

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

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



**CONDUCTA SEXUAL EN PACIENTES ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA,
CHACHAPOYAS, 2017.**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora : Bach. Dorlith Santillán Castillo

Asesor : Dr. Policarpio Chauca Valqui

CHACHAPOYAS – PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

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



**CONDUCTA SEXUAL EN PACIENTES ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA,
CHACHAPOYAS, 2017.**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora : Bach. Dorlith Santillán Castillo

Asesor : Dr. Policarpio Chauca Valqui

CHACHAPOYAS – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, quien supo guiarme por el buen camino y brindarme las fuerzas necesarias para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a superar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres, por sus consejos, comprensión, ayuda en los momentos difíciles, y por apoyarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi esposo, por su paciencia y todo el apoyo incondicional que me brindo para concluir mi carrera.

AGRADECIMIENTO

Al Director, y al personal de cada servicio del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, por permitirme el acceso a sus ambientes para la recolección de la información que facilito el desarrollo de la presente investigación.

Al Dr. Policarpio Chauca Valqui, por sus orientaciones constantes y el aporte en este trabajo de investigación como asesor.

A los pacientes que participaron en la encuesta.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Rector

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón

Vicerrector Académico

Dra. Flor Teresa García Huamán

Vicerrectora de Investigación

Dr. Edwin Gonzales Paco

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

Director de la Escuela Profesional de Enfermería

JURADO EVALUADOR DE TESIS

(Resolución de Decanato N° 257-2017-UNTRM/F.C.S)

PRESIDENTE

Dr. Edwin Gonzales Paco

SECRETARIO

Mg. Franz Tito Coronel Zubiato

VOCAL

Mg. Carla María Ordinola Ramírez

VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo **POLICARPIO CHAUCA VALQUI**, identificado con DNI N°25852185, con domicilio legal en Jr. Higos Urco S/N docente auxiliar a tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, asesor de la tesis titulado “CONDUCTA SEXUAL Y PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS – 2017”, presentado por la tesista en enfermería **DORLITH SÁNTILLAN CASTILLO**.

Por lo indicado doy testimonio y **visto bueno**, ya que ha ejecutado la tesis mencionada, por lo que en fe a la verdad firmo al pie para mayor veracidad.

Chachapoyas 11 de febrero del 2019.

.....

POLICARPIO CHAUCA VALQUI

DNI 25852185



ANEXO 3-K

**DECLARACIÓN JURADA DE NO PLAGIO DE TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL**

Yo Dorlith Santillán Castillo
identificado con DNI N° 62174053 Estudiante()/Egresado () de la Escuela Profesional de
Enfermería de la Facultad de:
Ciencias de la Salud
de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autor de la Tesis titulada: Conducta sexual en pacientes atendidos en
el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017"

que presento para
obtener el Título Profesional de: Licenciada en Enfermería

2. La Tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, y para su realización se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La Tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. La Tesis presentada no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. La información presentada es real y no ha sido falsificada, ni duplicada, ni copiada.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo toda responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la Tesis para obtener el Título Profesional, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para la UNTRM en favor de terceros por motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la Tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que la Tesis para obtener el Título Profesional haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones civiles y penales que de mi acción se deriven.

Chachapoyas, 11 de Febrero de 2019

Firma del(a) tesisista



ANEXO 2-S

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE TESIS

Apellidos y Nombres del (los) Alumno(s):

Santillán Castillo Dorlith

Escuela Profesional: Enfermería

Bachiller en: Enfermería

Facultad: Ciencias de la Salud

Asesor: Dr. Policarpo Chauca Valqui

Título de trabajo de Tesis: Conducta Sexual en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.

Email: Friendslore7@hotmail.com

Teléfono: 967 792 697

Domicilio Real: Jr. Sociego Cuadra 05.



CONSENTIMIENTO

Autorizo a través de este medio a la Dirección General de Difusión, Publicación y Transferencia, Dirección General de Biblioteca de la UNTRM, a difundir la versión digital de mi trabajo de Tesis, para su consulta con fines académicos y/o de investigación. Asimismo, manifiesto conocer el reglamento de propiedad intelectual y patentes de la UNTRM: Título VI. De la propiedad intelectual de los estudiantes de la UNTRM.

Chachapoyas, 11 de Febrero de 2019

Firma

D.N.I. N°: 62174053

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicat6ria	i
Agradecimiento	ii
Autoridades	iii
Visto Bueno del Asesor	iv
Hoja de jurado	v
Índice	vi
Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	01
II. OBJETIVOS	07
III. MARCO TEÓRICO	08
IV. MATERIAL Y MÉTODO	31
4.1. Tipo y dise1o de la investigaci6n	32
4.2. Poblaci6n y muestra	33
4.3. M6todos, t6cnicas e instrumentos de recolecci6n de datos	33
4.4. An6lisis de datos	34
V. RESULTADOS	36
VI. DISCUSI6N	40
VII. CONCLUSIONES	42
VIII. RECOMENDACIONES	43
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
X. ANEXOS	48

INDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 01	Conducta sexual en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017.	36
Tabla 02	Conducta sexual según dimensiones, en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas 2017.	37

INDICE DE FIGURAS

Pág.

figura 01	Conducta sexual en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017.	36
figura 02	Conducta sexual según dimensiones, en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas 2017.	38

INDICE DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 01	Operacionalización de variable	49
Anexo 02	Matriz de consistencia	50
Anexo 03	Cuestionario confidencial sobre conducta sexual	51
Anexo 04	Guía del instrumento	54
Anexo 05	Características de pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017	55

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de Determinar la conducta sexual en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2017. El enfoque de estudio fue cuantitativo, de nivel descriptivo; tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico. La muestra estuvo constituido por 169 pacientes. Se utilizó el método hipotético-deductivo. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Confidencias sobre Vida Sexual Activa. Los resultados fueron: del 100% de pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima el 72,2% presenta una conducta sexual de bajo riesgo; el 17,2% de alto riesgo y el 10,7% sin riesgo. Además que el 66,9% (113) son de sexo femenino y el 33,1% (56) corresponde al sexo masculino, así mismo, el 37,9% (64) son solteros(as), el 35,5% (60) son convivientes y el 26,6% (45) son casados(as), al mismo tiempo que el 51,5% (87) han cursado el nivel primario, el 27,2% (46) el nivel secundario y el 21,3% (36) el nivel superior. Por lo tanto, se llega a la conclusión la conducta sexual de los pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima es de bajo riesgo.

Palabras clave: conducta, conducta sexual, vida sexual, salud sexual.

ABSTRACT

The present study was conducted with the objective of determining sexual behavior in patients treated at the Virgen de Fátima Regional Hospital, Chachapoyas - 2017. The study approach was quantitative, descriptive level; Observational, prospective, transversal and analytical type. The sample consisted of 169 patients. The hypothetico-deductive method was used. The instruments used were the Confidentiality Questionnaire on Active Sexual Life. The results were: of 100% of patients seen in the Virgen de Fátima Regional Hospital, 72.2% had a low risk sexual behavior; 17.2% high risk and 10.7% risk free. In addition, 66.9% (113) are female and 33.1% (56) are male, 37.9% (64) are single, 35.5% (60) are cohabiting and 26.6% (45) are married (as), while 51.5% (87) have completed the primary level, 27.2% (46) the secondary level and 21.3% (36) the upper level. Therefore, we conclude that the sexual behavior of the patients seen at the Regional Hospital Virgen de Fátima is low risk.

Keywords: behavior, sexual behavior, sexual life, sexual health.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel internacional, Las conductas sexuales; son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas. Estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales. En su desarrollo contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que se destacan la "sensación de invulnerabilidad" o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los coetáneos con necesidad de conformidad intergrupala, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (corteza prefrontal en desarrollo) y otros como la influencia de la testosterona en hombres, la a sincronía de desarrollo tanto en mujeres. (García, 2015, p. 14).

A nivel mundial, la conducta sexual es la manera de expresar los sentimientos sexuales. Incluye besos, caricias, masturbación, actos sexuales no penetrativos, sexo oral, vaginal y anal, sexo por teléfono, sexting (envío o recepción de mensajes de texto o imágenes con contenido sexual explícito), sexo por chat (con o sin cámara) y sexo virtual. La orientación sexual no está ligada necesariamente a alguna conducta sexual específica; la experimentación con parejas del mismo sexo ocurre en individuos que después se identifican como homosexuales o heterosexuales. La ambigüedad transitoria sobre la orientación sexual o "questioning" es relativamente frecuente en los adolescentes menores. Esto se refleja en las discrepancias entre atracción sexual, conductas y autoidentificación que muestran diversos estudios y refleja que la identidad sexual es un proceso interno y no una reacción a la conducta sexual (Organización Mundial de la Salud).

Las infecciones de transmisión sexual son un problema de salud pública porque causan enfermedades crónicas de alta morbilidad, con un costo elevado para la sociedad. Entre las poblaciones de riesgo se encuentran las trabajadoras sexuales, que sufren de ITS múltiples. El cáncer de cérvix se considera una enfermedad de transmisión sexual (ITS) por su relación con el VPH. La citología Cérvico Vaginal sirve de screening para las ITS y para la detección precoz del cáncer cervical. (Ariza, 2013, p. 34).

Las personas que padecen del ETS no sólo tendrán que soportar un sufrimiento físico, un deterioro orgánico sino que tendrán que soportar el sufrimiento interno y el social como el miedo a la muerte, la segregación, rechazo, etc., sino también la actitud de rechazo muchas veces del mismo personal de salud y la población, por tal motivo el rol de enfermería en la atención de personas con ETS se centra en el apoyo al paciente para ayudarlo a mejorar su calidad de vida y de la adaptación tanto de la persona enferma como de la familia. (Colarte, 2009, p. 45)

En 2006 se produjeron 4,3 millones de nuevas infecciones, de las cuales 2,8 millones (el 65%) corresponden al África subsahariana. Un total de 2,9 millones de personas han fallecido como consecuencia de enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA en 2009. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha advertido hoy de que la epidemia de sida continúa creciendo. Actualmente viven con el VIH alrededor de 39,5 millones de personas en el mundo. Además, alerta de un elevado crecimiento de casos en Europa del este y Asia, donde el número de infectados se ha multiplicado por 20 en los últimos 10 años. Todo este incremento se debe a las malas conductas sexuales, accidentes profesionales entre otros. (Antela, 2004, p. 34)

Las ITS sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora, y que la prestación insuficiente de servicios relacionados con el ITS a los grupos y poblaciones clave como: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, internos en instituciones penales, usuarios de drogas inyectables, trabajadores del sexo y persona transexuales pone en peligro los progresos mundiales. En 20 años de evolución de la enfermedad y con los avances en intervenciones, tratamientos y prevención implementadas y dirigidas para su control, se ha producido en la sociedad un cambio en la manera de enfrentar la ITS como enfermedad y ante quienes la padecen. Lo que directamente incluye a los equipos de salud y por supuesto a los estudiantes de enfermería. (OPS, 2015, p. 47).

Las Facultades de las Ciencias de la Salud hoy en día sientan sus bases en una educación holística, que integra los valores humanos al cuidado y satisface los principios bioéticos establecidos. El pregrado realiza lo posible para que sus egresados logren un control frente a las situaciones de salud más complicadas desde el punto de

vista social, inculcando día a día el cuidar humanizado de esta profesión. Pero estas bases no pueden dejar de lado la naturaleza humana, cada individuo o personal de salud podrá reaccionar de diferentes maneras ante las situaciones que vivirá al enfrentarse, hacia las personas con ETS y porque estas se contagiaron de manera indiscriminada. (OMS, 2015, p. 75).

Según la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA del Ministerio de Salud, la prevalencia del VIH en el Perú es de 0.5%, es catalogada como concentrada (prevalencia en población vulnerable >5%). Es mayor en los hombres que tienen sexo con hombres (10.8%) y en trabajadoras sexuales (0.5%), la prevalencia en gestantes es menor de 0.23% y se han estimado 400 a 700 casos en recién nacidos infectados por año, más de 5000 en la última década. El 80% de todos los casos son hombres y el 20% mujeres. (MINSAL, 2015, p. 23).

La proporción de casos es de una mujer infectada con el virus del VIH por cada tres varones, mientras que el segmento de edad entre 20 y 40 años es el más afectado. Según el Ministerio de Salud (MINSAL), desde los inicios de la epidemia en Perú, en 1983, las autoridades han registrado a 25.822 personas con SIDA y 40.396 con VIH. Las relaciones sexuales siguen siendo la principal vía de transmisión y de contagio, con más del 95% de casos registrados, pese a las campañas de prevención. Son actitudes que se pueden presentar en cualquier momento y su origen debe tener un factor común, centrado en el conocimiento sobre la enfermedad, el acceso a la información es lo que provoca nuestras acciones y reacciones, solo el saber nos lleva a actuar de determinada manera. Por ello creo necesario hacer una conexión entre las actitudes y conducta del paciente con VIH/SIDA y su conocimiento acerca de la infección por VIH. (INFOSIDA, 2015, p. 28)

La ansiedad, depresión e insomnio son los motivos más comunes e incidentes en los pacientes con el ITS por motivos de la discriminación hasta por el mismo personal de salud, por lo que es necesario poder diferenciar entre síntomas y posibles afecciones que otras enfermedades relacionadas con VIH/SIDA. Por ello es necesario un diagnóstico certero de la infección o trastorno para identificar la causa y evitar la

contraposición de los tratamientos específicos con las drogas antivirales que en algunos casos se utilizan. (Canales & Frank, 2012, p. 52).

Por otro lado, la actitud y conducta de los pacientes con ITS y VIH/SIDA está determinado de acuerdo al estatus educacional, socioeconómico y cultural; reflejada con énfasis en la educación superior y que es percibida cada vez más como un factor clave para el desarrollo social y económico de un país. Ello no es de extrañar al considerar que en la sociedad del último cuarto del siglo XX y de inicios del siglo XXI, la actitud y el conocimiento desempeña un papel trascendental como propulsor de la economía y factor fundamental del cambio social. (Sánchez, 2009, p. 42).

Para la mayoría de los jóvenes la iniciación sexual se produce entre los trece y los diecinueve años. En varios países se han hecho estimaciones sobre las experiencias sexuales de los jóvenes: a los 15 años ya han mantenido relaciones sexuales el 53% de los jóvenes de Groenlandia, el 38% de los daneses y el 69% de los suecos. A los 18/19 años son sexualmente activos el 54,1% de los jóvenes de los Estados Unidos de Norteamérica, el 31% de los de la República Dominicana, el 66,5% de los de Nueva Zelanda y el 51,6% de los de Australia. La edad de iniciación se ha estimado en 17 años, por término medio, en Inglaterra, mientras que en los Estados Unidos de Norteamérica la media es de 15,95, de 16,8 en Suecia. En el Perú el término medio de la iniciación de las relaciones sexuales es a los 14.3 años. Por consiguiente, la mayoría de los jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales antes de cumplir los veinte, y la mitad, al menos, en torno a los 16. La utilización de anticonceptivos y la prevención de las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) varían, de acuerdo con la información disponible, según la edad de la iniciación sexual. (García, 2013, p. 62).

Diversos autores parten del hecho que los adolescentes, lejos de sentir temor ante las relaciones sexuales, las asumen como una necesidad a satisfacer en sus vidas. Sobre este punto nos parece ilustrativo lo señalado que “La actividad sexual en los adolescentes se ha convertido en una norma; la mayoría considera que es necesario realizarla “como si fuera una moda”, y así tratan de buscar aceptación del grupo”. (León & Cossio, 2013, p. 34).

Se ha señalado que la mayor liberalidad en las relaciones sexuales, el inicio sexual más temprano y el incremento del comportamiento riesgoso ocurridos en las últimas décadas se ha asociado positivamente con el aumento de los embarazos en adolescentes. De todo el espectro de la sexualidad humana, orientamos nuestro interés por el comportamiento sexual, principalmente porque esta dimensión está muy vinculada con muchos riesgos, por ejemplo, los embarazos no deseados (END), infecciones sexualmente transmitidas (ITS), incluyendo VIH/SIDA, y el aborto. (MINSA, 2013, p. 39).

Los adultos destacan por poseer un alto nivel de competencia en diferentes áreas ya sea intelectual, emocional, con motivación al logro, autoestima, auto concepto, autonomía e independencia es por ello que la emergencia en estas etapas, significarían plantear un nuevo panorama de actitudes positivas hacia las personas con VIH/SIDA debido a las nuevas necesidades y destrezas que lleva a los adultos a ponerse a prueba frente a situaciones diversas. (Mayer, 2006, p. 14).

Amazonas ocupa el 16^{avo} lugar en el país respecto al número de casos de SIDA y ETS acumulados para el periodo 1983 - 2012. Se ha notificado al sistema de vigilancia epidemiológica hasta diciembre de 2012: 201 casos de SIDA y 167 casos de VIH. El 37.3 % de los casos de SIDA proceden de la provincia de Bagua, 29.4% de Condorcanqui, 17.4% de Utcubamba y el 11.9% de Chachapoyas. Respecto a los casos de VIH, el 32.3 % procede de Bagua, 26.3% de Utcubamba, 18.6% de Chachapoyas y 16.8% de Condorcanqui, siendo las más vulnerables las Comunidades nativas que viven en el departamento de Amazonas (MINSA, 2013, p. 146).

Durante el tiempo de prácticas en el Hospital Regional Virgen de Fátima se ha identificado que en la actualidad existen 298 casos de personas que padecen ITS. Los mismos que indicaron que se contagiaron debido a las conductas sexuales que poseían, de los cuales sólo 94 reciben tratamiento siendo atendidos por el personal de salud asistencial, a todos los casos de Infecciones de Transmisión Sexual se les ha considerado una epidemia de índole propio, es aquí donde el personal de salud que los atiende refieren que se exponen al riesgo y pueden fácilmente contraer la enfermedad, además se observa que muchos de los profesionales de la salud muestran actitudes negativas hacia estas personas como: indiferencia, odio, rechazo, discriminación,

pérdida de afecto, falta de contacto con sus parejas, falsos criterios que podrían contagiarse y llegar a morir.

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

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

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la conducta sexual en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2017.

Objetivos específicos

- Identificar la conducta sexual en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima.
- Caracterizar a la población sujeta de estudio

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes de la investigación

Rodríguez, C. (2012). México. El objetivo de estudio es determinar en qué medida los/as jóvenes llevan a cabo conductas sexuales saludables, y comprobar que variables se relacionan con la utilización del preservativo masculino. Los resultados muestran que más de la mitad de los participantes ha tenido al menos, una relación sexual completa sin existir diferencias de género. El preservativo masculino es el anti - conceptivo más utilizado. Las variables que correlacionan con la utilización del mismo para las chicas son: número de parejas; utilización de métodos anticonceptivos; utilización de la píldora; frecuencia de las relaciones sexuales y consideración de las mismas. Para los chicos son: número de parejas; utilización de la píldora; utilización de otros métodos anticonceptivos y con -sideración de las relaciones sexuales.

Janet. (2015). Trujillo. En su estudio: nivel de autoestima y su relación con el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes mujeres del colegio n° 81002 Javier Heraud – Trujillo. 2014. Sus resultados fueron: Se encontró que el 64.6% de las adolescentes presentaron nivel de autoestima alto. El grado de comportamiento sexual de riesgo fue bajo en el 83.1% de las adolescentes y alto en el 16.9%. Los indicadores del comportamiento sexual de riesgo fueron: inicio coital (21.5%), promiscuidad (4.6%) y no uso del preservativo (7.7%). En conclusión, el grado de comportamiento sexual de riesgo entre las adolescentes mujeres del colegio N° 81002 Javier Heraud - Trujillo. 2014 fue bajo en el 83.1% y alto en el 16.9%.

Canales, Y., y Frank, M. (2012). Tarapoto. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo Determinar la Actitud del Personal de Salud Profesional Asistencial hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto - 2011”. Los resultados que se alcanzaron demuestran que: el 57.8% muestra una actitud de miedo a infectarse por la atención de la persona viviendo con el VIH/SIDA; el 48.9% rechazaría a una persona viviendo con el VIH/SIDA; el 35.6% del personal de salud profesional asistencial le negaría la atención; el 33.3% tiene la predisposición a sentir asco hacia una persona

viviendo con el VIH/SIDA; que el 51.1% tiene la predisposición a faltar a la confidencialidad sobre la condición de una persona viviendo con el VIH/SIDA; el 48.9% tiene la predisposición de exagerar las medidas de bioseguridad durante la atención a las personas viviendo con el VIH/SIDA; y finalmente que la hipótesis de trabajo se confirma, ya que el 51.1% del personal de salud profesional asistencial muestra una actitud desfavorable hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA.

Paz, A. (2015). Chachapoyas. En su estudio: consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas 2014. Sus resultados fueron: Que del 100% de los adolescentes evaluados, el 75.0% tuvo conductas sexuales de bajo riesgo, esto se debe a que los adolescentes optan por conductas sexuales seguras sin comprometer su salud sexual o de la otra persona, el 22.7% tuvo conductas sexuales de mediano riesgo y el 2.3% presentó conductas de alto riesgo. En conclusión, la mayoría de los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, presentan conductas sexuales de bajo riesgo.

Valqui, (2015). Chachapoyas. En este estudio: “relación entre funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería, universidad Nacional Toribio rodríguez de Mendoza, Chachapoyas- 2013”. Sus resultados evidencian que el 100% (46) de los estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería, dentro de las conductas sexuales de bajo riesgo el 10.9% (5) proviene de familias funcionales, el 23,9% (11) de familias moderadamente funcionales y el 8.7 % (4) de familias con disfuncionalidad; mientras que dentro de las conductas sexuales de mediano riesgo el 26,1 % (12) proviene de familias funcionales, el 23.9% (11) de familias moderadamente funcionales, el 2,2 % (1) de familias con disfuncionalidad y finalmente el 4.3% (2) presentan conductas sexuales de alto riesgo y pertenecen a familias funcionales; concluyendo que no existe relación estadística entre el funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo de los estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería.

3.2 Bases teóricas

A. Conducta Sexual Humana

A.1. Definición:

La conducta sexual o comportamiento sexual humano reagrupa todos los mecanismos del comportamiento reproductor humano y todos los comportamientos eróticos. En resumen, el comportamiento sexual humano es a la vez la necesidad de dar a luz para la supervivencia de la especie y de la búsqueda del placer. (Martín y Reyes, 2003, p.45).

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

La OPS y la OMS proponen que el comportamiento o la conducta sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente, operacionalmente es como el “comportamiento que conduce al orgasmo”, lo que supuestamente lo diferenciaba de los componentes subjetivos de la sexualidad y permitía una dimensionalización precisa: masturbación, sueños sexuales, caricias, coito, actividades homosexuales y contactos animales. Esta definición clásica es asumida desde una visión cognitiva - conductual contemporánea como “cualquier conducta cuya consecuencia sea la obtención de las respuestas autonómicas de excitación u orgasmo”. (Martín y Reyes, 2012, p.45).

Siguiendo el *Diccionario de Cultura Sexual* (2011), vemos que lo erótico puede concebirse como “aquello relativo al estímulo del deseo o tendiente al placer sexual” y el orgasmo como “la etapa más intensa (clímax) de la excitación sexual acompañada de sensaciones en extremo placenteras”.

Considerando estas conexiones, concluimos señalando que tanto la definición contemporánea, como la tradicional relevan el vínculo entre comportamiento sexual y obtención de placer.

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

A.2.1. Inicio sexual.

Cada vez es mayor el número de adolescentes iniciados sexualmente, con fuerte influencia de variables psicológicas y demográficas. Entre las variables asociadas al inicio sexual se tienen: género, escolaridad, año escolar, comportamientos de riesgo, religión, el grupo de pares, la vida familiar, el estatus marital y la habitabilidad. (Martín y Reyes, 2012, p.45).

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

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

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

Comportamientos de riesgo asociados. El inicio sexual se ha asociado con la tenencia de pareja, la existencia de un amigo consumidor de drogas y ver televisión más de cuatro horas al día. (Fernández, 2014, p. 34).

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

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

Vida familiar. En un estudio los adolescentes limeños sexualmente iniciados mayoritariamente mostraron un pobre vínculo familiar, contrario al vínculo familiar estrecho de la mayoría de los no iniciados: de los adolescentes sexualmente iniciados, 60.15% presentaron un pobre vínculo familiar, manteniéndose mayor la proporción ante los de vínculo familiar estrecho en varones (58%) y mujeres (42%). Esto es similar a lo reportado en revisiones de estudios en diversos países donde señala que se ha constatado que mientras más joven haya sido el inicio sexual de una madre adolescentes, muy probablemente su hija se iniciará sexualmente a una edad temprana similar.

Por otro lado, se reporta un estudio en adolescentes americanos de descendencia asiática en donde el nivel percibido de atractivo físico y el éxito en relaciones románticas formales predicen con mayor éxito el comportamiento sexual que los factores familiares. (Fernández, 2014, p. 34).

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

incremento del riesgo sexual más que el tipo de familia en la cual se desarrollan los adolescentes. (Kornblit, 2010, p. 39)

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

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

Motivos para el inicio sexual. Los motivos son un elemento importante en el inicio sexual ya que reflejan la existencia de planificación y libre voluntad, se señalan que entre adolescentes españoles el principal motivo para iniciarse sexualmente sería el deseo y luego el enamoramiento; lo que estaría en contra de la opinión pública tradicional reflejada en el hallazgo de un estudio con adolescentes cubanos en donde el 72.5% de los varones y el 90.3% de las mujeres consideran que el momento ideal para iniciar las relaciones sexuales es cuando ambos miembros de la pareja lo desean y se conocen bien. En nuestra realidad el tema de los motivos toma un matiz preocupante ya que se ha hallado que la primera relación sexual de los varones fue realizada voluntariamente en el 98% de los casos, pero esto sólo ocurrió en el 59% de los casos en mujeres ha informado un estudio con mujeres jóvenes con pareja y sexualmente activas de un distrito popular de Lima Metropolitana donde sólo el 23.7% reportó haber planificado su inicio sexual. (Kornblit, 2010, p. 82)

Abuso, coerción, maltrato y otras formas de violencia. En un estudio se ha determinado que una quinta parte de las mujeres adolescentes argentinas se habrían iniciado sexualmente por coerción psicológica o bajo la amenaza o el uso de la fuerza física; esta coerción sería más frecuente cuando edad y nivel educativo son menores, mayor es la diferencia de edad

con la pareja (el perpetrador), cuando existe un vínculo de autoridad o parentesco y cuando tienen un bajo compromiso afectivo.

Reacciones ante el inicio sexual. Reportan que la primera experiencia sexual fue descrita como: (Maldonado, 2012, p. 28)

- Algo inesperado: Figura común entre los adolescentes más jóvenes.
- Algo no anticipado pero que no resultó traumático: Se reconoce que siempre hubo señales del advenimiento de las relaciones sexuales en cualquier momento.
- Algo anticipado, pero no deseado: En estos casos, las negociaciones sobre el sexo fueron muy limitadas, en caso de haber habido. Posteriormente, las mujeres parecieran expresar ambivalencia sobre lo ocurrido.
- Algo planificado: Estos adolescentes son mayores y tienen una relación estable. Para ellos, el sexo es un paso lógico en el desarrollo de su relación.

2.2. Edad del inicio sexual.

Los estudios extranjeros y nacionales reportan que cada vez es más baja la edad del inicio sexual y, similarmente que, en la frecuencia, se aprecian claras diferencias por género (menor edad en varones y mayor en mujeres) y consistencia con los indicadores demográficos nacionales. La edad de inicio sexual ha mostrado asociación con tipo de centro y año académico, grupo etareo y grupo étnico. Cabe señalar que en algunos estudios se ha informado edades muy tempranas de inicio sexual, como los 9 ó 10 años, lo que podría deberse o bien a un grupo particularmente precoz en su actividad sexual o bien al falseamiento de datos que puede ocurrir con la técnica de cuestionario. (Maldonado, 2012, p.39)

Tipo de centro y año académico: Se ha hallado en estudiantes universitarios colombianos que la edad de inicio sexual variaría según el tipo de centro ($p < 0.000$) y el nivel académico: más bajo en primeros semestres.

Grupo etareo. Los grupos menores mostrarían una menor edad de inicio. Se reportó que la edad más frecuente de la primera relación sexual fue entre los 14 y 17 años en adolescentes varones (79%), mujeres adolescentes (85.0%) y jóvenes varones (62%) y de 18-21 en mujeres jóvenes (47.6%). Además, se hallaron que la mediana de la edad del primer encuentro sexual de mujeres británicas entre los 55 y 59 años de edad fue los 21 años, en tanto para mujeres entre los 16 y 19 años, fue los 17; en el caso de los varones, los mayores señalaron los 20 años y los menores, los 17.

Etnia. El grupo étnico de pertenencia determinaría diferencias en la edad de inicio sexual. En los EE.UU., Michael *et. al.* (1994, en Heaven, 2001) halló que a los 15 años la mitad de adolescentes afro-americanos se habría iniciado sexualmente, que entre los hispano-americanos esta proporción correspondería a los 16.5 años y en adolescentes blancos, 17 años; en el caso de las mujeres afro-americanas, hispanas y blancas, las edades fueron los 17, 18 y 18 años, respectivamente.

2.3. Experiencia sexual.

En términos generales, existen dos grupos de hallazgos: la frecuencia del coito luego del inicio sexual o bien disminuye o bien se incrementa. La experiencia sexual se vincula con variables como las siguientes: género, escolaridad, asertividad, obediencia, locus de control, estereotipia de género, actitudes y autoeficacia. (Martín & Reyes, 2003, p.45).

Género. Si bien los varones tienden a iniciarse sexualmente en mayor número, las mujeres iniciadas suelen tener relaciones con más frecuencia ya que estas ocurren con parejas estables, en tanto en los varones sucedería con parejas ocasionales, lo que siempre es menos frecuente.

Escolaridad. Se halló que el número de adolescentes de educación diurna que continuaron teniendo sexo luego de la primera vez es casi nulo pero

que casi el 30% de adolescentes de educación nocturna y desertores manifestó si continuar teniéndolo.

Asertividad. Los jóvenes que tienen relaciones sexuales y usan MAC han mostrado mayor nivel de asertividad que quienes no los usan.

Obediencia. Se halló que, en un modelo de regresión logística para predecir la tenencia de relaciones, la mayor intensidad en el rasgo obediencia jugaba un rol clave junto a características demográficas.

Locus de control. Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales poseen un mejor control que aquellos que sí las tienen.

Estereotipia de género. Luego de una amplia exploración de prácticas, conocimientos y actitudes, señala que las relaciones sexuales, y en general toda actividad sexual se desarrollaría en una subcultura machista, rica en estereotipos de género, que promueven las prácticas de riesgo entre adolescentes, principalmente varones. (Martín y Reyes, 2012, p. 45).

Actitudes y comportamiento. No se halló diferencias significativas en el comportamiento sexual ni en función a las actitudes (favorables o desfavorables) ni en función a la interacción actitudes-género.

Contrariamente, en adolescentes españoles se ha hallado que las actitudes hacia los MAC serían negativas, contribuyendo a que se presenten comportamientos de riesgo, con relación a esto, en adolescentes limeños las actitudes sexuales contemplan posibles disposiciones a favor de comportamientos de riesgo.

Autoeficacia. Se halló que las mujeres que logran negociar sexualmente con sus parejas muestran una buena autoeficacia, sobre esto, el 62.6% de su muestra reportó tener mucha influencia en la decisión de usar algún método anticonceptivo; en tanto se informa que el uso de condón y las relaciones casuales en adolescentes varones españoles se asoció con su autoeficacia.

Parejas sexuales y turismo sexual. En un estudio con jóvenes “bricheros”, observó que la media del número de parejas en los últimos tres meses fue 3 en tanto la media del número de parejas extranjeras en los 12 meses previos fue 6.3; además el 49,7% tuvieron parejas peruanas y extranjeras, y un 43,9% sólo tuvieron parejas extranjeras. (Mayer, 2006, p.45)

2.4. Tipología según prácticas sexuales.

La elaboración de tipologías es una estrategia que permite optimizar el análisis de resultados en cuanto al riesgo sexual y reproductivo, además que da relevancia a las prácticas no coitales como componente del comportamiento sexual. Hemos podido recopilar dos formas de establecer tipologías: según experiencia sexual y según prácticas comunes. (Moser y Simioni, 2010, p.58).

Según experiencia sexual. Analizan sus resultados a partir de una tipología basada en la experiencia sexual, preestablecida conceptualmente y establecida por las respuestas de los encuestados a preguntas ad-hoc:

- Retardadores (“delayers”): No se han iniciado sexualmente y no anticipan su inicio sexual en el lapso de un año.
- Anticipadores (“anticipators”): No se han iniciado sexualmente, pero si anticipan su inicio sexual en el lapso de un año.
- Individuales (“singles”): Tienen experiencia sexual con una sola pareja.
- Múltiples (“multiples”): Tienen experiencia sexual con dos o más parejas.

Según prácticas comunes. La elaboración de tipologías también se ha conseguido mediante procedimientos estadísticos en los que no se establecieron grupos previamente sino más bien se formaron a partir de la similitud de las características medidas. Oliva, Serra y Vallejo (1997) sometieron a un análisis multivariado las respuestas brindadas por jóvenes españoles de la Comunidad Autónoma Andaluza hallando a posteriori cinco grupos homogéneos entre sí y diferentes a los demás en una serie de rasgos evaluados: (Moser y Simioni, 2010, p. 60)

Clase 1 (“Modernos sexo positivo”): Mayormente jóvenes varones con un elevado nivel de estudios y altas expectativas de futuro. Tienen una amplia experiencia sexual, incluyendo prácticas buco-genitales. Son practicantes usuales y satisfechos de la masturbación. Su primer coito fue con una amiga a iniciativa de ellos y les resultó satisfactorio. Usan preservativos frecuentemente y rara vez recurren al “coitos interruptus”, lo que se condice con su alta asertividad contraceptivo y su declaración de no tener problemas para conseguir MAC.

Clase 2 (“Tradicionales estereotipados”): También está compuesta mayormente por varones, pero de menor nivel educativo. Comparte con la clase anterior la experiencia y la edad de inicio sexual. Tienen una alta iniciativa sexual, no necesitan querer a una persona para sostener relaciones con ella y valoran en demasía la penetración en el coito. Usan condón ocasionalmente, siendo más popular el “coitus interruptus”, lo que es consistente con su actitud negativa hacia los MAC y sus bajas autoeficacia y asertividad contraceptiva, además de su bajo conocimiento en materia sexual, mayormente obtenido por medio de amigos. (Ubillos, Mayordomo, y Páez, 2010, p.76).

Clase 3 (“Tradicionales estereotipadas”): Compuesta mayormente por mujeres jóvenes (15-16 años) que se consideran religiosas practicantes. Mantuvieron su primer coito con su pareja, que fue quien tuvo la iniciativa, experiencia que les resultó desagradable y les generó sentimientos de culpa, lo que se mantiene hasta el momento. Rechazan sus propios impulsos eróticos y valoran poco el coito. Practican con frecuencia el “coitos interruptus” y usan muy esporádicamente algún MAC. Poseerían una escasa asertividad contraceptivo y consideran tener altas posibilidades de quedar embarazadas.

Clase 4 (“Temerosos / Temerosas”): En su composición predominan ligeramente las mujeres frente a los varones. El rasgo común es que no contestaron muchas preguntas sobre prácticas sexuales o que contestaron

que no las han realizado. Mantienen relaciones sexuales con sus parejas y necesitan un vínculo afectivo para tenerlas. Tienen una baja aceptación de sus impulsos sexuales y escasos conocimientos sobre sexualidad. A pesar de su baja asertividad tienen una alta eficacia contraceptiva y no suelen practicar el “coitus interruptus”. (Zárate, 2003, p.54).

Clase 5 (“Modernas informadas”): Mayormente mujeres que se declaran buenas estudiantes, alumnas o exalumnas de colegios religiosos. Su primer coito fue placentero, planificado, por lo que usaron preservativos, y con su pareja. Comparten la iniciativa sexual con su pareja. Tienen una actitud favorable hacia los MAC y de su uso frecuente surge una alta eficacia contraceptiva. Consideran poco probable un END y usan poco el “coitus interruptus”.

A.2. Comportamiento sexual no coital.

a. Fantasías y deseos.

Son formas de activación y excitación sexual internas que se procesan mediante el pensamiento, o sea, mediante una “secuencia de procesos mentales de carácter simbólico”. Las fantasías y deseos en adolescentes son muestra de la madurez alcanzada en el desarrollo sexual y reflejan lo aprendido en el entorno social; por ello es necesario que la educación sexual conlleve a su explicación y entendimiento, más aún si reconocemos que son elementos clave en una vida de pareja satisfactoria y una actividad sexual responsable y saludable; cabe añadir que las fantasías y deseos no requieren el contacto cercano con otra persona, incluso pueden darse con personas imaginarias o con seres no-humanos. (Zárate, 2003, p.54).

b. Caricias.

Las caricias íntimas fueron reportadas por el 31.1% y el 29.2% de adolescentes argentinos varones y mujeres de enseñanza media. El intercambio de caricias es una forma común de obtener placer sin recurrir al coito, sus formas básicas son los besos, abrazos y tocamientos. (Zárate, 2003, p.56).

Podemos señalar tres formas especiales de caricias:

- **Beso:** Es una caricia de intimidad especial según la mirada tradicional, y efectivamente siempre su práctica resalta el ideal del amor romántico, empero actualmente es también una práctica común fuera de relaciones estables en adolescentes y jóvenes a modo de intercambio sexual corto y clandestino, p. e. “vacilones” y “agarres”. El beso tiene una gran capacidad de excitación sexual, considerándose una experiencia anticipada del acto sexual. (Arnao & Cabezudo, 2011, p.84).

- Se señala que el 31.7% de varones y el 31.6% de mujeres de un grupo de adolescentes argentinos reportó los besos como experiencias ya tenidas. En una muestra similar española Mesa, hallaron que, a los 16 años, el 100% de los varones y el 92.2% de las mujeres habría experimentado un beso en los labios. Además, se informó que el 83.9% de adolescentes y jóvenes encuestados afirmó haber tenido besos alguna vez (80.6% adolescentes varones, 72.2% adolescentes mujeres; 94.2% adultos jóvenes varones, 88.6% adultos jóvenes mujeres), además señala que el 49.0% habría tenido un “agarre” con otra persona (56% adolescentes varones, 22.5% adolescentes mujeres; 69.5% adultos jóvenes varones, 47.5% adultos jóvenes mujeres).

- **“Necking”:** Hace referencia a las caricias alrededor del cuello, una de las zonas más erógenas del cuerpo humano.

- **“Petting”:** Comprende las caricias que se extienden por todo el cuerpo, con exclusión del coito. (Zárate, 2003, p.54).

- **Masturbación:** Consiste en el tocamiento suave de los genitales propios o de la pareja de manera prolongada hasta alcanzar sensaciones de placer e incluso el orgasmo.

Un estudio en estudiantes adolescentes españoles reporta que a los 16 años la totalidad de varones se habría masturbado, mientras que sólo el 72.3 de mujeres ($p < 0.001$); además, sería un 46.2% quienes la reportan como una práctica común.

c. Atracción y búsqueda de pareja.

Las personas buscan pareja con la finalidad de conseguir a alguien con quien experimentar su sexualidad, no sólo lo referido al coito sino también en cuanto a lo afectivo, por ejemplo, la búsqueda de comprensión y la conformación de una familia. (Sánchez, 2009, p.32)

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

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

d. Coito.

El coito se define como el “acto sexual en el cual el pene es introducido en la vagina” y tiene su caracterización más relevante en el ciclo de la respuesta sexual humana, proceso que explica la respuesta de un organismo frente al estímulo sexual. (Sánchez, 2009, p.32).

A.3. Comportamiento sexual de riesgo

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

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

consumido alcohol y/o drogas no habría sostenido algún tipo de práctica sexual. (Sánchez, 2009, p.32).

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

Prácticas de riesgo y experiencia sexual. Los adolescentes y jóvenes no iniciados que anticipan su inicio sexual mostrarían mayor número de comportamientos y factores de riesgo frente al grupo que no lo anticipa; por otro lado, los adolescentes experimentados con dos o más parejas sexuales se caracterizan por un mayor número de comportamientos y factores de riesgo frente a los que han tenido una sola pareja sexual. (Maldonado, 2012, p.64)

Prácticas sexuales de riesgo según sexo. Se halló en estudiantes universitarios limeños que los comportamientos de riesgo más frecuentes en varones fueron tener relaciones sexuales (si se diera la situación) con personas recientemente conocidas (50%), no utilizar preservativo en sus encuentros sexuales (41%), tener relaciones sexuales aún durante la menstruación (32%) y cambiar con frecuencia de pareja sexual (27%); las mujeres mostraron como conductas riesgosas la falta de uso de preservativo por parte de su pareja (47.83%) y tener relaciones sexuales aún durante la menstruación (17.39%). (Maldonado, 2012, p.64)

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

que, al VIH, lo que coincidiría con lo hallado en varones mexicanos de clase media.

Familia y percepción del riesgo. En un estudio con adolescentes cubanos se hallaron que el 67.7% de los chicos y el 78.1% de las chicas advierten riesgos para la salud de la muchacha, ante un embarazo en la adolescencia; percibiendo el 63.3% de los varones y el 78.1% de las mujeres el aborto como riesgoso para la salud; estas diferencias se deberían a una "educación" y comunicación familiar diferenciada por género. (Maldonado, 2012, p.64)

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

Infidelidad y multiplicidad de parejas. Se halló en estudiantes universitarios portorriqueños que casi la tercera parte de los hombres y la quinta parte de las mujeres que estaban en una relación de pareja estable reportó haber tenido relaciones sexuales con otra persona. Además, se halló que en jóvenes varones de Iquitos habría apertura hacia prácticas sexuales fuera de la pareja y arraigo del "maperismo" (intercambio temporal de sexo por dinero, usualmente entre un gay adinerado y hombre de baja condición económica), lo que se reflejaría en la incidencia de infección por VIH. (Infante, et al, 2013, p.32).

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

Uso de Métodos anticonceptivos (MAC): Existen resultados diversos y hasta contradictorios sobre la frecuencia de uso de MAC. El uso en la primera relación sexual y en las posteriores es relativamente alto en algunos estudios extranjeros; p.e. el 82% de adolescentes argentinos de enseñanza media encuestados manifestaron haber empleado algún método anticonceptivo en su primera relación, más frecuentemente el preservativo, resultados similares a los en adolescentes españoles añadiendo que el uso en relaciones posteriores también fue alto. (Infante, et al, 2013, p. 32).

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

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

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

“nunca” usó el condón o fueron “más las veces que no” lo hizo. (Infante, et al, 2013, p. 47)

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

Tipos de MAC: Estudios nacionales y extranjeros determinan que el método anticonceptivo más frecuentemente usado, en la primera relación y posteriores, es el preservativo masculino o condón además que sería el más conocido; hubo variaciones según género, tipo de pareja y la frecuencia de la actividad sexual. (Fernández, 2014, p. 56).

Determinantes del uso de MAC: A partir de un análisis de regresión logística mostraron que los adolescentes mexicanos de sexo masculino, los de mayor escolaridad, quienes poseían información de algún MAC y aquellos que inician su actividad sexual a una edad mayor tuvieron más probabilidad de usar MAC en su primera relación. Un aspecto que determina el uso o no-uso del condón es el tipo de pareja, p.e. hallaron que el 24.6% de varones mexicanos informó haber usado condón en su última relación sexual, pero con diferencias según el tipo de pareja sexual femenina en el último año, 18.8% con parejas regulares y 62.5% con parejas múltiples. Contrariamente se halló en adolescentes españoles una mayor asociación entre uso de condón y parejas estables, en detrimento del uso con parejas casuales, además, manteniéndose constante la variable

pareja estable, el uso de condón en varones se asocia con variables personales, como autoeficacia, y en mujeres con variables del contexto, como influencia de pares y pareja. Así mismo se halló que el motivo más frecuente para no usar MAC entre adolescentes cubanos varones fue, en orden decreciente, que afectan la sensación sexual, que no sería su regresión múltiple, que en función al género resultaron significativamente diferentes el uso de condón en la primera experiencia ($p < 0.01$) y el uso de condón “siempre” en sus experiencias heterosexuales ($p < 0.01$); en función al grupo etario sólo el uso de condón en la primera experiencia ($p < 0.01$); además, al analizar la interacción género-grupo etario, se halló diferencias en el uso de condón en la primera experiencia heterosexual ($p < 0.05$).

Motivos para el uso / no-uso de condón. En estudios nacionales y extranjeros se determina que las principales creencias para no usar condón o preservativo son que afectarían la sensación de placer, representar falta de confianza hacia la pareja y, en caso de varones, no ser responsabilidad suya, estos dos últimos motivos reflejan la fuerte influencia de los estereotipos de género. Por otro lado, el motivo para utilizar condón mayormente declarado por adolescentes es la prevención del embarazo y luego, con relativa distancia, el cuidado ante las ITS-SIDA; lo que se refuerza ante el hecho que cuando aumenta la frecuencia de las relaciones sexuales, el preservativo masculino es reemplazado por otros métodos como la píldora. (Fernández, 2014, p. 56).

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

A.5. Respuesta sexual humana (RSH).

Son los cambios que experimenta el organismo durante el coito con la finalidad de poner al pene en disposición de penetrar en la vagina, poner la vagina en disposición de recibir el pene y expulsar el esperma cuando el

pene está en la posición más favorable para fertilizar el óvulo. (Colarte, 2009, p.45).

El conocimiento principal de las fases del coito proviene del trabajo realizado por Masters y Johnson en la década de 1960; los autores que estudiaron posteriormente la RSH han complementado la propuesta ya conocida o han propuesto modelos paralelos, destacando el de Helen Kaplan. (Cáceres, et al, 2012, p.65)

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

a. Deseo. Aquí confluyen aspectos biológicos, psicológicos y culturales (León, 2000). Lo biológico está en el instinto de perpetuar la especie. Lo psicológico, en la atracción afectiva diferencial hacia una u otra persona. Lo sociocultural, en las normas y valores que regulan la iniciación de deseo como fase del coito.

b. Excitación. Ocurre la acumulación de energía erótica debido a cambios orgánicos que preparan a los órganos sexuales para la penetración: en el varón se produce la erección peneana y en la mujer, la lubricación vaginal (León, 2000). También podemos definirla como el reflejo condicionado por el cual la exposición a determinados estímulos condicionados produce en el sujeto la respondiente condicionada de excitación

c. Meseta. Estado avanzado y estable de excitación que predispone al organismo para el orgasmo y en donde los órganos sexuales incrementan su caudal de sangre y la tensión muscular se hace más intensa. (Cáceres, et al, 2012, p.65)

d. Orgasmo. Experimentación del máximo placer durante la relación coital, (“el momento culminante del placer sexual”, en el hombre se produciría al momento de la eyaculación (apenas segundos) y en la mujer sigue un curso diverso, requiriendo intimidad más que conmoción como

en el caso de los varones. Podemos añadir que correspondería al reflejo incondicionado cuyo estímulo incondicionado es la intensidad de las sensaciones asociadas a la excitación capaz de alcanzar el umbral para producir la eyaculación. (Cáceres, et al, 2012, p.65)

e. Resolución. El organismo pasa de un estado tensional a un estado de reposo (León, 2000) o de relajación incondicionada (Pittaluga & Quintana, 2000). Entre orgasmo y resolución en varones ocurre el periodo refractario, tiempo requerido por el organismo para recuperar las condiciones para nuevos contactos genitales.

B. Infecciones de Transmisión Sexual.

B.1. Definición.

La Organización Mundial de la Salud ha cambiado recientemente la nominación de Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS) por Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) por considerar que el término enfermedad es inapropiado para las infecciones que no producen manifestaciones, las cuales son la que se presentan con mayor frecuencia especialmente en mujeres. Son un conjunto de enfermedades infecciosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión: de persona a persona a través de las relaciones sexuales. Los agentes productores de las infecciones de transmisión sexual incluyen bacterias, virus (como el del herpes), hongos e incluso parásitos, como el “acaro de la sarna” (*sarcoptes scabiei*) o las ladillas (*pediculis pubis*). (Quintanilla, 2013, p.66).

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

Algunas de las prácticas que aumentan la posibilidad de contagio de una ITS son:

- Tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales sin usar condón.

- Tener relaciones sexuales con alguien que tenga úlceras abiertas.
- Tener sexo oral sin usar protección.

Este problema radica en las fuentes de información de donde los jóvenes reciben educación. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Juventud del año 2000, el 24.4% de los jóvenes aprendieron lo más importante sobre sexualidad de sus padres, mientras que el 34% de la escuela. La educación es una de las defensas clave contra la propagación del VIH y el impacto del SIDA. (Gorguet, 2008, p. 24)

B.1 Personal de salud.

El personal sanitario son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud. Los trabajadores de los sistemas de salud de todo el mundo están sometidos a una amplia y compleja gama de fuerzas que están generando una tensión e inseguridad crecientes. Los trabajadores sanitarios tienen que estar preparados para hacer frente a retos como el envejecimiento de la población, las nuevas enfermedades y el aumento de la carga de las ya existentes o el aumento de los conflictos y la violencia, (Antela, 2004, p. 56).

C. Teorías Relacionadas al Tema de Investigación

C.1 Teoría epidemiológica de John Snow

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

La importancia del trabajo realizado por John Snow en Inglaterra radicó en romper con los paradigmas existentes para la época, en pleno siglo XIX, en la cual aún predominaba la fuerte creencia en la teoría miasmática de la enfermedad, también denominada «teoría anticontagionista». Más aún, Snow sentó las bases teórico-metodológicas de la epidemiología.

Esta metodología científica ha sido llamada «método epidemiológico», el cual ha sido utilizado a través de la historia tanto para la investigación de las causas, como para la solución de los brotes de todas las enfermedades transmisibles; más recientemente se usa el método para la investigación de todos los problemas de salud y enfermedad que afecten a las comunidades humanas. (Duque y Mora, 2012, p.45).

D. Definición de términos básicos

– **Agente.**

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

– **Ambiente.**

Engloban al ambiente social, físico y biológico.

– **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).**

Enfermedades que se transmiten de persona a persona a través del contacto sexual, es decir, a través de relaciones sexuales vaginales, anales u orales.

– **Riesgo a la salud.**

Probabilidad de experimentar un efecto adverso o daño en un tiempo determinado.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de investigación.

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

De enfoque cuantitativo porque permitió cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. De nivel descriptivo porque relacionó las variables en estudio. Tipo de investigación: Observacional porque no se manipulo las variables ya que los datos reflejaron la evolución natural de los eventos; Prospectivo porque los datos se recolectaron de fuentes primarias, es decir, directamente de la muestra objeto de estudio. Transversal por que las variables se midieron en una sola ocasión.

El diagrama del presente estudio fue el siguiente:



Donde:

M= La muestra de estudio.

O = Medición de la variable = Conducta sexual.

4.2 Población muestral

Universo.

Estuvo conformada por todos los pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima que en su totalidad fueron 480

PACIENTES	TOTAL
Pacientes registrados en el programa	180
Pacientes del Programa de ETS-VIH/SIDA del Hospital Regional Virgen de Fátima.	300

FUENTE: Estadística Hospital Regional Virgen de Fátima

Criterio de Inclusión:

- Todos aquellos pacientes que estuvieron entre los 20 a 59 años de edad.
- Pacientes que aceptaron participar del estudio
- Pacientes registrados por el programa.

Criterio de Exclusión:

- Todos aquellos pacientes fuera del rango de edad 20 a 59 años
- Pacientes que no desearon participar del estudio
- Pacientes no registrados por el programa

Población:

Gracias a los criterios de selección la población estuvo conformada por todos los pacientes de ambos sexos de 20 a 59 años atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima que en su totalidad fueron 300.

PACIENTES	TOTAL
Pacientes del Programa de ETS-VIH/SIDA del Hospital Regional Virgen de Fátima.	300

FUENTE: Estadística Hospital Regional Virgen de Fátima

Muestra:

Gracias a la fórmula para investigaciones sociales la muestra estuvo conformada 169 pacientes de ambos sexos de 20 a 59 años atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima que ascendió según la fórmula a 169.

Fórmula:

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

Donde:

$$N = 300; \quad z = 95\% = 1.96 \quad p = 0.5 \quad q = 0.5 \quad E = 0.05$$

Reemplazando tenemos:

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

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

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

$$n = 169$$

Muestreo.

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

4.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Método y técnica.

Se utilizó el método de la encuesta y la técnica del cuestionario.

Variable Conducta sexual

Instrumento.

La evaluación de conductas sexuales se llevó a cabo a través del Cuestionario Confidencias sobre Vida Sexual Activa (CCVSA). Este instrumento se diseñó, para obtener información sobre la realización de determinadas conductas sexuales. Consta de un total de 25 preguntas, las primeras orientadas a recoger información sociodemográfica de los participantes (edad, sexo, condición socioeconómica, escolaridad y estado civil). Las demás preguntas enfatizan en: el tipo de relación sexual, el uso de preservativo, el número de parejas sexuales, uso de sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales, formas de prevenir y tratar las ITS-VIH/SIDA.

El formulario consto de preguntas abiertas, cerradas y mixtas.

En relación a los datos sociodemográficos se otorgó:

- 1 punto = condiciones son inadecuadas
- 0 puntos = condiciones son adecuadas

En la segunda parte del instrumento se consideró:

- 1 punto = conducta con riesgo
- 0 puntos = conducta sin riesgo.

La sumatoria de las dos partes del instrumento acumula 30 puntos.

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL SOBRE VIDA SEXUAL ACTIVA MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA - 1997

Descripción	Puntos
Primera Parte	
Datos Sociodemograficos	5
Segunda Parte	
Datos sobre conducta sexual	25
Puntaje Total	30

INTERPRETACION FINAL DE RIESGO

Determinacion del Riesgo	Puntaje
Conducta Sexual Sin Riesgo	0 - 9
Conducta Sexual de Bajo Riesgo	10 - 19
Conducta Sexual de Alto Riesgo	20 - 30

4.4 Procedimiento para el análisis de datos

En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

- Se seleccionó y elaboro el instrumento de medición teniendo en cuenta la operacionalización de la variable.
- Se solicitó la aceptación mediante oficio del Hospital Regional Virgen de Fátima, para dar inicio a la recolección de datos.
- Se solicitó el consentimiento informado de la población objeto de estudio

- El instrumento se aplicó a los actores involucrados en la presente investigación, esta se realizó en forma individual por exigencias, fines y propiedad de la investigación.
- Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

4.5 Procesamiento y análisis de datos

La información final fue procesada en el software SPSS versión 23.

El análisis de los datos se realizó mediante el uso de la estadística de frecuencias, con un nivel de significancia del 0.05. Los resultados se presentaron en tablas y figuras.

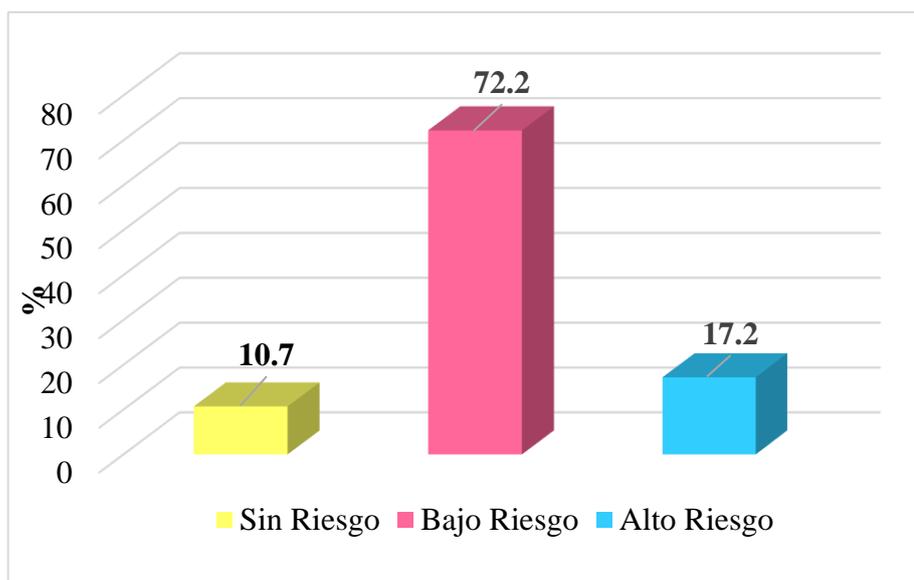
V. RESULTADOS

Tabla 01: Conducta sexual en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017.

Conducta Sexual	fi	%
Sin Riesgo	18	10.7
Bajo Riesgo	122	72.2
Alto Riesgo	29	17.2
Total	169	100

Fuente: cuestionario confidencial sobre vida sexual activa.

Figura 01: Conducta sexual en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas 2017.



Fuente: cuestionario confidencial sobre vida sexual activa.

En la tabla y figura 01, se observa que del 100% de pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima el 72.2% presenta una conducta sexual de bajo riesgo; el 17.2% de alto riesgo y el 10.7% sin riesgo.

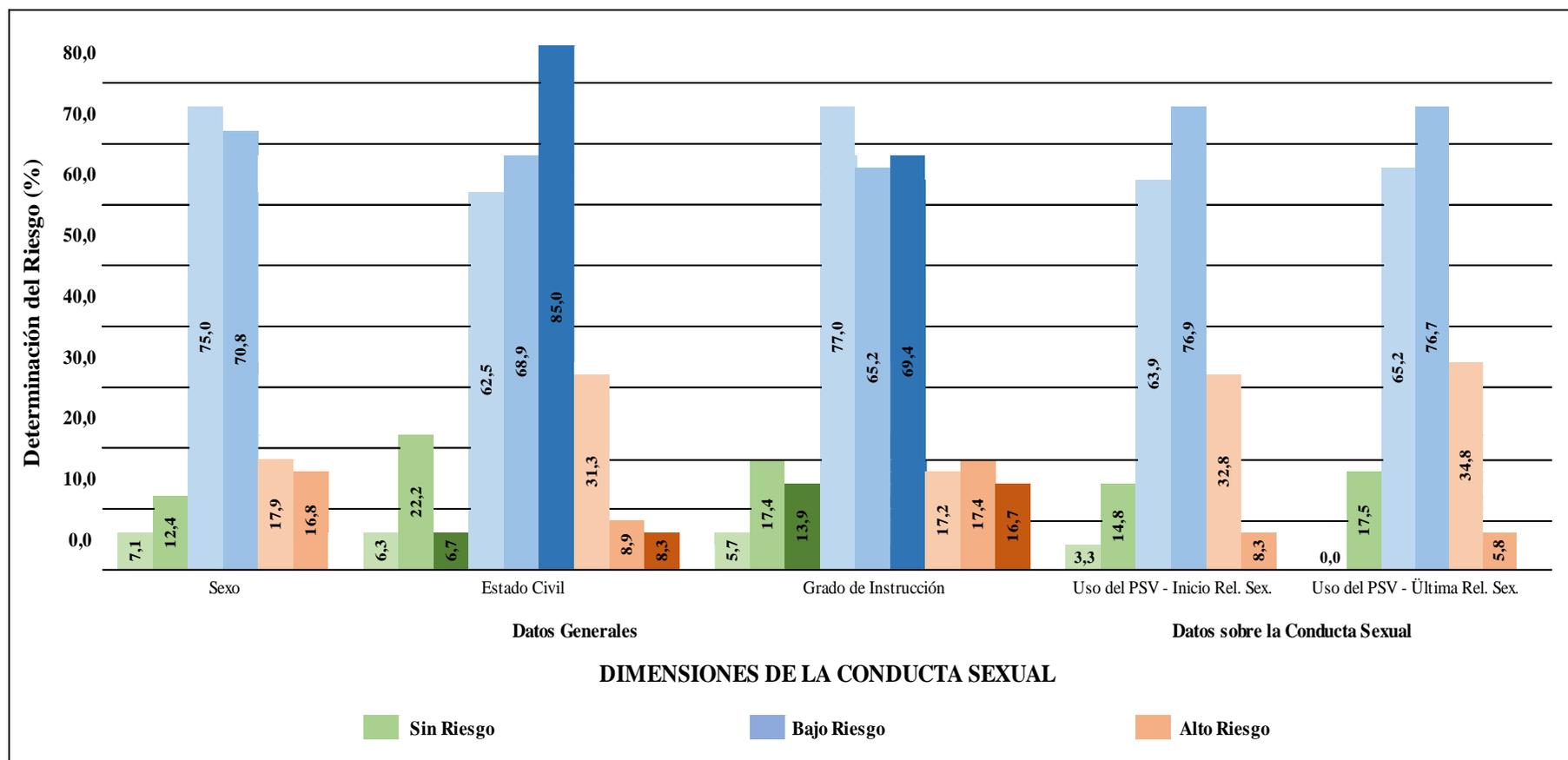
Tabla 02: Conducta sexual según dimensiones, en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas 2017.

DIMENSIONES		CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO						TOTAL		
		SIN RIESGO		BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		fi	%	
		fi	%	fi	%	fi	%			
DATOS GENERALES	Género	Masculino	4	7.1	42	75.0	10	17.9	56	100
		Femenino	14	12.4	80	70.8	19	16.8	113	100
	Estado Civil	Soltero (a)	4	6.3	40	62.5	20	31.3	64	100
		Casado (a)	10	22.2	31	68.9	4	8.9	45	100
		Conviviente	4	6.7	51	85.0	5	8.3	60	100
	Escolaridad	Primaria	5	5.7	67	77.0	15	17.2	87	100
		Secundaria	8	17.4	30	65.2	8	17.4	46	100
Superior		5	13.9	25	69.4	6	16.7	36	100	
DATOS SOBRE LA CONDUCTA SEXUAL	Relaciones Sexuales con PSV	Inicio Si	2	3.3	39	63.9	20	32.8	61	100
		Inicio No	16	14.8	83	76.9	9	8.3	108	100
		Ultima Si	0	0.0	43	65.2	23	34.8	66	100
		Ultima No	18	17.5	79	76.7	6	5.8	103	100
	Total	18	10.7	122	72.2	29	17.2	169	100	

Fuente: Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa

Leyenda: PSV = Preservativo.

Figura 01: Conducta sexual según dimensiones en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas 2017.



Fuente: Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa.

En la tabla y figura 02, se observa la distribución de los pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima según sus dimensiones. En la primera dimensión tenemos los datos generales; donde se establece que el 72.2% presenta una conducta sexual de bajo riesgo; el 17.2% de alto riesgo y el 10.7% sin riesgo, además se puede observar que de 56 varones atendidos el 75% (42) presento una conducta de bajo riesgo, en contraposición se encuentran las mujeres, quienes presentaron el 70,8% (80) de conductas de bajo riesgo, así mismo, el grupo de los solteros presento un conducta sexual de alto riesgo en el 31,3% (20), siendo la población casada la que presento comportamientos sin riesgo en un 22,2% (10), lo cual difiere en el conjunto de personas en convivencia quienes presentaron un comportamiento sexual de bajo riesgo en el 85% (31).

Con relación a la escolaridad presentada se puede determinar que los entrevistados que cuentan con nivel primario tienen una conducta sexual sin riesgo 5,7% (5), los de nivel secundario el 17,4% (8) mientras que aquellos que tienen estudios superiores presentaron una conducta de bajo riesgo de 13,9% (5). En la dimensión datos sobre la conducta sexual, se consideró la utilización del preservativo al inicio de la vida sexual activa y en la última relación sexual penetrativa. Se determinó que de los 61 entrevistados que tuvieron su primera relación sexual protegida el 63,9% (39) presentaron una conducta sexual de bajo riesgo y aquellos que no utilizaron como medio de protección el Preservativo (PSV) poseen una conducta sexual de bajo riesgo en un 76,9% (79). Al establecer la utilización del PSV en la última relación sexual se determinó que el 65,2% (43) de personas presentan conductas de bajo riesgo, debiendo tener en consideración que el 34,8% (23) asumen una conducta sexual de alto riesgo y aquellas que no lo utilizan también presentan una conducta de bajo riesgo en un 76,7% (79)

VI. DISCUSIÓN

Del 100% de pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima, de en donde se puede observar que el 72.2% de las/os entrevistados presentaron una conducta sexual de bajo riesgo; existe un 17.2% y 10.7% pacientes que presentaron una conducta de riesgo alto y sin riesgo respectivamente. (Tabla - 01)

El Así mismo del 100% de pacientes el 72.2% presento una conducta sexual de bajo riesgo, el 17.2% conducta de alto riesgo y un 10.7% no presenta riesgo. Considerando a Paz (2015), quien presenta en sus resultados: que del 100% de los adolescentes evaluados, el 75.0% tuvo conductas sexuales de bajo riesgo, esto se debe a que los adolescentes optan por conductas sexuales seguras sin comprometer su salud sexual o de la otra persona, el 22.7% tuvo conductas sexuales de mediano riesgo y el 2.3% presentó conductas de alto riesgo. En conclusión, la mayoría de los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, presentan conductas sexuales de bajo riesgo. Sin embargo, Villacreses (2013), en sus resultados indicaron que 69.36% de estudiantes no tienen conocimiento sobre el tema, un 65.31% cree que las ITS-VIH/SIDA se transmiten únicamente durante las relaciones sexuales; cabe recalcar que de los datos obtenidos un 54.91% de estudiantes no diferencian de VIH y SIDA porque probablemente desconoce de estas dos situaciones; y 68.20% de estudiantes manifiesta no conocer una forma exacta de protegerse por qué no han iniciado su vida sexual mientras que 31,79%, mencionaron que se protegen con preservativo.

Según los datos obtenidos se establece que los pacientes atendidos presentaron una conducta sexual de bajo riesgo.

Según el objetivo específico 02 se puede establecer que del 100% de pacientes que fueron atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima el 66,9% (113) son de sexo femenino y el 33,1% (56) corresponde al sexo masculino, así mismo, el 37,9% (64) son solteros(as), el 35,5% (60) son convivientes y el 26,6% (45)

son casados(as), al mismo tiempo que el 51,5% (87) han cursado el nivel primario, el 27,2% (46) el nivel secundario y el 21,3% (36) el nivel superior.

Autores como Janet (2015), Paz (2015) y Valqui (2013) presentan resultados con incidentes en este punto, es decir, todos concluyen en que los entrevistados poseían conductas de bajo riesgo, siendo en principal medio de protección la utilización del preservativo.

Según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud proponen que el comportamiento o la conducta sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente, operacionalmente es como el “comportamiento que conduce al orgasmo”, lo que supuestamente lo diferenciaba de los componentes subjetivos de la sexualidad y permitía una dimensionalización precisa: masturbación, sueños sexuales, caricias, coito, actividades homosexuales y contactos animales. Esta definición clásica es asumida desde una visión cognitiva - conductual contemporánea como “cualquier conducta cuya consecuencia sea la obtención de las respuestas autonómicas de excitación u orgasmo”. (Martín y Reyes, 2003). Es así que Soto (2015), refiere lo siguiente: “La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su nota descriptiva N°110 de noviembre 2013 considera que se estima que anualmente unos 500 millones de personas contraen alguna de cuatro curables ITS: Clamidia: 105,7 millones de casos, Gonorrea: 106,1 millones de casos, Sífilis: 10,6 millones de casos y Tricomoniasis Vaginal: 276,4 millones de casos. Por regiones de la OMS esas cuatro enfermedades curables se distribuyen como casos nuevos anuales: 92,6 millones en África, 125,7 millones en las Américas, 78,5 millones en Sudeste Asiático, 46,8 millones en Europa, 26,4 millones en Mediterráneo Este, 128,2 millones en Pacífico Oeste.

A la luz de los resultados obtenidos se puede establecer que las conductas sexuales son diversas, de bajo riesgo y estas conllevan a incrementar la posibilidad de contraer alguna de las infecciones que se transmiten sexualmente.

VII. CONCLUSIONES

1. Del 100% de pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima el 72.2% (122) presenta una conducta sexual de bajo riesgo; el 17.2% (29) de alto riesgo y el 10.7% (18) sin riesgo. Así mismo pudo establecer que el 66,9% (113) de la población entrevistada fue de sexo femenino y el 33,1% (56) masculino; en relación al estado civil el 37,9% (64) corresponde a los/las solteros/as, el 35,5% (60) a las personas con unión estable o conviviente y por último a los/las casados/as en un 26,6% (45). Además, se pudo establecer que el grado de instrucción fue del 51,5% (87), 27,2% (46) y 21,3% (36) para los niveles primario, secundario y superior respectivamente.
2. Se puede observar que de 56 varones atendidos el 75% (42) presento una conducta de bajo riesgo, en contraposición se encuentran las mujeres (113), quienes presentaron el 70,8% (80) de conductas de bajo riesgo, así mismo, el grupo de los solteros presento un conducta sexual de alto riesgo en el 31,3% (20), siendo la población casada la que presento comportamientos sin riesgo en un 22,2% (10), lo cual difiere en el conjunto de personas en convivencia quienes presentaron un comportamiento sexual de bajo riesgo en el 85% (31). Con relación a la escolaridad presentada se puede determinar que los entrevistados que cuentan con nivel primario tienen una conducta sexual sin 5,7% (5), los de nivel secundario el 17,4% (8) mientras que aquellos que tienen estudios superiores presentaron una conducta de bajo riesgo de 13,9% (5).
3. Se puede determinar que la utilización del preservativo cuando se inician las relaciones sexuales, establece conductas de bajo riesgo en un 63,9%, al mismo tiempo el 32,8% y 3,3% presentaron conductas de alto y sin riesgo respectivamente. Semejante comportamiento se puede observar en aquellas personas que utilizaron el preservativo en su última relación sexual, es decir, el 65,2% presento una conducta de bajo riesgo y el 34,8% una conducta de alto riesgo.

VIII. RECOMENDACIONES

A la Dirección Regional de Salud Amazonas:

1. Fomentar la investigación en temas relacionados con la conducta sexual de la población en los distintos niveles resolutivos.
2. Manejo adecuado de la información estadística según las características poblacionales y culturales, para la obtención de datos reales y no sesgados.

A la escuela de enfermería de la UNTRM:

1. Fortalecer las competencias de los y las estudiantes para el abordaje de los temas relacionados con los comportamientos o conductas sexuales de la población en sus diferentes etapas de vida.
2. Considerar incluir los temas sobre comportamientos sexuales en asignaturas relacionadas para un adecuado abordaje de la problemática por parte del futuro profesional de enfermería en los diferentes niveles de atención.

A la población:

1. Considerar que una conducta sexual de bajo riesgo traerá consigo la baja prevalencia de infecciones de transmisión sexual por lo cual mejora su calidad y condición de vida.

Al Hospital Regional Virgen de Fátima:

1. Fortalecimiento e implementación de convenios con instituciones educativas para la promoción de comportamientos saludables y la conducta sexual adecuada en la población adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnao, J. y Cabezudo, C. (2011). Relación de las drogas con las actitudes sexuales y vínculos de pareja. Un estudio cualitativo descriptivo-analítico en adolescentes mujeres de Lima. *Revista de Investigación en Psicología*, 4(1), 121-132.
- Barros, J., et al. (2009). Un modelo de prevención primarias de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Rev. Panamá Salud Publica/Pan Am J Publica Health* 10(2).
- Best, K. (2014). “*Información de la situación actual del adolescente*” Disponible en: <http://www.informacionadolesc-situacion-/.com/>. Acceso el: 20/07/2014.
- Cáceres, C., et al. (2012). *Actitud del personal de salud frente a pacientes con SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo.*
- Colarte, A. (2009). *La enfermedad del siglo. El SIDA y formas de prevenirlo*”. 3^{era} edición, Amorrortu. Barcelona. España.
- Fernández, E. (2011). “*Guía de prevención de la transmisión del VIH para mediadores y mediadoras*”. 1^{era} edición, Eudema. Madrid. España.
- Fernández, L. (2014). *Modificación de actitudes del personal de salud frente a la ITS del Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo – Perú.*
- García, E. (2013). “*SIDA: Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral*”. 2^{da} edición, Eudema. Madrid. España.
- Hernández, R. (2010). “*Metodología de la Investigación*”. 3^{era} edición. Editorial Mac Graff Gill. México.

- Infante, C., et al. (2013). *El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México*. Consultado en: <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/HumanRights/default.asp>
- INFOSIDA. (2015). *Visión General de la Infección por el VIH*. Recuperado el 15 de junio de 2016 de <https://infosida.nih.gov/education-materials/factsheets/19/45/vih-sida--conceptos-basicos>
- León, R. y Cossio, A. (2013). Actitudes y comportamientos sexuales en un grupo de estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 56(1), 33-44
- Maldonado, D. (2012). *Psicología Social del paciente con VIH/SIDA*. Recuperado el 15 de julio de 2016 de <http://daliacubas.blogspot.pe/2012/09/actitudes-y-mas.html>
- Mayer, L. (2006). *“Habilidades y competencias emocionales sobre las ITS/SIDA”*. Edit. Interamericana. Madrid. España.
- Medina, B. (2012). *Prevalencia del VIH/SIDA en una comunidad suburbana Lima, durante el año 2012*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- MINSA. (2015). *Situación de la Epidemia del VIH en el Perú*. Consultado en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/vih/matcom/Situacion-Epidemiologica-VIH-2015.pdf>
- Moser, A. y Simioni, M. (2010). *Comportamiento sexual de los adolescentes de 15 a 19 años en relación al uso del condón*. Ponencia en el X CLASSES, Cusco, Perú.
- OMS. (2015). ETS-VIH/SIDA, consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- OPS. (2015). *ITS relacionados con el VIH: Estudios de caso de intervenciones exitosas*, 1. Recuperado el 14 de julio de 2016, de: <http://www.who.int>.

- Paz, (2015). Consumo de alcohol y conducta sexual en adolescentes del colegio Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas 2014: Julio del 2015, http://tesis.repo.sld.cu/124/1/Iliana_Gorguet_PiLIBRO_.pdf
- Portocarrero, C. (2003). *Comportamiento sexual en estudiantes universitarios a partir de sus actitudes hacia el VIH-SIDA. Teoría e investigación en Psicología, 11*, 51-68. *Psicología* (1987) (1ra ed., Vol. 1). Barcelona, España: Algar.
- Quintanilla, M. (2013). “*La Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia: Un Derecho a Conquistar*”. 3ª Edición. Edit. Celsam. México.
- Sánchez. (2009). *Actitud del personal de salud frente a los casos de VIH/SIDA*. Consultado: <http://www.actitudes.accionrazonada.medicionesactitudinales/portada/Especiales/2016/vih/matcom/.pdf>.
- Soto, L. (2008). *Manual del usuario del equipo multidisciplinario que brinda TARGA. 2008*. Lima: Instituto de medicina tropical" Alexander Von Humboldt"- Universidad Peruana Cayetano Heredia. Consulta: 9 de septiembre de 2009.
- Soto, V. (2015). Infecciones de Transmisión Sexual: Epidemiología y Prevención. *Rev. Exp. Med 2015; 1(2)*, 61-65.
- Supo, J. (2015). *Metodología de la Investigación científica*. 5ta. Ed. Editorial. Universitaria. Arequipa. Perú.
- Tarazona, D. (2005). *La conducta sexual y su vinculación con variables psicológicas y demográficas en estudiantes de 5º año de secundaria*. Tesis de Titulación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.
- Toro, J. (2012). “*Vulnerabilidad de hombres gays y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) frente a la epidemia del VIH/SIDA en América Latina: la otra historia de la masculinidad*. Consultado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29>.

Ubillos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (2010). *Componentes de la actitud; modelo de la acción razonada y acción planificada*. Consultado en:

Zárate, I. (2003). *Factores psicosociales familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado*. Tesis maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

ANEXOS

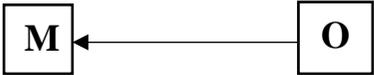
ANEXO N° 01

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICION
Conducta Sexual	Es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. Se medirá mediante un cuestionario de conducta sexual	Datos Generales	- Género	Masculino – Femenino	Nominal
			- Estado civil	Soltero-casado-conviviente	Nominal
			- Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior	Ordinal
		Relaciones Sexuales / coito	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio de relaciones coitales - Tipo de relaciones coitales - Utilización de PSV en la primera relación coital - Relación heterosexual. - Relación homosexual. - Relaciones coitales con más de una pareja - Uso de métodos de protección. - N.º de parejas - Condición de pareja (estable, conocida, desconocida) - Consumo de Sustancias de tipo estimulante - Tamizaje para VIH - Presencia de ITS - Tratamiento para ITS 	Sin Riesgo 00 – 09 puntos Riesgo Bajo 10 – 19 puntos Alto Riesgo 20 – 30 puntos	Ordinal

ANEXO N° 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	MARCO METODOLÓGICO	TÉCNICA E INSTRUMENTOS
<p>¿Cuál es la conducta sexual en los pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2017?</p>	<p>General</p> <ul style="list-style-type: none"> – Determinar la conducta sexual en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2017. <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identificar la conducta sexual en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima. – Caracterizar a la población sujeta de estudio 	<p>V₁= Conducta sexual</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo Nivel: Descriptivo Tipo: Observacional, Prospectivo, Transversal y Analítico</p> <p>Diseño:</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>U = 480 P = 300 M = 169</p> <p>Método de Investigación: Hipotético - deductivo</p>	<p>Método: Encuesta Técnica: Cuestionario Instrumentos: Cuestionario de Conducta Sexual.</p> <p>Análisis estadístico: Frecuencia Presentación: Tablas simples y gráficos en barras</p>

ANEXO N°03

CONDUCTA SEXUAL Y PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS – 2017

CCVSA CUESTIONARIO CONFIDENCIAL SOBRE VIDA SEXUAL ACTIVA MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA - 1997

La presente encuesta tiene por objeto obtener información sobre algunos aspectos del comportamiento humano frente al ejercicio de su sexualidad. Por tal razón, este cuestionario es de carácter anónimo.

Le solicitamos responder individualmente según lo que usted hace y según lo que desearía hacer. Por favor, siga las instrucciones que encuentre a lo largo del cuestionario. Gracias por su colaboración.

Género: _____ Estrato: 1, 2, 3, 4, 5
Edad: _____ Escolaridad: _____
Estado Civil: _____

1. ¿Alguna vez en su vida ha tenido relaciones sexuales con penetración?
 - a. Del pene a la vagina Sí No
 - b. Del pene a la boca Sí No
 - c. Del pene al ano Sí No(Si respondió NO a TODAS las opciones anteriores, PARE. No responda más preguntas. Por favor espere a que la persona encargada recoja el cuestionario. Gracias por su colaboración).

2. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con penetración del pene? (en las casillas escriba el numero en años).

3. ¿En esa primera relación sexual con penetración del pene, usted o su pareja uso condón?
 - a. Si
 - b. No

4. ¿Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene?
 - a. Si
 - b. No

5. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina?
 - a. Si
 - b. NoSi respondió NO, pase a la pregunta 7

6. ¿En este tipo de penetración, usted o su pareja ha usado condón?
 - a. Todas las veces
 - b. Algunas veces
 - c. Ninguna vez

7. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la boca?
- Si
 - No
- Si respondió NO, pase a la pregunta 9
8. ¿En este tipo de penetración, usted o su pareja ha usado condón?
- Todas las veces
 - Algunas veces
 - Ninguna vez
9. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en el año?
- Si
 - No
- Si respondió NO, pase a la pregunta 11
10. ¿En este tipo de penetración usted o su pareja ha usado condón?
- Todas las veces
 - Algunas veces
 - Ninguna vez
11. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene?
- (Marque una sola respuesta)
- Solo con la misma persona (Si contesto esta opción pase a la pregunta 13)
 - Con más una persona (Si contesto esta opción pase a la pregunta 12)
12. ¿En los últimos 12 meses, con cuantas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene? (en las casillas escriba el número correspondiente)
- _____ personas diferentes.
13. ¿En los últimos 12 meses sus relaciones sexuales con penetración del pene han sido?
- (masque una sola respuesta).
- Solo con persona(s) de SU MISMO sexo
 - Solo con persona(s) del OTRO sexo
14. ¿Usted o su pareja uso condón en su última relación sexual con penetración?
- Si
 - No
- Si respondió SI pase a la pregunta 16
15. ¿Por qué no uso condón en esa relación? (marque una o más opciones).
- Porque a usted o la persona con quien tuvo esa relación le disgusta usarlo
 - Porque la persona con quien tuvo esa relación se negó a usarlo
 - Porque le resulto difícil hablar del uso del condón
 - Porque confía en la persona con quien tuvo esa relación
 - Porque solo tiene relaciones con esa persona
 - Porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas
 - Porque era difícil conseguirlo en ese momento
 - Por el afán del momento
 - Porque no sabe usar el condón
16. ¿Durante los 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene estando bajo el efecto de alguna de las siguientes sustancias?
- (Responda SI o NO para cada una de las posibilidades).
- | | | |
|--------------|----|----|
| a. Licor | Sí | No |
| b. Marihuana | Sí | No |

- | | | |
|---------------------------|----|----|
| c. Cocaína | Sí | No |
| d. Basuco | Sí | No |
| e. Tranquilizantes | Sí | No |
| f. Pastillas alucinógenas | Sí | No |
| g. Heroína | Sí | No |
| h. Pegante o inhalantes | Sí | No |

17. ¿En los últimos 12 meses que cosas ha hecho usted para evitar las infecciones de transmisión sexual y el virus que causa el SIDA?

- | | | |
|--|----|----|
| a. Tener relaciones sexuales solo con una misma persona | Sí | No |
| b. Usar condón | Sí | No |
| c. Conversar con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el riesgo que tienen de adquirir alguna enfermedad incluyendo el VIH/SIDA. | Sí | No |
| d. Ponerse de acuerdo con la(s) persona(s) que ha tenido relaciones sexuales. Sobre el uso de medidas de protección | Sí | No |

18. ¿Durante los últimos 12 meses se ha practicado el examen que sirve para saber si esta infecta por el virus que causa el VIH/SIDA?

- Sí
- No

Si respondió NO pase a la pregunta 20

19. ¿Recibió orientación previa para hacerse el examen?

- Sí
- No

20. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido alguna enfermedad de Transmisión Sexual como: ¿Gonorrea, Sífilis, Condilomas, Herpes, etc.?

- Sí
- No
- No se

Si respondió NO ó NO SE, PARE. No responda más preguntas. Gracias por su colaboración.

21. ¿Qué hizo para tratar esa(s) enfermedad(es) de transmisión sexual?

(Puede marcar una o más opciones):

- Nada
- Consulta en una farmacia, droguería o botica
- Consulta a un médico (profesional de la salud)
- Consulta a un amigo, vecino o conocido
- Se autorecetó o formuló

COMPRUEBA SI HAZ DEJANO ALGUNA PREGUNTA SIN CONSTESTAR

Muchas gracias por su colaboración. Sus respuestas serán manejadas con un total anonimato.

ANEXO N° 04
GUIA DEL INSTRUMENTO
CCVSA
CUESTIONARIO CONFIDENCIAL SOBRE VIDA SEXUAL ACTIVA
MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA – 1997

La evaluación de conductas sexuales se llevó a cabo a través del Cuestionario Confidencias sobre Vida Sexual Activa (CCVSA). El Ministerio de Salud de Colombia quien diseño este instrumento, para obtener información sobre la realización de determinadas conductas sexuales. Consta de un total de 27 preguntas, las primeras orientadas a recoger información sociodemográfica de los participantes (edad, sexo, condición socioeconómica, escolaridad y estado civil). Las demás preguntas enfatizan en: el tipo de relación sexual, el uso de preservativo, el número de parejas sexuales, uso de sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales, formas de prevenir y tratar las ITS-VIH/SIDA.

El formulario consta de preguntas abiertas, cerradas y mixtas.

En relación a los datos sociodemográficos se otorga un puntaje = 1 punto, si las condiciones son inadecuadas; si las condiciones son adecuadas = 0 puntos.

La segunda parte del instrumento se considera 1 punto por una conducta con riesgo y 0 puntos por una conducta sin riesgo. En total es la sumatoria de las dos partes del instrumento siendo el puntaje acumulado de 30 puntos.

**CUESTIONARIO CONFIDENCIAL SOBRE VIDA SEXUAL
 ACTIVA MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA - 1997**

Decripción	Puntos
Primera Parte	
Datos Sociodemograficos	5
Segunda Parte	
Datos sobre conducta sexual	25
Puntaje Total	30

INTERPRETACION FINAL DE RIESGO

Determinacion del Riesgo	Puntaje
Conducta Sexual Sin Riesgo	0 - 9
Conducta Sexual de Bajo Riesgo	10 - 19
Conducta Sexual de Alto Riesgo	20 - 30

Anexo 05

Tabla 03: Características de pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017.

Características	fi	Porcentaje
Género	Masculino	56 33.1
	Femenino	113 66.9
	Total	169 100
Estado civil	Soltero(a)	64 37.9
	Casado(a)	45 26.6
	Conviviente	60 35.5
	Total	169 100
Grado de instrucción	Primaria	87 51.5
	Secundaria	46 27.2
	Superior	36 21.3
	Total	169 100

Fuente: cuestionario confidencial sobre vida sexual activa