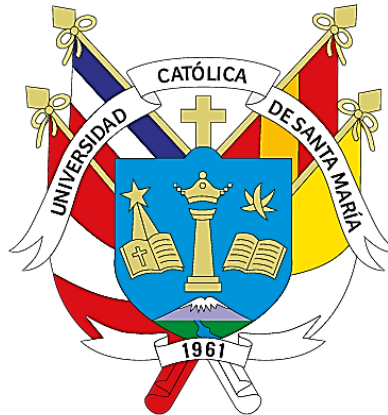


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



ACTITUDES Y EXPERIENCIAS RELACIONADAS A LA MATERNIDAD ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA GESTACIÓN EN MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA (UAMP) DEL HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA, JUNIO 2023.

Tesis presentada por Bachilleres:

Apaza Apaza Milagros Milena

Chilque Diaz Yosselyn Kiomara

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Obstetricia

Asesor:

Mg. Herrera Cárdenas, Marcos

Erveth

Arequipa - Perú

2023

|

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 02 de Octubre del 2023

Dictamen: 010160-C-EPOYP-2023

Visto el borrador del expediente 010160, presentado por:

2018800582 - CHILQUE DIAZ YOSSELYN KIOMARA

2018245292 - APAZA APAZA MILAGROS MILENA

Titulado:

ACTITUDES Y EXPERIENCIAS RELACIONADAS A LA MATERNIDAD ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA GESTACIÓN EN MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA (UAMP) DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, JUNIO 2023.

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29374447 - FERNANDEZ VASQUEZ ARMIDA ANGELITA
DICTAMINADOR**



**29218350 - MEDINA LUQUE MARIA ROSARIO
DICTAMINADOR**



**29642489 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH
DICTAMINADOR**



ACTITUDES Y EXPERIENCIAS RELACIONADAS A LA MATERNIDAD ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA GESTACIÓN EN MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA (UAMP) DEL HOSPITAL GOYENECH

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

4%

2

Submitted to Universidad Católica de Santa María

Trabajo del estudiante

2%

3

cybertesis.unmsm.edu.pe

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por brindarme sabiduría e inteligencia. A mis padres por brindarme palabras de aliento, apoyo, amor y ayudarme a lograr todo aquello que un día soñé, a Erick por el entendimiento e inspirarme a ser mejor persona, profesional e hija.

Milagros M. Apaza Apaza.

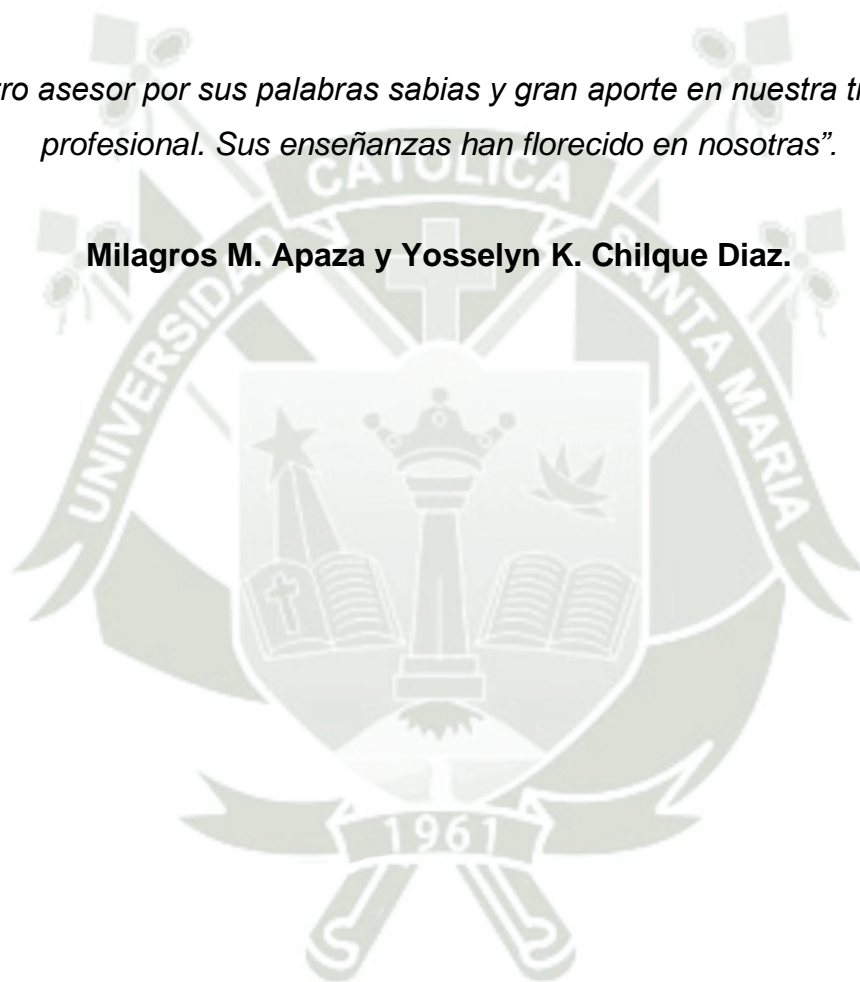
Agradezco a Dios por orientarme, para alcanzar mis objetivos. A mis padres, por sus oraciones, porque ellos siempre estuvieron a mi lado dándome fuerzas y aliento cuando lo necesitaba, por el triple de esfuerzo que realizaron para que llegue donde me encuentro.

Yosselyn K. Chilque Diaz.

AGRADECIMIENTO

“A nuestro asesor por sus palabras sabias y gran aporte en nuestra trayectoria profesional. Sus enseñanzas han florecido en nosotras”.

Milagros M. Apaza y Yosselyn K. Chilque Diaz.



"El éxito no es un accidente, es trabajo duro, perseverancia, aprendizaje, estudio, sacrificio y, sobre todo, amar lo que estás haciendo"

Edson Arantes do Nascimento



RESUMEN

Objetivo: Identificar y determinar las actitudes y experiencias relacionadas a la Maternidad antes, durante y después de la gestación en mujeres trabajadoras sexuales de la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche de Arequipa, junio 2023.

Material Y Métodos: Fue una investigación de campo, descriptiva, prospectiva y transversal. Se realizó en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Hospital Goyeneche de Arequipa. La población de estudio estuvo conformada por 104 trabajadoras sexuales que cumplieron con los criterios de inclusión y a quienes se les aplicaron cuestionarios.

Resultados: El 50,96% de las trabajadoras sexuales que fueron atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche tienen una actitud de rechazo a la maternidad. Respecto a las experiencias a la maternidad antes del embarazo se evidenció que el 42,31% de trabajadoras sexuales utilizaron preservativo como método anticonceptivo, el 54,81% tuvo al menos un aborto. En cuanto a las experiencias a la maternidad durante el embarazo, el 61,54% de las mujeres continuaron con su trabajo sexual, con una frecuencia de una vez a la semana (31,73%), el 50,96% de las mujeres acudieron a sus controles prenatales antes de los tres meses, el 40,38% de las mujeres se sintieron felices cuando supieron que estaban embarazadas, el 66,35% de las mujeres no consumieron sustancias nocivas. Al respecto de las experiencias a la maternidad después de la gestación el 45,19% tuvo sentimientos de felicidad al momento que nació su bebé; el 57,1% no consideró abandonar el trabajo sexual después del nacimiento de su bebé. El 34,62% de las meretrices tiene nivel de instrucción primaria, el 52,88% son solteras, el 67,31% inició el trabajo sexual entre los 20 – 29 años.

Conclusiones: Se concluyó que las actitudes a la maternidad de las trabajadoras sexuales son de rechazo, sin embargo, las experiencias a la maternidad fueron positivas puesto que la mayoría de las trabajadoras sexuales sintió felicidad al momento del nacimiento de su bebé.

Palabras Claves: Actitudes, experiencias, trabajadoras sexuales.

ABSTRACT

Objective: To identify and determine the attitudes and experiences related to maternity before, during and after pregnancy in female sex workers from the Periodic Medical Care Unit of the Goyeneche Hospital in Arequipa, June 2023.

Material and Methods: This was a field, descriptive, prospective, and cross-sectional study. It was carried out in the Periodic Medical Care Unit (UAMP) of the Goyeneche Hospital of Arequipa. The study population consisted of 104 female sex workers who met the inclusion criteria and to whom questionnaires were applied.

Results: 50.96% of the sex workers who were treated at the UAMP of the Goyeneche Hospital have an attitude of rejection of maternity. Regarding maternity experiences before pregnancy, it was evident that 42.31% of sex workers used condoms as a contraceptive method, 54.81% had at least one abortion. Regarding maternity experiences during pregnancy, 61.54% of women continued with their sexual work, with a frequency of once a week (31.73%), 50.96% of women They attended their prenatal check-ups before three months, 40.38% of the women felt happy when they found out they were pregnant, 66.35% of the women did not consume harmful substances. Regarding maternity experiences after pregnancy, 45.19% had feelings of happiness when their baby was born; 57.1% did not consider abandoning sex work after the birth of their baby. 34.62% of the prostitutes have a primary education level, 52.88% are single, 67.31% began sex work between 20 and 29 years of age.

Conclusions: It was concluded that the attitudes towards maternity of sex workers are rejection, however, the experiences of maternity were positive since the majority of sex workers felt happiness at the time of the birth of their baby.

Key words: Attitudes, experiences, sex workers.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I.....	15
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	15
1. Problema de investigación.....	16
1.1. Enunciado.....	16
1.2. Descripción.....	16
1.2.1. Área del conocimiento.....	16
1.2.2. Análisis u operacionalización de variables.....	16
1.2.3. Interrogantes básicas.....	19
1.2.4. Tipo de investigación.....	19
1.2.5. Nivel de investigación.....	19
1.3. Justificación.....	20
1.3.1. Originalidad.....	20
1.3.2. Relevancia social.....	20
1.3.3. Factibilidad.....	20
1.3.4. Interés personal.....	20
2. Objetivos.....	20
3. Marco teórico.....	22
3.1. Marco conceptual.....	22
3.1.1. Actitudes relacionadas a la maternidad.....	22
3.1.2. Actitud favorable.....	22
3.1.3. Actitud de rechazo.....	22

3.1.4.	Actitud sexual	23
3.1.5.	Autocentradas	23
3.1.6.	Consentimiento sexual	23
3.1.7.	Experiencias relacionadas a la maternidad.....	23
3.1.8.	Métodos anticonceptivos	24
3.1.9.	Trabajo sexual	26
3.1.10.	Maternidad	26
3.1.11.	Características sociodemográficas	32
3.1.12.	Antecedentes gineco-obstétricos.....	34
3.1.13.	Complicaciones obstétricas	35
3.1.14.	Anemia.....	36
3.1.15.	Hiperémesis gravídica	37
3.1.16.	Diabetes gestacional	38
3.1.17.	Complicaciones maternas y fecales	38
3.1.18.	Parto pretérmino.....	39
3.1.19.	Factores de estilo de vida.....	39
3.1.20.	Infecciones	39
3.1.21.	Trastornos hipertensivos del embarazo	40
3.1.22.	Desprendimiento prematuro de placenta.....	41
3.1.23.	Ruptura prematura de membranas.....	41
3.2.	Análisis de antecedentes investigativos	43
3.2.1.	Nivel nacional	43
3.2.2.	Nivel internacional	44
CAPÍTULO II		46
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		46

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	47
1.1. Técnicas	47
1.2. Instrumento.....	47
1.2.1. Baremos de las actitudes	49
1.2.2. Materiales.....	49
2. Campo de verificación.....	49
2.1. Ubicación espacial.....	49
2.2. Precisión del lugar	49
2.3. Caracterización del lugar	49
2.4. Ubicación temporal.....	50
2.5. Cronología.....	50
2.6. Visión temporal.....	50
2.7. Corte temporal.....	50
3. Unidad de estudio.....	50
3.1. Universo	50
3.2. Muestra.....	50
3.3. Criterios de selección.....	51
3.4. Criterios de inclusión.....	51
3.5. Criterios de eliminación.....	51
4. Estrategias para la recolección de datos.....	51
4.1. Organización.....	51
4.2. Recursos	51
4.3. Recursos humanos.....	51
4.3.1. Investigadoras	51
4.3.2. Asesor	51
4.4. Recursos físicos	52

4.5. Disponibilidades infraestructurales.....	52
4.6. Recursos económicos.....	52
4.7. Validación y Confiabilidad de los instrumentos	52
5. Estrategias para manejar los resultados	52
5.1. Plan de procesamiento de datos.....	52
5.2. Tipo de procesamiento	52
5.3. Plan de operaciones	52
5.4. Plan de recolección.....	52
5.5. Plan de clasificación	52
5.6. Plan de recuento.....	53
5.7. Plan de tabulación	53
5.8. Plan de análisis de los datos.....	53
5.9. Tratamiento estadístico.....	53
5.10. Estadística Descriptiva.....	53
CAPÍTULO III	54
RESULTADOS.....	54
RECOMENDACIONES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS 82	
Anexo 1: Consentimiento informado para la investigación.	82
Anexo 2: 83	
Ficha recolección de datos.....	83
Anexo 3: 84	
Cuestionario de experiencias de la maternidad en las trabajadoras sexuales.	84
Anexo 4: 87	
Cuestionario de Actitudes relacionados a la maternidad antes, durante y después del embarazo en las trabajadoras sexuales.	87

Anexo 5: 88

Ubicación geográfica “Hospital Goyeneche”88

Anexo 6: Matriz de datos89



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características Sociodemográficas de las Trabajadoras Sexuales Atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche.	55
Tabla 2 Antecedentes Gineco-Obstétricos de las Trabajadoras Sexuales Atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche	57
Tabla 3 Complicaciones Obstétricas de las Trabajadoras Sexuales Atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche.	59
Tabla 4 Actitudes relacionado a la Maternidad antes del Embarazo en las Trabajadoras Sexuales Atendidas en la UAMP Del Hospital Goyeneche.....	60
Tabla 5 Actitudes relacionadas a la Maternidad durante el Embarazo en las Trabajadoras Sexuales atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche.....	61
Tabla 6 Actitudes relacionadas a la Maternidad después del Embarazo en las Trabajadoras Sexuales atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche.	62
Tabla 7 Actitudes Relacionadas A La Maternidad En Las Trabajadoras Sexuales Atendidas En La UAMP Del Hospital Goyeneche.....	63
Tabla 8 Experiencias relacionadas a la Maternidad antes del Embarazo en las Trabajadoras Sexuales atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche	64
Tabla 9 Experiencias relacionadas a la Maternidad durante el Embarazo en las Trabajadoras Sexuales atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche	65
Tabla 10 Experiencias relacionadas a la Maternidad después del Embarazo en las Trabajadoras Sexuales atendidas en la UAMP Del Hospital Goyeneche	68

INTRODUCCIÓN

El trabajo sexual, es un ejemplo de vulnerabilidad social en nuestro país, caracterizado por la pobreza, desigualdad, injusticia social y la falta de oportunidades; puesto que las trabajadoras sexuales sufren una fuerte desvalorización social ya que dichas características o circunstancias se relacionan con un estereotipo negativo (1).

Un factor de riesgo que la mayoría de las trabajadoras sexuales identifican al ser madres es cuando conocen el estigma del embarazo siendo una situación en estado de fragilidad social (1). Por lo tanto, miles de personas especialmente trabajadoras del sexo de desarrollarse adecuadamente; destacando muchos problemas sociales y económicos en el periodo de la maternidad.

Tener hijos mientras se trabaja como profesional del sexo pueden asumir una variedad de actitudes y experiencias, que incluyen fortalecer el vínculo madre-hijo, hacer feliz al bebé, confiar el cuidado del bebé a otras personas o abandonar al bebé. Algunas ocultan sus negocios para cubrir las necesidades esenciales de sus hijos (2).

La mayoría de las trabajadoras sexuales tienen diversas perspectivas y experiencias sobre la maternidad, ya que una serie de riesgos conducen a situaciones de vulnerabilidad y exclusión social en diferentes áreas de sus vidas.

La comprensión de las actitudes y vivencias de la maternidad por parte de las trabajadoras sexuales que han sido madres es destacable. Por lo tanto, la presente encuesta se realizó en instituciones que atienden a esta población, como el Hospital Goyeneche - Arequipa, ya que con frecuencia se observó que muchas trabajadoras sexuales no se identificaron durante el parto, se conectaron emocionalmente consigo mismas. La separación comienza con el niño y ve la maternidad como un simple hecho dador de vida.

Con el fin de informar sobre la promoción de la salud materno infantil, este estudio se propuso identificar y determinar las actitudes y experiencias maternas de las trabajadoras del sexo antes, durante y después del embarazo.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado

“Actitudes y Experiencias relacionadas a la Maternidad antes, durante y después de la gestación en mujeres trabajadoras sexuales de la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Hospital Goyeneche de Arequipa, junio 2023.”

1.2. Descripción

1.2.1. Área del conocimiento

- Área General: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Salud sexual Y Reproductividad
- Línea: Materno Perinatal

1.2.2. Análisis u operacionalización de variables

Variables	Indicadores	Sub-Indicadores
Variable Independiente Actitudes relacionadas a la maternidad	Actitudes relacionadas a la maternidad en las trabajadoras sexuales.	Favorable Rechazo
Variable Independiente Experiencias relacionadas a la maternidad	Experiencias relacionadas a la maternidad en las trabajadoras sexuales.	Trabajadoras sexuales que usan algún método anticonceptivo. trabajadoras sexuales que abortó. Trabajadoras que continúo con el trabajo sexual antes de gestación. Trabajadoras que continúo con el trabajo sexual después de gestación.

Trabajadoras que continúo con el trabajo sexual durante la gestación

Trabajadoras que acudieron a sus controles prenatales.

Trabajadoras que consumía alimentos para el desarrollo de su bebe.

Trabajadoras sexuales que pensó en abortar.

Trabajadoras sexuales que tuvieron una sensación negativa hacia el embarazo.

Trabajadoras sexuales que consumieron sustancias nocivas.

Trabajadoras sexuales que consideran que el consumo de alcohol o cigarrillo podría afectar el desarrollo de bebé.

Trabajadoras sexuales que fue discriminada durante sus controles prenatales o en la atención de su parto.

Trabajadoras sexuales que tuvieron sentimientos negativos al momento que nació su bebé

Trabajadoras sexuales que considero abandonar el trabajo sexual, después del nacimiento.

		Trabajadoras sexuales que retornó antes de los seis meses al trabajo sexual.
		Trabajadoras sexuales que ejercieron el trabajo sexual después de su embarazo.
		Trabajadoras sexuales que tuvieron dificultad para regresar al trabajo sexual después de su embarazo.
		Uso de métodos anticonceptivos en la actualidad.
		Tiempo que dió de lactar a su bebé
Variable Interviniente Características sociodemográficas y Gineco-obstétricos	Grupo etario.	10 – 19 años
		20 – 29 años
		30 – 39 años
	Nivel de Instrucción	Sin Instrucción
		Primaria
		Secundaria
		Superior Técnico
		Superior Universitario
	Estado Civil	Soltera
		Casada
Conviviente		
Inicio del Trabajo sexual	< 20 años	
	20 – 29 años	
	≥ 30 años	
Antecedentes Gineco-obstétricos	Menarquía	
	Paridad	

	Hijos vivos
	Método anticonceptivo
	Abortos
	Hiperémesis gravídica
	Diabetes gestacional
	Parto pretérmino
Complicaciones Obstétricas	Infecciones
	Anemia
	Preeclampsia
	Eclampsia
	Desprendimiento Prematuro de Placenta

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son las Actitudes relacionadas a la maternidad antes, durante y después de la gestación en mujeres trabajadoras sexuales de la UAMP del Hospital Goyeneche?
- ¿Cuáles son las Experiencias relacionadas a la maternidad antes, durante y después de la gestación en trabajadoras sexuales de la UAMP del Hospital Goyeneche?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y Gineco-obstétricas en mujeres trabajadoras sexuales de la UAMP del Hospital Goyeneche?

1.2.4. Tipo de investigación

Campo

1.2.5. Nivel de investigación

Descriptivo

1.3. Justificación

1.3.1. Originalidad

Dado que no se han publicado estudios similares en nuestra institución ni a nivel regional; consideramos que la elaboración de este trabajo es original y muy importante para el conocimiento de la localidad. En efecto nos permitirá representar la realidad de este grupo poblacional; de tal modo facilitaremos la creación de un perfil adecuado para así poder abordar su vulnerabilidad e intervenir a favor de las trabajadoras sexuales y conocer más Actitudes y Experiencias hacia la maternidad

1.3.2. Relevancia social

Es socialmente importante, ya que ayudará a las poblaciones vulnerables, incluidos los grupos de riesgo como las trabajadoras del sexo, que constituyen una parte relevante de la población.

Además, es crucial llevar a cabo este tipo de investigación en nuestro país porque se trata de un tema que sigue siendo tabú en nuestra cultura, pero del que se habla abiertamente en otras culturas.

1.3.3. Factibilidad

El estudio fue factible porque se disponía de una población de investigación accesible y el costo estaba al alcance del investigador.

1.3.4. Interés personal

La motivación para realizar este estudio surge del hecho de que las trabajadoras sexuales son una población vulnerable y marginada en nuestra sociedad. Es una satisfacción saber que podemos apoyar a esta institución con los resultados de nuestro estudio, que reforzará y mejorará la salud materna y programa perinatal materno.

2. Objetivos

- Identificar las Actitudes relacionadas a la maternidad antes, durante y después de la gestación en mujeres trabajadoras sexuales de la UAMP del Hospital Goyeneche.
- Determinar las Experiencias relacionadas a la maternidad antes, durante y después de la gestación en trabajadoras sexuales de la UAMP del Hospital Goyeneche.

- Describir las características sociodemográficas y Gineco-obstétricas en mujeres trabajadoras sexuales de la UAMP del Hospital Goyeneche.



3. Marco teórico

3.1. Marco conceptual

3.1.1. Actitudes relacionadas a la maternidad

La relación entre madre e hijo se crea en cuanto nace el niño. La madre responde a las necesidades físicas y psicológicas del niño estando físicamente presente y ayudándole, proporcionándole estabilidad, valor y seguridad.

El término "actitudes" se refiere a una reacción emocional, positiva o negativa, a una idea real o hipotética. Existe una actitud en una persona hacia un objeto porque las actitudes son predisposiciones para reaccionar emocionalmente, más o menos, ante un objeto o una idea. Así, tenemos actitudes ante determinados alimentos, estilos de vestir, grupos raciales o socioeconómicos y conceptos como el aborto, entre otros. También tenemos actitudes hacia lo que somos como personas y el valor que nos otorgamos a nosotros mismos.

Los estados que impulsan o hacen que una madre reaccione de una determinada manera hacia su hijo o hija se conocen como actitudes hacia la maternidad en particular. Las opiniones se agrupan en función de las propias experiencias de la madre, un conjunto de valores y creencias, y rasgos de personalidad (3).

3.1.2. Actitud favorable

Durante el embarazo, la sinceridad en las muestras de amor y el interés por el crecimiento del bebé son componentes esenciales de una relación madre-hijo sana. También implica establecer contactos sociales adecuados y hacer demandas razonables. Es importante tener firmeza y autoridad no destructiva, así como establecer una rutina de actividades diarias ordenadas. La aceptación permite una interpretación adecuada de las señales del bebé, demostrando empatía y cooperación. Estas actitudes positivas favorecen la socialización del bebé y promueven sentimientos de amistad, interés y entusiasmo hacia el mundo (4).

3.1.3. Actitud de rechazo

La negligencia materna durante el embarazo se refiere a la falta de cuidado y atención hacia el bienestar del bebé en desarrollo. Esto puede incluir descuidar la alimentación adecuada, no buscar atención médica prenatal, no evitar sustancias dañinas como el alcohol o el tabaco, y no proporcionar un ambiente seguro y saludable para el feto. La

negligencia materna durante el embarazo puede tener consecuencias graves para el bebé, como malformaciones, retraso en el desarrollo y problemas de salud a largo plazo (4).

3.1.4. Actitud sexual

Los estados psicológicos aprendidos o las disposiciones que impulsan o hacen que una madre reaccione de una manera determinada ante su hijo o hija se conocen como actitudes hacia la maternidad en particular. Las opiniones se agrupan en función de las propias experiencias de la madre, un conjunto de valores y creencias, y rasgos de personalidad (5). Se clasifica en:

3.1.5. Autocentradas

"Problemas interpersonales" es otro nombre que se le da cuando un niño o un joven realiza actividades sexuales inseguras o destructivas que sólo le afectan a él, como masturbarse obsesivamente, masturbarse con objetos peligrosos, aumentar su interés por la pornografía, rechazar la educación sexual, etc. Se considera egocéntrico cuando en la conducta participan más individuos (niños, compañeros o adultos) además del autor, se convierte en un problema interpersonal (5)

3.1.6. Consentimiento sexual

Es la capacidad de decidir por uno mismo si tener o no un encuentro sexual con otra persona. El abuso sexual incluye todas las formas de relaciones sexuales no consentidas (5)

3.1.7. Experiencias relacionadas a la maternidad

Las experiencias del embarazo ofrecen un escenario discursivo en el que puede explicarse una sorprendente gama de reacciones y comportamientos a la luz del entorno social e histórico. El objetivo es comprender cómo cambia el cuerpo de las mujeres embarazadas, mostrar los sentimientos y emociones que afloran durante este periodo e interpretar la variedad de experiencias que viven las embarazadas para poner de relieve las normas y valores sociales que influyen en la forma en que cada madre vive la maternidad (6)

Crece la conciencia de una de las prácticas sociales que sigue desafiando la subjetividad femenina, a pesar de que la maternidad parece ser un concepto desgastado y a veces obvio en las experiencias situacionales de las mujeres, todas diferentes y a veces

conflictivas. Un sujeto que sigue afectado por el sistema patriarcal que separa el trabajo productivo del reproductivo, por las leyes de sexualidad y reproducción que siguen considerando el embarazo como un proceso biológicamente natural a la vez que lo conceptualizan como una experiencia impulsada por el deseo (7).

3.1.8. Métodos anticonceptivos

Método utilizado por las mujeres fértiles o sus parejas que impide o reduce drásticamente la probabilidad de concepción. Las características y especificaciones de las técnicas anticonceptivas deben hacer posible que las personas satisfagan sus necesidades reproductivas de un modo eficaz, saludable para ellas y adecuado a su situación. Los métodos anticonceptivos deben ofrecerse en la clínica o en otros entornos de atención a la planificación familiar, manteniendo la confidencialidad del paciente y preservando su derecho a la intimidad.

Tras recibir orientación o asesoramiento previo, todas las nuevas usuarias de métodos anticonceptivos deben recibir una atención completa en materia de salud reproductiva y sexual (8).

3.1.8.1. Preservativo

Tanto las investigaciones epidemiológicas como las de laboratorio han demostrado que los preservativos son eficaces para prevenir las ITS y el VIH. A partir de información teórica sobre la transmisión de diversas ITS, se evalúa la eficacia de los preservativos. Los preservativos de látex son una barrera eficaz incluso contra las bacterias más pequeñas de las ITS, según estudios de laboratorio (8).

A. Condón masculino

Antes de la actividad sexual, debe aplicarse al pene erecto una funda de látex fina, lubricada y sin noxinol-9.

B. Mecanismo de acción

Tiene un plan de acción, donde los espermatozoides no pueden entrar en el aparato reproductor femenino.

C. Condiciones que contraindican su uso

Alergia o hipersensibilidad al látex.

3.1.8.2. Ampollas

Son aquellas que poseen progestágeno y estrógeno.

- Hay dos formulaciones disponibles: 50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de valerato de estradiol. - 25 mg de acetato de medroxiprogesterona y 5 mg de cipionato de estradiol (8).
- Acetato de medroxiprogesterona (DMPA) 150 mg X 1 ml, exclusivamente para progestágenos. utilizado por vía intramuscular.

A. Mecanismo de acción

La mucosa cervical se espesa y se suprime la ovulación.

B. Condiciones que contraindiquen su uso

Embarazo sospechado o confirmado, hemorragia vaginal inexplicable, tabaquismo e hipertensión arterial.

3.1.8.3. T de Cobre

Dispositivos que liberan cobre cuando se colocan en el útero.

La T de Cobre, que tiene una vida útil de hasta 12 años se ofrece en centros sanitarios públicos (8)

A. Mecanismo de acción

Dificultando el alcance de los espermatozoides para atravesar el útero, el proceso reproductivo previo a la concepción.

B. Condiciones que contraindiquen su uso

Embarazo, sepsis puerperal, sangrado vaginal inexplicable, enfermedad inflamatoria pélvica una infección presente y purulenta por gonorrea, clamidia o ITS.

3.1.8.4. Píldoras

Los AOC son anticonceptivos orales (AO) que contienen progesterona y estrógenos. Se han creado múltiples clasificaciones como resultado del desarrollo de los AOC. (8):

Según la dosis de Estrógenos:

- Las formulaciones con EE mayor o igual a 50 mcg se clasifican como AOC de dosis alta.
- Dosis bajas de AOC: EE está presente.

Según la forma en que los estrógenos y progestágenos fluctúan a lo largo del ciclo menstrual:

- Monofásicos: Cada píldora activa contiene el mismo número de estrógenos y progestágenos.
- Trifásicos: Con tres fases, la primera tiene una cantidad insignificante de ambas sustancias. La concentración de ambas hormonas aumenta en la segunda fase, y en la tercera, la progesterona aumenta mientras que el estrógeno disminuye.

A. Mecanismo de acción

Supresión de la ovulación. La mucosa cervical se ha espesado.

B. Condiciones que contraindiquen su uso

Embarazo sospechado o confirmado, hemorragia vaginal inexplicable, tabaquismo e hipertensión arterial.

3.1.9. Trabajo sexual

La construcción social de la sexualidad repercute en la práctica económica del trabajo sexual. Sin embargo, representa una transgresión del concepto dominante de sexualidad femenina, centrado en la reproducción, porque es una actividad motivada principalmente por el placer y su satisfacción. En consecuencia, las trabajadoras del sexo fueron estigmatizadas como inadaptadas sociales, desviadas o delincuentes (9).

El trabajo sexual está rodeado de mucha vulnerabilidad, ya que suele implicar actividades con importantes riesgos de violencia y contagio de ETS, en particular el VIH/SIDA. No hablaremos del alto riesgo epidemiológico porque la mayoría de los profesionales del sexo se protegen porque son conscientes del riesgo al que se enfrentan, sino del hecho de que uno de cada tres profesionales del sexo no recibe servicios de prevención del VIH o de infecciones de transmisión sexual (10).

3.1.10. Maternidad

Más allá de los aspectos biológicos del embarazo y el parto, La maternidad es un fenómeno social complejo. Incluye elementos emocionales, sociales, culturales y psicológicos. que se entretajan en la forma en que las mujeres conectan con los demás en situaciones particulares en las que se encuentran con mundos simbólicos con significados particulares. (11).

La maternidad se ha tratado principalmente en el contexto de los servicios sanitarios desde una perspectiva biológica, la mortalidad materna (MM) es su indicador clave, y sus

insumos consisten en normativas de atención prenatal, programas de atención materna e indicadores de vigilancia de salud pública de la MM y la mortalidad perinatal (11).

A. Maternidad como un proceso

Ser madre es un proceso dinámico que siempre se está construyendo, desmontando y buscando un significado. Tiene un inicio, que suele asociarse al embarazo. Hay varias etapas que aparecen a medida que se desarrolla el proceso, pero que no son especialmente distintas entre sí: Confirmación del embarazo, asimilación y acomodación al proyecto de vida; signos y síntomas del embarazo, movimientos del bebé y apoyo al CNP; cambios en la forma del cuerpo y desarrollo del embarazo; parto y alumbramiento; cuidado, protección, educación y compañía del niño; y g) formación con el objetivo de ayudar al niño a convertirse en una buena persona.

Todas estas fases van acompañadas de cambios psicológicos que provocan una serie de emociones, en función de las circunstancias de la mujer embarazada en ese momento. Estos sentimientos pueden ir de la alegría a la tristeza, de la preocupación a la satisfacción, del miedo a la esperanza. Para las mujeres embarazadas, la paternidad es una experiencia que dura toda la vida y que es única para cada mujer, cada etapa del embarazo y cada niño (11).

La maternidad puede producirse en un entorno desfavorable en el que hay pocos puestos de trabajo disponibles, pocas personas con titulación universitaria y restricciones que impiden el acceso a la atención sanitaria- o en uno favorable en el que se anima a, la sociedad, la pareja y la familia en general a preparar y acompañar a la mujer embarazada (11).

B. Maternidad como una responsabilidad

Las mujeres embarazadas tienen muchas obligaciones durante el embarazo, sobre todo teniendo en cuenta las responsabilidades que conlleva la paternidad, como la necesidad de inculcar valores al niño, asegurarse de que tiene todo lo que necesita, mostrarle mucho amor y esforzarse por progresar. Cuando se trata de la responsabilidad de la maternidad, las mujeres se encuentran en diversas situaciones, desde la desfavorable de ser madre soltera, desempleada, con escasa formación y en conflicto con su familia, hasta la favorable de contar con maridos y familias que las apoyan, comprenden, acompañan y asisten, así como la posibilidad de poder acceder a una atención sanitaria adecuada.

En algunos casos, hace que se esfuerce mucho, que espere más de sí misma y que, en ocasiones, trabaje dos turnos para lograr la independencia económica, progresar, adquirir experiencia como madre, etc. (11).

C. Maternidad como preocupación

Ser madre también conlleva preocupaciones, sobre todo en relación con el cuidado de los hijos, la preparación inadecuada para criarlos, la falta de independencia, la dependencia económica y el temor provocado por situaciones como la posibilidad de anomalías congénitas o la pérdida del trabajo o el desempleo. Esta preocupación surge con más frecuencia cuando la madre es monoparental y está desempleada o tiene dificultades para encontrar empleo debido a su embarazo. En un esfuerzo por avanzar, la embarazada preocupada toma decisiones, se prepara para cuidar del bebé, innova o imita métodos maternos de crianza, a menudo sintiéndose impotente y culpable ante las muchas responsabilidades y expectativas que la sociedad deposita en ella (11).

D. Maternidad como una experiencia positiva

Cuando una mujer está en un matrimonio feliz y ella y su pareja están de acuerdo en que es el instante adecuado para estructurar una familia porque ya han vivido, han hecho planes y han evaluado su disposición a hacerlo, la maternidad puede ser compartida ocasionalmente con el marido o la pareja y la familia. En esta situación, la mujer tiene una familia que la apoya, una pareja que participa y otros miembros de la familia dispuestos a ayudar. También tiene acceso a la atención sanitaria, un empleo seguro, independencia económica y una familia dispuesta a ayudarla (11).

E. Maternidad como adaptación/acomodación

Dado que el embarazo fue inesperado, no deseado, no programado o interfirió en sus planes, la paternidad puede ir acompañada ocasionalmente de muchos momentos de ansiedad entre la aceptación y el rechazo del embarazo. Las mujeres cuyos embarazos fueron imprevistos o no deseados experimentan emociones contradictorias, sobre todo al principio. Por ejemplo, una mujer embarazada puede experimentar frustración, pero a medida que avanza el embarazo y se producen cambios psicológicos y sociales, pueden pasar del descontento y el rechazo de un proceso de aceptación, ajuste e integración de la paternidad en su objetivo vital (11).

F. Controles Prenatales

Incluso en los embarazos sanos, la vigilancia prenatal es crucial. Los exámenes periódicos ayudan a identificar a las pacientes más susceptibles de sufrir riesgos prenatales y obstétricos; ayudan a fomentar actitudes positivas durante el embarazo. Según los resultados, los niños nacidos de madres que no recibieron atención prenatal tienen cinco veces más riesgo de morir y tres veces más riesgo de tener bajo peso al nacer, a pesar de la falta de estudios científicos en este campo (12).

Las pruebas de embarazo deben iniciarse en cuanto haya embarazo probable, especialmente en pacientes con enfermedades graves, las que han sufrido abortos espontáneos o las que han tenido defectos del tubo neural, idealmente antes de las 10 semanas. (12).

Una revisión de Cochrane (13), que abarcaba países de ingresos altos, medios y bajos, no encontró pruebas concluyentes de que los nacimientos prematuros y los bebés con bajo peso al nacer fueran más frecuentes en los grupos que se sometían a menos controles prenatales. Esto se comparó con controles estándar. El calendario y el contenido de los controles deben decidirse en función de las necesidades y el riesgo de cada madre y embarazo, aunque la frecuencia ideal es objeto de debate. Una embarazada siempre debería poder acudir a una consulta urgente (13).

El contacto directo con la futura madre y su cónyuge o acompañante durante el control prenatal (CPN) ofrece asesoramiento e información para ayudar al desarrollo del conocimiento mediante la colaboración, la adopción y práctica de actitudes saludables y la toma de decisiones oportunas y responsables en relación con el embarazo, el parto, el puerperio y los cuidados del lactante. El apoyo didáctico que se brinda al acompañar y reforzar la actividad instructiva con material gráfico aumenta su efectividad (14).

G. Aspectos para considerar

- Describir los cambios previstos en la madre durante el curso del embarazo, así como el desarrollo del feto, a la futura madre, su pareja o acompañante.
- Para seguir estos cambios, mantener el bienestar de la madre y promover el crecimiento sano del feto, se hace hincapié en la necesidad del seguimiento prenatal.

- Informar a la futura madre y a su pareja o a cualquier otra persona acompañante de los posibles riesgos asociados al embarazo, el parto o el puerperio.
- Tenga en cuenta los indicadores de alerta para identificar rápidamente posibles dificultades y los comportamientos que debe adoptar en estas circunstancias.
- Anime a la mujer embarazada a que acuda a la consulta con una amiga o su cónyuge para que puedan comentar los resultados.
- Describir la importancia de la planificación del parto y los factores a tener en cuenta, como el coste, el transporte y reubicación, así como la ayuda de la comunidad y las familias.
- Anime a la futura madre y a su cónyuge o acompañante a comprometerse a explicar a su familia el valor de dar a luz en un hospital.
- Explicar algunos procedimientos y familiarizar a la pareja o acompañante de la embarazada con el entorno de atención al parto.

H. Frecuencia

Regularidad de los exámenes prenatales es:

- Una vez al mes hasta el sexto mes de embarazo, o hasta las 32 semanas.
- Cada 15 días desde el 7mo mes al 8vo o de las 33 semanas hasta las 36 semanas.
- Cada 7 días el noveno mes o desde las 37 semanas hasta las 40 semanas de gestación.

I. Alimentación - nutrición

Según las preferencias del paciente, se aconseja una dieta equilibrada y variada. Para determinar un aumento de peso adecuado, debe emplearse el IMC. Las embarazadas obesas deben recibir asesoramiento sobre nutrición adecuada y se les debe instar a hacer ejercicio. Las pacientes embarazadas necesitarán suplementos de ácido fólico, hierro, magnesio, calcio, y zinc (12).

El único nutriente cuyas necesidades no se satisfacen con una dieta típica es el hierro. Dado que el alimento actual sólo aporta 15 mg al día, es decir, menos de los 30 mg necesarios al día, el hierro elemental debe suplementarse a partir de las 16 semanas de edad en dosis de 30 a 60 mg al día en forma de sales ferrosas como fumarato, gluconato o sulfato (12).

Para disminuir la posibilidad de anomalías del tubo neural, el Centro de Control de Enfermedades de EE.UU. (CDC) aconseja a las mujeres embarazadas tomar ácido fólico (400 mcg/día) durante los tres primeros meses de embarazo y comenzar la suplementación tres meses antes de la concepción. Si hubo un defecto del tubo neural durante un embarazo anterior, esta suplementación debe ser de 4 mg/día. (12).

Tanto la fase previa a la concepción como el embarazo y la lactancia deben incluir una dieta nutritiva para proteger la salud de la madre, el feto y el recién nacido (12).

La leche materna debe administrarse al recién nacido después del parto para garantizarle una nutrición adecuada. El perfil nutricional de la lactancia materna y la disponibilidad de nutrientes para los lactantes, que podrían repercutir en la salud del lactante, están relacionadas con el estado nutricional de la madre (15).

J. Sustancias nocivas

Toda mujer embarazada experimenta una serie de problemas cuando consume sustancias psicoactivas, y el feto o el bebé también pueden experimentar problemas importantes como consecuencia de ello. Aunque muchas mujeres son muy conscientes de estos factores, el consumo sigue estando muy extendido. Aunque la idea de consumir sustancias psicoactivas durante el embarazo no está ampliamente aceptada, hay que recordar que las justificaciones de las mujeres para consumir alcohol, tabaco y otras drogas deben investigarse con precisión y prontitud (16).

Dado que las mujeres pueden consumir drogas legales e ilegales por diversas razones, entre las que se incluyen las creencias, la adicción, la economía y otras consideraciones, las circunstancias individuales de cada mujer determinan en última instancia el consumo de sustancias psicotrópicas por parte de las trabajadoras del sexo. El consumo de sustancias psicoactivas se considera esencial para el trabajo de los profesionales del sexo, ya que les permite obtener más recompensas económicas tanto para ellas como para los lugares donde realizan su labor, lo que está vinculado a la economía (16).

Al igual que muchas otras personas, muchos de estos individuos descubren que el consumo de drogas les proporciona el valor necesario para cumplir con sus obligaciones y les brinda la oportunidad de escapar de las partes difíciles de sus vidas. El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, durante el embarazo tiene diversas repercusiones como, por ejemplo:

- Fumar o consumir tabaco disminuye el acceso del feto a la sangre y los nutrientes, Esto eleva el peligro de placenta previa, desprendimiento de placenta y aborto espontáneo. Entre otras cosas, puede provocar anomalías congénitas, bajo peso al nacer, defectos anatómicos, dificultades de aprendizaje, problemas de comportamiento y recién nacidos con síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) (16) (16).
- El desarrollo de anomalías físicas, mentales y de crecimiento en el feto y el bebé se denomina síndrome alcohólico fetal (SAF), puede estar provocado por el alcohol, así como retraso mental, escasa capacidad de atención, hiperactividad, anomalías de comportamiento y otros problemas (16).
- El consumo de marihuana se ha relacionado con problemas como el retraso del crecimiento fetal, cambios dismórficos como el síndrome de alcoholismo fetal, cambios en el comportamiento de los recién nacidos y problemas con el desarrollo psicomotor (16).

Debido a estos factores, toda mujer que tome cualquier tipo de sustancia psicoactiva debe ser identificada, ya que hacerlo entraña diversos peligros y tiene el potencial de ser trágico, especialmente para las mujeres que ya son vulnerables, como las trabajadoras del sexo (16).

K. Lactancia materna

La mejor forma de proporcionar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo sanos es la lactancia materna. Si tienen acceso a información fiable, el apoyo de sus familias y el respaldo del sistema sanitario, casi todas las mujeres pueden dar el pecho (17).

Tras el parto, se debe dar leche materna al bebé para garantizar una nutrición adecuada. La composición de la leche materna y la disponibilidad de nutrientes para el recién nacido, que podrían repercutir en la salud del lactante, están relacionadas con el estado nutricional de la madre (15).

3.1.11. Características sociodemográficas

Las características biológicas, socioeconómicas y culturales observables del grupo objeto de estudio.

A. Grupo etario

Un conjunto de personas de interés estadístico o académico que tienen la misma edad o se encuentran en una etapa vital similar se denomina grupo de edad, intervalo de edad o conjunto de edades. En otras palabras, cuando dividimos una comunidad o un grupo de personas en grupos basados en la edad, nos referimos a grupos de edad (18).

Los estudios sociológicos utilizan con frecuencia grupos de edad porque parten del supuesto de que los grupos de personas que tienen aproximadamente la misma edad comparten intereses, objetivos y comportamientos recurrentes comparables. Debido a que el cuerpo humano suele pasar por etapas similares, también es significativo en estudios relacionados con la medicina y la salud pública (19).

Por lo tanto, cuando se afirma que una determinada "franja de edad" o "grupo de edad" presenta una determinada característica o tiene una determinada preferencia, se está confirmando que los individuos de esa franja de edad comparten esa característica o se comportan de esa manera (18).

Hay dos clasificaciones para los grupos de edades y son:

B. Según la ONU

- Niños: desde el nacimiento hasta los nueve años y medio.
- Adolescentes: de 10 a 19 años y 11 meses.
- Jóvenes: entre 20 y 29 años y 11 meses.
- Adulto: entre 30 y 59 años.
- Adulto Mayor: 60 años a más.

C. Según MINSA

- Niños: desde el nacimiento hasta los 11 años, 11 meses y 29 días.
- Adolescentes: de 12 a 17 años, 11 meses y 29 días.
- Jóvenes: entre 18 y 29 años, 11 meses y 29 días.
- Adulto: entre 30 y 59 años, 11 meses y 29 días.
- Los adultos mayores de 60 años se consideran adultos mayores.

D. Nivel de instrucción

A partir del número de años de estudio que la población ha completado con éxito, se determina el nivel educativo de la población (19).

E. Estado civil

Se considera estado civil legal la situación de una persona como pareja legalmente casada en el momento en que se recogen los datos. Las modalidades incluyen soltero, casado, viudo, separado y divorciado (20).

3.1.12. Antecedentes gineco-obstétricos

Los antecedentes Gineco-obstétricos son situaciones vividas relacionadas con o sin complicaciones en la edad fértil, embarazo o gestaciones.

A. Menarquía

La menarquia, en la que influyen tanto factores hereditarios como ambientales, es el factor de predicción del desarrollo sexual más utilizado. La edad de inicio de la menstruación por primera vez está influida tanto por factores hereditarios como ambientales (21).

La literatura científica está a favor de la existencia de un componente hereditario importante porque las características étnicas son factores genéticos que afectan a las variaciones en el inicio de la pubertad y porque la edad de la menarquia de las madres influye en la de las hijas entre un 50 y un 75%. La menarquia se produce precozmente, por ejemplo, en la raza negra (21).

B. Paridad

La paridad es la proporción de partos que se producen después de las 20 semanas. Al calcular la paridad, un embarazo multifetal cuenta como un embarazo. y el número total de embarazos. Los abortos son todos los embarazos que terminan antes de las 20 semanas, independientemente del motivo (como un aborto espontáneo, terapéutico o voluntario, o un embarazo ectópico). El número total de embarazos es igual a la paridad más los abortos (22).

Se utilizan cuatro cifras para clasificar el número de nacimientos:

- Nacimientos a término (después de 37 semanas de embarazo).
- Tasa de nacimientos prematuros (20-37 semanas de gestación).
- Abortos practicados.
- La proporción de nacidos vivos.

3.1.13. Complicaciones obstétricas

A. Aborto

La definición de aborto es el final prematuro y no planificado de un embarazo (antes de las 20 semanas) con base a la fecha del primer día de la última menstruación. Otra definición de uso frecuente es el nacimiento de un feto – neonato con peso menor a 500 gramos (23).

Más del 80% de los abortos se producen en las 12 primeras semanas de embarazo. Al menos la mitad de estos abortos espontáneos precoces se deben a distintos trastornos genéticos. La edad del padre y la madre, así como la paridad, aumentan el riesgo de aborto. Por último, si una mujer se queda embarazada en los tres meses siguientes a dar a luz a un hijo a término, la probabilidad de aborto espontáneo aumenta (23).

Clasificación:

B. Aborto inevitable

Se refiere a un aborto que tiene lugar sin que el feto o el embrión sean expulsados, ya sea por rotura de membranas o en presencia de un cuello uterino abierto (24).

La Rotura franca de las membranas en presencia de dilatación cervical casi siempre anuncia aborto inevitable. Bajo estas circunstancias el aborto es casi seguro, por lo general las contracciones uterinas se inician con prontitud o sobreviene la infección. La posibilidad de salvar el embarazo es muy baja cuando la rotura de membranas o la dilatación considerable del cuello uterino son francas (23).

C. Aborto incompleto

Cuando los órganos fetales, las membranas o la placenta quedan retenidos tras una expulsión parcial del producto del embarazo, puede utilizarse un cuello abierto con restos en su interior para identificar la afección (24).

Suele acompañarse de hemorragia, que puede ser muy intensa en los embarazos más avanzados. Es probable que el embrión o feto y placenta se expulsen juntos en los abortos de embarazos que tienen menos de 10 semanas (23).

D. Aborto diferido

Almacenamiento de productos fetales en descomposición durante un periodo prolongado. Después de la muerte embrionario o fetal puede haber o no hemorragia vaginal u otros

signos. Es posible que las alteraciones mamarias retrocedan mientras el tamaño uterino se mantiene constante (23).

E. Aborto recurrente

Implica tres o más abortos espontáneos consecutivos. Tal vez los abortos espontáneos repetidos son sucesos casuales casi siempre. Se considera que las mujeres que han sufrido tres o más de estos abortos presentan un riesgo incrementado de tener anomalía cromosómica, trastorno endocrino o una anomalía del sistema inmunológico. Estas mujeres corren mayor riesgo de experimentar parto pre - término, placenta previa, presentación de pelvis y malformaciones fetales en embarazos subsecuentes (23).

F. Aborto terapéutico

La interrupción médica o quirúrgica de un embarazo antes del estado de viabilidad fetal con el fin de proteger a la madre de sufrir daños físicos graves o irreversibles. Las indicaciones incluyen cardiopatía persistente después de una descompensación cardíaca, avance de la enfermedad vascular hipertensiva y carcinoma invasivo del cuello uterino. Además de los trastornos médicos y quirúrgicos que pueden ser indicación para interrumpir el embarazo (23).

G. Aborto completo

Expulsión completa del embarazo sin necesidad de evacuación quirúrgica; este diagnóstico debe realizarse si la paciente tiene antecedentes de hemorragia vaginal que ha disminuido o cesado, y si la exploración física revela un cuello uterino cerrado con escasa o nula hemorragia. La confirmación de este diagnóstico requerirá una ecografía que no muestre restos o pocos coágulos en la cavidad. Si el aborto se produce antes de las 12 semanas, es más probable que tenga éxito (24).

3.1.14. Anemia

Una caída moderada de los valores de hemoglobina se observa durante el embarazo en mujeres sanas sin deficiencias de hierro o folato. Se debe a que el crecimiento del volumen plasmático durante la gestación normal es significativamente mayor que la expansión de la masa de hemoglobina y del volumen eritrocitario. Al inicio del embarazo y a término de tal, las concentraciones de hemoglobina de muchas mujeres con reservas de hierro son de 11g/dl o más. La hemoglobinemia se reduce a la mitad del embarazo. Por ello, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) clasifican

como anemia los niveles inferiores a 10,5 g/dl en el segundo trimestre y a 11,5 g/dl en el primero y el tercero (23).

Entre las causas de la anemia tenemos:

A. Anemia por deficiencia de hierro

La carencia de hierro y la pérdida hematológica aguda son las dos afecciones que con más frecuencia provocan anemia en las mujeres embarazadas y puérperas. Si la absorción gastrointestinal no es suficiente para compensar la diferencia entre el hierro almacenado disponible en la madre y las necesidades de hierro de un embarazo típico, se produce una anemia ferropénica (23).

B. Anemia que acompaña a las enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas que pueden causar anemia en embarazadas son diversas. Entre ellas se cuentan las nefropatías crónicas, la enfermedad intestinal inflamatoria, el lupus eritematoso sistémico, las afecciones granulomatosas, los cánceres y la artritis reumatoide (23).

C. Anemia megaloblástica

La anemia megaloblástica que inicia durante el embarazo casi siempre es resultado de deficiencia de ácido fólico. Por lo general se encuentra en mujeres que no consumen verduras de hoja verde frescas, legumbres ni proteínas animales (23).

3.1.15. Hiperémesis gravídica

Estado grave de náuseas y vómitos resistente a la terapia y que provoca carencias nutricionales, alteraciones hemodinámicas, pérdida de peso y cetosis. En los estadios graves se observan enfermedades neurológicas, insuficiencia hepática y renal y hemorragias retinianas. Los tipos más graves e irreversibles, mucho menos frecuentes que las náuseas y vómitos comunes del embarazo, también son cada vez más raros (25).

A. Patogenia

Entre el 0,3% y el 2% de las mujeres embarazadas padecen HG. En general, no hay una causa establecida, sin embargo, algunos elementos significativos son los siguientes:

- HCG, o gonadotropina coriónica humana, niveles más altos.
- Aumento de estrógenos: Es bien sabido que los efectos estrogénicos del embarazo retrasan el vaciado del estómago y ralentizan la motilidad gastrointestinal.

- Aumento de la progesterona, probablemente como resultado de su capacidad para reducir la motilidad intestinal, esofágica y gástrica, así como para relajar el esfínter esofágico inferior.

Las mujeres jóvenes primíparas y las que tienen antecedentes de mareos, migrañas, náuseas y vómitos relacionados con los anticonceptivos orales son más propensas a padecerla. Además, las personas que tienen HG en sus madres o hermanas son más propensas a padecerlo, y entre las madres que han tenido varios hijos es más frecuente. Por último, en los casos más graves puede haber un componente psicológico asociado (26).

3.1.16. Diabetes gestacional

Durante el embarazo pueden observarse varios niveles de intolerancia a los hidratos de carbono, son las características distintivas de la diabetes mellitus gestacional. Esta definición se aplica sin importar que la insulina se use o no en el tratamiento. El término diagnóstico diabetes gestacional implica que el padecimiento es inducido por el embarazo quizás a raíz de cambios fisiológicos significativos del metabolismo de la glucosa. Casi el 15% de las mujeres con diabetes gestacional padece hiperglucemia en ayunas. En las mujeres con diagnóstico gestacional, el crecimiento fetal excesivo es la principal preocupación perinatal, ya que puede causar estrés obstétrico. Las anomalías fetales no son más frecuentes en las embarazadas con diabetes gestacional que en las pacientes con diabetes franca (23).

A. Complicaciones maternas y fecales

La diabetes gestacional aumenta el riesgo de morbilidad de la mujer antes, durante y después del parto. Las embarazadas diabéticas pueden experimentar complicaciones como:

- Macrosomía Fetal; el aspecto perinatal más importante en relación con la diabetes gestacional es evitar el parto difícil resultante de macrosomía, con traumatismo obstétrico por distocia de hombros (23).
- Muerte prenatal o postnatal (27).

3.1.17. Parto pretérmino

El nacimiento antes del término es uno de los primeros peligros para la salud del ser humano y es causa primaria (además de anomalías congénitas) de morbilidad neonatal. Se sugiere que el parto pretérmino se defina como el que ocurre antes de la semana 37 de embarazo (23).

Los cuidados mejorados de manera constante del neonato pretérmino llevan a formular otras definiciones. Por ejemplo, la gran preponderancia de la mortalidad grave del nacimiento pretérmino ocurre antes de la semana 34 y algunos clínicos consideran que dicha semana es el umbral para la pre-madurez de importancia. Los niños prematuros también suelen denominarse de muy bajo peso al nacer (recién nacidos que pesan 1.500 g o menos) o neonatos con un peso al nacer excepcionalmente bajo (1.000 g o menos) (23).

Categorías y causas del parto pretérmino:

A. Nacimiento prematuro obligado

Elección clínica de dar a luz al bebé en lugar de continuar con el embarazo (23).

B. Rotura prematura de membranas hasta el término

En esta frase se hace referencia a la rotura prematura de membranas, que se produce antes del inicio del parto y antes del término estimado. La fisiopatología de la rotura prematura de membranas no está clara (23).

3.1.18. Factores de estilo de vida

El consumo de alcohol y drogas como la cocaína también se ha relacionado con la aparición y los resultados de bebés con bajo peso al nacer, así como con comportamientos como fumar, comer mal y un aumento de peso inadecuado durante el embarazo. Sin duda, tanto el parto prematuro como la limitación del crecimiento fetal contribuyen a este resultado.

La juventud, la pobreza, el límite superior de altura y las características profesionales son otros de los factores de riesgo materno mencionados (23).

3.1.19. Infecciones

Toda mujer embarazada corre el riesgo de contraer diversas infecciones, como virus, gérmenes y parásitos. Muchas de estas infecciones pueden perjudicar gravemente al

embarazo o al bebé. El embarazo, el parto y la adolescencia pueden dar lugar a la transmisión de madre a hijo (28).

Hay numerosas infecciones que pueden desarrollarse durante el embarazo y poner en peligro al feto o al bebé. Las madres pueden transmitir estas enfermedades a sus hijos:

A. Durante el embarazo

Las infecciones congénitas en el niño se producen principalmente por vía transplacentaria, siendo mucho menos frecuente la vía ascendente (28).

B. Durante el parto

Las infecciones perinatales se producen al entrar en contacto con fluidos infecciosos en el canal del parto (28).

C. Después del parto

Las infecciones posnatales se producen por la lactancia o el contacto con fluidos maternos (28).

La flora vaginal típica, compuesta por diversos microorganismos, es esencial para mantener un entorno suficientemente protegido contra algunas enfermedades durante el embarazo.

Cuando está alterada, puede provocar Vaginosis Bacteriana, que se caracteriza por la presencia de muchas bacterias en mayor cantidad de lo habitual y durante el embarazo, puede ser peligroso tanto para la madre como para el feto. Lo mismo ocurre con otras infecciones vaginales, como la Clamidia y la Gonorrea, que, además de tener efectos como las principales ITS, pueden tener secuelas de por vida en el feto (28).

3.1.20. Trastornos hipertensivos del embarazo

Las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y/o fetal son efectos adversos de la enfermedad hipertensiva relacionados con el embarazo. Debido al importante riesgo de ictus, todas las directrices actuales para el tratamiento de la hipertensión durante el embarazo recomiendan tratar la presión arterial si es $> 160/105-110$ mmHg y normalizarla a $140/90$ si hay afectación de órganos diana. Las pruebas sugieren que, aunque la preeclampsia no puede prevenirse, El riesgo de desarrollar hipertensión no controlada disminuye si se trata la hipertensión de leve a moderada (29).

Clasificación:

A. Hipertensión gestacional

Tras el parto, la hipertensión arterial (HTA), que apareció después de las 20 semanas de embarazo, pero no causó proteinuria, vuelve a la normalidad.

B. Hipertensión crónica

Hipertensión que estaba presente al inicio del embarazo o que no se detectó hasta 12 semanas después del parto.

C. Preeclampsia sobreañadida

El desarrollo de proteinuria de más de 0,3 g/24 h cuando existe hipertensión persistente.

D. Preeclampsia

Hipertensión del embarazo acompañada de proteinuria de más de 0,3 g/24 horas

3.1.21. Desprendimiento prematuro de placenta

El desprendimiento prematuro de la placenta del lugar del implante. Dicho desprendimiento es una complicación en 1 de cada 200 nacimientos. Con frecuencia, una parte de la hemorragia por separación de la placenta penetra en el espacio entre el útero y antes de escapar a través del cuello uterino, las membranas. y provocar una hemorragia externa. Es posible que se produzca un desprendimiento parcial o total de la placenta. Esta anomalía, cuando se acompaña de hemorragia oculta, supone peligros más grandes para la madre, no solo por la posibilidad de coagulopatía, sino también porque tal vez no se reconozca la magnitud de la hemorragia (23).

3.1.22. Ruptura prematura de membranas

Antes del inicio del parto, la rotura prematura de membranas puede producirse antes o después de que el embarazo haya alcanzado las 37 semanas. Es la principal causa de muerte materna y neonatal y se produce en un porcentaje considerable de embarazos, así como de parto prematuro. Aunque su etiología es incierta, está relacionada con numerosos factores de riesgo. Cuando existe alguna incertidumbre, pueden utilizarse pruebas diagnósticas adicionales para ayudar al diagnóstico, que se basa sobre todo en la observación del líquido que drena del cuello uterino. La viabilidad del producto y las semanas de gestación serán los principales factores para determinar cómo tratar la rotura prematura de membranas (30).

Clasificación:

A. RPM término

Después de las 37 semanas.

B. RPM pretérmino (RPMP)

Antes de las 37 semanas.

C. RPM prolongado

Más de 24 horas después de la ruptura.

D. RPM previsible (RPM pv)

Tiene lugar antes de las 24 semanas.

Cada caso debe diferenciarse clínicamente para elegir la actuación más eficaz y reducir las dificultades tanto para la madre como para el feto (30)



3.2. Análisis de antecedentes investigativos

3.2.1. Nivel nacional

Título: “Actitudes y Experiencias relacionadas a la maternidad en las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta. Lima, 2015”

Autor: Milagros Katherine Zanabria Cosar.

Fuente: Repositorio académico UMNSM.

Resumen: Identificar actitudes y experiencias relacionadas con la maternidad en profesionales del sexo", según el informe. Para lograr el objetivo previsto, se utiliza metodología observacional, descriptiva, prospectiva, diseño transversal y enfoque cuantitativo. 528 profesionales del sexo que visitaron el Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta en 2015 conformaron la muestra del estudio. Una vez procesada y recopilada la información de cada encuesta, se folió y se puso en una base de datos en la aplicación IBM Statistics SPSS versión 21.0 para su análisis. Los hallazgos mostraron que mientras el 67,3% de las TS que tuvieron experiencias prenatales con la paternidad no utilizaron métodos anticonceptivos, el 72,4% de las TS tuvieron actitudes positivas hacia la paternidad.

Palabras Claves: Experiencias maternas, actitudes maternas, trabajadoras sexuales (31).

Título: “Violencia y maternidad en trabajadoras sexuales atendidas en el Hospital Antonio Lorena Año – 2018”.

Autor: Bachiller. Ttica Gutiérrez Ana Rocio Bachiller. Quispe Jorge Emely

Fuente: Repositorio Digital de tesis Universidad Andina del Cusco.

Resumen: El objetivo principal era describir el abuso sexual y la crianza de los hijos en el Hospital Antonio Lorena para madres trabajadoras. La técnica de investigación utilizó un abordaje transversal, no experimental, no cuantitativo y descriptivo. Según los resultados, 42% de las mujeres tuvieron hijos, 48% abortaron, 70% tuvieron dos o más hijos, 58% desearon su embarazo y 62% recibieron todos los cuidados prenatales recomendados.

Palabras Clave: violencia, maternidad, trabajadoras sexuales (32)

3.2.2. Nivel internacional

Título: Embarazo en mujeres en situación de prostitución: autocuidado y prácticas de riesgo. Bogotá, Colombia.

Autor: María Mercedes Lafaurie, Pío Iván Gómez – Sánchez, M.D., Andrea Juliana Bernal, María Angélica.

Fuente: Artículo de la Revista Colombiana Obstetricia y Ginecología Vol.59 N°4 Bogotá (285 – 296)

Resumen: Para determinar cómo se cuidan las prostitutas embarazadas en Santa Fe y Los Mártires, una zona con un efecto considerable. Para ello se interrogó exhaustivamente a las prostitutas embarazadas empleando una técnica de abordaje cuantitativo. Para el análisis de los datos se utilizó el programa Atlas Ti 5.0. Mediante una "bola de nieve" de la muestra, finalmente se incluyeron en el estudio 12 mujeres TS. Los resultados mostraron riesgos asociados a las relaciones sexuales de riesgo y a los partos inesperados, además de informar de una disminución de la actividad sexual y del consumo de alcohol, entre otras sustancias peligrosas. De las 12 mujeres TS, siete no utilizaban métodos anticonceptivos.

El estudio constata que esta población presenta multitud de factores de riesgo que ponen en peligro la salud de las mujeres embarazadas, y aconseja una educación centrada en el autocuidado, el empoderamiento y la anticoncepción.

Palabras Claves: Autocuidado, prostitución, factores de riesgo, infecciones de transmisión sexual, anticoncepción, género (33)

Título: Intenciones de embarazo entre trabajadoras sexuales: Reconocimiento de sus Derechos y deseos como madres.

Autor: Putu Duff, Jeannie Shoveller, Cindy Feng, Gina Ogilvie, Julio Montaner, Kate Shannon.

Fuente: J Fam Plann Reprod Cuidado de la salud. 2015; 41 (2): 102-8.

Resumen: El objetivo principal de este estudio es “Comprender mejor la prevalencia y los correlatos de las intenciones de embarazo entre las trabajadoras sexuales (TSF)” Para lograr el objetivo propuesto, hace uso del método Análisis transversal utilizando datos de una cohorte prospectiva. La muestra de este estudio incluyó a 510 mujeres. Los

resultados muestran que 394 mujeres (77.3%) informaron haber tenido una gestación anterior y 140 (27.5%) tuvieron intenciones de gestar.

Según las conclusiones del estudio, "las TSF pueden tener niveles similares de intención de embarazo que las mujeres de otras ocupaciones."

Palabras Claves: Anticoncepción, VIH, Fertilidad, intenciones de embarazo, salud reproductiva, trabajo sexual (34).





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas

En este estudio se han utilizado tanto la modalidad de encuestas como entrevistas.

1.2. Instrumento

Se aplicó los cuestionarios anexados y la ficha sociodemográfica.

Variable	Indicadores	Técnica	Instrumento
<p>Variable Independiente Actitudes hacia la maternidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Actitudes relacionadas a la maternidad en las trabajadoras sexuales. 	Encuesta	<p>Cuestionario de actitudes relacionadas a la maternidad antes, durante y después del embarazo en las trabajadoras sexuales (Anexo 4)</p>
<p>Variable Independiente Experiencias hacia la maternidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Experiencias relacionadas a la maternidad en las trabajadoras sexuales. 	Encuesta	<p>Cuestionario de experiencias de la maternidad en las trabajadoras sexuales (Anexo 3)</p>

Variable interviniente Características sociodemográficas y Gineco- obstétricos.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Nivel de Instrucción 	Entrevista	Ficha de recolección de datos (Anexo 2)
	<ul style="list-style-type: none"> • Estado Civil • Inicio de trabajo sexual • Antecedentes Gineco – obstétricos • Complicaciones en el embarazo. 		

El instrumento está compuesto por:

- El primer cuestionario consta de 13 preguntas que ayudaron a recopilar datos sobre la sociodemográfica de las trabajadoras del sexo (TS), incluida su edad, estado civil, nivel de educación, edad a la que empezaron a ejercer el trabajo sexual y ciertos antecedentes relacionados con la ginecología y la obstetricia (31).
- También se utilizaron dos cuestionarios:
 - Sobre sus Experiencias hacia la maternidad (20 preguntas), donde el puntaje se definirá descriptivamente.
 - Se utilizó la siguiente fórmula para categorizar la variable de actitudes con respecto a las actitudes de las trabajadoras sexuales hacia la maternidad (11 afirmaciones), estableciendo la constante "A" que servirá como valor de referencia para las escalas.:

$$A = \text{N}^\circ \text{ ítems} \times \text{Máx. Puntaje} - \text{N}^\circ \text{ de ítems} = _ / 2$$

También se tuvo en cuenta el máximo (33 puntos) y el mínimo (11 puntos), así como el máximo (3) y el mínimo (1) de la escala Likert.

1.2.1. Baremos de las actitudes

$$A = 11 \times 3 = 33 - 11 = 22 / 2 = 11$$

- Actitud favorable: 23 – 33 puntos.
- Actitud de rechazo: 11 - 22 puntos.
- Esta calificación es coherente con el instrumento utilizado en el estudio que la validó “Actitudes y experiencias relacionadas a la maternidad en las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta. Lima, 2015” (31).

1.2.2. Materiales

- Materiales de escritorio.
- Calculadora.
- Impresora y fotocopidora.
- Hojas bond.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

2.2. Precisión del lugar

El estudio se realizó en el amplio campo de:

- **País:** Perú
- **Región:** Arequipa
- **Provincia:** Arequipa
- **Distrito:** Arequipa

Ámbito específico: El estudio se llevó a cabo en el Hospital Goyeneche ubicado en la Av. Goyeneche s/n. (Anexo N°5)

2.3. Caracterización del lugar

Arzobispo de Lima y obispo de Arequipa, Don José Sebastián de Goyeneche y Barreda, dejó un legado de 150.000 pesetas a su muerte en 1872 para construir un hospital destinado específicamente a los desfavorecidos del departamento de Arequipa. El hospital sería administrado por la Junta de Beneficencia Pública.

El 11 de febrero de 1912 se inauguró solemnemente el Hospital Goyeneche del Gobierno Regional de Arequipa, bajo el patrocinio del Papa Pío X y la advocación de la milagrosa

imagen del Cristo Pobre, Patrono del Hospital. Desde su creación, ha sido y seguirá siendo elogiado por su irrestricta asistencia médica a la población de Arequipa y de toda la región sur de la nación. Actualmente categorizado como hospital de nivel III, el Hospital Goyeneche es una división descentralizada de la Dirección Regional de Salud de Arequipa y oficialmente subordinada al gobierno regional de Arequipa. En la actualidad, el Hospital Goyeneche ofrece atención ambulatoria y hospitalaria, así como servicios de medicina, odontología, oncología, pediatría, obstetricia, cirugía, enfermería, urgencias, patología, farmacia, servicios sociales y diagnóstico por imagen.

2.4. Ubicación temporal

2.5. Cronología

Se desarrolló en el mes de junio 2023.

2.6. Visión temporal

Prospectivo

2.7. Corte temporal

Transversal

3. Unidad de estudio

3.1. Universo

189 trabajadoras del sexo que asistieron a la UAMP en los últimos tres meses de 2023 constituyen nuestro universo y satisfarán los requisitos de inclusión y eliminación.

3.2. Muestra

La muestra está conformada por 104 participantes, de tal forma se define como un método de muestra aleatoria no probabilístico. Esto significa que los elementos se eligieron en función de su disponibilidad o accesibilidad, de tal forma la conveniencia y la practicidad prevalecen sobre la precisión estadística, asimismo, la selección de los participantes no se realiza de manera aleatoria y no se puede asignar una probabilidad precisa a cada elemento de la población para ser seleccionado en la muestra. En cambio, se mantuvieron a las participantes que estén fácilmente disponibles o accesibles en el momento de la investigación.

3.3. Criterios de selección

3.4. Criterios de inclusión

- Mujeres que acuden al servicio de la UAMP.
- Trabajadoras sexuales de entre 19 y 39 años.
- Asistentes sexuales que consienten voluntariamente.
- Madres que trabajan como trabajadoras sexuales.
- Personas sexualmente activas que se quedan embarazadas mientras ejercen el trabajo sexual.

3.5. Criterios de eliminación

- Cuestionarios que no están completamente contestados

4. Estrategias para la recolección de datos

4.1. Organización

Después de completar todos los pasos necesarios y coordinar la aplicación del instrumento, ésta se completó en las oficinas de la UAMP bajo estricta confidencialidad y con el pleno consentimiento de los obstetras encargados de brindar la atención.

Para que las trabajadoras sexuales se sintieran cómodas y confiadas y para explicarles los objetivos y el propósito de la investigación, se mantuvo una breve entrevista con ellas antes de utilizar el instrumento.

Luego se distribuyó el formulario de consentimiento informado (Anexo N°1).

A continuación, se entregó el instrumento a cada trabajadora sexual, que dispuso de 10 a 15 minutos para completarlo mientras las investigadoras las vigilaban para responder a cualquier duda y detectar cualquier error. Al final se les agradeció su participación en la actividad. A continuación, se examinaron y analizaron los resultados.

4.2. Recursos

4.3. Recursos humanos

4.3.1. Investigadoras

- Apaza Apaza Milagros Milena.
- Chilque Diaz Yosselyn Kiomara.

4.3.2. Asesor

- Mg. Herrera Cárdenas, Marcos Erveth.

4.4. Recursos físicos

- Material de escritorio.
- El programa estadístico "SPSS V.26" está instalado en un ordenador portátil con sistema operativo Windows 10.
- Versiones impresas del cuestionario y del formulario de consentimiento informado.

4.5. Disponibilidades infraestructurales

Consultorio de la UAMP del Hospital Goyeneche.

4.6. Recursos económicos

La investigación fue autofinanciada por los autores.

4.7. Validación y Confiabilidad de los instrumentos

El formulario de recogida de datos sociodemográficos no necesita validación, ya que su finalidad es la recolección de información. El cuestionario de actitudes ya ha sido verificado y utilizado en un estudio anterior, según la tesis "Actitudes y Experiencias relacionadas a la maternidad en las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta. Lima, 2015", por la investigadora, Milagros Katherine Zanabria Cosar (32), un grupo de profesionales, entre ellos un consultor, un estadístico y expertos en el tema, examinó el cuestionario antes de realizar la prueba de fiabilidad. La prueba de fiabilidad dio como resultado un alfa de Cronbach de 0,78, lo que indica el instrumento tiene un buen nivel de fiabilidad.

5. Estrategias para manejar los resultados

5.1. Plan de procesamiento de datos

5.2. Tipo de procesamiento

Mixto (manual e informatizado)

5.3. Plan de operaciones

5.4. Plan de recolección

Se solicitó el llenado de los cuestionarios.

5.5. Plan de clasificación

La sistematización de los datos se realizó mediante una matriz de Excel 2019.

5.6. Plan de recuento

Utilizando como base la matriz creada en la hoja de cálculo, se procedió al recuento electrónico de los datos.

5.7. Plan de tabulación

Tablas de doble entrada y de entrada simple.

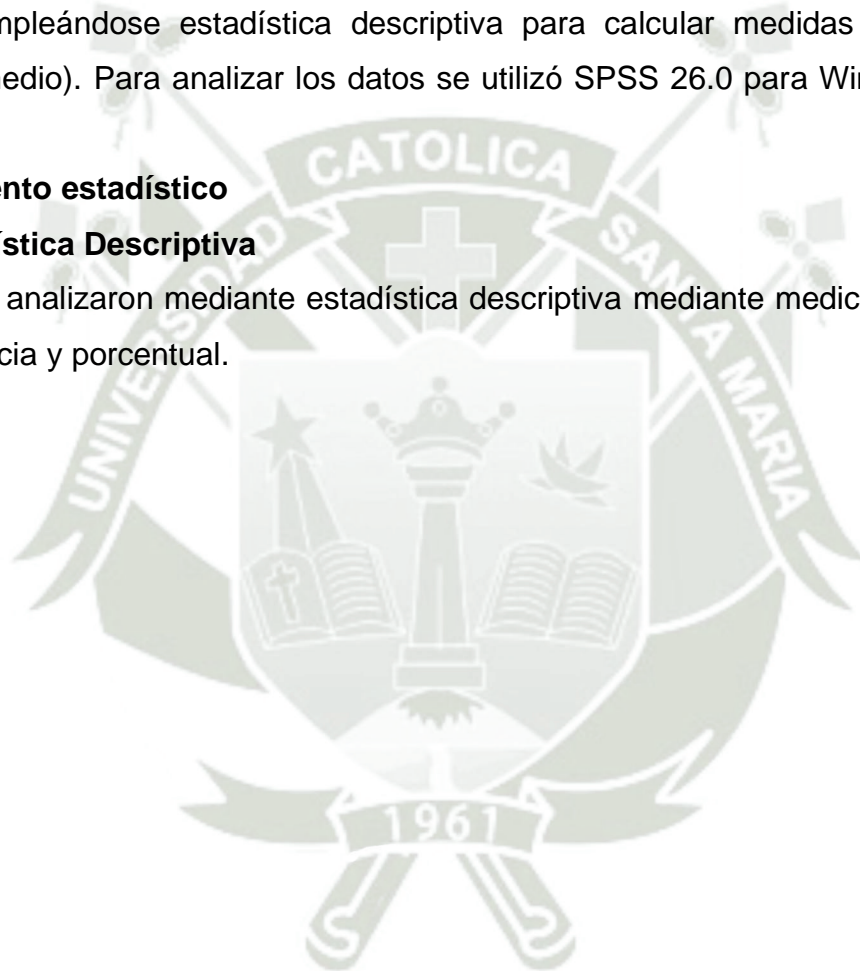
5.8. Plan de análisis de los datos

Se mostraron los porcentajes de las variables cualitativas (tanto absolutas como relativas), empleándose estadística descriptiva para calcular medidas de tendencia central (promedio). Para analizar los datos se utilizó SPSS 26.0 para Windows y Excel 2019.

5.9. Tratamiento estadístico

5.10. Estadística Descriptiva

Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva mediante mediciones precisas de la frecuencia y porcentual.





CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 1
Características Sociodemográficas de las Trabajadoras Sexuales atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche.

Características Sociodemográficas.	N	%
Grupo Etario	N	%
10 – 19 años	17	16.35%
20 – 29 años	42	40.38%
30 – 39 años	45	43.27%
Nivel de Instrucción	N	%
Sin instrucción	28	26.92%
Primaria	36	34.62%
Secundaria	30	28.85%
Superior Técnico	7	6.73%
Superior Universitario	3	2.88%
Estado Civil	N	%
Soltera	55	52.88%
Casada	5	4.81%
Conviviente	44	42.31%
Inicio del trabajo sexual	N	%
< 20 años	28	26.92%
20 – 29 años	70	67.31%
> 30 años	6	5.77%
TOTAL	104	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°1, se observa las características sociodemográficas de las trabajadoras sexuales de la UAMP del Hospital Goyeneche tienen entre 30 y 39 años que representa el 43.27% del total de las trabajadoras sexuales; solo estudiaron hasta el nivel primario

(34.62%); así mismo el 52.88% de ellas se encuentran solteras. El 67,31% de las personas que se iniciaron en el trabajo sexual lo hicieron entre los 20 y los 29 años.



Tabla 2
Antecedentes Gineco-Obstétricos de las Trabajadoras Sexuales atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche.

Antecedentes Gineco-obstétricos	N	%
Menarquía		
< 9 años	9	8.65%
10 – 12 años	53	50.96%
13 – 16 años	42	41.38%
Número de gestaciones		
Primigesta	20	19.23%
Segundigesta	36	34.62%
Multigesta	37	35.58%
Gran multigesta	11	10.58%
Hijos vivos		
1 hijo	58	55.77%
2 hijos	45	43.27%
> o igual a 3 hijos	1	0.96%
Método anticonceptivo		
No usa	0	0.00%
Preservativo	44	42.31%
Inyectable	33	31.73%
Otros	27	25.96%
TOTAL	104	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°2, se verifica antecedentes Gineco-Obstétricos. La gran mayoría de las trabajadoras del servicio sexual inició su menarquia entre los 10 y 12 años lo cual

representa 50.96%, además el 35.58% son multigestas, asimismo el 55.77% tiene al menos un hijo y el 42.31% usa preservativos como método anticonceptivo.



Tabla 3
Complicaciones Obstétricas de las Trabajadoras Sexuales atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche.

Complicaciones Obstétricas en el embarazo	N	%
Abortos	57	54.81%
Hiperémesis gravídica	22	21.15%
Diabetes gestacional	1	0.96%
Parto pretérmino	5	4.81%
Infecciones	10	9.62%
Anemia	9	8.65%
Preeclampsia	0	0%
Eclampsia	0	0%
DPP	0	0%
TOTAL	104	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°3, revela que el 54,81% de las trabajadoras en el rubro sexual tuvo como complicación obstétrica el aborto, mientras que 9,62% presentaron infecciones.

Tabla 4

Actitudes relacionadas a la Maternidad antes del Embarazo en las Trabajadoras Sexuales atendidas en la UAMP Del Hospital Goyeneche.

Actitudes relacionadas a la maternidad antes del embarazo		N	%
Pensaba frecuentemente en tener hijos.	Nunca	35	33.65%
	A veces	20	19.23%
	Siempre	49	47.12%
Pensaba en planificar el momento de tener un hijo.	Nunca	32	30.77%
	A veces	38	36.54%
	Siempre	34	32.69%
Pensaba frecuentemente que la maternidad afectaría el trabajo sexual que realizabas.	Nunca	29	27.88%
	A veces	27	25.96%
	Siempre	48	46.15%
TOTAL		104	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°4, en cuanto a las actitudes relacionadas a la maternidad antes del embarazo se observa que el 47.12% siempre pensó tener hijos; por lo cual el 36.54% a veces pensaba planificar el momento de tener un hijo; finalmente, el 46.15% siempre pensaba que la maternidad perjudicaría el trabajo sexual que realizaban.

Tabla 5

Actitudes relacionadas a la Maternidad durante el Embarazo en las Trabajadoras Sexuales atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche.

Actitudes relacionadas a la maternidad durante el embarazo		N	%
¿Cuándo se enteró de que estaba embarazada, había momentos en los que tenía miedo y rechazo a tu hijo?	Nunca	22	21.15%
	A veces	36	34.62%
	Siempre	46	44.23%
¿Cuándo se enteró de que estaba embarazada pensaba frecuentemente en abortar?	Nunca	17	16.35%
	A veces	47	45.19%
	Siempre	40	38.46%
¿Cuándo se enteró de que estaba embarazada se preocupabas por su salud y acudías puntualmente a sus controles?	Nunca	24	23.08%
	A veces	37	35.58%
	Siempre	43	41.35%
¿Cuándo estaba embarazada, continuamente se preocupaba por la salud de tu bebé?	Nunca	55	52.88%
	A veces	3	2.88%
	Siempre	46	44.23%
TOTAL		104	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°5, en cuanto a las actitudes cuando estaban embarazadas, la mayoría afirmó que siempre sentía rechazo y miedo por sus hijos (44,23%), mientras que el 21,15% nunca lo sintió así. En cuanto a los pensamientos de abortar cuando descubren que están embarazadas, la mayoría (45,19%) afirma que ocasionalmente tiene este pensamiento, mientras que el 16,35% nunca lo tiene. Además, el 41,35% se preocupaba por su salud de las trabajadoras del servicio sexual y acudía puntualmente a sus controles, frente al 23,08% que nunca se preocupaba por ello. A la pregunta de cuán importante era para ellas la salud de su bebé, el 52,88% dijo que nunca se preocupaba por ello, mientras que el 44,23% dijo que siempre lo hacía.

Tabla 6

Actitudes relacionadas a la Maternidad después del Embarazo en las Trabajadoras Sexuales atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche.

Actitudes relacionadas a la maternidad después del embarazo		N	%
El ser madre te hizo pensar muchas veces en dejar el trabajo sexual.	Nunca	16	15.38%
	A veces	38	36.54%
	Siempre	50	48.08%
Sientes que la maternidad ha influenciado negativamente en tu trabajo sexual.	Nunca	29	27.88%
	A veces	52	50.00%
	Siempre	23	22.12%
En la actualidad te arrepientes de ser madre.	Nunca	50	48.08%
	A veces	32	30.77%
	Siempre	22	21.15%
En la actualidad sientes temor por no saber educar a tus hijos.	Nunca	0	0.00%
	A veces	92	88.46%
	Siempre	12	11.54%
TOTAL		104	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°6, se evidencia que el 48,08% el ser madres siempre les hace pensar en dejar el trabajo sexual, el 50,00% a veces piensa la maternidad ha tenido un impacto negativo en el trabajo sexual, de igual forma el 48.08% no se arrepiente de ser madre; no obstante, el 88,46% actualmente tiene temor de no saber educar a sus hijos.

Tabla 7**Actitudes relacionadas a La Maternidad en Las Trabajadoras Sexuales atendidas
En La UAMP Del Hospital Goyeneche.**

Actitudes relacionadas a la maternidad	N	%
Favorable	51	49.04%
Rechazo	53	50.96%
TOTAL	104	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°7, se evidencia cómo se sienten respecto a la maternidad las trabajadoras sexuales atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche, observando que la mayoría de ellas tenía una conducta de rechazo (50.96%), mientras que un 49.04% mostró una conducta favorable. Para lograr estos resultados utilizamos los baremos de las Actitudes: Actitud favorable: 23 a 33 puntos. Actitud de rechazo: de 11 a 22 puntos. (Ver Anexo N°6)

Tabla 8

Experiencias relacionadas a la Maternidad antes del Embarazo en las Trabajadoras Sexuales atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche.

Experiencias relacionadas a la maternidad antes del embarazo	N	%
	Ninguno	11 10.58%
	Preservativo	50 48.08%
Uso de métodos anticonceptivos antes de quedar embarazada.	Ampollas	18 17.31%
	T de cobre	2 1.92%
	Píldoras	18 17.31%
	Otros	5 4.81%
Tuvo algún aborto.	No	39 37.50%
	Si, fue provocado	28 26.92%
	Si, fue espontáneo	37 35.58%
Frecuencia con que ofrecía el trabajo sexual antes de su gestación.	Todos los días	10 9.62%
	Interdiario	44 42.31%
	Una vez a la semana	29 27.88%
	Una vez al mes	11 10.58%
	Muy esporádicamente	10 9.62%
TOTAL	104	100.00%

Fuente: Elaboración Propia

En la Tabla N°8, se evidencia que el 48.08% de la muestra antes de quedar embarazadas usaban como método anticonceptivo el preservativo; no obstante, el 37.50% no tuvo algún aborto; así mismo, el 42.31% ejercía el trabajo sexual de manera interdiario antes de la gestación.

Tabla 9

Experiencias relacionadas a la Maternidad durante el Embarazo en las Trabajadoras Sexuales atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche.

Experiencias relacionadas a la maternidad durante el embarazo		N	%
Durante su embarazo continuó con el trabajo sexual.	No	40	38.46%
	Si	64	61.54%
Frecuencia con que ejercía el trabajo sexual durante su embarazo.	No lo ejercía	23	22.12%
	Todos los días	5	4.81%
	Interdiario	27	25.96%
	Una vez a la semana	33	31.73%
	Una vez al mes	11	10.58%
	Muy esporádicamente	5	4.81%
Durante su embarazo a que semana acudió a sus controles prenatales.	No acudió	6	5.77%
	Antes de los 3 meses	53	50.96%
	Entre los 3 y 5 meses	20	19.23%
	Más de los 6 meses	16	15.38%
Durante el embarazo cuantas veces al día consumía alimentos para el desarrollo de su bebé.	Casi al finalizar el embarazo	9	8.65%
	1 vez al día	11	10.58%
	Dos veces al día	30	28.85%
	3 veces al día	37	35.58%
	4 veces al día	21	20.19%
Qué sintió cuando se estaba embarazada.	5 veces al día	5	4.81%
	Nada	6	5.77%
	Cólera	8	7.69%
	Preocupación	34	32.69%
	Desesperación	14	13.46%

	Felicidad	42	40.38%
Pensó en abortar cuando se enteró que estaba embarazada.	No	67	64.42%
	Si	37	35.58%
Durante su embarazo consumió alguna sustancia nociva.	No	69	66.35%
	Si	35	33.65%
Consideró que el consumo de alcohol o cigarrillo podría afectar el desarrollo del bebé.	No lo consideré	2	1.92%
	Si lo consideré, pero no me importaba	5	4.81%
	Si lo consideré, pero por mi trabajo no podía dejar de consumir estas sustancias	9	8.65%
	Si lo consideré, por eso traté de consumir lo me menos posible estas sustancias	21	20.19%
	Sí lo consideré, por eso no consumí estas sustancias durante el embarazo.	67	64.42%
Sintió discriminación durante sus controles prenatales o en la atención de su parto.	No me discriminaron	61	58.65%
	No me discriminaron, pero seguramente fue porque no les dije a qué me dedicaba.	21	20.19%
	En algunos momentos me discriminaron.	22	21.15%
	Siempre me discriminaron, todas las personas que me atendían.	0	0.00%
TOTAL		104	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°9, nos muestra las experiencias relacionadas hacia la maternidad durante el embarazo donde el 61,54% de las meretrices continuaron ejerciendo el trabajo sexual durante el embarazo; asimismo la frecuencia con que ejercía el trabajo sexual durante su embarazo fue una vez a la semana (31,73%). La mayoría de las embarazadas (50,96%) acudió a las citas prenatales antes del tercer mes de gestación, y consumían tres comidas al día (35,58%). Cuando las trabajadoras sexuales se enteraron de su embarazo, el 40,38% se sintió feliz y el 5,77% no sintió nada. El 64,42% no tuvieron pensamiento de abortar. El 66,35% no consumió sustancias nocivas, por lo que el 64,42% si consideró que beber o fumar afectaría la salud del bebé. El 58,65% de las trabajadoras sexuales declararon que no habían sufrido discriminación mientras recibían atención prenatal o durante el parto, por otro lado, el 21,15% indicó que alguna vez experimentó discriminación.

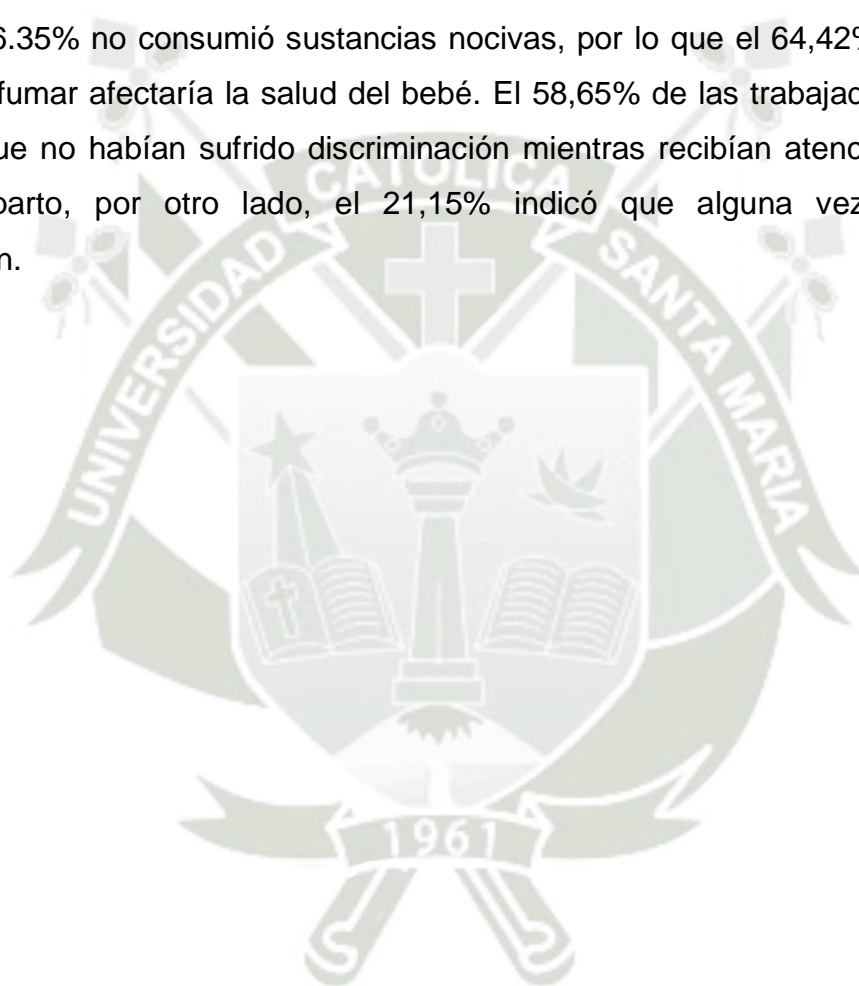


Tabla 10

Experiencias relacionadas a la Maternidad después del Embarazo en las Trabajadoras Sexuales atendidas en la UAMP Del Hospital Goyeneche.

Experiencias relacionadas la maternidad después del embarazo		N	%
Qué sentimientos surgieron al momento que nació su bebé	Nada	9	8.65%
	Cólera	1	0.96%
	Preocupación	23	22.12%
	Emoción	24	23.08%
	Felicidad	47	45.19%
Consideró abandonar el trabajo sexual después del nacimiento de su bebé.	No lo considere	28	26.92%
	Si lo considere	76	73.08%
Cuánto tiempo después de dar a luz retornó a su trabajo sexual.	A la semana	26	25.00%
	Después del mes	11	10.58%
	A los tres meses	3	3.88%
	A los seis meses	30	28.85%
	Al año	34	32.69%
Con qué frecuencia ejerce el trabajo sexual después de su embarazo.	Todos los días	1	0.96%
	Interdiario	40	38.46%
	Una vez a la semana	27	25.96%
	Una vez al mes	15	14.42%
	Muy esporádicamente	21	20.19%
Tuvo alguna dificultad para volver al trabajo sexual después del embarazo.	No	18	16.35%
	Si	86	82.69%
Usa en la actualidad métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo.	No	19	18.27%
	Si	85	81.73%

	Preservativo	30	28.85%
Método anticonceptivo que usa actualmente para no salir embarazada.	Ampollas de tres meses	37	35.58%
	Ampollas de un mes	6	5.77%
	Píldoras	7	6.73%
	Otros	24	23.08%
Cuánto tiempo dió de lactar a su bebé.	No dio de lactar	15	14.42%
	Hasta antes de los tres meses	16	15.38%
	Hasta los seis meses	22	21.15%
	Hasta el año	37	35.58%
	Hasta los dos años	14	13.46%
TOTAL		104	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°10, se evidencia que cuando nació su hijo, el 45,19% de las madres declaró sentir felicidad; en consecuencia, el 73,08% pensó en dejar su trabajo sexual tras el nacimiento de su hijo. Sin embargo, el 32,69% decidió reanudar su trabajo sexual un año después del parto; sin embargo, el 38.46% ejercen el trabajo sexual de manera interdiano después de dar a luz, mientras que el 82.69% si tuvieron alguna dificultad para volver a su trabajo sexual después del parto. Por otro lado, el 81.73% usa en la actualidad algún método anticonceptivo, por lo cual el 35.58% de las trabajadoras sexuales usan el inyectable trimestral para no salir embarazadas; no obstante, el 35.58% dio de lactar a su bebé hasta el año.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es identificar y conocer las actitudes y experiencias de las trabajadoras sexuales de la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Hospital Goyeneche de Arequipa hacia la maternidad antes, durante y después de la gestación, junio 2023. El desarrollo de este estudio estuvo motivado por el hecho de que el trabajo sexual es un factor de riesgo; durante la maternidad; las meretrices pueden adoptar una amplia gama de actitudes y experiencias. Sin embargo, muchas de ellas no se identifican con el proceso de ser madres, se distancian del niño y ven la maternidad como el simple proceso de dar a luz.

En la **Tabla N°1** se muestra el carácter sociodemográfico de las TSX y se descubre que la gran mayoría tiene entre 30 y 39 años, que representa el 43.27%, así mismo el 52.88% de ellas se encuentran solteras. Hallazgos similares fueron encontrados en el trabajo de investigación de Zanabria M (31), donde las meretrices por igual con las mismas edades (30 a 39 años: 48%) y el estado civil (Solteras: 70%). Por otro lado, el 34.62% solo tienen un nivel educativo primario. El 67,31% de las personas que se iniciaron en el trabajo sexual lo hicieron entre los 20 y los 29 años.

En la **Tabla N°2** de nuestro estudio, Antecedentes Gineco-Obstétricos, se halla que el 35.58% de las trabajadoras sexuales son multigestas, el 42.31% posee al menos un aborto, además que el 55.77% tienen al menos un hijo; estos resultados no varían con los encontrados por Zanabria M., que descubrieron que el 68,4% de las participantes en el estudio son multigestas, asimismo el 59.2% de trabajadoras sexuales tiene al menos un hijo (31).

En la **Tabla N°3** donde se evidencia las complicaciones obstétricas de las trabajadoras sexuales, el 54.81% tuvo como complicación obstétrica más común el aborto; muy semejante encontramos en el trabajo titulado “Violencia y maternidad en trabajadoras sexuales atendidas en el Hospital Antonio Lorena – Cusco” (32), donde el aborto (48%) fue la complicación con mayor porcentaje en la investigación de Ttica Gutiérrez A.

En la **Tabla N°4** muestra las actitudes en dirección a la maternidad antes del embarazo en la industria del sexo, donde las mujeres constituían el 47,12% siempre pensaba en tener hijos siendo este un resultado que difiere con los hallados por Zanabria M. donde se obtuvo que el 56.1% nunca pensaba en tener un hijo (31), mientras que el 36.54% a

veces pensaba en planificar el momento de tener un hijo, siendo este un resultado divergente al que se halló en Zanabria M. (31) donde el 53.1% nunca pensaba en tener un hijo, resultado similar en el que se halló en “Violencia y maternidad en trabajadoras sexuales atendidas en el Hospital Antonio Lorena Año – 2018” donde el 58% tuvo un embarazo no planificado (32); no obstante el 46.15% siempre había supuesto que tener hijos repercutiría en el trabajo sexual, resultado atípico con lo encontrado en la investigación de Zanabria M. (31) donde el 57.1% no tenía ni idea de como influiría tener un hijo en el trabajo sexual que realizaba.

En la **Tabla N°5** según las actitudes sobre la maternidad a lo largo del embarazo, de las 104 TSX que participaron, 46 (44,23%) sintieron constantemente miedo y rechazo por su hijo no nacido, mientras que 22 (21,15%) no percibieron miedo ni rechazo. Así mismo en el estudio realizado por Zanabria, se constató que 49 (50,0%) de las 98 meretrices nunca habían experimentado el rechazo o el terror de los niños. (31), lo cual se observó que tenían sentimientos ambivalentes, pues de una u otra manera sentían rabia, tristeza o miedo hacia su hijo, por el contrario, sentían alegría (31). No obstante, en el estudio, las TSX a veces pensaron en el aborto (45.19%), lo cual difiere a lo que evidenció Zanabria M (31), en su estudio, las meretrices no se plantearon la posibilidad de abortar. Además, el 41,35% de las trabajadoras estaban preocupadas por su salud y acudía de manera puntual a sus controles prenatales; donde existe similitud con el estudio con Ttica Gutiérrez A. que muestra que el 62% tiene atención prenatal completa (32). Por otro lado, en la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología se encontró un artículo titulado “Embarazo en mujeres en situación de prostitución: Autocuidado y prácticas de riesgo”, del total de trabajadoras sexuales (12), una tercera parte asiste a controles prenatales mensualmente (33).

En la **Tabla N°6** demuestra como las actitudes de las meretrices influye sobre la maternidad tras el embarazo; se verifica que en el 48.08% de trabajadoras sexuales siempre les hizo pensar que el ser madres les haría abandonar el trabajo sexual siendo este un resultado similar encontrados en Zanabria N. donde al 49.0% la maternidad siempre les hizo pensar en dejar el trabajo de servicio sexual (31), además el 50.0% a veces sintió que tener hijos afectaría de manera negativa a su trabajo sexual, efecto desigual en cuanto al trabajo que tiene por título “Actitudes y Experiencias relacionadas

a la maternidad en las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta Lima”, donde el 60,2% no creían que tener hijos repercuta negativamente en el trabajo sexual (31), asimismo el 48.08% nunca se arrepintió en la actualidad de ser madre siendo este un resultado inferior al hallado en Zanabria M. (31) donde el 95.9% no se arrepiente de ser madre; además que el 88.46% a veces le preocupa no saber como enseñar a sus hijos producto distinto al que fue obtenido en la investigación mencionada, donde el 56.1% siempre sienten miedo por no saber educar a sus hijos por el trabajo sexual (31); según la investigación “Violencia y maternidad en trabajadoras sexuales atendidas en el Hospital Antonio Lorena Año – 2018”; en cuanto al estilo de crianza, el 42% de las madres se identificaron como tolerantes, el 26% como indulgentes, el 20% como dominantes y el 12% como ambiguas (32).

En la **Tabla N°7** se debe tener en cuenta la palabra "actitud" que se refiere a una respuesta afectiva buena o negativa a una idea real o abstracta. Las actitudes hacia la maternidad son los estados psicológicos aprendidos que hacen que responda a su hijo de una manera determinada (3). A diferencia del estudio de Zanabria, con el estudio actual se descubrió que la mayoría de las trabajadoras del servicio sexual (50,96%) demostraron un comportamiento de rechazo relacionadas a el hecho de ser madres (31), según las estadísticas y sólo el 27,60% de las encuestadas tuvo un comportamiento de rechazo al embarazo.

En la **Tabla N°8**, donde las trabajadoras sexuales atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche experimentan diferentes situaciones relacionadas con la maternidad antes del embarazo, el 35.58% de trabajadoras sexuales tuvo al menos un aborto antes de tener un hijo, resultado diferente al hallado en Zanabria M. (31), donde el 81.6% no tuvo abortos antes de tener un hijo; mientras que el 42.31% de trabajadoras sexuales ejercía el trabajo de forma interdiario, también este resultado difiere con los encontrados, donde el 57.1% ejercía el trabajo sexual de manera diaria antes de quedar embarazadas (31).

En la **Tabla N°9**, en el presente estudio según las experiencias con la crianza durante el embarazo de las trabajadoras que ofrecen servicio sexual, la mayoría de ellas (61,54%) no dejaron el trabajo sexual en cuanto supieron que estaban embarazadas, estos resultados son ecuanímenes a lo evidenciado por Zanabria (31) que descubrieron que la mayoría de las meretrices (75%) dejaban de ejercer la prostitución. En cuanto a las TSX

que continuaron su trabajo lo realizaron de manera semanal (31.73%). Por otro lado, reveló que este conjunto demográfico acudía a los controles prenatales a una edad gestacional temprana (50,96%); de manera similar, en la investigación comparada con el estudio realizado por Lafaurie (33) donde en sus hallazgos las TSX asistían regularmente a sus CPN (54,1%); en el estudio realizado existe un porcentaje de trabajadoras sexuales no acuden a sus CPN (33.3%) por los siguientes motivos: falta de documentación adecuada, dejadez o falta de un seguro médico asequible.

La cantidad de alimentos consumidos en el momento del embarazo en el estudio actual varió, y la población diana declaró comer tres (35,58%) o dos veces al día (28,85%). Esto podría deberse al asesoramiento dietético que reciben durante los controles prenatales; Zanabria (31) encuentra resultados similares donde el consumo de alimentos en las meretrices durante el embarazo eran 3 comidas al día (46.9%). De igual manera se encontraron equivalencia con los resultados del trabajo que lleva por título “Embarazo en mujeres en situación de prostitución: Autocuidado y prácticas de riesgo” demostraron que el 50% de las trabajadoras del sexo embarazadas comían tres veces al día.

Según la investigación, la mayoría de las trabajadoras en el rubro mencionado expresaron su satisfacción por sus embarazos actuales (40.38%); de igual forma en el estudio de Ttica Gutiérrez A. (32) sus datos revelan que las trabajadoras sexuales expresan regocijo (22%) y alegría (42%); difiere en cuanto a la investigación de Zanabria (31) en sus resultados manifiesta que el 50 % de las TSX sintió preocupación.

También se examinó el consumo de sustancias de riesgo, como alcohol o cigarrillos, durante el embarazo; una parte de las futuras madres creía que esas sustancias podían dañar al feto (64.42%), por lo tanto, el estudio de Lafaurie indicaba que aproximadamente una cuarta parte de las meretrices no tenían en cuenta este peligro, pero no podían dejar de consumirlas porque era un elemento necesario de su trabajo (33), esto demuestra el nivel de preocupación o la falta de ella que tienen las trabajadoras del servicio sexual por su salud materna.

En la **Tabla N°10**, cuando nació su hijo, el 45,19% de las meretrices sintieron alegría y el 73,08% pensó en dejar su trabajo sexual; resultados relativamente similares al de Zanabria M. donde el 61.2% de las meretrices sintieron felicidad al instante que nació su bebé, no obstante, el 57.1% no consideraron renunciar al trabajo del servicio sexual (31).

El 38.46% ejerce de manera interdiario el trabajo sexual después de su embarazo, estos resultados difieren con esta fuente, donde el 36.7% de trabajadoras sexuales ejerce su trabajo de manera diaria después de dar a luz. Estas experiencias nos permiten conocer que la maternidad es un proceso de felicidad para las trabajadoras sexuales, pero en cuanto al trabajo sexual es difícil dejar el trabajo a pesar de querer dar una mejor educación a sus hijos, ya que es un medio que llega a satisfacer sus necesidades básicas de supervivencia.



CONCLUSIONES

1. Se identificó que el 50,96% de las trabajadoras sexuales tienen una actitud de rechazo ligada a la maternidad.
2. Se determinó que la mayoría de las trabajadoras sexuales que habían experimentado la maternidad, utilizaban preservativos como método anticonceptivo evitando un embarazo no deseado. De las trabajadoras sexuales que se embarazaron la mayoría de las mujeres acudían a los controles prenatales antes de los tres meses y se abstendían de consumir sustancias peligrosas. No sintieron discriminación en sus controles prenatales y atención de parto. Después de la gestación, algunas sintieron felicidad por el nacimiento de su bebé, por lo tanto, consideraron abandonar el trabajo sexual, sin embargo, varias de ellas tuvieron carencias económicas lo que dificultó que abandonaran su oficio.
3. Las características sociodemográficas de las trabajadoras sexuales de la UAMP del Hospital Goyeneche muestran que la mayoría tiene entre 30 y 39 años y solo completan la educación primaria. Normalmente, el trabajo sexual comienza cuando una persona tiene entre 20 y 29 años. Durante el embarazo, estas trabajadoras sexuales enfrentaron complicaciones obstétricas como abortos, hiperémesis gravídica, diabetes gestacional, infecciones y anemia, siendo los abortos la complicación más común.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que las Autoridades del hospital fortalezcan la UAMP para sensibilizar y educar a este grupo de población sobre el rol materno, es decir, informar sobre el significado del binomio madre-hijo. Además, es fundamental destacar la importancia de la relación maternal, porque existe una población de trabajadoras sexuales que son atendidas en la UAMP del Hospital Goyeneche que han manifestado diversas experiencias negativas relacionadas a la maternidad y tienen actitudes desfavorables.
- Para mejorar las actitudes y experiencias, se recomienda a las obstetras y estudiantes que realizan sus prácticas en la UAMP a realizar campañas educativas para trabajadoras sexuales no embarazadas, donde se les concientice sobre la importancia del uso de anticonceptivos como forma de protección contra embarazos no deseados; y brindar educación a trabajadoras sexuales embarazadas sobre la importancia de la atención prenatal para un embarazo óptimo.
- Implementar programas que logren un seguimiento permanente con el objetivo de observar la adherencia a la estrategia elegida entre esta población vulnerable, manteniendo al mismo tiempo con la educación sexual segura, a fin de mejorar la vida de las trabajadoras de este rubro. No obstante, se recomienda que los profesionales de la salud traten a este grupo de población con empatía para que puedan recibir atención prenatal sin sentirse discriminadas. Para reforzar su autoestima, las trabajadoras de ese rubro que son madres deben ser captadas y remitidas al servicio de psicología.
- Sugerimos que en investigaciones futuras se logre estructurar un proyecto donde la Defensoría del Pueblo se comprometa y sea garante efectivo en el cuidado y protección de las mujeres trabajadoras sexuales.

- Invitamos a los estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María a realizar investigaciones adicionales de tipo comparativo con otro grupo de gestantes, para mejorar el programa materno y perinatal en poblaciones con diferentes características.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kennedy F. “ Las mamás no son putas ”: percepciones y experiencias de embarazo y maternidad en trabajadoras sexuales en Buenos Aires. [Online].: Universidad de Tulane; 2019. Available from: https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4249&context=isp_collection.
2. Amaya JGD. Crianza y sexualidad de hijos de mujeres. Rev. Colomb. Psiquiat. 2012; 41(3): p. 14.
3. Rázuri Tapia KV. Repositorio Académico de la USMP. [Online].; 2018 [cited 2023 Mayo 16. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/4146>.
4. Roth. Cuestionario de la Evaluación de la Relación Madre- Niño (ERM). Estados Unidos: Universidad de Illinois. [Online].; 1965.
5. Cabrera FR. Guía sobre Conductas Sexuales Problemáticas y Prácticas Abusivas Sexuales. Viña del Mar - Chile; 2014.
6. Bello RMG. Las Experiencias de las mujeres durante el embarazo a partir del análisis de discurso. [Online].; 2016. Available from: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol1.num1.5/18490>.
7. Benítez NS. Experiencias hacia la maternidad en mujeres feministas. [Online].; 2016. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/noma/n44/n44a15.pdf>.
8. Moron CM. Norma técnica de salud de planificación familiar. [Online].; 2017. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>.
9. Rodriguez G. Trabajadoras Sexuales: Relaciones de Trabajo Invisibilizadas. [Online]. Santiago de Chile; 2012. Available from: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/116379>.
10. Londoño APa. ¿Es la prostitución un trabajo? [Online]. Colombia; 2008. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139012667007.pdf>.
11. Cáceres-Manrique FdM. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. [Online].; 2014. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000300004.

12. Susana AP. Control Prenatal. [Online].; 2014. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706340>.
13. Dowswell T. Alternative versus standard packages of antenatal care for low risk pregnancy. [Online].; Reviews 2010. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26184394/>.
14. Perú(MINSA) MdSdP. Ministerio de Salud del Perú(MINSA). [Online]. Lima; 2000. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1315_P-2000251-2.pdf.
15. García RMM. Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. [Online].; 2020. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000600009.
16. Charris Herrera M. Un mundo lleno de ambivalencia - vivencias de mujeres trabajadoras sexuales frente al cuidado de su salud, durante el embarazo en el área rural y urbana. [Online]. Bogotá; 2014. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf>.
17. Martínez-Galán P. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la Literatura. [Online].; 2017. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n1/2395-8421-eu-14-01-00054.pdf>.
18. Etecé E. Concepto. [Online].; 2022 [cited 2023 Abril 19. Available from: <https://concepto.de/grupo-etario/#ixzz7zOYUg5NC>.
19. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Online].; 1994 [cited 2023 Abril 19. Available from: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/LIb0183/presenta.htm>.
20. Instituto Vasco de Estadística. [Online]. [cited 2023 Abril 19. Available from: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_159/elem_4569/definicion.html.

21. Gómez WV. Menarquia y factores asociados. [Online].; 2013. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v24n1/end04113.pdf>.
22. Oscar Agüero JMAR. EDAD, PARIDAD, EMBARAZO Y PARTO. [Online].; 2001. Available from: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322001000300002.
23. Leveno KJ. Manual de Obstetricia y Ginecología. [Online].; 2008. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>.
24. Uribe JB. Obstetricia-y-ginecologia. [Online].; 2015. Available from: <https://booksmedicos.org/obstetricia-y-ginecologia-texto-integrado-7a-edicion-jaime-botero/>.
25. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. Séptima ed.: El Ateneo; 2016.
26. Cruz Venegas F. Hliperemesis Gravídica. Revista Médica Sinergia. 2016; Vol.1(Nº 6): p. 14-17.
27. Vigil - de García P J. Diabetes gestacional: conceptos actuales. [Online].; 2017. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n6/0300-9041-gom-85-06-380.pdf>.
28. Abarca V K. Infecciones en la mujer embarazada transmisibles al feto. [Online].; 2003. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v20s1/art07.pdf>.
29. Bryce Moncloa A, Alegría Valdivia , Valenzuela Rodriguez G, Larrauri Vigna A, Urquiaga Calderón J, San Martín San Martín MG. Hipertensión en el embarazo. [Online].; 2018. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n2/a06v64n2.pdf>.
30. Orias Vásquez M. Ruptura prematura de membranas. [Online].; 2020. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606/1041>.
31. Zanabria Cosar MKZ. Repositorio tesis de la UNMSM. [Online]. Lima; 2016. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4730/Zanabria_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

32. Ttica Gutierrez AR, Quispe Jorge. Repositorio de Tesis Digital Universidad Andina del Cusco. [Online].; 2019 [cited 2023 Abril 15. Available from: <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/2194>.
33. Lafaurie MM, Gómez-Sánchez PI, Bernal AJ, Gualteros MA, Hassan VP, Lozano JA, et al. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. [Online].; 2008. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v59n4/v59n4a04.pdf>.
34. Duff , Shoveller , Feng , Ogilvie , Montaner , Shannon. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. [Online]. Colombia; 2015. Available from: <https://srh.bmj.com/content/familyplanning/41/2/102.full.pdf>.
35. Rabines Juárez O. Repositorio Tesis UNMSM. [Online].; 2002 [cited 2023 04 19. Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/rabines_j_a/t_completo.pdf.



ANEXOS

Anexo 1:

Consentimiento informado para la investigación.

El presente trabajo de investigación con título "Actitudes y Experiencias hacia la Maternidad antes, durante y después de la gestación en mujeres trabajadoras sexuales de la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Hospital Goyeneche de Arequipa, junio 2023." planteada por las egresadas de la Facultad profesional de Obstetricia de la Universidad Católica de Santa María, Milagros Milena Apaza Apaza y Yosselyn Kiomara Chilque Diaz, para realizarse en las trabajadoras sexuales que acuden a la UAMP, Arequipa-2023.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique.

Yo, en pleno uso de mis facultades doy mi consentimiento y acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informada sobre el objetivo de la investigación y que la información que yo provea de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima, además que puedo dar por terminada mi participación en la investigación en cualquier momento. Al acceder a participar en este estudio, responderé preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15-20 minutos de mi tiempo. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Firma Participante

Anexo 2: Ficha recolección de datos

Lea cuidadosamente cada pregunta, y conteste con la seguridad de que cada respuesta será tomada con absoluta reserva por parte de las responsables del estudio. Cualquier duda puede comunicarse con las investigadoras responsables.

1. **Grado de Instrucción:**
(0) Sin instrucción (1) Primaria (2) Secundaria
(3) Superior Técnico (4) Superior Universitario

2. **Edad actual:** _____

3. **Estado civil actual:**
(0) Soltera (1) Casada (2) Conviviente

(3) Viuda (4) Divorciada

4. **Edad en la que empezó a laborar como trabajadora sexual:** _____

5. **Edad en la que tuvo su primer embarazo:** _____

6. **Edad en la que tuvo su primer hijo:** _____

7. **Estado civil:**
(0) Soltera (1) Casada (2) Conviviente

(3) Viuda (4) Divorciada

8. **Número de gestaciones:** _____

9. **Número de abortos:** _____

10. **Número de partos:** _____

11. **Número de hijos vivos:** _____

12. **Método anticonceptivo que usa actualmente:** _____

13. **Qué complicaciones tuvo en su embarazo:** _____

Anexo 3:

Cuestionario de experiencias de la maternidad en las trabajadoras sexuales.

1. Usaba métodos anticonceptivos antes de quedar embarazada (con su pareja):

- (0) Ninguno (1) Preservativo (2) Ampollas
(3) T de cobre (4) Píldoras (5)
Otros.....

2. Antes de tener su primer hijo, tuvo algún aborto:

- (0) No (1) Si, fue provocado (2) Si, fue espontáneo

3. Con que frecuencia ejercía el trabajo sexual antes de su embarazo:

- (0) Todos los días (1) Interdiario (2) Una vez a la semana
(3) Una vez al mes (4) Muy esporádicamente

4. Cuando salió embarazada, continuaba con su trabajo sexual:

- (0) No (1) Si

5. Con que frecuencia ejercía el trabajo sexual durante su embarazo:

- (0) No lo ejercía (1) Todos los días
(2) Interdiario (3) Una vez a la semana
(4) Una vez al mes (5) Muy esporádicamente

6. Durante su embarazo, a que semana acudió a realizar sus controles prenatales:

- (0) No acudió (1) Antes de los 3 meses
(2) Entre los 3 y 5 meses (3) Más de los 6 meses
(4) Casi al finalizar el embarazo

7. Cuántas veces al día consumía alimentos para el desarrollo de su bebé

- (0) 1 vez al día (1) Dos veces al día
(2) 3 veces al día (3) 4 veces al día
(4) 5 veces al día

8. ¿Qué sintió cuando se enteró que estaba embarazada?

- (0) Nada (1) Cólera
(2) Preocupación (3) Desesperación (4)
Felicidad

9. ¿Cuándo se enteró que estaba embarazada pensó en abortar?

- (0) No (1) Si

10. ¿Consumió alguna sustancia nociva como alcohol o cigarrillo durante su embarazo?

- (0) No (1) Si

11. ¿Consideró que el consumo de alcohol o cigarrillo podría afectar el desarrollo de bebe?

- (0) No lo consideré
(1) Si lo consideré, pero no me importaba.
(2) Si lo consideré, pero por mi trabajo no podía dejar de consumir estas sustancias.
(3) Si lo consideré, por eso traté de consumir lo me menos posible estas sustancias.
(4) Sí lo consideré, por eso no consumí estas sustancias durante el embarazo.

12. ¿Sintió discriminación durante sus controles prenatales o en la atención de su parto?

- (0) No me discriminaron
(1) No me discriminaron, pero seguramente fue porque no les dije a qué me dedicaba
(2) En algunos momentos me discriminaron
(3) Siempre me discriminaron, todas las personas que me atendían

13. ¿Qué sentimientos surgieron al momento que nació su bebé?

- (0) Nada (1) Cólera (2)
Preocupación
(3) Emoción (4) Felicidad

14. ¿Considero abandonar el trabajo sexual, después del nacimiento de su bebé?

(0) No lo consideraré (1) Si lo consideraré.

¿Porqué?:

.....

15. Cuanto tiempo después de dar a luz, retorno a su trabajo sexual

(0) A la semana (1) Después del mes (2) A los tres meses

(3) A los 6 meses (4) Al año

16. Con que frecuencia ejerce el trabajo sexual después de su embarazo (luego de su primer hijo):

(0) Todos los días (1) Interdiario (2) Una vez a la semana

(3) Una vez al mes (4) Muy esporádicamente

17. ¿Tuvo alguna dificultad para regresar al trabajo sexual después de su embarazo?

(0) No (1) Si

¿Por qué?:

18. Usa en la actualidad métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo:

(0) No (1) Si

19. Método anticonceptivo que usa actualmente para no salir embarazada:

(0) Preservativo (1) Ampolla de tres meses (2) Ampolla de un mes

(3) Píldoras (4) Otros

20. Cuanto tiempo dio de lactar a su bebé

(0) No dio de lactar (1) hasta antes de los tres meses (2) Hasta los 6 meses

(3) Hasta el año (4) Hasta los dos años

Anexo 4:

Cuestionario de Actitudes relacionados a la maternidad antes, durante y después del embarazo en las trabajadoras sexuales.

N°	Siempre (S)	A veces (AV)	Nunca (N)	S	AV	N
1	Antes de salir embarazada, pensabas frecuentemente en tener hijos.					
2	Antes de salir embarazada, pensabas en planificar el momento de tener un hijo.					
3	Antes de salir embarazada, pensabas frecuentemente que la maternidad afectaría el trabajo sexual que realizabas.					
4	Cuando te enteraste de que estabas embarazada, había momentos en los que tenías miedo y rechazo a tu hijo.					
5	Cuando te enteraste de que estabas embarazada pensabas frecuentemente en abortar.					
6	Cuando te enteraste de que estabas embarazada te preocupabas por tu salud y acudías puntualmente a tus controles.					
7	Cuando estabas embarazada continuamente te preocupabas por la salud de tu bebé.					
8	El ser madre te hizo pensar muchas veces en dejar el trabajo sexual.					
9	Sientes que la maternidad ha influenciado negativamente en tu trabajo sexual.					
10	En la actualidad te arrepientes de ser madre.					
11	En la actualidad sientes temor por no saber educar a tus hijos.					

Anexo 6: Matriz de datos

ID	EDAD	EDAD	NIVEL DE	ESTADO CIVIL	INICIO DE TS	MENARQUIA	N° GESTACIONES	N° ABORTOS	N° HIJOS VIVOS	MÉTODO	COMPLICACIONES	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	ACTITUD	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	PUNTAJE	
1	20	2	4	1	1	2	2	0	2	1	5	1	0	2	1	3	4	2	3	0	0	4	1	2	1	1	1	1	1	0	2	1	3	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	2	24
2	25	2	3	1	2	2	1	0	1	1	2	2	0	0	1	2	4	1	2	1	1	3	0	2	1	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	3	2	2	1	3	2	3	2	21	
3	26	2	1	3	1	2	3	2	1	1	1	1	2	0	1	1	0	0	1	1	1	2	0	2	1	0	0	1	1	0	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	18	
4	35	3	1	3	2	3	3	1	2	1	6	1	2	1	0	0	1	2	4	0	0	4	1	3	1	3	2	1	1	0	2	1	3	2	2	2	1	3	3	2	2	2	2	24	
5	33	3	2	1	2	2	2	1	1	1	1	0	2	1	1	2	2	2	2	0	0	4	1	3	0	1	1	1	1	0	3	1	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	24	
6	22	2	2	3	1	2	2	0	2	1	5	2	0	0	1	3	1	2	0	0	0	3	0	0	1	1	2	0	1	4	2	1	3	3	3	1	3	1	1	3	3	1	2	24	
7	28	2	3	2	2	1	4	3	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	0	4	2	2	1	0	1	1	1	0	0	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	21		
8	28	2	3	3	2	2	2	1	1	3	1	1	1	1	1	2	2	3	4	0	0	4	0	4	0	4	2	1	1	4	3	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	
9	35	3	1	3	2	3	1	2	3	1	1	1	2	1	0	2	1	2	4	0	0	4	0	4	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	2	3	2	3	3	3	2	3	2	25	
10	25	2	3	3	1	2	4	3	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	0	4	2	2	1	0	1	1	1	0	0	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	21	
11	25	2	3	1	2	1	3	1	2	2	1	4	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	3	1	4	2	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	2	24	
12	20	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	3	2	1	2	0	0	3	1	3	1	3	4	1	1	2	3	1	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	2	24	
13	26	2	4	1	2	3	1	0	1	3	2	1	0	3	1	4	3	2	3	1	0	4	0	4	1	3	2	0	1	4	1	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	21	
14	24	2	3	1	2	3	2	0	2	1	4	2	0	2	0	0	3	4	0	1	1	2	2	4	0	3	3	1	1	0	3	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	3	2	21	
15	24	2	4	1	2	2	2	0	2	3	2	1	0	1	1	2	2	3	4	0	0	4	0	4	0	4	2	1	1	4	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	2	26	
16	23	2	1	3	2	2	1	0	1	1	5	1	0	2	1	3	1	1	2	1	0	4	2	2	1	0	1	1	1	0	0	2	1	1	1	3	2	2	1	3	2	3	2	21	
17	30	3	1	3	2	3	3	1	2	3	1	1	2	1	1	2	1	2	4	0	0	4	0	4	1	4	1	1	1	1	4	1	3	3	3	3	3	2	3	1	1	1	2	25	
18	31	3	2	3	2	2	3	1	2	3	1	1	2	1	1	2	1	2	4	0	0	4	0	4	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	2	3	2	3	3	3	2	3	2	25	
19	21	2	2	3	2	2	4	3	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	0	4	2	2	1	0	1	1	1	0	0	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	21	
20	29	1	3	2	1	2	3	1	2	1	1	1	0	1	2	1	0	0	4	1	1	1	3	2	1	1	0	2	1	1	0	2	2	1	1	1	3	2	2	1	3	2	3	2	21
21	33	3	5	1	2	2	2	1	1	3	1	1	1	1	0	2	1	2	4	0	0	4	0	4	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	2	3	2	3	3	3	2	3	2	25	
22	19	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	0	4	2	2	1	0	1	1	1	0	0	2	1	1	2	3	2	1	1	3	2	3	2	21	
23	20	2	2	1	2	2	4	3	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	0	4	2	2	1	0	1	1	1	0	0	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	21		
24	35	3	2	1	2	2	3	1	2	3	1	1	1	0	2	1	2	4	0	0	4	0	4	1	4	1	1	1	1	4	1	2	1	3	3	3	3	3	3	1	2	2	26		
25	29	2	2	2	3	4	2	2	1	4	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	3	1	4	2	1	1	1	3	1	1	1	2	3	3	3	3	3	1	3	2	25	
26	30	3	2	1	2	3	2	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1	2	4	0	0	4	0	4	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	26
27	24	2	3	1	1	3	2	1	1	2	1	2	1	1	0	0	2	1	4	0	1	2	0	4	1	3	3	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	2	24	
28	18	1	3	1	2	2	2	0	2	2	2	4	0	2	1	2	1	1	2	1	0	4	1	3	0	0	1	0	1	2	2	2	1	1	1	3	2	2	1	3	2	3	2	21	
29	33	3	3	1	2	2	3	1	2	1	1	4	1	1	1	5	4	1	2	1	1	3	1	2	1	3	4	0	0	0	2	2	3	3	1	1	1	3	3	3	1	1	2	22	
30	35	3	2	3	2	2	2	1	1	2	6	1	2	1	0	2	1	2	4	0	0	4	0	4	1	4	1	1	1	1	4	1	3	2	3	3	3	1	1	2	2	1	2	23	
31	32	3	2	3	2	3	2	1	1	2	6	1	2	1	0	2	1	2	4	0	0	4	0	4	1	4	1	1	1	1	4	1	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	2	24	
32	35	3	4	3	2	3	3	2	1	1	1	0	2	4	1	0	1	2	2	0	1	4	0	0	1	3	4	1	0	4	2	2	1	1	2	3	2	1	1	3	2	3	2	2	21
33	19	1	3	3	1	3	3	2	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	2	1	0	4	2	2	1	0	1	1	1	0	0	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	21	
34	19	1	3	3	1	2	3	1	2	2	1	2	2	2	1	3	3	3	3	0	1	3	2	3	1	0	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	2	18	
35	19	1	2	1	1	2	1	0	1	1	6	1	0	3	0	4	2	3	4	0	0	4	0	4	0	3	3	1	1	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	1	2	21
36	35	3	5	3	2	2	3	2	1	1	1	0	1	4	1	0	1	2	2	1	1	4	0	0	1	3	4	1	0	4	2	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	21

37	28	2	5	1	2	3	4	3	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	0	4	2	2	1	0	1	1	1	0	0	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	21
38	19	1	1	1	1	2	4	3	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	0	4	2	2	1	0	1	1	1	0	0	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	21
39	33	3	2	3	2	2	3	2	1	1	1	0	2	4	1	0	1	2	2	0	1	4	0	0	1	3	4	1	0	4	2	2	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	2	18		
40	31	3	3	3	2	2	3	2	1	1	1	0	2	4	1	0	1	2	2	0	1	4	0	0	1	3	4	1	0	4	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	1	2	21		
41	19	1	2	1	1	2	2	1	1	3	6	4	2	1	0	3	1	0	4	0	0	3	0	4	0	4	2	1	0	4	3	1	3	3	2	1	1	3	3	3	3	1	2	25		
42	25	2	2	1	2	2	4	3	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	0	4	2	2	1	0	1	1	1	0	0	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	21		
43	30	3	2	3	2	2	3	2	1	1	1	0	2	4	1	0	1	2	2	1	1	4	0	0	1	3	4	1	0	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	22	
44	35	3	3	1	2	2	3	2	1	1	1	0	2	4	1	0	1	2	2	1	1	4	0	0	1	3	4	1	0	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	22
45	20	2	3	3	2	3	4	3	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	0	4	2	2	1	0	1	1	1	0	0	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	21	
46	20	2	3	1	2	1	3	1	2	1	4	2	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	3	1	4	2	1	1	1	3	1	3	2	3	3	3	1	1	2	2	1	2	23	
47	28	2	3	3	2	3	2	1	1	2	1	1	2	1	1	3	2	1	2	0	0	3	1	3	1	3	4	1	1	2	3	1	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	2	24		
48	19	1	3	2	1	2	3	1	2	3	1	2	2	0	1	3	3	2	3	0	1	0	1	4	1	0	4	1	1	4	2	2	1	1	1	3	2	2	1	3	2	3	2	21		
49	19	1	3	1	1	2	1	0	1	1	5	1	0	3	0	4	2	3	4	0	0	4	0	4	0	3	3	1	1	3	3	1	3	2	3	3	3	1	1	1	3	1	3	24		
50	28	2	2	1	2	2	2	0	2	3	5	3	0	5	0	2	4	2	2	1	1	4	1	2	1	1	2	1	1	4	1	2	1	3	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	22	
51	19	1	2	1	1	2	4	3	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	0	4	2	2	1	0	1	1	1	0	0	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	21	
52	32	3	2	1	3	3	2	1	1	2	1	0	1	3	1	4	1	1	0	1	1	2	1	0	1	1	2	0	1	1	0	2	1	1	3	2	2	2	2	1	2	2	3	2	21	
53	35	3	1	2	3	2	3	2	1	2	1	0	2	2	1	3	1	2	0	0	0	3	0	0	1	1	2	0	1	4	2	1	3	3	2	3	3	3	1	3	1	3	1	2	27	
54	31	4	1	3	3	2	3	1	2	2	1	2	2	2	1	3	3	3	3	0	1	3	2	3	1	0	1	1	1	1	1	3	3	3	1	3	3	3	1	3	1	3	1	2	26	
55	27	2	1	3	2	3	1	0	1	1	5	1	0	3	0	4	2	3	4	0	0	4	0	4	0	3	3	1	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	29	
56	33	3	2	3	3	3	2	0	2	3	5	3	0	5	0	2	4	2	2	1	1	4	1	2	1	1	2	1	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	22	
57	19	1	2	1	1	1	2	0	2	1	5	0	0	1	0	3	3	1	0	1	1	3	0	2	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	22		
58	26	2	2	3	2	2	3	1	2	2	1	4	2	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	3	1	4	2	1	1	1	3	1	1	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2	2	24	
59	29	2	3	3	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	3	2	1	2	0	0	3	1	3	1	3	4	1	1	2	3	1	1	1	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	25	
60	34	3	1	3	3	3	3	1	2	3	1	2	2	0	1	3	3	2	3	1	1	0	1	4	1	0	4	1	1	4	2	2	3	2	2	1	2	1	1	2	1	3	2	20		
61	19	1	2	1	1	1	1	0	1	2	2	1	0	2	1	2	1	1	2	1	0	4	0	3	0	0	1	0	1	1	0	2	1	1	2	2	2	1	1	2	3	2	3	20		
62	25	2	2	1	2	2	2	0	2	3	4	2	0	1	0	0	2	4	4	0	0	4	2	4	0	1	3	0	1	3	3	1	2	1	3	3	3	3	3	3	1	2	2	26		
63	32	3	1	3	3	3	1	0	1	3	3	2	0	2	0	0	1	3	3	0	0	4	0	4	1	3	2	1	1	4	3	1	1	1	2	3	3	3	3	3	1	3	2	25		
64	28	2	3	1	2	3	2	0	2	2	2	2	0	1	0	0	2	4	0	0	4	0	4	0	4	0	4	1	2	3	1	1	1	3	1	1	1	3	3	3	3	3	1	2	26	
65	27	2	2	3	2	2	2	0	2	2	2	4	0	1	0	0	1	4	4	0	0	4	0	4	0	4	4	0	1	1	1	2	3	2	2	1	2	1	1	2	1	3	2	20		
66	19	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	4	1	1	1	2	1	0	1	1	0	4	1	3	1	1	2	0	1	2	1	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1	2	2	18		
67	35	3	1	3	3	3	3	1	2	1	1	1	1	0	0	2	3	0	1	1	1	1	1	3	0	3	2	1	0	0	4	2	2	3	2	2	1	1	1	1	1	2	2	18		
68	34	3	1	3	3	3	3	1	2	3	1	4	2	1	0	3	2	1	4	0	0	3	0	4	0	4	2	1	0	4	3	1	3	3	3	1	1	3	3	3	1	1	2	24		
69	30	3	1	3	3	2	2	1	1	3	1	4	2	1	0	3	1	0	4	0	0	3	0	4	0	4	2	1	0	4	3	1	1	1	3	3	3	3	3	3	2	1	2	25		
70	31	3	2	1	3	3	1	0	1	1	4	4	0	1	0	0	2	0	4	0	0	4	0	3	0	4	2	1	1	0	3	1	2	3	2	2	2	1	2	3	2	3	24			
71	22	2	2	1	2	3	2	0	2	2	2	1	0	2	0	0	1	2	4	0	0	4	0	4	1	4	4	0	1	1	4	1	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	26			
72	34	3	2	1	3	3	2	1	1	2	1	2	2	1	0	0	2	1	4	0	1	2	0	4	1	3	3	1	1	1	3	1	3	3	3	1	1	3	3	3	1	1	2	24		
73	19	1	2	1	1	2	2	0	2	2	2	4	0	2	1	2	1	1	2	0	0	4	1	3	0	0	1	0	1	2	2	2	3	3	1	1	1	3	3	3	1	1	2	22		
74	32	3	1	1	3	3	3	0	3	2	5	1	0	1	0	0	1	2	4	0	0	4	0	4	1	4	4	1	1	1	3	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	1	2	24		
75	23	2	3	1	2	2	2	0	2	2	5	1	0	1	0	0	1	2	4	0	0	4	0	4	1	4	4	1	1	1	3	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	28		
76	35	3	3	1	1	2	1	0	1	2	2	1	0	1	0	0	3	2	4	0	0	4	0	4	1	4	4	1	1	1	3	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1	1	2	24		
77	25	2	1	1	2	2	3	2	1	1	1	4	2	1	1	5	4	1	3	1	1	2	1	3	0	2	4	0	0	0	2	2	1	1	3	3	3	1	1	3	2	3	22			
78	31	3	1	1	3	3	3	1	2	1	1	4	1	1	1	5	4	1	2	1	1	3	1	2	1	3	1	2	1	3	4	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22	
79	33	3	3	3	3	3	2	0	2	1	2	2	0	2	0	0	1	2	4	0	0	4	0	4	0	4	2	1	1	0	3	1	1	2	3	3	3	3	3	2	1	2	25			
80	27	2	2	1	2	3	1	0	1	3	1	1	0	3	1	4	3	2	3	0	0	2	1	4	1	3	2	0	1	4	1	2	3	3	1	1	1	3	3	3	1	1	2	22		

ACTITUDES Y EXPERIENCIAS RELACIONADAS A LA MATERNIDAD ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA GESTACIÓN EN MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA (UAMP) DEL HOSPITAL GOYENECH

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	2%
3	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado