



UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÈMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO Y SU ASOCIACIÓN A LOS
EMBARAZOS NO DESEADOS EN PACIENTES QUE ACUDEN A
CONSULTORIOS DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DE PISCO 2015”**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR: STEPHANY PIERINA PALACIOS PALACIOS

ICA – PERU

2016

DEDICADO A:

Mis padres por su paciencia, apoyo y guía
en mis estudios.

AGRADECIMIENTO

A la universidad Particular Alas Peruanas, por haberme brindado la posibilidad de formarme profesionalmente

A los docentes de esta digna universidad por haber volcado en mí todos sus conocimientos y lograr ser una Obstetriz competente en el área del binomio madre-niño.

A mi asesor por haberme guiado en la culminación de este trabajo de investigación.

	Pág
CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN	8

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	11
1.2. Delimitación de la Investigación.....	12
1.3. Formulación del Problema.....	13
1.3.1. Problema Principal.....	13
1.3.2. Problemas Secundarios.....	13
1.4. Objetivos	
1.4.1. Objetivo General.....	13
1.4.2. Objetivos Específicos.....	13
1.5. Justificación e Importancia de la Investigación.....	14

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	16
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	16
2.1.2 Antecedentes locales.....	20
2.2. Bases Teóricas.....	21
2.2.1 Sexualidad.....	21
2.2.2 Conductas sexuales de riesgo para embarazo.....	26
2.2.3 Embarazo no deseado.....	36
2.2.4 Infecciones de transmisión sexual.....	37
1) Prevención de ITS.....	39
2) Diagnostico de ITS.....	39
2.2.5 Aborto.....	41

A) Tipos de aborto.....	42
1) Aborto espontaneo.....	42
2) Aborto inducido	44
3) Aborto legal	44
4) Aborto ilegal	44
2.3. Definición de términos Básicos.....	44

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis de la Investigación.....	48
3.2. Variables.....	48
3.2.1. Operacionalización de las variables.....	49

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño de la Investigación.....	51
4.1.1. Tipo de Investigación.....	51
4.1.2. Nivel de Investigación.....	51
4.1.3. Método.....	51
4.2. Población y Muestra de la Investigación	
4.2.1. Población.....	51
4.2.2. Muestra.....	51
4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	
4.3.1. Técnicas.....	52
4.3.2. Instrumentos.....	52
4.3.3. Técnica de análisis de datos.....	52

CAPITULO V

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. RESULTADOS.....	54
5.2. DISCUSIÓN.....	60

5.3.	CONCLUSIONES.....	63
5.4.	RECOMENDACIONES.....	64
	FUENTES DE INFORMACIÓN.....	65
	ANEXOS.....	68
	- Matriz de Consistencia.....	69
	- Modelo de Encuesta ó Entrevista.....	70

RESUMEN

En la provincia de Pisco existe un alto porcentaje de mujeres en edad fértil que están en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados por realizar prácticas sexuales de riesgo que favorecen la ocurrencia de los mismos; y es en ellas donde se puede influir para disminuir los embarazos no deseados.

La finalidad del presente trabajo es determinar la relación entre las prácticas sexuales de riesgo y su asociación en embarazo no deseado en las mujeres atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2015.

El método utilizado fue el observacional, prospectiva, transversal, analítica en 272 mujeres que presentaron embarazo a quienes se les aplicó un cuestionario a fin de determinar las condiciones de riesgo en que presentaron sus embarazos.

Se determinó que el inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso del preservativo, las relaciones en estado etílico, la promiscuidad y la alta frecuencia de las relaciones sexuales, se asocia significativamente a embarazos no deseados.

Con lo antes mencionado se recomienda el incremento de los profesionales competentes de la salud en las diferentes entidades públicas y privadas a fin de orientar sobre salud sexual y reproductiva.

PALABRAS CLAVES: PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO, EMBARAZO NO DESEADO

ABSTRACT

In the province of Pisco there is a high percentage of women of childbearing age who are at risk of contracting sexually transmitted diseases and unwanted sex play risk that favor the occurrence of such pregnancies; and it is in them where you can influence to reduce unwanted pregnancies.

The purpose of this study was to determine the relationship between unwanted in women treated at the San Juan de Dios Hospital in Pisco 2015 unsafe sex and pregnancy.

The method used was observational, prospective, transversal, analytic in 272 women who had pregnancy who were applied a questionnaire to determine the risk conditions in which they presented their pregnancies.

It was determined that early initiation of intercourse, no condom use, relationships inebriated, promiscuity and high frequency of sex, is significantly associated with unwanted pregnancies. With the above increase of competent health professionals in the various public and private entities to provide guidance on sexual and reproductive health it is recommended.

KEYWORDS: SEXUAL PRACTICES RISK UNWANTED PREGNANCY

INTRODUCCIÓN

Al hablar de conducta sexual, definida ésta como el conjunto de actitudes tendentes a estimular el erotismo personal y de la pareja, debe distinguirse de la conducta sexual de riesgo. Así, se considera la conducta sexual de riesgo para embarazo como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar o generar una situación de embarazo no deseado, según esta definición podemos establecer como prácticas sexuales de riesgo para embarazo el coito vaginal, la promiscuidad y el consumo de drogas (incluida alcohol) dado de forma concomitante a estas prácticas. Esta situación los vuelve vulnerables al momento de ejercer su sexualidad, exponiéndolos a contraer una Infección de Transmisión Sexual incluido el VIH/SIDA o de tener un embarazo no planificado, hechos que en forma individual limitarán el desarrollo personal y social de los nuevos padres, que expondrán a las gestantes al riesgo de morir si decidieran someterse a un aborto, y en consecuencia elevarán las cifras de morbimortalidad materna e infantil de nuestro país; y que al Estado Peruano le ocasionará un costo económico toda vez que es un gasto que se encuentra cubierto a través del Seguro Integral de Salud para los casos de pobreza y pobreza extrema, que es donde la prevalencia de estos casos es mayor, convirtiéndose así este tema en un problema de Salud Pública.

La educación sexual debe promover actitudes positivas hacia una sexualidad responsable que conduzcan a una relación plena, además de contribuir a adoptar una postura activa a la hora de prevenir riesgos y dotarse de recursos, por parte de las personas que se inician en la experiencia sexual. En el ámbito escolar es donde se da la clave para una intervención educativa y formadora, promoviendo en los diferentes niveles una educación que integre al mismo tiempo el significado de las relaciones afectivo-sexuales y el de la corresponsabilidad de la pareja en el tema, además de ayudar a superar el desconocimiento del cuerpo, la insatisfacción con la propia imagen y mejorar el conocimiento sobre la correcta utilización de los métodos anticonceptivos.

Con esta investigación pretendemos conocer cuáles y en qué medida se presenta las prácticas de riesgo, y con toda esta información nos permitirá

saber hasta dónde se ha avanzado, si los recursos utilizados hasta ahora han sido o no los adecuados, y si han dado o no resultados; información que reflejará un aspecto muy importante de nuestra futura población adulta. También podremos saber si, lo hasta ahora actuado, en nuestro país, nos permitirá alcanzar o aproximarnos a los objetivos trazados a nivel nacional e internacional.

Para ello se diseñó un estudio que tiene por objeto determinar la frecuencia con que se producen las conductas sexuales de riesgo y su relación con los embarazos no deseados para una vez identificados estas conductas, poder influir en ellas, y así elevar la calidad de vida en las mujeres de nuestra población; así mismo el presente estudio consta de V capítulos, en los cuales se describe detalladamente.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO

DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

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

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES Continua 2011, en el Perú, el 12,5% de adolescentes mujeres de 15 a 19 años ya son madres (9,9%) o están gestando por primera vez (2,6%); el 85,9% de las adolescentes mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas usa un método anticonceptivo moderno y el 8% de las adolescentes mujeres no conoce forma alguna de evitar la infección por el VIH/SIDA.

En nuestra sociedad, como en muchas otras, las mujeres en edad fértil constituyen un grupo de la población con escasa accesibilidad y uso restringido de los servicios de planificación familiar debido a tabúes sociales, a barreras económicas o geográficas, a la escasa confidencialidad de los servicios, al desconocimiento de la existencia de estos programas o de los métodos anticonceptivos o lugares donde obtenerlos; de esta forma la posibilidad de obtener información adecuada a través del medio indicado es baja, dejando a las mujeres expuesto a tomar conductas de riesgo y sufrir las consecuencias que de ella se derivan que van desde un embarazo no planificado hasta una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, limitando las oportunidades de desarrollo educativo, social y laboral durante toda su vida.

El inicio precoz de las relaciones sexuales parece estar relacionado directamente con un mayor número de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. De hecho, en países como el Reino Unido, la mitad de los embarazos en las mujeres ocurren los 6 primeros meses tras el inicio de las relaciones sexuales. La causa que subyace es que las primeras relaciones sexuales se llevan a cabo sin protección.

Algunos autores han establecido como variables predictoras para no usar el preservativo las falsas creencias sobre la sensibilidad en las relaciones, la falta de conocimientos por la juventud, el haber tenido pocas relaciones y éstas no haber sido planificadas, y/o el tener una pareja estable y sentirse menos vulnerable.

Dado que la conducta sexual no parece fácil de cambiar al asentar sus raíces en los estilos de vida y la identidad personal, deberemos tratar de instaurar estilos de vida saludables en el ámbito de la sexualidad, antes de que los patrones de conducta sexual se hayan establecido, dentro del paradigma biopsicosocial de salud (Juárez, 2011). Para ello deberemos conocer los comportamientos sexuales de los jóvenes e identificar aquellas variables con las que explicar la conducta sexual de estos, variables que permitan optimizar los recursos preventivos encaminados a instaurar conductas que no impliquen riesgo para la salud de los sujetos.

La ciudad de Pisco alberga una gran cantidad de mujeres en edad fértil que están en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados por tener prácticas de riesgo que favorecen la ocurrencia de los mismos, y es en ellas donde se puede influir para disminuir los embarazos no deseados.

1.2. Delimitación de la Investigación

Delimitación espacial.-La investigación se realizó en los consultorios de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Delimitación temporal.-La investigación se realizó en el mes de junio del 2015

Delimitación social.-El estudio comprendió a mujeres que acuden a consultorios de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco y que tienen un embarazo no deseado.

Delimitación conceptual.- El estudio pretende conocer las prácticas sexuales de riesgo que tienen las mujeres para presentar un embarazo.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema Principal

¿Existe relación entre las prácticas sexuales de riesgo y el embarazo no deseado en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco 2015?

1.3.2. Problemas Secundarios

- ¿Cuáles son las prácticas sexuales de riesgo más comunes en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del hospital San Juan de Dios de Pisco 2015?
- ¿Cuál es la frecuencia de los embarazos no deseados en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco 2015?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre las prácticas sexuales de riesgo y el embarazo no deseado en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco 2015

1.4.2. Objetivos Específicos

- Conocer cuáles son las prácticas sexuales de riesgo más comunes en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del hospital San Juan de Dios de Pisco 2015
- Determinar la frecuencia de los embarazos no deseados en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco 2015

1.5. Justificación e Importancia de la Investigación

Este estudio encuentra su fundamento en la necesidad de saber cómo se encuentran las prácticas en relación a la sexualidad que tienen las mujeres en edad fértil.

Existen diferencias sutiles en cuanto al sexo, para la realización de conductas de riesgo. Parece ser que los jóvenes cometen más conductas de riesgo en su afán de buscar sensaciones sexuales, y por

presión de los iguales, lo que puede hacer necesario el incluir en los programas de prevención estrategias para que las mujeres aprendan a satisfacer sus preferencias por la búsqueda de sensaciones sexuales, a través de comportamientos sexuales novedosos y estimulantes que impliquen un riesgo mínimo (Gutierrez-Martínez, Bermúdez, Teva y Buela-Casal, 2007). De otra parte, si bien es posible que sean ellos quienes realicen un mayor número de conductas de riesgo, las consecuencias de estas parecen sufrirlas más las mujeres.

Se considera la necesidad de determinar la situación actual de las prácticas en relación a la sexualidad que tiene la mujer en edad fértil, para saber qué aspectos de los temas relacionados a la sexualidad necesitan ser atendidos y reforzados; y así lograr que la información brindada a las mujeres que les permita el ejercicio de una sexualidad sana y segura, disminuyendo los riesgos que una actividad sexual llevada en condiciones de riesgo les pueda ocasionar en el futuro.

CAPITULO II

MARCO

TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Estudios internacionales

García Vega E. 2012. “Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en mujeres en edad fértil de España”. En los últimos años se ha observado una mayor liberalización de los comportamientos sexuales en el mundo occidental, esta tendencia se manifiesta de forma especial en los adolescentes. El objetivo del presente estudio es realizar una aproximación a las variables que pueden estar influyendo en el comportamiento sexual de riesgo en mujeres en edad fértil y a la posible diferencia de sexos. Participaron 815 estudiantes españoles (54,6% mujeres y 45,4% hombres), mediante la aplicación de un auto-informe. Se observaron pocas diferencias entre las prácticas sexuales y la edad de inicio entre hombres y mujeres. El preservativo fue el método de elección en la primera relación sexual coital. El consumo de alcohol y la cantidad de parejas sexuales fueron las conductas de riesgo más asociadas con los hombres. Por otra parte, las mujeres se protegen de enfermedades de transmisión sexual, pero hay incremento de abortos, por lo que sería necesario incidir en una mejor protección. ⁽⁹⁾

Gómez Marín A. “Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en alumnos del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF”, "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo, 2011. Casi todos los alumnos, el 99.10%, ha recibido algún tipo de información con respecto a sexualidad siendo la fuente más mencionada los profesores 81.86%; las clases en el colegio 65,04% y los padres 45.58%. El 99.6% de los alumnos conoce de la existencia de los métodos anticonceptivos siendo los más conocidos la Píldora 93.81%, la T de Cobre 89.38% y el Preservativo 87.61%. Sin embargo solo el 24.78% sabe que sirven para evitar un embarazo. El 31% de los alumnos ya han tenido actividad sexual. El 56.9% usó algún método anticonceptivo siendo el preservativo 80,5% el más usado. Entre

las razones para el no uso de un método anticonceptivo en la primera relación sexual se encontró a “No desear usarlo” en 38,71% casos. Entre los alumnos que ya han tenido actividad sexual y su opinión con respecto a las relaciones sexuales antes del matrimonio el 58.33% está de acuerdo; y el 41.67% no está de acuerdo y/o no sabe y/o no opina.⁽¹⁰⁾

Bahamonde Melendez, S. “Relación entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en los alumnos con vida sexual activa” 2014 Lima-Perú, encontraron que tener conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos no es un factor que asegure su uso correcto. ⁽²⁾

Mamani Tagle A. “Consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Nacional N°72 “San Martín de Porres” UGEL N°03” Magdalena del Mar-Perú. Marzo-diciembre del 2012. Objetivo: Determinar la asociación del consumo de alcohol y las prácticas de conductas sexuales de riesgo en alumnos del nivel secundario de la I.E.N. “San Martín de Porres” N° 72-UGEL N° 03 Magdalena del Mar Lima-Perú. Marzo-diciembre del 2012. Material y métodos: investigación cuantitativa, transversal y analítica. Para la recolección de datos se trabajó con toda la población presente al momento de la encuesta. Se usó como técnica el cuestionario con un formulario para medir las conductas sexuales de riesgo y otro para el consumo de alcohol. Resultados: En los estudiantes que reportaron relaciones coitales se encontró que el consumo de bebidas alcohólicas se asoció significativamente con las relaciones coitales ($X^2 = 24.336$, $p=0.000005$) y la edad de inicio de las relaciones coitales ($X^2 = 12.875$, $p=0.002$). Se encontró asociación significativa entre el consumo de alcohol con las relaciones coitales en varones ($X^2 = 23.936$, $p=0.000006$) y mujeres ($X^2 = 7.287$, $p=0.026$); y según año de estudio en 3° año ($X^2 = 5,560$, $p=0.018$) y 5° año ($X^2 = 5,572$, $p=0.018$). A su vez se encontró asociación significativa entre el consumo de alcohol con la edad de inicio de la relaciones coitales en los varones ($X^2 = 11.83$, $p=0.003$). Conclusiones: Se encontró asociación significativa entre el consumo de

alcohol con las relaciones coitales y la edad de inicio de las relaciones coitales. ⁽¹⁷⁾

Navarro Álvarez M. “Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en mujeres en edad fértil de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales”. Periodo Junio – Setiembre 2012. El presente estudio tuvo como objetivo Determinar el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en mujeres en edad fértil de la Urbanización “Las Palmeras” del distrito de Morales. Periodo Junio-Setiembre 2012. Se realizó el estudio descriptivo, simple de cohorte transversal. La muestra estuvo constituida por 79 mujeres de 14 a 19 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para medir el nivel de conocimientos se aplicó una encuesta con respuestas mutuamente excluyentes dividida en 5 secciones de 9 ítems; y para medir las actitudes se aplicó un test tipo Likert modificado. Los resultados abordados fueron los siguientes: Tienen un buen nivel de conocimiento sobre sexualidad, tal como se encontró en el presente estudio que el 70.9% con un nivel de conocimiento alto y 22.8% con nivel de conocimiento medio. Se acepta la hipótesis por existir un nivel de conocimiento alto y las actitudes sexuales favorables en los adolescentes de la Urbanización las Palmeras del distrito de Morales. ⁽¹⁸⁾

Flores Tejada, Mariel Edith. 2012. “Conocimientos, prácticas sexuales y actitud de los alumnos hacia la sexualidad responsable y embarazo precoz”. El estudio, es de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal, de nivel aplicativo, a la vez, No probabilística de tipo intencional, escogiendo de esa manera a los participantes correspondientes de la muestra, siendo 180 alumnos y el instrumento que se utilizó fue a través de un cuestionario con 10 preguntas para el nivel de conocimientos, 3 preguntas sobre prácticas sexuales, la escala de Likert para medir las Actitudes. Resultados: El nivel de Conocimientos es de nivel regular. Las actitudes en mayor porcentaje son indecisas, con Pensamientos Favorables hacia su sexualidad y el menor porcentaje de alumnos Conductas Indecisas 38.9%. Los que

tienen un nivel de Conocimiento de medio a bajo, tienen mayores prácticas sexuales. El sexo femenino en mayor porcentaje no se protege. El mayor porcentaje de Alumnos, refirieron que tener un hijo a temprana edad en primer lugar significa tener más responsabilidad y madurez en esa nueva etapa de su vida. ⁽⁵⁾

Arillo Santillan G. “El inicio de vida sexual en mujeres fértiles mexicanas”: Una aproximación teórica y un análisis de datos de la ENSAR, 2013. Llegó a las siguientes conclusiones: Las prácticas sexuales son el resultado de la interacción de diversos factores entre los que se encuentran los biológicos, sociales, institucionales, familiares, culturales, éticos, psicológicos, etc, imbuidos de determinismos de género en una sociedad patriarcal que se requiere conocer para superar las inequidades de género y de las desigualdades en la distribución de poder asociadas a ellas y que no son ajenas a la vida sexual y reproductiva de las y los adolescentes en nuestro país. la práctica de una sexualidad protegida y el uso de condón presentan una relación positiva directa con el estrato socioeconómico y la escolaridad. Sin embargo en los modelos de regresión logística tanto el nivel de escolaridad de las jóvenes como el estrato socioeconómico al que pertenecen no mostraron una relación significativa con el inicio sexual, pero si con el uso del preservativo. ⁽¹⁾

Thomas Gavelan E. “Opción anticonceptiva y sexualidad en estudiantes del 3ro al 5to año de secundaria del colegio nacional Clorinda Matto de Turner- 2012” Lima – Perú, encontró que la edad promedio al primer coito fue a los 14,92 años; que un tercio de las adolescentes han usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual; que el método anticonceptivo más usado en la primera relación sexual fue el preservativo; que el 84% de las adolescentes conoce de métodos anticonceptivos modernos; el preservativo es el método anticonceptivo moderno más conocido 89.3%; que el 5,5% de las adolescentes eran sexualmente activas al momento de la encuesta; que el 64% de las

adolescentes sexualmente activas usan un método anticonceptivo moderno. ⁽²⁷⁾

Díaz Vega L. “Representaciones sociales y prácticas de la sexualidad de un grupo de jóvenes del cantón de esparza”. Costa Rica 2010. Llegó a la conclusión que considerando que las representaciones sociales constituyen un pensamiento práctico originado a partir de la experiencia de vida de las personas, el contexto y los diferentes agentes de socialización, el análisis de algunos agentes socializadores es importante, pues éstos involucran ideologías, normas y valores; definiendo su trascendencia en el aprendizaje que las persona jóvenes elaboran sobre elementos cognitivos y prácticos de la sexualidad. ⁽⁴⁾

Sonia Casaverde Dammert, “Actividad sexual de los estudiantes de quinto de secundaria de la USE 07 del Cono Norte de Lima 2013” Lima – Perú, encontró que el 33,2% de estudiantes entre 15 y 19 años son sexualmente activos, la mayoría presenta relaciones sexuales sin protección. ⁽³⁾

La Rosa Huertas, L. “La iniciación sexual de los estudiantes de tercero a quinto de secundaria de colegios nacionales del Cono Sur de Lima 2013” Lima – Perú, encontró que el 23% de estudiantes ya se han iniciado sexualmente; que el nivel de conocimientos sobre sexualidad no guarda relación con la iniciación sexual en mujeres, sin embargo en relación a los varones si se encontró una relación de dependencia entre buen nivel de conocimientos e iniciación sexual. ⁽¹⁴⁾

LOCALES

No se encontraron después de una búsqueda por las principales bibliotecas de la región y en la web.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1 LA SEXUALIDAD

Es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo. También, desde el punto de vista histórico cultural, es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociadas a la búsqueda del placer sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo.

La sexualidad no solo compete las partes del cuerpo hombre y mujer también somete a distintos comportamientos no solo los marcados por nuestra sociedad como el decir que el color rosa es para las niñas y el azul para los niños, o que las mujeres tienen el deber de permanecer en el hogar a cumplir con las labores domésticas y que los hombres son los benefactores de lo indispensable; sino que también compete a los cambios psicológicos que distinguen al hombre y a la mujer aunque se puede decir que estos están estrechamente ligados a las diferencias cerebrales que existen ya que "siempre se ha sospechado que los cerebros de las mujeres y los de los hombres, son un poco diferentes. Ahora la ciencia está apoyando un dato del saber popular: un nuevo estudio descubrió que los hombres tienen más sinapsis conectando a las células en una región particular del cerebro". Así nos damos cuenta de que las reacciones entre ambos ante una misma situación son muy distintas, por ejemplo: Mantener relaciones sexuales con distintas personas en un plazo corto.

- Reacción de la mujer: Se siente denigrada y deprimida por sus hechos al pensar lo que dirán de ella.
- Reacción del hombre: Se siente satisfecho por haber logrado el hallazgo en tan poco tiempo.

La sexualidad es un universo complejo que engloba 4 aspectos principales, el biológico, psicológico, social y ético. Todos estos están relacionados entre sí y son inseparables, cada uno de ellos, juega un

papel importante en la forma de cómo percibimos todo lo relacionado a lo sexual.

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se define como: Un aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se viven o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Se propone que la sexualidad es un sistema de la vida humana que se compone de cuatro características, que significan sistemas dentro de un sistema. Estas características interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del conocimiento, en particular en los niveles biológico, psicológico y social.

Las cuatro características son: el erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el sexo genético (genotipo) y físico (fenotipo).

El erotismo es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual, es decir a través del deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo.

La vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas.

La reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye efectivamente los sentimientos de maternidad y paternidad, las actitudes paternas y maternas, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres.

La característica del sexo desarrollado, comprende el grado en que se experimenta la pertenencia a una de las categorías dimórficas (femenino o masculino). Es de suma importancia en la construcción de la identidad, parte de la estructura sexual, basado en el sexo, incluye todas las construcciones mentales y conductuales de

ser hombre o mujer. Hay que tener en cuenta que es muy importante que sepamos cuales son nuestras actitudes más personales e íntimas hacia la sexualidad.

Uno de los productos de la interacción de estos es la orientación sexual. En efecto, cuando interactúan el erotismo (la capacidad de sentir deseo, excitación, orgasmo y placer), la vinculación afectiva (la capacidad de sentir, amar o enamorarse) y el género (lo que nos hace hombres o mujeres, masculinos o femeninos) obtenemos alguna de las orientaciones sexuales a saber: la bisexualidad, la heterosexualidad y la homosexualidad.

La definición de trabajo propuesta por la OMS (2006) orienta también la necesidad de atender y educar la sexualidad humana. Para esto es de suma importancia, reconocer los derechos sexuales (WAS, OPS,2000):

- El derecho a la libertad sexual.
- El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
- El derecho a la privacidad sexual.
- El derecho a la libre asociación sexual.
- El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables y con cuidados.

En la medida que estos Derechos sean reconocidos, ejercidos o respetados, llegarán a existir sociedades más sanas en el sentido sexual.

Es importante notar que la sexualidad se desarrolla y se expresa de diferentes maneras a lo largo de la vida de forma que la sexualidad de un infante no será la misma que la de un adolescente o un adulto. Cada etapa de la vida necesita conocimientos y experiencias específicos para su óptimo desarrollo. En este sentido, para los niños es importante conocer su cuerpo, sus propias sensaciones y aprender a cuidarlo. Un niño o una niña que puede nombrar las partes de su cuerpo (incluyendo el pene, el escroto o la vulva) y que ha aceptado que es parte de él, es más capaz de cuidarlo y defenderlo. También es importante para ellos conocer las diferencias y aprender que tanto los niños como las niñas

son valiosos y pueden realizar actividades similares. En esta etapa aprenden a amar a sus figuras importantes primero (los padres, los hermanos) y a las personas que los rodean, pueden tener sus primeros enamoramientos infantiles (que son diferentes de los enamoramientos de los adolescentes) y también viven las primeras separaciones o pérdidas, aprenden a manejar el dolor ante éstas. En cuanto a la reproductividad, empiezan a aprender a cuidar de los más pequeños (pueden empezar con muñecos o mascotas) y van desarrollando su capacidad reproductiva. También tienen grandes dudas sobre su origen, generalmente las dudas que tienen con respecto a la relación sexual necesitan la aclaración del sentido amoroso y del deseo de tenerlo que tuvieron sus padres. Les resulta interesante el embarazo y el nacimiento en un sentido de conocer su propio origen. Sobre todo será importante indagar la pregunta y responderla al nivel de conocimiento de acuerdo a la edad del menor.

La sexualidad adulta contiene los cuatro elementos en una interacción constante. Por ejemplo, si una mujer se siente satisfecha y orgullosa de ser mujer, es probable que se sienta más libre de sentir placer y de buscarlo ella misma. Esto genera un ambiente de cercanía afectiva y sexual con la pareja y un clima de mayor confianza que a su vez repercute en las actividades personales o familiares que expresan la reproductividad. En realidad podríamos empezar por cualquiera de las características en estas repercusiones positivas o también negativas.

Cada una de las características presentará problemas muy específicos. Así, encontramos en el sexo, los problemas de homofobia, violencia contra la mujer, desigualdad sexual, etcétera. En la vinculación afectiva se encuentran las relaciones de amor/odio, la violencia en la pareja, los celos, el control de la pareja. El erotismo presentará problemas tales como disfunciones sexuales o las infecciones de transmisión sexual. En cuanto a la reproductividad se observan trastornos en la fertilidad o, más tarde, violencia y maltrato infantil, abandono de los hijos, etc.

Al igual que muchos animales, los seres humanos utilizan la excitación sexual con fines reproductivos y para el mantenimiento de vínculos sociales, pero le agregan el goce y el placer propio y el del otro.

El sexo también desarrolla facetas profundas de la afectividad y la conciencia de la personalidad. En relación a esto, muchas culturas dan un sentido religioso o espiritual al acto sexual (Véase Taoísmo, Tantra), así como ven en ello un método para mejorar (o perder) la salud.

La complejidad de los comportamientos sexuales de los humanos es producto de su cultura, su inteligencia y de sus complejas sociedades, y no están gobernados enteramente por los instintos, como ocurre en casi todos los animales. Sin embargo, el motor base de gran parte del comportamiento sexual humano siguen siendo los impulsos biológicos, aunque su forma y expresión dependen de la cultura y de elecciones personales; esto da lugar a una gama muy compleja de comportamientos sexuales. En muchas culturas, la mujer lleva el peso de la preservación de la especie.

Desde el punto de vista psicológico, la sexualidad es la manera de vivir la propia situación. Es un concepto amplio que abarca todo lo relacionado con la realidad sexual. Cada persona tiene su propio modo de vivir el hecho de ser mujer u hombre, su propia manera de situarse en el mundo, mostrándose tal y como es. La sexualidad incluye la identidad sexual y de género que constituyen la conciencia de ser una persona sexuada, con el significado que cada persona dé a este hecho.

La diversidad sexual nos indica que existen muchos modos de ser mujer u hombre, más allá de los rígidos estereotipos, siendo el resultado de la propia biografía, que se desarrolla en un contexto sociocultural. Hoy en día se utilizan las siglas GLTB (o LGBT) para designar al colectivo de gays, lesbianas, transexuales y bisexuales.

La sexualidad se manifiesta también a través del deseo erótico que genera la búsqueda de placer erótico a través de las relaciones sexuales, es decir, comportamientos sexuales tanto autoeróticos (masturbación), como heteroeróticos (dirigidos hacia otras personas, éstos a su vez pueden ser heterosexuales u homosexuales). El deseo erótico (o libido) que es una emoción compleja, es la fuente motivacional de los comportamientos sexuales. El concepto de sexualidad, por tanto, no se refiere exclusivamente a las “relaciones sexuales”, sino que éstas son tan sólo una parte de aquel objetivo.

Se desarrolla de forma lenta, y a una edad llegada justa, con técnicas generalmente nuevas

2.2.2 CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO PARA EMBARAZO

Son dos grandes factores los relacionados con la sexualidad. En primer lugar la evolución biofisiológica, cuya programación activará el "despertador" hormonal responsable de la maduración física de los púberes. Aparecen los caracteres sexuales secundarios. Los cuerpos de niñas y niños se convierten en cuerpos adultos jóvenes en un corto espacio de tiempo. Es aquí cuando aparece con inusitada intensidad el deseo sexual, el erotismo puberal. En nuestra cultura, teniendo en cuenta que pertenecemos al grupo de las sexofóbicas, este evento apenas es tenido en cuenta. Sin embargo, la programación biofisiológica hace aparecer en este momento del desarrollo una fuerza, pulsión, deseo sexual, drive, etc., (desde las distintas terminologías), de considerable intensidad, que se manifestará en fantasías, comportamientos autoeróticos y comportamientos heteroeróticos, finalmente, que requerirá una integración psicológica y una contextualización psicosocial.

En segundo lugar, la evolución psicológica que determinará los soportes psicológicos desde los cuales integrar armónicamente el deseo sexual y abordar la posibilidad de compartir, por lo menos en parte, el deseo sexual. Una identidad estable hace posible el acceso a la intimidad y ésta es necesaria para satisfacer necesidades afectivas y sexuales. La maduración de ésta nos parece fundamental en la adaptación de las personas y por tanto en la calidad de relaciones interpersonales, que son las vías para cubrir las necesidades afectivas y sexuales.

Según el Sondeo sobre la juventud española , en una muestra de 1477 personas, de edades comprendidas entre 15 y 29 años, 944 (63,9%) declaran haber tenido “relaciones sexuales completas” (con penetración), 120 (8,1%) expresan haber mantenido “relaciones sexuales sin penetración” y 266 (18%) dicen “no haber tenido relaciones sexuales de ningún tipo” Al preguntar a las 944 personas que habían contestado afirmativamente sobre el haber tenido “relaciones sexuales

completas” a qué edad tuvo su primera relación: - 105 personas (11,1%) dicen que antes de los 16 años, - 148 (15,7%) sitúan esa edad a los 16 años, - 197 (20,9%) a los 17 años, - 176 (18,6%) a los 18 años, - 246 (26,1%) de los 19 a los 22 años y - después de los 22 años, son 25 (2,6%) En este mismo Sondeo, de la muestra de 944 personas, el 23,1% en ninguna de las tres últimas veces que mantuvieron “relaciones sexuales completas”, habían usado preservativos. Solamente el 67,4% declaró el haberlo usado en las tres ocasiones. Al indagar sobre si es fácil tener un preservativo a mano, de las 944 personas, responden sí el 84,2%. Son 99 personas (10,5%) quien contesta que no. Investigando sobre la asistencia a un Servicio Sanitario en el último año, de una muestra de 1065 casos (15-29 años): - 690 (64,8%) contestan que al servicio de Medicina de Familia, - 217 (20,4%) han acudido a un servicio especializado, - 77 (7,2%) a Urgencias, y - 4 (0,4%) a un Centro de Planificación Familiar. La 1ª Encuesta sobre Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud Española , que se centra en población de 15 a 24 años, con una muestra de 1826, el 72,8% de los varones indicaban el haber tenido relaciones sexuales con penetración, siendo en el caso de las mujeres, el 68,7%. La edad media de inicio de las relaciones sexuales penetrativas, se sitúa en los 17-18 años (más próxima a los 17 en el caso de los varones), observándose la tendencia a una mayor antelación en los grupos más jóvenes y un acercamiento en la edad de inicio entre chicas y chicos. Estas relaciones son de tipo heterosexual en el 99,6% de las mujeres y en el 95,7% de los varones. Entre los hombres las relaciones homosexuales declaradas se dan en el 2,8% de los casos, y un 1,5% son de tipo bisexual.

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

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

Reconociendo estas necesidades, los representantes de 179 países reunidos en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas que tuvo lugar en la ciudad de El Cairo, es que, la Comunidad

Internacional define por primera vez los términos “Derechos Reproductivos” y “Salud Reproductiva”. En esta reunión los gobiernos se comprometen a abordar los temas relativos a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular en los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, incluyendo la abstinencia voluntaria, con la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento apropiado para este grupo humano.

Prácticamente la misma proporción de hombres (23,6%) que de mujeres (23,1%) admite haber estado expuesto a estos riesgos en alguna ocasión, siendo la no utilización del preservativo el motivo principal de exposición al riesgo en ambos sexos. El 61,4% de los hombres afirmaba usar en ese momento algún método preventivo, siendo el preservativo el de mayor frecuencia (83,8%), mientras que las mujeres declaraban utilizar algún método anticonceptivo-preventivo en un 59,7%, siendo el preservativo en un 60,8% y la píldora como segundo método más usado en un 30,1%. Siendo el preservativo el método más usado, parece ser que el 30% de quienes dicen que lo usan, lo hace inadecuadamente. En la Encuesta de Shering6 sobre Anticoncepción en España, 2003, en una muestra de 2140 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 49 años, 1523 (71,2%) contestaron sí ante la utilización de algún método. Fueron 617 (28,8%) las mujeres que dijeron no utilizar ningún método, argumentando en el 55% de los caso no mantener “relaciones sexuales”,

el 8% decía no poder quedarse embarazada, a un 4% no le importaba el embarazo y un 33% se cataloga como “otros”. Los datos que se presentan respecto a las 251 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 19 años (11,7% de la muestra), indican que: - 33,2 % dice utilizar preservativo, - 10,7% la píldora, - 1,3 % coito interrupto - 54,8%, ninguno (habría que cruzar este dato con el de las mujeres que mantiene prácticas sexuales que pudieran ser de riesgo) En relación a las mujeres que tienen entre 20 y 24 años, 320 encuestadas (15% de la muestra), los datos que se publican son: - 44,5% dice utilizar preservativo - 28,5% píldora - 2,4 % Coito Interrupto - 2,4% pareja vasectomizada - 1,1 % Dispositivo Intrauterino (DIU) - 0,2% Diafragma - 0,2% Método Ogino o naturales - 0,2% Ligadura de Trompas - 21% Ninguno Cuando se las pregunta sobre el lugar dónde se han informado sobre los métodos, en las mujeres de 15 a 19 años, resalta en primer lugar el “entorno social” (siendo el doble que en los servicios sanitarios), apareciendo en segundo lugar los medios de comunicación. En el grupo de mujeres de 20 a 24 años, se equipara el “entorno social” con los servicios sanitarios, quedando en segundo lugar los medios de comunicación.

Diez años después, en el 2004, La Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, basada en las tendencias del momento, indica que muchos de los países no podrán lograr los objetivos y compromisos acordados en el Programa de Acción resaltando la importancia de la población y salud reproductiva para el desarrollo.

Un obstáculo importante y aún presente es la natural resistencia humana a los cambios culturales, a asimilar un nuevo marco conceptual con respecto a la salud sexual, a la salud reproductiva y los cambios conductuales que implican, sobre todo en lo etnocentrista patriarcal y conservador que predomina en muchos de los países que en 1994 aprobaron los acuerdos de El Cairo y el Programa de Acción tal como fue evidenciado en las Reunión de Redes y Campañas Regionales para América Latina y El Caribe celebrada en La Paz, Bolivia en Agosto del 2003.

Para el año 2011 la población mundial fue de 6,974 millones, de los cuales 1,8 millones de personas son de 10 a 24 años de edad, ese

mismo año la mayor población 5,733.7 millones, se encontraba en las regiones menos desarrollados.

Los jóvenes representan el 43% de la población mundial y en las regiones menos desarrolladas el 60% de su población. Según las Naciones Unidas, en las últimas décadas la fecundidad ha estado descendiendo en muchos países en desarrollo y como resultado el crecimiento anual de la población mundial bajo alrededor de 1,2% en el 2010 de aproximadamente el 2% en 1960(18), de esta forma al verse disminuido el crecimiento de la población los países pueden invertir más en educación, atención de salud, creación de empleo y otras mejoras que contribuyen a elevar los niveles de vida, pero aun así cada 12 años se agregan a la población mundial aproximadamente 1,000 millones de habitantes proyectándose a más de 9,150 millones para el año 2050(18). En América Latina y El Caribe la población en el año 2011 fue de 591,4 millones, para el año 2010 la población de 10 a 24 años fue de 161 millones 28% de la población total; y la población de 10 a 19 años representó el 20% de la población total.

Estas cifras son muy importantes y nos dan una visión muy amplia de los riesgos que podría tener nuestra futura población adulta si tomamos en cuenta las cifras actuales de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, embarazo y aborto en adolescentes y jóvenes de ambos sexos en esta región y el mundo.

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

A nivel mundial los jóvenes han sido desproporcionadamente afectados por la epidemia del SIDA. En muchas regiones del mundo las nuevas infecciones por el VIH se concentran en personas de 15 a 24 años, un intervalo de edad en la cual la mayoría inicia la actividad sexual. Cerca de 7 mil nuevas infecciones por VIH sucedieron cada día durante el 2009 de los cuales 6000 ocurrieron en personas mayores de 15 años de

los cuales el 51% ocurrieron en mujeres y el 41% entre los jóvenes de 15 a 24 años. Menos del 50% de los jóvenes varones tenían un conocimiento integral y correcto acerca del VIH/SIDA.

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

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

En América Latina y El Caribe la mayoría de los jóvenes se inicia sexualmente en la adolescencia a la edad de 16 años. El 56% de los adolescentes se han iniciado ya en la vida sexual y el 34% han tenido un hijo antes de los 19 años. La mitad de los países en esta región presentan tasas de fecundidad en adolescentes por arriba del 72 por 1.000 nacidos vivos. Cada año se registran 54,000 mil nacimientos de madres menores de 15 años y 2 millones de madres de 15 a 19 años. El 15% de afecciones maternas y el 13% de todas las muertes maternas corresponden a las madres adolescentes. El 40% de los embarazos no son planeados y son consecuencia de no usar métodos anticonceptivos, de usar métodos anticonceptivos inadecuados o de fallas al utilizarlo. Una de cada 270 mujeres que se hacen un aborto tienen riesgo de morir; el 15% de todos los abortos inseguros corresponden a mujeres de 15 a 19 años; las adolescentes representan el 15% de la carga de enfermedades por afecciones maternas; el aborto es responsable del 13% de todas las muertes relacionadas con el embarazo. La mortalidad por SIDA en los jóvenes en Latinoamérica fue de 2.9 por 100 mil y las

infecciones de transmisión sexual afectan a 1 de cada 20 adolescentes anualmente.

La Salud Sexual y Reproductiva están vinculadas directamente con las altas tasas de alumbramiento entre las adolescentes de América Latina y El Caribe, esta situación implica no solo complicaciones en la salud de la madre y el niño sino fundamentalmente las restricciones que da la maternidad temprana sobre las oportunidades de desarrollo educativo, social y laboral en las mujeres.

La estructura y la dinámica familiar son elementos fundamentales del desarrollo saludable de los y las adolescentes y una relación nutrida entre los integrantes de la familia es un factor de protección contra las tendencias de riesgo en las y los adolescentes como son el inicio precoz y sin protección de las relaciones sexuales, el abuso de sustancias tóxicas y el alcoholismo que los vuelven susceptibles no solo al VIH y las infecciones de transmisión sexual sino que también a un embarazo no planificado.

Los adolescentes están en una etapa del desarrollo cognoscitivo que les hace difícil la adopción de decisiones analíticas, en consecuencia los jóvenes tienden a ser más sensibles a las presiones de sus compañeros y es menos probable que puedan negociar la relación sexual y el uso de preservativos, esta situación es más delicada en el caso de las adolescentes que por cuestiones de inequidad en género carecen de la habilidad para utilizar un método anticonceptivo en su primera relación sexual.

Para la Organización Panamericana de la Salud existe una correlación entre la madurez cognoscitiva y la madurez sexual, según la cual quienes tienen un grado mayor de madurez son menos activos sexualmente, esto indicaría que un bajo rendimiento escolar ocasionaría mayores tasas de natalidad y expone a los adolescentes al riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA o concebir un embarazo no planificado.

Los estudios sobre el desarrollo humano han demostrado que la formación de actitudes se inicia en los primeros años de la vida de una persona. El 56% de los adolescentes menores de 16 años son

sexualmente activos y antes de llegar a los 20 años ya han tenido varias parejas, esto ha motivado a muchos países a incorporar actividades educacionales en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y promoción de la salud sexual y reproductiva a temprana edad, poniendo de manifiesto la necesidad de preparar a los maestros para la enseñanza en la escuela primaria y secundaria en aspectos relacionados a sexualidad y el fomento de prácticas adecuadas para el ejercicio de una sexualidad sana y segura.

Los servicios de salud para los jóvenes afrontan un gran reto en América Latina y El Caribe debido a que existe una escasez de servicios para esta población así los adolescentes son más vulnerables a este problema porque tienen que lidiar además con varios factores adicionales que limitan su accesibilidad a estos servicios como la dependencia económica para tener acceso a servicios de salud y sobre todo porque carecen del grado de madurez necesario para tomar decisiones responsables y los servicios de salud no están orientados para satisfacer las necesidades de salud y desarrollo de los jóvenes.

El creciente número de población joven ejerce presión en demanda sobre los sistemas de educación, salud, laboral, legales y de recreación, sin embargo a pesar de los avances logrados después de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer en 1995 el impacto de acciones para mejorar la Salud Sexual y Reproductiva es muy débil, sabiendo que la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes es la clave para el logro de los Objetivos del Milenio y para reducir la transmisión intergeneracional de la pobreza.

La educación sobre sexualidad ha demostrado retrasar la iniciación de las relaciones sexuales y reducir el comportamiento de riesgo, en algunos países de la región muchos programas ya ha tenido efectos positivos sobre los conocimientos, valores, actitudes, intenciones, autoeficacia y concientación acerca de los riesgos que estas conductas implican.

Para Octubre del 2007, el Perú presentaba una población total de 28'220,764 habitantes, según la Encuesta Demográfica y de Salud

Familiar ENDES Continua 2011 realizada en el Perú, la tasa global de fecundidad de 2.9 hijos por mujer para el periodo 1997 – 2000 disminuyó a 2,6 en el periodo 2008 - 2011. Al analizar las tasas específicas de fecundidad y la tasa global de fecundidad según varias encuestas realizadas en el Perú entre los años 1986-2011 se observa que si bien es cierto que la tasa global de fecundidad ha disminuido de 4,3 a 2,6 y que la tasa específica de fecundidad en mujeres adultas ha disminuido, ésta tasa es mucho menor para las adolescentes de 15 a 19 años en quienes ha disminuido de 79 en el 1986 a 61 en el 2011 debido al menor uso de los Métodos de Planificación Familiar.

En la misma encuesta el 12,5% de adolescentes mujeres de 15 a 19 años estuvo embarazada, de ellas ya son madres (9,9%) o están gestando por primera vez (2,6%). Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están gestando se presentan entre las mujeres con educación primaria (33,9%), entre las que residen en la Selva (25,3%), entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (22,4%) y entre las que se encuentran en el área rural (19,7%). En contraste, los porcentajes menores se aprecian en Lima Metropolitana (8,3%), en mujeres adolescentes con educación superior (8,6%) y las que se encuentran en el quintil de riqueza superior (4,4%).

La edad a la primera relación sexual en las mujeres de 25 a 49 años fue de 18,7 años, esta edad es menor en el área rural 17,7 años que en el área urbana 19,0 años, comparando entre departamentos ocurre antes de los 17 años en departamentos de la Selva como Loreto (16,5) y Ucayali (16,8) y a partir de los 19 en los departamentos de la Costa como Moquegua (19,2), Piura (19,4), Lima (19,4) y Lambayeque (19,3) al igual que Arequipa (19,5). El nivel educativo y de ingresos también está asociado, ocurre 3,9 años antes en las mujeres sin instrucción (17,2) comparados con las que tienen educación superior (21,1) y antes en las mujeres del quintil inferior de riqueza (17,5) en relación con las del quintil superior de riqueza (20,4). Este inicio temprano de las relaciones sexuales no se acompaña necesariamente de una información adecuada en métodos anticonceptivos, prevención del VIH/SIDA o de alguna infección de transmisión sexual y de un embarazo no deseado.⁽¹⁵⁾

El 85,9% de adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas usa algún método anticonceptivo, de ellas el 58,1% usa algún método anticonceptivo moderno, el 27,8% usa un método anticonceptivo tradicional y el 14,1% restante no usa ningún método anticonceptivo.

En el Perú desde que se inició la epidemia del VIH/SIDA hasta Diciembre del 2011 se notificaron 45,876 infecciones por el VIH y 28,445 casos de SIDA. Desde el año 2005 se observa una tendencia decreciente de los casos de SIDA, mientras que la curva de VIH se mantiene estacionaria. Con respecto a los casos de SIDA hasta el 31 de Diciembre del 2011 la razón hombre/mujer decreció de 11:7 en 1990 a 2,87 en el 2011, esto significa que cada vez hay más mujeres infectadas y mayor riesgo de transmisión de ellas a sus hijos, siguiendo una “heterosexualización” de la epidemia que podría estar pasando gradualmente a la población general.

Las regiones que acumulan la mayor cantidad de casos de SIDA fueron Lima (64,61%), Callao (6,63%), Loreto (4,09%). La vía de transmisión más frecuente es la vía sexual 97%, la transmisión vertical 2% y la parenteral 1%.⁽¹³⁾

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

Con respecto a los conocimientos sobre VIH/SIDA entre las adolescentes de 15 a 19 años, según la ENDES Continua 2011 el 95,8% ha oído hablar de VIH/SIDA y el 4,2% no conoce nada sobre SIDA; el 8% no sabe qué hacer para evitar el contagio de VIH/SIDA. Entre las adolescentes que conocen como evitar la infección el mayor porcentaje 80,6% refiere limitando el número de parejas sexuales y el 69,7% refiere usando preservativo. El 45,9% de mujeres de 15 a 19 años desconoce la existencia de la Infecciones de Transmisión Sexual.

Con respecto al número de parejas sexuales entre las mujeres adolescentes no unidas de 15 a 19 años se encontró que el 13,8% refiere haber tenido pareja sexual de los cuales el 12,9% indicó haber tenido un compañero sexual y 0,9% dos o más compañeros sexuales. Entre las mujeres unidas que indicaron haber tenido dos o más compañeros sexuales, incluyendo el esposo/compañero actual, las mujeres adolescentes de 15 a 19 años son las que han tenido el porcentaje más alto con un 1,7%.

El decreciente inicio de la pubertad, las aspiraciones de las y los adolescentes de alcanzar un mayor nivel de educación, el deseo de concluir un proyecto de vida y el incremento de la edad al matrimonio traen como consecuencia que los y las jóvenes enfrenten un mayor periodo de riesgo de tener relaciones sexuales antes del matrimonio y de embarazarse antes de llegar a él. A pesar de esto vemos que no se oferta el servicio de planificación familiar para los adolescentes, siendo más que evidente su necesidad y de constituir este uno de los pocos medios existentes para abordar esta problemática. La sociedad, en general, tiene una visión moralista acerca del ejercicio de la sexualidad por parte de los adolescentes no reconociéndolo como su derecho y considerándolo más bien como un problema, cuando el problema se ubica precisamente en la falta de orientación y servicios directamente dirigidos a prevenir todos los riesgos derivados de una precoz actividad sexual.

2.2.3 EMBARAZO NO DESEADO

Frecuentemente se ha atribuido el origen de los embarazos no deseados al déficit o ausencia de información entre los y las jóvenes. La creencia de que la causa principal de los embarazos no deseados se debe a la falta de información ha hecho que, incluso los profesionales de los Centros de Planificación Familiar y de otros organismos hayan orientado sus campañas, siempre meritorias, al objetivo de incrementar el nivel de conocimientos de los/las jóvenes. Los que defienden esta hipótesis, esperarían que incrementando el nivel de conocimientos sobre sexualidad y contracepción, disminuiría la frecuencia de embarazos no

deseados. Muchos de los proyectos de educación sexual se basan fundamentalmente en esta idea. Las adolescentes que siguen con el embarazo tienen menor información que las nunca embarazadas. Kastner, L.S. estudió varias escalas asociadas a información sexual, la más importante como predictora del uso contraceptivo fue el conocimiento objetivo sobre anticoncepción, aunque la educación sexual y la cantidad aprendida de información influía también en cierta medida. Sin embargo, estos factores de información no fueron los más relevantes de su estudio. Hornick, Devlin, Downey y Baynham utilizaron el conocimiento contraceptivo como una de las variables que discriminaba los contraceptores exitosos de los no exitosos. A pesar de que esta variable discriminaba en alguna medida ambos grupos, no fue la más significativa. Estos autores opinan que el conocimiento contraceptivo (según el modelo de Byrne) es, de hecho, una parte necesaria para el uso de la anticoncepción y que aquellos/as que han decidido usarla buscarán esta información, aunque el propio Byrne encontró un débil apoyo estadístico del conocimiento como predictor. Gerrard subraya la clara evidencia de que el fallo del uso contraceptivo no puede deberse solamente a la ignorancia sobre el control de la natalidad y a su vez cita a Kane y Lachenbruch (2011), Westoff y Westoff. Gerrard se refiere a la importancia de la mediación de la actitud hacia la sexualidad y los sentimientos de culpa sexual. Esta referencia de Gerrard, nos da pie a analizar las aportaciones de los teóricos de la actitud hacia la sexualidad y de los sentimientos de culpa sexual respecto al conocimiento.

2.2.4 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Entre los más de 30 virus, bacterias y parásitos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual. De esas 8 infecciones, 4 son actualmente curables, a saber, la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las otras 4 –hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH y virus del papiloma humano (VPH)– son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad.

Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS –en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis–, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto.

Una persona puede tener una ITS sin manifestar síntomas de enfermedad. Los síntomas comunes de las ITS incluyen flujo vaginal, secreción uretral o ardor en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal.

Magnitud del problema:

Las ITS tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo y figuran entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica.

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

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

Más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves.

- Algunas ITS, como el herpes y la sífilis, pueden multiplicar el riesgo de contraer el VIH por tres o más.
- La transmisión de la madre al niño puede dar lugar a muerte prenatal, muerte neonatal, insuficiencia ponderal al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas. Cada año, la sífilis durante el embarazo provoca aproximadamente unas 305.000 muertes fetales y neonatales, y deja

a 215.000 lactantes en grave riesgo de defunción por prematuridad, insuficiencia ponderal o enfermedad congénita.

- Anualmente, la infección del VPH provoca 528.000 casos de cáncer cervicouterino y 266.000 defunciones.
- ITS tales como la gonorrea y la clamidiasis son causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis, desenlace adverso del embarazo e infertilidad.

1) PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las intervenciones de asesoramiento y enfoques conductuales representan la prevención primaria contra las ITS (incluido el VIH). Esas intervenciones incluyen:

- Educación sexual integral, asesoramiento antes y después de las pruebas de ITS y VIH
- Asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos, promoción del uso de preservativos; e intervenciones dirigidas a grupos de población claves, incluidos trabajadores sexuales, hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectables; y asesoramiento y educación sexual adaptadas a las necesidades de los adolescentes.

Además, el asesoramiento puede mejorar la capacidad de las personas para reconocer los síntomas de las ITS, con lo que aumentarán las probabilidades de que soliciten atención o alienten a sus parejas sexuales a hacerlo. Lamentablemente, la falta de sensibilidad del público, la falta de capacitación del personal sanitario y el arraigado estigma generalizado en torno a las ITS siguen dificultando un mayor y más eficaz recurso a esas intervenciones.

2) DIAGNÓSTICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En los países de altos ingresos se utilizan ampliamente pruebas de diagnóstico de ITS muy precisas. Esas pruebas son particularmente útiles para diagnosticar infecciones asintomáticas. Ahora bien, en los

países de ingresos bajos y medianos las pruebas de diagnóstico generalmente no están disponibles. Cuando lo están, suelen ser costosas y geográficamente inaccesibles; además, con frecuencia, los pacientes tienen que esperar mucho tiempo (o deben regresar) para recibir los resultados. En consecuencia, el seguimiento puede ser difícil y la atención o el tratamiento pueden quedar incompletos.

Los únicos análisis rápidos y económicos actualmente disponibles en relación con una ITS son los de la sífilis y del VIH. El análisis de la sífilis ya se realiza en algunos entornos de recursos limitados. El análisis es preciso, los resultados se pueden obtener en 15 o 20 minutos, y es posible realizarlo fácilmente con una capacitación básica. Estos análisis rápidos han dado lugar a un aumento del número de embarazadas que se examinan para detectar una posible sífilis. Sin embargo, aún es necesario redoblar esfuerzos en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, a fin de asegurar que todas las embarazadas puedan realizar un análisis de la sífilis.

Con respecto a otras ITS, se están desarrollando algunos análisis rápidos que podrían mejorar el diagnóstico y tratamiento de esas infecciones, especialmente en entornos de recursos limitados.

El tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

Actualmente se dispone de tratamiento eficaz contra algunas ITS.

- Tres ITS bacterianas (clamidiasis, gonorrea y sífilis) y una parasitaria (tricomoniasis) son generalmente curables con los eficaces regímenes de antibióticos de dosis única existente.
- Para el herpes y el VIH, los medicamentos más eficaces disponibles son los antivíricos, que pueden atenuar la evolución de la enfermedad, pero no curarla.
- Para la hepatitis B, los moduladores del sistema inmunitario (interferón) y los medicamentos antivíricos pueden ayudar a luchar contra el virus y frenar los daños al hígado.

La resistencia de las ITS, en particular la gonorrea, a los antibióticos, ha aumentado rápidamente en los últimos años y ha limitado las opciones de tratamiento. El desarrollo de una menor sensibilidad de la gonorrea a la opción terapéutica de “última línea” (cefalosporinas orales e

inyectables), junto con la resistencia a los antimicrobianos revelada anteriormente con respecto a las penicilinas, sulfamidas, tetraciclinas, quinolonas y macrólidos convierten a la gonorrea en un organismo polifarma corresistente. En cuanto a otras ITS, la resistencia a los antimicrobianos es menos común pero también existe, y por lo tanto la prevención y el tratamiento tempranos son cruciales.

La gestión de los síndromes es sencilla, asegura un tratamiento rápido en el día y evita pruebas de diagnóstico costosas o no disponibles. No obstante, este enfoque pasa por alto las infecciones que no presentan ningún síndrome, que son la mayoría de la ITS en todo el mundo.

Respuesta de la OMS

La OMS desarrolla normas y pautas mundiales para tratar y prevenir las ITS; fortalece los sistemas de vigilancia y seguimiento, incluidos los relativos a la gonorrea farma corresistente, y dirige el establecimiento del programa mundial de investigaciones sobre ITS.

La labor de la Organización se rige por la Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2006, y la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer, del Niño y el Adolescente, de 2015, que destaca la necesidad de adoptar un conjunto integral de intervenciones esenciales, incluida la información y los servicios de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

La OMS está elaborando tres estrategias mundiales del sector de la salud para hacer frente al VIH/sida, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual.

2.2.5 ABORTO

Es la interrupción dolosa del proceso fisiológico del embarazo causando la muerte del producto de la concepción o feto dentro o fuera del claustro materno, viable o no.

Principales Consideraciones: La expresión aborto deriva de la expresión latina Abortus: Ab=mal, Ortus=nacimiento, es decir parto anticipado, privación de nacimiento, nacimiento antes del tiempo. Nuestro ordenamiento legal en el capítulo de aborto, tutela la vida humana dependiente, es decir de aquella vida humana que no tiene la calidad de persona, es un ser concebido pero no nacido, una esperanza de vida intra uterina.

El feto no es todavía una persona humana, pero tampoco es una cosa. El feto solo deviene en persona con el nacimiento, por lo que su aniquilamiento no constituye delito de homicidio.

Se entiende por delito de aborto, aquel cometido de manera intencional, y que provoca la interrupción del embarazo, causando la muerte del embrión o feto en el claustro de la madre o logrando su expulsión.

Para la ejecución del delito se requiere:

- Que la mujer esté embarazada
- Que el embrión o feto esté vivo

En caso que no se dieran los presupuestos señalados, estaríamos ante un delito imposible por la absoluta impropiedad del objeto.

Contempla así mismo nuestro ordenamiento dos condiciones para el aborto:

- Ética, cuando la mujer resulta embarazada como consecuencia de una violación.
- Eugenésica, cuando existe la probabilidad que el niño nazca con graves taras físicas o psíquicas.

A) Tipos de Aborto

Consideramos que el aborto puede ser clasificado en Espontáneo o Inducido y de tipo Legal o Ilegal.

1) Aborto Espontáneo

Se considera aborto espontáneo a la pérdida de la gestación antes de las 26 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno. Un aborto espontáneo ocurre cuando un embarazo termina de manera abrupta. Un 8 y 15 por ciento

de los embarazos, según las fuentes, que se detectan terminan de esta manera, aunque un número importante y difícilmente valorable pasan desapercibidos. Existen muchas doctas opiniones que dicen que incluso el 50 por ciento de los embarazos pueden considerarse fracasados y terminar de forma espontánea.

La mayoría de los abortos espontáneos, tanto conocidos como desconocidos, tiene lugar durante las primeras 12 semanas de embarazo y en muchos casos no requieren de ningún tipo de intervención médica ni quirúrgica. De igual forma también la inmensa mayoría de los abortos inducidos se dan antes de las 12 semanas.

Causas del Aborto Espontáneo:

Las alteraciones cromosómicas constituyen la causa más común de esta alteración. El aborto espontáneo recurrente (AER) ha sido definido como la verificación de 3 o más AE reconocidos clínicamente. Datos epidemiológicos indican que el riesgo de un nuevo aborto después de un AE (aborto espontáneo) es del 24%, pero asciende a un 40% después de 4 AE (abortos espontáneos) consecutivos. También se han propuesto como causa de AER (aborto espontáneo recurrente) las alteraciones de la arteria uterina.

Entre los factores anatómicos adquiridos están las adherencias intrauterinas, los miomas, la adenomiosis, las cirugías tubarias y la endometriosis que es una enfermedad que ocurre cuando el tejido endometrial, es decir, el tejido que reviste internamente el útero y que se expulsa durante la menstruación, crece fuera de él. En el caso de los miomas, se dice que su asociación con los AER (aborto espontáneo recurrente) puede obedecer a factores mecánicos, tales como reducción de la cantidad de sangre que se irriga, alteraciones de la placenta y contracciones uterinas que determinan la expulsión fetal. Se cree que el AER (aborto espontáneo recurrente) en mujeres con endometriosis puede deberse a la secreción de toxinas o a una mayor producción de prostaglandinas, que generan contracciones uterinas y alteraciones hormonales. Sin embargo, no se sabe si el aborto es ocasionado por la endometriosis o por mecanismos inmunológicos indirectos. Los problemas de salud de la madre pueden ser las causas de un aborto.

Fumar, consumir alcohol, los traumas y el abuso en el consumo de drogas, aumentan las posibilidades de un aborto.

2) Aborto Inducido

El aborto inducido, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) es el como el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por encargo de esta. Desde las primeras leyes a principios del siglo pasado, el aborto provocado ha ido siendo despenalizado en muchos países, tanto del primer, segundo o tercer mundo y su despenalización ha supuesto en estos países una disminución drástica de la morbilidad y mortalidad materna.

3) Aborto Legal

Se considera aborto inducido legal cuando es realizado bajo las leyes despenalizadoras del país donde se practica. En España se considera aborto legal cuando es realizado con consentimiento de la mujer, en un Centro Acreditado para ello y bajo uno de los tres supuestos despenalizadores de la ley, es decir cuando hay peligro para la salud o la vida de la embarazada, por causa de violación o por malformaciones fetales.

En otros países existen leyes que permiten la realización del aborto bajo la ley de plazos de tal forma que una mujer puede interrumpir su embarazo solamente con la libre decisión

4) Aborto Ilegal

Se considera aborto ilegal o clandestino cuando es realizado en contra de alguna de las leyes del país donde se practica.

Cuando el aborto está prohibido por la ley, las circunstancias hacen que muchas mujeres busquen a comadronas o a médicos que se prestan a colaborar. Pero el aborto practicado en estas circunstancias es peligroso y mantiene unas estadísticas de mortalidad y morbilidad materna infinitamente superiores a las del aborto legal.

El aborto ilegal se practica generalmente en las peores condiciones higiénicas y con las posibilidades escasas de recurrir con urgencia a un hospital.

2.3. Definición de términos Básicos

PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO.- Es practicar sexo en condiciones que favorecen el embarazo no deseado, en ese sentido el tener prácticas sexuales no protegidas, y el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes, son dos de las mayores riesgos de presentar un embarazo no deseado.

ABORTO.- Terminación del embarazo antes de las 22 semanas de gestación. Esto supone la expulsión prematura desde el útero de los productos de la concepción: feto, membranas fetales y placenta.

ABSTINENCIA.- Es una decisión consciente para evitar ciertas actividades o comportamientos. Las definiciones de la abstinencia sexual varían. Puede significar la ausencia de contacto sexual o de penetración (oral, anal o vaginal).

INYECTABLES.- El efecto de los anticonceptivos inyectables dura más que el de los orales. Los primeros inyectables estaban compuestos de progestágeno solo, usualmente Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD), con una duración de tres meses; y Enantato de Noretisterona (EN-NET), con duración de dos meses. Los inyectables más nuevos, con duración de un mes, contienen estrógeno y progestágeno.

PÍLDORAS (dos tipos).- Los anticonceptivos orales combinados (AOC) contienen estrógeno y progestágeno sintéticos. Las píldoras de progestágeno sólo (PPS) contienen solamente un progestágeno, en una dosis menor que los anticonceptivos orales combinados.

ANTICONCEPTIVOS.- Cualquier práctica, método o dispositivo que puede usarse para evitar el embarazo en una mujer sexualmente activa. Los anticonceptivos no son abortivos.

DISTRIBUCIÓN DE CONDOMES.- Entrega de condones como parte de una estrategia de prevención del VIH, así como de prevención del embarazo no planeado. Los folletos con orientación específica sobre el

uso correcto de los condones forman parte de la estrategia de distribución.

DOBLE PROTECCIÓN.- Prevención simultánea de infecciones de transmisión sexual, incluidos el VIH y el embarazo no deseado. Puede lograrse mediante el uso correcto y consistente de los condones solamente, o usando simultáneamente dos métodos, uno de los cuales debe ser condones. Evitar la relación sexual con penetración, especialmente en situaciones de alto riesgo, también proporciona doble protección.

EDAD REPRODUCTIVA.- Estadísticamente, los límites convencionales de la edad reproductiva de las mujeres va de 15 a 44 años; o, más frecuentemente, de 15 a 49. Casi siempre la frase ‘parejas en edad reproductiva’ significa que la mujer está en edad de tener hijos.

EDUCACIÓN INTEGRAL.- Educación sobre sexualidad y sus expresiones. Busca equipar a la gente joven en sexualidad (EIS) con los conocimientos, habilidades, actitudes positivas y valores necesarios para determinar y gozar de su sexualidad – física, individual y emocionalmente. Los tópicos incluyen relaciones, amor y emociones, actitudes individuales y sociales hacia la sexualidad, roles sexuales, relaciones de género, presiones sociales, derechos sexuales y reproductivos, información sobre salud sexual y reproductiva y capacitación en habilidades de comunicación.

EFFECTIVIDAD.- Grado en el que un método anticonceptivo reduce la probabilidad de la anticonceptiva concepción.

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y

VARIABLES

3.1. Hipótesis de la Investigación

3.1.1. Hipótesis General

Existe relación entre las prácticas sexuales de riesgo y el embarazo no deseado en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco 2015

3.2. Variables

Variable dependiente

Embarazo no deseado

Variables independientes

Relaciones sexuales de riesgo

Variables Intervinientes

- Inicio precoz de relaciones sexuales
- Relaciones sexuales sin protección
- Ausencia de uso de métodos anticonceptivos
- Relaciones sexuales concomitante con consumo de alcohol
- Promiscuidad
- Elevada frecuencia de relaciones sexuales

3.2.1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
Embarazo no deseado	Embarazo no planificado por lo tanto no se deseaba presentar embarazo en dicha relación sexual	Dependiente	Dicotómica	Si No	Entrevista	Paciente embarazada
Prácticas sexuales de riesgo	Son relaciones sexuales con riesgo de presentar embarazo no deseado	Independiente	Politómica	Inicio precoz de relaciones sexuales Relaciones sexuales sin protección Ausencia de uso de métodos anticonceptivos Relaciones sexuales concomitante con consumo de alcohol Promiscuidad Elevada frecuencia de relaciones sexuales	Entrevista	Paciente embarazada

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

DE LA

INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño de la Investigación

4.1.1. Tipo de Investigación

Observacional pues las variables no fueron modificadas y solo se observaron cómo se presentan, prospectiva debido que los datos fueron tomados planificadamente.

4.1.2. Nivel de Investigación

Relacional pues asocia las prácticas sexuales de riesgo y el embarazo no deseado.

4.1.3. Método

Deductiva

4.2. Población y Muestra de la Investigación

4.2.1. Población

Las mujeres del distrito de Pisco que se encuentren en edad fértil 5870, y las que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco 850.

4.2.2. Muestra

El estudio se realizó en una muestra que se determinó utilizando la fórmula para estudio de proporciones con población finita.

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{E^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

n	=	Tamaño de muestra
N	=	Población 850
Z	=	Nivel de confianza (95% = 1.96)
E	=	Error permitido (5%)
p	=	0.50 prevalencia de relaciones sexuales de riesgo
q	=	1-p = 0.50

$$n = 272 \text{ que presentaron embarazo}$$

4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.3.1. Técnicas

La recolección de datos fue realizada por el investigador para lo cual se entrevistó en forma aleatoria a mujeres en edad fértil del distrito de Pisco que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco

4.3.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recolección de los datos fue una ficha de entrevista estructurada que presenta los ítems considerados para obtener las variables en estudio.

4.3.3. Técnica de análisis de datos

La información fue digitada al programa estadístico SPSS 21 para su procesamiento, los gráficos fueron elaborados en el programa Excel.

CAPITULO V

PRESENTACIÓN,

ANÁLISIS Y

DISCUSIÓN DE

RESULTADOS

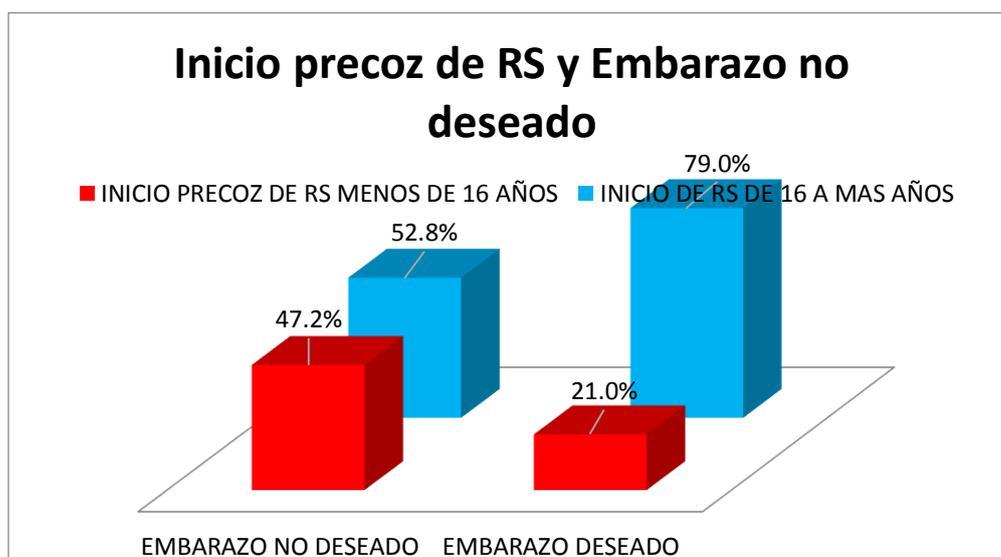
5.1. RESULTADOS

Tabla N° 01

INICIO PRECOZ DE RELACIONES SEXUALES Y EMBARAZO NO DESEADO

INICIO PRECOZ DE RELACIONES SEXUALES	EMBARAZO				TOTAL	
	NO DESEADO		DESEADO			
	F	%	F	%	F	%
INICIO DE RS ANTES DE LOS 16 AÑOS	34	47.2%	42	21.1%	76	27.9%
INICIO DE RS DE 16 A MÁS AÑOS	38	52.8%	158	79.0%	196	72.1%
TOTAL	72	100.0%	200	100.0%	272	100.0%

Gráfico N° 01



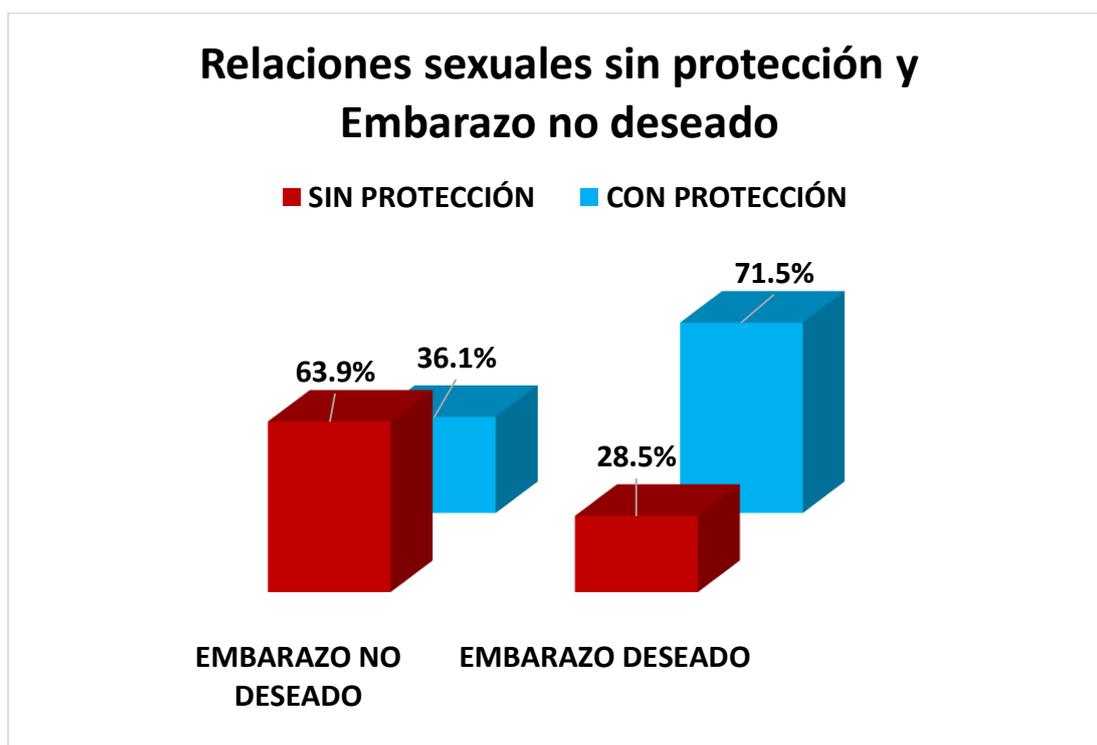
Análisis: Se observa una mayor frecuencia de embarazos no deseados en aquellas mujeres que tienen inicio precoz de relaciones sexuales 47.2% en comparación de las que su embarazo fue deseado 21.0%, en cuanto a las relaciones sexuales precoces; existe 27.9%.

Chi cuadrado 18, $p < 0.05$

Tabla N° 02
RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN Y EMBARAZO NO DESEADO

RELACIONES SEXUALES	EMBARAZO				TOTAL	
	NO DESEADO		DESEADO			
	F	%	F	%	F	%
SIN PROTECCIÓN	46	63.9%	57	28.5%	103	37.9%
CON PROTECCIÓN	26	36.1%	143	71.5%	169	62.1%
TOTAL	72	100.0%	200	100.0%	272	100.0%

Gráfico N° 02



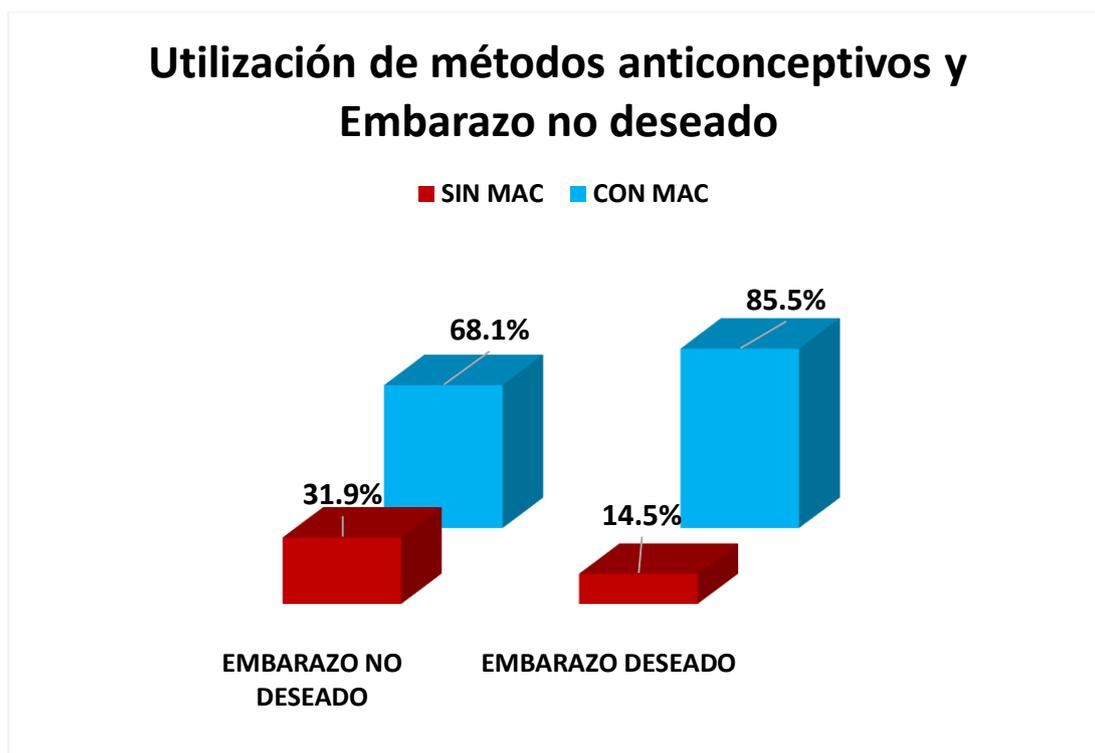
Análisis: Se observa una mayor frecuencia de embarazos no deseados en aquellas que tienen relaciones sexuales no protegidas 63.9% en comparación de las que su embarazo fue deseado 21.0%, en cuanto a las relaciones sexuales sin protección; existe 37.9% de relaciones sexuales sin protección.

Chi cuadrado 28.1, $p < 0.05$

Tabla N° 03
UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y EMBARAZO NO DESEADO

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	EMBARAZO				TOTAL	
	NO DESEADO		DESEADO			
	F	%	F	%	F	%
SIN MAC	23	31.9%	29	14.5%	52	19.1%
CON MAC	49	68.1%	171	85.5%	220	80.9%
TOTAL	72	100.0%	200	100.0%	272	100.0%

Gráfico N° 03



Análisis: Se observa una mayor frecuencia de embarazos no deseados en aquellas que no utilizan métodos anticonceptivos 31.9% en comparación de las que su embarazo fue deseado 14.5% y de las que no utilizan métodos anticonceptivos; existe 19.1% de mujeres que no usan de métodos anticonceptivos.

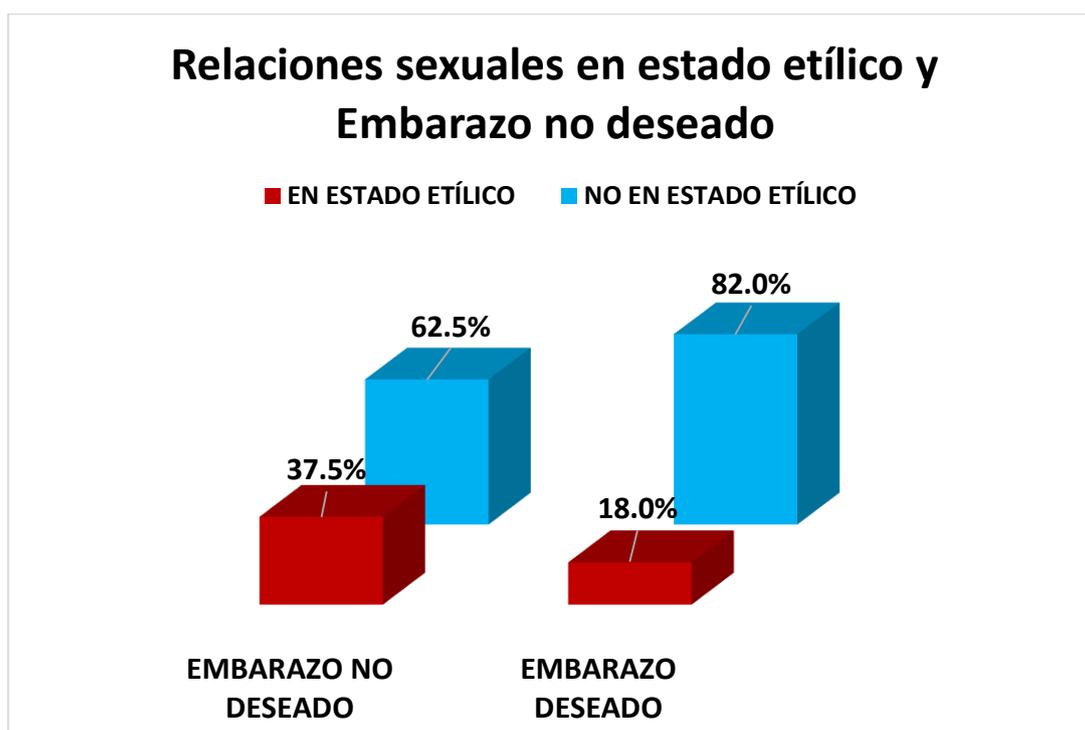
Chi cuadrado 14.4, $p < 0.05$

Tabla N° 04
RELACIONES SEXUALES EN ESTADO ETÍLICO Y EMBARAZO NO DESEADO

RELACIONES SEXUALES	EMBARAZO				TOTAL	
	NO DESEADO		DESEADO			
	F	%	F	%	F	%
EN ESTADO ETÍLICO	27	37.5%	36	18.0%	63	23.2%
NO EN ESTADO ETÍLICO	45	62.5%	164	82.0%	209	76.8%
TOTAL	72	100.0%	200	100.0%	272	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 04



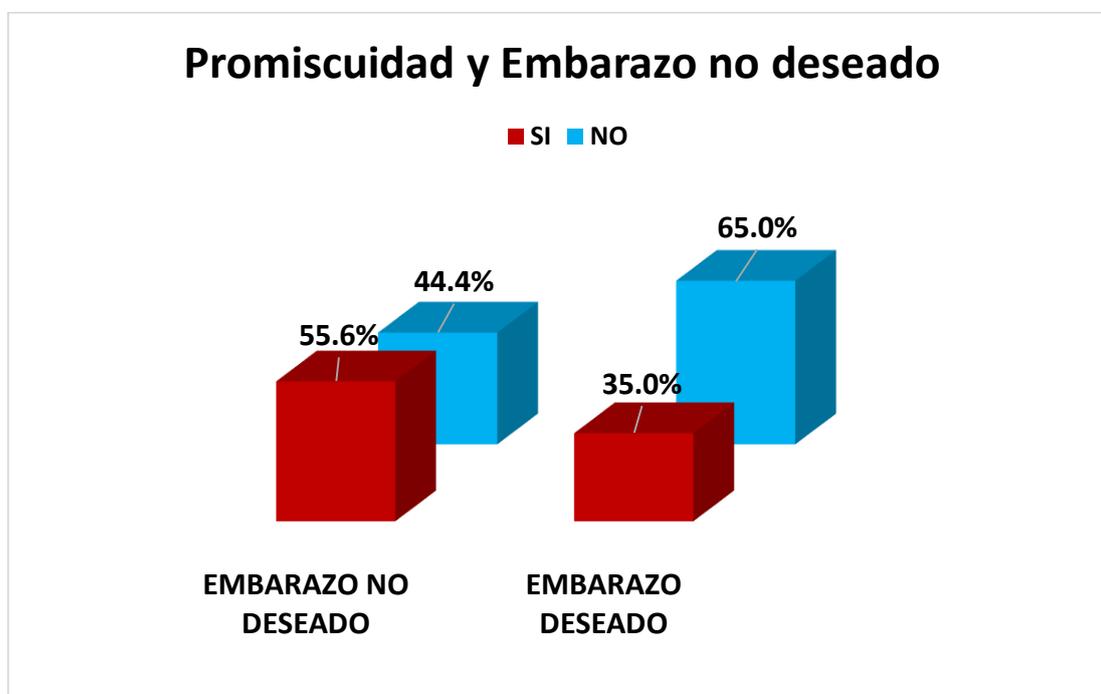
Análisis: Se observa una mayor frecuencia de embarazos no deseados en aquellas que tuvieron relaciones sexuales en estado étílico 37.5% en comparación de las que su embarazo fue deseado 18.0% que tuvieron relaciones sexuales en estado étílico; existe 23.2% de mujeres que tuvieron relaciones sexuales en estado étílico.

Chi cuadrado 11.3, $p < 0.05$

Tabla N° 05
PROMISCUIDAD Y EMBARAZO NO DESEADO

PROMISCUIDAD	EMBARAZO				TOTAL	
	NO DESEADO		DESEADO			
	F	%	F	%	F	%
SI	40	55.6%	70	35.0%	110	40.4%
NO	32	44.4%	130	65.0%	162	59.6%
TOTAL	72	100.0%	200	100.0%	272	100.0%

Gráfico N° 05



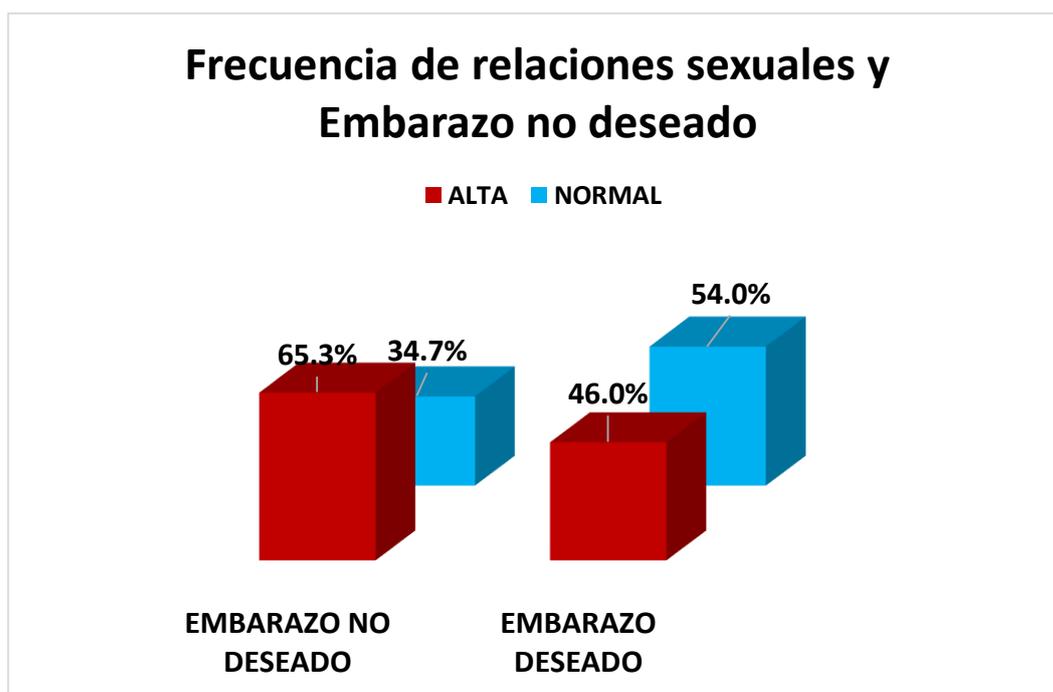
Análisis: Se observa una mayor frecuencia de embarazos no deseados en aquellas consideradas como promiscuas más de dos parejas por año 55.6% en comparación de las que su embarazo fue deseado 35.0% consideradas promiscuas; existiendo el 40.4% de mujeres consideradas promiscuas.

Chi cuadrado 9.2, $p < 0.05$

Tabla N° 06
FRECUENCIAS DE RELACIONES SEXUALES Y EMBARAZO NO DESEADO

FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES	EMBARAZO				TOTAL	
	NO DESEADO		DESEADO			
	F	%	F	%	F	%
ALTA	47	65.3%	92	46.0%	139	51.1%
NORMAL	25	34.7%	108	54.0%	133	48.9%
TOTAL	72	100.0%	200	100.0%	272	100.0%

Gráfico N° 06



Análisis: Se observa una mayor frecuencia de embarazos no deseados en aquellas que tuvieron relaciones sexuales frecuentes más de 3 veces por mes 65.3% en comparación de las que su embarazo fue deseado 46.0% de relaciones sexuales frecuentes; existe 51.1% de mujeres que tuvieron relaciones sexuales frecuentes.

Chi cuadrado 7.8, $p < 0.05$

5.2. DISCUSIÓN

En la investigación se determinó que el 27.9% de las encuestadas tuvieron un inicio precoz de sus relaciones sexuales consideradas para este fin jóvenes menores de 16 años, la que se relacionó con embarazos no deseados significativamente pues el 47.2% de ellas presentaron embarazos no deseados en comparación con las que presentaron embarazos deseados donde se encuentra solo un 21% de relaciones sexuales precoces. Ello se atribuye a la mayor irresponsabilidad asociada en este grupo de riesgo, ya que por su condición de menor de edad no consideran las consecuencias de tener una relación sexual de riesgo, motivadas generalmente por el deseo sexual presentando muchas de ellas embarazos no deseados. Al respecto contrariamente, García Vega E. 2012. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en mujeres en edad fértil de España observó pocas diferencias entre las prácticas sexuales y la edad de inicio entre hombres y mujeres.(9).- Sin embargo Flores Tejada, Mariel Edith. 2012 en su estudio sobre conocimientos, prácticas sexuales y actitud de los alumnos hacia la sexualidad responsable y embarazo precoz, el mayor porcentaje de Alumnos, refirieron que tener un hijo a temprana edad. (5).- La Rosa Huertas, L. La iniciación sexual de los estudiantes de tercero a quinto de secundaria de colegios nacionales del Cono Sur de Lima 2013 Lima – Perú, encontró que el 23% de estudiantes ya se han iniciado sexualmente, porcentaje similar al encontrado en el estudio. (14).

Al estudiar la calidad de las relaciones sexuales en relación a la protección utilizada para tal fin como es el uso del condón como medio de protección más usado se encontró una asociación significativa entre embarazos no deseados y el no uso de medios de protección como es el condón con 63.9% de relaciones sexuales sin protección en el grupo de embarazos no deseados en comparación con el 28.5% de relaciones sexuales no protegidas en el grupo de embarazos deseados; además se determinó que el 37.9% de las encuestadas presenta relaciones sexuales sin protección. En relación a lo encontrado Gómez Marín A, en su estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en alumnos del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador encuentra que el 56.9% usó algún método anticonceptivo siendo el

preservativo 80,5% el más usado. También Thomas Gavelan E. Opción anticonceptiva y sexualidad en estudiantes del 3ro al 5to año de secundaria del colegio nacional Clorinda Matto de Turner- 2012” encuentra al condón como principal método de protección utilizado en las prácticas sexuales en el 89.3%.

Se evaluó además la condición de no estar utilizando ningún método anticonceptivo y embarazo no deseado, encontrándose que en el grupo de embarazos no deseados existe un 31.9% que no utiliza ningún método anticonceptivo en comparación del 14.5% en el grupo de los embarazos deseados, estas diferencias son significativas, por lo que el no uso de anticonceptivos es un factor de riesgo para embarazos no deseados; se determinó además que el 19.1% de las encuestadas no utiliza ningún método anticonceptivo con periodicidad. Thomas Gavelan E. encuentra en su estudio que el 64% de las adolescentes sexualmente activas usan un método anticonceptivo moderno. (27).- Sonia Casaverde Dammert, Actividad sexual de los estudiantes de quinto de secundaria de la USE 07 del Cono Norte de Lima 2013 Lima – Perú, encontró que la mayoría presenta relaciones sexuales sin protección.

Las relaciones sexuales en estado etílico es también una condición de riesgo para tener embarazos no deseados pues el 37.5% de embarazos no deseados se realizaron en condiciones etílicas mientras que solo el 18% de los embarazos deseados se realizó en esta condición; con diferencias significativas. Además se encontró que existe un 23.2% de prevalencia de relaciones sexuales en estado etílico. García Vega E. 2012 en España, encontró que el consumo de alcohol y la cantidad de parejas sexuales fueron las conductas de riesgo más asociadas con los hombres.(9).- También Mamani Tagle A. Consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Nacional N°72 “San Martín de Porres” UGEL N°03 Magdalena del Mar-Perú. Marzo-diciembre del 2012 encuentra asociación entre prácticas sexuales con consumo de alcohol y el inicio de relaciones sexuales siendo ambas factores de riesgo para embarazo.

La promiscuidad o la condición de tener relaciones sexuales con 2 o más parejas durante un año se asoció significativamente a embarazos no

deseados pues el 55.6% de los embarazos no deseados ocurre en este grupo de riesgo, mientras que solo el 35% de embarazos deseados ocurre en las promiscuas. Ello debido a que a mayor número de parejas sexuales se asocia a mayor número de relaciones sexuales de riesgo, lo que se corrobora en el siguiente análisis. Se determinó que el 40.4% de encuestadas está en condición de promiscuidad.

La frecuencia de relaciones sexuales se asoció significativamente a embarazos no deseados, pues a mayor número de relaciones sexuales mayor riesgo de tener un embarazo no deseado; así lo demuestra el estudio, pues en el grupo de embarazos no deseados existe el 65.3% de frecuencia de relaciones sexuales alta es decir mayor de 3 por mes, mientras que en el grupo de embarazos deseados solo existe 46% de alta frecuencia de relaciones sexuales. Se encontró un 51.1% de encuestadas que tienen relaciones sexuales más de 3 por mes.

5.3. CONCLUSIONES

Con la culminación de esta tesis, llegamos a la conclusión de que existe relación directa entre las prácticas sexuales de riesgo y el embarazo no deseado en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del hospital San Juan de Dios de Pisco; entre las prácticas sexuales de riesgo más comunes tenemos: el inicio precoz de relaciones sexuales, la falta de conocimiento del mecanismo de acción y la condición de no usuaria de métodos anticonceptivos, el uso de bebidas alcohólicas durante las relaciones sexuales, la promiscuidad y la alta frecuencia de relaciones sexuales.

Todas esas prácticas sexuales de riesgo descritas líneas arriba nos da como resultado un alto porcentaje de mujeres que llevan un embarazo no deseado y/o no planificado, muchas de las cuales son adolescentes que posteriormente se convierten en un problema para la sociedad , ya que sus embarazos podrían terminar en un aborto, una muerte materna infantil o con un frustramiento de plan de vida; además que la mayoría de los embarazos están cubiertos por Seguro Integral de Salud para los casos de pobreza y pobreza extrema

Esta investigación, nos deja como resultado una cifra alarmante de mujeres que tienen una vida sexual activa y no utilizan ningún método anticonceptivo o no conocen el correcto uso de los mismos.

5.4. RECOMENDACIONES

1. Mayor presencia de los profesionales de la salud en el ámbito escolar a fin de orientar sobre las consecuencias de tener relaciones sexuales de riesgo y su relación con los embarazos no deseados; ello debe incluir, brindar asistencia profesional a los padres de familia como principales educadores de sus hijos.
2. Educar a las personas sexualmente activas, sobre el uso del condón en forma rutinaria a fin de proteger las relaciones sexuales y evitar embarazos no deseados.
3. Captar a mujeres sexualmente activas a fin de aumentar la cobertura de la utilización de métodos anticonceptivos, en forma periódica, la que debe hacerse por campañas en los colegios, juntas vecinales, comités vaso de leche y otros lugares donde frecuentan este grupo de riesgo.
4. Promover prácticas sexuales saludables, evitando el alcoholismo durante esta práctica, pues, aumenta el riesgo de embarazos no deseados, para ello se debe orientar en salud sexual y reproductiva.
5. Alentar sobre prácticas sexuales monogámicas, puesto que la promiscuidad aumenta el riesgo de embarazos no deseados entre otras desventajas, por lo que la abstinencia o la monogamia son prácticas sexuales recomendadas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Arillo G. “El inicio de vida sexual en mujeres fértiles mexicanas: una aproximación teórica y un análisis de datos de la ENSAR, 2013”. Cuernavaca Morelos, Marzo de 2013.
- 2.- Bahamode S; Mundaca J; Oliveros E; “Relación entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en los alumnos con vida sexual activa” Lima, Perú 2014 p. 5
- 3.- Casaverde S. “Actividad sexual de los adolescentes estudiantes de quinto de secundaria del a USE 07 del Cono Norte de Lima” Lima, Perú 2009 p. 7
- 4.- Díaz L. “Representaciones sociales y prácticas de la sexualidad de un grupo de jóvenes del cantón de esparza”. Costa Rica 2010
- 5.- Flores M. 2012. “Conocimientos, prácticas sexuales y actitud de los alumnos hacia la sexualidad responsable y embarazo precoz”.
- 6.- Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA: Estado de la Población Mundial 2011 7 mil millones de personas su mundo, sus posibilidades 2011 p. 9, 10
- 7.- Fondo de Población de las Naciones Unidas Estado de la Población Mundial 2010. Desde conflictos y crisis hacia la renovación: Generaciones de cambio 2010 p. 10
- 8.- Fondo de Población de las Naciones Unidas Cairo, Cairo +5, Cairo +10, Diez Años, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo p. 9
- 9.- García E. 2012. “Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en mujeres en edad fértil”. International Journal of Psychological Research, vol. 5, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 79-87 Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia
- 10.- Gómez A. “Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en alumnos del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo”, Lima 2011

- 11.- Instituto Nacional de Estadística e Informática Censos Nacionales 2007 XI de Población y VI de Vivienda Segunda Edición Lima, Perú 2008 p. 14
- 12.- Instituto Nacional de Estadística e Informática Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2011 Lima, Perú 2012 p. 14, 15, 16
- 13.- Instituto Nacional de Estadística e Informática Fecundidad adolescente en el Perú: Determinantes e implicancias socio económicas. Investigación a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares Lima 2010 p. 16
- 14.- La Rosa Huertas L. “La iniciación sexual de los estudiantes de tercero a quinto de secundaria de colegios nacionales del Cono Sur de Lima” Lima, Perú 2011 p. 7
- 15.- Ministerio de Salud - Dirección General de Epidemiología Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Epidemia del VIH/SIDA en el Perú Boletín Epidemiológico Mensual Enero 2012 Lima – Perú p. 15
- 16.- Ministerio de Salud - Dirección General de Epidemiología Análisis de la Situación de Salud en el Perú 2010 Lima – Perú p. 15
- 17.- Mamani A. “Consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en alumnos de secundaria de la Institución Educativa Nacional N°72 “San Martín de Porres” UGEL N°03 Magdalena del Mar-Perú. Marzo-diciembre del 2012. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- 18.- Navarro M. “Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en mujeres en edad fértil de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales”. Periodo Junio – Setiembre 2012. Universidad Nacional de San Martín.
- 19.- Organización Mundial de la Salud Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA Situación de la epidemia del Sida 2009 p. 11
- 20.- Organización Panamericana de la Salud La Salud en las Américas 2007 Volumen I Regional 2007 p. 12, 13
- 21.- Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud Derecho Institucional de Adolescentes y Jóvenes 2010 p. 8

- 22.- Organización Panamericana de Salud Pública Desafíos para El Caribe a 10 Años de la Conferencia Internacional sobre la Población y El desarrollo de El Cairo, Egipto. Volumen 15, Número 2 Febrero 2010 p. 9
- 23.- Population Reference Bureau Cuadro de datos de la población mundial <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2010/2010wpds-sp.aspx> p. 10
- 24.- República del Perú Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002 – 2010 Lima 2012 p. 17
- 25.- The Johns Hopkins School of Public Health Population Reports Volumen XXIII, Número 3 2011 p. 7
- 26.- The Johns Hopkins School of Public Health Population Reports Volumen XXVII, Número 2 2011 p. 8
- 27.- Thomas E. “Opción anticonceptiva y sexualidad en adolescentes estudiantes del 3ro al 5to año de secundaria del Colegio Nacional Clorinda Matto de Turner- 2008” Lima, Perú 2008 p. 7
- 28.-World Health Organization Join United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Global report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2012 2012 p. 10
- 29.- World Health Organization Join United Nations Programme on VIH/SIDA (UNAIDS) Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010 2010 p. 10
- 30.- International Agency for Research on Cancer: All Cancers (excluding non-melanoma skin cancer) Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 (http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx).
- 31.- JAIME BOTERO U., ALFONSO JÚBIZ H., GUILLERMO ENAO,; Obstetricia y Ginecología, Texto Integrado; 7ma edición - Págs.- 186-192

ANEXOS

Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Existe relación entre las prácticas sexuales de riesgo y el embarazo no deseado en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco 2015?	Determinar la relación entre las prácticas sexuales de riesgo y el embarazo no deseado en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco 2015	Existe relación entre las prácticas sexuales de riesgo y el embarazo no deseado en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco 2015	Embarazo no deseado	SI NO	Entrevista	Embarazada
¿Cuáles son las prácticas sexuales de riesgo más comunes en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del hospital San Juan de Dios de Pisco 2015?	Conocer cuáles son las prácticas sexuales de riesgo más comunes en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del hospital San Juan de Dios de Pisco 2015	Existe relación entre las prácticas sexuales de riesgo y el embarazo no deseado en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco 2015	Prácticas sexuales de riesgo	-Inicio de relaciones sexuales antes de los 20 años -Relaciones sexuales sin uso de preservativos o sin uso de anticonceptivo oral de emergencia -Uso de cualquier método anticonceptivo -Relaciones sexuales en estado estéril -Relaciones sexuales con más de dos parejas -Relaciones sexuales frecuentes	Entrevista	Embarazada
¿Cuál es la frecuencia de los embarazos no deseados en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco 2015?	Determinar la frecuencia de los embarazos no deseados en las mujeres que acuden a los consultorios de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco 2015					



CUESTIONARIO

1.- Edad.....

2.- Edad de inicio de relaciones sexuales.....

3.- ¿Utiliza condón en todas sus relaciones sexuales?

- Si
- No

4.- ¿Utilizó condón en su relación sexual cuando presentó embarazo?

- Si
- No

5.- Usa algún método anticonceptivo periódicamente

- Si
- No

6.- ¿Estuvo en estado alcohólico en su relación sexual cuando presentó embarazo?

- Si
- No

7.- Número de parejas sexuales en un año

- Uno o dos
- Tres a más

8.-Número de Relaciones Sexuales por mes

- Uno
- Dos
- Mas

9.- ¿Fue deseado su embarazo?

- Si
- No