

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA
DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

AUTORES

SHIRLEY DÍAZ CARDENAS

KATHERINE MARGARITA ARRIETA VERGARA

EDUARDO ANTONIO DE LA PARRA HAYES

LILIANA MUÑOZ MARTINEZ

MARIA FERNANDA ORDOÑEZ OTERO



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA
DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

Autores

SHIRLEY DÍAZ CARDENAS Odontóloga Universidad de Cartagena. Especialista en Gerencia en Salud Universidad Tecnológica de Bolívar. Especialista en Salud Familiar Universidad Del Norte. Facultad de Odontología Universidad de Cartagena Campus de la salud. Zaragocilla. Correo electrónico: shyrley77@hotmail.com

FARITH GONZALEZ MARTINEZ Odontólogo de la universidad de Cartagena, Magister en salud pública. Especialista en métodos y técnicas de investigación social. Docente asociado de la Facultad de odontología de la universidad de Cartagena. Facultad de odontología universidad de Cartagena campus de la salud Zaragocilla. Correo electrónico: farithgm@hotmail.com

KATHERINE MARGARITA ARRIETA VERGARA Odontóloga Universidad de Cartagena. Especialista en Gerencia en Salud Universidad de Cartagena, candidata a Magister en Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. Docente de pregrado, Facultad de Odontología Campus de la salud. Zaragocilla. Correo electrónico: katherinearrieta@hotmail.com

EDUARDO ANTONIO DE LA PARRA HAYES

LILIANA MUÑOZ MARTINEZ

MARIA FERNANDA ORDOÑEZ OTERO

Estudiantes de Odontología, Décimo semestre.

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

2013

DEDICATORIA

A Dios, por proporcionarnos la fortaleza y la sabiduría necesarias para afrontar los obstáculos.

A nuestros Padres, por todos sus sacrificios y el apoyo incondicional que nos han ofrecido.

AGRADECIMIENTOS

A todos los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena que accedieron a participar en nuestra investigación.

A la Doctora Shirley Díaz, por su amable orientación.

A Cristian, por su apoyo y compañía, necesarios para la culminación de este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE TABLAS	7
INTRODUCCIÓN	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION:.....	15
2. JUSTIFICACION	16
3. OBJETIVOS.....	20
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	20
4. MARCO TEÓRICO	21
4.1SEXUALIDAD HUMANA	23
4.2 SALUD SEXUAL.....	23
4.3 SALUD REPRODUCTIVA	24
4.4 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	24
4.5 GÉNERO.....	25
5. METODOLOGÍA	40
5.1 Tipo de estudio	40
5.2 Población y muestra	40

5.3 Plan de recolección de datos.....	41
5.4 Instrumento.....	41
5.4.1 Puntos de corte.	42
5.5 prueba piloto.....	43
5.6 Análisis estadístico	44
5.7 Consideraciones éticas.....	44
6. RESULTADOS.....	45
7. DISCUSIÓN.....	62
8. CONCLUSIÓN	68
9. RECOMENDACIONES.....	69
10. BIBLIOGRAFIA	71
11. ANEXOS	79

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Variables socio-demográficas de estudiantes de Odontología 2013	45
Tabla 2. Prácticas relacionadas con la Actividad sexual en estudiantes de Odontología 2013.	46
Tabla 3. Prácticas relacionadas con planificación familiar en Estudiantes de Odontología 2013.	48
Tabla 4. Prácticas relacionadas con el uso de métodos de protección en estudiantes de Odontología 2013.	49
Tabla 5. Conocimientos básicos relacionados con salud sexual y reproductiva en estudiantes de Odontología 2013.	52
Tabla 6. Conocimiento acerca del contagio de ITS en estudiantes de odontología 2013.....	53
Tabla 7. Conceptos básicos acerca de infecciones de transmisión sexual en estudiantes de odontología 2013.	54
Tabla 8. Conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y los preservativos en Estudiantes de Odontología 2013.....	56
Tabla 9. Actitudes relacionadas con el contagio de ITS en estudiantes de Odontología 2013.	57
Tabla 10. Evaluación general de conocimientos actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, en estudiantes de odontología 2013.	58

Tabla 11. Relación entre evaluación de prácticas realizadas entorno al Comportamiento Sexual y las características sociodemográficas de los estudiantes de Odontología 2013	59
Tabla 12. Relación entre evaluación de conocimientos en salud sexual y reproductiva y las características sociodemográficas en estudiantes de Odontología 2013.	60
Tabla 13. Relación entre evaluación de actitud en salud sexual y reproductiva y las características sociodemográficas en estudiantes de Odontología 2013.	61

RESUMEN

OBJETIVOS: El presente estudio tuvo como finalidad estudiar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con salud sexual y reproductiva en los estudiantes de odontología de la universidad de Cartagena.

MÉTODOS: El presente estudio fue de tipo descriptivo. La población estuvo formada por 191 estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena escogidos aleatoriamente. En este estudio se obtuvo la información a través de la aplicación de la encuesta donde se indagó acerca de los comportamientos, las prácticas y las actitudes hacia la salud sexual y reproductiva. Los datos fueron analizados a partir de estadística descriptiva, análisis univariado y bivariado para ello se utilizó el programa Microsoft Excel 2010® y el programa para software STATA 11.1 ®. Utilizando el chi2 y valor de P (<0.05).

RESULTADOS: La media de edad de los estudiantes evaluados en el presente estudio fue de 20,04 años y el estrato socioeconómico más prevalente fue el bajo (81,2%)se observó mayor prevalencia del sexo femenino. Respecto a las prácticas quienes presentaron resultados más favorables fueron las mujeres; No obstante, el 80,5% de lo individuos con vida sexual activa independientemente del género, aseguró no emplear nunca preservativo durante el sexo oral; por otro lado, se observó que, en términos generales, la población estudiada asume actitudes adecuadas con respecto a la salud sexual y reproductiva, deduciéndose además que las mujeres son quienes presentan actitudes relativamente más acertadas que los hombres; por otro lado, respecto a los conocimientos en el tema, se evidenció que aunque existe un importante porcentaje de aciertos en la totalidad de la población, es evidente que existen falencias en la muestra de estudiantes tales como el desconocimiento general acerca de ETS como la Sífilis y la Clamidia.

CONCLUSIONES: La mayoría de los estudiantes encuestados adoptan actitudes y prácticas acertadas en salud sexual y reproductiva. Por otro lado, la mayor parte

de la muestra presenta falencias evidentes en el conocimiento referente a estas temáticas, lo cual nos puede indicar que los conocimientos científicos no son el único aspecto que influye en la asunción de la sexualidad de estos, es probable que el factor socio-cultural intervenga de forma acentuada en las conductas sexuales de los jóvenes universitarios.

PALABRAS CLAVE:

Estudiantes de Odontología; educación sexual; conocimientos, actitudes y prácticas.

INTRODUCCIÓN

La juventud se considera como un grupo de mayor vulnerabilidad tanto para las infecciones de transmisión sexual, como para la práctica de conductas sexuales inadecuadas, además de un estilo de enfrentamiento desafortunado ante situaciones estresantes como la primera relación sexual, el uso de métodos anticonceptivos o el embarazo en esta etapa de la vida(1). Dentro de esta serie de condicionantes que lo convierten en un grupo de riesgo podemos señalar que el inicio de las relaciones sexuales en edades precoces significa que pueden tener un mayor número de parejas, y por lo tanto una mayor exposición a infecciones, que los individuos que retrasan el inicio de la actividad sexual hasta alcanzar un mayor grado de madurez física y psíquica.

Otro hecho relevante es que se enfrentan a una nueva dinámica de su sexualidad, carecen de experiencias, de conocimientos, sienten una imperiosa necesidad de experimentación, en la búsqueda de su identidad. Esto les permite adoptar conductas promotoras de riesgo (2).

La necesidad de formación de los jóvenes en la vivencia de una sexualidad placentera y responsable se considera vital entre los hábitos y estilos de vida saludables. La información y la educación sobre salud sexual y reproductiva tienen una importancia relevante para el desarrollo y el bienestar de los jóvenes y

¹GORGUET, I. Comportamiento sexual humano. En: GORGUET, I: Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2008, p. 41

²LIBREROS, L; FUENTES, L. Y PÉREZ, A. Conocimientos actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. En: RESPYN, revista de salud pública y nutrición. Vol. 9 n°4. Octubre-Diciembre, 2008, p. 9

adolescentes (3). La mayoría de las investigaciones indican que las conductas sexuales en los suelen ser cada vez más frecuentes y precoces, y que en las primeras relaciones coitales los adolescentes tienen la tendencia a no utilizar anticonceptivos eficaces ni para la prevención de embarazos no deseados, ni para la prevención de infecciones de transmisión sexual (4). En el mundo los estudios de sexualidad realizados están basados en el inicio precoz de las relaciones sexuales, embarazo en la adolescencia, anticoncepción y adolescencia, y el incremento de las infecciones de transmisión sexual, que aunque todas las enfermedades cuya vía fundamental de transmisión sea la sexual son preocupantes, el VIH/SIDA por su condición de incurable, es la más inquietante y una de las más estudiadas (5).

La experiencia común de todos los países muestra, que sólo mediante una frecuente y variada repetición de nueva información, desde todos los ángulos sociales y durante numerosos años se puede conseguir que la mayoría de los adolescentes acceda a los nuevos conocimientos.

La educación busca cambios en la conducta, y para lograrlos debe guiarse por una metodología que fomente la creatividad, el sentido crítico, la capacidad de

³DELGADO, L. Intervención sobre educación sexual en adolescentes guatemaltecos. En: Panorama Cuba y Salud. Vol. 3 N° 1. Enero- abril, 2008, p. 10-11

⁴SALAZAR, A; SANTA MARÍA, A. y SOLANO, I. et al. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito del Agustino, Lima-Perú. En: Revista Horizonte Médico. Vol. 7 N°2. Diciembre, 2007, p. 80

⁵ LAMOTTE, J. Infección-enfermedad por VIH/ sida. En: Medisan. 2004. Vol.8 N°4, p.50

pensar, que permita identificar y resolver los problemas y promueva la participación social (6).

Se necesita conocer las necesidades sentidas de los jóvenes, para poder aplicar un cambio al modelo educativo en temas de salud sexual. Por esta razón el presente estudio tuvo la finalidad de desarrollar una línea base que permitiese diagnosticar las variables relacionadas con la salud sexual y reproductiva en la población universitaria de la Facultad de Odontología, y a partir de estos resultados, continuar las etapas que permitan elaborar e implementar de programas de prevención e intervención eficaces y mejorar con ella el modo y estilo de vida de dicha población.

⁶ GONZALEZ, M; GÁLVEZ, L. y NIEVES, M. Intervención educativa sobre algunos aspectos relacionados con la sexualidad en adolescentes de un consultorio del Policlínico “Belkys Sotomayor Álvarez” de Ciego de Ávila. En: MEDICIEGO. 2007 Vol. 17, N°. 2, p. 2

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La juventud implica un conjunto de cambios que llevan consigo la asunción de un sinnúmero de decisiones; frente a la falta de experiencia, el individuo que atraviesa esta etapa, está especialmente susceptible a tomar determinaciones desacertadas, cuyas consecuencias pueden producir secuelas a corto y a largo plazo.

El comportamiento sexual de un individuo es entendido como una expresión conductual de la sexualidad personal, donde el componente erótico es el más evidente y en la mayoría de los casos está ligada a la obtención de placer (7). La falta de conocimientos acerca de los riesgos que implica la adopción de una sexualidad exenta de límites y orientada exclusivamente al hedonismo, sumada a la ya mencionada inexperiencia, encamina al joven a padecer de las consecuencias de esta irresponsable conducta: las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planificados (8).

En términos globales, es evidente el desconocimiento de los métodos de protección y a nivel regional el problema crece cada día más y no es ajeno a las instituciones universitarias, donde se hacen continuas investigaciones para

⁷ DÍAZ, A; ARRIETA, K Y GONZÁLEZ, F. Comportamiento Sexual y factores asociados en Estudiantes de Odontología. En:revclínmed fam. 2010, Vol. 3, N°.2,p. 65-70.

⁸CAÑIZO, H. y SALINAS, E. Conductas sexuales alternas y permisividadEn jóvenes universitarios. En: Enseñanza e investigación en psicología. julio-diciembre, 2010. Vol. 15, N°.2, p. 287

conocer el comportamiento sexual y las actitudes que los estudiantes toman frente a la búsqueda de soluciones (7).

Cada vez son menores las edades en la que se inicia la actividad sexual: los resultados de la encuesta nacional de Demografía y Salud en Colombia 2005 señalaron que el 11 % de las mujeres consultadas tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir 15 años y el 46 % antes de cumplir los 18 años(9).

El panorama nivel local cada vez es más grave y no es indiferente a las instituciones educativas. Asimismo, no son suficientes los datos arrojados por algunos estudios realizados en la región caribe de Colombia, referentes al comportamiento sexual en universitarios.

Consideramos que es necesario entonces, conocer a mayor profundidad la manera de asumir la sexualidad en los estudiantes universitarios para poder esclarecer las debilidades y fortalezas y con base en ello elaborar programas educativos capaces de influir positivamente en la conducta de los y las estudiantes de Odontología de la Universidad de Cartagena.

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Son adecuados/acertados los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los estudiantes de Odontología de la universidad de Cartagena?

⁹PROFAMILIA. Salud sexual y reproductiva, resultados encuesta nacional de demografía y salud. Noviembre, 2005, p. 33

2. JUSTIFICACION

La sexualidad y salud reproductiva son fundamentales en la vida de los y las jóvenes, al constituir una parte esencial de su ser e interrelacionarse y afectar otras esferas como son la emocional, física, intelectual y social. En nuestro país es frecuente que los jóvenes tengan relaciones sexuales sin protección, hecho que los coloca en riesgo de embarazos no deseados, abortos inseguros e infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo VIH/Sida (10).

Esta realidad no es extraña a los estudiantes universitarios. Los afectos, proyectos, emociones y fantasías, forman parte de sus vidas: están por iniciar o continúan una vida sexual activa, la relación de pareja ocupa un lugar fundamental en sus intereses cotidianos, protagonizan noviazgos, relaciones amorosas o relaciones marcadas por la violencia (11), en ocasiones no reconocida. Para algunos, junto con sus anhelos profesionales, la maternidad/paternidad es una condición presente o cada vez más latente y se asocia con la expectativa de vida en pareja (12); no son ajenos a ITS, embarazos no deseados o uso de métodos anticonceptivos. Pero, ¿Cómo viven ellos estas situaciones? ¿Qué tan informados y preparados están para prevenir riesgos? ¿Se asumen como sujetos de derechos sexuales y reproductivos?

¹⁰UNFPA, Colombia. Análisis de situación en población para Colombia .Volumen 1. 2005, p. 299

¹¹IGAREDA, N Y BODELÓN, E. Las violencias sexuales y el acoso sexual en el ámbito universitario español
En: Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza. Vol.7 N°2. Mayo-Agosto 2013, p. 66

¹²ROMO, J. Estudiantes universitarios y sus relaciones de pareja de sus experiencias y proyectos de vida. En: RMIE. Vol.13, N°38. . Julio- Septiembre, 2008, p. 802-803

La comunidad estudiantil es un arco iris de formas de ser, vivir y sentir la sexualidad, su ejercicio tiene manifestaciones múltiples y diversas. Tienen a su alcance conocimientos científico, modernos, seculares, pero al mismo tiempo marcados por las tradiciones y prácticas del discurso católico, mitos, prohibiciones y falsas creencias que explican el sincretismo presente en la vida de muchos jóvenes, con escasa información que les impide una vivencia subjetiva de la sexualidad responsable y placentera (13).

Conocer esa gama de posibilidades que adquieren los diversos significados que confieren los estudiantes a la concepción, vivencia y percepción de la sexualidad es una de las tareas de nuestra investigación.

El supuesto central es que la educación sexual (como proceso de información y formación integral) presente en la vida de las y los jóvenes universitarios ha sido escasa en virtud de las siguientes consideraciones:

- La sexualidad, pese a la modernidad, continúa siendo un tema escasamente abordado sobre todo en las familias tradicionales, con limitado capital cultural y bajos niveles de escolaridad. De éstas proviene un número importante de nuestros estudiantes (14).

¹³Op cit.ROMO, J. P. 802

¹⁴ARAVENA, A; HETZ, E. y LIBERONA, P. Culpa Sexual, Relaciones Sexuales y Conducta Anticonceptiva en Estudiantes Universitarias. En: Ciudad universitaria.Vol 1. Junio, 2000, p. 2

- En el imaginario social ha dominado el modelo heterosexual, monógamo y reproductivo de la sexualidad humana. Quienes manifiestan sexualidades diferentes, son sujetos de discriminación, sanción o crítica mora (15).
- Los maestros y libros de texto han sido actores centrales de información en esta materia; no obstante su visión puede ser limitada, sesgada o simplemente opacada por la presión de la nueva derecha (16,17)
- Cursar educación superior no significa poseer una formación científica en materia de sexualidad. Pesa más en el imaginario colectivo la presencia de falsas creencias y prejuicios que limitan la posibilidad de construir relaciones de equidad, no violentas que hagan de la sexualidad un derecho.

En tal sentido, los estudiantes universitarios aunque potencialmente con mayor acceso a la información, manifiestan la carencia de una educación sexual integral que les permita asumirse como seres sexuados diversos, con derechos y responsabilidades sobre sus cuerpos y sus emociones, lo que los hace vulnerables ante problemas de salud sexual y reproductiva, afectividad o violencia en el noviazgo.

Esta investigación es un aporte para generar nuevo conocimiento, pues permite acercarse a conocer los efectos de una intervención educativa desde la

¹⁵GRANADOS, J; TORRES, C. y DELGADO, G. La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/sida. En: salud pública de México. Vol. 51 N° 6. noviembre-diciembre de 2009, p. 483.

¹⁶UNESCO. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación y sexualidad. En: División de Coordinación de las Prioridades de las Naciones Unidas en Educación Sector Educación. Vol 1. Junio, 2010, p. 3

¹⁷CARRICOTE, E. Los docentes y la educación sexual en la adolescencia. En: Revista Ciencias de la Educación. Vol 1 N°32. Valencia, Julio-Diciembre, 2008, p. 15

perspectiva de las y los jóvenes, para readecuar y replantear este tipo de intervenciones educativas.

Los resultados contribuirán en el mejoramiento de los proyectos de educación en SSR con enfoque comunitario mediante la identificación de los efectos en las y los jóvenes, la razón de ser de la intervención y la identificación de la relación que establecen las y los jóvenes consigo mismos, con los otros y con las instituciones de Salud y educación, partiendo de escuchar a las personas jóvenes e identificando otras acciones que el proyecto realizó y que contribuyeron a su implementación.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Describir conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las variables sociodemográficas de los sujetos de estudio.
- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a su sexualidad.
- Describir la relación existente entre las variables socio demográficas y las prácticas, comportamientos y actitudes de los estudiantes de odontología de la Universidad de Cartagena

4. MARCO TEÓRICO

La humanidad se debate entre grandes problemas que ensombrecen el futuro y afectan las condiciones biopsicosociales en las cuáles el hombre se desarrolla. Se sabe que más de la mitad de los habitantes del mundo son menores de 25 años, de ellos un tercio tiene entre 10 y 24 años y un 80% de estos viven en países en desarrollo; estas cifras se duplicaron en algunos continentes entre 1960 -1980 y se espera un incremento en la población joven que alcanzará en el 2020 sobre los 1200 millones de habitantes (18).

La sociedad debe asumir responsablemente la obligación de ofrecer a ese grupo poblacional seguridad, esperanza y ética para lograr que la familia se constituya como elemento básico y legítimo de organización social, así el individuo obtendrá la protección y educación necesarias para lograr un desarrollo pleno.

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia se considera como una etapa que transcurre desde los diez hasta los 19 años y desde los 19 años hasta los 24 años, se ha denominado población juvenil, no obstante, para la legislación colombiana, este rango se ha ampliado, siendo consideradas jóvenes las personas con edades comprendidas entre 14 y 26 años de edad. Ésta categorización es considerada de gran importancia y utilidad pues

¹⁸PÉREZ, G y GÁLVEZ, R. El modelo universitario de salud sexual y reproductiva: ¿Quo Vadis México? En: Gaceta Médica de México. Noviembre-Diciembre, 2003. Vol. 139, N°. 4, p. 30.

las necesidades, problemas y expectativas varían considerablemente en cada uno de los grupos (19).

Los jóvenes se enfrentan hoy a numerosos problemas, de los cuales se destacan: el embarazo de alto riesgo a temprana edad, concepciones prematrimoniales, matrimonio o unión precoz, índice mayor de separación marital, incremento del aborto y sus secuelas, deserción escolar y/o laboral, embarazo no deseado, incremento de la morbi-mortalidad perinatal infantil y materna, infecciones de transmisión sexual (20).

Algunos investigadores consideran que el uso de los anticonceptivos favorece el incremento de la promiscuidad sobre el número de jóvenes con relaciones sexuales, por la pérdida del temor a quedar embarazada, al disponer de métodos seguros y confiables, así mismo declaran la posibilidad del incremento de las infecciones de transmisión sexual, entre ellas, el VIH / SIDA. En el mundo, la mitad de los que tienen reacción serológica positiva, se contagiaron cuando tenían entre 15 y 24 años de edad (21).

Para enfrentar esta realidad, entidades de orden mundial se han convocado en múltiples ocasiones y se han concertado políticas importantes, dirigidas a garantizar los derechos en salud sexual.

¹⁹ CHÁVEZ, M y ÁLVAREZ, J. Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes. En: Psicología y Salud, Enero-Junio, 2012, Vol. 22, N°. 1, p. 89.

²⁰ DOBLADO, N; DE LA ROSA, y PÉREZ E. et al. Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. En: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2009. Vol. 35, N°. 4, p. 194.

²¹ Op cit. CHÁVEZ, M y ÁLVAREZ. p. 90, 91.

Una de las más representativas reuniones se realizó en el Cairo en 1994 (conferencia Mundial de Población y desarrollo), y en ella se plantearon importantes conceptos tales como:

4.1 SEXUALIDAD HUMANA

La sexualidad se define como una forma de expresión integral de los seres humanos, vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales. Es la vivencia subjetiva dentro de un contexto sociocultural concreto del cuerpo sexuado. Es parte integral de la vida humana y eje del desarrollo.

La sexualidad constituye un aspecto inherente a las personas durante todo el transcurso de su vida. Es fuente de placer, de bienestar enriquecedor en lo personal, con honda repercusión en lo emocional, familiar y social. Por todo ello, el derecho al disfrute de la sexualidad, es un derecho humano inalienable, como el derecho a la vida, a la libertad, a la equidad y a la justicia social, a la salud, a la educación y al trabajo.

4.2 SALUD SEXUAL.

“La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o de enfermedad o de ambas. Para que la salud sexual se logre es

necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen”.

De estos conceptos surge el doble enlace existente entre salud y sexualidad. No se concibe el logro de la salud integral de las personas sin el desarrollo pleno y armónico de su sexualidad. Tampoco es posible su ejercicio pleno y satisfactorio, si existen situaciones que afectan la salud de las personas en el plano somático, psicológico y social (22).

4.3 SALUD REPRODUCTIVA

Fue definida durante la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia...”.

El concepto de la Salud Sexual y Reproductiva va más allá de la reproducción y la sexualidad, incorpora el marco ético de los derechos humanos y las desigualdades de género (23).

4.4 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

En el marco de los derechos humanos, los derechos sexuales, incluyen los derechos de todas las personas a: Decidir de manera libre y responsable sobre

²² Ministerio de salud de El Salvador. Política de Salud Sexual y Reproductiva. Agosto, 2012

²³ARRIAGADA, S. Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual ¿Qué puede cambiar? En: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú. Marzo, 2011. Vol. 1, P. 9.

todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo el promover y proteger su salud sexual; libres de discriminación, coacción o violencia en su vida sexual y en todas sus decisiones sexuales, esperar, exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

Los derechos reproductivos incluyen los derechos individuales y de las parejas a: decidir libre y responsablemente el procrear o no, el número de hijos/as, el momento de tenerlos, a que intervalo hacerlo, con quien y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia. Tener la información, educación para alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva (24).

4.5 GÉNERO.

“Se entiende por género a la construcción social que asigna a mujeres y hombres con base en su sexo biológico, una identidad, roles, deberes y derechos diferenciados. También, este concepto alude a la relación de poder entre ellos, porque sobre la base de dicha diferenciación se realiza una desigual asignación y control de los recursos tanto materiales (dinero, tierra, vivienda, etc.) como no materiales (tiempo, ideología, instituciones, normas sociales, símbolos) entre ambos, colocando a las mujeres en una situación desventajosa frente a los hombres” (25).

²⁴ MAZZETTI, P; DEL CARMEN, J y PODESTÁ, L. et al. Norma técnica de planificación familiar. En: Biblioteca Central del Ministerio de Salud. 2005, vol. 1, N°. 32, p. 20.

²⁵ ISDEMU-PNUD. Investigando para la Igualdad: Cómo hacer de la investigación una herramienta de cambio social. San Salvador, 2010, p. 18.

A pesar de todos los esfuerzos realizados a nivel mundial y regional, la realidad muestra una tendencia mundial de deterioro de la salud sexual y reproductiva con efectos realmente negativos en las madres, los lactantes y los jóvenes.

La existencia de servicios de salud sexual y reproductiva deficientes es una de las causas de mortalidad materna, y ha dado lugar a un aumento del número de infecciones de transmisión sexual en todo el mundo, en particular en los países en desarrollo.

La OMS estima que todos los años se producen 340 millones de casos nuevos de infecciones bacterianas de transmisión sexual, como la clamidiasis y la gonorrea, entre la población de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años. Muchos de esos casos no son tratados por falta de acceso a servicios adecuados. Cada año se producen millones de casos de infecciones víricas, incluida la infección por VIH. Además, la infección de transmisión sexual por el virus del papiloma humano (VPH) está estrechamente vinculada al cáncer cervico-uterino, que anualmente se diagnostica a más de 490 000 mujeres y provoca 240 000 muertes.

Cada año, alrededor de ocho millones de mujeres embarazadas sufren complicaciones potencialmente mortales a consecuencia de infecciones de transmisión sexual y del mal estado de su salud sexual. Se estima que 529 000 mujeres mueren anualmente durante el embarazo y el parto, principalmente en los países en desarrollo, por causas en gran medida prevenibles (26).

²⁶ FERNANDEZ, M. Correlatos y nivel de conocimiento en el comportamiento sexual en universitarios de lima. En: persona. 1998. Vol. 1, p. 120

Colombia, no es ajena a esta realidad si tenemos en cuenta que, según el informe de la presidencia de la república de Colombia de 2003 el 19% de las adolescentes colombianas, con edades entre 15 y 19 años ya son madres de familia o están embarazadas de su primer hijo. A parte de esto, las estadísticas han arrojado que la edad mediana a la primera relación sexual para las mujeres de 25 a 49 años de edad, en la ENDS 2005 fue 18.4, un año menor a los resultados encontrados en la ENDS 2000. El 11% del total de mujeres de este rango tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años, en comparación con apenas el 8% en el 2000, otra muestra de la ocurrencia de la primera relación sexual a una edad más temprana. El 44 por ciento de las mujeres entre 25 y 49 años tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años y el 66% antes de cumplir 20 años (27).

Para lograr la consecución de los objetivos planteados en el marco de las cumbres y conferencias realizadas, los gobiernos han propuesto variadas estrategias encaminadas a educar a la población joven, de manera que esta aprenda a tomar decisiones acertadas en cuanto a su salud sexual y reproductiva, enfrentando de este modo, los múltiples flagelos que tanto afectan, no solo al individuo en todas sus facetas (física, psíquica y social), sino también a la sociedad si se tiene en cuenta que en la juventud yace el verdadero desarrollo de los pueblos.

El 1993, el ministerio de educación de Colombia creó el proyecto nacional de educación sexual iniciando entonces la capacitación de docentes, diseño de paquetes pedagógicos, promoción de investigadores y creación de infraestructura

²⁷Op cit. PROFAMILIA. p. 143

a nivel departamental y municipal con lo cual se aspira a reducir las cifras alarmantes expuestas con anterioridad(28) a través de la implementación de programas educativos, con énfasis en temas como los embarazos no deseados, planificación familiar, derechos sexuales y reproductivos, las infecciones y enfermedades de transmisión sexual y el aborto.

El embarazo no deseado, es definido como aquel que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno, o se da en una persona que no quiere reproducirse que en el caso de los jóvenes influiría drásticamente en sus vidas (29).

La Academia Nacional de Medicina, consideró el embarazo no deseado como una grave problemática en salud pública y un marcador de subdesarrollo; además como una catástrofe biológica, antropológica, social, familiar e individual. La encuesta nacional de demografía y salud afirma que el 19 % de las jóvenes colombianas, con edades de entre 15 y 19 años, ya son madres de familia o están embarazadas de su primer hijo (30). La misma entidad informa que entre el 2000 y el 2005 el porcentaje de jóvenes con educación superior que ya son madres pasó del 2,3 %, al 7,4 %, lo que indica que esta tasase multiplicó por 3.2 durante este periodo (31). Esta iniciación cada vez más temprana en los jóvenes de su vida sexual es debido a una maduración sexual temprana, la constante exposición a estímulos eróticos y la concepción errónea que se tiene de la sexualidad. A esto

²⁸ OSPINA, JM Y MANRIQUE, FG. Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. En: av. Enferm. 2007. Vol. 25, N°. 2, p 102.

²⁹ DIAZ, D. Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia. En: perinatol reprod hum. 2007. Vol. 21, N°. 1, p 104.

³⁰Op cit. PROFAMILIA. p. 146

³¹Ibit. PROFAMILIA. p. 150

hay que sumarle el bajo nivel de comunicación entre padres e hijos acerca de temas sexuales y el acceso limitado a las entidades de salud y/o a los métodos de planificación familiar (32).

La planificación familiar, por su parte, es definida por la organización panamericana de la salud (OPS), como un proceso tendiente a armonizar la reproducción humana en el nivel familiar de acuerdo con las necesidades de salud y bienestar de la familia.

Existen varios métodos de planificación familiar: Su utilidad depende de los principios, valores y necesidades de cada persona y pareja, así como de la seguridad que cada método ofrece. A cada persona y a cada pareja le corresponde el derecho a elegir de manera libre, responsable e informada, el método de planificación que prefiera utilizar (33)

El no uso de los métodos de planificación familiar entre los jóvenes se asocia principalmente con la percepción de invulnerabilidad, el escepticismo frente a la efectividad de los métodos, las creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios, la creencia de que utilizar el condón con la persona que se ama y a la que se tiene confianza es un irrespeto, las expectativas que se tienen de las relaciones románticas y sexuales, el deseo de complacer a la pareja. Aunque casi todas las adolescentes tienen algún tipo de conocimiento en métodos de

³² CAMPO, A. Relaciones sexuales en adolescentes colombianos y las implicaciones para la salud pública: una revisión de la prevalencia y algunas variables asociadas. *En: medunab.* agosto, 2009. Vol. 12, N. 2, p. 87.

³³ Op cit. MAZZETTI, P; DEL CARMEN, J y PODESTÁ, L. et al. p. 23

planificación familiar, todavía presentan vacíos fundamentales en materia de salud reproductiva y en el uso adecuado de los mismos (34).

Las infecciones de transmisión sexual o ITS (factores etiológicos de las enfermedades de transmisión sexual o ETS, antes denominadas enfermedades venéreas) están comprendidas dentro del grupo de afecciones contagiosas que se propagan principalmente por contacto sexual son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio de contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluido el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral; también por uso de jeringas contaminadas o por contacto con la sangre, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo, es decir, de la madre al hijo.

La mayor parte de las enfermedades de transmisión sexual son causadas por dos tipos de gérmenes: bacterias y virus, pero algunas también son causadas por hongos y protozoos (35).

Las ITS, en la actualidad han cobrado auge por el desconocimiento que poseen los adolescentes sobre las mismas y por ser la juventud un periodo de la vida generalmente caracterizado por la búsqueda de nuevas experiencias y la asunción de riesgos, puede explicarse en gran medida la especial vulnerabilidad que presentan las personas que atraviesan esta etapa (36).

³⁴ NAVARRO, Y; CARRASCO, AM y SANCHEZ, JC. Et al. Comportamiento y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. En: archivos hispanoamericanos de sexología. 2004. Vol. 10, N°. 2, p. 26

³⁵ WOMEN'S COMMISSION FOR REFUGEE. Guía para la atención de infecciones de transmisión sexual. En: Health Response in Conflict Consortium. 2004. Vol.1, p. 6-9.

³⁶ Op cit. OSPINA, JM y MANRIQUE, FG. p 105.

Otros factores que predisponen a un mayor riesgo para la infección por el VIH y las ETS se encuentran una edad temprana de inicio (y sin la información adecuada de prevención) de las relaciones sexuales coitales—Las estadísticas en países desarrollados son similares en cuanto a la edad del primer coito, encontrando que a la edad de 18 años, 6 de cada 10 adolescentes mujeres y 7 de cada 10 adolescentes hombres han tenido su primer coito. En Colombia, el 19,1% de mujeres han tenido su primer coito antes de los 15 años y el 44,5% antes de los 18 años (37) — que se ha asociado con un mayor número de parejas sexuales, mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y otras drogas y tener múltiples parejas sexuales ocasionales. Igualmente, se han estudiado diversos factores sociodemográficos en relación con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, como son, por ejemplo, el estatus socioeconómico de los padres, el sexo, la edad, el tipo de hábitat, la religiosidad y el tipo de centro educativo al que acuden (público/privado) (38).

Las infecciones bacterianas, no diagnosticadas oportunamente y/o manejadas con tratamientos inadecuados, conducen con frecuencia a la infertilidad tanto en la mujer como en el hombre. La pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha sido de un enorme impacto. Las infecciones causadas por el VPH, han cobrado recientemente un gran interés, ya que algunos tipos de la

³⁷ORTIZ, C; VIAFARA, G y CABA, F. Prevalencia del embarazo no deseado y modo de resolución en estudiantes universitarios, adolescentes y adultos jóvenes en Cali, Colombia, en relación a la percepción de de la calidad de educación sexual recibida. *En: Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia*. Vol. 1, p. 2

³⁸TEVA, I; BERMÚDEZ, M y BUELA, G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España. 2007. Marzo-abril, 2009. Vol. 83, N° 2, p 310

familia de este virus, han sido relacionados con la génesis del carcinoma uterino(39).

En la actualidad, a pesar de los notables adelantos en los conocimientos médicos y el desarrollo de la atención primaria en nuestro medio, ha habido un incremento de las enfermedades de trasmisión sexual (ETS), principalmente en los jóvenes, y dentro de ellos, son los jóvenes el grupo etáreo más severamente afectado, no sólo biológicamente, sino también psíquica y socialmente.

Algunos reportes internacionales, informan criterios muy relevantes en relación con la repercusión de las ITS, en diferentes grupos poblacionales: 7 de cada 10 casos de ITS, ocurren entre las personas de 15 - 24 años de edad. Las adolescentes son más susceptibles a las ITS que las mujeres mayores debido a la inmadurez del cuello uterino. La experiencia sexual temprana puede causar lesiones del tejido vaginal, lo cual hace que las adolescentes sean más vulnerables a las ITS. Cada minuto cinco personas de 15 – 24 años de edad se infectan con el VIH; 33 millones de habitantes en el mundo han contraído la infección por el VIH: de ellos, una tercera parte tiene entre 10 y 24 años, inciden África, con 1,7 millones y 700 mil en Asia y Pacífico. Unos 10,4 millones de jóvenes menores de 15 años han perdido a uno de sus padres o a ambos por causa del VIH (38).

Es bien conocido que no existe resistencia natural ni inmunidad adquirida por infección previa o vacunación, así como la fuerte resistencia a los antibióticos que se ha desarrollado en los últimos años, y la ausencia de un tratamiento radical

³⁹Op cit. PEREZ, C y GALVEZ, R. p. 28

contra la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a pesar de los esfuerzos y recursos destinados. Todo este engranaje de dificultades exige de nuestra competencia, y hasta el momento actual lo más efectivo y de mejor resultado es la prevención, por lo que debe profundizarse la labor educativa en este sentido (40).

La importancia de atender de manera oportuna las ITS, es que en algunos casos pasan a ser la entrada para adquirir infecciones más severas como el VIH/SIDA o el cáncer cervico-uterino. En el caso de las mujeres, estas infecciones tienen tendencia a ser más graves y frecuentes que en los hombres, en parte debido a que las ITS en ocasiones no manifiestan síntomas y no acuden al médico hasta que han alcanzado estadios más avanzados que comprometen la salud y hasta la vida (41).

Se consideran factores de riesgo para contraer ITS, el descenso en la edad e inicio de las relaciones sexuales con penetración, la espontaneidad, el uso escaso de preservativo, las relaciones sexuales bajo los efectos de sustancias psicoactivas, y pocos o incorrectos conocimientos sobre sexualidad, la no planificación de relaciones sexuales, cambio constante de pareja sexual, promiscuidad (42).

⁴⁰ GALLEGOS, E; VILLARRUEL, A Y LOVELAND, C. et. al. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. En: Revista salud pública de México. Vol.50 N°1. Enero-febrero, 2008, p.65-66

⁴¹ HURTADO, M y OLVERA, J. Infecciones de transmisión sexual, en la población femenina de estudiantes universitarias. En: revista electrónica de psicología iztacala. Septiembre, 2012. Vol. 15, N°. 3, p. 1158-1159

⁴² Op cit. TEVA, I. P. 310

La vulnerabilidad frente al VIH/SIDA se refiere a la percepción de riesgo que tienen una persona de lo contraproducente que puede resultar la adaptación de una conducta específica. Una alta vulnerabilidad frente al VIH/SIDA es de gran importancia para la salud sexual y reproductiva, porque al percibir el riesgo real de adquirir esta infección y conocer las consecuencias negativas que puede generar, posiblemente optarán por la ejecución de conductas saludables y la disminución de comportamientos de riesgo (43)

Es importante poner atención en la prevención y tratamiento oportuno de las infecciones genitales ya que con estas medidas, pueden disminuir el riesgo de facilidad de contagio del VPH y del VIH. Según la Organización mundial de la salud, en los últimos años, ha surgido la necesidad de incluir programas de promoción de la salud sexual que vayan dirigidos a la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos en mujeres jóvenes (44).

En el contexto universitario, si bien los jóvenes universitarios comparten de manera heterogénea y diversa buena parte de su tiempo en un espacio institucional universitario, fuera de él se disgregan y expresan en múltiples experiencias culturales influidas por la convivencia entre pares, la familia de procedencia y los estereotipos impuestos. Asimismo, algunas de las creencias de los adolescentes se fundamentan principalmente en los estereotipos de género y

⁴³ ORCASITA, L; PERALTA, A; VALDERRAMA, L. et al. Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia. En: Revista Virtual Universidad Católica del Norte. Vol. 31. Colombia. Septiembre, 2010, p. 158

⁴⁴ HURTADO, M y OLVERA, J. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. En: revista electrónica de psicología Iztacala. Marzo, 2013. Vol. 16, N°. 1, p. 242

la socialización en medio de las condiciones económicas y culturales en las que se desenvuelven (45).

Cabe mencionar que la población de universitarios que en su mayoría está integrada por jóvenes de 17 a 25 años son sexualmente activos y se exponen al contagio de algunas infecciones. Por tal razón, es pertinente desarrollar programas de promoción en salud sexual. La ventaja de desarrollar dichos programas es que se tiene un número significativo de estudiantes, los cuales pueden adquirir comportamientos autocuidado que repercutan positivamente en su salud sexual y de la población en general; por otro lado, aquellos alumnos que cursan alguna carrera relacionada con el área de la salud, se espera que puedan adquirir conocimientos y competencias profesionales que les permita difundir su ejercicio profesional y con la población con la cual trabajen la promoción de comportamientos de autocuidado en el ejercicio de la salud sexual de la población(46).

Otro de los problemas sociales contemporáneos con gran impacto a la salud de la población, lo constituyen las adicciones entre adolescentes y jóvenes. El consumo de alcohol y sustancias psicoactivas se asocian frecuentemente al embarazo no planeado y a las ITS (47), por lo que es necesario incluir acciones para su prevención en programas de salud sexual y reproductiva.

⁴⁵GARCIA, F; ALFARO A. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete .En: Revista de Enfermería. Diciembre, 2001. Vol. 14, p.13

⁴⁶CARDOSO, C. Jóvenes universitarios, ¿Quiénes y cómo son? .En: revista de educación, cultura y sociedad. Diciembre, 2005. Vol. 5, N°9, p. 101-102.

⁴⁷PÉREZ, D; FONSECA, C. Libertad y responsabilidad en la vida sexual de los jóvenes universitarios. En: Revista Digital Universitaria. Vol. 12 N°. 11. Noviembre, 2011, p. 11

La Universidad se comporta como una institución mediadora entre la dimensión social y la individual, garantiza la educación integral de los educandos y constituye un escenario ideal para promover una fuerte alianza entre metas de salud y educación. Por tanto, es imposible ignorar el papel fundamental que debe desempeñar en la educación sobre salud sexual y reproductiva.

La integración de la universidad a los programas de educación sexual permite considerar a los adolescentes y jóvenes universitarios como un recurso muy valioso para el progreso social, económico y político del país y reconocer que la población estudiantil debe asumir su sexualidad con autonomía, responsabilidad e información adecuada, en el marco de sus derechos sexuales. Sin embargo, la enseñanza de la sexualidad y el género en instituciones de educación superior, la introducción de temas sobre salud sexual y reproductiva ha estado permeada por los postulados sexológicos y biomédicos, inclinados más hacia un enfoque del riesgo y la salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, en la mayoría de los discursos que tratan la relación entre las sexualidades y la educación formal, y no formal, se tiende a pensar en términos de educar sexualmente a los estudiantes (48).

A nivel superior no existe la inclusión formal de la educación sexual, sólo aquellas instituciones preocupadas por dicha situación instauran un departamento, charlas o pláticas para abordarla educación sexual (49)

⁴⁸MENDOZA, A; FLORES, A. Género y sexualidad en las Universidades públicas mexicanas. En: ÍCONOS, Revista de Ciencias Sociales. Vol. 35. Septiembre, 2009, p. 69

⁴⁹BAUTISTA, L. Conocimientos, actitudes y opiniones de las y los universitarios oaxaqueños respecto a su sexualidad y la importancia de la educación sexual en el nivel de educación superior. En: Centro Regional de Investigación en Psicología. Vol. 2, N° 1. 2008, p. 73

Un estudio realizado en la universidad pedagógica y tecnológica de Tunja arrojó la existencia del desconocimiento de los estudiantes respecto a los temas relacionados con la sexualidad (50). De igual forma, otra investigación realizada en la universidad del Valle en 2006 demostró la presencia de grandes falencias en la percepción y los conocimientos y de actitudes y comportamientos desacertados y riesgosos (51).

La integración de temas de sexualidad en el currículo de diversas carreras universitarias ha tenido pocos avances y muchas dificultades. Aún en carreras en las cuales debería ser un tema obligado en programas involucrados con la salud(52)

Por otra parte, uno de los problemas que acarrea no incluir género y sexualidad en el plan de estudios de carreras del área de la salud, es que el perfil de egreso no es adecuado para las labores profesionales que tendrán que desarrollar estos futuros prestadores de servicios de salud. Así, por ejemplo, no estarán preparados para atender problemas que involucran a la sexualidad como posible detonante de ciertos procesos de salud-enfermedad o mirar cómo las sexualidades están involucradas con la salud pública de manera diferenciada.

⁵⁰Op cit. OSPINA, JM Y MANRIQUE, p 103-109

⁵¹URREA, F; CONGOLINO, M. y HERRERA, H. Comportamientos sexuales e incidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en estudiantes de secundaria de sectores populares y de la universidad pública en la ciudad de Cali, Colombia. En: Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. Enero, 2006.Vol. 22, N°1, P 210-213

⁵²GARCÍA, J. y VINIEGRA, L. Desarrollo de una postura ante la sexualidad en personal de salud. En: Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009. Vol. 47 N° 2, p. 205-210

Cabe mencionar que algunos docentes han hecho esfuerzos para que las tesis de grado incluyan una metodología cualitativa, lo que ha permitido que se levanten entrevistas entre poblaciones vulnerables y que salgan a la superficie cuestiones vinculadas a la sexualidad y las relaciones de género. A partir de estos trabajos se ha podido ubicar la asimetría imperante entre los sexos, la violencia de género, así como las repercusiones de ciertas prácticas sexuales en los procesos de salud-enfermedad (53).

Las acciones realizadas por docentes-investigadores para hacer que la sexualidad se incluya en planes y programas de estudio implican vencer una serie de barreras institucionales.

En ocasiones, la burocracia impide que esto se lleve a cabo, ya que hay que sortear requisitos como someter los programas de estudio a las leyes orgánicas vigentes en las universidades, atravesar por procesos largos para la reestructuración de los planes curriculares y su consecuente aceptación, o enfrentarse a la renuencia de los administradores de los centros educativos. Además nos puede dejar de mencionar que las limitaciones sobrepasan los muros universitarios, ya que la ideología e idiosincrasia imperantes entre quienes diseñan políticas públicas y toman decisiones se reflejan no sólo en la academia, sino en la sociedad en su conjunto.

Si se logra atravesar dichos obstáculos, y se incluyen planes curriculares que proporcionen los elementos necesarios para el entendimiento, la explicación de

⁵³Op cit. MENDOZA, A y FLORES, p. 69

las diversas prácticas sexuales y la docencia en investigación orientada a analizar y comprender la perspectiva de los actores, los contextos donde se desarrollan y la intencionalidad de sus actos será posible que las mujeres y los hombres ejerzan y luchen por una sexualidad de manera saludable y libre de prejuicios y, aquellos que a futuro formarán parte del equipo de salud, podrán adquirir las herramientas necesarias para ser instructores en salud sexual (54).

⁵⁴ UNESCO. Educación para la sexualidad con bases científicas. En: Documentos de consenso de Madrid. Junio, 2011, p. 3

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo transversal con enfoque cuantitativo. Se basa la toma de información necesaria a través de encuestas. Este constituyó el primer paso en la investigación y durante este solo se buscó obtener información unidireccional de parte de los encuestados. No se hizo modificaciones directas a dichos individuos.

5.2 Población y muestra

El universo de este estudio estuvo constituido por la totalidad de estudiantes de la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena (438 personas); De dicha población, teniendo en cuenta una diferencia del 20% (55,56), una razón de 1.7, un error alfa estadístico de 0.05 y un poder de 80% fueron seleccionados 191 individuos para la muestra. .

Los sujetos que participaron en la investigación fueron elegidos de cada uno de los semestres seleccionados (1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, y 8°).

Hicieron parte del estudio todos los estudiantes que cumplían con los siguientes Criterios de inclusión: estudiantes matriculados en el programa de odontología de la universidad de Cartagena, entre los semestres 1° a 8°. Además se excluyeron

⁵⁵ PRATINIDHI, A; GOKHALE, A. Y KARAD, S. Evaluación de la Educación Sexual y Prevención del SIDA en las escuelas secundarias de Pune; En: Commun J Med 2001. Vol.26 N° 3. 2001, p. 9

⁵⁶ MANJULA, R; KASHINAKUNTI S. y GEETHALAKSHMI R. Un estudio de intervención educativa en la salud reproductiva de los adolescentes entre las niñas pre-universitarias en el distrito Davangere, sur de la India. En: Ann TropMedPublicHealth. 2012. Vol. 5, p. 102

estudiantes matriculados en carreras semipresenciales, hombres y mujeres que estuviesen casados.

5.3 Plan de recolección de datos

La información se recolectó a través de un formulario, previamente diseñado y sometido a una prueba piloto durante el segundo semestre del año 2013 que fue aplicada a estudiantes de otras carreras presenciales del área de la salud en la Universidad de Cartagena para evaluar la confiabilidad y validez de dicho instrumento. El número de encuestas realizadas en la prueba piloto fue 20, que una vez validada fue aplicada a los estudiantes de odontología de la institución ya mencionada. Los estudiantes, previo consentimiento informado, diligenciaron una encuesta autoadministrada.

5.4 Instrumento

El cuestionario consta de 70 ítems organizados en diversos bloques temáticos concernientes a: Características sociodemográficas: edad, sexo, semestre, estrato socioeconómico, estado civil, religión. Prácticas: prevalencia de vida de actividad sexual, vida sexual activa, edad de inicio de las relaciones sexuales, influencia de sustancias psicoactivas en la sexualidad, tipo de relación de pareja, uso, conocimientos y formas de planificación familiar e obtención de información al respecto, empleo de normas de aseo, relaciones sexuales bajo presión, prácticas sexuales grupales, controles médicos de la sexualidad y participación en

programas de planificación familiar. Conocimientos: sexualidad, sexo, relaciones sexuales, derechos sexuales y reproductivos, infecciones de transmisión sexual.

Actitudes: forma de actuar frente ante el contagio con ITS y ante la ausencia de métodos de protección a la mano, manera de asumir la sexualidad en una relación estable.

Dicho test garantizó la confidencialidad y el anonimato de las respuestas. Los estudiantes estaban separados unos de otros para que no pudieran observar las respuestas de los compañeros y los investigadores velaron para que la evaluación tuviera lugar en silencio. Sumado a esto, los estudiantes no escribieron su nombre en los formularios que les fueron entregados y posterior a su diligenciamiento eran depositados a una urna. A cada encuesta se le asignó un código. Además los encuestadores se mantuvieron alejados.

5.4.1 Puntos de corte.

Con fin el de identificar aquellos estudiantes con nivel de conocimientos suficientes e insuficientes y actitudes y prácticas adecuadas o inadecuadas se definió arbitrariamente un punto de corte (70%) y dos categorías de clasificación.

Prácticas: Bloque temático constituido por 32 ítems, de los cuales se eligieron 15, considerados como “evaluables”. Se procedió pues, a dicotomizar, asignando un puntaje de “1” a las respuestas consideradas como adecuadas y de “0” (cero) a las prácticas inadecuadas. El puntaje máximo correspondió entonces a 15, donde el punto de corte fue el 70%(11 respuestas): individuos con puntaje superior o igual a

11 fueron calificados como ejecutores de prácticas adecuadas; por otro lado, quienes presentaron puntajes inferiores a 11 eran evaluados como realizadores de prácticas inadecuadas.

Conocimientos: tópico conformado por 32 ítems, de los cuales fueron elegidos 29, considerados como susceptibles de evaluar. Se dicotomizó asignando una puntuación de 1 a las respuestas acertadas y 0 a las respuestas incorrectas. De esta manera, la máxima puntuación correspondió a 29; el punto de corte fue del 70% (20 preguntas): personas con puntajes mayores o iguales a 20 fueron consideradas como portadoras de conocimientos suficientes en salud sexual y reproductiva; quienes obtuvieron puntajes inferiores a 20, se consideraron como portadoras de insuficientes conocimientos en estas temáticas.

Actitud: compuesto por 4 ítems, elegidos en su totalidad por ser considerados como evaluables. Para dicotomizar se asignó una puntuación de 4 a las respuestas adecuadas y de 0 (cero) a las inadecuadas. La máxima puntuación, por tanto, concernió a 16. El punto de corte, 70% permitió definir que los estudiantes con puntajes iguales o superiores a 12 fuesen calificados como con actitudes adecuadas y quienes obtuviesen puntuaciones inferiores a 12, inadecuadas.

5.5 prueba piloto

Los investigadores habían sido previamente entrenados en la aplicación de test y proporcionaron a todos los estudiantes la misma información sobre el estudio. El

investigador visitaba al salón y exponía a los estudiantes las características y objetivos de la investigación realizada. A posteriori, se nombraban a los estudiantes previamente elegidos y se entregaba el cuestionario que debían llenar en forma voluntaria e individual. Ningún estudiante se negó a participar.

5.6 Análisis estadístico

Para el análisis de dicha información los resultados fueron almacenados en una matriz elaborada en Excel y posteriormente fueron analizados en el programa STATA versión para Windows 11.1, teniendo en cuenta distribuciones de frecuencia en cada variable. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba chi2 con valor de P (<0.05), teniendo en cuenta intervalos de confianza del 95%.

5.7 Consideraciones éticas

Este proyecto tuvo en cuenta las consideraciones éticas propuestas por el Ministerio de protección social en la resolución 008430 de 1993, aunque por las características del estudio se clasifica sin riesgo, fue necesario que todo participante firmara un consentimiento informado verbal y escrito antes de iniciar el estudio donde se les explicó el objetivo principal de este, el nulo riesgo que implicó participar, ya que los datos que son de carácter íntimo se analizaron en forma integral y anónima y por consecuencia los resultados obtenidos se divulgarán de la misma forma para que de esta manera no se menoscabe su intimidad o integridad personal.

6. RESULTADOS

Variables sociodemográficas

Del total de la muestra (191 sujetos), la mayoría está constituido por individuos con edades entre 19-24 años). En la tabla 1 se observan las características socio-demográficas de los sujetos de estudio.

Tabla 1. Variables socio-demográficas de estudiantes de Odontología 2013

	Fcia	Porcentaje
Edad		
< 19 años	30	15,7
19-24 años	153	80,1
> 24 años	8	4,2
Sexo		
Femenino	107	56,0
Masculino	84	44,0
Semestre		
1-5 Semestre	125	65,4
6 -8 Semestre	66	34,6
Estrato Socioeconómico		
Bajo (1,2,3)	155	81,2
Alto (4,5,6)	36	18,9
Estado civil		
Soltero	191	100,0
Religión		
Católico Practicante	85	44,5
Católico no practicante	55	28,8
Cristiano	28	14,7
Evangélico	10	5,2
Otras religiones	3	1,6
Otras ideologías	4	2,1
No creyente	6	3,1

PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD SEXUAL

Con referencia a la actividad sexual, se encontró que el mas de la mitad de los encuestados ha comenzado su vida sexual y que la media de edad de iniciación sexual es de 16,3 años (DE=0,17). La razón que motivó a la mayor parte de los sujetos encuestados a iniciar su vida sexual fue la autodeterminación.

En cuanto a la práctica de relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas, más de dos terceras partes de la muestra de estudiantes que ha iniciado su vida sexual niega haberlas tenido bajo estas condiciones. En cuanto a prácticas sexuales grupales, la gran mayoría de la muestra encuestada señala no haberlas realizado; de igual forma, un porcentaje significativo niega haber solicitado atención médica o ginecológica (ver tabla 2)

Tabla 2. Prácticas relacionadas con la Actividad sexual en estudiantes de Odontología 2013.

	Fcia	%
Inicio de relaciones sexuales		
No	68	35,1
Si	123	64,9
Actividad sexual en los últimos 6 meses.		
No	18	14,6
Si	105	85,4
Relaciones sexuales bajo presión		
No	108	87,8
Si	15	12,2
Relaciones sexuales bajo presión (últimos 6 meses)		
No	108	87,8
Si	8	6,5
Qué motivó a tener relaciones sexuales.		
Televisión y/o internet	5	4,1

Amigos	12	9,8
Decisión propia	88	71,5
Curiosidad	16	13,0
Relaciones sexuales bajo el efecto de sustancia psicoactivas		
No	84	68,3
Si	39	31,7
Relaciones sexuales bajo el efecto de sustancia psicoactivas (2 meses)		
No	95	77,2
Alcohol	25	20,6
Marihuana	3	2,3
Tipo de pareja sexual		
Estable	66	53,7
Ocasional	57	46,3
Preferencia sexual		
Homosexual	12	9,8
Heterosexual	109	88,6
Bisexual	2	1,6
Participación en juegos sexuales grupales y uso de protección.		
no participo	112	91,1
no utilizo protección	1	0,8
utilizo condón	10	8,1
Visita al médico para control de salud sexual y reproductiva		
No	80	65,0
Si	43	35,0

Con relación al tema de la planificación familiar, la gran mayoría de los encuestados que forma parte de este subgrupo, reportó no haber solicitado asistencia en algún programa de planificación familiar. Asimismo, más de la mitad señaló haber utilizado el condón como método de planificación familiar en su última relación sexual.

Por otro lado la principal fuente de obtención de métodos de planificación familiar de la mayor parte de la población encuestada son las droguerías (Ver tabla 3).

Tabla 3. Prácticas relacionadas con planificación familiar en Estudiantes de Odontología 2013.

	Fcia	%
Asistencia a programas de planificación familiar		
No	105	85,4
Si	18	14,6
Método de planificación usado		
Píldora	18	14,6
Condón	78	63,4
Método del ritmo	4	3,3
Inyectable	13	10,6
Dispositivos intrauterinos	1	0,8
Implantes subdérmicos	1	0,8
Folclóricos	1	0,8
Coito interrumpido	6	4,9
Ninguno	1	0,8
Método utilizado en la última relación sexual		
Píldora	16	13,0
Condón	76	61,8
Método del ritmo	8	6,5
Inyectable	10	8,1
Implantes subdérmicos	1	0,8
Folclóricos	1	0,8
Coito interrumpido	7	5,7
Ninguno	4	3,3
Obtención de información sobre métodos de planificación		
Amigos	30	22,0
Libros	8	4,1
Internet	20	13,8
Padres	29	21,1
Profesores	36	26,8
Fuente de obtención de métodos de planificación familiar		
Hospital	9	7,3
Puesto de Salud	8	6,5
EPS	13	10,6
Médico Particular	8	6,5
Centro para jóvenes Pro familia	7	5,7

Droguería	72	56,1
Supermercado	4	3,3
No sabe	2	1,6
Frecuencia de uso de métodos de planificación familiar		
Siempre	67	54,5
Casi siempre	36	29,3
Algunas veces	15	12,2
Nunca	5	4,1
Dificultad al conseguir un método		
Le da pena	17	13,8
No sabe cómo pedirlos	6	4,9
No saber cuál es el método indicado	5	4,1
Altos costos	6	4,9
No tiene dificultad	80	65,0
Nunca lo ha solicitado	9	7,3

En lo concerniente al uso de métodos de protección, menos de la mitad manifestó que siempre emplea condón durante sus relaciones sexuales; en contraste un porcentaje muy significativo reportó no emplearlo nunca durante el sexo oral (ver tabla 4).

Tabla 4. Prácticas relacionadas con el uso de métodos de protección en estudiantes de Odontología 2013.

	Fcia	%
Uso de condón en su última relación sex.		
No	42	34,2
Si	81	65,9
Frecuencia de uso del condón en relaciones sex.		
Siempre	50	40,7
Casi siempre	34	27,6
Algunas veces	29	23,6
Nunca	10	8,1

Uso de condón durante el sexo oral		
Siempre	13	10,6
Casi siempre	4	3,3
Algunas veces	7	5,7
Nunca	99	80,5
Accede a relaciones sexuales sin protección		
No	39	31,7
Si	84	68,3
Accede a relaciones sexuales sin protección y porqué (6 meses)		
No	48	39,0
Para evitar problemas con su pareja	17	13,2
Porque no le gusta usar el condón a él	11	9,5
Porque no le gusta usar el condón a ella	26	19,2
Por no tenerlos a la mano	15	12,0
Por no tener recursos económicos para comprarlos.	5	5,7
Por el afán del momento no se usó el condon y cuál ha sido el motivo		
Nunca he dejado de usarlo	44	35,8
No tenerlo en el momento	49	39,8
No saber usarlos	5	4,1
No querer usarlos	17	13,8
No estar acostumbrado a usarlos	6	4,9
Se le olvido	2	1,6

CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA 2013.

Se evaluó el grado de conocimientos que los estudiantes poseían respecto a conceptos tales como sexualidad, sexo, relaciones sexuales, planificación familiar, ITS, entre otros.

Con referencia al grado de conocimientos que tienen los encuestados respecto al concepto sexualidad, la mayor parte de los individuos indicó que esta es una forma de expresión de la conducta, pensamientos y sentimientos que posee el ser humano, y que tienen que ver con los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de cada sexo.

Para un porcentaje significativo de los sujetos de estudio, el término sexo se refiere al conjunto de características anatómicas y biológicas que diferencian a los hombres de las mujeres.

Respecto al concepto “relaciones sexuales”, el casi la mitad de los estudiantes, indicó que estas son Las relaciones establecidas entre personas tanto del sexo femenino como masculino, que se manifiestan en la amistad, el noviazgo, la relación de pareja o el matrimonio.

La mayoría de los encuestados manifiesta desconocer los derechos sexuales y reproductivos; sin embargo, un porcentaje representativo marcó la respuesta correcta cuando se le instó a señalar un derecho sexual (89 individuos) y un derecho reproductivo (113 sujetos).

En relación al concepto “planificación familiar”, 164 individuos, indicaron que esta consiste en decidir cuantos hijos tener y con qué frecuencia (Ver tabla 5).

Tabla 5. Conocimientos básicos relacionados con salud sexual y reproductiva en estudiantes de Odontología 2013.

	Fcia	%
Definición de sexualidad		
Forma de expresión del ser humano	159	83,3
Acto sexual	15	7,9
Características anatómicas y biológicas	15	7,9
Relaciones coitales para procrear	2	1,1
Percepciones sobre el termino sexo		
Forma de expresión	29	15,2
Acto sexual	53	27,8
Características anatómicas	90	47,1
Hacer el amor	19	10,0
Definición de relaciones sexuales		
Relaciones entre personas de ambos sexos	91	47,6
Relaciones coitales para procrear	73	38,2
Contacto físico para procrear y/o sentir placer	27	14,1
Conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos		
No	109	57,1
Si	82	42,9
Identificación de un derecho sexual		
Disfrutar de una vida sexual	35	18,3
Decidir la cantidad de hijos	21	11,0
Acceder a métodos seguros de anticoncepción	37	19,4
Decidir sobre procrear o no	9	4,7
La primera y la tercera son derechos sexuales	89	46,6
Identificación de un derecho reproductivo		
Tener relaciones sexuales acordadas	22	11,5
Vivir la sexualidad sin violencia	56	29,3
Decidir sobre procrear o no	113	59,2
Concepto de planificación familiar		
No tener hijos	4	2,1
Tener pocos hijos	7	3,7
Decidir cuantos hijos tener y cuando	164	85,9
Tener los hijos que se puedan mantener	12	6,3
No sabe	4	2,1

Con relación a la percepción que los estudiantes tienen en el tema de las infecciones de transmisión sexual, mayoría considera que a través de los sanitarios públicos no se puede producir contagio del VIH; un porcentaje importante de la muestra de estudiantes, estima que es posible presentar ITS sin presentar sintomatología alguna; casi la totalidad de muestra indica que al desaparecer espontáneamente los síntomas de la ITS sin recibir tratamiento alguno, no necesariamente significa que ésta se halla curado (Ver tabla 6).

Tabla 6. Conocimiento acerca del contagio de ITS en estudiantes de odontología 2013.

	Si		No	
	Fcia	Porcenta je	Fcia	Porcenta je
Contagio del VIH a través de sanitarios públicos	56	29,3	135	70,7
identificación ITS de pareja por tu propia cuenta	88	46,1	103	53,9
contagio de VIH por compartir utensilio de aseo	77	40,3	114	59,7
Contagio de VIH a través del beso	34	17,9	157	82,1
Se puede tener ITS sin presentar síntomas	144	75,4	47	24,6
Al desaparecer espontáneamente los síntomas de ITS se ha curado aun sin tto.	10	5,2	181	94,8

En cuanto a la evaluación de los conocimientos en relación a las infecciones de transmisión sexual, se determinó que la gran mayoría acertó en las definiciones de las diferentes ITS la mitad de los individuos tienen conocimientos acertados respecto a la gonorrea, papiloma, hepatitis B, herpes virus y SIDA. Por otro lado, es claro el desconocimiento que los estudiantes tienen respecto a temas como la sífilis y la clamidia (Ver tabla 7).

Tabla 7. Conceptos básicos acerca de infecciones de transmisión sexual en estudiantes de odontología 2013.

Enf. Conc.	Gonorrea		clamidia		Papiloma		Hep. B		herpes		Sida		Sífilis	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Secreción amarilla o blanca, ardor al orinar y calambres abdominales	83	43,5	34	17,8	5	2,6	20	10,5	4	2,1	9	4,7	36	18,9
Sangrado, gotas de líquido blanco o amarillento	49	25,7	36	18,9	15	7,9	16	8,4	9	4,7	12	6,3	54	28,3
Verrugas que no desaparecen, en órganos sexuales y ano	16	8,4	8	4,2	101	52,9	12	6,3	36	18,9	5	2,6	13	6,8
Gripe que no desaparece, cansancio e ictericia	9	4,7	15	7,9	6	3,1	99	51,8	20	10,5	30	15,7	12	6,3
Ampollas dolorosas precedidas por ardor y comezón	18	9,4	23	12,0	16	8,4	12	6,3	84	44,0	13	6,8	25	13,1

Latencia prolongada, diarrea, pérdida de peso, manchas en boca	7	3,7	16	8,4	18	9,4	11	5,8	7	3,7	119	62,3	13	6,8
Llagas rojizo-café dolorosas, seguida por sarpullido y sensación de gripe	16	8,4	41	21,5	23	12,0	17	8,9	46	24,1	10	5,2	38	19,9

Respecto al conocimiento que los estudiantes tienen acerca de los métodos anticonceptivos y preservativos se logró establecer que el condón es considerado como el método anticonceptivo más eficiente para evitar embarazos no deseados y para prevenir las ITS. Por otra parte, es tangible la clara diferenciación de los conceptos “método anticonceptivo” y “método preservativo”.

Finalmente, más de la mitad de los encuestados, percibe sus conocimientos sobre planificación familiar como insuficientes y la gran mayoría se encuentra interesado en recibir más información al respecto (ver tabla 8).

Tabla 8. Conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y los preservativos en Estudiantes de Odontología 2013.

	Fcia	%
Percepción de método anticonceptivo más eficiente para embarazo no deseado		
Píldora	15	7,9
Condón	120	62,8
Ritmo	5	2,6
Inyectable	24	12,6
Dispositivos intrauterinos	11	5,8
Implantes subdérmicos	7	3,7
Píldora del día después	2	1,1
Óvulos, tabletas vaginales	2	1,1
Ninguno	2	1,1
percepción de método anticonceptivo mas eficiente para prevención de ITS		
Píldora	3	1,6
Condón	175	91,6
Ritmo	3	1,6
Dispositivos intrauterinos	2	1,1
Implantes subdérmicos	2	1,1
Píldora del día después	1	0,5
Ninguno	3	1,6
diferencia entre método de planificación familiar y métodos preservativos		
Los dos son iguales	18	9,4
El primero evita embarazos y el segundo embarazos e ITS	146	76,4
EL primero evita embarazos e ITS y el segundo embarazos	24	12,6
El primero evita ITS y el segundo embarazos e ITS	3	1,6
conducta a seguir si se olvida tomar la píldora un día		
Tomar la olvidada y la que corresponde y seguir con el horario regular	55	26,8
Tomar solo la píldora olvidada y continuo con el horario regular	59	30,8
No sabe	76	39,7
conducta a seguir si se olvida tomar 3 o más píldoras seguidas		
Suspender la caja y esperar la próxima menstruación para iniciar nuevamente	128	67,0
Tomar todas las píldoras dejadas de tomar y continúa la caja.	21	11,0
No toma las olvidadas y continua la caja.	42	22,0
Tiempo de protección dado por la inyección		
1-3 meses	103	53,9
6 meses	19	10,0
1 año	6	3,1
no sabe	63	33,0
Cuánto tiempo después de tener la relación sexual se toma la píldora de emergencia		
12 horas	21	11,0
24 horas	41	21,5
72 horas	85	44,5
1 hora	6	3,1
2 horas	2	1,1
No sabe	36	18,9
Conocimientos sobre planificación familiar e infecciones de transmisión sexual		
Suficiente	66	34,6
Insuficiente	125	65,5
Interés en tener más información sobre ITS y planificación familiar		
No	24	12,6
Si	167	87,4

**ACTITUDES RELACIONADAS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA 2013:**

En el bloque temático “actitud” se estableció que ante el contagio con infecciones de transmisión sexual la mayor parte de la muestra consultaría a un especialista; conjuntamente, se determinó que durante una relación estable de pareja más de tres cuartas partes de la población, prefiere utilizar protección durante las relaciones sexuales; de igual manera, al evaluar la actitud que asumirían los encuestados al no contar con métodos en el momento de la relación sexual la mitad suspendería la misma (Ver tabla 9).

Tabla 9 Actitudes relacionadas con el contagio de ITS en estudiantes de Odontología 2013.

	Frecuencia %	
Ante el contagio con ITS consultaría		
Un amigo	9	4,7
Un especialista	154	80,6
Sus padres	8	4,2
Internet	20	10,5
Tratamiento de ITS		
Medicamentos caseros	5	2,6
Medicina homeopática	64	33,5
Medicina tradicional	119	62,3
Confiaría en su religión	3	1,6
Uso de protección con pareja estable		
No	37	19,4
Si	154	80,6
Actitud al no contar con métodos en el momento de la relación sexual		
Asumir el riesgo	32	16,8
Practicar coito interrumpido	58	30,4
Suspendería	101	52,9

Al hacer una evaluación general a las prácticas, conocimientos y actitudes, se observó que las prácticas y las actitudes son en su mayoría, adecuadas. No obstante, llama la atención el hecho de que existan deficiencias marcadas en el conocimiento acerca de los temas de salud sexual y reproductiva (ver tabla 10)

Tabla 10. Evaluación general de conocimientos actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, en estudiantes de odontología 2013.

	Fcia.	%
Practica		
Inadecuadas	77	40.31
Adecuadas	114	59.69
Actitud		
Inadecuadas	69	36.1
Adecuadas	122	63.9
Conocimiento		
Insuficiente	135	70.68
Suficiente	56	29.32

ANÁLISIS BIVARIADO

Al relacionar las características sociodemográficas con las prácticas en torno al comportamiento sexual se obtuvo significancia en el cruce de las variables sexo y edad con las prácticas ya mencionadas ($p=0.000$; $p=0,009$ respectivamente), donde se observa que un 60,7% de los individuos encuestados de sexo masculino presenta prácticas inadecuadas a diferencia del sexo femenino en el cual dichas actividades fueron detectadas en un 24,3% de los casos. Además, en el cruce con la edad, se observó que los estudiantes con edad igual o mayor de 19 años, presentaron prácticas inapropiadas en salud sexual y reproductiva en casi la mitad de la muestra. Por otro lado, los individuos menores de 19 años presentaron prácticas apropiadas en un porcentaje significativo (Ver tabla 11).

Tabla 11. Relación entre evaluación de prácticas realizadas entorno al Comportamiento Sexual y las características sociodemográficas de los estudiantes de Odontología 2013

Variables socio-demográficas	Evaluación de prácticas					
	Inadecuadas		Adecuadas		P	Chi2
	Fcia	%	Fcia	%		
Edad						
< 19 años	16	26,7	44	73,3	0,009	6,772
>= 19 años	61	46,6	70	53,4		
Sexo					0,000	25,934
Masculino	51	60,7	33	39,3		
Femenino	26	24,3	81	75,7		
Semestre					0,181	1,792
1-4 semestre	37	35,9	66	64,1		
5-8 semestre	40	45,5	48	54,6		
Estrato					0,854	0,034
1, 2, 3	62	40,0	93	60,0		
4, 5, 6	15	41,7	21	58,3		
Religión					0,631	0,231
Otras	22	43,1	29	56,9		
Católico	55	39,3	85	60,7		

Al relacionar las características sociodemográficas con el grado de conocimientos que presentan los estudiantes, se encontró significancia estadística en el cruce de este con la variable sexo ($p=0,034$), evidenciando que tanto hombres como mujeres son portadores de conocimientos insuficientes (Ver tabla 12).

Tabla 12. Relación entre evaluación de conocimientos en salud sexual y reproductiva y las características sociodemográficas en estudiantes de Odontología 2013.

Variables socio-demográficas	Evaluación de conocimientos					
	Insuficientes		Suficientes		P	chi2
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Edad						
< 19 años	44	73,3	16	26,7	0,586	0,297
>= 19 años	91	69,5	40	30,5		
Sexo						
Masculino	66	78,6	18	21,4	0,034	4,505
Femenino	69	64,5	38	35,5		
Semestre						
1-4 semestre	74	71,8	29	28,2	0,702	0,146
5-8 semestre	61	69,3	27	30,7		
Estrato						
1, 2, 3	113	72,9	42	27,1	0,161	1,960
4, 5, 6	22	61,1	14	38,9		
Religión						
Otras	38	74,5	13	25,5	0,483	0,492
Católico	97	69,3	43	30,7		

Al relacionar la actitud en salud sexual y reproductiva y las características sociodemográficas se determinó significancia estadística en el cruce de la variable sexo con la evaluación de actitud en salud sexual y reproductiva (P=0.001) (Ver tabla 13).

Tabla 13 Relación entre evaluación de actitud en salud sexual y reproductiva y las características sociodemográficas en estudiantes de Odontología 2013.

Variables socio-demográficas	Evaluación de actitud					
	Inadecuada		Adecuada		P	chi2
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Edad						
< 19 años	18	30,0	42	70,0	0,233	1,423
>= 19 años	51	38,9	80	61,1		
Sexo						
Masculino	41	48,8	43	51,2	0,001	10,454
Femenino	28	26,2	79	73,8		
Semestre						
1-4 semestre	33	32,0	70	68,0	0,203	1,618
5-8 semestre	36	40,9	52	59,1		
Estrato						
1, 2, 3	57	36,8	98	63,2	0,699	0,150
4, 5, 6	12	33,3	24	66,7		
Religión						
Otras	23	45,1	28	54,9	0,119	2,427
Católico	46	32,9	94	67,1		

7. DISCUSIÓN

Según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud, la juventud es la etapa comprendida entre los 15 y los 24 años y la adolescencia entre los 10 y 18 años. En este estudio, el 95,8 de los estudiantes se encuentran en este rango de edad. El 64,9% de la población investigada informa haber iniciado su actividad sexual, datos inferiores a los reportados por Acosta y colaboradores donde se encontró que un 80% de los estudiantes universitarios tenían vida sexual activa⁽⁵⁷⁾.

El promedio de edad de iniciación sexual en el presente estudio es de 16,3 años lo cual coincide con los resultados de un estudio realizado en Univalle que permitió establecer una media de 16,03 años en los universitarios (58).

Según encuestas realizadas por PROFAMILIA cerca de 3500000 de los colombianos son jóvenes entre los 15 y 19 años y aproximadamente la mitad de ellos ya han iniciado su vida sexual y un 12,8 % de estos, la maternidad. Esta iniciación cada vez más temprana en los jóvenes de su vida sexual es debido a una maduración sexual temprana, la constante exposición a estímulos eróticos y la

⁵⁷ACOSTA, S; IBAÑEZ, E y ALFONSO, A. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud qsexual y reproductiva de una población universitaria. En: NOVA, Publicación Científica EN CIENCIAS BIOMÉDICAS. Vol. 8 N°. 13. Enero – junio, 2010, p. 35

⁵⁸Op cit., URREA, F; CONGOLINO, M. y HERRERA, H. p. 211

concepción errónea que se tiene de la sexualidad. A esto hay que sumarle el bajo nivel de comunicación entre padres e hijo acerca de temas sexuales (59).

En cuanto a los conocimientos, se identificaron deficiencias en temas tales como la salud sexual y reproductiva, la anticoncepción, la protección y las enfermedades de transmisión sexual. Este desconocimiento hace vulnerable a esta población a múltiples factores de riesgo y puede ser debido a la incapacidad de los entes regionales, de formar recurso humano idóneo, de elaborar programas de prevención e intervención eficaces, que no desconozcan la pluralidad cultural que caracteriza a la población colombiana. Esto ha ocasionado que, aunque se hayan realizado enormes esfuerzos se siga aumentando la incidencia de embarazos en las adolescentes y los índices de transmisión de infecciones por esta vía.

La mayoría de los estudiantes reporta tener conocimiento en salud sexual incompleto, lo cual contrasta con lo que la muestra de estudiantes del estudio de Ospina y Manrique manifestaron: el 90,3% comenta ser portador de información completa en estas temáticas (60).

Por otro lado, la población general y en especial la femenina presenta buenas actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, lo cual puede estar relacionado con la intención de evitar un embarazo no planeado que afecte su proyecto educativo, que repercute principalmente en la vida de la madre. Asimismo, en Colombia, al igual que en otros países latinoamericanos las normas

⁵⁹ Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2005. Resultados Departamento de Boyacá. En: Ph.D. Gabriel Ojeda Tunja; Septiembre 21 de 2006.

⁶⁰ Op cit. OSPINA, J Y MANRIQUE. P. 104

que regulan el comportamiento sexual son ampliamente sexistas, y por tanto, la sociedad, además de exigirle, le atribuye a la mujer mayor conciencia, responsabilidad y prudencia en el ejercicio de su sexualidad y del autocuidado, mientras que a los hombres les es permitido excusarse de sus responsabilidades u omitir los aspectos antes mencionados por tal razón se podría esperar que los hombres tiendan a considerar la prevención de embarazos o ITS como asunto que concierne más a las mujeres (61).

Con referencia a la actitud asumida frente a un hipotético contagio con ITS, se encontró que el 50,6% acudiría a un especialista; resultado similar al de otro estudio en el que el 88% de la población solicitaría atención en un centro hospitalario (62).

Es notorio que los jóvenes no han depositado toda su confianza en las instituciones de salud para el control de su salud sexual y reproductiva y puede esto deberse a la percepción de que serán estigmatizados o juzgados por los proveedores de salud de los centros públicos.

Llama la atención la extendida práctica de relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas (31,7%), un hallazgo que difiere con los reportados en otras investigaciones recientes en las que se reveló que el 5,9% de la población

⁶¹ PINILLA, E; FORERO, C. Y VALDIVIESO, M. Servicios de salud sexual y reproductiva según los adolescentes varones (Bucaramanga, Colombia). En: Rev Fac Nac Salud Pública. Vol. 27 N°2. 2009, p. 165

⁶² RENGIFO, H; CORDOBA, A. y SERRANO, M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. En: Rev. salud pública. Vol.14 N°4. 2012, p. 565

ha efectuado estas prácticas (63). La universidad se constituye como un punto de conexión entre individuos con múltiples formas de pensar y sentir. Esta interacción constante, sumada a la búsqueda de autoafirmación y aceptación social que caracterizan a las personas jóvenes impulsa a la mayoría de estudiantes a establecer relaciones de pareja que se traducen en contactos sexuales esporádicos y a consumir sustancias psicoactivas (principalmente el alcohol).

En cuanto al tipo de pareja sexual, el 53,7% de la muestra reportó que es estable, lo cual es moderadamente inferior al del estudio realizado por Acosta y colaboradores, que muestra que el 72,6% de los estudiantes indicaron presentar pareja permanente (64). Los afectos, proyectos, emociones y fantasías, forman parte de las vidas de los estudiantes: están por iniciar o continúan una vida sexual activa, la relación de pareja ocupa un lugar fundamental en sus intereses cotidianos, protagonizan noviazgos, relaciones amorosas o relaciones marcadas por la violencia en ocasiones no reconocida. Para algunos, junto con sus anhelos profesionales, la maternidad/paternidad es una condición presente o cada vez más latente y se asocia con la expectativa de vida en pareja.

Respecto a la anticoncepción el 40,7% de la muestra asegura emplear siempre el condón, el cual es un resultado favorable; no obstante es un llamado de atención que una cuarta parte haya respondido “casi siempre” (que no indica uso

⁶³Op cit. OSPINA, J Y MANRIQUE. P. 105

⁶⁴Op cit. ACOSTA, S; IBAÑEZ, E y ALFONSO, A. p. 35

constante) y un porcentaje similar manifiesta emplearlo en forma esporádica o no usarlo. Estos resultados nos llevarían a suponer la causa del incremento de embarazos indeseados y de las ITS En nuestra región.

Se nota una clara diferencia con el estudio de Rodríguez y colaboradores en el que un 50% de los encuestados asegura utilizar preservativo siempre y con el de Acosta y Colaboradores en el que el 53,5% de los estudiantes usa siempre condón durante sus relaciones sexuales (65).

A pesar de este porcentaje de estudiantes utilice preservativos durante sus relaciones sexuales, es significativo que un tercio no lo emplee durante sus relaciones sexuales y que más del 80% no lo emplee durante el sexo oral. Los individuos jóvenes consideran con mucha frecuencia a que no corren riesgo porque creen erróneamente que las ITS solo ocurren entre personas con “malos” comportamientos, lo cual es corroborado por Navarro y Vargas, en su investigación jóvenes en Barranquilla, Colombia, que informó que el 47% de los encuestados se perciben con bajo riesgo o nulo de contagio para VIH/SIDA (66).

Lo anterior puede tener asociación a la falta de conocimientos pues, es bien sabido que una persona informada científicamente acerca de los comportamientos riesgosos y probabilidades de infección asociadas a cada comportamiento,

⁶⁵RODRIGUEZ, F; PRIMO, S. y MARTÍNEZ, E. et al. Sida/ITS y sexualidad en ingresantes universitarios. En: Ciencia, Docencia y Tecnología. Vol 17 N° 33. Noviembre, 2006, p. 145

⁶⁶NAVARRO, B; VARGAS, R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. En: Salud Uninorte. Vol 19. 2004, p. 21

reorientará el suyo para evitarlos completamente u optará por uno de menor riesgo.

Otros autores señalan que dentro de los factores que influyen en la adopción de estos comportamientos está el bajo nivel de comunicación familiar y la supervisión de los padres esto coincide con lo que muchos otros autores afirman con respecto a la relación que el apoyo familiar tiene con la toma de decisiones en la adolescencia: se ha demostrado que el involucramiento paterno provee una disminución de las conductas de riesgo en los hijos. Es decir, una buena calidad de apoyo proporcionado a los hijos (por parte de los padres) es un predictor de buenos comportamientos en los y las adolescentes (67).

Del mismo modo, los estudiantes con 19 años en adelante son los que tienen conductas de riesgo más inadecuadas comparadas con los estudiantes con menos de 19 años. Estas diferencias con respecto a la edad son lógicas y seguramente se deban a que los adolescentes más mayores han tenido más tiempo que los jóvenes para exponerse a estas conductas. Por tanto, es factible que los individuos mayores hayan tenido más parejas sexuales que los menores porque han vivido más años para tener más experiencia sexual y mayor exposición a riesgos.⁶⁸

⁶⁷ Op cit. DIAZ, E. p. 102.

⁶⁸ Op cit TEVA, I. p. 318.

8. CONCLUSIÓN

Se logró establecer que la mayoría de los estudiantes presentan acentuadas deficiencias en el grado de conocimientos respecto a la salud sexual y reproductiva; por otro lado, es clara la práctica de conductas y actitudes apropiadas, sobre todo en las mujeres. Se vislumbró además, que cuanto mayores son los estudiantes, mayor es la tendencia a realizar prácticas y asumir actitudes inadecuadas a este respecto.

9. RECOMENDACIONES

Se ha demostrado que poseer un nivel apropiado de conocimientos no necesariamente se traduce en la práctica de comportamientos de prevención y que los comportamientos protectores no siempre se corresponden con conocimientos científicos ciertos. Es necesario que no solo se conozca si los estudiantes de nivel superior practican diferentes comportamientos de riesgo y de protección o tengan suficientes conocimientos al respecto, si no también cuales son los procesos psicológicos o sociales que facilitan o impiden que se realicen unos u otros comportamientos, por tal motivo se recomienda la ejecución de estudios relacionados con la salud sexual y reproductiva, manejando este enfoque tan trascendental.

Aunque los conocimientos no son suficientes para asegurar la realización de la conducta sexual protegida, son necesarios para iniciar el proceso de cambios en las estructuras psicológicas. Por ello se justifica la inclusión del contenido informativo claro y objetivo como parte fundamental de los programas de

educación sexual cuyo objetivo sea promover conductas sexuales libres de riesgo en la población joven.

En este orden de ideas, Es necesario seguir insistiendo en la inclusión de estas temáticas en diferentes planes curriculares de pregrado y posgrado, desde una orientación sociocultural, a fin de coadyuvar en los procesos educativos en salud sexual y reproductiva, sobretodo en aquellos que intervienen en la formación de integrantes del equipo de salud, puesto que estos actuarán como multiplicadores de conocimientos y conductas sexuales adecuadas. De esta manera, estarán preparados para atender problemas que involucran a la sexualidad como posible detonante de ciertos procesos de salud-enfermedad.

10. BIBLIOGRAFIA

ARAVENA, A; HETZ, E. y LIBERONA, P. Culpa Sexual, Relaciones Sexuales y Conducta Anticonceptiva en Estudiantes Universitarias. En: Ciudad universitaria. Vol 1. Junio, 2000.

ARRIAGADA, S. Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual ¿Qué puede cambiar? En: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú. Marzo, 2011. Vol. 1.

BAUTISTA, L. Conocimientos, actitudes y opiniones de las y los universitarios oaxaqueños respecto a su sexualidad y la importancia de la educación sexual en el nivel de educación superior. En: Centro Regional de Investigación en Psicología. Vol. 2, N° 1. 2008.

CAMPO, A. Relaciones sexuales en adolescentes colombianos y las implicaciones para la salud pública: una revisión de la prevalencia y algunas variables asociadas. En: medunab. agosto, 2009. Vol. 12, N. 2.

CAÑIZO, H. y SALINAS, E. Conductas sexuales alternas y permisividad en jóvenes universitarios. En: Enseñanza e investigación en psicología. Vol. 15 N°2.julio-diciembre, 2010.

CARDOSO, C. Jóvenes universitarios, ¿Quiénes y cómo son?.En: revista de educación, cultura y sociedad. Diciembre, 2005. Vol. 5, N°9.

CARRICOTE, E. Los docentes y la educación sexual en la adolescencia. En: Revista Ciencias de la Educación. Vol 1 N°32. Valencia, Julio-Diciembre, 2008.

CHÁVEZ, M y ÁLVAREZ, J. Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes. En: Psicología y Salud, Enero-Junio, 2012, Vol. 22, N°. 1.

DELGADO, L. Intervención sobre educación sexual en adolescentes guatemaltecos. En: Panorama Cuba y Salud. Vol. 3 N° 1. Enero- abril, 2008.

DÍAZ, A; ARRIETA, K Y GONZÁLEZ, F. Comportamiento Sexual y factores asociados en Estudiantes de Odontología. En: revclínmed fam. 2010, Vol. 3, N°. 2, p. 65-70.

DIAZ, D. Guia clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia. En:perinatolreprodhum. 2007. Vol. 21, N°1.

DOBLADO, N; DE LA ROSA, y PÉREZ E. et al. Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en

estudiantes. En: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2009. Vol. 35, N° 4.

FERNANDEZ, M. Correlatos y nivel de conocimiento en el comportamiento sexual en universitarios de lima. En: persona. 1998. Vol. 1.

GALLEGOS, E; VILLARRUEL, A Y LOVELAND, C. et. al. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. En: Revista salud pública de México.Vol.50 N°1. Enero-febrero, 2008.

GARCIA, F; ALFARO A. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete .En: Revista de Enfermería. Diciembre, 2001. Vol. 14.

GARCÍA, J. y VINIEGRA, L. Desarrollo de una postura ante la sexualidad en personal de salud. En: Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009. Vol. 47 N° 2.

GONZALEZ, M; GÁLVEZ, L. y NIEVES, M. Intervención educativa sobre algunos aspectos relacionados con la sexualidad en adolescentes de un consultorio del Policlínico “Belkys Sotomayor Álvarez” de Ciego de Ávila. En: MEDICIEGO. Vol. 17 N° 2. 2011.

GORGUET, I. Comportamiento sexual humano. En: GORGUET, I: Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2008.

GRANADOS, J; TORRES, C. y DELGADO, G. La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/sida. En: salud pública de México. Vol. 51 N° 6. Noviembre-diciembre de 2009.

HURTADO, M y OLVERA, J. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. En: revista electrónica de psicología Iztacala. Marzo, 2013. Vol. 16, N°. 1.

HURTADO, M y OLVERA, J. Infecciones de transmisión sexual, en la población femenina de estudiantes universitarias. En: revista electrónica de psicología iztacala. Septiembre, 2012. Vol. 15, N°. 3.

IGAREDA, N Y BODELÓN, E. Las violencias sexuales y el acoso sexual en el ámbito universitario español. En: Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza. Vol.7 N°2. Mayo-Agosto 2013.

ISDEMU-PNUD. Investigando para la Igualdad: Cómo hacer de la investigación una herramienta de cambio. En: UNFPA, Colombia. Análisis de situación en población para Colombia .Volumen 1. 2005.

LAMOTTE, J. Infeccion-enfermedad por VIH/ sida. En: Medisan. 2004. Vol.8 N°4.

LIBREROS, L; FUENTES, L. Y PÉREZ, A. Conocimientos actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. En: RESPYN, revista de salud pública y nutrición. Vol. 9 n°4. Octubre-Diciembre, 2008.

MANJULA, R; KASHINAKUNTI S. y GEETHALAKSHMI R. Un estudio de intervención educativa en la salud reproductiva de los adolescentes entre las niñas pre-universitarias en el distrito Davangere, sur de la India. En: Ann TropMedPublicHealth. 2012. Vol. 5

MAZZETTI, P; DEL CARMEN, J y PODESTÁ, L. et al. Norma técnica de planificación familiar. En: Biblioteca Central del Ministerio de Salud. 2005, vol. 1, N°. 32.

MENDOZA, A; FLORES, A. Género y sexualidad en las Universidades públicas mexicanas. En: ÍCONOS, Revista de Ciencias Sociales. Vol. 35. Septiembre, 2009.

Ministerio de salud de El Salvador. Política de Salud Sexual y Reproductiva. Agosto, 2012. San Salvador, 2010.

NAVARRO, Y; CARRASCO, AM y SANCHEZ, JC. Et al. Comportamiento y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. En: archivos hispanoamericanos de sexología. 2004. Vol. 10, N°. 2.

ORCASITA, L; PERALTA, A; VALDERRAMA, L. et al. Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia. En: Revista Virtual Universidad Católica del Norte. Vol. 31. Colombia. Septiembre, 2010.

ORTIZ, C; VIAFARA, G y CABA, F. Prevalencia del embarazo no deseado y modo de resolución en estudiantes universitarios, adolescentes y adultos jóvenes en Cali, Colombia, en relación a la percepción de la calidad de educación sexual recibida. En: Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Vol. 1.

OSPINA, JM Y MANRIQUE, FG. Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. En: av. Enferm. 2007. Vol. 25, N° 2.

PÉREZ, D; FONSECA, C. Libertad y responsabilidad en la vida sexual de los jóvenes universitarios. En: Revista Digital Universitaria. Vol. 12 N° 11. Noviembre, 2011.

PÉREZ, G y GÁLVEZ, R. El modelo universitario de salud sexual y reproductiva: ¿Quo Vadis México? En: Gaceta Médica de México. Noviembre-Diciembre, 2003. Vol. 139, N° 4.

PRATINIDHI, A; GOKHALE, A. Y KARAD, S. Evaluación de la Educación Sexual y Prevención del SIDA en las escuelas secundarias de Pune; En:Commun J Med 2001. Vol. 26 N° 3. 2001.

PROFAMILIA. Salud sexual y reproductiva, resultados encuesta nacional de demografía y salud. Noviembre, 2005.

ROMO, J. Estudiantes universitarios y sus relaciones de pareja de sus experiencias y proyectos de vida. En: RMIE. Vol.13, N°38. . Julio- Septiembre, 2008.

SALAZAR, A; SANTA MARÍA, A. y SOLANO, I. et al. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú. En: Revista Horizonte Médico. Vol. 7 N°2. Diciembre, 2007.

TEVA, I; BERMÚDEZ, M y BUELA, G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. En: Revista Española de Salud Pública. España. 2007. Marzo-abril, 2009. Vol. 83, N°2.

UNESCO. Educación para la sexualidad con bases científicas. En: Documentos de consenso de Madrid. Junio, 2011.

UNESCO. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación y sexualidad. En: División de Coordinación de las Prioridades de las Naciones Unidas en Educación Sector Educación. Vol 1. Junio, 2010.

URREA, F; CONGOLINO, M. y HERRERA, H. Comportamientos sexuales e incidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en estudiantes de secundaria de sectores populares y de la universidad pública en la ciudad de Cali, Colombia. En: Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. Enero, 2006. Vol. 22, N°1.

WOMEN'S COMMISSION FOR REFUGEE. Guía para la atención de infecciones de transmisión sexual. En: Health Response in Conflict Consortium. 2004. Vol.1.

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por Shirley Díaz Cárdenas y Katherine Arrieta vergara, docentes de La facultad de odontología de la universidad de Cartagena y Liliana Muñoz Martínez y Eduardo De la parra Hayes, estudiantes de pregrado de la misma institución. La meta de este estudio es determinar y analizar los efectos de un programa educativo sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes de Odontología de la Universidad de Cartagena.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los datos obtenidos a partir de las historias clínicas y los procesos llevados a efecto durante la investigación serán codificados usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por las docentes Shirley Díaz Cárdenas y Katherine Arrieta Vergara y los estudiantes, Liliana Muñoz Martínez y Eduardo De la parra Hayes. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar y analizar los efectos de un programa educativo sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes de Odontología de la Universidad de Cartagena.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 2. Encuesta

EFFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA

Este cuestionario es anónimo y estrictamente confidencial, por lo tanto te agradecemos que respondas de manera sincera todas las preguntas, las cuales serán usadas para fines de la investigación.

1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

(Escriba la respuesta sobre el espacio correspondiente)

1. Edad _____ 2. Sexo _____
3. Semestre _____
4. Estrato socioeconómico: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__
5. Estado Civil: Soltero __ Casado __ Separado __ Unión libre _____
6. Religión: a. Católico practicante b. Católico no practicante
c. Cristiano d. Evangélico e. Otras religiones f. Otras ideologías
g. Indiferente a cualquier religión h. No creyente

2. PRACTICAS

(Marque con una "X" la respuesta que más se acerque a su condición)

7. ¿Ha tenido relaciones sexuales? a. Si b. No
8. ¿Siente que ha sido presionado(a) a tener relaciones sexuales?
a. Si b. No
9. ¿Ha cedido usted ante esas presiones y ha mantenido relaciones sexuales sin estar convencido de tenerlas? (si su respuesta es no pase a la pregunta a. Si b. No
10. ¿A qué edad inicio su vida sexual? _____ años
11. Que lo motivo a tener relaciones sexuales:
a. Televisión y/o internet b. Amigos c. Decisión propia
d. Curiosidad e. Otros motivos cuáles?
? _____
12. Ha mantenido relaciones sexuales bajo la influencia de alguna sustancia psicoactiva: a. Si b. No
13. ¿Cuál (es) sustancias?:
a. Alcohol b. Éxtasis c. Marihuana d. Ninguna d. Otras sustancias, ¿cuáles? _____
14. ¿Con que frecuencia tiene relaciones sexuales?
a. Una al mes b. Varias al mes c. Una a la semana d. Varias a la semana e. Ocasionalmente
15. ¿Cuál es el método de planificación que usa? a. Píldora
b. Condón c. Método del Ritmo d. Inyectable e. Dispositivos intrauterinos f. Implantes subdérmicos (norplant) g. Folclóricos (saltar después de la relación, tomar un limón etc.) h. Coito interrumpido h. Píldora del día después. i. Ninguno i. Otro método, ¿cuál?

16. ¿Qué tan frecuentemente los usa? a. Siempre b. Casi siempre c. Algunas veces d. Nunca

17. ¿Durante su última relación sexual, uso condón como método de protección? a. Si b. No

18. ¿Con que frecuencia usa el condón en sus relaciones sexuales?
a. Siempre b. Casi siempre c. Algunas veces d. Nunca

19. ¿Usa condón durante el sexo oral?
a. Siempre b. Casi siempre c. Algunas veces d. Nunca

20. ¿Las decisiones con respecto a su sexualidad se contraponen a sus principios religiosos, creencias o valores adquiridos en casa?
a. Siempre b. Casi siempre c. Algunas veces d. Nunca

21. ¿Qué tipo de relación sexual lleva usted con su pareja?
a. Estable b. Ocasional

22. ¿Empleas normas de aseo después de la relación sexual?
a. Si b. No

23. ¿Si su compañero le pide que tengan relaciones sexuales sin protección, usted accede o ha accedido algunas veces?
a. Si b. No

24. ¿Cuál era el método que dejaron de usar en la situación anterior? a. Condón b. Píldoras c. Coito interrumpido D. Óvulos espermicidas e. Otro método, ¿cuál? _____

25. ¿Porque motivos? a. Para evitar problemas con su pareja b. Porque no le gusta usar el condón a él c. Porque no le gusta usar el condón a ella c. Por no tenerlos a la mano d. Por no tener recursos económicos para comprarlos e. Otros motivos _____

3. CONOCIMIENTOS

26. La sexualidad se define como:

a. Forma de expresión de la conducta, pensamientos y sentimientos que posee el ser humano, y que tienen que ver con los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de cada sexo.

b. Acto Sexual que efectúan las parejas que se tienen algún afecto o atracción

c. Conjunto de características anatómicas y biológicas que diferencian a los hombres de las mujeres

d. Hacer el amor o tener relaciones coitales

27. Que se entiende por la palabra sexo:

a. Forma de expresión de la conducta, pensamientos y sentimientos que posee el ser humano, y que tienen que

ver con los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de cada sexo.

b. Acto Sexual que efectúan las parejas que se tienen algún afecto o atracción

c. Conjunto de características anatómicas y biológicas que diferencian a los hombres de las mujeres

d. Hacer el amor o tener relaciones coitales

28. ¿Qué piensas de los derechos sexuales y reproductivos?

a. Son parte de los derechos humanos b. Son solo para adultos

c. No los conoce

29. De los siguientes enunciados cual corresponde a un derecho sexual:

- a. Explorar y a disfrutar de una vida sexual
- b. Decidir la cantidad de hijos a tener
- c. Acceder a métodos anticonceptivos seguros
- d. A decidir la posibilidad de ser padres o madres
- e. a y c son verdaderas.

30. De los siguientes enunciados cual corresponde a un derecho reproductivo:

- a. Tener relaciones sexuales acordadas
- b. Vivir la sexualidad sin violencia, coacción o abuso
- c. Decidir sobre la posibilidad de procrear o no.

31. Las relaciones sexuales se definen como:

- a. Las relaciones entre personas tanto del sexo femenino como masculino, que se manifiestan en la amistad, el noviazgo, la relación de pareja o el matrimonio.
- b. El contacto físico coital entre personas fundamentalmente con fines reproductivos
- c. El contacto físico entre personas del mismo sexo, fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos

32. Lo más importante para una vida sexual y de pareja satisfactoria: a. Es estar libres de ITS b. Usar métodos de planificación familiar c. Tener privacidad d. Sentir Placer e. Tener buen cuerpo

33. ¿Cuál(es) es forma más confiable de evitar una infección por transmisión sexual?

- a. No tener relaciones sexuales
- b. Tener una sola pareja
- c. Usar condón en todo acto sexual
- d. No bañarse en piscinas
- e. NO usar sanitarios públicos
- f. No usar ropa o toalla de otras personas
- g. Buena higiene personal
- h. Conocer la historia sexual de la pareja
- i. Usando cualquier método de anticoncepción.

34. Las ITS se pueden transmitir por:

- a. Relaciones sexuales sin usar condón
- b. Por sanitarios públicos
- c. Por compartir la ropa
- d. Por inadecuada higiene personal

- e. De la madre al feto
- f. Por transfusiones sanguíneas
- g. Por compartir jeringas
- h. Sexo oral
- i. Sexo anal
- j. Contacto con sangre infectada
- k. Todas las anteriores

35. ¿Es posible tener una ITS sin presentar algún síntoma?

- a. Si_____ b. No_____

36. ¿Al desaparecer espontáneamente los síntomas de una ITS significa que ya se encuentra curado aunque no se haya recibido algún tratamiento?

- a. Si_____ b. No_____

37. Las partes del cuerpo afectadas por las ITS pueden ser:

- a. vagina
- b. pene y testículos
- c. ano
- d. boca
- e. todas son ciertas menos la "d"
- f. todas son ciertas

Coloque en frente de cada característica clínica la letra inicial de cada ITS que la causa (Clamidia "C", Sífilis "S", Gonorrrea "G", SIDA/VIH "SD"; Herpes "H"; Papiloma "P"; Hepatitis B "HB")

38. Secreción espesa amarilla o blanca de la vagina o el pene; Ardor o dolor al orinar o al defecar; regla anormal o pérdida de sangre vaginal entre menstruaciones; calambres y ardor en la parte baja del abdomen o al mover el vientre, necesidad de orinar más seguido _____

39. Descarga vaginal - sangrado por la vagina entre menstruaciones - ardor o dolor al orinar, gotas de líquido blanco o amarillento que salen por el pene _____

40. Se observan pequeñas verrugas en los órganos sexuales y el ano. Las verrugas no desaparecen. Se nota ardor y comezón alrededor de los órganos sexuales. _____

41. Muchas personas no presentan síntomas o estos son leves. Sensación como gripe que no desaparece, cansancio, ictericia, orina de color oscuro, excremento de color claro. _____

42. Algunas personas no presentan síntomas, pequeñas y dolorosas ampollas en los órganos sexuales, comezón y ardor antes que aparezcan las ampollas. _____

43. Puede estar presente por muchos años sin que se vean síntomas, pérdida de peso sin razón aparente o cansancio, Sensación como de gripe que no desaparece, diarrea, manchas blancas en la boca _____

44. Aparecen una o más llagas de color rojizo-café en la boca, órganos sexuales, senos o dedos, que no causan dolor. las llagas duran de 1 a 5 semanas. Luego, de 1 a 6

semanas a 6 meses después que la/s llaga/s desaparecieron, aparece un salpullido en cualquier parte del cuerpo y sensación como de gripe. _____

45. Una persona portadora del VIH es asintomática cuando:

- a. Se tiene el VIH y no hay síntomas
- b. Acaba de enfermarse
- c. Tiene el virus y no lo transmite
- d. Tiene SIDA

46. ¿Si una persona tiene el VIH como lo puede transmitir?

- a. Por relaciones sexuales sin usar condón
- b. Por compartir jeringas
- c. Por inadecuada higiene personal
- d. De la madre infectada al feto/al lactante
- e. Por donar sangre o semen
- f. Todas las anteriores

47. ¿Qué es la planificación familiar?

- a. No tener hijos
- b. Tener pocos hijos
- c. Decidir cuántos hijos tener y cuando
- d. Tener los hijos que se pueda mantener
- e. No sabe

48. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos cree Ud. que es más eficientes a la hora de prevenir embarazos no deseados

- a. Píldora
- b. Condón
- c. Ritmo
- d. Inyectable
- e. Dispositivos intrauterinos
- f. Implantes subdérmicos (norplant)
- g. Píldora del día después
- h. Folclóricos (saltar después de la relación, comerse un limón etc.)
- i. Coito interrumpido
- j. Diafragmas, jaleas, espuma
- k. Óvulos, tabletas vaginales
- l. Ninguno
- i. Otros, ¿cuál?

49. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos cree Ud. que es más eficientes a la hora de prevenir una Infección de Transmisión Sexual?

- a. Píldora
- b. Condón
- c. Ritmo
- d. Inyectable
- e. Dispositivos intrauterinos
- f. Implantes subdérmicos (norplant)
- g. Píldora del día después
- h. Folclóricos (saltar después de la relación, comerse un limón etc.)
- i. Coito interrumpido
- j. Diafragmas, jaleas, espuma
- k. Óvulos, tabletas vaginales
- l. Ninguno
- i. Otros, ¿cuál?

50. ¿Cuándo tiene mayor riesgo la mujer de quedar embarazada?

- a. A la mitad del ciclo menstrual
- b. Durante la menstruación
- c. No sabe
- d. Otro momento, cual _____

51. ¿Qué se debe hacer una mujer si se le olvida tomar la píldora un día?

- a. Tomar dos píldoras (la olvidada y la q corresponde) y seguir con el horario regular
- b. Tomo solo la píldora olvidada y continuo con el horario regular
- c. No sabe
- d. Otra medida, ¿cuál? _____

52. ¿Por cuánto tiempo la inyección da protección contra el embarazo? a. 1-3 meses b. 6 meses c. Un año d. No sabe

53. ¿Aproximadamente hasta cuanto tiempo después de tener la relación sexual debe tomarse la píldora de emergencia? a. 12 horas b. 24 horas c. 72 horas d. Una hora después e. Dos horas después f. No sabe

54. ¿Dónde cree usted que puede conseguir métodos de planificación familiar?

- a. Hospital/Clínica
- b. Centro/Puesto de Salud
- c. EPS
- d. Médico Particular
- e. Centro para jóvenes Profamilia
- f. Droguería/Farmacia
- g. Supermercado
- h. Asesor de Profamilia
- i. No sabe
- j. Otro lugar, ¿cuál? _____

55. ¿Cuál es la principal dificultad que usted enfrenta para conseguir un método?

- a. Le da pena
- b. No sabe cómo pedirlos
- c. Siente que todos lo conocen
- d. Miedo al qué dirán
- e. Por falta de formula médica costosos
- g. No saber cuál es el método indicado
- h. No tiene dificultad
- i. Nunca lo ha solicitado
- j. Otra dificultad _____

4. ACTITUD

Para contestar las siguientes preguntas asigne los siguientes números de acuerdo a la importancia de los siguientes enunciados:

Muy importante: 3

Medianamente importante 2

Poco importante: 1

56. Que tan importantes para el mantenimiento de la salud sexual y reproductiva son:

- a. Mantener una pareja estable y sana: _____
- b. Conocer sobre los métodos de planificación familiar _____
- c. Usar condón durante todas las relaciones sexuales _____
- d. Visitar al urólogo y /o al ginecólogo _____
- e. la higiene y el no compartir ropa interior _____

57. ¿Cómo afrontaría el contagio de una ITS?

- a. Consultar un amigo _____
- b. Consultar a un especialista _____
- c. Consultar a sus padres _____
- d. Consultar en internet _____

58. ¿Cómo trataría Ud. una enfermedad de transmisión sexual?

- a. Medicamentos caseros _____
- b. Medicina homeopática _____
- c. Medicina tradicional _____
- d. No se trato _____

59. Considera usted que sus conocimientos sobre planificación familiar e infecciones de transmisión sexual son:

- a. Suficiente _____
- b. Insuficientes _____

