



**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**“PEDRO RUIZ GALLO”**



**ESCUELA DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

---

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RIESGO  
DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN  
MUJERES DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR  
EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD  
LAMBAYEQUE. 2015”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

**AUTORA:**

**Lic. CENIA JULIA LLERENA MOGROVEJO**

**ASESOR:**

**Dr. NÉSTOR RODRÍGUEZ ALAYO**

**LAMBAYEQUE – PERÚ  
2018**



# **UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”**



## **ESCUELA DE POSTGRADO MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

### **“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD LAMBAYEQUE. 2015”**

## **TESIS**

### **PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

---

**Obst. Cenía Julia Llerena Mogrovejo**  
**AUTORA**

---

**Dr. Néstor Rodríguez Alayo**  
**ASESOR**

### **APROBADO POR EL JURADO:**

---

**Dr. Hugo Adalberto Urbina Ramírez**  
**PRESIDENTE**

---

**M.sc. Jaime Ysrael Salazar Zuloeta**  
**SECRETARIO**

---

**M.Sc. María Isabel Romero Sipión**  
**Vocal**

## **DEDICATORIA**

Para mis padres **ISIDRO LLERENA** y **ROSA MOGROVEJO**, por su apoyo, ejemplo, consejos, comprensión y amor en los momentos difíciles. Me han dado valores, principios, carácter, empeño, perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos; que aun estando lejos los llevo siempre en mi corazón y mente.

A mi hija **CENIA ALEJANDRA**, por quien cada día tiene sentido mi vida, el testigo silencioso de mis luchas cotidianas en busca de un mejor futuro, a ella, mi esperanza, mi alegría, mi vida y la culminación de este trabajo y lo que representa.

**CENIA J. LLERENA MOGROVEJO**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

Al **personal del Centro de Salud Toribia Castro Chirinos**, por su apoyo en la ejecución de la presente investigación.

Al Dr. **NESTOR RODRIGUEZ ALAYO**, amigo y asesor de la presente investigación, por su visión crítica y consejos, que ayudan a formar como persona e investigador.

A mis profesores de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, que han reforzado mi vida profesional y lograr metas propuestas. Agradezco su amistad, consejos, apoyo y motivación.

Para todos ellos:...Muchas **gracias y que Dios los bendiga.**

**CENIA J. LLERENA MOGROVEJO**

# ÍNDICE

<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>viii</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>ix</b>
 <b>CAPÍTULO I: ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO</b>	
1. Ubicación contextual institucional.....	13
1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.2 Realidad problemática.....	15
1.3 Descripción de la metodología empleada.....	21
 <b>CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b>	
2.1 Bases teóricas.....	26
2.2 Antecedentes de la investigación.....	41
 <b>CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
3.1. Análisis e interpretación de resultados.....	49
3.2. Discusión.....	56
 <b>CONCLUSIONES.....</b>	 <b>60</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS:</b>	
ANEXO I: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	69
ANEXO II: CUESTIONARIO DE REFERENCIA PARA LA ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTODE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	71
ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	72
COMPROMISO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	72
ANEXO IV: CUADROS.....	74
IMÁGENES FOTOGRÁFICAS.....	76

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>CUADRO 1.</b>	Datos sociodemográficos de las mujeres del servicio de planificación familiar, en un establecimiento de salud, Lambayeque. 2015.....	<b>49</b>
<b>CUADRO 2.</b>	Datos conductuales de las mujeres del servicio de planificación familiar, en un establecimiento de salud, Lambayeque. 2015.....	<b>50</b>
<b>CUADRO 3.</b>	Nivel de riesgo general para ITS de las mujeres del servicio de planificación familiar, en un establecimiento de salud Lambayeque. 2015.....	<b>51</b>
<b>CUADRO 4.</b>	Relación entre el nivel de riesgo para ITS con la edad de las mujeres del servicio de planificación familiar, en un establecimiento de salud, Lambayeque. 2015.....	<b>52</b>
<b>CUADRO 5.</b>	Relación entre el nivel de riesgo para ITS según el grado de instrucción de las mujeres del servicio de planificación familiar, en un establecimiento de salud, Lambayeque. 2015.....	<b>53</b>
<b>CUADRO 6.</b>	Relación entre el nivel de riesgo para ITS según estado civil de las mujeres del servicio de planificación familiar, en un establecimiento de salud, Lambayeque. 2015.....	<b>54</b>
<b>CUADRO 7.</b>	Relación entre el nivel de riesgo para ITS según el lugar de residencia de las mujeres del servicio de planificación familiar, en un establecimiento de salud, Lambayeque. 2015.....	<b>55</b>

## LISTA DE GRÁFICAS

<b>Gráfica 1.</b>	Nivel de riesgo general para ITS de las mujeres del servicio de planificación familiar en un establecimiento de salud Lambayeque. 2015.....	<b>51</b>
<b>Gráfica 2.</b>	Relación entre el nivel de riesgo para ITS con la edad de las mujeres del servicio de planificación familiar, en un establecimiento de salud, Lambayeque. 2015.....	<b>52</b>
<b>Gráfica 3.</b>	Relación entre el nivel de riesgo para ITS según el grado de instrucción de las mujeres del servicio de planificación familiar en un establecimiento de salud, Lambayeque. 2015.....	<b>53</b>
<b>Gráfica 4.</b>	Relación entre el nivel de riesgo para ITS según estado civil de las mujeres del servicio de planificación familiar en un establecimiento de salud, Lambayeque.2015.....	<b>54</b>
<b>Gráfica 5.</b>	Relación entre el nivel de riesgo para ITS según el lugar de residencia de las mujeres del servicio de planificación familiar, en un establecimiento de salud, Lambayeque. 2015.....	<b>55</b>

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RIESGO DE INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD,  
LAMBAYEQUE 2015**

**RESUMEN**

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las características sociodemográficas relacionadas al riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) en mujeres del servicio de planificación familiar en un establecimiento de salud, Lambayeque 2015.

Mediante un estudio descriptivo, transversal, correlacional, se aplicó un cuestionario a 213 mujeres entre 18 y 49 años, que contenía datos sociodemográficos y conducta sexual para medir el nivel de riesgo de ITS: bajo, alto y extremadamente alto. Se utilizó la prueba del Chi cuadrado para establecer asociación entre las variables con un valor de  $p < 0.05$  como significativo.

Se encontró que las mujeres del servicio de planificación familiar, se caracterizan porque predomina con 56.6% de 18 a 29 años, de nivel secundaria 62%, viven zona urbana 85.9%, son convivientes 75.1%; el 68.1% tuvo su primera relación sexual antes de los 19 años, un 73.3% tuvo una pareja sexual, el 72.3 % no usa condón, practica sexo anal 13.6% , un 25% tuvo relaciones sexuales durante la menstruación, y el 61% refirió antecedentes clínicos compatible con ITS ; el riesgo general predominante a ITS fue nivel bajo 69.5%.

Se concluye que no existe asociación estadística entre el nivel de riesgo de ITS con la edad, estado civil y grado de instrucción; el lugar de residencia sí tuvo asociación estadística significativa ( $P=0.0237 < 0.05$ ).

**Palabras Clave:** Características sociodemográficas, riesgo, infecciones de Transmisión sexual.



**SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND RISK OF SEXUAL  
TRANSMISSION INFECTIONS IN WOMEN OF THE FAMILY PLANNING  
SERVICE IN A HEALTH ESTABLISHMENT,  
LAMBAYEQUE 2015**

**SUMMARY**

The objective of this study was to determine the sociodemographic characteristics related to the risk of sexually transmitted infections (STIs) in women in the family planning service in a health facility, Lambayeque 2015.

Through a descriptive, cross-sectional, correlational study, a questionnaire was applied to 213 women between 18 and 49 years old, which contained sociodemographic data and sexual behavior to measure the level of STI risk: low, high and extremely high. The Chi-square test was used to establish an association between the variables with a value of  $p < 0.05$  as significant.

It was found that women in the family planning service are characterized by being predominant with 56.6% from 18 to 29 years old, 62% secondary level, 85.9% urban area living, 75.1% live together; 68.1% had their first sexual relationship before the age of 19, 73.3% had a sexual partner, 72.3% did not use a condom, 13.6% anal sex, 25% had intercourse during menstruation, and 61% reported clinical history compatible with STIs; the overall risk predominant to STI was low level 69.5%.

It is concluded that there is no statistical association between the level of STI risk with age, marital status and level of education; the place of residence did have a significant statistical association ( $P = 0.0237 < 0.05$ ).

**Keywords:** sociodemographic characteristics, risk, sexually transmitted infections

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema importante de salud pública a nivel mundial y nacional principalmente en África, Latinoamérica y Asia. Si bien puede afectar a cualquier individuo sin diferencia de edad, sexo o condición socioeconómico, las personas entre los 15 y 49 años son las más afectadas existiendo una mayor vulnerabilidad biológica y social en la mujer. Así mismo son causa de pérdidas económicas debido a que originan gasto en exámenes auxiliares, medicamentos y de actividad productiva, además de generar daño físico, emocional, pobreza estigma y discriminación en las personas que lo padecen <sup>(1,2)</sup>.

Las ITS, conocidas desde tiempos muy antiguos, se encuentran en la actualidad entre las cinco causas más frecuentes de morbilidad en los adultos tanto a nivel mundial, nacional y local; mostrando un crecimiento acelerado en la última década <sup>(3)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su nota descriptiva 110, 2016. Señala que cada día más de 1 millón de personas contraen una enfermedad de transmisión sexual se estima que anualmente unos 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro infecciones de transmisión sexuales (ITS) clamidiasis, gonorrea, sífilis y trichomoniasis. Más de 500 millones de personas son portadores del virus del herpes genital tipo 2 (HSV2); más de 290 millones de mujeres están infectadas por el virus del papiloma humano <sup>(4)</sup>.

En las mujeres, las infecciones bacterianas no tratadas causadas por *Neisseria gonorrhea* y *Chlamidia trachomatis* pueden dar lugar a una enfermedad pélvica inflamatoria en el 40% de los casos. Uno de cada cuatro de estos casos, provoca infertilidad <sup>(4)</sup>.

En el embarazo, la sífilis temprana no tratada puede provocar una tasa de mortinatalidad del 25% y 14% de las muertes neonatales; lo que significa aproximadamente un 40% de la mortalidad perinatal global. Hasta 4000 recién

nacidos quedan ciegos cada año como consecuencia de infecciones oculares atribuibles a infecciones gonocócicas y clamidianas maternas no tratadas (4).

El desarrollo de nuevas vacunas contra el virus del papiloma humano podría evitar anualmente la muerte prematura de aproximadamente 240,000 mujeres por cáncer cérvico-uterino en las poblaciones de escasos recursos (4).

La magnitud de las ITS en el Perú no se conoce con exactitud, los estudios de vigilancia epidemiológica son limitados y solo nos permite obtener un acercamiento al problema debido a su naturaleza asintomática hasta en el 70 % de las afecciones, el acceso limitado a los establecimientos de salud, la no detección de casos por parte del personal de la salud contribuye también a que no se conozca la prevalencia real, la mayor parte de información proviene de los llamados "grupos de alto riesgo"-trabajadoras del sexo comercial u hombres que acuden a los centros de referencia para las ITS(2).

Es obligación del estado y de la sociedad en su conjunto trabajar para garantizar que todas las personas puedan acceder a los servicios de salud que ofrezcan prevención y tratamiento de las ITS mediante intervenciones eficaces, aunque este represente un enorme reto para los sistemas de salud de muchas partes del mundo, trabajar para lograrlo es un tema crucial en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas (3).

En todo el mundo se viene realizando múltiples esfuerzos para controlar la incidencia de las ITS, pues está demostrado que la sífilis, gonorrea y otras duplican o hasta quintuplican el riesgo de infección por VIH; el descubrimiento de antibióticos fue uno de los primeros pasos por controlar estas infecciones; en la actualidad surge el problema de fármaco resistencia principalmente en relación con la gonorrea siendo un obstáculo importante que dificulta la reducción de las ITS, en todo el mundo(4, 5).

La OMS en la década de los 70 propone un abordaje sindrómico como método simplificado para el manejo de los casos de ITS, con el objetivo de mejorar el manejo de las ITS en entornos con recursos limitados; sí bien existe más de

treinta microorganismos que pueden ser transmitidos a través de las relaciones sexuales, un conjunto de tales microorganismos provocan una cantidad limitada de síndromes clínicos (6).

Sin duda en la transmisión de estas enfermedades juega un rol fundamental la conducta de los individuos, a la que se suman factores sociodemográficos, políticos, de acceso, de prestación de los servicios y con la atención a pacientes (4).

La prevención primaria de las infecciones de transmisión sexual comienza con el cambio de los comportamientos sexuales que ponen a las personas en riesgo de infección, los profesionales de la salud tienen la oportunidad de proporcionar educación y asesoramiento a sus pacientes para que adopten conductas sexuales saludables y así contribuir a la prevención y control de la cadena de transmisión.

Ante esta realidad surge el interés por investigar:

### **Formulación del problema.**

¿Cuáles son las características sociodemográficas relacionadas al riesgo de infecciones de transmisión sexual en mujeres del servicio de planificación familiar en un establecimiento de salud; Lambayeque, 2015?

### **Objetivos de la investigación.**

#### **Objetivo general:**

Determinar las características sociodemográficas relacionadas al riesgo de infecciones de transmisión sexual en mujeres del servicio de planificación familiar de un establecimiento de Salud; Lambayeque, 2015.

**Objetivos específicos:**

1. Determinar las características sociodemográficas de las mujeres del servicio de planificación familiar.
2. Establecer el nivel de riesgo de infecciones de transmisión sexual de las mujeres del servicio de planificación familiar.
3. Fijar cuáles son las conductas sexuales de mayor riesgo a infecciones de transmisión sexual de las mujeres del servicio de planificación familiar.
4. Relacionar las características sociodemográficas y el nivel de riesgo a infecciones de transmisión sexual de las mujeres del servicio de planificación familiar.

**Hipótesis:**

Existe riesgo bajo a infecciones de transmisión sexuales en las mujeres del servicio de planificación familiar debido a su comportamiento sexual , relacionado a características sociodemográficas como edad, grado de instrucción, estado civil y lugar de residencia.

La metodología de trabajo fue un estudio descriptivo, transversal correlacional que tuvo como población a 800 usuarias del servicio de planificación familiar; con una muestra de 213 mujeres que por selección no probabilista por conveniencia se aplicó un cuestionario en forma anónima para medir el riesgo a ITS; los resultados obtenidos fueron presentados en cuadros y graficas estadísticas para finalmente dar las conclusiones y recomendaciones del estudio.

## **CAPÍTULO I:**

### **1. ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO.**

#### **1.1. Ubicación contextual institucional.**

El distrito Lambayeque se encuentra al noroeste del Perú, es capital de la provincia de Lambayeque, ubicada a 12 Km. de la ciudad de Chiclayo, a 13 Km. del litoral peruano y a 509 Km. de la frontera con el Ecuador tiene una superficie 332.7 Km<sup>2</sup> y un clima cálido y seco con una temperatura promedio de 22°C, las precipitaciones fluviales son escasas, manifestándose generalmente en forma de garúa, con una media anual de 18ms.

Según el INEI, al año 2015, el distrito de Lambayeque tiene una población estimada de 77, 234 habitantes; el 48% son hombres y el 52% son mujeres. El 76% es población urbana y el 24% viven en la zona rural. El 28% son personas menores de 14 años, el 64% representa la población entre los 15 y 64 años de edad y el 5% es población mayor de 65 años. En el año 2012, la población en edad para trabajar equivale al 58% la actividad principal es la agricultura con el 25%, seguido del servicio de transportes y comunicaciones con el 13%. Igual manera al año 2012, el INEI señala que el 33.1% de los niños menores de 5 años tienen desnutrición crónica, el 79.6% de las viviendas tienen acceso a agua potable y alcantarillado; el 73% de las viviendas cuentan con luz eléctrica, el 28% de la población vive en pobreza.

##### **1.1.1 Antecedentes del centro de salud Toribia Castro Chirinos.**

El establecimiento de salud Toribia Castro Chirinos actualmente sede de la microred Lambayeque; se encuentra ubicado en la calle Andrés Avelino Cáceres 489 en el asentamiento humano del mismo nombre, en el distrito de Lambayeque, inició su funcionamiento en el año 1989 como URO comunal, la atención estuvo a cargo de 01

enfermera y 03 personas de apoyo; para el año 1993 amplió sus servicios ofreciendo atención en medicina general, CRED, inmunizaciones y planificación familiar ; año 2000 - 2005 se apertura el servicio de materno con atención de partos las 24 horas .

Actualmente es un establecimiento con categoría I-4, que brinda atención integral a todos los ciudadanos(as) del distrito de Lambayeque además es punto de referencia para la atención de emergencias obstétricas y medicina general las 24 horas del día.

Unidades operativas:

Niño, adolescente, adulto joven, adulto varón y mujer, adulto mayor y atención integral de salud de la gestante

Especialidades:

- Medicina general
- Obstetricia
- Enfermería
- Odontología
- Nutrición
- Psicología
- Laboratorio
- Rehabilitación

#### **POBLACIÓN ASIGNADA POR CICLOS DE VIDA (2015)**

EE.SS	TOTAL	NIÑOS	ADOL	JOV	ADULTO	AD. MAYOR	MEF	GESTANTES ESPERADAS
		0 -11 a	12 - 17 a	18-29 A	30-59 a	60 A +		
TORIBIA CASTRO	26,947	5835	3221	6206	9286	2399	9,051	576

## **1.2. Planteamiento del problema.**

Los adultos sexualmente activos son vulnerables a ITS no solamente por sus comportamientos sexuales, sino también por los factores socioculturales y demográficos de sus comunidades. Por este motivo, los programas sanitarios de control de las ITS han tenido enormes dificultades para su implementación efectiva.

Mayaud y Mac Cormick (2001), plantearon que las ITS constituyen un importante problema de salud pública por cuatro razones: a) las ITS son frecuentes en la población mundial y tienen altas tasas de prevalencia e incidencia; b) las ITS pueden generar complicaciones y secuelas en el organismo humano, impactando en la salud sexual y reproductiva de la población; c) las ITS tienen consecuencias sociales y económicas y; d) algunas ITS facilitan la adquisición y diseminación del virus de inmunodeficiencia humana (8).

Los datos epidemiológicos desglosados por regiones muestran que tanto la prevalencia como la incidencia de las ITS son más altas en los países en vías de desarrollo sobre todo en áreas urbanas que en áreas rurales, en personas solteras y en adultos jóvenes además, los datos disponibles en distintas regiones el mundo revelan que las ITS afectan de manera particular a las personas que viven en poblaciones marginadas, ya que generalmente estas personas tienen problemas para acceder a los servicios de salud; a lo que se suma el hecho de que las zonas marginadas carecen de personal calificado y equipo que permita un diagnóstico confiable de las ITS. El 85% de los casos de ITS surgen en entornos de escasos recursos.

Las ITS incluido el VIH afectan tanto a hombres como mujeres sin embargo las estadísticas rara vez muestran una distribución equitativa entre hombres y mujeres, y tampoco muestran una distribución equitativa entre los distintos grupos etarios, la mayoría de los niños menores de 14 años no están afectados por otras ITS, aparte de la sífilis congénita, la



oftalmía neonatal y la infección por VIH; los nuevos casos de ITS comienzan a aparecer durante la adolescencia y tienden a ser más frecuentes en el grupo de 15 a 44 años, tendencia que se reduce en los adultos mayores.

En la distribución por sexo, sería razonable suponer en un principio que los hombres y las mujeres son igualmente vulnerables a las ITS; sin embargo los casos se presentan son más frecuentemente en las mujeres que en los hombres entre los 14 y 19 años; con una ligera frecuencia mayor en los hombres después de los 19 años <sup>(9)</sup>.

La frecuencia más alta entre las mujeres de 14 a 19 años podría ser a causa de distintos factores: el comienzo de la actividad sexual es normalmente más temprano para las niñas que para los varones; las niñas tienden a tener relaciones sexuales con hombres de mayor edad, que tienen más experiencia sexual y son más propensos a portar infecciones; las características del tracto genital de las niñas, las hace particularmente vulnerables a las ITS.

Después de los 19 años de edad, la leve preponderancia que existe entre los hombres podría deberse a una o más razones: las infecciones de transmisión sexual generalmente no producen ningún síntoma o sólo síntomas leves en mujeres. Por ejemplo, existen más mujeres que hombres asintomáticos; el 70% de las mujeres y el 30% de los hombres infectados por clamidia podrían no tener ningún síntoma; hasta el 80% de mujeres y el 10% de los hombres infectados por gonorrea también podrían no experimentar ningún síntoma, esto significa que tan sólo el 20% de las mujeres infectadas se presentarán para recibir tratamiento, de modo que el resto no aparece en las estadísticas <sup>(9)</sup>.

Es posible que los servicios en general sean más accesibles para hombres que para mujeres. Por ejemplo cuando los hombres migran a las áreas urbanas por razones laborales, tienen acceso a los servicios urbanos, y,

por consiguiente, tienen más probabilidades de ser incluidos en las estadísticas <sup>(9)</sup>.

Las limitaciones culturales y económicas también podrían ser la causa por la cual una parte de las mujeres no busca tratamiento. Un gran número de hombres podría contraer infecciones después de tener contactos sexuales de riesgo con un pequeño número de trabajadoras sexuales.

Los hombres mayores podrían ser más activos sexualmente que las mujeres de la misma edad. Los hombres son más propensos al cambio de parejas que las mujeres <sup>(9)</sup>.

En muchos países en vías de desarrollo, los mejores indicadores de los niveles de ITS en mujeres son las encuestas realizadas por las clínicas prenatales, de planificación familiar y ginecológica. Las intervenciones en ITS deben dirigirse prioritariamente a poblaciones con prácticas de riesgo, considerados como transmisores de ITS y a la población en general, con el adecuado soporte logístico para el abastecimiento de medicamentos y herramientas diagnósticas, vigilancia, capacitación y evaluación.

### **1.2.1. Realidad internacional.**

La organización mundial de la salud (OMS) en el 2016, menciona que las infecciones de transmisión sexual (ITS) figuran entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica.

Cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro ITS siguientes: clamidiasis (131 millones), gonorrea (78 millones), sífilis (5,6 millones) o tricomoniasis (143 millones).

El número de personas con infección genital por el VHS (herpes) supera los 500 millones. En todo momento hay en el mundo más de 290 millones de mujeres infectadas con el virus del papiloma humano

(VPH), una de las ITS más comunes. Más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves.

Algunas ITS, como el herpes y la sífilis, pueden multiplicar el riesgo de contraer el VIH por tres o más. La transmisión de la madre al niño puede dar lugar a muerte prenatal, muerte neonatal, insuficiencia ponderal al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas. Más de 900,000 mujeres embarazadas contrajeron sífilis en 2012, lo que causó complicaciones en alrededor de 350 000 casos, incluidos casos de muerte prenatal (3).

Anualmente, la infección del VPH provoca 528 000 casos de cáncer cuello uterino y 266 000 defunciones. ITS tales como la gonorrea y la clamidiasis son causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis, desenlace adverso del embarazo e infertilidad (3).

### **1.2.2. Realidad nacional.**

El instituto nacional de estadística e informática (INEI) en la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES 2014); informa que la prevalencia de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) entre las mujeres entrevistadas que respondieron haber mantenido relaciones sexuales, un 0,7% informó haber tenido una ITS y/o síntomas asociados en los 12 meses anteriores a la entrevista.

Según características de las mujeres que respondieron haber padecido una ITS, el mayor porcentaje aparece en las divorciadas/separadas/viudas (1,1%), así como las de 15 a 19 años de edad y del segundo quintil de riqueza (1,0%, en ambos casos). El 13,2% de mujeres declaró tener una ITS o flujo vaginal o úlceras/ llagas genitales. El mayor porcentaje fue declarado por mujeres divorciadas/separadas/viudas (15.4%), Por área de residencia, fue mayor en la urbana (14,0%), el 69,0% buscó consejo o tratamiento por un médico y un 82,1% recibió de cualquier fuente en comparación con

un 11,1% que no recibió ni consejo ni tratamiento y un 3,5% se automedicó (5).

### **1.2.3. Realidad local.**

El Ministerio de Salud en el año 2013 reportó 552,508 casos de ITS en mujeres; a nivel regional 12,221 casos de flujo vaginal y 11,024 casos de enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), ubicándose entre la 14ª y 15ª causa de morbilidad en la consulta externa.

Según datos de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de las ITS/VIH-SIDA de la red de salud Lambayeque en el año 2011 reportaron 1, 544 casos de ITS con manejo etiológico.

Cifras obtenidas del sistema único de información (HIS) en el establecimiento de salud Toribia Castro Chirinos, se reportaron 585 casos de flujo vaginal en el 2013, 1,040 en el 2014 y 1,537 casos en el año 2015; los que fueron diagnosticados y tratados con manejo sintomático. Este incremento de casos se debería a que se realizó campañas de Papanicolaou que permitieron hacer diagnósticos de flujo vaginal.

Revisando el número de atenciones en mujeres entre 15 y 49 años el 25% de ellas presentaron ITS las que fueron tratadas con manejo sintomático.

En la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2014, determinó un 0,6 por ciento de prevalencia de ITS y/o síntomas asociados en los 12 meses anteriores a la entrevista en la región Lambayeque.

- Según características de las mujeres que respondieron haber padecido una ITS, el mayor porcentaje aparece en las mujeres de 20 a 24 y de 15 a 24 años (1,6 y 1,1 por ciento respectivamente), entre solteras que han tenido relaciones sexuales (1,4 por ciento) y las pertenecientes al quintil superior de riqueza (1,5 por ciento).

- El 12,9 por ciento de mujeres declaró tener una ITS, úlceras/ llagas genitales o flujo vaginal; el mayor porcentaje fue declarado por mujeres de 15 a 19 años de edad (27,5 por ciento) y solteras que han tenido relaciones sexuales (15,1 por ciento) <sup>(5)</sup>.

#### 1.2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variables	Dimensión	Indicador	Criterio de Evaluación Si=2 No=1	Escala De medición
Riesgo de Infecciones de transmisión sexual (VD)	Individual	Edad de la primera relación (< 19años).	Riesgo bajo  (22 –28 puntos)	Ordinal
		Nº de parejas sexuales hasta la actualidad( 2 a más)		
		Antecedente de ITS.		
		Recibió tratamiento para la ITS		
		Se ha automedicado para una ITS.		
		Su pareja fue tratado para la ITS.		
		Relaciones sexuales sin condón los últimos 12 meses con su pareja actual formal.		
		sexo sin condón con una pareja que acaba de conocer.		
		sexo anal sin condón en los últimos doce meses.	Riesgo alto  (29 – 36 puntos)	
		Cambia frecuentemente de parejas sexuales.		
		Ha tenido más de un compañero sexual en un mes.		
		Alguna vez ha recibido transfusión de sangre.		
		Alguna vez se ha realizado algún tatuaje.		
		Tiene relaciones sexuales durante la menstruación.		
		consume alcohol y acostumbra a emborracharse.		
		Consume drogas.		
		Debido a su trabajo tiene que ausentarse varios días de su casa.		
		Su pareja se ausenta varios días de su casa por trabajo.		

		Acostumbra su pareja a tomar Alcohol.		
		Su pareja consume drogas.		
		Alguna vez su pareja le ha sido infiel.		
		Su pareja ha tenido antecedentes de infección de transmisión sexual (ITS).		
<b>Características socio demográficas (VI)</b>		Edad	Años cumplidos 18 a 29 años y 30-49 años	De razón
		Estado civil	Soltera Casada conviviente	Nominal
		Grado de instrucción	-Iletrada -Primaria: - Secundaria: -superior no universitario. - Superior universitario	Ordinal
		Lugar de residencia	-zona rural -zona urbana	Nominal

### 1.3. DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA EMPLEADA.

**1.3.1. Tipo de estudio:** Descriptivo

**1.3.2. Diseño:** Transversal-Correlacional

**1.3.3. Diseño de contraste de la hipótesis.**

No experimental

**1.3.4. Población y muestra.**

La población sujeta de estudio fueron todas las mujeres en edad fértil sexualmente activas que acudieron al servicio de planificación familiar del establecimiento de salud Toribia Castro Chirinos.

**Muestra:**

Se utilizó la fórmula para población conocida.

Donde:

$Z^2 = 1.96$  con 95% de confiabilidad.

$p = 0.25$  (5,575 mujeres de 15-49 años atendidas en el 2014, el 25% tuvo flujo vaginal)

$q = 1 - p, \quad 1 - 0.25 = 0.7$

$d^2 = 0.05$  margen de error.

$N = 800$

Población de usuarias protegidas con métodos anticonceptivos.

Reemplazando:

**$n = 213$**

#### **Criterios de inclusión.**

- Mujeres sexualmente activas entre 18-49 años que acudieron al servicio de planificación familiar.
- Mujeres que brindaron consentimiento informado para participar en el estudio.

#### **Criterios de exclusión.**

- Gestantes que solicitaron consejería en el servicio de planificación familiar.

#### **Selección de la muestra:**

No probabilista por conveniencia.

#### **1.3.5. Material y métodos:**

- Materiales: Historia clínica.
- Técnica de recolección de datos: aplicación de Cuestionario.
- Instrumento de Recolección de Datos:

El instrumento estuvo constituido por un cuestionario estructurado validado por expertos (responsable de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de las ITS VIH –Sida de la red de salud Lambayeque y del establecimiento de salud Toribia Castro Chirinos), el que contenía 28 preguntas agrupadas en datos sociodemográficos y conductuales, las primeras 6 preguntas correspondieron a datos sociodemográficos; y 22 a datos conductuales de estas, 13 fueron

tomadas del cuestionario de escala de riesgo para evaluación de factores de riesgo y medidas de prevención de las ITS /VIH, publicado en el módulo de manejo sindrómico de las ITS para profesionales de la salud.

El test mide el nivel de riesgo de las ITS de la siguiente manera de 9-14 puntos, extremadamente riesgo alto, 5-8, puntos riesgo alto y de 0 – 4 puntos en menos riesgo, puntuación obtenida según la conducta del individuo, este puntaje se obtiene de las respuesta “SI” 1 punto y “NO” 0.

Para efecto de la investigación se incorporó preguntas al cuestionario original teniendo en cuenta las variables y objetivos del estudio, la puntuación utilizada fue la siguiente: 2 puntos; si la respuesta es “si” 1 punto si la respuesta es “no”; las preguntas 4 y 5 de datos conductuales fueron medidas de la siguiente manera: SI = 1 punto y NO = 2 puntos. (Anexo 1).La suma del puntaje de datos conductuales determinó el nivel de riesgo para las ITS, de 22- 28 puntos riesgo bajo, de 29-36 riesgo alto y de 37-44 puntos riesgo extremadamente alto.

Antes de iniciar la recopilación de datos se realizó una prueba piloto con una muestra de 10 mujeres que no formaron parte del estudio.

#### **1.3.6. Técnica y procedimientos para la recolección de datos.**

##### **1.3.6.1. Coordinación con el jefe del establecimiento y personal del servicio de obstetricia.**

Los objetivos del proyecto fueron socializados con el médico jefe y obstetras del servicio.

##### **1.3.6.2. Aplicación del instrumento**

- a) La captación de las mujeres fue en el consultorio de planificación familiar donde se seleccionó a mujeres que



cumplían los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado.

- b) La obstetra responsable del turno fue la encargada de explicar el llenado correcto y preguntar los datos sociodemográficos como la edad, estado civil, religión, lugar de trabajo, residencia actual y el nivel educativo; los datos conductuales en forma anónima fue llenado por la misma usuaria, terminado este lo introducía en un ánfora. Las usuarias iletradas que aceptaron participar los datos fueron llenados por la obstetra de turno.
- c) Luego de terminada la atención se extraía los cuestionarios del ánfora para la sumatoria del puntaje e ingreso de datos a un Excel para el análisis respectivo.
- d) La puntuación obtenida de los datos conductuales sirvió para medir el nivel de riesgo para las ITS y relacionarlo con las variables sociodemográficas.

#### **ESCALA DE MEDICIÓN DEL NIVEL DE RIESGO**

<b>PUNTAJE</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>
22-28	Bajo
29-36	Alto
37-44	Extremadamente alto

### **1.3.7. Análisis estadístico de los datos.**

Para el análisis estadístico la información fue ingresada en un Excel para luego ser consolidadas en cuadros simples y en graficas estadísticas. El análisis descriptivo se realizó calculando la media para las variables cuantitativas; frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas.

Para el análisis bivariado se aplicó la prueba de independencia de criterios de Chi Cuadrado con su intervalo de confianza al 95%, En todas las pruebas estadísticas se utilizó un nivel de significación de 5%.

### **1.3.8. Aspectos éticos.**

El proyecto de investigación fue presentado al comité de ética del establecimiento de salud Toribia castro chirinos para su revisión y aprobación.

Se consideraron los siguientes principios éticos básicos para la investigación en seres humanos.

- **Respeto por las personas:** Los sujetos ingresaron al estudio voluntariamente y con la información adecuada.
- **Beneficencia:** Las usuarias fueron tratadas éticamente, respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño ya que no fueron sometidas a procedimiento alguno.
- **Justicia:** Todas las usuarias tuvieron la misma oportunidad de ser encuestadas considerando los criterios de inclusión.
- **Confidencialidad:** El cuestionario fue anónimo e introducido en un ánfora.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Base teórica**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) forman parte de un grupo mayor de infecciones conocido como infecciones del tracto reproductivo (ITR), que abarcan todas las infecciones incluso las no causadas por contacto sexual, las que pueden ser consecuencia de procedimientos médicos no asépticos o de la proliferación de organismos que normalmente habitan en el tracto reproductivo (infecciones endógenas), como la vaginosis bacteriana (VB) y la candidiasis <sup>(6)</sup>.

##### **2.1.1 Formas de transmisión de las ITS**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son infecciones transmitidas de una persona infectada a otra que se encuentra sana; ya sea por contacto sexual (vaginal, oral o anal), especialmente si no se utiliza preservativo o condón; por transmisión de madre a hijo (durante el embarazo, parto y lactancia) o por vía sanguínea. Las infecciones de transmisión sexual se transmiten generalmente mediante el contacto con:

- Fluidos corporales infectados, como sangre, semen, secreciones vaginales o saliva (hepatitis B).
- A través de la contigüidad de la piel por medio de micro o macro heridas o membranas mucosas como, por ejemplo, mediante una úlcera en la boca, pene, ano o vagina, o por el edema causado por secreciones patógenas en esos mismos sitios.
- Juguetes sexuales contaminados. <sup>(6)</sup>

### **2.1.2 Dinámica de transmisión de las ITS en la población**

Las dinámicas de transmisión de las ITS son sumamente complejas, como hemos visto, involucran una serie de factores biológicos, individuales (de comportamiento) e incluso sociales. La distribución de las ITS no se mantiene estática en una población determinada, esto significa que con el paso del tiempo, las epidemias se van modificando y siguen distintas fases caracterizadas por diferentes pautas de distribución y transmisión de los agentes patógenos. Por lo general, en las primeras fases de una epidemia o en algunas zonas geográficas, los agentes patógenos se transmiten con más frecuencia entre grupos de personas que tienen comportamientos sexuales de alto riesgo (llamados “grupos nucleares”), o entre personas con prácticas de riesgo y múltiples parejas sexuales simultáneas y que con frecuencia desconocen los diagnósticos. Conforme la epidemia avanza, los agentes patógenos van afectando a poblaciones de menor riesgo, a quienes se les llama “poblaciones puente”. Debido a que pueden actuar como cadena de transmisión entre los grupos nucleares y la población general. Como ya se ha dicho, las condiciones sociales, culturales y económicas de algunos grupos pueden incrementar su vulnerabilidad para adquirir o transmitir una ITS, lo que puede incluirlos dentro de la categoría de poblaciones puente.

Las redes sexuales pueden ser distintas de un ámbito a otro, pero en general las parejas sexuales de las personas que están en los grupos con elevadas tasas de infección (es decir, las poblaciones puente) tienen el potencial de infectar a otras parejas sexuales. Esto significa que uno de los principales determinantes de la propagación de las ITS es el comportamiento de las personas sexualmente activas, y en particular, la simultaneidad <sup>(10)</sup>.

### 2.1.3. Factores que incrementan el riesgo de contagio de las ITS.

**Factor de riesgo:** se define como toda circunstancia o condición que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una infección o enfermedad. Las ITS y el VIH son enfermedades infecciosas cuya transmisión depende principalmente del comportamiento de los individuos y su entorno social <sup>(10)</sup>.

#### 2.1.3.1 Factores biológicos:

- **Edad.** La mucosa vaginal y el tejido cervical en las mujeres jóvenes es inmaduro y las hace más vulnerables a las ITS que las mujeres mayores. Esto se debe a la ectopia cervical, un trastorno normal en mujeres jóvenes que ocurre cuando las células que se encuentran en la superficie cervical permiten que las infecciones ocurran con mayor facilidad <sup>(10)</sup>.
- **Estado inmunológico.** Las ITS aumentan el riesgo de transmisión de VIH, pero también el VIH facilita la transmisión de las ITS y agrava las complicaciones de las mismas, ya que debilita el sistema inmunológico <sup>(10)</sup>.
- **Tipo de relación sexual.** Las ITS pueden entrar al organismo con mucha mayor facilidad a través de las mucosas de la vagina, recto o boca que por la piel. Dado que en las mujeres la superficie mucosa de la vagina que se pone en contacto con el agente infeccioso es más grande, ellas pueden infectarse más fácilmente. El estado inmunológico del huésped y la virulencia del agente infeccioso afectan. Los hombres y mujeres que tienen coito anal, debido a la exposición de la mucosa rectal también tienen más posibilidades de infectarse <sup>(10)</sup>.
- **Coito.** La pareja receptora (hombre o mujer) por lo general se encuentra más expuesta a las secreciones genitales en

cuanto a cantidad y duración de la exposición. La falta de lubricación, así como una mayor vascularización de la zona, pueden facilitar lesiones o el ingreso de infecciones; como sucede durante los cambios en el cuello uterino durante el ciclo menstrual, el uso de hormonas o ante la presencia de hemorroides en el recto u otra patología ano rectal <sup>(10)</sup>.

- **Circuncisión.** Estudios recientes sobre prevención del VIH han demostrado una eficacia del 68% cuando la pareja sexual se encuentra circuncidada. El tener prepucio, es considerado como riesgo en la adquisición de las ITS <sup>(10)</sup>.

#### **2.1.3.2. Factores conductuales:**

Las conductas que aumentan el riesgo de infección incluyen:

- Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas.
- Tener varias parejas sexuales simultáneas.
- Cambiar frecuentemente de parejas sexuales.
- Tener parejas sexuales con comportamiento de riesgo.
- Mantener contacto sexual con parejas “casuales”, trabajadoras y/o trabajadores sexuales o sus clientes sin protección.
- Compartir juguetes sexuales sin limpieza adecuada previa, que se utilicen en vagina, ano/recto o boca.
- Tener relaciones sexuales con penetración sobre todo anal y sin protección.
- Haber tenido una ITS durante el último año, ya que se corre el riesgo de volver a contraer la infección si no se modifica la conducta sexual.
- Tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia <sup>(10)</sup>.

### 2.1.3.3 Factores sociales:

- **Diferencias de poder.** En una relación sexual cuando existen jerarquías, poder económico, diferencias de edad o aspectos culturales que establecen discriminación hacia un grupo de la población se dan diferencias de poder que ponen en desventaja a una de las partes. En muchas culturas, las mujeres toman pocas decisiones sobre sus prácticas sexuales, lo que les impide protegerse mediante el uso de condones. Un hombre o mujer que es penetrado bajo coerción, que es menor de edad o cuando ofrece un servicio sexual tiene menores posibilidades de negociación y mayores posibilidades de ser infectado.
- **Contextos de mayor riesgo.** Existen grupos de personas especialmente vulnerables a las ITS porque se encuentran en situaciones que dificultan la prevención de las mismas, como son la privación de la libertad, índices altos de violencia sexual o social o de estigma y discriminación, menor acceso a información o servicios de salud sexual adecuados o situaciones donde los usos y costumbres dificultan la negociación de prácticas sexuales protegidas.

Estos grupos incluyen:

- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
- Mujeres transgénero.
- Trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes.
- Hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales simultáneas.
- Hombres o mujeres alejados de sus parejas sexuales habituales.
- conductores de largas distancias o soldados.
- Personas privadas de la libertad.
- Mujeres y hombres que viven violencia sexual.
- Jóvenes sin información y servicios adecuados.

- Poblaciones indígenas o marginadas.
- Población migrante.
- Mujeres embarazadas.
- La actitud frente al uso del condón <sup>(10)</sup>.

#### **2.1.3.4. Factores demográficos:**

- **La población adolescente y adulta Joven:**

Esta población se caracteriza por tener una tasa alta de exposición, Susceptibilidad mayor y un menor acceso a los servicios de salud, los valores altos se dan entre los 15 y 29 años y en particular entre los 15 y 25 años, siendo más manifiesta la precocidad en el sexo femenino.

- **Nivel educativo:**

La escasa educación general y social puede debilitar la capacidad de negociación sobre el acceso hacia las relaciones sexuales y la protección durante las mismas, aumentarlas diferentes formas de trabajo sexual, así como limita el acceso y la percepción de acceso a los servicios de salud.

- **La urbanización y la Concentración de la Población:**

Pueden modificar los patrones de contacto íntimo entre los individuos de la población, aumentando la exposición de individuos que hacen parte de redes sexuales densas.

- **Estado civil y condición socioeconómica:**

Según el estado civil, la frecuencia de las ITS es mayor en personas solteras, divorciadas o separadas que entre las casadas.

Las personas de grupos socioeconómicos bajos poseen las tasas de mortalidad más alta.



En general, las tasas de la población urbana son muy superiores a las del medio rural, aunque puede existir un factor de confusión al tener mayor posibilidad de diagnóstico.

#### **2.1.3.5 Factores condicionantes relacionados con la Provisión de servicios de salud**

La provisión de servicios de salud preventiva y curativa para personas con vida sexual activa es un factor fundamental para la ocurrencia o no de las ITS al intervenir en todos los factores de la tasa de reproducción, convirtiéndose en un factor de riesgo en caso de su ausencia y en un factor protector en caso de su presencia.

Características Principales de los Servicios de Salud:

- Accesibilidad.
- Disponibilidad de servicios para cuidados de salud preventivos.
- Disponibilidad de programas de consultas prenatales para embarazadas.
- Seguridad y racionalidad técnica, integrando la idoneidad y competencia profesional (que puede modificarse por la disponibilidad del talento humano, su formación, su capacitación, y sus actitudes hacia sus pacientes con ITS).
- Disponibilidad en el tratamiento oportuno y eficaz mediante el abordaje sindrómico de las ITS.
- Disponibilidad y suficiencia de recurso.
- Atención humanizada y la satisfacción del usuario, fundamentales Para que las personas con ITS acudan a los servicios profesionales y no a los servicios alternos <sup>(11)</sup>.

### **2.1.3.6 Relación entre las prácticas anticonceptivas,**

#### **Comportamiento sexual y salud reproductiva**

La actividad sexual y el estado de salud reproductiva pueden tener algún efecto en el uso de métodos anticonceptivos y la manera de utilizarlos. Por ejemplo la utilización de métodos diferentes a los métodos de barrera puede dar un sentido de liberación a la mujer de copular sin miedo al embarazo, pero al mismo tiempo estos métodos no protegen contra las infecciones de transmisión sexual ya que pueden dañar su fertilidad y su salud en general. En algunos países como Canadá por ejemplo, mientras más compañeros sexuales reportan las mujeres, más probable es que utilicen métodos anticonceptivos orales y menos probables que utilicen métodos de barrera y de esta manera presentan un mayor riesgo de contagio de una enfermedad de transmisión sexual <sup>(12)</sup>.

Debido a la interdependencia que existe entre el uso de métodos anticonceptivos, actividad sexual y salud reproductiva debe de abordarse el tema de terapia anticonceptiva en un contexto mucho mayor que comprenda todos estos factores. Cuando se provee información sobre la manera de escoger el método anticonceptivo de acuerdo a las necesidades individuales, preferencias y limitaciones ambientales, los profesionales de la salud también deben brindar consejería sobre las infecciones de transmisión Sexual, función sexual, violencia, tamizaje del cáncer de cérvix y hepatitis B <sup>(13)</sup>.

#### **2.1.4. Síntomas y signos de las ITS**

Las ITS pueden provocar síntomas y signos en los órganos reproductivos así como en la piel que rodea la vagina, el pene, el ano, o bien en la garganta o en la boca. Algunas ITS también pueden causar síntomas y signos sistémicos.

**Síntomas y signos frecuentes:**

- Secreciones anormales de la vagina o el pene
- Dolor o ardor al orinar
- Picazón o irritación de los genitales
- Llagas, ampollas o bultos en los genitales
- Sarpullido, incluso en la palma de la mano y en la planta del Pie
- Dolor abdominal bajo
- Inflamación en la ingle (inflamación inguinal) <sup>(6)</sup>.

**2.1.4.1. ITS asintomáticas**

Algunas ITS pueden no causar síntomas o bien ciertos síntomas leves. Por ende, una persona infectada podría no darse cuenta de que padece una infección. Hasta el 80% de los casos en mujeres y el 10% de los casos en hombres con gonorrea son asintomáticos; entre el 80% y el 90% de las mujeres y hasta el 50% de los hombres infectados con clamidia pueden ser asintomáticos; la tricomoniasis puede ser asintomáticas en el 50% de los casos pero a pesar de ser asintomáticas, dichas infecciones pueden ser transmitidas. Las ITS, incluso las infecciones asintomáticas, pueden causar complicaciones de gravedad, en especial si no se tratan en una etapa temprana. Un tratamiento eficaz logra reducir el riesgo de que se produzcan complicaciones y la posibilidad de propagar la infección. <sup>(6)</sup>.

**2.1.5 Clasificación de las infecciones de transmisión sexual frecuentes**

Estas infecciones pueden ser ocasionadas por diversos microorganismos como virus, parásitos, hongos o bacterias, existe más de 30 patógenos que causan las ITS. Dentro de las principales se encuentra la Gonorrea, Tricomoniasis, Sífilis, Herpes, Hepatitis B, Verrugas Genitales, Ladillas, entre otras.

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CURABLES  
E INCURABLES**

Infección	Organismo causante	Clasificación de los organismo
<b>Curables</b>		
<b><u>No ulcerosas:</u></b>		
Gonorrea	Neisseria gonorrhea	Bactéria
Clamidia	Chlamydia trachomatis	Bactéria
Trichomoniasis	Tricomona vaginalis	Protozoo
Candidiasis	Candida albicans	Hongo
Vaginosis bacteriana (VB)	Gardnerella vaginalis Especies de micoplasma Especies anaeróbias	Bactéria
<b><u>Ulcerosas:</u></b>		
Sífilis	Treponema pallidum	Bactéria Espiroqueta
chancroide	Haemophilis ducreyi	Bactéria
Granuloma Inguinal /donovanosis	Calymmo bacterium granulomatis	Bactéria
Linfogranuloma venéreo	chlamydia trachomatis (LI -I3)	Bactéria
<b>Incurables</b>		

<b><u>No ulcerosas</u></b>		
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana(VIH)	Virus
Verrugas genitales	Virus del papiloma humano(HPV)	Virus
Hepatitis B	Virus hepatitis B	Virus
Hepatitis C	Virus hepatitis C	Virus
<b><u>Ulcerosas</u></b>		
Herpes genital	Virus herpes simples tipo 1 (VHS-I) Virus herpes simple tipo 2 (VHS_2) Virus herpes humano tipo 8 (VHH-8)	Virus

### 2.1.6. Enfoque de manejo del paciente con ITS.

Existen tres enfoques que pueden ser usados para el manejo de las ITS:

#### a) Manejo etiológico.

Se basa en el hallazgo del agente causal o la confirmación de su presencia mediante pruebas serológicas o microbiológicas y otras de apoyo diagnóstico. El principal problema de este enfoque es la necesidad de exámenes de laboratorio que conllevan a las siguientes desventajas:

- Requiere de laboratorio con equipos sofisticados, insumos costosos y personal altamente capacitado que además no están disponibles en el primer nivel de atención, que son los lugares de `primer encuentro.
- La validez de las pruebas no siempre es la ideal.
- Aunque pudieran realizarse algunas pruebas, los resultados generalmente no son inmediatos.

- Son costosos.

Este tipo de manejo ocasiona que los pacientes no sean tratados en la primera consulta, necesitando varias visitas de seguimiento para completar un tratamiento adecuado. Si añadimos la escasa aceptación de los pacientes por los servicios de salud y el difícil acceso a los mismos, la posibilidad de un control posterior es mínima y los costos resultantes pueden resultar elevados.

#### **b) Manejo clínico:**

Se basa en la experiencia del examinador y el diagnóstico en base a la historia natural de una ITS y/o a la experiencia de las lesiones “ojo clínico”. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico para las ITS es pobre, en ocasiones la automedicación con antibióticos sistémicos o tópicos o corticoides pueden alterar la apariencia de las lesiones, y dificultar aún más el diagnóstico clínico, en estas circunstancias los pacientes tardan en buscar ayuda.

Por lo tanto las desventajas del enfoque clínico son:

- Diversas ITS causan síntomas similares, por lo tanto puede escoger la etiología incorrecta para tratar.
- Las infecciones mixtas son comunes, el clínico puede diagnosticar solamente una de ellas y la otra quedarse sin tratar. un paciente con infecciones múltiples necesita ser tratado para cada una de ellas.
- El dejar de tratar una infección puede conducir al desarrollo de complicaciones y a la persistencia de la transmisión de una ITS en la comunidad.
- los pacientes tardan en recibir un tratamiento adecuado. Por encontrarse parcialmente tratados, llegan en estadios avanzados.

#### **c) Manejo sindrómico:**

La necesidad de implementar medidas efectivas para diagnóstico y tratamiento de las ITS ha obligado a desarrollar nuevas estrategias,

una de ellas es el manejo sindrómico para personas con síntomas de ITS propuesto por la OMS.

El manejo sindrómico busca ofrecer diagnósticos y tratamientos adecuados y oportunos, en el lugar de la primera consulta haciendo uso de los recursos de laboratorio, solo cuando estén disponibles, pero sin condicionar ni retardar una decisión terapéutica.

Este manejo se basa en la identificación y tratamiento del problema que motiva la búsqueda de atención en un establecimiento de salud.

**Ventajas:**

- Reduce la probabilidad de un diagnóstico clínico incorrecto.
- Considera tratamiento para varias infecciones concomitantes, lo que es muy común en las ITS.
- Estandariza los tratamientos para las ITS en todos los niveles de atención, garantizando su eficacia al utilizar esquemas con elevada efectividad.
- Permite el tratamiento de los pacientes en la primera consulta interrumpiendo la cadena de transmisión en forma temprana.
- Combina la educación del paciente con la atención médica ya que da la oportunidad de introducir mensajes preventivos y promover el uso del condón.

**2.1.7 Importancia del Control de las ITS**

Las intervenciones en ITS deben dirigirse prioritariamente a poblaciones con prácticas de riesgo, considerados como transmisores de ITS y a la población en general, con el adecuado soporte logístico para el abastecimiento de medicamentos y herramientas diagnósticas, vigilancia, capacitación y evaluación <sup>(11)</sup>.

**Objetivos Principales del Control de ITS**

- Interrumpir la transmisión de las mismas.
- Reducir el riesgo de adquirir y transmitir el VIH.

### **2.1.8 Consecuencias de las ITS**

- **Consecuencias médicas:**

- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Infección o dolor pélvico crónico
- Estenosis uretral
- cáncer de genitales y ano
- complicaciones cardiovasculares, neurológicas y osteomusculares.
- Muerte
- Esterilidad en hombres y mujeres
- Embarazo ectópico
- Aborto espontáneo
- Ruptura prematura de membranas
- Parto prematuro
- Mortinatalidad
- Muerte neonatal
- Bajo peso al nacer
- Infecciones neonatales (conjuntivitis)
- Malformaciones congénitas (sordera, ceguera, afecciones en huesos largos ,entre otros)
- Aumento del riesgo de transmisión del VIH que ocasiona el SIDA (6).

- **Consecuencias emocionales y sociales:**

- Ansiedad
- Culpa
- Estigma de las ITS
- Estigma de la esterilidad
- Problemas en la relación de pareja
- Violencia en el hogar
- Divorcio
- Abandono (6).



### **2.1.9. Prevención y control de las enfermedades de transmisión Sexual**

Los objetivos del control de las ITS son:

- **La prevención primaria**

La prevención primaria de enfermedades de transmisión sexual comienza con el cambio de los comportamientos sexuales que ponen a las personas en riesgo de infección. Los profesionales de la salud tienen la oportunidad para proporcionar educación y asesoramiento a sus pacientes.

Se centra en la comunidad en su totalidad apunta a evitar que los individuos adquieran una ITS. Este tipo de prevención incluye:

Campañas informativas sobre las ITS, sus complicaciones y la relación entre el VIH y otras ITS; la promoción de una mayor seguridad en las relaciones sexuales y de estrategias de reducción de riesgos; y la promoción del uso de preservativos <sup>(14)</sup>.

- **La prevención secundaria**

La prevención secundaria se orienta a los individuos infectados y apunta a prevenir o reducir los riesgos de transmisión de las enfermedades y sus complicaciones, así como a prevenir la transmisión de la infección a otras personas. Ello se logra acortando la duración de las infecciones por medio de un tratamiento.

Este tipo de prevención incluye la promoción de conductas la búsqueda temprana de atención médica, accesible, aceptable y eficaz, que incluya educación y asesoramiento, la detección temprana y el tratamiento de infecciones asintomáticos mediante la búsqueda activa de casos y los análisis <sup>(14)</sup>.

La prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual se basan en los siguientes 5 conceptos fundamentales.

- Educar y aconsejar a las personas en riesgo acerca del sexo seguro y la abstinencia (en especial en las escuelas).

- Identificación de personas asintomáticas y sintomáticas sin atención médica.
- Diagnóstico y tratamiento efectivo.
- Evaluación, tratamiento y consejo a los compañeros (as).
- Vacunación de las personas en riesgo <sup>(15)</sup>.

## 2.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

### 2.2.1 A NIVEL INTERNACIONAL:

**Santos A. et al, Brasil (2014);** investigaron las “Características sociodemográficas y riesgo para enfermedades sexualmente transmisibles entre mujeres atendidas en la atención básica”; el análisis mostró que esas mujeres tenían entre 25-59 años (77,0%), tenían baja escolaridad (30,0%) y que no tenían un trabajo remunerado (20,0%). Las pacientes que reportaron tener aparceros sexuales múltiples negaron usar el condón. Se concluye que la condición socioeconómica desfavorable asociada con el abandono del uso de preservativos exponen esas mujeres al riesgo de contraer enfermedades sexualmente transmisibles, lo que refuerza la necesidad de llevar a cabo actividades educativas <sup>(26)</sup>.

**Olivera A. et al, (2013);** investigan la “Evaluación de la prevalencia de infecciones genitales en embarazadas atendidas en consulta de enfermería ginecológica” resultados : Las infecciones cérvico-vaginales y los agentes etiológicos más prevalentes fueron la vaginosis bacteriana (33,3%) y la Gardnerella (20,0%). Se concluye que existe una alta prevalencia de patógenos en los pacientes, lo que confirma la importancia del cuidado prenatal de las embarazadas para el diagnóstico y tratamiento de esas infecciones <sup>( 27)</sup>.

**Müller A et al, Bogotá - Colombia (2010);** estudiaron la “Prevalencia y factores asociados a la infección por C. trachomatis, N. gonorrhoeae, t. vaginalis, C. albicans, sífilis, VIH y vaginosis bacteriana en mujeres con síntomas de infección vaginal en tres sitios de atención”;

obtuvieron como resultados: el 8.3 % era trabajadoras sexuales, el 52.7% tuvo una infección del tracto genital de estas el 40.4 % presentaron infecciones endógenas y 12.3% infecciones de transmisión sexual (ITS). Las mujeres con ITS tuvieron una edad promedio de 27.9 años y aquellas que no tenían ITS 31.9 años. Concluyeron, que el 52,7 %de las mujeres que consultaron por síntomas de infección del tracto genital inferior; la infección más frecuente fue vaginosis bacteriana y, clamidia dentro de la infecciones de transmisión sexual <sup>(28)</sup>.

**Álvarez C et al, Guatemala (2010);** estudiaron la “Prevalencia de VIH e infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo asociados en mujeres trabajadoras del sexo en Escuintla, Guatemala; junio 2009 y febrero 2012”. La prevalencia de VIH fue de 2.29%, sífilis 1.8%, chlamydia 5.6%, trichomonas 9.5%, y gonococo cervical 0.9 %<sup>(29)</sup>.

**Calero J. et al, Cuba (2010);** investigaron los “comportamientos sexuales y reconocimiento sindrómico de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes cubanos de escuelas de artes y deportes”; resultados: el 72,6 por ciento (866) ha tenido relaciones coitales (RSC), con una edad promedio al inicio de 14,6±1,5 años. De los iniciados, el 93,0 por ciento (756) refirió haberse protegido en todas sus RSC. Aunque el 93,8 por ciento dice conocer las ITS, solo el 32,2 por ciento reconoció algún síntoma y/o signo de ITS; el 42,9 por ciento señaló alguna consecuencia de las ITS para las mujeres y el 36,2 por ciento para los varones. Solo el 18,0 por ciento percibe riesgos de contagiarse con una ITS. <sup>(30)</sup>.

**Castaño C. et al, Colombia (2009);** estudiaron la “Caracterización de los pacientes diagnosticados con enfermedades de transmisión sexual atendidos en una institución pública de 1° nivel de la ciudad de Manizales”; Resultados: El año con más frecuencia de ETS fue el 2010 con 55%, mayor proporción en género femenino 87,5%, edad promedio de 28,64 años. El motivo de consulta más frecuente fue el de síntomas inespecíficos en un 34,8%. La patología más frecuente

en mujeres fue la candidiasis vulvovaginal con 60,3%, en hombres el herpes genital con 33,3%. Personas con unión no estable fueron quienes presentaron mayor proporción de ETS. Conclusiones: Las ETS se diagnostican con mayor frecuencia en las mujeres, porque son ellas quienes acuden más a los servicios de salud. Aunque el número de pacientes atendidos por ETS disminuyó año tras año, es notorio que se requiere de más y mejores métodos de diagnóstico y tratamiento adecuados para dicha población <sup>(31)</sup>.

**Pérez R .et al, Chile (2008)**; investigaron la “Prevalencia y factores de riesgo asociados a sífilis en mujeres”; concluyendo que la conducta sexual de riesgo y la escasa información sobre el contagio son factores asociados a las infecciones de transmisión sexual. Las principales infecciones fueron el condiloma acuminada (HPV) en el 52 % y sífilis en el 25 % <sup>(32)</sup>.

**Morgan N. et al, Jamaica (2008)**; estudiaron la “Prevalencia del comportamiento sexual de alto riesgo en los adultos Jamaicanos y su relación con factores socio demográficos y religiosos: hallazgos de una encuesta de 2007-2008 sobre salud y estilo de vida en Jamaica”; obteniendo como resultados que el 25% de los adultos jamaicanos habían tenido dos o más parejas sexuales el último año, mientras que 15% habían tenido una historia de ITS. Aproximadamente 6% de las personas con parejas múltiples no utilizaron condones durante el acto sexual. En general, 32% tenían alguna de las tres características de alto riesgo (varones, 48%; mujeres, 17%). El estar casado, tener una práctica religiosa y asistir semanalmente a reuniones religiosas; estuvo asociado con menores probabilidades de comportamiento sexual de alto riesgo, mientras que, las relaciones de visitas ocasionales estuvieron asociadas con mayores probabilidades de conducta de alto riesgo.

Conclusión: Un tercio de la muestra representativa de jamaicanos reportó prácticas sexuales que aumentaban el riesgo de infección por VIH. La conducta sexual de alto riesgo fue más común entre los

hombres. El estar casado, y asistir semanalmente a reuniones religiosas, estuvo asociado con menores probabilidades de comportamiento sexual de alto riesgo <sup>(33)</sup>.

**González D. Caracas (2008)**; en su investigación “Caracterización de los factores de riesgo para las infecciones de transmisión sexual en Adolescentes y Jóvenes del Bloque 10 de Casalta – Caracas” ; concluyo que el tipo de infección más frecuente es la trichomoniasis y, dentro de los más afectados se encuentran los pacientes del sexo femenino que poseen una edad inferior a los 20 años, con estado conyugal soltero; condiciones socioeconómicas desfavorables y nivel escolar bajo; así como conocimientos deficientes sobre la Infecciones de Transmisión Sexual. Resultaron ser factores proporcionales con las Infecciones Transmisión Sexual y, por tanto, conductas de riesgo el inicio temprano de las relaciones sexuales, el cambio frecuente de pareja y el no uso del condón. El contacto sexual acompañado del consumo de alcohol y/o de sustancias prohibidas constituyó un acto favorecedor a la transmisión de enfermedades por esta vía <sup>(34)</sup>.

**Inmaculada Teva, M<sup>a</sup> Paz Bermúdez y Gualberto Buela-Casal España (2007)**; estudiaron “Variables Sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes” cuyo objetivo fue analizar si existen diferencias de conductas de riesgo en adolescentes para la infección por el VIH y las ETS de acuerdo al tipo de centro educativo (público/privado, concertado), el sexo y la edad concluyeron que: existen diferencias en las conductas de riesgo para la infección por el VIH en función de variables sociodemográficas que hacen reflexionar sobre la necesidad de considerar estos aspectos en los programas de educación sexual dirigidos a los adolescentes<sup>(35)</sup>.

**Alva A. México (2003)**; en su investigación “Prácticas de riesgo para infecciones de transmisión sexual en un grupo de mujeres embarazadas y sus parejas. Concluyeron que son factores de riesgo

de ITS haber padecido una ITS, haber tenido relaciones sexuales orales y/o anales; son factores protectores vivir con su pareja, tener ocupación remunerada y tener sólo una pareja sexual.

**García C. México (2001);** estudio los Factores sociales y su asociación con el comportamiento sexual de riesgo para adquirir enfermedades de transmisión sexual. Conclusiones La edad estuvo relacionada significativamente con el comportamiento sexual de riesgo. El 48% de la población estudiantil pertenece a un nivel socioeconómico bajo, hecho asociado con un comportamiento sexual de bajo riesgo. La mayoría de las mujeres estudiadas son solteras, variable que estuvo asociada en forma significativa con un comportamiento sexual de bajo riesgo. La religión no mostró el efecto protector esperado contra el comportamiento sexual de alto riesgo. Con respecto a la virginidad, los resultados muestran que existe una asociación significativa y se presenta como una variable de tipo protector contra un comportamiento sexual de riesgo alto; 12% de la población en estudio refirió haber tenido antecedentes de ETS. La población estudiada mostró que también existe un porcentaje muy bajo de alumnas con comportamiento sexual de riesgo alto 15%<sup>(36)</sup>.

### **2.2.2. A NIVEL NACIONAL:**

**Garaycochea M. et al. (2013);** investigaron las “Infecciones de transmisión sexual en mujeres de un establecimiento penitenciario de Lima, Perú”. Los agentes etiológicos más prevalentes fueron Chlamydia trachomatis en un 42,3%, Gardnerella vaginalis en un 24,4% y Trichomonas vaginalis en un 10,1%. En muestras de suero de sífilis y VIH en un 2,2%. Se concluye que existe una alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres privadas de libertad del establecimiento penitenciario Chorrillos I en la ciudad de Lima, Perú. Se debería establecer sistemas de tamizaje de rutina para el diagnóstico y tratamiento de las ITS dentro del sistema carcelario además de incluir a esta población en los programas de salud sexual y reproductiva <sup>(37)</sup>.

**Martínez M. J. (2012);** en su investigación “Factores determinantes de las conductas de riesgo para ITS - HIV en los estudiantes de las escuelas de salud de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa” demostró que el 40% de los estudiantes no conocía las vías de transmisión y las conductas preventivas; colocando a los factores cognitivos como los principales responsables seguidos de factores socioculturales como: el grupo de amigos que promueven la promiscuidad, 10%; la bisexualidad, 8%; el sexo inseguro, 15% y los centros de diversión que ofertan licor, drogas y ambientes privados. Así mismo las conductas de riesgo ocupacional son debidas principalmente a factores actitudinales en donde el 60% de los estudiantes conoce las medidas de protección personal, pero desestiman su uso argumentando sentir incomodidad en un 40%; seguido de los factores socioculturales que en general se constituyen por el personal de salud profesional, técnico y auxiliar que no utiliza guantes, mandiles, lentes y otros elementos de protección en su práctica asistencial promoviendo esta mala conducta (38).

**Sánchez P, Dalmira D. (2009);** en su investigación asociación entre violencia familiar e infecciones de transmisión sexual en mujeres de 18 a 49 años. Hospital María Auxiliadora. 2009”: resultados de las 240 mujeres que participaron en el estudio; el 63.4 por ciento oscila entre los 18 y 29 años; el 81.3 por ciento tuvo como grado de instrucción educación secundaria; el 69.2 por ciento no trabajaba; el 66.3 por ciento eran amas de casa y el 42.5 por ciento convivía con su pareja entre 3 a 5 años. El 51 por ciento de las mujeres han recibido en algún momento violencia psicológica, el 15% violencia física y 14% violencia sexual, La presencia de ITS no está relacionada a las variables socio demográficas (39).

**Ramos W, Munive L, Calderón M, Velasco M. (2006);** en su investigación “Características sociodemográficas y fuentes de información en relación con la percepción del riesgo de transmisión del VIH y SIDA de mujeres peruanas en edad fértil. Período 2004-

2006". Resultados obtenidos el 67.9 % percibió no tener riesgo de transmisión del VIH, 18.4 % tuvo percepción de tener riesgo mínimo ,4.0 % riesgo moderado y 1.6% alto riesgo; mientras que, el 8.1% no sabía acerca de su riesgo. El análisis multivariado mostró que la percepción del riesgo difirió significativamente por grupo étnico, región, urbanización, grado de instrucción, alfabetización y lengua materna.

Concluyeron: que la percepción del riesgo de transmisión por el VIH de mujeres peruanas en edad fértil es modificada por factores socio demográficos. Las principales fuentes de información acerca del VIH y SIDA son la televisión, radio y trabajadores de salud (40).

**Blitchtein D. et al, (2001)**, investigaron la "Percepción y comportamientos de riesgo de ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao". Concluyeron que los hallazgos de baja percepción de riesgo de ITS/VIH/SIDA y la alta referencia de signos de ITS, señalan la necesidad de priorizar esta población para realizar estrategias de prevención. El resultado del análisis de senderos subraya la importancia de considerar factores racionales (nivel de información, número de parejas sexuales) y no racionales (emociones y percepciones) en el desarrollo de estrategias de intervención para disminuir el comportamiento de riesgo (41).

**Chirinos J, Bardales O. (2001)**; investigaron "Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima", Perú ,2001.La mayoría señaló principalmente el condón como una forma de evitar el embarazo (95%). La primera relación coital fue con "la amiga", su pareja estable o una conocida. Casi la mitad de ellos hizo algo para cuidarse, principalmente usó condón para evitar un embarazo; pero su uso consistente y correcto son bajos. El 39,5% tuvo su última relación coital con su pareja estable la esposa o conviviente. El diálogo sobre protegerse se incrementa entre la primera y la última relación coital. Su percepción



del riesgo de adquirir ETS/SIDA es baja y se protegen sólo con parejas "desconocidas" (42).

**A NIVEL REGIONAL:**

No se encontraron trabajos relacionados en mujeres adultas, solo existen trabajos en población adolescente sobre nivel de conocimientos sobre ITS y prevalencia del uso del condón.

## CAPÍTULO III

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

**CUADRO 1.** Datos sociodemográficos de las mujeres del servicio de planificación familiar, en un establecimiento de salud; Lambayeque, 2015.

<b>Edad (años)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
18 - 29	121	<b>56.6</b>
30 - 49	92	43.4
<b>Grado de instrucción</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Iletradas	7	3.3
Primaria	30	14.0
Secundaria	132	<b>62.0</b>
Superior no universitario	26	12.2
Superior Universitario	18	8.5
<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Soltera	22	10.3
Conviviente	160	<b>75.1</b>
Casada	31	14.6
<b>Residencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Rural	30	14.1
Urbano	183	<b>85.9</b>
<b>Total</b>	<b>213</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos

**CUADRO 2.** Datos conductuales de las mujeres del servicio de planificación familiar, en un establecimiento de salud; Lambayeque, 2015.

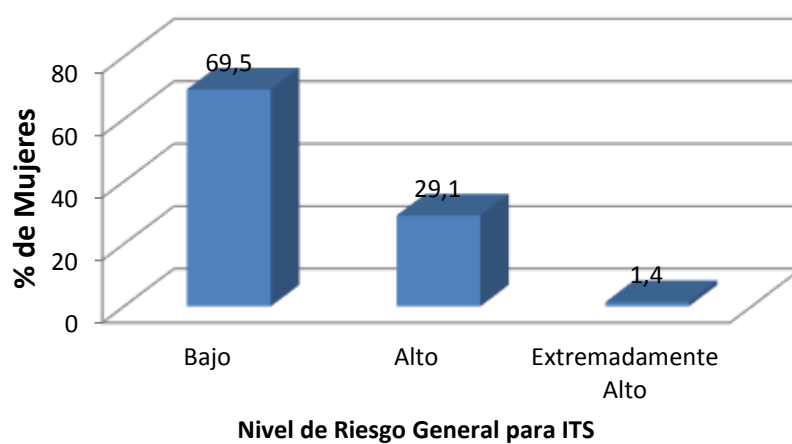
Ítems	SI		NO	
	n	%	n	%
¿Su primera relación sexual fue antes de los 19 años?	145	68.1	68	31.9
¿Tuvo 2 ó más parejas sexuales hasta la Actualidad?	56	26.3	157	73.7
¿Ha tenido una ITS anteriormente?	130	61.0	83	39
¿Recibió tratamiento para la ITS?	93	71.54	37	28.46
¿Su pareja recibió tratamiento para la ITS?	43	33.1	87	66.9
¿Se ha auto medicado para una ITS?	15	11.54	115	88.46
¿tuvo Relaciones sexuales sin usar condón los últimos 12 meses con su Pareja actual formal?	154	72.3	22	10.3
¿Alguna vez ha tenido sexo sin condón con una pareja que acababa de conocer?	23	10.8	190	89.2
¿Ha tenido sexo anal sin condón en los últimos doce meses?	29	13.6	184	86.4
¿Cambia frecuentemente de parejas sexuales?	02	0.94	211	99.06
¿Ha tenido más de un compañero sexual en un mes?	05	2.3	208	97.7
¿Alguna vez ha recibido transfusión de Sangre?	15	7.04	198	92.96
¿Alguna vez se ha realizado algún Tatuaje?	04	1.88	209	98.12
¿Algunas veces tienes relaciones durante su menstruación?	54	25.4	159	74.6
¿Cuándo consume alcohol acostumbra Emborracharse?	13	6.1	200	93.9
¿Consume drogas?	10	4.7	203	95.3
¿Debido a su trabajo tiene que ausentarse varios días de su de casa?	03	1.4	210	98.6
¿Su pareja se ausenta varios días de su casa por trabajo?	55	25.8	158	74.2
¿Acostumbra su pareja a tomar alcohol?	123	57.7	90	42.3
¿Su pareja Consume drogas?	10	4.7	203	95.3
¿Alguna vez su pareja le ha sido Infiel?	55	25.8	158	74.2
¿Su pareja ha tenido alguna vez una infección de transmisión Sexual (ITS)?	15	7.0	198	93.0

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos.

**CUADRO 3.** Nivel de riesgo general para ITS de las mujeres de servicio de planificación familiar, en un establecimiento de salud; Lambayeque, 2015.

Nivel de riesgo general para ITS	n	%
Bajo	148	69.5
Alto	62	29.1
Extremadamente Alto	3	1.4
<b>Total</b>	<b>213</b>	<b>100.0</b>

**Gráfica 1:** Nivel de riesgo general para ITS de las mujeres del servicio de planificación familiar en un establecimiento de salud ;Lambayeque ,2015.



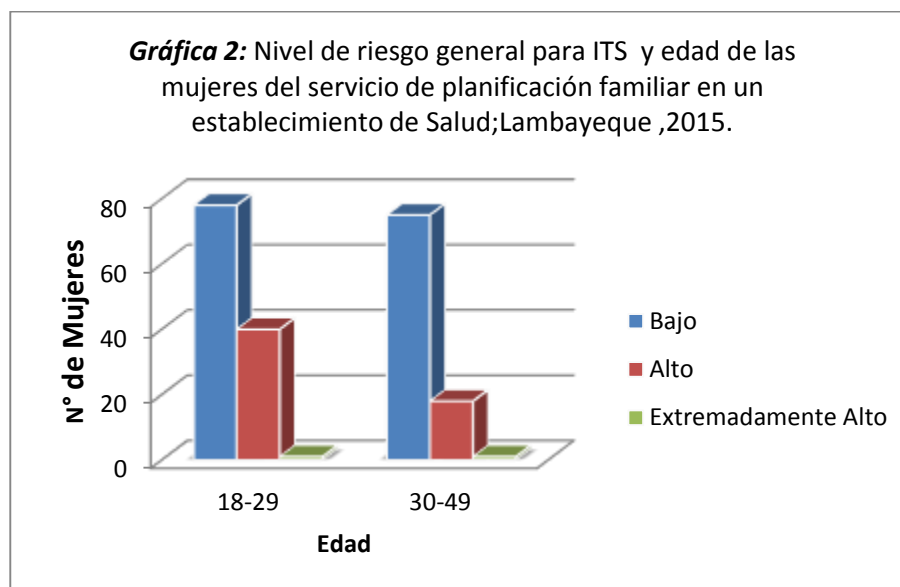
**Fuente:** Instrumento de recolección de datos

**CUADRO 4.** Relación entre el nivel de riesgo para ITS con la edad de las mujeres del servicio de planificación familiar, en un establecimiento de salud; Lambayeque, 2015.

Nivel de Riesgo general para ITS	Edad (años)			
	18-29		30-49	
	n	%	n	%
Bajo	80	66.1	73	79.3
Alto	40	33.1	18	19.6
Extremadamente Alto	01	0.8	01	1.1
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>

Valor Chi Cuadrado = 5.55 P=0.0625> 0.05

**Conclusión:** No existe asociación entre la edad y el nivel de riesgo para las ITS.



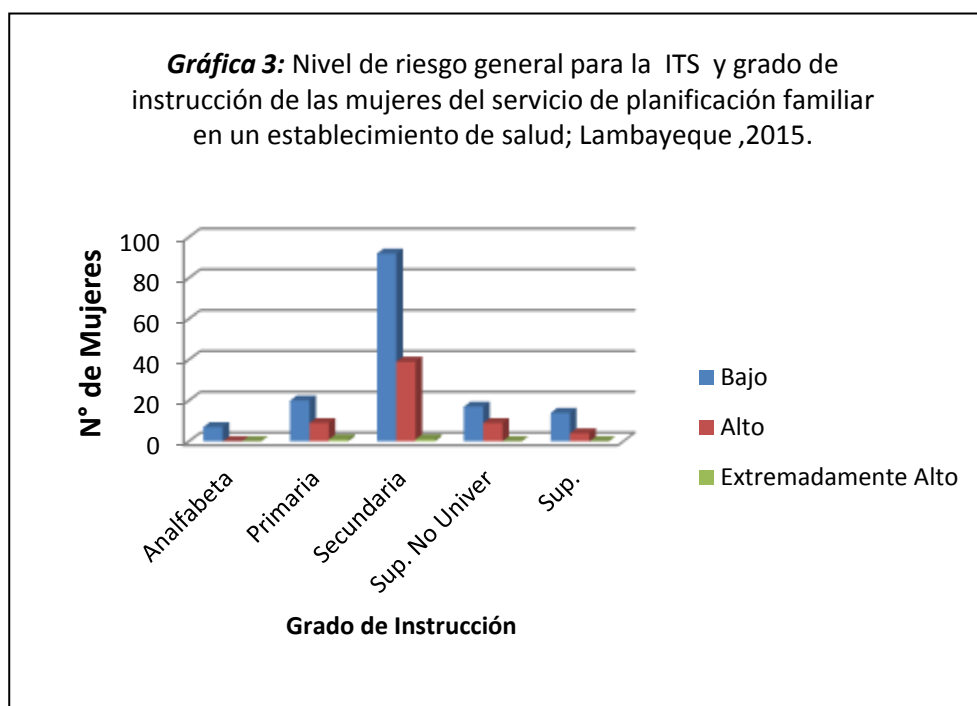
**Fuente:** Instrumento de recolección de datos

**CUADRO 5.** Relación entre el nivel de riesgo para ITS según el grado de instrucción de las mujeres del servicio de planificación familiar en un establecimiento de salud, Lambayeque, 2015.

Nivel de riesgo general para ITS	Grado de instrucción									
	Iletrada		Primaria		Secundaria		Superior no universitario		superior universitario	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajo	7	100	20	66.7	92	70.0	17	65	14	77.7
Alto	00	00	09	30.0	39	29.5	09	35	04	22.3
Extremadamente Alto	00	00	01	3.3	01	0.5	00	00	00	00
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>132</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Valor Chi Cuadrado = 3.18  $p=0.3652 > 0.05$ .

$\chi^2 = P > 0.05$



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos

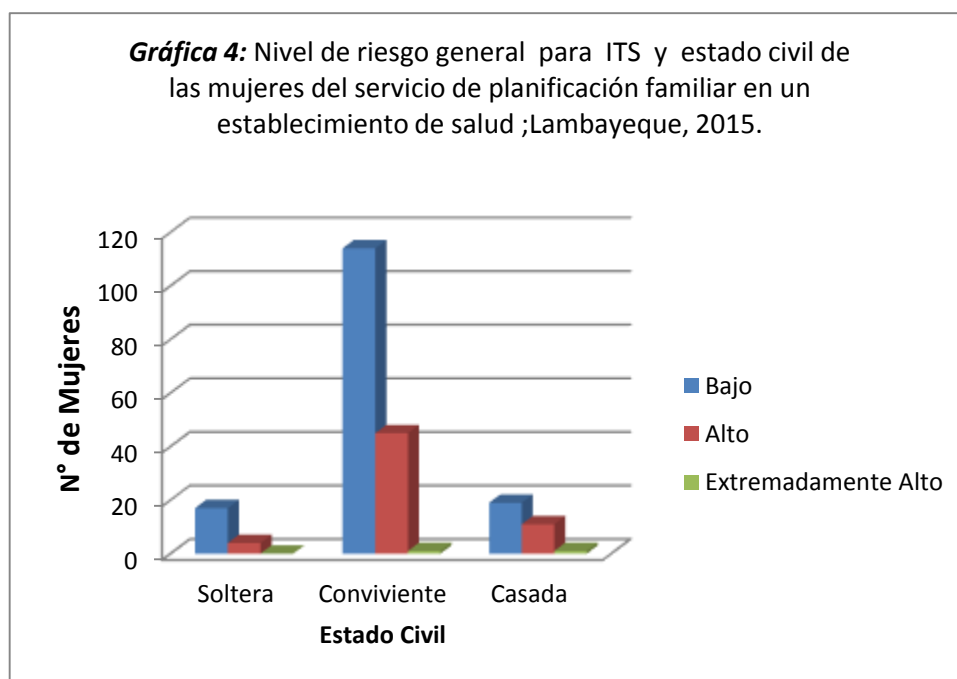
Se concluye que no existe asociación entre el grado de instrucción y los niveles de ITS lo que indicaría que las mujeres de cualquier grado de instrucción poseen los distintos niveles de riesgo de manera proporcional, siendo mayor en el nivel bajo, seguido de alto y de extremadamente alto.

**CUADRO 6.** Relación entre el nivel de riesgo para ITS según estado civil de las mujeres del servicio de planificación familiar en un establecimiento de salud; Lambayeque, 2015.

Nivel de riesgo general para ITS	Soltera		Conviviente		Casada	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	18	82	114	71	19	61.3
Alto	04	18	45	28	11	35.5
Extremadamente Alto	00	00	01	1	01	3.2
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>160</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Fuente:** instrumento de recolección de datos  
 Valor Chi Cuadrado = 3.99 P=0.4073> 0.05

**Conclusión :**No existe asociación entre el estado civil soltera, conviviente y casada con el alto nivel de riesgo para ITS.

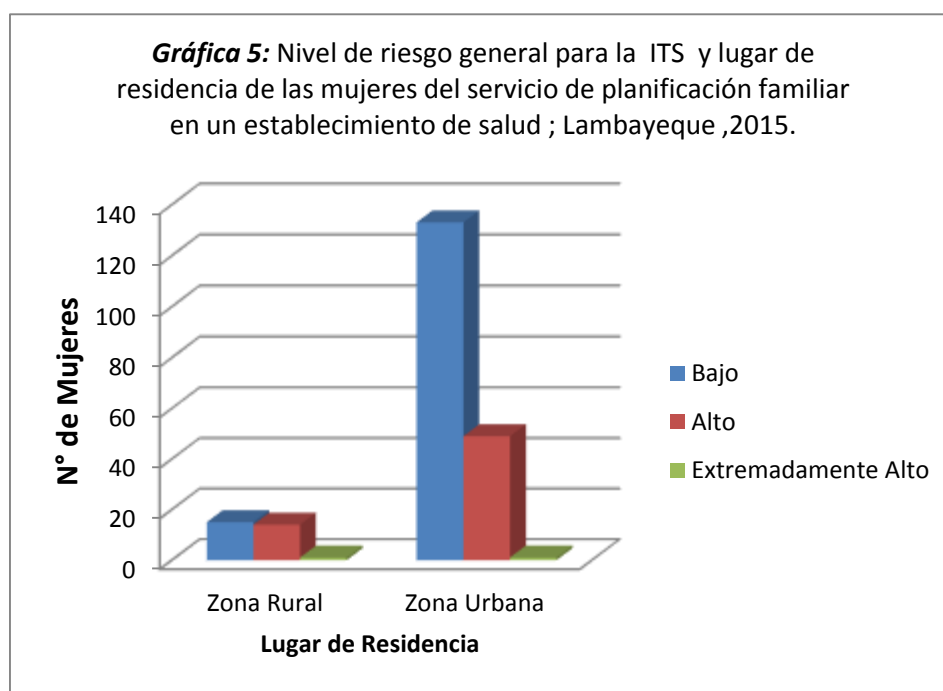


**Fuente:** instrumento de recolección de datos

**CUADRO 7.** Relación entre el nivel de riesgo para ITS según el lugar de residencia de las mujeres del servicio de planificación familiar en un establecimiento de salud; Lambayeque, 2015.

Nivel de riesgo general para ITS	Zona rural		Zona urbana	
	n	%	n	%
Bajo	15	50	133	72.7
Alto	14	47	49	26.8
Extremadamente Alto	01	3	01	0.5
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>183</b>	<b>100</b>

**Fuente:** instrumento de recolección de datos  
 Valor Chi Cuadrado = 7.49 P=0.0237 < 0.05.  
 $\chi^2$  = P < 0.05, existe diferencia significativa



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos.

En la gráfica anterior se puede observar un bajo riesgo general para ITS en mujeres que viven en la zona urbana. En las mujeres que viven en la zona rural el riesgo general a las ITS es casi igual un riesgo bajo y alto.

**Conclusión:** existe asociación entre el lugar de procedencia con el nivel de riesgo para ITS.



### 3.2. DISCUSIÓN.

La presente investigación sigue la tendencia de evaluación de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de las ITS y VIH-SIDA, porque constituye un problema de salud pública a nivel nacional y mundial, con mayor vulnerabilidad biológica y social en la mujer , además porque existen muy pocos datos sobre prevalencia de ITS en la población general; la mayor parte de la información proviene de los llamados "grupos de alto riesgo", trabajadoras del sexo comercial u hombres que acuden a los centros de referencia para las ITS ante esta realidad motivó su realización para que sirva como un aporte para la región Lambayeque

En el cuadro 1 se observa que la población en estudio tuvo las siguientes características sociodemográficas, un predominio de edad en las usuarias de 18 a 29 años con 56.6%, la mayoría (62.0%,) tiene instrucción de nivel secundario, residen en zona urbana el 85.9%, son de estado civil conviviente el 75.1%.

Sánchez P, y Daisy D. en Lima, 2005 reportan un mayor porcentaje de 63.4% para el rango de edad establecido, así también Arauco, et al, en Brasil ,2009 encuentran un 82%. Mientras que Santos reporta un grupo de mayor edad de 25 a 59 años aunque este rango es mayor con 77% (39,45).

En el grado de instrucción Santos y Sánchez P. ambos autores encuentra también que la mayoría de usuarias tienen estudios de nivel de secundaria valores 70% y 81 % respectivamente. Semejante es el porcentaje de usuarias que su estado civil es de convivencia de 74.2%, y mayor al obtenido por Sánchez P. quien solo encontró 42.5%, y también al 34.5% reportado en la ENDES, 2014. (5,39)

En el cuadro 2 observamos los factores conductuales encontrando que la edad de inicio de la actividad sexual que predominó es menor de 19 años (68.1 %), han tenido hasta la actualidad una sola pareja sexual el 73.7 %.

La ENDES, 2014 encontró que el 50% de mujeres tuvo su primera relación sexual antes de los 18.6 años, el 26.3% tuvo más de una pareja sexual el

promedio en las mujeres fue (1.2) y en los varones (10.6) estos datos nos indican que el comportamiento sexual de la pareja influye en el nivel de riesgo general para ITS. (5,45).

El 61% de la población estudiada manifestó haber tenido antecedentes clínicos compatibles con ITS; en el cuadro 9 ubicado en el anexo se observa que el 85.4% presentaron flujo vaginal anormal y el 14.6 % otras ITS (cervicitis, sífilis y condiloma acuminado), este valor semejante al reportado por Sánchez Padilla y Daisy Dalmiro en Lima 2005 con el 63.4 % ;así como al de Müller A et al, en mujeres ,Bogotá 2010; obtuvo que el 52.7% tuvo una infección del tracto genital de estas el 40.4 % presentaron infecciones endógenas y 12.3% infecciones de transmisión sexual (ITS); Morgan N. et al, Jamaica 2008,el 15% habían tenido una historia de ITS.Y también al registrado en un estudio local realizado por Soto en Chiclayo 1988 quien describe una prevalencia de 42% al preguntar por síntomas compatibles con ETS; también Valdez encuentra un 14% al preguntar por entidades específicas (46).

El 28.46 % de las mujeres que manifestaron antecedentes clínicos de ITS no fueron tratadas; al igual que 66.9% de sus parejas, considerándose un riesgo para reinfectarse, tal vez esto se debió a que los casos diagnosticados fueron infecciones endógenas (vaginosis bacteriana o, candidiasis vaginal más no una ITS) lo que justificaría el alto porcentaje de parejas que no recibieron tratamiento.

El comportamiento sexual de la pareja influye en el nivel de riesgo para ITS el 72.3% no usa condón, el 57.7% de varones acostumbran tomar alcohol, mientras que el 25.8 % fueron infieles; dato que difiere con el porcentaje nacional de 71% de infidelidad en los varones peruanos (25).

La frecuencia de sexo anal fue del 13.6%, relaciones sexuales durante la menstruación 25.4 % constituyendo riesgo alto para las ITS como la transmisión del VIH debido que el virus se encuentra en la sangre y otros fluidos corporales.

El tercer cuadro, presenta el nivel de riesgo general para ITS, apreciándose que el nivel de riesgo para ITS para la mayoría en las mujeres del servicio de planificación familiar es bajo, pero sí es preocupante que 3 de cada 10 mujeres su riesgo es alto (29.1) o extremadamente alto (1.4).

El riesgo varía significativamente en relación con las características sociodemográficas como el lugar de residencia a excepción del grado de instrucción el estado civil y edad que no se encontró asociación estadística.

Se aprecia en el Cuadro 4, que el mayor porcentaje de mujeres con riesgo bajo lo alcanzan las adultas de 30 a 49 a, en cambio el riesgo alto tiene porcentaje mayor en las jóvenes y adolescente de 18 a 29 años. Müller reportó una edad promedio de 27.9 años; Castaño, 28.64 años; Ramos (2004-2006) encontró con percepción de mayor riesgo de transmisión las mujeres entre 35 y 39 años. García concluye que la edad está relacionada con el comportamiento sexual de riesgo, mayor actividad sexual, no uso de condón, recambio de parejas sexual y bajo reconocimiento de signos y síntomas de ITS.

En relación al nivel de riesgo y el grado de instrucción, cuadro 5 se observa que son 7 las mujeres analfabetas y todas tienen riesgo bajo a ITS, las mujeres de todos los niveles educativos, tiene en su mayoría riesgo bajo; el riesgo alto son similares en los grados de instrucción primaria, secundaria y superior con 30, 29.5, 35 y 22 % respectivamente, a excepción de las analfabetas. Además el nivel de riesgo extremadamente alto está presente también en las usuarias con grado de instrucción primaria y secundaria aunque con un mínimo porcentaje de 3.3 y 0.5%, esto conduce a señalar que no existe una asociación entre el nivel de riesgo de ITS y el grado de instrucción. García (1999) encontró una asociación positiva con el grado de instrucción a mayor escolaridad, mayor comportamiento de riesgo. Ramos (2004-2006) encontró con percepción de mayor riesgo de transmisión las de instrucción superior.

Podemos observar en el cuadro 6, que presenta la distribución de mujeres según estado civil y nivel de riesgo a ITS se observó también que el mayor porcentaje de mujeres que tiene un nivel de riesgo alto son las casadas,

seguido de las convivientes con 35 y 28% respectivamente; lo mismo ocurre con las que tiene riesgo extremadamente alto que aun que son escasas la mayoría son casadas (3.2%) o convivientes (1%), lo cual indica que existe asociación ( $p<0.05$ ). Según la guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS los comportamientos sexuales no son estáticos se van modificando con el paso del tiempo; esto se debería al comportamiento sexual individual y de la pareja se encontró un 25.8% de infidelidad, por parte del compañero sexual, ausencia varios días de casa por trabajo consumo de alcohol 57.7% .según la ENDES (2014), el mayor porcentaje de ITS se encontró en las mujeres divorciadas, separadas y viudas. Arenas (1993) la frecuencia de las ITS es mayor en personas solteras, divorciadas o separadas que entre las casadas, Morgan (2008) el estar casado está asociado con menor comportamiento de riesgo dato que difiere con nuestros resultados.

La distribución de usuarias según el nivel de riesgo para ITS y lugar de residencia, se presenta en el cuadro 7 en la que podemos observar un predominio de nivel de riesgo bajo tanto en las residentes de zona urbana y zona rural con 72.7 y 50% respectivamente. El mayor porcentaje de mujeres con riesgo alto y extremadamente alto residen en zona rural encontrándose que existe diferencia significativa. Ramos, nos dice que existe mayor percepción de riesgo de transmisión en las mujeres de áreas urbanas y procedentes de la selva.

El valor obtenido de riesgo general de 69.5% de nivel bajo, estaría influenciado por las características socio demográficas predominantes y por la accesibilidad de las mujeres al establecimiento de salud donde se brinda orientación y consejería sobre temas en salud sexual.

## CONCLUSIONES

En base al análisis e interpretación de los resultados sobre la relación entre las características sociodemográficas y nivel de riesgo para las ITS en mujeres del servicio de planificación del establecimiento de salud Toribia Castro Chirinos de Lambayeque en el periodo del 2014-2015, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Los niveles de riesgo de infecciones de transmisión sexual de las mujeres usuarias del servicio de planificación familiar del establecimiento de salud Toribia Castro Chirinos fueron: riesgo bajo (69.5%), riesgo alto (29.1%) y riesgo extremadamente alto (1.4%).
2. La conducta sexual de riesgo más frecuente es que no utilizan condón con su pareja formal (72.3%), algunas con parejas casuales (10.8 %), practican sexo anal sin condón (13.6%), tiene antecedentes clínicos compatibles con ITS (61%) y muchas (28.4%) no han recibido tratamiento, tienen relaciones sexuales estando menstruando (25%).
3. Las características sociodemográficos que predominaron en las mujeres usuarias del servicio de planificación son: la mayoría (56.6%), tiene 18 a 29 años de edad, son de nivel secundario el 62%, pertenecen a la zona urbana el 85.9%, son de estado civil conviviente el 75.1%.
4. Tienen riesgo alto mayormente las mujeres de menor edad (18-29), superior no universitario y casadas que viven en zona rural.
5. El riesgo más bajo lo tienen las de 30 a 49 años, las iletradas y educación superior universitario, solteras, y que viven en zona urbana.
6. Se concluye que no existe asociación estadística significativa entre el nivel de riesgo con la edad, estado civil, y el grado de instrucción
7. Existe asociación estadística significativa entre el nivel de riesgo y el lugar de residencia.

## **RECOMENDACIONES**

1. Evaluar los factores de riesgo y las medidas de prevención de las ITS /VIH de forma periódica a las mujeres y sus parejas para la identificación y modificación de comportamientos sexuales de riesgo.
2. Realizar actividades de información, educación y comunicación en los diferentes escenarios como: establecimientos de salud, instituciones educativas de nivel secundario, institutos superiores, universidades y centros laborales con población masculina.
3. Implementar consultorios diferenciados para consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes y población con comportamientos sexuales de riesgo.
4. Realizar otros estudios sobre riesgo a infecciones de transmisión sexual en mujeres y varones de población general que permitan tener mayor conocimiento del problema utilizando muestreo probabilístico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Yáñez Juan M. (2011). Enfermedades infecciosas en la historia humana .editorial, Libros en Red, 280 pp. United States.
2. Care (2008). Manejo sindrómico de las Infecciones de transmisión sexual (ITS) para profesionales de la salud. 1ª Ed. Perú: Care Perú.
3. Organización Mundial de la Salud. (2016).ND 110  
  
[www.who.int/es](http://www.who.int/es).
4. Organización Mundial de la Salud (2007).Estrategia mundial de Prevención y control las infecciones de transmisión sexual 2006-2015. Ginebra: Biblioteca OMS.
5. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar 2014, ENDES(2014). Lima Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática.2014.p.343  
  
Disponible en:  
<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/...digitales/.../Libro.pdf>
6. Reproductive Health Response in Conflict Consortium  
  
(2004).Guía para la atención de Infecciones de transmisión sexual en entornos afectados por conflictos [internet].  
Washington: Cosortium RHRC.  
  
Disponible en: [http://www.rhrc.org/resources/sti/sti\\_spanish.pdf](http://www.rhrc.org/resources/sti/sti_spanish.pdf)
7. Organización Mundial de la Salud (2008). Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual. Vol.8. 2a ed. Ginebra.
8. Mayaud, P. Cormick , M. (2001). Interventions against sexually y transmitted infections (sti) to prevent hiv infection .58(1): 129-153.
9. Organización Mundial de la Salud. (2008) .Introducción a la Prevención y el control de las ITS. Módulo 1 - 2a ed. 8
10. Cruz P. C, Ramos A. U, González R. A (2011).Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS: Dirigida a personal de servicios de salud.1a ed. México. Fundación Panamericana para la Salud.
11. Censida (2004). Manual para capacitadores en el manejo Sindrómico de las infecciones de transmisión sexual (ITS).2ª Ed. México: Censida México.

12. Salazar QA, Sáenz CD. (2005) .Anticoncepción en el Primer y Segundo Nivel de Atención: Dirección de medicamentos y terapéutica del seguro social; Costa Rica.

13. Organización Mundial de la Salud [internet]. Planificación familiar. OMS; 1948 [actualizado mayo 2015; citado septiembre 2015].

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

14. Organización Panamericana de la Salud (2004) Marco de Referencia para la prevención, atención y control de las ITS: Herramientas para la implementación. 1ª ed. Washington: Organización Mundial de la Salud.[Fecha de consulta: 21 diciembre 2013].

Disponible en:<http://www.redalyc.org/pdf/2390/239024339006.pdf>

15. Cires PM et al. Guía terapéutica para la atención primaria en salud. 1ed. La Habana: ECIMED; 2010.

16. Sarria, Antonio; Villar, F. (2014) Promoción de la salud en la comunidad. Editores. Madrid. La Universidad Nacional de educación a distancia y el Instituto de Salud Carlos III.

Disponible en:<https://books.google.com.pe/books?isbn=8436268970>

17. Organización Mundial de la Salud (2013) Estadísticas sanitarias mundiales [internet].Ginebra: Biblioteca OMS [fecha de consulta: 12 septiembre 2013].

Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1)

18. Organización Panamericana de la Salud, (2000) organización mundial de la salud. Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción [internet].Guatemala. [Fecha de consulta: 27 noviembre 2013]; 34(1).

19. Castañeda N. M, Bonifacio M. N, Ojeda C. N, Sullón C. N, et al. (2009).Manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual (ITS).Vol1. 3a ed. Lima: CARE PERÚ.

20. García E. (2012) Factores de riesgo para adquirir una ETS/ITS[internet].México. [Fecha de consulta: 20 de agosto 2013].

Disponible en:

<http://saludreproductiva.about.com/bio/Elsa-Garc-a-105848.htm>

21.Care (2009). Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH y SIDA en el Perú.1ª ed. Perú: Care Perú.

22. Salazar Q A, Sáenz C D. (2005) .Tratamiento de ITS. 1ª ed. Costa Rica.



23. Novak. Tratado de Ginecología (1991)11<sup>a</sup> ed. México: Interamericana McGraw Hill.
24. Pérez V H, et al. (2004) Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de Salud: Recomendaciones para mejorar la calidad de atención. 1<sup>a</sup> Ed. México: Colección Ángulos del SIDA.
25. Elcomercio.pe/.../mayoría-latinoamericanos-son-infieles-Concluyo-encuesta.....24 oct. 2010
26. Santos, L y otros. (2014). Características sociodemográficas y riesgo para enfermedades sexualmente transmisibles entre mujeres atendidas en la atención básica. *Rev. enferm. UERJ*; 22(1): 111-115
27. Oliveira A, y otros. (2013). Evaluación de la prevalencia de infecciones genitales en embarazadas atendidas en la consulta de enfermería ginecológica. *Rev. enferm. UERJ*; 21(2): 228-2334.-
28. Ángel M. E, Rodríguez A, Núñez F. L, Moyano L, González Osorio E, et al. (2010).Prevalencia y factores asociados a la infección por C. trachomatis, N. gonorrhoeae,T. vaginalis, C. albicans, sífilis, VIH y vaginosis bacteriana en mujeres con síntomas de infección vaginal en tres sitios de atención de Bogotá, Colombia, *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.*2012 [fecha de consulta: 13 abril 2014]; 63 (1): 14- 24.
29. Álvarez C, Sabidó, Maritxell, Monzón, José; Hernández, Gabriela; Valles X; Casbona J. (2011).Prevalencia de VIH e infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo asociados en mujeres trabajadoras del sexo en Escuintla, Guatemala. *Rev.cient.Guatem.*[fecha de consulta: 27 abril 2014]; 20(1): 56- 68.
30. Calero J, Vásquez J, Domínguez E. (2010). Comportamientos sexuales y reconocimiento sindrómico de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes cubanos de escuelas de artes y deportes. Cuba. *Rev. Cuba. obstet. ginecol*; 36(3): 382-398
31. Castaño C, y otros. (2012).Caracterización de los pacientes diagnosticados con enfermedades de transmisión sexual atendidos en una institución pública de 1° nivel de la ciudad de Manizales (Colombia), 2009-11.Colombia. *Arch. med*; 12(2):154-167

32. Pérez V. R, Ceballos M. A, Sanhueza M, Rebolledo M. M, González M.M, Durán R. V. (2008). Comportamiento sexual y factores biodemográficos asociados a infecciones de transmisión sexual [internet]. *Rev Cubana ObstetGinecol*. [Fecha de consulta: 01 de marzo 2014]; 34 (1). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2008000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000100007)
33. Morgan ND, Ferguson TS, Younger NOM, Tulloch MK, Grand A, Wilks RJ, et al. (2012) Prevalencia del comportamiento sexual de alto riesgo en los adultos Jamaicanos y su relación con factores sociodemográficos y religiosos: hallazgos de una encuesta de 2007-2008 sobre salud y estilo de vida en Jamaica [internet]. *WestIndianmed*. [Fecha de consulta: 13 mayo 2014]; 61(9).Disponible en:  
[http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0043-31442012000900006&lng=es&nrm=.pf](http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0043-31442012000900006&lng=es&nrm=.pf)
34. González M. D. (2008) Caracterización de los factores de riesgo para las Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes y Jóvenes [internet]. [Fecha de consulta: 01 mayo 2014].  
Disponible en:  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2000/1/>
35. InmaculadaTeva, M<sup>a</sup> Paz Bermúdez y Gualberto Buela-Casal, (2009); Variables Sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes [Internet]Rev. Esp. Salud Publica v.83 n.2 Madrid [fecha de Consulta: 15 noviembre 2013].Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113557272009000200013&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113557272009000200013&script=sci_arttext).
36. Alvis N, Mattar S, Garcia J, Conde E, Díaz A. (2007) Infecciones de Transmisión Sexual en un Grupo de Alto Riesgo de la Ciudad de Montería [internet]. *Rev. Salud pública*. [Fecha de consulta: 13 marzo 2014]; 9(1).  
Disponible en:  
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a09.pdf>
37. Garaycochea M, Pino R, Chávez I, Portilla J, Miraval M, Arguedas, E, et al. (2013). Infecciones de transmisión sexual en mujeres de un establecimiento penitenciario de Lima, Perú [internet]. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública* [fecha de consulta: 01 febrero 2014]; 30(3).Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300008&script=sci_arttext)

38. Martínez M. J. (2012); Factores determinantes de las conductas de riesgo para ITS - HIV en los estudiantes de las escuelas de salud de la universidad Alas Peruanas, Arequipa [internet].Arequipa. [Fecha de consulta: 27 octubre 2013].

Disponible en:

[http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista\\_11\\_Esp\\_05.pdf](http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_11_Esp_05.pdf)

- 39.-Sánchez, Daisy. (2013).Asociación entre violencia familiar e Infecciones de Transmisión Sexual en mujeres de 18 a 49 años. Hospital María Auxiliadora. Lima; s.n; 2013. 161 p

40. Ramos W, Munive L, Calderón M, Velazco S, Velazco M. Período (2006). Características sociodemográficas y fuentes de información en relación con la percepción del riesgo de transmisión del VIH y SIDA de mujeres peruanas en edad fértil. [Internet]. *Rev. Per epidemiol.* 2009 [fecha de consulta: 06 agosto 2013]; 13(3) Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v13\\_n3/pdf/a07v13n3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v13_n3/pdf/a07v13n3.pdf)

41. Blitchtein W. D, W, Paredes L, CALERO J, Magallanes M, Núñez E, Pessa S, et al. (2001) Percepción y comportamientos de riesgo de ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao [internet].Vol. 63(4).Lima: UNMSM; 2002[fecha de consulta: 15 noviembre 2013].Disponible en:

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/download/1506/1286>

42. Chirinos J. L, Bardales O, Segura M.D. (2006) Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú [internet]. *Cad. SaúdePúblic.* [Fecha de consulta: 23 junio 2013]; 22(1).Disponible en:

[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000100009](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100009)

43. Chirinos JL, Bardales O, Cabezudo C. (2001). Realidades y creencias en los procesos de toma de decisiones sexuales y reproductivas. Percepciones y comportamientos de los hombres [internet]. Lima: Organización Mundial de la Salud; [fecha de consulta: 07 marzo 2014].

44. Soto Víctor. (2006).Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo .Perú.V Soto - Anales de la Facultad de Medicina, 2006 - scielo.org.pe

[www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025).

45. Ministerio de Salud. (1998). Guía Nacional de manejo de casos de enfermedades de transmisión sexual/ Perú. 1ra reimpresión.
46. Soto V. (1988) Comportamiento Sexual del Universitario Peruano. Editora Chiclayo SRL. Chiclayo.

# **ANEXOS**

## ANEXO I

### INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

#### CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN MUJERES DEL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, LAMBAYEQUE. 2015

##### I.- INSTRUCCIONES:

Estimada usuaria, con el objetivo de determinar el riesgo a infecciones de transmisión sexual y proteger tu salud sexual y reproductiva; solicito responder con la verdad el presente cuestionario.

##### II.-DATOS GENERALES:

Registro N°:\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Encuestador:\_\_\_\_\_

1. Método anticonceptivo actual:

1.1) Condones ( ) 1.2) Hormonales ( ) 1.3) DIU (T de cobre) ( ) otros ( )

##### III.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS: Marcar con (x)

1. Edad: \_\_\_\_\_ 1.1) 18-29 años ( ) 1.2) 30-49años ( )
2. Estado civil: 2.1) Soltera ( ) 2.2) Conviviente ( ) 2.3) casada ( )
3. Religión: 3.1) Católica ( ) 3.2) No católica ( )
4. Lugar de trabajo
- 4.1. Lambayeque ( ) 4.2) Fuera de Lambayeque ( ) 4.3) No trabaja ( )
5. Residencia: \_\_\_\_\_ 5.1) Zona Rural ( ) 5.2) Zona urbana ( )
6. Nivel educativo:
- 6.1) Illetrada ( ) 6.2) Primaria ( ) 6.3) Secundaria ( )
- 6.4) Superior no universitario ( ) 6.5) superior ( )

##### IV.-DATOS CONDUCTUALES: Marcar con (x)

- 1.- ¿Su primera relación sexual a qué edad fue?\_\_\_\_\_
- 1.1) Menor 19 años ( ) 1.2) ≥ 19 años ( )
- 2.- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido hasta la actualidad?\_\_\_\_\_
- 2.1. Una ( ) 2.2) Dos a más ( )
- 3.- ¿Ha tenido una infección de transmisión sexual (ITS) anteriormente?
- |  | SI  | NO  |
|--|-----|-----|
| 3.1. Descenso amarillo verdoso con ardor para orinar (Trichomonas) | ( ) | ( ) |
| 3.2. Inflamación del cuello uterino (Cervicitis)                   | ( ) | ( ) |
| 3.3. Ulcera o herida genital /boca (Sífilis o Herpes)              | ( ) | ( ) |
| 3.4. Verruga o cresta genital (Condiloma Acuminado)                | ( ) | ( ) |
| 3.5. Flujo o descenso vaginal con o sin mal olor y picazón         | ( ) | ( ) |

Si tuvo una ITS .Quien le diagnostico la infección de transmisión sexual

Medico ( )

Obstetra ( )

Farmacéutico ( )

**SI NO**

- 4.- ¿Recibió tratamiento para la **ITS**? ( ) ( )
- 5.- ¿Su pareja recibió tratamiento para la **ITS**? ( ) ( )
- 6.- ¿Se ha auto medicado para una **ITS**: ( ) ( )
- 7.- ¿Ha tenido relaciones sexuales **sin usar condón** los últimos 12 meses con su pareja actual formal? ( ) ( )
- 8.- ¿Alguna vez ha tenido sexo **sin condón** con una pareja que acaba de conocer? ( ) ( )
- 9.- ¿Ha tenido **sexo anal sin condón** en los últimos doce meses? ( ) ( )
- 10.- ¿Cambia frecuentemente de parejas sexuales?: ( ) ( )
- 11.- ¿Ha tenido **más** de un compañero sexual en un mes? ( ) ( )
- 12.- ¿Alguna vez ha recibido transfusión de sangre? ( ) ( )
- 13.- ¿Alguna vez se ha realizado algún tatuaje? ( ) ( )
- 14.- ¿Algunas veces tiene relaciones durante su menstruación? ( ) ( )
- 15.- ¿Cuándo consume alcohol acostumbra emborracharse? ( ) ( )
- 16.- ¿Consume drogas? ( ) ( )
- 17.- ¿Debido a su trabajo tiene que ausentarse varios días de su casa? ( ) ( )

**DATOS DE SU PAREJA ACTUAL:** Marcar con (x)

**SI NO**

- 18.- ¿Su pareja se ausenta varios días de su casa por trabajo? ( ) ( )
- 19.- ¿Acostumbra su pareja a tomar alcohol? ( ) ( )
- 20.- ¿Su pareja Consume drogas? ( ) ( )
- 21.- ¿Alguna vez su pareja le ha sido **Infiel**? ( ) ( )
- 22.- ¿Su pareja ha tenido alguna vez una infección de transmisión Sexual (**ITS**)? ( ) ( )

**PUNTAJE OBTENIDO:** \_\_\_\_\_

## ANEXO II

### Cuestionario de referencia para la elaboración del instrumento de recolección de información

Evaluando factores de riesgo y medidas de prevención de las ITS /VIH

Módulo de Manejo Sindrómico de las ITS para  
Profesionales de la salud

#### Escala de riesgo

Conductas de riesgo	Puntaje	Conducta preventiva
¿Ha tenido relaciones sexuales sin usar condón los últimos 12 Meses con su pareja actual formal?		
¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón en los últimos 12 Meses con alguien que no es su pareja actual formal?		
¿Ha tenido una ITS anteriormente?		
¿Acostumbra a tomar bebidas alcohólicas?		
¿Se ha automedicado para una ITS?		
¿Ha tenido sexo sin condón con una persona que acaba de conocer?		
¿Ha tenido más de un compañero /a sexual en un mes?		
¿Ha tenido relaciones con trabajadores/as del sexo en los últimos 12 meses?		
¿Ha tenido sexo anal sin preservativo en los últimos 12 meses?		
¿Acostumbra su pareja a tomar alcohol?		
¿Alguna vez ha estado en contacto con sangre de otra persona?		
¿Alguna vez se ha hecho un tatuaje?		
¿Debido a su trabajo tiene que ausentar de su casa frecuentemente?		
¿Utiliza el condón solo para prevenir el embarazo?		
Puntaje obtenido		

Si= 1, No= 0

Adaptado del manual de capacitación: red de líderes pares en la prevención de ITS /VIH realizado por ASAPROSAR /AMS a el proyecto CHANGE y Grupos Operativos de PNC Y ANSP del salvador bajo fondos DE USAID/ El Salvador, 2003.



## **ANEXO III**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL DE LAS MUJERES DEL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, LAMBAYEQUE 2015**

**Investigador Principal:**

Lic. en Obstetricia Cenia Julia Llerena Mogrovejo Teléfono: 074281583

**Co-Investigadores:**

Obstetra del servicio de planificación familiar del C.S Toribia Castro Chirinos

**Objetivo:** Determinar las características socio-demográficas y el nivel de riesgo de infecciones de transmisión sexual en mujeres del servicio de planificación familiar de un establecimiento de Salud de Lambayeque –2015.

**Procedimiento del estudio**

Si estás de acuerdo en participar se te entregará un cuestionario en la que encontraras algunas preguntas relacionadas con tus conductas sexuales la que deben ser respondidas con la verdad para así poder determinar tu nivel de riesgo individual para las ITS, luego estos datos serán analizados y presentados en el informe final de la investigación.

**Beneficios**

El participar de la investigación permitirá conocer el nivel de riesgo para las ITS en las usuarias del servicio de planificación familiar para la implementación de paquetes educativos que permitan modificar las conductas de riesgo y proteger tu salud sexual y reproductiva, por lo que gozaras de buena salud y evitaras sufrimientos y gastos innecesarios en tratamientos.

**Riesgos**

No existe ningún riesgo ya que no se realizara ningún procedimiento físico, solo se limitara en contestar las preguntas del cuestionario y luego de obtenida la información será procesada, analizada y eliminada una vez terminada la investigación.

**Derechos del sujeto y retiro de la investigación**

La participación en este Estudio es voluntaria. Puedes negarte a participar en el estudio o retirarte del estudio en cualquier momento si ese fuese el caso, no cambiará de ninguna manera la atención de salud que solicites en los establecimientos de la Dirección Regional de Salud.

**Confidencialidad**

Todo lo que digas será mantenido en estricta reserva hasta el límite permitido por la ley. Para proteger tu privacidad la encuesta no llevará tu nombre, sino un número de registro luego colocaras la encuesta en un sobre y lo pondrás en un ánfora. Estos datos serán enviados en una base de datos que sólo el equipo de investigación podrá ver. Tu nombre no aparecerá en ningún informe o publicación.

**Compensación:** No se recibirá ningún pago por participar en este estudio

## COMPROMISO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del participante

\_\_\_\_\_

Acepto participar en el estudio.

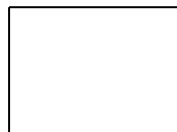
“CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD – LAMBAYEQUE 2015”

Sí ☐ No ☐

Para lo cual, declara haber recibido una adecuada explicación acerca del estudio. Así mismo declaro que acepto participar de manera voluntaria. De la misma forma, constato que he tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes, y que me explicaron que si en el futuro tengo nuevas preguntas acerca del estudio o en relación a mis derechos, podré hacerlas a los responsables del estudio.

En consecuencia doy fe con mi firma y huella digital.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Firma

Huella digital

DNI: \_\_\_\_\_

Si el participante no puede leer el formulario, el personal del estudio deberá completar lo siguiente: He explicado verbalmente los detalles del estudio al participante.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO IV

**CUADRO 8.** Métodos anticonceptivos que usan las mujeres del servicio de planificación familiar, establecimiento de salud Toribia Castro Chirinos, Lambayeque. 2015

<b>METODO ANTICONCEPTIVO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Condomes	42	19.8
Hormonales	150	70.4
DIU	6	2.8
Otros	15	7.0
<b>Total</b>	<b>213</b>	<b>100.0</b>

**Cuadro 9.** Características clínicas de antecedentes de ITS en la mujeres del servicio de planificación familiar establecimiento de salud Toribia Castro chirinos, Lambayeque 2015.

CARACTERISTICAS CLINICAS	n	%	
Flujo vaginal(color verde ,blanco grisáceo, amarillento, con o sin mal olor y picazón ( síndrome de flujo vaginal)	111	85.4	85.4
Inflamación del cuello uterino (cervicitis)	14	10.8	14.6
Úlcera o herida genital/boca (sífilis-herpes)	3	2.3	
Verruga o cresta genital (condiloma acuminado)	2	1.5	
Total	130	100.0	

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos características sociodemográficas y riesgo de ITS, E.S. Toribia castro chirinos, Lambayeque 2015<sup>(9)</sup>  $p < 0.05$ , existe diferencias significativa.

**CUADRO 10.** Conducta de riesgo de la pareja actual de las mujeres del servicio de planificación familiar establecimiento de salud Toribia Castro Chirinos, Lambayeque 2015.

Nº	ITEMS	SI		NO	
		n	%	n	%
1	Su pareja se ausenta varios días de su casa por trabajo:	55	25.8	158	74.2
2	Acostumbra su pareja a tomar alcohol	123	57.7	90	42.3
3	Su pareja Consume drogas:	10	4.7	203	95.3
4	Alguna vez su pareja le ha sido <b>Infidel:</b>	55	25.8	158	74.2
5	Su pareja ha tenido alguna vez una infección de transmisión Sexual <b>(ITS)</b>	15	7.0	198	93.0
	<b>Promedio</b>		24.2		75.8

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos características sociodemográficas y riesgo de ITS, E.S. Toribia Castro Chirinos, Lambayeque 2015

## IMÁGENES FOTOGRÁFICAS



## ANFORA

