de transmisión sexual, en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.	<b>General</b> Establecer los niveles de influencia de la gestión de salud preventiva y de la promoción de salud reproductiva en el nivel de riesgo de Infecciones de transmisión sexual, en las usuarias del servicio obstétrico del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.	<b>V1: gestión de salud preventiva</b>		
			Fortalecimiento institucional para el control de las ITS-VIH/SIDA	Potenciar la capacidad técnica de los equipos multidisciplinarios de la ESNPC ITS-VIH /SIDA de las Micro redes	
			Fortalecimiento de la coordinación multisectorial para el control de las ITS-VIH/SIDA	Articular acciones del MINSA y sociedad civil en el marco de la ESNPC ITS-VIH /SIDA. Gestionar apoyo técnico y económico de los organismos privados especializados en el tema ITS-VIH/SIDA.	
			Disminución de la transmisión vertical de la SIFILIS y el VIH.	Fomentar intervenciones que disminuyan el riesgo de transmisión de la Sífilis y el VIH. Garantizar el tamizaje para Sífilis y VIH. Garantizar el tratamiento para Sífilis y VIH según protocolo	
			Disminución de la transmisión sexual de las ITS-VIH/SIDA en población general concentrada y con factor de riesgo	Fomentar intervenciones que disminuyan el riesgo de transmisión de las ITS-VIH/SIDA. Garantizar el Manejo Sintomático de las ITS. Garantizar el tratamiento precoz de ITS curables. Fortalecer la Consejería 4C para ITS	
			<b>V2: Promoción de la salud sexual</b>		
			Desarrollar alianzas intra e intersectoriales	Coordina con las instituciones en el ámbito local Promueve las oportunidades para identificación de problemas Impulsa los mecanismos institucionales y funcionales	1. 2. 3.
			Mejorar las condiciones del medio ambiente	Capacita al personal del establecimiento de Salud en temas de promoción Sexual y Reproductiva. Sensibiliza a los líderes sociales para la defensa y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. Logra que las organizaciones sociales de base se involucren activamente	4. 5. 6.
				Capacita al personal de salud en temas de los derechos asociados con la salud Sexual y Reproductiva,	7.

Específico 2:  ¿Cómo influyen la gestión de salud preventiva y la promoción de la salud en las prácticas sexuales, en las usuarias del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo?	Específico 2:  La gestión de salud preventiva y la promoción de la salud influyen positivamente en las prácticas sexuales, en las usuarias del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.	Específico 2:  Determinar la influencia de la gestión de salud preventiva y la promoción de la salud en las prácticas sexuales, en las usuarias del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.	Promover la participación comunitaria	Promueve el aprendizaje de los derechos que asisten a las mujeres y adolescentes	8.		
			Reorientar los servicios de salud	Desarrolla acciones para lograr obtener recursos	9.		
				Promueve el involucramiento de las empresas públicas y privadas de la comunidad	10.		
				Impulsa la asignación de recursos destinados a la Promoción de la salud	11.		
			<b>V3: Riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual</b>				
			Conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento	Reconoce los síntomas de las infecciones de Transmisión sexual	1 al 7		
				Conoce las medidas de prevención contra las infecciones de Transmisión sexual	8 al 19		
			Prácticas sexuales	Reconoce las medidas adecuadas del tratamiento de las infecciones de Transmisión sexual	20 al 24		
				Promiscuidad sexual	25 al 27		
				Hábitos sexuales	28 al 31		
	Uso de condón o preservativo	32 al 37					

## Anexo 2. Matriz de Operacionalización de variables

### Operacionalización de la variable *Gestión de salud sexual preventiva.*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Índices	Escala
Fortalecimiento institucional para el control de las ITS-VIH/SIDA	Potenciar la capacidad técnica de los equipos multidisciplinarios de la ESNPC ITS-VIH /SIDA de las Micro redes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se realizan más campañas para la prevención y atención de ITS</li> <li>2. Se han mejorado los ambientes para la atención obstétrica.</li> <li>3. Han aumentado los equipos para la atención de las pacientes, en el servicio de obstetricia y ginecología</li> <li>4. Los promotores educadores de pares están capacitados para realizar actividades de prevención y consejería.</li> <li>5. El personal del centro de salud comunica adecuadamente las actividades de promoción de servicios y de pruebas</li> <li>6. Se ha reducido el cobro por los servicios en el centro de salud</li> <li>7. El público tiene un mejor concepto de los servicios de asistencia de ITS</li> <li>8. El personal que atienden muestra mayor profesionalismo</li> </ol>		Se empleará una escala ordinal para la medición de esta variable.
Fortalecimiento de la coordinación multisectorial para el control de las ITS-VIH/SIDA	Articular acciones del MINSA y sociedad civil en el marco de la ESNPC ITS-VIH /SIDA.	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. El personal difunde en las escuelas del sector determinados contenidos sobre ITS</li> <li>10. Los profesionales de la salud promocionan los estilos de vida saludable en adolescentes y jóvenes, en los temas de ITS/VIH/SIDA en escuelas y otras organizaciones comunales</li> <li>11. Se busca la participación de las organizaciones de poblaciones más vulnerables y con alta prevalencia de ITS</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. En total desacuerdo</li> <li>7. En desacuerdo</li> <li>8. No precisa</li> </ol>	<b>Niveles y rangos</b>  Muy buena Gestión  (144 a 180)  Buena gestión
	Gestionar apoyo técnico y económico de los organismos privados especializados en el tema ITS-VIH/SIDA.	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Utilizan diversas estrategias para reclutar promotores educadores de pares.</li> <li>13. El centro de salud es apoyado por Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), para la promoción y prevención en distintas poblaciones focalizadas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. De acuerdo</li> <li>10. Totalmente de acuerdo</li> </ol>	
Disminución de la transmisión vertical de la SIFILIS y el VIH.	Fomentar intervenciones que disminuyan el riesgo de transmisión de la Sífilis y el VIH.	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Produce materiales de Información/educación/comunicación (folletos y rotafolios) adecuados al tipo de población al que estén dirigidos</li> <li>15. Se han creado equipos móviles de consejería, atención de ITS y promoción de servicios.</li> <li>16. A través de los pares se entregan medios de prevención (condones y lubricantes),</li> <li>17. Los pares dan a conocer los servicios de salud para tratamiento de ITS.</li> <li>18. Existe disminución del estigma y la discriminación de las personas afectadas.</li> </ol>		
	Garantizar el tamizaje para Sífilis y VIH.	<ol style="list-style-type: none"> <li>19. Realizan pruebas gratuitas de diagnóstico y seguimiento de sífilis y de VIH en gestantes durante su primer control prenatal.</li> <li>20. Se da el Tamizaje y tratamiento para sífilis y VIH en gestantes que acudieron a los servicios de salud y a quienes se les efectuó control prenatal.</li> </ol>		



	Garantizar el tratamiento para Sífilis y VIH según protocolo	<p>21. Se realizan campañas de difusión de despistaje del VIH en la gestante, dirigidas a la población general.</p> <p>22. Se ha mejorado el acceso a los servicios de salud</p> <p>23. El personal está capacitado en la prevención de la transmisión vertical del VIH y la eliminación de la sífilis congénita.</p> <p>24. El SIS reembolsa por la leche artificial al recién nacido (por un período de 6 meses) en caso de infección en la madre.</p>		(108 a 143)
Disminución de la transmisión sexual de las ITS-VIH/SIDA en población general concentrada y con factor de riesgo	Fomentar intervenciones que disminuyan el riesgo de transmisión de las ITS-VIH/SIDA.	<p>25. Se realizan campañas de prevención de ITS dirigida a adolescentes y jóvenes, mediante spots radiales.</p> <p>26. Se producen y difunden folletos de promoción del condón a adolescentes y jóvenes más expuestos.</p> <p>27. Se producen y difunden folletos de conductas sexuales saludables a adolescentes y jóvenes más expuestos.</p> <p>28. Se producen y difunden folletos de prevención de ITS a adolescentes y jóvenes más expuestos.</p> <p>29. Se desarrollan acciones de consejería para jóvenes más expuestos</p>		Gestión regular (72 a 107)
	Garantizar el Manejo Síndromico de las ITS.	<p>30. Se realizan campañas de diagnóstico y tratamiento precoz de las ITS.</p> <p>31. Se da el tratamiento para las principales ITS (de la persona afectada y de su pareja) tanto en hombres (descarga uretral, úlcera genital, bubón inguinal) como en mujeres (descenso vaginal, úlcera genital y cervicitis).</p>		Gestión deficiente (36 a 71)
	Garantizar el tratamiento precoz de ITS curables.	<p>32. Se da la atención oportuna y el tratamiento adecuado de las ITS-VIH/SIDA.</p> <p>33. Se asegura la disposición de los medicamentos</p>		
	Fortalecer la Consejería 4C para ITS	<p>34. Se promueve el uso de condón en poblaciones de mayor riesgo de transmisión de VIH o más expuestas (HSH, TS).</p> <p>35. La consejería y las pruebas voluntarias de VIH se realizan de manera sistemática y periódica.</p> <p>36. Se han implementado programas sobre educación sexual, ITS y VIH</p>		

### Operacionalización de la variable promoción de la salud<sup>1</sup>

Dimensiones <sup>2</sup>	Indicadores	Índices	Escala de medición
Lineamiento 1: Desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud Sexual y Reproductiva	12. Coordina con las instituciones en el ámbito local para favorecer la promoción de la salud sexual y reproductiva, 13. Promueve las oportunidades para identificación de problemas y toma de decisiones en relación a la salud sexual y reproductiva. 14. Impulsa los mecanismos institucionales y funcionales para la implementación de acciones que contribuyan a la salud sexual y reproductiva.		
Lineamiento 2: Promover la participación comunitaria en la promoción de la salud y el desarrollo local.	15. Capacita a los agentes comunitarios de salud en temas de promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en maternidad saludable. 16. Sensibiliza a los líderes sociales para la defensa y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. 17. Logra que las organizaciones sociales de base se involucren activamente en la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.	Siempre	Ordinal
Lineamiento 3: Reorientar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en los ámbitos intra y extra mural.	18. Capacita al personal de salud en temas de los derechos asociados con la salud Sexual y Reproductiva, 19. Genera documentos normativos que orienten el trabajo intra y extra mural para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional.	Algunas veces Nunca	
Lineamiento 4: Reorientar la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local.	20. Desarrolla acciones para lograr obtener recursos para el trabajo en Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. 21. Promueve el involucramiento de las empresas públicas y privadas de la comunidad en el presupuesto para las acciones de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. 22. Impulsa la asignación de recursos destinados a la Promoción de la salud sexual y reproductiva, en el ámbito familiar, escolar, comunitario y laboral.		

<sup>1</sup>Documento Técnico Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú Acciones a Desarrollar en el Eje Temático de Salud Sexual y Reproductiva (p.14). Dirección general de promoción de la salud. MINSA

<sup>2</sup>Lineamientos de Política de Promoción de la Salud y en el Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud,

### Operacionalización de la variable riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Índices	Escala de medición
Conocimiento de síntomas, prevención y tratamiento de las enfermedades de contagio sexual	Reconoce los síntomas de las infecciones de Transmisión sexual	1. ¿Has oído hablar de enfermedades venéreas o de contagio sexual?	SIEMPRE (2)	Ordinal:  Muy alto riesgo
		2. ¿La información sobre las enfermedades venéreas o de contagio sexual, te la dio un personal de salud o un profesor?		
		3. ¿Puede una persona que está contagiada con una enfermedad de contacto sexual verse sana (sin síntomas)?		
		4. ¿Llagas, úlceras, ronchas o ampollas cerca de los órganos sexuales o en la boca son síntomas de estas enfermedades?		
		5. ¿Cuándo se dan estas enfermedades hay ardor o dolor al orinar, defecar o tener relaciones sexuales?		
		6. ¿Cuándo se dan estas enfermedades, hay salida de líquido de mal olor por el pene o la vagina?		
		7. ¿Sabes cómo reconocer una infección de transmisión sexual?		
	Conoce las medidas de prevención contra las infecciones de Transmisión sexual	8. ¿Las enfermedades de contagio sexual pueden transmitirse por relaciones sexuales sin protección?	ALGUNAS VECES (1)	Alto riesgo
		9. ¿Puede una mujer que está contagiada de una enfermedad de contacto sexual transmitir la enfermedad a su hijo durante el embarazo o el parto?		
		10. ¿Puede una persona que está contagiada de una enfermedad de transmisión sexual transmitir la enfermedad a través del uso compartido de objetos punzocortantes (cuchillos, navajas, agujas) o transfusiones sanguíneas?		
		11. ¿Una persona que usa siempre condón o preservativos en forma correcta, estará protegida contra el contagio de estas enfermedades?	NUNCA (0)	Bajo riesgo  Sin riesgo
		12. ¿Estas enfermedades pueden ser prevenidas si se usan medicamentos para la infección, como la penicilina, antes o después de tener relaciones sexuales?		
		13. ¿Pueden estas enfermedades ser prevenidas o tratadas usando medicina tradicional?		
		14. ¿Pueden estas enfermedades ser prevenidas si se eligen cuidadosamente las parejas sexuales?		

		15. ¿Pueden estas enfermedades prevenirse con la limpieza de los genitales después de tener relaciones sexuales?		
		16. ¿Pueden estas enfermedades ser prevenidas comiendo una gran cantidad de verduras?		
		17. ¿Pueden estas enfermedades ser prevenidas si no se bebe agua del mismo vaso de una persona enferma?		
		18. ¿Pueden estas enfermedades ser prevenidas si no se cambian las parejas sexuales?		
		19. ¿Estas enfermedades pueden causar esterilidad o incapacidad para tener hijos?		
	Reconoce las medidas adecuadas del tratamiento de las infecciones de Transmisión sexual	20. ¿Si un médico receta un medicamento para una enfermedad de contagio sexual, sólo se lo debe tomar hasta que desaparezcan los síntomas?		
		21. ¿Pueden algunas de estas enfermedades causar la muerte?		
		22. ¿Te han diagnosticado alguna enfermedad de contagio sexual?		
		23. ¿Debe contársele a la(s) pareja(s) sexual(es) si se ha tenido una enfermedad de contagio sexual?		
		24. ¿Deben recibir la(s) pareja(s) sexual(es) algún tratamiento médico, si uno ha tenido una enfermedad de contagio sexual?		
Prácticas sexuales	Promiscuidad sexual	25. ¿Tuviste relaciones sexuales por primera vez, después de los 20 años?	SI (1)  NO (0)	
		26. ¿Has tenido solo una pareja sexual en tu vida?		
		27. ¿Has evitado las parejas sexuales casuales?		
	Hábitos sexuales	28. ¿Practicas el sexo anal?		
		29. ¿Practicas el sexo oral?		
		30. ¿Tu o tu pareja evitan consumir alcohol antes de tener relaciones sexuales?		
	Uso de condón o preservativo	31. ¿Tu o tu pareja no consumen drogas antes de tener relaciones sexuales?		
		32. ¿La primera vez que tuviste relaciones, tu o tu pareja utilizó condón?		
		33. ¿Tu o tu(s) pareja(s) usaron condones o preservativos en sus relaciones sexuales?		
34. ¿Tu o tu(s) pareja(s) usaron condones o preservativos para evitar embarazos?				

		35. ¿Tu o tu(s) pareja(s) usaron condones o preservativos para protegerse de enfermedades de contagio sexual?		
		36. ¿Se colocan el condón siempre antes de la primera penetración?		
		37. ¿Se quitan el condón después de terminar?		

### Anexo 3. instrumentos

#### Escala de opinión sobre gestión de salud sexual preventiva

**Indicaciones:** Lea con atención cada pregunta y marque el casillero que considere es la respuesta, de acuerdo a lo siguientes índices: TA: totalmente de acuerdo; A: de acuerdo; IN: indeciso; D: en desacuerdo; TD: totalmente en desacuerdo.

ÍTEMS	TA	A	IN	D	TD
1. Se realizan más campañas para la prevención y atención de ITS					
2. Se han mejorado los ambientes para la atención obstétrica.					
3. Han aumentado los equipos para la atención de las pacientes, en el servicio de obstetricia y ginecología					
4. Los promotores educadores de pares están capacitados para realizar actividades de prevención y consejería.					
5. El personal del centro de salud comunica adecuadamente las actividades de promoción de servicios y de pruebas					
6. Se ha reducido el cobro por los servicios en el centro de salud					
7. El público tiene un mejor concepto de los servicios de asistencia de ITS					
8. El personal que atienden muestra mayor profesionalismo					
9. El personal difunde en las escuelas del sector determinados contenidos sobre ITS					
10. Los profesionales de la salud promocionan los estilos de vida saludable en adolescentes y jóvenes, en los temas de ITS/VIH/SIDA en escuelas y otras organizaciones comunales					
11. Se busca la participación de las organizaciones de poblaciones más vulnerables y con alta prevalencia de ITS					
12. Utilizan diversas estrategias para reclutar promotores educadores de pares.					
13. El centro de salud es apoyado por Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), para la promoción y prevención en distintas poblaciones focalizadas.					
14. Produce materiales de Información/educación/comunicación (folletos y rotafolios) adecuados al tipo de población al que estén dirigidos					
15. Se han creado equipos móviles de consejería, atención de ITS y promoción de servicios.					
16. A través de los pares se entregan medios de prevención (condones y lubricantes),					
17. Los pares dan a conocer los servicios de salud para tratamiento de ITS.					
18. Existe disminución del estigma y la discriminación de las personas afectadas.					
19. Realizan pruebas gratuitas de diagnóstico y seguimiento de sífilis y de VIH en gestantes durante su primer control prenatal.					
20. Se da el Tamizaje y tratamiento para sífilis y VIH en gestantes que acudieron a los servicios de salud y a quienes se les efectuó control prenatal.					
21. Se realizan campañas de difusión de despistaje del VIH en la gestante, dirigidas a la población general.					
22. Se ha mejorado el acceso a los servicios de salud					
23. El personal está capacitado en la prevención de la transmisión vertical del VIH y la eliminación de la sífilis congénita.					
24. El SIS reembolsa por la leche artificial al recién nacido (por un período de 6 meses) en caso de infección en la madre.					
25. Se realizan campañas de prevención de ITS dirigida a adolescentes y jóvenes, mediante spots radiales.					
26. Se producen y difunden folletos de promoción del condón a adolescentes y jóvenes más expuestos.					
27. Se producen y difunden folletos de conductas sexuales saludables a adolescentes y jóvenes más expuestos.					
28. Se producen y difunden folletos de prevención de ITS a adolescentes y jóvenes más expuestos.					
29. Se desarrollan acciones de consejería para jóvenes más expuestos					
30. Se realizan campañas de diagnóstico y tratamiento precoz de las ITS.					
31. Se da el tratamiento para las principales ITS (de la persona afectada y de su pareja) tanto en hombres (descarga uretral, úlcera genital, bubón inguinal) como en mujeres (descenso vaginal, úlcera genital y cervicitis).					
32. Se da la atención oportuna y el tratamiento adecuado de las ITS-VIH/SIDA.					
33. Se asegura la disposición de los medicamentos					
34. Se promociona el uso de condón en poblaciones de mayor riesgo de transmisión de VIH o más expuestas (HSH, TS).					
35. La consejería y las pruebas voluntarias de VIH se realizan de manera sistemática y periódica.					
36. Se han implementado programas sobre educación sexual, ITS y VIH					

### Escala de opinión sobre la promoción de salud reproductiva

**Indicaciones:** Lea con atención cada pregunta y marque el casillero que considere es la respuesta, de acuerdo a lo siguientes índices: S: siempre; Av: algunas veces; N: nunca

ÍTEMS		S	Av	N
1	Coordina con las instituciones en el ámbito local para favorecer la promoción de la salud sexual y reproductiva,			
2	Promueve las oportunidades para identificación de problemas y toma de decisiones en relación a la salud sexual y reproductiva.			
3	Impulsa los mecanismos institucionales y funcionales para la implementación de acciones que contribuyan a la salud sexual y reproductiva.			
4	Capacita a los agentes comunitarios de salud en temas de promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en maternidad saludable.			
5	Sensibiliza a los líderes sociales para la defensa y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.			
6	Logra que las organizaciones sociales de base se involucren activamente en la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.			
7	Capacita al personal de salud en temas de los derechos asociados con la salud Sexual y Reproductiva,			
8	Genera documentos normativos que orienten el trabajo intra y extra mural para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional.			
9	Desarrolla acciones para lograr obtener recursos para el trabajo en Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.			
10	Promueve el involucramiento de las empresas públicas y privadas de la comunidad en el presupuesto para las acciones de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.			
11	Impulsa la asignación de recursos destinados a la Promoción de la salud sexual y reproductiva, en el ámbito familiar, escolar, comunitario y laboral.			

### Cuestionario para establecer el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual

**Indicaciones:** Lea con atención cada pregunta y marque el casillero que considere es la respuesta, según los siguientes índices: S: siempre/Si; Av: algunas veces; N: nunca/No

ÍTEMS	S	Av.	N
1. ¿Has oído hablar de enfermedades venéreas o de contagio sexual?			
2. ¿La información sobre las enfermedades venéreas o de contagio sexual, te la dio un personal de salud o un profesor?			
3. ¿Puede una persona que está contagiada con una enfermedad de contacto sexual verse sana (sin síntomas)?			
4. ¿Llagas, úlceras, ronchas o ampollas cerca de los órganos sexuales o en la boca son síntomas de estas enfermedades?			
5. ¿Cuándo se dan estas enfermedades hay ardor o dolor al orinar, defecar o tener relaciones sexuales?			
6. ¿Cuándo se dan estas enfermedades, hay salida de líquido de mal olor por el pene o la vagina?			
7. ¿Sabes cómo reconocer una infección de transmisión sexual?			
8. ¿Las enfermedades de contagio sexual pueden transmitirse por relaciones sexuales sin protección?			
9. ¿Puede una mujer que está contagiada de una enfermedad de contacto sexual transmitir la enfermedad a su hijo durante el embarazo o el parto?			
10. ¿Puede una persona que está contagiada de una enfermedad de transmisión sexual transmitir la enfermedad a través del uso compartido de objetos punzocortantes (cuchillos, navajas, agujas) o transfusiones sanguíneas?			
11. ¿Una persona que usa siempre condón o preservativos en forma correcta, estará protegida contra el contagio de estas enfermedades?			
12. ¿Estas enfermedades pueden ser prevenidas si se usan medicamentos para la infección, como la penicilina, antes o después de tener relaciones sexuales?			
13. ¿Pueden estas enfermedades ser prevenidas o tratadas usando medicina tradicional?			
14. ¿Pueden estas enfermedades ser prevenidas si se eligen cuidadosamente las parejas sexuales?			
15. ¿Pueden estas enfermedades prevenirse con la limpieza de los genitales después de tener relaciones sexuales?			
16. ¿Pueden estas enfermedades ser prevenidas comiendo una gran cantidad de verduras?			
17. ¿Pueden estas enfermedades ser prevenidas si no se bebe agua del mismo vaso de una persona enferma?			
18. ¿Pueden estas enfermedades ser prevenidas si no se cambian las parejas sexuales?			
19. ¿Estas enfermedades pueden causar esterilidad o incapacidad para tener hijos?			



20. ¿Si un médico receta un medicamento para una enfermedad de contagio sexual, sólo se lo debe tomar hasta que desaparezcan los síntomas?			
21. ¿Pueden algunas de estas enfermedades causar la muerte?			
22. ¿Te han diagnosticado alguna enfermedad de contagio sexual?			
23. ¿Debe contársele a la(s) pareja(s) sexual(es) si se ha tenido una enfermedad de contagio sexual?			
24. ¿Deben recibir la(s) pareja(s) sexual(es) algún tratamiento médico, si uno ha tenido una enfermedad de contagio sexual?			
25. ¿Tuviste relaciones sexuales por primera vez, después de los 20 años?			
26. ¿Has tenido solo una pareja sexual en tu vida?			
27. ¿Has evitado las parejas sexuales casuales?			
28. ¿Practicas el sexo anal?			
29. ¿Practicas el sexo oral?			
30. ¿Tu o tu pareja evitan consumir alcohol antes de tener relaciones sexuales?			
31. ¿Tu o tu pareja no consumen drogas antes de tener relaciones sexuales?			
32. ¿La primera vez que tuviste relaciones, tu o tu pareja utilizó condón?			
33. ¿Tu o tu(s) pareja(s) usaron condones o preservativos en sus relaciones sexuales?			
34. ¿Tu o tu(s) pareja(s) usaron condones o preservativos para evitar embarazos?			
35. ¿Tu o tu(s) pareja(s) usaron condones o preservativos para protegerse de enfermedades de contagio sexual?			
36. ¿Se colocan el condón siempre antes de la primera penetración?			
37. ¿Se quitan el condón después de terminar?			

### Anexo 4. Análisis de confiabilidad

**Prueba estadística:** Alfa de Cronbach

**Variable:** Gestión de salud sexual preventiva

**Muestra:** Prueba piloto

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>			
		N	%
Casos	Válido	25	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	25	100,0

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,616	5

**Variable:** Promoción de la salud

**Muestra:** Prueba piloto

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>			
		N	%
Casos	Válido	25	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	25	100,0

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,622	5

**Variable:** Riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual

**Muestra:** Prueba piloto

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>			
		N	%
Casos	Válido	25	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	25	100,0

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,794	3

## **Anexo 5. Base de datos**

21	14	33	37	105	2	2	2	3	9	29	9	38	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	3	3	3	
24	9	40	33	106	3	2	2	4	11	22	10	32	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3	
26	14	41	37	118	4	2	3	3	12	18	7	25	3	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	3	2	
25	16	45	39	125	5	5	3	4	17	16	7	23	3	3	3	2	3	2	2	2	1	2	2	3	2	
24	13	34	38	109	5	1	3	2	11	18	3	21	2	2	3	2	3	2	1	2	1	1	2	2	2	
23	11	35	36	105	3	2	3	2	10	28	9	37	2	2	3	1	2	1	1	2	1	1	3	3	3	
19	18	36	34	107	5	4	2	1	12	26	7	33	2	3	3	1	2	2	1	1	1	2	3	3	3	
23	15	34	36	108	4	2	2	2	10	25	9	34	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	3	3	3	
26	12	38	37	113	4	3	3	4	14	21	4	25	3	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2	
26	16	35	41	118	2	3	3	5	13	21	8	29	3	3	3	2	3	1	1	2	2	2	2	3	2	
19	13	35	40	107	3	4	2	3	12	25	9	34	2	2	3	1	2	1	1	1	1	2	3	3	3	
23	15	40	35	113	4	2	2	4	12	18	9	27	2	2	3	1	3	1	1	1	1	2	2	3	2	
25	12	36	35	108	3	1	1	2	7	32	10	42	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1	3	3	3	
24	12	36	37	109	4	4	3	5	16	18	7	25	2	2	3	2	3	1	1	2	2	2	2	3	2	
27	15	34	37	113	5	3	3	2	13	21	9	30	3	2	3	2	3	2	1	2	1	2	2	3	2	
18	10	35	38	101	4	2	3	0	9	21	7	28	2	2	3	1	2	1	1	2	1	1	2	3	2	
24	12	36	36	108	5	2	0	4	11	25	8	33	2	2	3	2	2	2	1	1	1	1	3	3	3	
26	12	33	40	111	5	4	1	3	13	20	6	26	3	2	2	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	
21	11	36	38	106	3	2	1	2	8	22	9	31	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	2	3	3	
24	11	37	35	107	3	2	2	4	11	27	6	33	2	2	3	2	2	1	1	1	1	1	3	2	3	
24	11	37	36	108	4	0	0	3	7	25	7	32	2	2	3	2	2	1	1	1	1	1	3	3	3	
26	10	34	36	106	1	1	2	3	7	25	7	32	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1	3	3	3	
20	14	33	39	106	2	3	2	2	9	28	5	33	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	3	2	3	
20	12	34	35	101	1	0	1	4	6	23	8	31	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	2	3	3	
24	14	38	38	114	2	1	3	6	12	20	6	26	2	2	3	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	
29	12	37	40	118	5	4	2	3	14	16	7	23	3	2	3	2	3	2	1	1	1	2	2	3	2	
22	11	32	36	101	3	3	4	3	13	25	7	32	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	3	3	3	
26	15	31	35	107	3	3	2	2	10	26	9	35	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	3	3	3	
26	15	36	36	113	4	4	3	5	16	22	7	29	3	2	3	2	3	1	1	2	2	2	2	3	2	
25	15	35	37	112	5	3	2	3	13	24	5	29	3	2	3	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	
21	15	36	40	112	4	2	2	4	12	13	5	18	2	2	3	1	3	1	1	1	1	2	2	2	2	
26	11	37	38	112	5	3	2	2	12	24	6	30	3	2	3	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	
24	9	37	32	102	3	1	2	4	10	25	7	32	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	3	3	3	
21	13	41	37	112	4	2	3	2	11	17	3	20	2	2	3	1	3	1	1	2	1	2	2	2	2	
23	12	41	38	114	2	4	2	4	12	21	8	29	2	2	3	1	3	1	1	1	1	2	2	3	2	
25	10	33	38	106	2	1	1	5	9	22	9	31	3	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	3	3
23	14	35	36	108	3	4	0	1	8	24	9	33	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	2	3	3	
25	8	41	41	115	6	4	2	6	18	19	8	27	3	1	3	2	3	2	1	1	2	2	2	3	2	
23	18	29	35	105	3	1	2	2	8	23	8	31	2	3	2	1	2	1	1	1	1	1	2	3	3	
27	12	34	35	108	5	1	3	0	9	26	6	32	3	2	3	2	2	2	1	2	1	1	3	2	3	
23	12	32	40	107	3	2	3	1	9	26	9	35	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	3	3	3	
28	13	30	32	103	1	2	1	5	9	24	7	31	3	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	3	3	
25	14	33	37	109	3	3	1	5	12	24	5	29	3	2	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	2	
23	12	35	37	107	2	2	3	4	11	25	6	31	2	2	3	1	2	1	1	2	1	1	3	2	3	
24	14	37	40	115	5	3	1	4	13	18	5	23	2	2	3	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	
23	12	33	33	101	2	3	2	4	11	24	8	32	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	3	3	
21	14	33	37	105	2	2	2	3	9	29	9	38	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	3	3	3	
24	9	40	33	106	3	2	2	4	11	22	10	32	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3	
21	14	33	37	105	4	2	3	3	12	18	7	25	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	3	2	

24	9	40	33	106	5	5	3	4	17	16	7	23	2	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
26	14	41	37	118	5	1	3	2	11	18	3	21	3	2	3	2	3	2	1	2	1	1	2	2	2
25	16	45	39	125	3	2	3	2	10	28	9	37	3	3	3	2	3	1	1	2	1	1	3	3	3
24	13	34	38	109	5	4	2	1	12	26	7	33	2	2	3	2	3	2	1	1	1	2	3	3	3
23	11	35	36	105	4	2	2	2	10	25	9	34	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	3	3	3
19	18	36	34	107	4	3	3	4	14	21	4	25	2	3	3	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2
23	15	34	36	108	2	3	3	5	13	21	8	29	2	2	3	1	2	1	1	2	2	2	2	3	2
26	12	38	37	113	3	4	2	3	12	25	9	34	3	2	3	2	3	1	1	1	1	2	3	3	3
26	16	35	41	118	4	2	2	4	12	18	9	27	3	3	3	2	3	1	1	1	1	2	2	3	2
19	13	35	40	107	3	1	1	2	7	32	10	42	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	3	3	3
23	15	40	35	113	4	4	3	5	16	18	7	25	2	2	3	1	3	1	1	2	2	2	2	3	2
25	12	36	35	108	5	3	3	2	13	21	9	30	3	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2
24	12	36	37	109	4	2	3	0	9	21	7	28	2	2	3	2	3	1	1	2	1	1	2	3	2
27	15	34	37	113	5	2	0	4	11	25	8	33	3	2	3	2	3	2	1	1	1	1	3	3	3
18	10	35	38	101	5	4	1	3	13	20	6	26	2	2	3	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2
24	12	36	36	108	3	2	1	2	8	22	9	31	2	2	3	2	2	1	1	1	1	2	3	3	3
26	12	33	40	111	3	2	2	4	11	27	6	33	3	2	2	2	3	1	1	1	1	3	2	3	3
21	11	36	38	106	4	0	0	3	7	25	7	32	2	2	3	1	2	1	1	1	1	3	3	3	3
24	11	37	35	107	1	1	2	3	7	25	7	32	2	2	3	2	2	1	1	1	1	3	3	3	3
24	11	37	36	108	2	3	2	2	9	28	5	33	2	2	3	2	2	1	1	1	1	3	2	3	3
26	10	34	36	106	1	0	1	4	6	23	8	31	3	2	3	2	2	1	1	1	1	2	3	3	3
20	14	33	39	106	2	1	3	6	12	20	6	26	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2
20	12	34	35	101	5	4	2	3	14	16	7	23	2	2	3	1	2	2	1	1	1	2	2	3	2
24	14	38	38	114	3	3	4	3	13	25	7	32	2	2	3	2	3	1	1	2	1	2	3	3	3
29	12	37	40	118	3	3	2	2	10	26	9	35	3	2	3	2	3	1	1	1	1	3	3	3	3
22	11	32	36	101	4	4	3	5	16	22	7	29	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	3	2
26	15	31	35	107	5	3	2	3	13	24	5	29	3	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2
26	15	36	36	113	4	2	2	4	12	13	5	18	3	2	3	2	3	1	1	1	1	2	2	2	2
25	15	35	37	112	5	3	2	2	12	24	6	30	3	2	3	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2
21	15	36	40	112	3	1	2	4	10	25	7	32	2	2	3	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3
26	11	37	38	112	4	2	3	2	11	17	3	20	3	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2
24	9	37	32	102	2	4	2	4	12	21	8	29	2	1	3	2	2	1	1	1	1	2	2	3	2
21	13	41	37	112	2	1	1	5	9	22	9	31	2	2	3	1	3	1	1	1	2	1	2	3	3
23	12	41	38	114	3	4	0	1	8	24	9	33	2	2	3	1	3	1	1	1	1	2	3	3	3
25	10	33	38	106	6	4	2	6	18	19	8	27	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2
23	14	35	36	108	3	1	2	2	8	23	8	31	2	2	3	1	2	1	1	1	1	2	3	3	3
25	8	41	41	115	5	1	3	0	9	26	6	32	3	1	3	2	3	2	1	2	1	3	2	3	3
23	18	29	35	105	3	2	3	1	9	26	9	35	2	3	2	1	2	1	1	2	1	3	3	3	3
27	12	34	35	108	1	2	1	5	9	24	7	31	3	2	3	2	2	1	1	1	2	1	2	3	3
23	12	32	40	107	3	3	1	5	12	24	5	29	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
28	13	30	32	103	2	2	3	4	11	25	6	31	3	2	2	2	2	1	1	2	1	3	2	3	3
25	14	33	37	109	5	3	1	4	13	18	5	23	3	2	2	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2
23	12	35	37	107	2	3	2	4	11	24	8	32	2	2	3	1	2	1	1	1	1	2	3	3	3
24	14	37	40	115	2	2	2	3	9	29	9	38	2	2	3	2	3	1	1	1	1	3	3	3	3
23	12	33	33	101	3	2	2	4	11	22	10	32	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	3	3	3
21	14	33	37	105	4	2	3	3	12	18	7	25	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	3	2
24	9	40	33	106	5	5	3	4	17	16	7	23	2	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
21	14	33	37	105	5	1	3	2	11	18	3	21	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2
24	9	40	33	106	3	2	3	2	10	28	9	37	2	1	3	2	2	1	1	2	1	3	3	3	3

26	14	41	37	118	5	4	2	1	12	26	7	33	3	2	3	2	3	2	1	1	1	2	3	3	3
25	16	45	39	125	4	2	2	2	10	25	9	34	3	3	3	2	3	1	1	1	1	1	3	3	3
24	13	34	38	109	4	3	3	4	14	21	4	25	2	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2
23	11	35	36	105	2	3	3	5	13	21	8	29	2	2	3	1	2	1	1	2	2	2	2	3	2
19	18	36	34	107	3	4	2	3	12	25	9	34	2	3	3	1	2	1	1	1	1	2	3	3	3
23	15	34	36	108	4	2	2	4	12	18	9	27	2	2	3	1	2	1	1	1	1	2	2	3	2
26	12	38	37	113	3	1	1	2	7	32	10	42	3	2	3	2	3	1	1	1	1	1	3	3	3
26	16	35	41	118	4	4	3	5	16	18	7	25	3	3	3	2	3	1	1	2	2	2	2	3	2
19	13	35	40	107	5	3	3	2	13	21	9	30	2	2	3	1	2	2	1	2	1	2	2	3	2
23	15	40	35	113	4	2	3	0	9	21	7	28	2	2	3	1	3	1	1	2	1	1	2	3	2
25	12	36	35	108	5	2	0	4	11	25	8	33	3	2	3	2	2	2	1	1	1	1	3	3	3
24	12	36	37	109	5	4	1	3	13	20	6	26	2	2	3	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2
27	15	34	37	113	3	2	1	2	8	22	9	31	3	2	3	2	3	1	1	1	1	1	2	3	3
18	10	35	38	101	3	2	2	4	11	27	6	33	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	3	2	3
24	12	36	36	108	4	0	0	3	7	25	7	32	2	2	3	2	2	1	1	1	1	1	3	3	3
26	12	33	40	111	1	1	2	3	7	25	7	32	3	2	2	2	3	1	1	1	1	1	3	3	3
21	11	36	38	106	2	3	2	2	9	28	5	33	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	3	2	3
24	11	37	35	107	1	0	1	4	6	23	8	31	2	2	3	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3
24	11	37	36	108	2	1	3	6	12	20	6	26	2	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
26	10	34	36	106	5	4	2	3	14	16	7	23	3	2	3	2	2	2	1	1	1	2	2	3	2
20	14	33	39	106	3	3	4	3	13	25	7	32	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	3	3	3
20	12	34	35	101	3	3	2	2	10	26	9	35	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	3	3	3
24	14	38	38	114	4	4	3	5	16	22	7	29	2	2	3	2	3	1	1	2	2	2	2	3	2
29	12	37	40	118	5	3	2	3	13	24	5	29	3	2	3	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2
22	11	32	36	101	4	2	2	4	12	13	5	18	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2
26	15	31	35	107	5	3	2	2	12	24	6	30	3	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2
26	15	36	36	113	3	1	2	4	10	25	7	32	3	2	3	2	3	1	1	1	1	1	3	3	3
25	15	35	37	112	4	2	3	2	11	17	3	20	3	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2
21	15	36	40	112	2	4	2	4	12	21	8	29	2	2	3	1	3	1	1	1	1	2	2	3	2
26	11	37	38	112	2	1	1	5	9	22	9	31	3	2	3	2	3	1	1	1	2	1	2	3	3
24	9	37	32	102	3	4	0	1	8	24	9	33	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3
21	13	41	37	112	6	4	2	6	18	19	8	27	2	2	3	1	3	2	1	1	2	2	2	3	2
23	12	41	38	114	3	1	2	2	8	23	8	31	2	2	3	1	3	1	1	1	1	1	2	3	3
25	10	33	38	106	5	1	3	0	9	26	6	32	3	2	2	2	2	2	1	2	1	1	3	2	3
23	14	35	36	108	3	2	3	1	9	26	9	35	2	2	3	1	2	1	1	2	1	1	3	3	3
25	8	41	41	115	1	2	1	5	9	24	7	31	3	1	3	2	3	1	1	1	2	1	2	3	3
23	18	29	35	105	3	3	1	5	12	24	5	29	2	3	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
27	12	34	35	108	2	2	3	4	11	25	6	31	3	2	3	2	2	1	1	2	1	1	3	2	3
23	12	32	40	107	5	3	1	4	13	18	5	23	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2
28	13	30	32	103	2	3	2	4	11	24	8	32	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3
25	14	33	37	109	2	2	2	3	9	29	9	38	3	2	2	2	3	1	1	1	1	1	3	3	3
23	12	35	37	107	3	2	2	4	11	22	10	32	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	2	3	3
24	14	37	40	115	4	2	3	3	12	18	7	25	2	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	3	2
23	12	33	33	101	5	5	3	4	17	16	7	23	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	2
21	14	33	37	105	5	1	3	2	11	18	3	21	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2
24	9	40	33	106	3	2	3	2	10	28	9	37	2	1	3	2	2	1	1	2	1	1	3	3	3
21	14	33	37	105	5	4	2	1	12	26	7	33	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	3	3	3
24	9	40	33	106	4	2	2	2	10	25	9	34	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	3	3	3
26	14	41	37	118	4	3	3	4	14	21	4	25	3	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2

25	16	45	39	125	2	3	3	5	13	21	8	29	3	3	3	2	3	1	1	2	2	2	2	3	2
24	13	34	38	109	3	4	2	3	12	25	9	34	2	2	3	2	3	1	1	1	1	2	3	3	3
23	11	35	36	105	4	2	2	4	12	18	9	27	2	2	3	1	2	1	1	1	1	2	2	3	2
19	18	36	34	107	3	1	1	2	7	32	10	42	2	3	3	1	2	1	1	1	1	1	3	3	3
23	15	34	36	108	4	4	3	5	16	18	7	25	2	2	3	1	2	1	1	2	2	2	2	3	2
26	12	38	37	113	5	3	3	2	13	21	9	30	3	2	3	2	3	2	1	2	1	2	2	3	2
26	16	35	41	118	4	2	3	0	9	21	7	28	3	3	3	2	3	1	1	2	1	1	2	3	2
19	13	35	40	107	5	2	0	4	11	25	8	33	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1	3	3	3
23	15	40	35	113	5	4	1	3	13	20	6	26	2	2	3	1	3	2	1	1	1	1	2	2	2
25	12	36	35	108	3	2	1	2	8	22	9	31	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3
24	12	36	37	109	3	2	2	4	11	27	6	33	2	2	3	2	3	1	1	1	1	1	3	2	3
27	15	34	37	113	4	0	0	3	7	25	7	32	3	2	3	2	3	1	1	1	1	1	3	3	3
18	10	35	38	101	1	1	2	3	7	25	7	32	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	3	3	3
24	12	36	36	108	2	3	2	2	9	28	5	33	2	2	3	2	2	1	1	1	1	1	3	2	3
26	12	33	40	111	1	0	1	4	6	23	8	31	3	2	2	2	3	1	1	1	1	1	2	3	3
21	11	36	38	106	2	1	3	6	12	20	6	26	2	2	3	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2
24	11	37	35	107	5	4	2	3	14	16	7	23	2	2	3	2	2	2	1	1	1	2	2	3	2
24	11	37	36	108	3	3	4	3	13	25	7	32	2	2	3	2	2	1	1	2	1	2	3	3	3
26	10	34	36	106	3	3	2	2	10	26	9	35	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1	3	3	3
20	14	33	39	106	4	4	3	5	16	22	7	29	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	3	2
20	12	34	35	101	5	3	2	3	13	24	5	29	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2
24	14	38	38	114	4	2	2	4	12	13	5	18	2	2	3	2	3	1	1	1	1	2	2	2	2
29	12	37	40	118	5	3	2	2	12	24	6	30	3	2	3	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2
22	11	32	36	101	3	1	2	4	10	25	7	32	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	3	3	3
26	15	31	35	107	4	2	3	2	11	17	3	20	3	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2
26	15	36	36	113	2	4	2	4	12	21	8	29	3	2	3	2	3	1	1	1	1	2	2	3	2
25	15	35	37	112	2	1	1	5	9	22	9	31	3	2	3	2	3	1	1	1	2	1	2	3	3
21	15	36	40	112	3	4	0	1	8	24	9	33	2	2	3	1	3	1	1	1	1	1	2	3	3
26	11	37	38	112	6	4	2	6	18	19	8	27	3	2	3	2	3	2	1	1	2	2	2	3	2
24	9	37	32	102	3	1	2	2	8	23	8	31	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3
21	13	41	37	112	5	1	3	0	9	26	6	32	2	2	3	1	3	2	1	2	1	1	3	2	3
23	12	41	38	114	3	2	3	1	9	26	9	35	2	2	3	1	3	1	1	2	1	1	3	3	3
25	10	33	38	106	1	2	1	5	9	24	7	31	3	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	3	3
23	14	35	36	108	3	3	1	5	12	24	5	29	2	2	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2
25	8	41	41	115	2	2	3	4	11	25	6	31	3	1	3	2	3	1	1	2	1	1	3	2	3
23	18	29	35	105	5	3	1	4	13	18	5	23	2	3	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2
27	12	34	35	108	2	3	2	4	11	24	8	32	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3
23	12	32	40	107	4	4	3	5	16	18	7	25	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	3	2
28	13	30	32	103	5	2	0	4	11	25	8	33	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	3	3	3
25	14	33	37	109	1	0	1	4	6	23	8	31	3	2	2	2	3	1	1	1	1	1	2	3	3
23	12	35	37	107	4	2	2	4	12	13	5	18	2	2	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2
24	14	37	40	115	2	1	1	5	9	22	9	31	2	2	3	2	3	1	1	1	2	1	2	3	3
23	12	33	33	101	1	2	1	5	9	24	7	31	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	3	3
21	14	33	37	105	2	3	2	4	11	24	8	32	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	3	3
24	9	40	33	106	4	2	3	0	9	21	7	28	2	1	3	2	2	1	1	2	1	1	2	3	2