



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



TESIS

**“PREVALENCIA DE ITS Y VIH/SIDA RELACIONADO A LA
CONDUCTA SEXUAL DE LOS POBLADORES DE
CONDORCANQUI, AMAZONAS, ABRIL- JUNIO 2017”**

Para optar el Título Profesional de LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Autor:

Juan Andres Pesaque Piscoya

Asesor:

Mg. Lucila Vélez Cordova

Chiclayo – Perú
2019

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y su infinito amor, por ser mi guía en todo momento.

A mis padres gracias por todo su cariño, comprensión, confianza y apoyo incondicional que me han brindado durante mis estudios y que día a día me impulsan para salir a delante.

A mi esposa quien siempre me acompaña y me da una palabra de aliento para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A los pobladores de la Provincia de Condorcanqui por su colaboración en la recopilación de los datos para hacer realidad esta investigación.

Al Teniente Alcalde de la Comuna de Condorcanqui, por brindarme todo su apoyo y autoridad para así recabar la información sin ninguna dificultad.

A la Mg. Lucila Vélez Córdova, por su apoyo incondicional, su asesoramiento y sugerencias brindadas durante la elaboración y ejecución del proyecto de investigación, así también para la tabulación de los datos y la presentación de los mismos.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	v
ABSTRAC	vi
VI. Introducción	07
6.1. Marco Teórico	07
a. Situación Problema	07
b. Antecedentes bibliográficos	11
c. Base Teórica	13
6.2. Problema	47
6.3. Hipótesis	47
6.4. Objetivos	47
6.5. Justificación e importancia del estudio	47
6.6. Definición y Operacionalización de variables	51
VII. Material y Métodos	54
7.1. Tipo de Investigación	54
7.2. Diseño de Contrastación de Hipótesis	54
7.3. Población y muestra: Tipo de muestreo, tamaño de muestra	55

7.4. Instrumentos y técnicas de Recolección de Datos	56
7.5. Análisis estadístico	57
VIII. Resultados	58
IX. Cuadros y Gráficos	58
X. Discusión	71
XI. Conclusiones	75
XII. Recomendaciones	76
XIII. Referencia Bibliográfica	77
XIV. Anexos	80

RESUMEN

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo; de nivel relacional; de tipo: observacional, prospectivo, transversal y analítico. Cuyo objetivo fue: Determinar la Prevalencia de las ITS y VIH/Sida relacionado a la conducta sexual de los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril- junio 2019. La población de estudio estuvo constituido por 300 pobladores. Los resultados indican que del total de historias clínicas revisadas el 56.3% fueron casos de ITS y VIH/Sida mientras que el 47.3% no tuvieron ninguna infección. Del 100% de casos de ITS – VIH / Sida, el 30.1% fueron causadas por virus, el 24.9% protozoos y hongos respectivamente y el 20.1% por bacterias. La tasa de prevalencia de VIH / SIDA es de 86.7 x cada 1000 hab; TP de herpes genital es el 50 x 1000 hab; TP de Hepatitis B = 20 x 1000 hab; TP de condiloma acuminado y hepatitis C = 6.7 x 1000 hab. TP de Tricomoniasis = 140 x 1000 hab; Así mismo existe 140 x 1000 hab que se infectan con Candidiasis genital. Además, 60 por cada 1000 hab se contagia por vía sexual; 20 por cada 1000 hab por vía sanguínea, el 6.7 por cada 1000 hab se contagiaron vía madre a hijo. Así mismo del 100% de los pobladores el 77% (130) de los pobladores tiene un comportamiento sexual inadecuado, el 18.3% (31) conducta sexual de riesgo y el 4.7% (8) Adecuado. Así mismo del 100% de los pobladores el 77% (130) de los pobladores tiene un comportamiento sexual inadecuado, el 18.3% (31) conducta sexual de riesgo y el 4.7% (8) Adecuado. En conclusión existe una relación estadísticamente entre la prevalencia del ITS, VIH / SIDA con el comportamiento sexual debido a $\chi^2 = 17.864$; $Gl = 26$; $p = 0.038 < 0.05$. Los resultados indican que existe una relación estadísticamente significativa entre la prevalencia de VIH / SIDA y el comportamiento sexual de los pobladores de Condorcanqui, gracias a $\chi^2 = 14.79$; $Gl = 2$; $p = 0.029 < 0.05$

Palabras claves: Prevalencia, ITS, VIH / SIDA, comportamiento sexual.

ABSTRAC

The present study was quantitative approach; of relational level; Type: observational, prospective, transversal and analytical. Whose objective was: To determine the Prevalence of STIs and HIV / AIDS related to the sexual behavior of the inhabitants of Condorcanqui, Amazonas, April-June 2019. The study population consisted of 300 inhabitants. The results indicate that of the total medical records reviewed, 56.3% were cases of STIs and HIV / AIDS, while 47.3% had no infection. Of 100% of cases of STIs - HIV / AIDS, 30.1% were caused by viruses, 24.9% protozoa and fungi respectively and 20.1% by bacteria. The prevalence rate of HIV / AIDS is 86.7 x per 1000 inhabitants; TP of genital herpes is 50 x 1000 inhabitants; TP of Hepatitis B = 20 x1000 hab; TP of accumulated condyloma and hepatitis C = 6.7 x 1000 hab. Trichomoniasis TP = 140 x 1000 hab; There are also 140 x 1000 inhabitants that are infected with genital Candidiasis. In addition, 60 per 1000 inhabitants are spread sexually; 20 per 1000 inhabitants by blood, 6.7 per 1000 inhabitants were transmitted via mother to child. Likewise, 100% of the inhabitants 77% (130) of the inhabitants have inappropriate sexual behavior, 18.3% (31) risk sexual behavior and 4.7% (8) Adequate. Likewise, 100% of the population 77% (130) of the population has inappropriate sexual behavior, 18.3% (31) risky sexual behavior and 4.7% (8) Adequate. In conclusion there is a statistically relationship between the prevalence of STIs, HIV / AIDS and sexual behavior due to $X^2 = 17,864$; $GI = 26$; $p = 0.038 < 0.05$. The results indicate that there is a statistically significant relationship between the prevalence of HIV / AIDS and the sexual behavior of the inhabitants of Condorcanqui, thanks to $X^2 = 14.79$; $GI = 2$; $p = 0.029 < 0.05$

Keywords: Prevalence, STI, HIV / AIDS, sexual behavior.

VI. Introducción

6.1. Marco Teórico

a. Situación Problema

A nivel internacional, el VIH/SIDA es considerado como una enfermedad infecciosa y mortal causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual se introduce en el organismo y se reproduce sin causar síntomas por mucho tiempo, es cuando se dice que una persona es seropositiva, es decir, que tiene el virus pero no ha desarrollado la enfermedad. Poco a poco los virus atacan a las células del sistema inmunológico en especial a los linfocitos CD4 y dejan al organismo expuesto a enfermedades e infecciones que pueden causarle la muerte, considerándose según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH / SIDA (ONU SIDA) una de las epidemias más grande que atraviesa el mundo hoy en día, ya que esta enfermedad ha cobrado más de 47 millones de vida (1).

A nivel mundial, las infecciones de transmisión sexual son un problema de salud pública porque causan enfermedades crónicas de alta morbilidad, con un costo elevado para la sociedad. Entre las poblaciones de riesgo se encuentran las trabajadoras sexuales, que sufren de ITS múltiples. El cáncer de cérvix se considera una enfermedad de transmisión sexual (ETS) por su relación con el VPH. La citología cervico vaginal sirve de screening para las ITS y para la detección precoz del cáncer cervical (2).

Las personas que padecen del VIH/SIDA no sólo tendrán que soportar un sufrimiento físico, un deterioro orgánico sino que tendrán que soportar el sufrimiento interno y el social como el miedo a la muerte, la segregación, rechazo, etc., sino también la actitud de rechazo muchas veces del mismo personal de salud y la población, por tal motivo el rol de enfermería en la atención de personas con VIH/SIDA se centra en el apoyo al paciente para ayudarlo a mejorar su calidad de vida y de la adaptación tanto de la persona enferma como de la familia (3)

En 2006 se produjeron 4,3 millones de nuevas infecciones, de las cuales 2,8 millones (el 65%) corresponden al África subsahariana. Un total de 2,9 millones de personas han fallecido como consecuencia de

enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA en 2009. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha advertido hoy de que la epidemia de sida continúa creciendo. Actualmente viven con el VIH alrededor de 39,5 millones de personas en el mundo. Además, alerta de un elevado crecimiento de casos en Europa del este y Asia, donde el número de infectados se ha multiplicado por 20 en los últimos 10 años. Todo este incremento se debe a las malas conductas sexuales, accidentes profesionales entre otros. (4)

En 2009, 500 desarrollaron la enfermedad, mientras que el Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre VIH/SIDA señaló que en América Latina había 1,7 millones de personas afectadas por esta". "Perú registró 296 casos nuevos de infectados con el virus del VIH en el primer trimestre de 2010, de los cuales al menos 40 han desarrollado el sida. Pareciera que el comportamiento sexual es una de los flagelos más drásticos que están azotando a la humanidad entera, donde prima la edad al inicio sexual, intercambio de parejas, relaciones homosexuales entre otros. (5)

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora, y que la prestación insuficiente de servicios relacionados con el VIH a los grupos y poblaciones clave como: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, internos en instituciones penales, usuarios de drogas inyectables, trabajadores del sexo y persona transexuales pone en peligro los progresos mundiales de la respuesta al VIH. En 20 años de evolución de la enfermedad y con los avances en intervenciones, tratamientos y prevención implementadas y dirigidas para su control, se ha producido en la sociedad un cambio en la manera de enfrentar el VIH-SIDA como enfermedad y ante quienes la padecen. (6)

La proporción de casos es de una mujer infectada con el virus del VIH por cada tres varones, mientras que el segmento de edad entre 20 y 40 años es el más afectado. Según el Ministerio de Salud (MINSA), desde los inicios de la epidemia en Perú, en 1983, las autoridades han registrado a 25.822 personas con SIDA y 40.396 con VIH. Las relaciones sexuales siguen siendo la principal vía de transmisión y de contagio, con

más del 95% de casos registrados, pese a las campañas de prevención. Son actitudes que se pueden presentar en cualquier momento y su origen debe tener un factor común, centrado en el conocimiento sobre la enfermedad, el acceso a la información es lo que provoca nuestras acciones y reacciones, solo el saber nos lleva a actuar de determinada manera. Por ello creo necesario hacer una conexión entre las actitudes y conducta del paciente con VIH/SIDA y su conocimiento acerca de la infección por VIH. (7)

A propósito de la relación del personal profesional de salud con los pacientes con VIH/SIDA, y que en gran parte influye en el estrés de dicho personal, es el miedo a contagiarse. El temor del personal de salud a contraer el SIDA se relaciona con mayores grados de ansiedad y concluye que es necesario incrementar la disponibilidad de información a dicho personal. (8)

Por otro lado la actitud y conducta de los pacientes con VIH/SIDA está determinado de acuerdo al estatus educacional, socioeconómico y cultural; reflejada con énfasis en la educación superior y que es percibida cada vez más como un factor clave para el desarrollo social y económico de un país. Ello no es de extrañar al considerar que en la sociedad del último cuarto del siglo XX y de inicios del siglo XXI, la actitud y el conocimiento desempeña un papel trascendental como propulsor de la economía y factor fundamental del cambio social. (9)

Se ha señalado que la mayor liberalidad en las relaciones sexuales, el inicio sexual más temprano y el incremento del comportamiento riesgoso ocurridos en las últimas décadas se ha asociado positivamente con el aumento de los embarazos en adolescentes. De todo el espectro de la sexualidad humana, orientamos nuestro interés por el comportamiento sexual, principalmente porque esta dimensión está muy vinculada con muchos riesgos, p. ejm. embarazos no deseados (END), infecciones sexualmente transmitidas (ITS), incluyendo VIH/SIDA, y el aborto. (9)

Los adultos destacan por poseer un alto nivel de competencia en diferentes áreas ya sea intelectual, emocional, con motivación al logro, autoestima, autoconcepto, autonomía e independencia es por ello que la emergencia en estas etapas, significarían plantear un nuevo panorama

de actitudes positivas hacia las personas con VIH/SIDA debido a las nuevas necesidades y destrezas que lleva a los adultos a ponerse a prueba frente a situaciones diversas. (10)

Las personas con VIH / SIDA se apartan por sí mismas de la asistencia que necesitan, debido al temor a reacciones negativas de los otros. El aislamiento aumenta el sentimiento de "ser el único con VIH / SIDA", y ocasiona ansiedad, depresión y suicidio debido a que su autoestima está involucrado de manera negativa. La discriminación de ciertos grupos lo obliga a esconderse, haciendo que la comunicación, el contacto y la existencia lleguen a ser difíciles facilitándose la transmisión del VIH. Por desconocimiento o por prejuicios, los enfermos son estigmatizados y discriminados, lo cual genera consecuencias devastadoras de autoestima y lo que es más grave aún, los pacientes no muestran interés ni cooperación a la hora de tomar medidas necesarias para protegerse a sí mismo y a los demás. (11)

Amazonas ocupa el lugar 16 en el país respecto al número de casos de SIDA acumulados para el periodo 1983 - 2012. Se ha notificado al sistema de vigilancia epidemiológica hasta diciembre de 2012: 201 casos de SIDA y 167 casos de VIH. El 37.3 % de los casos de SIDA proceden de la provincia de Bagua, 29.4% de Condorcanqui, 17.4% de Utcubamba y el 11.9% de Chachapoyas. Respecto a los casos de VIH, el 32.3 % procede de Bagua, 26.3% de Utcubamba, 18.6% de Chachapoyas y 16.8% de Condorcanqui, siendo las más vulnerables las Comunidades nativas que viven en el departamento de Amazonas (12)

Durante el tiempo del trabajo por la Red Condorcanqui se ha identificado que actualmente la tiene 298 casos o personas viviendo con VIH (+) Los mismos que indicaron que se contagiaron por sus malas conductas sexuales, de los cuales sólo 94 reciben tratamiento de TARGA y los cuales son atendidos por el personal de salud asistencial, y toda vez que al VIH/SIDA se ha considerado una epidemia de índole propio, es aquí donde el personal de salud que los atiende refieren que se exponen al riesgo y pueden fácilmente contagiarse y contraer la enfermedad, además se observa que muchos de los profesionales de la salud muestran actitudes negativas hacia estas personas como: indiferencia,

odio, rechazo, discriminación, pérdida de afecto, alta de contacto con sus diferentes falsos criterios que podrían contagiarse y llegar a morir.

b. Antecedentes bibliográficos

GALBAN, E. Brasil (2012). En su estudio Prevalencia y frecuencias relativas de las ITS en la ciudad de Manaus, Brasil 2005. La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) fue la ITS con mayor frecuencia encontrada, con tasas de prevalencias que oscilaron entre 45% y 65,7% en los grupos de estudio, seguida por la infección por clamidia con tasas de 10% y más en mujeres. Una ponderación relativa de los resultados encontrados en los grupos estudiados fue realizada para estimar las tasas en la población general de la ciudad de Manaus, siendo estas de 2.7%; 7.5%; 2.1%; 0.2%; 0.9%; 3.0%; 48.8%; 38.8; y 23.5% para infección gonocócica, infección por clamidia, sífilis, VIH, Virus de la hepatitis B, Herpes genital, VPH todos los tipo, VPH oncogénicos y VPH no oncogénicos. Se identificaron las etiologías más frecuentes de los síndromes de flujo vaginal y de secreción uretral en los hombres y se construyeron un grupo de nuevos indicadores para ser usado en lugares donde no haya información epidemiológica sobre las ITS ni posibilidades para desarrollar este tipo de estudio Se concluyó que las ITS representan para la población de Manaus un problema de salud importante, que las altas tasas de infección por VPH en las poblaciones estudiadas sugieren que la penetración de este agente en la población de la ciudad puede ser importante, en especial la circulación de los tipos de alto riesgo para cáncer de cuello uterino así como que la mayoría de las infecciones se están produciendo en un periodo temprano de la adolescencia, elementos que deben ser tenido en cuenta para el perfeccionamiento del programa local de prevención y control del cáncer de cuello uterino. Los datos proveídos también pueden ser de gran importancia para la evaluación futura del riesgo de la ocurrencia de complicaciones frecuentes (inflamación pélvica, embarazo ectópico, esterilidad y otras) y para mejorar sus eventuales programas de prevención y control. (7)

GRUNSEIT, T. (2013) “Efectos de la educación sexual sobre el comportamiento sexual de los jóvenes”, se revisaron sesenta y ocho informes. De 53 estudios que habían evaluado en intervenciones

específicas, 27 concluían que la educación sobre salud sexual y el VIH/SIDA ni aumentaba ni disminuía la actividad sexual ni las tasas resultantes de embarazos y enfermedades de transmisión sexual (ETS). Y 22 señalaban que la educación en materia de VIH y/o salud sexual o retrasaban el comienzo de la actividad sexual, o reducían el número de parejas o rebajaban las tasas de embarazos no planificados y de ETS. Tan sólo 03 estudios recogían un aumento de actividad sexual en asociación con la educación sobre salud sexual. Por consiguiente, se han encontrado pocas pruebas para apoyar la afirmación de que la educación sobre salud sexual y el VIH promueve la promiscuidad sexual. El valor interpretativo de esta investigación queda en cierta medida comprometido, sin embargo, en razón de las insuficiencias en el diseño de los estudios, las técnicas analíticas, los indicadores de los resultados y la presentación de las estadísticas. (8)

RAGÚZ, M. (2015), “Estado del arte sobre comportamiento sexual adolescente” Refiere que la escolaridad, en interacción con el género, influencia el inicio sexual; halló que las diferencias por género se hicieron más grandes en adolescentes de NSE bajo al compararse en función de la escolaridad; así, en el caso de las mujeres, se habían iniciado sexualmente el 14% de escolares diurnas, el 32% de nocturnas y el 37% de desertoras, en el caso de los varones, 28% en diurna, 76% en nocturna y 85% de desertores. (9)

CÁCERES, D. (2012), Parejas sexuales y turismo sexual. En un estudio con jóvenes “bricheros”, luego de una amplia exploración de prácticas, conocimientos y actitudes, señala que las relaciones sexuales, y en general toda actividad sexual se desarrollaría en una subcultura machista, rica en estereotipos de género, que promueven las prácticas de riesgo entre adolescentes, principalmente varones. Además observó que la media del número de parejas en los últimos tres meses fue 3 en tanto la media del número de parejas extranjeras en los 12 meses previos fue 6.3; además el 49,7% tuvieron parejas peruanas y extranjeras, y un 43,9% sólo tuvieron parejas extranjeras. (10)

Antecedentes Nacionales

CANALES Y. y FRANK M. (2012). Tarapoto. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo Determinar la prevalencia de los pobladores de San Juan de Contumas asistentes al Hospital II-2 MINSA Tarapoto - 2011. Los resultados que se alcanzaron demuestran que: el 57.8% se infectan con VIH/SIDA; el 35.6% se infecta de Sifilis, 2.5% Chancro Blando; . Así mismo se del personal de salud profesional asistencial le negaría la atención; el 33.3% tiene la predisposición a sentir asco hacia una persona viviendo con el VIH/SIDA; que el 51.1% tiene la predisposición a faltar a la confidencialidad sobre la condición de una persona viviendo con el VIH/SIDA; el 48.9% tiene la predisposición de exagerar las medidas de bioseguridad durante la atención a las personas viviendo con el VIH/SIDA; y finalmente que la hipótesis de trabajo se confirma, ya que el 51.1% del personal de salud profesional asistencial muestra una actitud desfavorable hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA. (11)

ALTUNA, H. (2011). Lima. En su estudio: Prevalencia del ITS en las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación. La tasa de prevalencia de ITS es de 65%; TP de VIH = 8.2%; la TP de herpes genital es el 3.8%; De Hepatitis B = 2%; TP de Tricomoniasis = 15%. (12)

c. Base Teórica

PREVALENCIA

La prevalencia es una medida de morbilidad (enfermedad) en la población; quiere decir que la prevalencia mide el número de personas que tienen la enfermedad en un momento dado o sea mide su magnitud y no la velocidad como lo haría la incidencia. (1)

La prevalencia fleja el número de nuevos y antiguos “casos” en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés. Cuando la enfermedad es recurrente se suele referir a la primera aparición. Se puede medir con dos índices: incidencia acumulada y densidad (o tasa) de incidencia. (13).

Las medidas de prevalencia utilizan cuando nos interesa la medición del flujo, es decir, los casos nuevos que van apareciendo, por ello son más útiles en enfermedades con un período de inducción corto como pueden ser las enfermedades infecciosas, el infarto. (14).

La principal medida de la magnitud de una determinada enfermedad se realiza a través de la tasa de prevalencia. La prevalencia es una herramienta de medición que se utiliza en las estadísticas médicas. Proporciona información sobre el número de personas afectadas por una enfermedad o cualquier otro evento como accidentes, suicidios, dentro de una población en un momento dado. (15).

La prevalencia depende de la incidencia y de la duración de la enfermedad, esto quiere decir que las variaciones de la prevalencia pueden ser debidas a las modificaciones en la incidencia o a cambios en la duración de la enfermedad y la duración de la enfermedad depende, a su vez, de cambios en el período de recuperación o en la esperanza de vida de los pacientes. (16).

Tasa de prevalencia (TP)

Es la principal medida de frecuencia de enfermedad y se define como “el potencial instantáneo de cambio en el estado de salud por unidad de tiempo, durante un periodo específico, en relación con el tamaño de la población susceptible en el mismo periodo”. Para que una persona se considere expuesta al riesgo en el periodo de observación debe iniciar éste sin tener la enfermedad. (1).

La Tasa de prevalencia expresa la fuerza que una enfermedad tiene para cambiar el estado de salud de una población al estado de enfermedad por unidad de tiempo en relación a la población susceptible en ese momento. Así, el denominador de este tipo de medida de incidencia está formado por el número de unidades de tiempo (t) con que los individuos en riesgo contribuyeron al periodo de seguimiento. (13).

Cuya fórmula es:

La prevalencia de las enfermedades se evaluará mediante:

TP alta = Sí afecta > 50% de la población

TP media = Sí afecta > 11 al 50% de la población

TP baja = Sí afecta < 10% de la población

Prevalencia acumulada (IA): Se define como la probabilidad de desarrollar el evento, es decir, la proporción de individuos de una población que, en teoría, desarrollarían una enfermedad si todos sus miembros fuesen susceptibles a ella y ninguno falleciese a causa de otras enfermedades. (14)

Prevalencia acumulada: se define como la proporción de individuos sanos que desarrollan la enfermedad a lo largo de un periodo determinado, también proporciona una estimación de la probabilidad o el riesgo de que un individuo libre de una determinada enfermedad la desarrolle durante un periodo especificado de tiempo. Es la proporción de individuos que desarrollan el evento durante el periodo de seguimiento.

Prevalencia como índice dinámico

Características

- Es una proporción
- No tiene dimensiones.
- Su valor oscila entre 0 y 1, aunque también se suele expresar como porcentaje.
- Depende del tiempo de seguimiento
- Se calcula sobre una cohorte fija, es decir no se permiten entradas de nuevos individuos durante el seguimiento.

Características:

- Tiene dimensión de inversa del tiempo.
- Rango ilimitado.
- No depende del tiempo de seguimiento, asumiendo estacionariedad, es decir ritmo constante.
- No necesita cohorte fija.

A.3. Incidencia y la prevalencia de una enfermedad

La incidencia y la prevalencia son dos medidas de frecuencia de la enfermedad, es decir, miden la frecuencia (el número de casos) con que una enfermedad aparece en un grupo de población. Para ello hay que

sentar primero las bases; consideramos que una persona puede únicamente estar sana o enferma de una enfermedad definida, entonces:

La prevalencia describe la proporción de la población que padece la enfermedad, que queremos estudiar, en un momento determinado, es decir es como una foto fija. (15).

La prevalencia depende de la incidencia y de la duración de la enfermedad, esto quiere decir que las variaciones de la prevalencia pueden ser debidas a las modificaciones en la incidencia o a cambios en la duración de la enfermedad y la duración de la enfermedad depende, a su vez, de cambios en el período de recuperación o en la esperanza de vida de los pacientes. (15)

Las medidas de prevalencia son de mayor utilidad en enfermedades de evolución lenta o enfermedades crónicas como la diabetes, la artritis reumatoide; para planificar servicios sanitarios o para estimar necesidades asistenciales. También son utilizadas para medir la frecuencia de determinadas características de la población que se quiere estudiar.

Triada epidemiológica: La triada epidemiológica es el modelo tradicional de causalidad de las enfermedades transmisibles; en este, la enfermedad es el resultado de la interacción entre el agente, el huésped susceptible y el ambiente.

Agente: Es un factor que puede ser un microorganismo, sustancia química, o forma de radiación cuya presencia, presencia excesiva o relativa ausencia es esencial para la ocurrencia de la enfermedad.

Huésped: es una persona o animal vivo, incluyendo las aves y los artrópodos, que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso.

Ambiente: Engloban al ambiente social, físico y biológico.

B. Infecciones de Transmisión Sexual

B.1. Definición:

La Organización Mundial de la Salud ha cambiado recientemente la nominación de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) por

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) por considerar que el término enfermedad es inapropiado para las infecciones que no producen manifestaciones, las cuales son la que se presentan con mayor frecuencia especialmente en mujeres. son un conjunto de enfermedades infecciosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión: de persona a persona a través de las relaciones sexuales. Los agentes productores de las infecciones de transmisión sexual incluyen bacterias, virus (como el del herpes), hongos e incluso parásitos, como el “acaro de la sarna” (*sarcoptes scabiei*) o las ladillas (pedículos pubis). (16).

Las Infecciones de Transmisión Sexual o ITS son enfermedades que se transmiten de persona a persona a través del contacto sexual, es decir, a través de relaciones sexuales vaginales, anales u orales. Las personas que tienen relaciones sexuales sin protección corren el riesgo de contraer una ITS, sin importar su edad, sexo, color de piel, condición económica u ocupación. Algunas de las prácticas que aumentan la posibilidad de contagio de una ITS son:

- Tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales sin usar condón.
- Tener relaciones sexuales con alguien que tenga úlceras abiertas.
- Tener sexo oral sin usar protección.

Las infecciones de transmisión sexual más comunes son: gonorrea, sífilis, infección por clamidia, verrugas genitales, herpes genital y VIH/sida. El SIDA es una de las infecciones transmisibles más peligrosas. Es causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que afecta al sistema inmunológico y se adquiere por el contacto sexual con una persona portadora del virus.

b.2. PRINCIPALES AGENTES PATÓGENOS DE LAS ITS

Existen más de 20 agentes patógenos transmisibles a través de las relaciones sexuales, por vía oral, anal y vaginal. Las principales bacterias son: *Neisseria gonorrhoeae* (causante de la blenorragia), *Chlamydia trachomatis* (infecciones clamidiales), *Treponema pallidum* (sífilis), *Haemophilus decrey* (chancroide) y *Calymmatobacterium granulomatis* (granuloma inguinal o donovanosis). (17)

Clasificación

Agente	Enfermedad
Bacterias • Hemophilus ducreyii • Neisseria gonorrhoeae • Calymmatobacterium granulomatis • Hemophilus vaginalis • Chlamydia trachomatis • Espiroqueta Treponema pallidum	• Chancro blando • Gonorrea • Granuloma inguinal • Vaginitis • Linfogranuloma venéreo • Sífilis
Virus - Virus Herpes Simple 2 - Virus Papiloma Humano - Virus del Molusco - Virus Hepatitis B - Virus Hepatitis C - Virus Inmuno-deficiencia Humana	- Herpes genital, proctitis - Condiloma Acuminado - Molusco contagioso - Hepatitis B - Hepatitis C - Infección HIV/SIDA
Protozoos • Tricomonas vaginalis	• Tricomoniasis
Hongos • Cándidas	• Candidiasis genital

Los principales virus son: virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus del herpes simple (herpes), papiloma virus humano (verrugas genitales), virus de la hepatitis B, y citomegalovirus. *Trichomonas vaginalis* (tricomoniasis) es otro importante agente transmitido sexualmente que causa la vaginitis y que también se ha demostrado que facilita la transmisión del VIH. *Candida albicans*, que puede transmitirse sexualmente, es la causa de una infección micótica común

responsable de la vulvo vaginitis en la mujer y de la inflamación del glande del pene y del prepucio en el hombre. (17)

B.3. Consideraciones epidemiológicas

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se dan 250 millones de infecciones por Enfermedades de Transmisión Sexual, alrededor de 500 casos por minuto. Sin ir más lejos, en 2004 se infectaron casi cinco millones de personas por el VIH, de los que la mitad fueron jóvenes de entre 15 y 24 años.

El lado negativo de todo ello reside en que a mayor número de relaciones íntimas, sobre todo con parejas no habituales, mayor será el riesgo de aparición de Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS). Los datos indican que el 85% de los casos aparece en jóvenes con edades comprendidas entre 15 y 30 años. En parte, tal circunstancia obedece a que los jóvenes tienden a cambiar de pareja con mayor frecuencia, no manejan información adecuada sobre el sexo, no toman las precauciones debidas y, en más ocasiones de las debidas, a que carecen de la concienciación suficiente ante la posibilidad de contagios.” (17)

Las ITS son de distribución mundial: la movilidad de las poblaciones por la facilidad de viajes entre continentes y países produce verdaderas pandemias incontrolables. En algunos países, su frecuencia las ubica en el grupo de las infecciones más prevalentes (por ejemplo en algunos países africanos, sin embargo han descendido en países desarrollados. Su incidencia se halla en aumento por el hacinamiento, el aumento de la densidad de población, las corrientes inmigratorias y su relación con la conducta sexual de los seres humanos. También debido a la aparición de nuevos agentes etiológicos a los anteriormente conocidos como clásicos. Su contagio, generalmente, no es aislado. La conducta sexual de los individuos condiciona su diseminación: el tipo de práctica sexual, las características del huésped o el uso de anticonceptivos de barrera (preservativo), son factores que se relacionan con su diseminación.”

B.4. Infecciones causadas por bacterias

B.4.1. Chancro blando

Es una enfermedad de transmisión sexual producida por una bacteria el *Haemophilus ducreyi*. (18)

Clínica

- Entre 3 y 7 días aparece una pápula inflamatoria pequeña en el sitio de inoculación.
- Después erosiona y aparece una úlcera profunda, muy dolorosa, suele estar cubierta por exudado fétido de color amarillo grisáceo.
- Aparece una adenopatía dolorosa y supurativa, a menudo unilateral.
- Lo característico es que se presenten 2 o más ulceraciones en posición opuesta debido a auto inoculaciones (úlceras satélite).

Transmisión

La transmisión es únicamente de tipo sexual, afectando principalmente a los hombres, no así las mujeres ya que éstas se comportan como portadoras asintomáticas de la bacteria.

B.4.2. Gonorrea

La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria llamada *Neisseria gonorrhoeae*. Estas bacterias pueden infectar el tracto genital, la boca y el recto. (18)

Clínica

Cuándo las mujeres tienen síntomas, los primeros son

- Sangrado asociado con las relaciones sexuales por la vagina
- Dolor o ardor al orinar
- Descarga vaginal amarilla o con sangre
- Algunos síntomas más avanzados, que pueden indicar el desarrollo de EIP, incluyen calambres y dolor, sangrado entre períodos menstruales, vómito, o fiebre.

Los hombres tienen síntomas más frecuente que las mujeres.

Los síntomas incluyen:

- Pus proveniente del pene y dolor

- Ardor al orinar que puede ser severo
- Los síntomas de una infección rectal incluyen la descarga, comezón anal, y ocasionalmente movimientos en el intestino dolorosos con sangre fresca en el excremento.

Transmisión

- La gonorrea se transmite casi siempre a través de las relaciones sexuales, ya sea por vía oral, anal o vaginal.
- La gonorrea también puede ser pasada a un ojo con la mano o con otra parte del cuerpo humedecida con líquidos infectados.
- Si una mujer embarazada tiene gonorrea, puede pasar el germen a los ojos de su bebé durante el parto, lo cual puede causar una infección de ojos.

B.4.3. Vaginitis

Se define como aquel proceso inflamatorio de la mucosa vaginal que por lo general suele acompañarse de un aumento en la secreción vaginal. Es causada por un crecimiento excesivo de bacterias anaeróbicas en la vagina y un organismo llamado Gardnerella. (19)

Clínica

- Irritación y/o picazón del área genital
- Inflamación de los labios mayores, labios menores, o del área perineal
- Flujo vaginal
- Olor vaginal penetrante
- Disúria
- Dispareunia

B.4.4. Sífilis

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria Treponema pallidum. (19)

Clínica

Etapas 1 - Primaria.

Una lesión sin dolor, generalmente en la vagina, el ano, la boca, los labios o la mano. Es firme y redonda y generalmente aparece de 9 a 90 días (el promedio es 21 días) después de la exposición.

Etapas 2 - Secundaria.

Se pueden tener síntomas gripales de 3 semanas hasta 6 meses después de la infección. Aparece uno o más salpullidos en las palmas de las manos y las plantas de los pies, el área de la ingle y por todo el cuerpo. Puede incluir fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta, ganglios linfáticos agrandados, pérdida de pelo en diferentes áreas, dolores musculares, manchas mucosas o llagas en la boca, cansancio y protuberancias o verrugas en las áreas cálidas y húmedas del cuerpo.

Etapas 3 - Latente.

Si la sífilis no se trata, los síntomas desaparecen pero el germen sigue permaneciendo en el cuerpo.

Etapas 4 - Terciaria.

Esta es la etapa en que la bacteria daña el corazón, los ojos, el cerebro, el sistema nervioso, los huesos, las articulaciones o prácticamente cualquier otra parte del cuerpo.

Transmisión

- La sífilis se transmite de una persona a otra a través del contacto directo de la lesión o salpullido húmedo de la sífilis.
- Generalmente se transmite a través del contacto sexual, ya sea por vía vaginal, anal u oral. También puede pasarse al besar o a través del contacto manual u otro contacto personal cercano.
- Las mujeres embarazadas y con sífilis pueden transmitir la sífilis a sus bebés antes del parto.

B.5. Infecciones causadas por virus

B.5.1. Herpes genital

El herpes genital es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) causada por los virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) y tipo 2 (VHS-2). (21)

Clínica

- El período de incubación del herpes genital oscila entre 2 – 20 días con un promedio de 7 – 10 días después de la exposición.
- Las lesiones surgen como múltiples vesículas pequeñas, dolorosas y agrupadas sobre una base eritematosa. Esas vesículas se erosionan formándose ulceraciones.
- Aparece edema de los genitales externos y adenopatía inguinal muy hipersensible, no fluctuante.
- Es característico que los episodios de recurrencia precedidos de varios síntomas prodrómicos como dolor, ardor, escozor o picor 1 – 4 días antes.

Transmisión

- Esto incluye tocar, besar y el contacto sexual (vaginal, anal y oral). Las partes húmedas de la boca, la garganta, el ano, la vulva, la vagina y los ojos se infectan muy fácilmente.
- La piel puede infectarse si está cortada, irritada, quemada, con salpullido o con otras lesiones.
- Si una persona tiene llagas bucales de un resfriado, puede transmitir el virus durante el sexo oral y causar herpes genital.
- Una madre infectada puede pasarle el virus a su bebé durante o después del parto.

B.5.2. Condiloma acuminado

Son formaciones verrugosas que se localizan casi siempre en genitales. Es causada por el Papilomavirus Humano (HPV) tipo 6 y 11. (21).

Clínica

Tras un período de incubación de 2 semanas a 8 meses aparecen lesiones verrugosas, blandas y rosadas, a menudo múltiples que se pueden unir formando masas de superficie irregular, asintomáticas, en la región ano-genital.

Transmision

El PVH y las verrugas genitales se transmiten generalmente por contacto directo de piel con piel al tener relaciones sexuales por vía vaginal, anal u oral con una persona que tiene esta infección.

B.5.3. Hepatitis b y c

Las hepatitis B y C, ocasionadas por los virus VHB y VHC respectivamente, Se han detectado ambos virus en el semen y el flujo vaginal de personas infectadas. (Toro, 2012, p. 46).

Clínica

- Los síntomas de la hepatitis incluyen náuseas, vómitos, fatiga, fiebre, dolor abdominal, y pérdida de apetito; algunas personas desarrollan ictericia.
- Muchas personas infectadas por el VHB o VHC no experimentan síntomas.
- Las mujeres embarazadas pueden transmitir ambos virus al feto.

Transmision

- “Teniendo relaciones sexuales (por vía vaginal, anal u oral) con una persona infectada
- Compartiendo artículos personales como hojas de afeitar, cepillos de dientes y cortaúñas con una persona infectada
- Compartiendo agujas para inyectarse drogas con una persona infectada
- Usando agujas o equipo no estéril para hacerse tatuajes, perforarse los oídos para ponerse aretes, o aplicar acupuntura
- Una madre infectada con hepatitis B también puede pasarle el virus a su bebé durante el parto.

B.6. Infecciones producidas por parásitos

B.6.1. Tricomoniasis

Es una enfermedad de transmisión sexual (ITS) provocada por el parásito protozooario unicelular *Trichomonas vaginalis*. El parásito afecta la vagina, la uretra y la vejiga de la mujer. (22)

Clínica

En los hombres: la infección es asintomática (no tiene síntomas) y desaparece espontáneamente en algunas semanas.

Pero en caso de presentar síntomas, son los siguientes:

- Picazón uretral leve o secreción.
- Ardor ligero después de orinar o eyacular.
- Pueden presentar prostatitis o epididimitis por la infección.

En las mujeres:

- Secreción vaginal espumosa blanca-verde o amarillenta, de olor fétido que ocasiona picazón en los labios y parte interna de los muslos que también pueden inflamarse.
- Incomodidad durante el coito.
- Dolor y ardor al orinar

Transmisión

La tricomoniasis se transmite a través de las relaciones sexuales.

B.7. Infecciones por hongos

B.7.1. Candidiasis

La candidiasis vaginal es una infección en la vagina causada por un hongo llamado *Cándida*. Se trata de la misma clase de hongos diminutos que causan el afta en la boca (afta bucal) o en el tubo digestivo (candidiasis del esófago). (22)

Clínica

- Las señales externas de una infección por hongos pueden incluir una secreción vaginal más espesa de lo normal, blanca. La descarga no tiene olor.
- Prurito, ardor, inflamación del área vaginal.

- Las infecciones severas pueden causar hinchazón de los labios de la vagina. Disuria y/o orinan con frecuencia, dispareunia

Las maneras más seguras de evitar contraer o transmitir las ITS son:

Fidelidad monogamia

Es un tipo de relación amorosa y sexual exclusiva entre dos personas, las que mantienen un vínculo matrimonial o de unión libre por un período de tiempo, o de vida. Al adepto a este tipo de relación se le llama monógamo por su predilección. (22)

La monogamia se basa en una promesa a futuro asentada en una etapa de enamoramiento que no se puede sostener. Ser monógamo es la mejor manera de relacionarse para poder procrear y mantener un patrimonio.

Por las siguientes razones.

- **Sanidad sexual.-** porque es una forma de prevención para evitar contraer enfermedades de transmisión sexual.
- **Núcleo familiar.-** Se ha sostenido que el núcleo fundamental de la sociedad es la familia monógama, lo que parece ofrecer el mejor apoyo para la procreación de hijos.
- **Amor y felicidad total.-** La monogamia parece envolver la mayor aspiración de romance y felicidad, y contener en sí al amor como una totalidad, del uno para el otro. (23)

Existen diversas maneras para protegerse de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH:

- Usar un condón correctamente cada vez que se tenga un contacto sexual.
- Los condones pueden a la vez reducir el riesgo de contraer una ITS y prevenir un embarazo no planeado.
- No compartir agujas o jeringas. Es conveniente que las personas pongan atención en no compartir agujas o jeringas que no estén esterilizadas.

Hablar con la pareja respecto a la sexualidad y las ITS. Antes de involucrarse sexualmente con alguien, es importante hablar sobre las expectativas de la pareja, el momento más oportuno para las relaciones sexuales y la necesidad de prevenir las ITS. (23)

Una ITS puede dar lugar a enfermedades crónicas, SIDA, complicaciones durante el embarazo, infertilidad, cáncer uterino y muerte, por ejemplo el herpes y la sífilis, pueden causar aborto espontáneo, nacimiento prematuro y muerte prenatal. Otras, entre ellas la gonorrea y la clamidia, pueden causar infecciones oculares y ceguera en los neonatos de madres infectadas. La sífilis, la infección por el VIH y el herpes pueden transmitirse a los recién nacidos, y causar enfermedades crónicas y la muerte. (23)

El VIH puede contagiarse si se tienen relaciones sexuales no protegidas con una persona que está infectada. Por lo general, el contagio se da a través del intercambio de fluidos corporales infectados (semen, líquido seminal pre-eyaculatorio, sangre, fluidos vaginales, leche materna) que tienen una vía de entrada al cuerpo.

El VIH no se transmite a través de los mosquitos, garrapatas ni otros insectos. Tampoco se transmite por el contacto casual como las conversaciones, caricias, besos, estornudos, compartir platos, compartir baños, teléfonos o computadoras, ni a través del agua. No se transmite a través de la saliva, las lágrimas ni el sudor.

Pese a los esfuerzos de la investigación biomédica, aún no existe una cura para erradicar la enfermedad, todavía no existe vacuna para prevenir el SIDA. Cada día, más de 6,800 personas contraen infección por el VIH y más de 5,700 fallecen a causa del SIDA, 75 además, cerca de una tercera parte de ellos tiene entre 15 y 24 años, lo cual coloca a la población juvenil en una situación de riesgo potencial a la enfermedad. (18)

El obstáculo más difícil para detener el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, es que las personas a pesar de conocer las medidas preventivas, no las aplican. Este problema radica en las fuentes de información de donde los jóvenes reciben educación. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Juventud del año 2000, el 24.4% de los jóvenes aprendieron lo más importante sobre sexualidad de sus padres, mientras que el 34% de la escuela. La educación es una

de las defensas clave contra la propagación del VIH y el impacto del SIDA.

Medidas de Prevención.

Por vía Sexual:

- Teniendo abstinencia sexual (no teniendo relaciones sexuales).
- Mediante la práctica del sexo seguro, es decir, sin penetración (besos, caricias, abrazos autoerotismo o masturbación y/o eyaculación sobre la piel sana).

Por vía Sanguínea.

- Utilizando sangre y derivados que hayan sido previamente analizados y estén libres del virus. Sangre segura.
- Recomendando a los usuarios de drogas inyectables utilizar una aguja y jeringa nueva en cada aplicación o lavarlas y/o hervirlas.
- Utilizando guantes de látex o poliuretano siempre que se maneje sangre o secreciones corporal.

Por vía vertical (Madre-hijo)

- Una mujer embarazada con VIH puede transmitir el virus al bebé en cualquier momento del embarazo.
- Durante el parto, a través del canal vaginal por el contacto del bebé con las secreciones vaginales potencialmente infectadas.
- Por medio de la leche materna (lactancia)

C. SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA (SIDA)

Definición:

El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es definido como el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Una persona infectada con el VIH va perdiendo, de forma progresiva, la función de ciertas células del sistema inmune llamadas linfocitos T CD4, lo que la hace susceptible a desarrollar cierto tipo de tumores y a padecer infecciones oportunistas (infecciones por microorganismos que normalmente no causan enfermedad en personas sanas pero sí lo hacen en aquellas en las que está afectada la función del sistema inmune). (17)

Terapia Antirretroviral (TARV)

El Tratamiento Antirretroviral (TARV) es un tratamiento que brinda el Ministerio de Salud (MINSA) como una de las mejores estrategias costo efectivo para los pacientes con VIH-SIDA, debido a que reduce la mortalidad, las hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunistas y el cáncer, promoviendo así el uso de servicios de salud y mejora en la calidad de vida. (18).

Actualmente se considera que el tratamiento más eficaz para luchar contra el VIH es la combinación de tres medicamentos, dos análogos de los nucleósidos (inhibidores de la transcriptasa inversa) y un inhibidor de la proteasa. Aunque estas combinaciones pueden dar lugar a importantes efectos secundarios, cuando se usan con precaución es posible reducir los niveles del virus en sangre (carga viral) hasta cifras prácticamente indetectables. La carga viral debe determinarse de forma periódica entre 1 y 6 meses. En la actualidad se está llevando a cabo ensayos clínicos de terapia intermitente con resultados esperanzadores. Existen diversos tratamientos muy eficaces para luchar contra las distintas infecciones oportunistas que se originan en el SIDA. Con estos tratamientos se consigue mejorar tanto la calidad de vida como la supervivencia de los enfermos. Distintos fármacos (cotrimoxazol) frente al microorganismo *Pneumocystis carinii* han permitido reducir drásticamente la incidencia de esta infección, así como su alta mortalidad. Varios tipos de fármacos antifúngicos, como la anfotericina B y el fluconazol, son enormemente eficaces. En general, el tratamiento antirretroviral está indicado cuando la carga viral es superior a 5.000 - 10.000 copias/ml, pero existe una tendencia actual a iniciar el tratamiento de una forma precoz para intentar suprimir la replicación viral lo antes posible. Existen distintos fármacos que actúan en fases diferentes del ciclo de replicación viral (análogos de los nucleósidos, inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa e inhibidores de las proteasas). (19)

Un segundo problema asociado al uso de los análogos de los nucleósidos es la aparición de formas resistentes a la acción de estos medicamentos, debido a la facilidad del virus para realizar mutaciones y a su alta tasa de replicación, sobre todo en las primeras fases de la infección. Este tratamiento implica la combinación de tres o más drogas antirretrovirales de diferente principio farmacológico y que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación inmunológica del paciente.

Es importante destacar que el TARV ofrece la oportunidad de una evaluación médica por enfermería, psicología y servicio social, exámenes auxiliares (de linfocitos CD4 y carga viral), adherencia al tratamiento, entrega de medicamentos, charlas informativas, controles médicos, entre otros beneficios que brinda este programa, este está formado por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud integrado por el médico, la enfermera, la asistente social, el psicólogo, el químico farmacéutico, entre otros (19).

Personal de salud

El personal sanitario son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud. Los trabajadores de los sistemas de salud de todo el mundo están sometidos a una amplia y compleja gama de fuerzas que están generando una tensión e inseguridad crecientes. Los trabajadores sanitarios tienen que estar preparados para hacer frente a retos como el envejecimiento de la población, las nuevas enfermedades y el aumento de la carga de las ya existentes o el aumento de los conflictos y la violencia (4).

Dado que los enfermeros son uno de los profesionales de la salud que se encuentran más directamente implicados en la atención a pacientes con VIH/SIDA, es responsabilidad de los centros docentes actualizar continuamente los programas de formación, debiendo realzar el enfoque bioético para así conseguir profesionales capaces de otorgar una mirada más completa a las situaciones vividas por los pacientes, capaces de satisfacer las necesidades del humanismo que tantas veces se ve opacada por el manejo terapéutico tan científico y poco psicosocial.

Conducta Sexual Humana

Definición:

La conducta sexual o comportamiento sexual humano reagrupa todos los mecanismos del comportamiento reproductor humano y todos los comportamientos eróticos. En resumen, el comportamiento sexual humano es a la vez la necesidad de dar a luz para la supervivencia de la especie y de la búsqueda del placer. (20).

Los mecanismos que intervienen son numerosos y, a menudo, muy complejos. Ellos pueden ser físicos (por ejemplo, la erección, hormonales pero también mentales. Los fantasmas, la educación y las normas sexuales admitidas por la sociedad también son factores a tener en cuenta.

La OPS y la OMS proponen que el comportamiento o la conducta sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente, operacionalmente es como el “comportamiento que conduce al orgasmo”, lo que supuestamente lo diferenciaba de los componentes subjetivos de la sexualidad y permitía una dimensionalización precisa: masturbación, sueños sexuales, caricias, coito, actividades homosexuales y contactos animales. Esta definición clásica es asumida desde una visión cognitiva - conductual contemporánea como “cualquier conducta cuya consecuencia sea la obtención de las respuestas autonómicas de excitación u orgasmo”. (20).

D.2. Revisión de hallazgos de los tipos de conducta sexual.

2.1. Inicio sexual.

Cada vez es mayor el número de adolescentes iniciados sexualmente, con fuerte influencia de variables psicológicas y demográficas. Entre las variables asociadas al inicio sexual se tienen: género, escolaridad, año escolar, comportamientos de riesgo, religión, el grupo de pares, la vida familiar, el estatus marital y la habitabilidad. (22)

Género. Estudios nacionales y extranjeros muestran claramente diferencias en el inicio sexual según género: Los varones inician precozmente sus relaciones sexuales a diferencia de las mujeres que los hacen en un periodo de 6 meses posterior a los varones.

Escolaridad. La escolaridad, en interacción con el género, influencia el inicio sexual; Se halló que las diferencias por género se hicieron más grandes en adolescentes; así, en el caso de las mujeres, se habían iniciado sexualmente el 14% de escolares diurnas, el 32% de nocturnas y el 37% de desertoras, en el caso de los varones, 28% en diurna, 76% en nocturna y 85% de desertores.

Año escolar. Igualmente se conoce que mientras mayor es el nivel educativo, mayor es el número de jóvenes iniciados sexualmente. En estudiantes de educación secundaria del Cercado de Lima, se halló que la mayoría de adolescentes sexualmente iniciados era de 5º año (41%) y 4º año (30%), en tanto los demás años mostraban porcentajes relativamente bajos (14 en 3º, 9 en 2º y 6 en 1º).

Comportamientos de riesgo asociados. El inicio sexual se ha asociado con la tenencia de pareja, la existencia de un amigo consumidor de drogas y ver televisión más de cuatro horas al día. (19)

Religión. La iniciación sexual y las relaciones sexuales desprotegidas en quienes ya son iniciados sexualmente son menores en adolescentes que dan mayor importancia a la religión en sus vidas.

Grupo de pares. El grupo de pares juega un rol importante como influencia en el inicio sexual por un lado sea presionando al adolescente o promoviendo prácticas de riesgo y por otro como elemento disuasivo y de soporte social.

Vida familiar. En un estudio los adolescentes limeños sexualmente iniciados mayoritariamente mostraron un pobre vínculo familiar, contrario al vínculo familiar estrecho de la

mayoría de los no iniciados: de los adolescentes sexualmente iniciados, 60.15% presentaron un pobre vínculo familiar, manteniéndose mayor la proporción ante los de vínculo familiar estrecho en varones (58%) y mujeres (42%). Esto es similar a lo reportado en revisiones de estudios en diversos países donde señala que se ha constatado que mientras más joven haya sido el inicio sexual de una madre adolescentes, muy probablemente su hija se iniciará sexualmente a una edad temprana similar. Por otro lado, se reporta un estudio en adolescentes americanos de descendencia asiática en donde el nivel percibido de atractivo físico y el éxito en relaciones románticas formales predicen con mayor éxito el comportamiento sexual que los factores familiares. (21)

Estatus marital. Otro estudio recopilado señala que el cambio del estatus marital afectó la transición de un grupo de adolescentes blancos al comportamiento sexual, en el estudio longitudinal se halló que las chicas procedentes de familias que se mantuvieron unidas tuvieron un 15% de chance de iniciar actividad sexual, en tanto las chicas que pasaron de una familia completa a una encabezada por su madre sola tuvieron mayor probabilidad de actividad sexual: 31%; el incremento fue mayor en el caso de varones, respectivamente 24 y 70%, y en el caso de mujeres y varones que han permanecido en familias de madres solas, la actividad sexual tuvo una probabilidad de 25 y 38%; ante esto, los autores de la pesquisa, concluyen señalando que es la ruptura del estatus marital lo que origina un incremento del riesgo sexual más que el tipo de familia en la cual se desarrollan los adolescentes. (24)

Además existen una serie de variables que es adecuado considerar ya que nos permiten comprender mejor el inicio sexual, como son el itinerario sexual, los motivos y las reacciones ante el inicio sexual y la violencia.

Itinerario sexual (*Sexual timetable*). Se señalan que los adolescentes llegarían al coito de manera progresiva, primero practicarían besos y abrazos, luego pasarían de un *petting* (caricias corporales) suave a uno más intenso, y finalmente, el coito. Sea cual sea el camino seguido los estudios tienden a mostrar que el inicio sexual llega de forma no planificada.

Motivos para el inicio sexual. Los motivos son un elemento importante en el inicio sexual ya que reflejan la existencia de planificación y libre voluntad, se señalan que entre adolescentes españoles el principal motivo para iniciarse sexualmente sería el deseo y luego el enamoramiento; lo que estaría en contra de la opinión pública tradicional reflejada en el hallazgo de un estudio con adolescentes cubanos en donde el 72.5% de los varones y el 90.3% de las mujeres consideran que el momento ideal para iniciar las relaciones sexuales es cuando ambos miembros de la pareja lo desean y se conocen bien. En nuestra realidad el tema de los motivos toma un matiz preocupante ya que se ha hallado que la primera relación sexual de los varones fue realizada voluntariamente en el 98% de los casos pero esto sólo ocurrió en el 59% de los casos en mujeres ha informado un estudio con mujeres jóvenes con pareja y sexualmente activas de un distrito popular de Lima Metropolitana donde sólo el 23.7% reportó haber planificado su inicio sexual (24).

D.2. Comportamiento sexual no coital.

a. Fantasías y deseos.

Son formas de activación y excitación sexual internas que se procesan mediante el pensamiento, o sea, mediante una “secuencia de procesos mentales de carácter simbólico”. Las fantasías y deseos en adolescentes son muestra de la madurez alcanzada en el desarrollo sexual y reflejan lo aprendido en el entorno social; por ello es necesario que la educación sexual conlleve a su explicación y entendimiento, más aún si

reconocemos que son elementos clave en una vida de pareja satisfactoria y una actividad sexual responsable y saludable; cabe añadir que las fantasías y deseos no requieren el contacto cercano con otra persona, incluso pueden darse con personas imaginarias o con seres no-humanos. (20).

b. Caricias.

Las caricias íntimas fueron reportadas por el 31.1% y el 29.2% de adolescentes argentinos varones y mujeres de enseñanza media. El intercambio de caricias es una forma común de obtener placer sin recurrir al coito, sus formas básicas son los besos, abrazos y tocamientos. (21)

c. Atracción y búsqueda de pareja.

Las personas buscan pareja con la finalidad de conseguir a alguien con quien experimentar su sexualidad, no sólo lo referido al coito sino también en cuanto a lo afectivo, por ejemplo, la búsqueda de comprensión y la conformación de una familia.

Debido al contexto interpersonal de encuentro que presupone una relación de pareja en esta forma de comportamiento sexual es donde cobra menor relevancia la obtención de placer a favor de la satisfacción de necesidades de intimidad y filiación.

Por otro lado, la atracción es el proceso psicosocial subyacente a la búsqueda de pareja y se define como el “juicio que hace una persona de otra a lo largo de una dimensión actitudinal cuyos extremos son la evaluación positiva (amor) y la evaluación negativa (odio).

d. Coito.

El coito se define como el “acto sexual en el cual el pene es introducido en la vagina” y tiene su caracterización más relevante en el ciclo de la respuesta sexual humana, proceso que explica la respuesta de un organismo frente al estímulo sexual.

D.3. Comportamiento sexual de riesgo

El inicio sexual y la frecuencia de relaciones sexuales se presentan en riesgo debido al bajo conocimiento y desaprobación por parte de los adultos. A esto hay que añadir una serie de prácticas de riesgo asociadas, algunas culturalmente aceptadas.

Prácticas de riesgo. Diversos estudios señalan que el inicio sexual, la tenencia de relaciones sexuales sin protección y el tener un alto número de parejas sexuales, entre otros comportamientos sexuales de riesgo, ocurren más comúnmente en conexión a otras prácticas de riesgo, como el consumo de cigarrillos, drogas y alcohol, tenencia de armas y ejercicio de violencia. En un estudio, el 70% de los adolescentes señaló que de no haber consumido alcohol y/o drogas no habría sostenido algún tipo de práctica sexual.

Espacios de diversión. Un lugar usual para la ocurrencia de prácticas de riesgo, especialmente consumo de SPA y tenencia de relaciones sexuales con parejas ocasionales (“agarres” y “vacilones”), son los espacios de diversión.

Prácticas de riesgo y experiencia sexual. Los adolescentes y jóvenes no iniciados que anticipan su inicio sexual mostrarían mayor número de comportamientos y factores de riesgo frente al grupo que no lo anticipa; por otro lado, los adolescentes experimentados con dos o más parejas sexuales se caracterizan por un mayor número de comportamientos y factores de riesgo frente a los que han tenido una sola pareja sexual.

Prácticas sexuales de riesgo según sexo. Se halló en estudiantes universitarios limeños que los comportamientos de riesgo más frecuentes en varones fueron tener relaciones sexuales (si se diera la situación) con personas recientemente conocidas (50%), no utilizar preservativo en sus encuentros sexuales (41%), tener relaciones sexuales aún durante la menstruación (32%) y cambiar con frecuencia de pareja sexual (27%); las mujeres mostraron como conductas riesgosas la falta de uso de

preservativo por parte de su pareja (47.83%) y tener relaciones sexuales aún durante la menstruación (17.39%) (24).

Percepción del riesgo sexual y reproductivo. Hallaron que el 27% de adolescentes cree que no se embarazaría o no embarazaría a su pareja si tuviera relaciones. Así mismo se halló que la percepción de riesgo para VIH/SIDA en estudiantes universitarios colombianos no coincide con la conducta sexual y la protección ante el VIH, tanto en las parejas regulares como ocasionales, con sexo vaginal o anal. Un estudio nacional ha mostrado que las adolescentes mujeres señalan temer al embarazo antes que al VIH, lo que coincidiría con lo hallado en varones mexicanos de clase media.

Familia y percepción del riesgo. En un estudio con adolescentes cubanos se hallaron que el 67.7% de los chicos y el 78.1% de las chicas advierten riesgos para la salud de la muchacha, ante un embarazo en la adolescencia; percibiendo el 63.3% de los varones y el 78.1% de las mujeres el aborto como riesgoso para la salud; estas diferencias se deberían a una "educación" y comunicación familiar diferenciada por género. (25)

Trastornos mentales. En un estudio transversal en una cohorte según natalicio (*birth cohort*) compuesta por 992 individuos de 21 años de edad y evaluados a la edad de tres años; el 49% fueron mujeres; se halló que los jóvenes diagnosticados con dependencia a sustancias, espectro de esquizofrenia y desórdenes antisociales mostraron mayor probabilidad de relaciones sexuales de riesgo, contraer ETS y haberse iniciado sexualmente a una edad temprana (antes de los 16 años); también se halló esto en jóvenes afectados por desórdenes depresivos; en tanto los jóvenes con episodio maniaco fueron más propensos a reportar relaciones sexuales de riesgo y tener ETS; además, la probabilidad de comportamientos de riesgo se incrementó en casos de comorbilidad psiquiátrica.

Infidelidad y multiplicidad de parejas. Se halló en estudiantes universitarios portorriqueños que casi la tercera parte de los hombres y la quinta parte de las mujeres que estaban en una

relación de pareja estable reportó haber tenido relaciones sexuales con otra persona. Además se halló que en jóvenes varones de Iquitos habría apertura hacia prácticas sexuales fuera de la pareja y arraigo del “maperismo” (intercambio temporal de sexo por dinero, usualmente entre un gay adinerado y hombre de baja condición económica), lo que se reflejaría en la incidencia de infección por VIH (25).

D.4. Métodos anticonceptivos y protección ante ITS y VIH/SIDA.

Uso de Métodos anticonceptivos (MAC): Existen resultados diversos y hasta contradictorios sobre la frecuencia de uso de MAC. El uso en la primera relación sexual y en las posteriores es relativamente alto en algunos estudios extranjeros; p.e. el 82% de adolescentes argentinos de enseñanza media encuestados manifestaron haber empleado algún método anticonceptivo en su primera relación, más frecuentemente el preservativo, resultados similares a los en adolescentes españoles añadiendo que el uso en relaciones posteriores también fue alto. (25)

Por otro lado, a pesar que son conocidos y valorados, diversos estudios reportan un bajo uso de MAC en la primera relación sexual y en el caso de cualquier relación sexual. Este bajo nivel de uso sería igual entre adolescentes y jóvenes adultos y no mostraría diferencias según tipo de pareja (estable-ocasional) o práctica sexual (vaginal-anal), aunque cabe señalar que halló que entre estudiantes universitarios portorriqueños el uso de condón en el sexo anal fue mucho menor que en el sexo vaginal.

Género y MAC: Reporta que el 65% de adolescentes españolas habría informado el no - uso sistemático de condón por parte de sus parejas masculinas en sus relaciones sexuales. Este hallazgo coincidiría con lo informado por mujeres universitarias portorriqueñas. En adolescentes y jóvenes peruanas, se halló que el 28% refirió haber usado algún MAC en su primera relación sexual y un 48.2%, en las relaciones posteriores; también se halló que sólo el 21.5% de mujeres se protegen con métodos que ofrecen un alto grado de protección.

Tipo de práctica, percepción del riesgo y uso de MAC: En un estudio con universitarios colombianos, informa que de quienes han tenido coito vaginal con parejas regulares y se consideran en “bajo”, “muy bajo” o “ningún” riesgo para el VIH SIDA, el 59.26 % nunca o más veces no usaron el condón; este mismo dato para coito anal fue del 54.54 %; por otro lado, el 59.3 % de la población que había tenido coito vaginal y el 60.7 % de quienes habían tenido coito anal con sus parejas regulares “nunca” usó el condón o fueron “más las veces que no” lo hizo. (26)

Diversidad y MAC: Reportan que el uso de condón fue consistente en el 37,6% en un grupo de jóvenes “bricheros”. A partir de hallazgos en tres ciudades, halló que en Chiclayo el condón es aceptado en el discurso pero que su uso es aún bajo; en la ciudad de Cusco se halló mayor aceptación y uso de métodos anticonceptivos, mientras que en Iquitos habría rechazo del condón; estos hallazgos se reflejarían en la incidencia de infección por VIH presentados más adelante. Un estudio longitudinal con varones homosexuales residentes en Londres, con edades entre los 15 y 78 años, mostró que de 1996 a 1998 el número de encuestados que reportaron haber sostenido sexo anal sin protección durante el año pasado se fue incrementando en asociación significativa con el pertenecer a las edades más jóvenes y la experiencia clínica genitourinaria.

Tipos de MAC: En cuanto al tipo de método, estudios nacionales y extranjeros determinan que el método anticonceptivo más frecuentemente usado, en la primera relación y posteriores, es el preservativo masculino o condón además que sería el más conocido; hubo variaciones según género, tipo de pareja y la frecuencia de la actividad sexual. (15)

Determinantes del uso de MAC: A partir de un análisis de regresión logística mostraron que los adolescentes mexicanos de sexo masculino, los de mayor escolaridad, quienes poseían información de algún MAC y aquellos que inician su actividad sexual a una edad mayor tuvieron más probabilidad de usar MAC

en su primera relación. Un aspecto que determina el uso o no-uso del condón es el tipo de pareja, p.e. hallaron que el 24.6% de varones mexicanos informó haber usado condón en su última relación sexual, pero con diferencias según el tipo de pareja sexual femenina en el último año, 18.8% con parejas regulares y 62.5% con parejas múltiples. Contrariamente se halló en adolescentes españoles una mayor asociación entre uso de condón y parejas estables, en detrimento del uso con parejas casuales, además, manteniéndose constante la variable pareja estable, el uso de condón en varones se asocia con variables personales, como autoeficacia, y en mujeres con variables del contexto, como influencia de pares y pareja. Así mismo se halló que el motivo más frecuente para no usar MAC entre adolescentes cubanos varones fue, en orden decreciente, que afectan la sensación sexual, que no sería su re regresión múltiple, que en función al género resultaron significativamente diferentes el uso de condón en la primera experiencia ($p<0.01$) y el uso de condón “siempre” en sus experiencias heterosexuales ($p<0.01$); en función al grupo etario sólo el uso de condón en la primera experiencia ($p<0.01$); además, al analizar la interacción género-grupo etario, se halló diferencias en el uso de condón en la primera experiencia heterosexual ($p<0.05$).

Motivos para el uso / no-uso de condón. En estudios nacionales y extranjeros se determina que las principales creencias para no usar condón o preservativo son que afectarían la sensación de placer, representar falta de confianza hacia la pareja y, en caso de varones, no ser responsabilidad suya, estos dos últimos motivos reflejan la fuerte influencia de los estereotipos de género. Por otro lado, el motivo para utilizar condón mayormente declarado por adolescentes es la prevención del embarazo y luego, con relativa distancia, el cuidado ante las ITS-SIDA; lo que se refuerza ante el hecho que cuando aumenta la frecuencia de las relaciones sexuales, el preservativo masculino es reemplazado por otros métodos como la píldora. (16)

Proveedores de MAC. Mayormente quien proporciona el condón es el hombre, el 60.7 % de los hombres lo proporcionan “siempre ellos” y para el 70.8 de las mujeres lo proporciona “siempre” o “la mayoría” de las veces, el hombre.

ITS/ETS y VIH/SIDA. Las enfermedades referidas por el mayor porcentaje de adolescentes en un estudio realizado en escuelas de educación secundaria de la Ciudad de La Habana fueron la pediculosis pubis y el herpes genital para el caso de varones y para las hembras las *moniliasis* y las *trichomoniasis*. En un estudio con jóvenes varones de tres ciudades socioculturalmente distintas, halló una sero-prevalencia de infección por el VIH fue de 0.46 +/- 0.63% en Chiclayo, con una importante incidencia en la comunidad homosexual, y de 23 +/- 0.45% en Iquitos, que reflejaría un importante crecimiento especialmente entre los jóvenes; en el caso de Cusco, no se halló incidencia de infección por VIH pero se conoce que la epidemia es de menor tamaño y de rostro más “heterosexual”. Romero (2000), en estudiantes universitarios colombianos, halló que de quienes saben que su pareja actual ha tenido otras parejas sexuales un 21% siente seguridad de que es sero-negativa porque considera que “no ha tenido comportamientos sexuales de riesgo” y un 18.5 % siente seguridad a pesar de no haberse hecho la prueba para SIDA. En un estudio con jóvenes “bricheros”, hallaron que el 28,7% reportó síntomas de ITS alguna vez en su vida. (27)

D.5. Respuesta sexual humana (RSH).

Son los cambios que experimenta el organismo durante el coito con la finalidad de poner al pene en disposición de penetrar en la vagina, poner la vagina en disposición de recibir el pene y expulsar el esperma cuando el pene está en la posición más favorable para fertilizar el óvulo (28).

El conocimiento principal de las fases del coito proviene del trabajo realizado por Masters y Johnson en la década de 1960; los autores que estudiaron posteriormente la RSH han complementado la

propuesta ya conocida o han propuesto modelos paralelos, destacando el de Helen Kaplan.

Usualmente se reconocen cuatro fases en la RSH: excitación, meseta, orgasmo y resolución; pero ya se incluye al deseo como fase previa.

- a. **Deseo.** Aquí confluyen aspectos biológicos, psicológicos y culturales (León, 2000). Lo biológico está en el instinto de perpetuar la especie. Lo psicológico, en la atracción afectiva diferencial hacia una u otra persona. Lo sociocultural, en las normas y valores que regulan la iniciación de deseo como fase del coito.
- b. **Excitación.** Ocurre la acumulación de energía erótica debido a cambios orgánicos que preparan a los órganos sexuales para la penetración: en el varón se produce la erección peneana y en la mujer, la lubricación vaginal (León, 2000). También podemos definirla como el reflejo condicionado por el cual la exposición a determinados estímulos condicionados produce en el sujeto la respondiente condicionada de excitación
- c. **Meseta.** Estado avanzado y estable de excitación que predispone al organismo para el orgasmo y en donde los órganos sexuales incrementan su caudal de sangre y la tensión muscular se hace más intensa (28).
- d. **Orgasmo.** Experimentación del máximo placer durante la relación costal (León, 2000). Leist (1975) señala que el orgasmo ("el momento culminante del placer sexual", en el hombre se produciría al momento de la eyaculación (apenas segundos) y en la mujer sigue un curso diverso, requiriendo intimidad más que conmoción como en el caso de los varones. Podemos añadir que correspondería al reflejo incondicionado cuyo estímulo incondicionado es la intensidad de las sensaciones asociadas a la excitación capaz de alcanzar el umbral para producir la eyaculación.
- e. **Resolución.** El organismo pasa de un estado tensional a un estado de reposo (León, 2000) o de relajación incondicionada (Pittaluga & Quintana, 2000). Entre orgasmo y resolución en varones ocurre el

periodo refractario, tiempo requerido por el organismo para recuperar las condiciones para nuevos contactos genitales.

Cambios en los órganos sexuales durante la RSH

Fases	Cambios en los órganos sexuales	
	Masculinos	Femeninos
Excitación	- El pene se engrosa, alarga y pone rígido por un mayor flujo de sangre. - Los testículos se recogen. - El escroto se eleva.	- El conducto vaginal se lubrica y se torna amoratado. - La vagina se dilata y los primeros 2/3 del conducto se ensanchan y alargan. - El útero se eleva dentro de la pelvis. - Los labios mayores se abren. Labios menores se engruesan y proyectan fuera. - El clítoris aumenta grosor y longitud.
Meseta	- El glándula se agranda y enrojece. - El líquido seminal es expulsado por el orificio del pene. - Los testículos se elevan y aumentan de tamaño.	- Continúa la elevación del útero. - El tercio exterior de la vagina, la vulva y los labios menores se hinchan y forman la plataforma orgásmica.
Orgasmo	- El pene y los testículos experimentan contracciones.	La plataforma orgásmica y el útero sufren contracciones.

	- El semen es expulsado por el orificio del pene.	
Resolución	- El pene reduce su tamaño. - El escroto se pone más flojo. - Los testículos descienden.	El clítoris, la vagina, el útero y los labios vuelven a su estado normal.

E. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA DE INVESTIGACIÓN

a) Teoría epidemiológica de John Snow

John Snow (York, 15 de marzo de 1813 – Londres, 16 de junio de 1858) fue un médico inglés precursor de la epidemiología, hasta el punto de ser considerado padre de la epidemiología moderna. Demostró que el cólera era causado por el consumo de aguas contaminadas con materias fecales, al comprobar que los casos de esta enfermedad se agrupaban en las zonas donde el agua consumida estaba contaminada con heces, en la ciudad de Londres en el año de 1854. Ese año cartografió en un plano del distrito de Soho los pozos de agua, localizando como culpable el existente en Broad Street, en pleno corazón de la epidemia. Snow recomendó a la comunidad clausurar la bomba de agua, con lo que fueron disminuyendo los casos de la enfermedad. Este episodio está considerado como uno de los ejemplos más tempranos en el uso del método geográfico para la descripción de casos de una epidemia.

La importancia del trabajo realizado por John Snow en Inglaterra radicó en romper con los paradigmas existentes para la época, en pleno siglo XIX, en la cual aún predominaba la fuerte creencia en la teoría miasmática de la enfermedad, también denominada «teoría anticontagionista». Más aún, Snow sentó las bases teórico-metodológicas de la epidemiología. Esta metodología científica ha sido llamada «método epidemiológico», el cual ha sido utilizado a través de la historia tanto para la investigación de las causas, como

para la solución de los brotes de todas las enfermedades transmisibles; más recientemente se usa el método para la investigación de todos los problemas de salud y enfermedad que afecten a las comunidades humanas. (29)

DEFINICIÓN DE TERMINOS

Prevalencia: Medida de la magnitud de una enfermedad, durante un periodo específico, en relación con el tamaño de la población susceptible en el mismo periodo

Epidemiología: Es el estudio de la frecuencia y distribución de los eventos de salud y de sus determinantes en las poblaciones humanas, y la aplicación de este estudio en la prevención y control de los problemas de salud.

Tasa de prevalencia (TP):

Es la principal medida de frecuencia de enfermedad y se define como “el potencial instantáneo de cambio en el estado de salud por unidad de tiempo, durante un periodo específico, en relación con el tamaño de la población susceptible en el mismo periodo”.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): Las Infecciones de Transmisión Sexual o ITS son enfermedades que se transmiten de persona a persona a través del contacto sexual, es decir, a través de relaciones sexuales vaginales, anales u orales.

Densidad de prevalencia. Para evitar la limitación de la incidencia acumulada se define este otro índice de incidencia.

Agente: Es un factor que puede ser un microorganismo, sustancia química, o forma de radiación cuya presencia, presencia excesiva o relativa ausencia es esencial para la ocurrencia de la enfermedad.

Huésped: es una persona o animal vivo, incluyendo las aves y los artrópodos, que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso.

Ambiente: Engloban al ambiente social, físico y biológico.

Probabilidad: Número de eventos que ocurren dentro de un número de eventos posibles.

Riesgo a la salud: probabilidad de experimentar un efecto adverso o daño en un tiempo determinado.

Tasa: medida de la rapidez de cambio de un fenómeno dinámico por unidad de población y de tiempo (tiempo-persona de exposición).

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): Es el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Conducta sexual: Reagrupa todos los mecanismos del comportamiento reproductor humano y todos los comportamientos eróticos. En resumen, el comportamiento sexual humano es a la vez la necesidad de dar a luz para la supervivencia de la especie y de la búsqueda del placer.

Fantasías y deseos: Son formas de activación y excitación sexual internas que se procesan mediante el pensamiento, o sea, mediante una secuencia de procesos mentales de carácter simbólico.

Caricias: El intercambio de caricias es una forma común de obtener placer sin recurrir al coito, sus formas básicas son los besos, abrazos y tocamientos.

Coito: Es el acto sexual en el cual el pene es introducido en la vagina y tiene su caracterización más relevante en el ciclo de la respuesta sexual humana, proceso que explica la respuesta de un organismo frente al estímulo sexual.

Respuesta sexual humana: Son los cambios que experimenta el organismo durante el coito con la finalidad de poner al pene en disposición de penetrar en la vagina, poner la vagina en disposición de recibir el pene y expulsar el esperma cuando el pene está en la posición más favorable para fertilizar el óvulo.

Actitud: Disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema.

VIH: el virus de la inmunodeficiencia humana, causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es definido como el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia

de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

6.2. Problema

¿Cuál es la prevalencia de las ITS - VIH/SIDA y su relación con la conducta sexual de los pobladores de Condorcanqui, Amazonas. Abril - Junio 2017?

6.3. Hipótesis

Si existe relación significativa entre la prevalencia de las ITS VIH/SIDA con la conducta sexual de los pobladores de Condorcanqui, Amazonas – 2017.

6.4. Objetivos

General:

Establecer la prevalencia de las ITS - VIH/SIDA relacionado con la conducta sexual de los pobladores de Condorcanqui, Amazonas. Abril - Junio 2017.

Específicos:

- Determinar la prevalencia de las ITS - VIH/SIDA de los pobladores de Condorcanqui, Amazonas – 2017.
- Describir la conducta sexual de los pobladores, Condorcanqui, Amazonas-2017.

6.5. Justificación e importancia del estudio

Las infecciones de transmisión sexual son un problema de salud pública porque causan enfermedades crónicas de alta morbilidad, con un costo elevado para la sociedad. Entre las poblaciones de riesgo se encuentran las trabajadoras sexuales, que sufren de ITS múltiples. El cáncer de cérvix se considera una enfermedad de transmisión sexual (ETS) por su relación

con el VPH. La citología cervico vaginal sirve de screening para las ITS y para la detección precoz del cáncer cervical.

Las ITS y el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora, La proporción de casos es de una mujer infectada con el virus del VIH por cada tres varones, mientras que el segmento de edad entre 20 y 40 años es el más afectado. En la actualidad se desconoce cuál es el tipo de comportamiento sexual que tienen los pobladores, ya que la responsabilidad no sólo es de la mujer sino también de su pareja o parejas sexuales, el tipo de relación de pareja que tienen o practican.

Son actitudes y conductas que se pueden presentar en cualquier momento y su origen debe tener un factor común, centrado en el conocimiento sobre la enfermedad. La conducta sexual de los pobladores está determinado de acuerdo al estatus educacional, socioeconómico y cultural.

Los resultados de la presente investigación servirán para sensibilizar a los profesionales de salud para que estos al estar en contacto con los usuarios infectados con el VIH-SIDA, busquen persuadirse lo que muchas de las veces sus actitudes están orientadas al aspecto más cognitivo que las emociones propias. Así mismo, complementariamente es conveniente porque desde que inició la enfermedad del VIH/SIDA poco se ha conocido sobre cual o cuales son las actitudes del personal de salud frente a esta enfermedad.

A la vez permitirá para que el personal de salud encargado de la atención de las personas con VIH/SIDA muestre un nuevo panorama de actitudes positivas hacia estas personas, de esta manera evitar la discriminación de ciertos grupos que los obligue a esconderse, y que sean más comunicativos para evitar la transmisión y propagación del VIH/SIDA.

Los resultados permitirán identificar el número promedio de pacientes infectados con ITS, VIH/SIDA con la finalidad de crear o modificar programas de actividad preventivo promocional, para mejorar el comportamiento sexual inadecuado, evitar los embarazos no deseados y el alto índice de abortos que contribuyen a los altos índices de mortalidad materna. Al conocer los resultados, la presente investigación aportará

conocimientos científicos en salud preventiva y servirá como fuente para otras investigaciones o estudios posteriores.

Del mismo modo, permitirá a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales modificar sus formas de intervención y compromiso con la salud de nuestra población. También la población en general podrán participar e integrar los equipos de promoción y prevención de este flagelo que tanto daño hace a la sociedad peruana, a la economía del País y de la Región principalmente; y por último contribuirá a que el Ministerio de Salud conjuntamente con el Ministerio de la Mujer reformulen las estrategias de abordar a los adolescentes principalmente a los estudiantes universitarios que son el futuro del país, y como prioridad de atención del estado peruano y mejorar la calidad de vida de los mismos; entre otros.

Además se convertirá en un referente epistemológico para la Escuela de Enfermería y la Facultad de Ciencias de la Salud para incrementar el acervo de fuentes bibliográficas y su revisión por parte de profesionales y estudiantes para seguir motivando en la realización de otras investigaciones que aborden este tema.

Definición de términos básicos;

Agente: Es un factor que puede ser un microorganismo, sustancia química, o forma de radiación cuya presencia, presencia excesiva o relativa ausencia es esencial para la ocurrencia de la enfermedad

Huésped: es una persona o animal vivo, incluyendo las aves y los artrópodos, que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso.

Ambiente: Engloban al ambiente social, físico y biológico.

Probabilidad: Número de eventos que ocurren dentro de un número de eventos posibles.

Riesgo a la salud: probabilidad de experimentar un efecto adverso o daño en un tiempo determinado.

Tasa: medida de la rapidez de cambio de un fenómeno dinámico por unidad de población y de tiempo (tiempo-persona de exposición).

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): Es el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Conducta sexual: Reagrupa todos los mecanismos del comportamiento reproductor humano y todos los comportamientos eróticos. En resumen, el comportamiento sexual humano es a la vez la necesidad de dar a luz para la supervivencia de la especie y de la búsqueda del placer.

Fantasías y deseos: Son formas de activación y excitación sexual internas que se procesan mediante el pensamiento, o sea, mediante una secuencia de procesos mentales de carácter simbólico

Caricias: El intercambio de caricias es una forma común de obtener placer sin recurrir al coito, sus formas básicas son los besos, abrazos y tocamientos.

Coito: Es el acto sexual en el cual el pene es introducido en la vagina y tiene su caracterización más relevante en el ciclo de la respuesta sexual humana, proceso que explica la respuesta de un organismo frente al estímulo sexual.

Respuesta sexual humana: Son los cambios que experimenta el organismo durante el coito con la finalidad de poner al pene en disposición de penetrar en la vagina, poner la vagina en disposición de recibir el pene y expulsar el espermatozoides cuando el pene está en la posición más favorable para fertilizar el óvulo.

Actitud: Disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema.

VIH: el virus de la inmunodeficiencia humana, causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El Síndrome: de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es definido como el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

6.6. Definición y Operacionalización de Variables

6.6.1. Identificación de variables:

Variable 01= Prevalencia de las ITS y VIH/SIDA

Variable 02= Conducta sexual

6.6.2. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	CATEGORIA	ESCALA
V1: Prevalencia de las ITS y VIH/ SIDA	Medida de la magnitud de una enfermedad, durante un periodo específico, en relación con el tamaño de la población susceptible en el mismo periodo. Y se medirá mediante un formulario de registro de datos.	Bacterias	Chancro blando • Gonorrea • Granuloma inguinal • Vaginitis • Linfogranuloma venéreo • Sífilis	Variable = Escala Ordinal Items = Escala Dicotómica Sí = 1 No = 0
		Virus	Herpes genital Condiloma Acuminado Molusco contagioso Hepatitis B Hepatitis C Infección HIV/SIDA	
		Protozoos	Tricomoniasis	
		Hongos	Candidiasis genital	

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	Categoría	Escala
V2: Conducta Sexual	Es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. Se medirá mediante un cuestionario de conducta sexual	Fantasías y deseos	- Imaginación de juegos sexuales. - Imaginación de coitos	Adecuado Riesgo Inadecuado	Variable = Ordinal Items = Likert Siempre = 3 A veces = 2 Nunca = 1
		Caricias	- Besos - Neeking - Petting - Masturbación		
		Atracción y búsqueda de pareja	- Inicio de relaciones coitales - Como conoció a pareja sexual - Lugar donde conoció a pareja sexual. - Tiempo de relación coital desde que conoció a pareja.		
		Acto sexual / coito	- Relación heterosexual. - Relación homosexual. - Ménage à trois - Intercambio de parejas. - Relación zoofílica. - Sexo en grupo - Relaciones sexuales sin coito		
		Sexo seguro	- Uso de métodos de protección. - Nº de parejas (monogamia, bigamia) - Condición de pareja (estable, conocida, desconocida) - Droga o alcohol - Responsabilidad		

VII. Material y Métodos

7.1. Tipo de Investigación

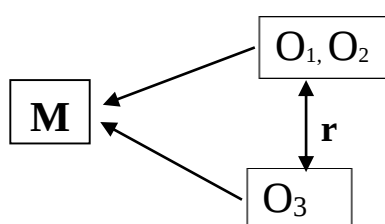
La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel relacional; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se midió la variable de estudio fue transversal y según el número de variables de interés fue analítico. (30)

De enfoque cuantitativo porque permitió cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. De nivel relacional porque se relacionó las variables en estudio. Tipo de investigación: Observacional porque no se manipularon las variables ya que los datos reflejaron la evolución natural de los eventos; Prospectivo porque los datos se recolectaron de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. Transversal por que las variables se midieron en una sola ocasión. Analítico porque el análisis estadístico fue bivariado y multivariado y se puso a prueba las hipótesis de estudio. (30)

7.2. Diseño de Contrastación de Hipótesis

El estudio fue de diseño Relacional

El diagrama de este tipo de estudio fue el siguiente:



Donde:

M₁ = La muestra de estudio.

O₁ = Medición de la variable 1 = Prevalencia de las ITS

O₂ = Medición de la variable 2 = Prevalencia del VIH/SIDA

O₃ = Medición de la variable 3 = Conducta sexual.

7.3. Población y muestra: Tipo de muestreo, tamaño de muestra

Población Total:

Estuvo conformada por todos los pacientes Atendidos en la Red de Salud de Condorcanqui que en su totalidad fueron 480.

Criterio de Inclusión:

Todos aquellos pacientes de 15 a 60 años

Pacientes que desearon participar del estudio y que estuvieron en el programa en el momento de ejecutar la investigación.

Criterio de Exclusión:

Todos aquellos pacientes < de 15 años y mayores de 60 años

Pacientes que no desearon participar del estudio

Población de estudio:

Estuvo conformado por todos los pacientes Atendidos de ambos sexos de 15 a 60 años en la Red de Salud de Condorcanqui que en su totalidad fueron 300.

Muestra:

Estuvo conformado por todos los pacientes Atendidos de ambos sexos de 15 a 60 años en la Red de Salud de Condorcanqui que en su totalidad fueron 169, gracias a la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z^2pqN}{E^2(N - 1) + Z^2pq}$$

$$N = 300$$

$$Z = 95 \% = 1.96$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$E = 0.05$$

Reemplazando se tuvo:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (300)}{(0.05)^2 (300 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25) (300)}{(0.0025) (299) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{288.12}{0.7475 + 0.9604}$$

$$n = 169$$

Muestreo:

Para las unidades muestrales se utilizó el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple o método de la rifa, para hallar la primera unidad muestral se colocó el total de las unidades de la población en una bolsa y se sacó la primera unidad muestral y así sucesivamente hasta completar el total de las unidades muestrales.

7.4. Instrumentos y técnicas de Recolección de Datos

Método y técnica:

Se hizo uso del método de la encuesta y la técnica del cuestionario.

El instrumento:

V1 = Prevalencia de ITS Y VIH/SIDA:

Se utilizó un formulario de registro de datos sobre prevalencia de VIH/SIDA, El instrumento consta de 3 ítems y 10 sub ítems formulados de manera legible y comprensible, que permitió determinar la prevalencia del VIH/SIDA. De la misma forma, la validez del instrumento se halló mediante el juicio de expertos y la prueba binomial y Z – Gauss.

La Confiabilidad se halló mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, para lo cual el instrumento se sometió a una prueba piloto del 10% de la muestra total.

V2 = Conducta sexual:

se utilizó una ficha de registro de datos, consistente de 30 ítems que fue auto administrada, los mismos que fueron presentados en forma de afirmaciones o juicios con preguntas de varias opciones y a partir de la 7ma pregunta hasta la 24ava pregunta se presentó en un formato de la escala Likert, donde:

1 = Nunca

2 = A veces

3 = Siempre.

La validez del instrumento se halló mediante el juicio de expertos y la prueba binomial y Z – Gauss.

La Confiabilidad se halló mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, para lo cual el instrumento se sometió a una prueba piloto del 10% de la muestra total.

7.5. Análisis estadístico

La información final fue procesada en el software SPSS versión 21. Para contrastar la hipótesis se sometió a la prueba estadística no paramétrica del ji-cuadrado con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ (95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error).

Para hallar la prevalencia del VIH/SIDA, se utilizó una de las medidas epidemiológicas denominado tasa de prevalencia.

Para presentación de datos

Se realizó con la distribución de frecuencias y tablas de contingencia mostradas en tablas y figuras.

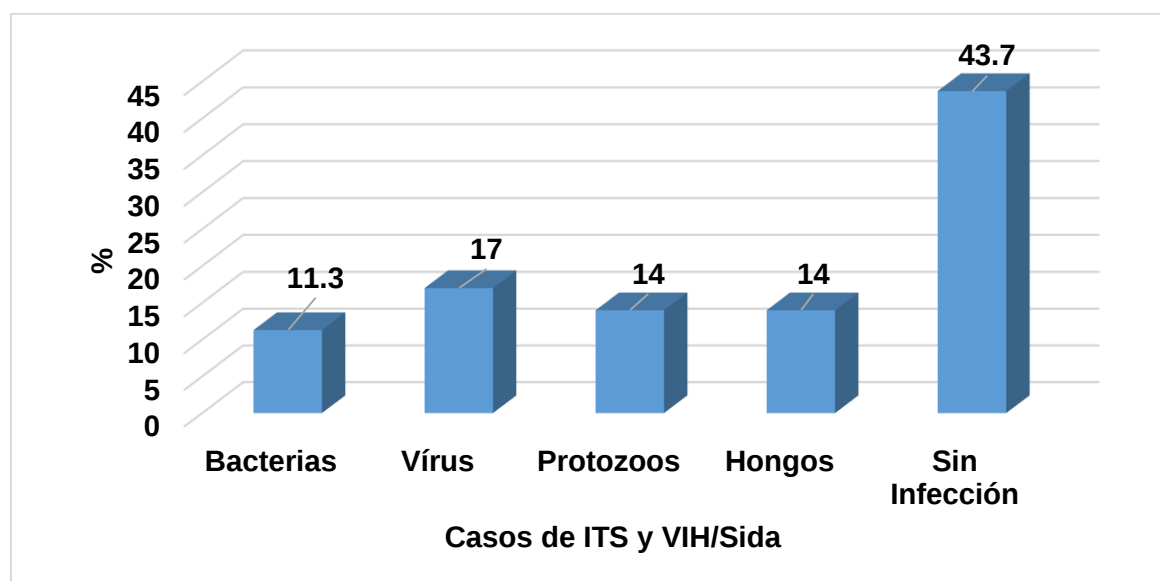
VIII. Resultados

Tabla 01: Casos de las ITS y VIH/Sida en los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril- junio 2017.

Casos de ITS y VIH/Sida	fi	%
Bacterias	34	11.3
Virus	51	17
Protozoos	42	14
Hongos	42	14
Sin Infección	131	43.7
TOTAL (Pob. de Estudio)	300	100

Fuente: Ficha de registro de casos

Figura 01: Casos de las ITS y VIH/Sida en los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril- junio 2017.



Fuente: Tabla 01

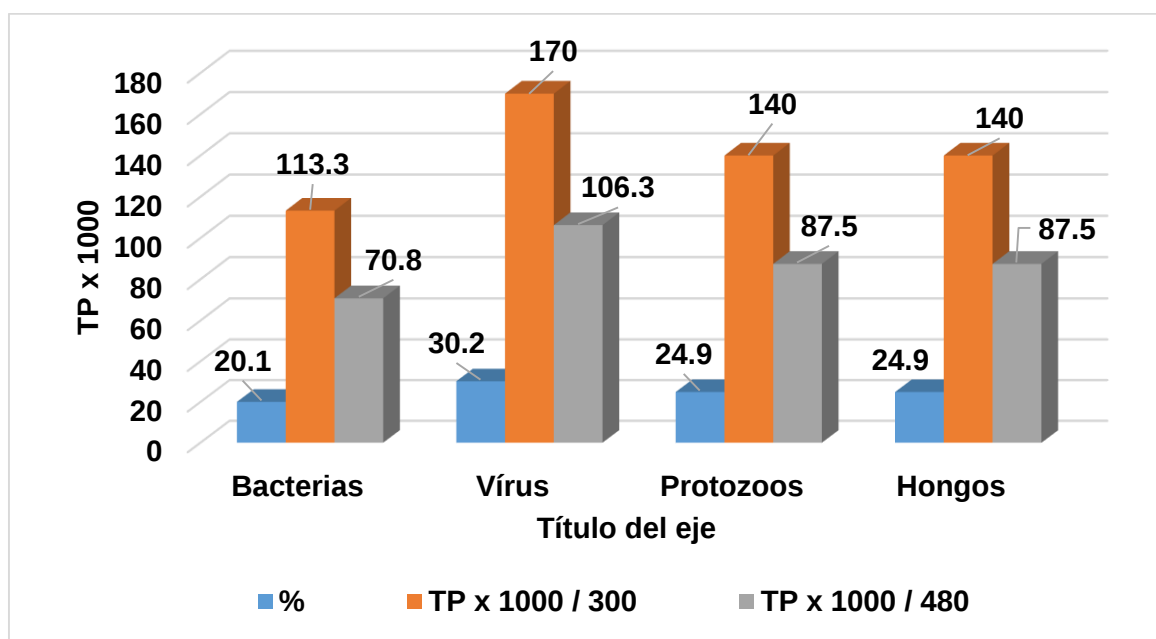
En la tabla y figura 01, se observa que del 100% (300) historias clínicas revisadas el 56.3% (169) fueron casos de ITS y VIH/Sida, 43.7% (131) no tuvieron ninguna infección

Tabla 02: Tasa de Prevalencia de las ITS y VIH/Sida en los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril- junio 2017.

Prevalencia de ITS –VIH / Sida	fi	%	TP x 1000 hab	TP x 1000 hab
Bacterias	34	20.1	113.3	70.8
Virus	51	30.1	170	106.3
Protozoos	42	24.9	140	87.5
Hongos	42	24.9	140	87.5
TOTAL (Población)	169	100	300	480

Fuente: Ficha de registro de casos

Tabla 02: Tasa de Prevalencia de las ITS y VIH/Sida en los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril- junio 2017.



Fuente: Tabla 02

En la Tabla y figura 02 se observa que del 100% (169) de casos de ITS – VIH / Sida, el 30.1% (51) son causadas por virus, el 24.9% (42) son causadas por protozoos y hongos respectivamente y el 20.1% (34) por bacterias.

Así mismo se observa que en una población de estudio de 300, existe 170 pobladores por cada 1000 habitantes que se infectan de ITS – VIH / Sida por virus. 140 x 1000 hab por protozoos y hongos a la vez; y 113.3 x 1000 hab por bacterias.

Y en una población total de 480, existe 106.3 pobladores por cada 1000 habitantes que se infectan de ITS – VIH / Sida por virus; 87.5 x 1000 hab se infectan por protozoos y hongos a la vez; y 70.8 x 1000 hab por bacterias.

Tabla 03: Tasa de Prevalencia de las ITS Causadas por Bacteria en los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril- junio 2017.

CASOS DE ITS CAUSADAS POR BACTERIA	fi	%	TP x 1000 hab
Chancro blando	5	14.7	16.66
Gonorrea	5	14.7	16.66
Granuloma inguinal	3	8.8	10
Vaginitis	12	35.3	40
Linfogranuloma venéreo	2	5.9	6.66
Sífilis	7	20.6	23.3
TOTAL	34	100	300 pob Est

Fuente: Ficha de registro de casos

En la Tabla 03 se observa que del 100% (34) casos de ITS causadas por Bacterias son, el 35.3% (12) son causadas por vaginitis, el 20.6% (7) por sífilis, el 14.7% (5) por chancro blando y gonorrea a la vez, 8.8% (3) por granuloma inguinal.

Así mismo se observa que en una población de estudio de 300, existe 40 x 1000 habitantes que se infectan de vaginitis. 23.3 x 1000 hab por sífilis; y 16.6 x 1000 hab con chancro blando y gonorrea, 10 x 1000 hab por granloma inguinal y 6.6. x 1000 hab por linfogranuloma venéreo.

Tabla 04: Tasa de Prevalencia de las ITS Causadas por Virus en los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril- junio 2017.

CASOS DE ITS CAUSADAS POR VIRUS	fi	%	TP x 1000 hab
Herpes genital	15	25.8	50
Condiloma Acuminado	2	3.4	6.7
Molusco contagioso	0	0	0
Hepatitis B	6	11.8	20
Hepatitis C	2	3.4	6.7
Infección HIV/SIDA	26	50.9	86.7
TOTAL	51	100	300 pob Est

Fuente: Ficha de registro de casos

En la Tabla 04 se observa que del 100% (51) casos de ITS causadas por Virus el 50.9% (26) son causadas por VIH / SIDA, el 25.8% (15) por herpes genital, el 11.8% (6) por hepatitis B, el 3.4 % (2) por condiloma acuminado y hepatitis C respectivamente.

Así mismo se observa que en una población de estudio de 300, existe 86.7 x 1000 hab se infectan con VIH / SIDA, el 50 x 1000 hab por herpes genital, 20 x1000 hab por hepatitis B, y 6.7 x 1000 por condiloma acuminado y hepatitis C respectivamente.

Tabla 05: Tasa de Prevalencia de las ITS Causadas por Tricomoniasis en los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril- junio 2017.

CASOS DE ITS CAUSADAS POR			TP x 1000
TRICOMONIASIS	fi	%	hab
Tricomoniasis	42	100	140
TOTAL	42	100	300 pob Est

Fuente: Ficha de registro de casos

En la Tabla 05 se observa que del 100% (42) casos de ITS son causadas por Tricomoniasis. Así mismo se observa que en una población de estudio de 300, existe 140 x 1000 hab se infectan con Tricomoniasis.

Tabla 06: Tasa de Prevalencia de las ITS Causadas por Candidiasis genital en los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril- junio 2017.

CASOS DE ITS CAUSADAS POR			
CANDIDIASIS GENITAL	fi	%	TP x 1000 hab
Candidiasis genital	42	100	140
TOTAL	42	100	300 pob Est

Fuente: Ficha de registro de casos

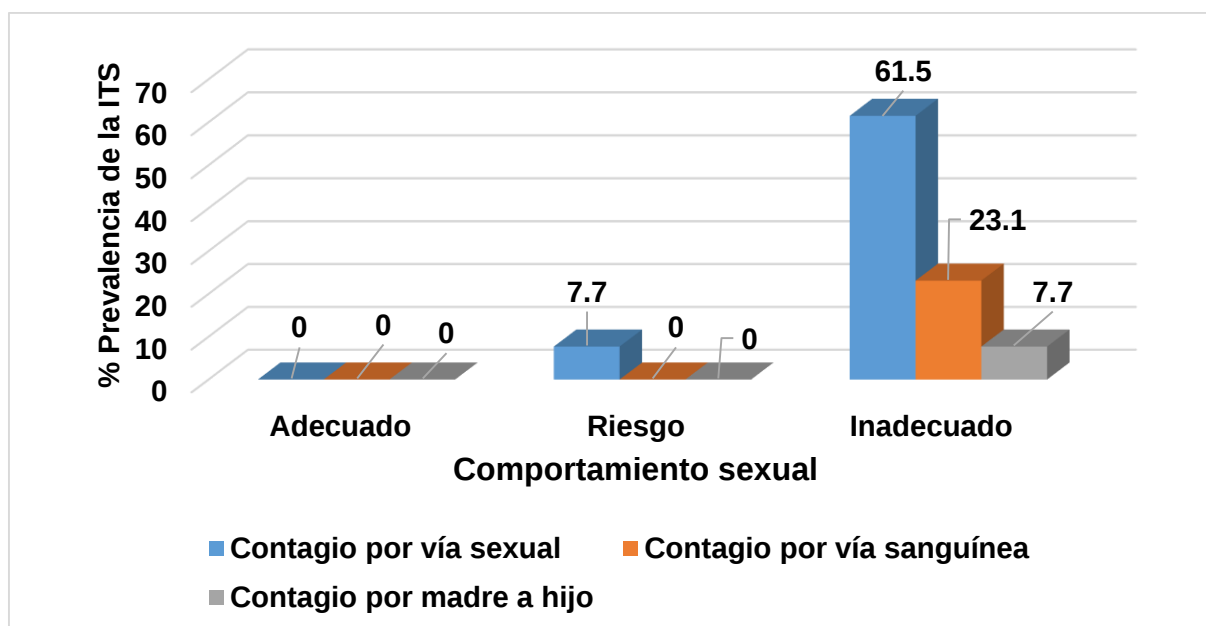
En la Tabla 06 se observa que del 100% (42) casos de ITS son causadas por Candidiasis genital. Así mismo se observa que en una población de estudio de 300, existe 140 x 1000 hab se infectan con Candidiasis genital.

Tabla 07: Tasa de Prevalencia de VIH / SIDA en los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril- junio 2017.

CASOS DE VIH / SIDA	fi	%	TP x 1000 hab
Contagio por vía sexual	18	69.2	60
Contagio por vía sanguínea	6	23.1	20
Contagio por madre a hijo	2	7.7	6.7
TOTAL	26	100	300 pob Est

Fuente: Ficha de registro de casos

Figura 07: Tasa de Prevalencia de VIH / SIDA en los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril- junio 2017.



Fuente: Tabla 07

En la tabla y figura 07, del 100% de casos de VIH / SIDA, el 69.2% (18) fue por contagio de vía sexual, el 23.1% de contagio por vía sanguínea y el 7.7% (2) por contagio madre a hijo.

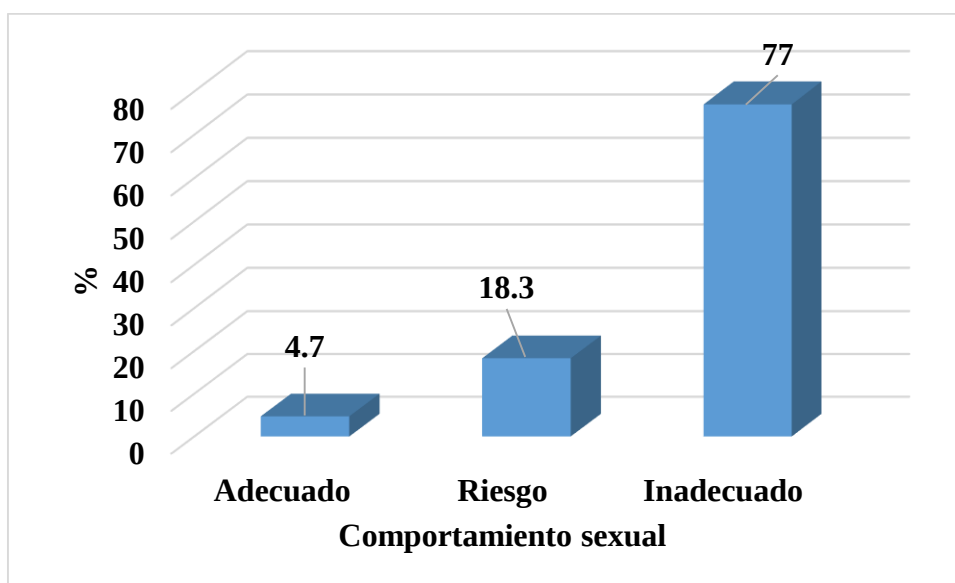
Así mismo en una población de 300 habitantes el 60 por cada 1000 hab se contagia por vía sexual; 20 por cada 1000 hab se contagiaron por vía sanguínea, el 6.7 por cada 1000 hab se contagiaron vía madre a hijo.

Tabla 08: Comportamiento sexual de los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril - junio 2017.

Comportamiento sexual	fi	%
Adecuado	8	4.7
Riesgo	31	18.3
Inadecuado	130	77
Total	169	100

Fuente: Cuestionario de comportamiento sexual

Figura 08: Comportamiento sexual de los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril - junio 2017.



Fuente: Tabla 08

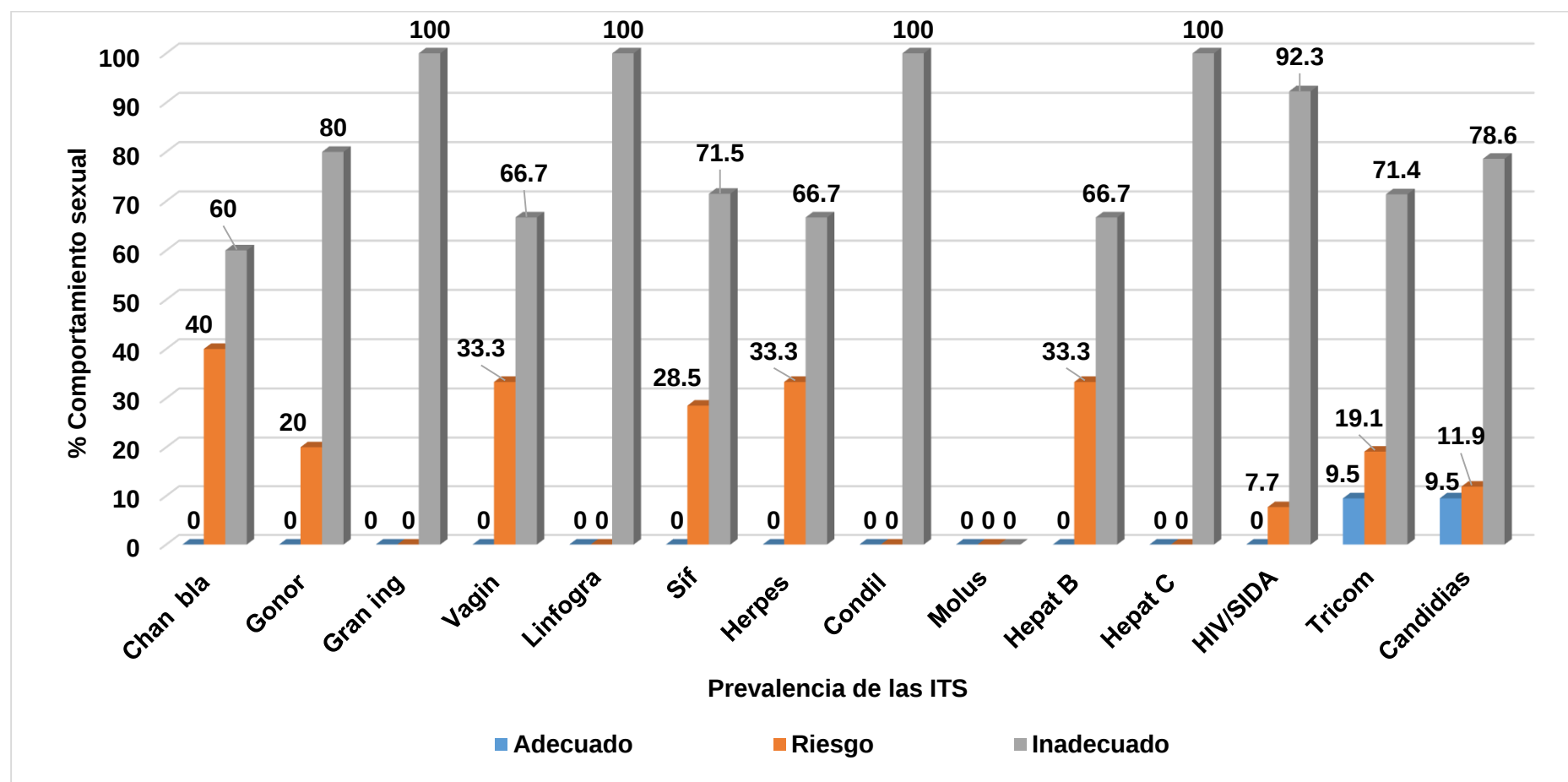
En la tabla y figura 08 se observa que del 100% de los pobladores el 77% (130) de los pobladores tiene un comportamiento sexual inadecuado, el 18.3% (31) conducta sexual de riesgo y el 4.7% (8) Adecuado.

Tabla 09: Prevalencia de las ITS relacionado a la conducta sexual de los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril - junio 2017

Prevalencia de la ITS	Comportamiento sexual						TOTAL	
	Adecuado		Riesgo		Inadecuado			
	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%
Chancro blando	0	0	2	40	3	60	5	100
Gonorrea	0	0	1	20	4	80	5	100
Granuloma inguinal	0	0	0	0	3	100	3	100
Vaginitis	0	0	4	33.3	8	66.7	12	100
Linfogranuloma venéreo	0	0	0	0	2	100	2	100
Sífilis	0	0	2	28.5	5	71.5	7	100
Herpes genital	0	0	5	33.3	10	66.7	15	100
Condiloma Acuminado	0	0	0	0	2	100	2	100
Molusco contagioso	0	0	0	0	0	0	0	100
Hepatitis B	0	0	2	33.3	4	66.7	6	100
Hepatitis C	0	0	0	0	2	100	2	100
Infección HIV/SIDA	0	0	2	7.7	24	92.3	26	100
Tricomoniasis	4	9.5	8	19.1	30	71.4	42	100
Candidiasis genital	4	9.5	5	11.9	33	78.6	42	100
Total	8	4.7	31	18.3	130	77	169	100

Fuente: Ficha de registro de casos y cuestionario de comportamiento sexual
 $\chi^2 = 17.864$; $Gl = 26$; $p = 0.038 < 0.05$

Figura 09: Prevalencia de las ITS relacionado a la conducta sexual de los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril- junio 2017



Fuente: Tabla 09

En la tabla y figura 09, se observa que del 100% (5) casos de Chancro Blando el 60% se infectó por un comportamiento sexual inadecuado y el 40% (2) por un comportamiento sexual de riesgo. Así mismo del 100% (5) casos de gonorrea el 80% se infectó por un comportamiento sexual inadecuado y el 20% (2) por un comportamiento sexual de riesgo. El 100% (3) de pobladores que se infectó por granuloma inguinal fue debido a un comportamiento sexual inadecuado. Del 100% (12) de pobladores con vaginitis el 66.7% (8) se infectó por un comportamiento sexual inadecuado y el 33.3% (4) por un comportamiento sexual de riesgo. El 100% (2) de pobladores que se infectó por linfogranuloma venereo fue debido a un comportamiento sexual inadecuado. De la misma forma del 100% (7) casos de sífilis el 71.5% (5) se infectó por un comportamiento sexual inadecuado y el 28.5% (2) por un comportamiento sexual de riesgo. Del 100% (15) de pobladores con herpes genital el 66.7% (10) se infectó por un comportamiento sexual inadecuado y el 33.3% (5) por un comportamiento sexual de riesgo. El 100% (2) de pobladores que se infectó por condiloma acuminado fue debido a un comportamiento sexual inadecuado. Del 100% (6) de pobladores con hepatitis B el 66.7% (6) se infectó por un comportamiento sexual inadecuado y el 33.3% (4) por un comportamiento sexual de riesgo. El 100% (2) de pobladores que se infectó por hepatitis C fue debido a un comportamiento sexual inadecuado. De la misma forma Del 100% (26) de pobladores con HIV/SIDA (26) el 92.3% (24) se infectó por un comportamiento sexual inadecuado y el 33.3% (2) por un comportamiento sexual de riesgo. Y Del 100% (42) de casos de tricomoniasis el 71.4% (30) se infectó por un comportamiento sexual inadecuado, el 19.1% (8) por un comportamiento sexual de riesgo y el 9.5% (4) por una conducta sexual adecuada. Mientras que del 100% (42) de casos de candidiasis genital el 78.6% (33) se infectaron por una comportamiento sexual inadecuado, el 11.9% (5) por una conducta de riesgo y solo el 9.5% por un comportamiento sexual adecuado.

Para contrastar la hipótesis esta se sometió a la Prueba estadística del Ji cuadrado cuyo valor fue $X^2 = 17.864$; $Gl = 26$; $p = 0.038 < 0.05$, el mismo que indica que existe una relación estadísticamente significativa entre la prevalencia de las ITS y el comportamiento sexual de los pobladores de Condorcanqui.

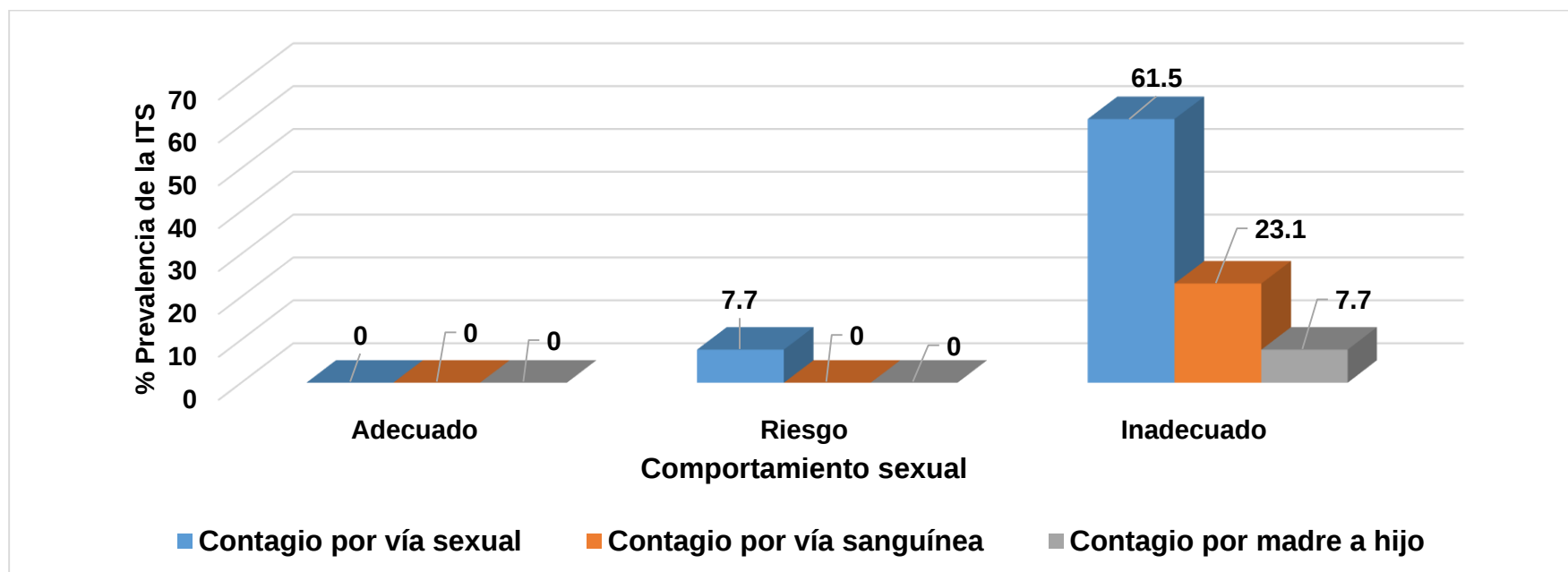
Tabla 10: VIH/Sida relacionado a la conducta sexual de los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril- junio 2017

Prevalencia deVIH / SIDA	Comportamiento sexual						TOTAL	
	Adecuado		Riesgo		Inadecuado		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Contagio por vía sexual	0	0	2	7.7	16	61.5	18	69.2
Contagio por vía sanguínea	0	0	0	0	6	23.1	6	23.1
Contagio por madre a hijo	0	0	0	0	2	7.7	2	7.7
Total	0	0	2	7.7	24	92.3	26	100

Fuente: Ficha de registro de casos y cuestionario de comportamiento sexual

$\chi^2 = 14.79$; $Gl = 2$; $p = 0.029 < 0.05$

Figura 10: VIH/Sida relacionado a la conducta sexual de los pobladores de Condorcanqui, Amazonas, abril- junio 2017



Fuente: Tabla 10

En la tabla y figura 10, se observa que del 100% (26) de casos de VIH/SIDA el 61.5% que se contagió por vía sexual fue debido a un comportamiento sexual inadecuado y el 7.7% por un comportamiento sexual de riesgo. Así mismo el 23.1% que se contagiaron por vía sanguínea y el 7.7% contagiados de madre a hijo también fue por un comportamiento sexual inadecuado.

Para contrastar la hipótesis esta se sometió a la Prueba estadística del Ji cuadrado cuyo valor fue $X^2 = 14.79$; $Gl = 2$; $p = 0.029 < 0.05$, el mismo que indica que existe una relación estadísticamente significativa entre la prevalencia de VIH / SIDA y el comportamiento sexual de los pobladores de Condorcanqui.

X. Discusión

Del total de historias clínicas el 56.3% fueron casos de ITS y VIH/Sida mientras que el 47.3% no tuvieron ninguna infección; y del 100% de casos de ITS – VIH / Sida, el 30.1% fueron causadas por virus, el 24.9% protozoos y hongos respectivamente y el 20.1% por bacterias. Así mismo del 100% casos de ITS causadas por Bacterias, el 35.3% son producto de las vaginitis, el 20.6% por sífilis, el 14.7% por chancro blando y gonorrea a la vez, 8.8% por granuloma inguinal. Del 100% de casos de ITS causadas por Virus el 50.9% son causadas por VIH / SIDA, el 25.8% por herpes genital, el 11.8% por hepatitis B, el 3.4% por condiloma acuminado y hepatitis C respectivamente.

El 100% de casos de ITS son causadas por Candidiasis genital. Del 100% de casos de ITS causadas por Virus el 50.9% son causadas por VIH / SIDA, el 25.8% por herpes genital, el 11.8% por hepatitis B, el 3.4% por condiloma acuminado y hepatitis C respectivamente.

Del 100% de casos de VIH / SIDA, el 69.2% se contagiaron vía sexual, el 23.1% por vía sanguínea y el 7.7% (2) contagio madre a hijo.

Para una población de 300 habitantes, existe una tasa de prevalencia de ITS – VIH / Sida causadas por virus de 170 x cada 1000 hab. 140 x 1000 hab por protozoos y hongos a la vez; y 113.3 x 1000 hab por bacterias.

La tasa de prevalencia de herpes genital es de 50 x cada 1000 hab; de la Hepatitis B de 20 x 1000 hab; de condiloma acuminado y hepatitis C respectivamente de 6.7 x 1000. Así mismo la tasa de prevalencia de VIH / SIDA es de 86.7 x cada 1000 hab; TP de herpes genital es el 50 x 1000 hab; TP de Hepatitis B = 20 x 1000 hab; TP de condiloma acuminado y hepatitis C = 6.7 x 1000 hab. TP de Tricomonomiasis = 140 x 1000 hab; Además, 60 por cada 1000 hab se contagia por vía sexual; 20 por cada 1000 hab por vía sanguínea, el 6.7 por cada 1000 hab se contagiaron vía madre a hijo. Así mismo existe 140 x 1000 hab que se infectan con Candidiasis genital.

Por otro lado los resultados de GALBAN, E. (2012). Indica que la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) fue la ITS con mayor frecuencia encontrada, con tasas de prevalencias que oscilaron entre 45% y 65,7% en los grupos de estudio, seguida por la infección por clamidia con tasas de 10% y más en mujeres. Una ponderación relativa de los resultados encontrados en los grupos estudiados fue realizada para

estimar las tasas en la población general de la ciudad de Manaus, siendo estas de 2.7%; 7.5%; 2.1%; 0.2%; 0.9%; 3.0%; 48.8%; 38.8; y 23.5% para infección gonocócica, infección por clamidia, sífilis, VIH, Virus de la hepatitis B, Herpes genital, VPH todos los tipo, VPH oncogénicos y VPH no oncogénicos.

Asi mismo ALTUNA, H. (2011). Lima. Indica que la tasa de prevalencia de ITS es de 65%; TP de VIH = 8.2%; la TP de herpes genital es el 3.8%; De Hepatitis B = 2%; TP de Tricomoniasis = 15%. CANALES Y. y FRANK M. (2012). Tarapoto. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo Determinar la prevalencia de los pobladores de San Juan de Contumas asistentes al Hospital II-2 MINSA Tarapoto - 2011. Los resultados que se alcanzaron demuestran que: el 57.8% se infectan con VIH/SIDA; el 35.6% se infecta de Sífilis, 2.5% Chancro Blando.

Comparando los resultados del presente estudio con los resultados de GALBAN, E. (2012); Asi mismo ALTUNA, H. (2011). Y de CANALES Y. y FRANK M. (2012). Tarapoto. Los resultados son muy similares ya que la Tasa de prevalencia de ITS, VIH / SIDA sobrepasan mas del 50% de la población en estudio; quiere decir que las infecciones que se estén dando son producto de los comportamientos inadecuados de la población ya sea masculino y femenino.

Debemos indicar que las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son la que se presentan con mayor frecuencia especialmente en mujeres. son un conjunto de enfermedades infecciosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión: de persona a persona a través de las relaciones sexuales; es decir, a través de relaciones sexuales vaginales, anales u orales. Las personas que tienen relaciones sexuales sin protección corren el riesgo de contraer una ITS, sin importar su edad, sexo, color de piel, condición económica u ocupación. Algunas de las prácticas que aumentan la posibilidad de contagio de una ITS son: Tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales sin usar condón. Tener relaciones sexuales con alguien que tenga úlceras abiertas, Tener sexo oral sin usar protección. Las infecciones de transmisión sexual más comunes son: gonorrea, sífilis, infección por clamidia, verrugas genitales, herpes genital y VIH/sida. El SIDA es una de las infecciones transmisibles más peligrosas. Es causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que afecta al sistema inmunológico y se adquiere por el contacto sexual con una persona portadora del virus.

Así mismo en la tabla 08, se observa que del 100% de los pobladores el 77% de los pobladores tiene un comportamiento sexual inadecuado, el 18.3% conducta sexual de riesgo y el 4.7% Adecuado.

En su estudio Ragúz, M. (2015), “Estado del arte sobre comportamiento sexual adolescente” Refiere que la escolaridad, en interacción con el género, influencia el inicio sexual; halló que las diferencias por género se hicieron más grandes en adolescentes al compararse en función de la escolaridad; así, en el caso de las mujeres precozmente se habían iniciado sexualmente el 14% de escolares diurnas, el 32% de nocturnas y el 37% de desertoras, en el caso de los varones, 28% en diurna, 76% en nocturna y 85% de desertores.

Cáceres, D. (2012), “Parejas sexuales y turismo sexual”. En un estudio con jóvenes “bricheros”, luego de una amplia exploración de prácticas, conocimientos y actitudes, señala que las relaciones sexuales, y en general toda actividad sexual se desarrollaría en una subcultura machista, rica en estereotipos de género, que promueven las prácticas de riesgo entre adolescentes, principalmente varones.

El inicio sexual y la frecuencia de relaciones sexuales se presentan en riesgo debido al bajo conocimiento y desaprobación por parte de los adultos. A esto hay que añadir una serie de prácticas de riesgo asociadas, algunas culturalmente aceptadas.

En comparación con las investigaciones revisadas existe una similitud ya los pobladores de Condorcanqui, tienen un comportamiento sexual que va de inadecuado a riesgo ya que inician precozmente sus relaciones coitales, conocen a sus parejas en la calle o fiesta, usan métodos anticonceptivos con altas tasas de falla para proteger el embarazo, a veces usan preservativos para protegerse del VIH / SIDA, son más activos sexuales, hacen sus relaciones coitales entre el primer y quinto día de haber conocido a su pareja, tienen hasta mas de tres (3) parejas sexuales, entre otros.

En función a la relación entre las ITS y el comportamiento sexual, se observa que del 100% casos de Chancro Blando el 60% se infecto por un comportamiento sexual inadecuado y el 40% por un comportamiento sexual de riesgo. Así mismo del 100% casos de gonorrea el 80% se infecto por un comportamiento sexual inadecuado y el 20% por un comportamiento sexual de riesgo. El 100% de pobladores que se infecto por granuloma inguinal fue debido a un comportamiento sexual inadecuado. Del 100% de pobladores con vaginitis el 66.7% se infecto por un comportamiento sexual inadecuado y el 33.3% por un comportamiento sexual de riesgo. El 100% de pobladores que se infecto por linfogranuloma venereo fue debido a un comportamiento

sexual inadecuado. De la misma forma del 100% casos de sífilis el 71.5% se infectó por un comportamiento sexual inadecuado y el 28.5% por un comportamiento sexual de riesgo. Del 100% de pobladores con herpes genital el 66.7% se infectó por un comportamiento sexual inadecuado y el 33.3% por un comportamiento sexual de riesgo. El 100% de pobladores que se infectó por condiloma acuminado fue debido a un comportamiento sexual inadecuado. Del 100% de pobladores con hepatitis B el 66.7% se infectó por un comportamiento sexual inadecuado y el 33.3% por un comportamiento sexual de riesgo. El 100% de pobladores que se infectó por hepatitis C fue debido a un comportamiento sexual inadecuado. De la misma forma Del 100% de pobladores con HIV/SIDA el 92.3% se infectó por un comportamiento sexual inadecuado y el 33.3% por un comportamiento sexual de riesgo. Y Del 100% de casos de tricomoniasis el 71.4% se infectó por un comportamiento sexual inadecuado, el 19.1% por un comportamiento sexual de riesgo y el 9.5% por una conducta sexual adecuada. Mientras que del 100% de casos de candidiasis genital el 78.6% se infectaron por un comportamiento sexual inadecuado, el 11.9% por una conducta de riesgo y solo el 9.5% por un comportamiento sexual adecuado.

Los resultados indican que existe una relación estadísticamente significativa entre la prevalencia de las ITS y el comportamiento sexual de los pobladores de Condorcanqui, por el valor del ji cuadrado cuyo valor fue $X^2 = 17.864$; $Gl = 26$; $p = 0.038 < 0.05$.

Así mismo del 100% de casos de VIH/SIDA el 61.5% que se contagió por vía sexual fue debido a un comportamiento sexual inadecuada y el 7.7% por un comportamiento sexual de riesgo. Así mismo el 23.1% que se contagiaron por vía sanguínea y el 7.7% contagiados de madre a hijo también fue por un comportamiento sexual inadecuado.

Los resultados indican que existe una relación estadísticamente significativa entre la prevalencia de VIH / SIDA y el comportamiento sexual de los pobladores de Condorcanqui, gracias al valor del Ji cuadrado $X^2 = 14.79$; $Gl = 2$; $p = 0.029 < 0.05$.

Prácticas de riesgo. Diversos estudios señalan que el inicio sexual, la tenencia de relaciones sexuales sin protección y el tener un alto número de parejas sexuales, entre otros comportamientos sexuales de riesgo, ocurren más comúnmente en conexión a otras prácticas de riesgo, como el consumo de cigarrillos, drogas y alcohol, tenencia de armas y ejercicio de violencia. En un estudio, el 70% de los adolescentes señaló que de no haber consumido alcohol y/o drogas no habría sostenido algún tipo de práctica sexual.

XI. Conclusiones

1. La prevalencia de ITS de los pobladores de Condorcanqui – Amazonas durante los meses Abril – Junio fue de 56.3%.
2. La prevalencia de ITS de los pobladores de Condorcanqui – Amazonas durante los meses Abril – Junio tuvo relación significativamente estadística con la conducta sexual.
3. Del 100% de casos de VIH/SIDA el 61.5% que se contagió por vía sexual fue debido a un comportamiento sexual inadecuada y el 7.7% por un comportamiento sexual de riesgo. Asi mismo el 23.1% que se contagiaron por vía sanguínea y el 7.7% contagiados de madre a hijo también fue por un comportamiento sexual inadecuado.
4. Existe una relación estadísticamente significativa entre la prevalencia de las ITS y el comportamiento sexual de los pobladores de Condorcanqui, por $X^2 = 17.864$; $Gl = 26$; $p = 0.038 < 0.05$.
5. Los resultados indican que existe una relación estadísticamente significativa entre la prevalencia de VIH / SIDA y el comportamiento sexual de los pobladores de Condorcanqui, gracias a $X^2 = 14.79$; $Gl = 2$; $p = 0.029 < 0.05$.

XII. Recomendaciones

1. A la Dirección Regional de Salud de Amazonas, debe fortalecer el programa de Salud sexual y reproductiva, así como también planificación familiar y velar por los derechos del adolescente y de la población vulnerable .
2. A los padres de familia de los adolescentes, mantener una comunicación asertiva entre padre e hijo, y que los visiten constantemente para fortalecer su calidad de vida, y que les inculquen responsabilidad en todo sentido.
3. A los pobladores de Condorcanqui, que tomen conciencia, de sus diferentes actos, que no lleven una vida de libertinaje, y si quieren sentirse libres primero deben cultivar y practicar los valores, que aprenden día a día, piensen antes de actuar, valórense a sí mismos. A las mujeres, que cuiden su organismo ya que prácticas no deseadas pueden con el tiempo llevarle a contraer ITS, VIH / SIDA y luego la muerte y que si se quieren a sí mismas que se hagan respetar en todo momento.
4. A los docentes y estudiantes de nuestra Universidad, incentivar a los estudiantes a realizar investigaciones similares, ya estos pueden ayudar a sensibilizar y crear diferentes estrategias, para prevenir los altos índices de infecciones por transmisión sexual.

XIII. Referencia Bibliográfica

- 1.- Ministerio de Salud.: “Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú – 2013”. Lima 2013. Pp. 172.
- 2.- ONUSIDA.: Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación recuperado el 15 de Julio del 2010.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/OMS_HTM_TUB_2004.339_spa.pdf
Informe del VIH/SIDA 2015
- 3.- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD.: “Sexualidad del Adolescente”. OPS, 2013.
- 4.- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.: Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipos de atenciones primarias y comunitarias en Latinoamérica y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2014.
- 5.- SIDA: Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral”.2da edición, Eudema. Madrid. España, 2013.
- 6.- MINSA. (2013). Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú, pg. 146. Recuperado el 14 julio del 2016 de <http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/2740.pdf>.
- 7.- GALBAN E.: *Prevalencia y frecuencias relativas de las ITS en la ciudad de Manaus, Brasil 2005*. Cuba. Rev. Univ. Brasil 2008.
- 8.- GRUNSEIT, T. “Efectos de la educación sexual sobre el comportamiento sexual de los jóvenes”. Tesis (Obstetricia) Ecuador 2013.
- 9.- RAGÚZ, M. “Estado del arte sobre comportamiento sexual adolescente” Refiere que la escolaridad, en interacción con el género, influencia el inicio sexual. Tesis (Licenciatura de Enfermería) Universidad de Santiago. Chile 2015
- 10.- CÁCERES, D. Parejas sexuales y turismo sexual. En un estudio con jóvenes “bricheros”, luego de una amplia exploración de prácticas, conocimientos y actitudes. 2012.

- 11.- CANALES Y y FRANK M.: "Actitud del Personal de Salud Profesional asistencial hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA del Hospital II – 2, Tarapoto Tesis Universidad Nacional de Tarapoto 2009.
- 12.- ALTUNA H.: Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación. Tesis para optar el título de Licenciada en Ciencias y Artes de la comunicación. Universidad Pontificia Católica del Perú, Lima- Perú, 2011.
- 13.- LLANOS.: Manual de la epidemiología moderna. 2da Edic. Edit. Llanos american life. Mac. Graf. Gill. Estado de Guadalajara. México. 2014
- 14.- HUAMAN A.: Prevalencia de ITS en relación con el Grado de instrucción de los padres. Lima: Tesis Médico Cirujano . Universidad San Martín de Porras . Lima. 2011.
- 15.- APS.: Atención Primaria de Salud, su articulación con el médico de la familia. Cubana estomatológica, I (34), 28-39. 2011
- 16.- CELSAM. "La Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia: Un Derecho a Conquistar". 3ª Edición. Edit. Celsam. Mexico. 2013
- 17.- GOUGUET P L.: Comportamiento Sexual Humano.: Definición de Sexo y Sexualidad". Edit. Oriente. Santiago de Cuba, 2008.
- 18.- JOSEPHS M.: "Guía Práctica del Sida: Clínica, diagnóstico y tratamiento". 1ra edición, Ediciones Científicas y Técnicas. Barcelona. España, 2014.
- 19.- ADVINCULA G.: Conocimientos y actitudes sobre el VIH/SIDA en profesionales de la salud en el Hospital Sanidad Policía Nacional, 2014 – Lima.
20. MARTIN, A.: Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. Revista Cubana de Salud Pública. 29(2), 183-187. 2003.
21. LEÓN, R. & COSSIO, A. Actitudes y comportamientos sexuales en un grupo de estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Revista de Neuro-Psiquiatría, 56(1), 33-44. 2013.
22. LIGUORI, A.. "Riesgo de contagio de SIDA entre las relaciones homosexuales de la construcción en México." En: <http://www.paho.org/uru/index.php?option=comcontent&view=article&id=862>: 2014.

23. LOZANO, L. Prevalencia de ITS en relación con el Grado de instrucción de los padres. Lima: Tesis Bachiller. Universidad San Martín de Porras . Lima. 2011.
24. MALDONADO, D. Psicología Social del paciente con VIH/SIDA. Recuperado el 15 de julio de 2016. de <http://daliacubas.blogspot.pe/2012/09/actitudes-y-mas.html>. 2012.
25. MAYER, L. "Habilidades y competencias emocionales sobre las ITS/SIDA". Edit. Interamericana. España..Madrid. 2006. Pg. 223.
26. RAGÚZ, M. Riesgo sexual y reproductivo en adolescentes desde una perspectiva de género. En C. F. Cáceres (Ed.). Nuevos retos: Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú (pp. 63-93). Lima. 2009.
27. RODRIGUEZ, L. Atencion primaria de Salud, su articulacion con el medico de la familia. Cubana estomatologica, I 2011. (34), 28-39.
28. ROMERO, L. Estudio de conocimientos y comportamientos sexuales de riesgo relacionados con VIH/SIDA en universitarios. Ponencia en el flor Class Cusco, Perú.2012.
29. SÁNCHEZ, T. Actitud del personal de salud frente a los casos de VIH/SIDA. Recuperado el 30 de Setiembre de 2016 de <http://www.actitudes.accionrazonada.mediciones actitudinales/portada/Especiales/2016/vih/matcom/.pdf>. 2009.
30. SOTO, L. Manual del usuario del equipo multidisciplinario que brinda TARGA. 2008. Lima: Instituto de medicina tropical "Alexander Von Humboldt" – Universidad Peruana Cayetano Heredia.2009.
31. SUPO, J. Metodología de la Investigación científica. 5ta. Edic. Edit. Universitaria. Arequipa. Perú. 2015. p. 104.

XIV. Anexos



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PROTOCOLO DE INVESTIGACION



“PREVALENCIA DE LAS ITS Y VIH/SIDA RELACIONADO A LA CONDUCTA SEXUAL DE LOS POBLADORES DE CONDORCANQUI, AMAZONAS, ABRL - JUNIO 2017”

N° de Historia Clínica

I. DATOS GENERALES:

- **Edad:** 15 - 19 años () 20 – 29 a () 30 – 49 a () 50 – 59 a ()
- **Sexo:** Masculino () Femenino ()
- **Raza:** Negra () Blanca () Mestizo () Otro ()
- **Religión:** Católico () Evangélico () Ateo () Otro ()
- **Procedencia:**

II. DATOS ESPECÍFICOS SOBRE ITS-VIH/SIDA:

Contagio del VIH/SIDA fue por vía:

- a) Vía sexual () b) Vía sanguínea () c) Madre a hijo ()

Casos de ITS

- Chancro blando () Gonorrea () Granuloma inguinal ()
- Linfogranuloma venéreo () Sífilis () Herpes genital, proctitis ()
- Condiloma Acuminado () Molusco contagioso () Hepatitis B -C ()
- Gardnerella vaginalis () Tricomoniasis () Candidiasis genital ()
- Clamidiasis () Otros () (especifique)

III. DATOS ESPECÍFICOS: CONDUCTA SEXUAL

A) Atracción y búsqueda de pareja:

1. A los cuantos años inició sus relaciones coitales?

< 13 – 14 años () 15 – 16 años () 17 – 18 años () 19 años () No inicio ()

2. Donde conoció a su pareja?

Universidad () Iglesia () Calle () Fiesta () En casa ()

Vecindad () Otro ()

3. Cómo conoció a su pareja, o quien se la presentó?

Amigo () Vecino/a () Familia de ella () Familiar () Nadie ()

4. Cuanto tiempo pasó antes de iniciar la relación coital, ¿desde el momento que conoció a su pareja?

1 día o menos () 2 días hasta una semana () 2 – 3 semanas ()

1 mes () 2 – 5 meses () 6 – 12 meses () 1 + años ()

5. Qué edad tiene o tenía su pareja al iniciar su relación coital?

< 13 – 14 años () 15 – 16 años () 17 – 18 años () 19 años () 20 + años ()

6. Al iniciar su relación coital, ¿su pareja era?

Amigo/a () Enamorado () Pariente ()

Agarre () Prostituta () Otro/a ()

B) Fantasías y deseos sexuales:

Nº	ITEMS	SI	NO
	B) Fantasías y deseos sexuales:		
07	Ha tenido fantasías y deseos sexuales como: (juegos sexuales, imaginación de coitos, etc?.		
08	Sus fantasías y deseos sexuales terminaron con eyaculación, orgasmo?		
09	Se sintió cómodo con sus fantasías sexuales?		
	C) Caricias		

10	Ha tenido intercambio de caricias en forma común, y ha sentido placer sin recurrir al coito?		
11	Cuando besa a su pareja, siente una gran capacidad de excitación sexual.		
12	Acaricia a su pareja alrededor del cuello, pensando que es una de las zonas más erógenas del cuerpo humano?		
13	Hace caricias a su pareja, extendiéndose por todo el cuerpo?		
14	Al masturbarse alcanza sensaciones de placer e incluso el orgasmo?		
15	Ha sentido sensaciones de placer e incluso el orgasmo, al realizar tocamientos suaves de los genitales de su pareja?		
	D) Acto sexual y coito:		
16	Ha tenido prácticas heterosexuales (con pareja de distinto sexo)?		
17	Ha tenido prácticas Homosexuales (con parejas del mismo sexo)?		
18	Ha tenido prácticas sexuales entre tres personas del mismo o distinto sexo? (trio)		
19	Ha tenido prácticas sexuales con intercambio de parejas?		
20	Ha tenido alguna práctica sexual con algún animal?		
21	Ha tenido prácticas sexuales en grupo (orgía)?		
22	Ha tenido prácticas sexuales sin coito?		
	E) Comportamiento sexual:		
23	Sus relaciones coitales lo realiza en estado de efectos del alcohol, droga, etc?		
24	Desde que inició sus relaciones coitales, ¿ha sido sexualmente activo con varias parejas?		

E) Comportamiento sexual: PROTEGIDO () – NO PROTEGIDO ()

25. El tipo de protección que utilizó en su primera relación coital fue:

Pastilla () condón masculino () condón femenino ()

Coitus Interruptus () No sabe/No recuerda ()

26. El tipo de protección que utilizó en su última relación coital fue:

Pastilla () condón masculino () condón femenino () Coitus Interruptus ()

Inyecciones () Píldora del día siguiente () No sabe/No recuerda ()

27. Cuáles fueron las razones para protegerse durante sus relaciones coitales?

Evitar embarazo() Evitar ITS/SIDA ()

Evitar ambos () La pareja quería ()

28. Cuáles fueron las razones de no protegerse durante sus relaciones coitales?

Relación sexual inesperado () No se satisface usando protección ()

Método no disponible () La pareja no quería ()

Método es caro () Se le olvido ()

No necesitaba porque pareja es limpia () No usa regularmente ()

29. Desde que se inició sexualmente (coito), ¿cuántas parejas tuvo o tiene?

Uno () Dos () Tres () Cuatro a más ()

30. ¿Cómo es su frecuencia de coitos (Relaciones sexuales)?

1 - 2 veces x semana () 3 – 7 x semana () 8 + veces x semana ()

ANEXO - 05

MATRIZ DE RESPUESTAS DE LOS PROFESIONALES CONSULTADOS SOBRE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN (JUICIO DE EXPERTOS)

ITEM	EXPERTOS*					TOTAL
	1	2	3	4	5	
01	1	1	1	1	1	5
02	1	1	1	1	1	5
03	1	1	1	1	1	5
04	1	1	1	1	1	5
05	1	1	1	0	1	4
06	1	1	1	1	1	5
07	1	1	1	1	1	5
08	1	1	1	1	1	5
09	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5

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

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR ≤α	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%		
1	5	100	0	0	0.03125	*
2	5	100	0	0	0.03125	*
3	5	100	0	0	0.03125	*
4	5	100	0	0	0.03125	*
5	4	80	1	20	0.15625	---
6	5	100	0	0	0.03125	*
7	5	100	0	0	0.03125	*
8	5	100	0	0	0.03125	*
9	5	100	0	0	0.03125	*
10	5	100	0	0	0.03125	*
TOTAL	49	98	1	2	4.5297	

Fuente: Apreciación de los expertos

* : Significativa ($P < 0.05$)

** : Altamente significativa ($P < 0.01$)

Por lo tanto en el resultado se indica que el instrumento es adecuado para su aplicación (4.5297)

ANEXO - 06

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

ALFA DE CRONBACH:

Estadísticos de confiabilidad:

Alfa de Crombach	N° de elementos
0.46	36

El valor de la confiabilidad del instrumento es **(0.46)**.

Este valor es considerado como una moderada confiabilidad, siendo el instrumento apto para su aplicación.